

La POCUS nel paziente con idronefrosi in Medicina Generale: ruolo nella diagnosi differenziale

Due casi clinici

Silvia Dubini, Massimo Monti

SIMG Varese

Introduzione

L'idronefrosi è un reperto ecografico di frequente riscontro nello studio del medico di medicina generale (MMG): può essere causata da patologie del tratto urinario superiore e inferiore. I pazienti possono presentare disuria, ematuria, sintomi costituzionali, insufficienza renale, ipertensione. La diagnosi tempestiva e l'inquadramento clinico sono fondamentali per l'individuazione di un corretto percorso diagnostico-terapeutico¹.

Presentazione dei casi

Caso 1

R.D è un uomo di 60 anni che in data 22/07/2020 giunge all'attenzione del MMG per algia in fossa renale sinistra associata a vomito e disuria. In anamnesi sindrome depressiva, colelitiasi, nefrolitiasi, dislipidemia. Assume abitualmente sertralina 50 mg, atorvastatina 10 mg, lorazepam 1 mg. All'esame obiettivo è presente segno di Giordano a sinistra. L'ecoscopia eseguita in ambulatorio mostra idronefrosi

sinistra associata a nefrolitiasi (formazione litiasica maggiore di diametro massimo 1,78 cm, Fig. 1). Il paziente viene trattato in acuto con diclofenac 75 mg/ml e metoclopramide 1 mg/2 ml per via parenterale con beneficio e successivamente idropinoterapia e antibioticoterapia con levofloxacina 500 mg. Gli esami del 29/07/2020 escludono urosepsi; a causa dell'emergenza COVID-19 non risulta pos-

sibile eseguire diagnostica di secondo livello in regime di urgenza. Dopo diverse recidive di colica renale sinistra associata a infezione delle vie urinarie nel corso del 2021, in data 25/06/2021 viene eseguita UROTAC che conferma idronefrosi sinistra sostenuta da calcolo sottogiuntale, per cui il paziente viene posto in nota operatoria per litotrissia dopo consulto urologico.

FIGURA 1.

Nefrolitiasi sx CASO 1 (archivio Lumify Dott. Massimo Monti).



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

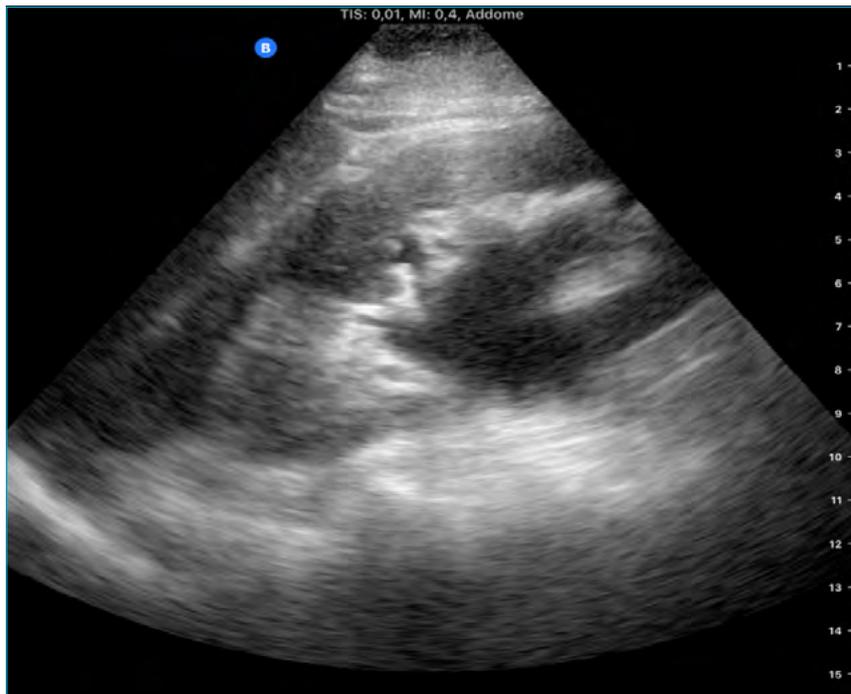
How to cite this article: Dubini S, Monti M. La POCUS nel paziente con idronefrosi in Medicina Generale: ruolo nella diagnosi differenziale. Due casi clinici. Rivista SIMG 2022;29(1):17-19.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



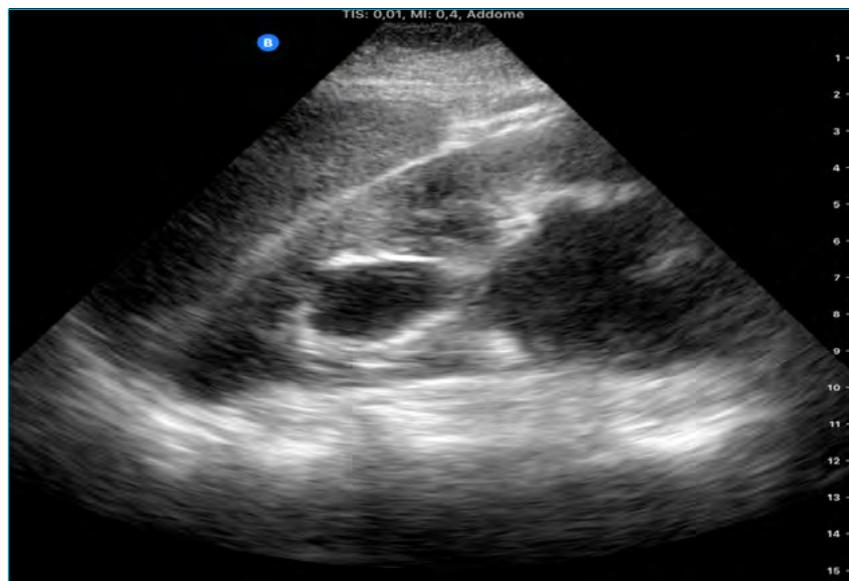
OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

