

Ritenzione acuta di urina

J.-N. Cornu, M. Tligui, F. Haab

La ritenzione acuta di urina nell'adulto è una patologia frequente nell'uomo e rara nella donna, che interessa soprattutto i soggetti anziani. La diagnosi si basa sull'esame clinico, di fronte a un quadro che associa, nella maggior parte dei casi, un'incapacità totale di urinare a una massa pelvica mediana dolorosa, il «globo vescicale». In caso di dubbio, la conferma viene mediante ecografia in Pronto Soccorso. Il trattamento in urgenza è il drenaggio vescicale, realizzato mediante cateterizzazione uretrale o catetere sovrapubico. Queste due tecniche hanno ognuna le loro indicazioni e controindicazioni. Un esame clinico iniziale rapido e mirato deve poter far scegliere tra questi due gesti, praticati in un contesto di asepsi rigorosa, secondo una tecnica stereotipata. In un secondo tempo, un esame clinico approfondito ed eventuali esami complementari laboratoristici, radiologici e/o endoscopici permettono di identificare la causa della ritenzione acuta di urina. Il monitoraggio del drenaggio vescicale deve essere rigoroso per evidenziare il prima possibile le potenziali complicanze (sindrome da rimozione di ostacolo, emorragia ex vacuo). Le eziologie sono dominate dagli ostacoli vescicoprostatici nell'uomo anziano (iperplasia benigna della prostata, prostatite acuta, cancro della prostata, coagulo vescicale, ecc.), dai traumi perineali e dalle patologie uretrali nell'uomo giovane (stenosi postinfettive in particolare) e dalle patologie neurologiche e ginecologiche (prolasso, tumori, patologie del postpartum) nella donna. Una causa iatrogena (assunzione di farmaci) deve sempre essere ricercata, in quanto è un fattore scatenante potenziale di qualsiasi patologia sottostante. L'evoluzione e la prognosi successive si concepiscono solamente alla luce del trattamento eziologico.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Ritenzione acuta di urina; Globo vescicale; Catetere urinario; Catetere sovrapubico

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Diagnosi di certezza	2
■ Diagnosi differenziale e valutazione iniziale	2
Interrogatorio	2
Esame clinico	2
■ Trattamento d'urgenza: drenaggio vescicale	2
Cateterismo uretrale	2
Cateterismo sovrapubico	2
Posizionamento del drenaggio	4
■ Gestione dopo drenaggio vescicale	6
Esami di laboratorio	6
Esami radiologici	7
Esami endoscopici	8
Esame urodinamico	8
■ Eziologia	8
Ostacoli nell'uomo	8
Eziologie nella donna	9
Eziologie in entrambi i sessi	9

■ Introduzione

La minzione in tempi normali è realizzata senza sforzo, non è dolorosa ed è completa e controllata (volontaria). Essa avviene secondo un arco riflesso che prende origine nel midollo sacrale sotto il controllo di centri facilitatori o inibitori sopramidollari situati nel tronco cerebrale^[1]. Una ritenzione acuta di urina (RAU) è definita come l'impossibilità, il più delle volte dolorosa, per un(a) paziente di eliminare le urine mentre la vescica è piena (in replezione)^[2]. Si definisce, per contrasto, la ritenzione cronica di urina, il più delle volte indolore, come una distensione vescicale cronica con residuo postminzionale elevato.

Di fronte a una RAU si pongono tre problemi:

- riconoscere la distensione vescicale e gli elementi essenziali del contesto;
- drenare la vescica con un mezzo adatto (catetere vescicale o cateterismo sovrapubico);
- specificare la causa e il trattamento successivo, a breve, a medio e a lungo termine (prevenzione delle recidive mediante trattamento eziologico).

L'eziologia dipende molto dall'età e dal sesso. Dal momento che il problema della RAU si pone, il più delle volte, nell'uomo, si utilizzerà in questo articolo il più delle volte il genere maschile

per evocare il caso clinico, essendo inteso che questa patologia può colpire tanto una donna quanto un uomo. Le specificità relative alla RAU nella donna saranno descritte nello sviluppo delle sottosezioni.

La RAU è frequente nell'uomo, con un'incidenza di circa cinque casi per 1 000 uomini per anno nell'adulto. Essa insorge, il più delle volte, dopo i 60 anni. Oltre i 70 anni, il rischio è del 10% ogni cinque anni (30% oltre gli 80 anni). L'epidemiologia è meno ben conosciuta nella donna, ma la RAU è molto più rara [3, 4].

■ Diagnosi di certezza

La diagnosi è evidente in caso di ritenzione completa, acuta e brutale in un paziente che svuotava bene la vescica fino a quel momento: il bisogno doloroso e l'impossibilità di urinare evocano la diagnosi. La classica prominenza ipogastrica, convessa e ottusa alla percussione, che risveglia, peraltro, il desiderio di urinare la conferma.

Tuttavia, la diagnosi può essere più difficile in caso di ritenzione cronica di urina divenuta completa, in quanto il bisogno è meno doloroso (poiché la vescica è «abituata» alla dilatazione cronica) e l'ipofonesi sovrapubica è più estesa e meno dolorosa.

Esistono anche delle diagnosi difficili:

- a causa di condizioni locali particolari (paziente con obesità patologica, ascite e trauma del bacino nel periodo postoperatorio di una chirurgia addominale);
- quando la ritenzione insorge in modo non doloroso (ritenzione cronica, coma, paraplegia recente, enterocistoplastica [5]);
- quando è impossibile ogni contatto con il paziente (demenza, malattia di Parkinson avanzata, afasia e sindrome confusionale nel soggetto anziano, a volte presente a causa del dolore provocato dalla RAU stessa).

