

# DOULEURS LOMBAIRES

Une douleur lombaire est communément appelée un « mal de rein » alors que ce symptôme est le plus souvent révélateur d'une pathologie qui n'a rien à voir avec les reins.

Quand les douleurs lombaires révèlent une maladie urologique, il s'agit avant tout d'une affection du haut appareil urinaire. L'expression la plus caractéristique s'appelle la colique néphrétique. Toutefois, certaines maladies du bas appareil urinaire (vessie, prostate) peuvent elles aussi s'accompagner d'une projection douloureuse, souvent bilatérale, en regard des aires lombaires.

---

## Colique néphrétique

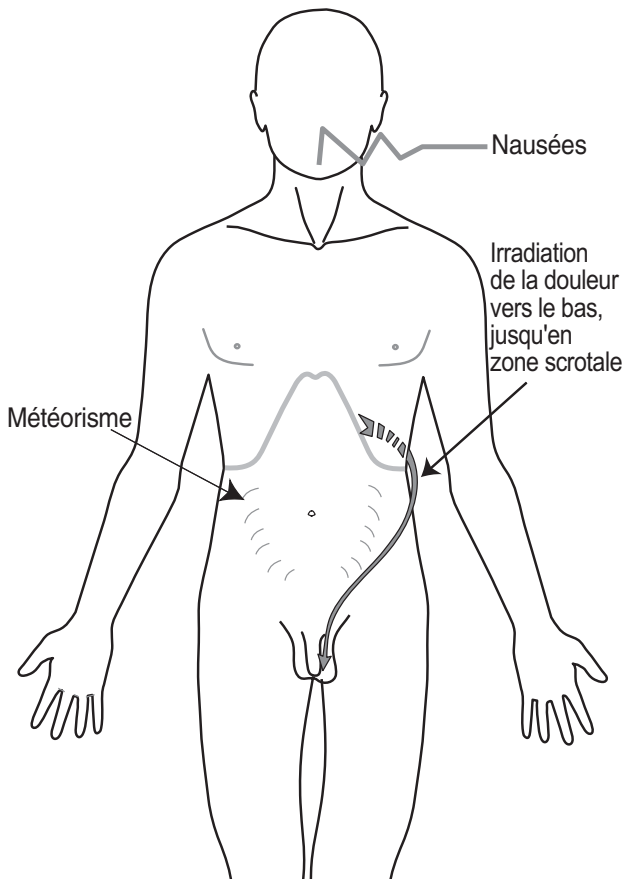
Elle traduit la brutale augmentation de la pression dans les cavités intrarénales (calices et bassinets).

Ce phénomène d'hyperpression intracavitaire survient lorsqu'un obstacle à l'écoulement des urines s'installe brutalement, tel que le blocage d'un calcul dans l'uretère ou plus rarement l'étranglement d'une malformation de la jonction pyélo-urétérale.

### ■ La colique néphrétique dans sa forme la plus typique, associe

Une douleur lombaire unilatérale d'intensité extrêmement forte (une des plus violentes douleurs de l'organisme) :

- la tonalité est à type de broiement, de déchirement, d'écrasement ;
- l'évolution est marquée par des paroxysmes très violents ;
- le siège est lombaire, unilatéral entre la 12<sup>e</sup> côte et la crête iliaque ;
- l'irradiation est toujours descendante vers la fosse iliaque, se prolongeant parfois jusqu'aux organes génitaux du même côté (fig. 1) ;
- le patient peut s'agiter, notamment lors des paroxysmes douloureux, à la recherche d'une position antalgique qu'il ne trouve pas (colique frénétique !).



**Fig. 1** – Colique néphrétique. La colique néphrétique se caractérise par une violente douleur à type de broiement évoluant par paroxysmes et irradiant de la région lombaire postérieure jusque vers la zone scrotale. S’y associent une tendance nauséuse et un discret météorisme abdominal.

Des signes d'accompagnement :

- des nausées, parfois des vomissements ;
- un météorisme abdominal attestant d'une paralysie partielle (iléus) de la motricité de l'intestin grêle.

Dans sa forme la plus typique, la colique néphrétique ne pose pas de diagnostic différentiel. Elle est d'ailleurs parfaitement identifiée par le patient quand il s'agit d'une récurrence.

