

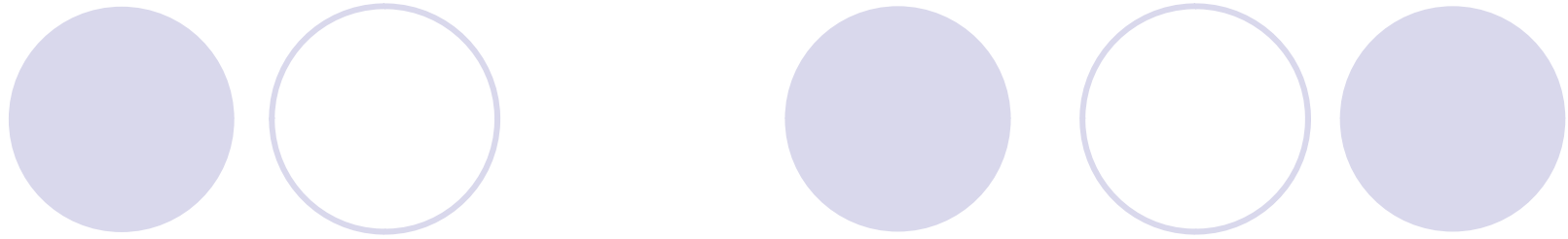
ARTHRITES en urgence et en quelques mots

Urgence diagnostique et thérapeutique

Bactériémie primitive ou secondaire

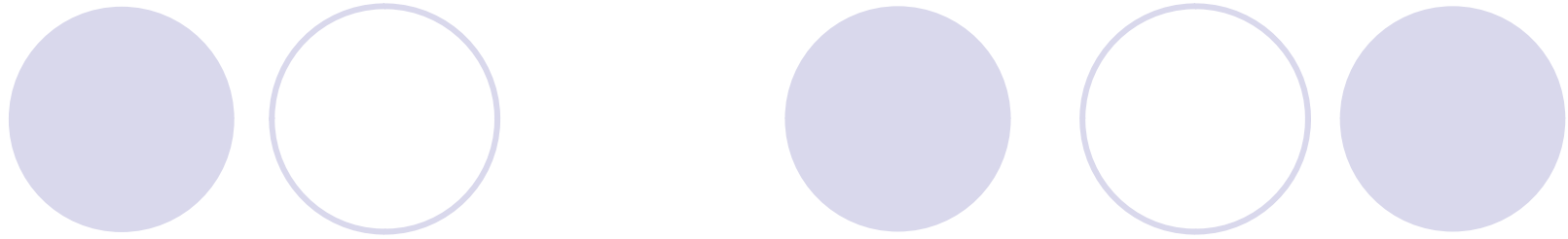
Bactériologie dominée par le

staphylocoque (>50%)



Le temps fort !

la ponction articulaire



Germes le plus souvent incriminés :

Staphylococcus aureus (CG+)

Staphylococcus epidermidis (CG+)

Streptococcus pyogenes (CG+)

Streptococcus pneumoniae (CG+ encapsulé)

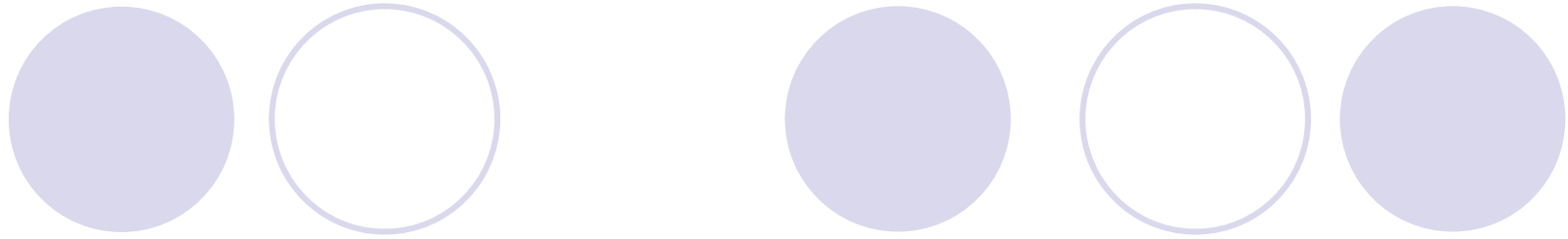
Neisseria gonorrhoeae (CG-, diplocoque)

Haemophilus influenzae (BG-)

Escherichia coli (BG-)

Salmonella typhi

Neisseria meningitidis (CG-)

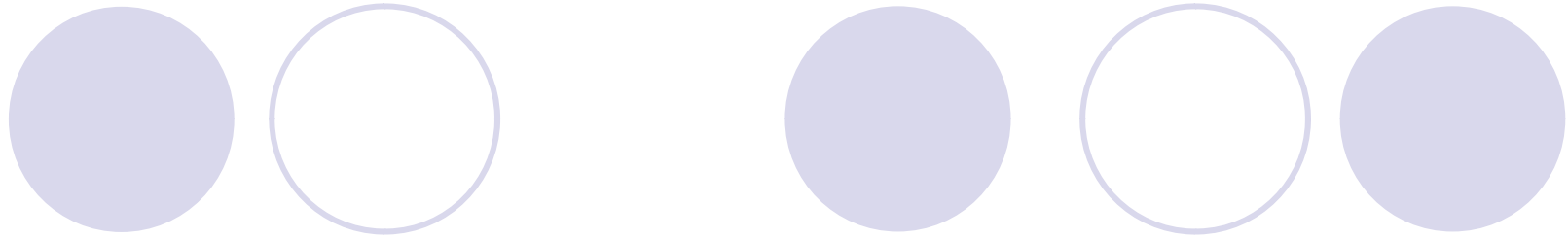


Brucella (BG-)
Pasteurella
spirochètes
mycobactéries
lèpre
hépatite B

à évoquer selon terrain de survenue:
toxicomanie, porte entrée, immuno dépression

