



ASSOCIAZIONE DI  
UROLOGIA E ANDROLOGIA DELLE MARCHE

# DECALOGO SUL TRATTAMENTO DELLA COLICA RENALE DA LITIASI URINARIA

## DOCUMENTO DI CONSENSO REGIONALE SUL TRATTAMENTO DELLA COLICA RENALE DA LITIASI URINARIA

Elaborato sulle indicazioni emerse nel V° Convegno Regionale AssUAM 2016

### A cura del CDA AssUAM 2015 - 2017

**Enrico Caraceni**

Presidente

**Valerio Beatrici**

Segretario

**Vincenzo Ferrara**

Tesoriere

**Marco Dellabella**

Membro

**Andrea Benedetto Galosi**

Membro

**Giovanni Muzzonigro**

Membro & Past President

**Leonardo Rossini**

Membro

#### **1. Quadro clinico**

Per colica renale o ureterale si intende un dolore acuto al fianco irradiato anteriormente fino in regione genitale, alla coscia e sovente associato a nausea e vomito. L'alvo può essere temporaneamente chiuso ai gas. L'anamnesi, esame obiettivo e diagnosi differenziale con altre importanti patologie sono elementi indispensabili. Il quadro può essere simulato da numerose patologie comprese la gravidanza extrauterina e la rottura di aneurisma aortico. La prognosi, in assenza di complicazioni, è favorevole.

#### **2. Valutazione clinica e laboratoristica**

Oltre all'accurata anamnesi e all'esame obiettivo (Manovra di Giordano, punti ureterali, obiettività addominale) è indicata la esecuzione dei seguenti esami di laboratorio:

- a)** L'esame delle urine o stick urinario fa parte della valutazione iniziale della calcolosi delle vie urinarie (microemturia, leucocituria).
- b)** I dosaggi di Creatinina, proteina C-reattiva, emocromo con formula, potassiemia, calcemia e uricemia devono far parte della valutazione iniziale del paziente affetto da calcolosi urinaria. Dosaggio HCG Beta o altro test di gravidanza consigliato in donne giovani con possibile gravidanza.
- c)** L'urinocoltura con antibiogramma è consigliata prima di manovre strumentali ed in caso di leucocituria. Inoltre è indicata nei bambini e nelle donne in gravidanza.

### 3. Valutazione radiologica

Gli esami di I istanza devono essere effettuati nel più breve tempo possibile (indicati in grassetto).

**a) L'ecografia dell'addome** completo, compresi reni e vescica, è indicata nella valutazione routinaria di prima istanza per evidenziare l'eventuale presenza di dilatazione della via escretice nonché sede e dimensioni della calcolosi urinaria. L'esame è inoltre utile per la diagnosi differenziale con altre patologie. **(È raccomandato valutare l'intero addome, in ambito radiologico).**

**b) Ecocolor doppler Renale:** non è indispensabile nella valutazione routinaria immediata ma se disponibile è un utile complemento diagnostico.

**c) Ecografia vescicale è utile per valutare la presenza di calcoli ureterali iuxta-vescicali; l'eco-color doppler** è utile per valutare il jet ureterale in vescica. L'assenza del Jet urinario deve essere valutata con attenzione in quanto possibile segnale di esclusione funzionale del rene a monte.

**d) Rx diretta addome.** Utile per valutare sede dimensioni e natura del calcolo può essere effettuata su indicazione specialistica in alternativa alla TAC.

**e) Tac addome multislice spirale senza mdc,** ha maggiore accuratezza diagnostica rispetto all'ecografia e della radiografia diretta addome. Da riservare ai casi in cui la ecografia non sia risultata diagnostica o il dolore sia persistente o come esame di II livello. **L'esame deve indicare dimensioni, sede e densità del calcolo.**

**f) TC addome con e senza mdc (UROTC),** come indagine di secondo livello in caso di quesito diagnostico specifico specialistico. La Uro-RM dovrebbe essere riservata a pazienti pediatrici, donne gravide e allergia a mdc iodato.

### 4.

Nella maggior parte dei casi la colica renale ha un decorso benigno e si risolve con la espulsione spontanea del calcolo dopo alcuni giorni (più frequente per calcoli di dimensioni fino a 5-7 mm). **L'espulsione spontanea è più frequente nelle donne in gravidanza e nei bambini.**

Non è generalmente necessario il ricovero ospedaliero ma una terapia che faciliti la espulsione e controlli il dolore.