L'examen d'un patient en proie à une colique néphrétique comporte impérativement la prise de la température. L'existence d'une fièvre élevée (plus de 38,5 °C) traduit que l'obstacle à l'écoulement des urines survient sur des urines infectées. Le pronostic vital peut alors être en jeu tant que le traitement associant drainage des urines et antibiothérapie n'aura pas été instauré.

### ■ Des formes atypiques peuvent poser au clinicien un véritable problème diagnostique :

- la douleur est lombaire pure, sans irradiation, évoquant un lumbago ;
  - la douleur peut être basse, essentiellement iliaque avec projection vers les organes génitaux, évoquant la torsion épидидymo-testiculaire ;
  - la douleur peut être au second plan, le tableau associant des vomissements et un météorisme abdominal fait craindre une occlusion intestinale aiguë ;
    - une *insuffisance rénale aiguë\** obstructive peut survenir dans des conditions bien particulières.

L'hésitation qu'il pourrait y avoir entre colique néphrétique droite et colique hépatique ne résiste pas, dans la majorité des cas, à l'analyse des faits cliniques, notamment des caractéristiques de la douleur. Dans la colique hépatique, à l'inverse de la colique néphrétique, la douleur est continue, elle irradie en arrière et en haut, jamais vers le bas. Elle coupe l'inspiration profonde.

Dans toutes ces formes atypiques, les données obtenues par un examen physique attentif doivent orienter le clinicien vers la possibilité d'une colique néphrétique.

En effet :

- l'examen lombo-abdominal réveille une douleur à la mobilisation du rein ;
- l'abdomen reste souple, avec parfois, on l'a vu, un certain météorisme ;

- les organes génitaux ne sont pas douloureux à la palpation ;
- le recueil des urines dans un verre permet, soit de constater la présence de sang, soit de la déceler, à l'aide d'une bandelette réactive, dont la fiabilité est excellente (95 %).

Une fois établi le diagnostic de colique néphrétique, les décisions à prendre sont :

- de soulager le patient par l'association d'anti-inflammatoire et d'antalgique ;
- de demander des examens complémentaires en vue de confirmer le diagnostic de colique néphrétique et d'en reconnaître la cause (rappelons que l'existence d'une fièvre élevée et de frissons sont des signes de gravité justifiant l'hospitalisation en urgence dans un service spécialisé).

### ■ Les examens complémentaires

Ils permettent, par leur comparaison, de confirmer le diagnostic de colique néphrétique et de préciser la nature et le siège de l'obstacle.

Il y a trois examens de première intention à réaliser dans les toutes premières heures de la colique néphrétique :

- l'examen cytot bactériologique des urines qui met en évidence une hématurie et, éventuellement, une infection urinaire (bonne fiabilité de la recherche par bandelette urinaire) ;
- la radiographie simple de l'appareil urinaire qui ne peut déceler que les calculs radio-opaques d'une taille supérieure à 2 mm à condition qu'ils se situent en dehors d'un secteur pouvant comporter des calcifications (uretère terminal). Les calculs composés d'acide urique pur, quelle que soit leur taille, ou ceux d'oxalates dihydratés, de taille inférieure à 3 mm, échappent à la détection radiologique. La taille du calcul n'est pas en corrélation avec l'intensité de la douleur. On peut même parler de corrélation inverse selon l'adage, « à petit calcul, grande douleur ». Dans l'immense majorité des cas, la colique néphrétique est provoquée par la migration de calculs millimétriques qui s'éliminent spontanément ;
- l'échographie des cavités rénales confirme la dilatation des cavités pyélocalicelles, signe direct de l'hyperpression intracavitaire. Le degré de cette dilatation est un élément du diagnostic étiologique (par exemple une forte dilatation traduit une hydronéphrose aiguë par étranglement d'une malformation de la jonction pyélo-urétérale). À l'opposé, certains obstacles, notamment par calcul d'acide urique, peuvent n'entraîner que des dilatations à peine

décelables des cavités. L'échographie peut détecter des calculs siégeant dans le bassinet, les calices ou la jonction pyélo-urétérale, et cela quelle que soit leur composition, à condition qu'ils aient une taille supérieure à 2 mm. Elle est en revanche plus souvent défailante dans le repérage d'un calcul de siège urétéral, lombaire ou lombo-iliaque.

