

# Colique Néphretique

Sémiologie

Février 2026

Pr. Rahou Amine  
MCA faculté de Médecine Oran  
Chef de service Médecine Interne  
EHU 1<sup>er</sup> Novembre 1954





# Objectifs Pédagogiques

## Objectifs de la Formation

01

### Diagnostic Positif

Savoir établir le diagnostic clinique d'une colique néphrétique et reconnaître la présentation typique du syndrome douloureux lombo-abdominal.

02

### Imagerie d'Urgence

Prescrire les examens radiologiques nécessaires en urgence pour confirmer le diagnostic et identifier l'obstacle.

03

### Prise en Charge Thérapeutique

Connaître les modalités de traitement médical et chirurgical adaptées à chaque situation clinique.

04

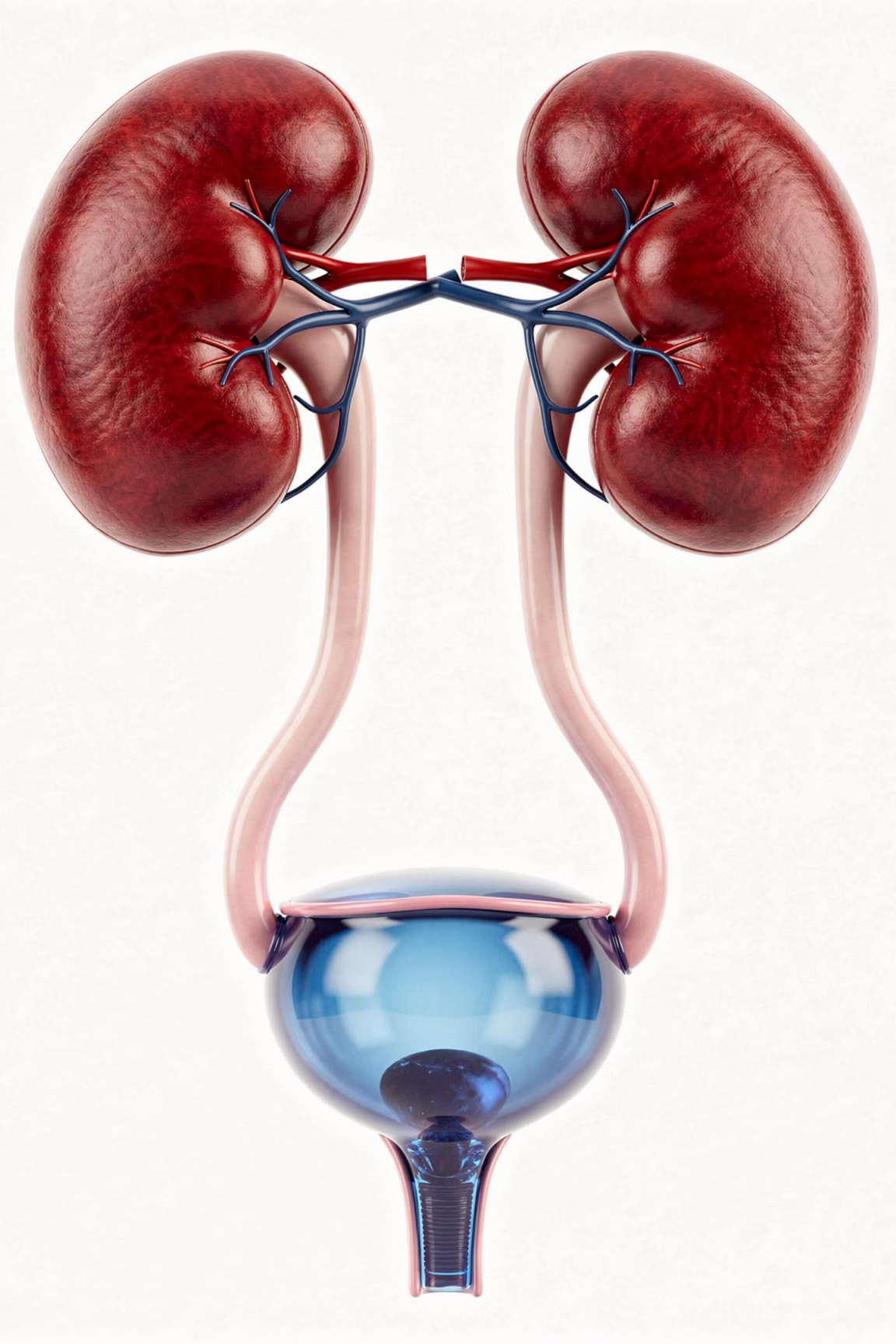
### Identification des Critères de Gravité