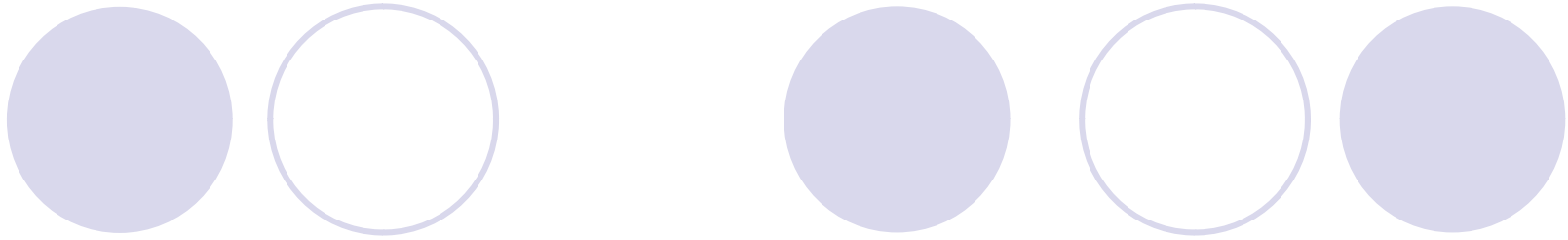
PRINCIPES DE L'ANTIBIOTHERAPIE

- Par voie intra veineuse pendant 2 à 4 semaines
- Probabiliste
- Synergique
- Bactéricide
- A bonne pénétration osseuse



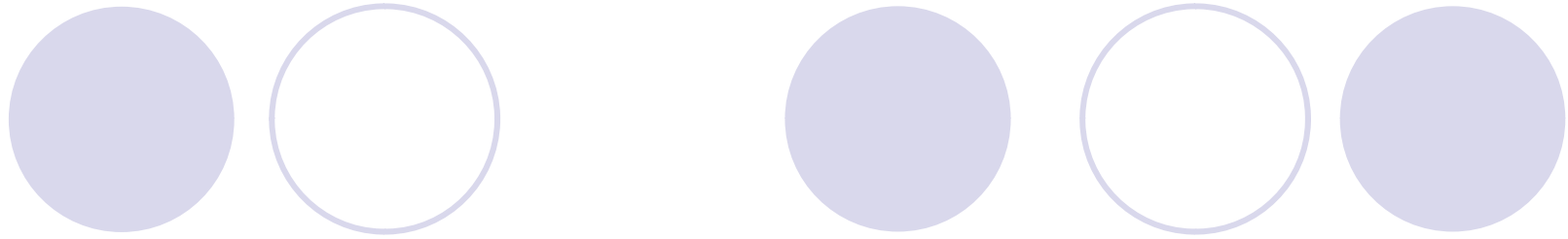
→ staphylocoque Méti S
fluoroquinolone + rifampicine
oxacilline + aminosides

→ staphylocoque Méti R
Glycopeptide+rifampicine
Glycopeptide+fosfomycine
Rifampicine + ac.fusidique



→ streptocoque

Amoxicilline+ aminosides



Posologies usuelles :

Amoxicilline, oxacilline : 200mg/kg ttes les 4 ou 6h

Céfotaxime : 100mg/kg ttes les 8h

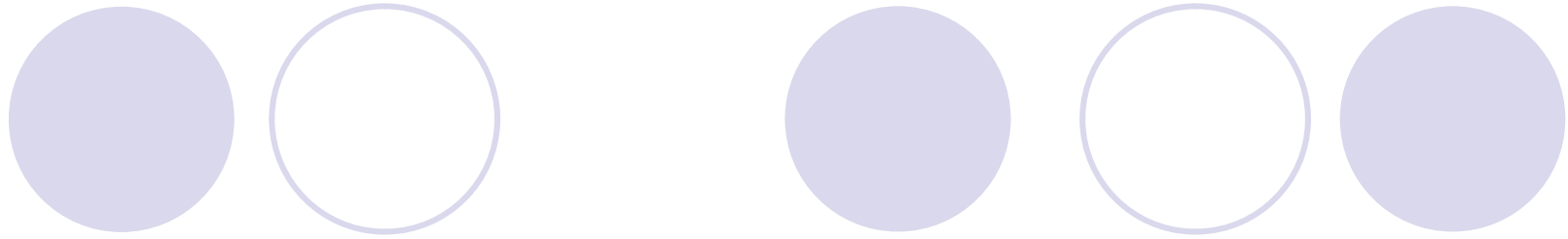
Vancomycine : 30mg/kg en continu

Fosfomycine : 200mg/kg ttes les 8h

Rifampicine : 20mg/kg ttes les 12h

Ofloxacine : 600mg/24h

Cifloxacine : 1200mg/24h



Antibiotiques à bonne pénétration osseuse :

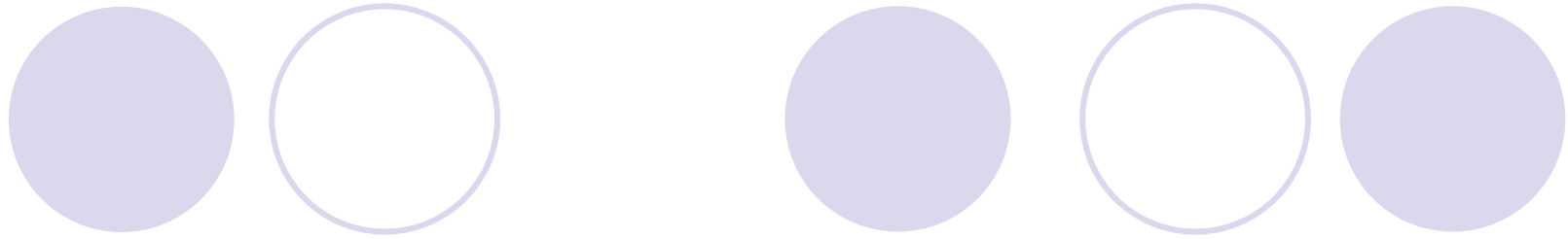
Fluoroquinolones

Rifampicine

Acide fucidique

Fosfomycine

Cyclines



Antibiotiques à pénétration osseuse moyenne

Bétalactamines

Glycopeptides

Durées de traitement

arthrite aiguë : 4 à 6 semaines dont 2 en IV

spondylodiscite : 6 semaines à 3 mois

LA GOUTTE en quelques mots

- Homme de 30 à 50 ans
- Sédentaire, souvent en surcharge pondérale
- Douleur intense
- Fièvre fréquente
- Tableau pseudo septique
- GO, genou cheville, doigts, coude
- TTT : régime et colchicine