Un approccio conservativo è indicato in assenza di complicanze, per calcoli ureterali fino a 7 mm e dolore controllabile. In ogni caso è indicato monitoraggio clinico e strumentale (follow-up vedi punto 6). L'insorgenza di una colica renale da calcolosi in gravidanza, dovrebbe, in assenza di complicanze, essere trattata in maniera conservativa. L'utilizzo delle radiazioni ionizzanti nella diagnostica della colica renale in gravidanza deve essere evitato.

### 5. Le evidenze disponibili riguardo la terapia medica espulsiva nella colica renale sono riassunte di seguito

**a) Farmaci alfa litici:** è da tempo dimostrato che sono risultati efficaci nel facilitare la espulsione dei calcoli urinari di piccole dimensioni oltre che per la terapia della iperplasia della prostata. Tra questi il più studiato è la tamsulosina (+14-29% di espulsione spontanea) ma anche altri hanno dimostrato pari efficacia (doxazosina, alfuzosina, terazosina, silodosina). Gli alfa litici si sono dimostrati efficaci nel migliorare la tollerabilità degli stenting ureterali. Il dosaggio varia a seconda del farmaco impiegato generalmente è sufficiente 1 cp al giorno.

**b) Possibile ma non sicuramente dimostrata migliore efficacia** dalla combinazione alfa-litico e cortocosteroidi per pazienti adulti paucisintomatici per qualsiasi sede del calcolo, in assenza di fattori complicanti.

**c) Antinfiammatori non steroidei** sono utili per controllare il dolore, ridurre l'edema dell'uretere e facilitare la progressione del calcolo lungo l'uretere. Il dosaggio varia secondo il farmaco prescelto e la posologia va adeguata in modo da coprire le 24 ore. Tra questi è considerato di prima scelta il diclofenac eventualmente associato a gastroprotezione.

**d) Gli oppiacei** sono da considerarsi farmaci di seconda scelta in caso di dolore violento e resistente agli antinfiammatori

**e) L'efficacia degli spasmolitici** è controversa.

**f) La terapia infusiva endovenosa** è da utilizzarsi solo per il mantenimento del bilancio idroelettrolitico se occorre.

**g)** La terapia antibiotica è indicata in caso di **febbre**, leucocituria, positività della urinocultura o complicazioni.

**h)** L'efficacia della iperidratazione è controversa

**i)** La nifedipina ha dimostrato di essere efficace nel facilitare la espulsione di calcoli urinari per le sue proprietà miorellassanti legate all'azione calcio antagonista. (+9% di espulsione spontanea).

L'insorgenza di una colica renale da calcolosi in gravidanza, dovrebbe **essere trattata in maniera conservativa in assenza di complicanze. Una fisiologica dilatazione delle vie escrettrici è presente in gravidanza, pertanto la comparazione ecografica dei due lati e il jet ureterale all'ecocolor doppler sono di aiuto.**

### **6. Follow-Up**

In ogni paziente che ha avuto una colica renale è necessario pianificare una serie di controlli fino a che non si sia verificata la espulsione e si sia risolta la dilatazione della via escrettrice urinaria se presente.

Non esistono in letteratura criteri univoci circa i tempi e le modalità ma in assenza di complicazioni si ritiene possa essere sufficiente un controllo con ecografia renale ed eventualmente vescicale ogni 7 - 15 giorni. Allo stesso modo è utile anche un esame delle urine ogni 7/15 giorni con eventuale monitoraggio di **creatinina**, emocromo ed elettroliti sierici.

Tac addome (RNM quando indicato) senza contrasto o con mezzo di contrasto se occorre possono essere richiesti nei casi di diagnosi incerta, in presenza di complicazioni per la eventuale pianificazione terapeutica invasiva, o in caso di persistente dilatazione della via escrettrice o di **dolore resistente al trattamento.**

### **7. Colica renale complicata**

È definita dalla presenza di complicazioni. Possono essere presente febbre (anche con setticemia e fino allo shock settico) Insufficienza renale acuta o riacutizzata, **anuria/oliguria**, dolore non responsivo al trattamento. La dilatazione della via escrettrice di per sé richiede un

follow-up più stretto ed un trattamento più precoce e non dovrebbe essere considerata una complicazione in senso stretto.

La colica renale complicata richiede generalmente il ricovero ospedaliero:

**a)** È indicato l'approfondimento diagnostico anche mediante TAC con MDC per ottenere una diagnosi circostanziata. La pielografia ascendente può essere necessaria in caso di mancata visualizzazione della via escrettrice e per una migliore definizione diagnostica.

**b)** Il drenaggio della via escrettrice attraverso la nefrostomia percutanea o per via retrograda con ureteroscopia, stenting e frammentazione o asportazione del calcolo sono considerati equivalenti come trattamenti di I istanza.

