

# Ematuria (non traumatica nell'adulto)

M. Ariane, P. Meria, F. Desgranchamps

*L'ematuria è un motivo di visita davanti al quale si trovano il medico curante o l'urgentista. Può essere di due tipi: macroscopica, di diagnosi clinica, o microscopica, di diagnosi laboratoristica. La sua gestione ha due componenti a seconda del tipo di ematuria. La prima riguarda l'esplorazione eziologica, che è comune a entrambe le forme, e la seconda la gestione dell'ematuria macroscopica in urgenza. Essa può essere il segno di una grave malattia delle vie urinarie che richiede una gestione rigorosa, rapida e adeguata. L'esplorazione si basa sulla ricerca di vari fattori di rischio che permettono la divisione dei pazienti in gruppi di rischio. Il medico curante può, quindi, adeguare la prescrizione di un esame paraclinico secondo il gruppo a rischio e rivolgersi allo specialista più adatto. Il monitoraggio, in caso di indagini negative, deve essere accurato, per individuare una malattia occulta. Un altro aspetto riguarda la gestione sintomatica dell'ematuria macroscopica. La perdita ematica generata da un'abbondante ematuria macroscopica può porre a rischio la prognosi vitale. L'obiettivo è, quindi, di identificare i segni di gravità che richiedono l'ospedalizzazione del paziente e l'attuazione di misure terapeutiche urgenti.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Ematuria macroscopica; Cateterismo vescicale; Esplorazione ematuria; Tumori uroteliali; Nefropatie glomerulari

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Diagnosi</b>	1
■ <b>Epidemiologia</b>	2
Classificazione delle cause	2
Distribuzione in gruppi	2
■ <b>Esplorazione</b>	3
Anamnesi ed esame obiettivo	3
Esplorazione nefrologica	4
Esplorazione urologica	4
Monitoraggio	5
■ <b>Gestione dell'ematuria macroscopica non traumatica in urgenza</b>	5
Principi	5
Valutazione iniziale	5
Esplorazione	6
■ <b>Conclusioni</b>	6

## ■ Introduzione

L'ematuria è definita dalla presenza di una quantità anomala di globuli rossi nelle urine. Può essere il sintomo di una lesione significativa che minaccia la prognosi vitale a breve termine e può avere origine in qualsiasi punto del tratto urinario<sup>[1]</sup>.

Essa può essere incontrata in due forme: macroscopica e microscopica. L'ematuria macroscopica è un motivo frequente di visita in Pronto Soccorso e può essere associata a un significativo dolore addominale in caso di ritenzione urinaria acuta.

La diagnosi di ematuria microscopica è meno facile. Essa può essere evidenziata incidentalmente in occasione di esami delle urine con stick urinario.

La gestione dell'ematuria ha diverse componenti ed è multidisciplinare. Essa riunisce medico generico, urologo, nefrologo e radiologo. Il primo aspetto è quello della gestione sintomatica dell'ematuria macroscopica in urgenza. Il secondo è quello dell'esplorazione eziologica e della gestione terapeutica.

In questo articolo, saranno spiegate in dettaglio le varie fasi dell'esplorazione, quindi sarà spiegato l'aspetto particolare dell'ematuria macroscopica.

## ■ Diagnosi

La diagnosi di ematuria macroscopica è clinica. Essa è facile, soprattutto in presenza di coaguli ematici nelle urine. Alcune sostanze possono dare un colore rosa alle urine. Si tratta di farmaci, di cibi o di pigmenti organici (Tabella 1).

La diagnosi di ematuria microscopica è laboratoristica. Attualmente, si dispone di tre mezzi per diagnosticare un'ematuria microscopica<sup>[1,2]</sup>:

**Tabella 1.**

Sostanze che possono conferire una colorazione rosa alle urine.

<b>Farmaci</b> Metronidazolo, fenil-indan-dione, rifampicina, sulfasalazina, L-Dopa, ibuprofene, dantrone, lassativi a base di fenolfaleina, iodopovidone, nitrofurantoina, deferoxamina, doxorubicina, clorochina
<b>Generi alimentari</b> Bietole (iperassorbimento di betanina, il pigmento responsabile della colorazione), more
<b>Pigmenti</b> Mioglobina, emoglobina, pigmenti biliari, porfirina, melanina

- l'esame delle urine con stick urinario. Si tratta di un'analisi semiquantitativa;
- l'analisi del sedimento urinario (fondo di centrifugazione delle urine). Si parla di ematuria oltre i due o tre globuli rossi per campo (a forte ingrandimento). Si tratta, anche qui, di una misura semiquantitativa;
- l'analisi delle urine con una camera di conteggio al microscopio ottico (Kova® Slide, per esempio). La soglia è di dieci globuli rossi per millimetro cubo. Si tratta dell'esame di riferimento<sup>[3]</sup>. Gli ultimi due metodi si basano su uno studio microscopico. Essi consentono l'analisi morfologica dei globuli rossi. La loro specificità è molto alta.