È opportuno segnalare che la ritenzione indolore deve far sospettare fin dall'inizio un problema cronico sottostante, in particolare neurologico.

■ Diagnosi differenziale e valutazione iniziale

Occorre precisare ciò che non è una distensione vescicale: prima di porre la diagnosi di RAU, si devono sempre escludere le altre cause di massa ipogastrica, in particolare un tumore pelvico (cisti ovarica, fibroma uterino), una possibile occlusione intestinale, un'ascite e così via.

Al minimo dubbio, un'ecografia pelvica, eventualmente praticata con un apparecchio portatile in Pronto Soccorso, permette di porre la diagnosi con certezza. Occorre, allora, senza ritardo, alleviare il paziente drenando le urine, dopo un interrogatorio e un esame clinico che, benché debbano essere rapidi, non sono meno fondamentali, nella misura in cui essi permetteranno non soltanto, il più delle volte, di porre immediatamente la diagnosi eziologica, ma anche di scegliere il modo di drenaggio in funzione delle indicazioni e delle controindicazioni di ognuno.

Interrogatorio

Esso deve raccogliere il contesto e l'anamnesi:

- età, sesso;
- anzianità dei disturbi minzionali (instaurazione brutale o accentuazione di una disuria o di una pollachiuria preesistenti), presenza di un'ematuria con coaguli;
- presenza di un fattore scatenante (viaggio in automobile, assunzione di farmaci);
- precedenti medici, in particolare neurologici;
- precedenti chirurgici;
- precedenti urologici: disturbi minzionali trattati o meno con α -antagonisti, ematuria, uretrite, resezione di un adenoma, cura di un'incontinenza urinaria, trauma, ecc.

Esame clinico

Esso è realizzato rapidamente in un paziente che richiede di essere curato in urgenza, ma non deve essere trascurato, in quanto può facilitare la diagnosi eziologica (ipertrofia prostatica, prostatite, tumore pelvico, ecc.) oppure orientare il tipo di drenaggio (cicatrice che suggerisce una chirurgia di bypass arterioso che controindica il catetere sovrapubico o a causa dell'assunzione di antivitamin K o a causa di un bypass extra-anatomico retropubico).

L'esame clinico si incentra, quindi, sull'addome e sugli organi genitali esterni. Le esplorazioni pelviche devono essere realizzate in questo momento, facilitando, per esempio, la diagnosi di globo nell'obeso, ma dovranno essere rinnovate successivamente, quando la vescica sarà stata svuotata.

La temperatura è un dato importante, poiché una RAU febbrile orienta prioritariamente verso la diagnosi di prostatite acuta nell'uomo (l'esplorazione rettale è allora, il più delle volte, dolorosa).

La gestione iniziale è riassunta nella *Figura 1*.

■ Trattamento d'urgenza: drenaggio vescicale

Il trattamento medico non ha alcun posto nella gestione in urgenza di una RAU prima del posizionamento di un drenaggio efficace della vescica. In particolare, il dolore e la puntata pressoria che accompagnano di solito la RAU richiedono inizialmente un trattamento eziologico. Esistono due mezzi per evacuare una ritenzione di urina: il cateterismo uretrale e il cateterismo sovrapubico (Fig. 1).

Cateterismo uretrale

Esso resta il miglior modo di drenaggio e il meno invasivo. Il posizionamento deve essere realizzato in condizioni di asepsi rigorosa e la scelta del catetere dipende dal contesto (cfr. infra).

Esistono, tuttavia, delle situazioni in cui il cateterismo è impossibile o sconsigliato:

- stenosi dell'uretra;
- ragazzo giovane (fragilità uretrale);
- trauma uretrale (caduta a cavalcioni, frattura del bacino, ematoma perineale, ecc.; un'uretrorragia è un segno importante in questo contesto), in quanto esiste un rischio elevato di falsa strada e di aggravamento delle lesioni;
- anamnesi recenti di chirurgia uretrale o prostatica: è, a volte, necessario un parere specialistico, poiché un cateterismo in condizioni inadeguate può danneggiare un montaggio chirurgico;
- paziente portatore di una protesi urologica, di una protesi endouretrale (rischio di spostamento) e di uno sfintere artificiale (rischio di erosione).

La presenza di un'infezione urinaria (prostatite, orchite o epididimite) non è più considerata una controindicazione formale, bensì relativa, al posizionamento prudente di un catetere uretrale [6]. La decisione è presa caso per caso. In assenza di studi validi, il posizionamento di un catetere sovrapubico resta la metodica privilegiata [7]. È stato, viceversa, dimostrato che, nell'ipotesi di un drenaggio prolungato, il posizionamento di un catetere sovrapubico offre migliori risultati [8]. Così, il catetere sovrapubico resta preferibile in caso di dubbio.

Le complicanze acute del cateterismo uretrale sono essenzialmente le false strade uretrali e i traumi uretrali ad esse legati.

Cateterismo sovrapubico

Le controindicazioni classiche del cateterismo sovrapubico sono:

- l'ematuria (i coaguli rischiano di occludere il tubo di piccolo calibro);
- il tumore vescicale (rischio di disseminazione tumorale);
- l'ascite (che rende delicato il posizionamento del catetere);

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3236461>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3236461>

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