Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Colica renale
Data 26 febbraio 2006 alle 18:04:00
Autore R. Rossi

LA COLICA RENALE

Rossi:
Gestire la colica renale può essere difficile per il medico di famiglia non tanto perché si tratta di somministrare terapie particolarmente complesse o perché la diagnosi sia impegnativa. Da una parte il medico è tentato di trattare a domicilio il paziente avendo però qualche volta il timore di scambiare per colica renale una condizione potenzialmente mortale come un aneurisma dell'aorta addominale in fase di rottura o una gravidanza extra-uterina. Qualche volta, dopo aver somministrato la terapia, invia il paziente al PS inutilmente perché la sintomatologia dolorosa si risolve durante il tragitto o all'arrivo in ospedale. Viene a trovarsi così tra Scilla e Cariddi di una possibile sottovalutazione del quadro clinico o al contrario di un atteggiamento troppo prudente.

Ressa:
Mi sembri un po' troppo allarmista.

Rossi
Un consenso elaborato da medici di famiglia e specialisti urologi ha cercato di fornire dei punti di riferimento su come affrontare la colica renale in ambiente extra-ospedaliero [1].

Ressa:
Sentiamo...Rossi:
Cominciamo dalla diagnosi. Si sospetta una colica renale quando vi è un dolore acuto ad un fianco che si irradia alla radice dell'arto omolaterale o all'inguine. Il dolore può essere accompagnato da nausea o vomito; all'esame obiettivo il segno di Giordano di solito è positivo. Manca generalmente la febbre a meno che non vi sia una infezione urinaria sovrapposta. Talora vi e' una storia di precedenti episodi e di calcolosi renale.
Una caratteristica abbastanza tipica della colica renale è che il paziente trova più beneficio dal movimento che dal riposo a letto. Questo lo differenzia per esempio dal dolore addominale di tipo peritonitico in cui il movimento riacutizza il dolore. Per mia esperienza devo dire che è abbastanza vero: capita spesso all'arrivo di trovare il paziente in piedi che si muove inquieto per la casa.

Ressa:
Confermo appieno.

Rossi:
Non è naturalmente un criterio diagnostico sicuro ma può essere di aiuto. Un altro criterio è il dolore che si manifesta ad ondate con periodi di remissione, però mi sono capitate coliche renali con dolore pressoché continuo.
Come dicevo prima bisogna escludere diagnosi alternative come la rottura di una gravidanza ectopica (indagare se vi e' ritardo mestruale) , di un aneurisma dell'aorta addominale (attenzione negli over 60) o la presenza di segni di peritonite (rigidità della parete addominale, segno del rimbalzo). Inoltre bisogna escludere la presenza di shock o infezione sistemica (iperpiressia).

Ressa:
Aggiungo che e' un po' difficile che un over 60 abbia un primo attacco di colica renale.Rossi:
Un utile ausilio è l'uso degli stix per esame estemporaneo delle urine: la presenza di ematuria rilevata con lo stix conforta la diagnosi (ematuria e' presente in oltre l'80% dei casi di colica renale). L'assenza di ematuria, pur non escludendo in linea di principio una colica renale, dovrebbe far pensare a cause diverse.

Ressa:
Mi capitò un caso con sintomatologia da libro, il laboratorista goffamente escluse, col paziente, la diagnosi per mancanza di ematuria, dopo 2 ore il paziente espulse in calcoletto, aveva anche telefonato "Dottore, e' sicuro?"

Rossi:
Eh, eh, faceva parte di quel 20% senza ematuria.
Veniamo al trattamento. Si raccomanda l'iniezione i.m. di un FANS per esempio 75 mg di diclofenac ma possono essere usati altri FANS. Se il paziente e' allergico ai fans il documento di consenso inglese suggerisce la somministrazione per via i.m. di morfina solfato associata ad un antiemetico. E' ben difficile però che un medico, in Italia (paese con un basso uso di oppioidi anche per i malati oncologici), abbia fiale di morfina nella borsa.

Ressa:
E farà un antispastico.

Rossi:
Ti dirò che io uso associare subito i due trattamenti anche se per l'antispastico non sembra ci siano linee guida che lo

raccomandino. Secondo me invece funziona.
E' utile inoltre consigliare una adeguata idratazione e invitare il paziente a raccogliere o filtrare l'urina (eventuale emissione di calcolo).Ressa:
Tre litri di acqua al giorno e lasciare l'urina in posa per un'ora dopo ogni minzione, poi guardarla controluce, scuotendo leggermente il contenitore, filtrarla con una garza se si ha la sensazione di vedere qualche sedimento.
Lascio a domicilio una prescrizione di FANS e antispastico da alternare, una volta l'uno e la successiva l'altro.
Non scordiamoci la borsa d'acqua calda in loco e la corda.

