

MJEM

MEDITERRANEAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE

Original Articles

Heat exhaustion in the emergency department should not be confused with other forms of heat related illness

Influential factors on urban and rural response times for emergency ambulances in Qatar

EPP suite à l'actualisation du protocole de prise en charge des syndromes coronariens avec sus décalage du segment ST adapté à un département rural

Case Reports

Sweet syndrome presents with severe SIRS

A Scottish shower

Reducing the trauma burden in the UAE

Successful extracorporeal membrane oxygenation use in acute respiratory distress syndrome after freshwater drowning

Utility of PoCUS in diagnosis of aortic dissection

Cannabinoid Hyperemesis Syndrome with hyperlactatemia

Envenimation. Prise en charge d'une morsure de vipère au retour du Mali

Un syndrome douloureux lombo-abdominal atypique

UN SYNDROME DOULOUREUX LOMBO-ABDOMINAL ATYPIQUE

Atypical abdominal and lumbar pain syndrome

BEROUD S, DOUPLAT M, REYNAUD Q, LEGA JC. Atypical abdominal and lumbar pain syndrome. Med Emergency, MJEM 2018; 26:44-6.

Mots clés : colique néphrétique, douleur abdominale, embolie pulmonaire, lithiase urinaire

Key words: abdominal pain, pulmonary embolism, renal colic, urolithiasis

ABSTRACT

Renal colic is a frequent cause for emergency admission. Despite its high frequency, patients with atypical lumbar and abdominal pain should not be too rapidly diagnosed with renal colic. Diagnosing pulmonary embolism can be challenging because patients rarely display the classic presentation of this disease. We report here the clinical case of a patient suffering from pulmonary embolism with symptoms similar to renal colic. This particular clinical case highlights the necessity for clinical suspicion of pulmonary embolism to be raised when examining a patient at the emergency department in order not to let patients with pulmonary embolism go undetected.

Authors' affiliation:

Correspondent author: Sébastien BEROUD, MD

Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalo-universitaire Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon,
165 Chemin du Grand Revoyet, 69310 Pierre-Bénite, France
sebastien.beroud@chu-lyon.fr

Beroud S, MD¹, Douplat M, MD¹, Reynaud Q, MD², Lega JC, MD, PhD²

1. Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalo-universitaire Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon

2. Service de Médecine Interne et de Pathologie Vasculaire, Centre Hospitalo-universitaire Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon

Article history / info:

Category: Case report

Received: Jul. 12, 2017

Revised: Aug. 16, 2017

Accepted: Sept. 06, 2017



Dr Beroud Sébastien

Conflict of interest statement:

There is no conflict of interest to declare

RÉSUMÉ

Les crises de coliques néphrétiques (CCN) sont un motif fréquent de consultations aux urgences. Il faut prendre garde, sous couvert d'un argument de fréquence, de ne pas tomber dans l'écueil de vouloir trop facilement « étiqueter » CCN les patients se présentant avec une douleur abdomino-lombaire atypique. L'embolie pulmonaire est bien connue pour revêtir de nombreux masques. Le diagnostic d'embolie pulmonaire, du fait de ses multiples présentations possibles est parfois un challenge diagnostic. Nous rapportons ici le cas d'un patient présentant une EP de manifestation originale, mimant une CCN. Ce cas souligne une nouvelle fois la nécessité de garder un haut degré de suspicion clinique des embolies pulmonaires aux urgences.

CAS CLINIQUE

Un homme de 72 ans s'est rendu aux urgences pour une douleur du flanc droit, irradiant dans le dos, évoluant depuis 48 heures. Il présentait dans ses antécédents outre une hyperplasie bénigne de prostate et une dyslipidémie, deux épisodes de crise de coliques néphrétiques (CCN) droites en 2008 et 2012 ainsi qu'un épisode d'embolie pulmonaire (EP) au décours d'un alitement dans un contexte de sciatique. Ses traitements comportaient une statine et de l'aspirine.

Ses paramètres vitaux à son admission étaient : pouls à 97 battements par minutes (bpm), pression artérielle à 154/88 mmHg, température à 37,4°C et saturation en oxygène (SpO₂) à 96%. Le patient n'était pas nauséux, ne présentait pas de trouble du transit ni de signe fonctionnel urinaire. Il évoquait des sueurs lors des pics douloureux, sans sensation de fièvre ni frissons. Son abdomen était douloureux en flanc et en fosse iliaque droite, sans défense. Il n'existait pas de position antalgique. Les bruits hydro-aériques étaient présents. La loge rénale droite était douloureuse à la percussion. L'examen cardiopulmonaire était sans particularité. La bandelette urinaire retrouvait une hématurie microscopique isolée à deux croix.

Une CCN était suspectée et un bilan biologique demandé alors que le patient était soulagé par l'association de tramadol et de phloroglucinol.

La biologie révélait un syndrome inflammatoire, avec une C-Reactive Protein (CRP) à 60 mg.L⁻¹. La fonction rénale était correcte pour l'âge (clairance de la créatinine à 69 mL.min⁻¹).