Énumérer les éléments de gravité nécessitant une prise en charge spécialisée en milieu chirurgical.

05

### Bilan Étiologique

Justifier les examens complémentaires pertinents et connaître les principales orientations étiologiques de l'obstruction urinaire.



## CHAPITRE 1

# Définition et Généralités

### Définition Clinique

Syndrome douloureux lombo-abdominal aigu résultant de la mise en tension brutale de la voie excrétrice du haut appareil urinaire, en amont d'une obstruction quelle qu'en soit la cause.

### Classification

Urgence médico-chirurgicale nécessitant une évaluation rapide pour identifier les formes simples et les formes compliquées nécessitant une prise en charge spécialisée immédiate.

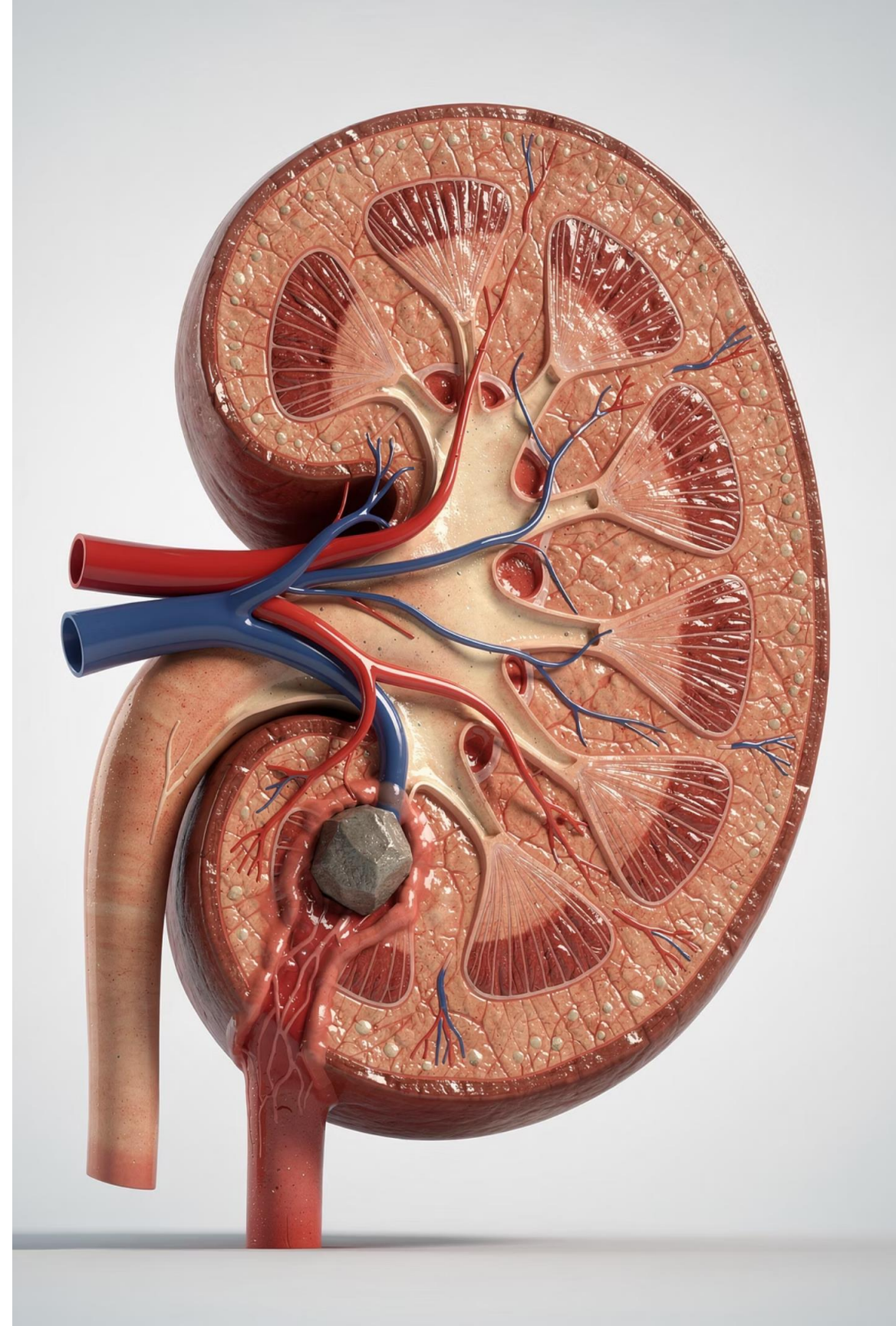
### Approche Diagnostique

Le diagnostic évoqué à l'examen clinique doit systématiquement rechercher les signes de gravité justifiant une hospitalisation et un drainage urgent des urines.

# Rappel Anatomique

L'appareil urinaire haut comprend les calices rénaux, le bassinet et l'uretère. Cette voie excrétrice assure le drainage physiologique de l'urine depuis le parenchyme rénal jusqu'à la vessie. La compréhension de cette anatomie est essentielle pour identifier les sites d'obstruction potentiels et interpréter les examens d'imagerie.

Les points de rétrécissement anatomique de l'uretère constituent des zones privilégiées d'enclavement lithiasique : la jonction pyélo-urétérale, le croisement des vaisseaux iliaques et la jonction urétéro-vésicale. La musculature lisse urétérale, richement innervée, explique l'intensité de la douleur lors de la distension aiguë.