LA CHONDROCALCINOSE

- Sujet âgé
- Tableau pseudo goutteux
- Epaule, poignet, symphyse pubienne, genoux, hanche
- Traitement par AINS et antalgiques

LE SYNDROME MEDULLAIRE

- Le syndrome médullaire, c'est (en théorie)

*Syndrome **lésionnel** : douleur*

+

*Syndrome **sous lésionnel** : troubles
moteurs, sensitifs ou sphinctériens*

+

*Syndrome **rachidien** : raideur, déformation*



ETIOLOGIES

Compression extra durale : métastase
vertébrale

- *sein, poumon, prostate, rein, thyroïde,
mélanome, tube digestif*

Compression intra durale : tumeur bénigne

- *méningiome, neurinome*

Ramollissement vasculaire de la moelle
(myélomalacie)



EXAMENS PARACLINIQUES

Radiographies standard du rachis+++ (vertèbre)

Scanner centré sur segment suspect (vertèbre)

Ponction lombaire (hyperprotéinorachie)

IRM (canal médullaire)

DOULEURS LOMBAIRES

Elles sont souvent d'origine *ostéo articulaire*. Se méfier néanmoins des douleurs projetées d'origine *viscérale*.



DOULEURS LOMBAIRES

- 2 questions primordiales pour une prise en charge optimale:
 - ***Quel est l'âge du patient?***
 - ***Existe-t-il une atteinte radiculaire ?***



LUMBAGO de l'adulte jeune

- Pathologie fréquente
- Age moyen de survenue: 30 ans
- Survenue brutal avec effort déclenchant
- Clinique typique:

Douleur intense

Raideur, contracture

Attitude antalgique

LUMBAGO de l'adulte jeune

- Prise en charge en urgence:

- ***Soulager++++***

Aucune exploration radiologique n'est nécessaire hormis lors d'un accident du travail

Traitement recommandé:

AINS per os ou injectable (max 3 jours)

Myorelaxants

Antalgiques



TASSEMENT VERTEBRAL

C'est le lumbago de la personne âgée de plus de 60 ans. La douleur est le plus souvent syncopale.

Le diagnostic repose sur:

le terrain: âge, ostéoporose, néoplasie
sein, poumon, rein, prostate, thyroïde



TASSEMENT VERTEBRAL

- Le diagnostic repose sur:

la clinique: douleur intense++, AEG,
radiculalgie

la paraclinique: l'imagerie permet de
distinguer le tassement bénin et malin



TASSEMENT VERTEBRAL

- Radiographies de colonne

*Le **tassement malin** a une localisation en général unique, au dessus de T7, latéralisé, avec des corticales lysées, une disparition des pédicules ou encore une vertèbre borgne*



TASSEMENT VERTEBRAL

- En **IRM** il existe de multiples différences distinctives comme la fixation en gadolinium
- La **scintigraphie osseuse** montre une fixation en cas de bénignité ou malignité. Les fixations multiples sont en faveur de métastases.

TASSEMENT VERTEBRAL

- Le traitement repose sur:

Hospitalisation

Repos au lit

Antalgiques

Calcitonine

Kinésithérapie précoce

Lever précoce

TTT étiologique

FRACTURE DU SACRUM



- Elle se manifeste par une douleur lombaire basse chez un patient âgé le plus souvent. Les examens complémentaires les plus contributifs sont *la scintigraphie osseuse* avec une fixation en H et la *TDM* où le trait de fracture est visible.
- Le TTT est le même que celui du tassement vertébral

RACHIALGIES EN URGENCE

et en quelques mots...

2 questions !

Age du patient ?

Atteinte radiculaire ?

RACHIALGIES



2 points forts !

- *Interrogatoire* (habitus, mode survenue, siège de la douleur, traitement instauré et efficacité....)
- *Examen clinique*

RACHIALGIES



2 réponses à 2 questions !

- Existe-t-il un ***syndrome rachidien*** ?
- La douleur est elle ***inflammatoire*** ou ***mécanique*** ?

RACHIALGIES



- **PAS de SYNDROME RACHIDIEN =>** pathologie extra rachidienne (anévrisme aorte, tumeur, EP.....)
- **SYNDROME RACHIDIEN et douleur INFLAMMATOIRE =>** rachialgie symptomatique id est métastase, myélome, SPA, spondylodiscite...
- **SYNDROME RACHIDIEN et douleur MECANIQUE =>** rachialgie « commune » id est fracture vertébrale, lombalgie, cervicalgie....

RACHIALGIES



RECOMMANDATIONS ANAES. Février 2000

Lombalgie. Lombosciatique aigue commune

Seules urgences diagnostiques, thérapeutiques

- *Sciastique hyperalgique*
- *Sciastique paralysante*
- *Syndrome de la queue de cheval*

RACHIALGIES

A decorative graphic consisting of two overlapping circles on the left and three separate circles on the right. The circles are light purple, with the leftmost one being solid and the others being hollow outlines.

En dehors de ces 3 situations:

Pas d'imagerie dans les 7 premières semaines

Au besoin si chirurgie faire une IRM.



RACHIALGIES: traitement

Pas d'effet bénéfique du repos

Efficacité non discutable des AINS, des antalgiques et des myorelaxants

Corticoïdes IV non prouvés comme plus efficaces

Pas d'efficacité de l'acupuncture

La manipulation rachidienne a un effet à court terme comme les infiltrations



EXPLORATIONS NEUROLOGIQUES en urgence

- **Signes cliniques d'accident vasculaire cérébral**

→ En journée

IRM diffusion/perfusion (dans les 3 heures)

TDM cérébrale sans injection de produit de contraste

→ La nuit

TDM cérébrale surtout si traitement anticoagulant

La seule « urgence chirurgicale » reste l'hématome sous dural ou l'hématome du cervelet.



