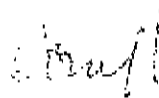


**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER I PAZIENTI AFFETTI DA
COLICA RENALE CHE ACCEDONO AL P.S.**

Gruppo di lavoro

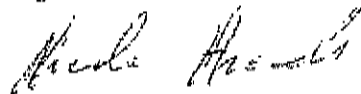
Dott. Pietro Cozzupoli Direttore UOC Urologia



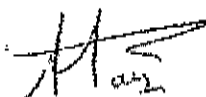
Dott. Angelo Ianni Direttore UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Emergenza



Dott. Nicola Arcadi Direttore UOC Radiologia



Dott. Antonio Fava UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Emergenza



1. Introduzione

La colica renale è una sindrome clinica molto frequente nel Dipartimento di Emergenza, coinvolgendo ben il 12% della popolazione, con un'incidenza 3 volte maggiore nell'uomo rispetto alla donna, in una fascia di età tra i 20 e 50 anni. La probabilità di recidiva a 10 anni è pari al 50%.

La colica renale è tipicamente caratterizzata da dolore molto intenso, che origina in regione lombare o al fianco e tende ad irradiarsi anteriolateralmente all'inguine e al testicolo nell'uomo e al grande labbro nella donna. Spesso viene descritta dal paziente come "il peggior dolore della sua vita" ed è associata ad uno stato di irrequietezza conseguente al tentativo del paziente di trovare una posizione che stimoli meno dolore possibile. Si accompagna frequentemente a ematuria macro- o microscopica (80% dei casi), disuria, nausea e vomito. Può essere presente febbre.

Si ritiene che il dolore sia il risultato di uno spasmo della muscolatura liscia ureterale secondario al passaggio di un calcolo che produce edema, infiammazione e iperperistaltismo della muscolatura liscia della via urinaria per incremento della pressione all'interno dell'asse urinario nella porzione proximale al calcolo.

2. Scopo

Lo scopo è di uniformare le attività degli specialisti coinvolti nella gestione di pazienti con colica renale, integrandole con le attività di diagnostica di laboratorio e strumentale radiologica, per garantire il miglior trattamento possibile degli stessi. Si riduce così la variabilità dei comportamenti, si indicano gli esami urgenti da eseguire in Pronto Soccorso così da ottimizzare l'impiego e il timing di esecuzione di tecniche diagnostico terapeutiche necessarie per arrivare al più presto ad una diagnosi tramite utilizzo di mezzi diagnostici razionali e il meno invasivi possibile, coinvolgendo gli specialisti appropriati nel minor tempo possibile, e definire gli ulteriori esami

laboratoristici strumentali e il trattamento non urgente da eseguire in regime di ricovero oppure in regime ambulatoriale.

3. Gestione del Paziente con sospetta colica renale

ALL'INGRESSO IN P.S.

La gestione del paziente con sospetta colica renale inizia con la valutazione dell'ABCD dello stesso paziente.

Anamnesi: familiarità e calcolosi precedente, traumi, infezioni precedenti, febbre di tipo settico, entità della diuresi in relazione all'introito di liquidi, se monorene o affetto da insufficienza renale, terapie farmacologiche, ecc.

Esame obiettivo: l'esame fisico può rivelare positività alla manovra di Giordano, dolore nei punti ureterali, riduzione della peristalsi intestinale per meccanismo riflesso; i segni di peritonismo con resistenza addominale sono relativamente rari.

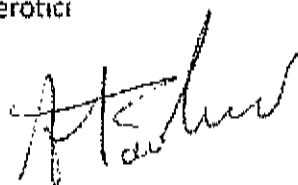
Esami Diagnostici di Laboratorio: esami ematochimici immediati di routine + uricemia, calcemia e fosfatemia; es. urine con esecuzione dello "stick urinario", che può fornire rapidamente informazioni qualitative sulla presenza di sangue (tuttavia in più del 15% dei casi non è presente ematuria microscopica); se il paz è febbrile, prima di iniziare la terapia antibiotica, eseguire emo- ed urino coltura.

Esami Diagnostici Strumentali di prima linea: Ecografia addome e pelvi; Rx diretta addome e, in caso di negatività, contestualmente TAC senza mezzo di contrasto a strati sottili con ricostruzioni coronali e sagittali. Tuttavia, se all'ecografia non vi è dilatazione delle cavità renali, il paziente è di giovane età, soprattutto se donna, non si sospettano altre patologie ed il dolore recede in tempi brevi, la TAC può essere evitata.