FIGURA 2.*Idronefrosi II grado sx CASO 2 (archivio Butterfly IQ Dott.ssa Silvia Dubini).***Caso 2**

N.M. è una donna di 64 anni che in data 29/06/2021 richiede visita domiciliare al MMG per dorsalgia associata a disuria, ematuria e iperpiressia con fastigio 39,5°C. In anamnesi ipertensione arteriosa, infezioni delle vie urinarie ricorrenti, cistocele di II grado; in terapia cronica ramipril/amlodipina 10/5 mg. È presente segno di Giordano bilateralmente. L'ecoscopia eseguita a domicilio mostra idronefrosi di I grado a destra e di II grado a sinistra in assenza di nefrolitiasi franca; non sono presenti calcoli né lesioni in vescica (Fig. 2). La paziente viene trattata in acuto con ketorolac 30 mg/ml e ceftriaxone 1 g/3,5 ml per via parenterale e successivamente idropinoterapia e terapia antibiotica con cefditoren 400 mg; gli esami ematochimici del 10/07/2021 dimostrano un'urinocoltura positiva per *E. coli* ad alta carica e una PCR di 1,10 mg/dl (valori normali < 0,5 mg/dl). Viene quindi impostata nuova terapia antibiotica con levofloxacina 500 mg. La paziente viene rivalutata per ecografia di controllo in data 01/08/2021 e 18/08/2021 con riscontro di idronefrosi persistente (Fig. 3) per cui si

pone indicazione a diagnostica di secondo livello e valutazione urologica che la paziente rimanda per esigenze familiari. In data 26/09/2021 si reca in Pronto Soccorso per comparsa di dorsalgia, iperpiressia e

FIGURA 3.*Idronefrosi sx persistente CASO 2 (archivio Butterfly IQ Dott.ssa Silvia Dubini).*

senso di peso a livello vaginale con riscontro di idronefrosi secondaria a cistocele di IV grado complicata da pielonefrite per cui la paziente, dopo ricovero in ambiente internistico, viene avviata a percorso uroginecologico con indicazione a utilizzo di pessario e chirurgia in elezione.

Discussione dei casi

Le cause più comuni di ostruzione del tratto urinario includono la nefrolitiasi, la stenosi del giunto pielo-ureterale, la stenosi ureterale o uretrale, l'iperplasia prostatica benigna e i traumi del tratto urinario. L'incidenza varia in base all'eziologia. Le complicanze associate comprendono la sepsi, il sanguinamento e l'insufficienza renale. Se la patologia è unilaterale può non essere presente un incremento significativo della creatinina; la poliuria può presentarsi dopo la risoluzione del quadro ostruttivo e provocare squilibrio elettrolitico con disidratazione. La diagnosi di idronefrosi e ostruzione del tratto urinario si basa sugli esami ematochimici e sull'imaging di primo (ultrasuoni) e secondo livello (TAC, RMN, Urografia); l'individuazione della causa sottostante è fondamentale per la scelta del percorso terapeutico. Nel giovane adulto la causa più frequente è la nefrolitiasi mentre nei maschi con più di

65 anni vanno esclusi l'ipertrofia e il carcinoma prostatico: Il 7% dei pazienti con IPB presenta idronefrosi¹⁻⁴. Circa il 20% delle donne con cistocele di grado elevato presenta dilatazione della pelvi renale⁵. Se il paziente del caso 1 presenta una causa di ostruzione frequente ma non tipica della propria fascia di età, la paziente del caso 2 ha un quadro di idronefrosi secondaria di non frequente riscontro in Medicina Generale: solamente il rapido peggioramento del grado di prolasso vescicale consente di individuare l'eziopatogenesi. La presenza di idronefrosi deve essere sempre correlata

al quadro clinico-anamnestico del paziente e, in presenza di esami di primo livello non dirimenti, devono essere prese in considerazione cause alternative. La POCUS consente di individuare precocemente l'ostruzione del tratto urinario e fornisce reperti indispensabili per la diagnosi differenziale quali nefrolitiasi, presenza di lesioni, volume prostatico.

Bibliografia

¹ Patel K, Batura D. An overview of hydronephrosis in adults. *Br J Hosp Med (Lond)* 2020;8:1-8.

² Expert Panel on Interventional Radiology, Scheidt MJ, Hohenwarter EJ, Pinchot JW, et al. ACR Appropriateness Criteria® Radiologic Management of Urinary Tract Obstruction. *J Am Coll Radiol* 2020;17(5S):S281-S292.

³ Mourmouris PI, Chiras T, Papatsoris AG. Obstructive uropathy: from etiopathology to therapy. *World J Nephrol Urol* 2014;3:1-6.

⁴ Tseng TY, Stoller ML. Obstructive uropathy. *Clin Geriatr Med* 2009;25:437-443.

⁵ Wei-Wei Wee, Heng Fok Wong et al. Incidence of hydronephrosis in severe uterovaginal or vault prolapse. *Singapore Med J* 2013;54:160-162.