Explorations neurologiques

Signes cliniques de thrombophlébite cérébrale

Angio IRM

TDM cérébrale avec injection de produit de contraste

Fond d'œil

D Dimères

Signes cliniques de dissection carotidienne

Angio IRM

Echo doppler des troncs supra aortiques

TDM cérébrale non injectée



Explorations neurologiques

Signes cliniques de processus intra cérébral

TDM cérébrale avec injection de produit de contraste

IRM

Signes cliniques d'hémorragie méningée

TDM cérébrale non injectée

Ponction lombaire si TDM normale

(5 à 10% de faux négatifs ou épistaxis méningé)



Explorations neurologiques

Signes cliniques de méningite

Ponction lombaire

Signes cliniques de méningo encéphalite

TDM cérébrale avec ou sans injection

Ponction lombaire dans les 30 minutes suivant l'arrivée du patient

Un traitement antibiotique ou antiviral empirique débuté avant la ponction lombaire ne négativera pas celle-ci.

Electro encéphalogramme



Explorations neurologiques

Signes cliniques de purpura fulminans

Antibiothérapie

Ponction lombaire

Troubles du comportement aigus

Éliminer cause toxique ou métabolique (dextro)

TDM cérébrale avec ou sans injection

Ponction lombaire

Electro encéphalogramme



Explorations neurologiques

Signes cliniques de paraplégie ou paraparésie

IRM

Radiographies du rachis

Scanner rachidien et médullaire

Ponction lombaire (doute sur Sd de GB)



Explorations neurologiques

Céphalée aiguë ou atypique

Si cette céphalée ne rentre pas dans un cadre nosologique précis, migraine, algie vasculaire, névralgie faciale....ou si elle n'a pas les mêmes caractéristiques

➤ *TDM cérébrale ou IRM*



Explorations neurologiques

Première crise d'épilepsie

- Crise isolée avec examen neurologique normal

Electro encéphalogramme

TDM cérébrale ou IRM à distance

- Crise accompagnée ou patient de plus de 60 ans

TDM ou IRM en urgence

Electro encéphalogramme



Explorations neurologiques

Crise d'épilepsie chez un patient épileptique

EEG si le dernier date de plus de 6 mois

TDM cérébrale si examen neurologique anormal

Signes cliniques de myasthénie

Electromyogramme



Explorations neurologiques

Signes cliniques de Sd de Guillain Barré

Ponction lombaire

Electro myogramme



Explorations neurologiques

TDM cérébrale

Seule contre indication : *la grossesse*.

Si injection de produit de contraste vérifier l'absence d'allergie. Le taux de créatinine n'a pas d'importance.

IRM

Pas de contre indication chez la femme enceinte. Seul facteur limitant la taille du périmètre abdominal.

Vérifier l'absence d'implants métalliques très anciens.



Explorations neurologiques

PONCTION LOMBAIRE

L'existence d'un syndrome hémorragique, de signes de focalisation sont une contre indication.

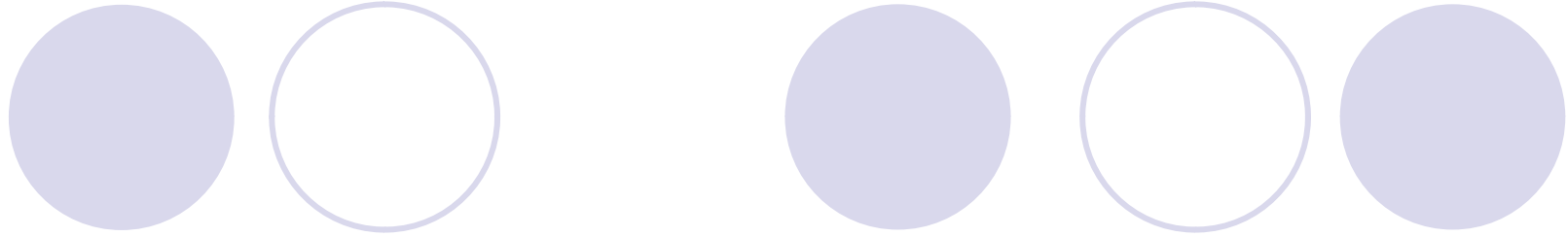


LA COLIQUE NEPHRETIQUE

Pathologie fréquente: 2% au SAU

Pathologie de l'homme de 20 à 60 ans

C'est l'obstruction douloureuse des voies urinaires le plus souvent par un calcul



- Le rôle de l'urgentiste

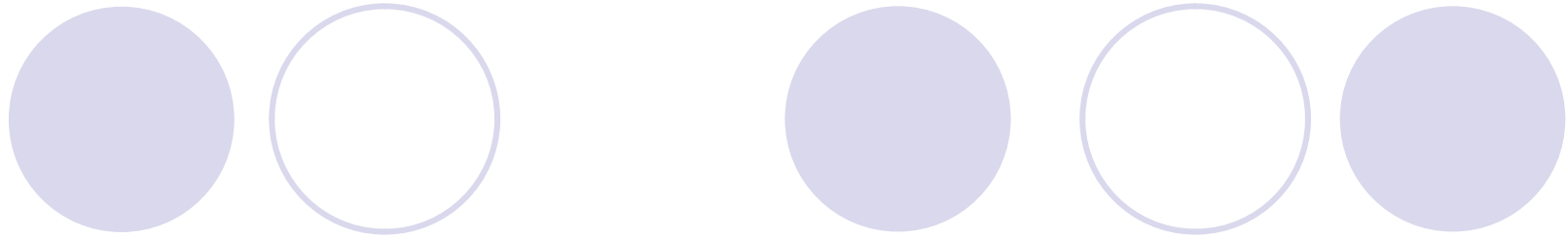
Prise en charge rapide de la douleur

Éliminer une pathologie vasculaire mortelle

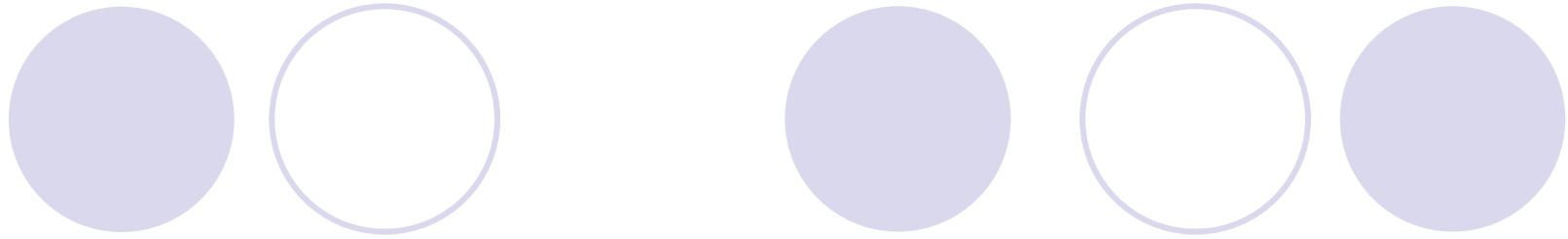
Détecter une colique néphrétique compliquée