Le patient a été réévalué à l'obtention des résultats biologiques. La douleur, bien moindre, s'était déplacée pour se loger en hypochondre droit (HCD). Il persistait une douleur à l'ébranlement de la loge rénale droite. Il restait apyrétique (37,3°C).

Devant une clinique évocatrice de CCN, malgré ce syndrome inflammatoire et après discussion avec le patient, une prise en charge ambulatoire était décidée comportant un traitement

antalgique non antipyrétique (tramadol et phloroglucinol), une surveillance de la température et une biologie de contrôle à 48h. Une échographie de l'appareil urinaire était prescrite en ambulatoire avec consignes de réalisation dans les 48 heures.

Le patient consulta de nouveau trois jours plus tard. Une hématurie macroscopique était apparue. Les douleurs n'étaient plus soulagées par les traitements prescrits et le patient rapportait de la fièvre. Il n'avait pas réalisé l'échographie. Ses paramètres vitaux à l'admission étaient les suivants : pouls à 98 bpm, pression artérielle à 135/82 mmHg, SpO₂ à 96%, température à 37,3°C.

Les caractéristiques de la douleur n'avaient pas changé : douleurs du flanc et de l'HCD avec persistance d'une douleur à la percussion de la loge rénale droite. Devant la suspicion de pyélonéphrite sur obstacle, une biologie fut demandée ainsi qu'une échographie abdominale.

La CRP était augmentée à 160 mg.L⁻¹. L'échographie n'étant pas contributive (hypotonie pyélocalicielle bilatérale, prédominante à droite, sans abcès ni calcul décelé), un scanner abdomino-pelvien était réalisé. Celui-ci ne trouvait pas d'argument pour une CCN ; en revanche, il mettait en évidence un minime épanchement pleural liquidien à droite, avec un foyer de condensation pulmonaire sur les coupes thoraciques basses (**Figure 1**). Le diagnostic de pneumopathie infectieuse était proposé par le radiologue.

La relecture du scanner nous a conduits, au vu de la similitude des images avec un précédent cas [1], à évoquer une EP avec infarctus pulmonaire. Cette hypothèse était confortée lors de la réévaluation du patient qui mis en évidence une note pleurale à ces douleurs abdomino-lombaires avec une exacerbation des douleurs à la respiration ample. Un nouveau scanner fut alors réalisé dans l'hypothèse d'une EP non grave de présentation atypique avec infarctus pulmonaire de la base droite. Celui-ci confirma ce diagnostic, en mettant en évidence une EP bilatérale segmentaire, sans signe de cœur droit. Le patient a été hospitalisé pour la suite de la prise en charge, malgré un score «Pulmonary Embolism Severity Index» à deux. Il n'a pas été retrouvé

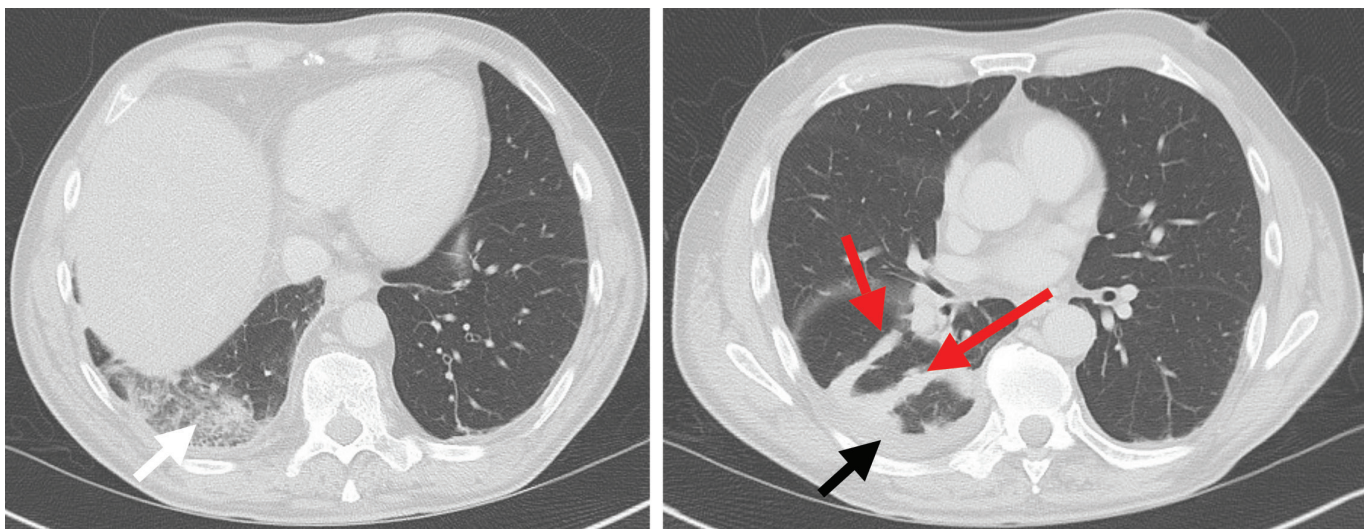


Figure 1: Coupes transversales hautes (thoraciques) du scanner abdomino-pelvien ©CHU Lyon Sud\ BeroudS
 Flèche blanche : foyer de condensation
 Flèche noire : pleurésie
 Flèche rouge : atélectasies en bande