**c)** Anche la **litotrissia extracorporea ad onde d'urto (ESWL)** può essere impiegata con successo nel trattamento di I istanza dei calcoli ureterali

**d)** La scelta del trattamento e il grado di urgenza del trattamento dipendono da vari fattori e sono di competenza specialistica

**e)** Nel caso sia stato posizionato uno stent ureterale deve essere rimosso dopo un periodo di tempo variabile (**da 2 a 8 settimane**) che dovrebbe essere indicato nella lettera di dimissione.

### **8. Presa in carico**

La colica renale non complicata non richiede ricovero ospedaliero e non rappresenta di per sé una competenza specialistica.

La colica renale complicata (febbre e/o insufficienza renale e/o dolore non responsivo) è competenza specialistica urologica e richiede il ricovero ospedaliero.

In ogni caso deve essere effettuata la presa in carico del paziente per le necessità del caso. La presa in carico non è necessariamente specialistica urologica.

### 9. Rapporto Medico-Paziente

La informazione del paziente circa il suo stato di salute è sempre importante ma vale la pena sottolineare che è imprescindibile anche nel caso di colica non complicata in cui venga pianificata una gestione ambulatoriale. È necessario spiegare che il dolore è espressione del quadro clinico e che di per sé non comporta rischi per la vita. Bisogna inoltre chiarire che il dolore può essere controllato con l'appropriato impiego di farmaci nella grande maggioranza dei casi, che sono necessari controlli periodici e che nella maggior parte dei casi la espulsione del calcolo è spontanea e non richiede interventi invasivi.

### 10. Raccomandazioni

- a) Cercare sempre la diagnosi ed escludere patologie più gravi (rottura aneurisma aortico, dissezione aortica, pancreatite ecc.).
- b) Nei casi dubbi in cui non sia stata documentata o esclusa la presenza del calcolo urinario, la TAC spirale multislice senza mdc, essendo dotata di una elevata efficacia diagnostica può dare un contributo importante (dose somministrata di radiazioni non trascurabile)
- c) Pianificare sempre il follow-up completo di data e sede della visita di controllo.
- d) Nelle donne in età fertile escludere la gravidanza.
- e) Attenzione alla associazione di terapia cortisonica e antibiotici chinolonici per il rischio di rottura del tendine di Achille.
- f) Valutare con attenzione età e patologie collaterali (diabete, insufficienza renale, cardiopatia, terapie anticoagulanti, disidratazione,...)

## HANNO PARTECIPATO ALLA FORMULAZIONE DEL DECALOGO AssUAM

**Antonio Avolio** Ascoli Piceno

**Paolo Maria Battistini** Fano

**Valerio Beatrici** Pesaro

**Daniele Cantoro** Ascoli Piceno

**Enrico Caraceni** Civitanova Marche

**Marco Cordari** Fermo

**Paolo Coschiera** Pesaro

**Marco Dellabella** Ancona

**Marina Di Luca** Pesaro

**Francesco Di Stanislao** Ancona

**Vincenzo Ferrara** Jesi

**Giovanni Maria Frascà** Ancona

**Andrea Benedetto Galosi** Ancona

**Luca Gasparri** Ancona

**Willy Giannubilo** Jesi

**Vito Lacetera** Urbino

**Luca Leone** Ancona

**Stefano Loffreda** Pesaro

**Gabriele Mammana** Macerata

**Luciana Mariani** Civitanova Marche

**Angelo Marronaro** Civitanova Marche

**Guevar Maselli** Fermo

**Giulio Milanese** Ancona

**Michele Montesi** Pesaro

**Giovanni Muzzonigro** Ancona

**Luigi Quaresima** Ancona

**Leonardo Rossini** Fabriano

**Lucilla Servi** Macerata

**Michele Tempesta** Pesaro

**Marco Tiroli** Ancona

**Sonia Tonucci** Pesaro

**Alexia Vici** Ancona

**Mahmoud Yehia** Ancona





ASSOCIAZIONE DI  
UROLOGIA E ANDROLOGIA DELLE MARCHE

Conto Corrente Postale intestato ad  
**ASSOCIAZIONE DI UROLOGIA E ANDROLOGIA DELLE MARCHE**  
IBAN IT 81 B 07601 02600 0010 0440 9023

**SEGRETERIA REGIONALE**  
c/o Congressare by Promise Group Srl  
Via G. Valenti 2, 60131 Ancona | Tel. 071 202123  
[www.assuam.com](http://www.assuam.com) - [segreteria@assuam.com](mailto:segreteria@assuam.com)