Poser les indications d'imagerie en urgence

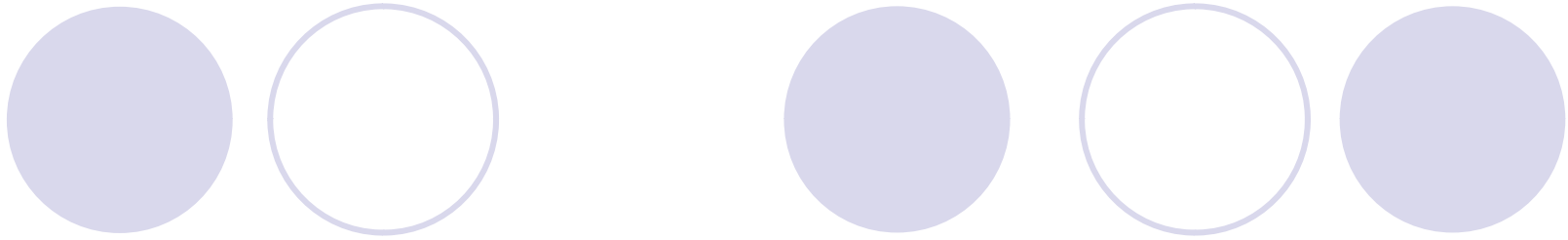
Orienter et hospitaliser de façon adaptée



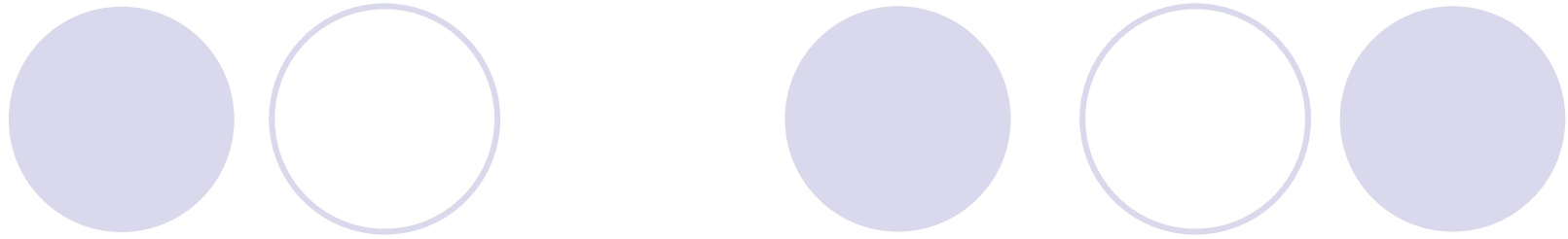
- La prise en charge de la douleur se fait:
 - *par voie intra veineuse*
 - *par AINS: **kétoprofène 100mg** en 20min dans 50cc de SGI 3 fois max/24h*
 - *en association avec du **paracétamol***
 - *utiliser de la morphine si contre indication aux AINS, si douleur maximale d'emblée*
 - *Utilisation du **diclofénac** (voltarène) au besoin en IM si pas de CI (sulfites)*



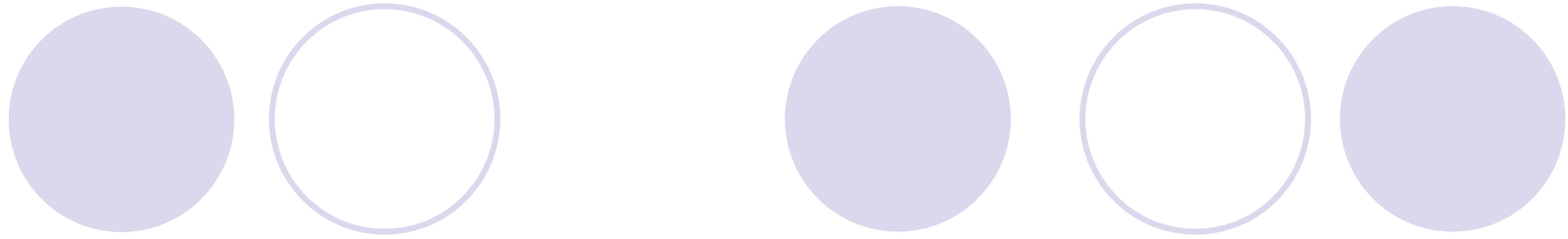
- Chez **la femme enceinte** les AINS sont à éviter et sont formellement contre indiqués pendant le troisième trimestre. Utiliser le paracétamol et la morphine
- Chez **l'insuffisant rénal** les AINS sont contre indiqués. Utiliser le paracétamol et la morphine dont on adapte la posologie en fonction de la clairance de la créatinine



- Les diagnostics différentiels à évoquer sont:
 - *Fissuration d'un AAA chez le patient âgé*
 - *Nécrose ou perforation caecale*
 - *Infarctus rénal*
 - *Ulcère gastrique*
 - *Pyélonéphrite aiguë*
 - *Torsion de kyste ovarien*
 - *Appendicite aiguë*
 - *Pneumopathie*



- La colique néphrétique **simple**
- Sujet jeune, sain
- Douleur typique
- Apyrexie
- Diurèse conservée
- Réponse au traitement médical



- La colique néphrétique **compliquée** est définie
 - son terrain de survenue particulier