# Épidémiologie

1-5%

Prévalence Population

Proportion de la population  
générale affectée au cours de  
la vie

4:1

Sex Ratio H/F

Prédominance masculine  
significative dans la lithiase  
urinaire

1-2%

Admissions Urgences

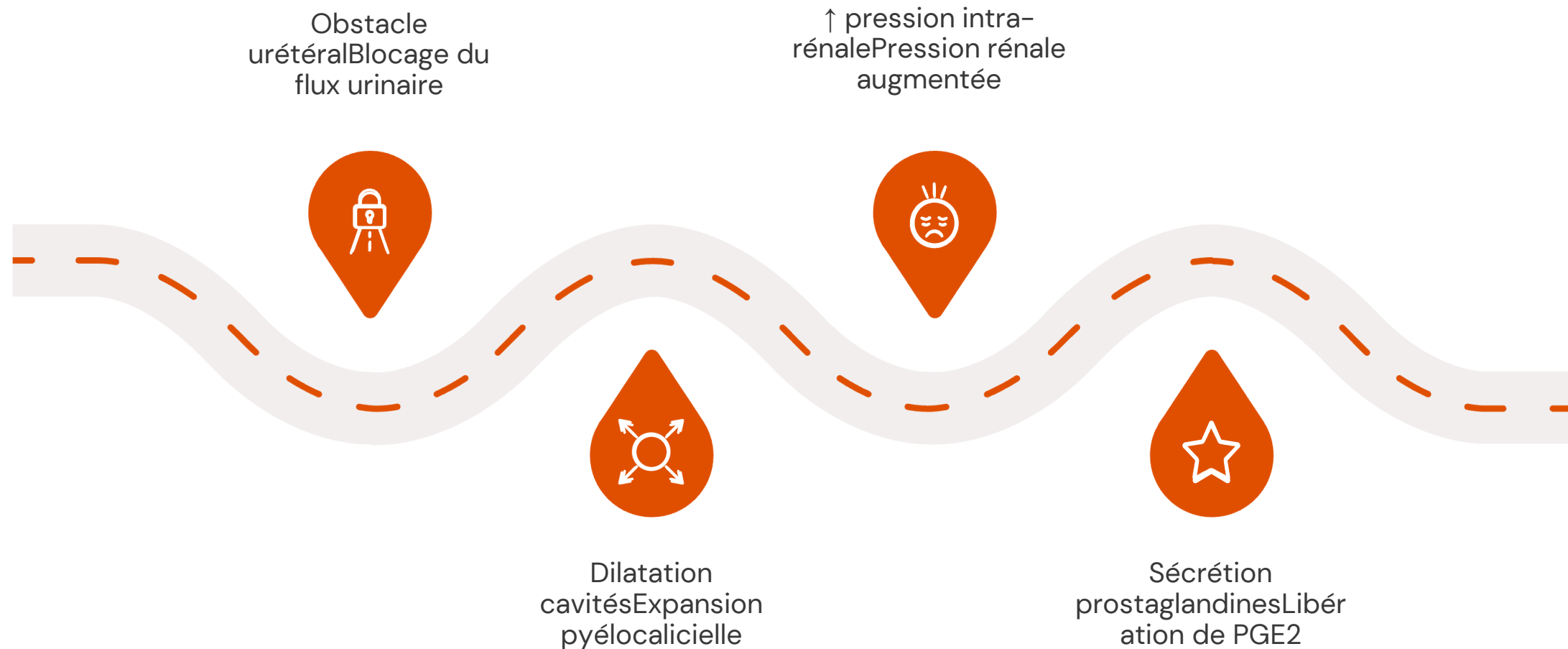
Pourcentage des  
consultations aux services  
d'urgence

## Caractéristiques Cliniques

- Affecte tous les âges avec un pic entre 30 et 50 ans
- 80% des coliques néphrétiques sont d'origine lithiasique
- Risque de récurrence élevé : 15% à 1 an et 50% à 10 ans
- Prédisposition géographique et climatique notable
- Influence des facteurs environnementaux et alimentaires

Ces données soulignent l'importance d'une prévention  
secondaire rigoureuse après un premier épisode.

# Physiopathologie de la Colique Néphrétique



## Mécanisme Initial

L'obstacle urétéral entraîne une dilatation des cavités pyélocalicielles avec augmentation rapide de la pression intra-rénale et hypersécrétion de prostaglandines E2 par la médulla rénale.

## Cascade Physiologique

L'augmentation du flux sanguin rénal (FSR) maintient initialement le débit de filtration glomérulaire (DFG). L'accumulation d'acide lactique stimule la contraction de la fibre musculaire lisse urétérale, activant les récepteurs nociceptifs et générant la douleur caractéristique.

# Diagnostic Clinique : La Sémiologie Douloureuse



## Siège de la Douleur

Douleur postérieure haute, unilatérale, au niveau de la fosse lombaire et de l'angle costo-vertébral, parfaitement localisée par le patient.



## Évolution Temporelle

Début brutal atteignant rapidement un paroxysme douloureux, avec intensité frénétique, pénible et angoissante pour le patient.



## Type et Intensité

Sensation de déchirement, broiement ou tension extrême. Intensité très élevée nécessitant souvent le recours aux antalgiques majeurs.



## Irradiation Caractéristique

Descendante vers l'avant selon le trajet anatomique des uretères : flanc, région inguinale, organes génitaux externes. Cette irradiation oriente le diagnostic.



## Facteurs Déclenchants

Effort physique, voyage, mais souvent survenue sans facteur déclenchant identifiable. Aucune position antalgique ne soulage le patient.