Rossi:
Sul calore locale concordo per esperienza personale ma anche perché c'è uno studio recente che ne ha dimostrato l'efficacia sul controllo del dolore [2].
Spiegami invece la faccenda della corda.

Ressa:
La corda per saltare, come facevamo da piccoli, in alternativa uno spago qualsiasi.

Rossi:
Ti dico quando ricoverare.
Il ricovero va considerato:
se la colica non recede dopo 60 minuti dalla somministrazione del FANS; l'effetto del farmaco può essere controllato con una telefonata e in caso di insuccesso il medico deve consigliare al paziente l'accesso al PS

Ressa:
Non ci penso nemmeno, chiedo sempre un' eco e una Rx diretta addome da fare nei giorni immediatamente successivi alla colica.Non bisogna farsi impressionare per piccole idronefrosi che si risolvono in un mese.Rossi:
A dir il vero il consenso suggerisce il ricovero o meglio l'invio al PS per il controllo del dolore. In linea generale sono d'accordo con quanto suggeriscono gli inglesi: se infatti il dolore non recede con la terapia somministrata, secondo la mia esperienza, siamo di fronte ad una di quelle coliche "toste" che richiedono una terapia infusiva protratta con fisiologica, antispastico e antidolorifico a go-go.
Ricordo pazienti che hanno avuto una risoluzione del dolore dopo 10-12 ore di infusione continua e qualcuno che ha dovuto essere ricoverato con durata della colica di qualche giorno.

Ressa:
Mah!

Rossi:
Comunque proseguiamo:

se dopo un' apparente remissione il dolore ricompare; si potrebbe anche prescrivere al paziente dei FANS per via orale o rettale da usare subito in caso di recidiva della sintomatologia, ma ci potrebbe essere un abuso di farmaci oppure si potrebbe avere un ritardo terapeutico in caso di ostruzione dell'uretere che necessita di un intervento urologico urgente.
Bisogna istruire il paziente a richiamarci anche se compaiono sintomi nuovi come per esempio improvviso rialzo febbrile.

Ressa:
Urgente in che senso ? Per buggerarsi un rene il blocco deve essere completo e duraturo, non vedo il problema.
D'accordo sulla febbre, se ha caratteristiche settiche, altrimenti inizio terapia con chinolonici e via.Rossi:
Vedo che oggi sei particolarmente suscettibile.
Credo che le preoccupazione dei medici che hanno steso il consenso fosse che se il paziente si automedica potrebbe "sopportare" e trascurare episodi recidivanti permettendo all'ostruzione di perdurare oltre le due settimane, termine indicato per l'intervento. Ricordo che le altre indicazioni all'intervento urgente sono le ostruzioni con infezione, il dolore refrattario o il progressivo deterioramento della funzionalità renale.

Ressa:
Veniamo ora al follow-up.

Rossi:
E' opportuno richiedere a breve ecografia renale e delle vie urinarie e una radiografia in bianco dell'addome per evidenziare eventuali calcoli radiopachi.

Ressa:
Come dicevamo prima.

Rossi:
La pielografia e.v. (e la tac spirale) sono esami di secondo livello da riservare a casi selezionati.
Il documento di consenso inglese prevede anche una consulenza urologica entro 7-14 giorni, preferibilmente dopo l'esecuzione degli accertamenti strumentali. Mi sembra una precauzione eccessiva e non ne vedo il senso se gli accertamenti non evidenziano alterazioni particolari (per esempio neoformazioni renali o vescicali, calcoli a stampo ecc.)Ressa:
Hai ragione tu, secondo me. Ricordo alla fine anche recenti aggiornamenti sul tamsulosin che sembrerebbe facilitare l'espulsione di calcoli non completamente ostruenti e incuneatisi nell'uretere.

Rossi:
Ecco i consigli finali del consenso:

Paziente da trattare a domicilio
- dolore che si risolve spontaneamente o dopo somministrazione dell'analgesico
- adeguato supporto familiare
- desiderio del paziente di rimanere a domicilio
- possibilità di contatto telefonico
- paziente < 60 anni, in cui e' ridotto il rischio di non diagnosticare un aneurisma aortico addominale in fase di rottura

Paziente da ricoverare
- dolore che persiste o recidiva dopo analgesico
- donna in età riproduttiva con storia di ritardo mestruale (rischio di gravidanza ectopica)
- sintomi di malattia sistemica, infezione, shock, peritonismo o anuria
- desiderio del paziente di ricoverarsi
- contatto telefonico non possibile
- supporto familiare non adeguato
- storia documentata di un solo rene funzionante
- gravidanza o eta' > 60 anniRessa:
Bah, rarissimamente ho ricoverato per coliche renali e di reni non ne ho persi neanche uno in 25 anni di lavoro, sono quindi scettico su questi consigli.
Richiamo infine l'attenzione sulla utilità di studiare sempre il metabolismo calcio-fosforo perché una calcolosi urinaria potrebbe essere la spia di un iperparatiroidismo. Mi è capitato di recente il caso di un cinquantenne con calcemia di 13,1 e fosoforemia di 2,1 e valori di paratormone quattro volte il valore massimo, non c'era familiarità calcolotica e non aveva mai avuto coliche in precedenza.