En cas de doute persistant sur la nature et le siège de l'obstacle, le recours à l'avis d'un spécialiste est souhaitable. L'étape radiodiagnostique suivante est soit *l'urographie intraveineuse\**, soit un scanner spiralé sans préparation. Ce dernier examen, qui ne nécessite pas d'injection, est réalisé en urgence. Il a la faveur des radiologues et des cliniciens.

Les deux situations qui justifient ces examens sont soit les calculs d'acide urique pur dont nous avons vu qu'ils sont radiotransparents, soit les microcalculs radio-opaques, notamment quand ils siègent dans la partie pelvienne de l'uretère. En effet, dans cette zone, il peut y avoir des calcifications pelviennes (phlébolithes) qui rendent l'interprétation d'une radiographie simple bien incertaine.

---

## Douleur de reflux vésico-rénal

Il s'agit d'une affection décelée bien souvent dans la petite enfance.

Elle traduit un reflux à contre-courant des urines de la vessie vers les reins au moment de la miction, c'est-à-dire quand le pic de pression de l'urine intravésical est à son maximum. Elle signifie que le dispositif anatomique antireflux est défaillant. Cette défaillance est parfois bilatérale.

Ce reflux provoque un mini mascaret intrarénal qui, en augmentant la pression dans le bassinet, crée les conditions d'une douleur d'origine rénale.

La douleur est très particulière. Elle est facilement identifiable par les cinq caractéristiques suivantes :

- le siège est vésico-urétéro lombaire ascendant, parfois bilatéral si le reflux s'effectue des deux côtés ;
- la douleur est contemporaine de la miction. Elle est perçue comme un coup de bouloir ;
- elle cède rapidement en fin de miction ;

- son intensité est modérée et supportable ;
- la répétition du phénomène douloureux est très mal tolérée par le patient qui prend ses précautions en urinant plus souvent, sans attendre une réplétion vésicale complète.

L'examen physique du patient est pauvre, et c'est bien l'interrogatoire qui fait ressortir la sémiologie bien particulière de cette affection.

La cystographie, complétée par la cystoscopie, apporte la confirmation du diagnostic. La cystographie précise le degré du reflux selon la hauteur de celui-ci et son uni- ou bilatéralité. La cystoscopie donne une vue directe sur la défaillance du système anatomique antireflux. L'orifice urétéral est anormal, en « trou de golf » au lieu d'avoir l'aspect d'une fente.

La gravité du reflux dépend de son intensité et de sa latéralité. Tous les degrés de gravité sont possibles. Certains reflux massifs détruisent les reins durant la vie fœtale. À l'opposé, d'autres sont parfaitement tolérés et peuvent être gérés médicalement. Le traitement se limite à une antibiothérapie prolongée en cas d'infection urinaire. La plupart de ces reflux disparaîtront avec la croissance de l'enfant. On parle de maturation du trigone vésical qui renforce le dispositif antireflux défaillant.

Le traitement chirurgical du reflux, naguère très pratiqué, n'est plus indiqué que dans les reflux sévères.

---

## Autres causes urinaires de lombalgies

On distingue :

- celles accompagnant une pyélonéphrite aiguë ;
- celles accompagnant des affections extrarénales type cystite aiguë ou prostatite aiguë. Ici, les signes cliniques sont au premier plan et la lombalgie d'accompagnement, modérée et bilatérale « en barre », ne peut égarer le clinicien.

Les douleurs lombaires en urologie sont dominées par la crise de colique néphrétique. Dans sa forme typique, elle est évidente cliniquement. Certaines formes atypiques, notamment pseudo-occlusives, continuent d'égarer le diagnostic.

L'imagerie dont on dispose est suffisamment précise pour confirmer le diagnostic et préciser la nature et le siège de l'obstacle qui sont à l'origine de la colique néphrétique. Les causes calculeuses sont de loin les plus fréquentes.

Il faut connaître la gravité potentielle d'une colique néphrétique fébrile, traduisant un obstacle avec urines infectées. Il s'agit d'une urgence thérapeutique nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé du fait du risque vital lié à la bactériémie.