Il test con stick urinario è un test semplice, poco costoso e usato comunemente per l'analisi delle urine. Il principio del test si basa sulla catalisi dell'indicatore cromogenico dello stick a contatto con l'emoglobina. Il grado di colorazione è correlato alla quantità di emoglobina presente. La sua sensibilità è migliore rispetto all'analisi del sedimento urinario (una croce equivale a uno o due globuli rossi per campo a forte ingrandimento). Tuttavia, la sua specificità è limitata e la presenza di mioglobina e di altri contaminanti può positivamente lo stick, come accade in presenza di Betadine® (povidone-iodio). Ogni positività del test implica la conferma con metodi più specifici<sup>[2,4]</sup>. Alcuni studi hanno difeso l'interesse del test con stick urinario per lo screening dei tumori uroteliali<sup>[5,6]</sup> (per una popolazione oltre i 50 anni, il tasso di malattie significative rilevate supererebbe il 24,5%). Fino a oggi, tuttavia, il test con stick urinario nel quadro dello screening dei tumori uroteliali non viene utilizzato (valore predittivo positivo [VPP] basso, intorno al 4,5%). Qualunque sia il metodo diagnostico, ogni risultato positivo deve essere confermato con la ripetizione dei test per confermare la natura persistente dell'ematuria microscopica<sup>[2]</sup>. Si ritiene che la diagnosi sia affidabile quando due test su tre sono positivi (analisi del sedimento urinario o in camera di conteggio)<sup>[1]</sup>.

## ■ Epidemiologia

La prevalenza dell'ematuria microscopica è difficile da valutare. I dati disponibili in letteratura si basano su campioni di popolazione di pazienti non paragonabili in termini di età e di rapporto maschio/femmina. La prevalenza varierebbe tra lo 0,18% e il 16,1% nella popolazione generale. Sembra che essa sia più elevata con l'età<sup>[7]</sup>. Le cause più frequenti di ematuria nell'adulto sono: l'iperplasia prostatica benigna, i tumori dell'apparato urinario, le infezioni e i calcoli urinari. La prevalenza delle diverse diagnosi varia a seconda del tipo di ematuria, della sintomatologia associata e dei fattori di rischio del paziente<sup>[4]</sup>.

L'ematuria rappresenta lo 0,45% dei motivi di visita in medicina generale<sup>[8]</sup>. Essa rappresenta la modalità di rivelazione di oltre il 66% dei tumori dell'apparato urinario e il segno clinico più frequente dei tumori vescicali<sup>[9-12]</sup>. Edwards et al. stimano a oltre il 10% l'incidenza di una malattia tumorale nei pazienti che presentano un'ematuria macroscopica<sup>[13]</sup>.

Un'ematuria macroscopica è presente nell'80% dei pazienti portatori di un tumore della vescica, e nel 30% di coloro che presentano un'ematuria indolore si osserva un tumore dell'apparato urinario<sup>[14,15]</sup>.

**Tabella 2.**Cause di ematuria in base all'origine della lesione (Tabella adattata da<sup>[2]</sup>).

Origine	Eziologia
Glomerulare	Nefropatia da IgA Malattie delle membrane basali sottili Sindrome di Alport Altra glomerulonefrite focale
Non glomerulare	
Alto apparato urinario	Calcolo Cancro del rene TVEUS Trauma renale Pielonefrite Malattia del rene policistico Malattia di Cacchi e Ricci Infarto renale o malformazioni arterovenose Tubercolosi renale Anemia falciforme
Basso apparato urinario	Infezione Tumore della vescica Trauma Cistite attinica o tossica (ciclofosfamide) Iperplasia prostatica benigna Cancro della prostata Bilharziosi urinaria
Incerta	Esercizio fisico

IgA: immunoglobuline A; TVEUS: tumori della via escretrice urinaria superiore.

## Classificazione delle cause

Esistono diversi modi per classificare le cause di ematuria. Queste classificazioni comportano ciascuna dei vantaggi e degli svantaggi. Le cause possono essere suddivise in funzione della loro sede e della loro fisiopatologia. L'insieme delle malattie che possono essere all'origine di un'ematuria è mostrato nella Tabella 2<sup>[2]</sup>. Le malattie sono ripartite, poi, in diverse categorie in funzione della sede della lesione:

- origine glomerulare;
- origine extraglomerulare: questa categoria contiene le lesioni dell'apparato urinario superiore e inferiore.

Le cause possono anche essere classificate in funzione del rischio: in grado di minacciare la prognosi vitale (richiedendo un trattamento chirurgico immediato), significativo (richiedendo un trattamento medico o un semplice monitoraggio) e non significativo. Questa classificazione è presentata nella Tabella 3 ed è stata proposta da Mariani et al.<sup>[16]</sup>.

## Distribuzione in gruppi

Ogni paziente che presenta un episodio di ematuria deve essere oggetto di un esame clinico e di un'esplorazione paraclinica iniziale per orientare l'esplorazione complementare. L'obiettivo di questo esame è di discriminare i pazienti in funzione di fattori predittivi. I dettagli dell'esame clinico saranno esposti più avanti. Questi fattori predittivi comprendono tanto fattori di rischio di cancro quanto degli elementi clinici che permettono di orientare la stratificazione, senza alcuna prova definitiva del loro impatto statistico. La presenza di uno di questi fattori è un prerequisito per l'inclusione in un gruppo (Fig. 1). I vari gruppi definiti sono il gruppo fortemente evocativo di una malattia "urologica" significativa (gruppo A), il gruppo suggestivo di una malattia primitiva del parenchima renale (gruppo B) e un gruppo intermedio (gruppo C), che riunisce il resto dei pazienti (si tratta di un gruppo eterogeneo, considerato come possibilmente indicativo di una malattia significativa dell'apparato urinario). Il gruppo B comprende i pazienti con lesione glomerulare e quelli che hanno una lesione extraglomerulare del parenchima renale. Questi pazienti devono essere gestiti in collaborazione con un nefrologo. I pazienti degli altri due gruppi devono avere

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3236387>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3236387>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)