Uropathie préexistante

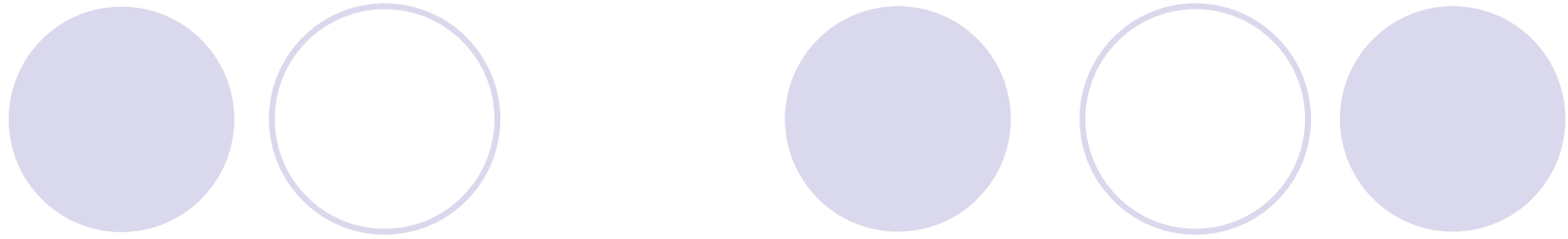
Rein unique fonctionnel ou anatomique

Insuffisance rénale préexistante

Grossesse

Rein transplanté

Patient âgé (AAA)



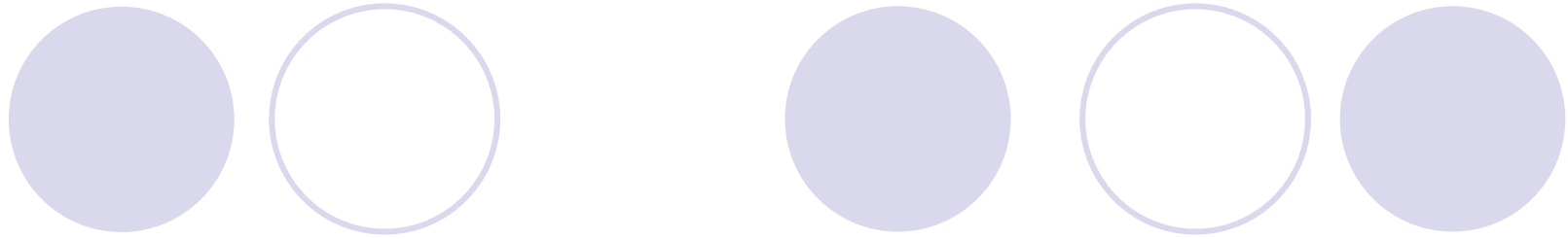
➤ Par l'existence de signes d'accompagnement:

Hyperthermie ou hypothermie (grave)

Caractère hyperalgique

Insuffisance rénale aiguë obstructive

Rupture de la voie excrétrice

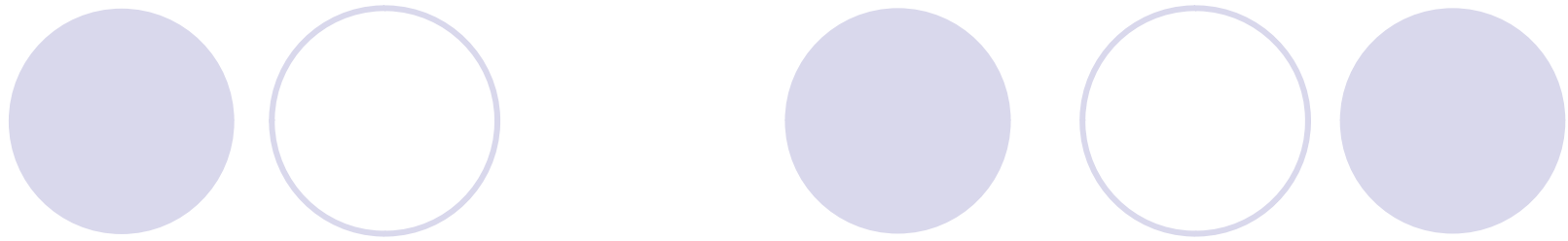


- Par l'existence de facteurs de gravité liés au calcul

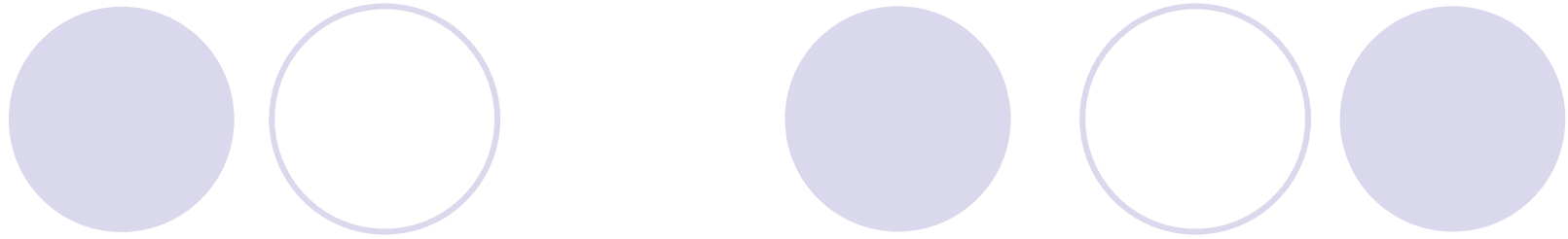
Diamètre du calcul de plus de 6 mm

Calculs bilatéraux

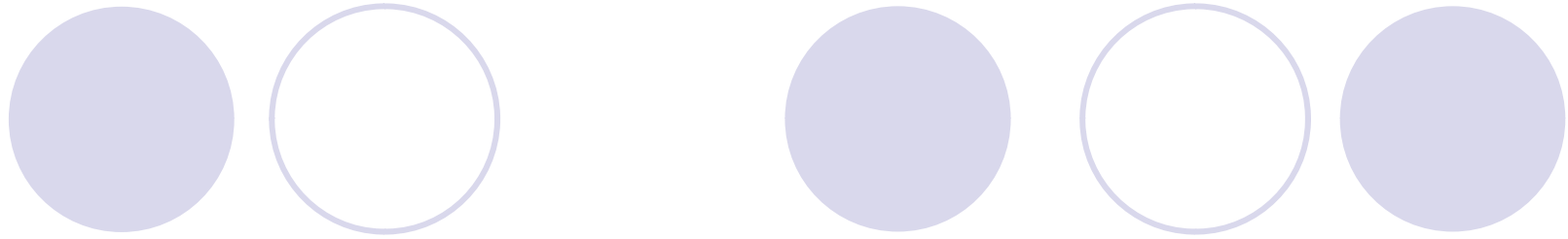
Empierrement de la voie excrétrice après
LEC



La colique néphrétique compliquée nécessite une prise en charge urologique. En général le traitement va consister à drainer en urgence la voie excrétrice dilatée en amont du calcul. Ce dernier sera traité dans un second temps.