# Signes Accompagnateurs

La colique néphrétique s'accompagne fréquemment de manifestations systémiques et locales qui renforcent le diagnostic et orientent la prise en charge thérapeutique.



## **Agitation Psychomotrice**

Le patient est incapable de rester immobile, présente une agitation caractéristique contrastant avec l'immobilité des péritonites. Cette agitation est un signe pathognomonique.



## **Troubles Urinaires**

Syndrome de brûlures mictionnelles (SBAU), pollakiurie et hématurie microscopique ou macroscopique. La bandelette urinaire détecte souvent une hématurie.



## **Manifestations Digestives**

Nausées et vomissements fréquents, parfois iléus paralytique par irritation du plexus coeliaque. Ces signes peuvent égarer le diagnostic initial.



## **Absence de Fièvre**

Dans la forme classique non compliquée, la température reste normale. Toute fièvre doit faire suspecter une complication infectieuse nécessitant une prise en charge urgente.

# Diagnostic Différentiel

L'élimination des autres urgences abdominales est cruciale. Le tableau clinique peut mimer de nombreuses pathologies aiguës, d'où l'importance d'un examen clinique rigoureux et d'examens complémentaires ciblés.

## Urgences Chirurgicales Digestives

- Appendicite aiguë
- Cholécystite aiguë
- Pancréatite aiguë
- Occlusion intestinale
- Perforation d'ulcère

## Urgences Gynéco-Obstétricales

- Salpingite aiguë
- Torsion de l'ovaire
- Grossesse extra-utérine (GEU)
- Kyste ovarien rompu

## Autres Étiologies

- Colique hépatique
- Anévrysme de l'aorte
- Pneumopathie basale
- Affection vertébrale
- Infarctus du myocarde

# Formes Complicquées : Hospitalisation Urgente

Certaines situations cliniques constituent des urgences absolues nécessitant une hospitalisation immédiate et un drainage des urines en urgence. La reconnaissance précoce de ces formes évite les complications graves.



## Forme Anurique

Obstacle sur rein unique anatomique ou fonctionnel. Risque d'insuffisance rénale aiguë obstructive nécessitant un drainage immédiat pour préserver la fonction rénale.



## Forme Fébrile

Fièvre associée signant une infection urinaire (pyélonéphrite aiguë obstructive, urosepsis). Triple impératif : antibiotiques, drainage urgent et réanimation si sepsis sévère.



## Forme Hyperalgique

Douleur non contrôlée malgré les morphiniques à doses adaptées. Échec du traitement médical maximal justifiant un drainage pour lever l'obstruction.



## Femme Enceinte

Risque majeur d'accouchement prématuré et de complications materno-foétales. Prise en charge multidisciplinaire urologie-obstétrique avec drainage si nécessaire.

# Modalités de Drainage des Urines



## Montée de Sonde Double J

Procédure endoscopique sous anesthésie permettant de placer une endoprothèse urétérale contournant l'obstacle. Technique de première intention moins invasive, réalisable en ambulatoire dans la majorité des cas.



## Néphrostomie Percutanée

Drainage externe des urines par cathéter transcutané sous contrôle échographique ou scopique. Indiquée en cas d'échec de montée de sonde JJ ou de sepsis sévère nécessitant un drainage rapide.

# Traitement en Urgence

## Mesures Générales

- Repos strict au calme
- Hydratation adaptée à la soif
- Tamisage systématique des urines
- Surveillance de la diurèse

## Traitement Médicamenteux

### **AINS en première intention :**

Kétoprofène ou Diclofénac (voie IM, IVL ou intra-rectale)

### **Antispasmodiques :**

Phloroglucinol

**Antalgiques :** Palier I-II, puis morphiniques si nécessaire

## Critères d'Hospitalisation

- Forme compliquée (fièvre, anurie, hyperalgie)
- Terrain particulier (rein unique, femme enceinte)
- Échec du traitement ambulatoire

**Prise en charge :** ATB + Drainage chirurgical

Poursuivre le traitement AINS en ambulatoire jusqu'à élimination du calcul. Consultation de contrôle programmée pour bilan étiologique et prévention des récurrences.