Esami Diagnostici Strumentali di seconda linea: se si riscontra ecograficamente dilatazione delle cavità renali, se il dolore è recidivante e se vi è presenza di febbre settica va eseguita una TAC con mezzo di contrasto con ricostruzioni coronali e sagittali ed una Uro RMN.

La Diagnosi Differenziale va fatta principalmente con:

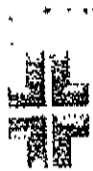
- o Coliche biliari e colecistite
- o Aneurismi aortici in fase di rottura o dissecanti, principalmente se il dolore è localizzato a sinistra ed in pazienti anziani, ipertesi e aterosclerotici



- Appendicite acuta, diverticolite acuta e peritonite (generalmente questi pazienti presentano un'obiettività addominale molto più intensa e tendono a stare fermi e/o a cercare una posizione antalgica che nella colica renale non si trova mai).
- Cause ginecologiche: endometriosi, torsione di cisti ovariche e gravidanze ectopiche
- Torsione testicolare

La Terapia, da iniziare prima possibile, prevede:

- ✓ Accesso venoso e idratazione (non vi sono prove convincenti che l'idratazione forzata e la terapia con diuretici acceleri l'espulsione del calcolo, anzi alcuni studi dimostrano che essa può portare ad un peggioramento o esacerbazione del dolore)
- ✓ Sedazione del dolore in più fasi
 - FANS: ketorolac (dotato di efficacia, tollerabilità e scarsi effetti avversi)
 - Oppioidi: Morfina (5-10 mg i.m.) da preferire in donne in gravidanza; pentazocina, ect (sono dotati di maggiore velocità nell'azione analgesica ma sono gravati da più frequenti effetti avversi)
 - FANS + Oppioidi
 - Paracetamolo i.v.; Tramandolo i.v.; Antiemetici.
 - Il posizionamento di una borsa di acqua calda sul fianco può migliorare la sintomatologia dolorosa
 - Se ulteriore non risposta alla terapia verificare la diagnosi ed effettuare un approfondimento diagnostico mediante TC addome
- ✓ Spasmolitici (sono meno efficaci dei FANS; inoltre l'associazione spasmolitici + FANS non si è dimostrata superiore al trattamento con solo FANS)
- ✓ In presenza di brivido e febbre eseguire terapia antibiotica
- ✓ Alfa 1 antagonisti e calcio antagonisti: hanno un ruolo nel bloccare la contrazione della muscolatura liscia e favorire il passaggio del calcolo; vengono usati a questo scopo la tamsulosina e la nifedipina



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



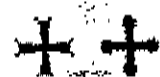
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"

Reggia Calabria

UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Emergenza

Direttore Dott. A. Ianni



REGIONE CALABRIA

CONDOTTA CLINICA E ORGANIZZATIVA

In caso di risposta alla terapia: dimissione del paziente con il consiglio di visita urologica in regime ambulatoriale, previa prenotazione attraverso telefonata al CUP. Stessa procedura per i pazienti con calcoli di dimensioni > 5-7 mm, che difficilmente possono essere espulsi spontaneamente.

In caso di coliche recidivanti o resistenti: ricovero in OBI per esami di seconda scelta e successiva consulenza urologica entro 12 ore per stabilire il percorso terapeutico.

Ricovero diretto senza consenso dello specialista presso l'UOC di Urologia e trapianti nei seguenti casi (diagnosticati con le indicazioni precedenti):

1. Colica renale con febbre settica e idronefrosi da calcolosi ostruente che deve essere trattata in urgenza
2. Colica renale con idronefrosi bilaterale, calcolosi bilaterale ostruente e anuria da almeno 8 ore
3. Colica renale in monorene con febbre o ostruzione ed anuria o oliguria e aumento della creatininemia

Riferimenti Bibliografici:

1. Samad EJ Golzari, Hassan Soleimanpour, Farzad Rahmani, Nahid Zamani Mehr, Saeid Safari, Yaghoob Heshmat, Hanieh Ebrahimi Bakhtavar. Therapeutic Approaches for Renal Colic in the Emergency Department: A Review Article. Anesth Pain Med. 2014 February; 4(1): e16222.
2. Nicolau C, Claudon M, Derchi LE, Adam EJ, Nielsen MB, Mostbeck G, Owens CM, Nyhsen C, Yarmenitis S. Imaging patients with renal colic-consider ultrasound first. Insights Imaging 2015.
3. Worster AS, Bhanich Supapoi W. Fluids and diuretics for acute ureteric colic. Cochrane Database Syst Rev. 2012.
4. Dellabella M, Milanese G, Muzzonigro G. Randomized trial of the efficacy of tamsulosin, nifedipine and phloroglucinol in medical expulsive therapy for distal ureteral calculi. J Urol. 2005.