- Le bilan à prescrire devant toute CN consiste après gestion de la douleur en :
- Un bilan sanguin: ionogramme, créatininémie, NFS, plaquettes, CRP, bilan de coagulation, hémocultures
- Une bandelette urinaire et un ECBU avec examen direct si infection. Filtrer les urines reste possible



- L'imagerie a comme objectifs :

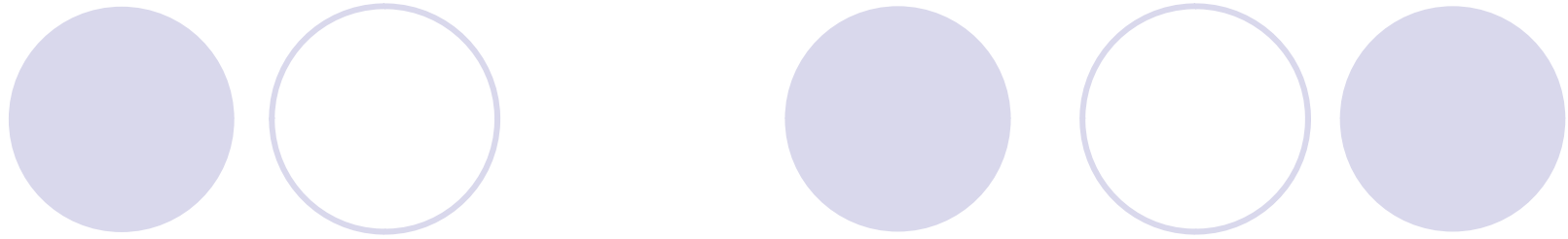
D'affirmer le diagnostic en objectivant la dilatation de la voie excrétrice supérieur

De reconnaître la nature lithiasique de l'obstacle

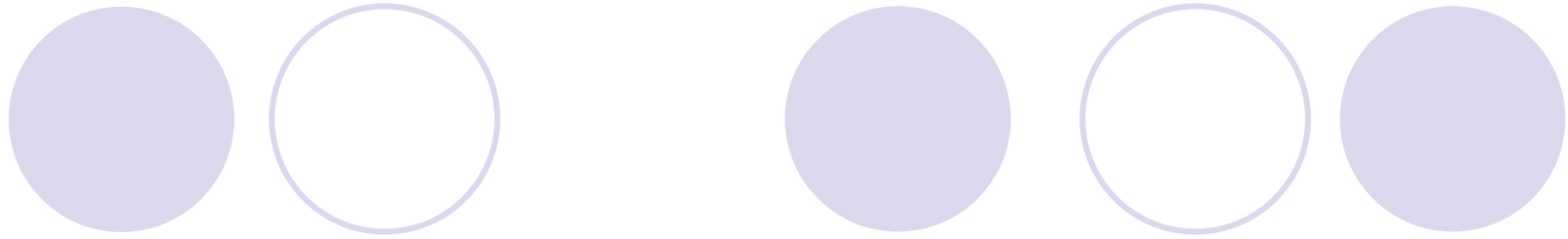
D'évaluer la gravité et le terrain

De préciser les chances d'expulsion spontanée du calcul

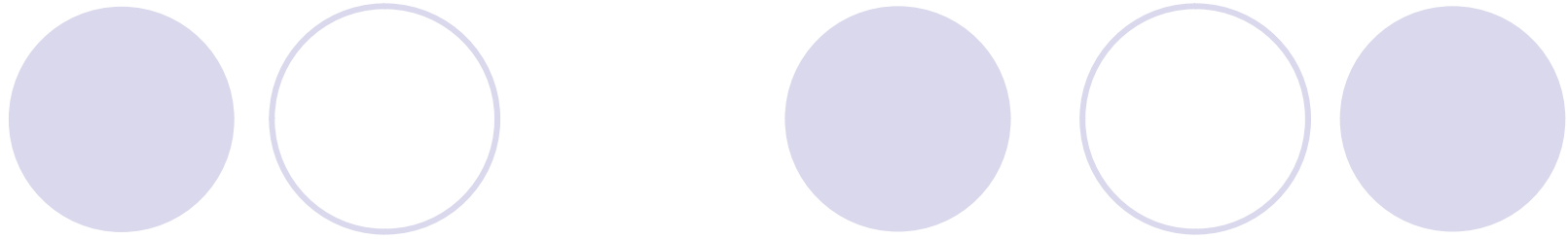
D'objectiver la morphologie du haut appareil



- L'AUSP ou ASP couché permet la visualisation d'un ou plusieurs calculs de nature calcique
- L'échographie rénale permet la visualisation d'un obstacle, d'une dilatation pyélocalicielle, du retentissement sur le bassinet avec mesure de ce dernier, d'une rupture de fornix, d'une uropathie. Elle permet également un diagnostic différentiel



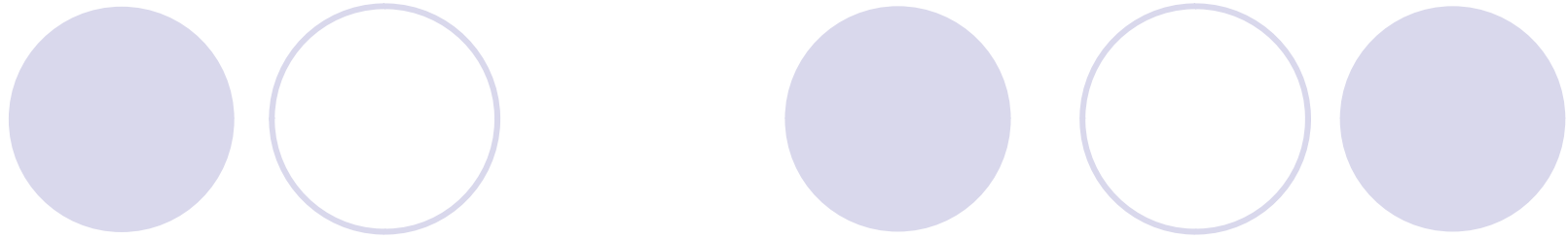
- L'AUSP est indiqué devant toute colique néphrétique
- L'échographie rénale est indiquée devant toute colique néphrétique. Elle est urgente si la CN est compliquée. Elle peut être différée de 48 heures en cas de CN simple.