Rossi:
Sarebbe utile un breve cenno sull'interpretazione dei dati di calcemia e PTH.

Ressa:
Come in tutti i sistemi a feed-back, se la calcemia aumenta per qualsiasi ragione, il PTH dovrebbe ridursi per tentare di riportare la calcemia nella norma. Se invece lo troviamo aumentato o anche "inappropriatamente normale" (di solito però nella parte alta del range, e succede in meno del 20% dei casi) è chiaro che è il PTH il primum movens dell'ipercalcemia.

Rossi:
Tuttavia in caso di ipercalcemia con PTH normale o lievemente aumentato potrebbe trattarsi anche di ipercalcemia familiare benigna (IFB).Ressa:
E' vero. Però l'IFB è molto più rara dell'iperparatiroidismo e, al contrario di questo, di solito non comporta nefrolitiasi. Inoltre è appunto familiare, con un fenotipo a trasmissione dominante, per cui è bene dosare il calcio nei figli (anche se piccoli) e nei genitori, se possibile. Infine l'AMP ciclico urinario è normale nella IFB e nelle forme di ipercalcemia extraparatiroidee, mentre è aumentato nell'iperparatiroidismo.

Rossi::
Già che ci siamo potremmo dire qualcosa circa l'ipercalciuria.

Ressa:
Nell'IFB è sempre ridotta. Nell'iperparatiroidismo è aumentata ma solo nel 50% dei casi, nei restanti casi è normale. Il PTH aumenta il riassorbimento renale del calcio quindi quando c'è ipercalciuria questa è dovuta al fatto che l'ipercalcemia (dovuta all'aumentato riassorbimento osseo e all'aumentato assorbimento intestinale indotto dalla stimolazione della vitamina D) aumenta il carico di calcio al tubulo prossimale. A volte i due effetti si bilanciano e così troviamo una calciuria normale. Ricordo infine che questi esami vanno fatti eseguire in pazienti con una dieta normale.

Rossi:
Se invece alla ipercalcemia si associa un paratormone basso si debbono escludere metastasi ossee, sarcoidosi, ipertiroidismo o un ipoparatiroidismo (chirurgico, familiare, autoimmune, ecc.).
Per altri particolari sulla calcemia vedi il capitolo sull'osteoporosi.

Ressa:
Un'ultima cosa: esiste una terapia medica che favorisca l'espulsione dei calcoli ureterali?

Rossi:
Secondo alcune revisioni [3,4] l'uso di alfabloccanti e calcioantagonisti è in grado di ridurre il tempo di espulsione spontanea e probabilmente anche di diminuire la necessità di interventi endoscopici di rimozione del calcolo nelle litiasi distali di piccole dimensioni (calcoli inferiori al centimetro).

APPENDICE. LA LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA

La litotripsia extracorporea tramite onde d'urto (ESWL = Extracorporeal ShocK Waves Lithotripsy) provoca la frantumazione dei calcoli e la loro espulsione e, se sono rispettate le indicazioni, dà risultati positivi in oltre il 90% dei casi.

I calcoli da sottoporre al bombardamento devono avere un diametro di 5-30 mm (i calcoli < 5 mm non vanno trattati, quelli > 30 mm se trattati con ESWL danno calcoli recidivi nel 35-55% dei casi). Inoltre i calcoli non devono trovarsi, per motivi tecnici, nel tratto pelvico dell'uretere.
Per i calcoli più piccoli basta un solo trattamento, quelli più grossi possono richiedere un'altra seduta.
Nei casi di calcoli ureterali non trattabili con ESWL si ricorre alla litotripsia endoscopica tramite cateterismo dell'uretere e successiva frantumazione con laser e posizionamento di stent ureterale.
Per i calcoli > 30 mm oppure > 10 mm situati nel polo renale inferiore si usa la nefrolitotimia percutanea (nefroscopio introdotto per via percutanea con cui il calcolo viene frantumato e asportato; per i calcoli più grossi la frantumazione avviene usando ultrasuoni).
Controindicazioni alla litotripsia sono episodi flogistici acuti, aritmie, portatori di pace-maker, calcificazioni aortiche addominali e dell'arteria renale, coagulopatie, gravidanza, creatinina > 3 mg/dL.

BIBLIOGRAFIA

1.BMJ 2002;325:148
2.J Urol September 2003;170:741
3. Hollingsworth JM et al. Medical therapy to facilitate urinary stone passage: a meta-analysis.
Lancet 2006 Sept 30; 368:1171-1179
4. Singh A et al. A systematic review of medical therapy to facilitate passage of ureteral calculi. Ann Emerg Med 2007 Nov; 50:552.