# Examens Complémentaires



## Biologie

- Fonction rénale (créatininémie, DFG)
- Formule numération sanguine (FNS)
- C-Réactive Protéine (CRP)
- ECBU systématique
- Hémocultures si fièvre



## Abdomen Sans Préparation (AUSP)

Recherche d'images radio-opaques sur le trajet des voies urinaires. Examen simple mais peu sensible (60-70%). Intérêt pour le suivi évolutif des calculs radio-opaques.



## Échographie Abdomino-Pelvienne

Examen de première intention : identifie la dilatation des cavités pyélocalicielles, évalue le parenchyme rénal, localise le calcul si visible. Aucune irradiation, réalisable chez la femme enceinte.

## URO-SCANNER : Examen de Référence +++

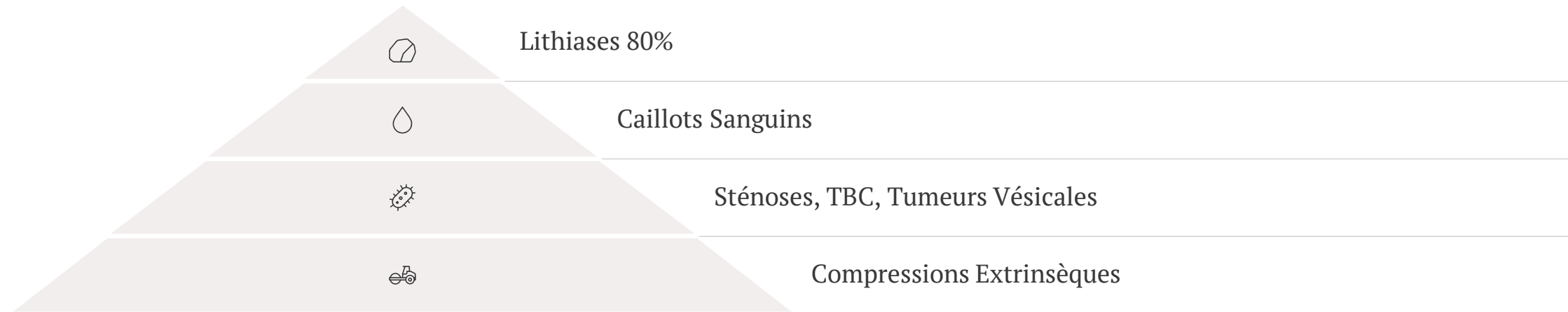
Le scanner sans injection (TDM basse dose) est devenu l'examen de référence pour le diagnostic de colique néphrétique.

### Avantages :

- Sensibilité et spécificité > 95%
- Détecte tous types de calculs (radio-opaques ou radiotransparents)
- Précise le siège exact, la taille, le nombre de calculs
- Évalue la densité (unités Hounsfield)
- Identifie le retentissement sur le parenchyme rénal
- Élimine les diagnostics différentiels

L'UIV (Urographie Intraveineuse) est devenue exceptionnelle, remplacée par le scanner.

# Étiologies et Conclusion



## Messages Clés à Retenir

### Urgence Médico-Chirurgicale

La colique néphrétique impose une évaluation rapide pour identifier les formes compliquées nécessitant un drainage urgent et une hospitalisation.

### Démarche Diagnostique

Diagnostic évoqué cliniquement sur la sémiologie douloureuse caractéristique, confirmé par les examens radiologiques (uro-scanner de référence).

### Étiologie Dominante

Les lithiases représentent 80% des causes. Le bilan étiologique et la prévention des récives sont essentiels après le traitement de la crise aiguë.

### Stratégie Thérapeutique

AINS en première intention pour les formes simples. Drainage urgent (sonde JJ ou néphrostomie) indispensable dans les formes compliquées : fièvre, anurie, hyperalgie, grossesse.