- L'hospitalisation s'impose devant:

- ***une colique néphrétique compliquée***

- ***chez la femme enceinte***



- En cas de CN simple, le retour à domicile est possible si:

Le patient est apte au traitement ambulatoire

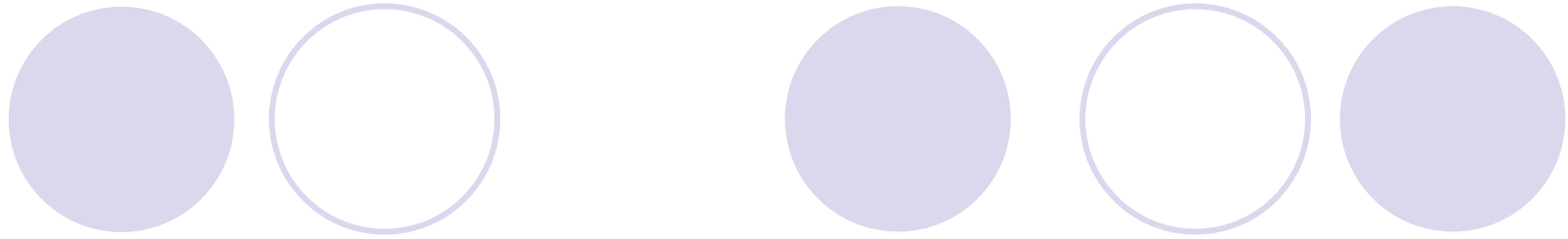
Le patient est totalement soulagé

Le patient a pu boire et manger

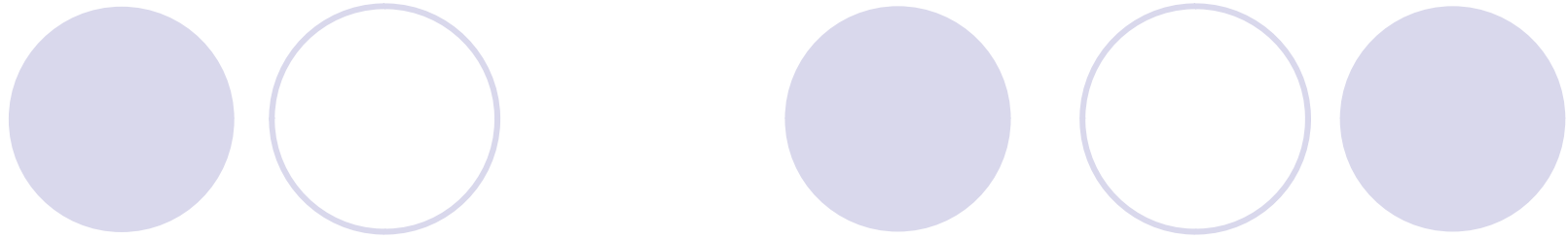
4 heures au moins après une injection de morphine

Avec une prescription d'échographie rénale dans les 48h

Avec un AT d'une semaine



- Ordonnance « type » de sortie
- PROFENID 100mg: 1.1.1 au milieu du repas pendant 7 jours
- PARACETAMOL 1000mg: 1.1.1.1 max si douleurs
- Protecteur gastrique au besoin



- CONSIGNES DE SORTIE

- Boissons possibles

- Filtrer les urines

- Surveiller diurèse

- Surveiller T°

- Consulter si vomissements, fièvre, frissons, douleur, hématurie, malaise

Cas clinique 1



❖ *Mr V. 35 ans consulte pour 1er épisode de douleur aiguë du genou droit de survenue brutale avec impotence fonctionnelle totale. Surcharge pondérale++.*

T°38°. EVA 10. Genou droit chaud, rouge, douloureux.

Diagnostic et PEC?

Cas clinique 2

❖ *Mme V. 85 ans consulte pour 1er épisode de douleur aiguë du genou droit avec impotence fonctionnelle totale. Sous corticothérapie pour Horton.*

T°38°5. EVA 10. TA 10/6.

Genou droit chaud, rouge, douloureux.

Epanchement intra articulaire perçu.

ADN inguinale. A noter un foyer de crépitants base pulmonaire gauche. Diagnostic et PEC?

Cas clinique 3

- ❖ *Mr B. 80 ans agriculteur avec un suivi médical aléatoire consulte pour lombalgies atroces de survenue brutale. 1er épisode.*

T° 37°. EVA 10. agitation++.

Douleur lombaire gauche avec contracture para vertébrale, signe de la sonnette en L5. pas de radiculalgie. Examen neurologique normal.

Diagnostic et PEC?

Cas clinique 4

- ❖ *Mme F. 50 ans consulte pour cruralgie gauche hyperalgique persistante. Aide soignante. Début des douleurs il y a une semaine lors d'un faux mouvement.*

Antécédents de MTE. Sous Coumadine.

Malgré la mise sous antalgiques et anti-inflammatoires per os aggravation des douleurs.

T°38°. EVA 10. Pâleur. Douleur face antérieure de la cuisse gauche avec abolition du rotulien. Contracture para vertébrale gauche. Pas de signes sphinctériens.

Diagnostic et PEC

Cas clinique 5

- ❖ *Hiver 2004. Mr A. 20 ans consulte pour 1ère crise de colique néphrétique gauche hyperalgique. Antécédents familiaux. A surfé toute la journée avec multiples chutes. Douleur typique. Amélioration sous TTT. Labstix compatible. Lors de la mise debout dans le SAU, malaise vagal avec TA à 6, sueurs. Diagnostic et PEC?*

Cas clinique 6

- ❖ *Été 2005. Mr V. 70 ans consulte pour des douleurs abdominales violentes. Hypertendu traité, fumeur. Bon état général. Les douleurs datent du matin au niveau lombaire droit avec agitation intense suivies d'un malaise avec perte de connaissance. Le SAMU se déplace: EVA 10. TA 10/6 aux 2 bras, pouls 120. Mis sous morphine, l'état clinique s'améliore rapidement. Au SAU diagnostic posé de colique néphrétique droite. PEC?*