d'étiologie ni de facteur favorisant à cette EP. L'échographie-doppler des membres inférieurs n'a pas objectivé de thrombose veineuse. Le bilan urologique comportant un uroscanner de contrôle, cytologie urinaire et cystoscopie n'a pas apporté d'explication à l'hématurie. A noter que l'hématurie avait disparu le lendemain de l'admission du patient aux urgences. Le patient a été initialement mis sous héparine de bas poids moléculaire et amoxicilline-acide clavulanique. Sous rivaroxaban, l'évolution a été favorable sans récurrence à six mois de suivi.

DISCUSSION

Nous rapportons donc le cas d'une EP de présentation atypique mimant une CCN.

L'EP est bien connue pour être un diagnostic difficile de par sa pluralité de présentation [2;3]. Les anglo-saxons aiment la nommer « the great masquerader [4] » ou « the great imitator [5] ».

Les cas rapportés dans la littérature d'EP de présentation type colique néphrétique sont rares [6;7] rendant cette présentation méconnue. Les publications rapportant une EP révélée par des douleurs abdominales sont plus fréquentes et estiment ce type de présentation autour de 7 à 10% [2;8].

L'importance de la composante pleurétique d'une douleur abdominale a déjà été soulignée [1]. Cette caractéristique

doit orienter vers une étiologie pulmonaire, notamment thromboembolique [3]. Dans le cas de notre patient, la composante pleurétique n'était présente que lors de la seconde consultation et n'a été trouvée que lors du nouvel examen devant le premier scanner peu contributif sur le plan urologique. La conférence de consensus sur les CCN rapporte dans les diagnostics différentiels des pathologies sus-diaphragmatiques, mais ne cite pas l'embolie pulmonaire [9]. Cette étiologie est en revanche citée dans une revue plus récente [10]. Dans les guidelines européennes sur l'EP [11], l'European Society of Cardiology ne propose pas de diagnostics différentiels. L'hématurie a sans doute participé à la confusion diagnostique initiale d'autant que de microscopique lors de la première consultation, elle était devenue macroscopique lors de la seconde. Le caractère néanmoins atypique de la CCN nous a conduit à une surveillance ambulatoire renforcée avec une réévaluation médicale dans les 48-72 heures. Cette stratégie a permis, soit avec un retard de 72 heures, de faire un diagnostic précis, sans dommage pour le patient. Le retard diagnostique des EP a déjà été souligné par le passé ; des séries rapportent jusqu'à 24% d'erreur diagnostique initiale [12].

Ce cas souligne une fois de plus le caractère très protéiforme des présentations des EP et incite à un haut degré de suspicion. Il rappelle l'importance des consignes de surveillance données au patient, notamment lors de prise en charge ambulatoire.

REFERENCES

- Beroud S. Embolie pulmonaire de présentation abdominale. *Ann Fr Med Urgence* 2016; 6:200-2.
- Israel HL, Goldstein F. The varied clinical manifestations of pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 1957; 47:202-26.
- Righini M, Robert-Ebadi H, Le Gal G. Diagnosis of pulmonary embolism. *Presse Med* 2015; 44:e385-e391.
- Gantner J, Keffeler JE, Derr C. Pulmonary embolism: An abdominal pain masquerader. *J Emerg Trauma Shock* 2013; 6:280-2.
- Sharma GV, Sasahara AA, Mcintyre KM. Pulmonary embolism: The great imitator. *Dis Mon* 1976; 22:1-38.
- Gulalp B, Giray TA. Pulmonary Embolus; Can be still missed easily! *J Emerg Med Case Rep* 2010; 1:34-36.
- Broder J. *Diagnostic Imaging for the emergency physician*, Philadelphia: Ed. Saunders/Elsevier; 2011.
- Pollack CV, Schreiber D, Goldhaber SZ, Slattery D, Fanikos J, O'Neil BJ, et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of patients diagnosed with acute pulmonary embolism in the emergency department: initial report of EMPEROR (Multicenter Emergency Medicine Pulmonary Embolism in the Real World Registry). *J Am Coll Cardiol* 2011; 57:700-6.
- El Khebir M, Fougeras O, Le Gall C, Santin A, Perrier C, Sureau C, et al. Actualisation 2008 de la 8e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. *Prog Urol* 2009; 19:462-73.
- Carter MR, Green BR. Renal calculi: emergency department diagnosis and treatment. *Emerg Med Pract* 2011; 13:1-17.
- Konstantinides S, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galis N, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J* 2014; 35:3033-69.
- Ozsu S, Ozuna F, Bulbul Y, Topbas M, Ozlu T, Kosucu P, et al. The role of risk factors in delayed diagnosis of pulmonary embolism. *Am J Emerg Med* 2011; 29:26-32.