

NEFROLOGO IN CORZIA

Quando il diavolo fa le pentole... ma anche i coperchi



Lucia Di Micco¹, Ernesto D'Avanzo², Antonella De Blasio¹, Maria Luisa Sirico¹, Lanfranco Aquilino Musto², Biagio Di Iorio¹

(1) UOC di Nefrologia, Ospedale "A. Landolfi", Solofra (AV)

(2) UOC di Diagnostica per Immagini, Ospedale "A. Landolfi", Solofra (AV)

Corrispondenza a: Lucia Di Micco; UOC di Nefrologia, Ospedale "A. Landolfi", Solofra (AV) ; Mail: luciadimicco@gmail.com

Abstract

La rottura di un uretere è un'evenienza rara [1] e la rottura bilaterale lo è ancor di più. In letteratura sono descritti alcuni casi in cui la rottura bilaterale degli ureteri era associata a dermatomiosite [2], o a somministrazione intra-arteriosa di mezzo di contrasto per posizionamento di stent nel tratto sotto-renale dell'aorta [3].

Presentiamo di seguito il caso clinico di un uomo di 74 anni affetto da neoplasia vescicale che giunge alla nostra osservazione per insufficienza renale acuta oligurica, senza una spiccata dolenzia addominale.

Parole chiave: insufficienza renale acuta, rottura spontanea bilaterale degli ureteri, urinoma retroperitoneale

Presentazione del caso clinico

Un uomo di 74 anni giunge alla nostra osservazione con insufficienza renale acuta anurica e lieve dolore addominale. Il mese precedente al ricovero era comparsa febbre, per la quale il paziente aveva praticato terapia antibiotica, e macroematuria persistente; le indagini diagnostiche praticate di seguito evidenziavano multiple formazioni aggettanti endovesicali. Per tale motivo il paziente era stato sottoposto ad intervento di resezione transuretrale delle neoformazioni endovesicali (TURB) presso il reparto di urologia di un altro ospedale dal quale poi, per la comparsa di insufficienza renale acuta oligurica è stato trasferito, dopo 6 giorni dall'intervento, nel nostro reparto.

Al ricovero, gli esami ematochimici evidenziavano una creatininemia di 8.7 mg/dl, un'azotemia di 168 mg/dl, una bicarbonatemia di 17 mmol/l con elettroliti sierici, emoglobina e funzione epatica nella norma, una PCR di 73 mg/dl. All'esame obiettivo, il paziente si presentava aurico, dispnoico, con una pressione arteriosa di 155/78 mmHg, senza edemi declivi, all'esame obiettivo toracico era possibile auscultare rumori umidi a piccole bolle nei campi polmonari medio-basali bilateralmente. La radiografia del torace evidenziava la presenza di versamento pleurico bilaterale di lieve entità, con ispessimento interstiziale ed impegno alveolare bilaterale e segni di congestione ilare. Il paziente presentava, inoltre, un lieve dolore addominale alla palpazione profonda, soprattutto in regione sovrapubica. La ra-

diografia diretta dell'addome mostrava l'assenza di aria libera subfrenica, di segni di occlusione intestinale e la presenza di segni di iniziale distensione delle anse ileali.

Considerata la sintomatologia, gli esami ematochimici e strumentali, il paziente ha intrapreso in prima giornata il trattamento emodialitico mediante un catetere venoso centrale posizionato con metodica di Seldinger in vena femorale destra. In seconda giornata, sono stati praticati esami strumentali per l'approfondimento diagnostico. L'ecografia dell'addome ha mostrato una cospicua quantità di liquido ascitico, un'ecostruttura epatica disomogenea senza di lesioni focali ed un'ecostruttura renale iperecogena, in assenza di calcoli e di dilatazione calico-pielica. La vescica appariva vuota, con presenza di catetere in sede, e con un marcato ispessimento parietale ed alcune piccole lesioni aggettanti. Non essendo chiara la natura dell'insufficienza renale ed anche nel tentativo di studiare la patologia vescicale è stata praticata anche un TAC total body con mezzo di contrasto iodato per via endovenosa. L'esame ha evidenziato un urinoma retroperitoneale bilaterale ed una cospicua quantità di liquido libero in addome, senza lesioni focali a carico degli altri organi (Figura 1).

Il paziente è stato, pertanto, sottoposto a confezionamento di urostomia bilaterale e poi ad intervento di ricostruzione degli ureteri. In seguito a tale intervento, e dopo un totale di 3 sedute emodialitiche, si è osservato un completo recupero della funzione renale ed il paziente è stato dimesso con una creatinina sierica di 0.9 mg/dl.



Discussione

La rottura spontanea di un uretere associata a stravasato di urina retroperitoneale e ad insufficienza renale acuta è un'evenienza molto rara [1] e la rottura bilaterale degli ureteri lo è ancora di più [2] [3]. La perforazione ureterale può verificarsi potenzialmente ad ogni livello, dalla pelvi renale fino allo sbocco in vescica, ma la sede più frequentemente colpita è la porzione superiore dell'uretere, probabilmente per la sua elevata capacità contrattile [4]. Le cause più frequenti sono: idronefrosi, calcolosi, patologie del tessuto connettivo, fibrosi retroperitoneale, vasculiti, trombosi, traumi, patologie congenite e tumori [5] [6] [7].

La sintomatologia della rottura degli ureteri mima quella di un addome acuto o di una colica renale e può, pertanto, indurre ad una ritardata diagnosi e/o diagnosi differenziale [8] (full text). Infatti, essa è caratterizzata prevalentemente da dolore addominale legato alla fuoriuscita di urina in addome con conseguente attivazione di processi infiammatori chimici a carico del peritoneo e degli organi addominali. Il dolore può essere provocato anche dalla compressione degli organi da parte dell'urinoma. Talvolta, però, può risultare difficile giungere ad una diagnosi per la mancanza di sintomi.

Nel nostro paziente la rottura degli ureteri è seguita ad una lacerazione iatrogena durante l'intervento di TURB ad un uretere, e al posizionamento di un stent all'altro uretere! Un'altra evenienza singolare è stata la sintomatologia; infatti il paziente non era particolarmente sofferente e lamentava solo una lieve dolenzia addominale, prevalentemente in regione sovrapubica, alla palpazione profonda dell'addome. La diagnosi sarebbe stata ulteriormente ritardata se non fosse stata effettuata la TAC addome con mdc iodato al fine di studiare la patologia neoplastica della vescica, di cui si avevano scarse notizie anamnestiche, in quanto, nemmeno la Rx diretta dell'addome e l'ecografia addome avevo fornito elementi tali da far sospettare un addome acuto e addirittura una rottura bilaterale degli ureteri, visualizzando solo una lieve distensione delle anse intestinali e liquido ascitico, rispettivamente.

Take home message

La diagnosi di rottura spontanea degli ureteri può essere difficile da porre in quanto la sintomatologia non è sempre chiaramente manifesta. Essa va sospettata ed esclusa quando siamo di fronte a sintomi che mimano un addome acuto, ma, in assenza di tale sintomatologia, nei casi di insufficienza renale acuta il cui inquadramento diagnostico risulta poco chiaro.

Bibliografia

[1] Díaz ES, Buenostro FG Renal pelvis spontaneous rupture secondary to ureteral lithiasis. Case report and bibliographic review. Archivos españoles de urologia 2011 Sep;64(7):640-2

[2] Huang KH, Hsieh SC, Huang CY et al. Dermatomyositis associated with bilateral ureteral spontaneous rupture. Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi 2007 Mar;106(3):251-4

[3] Niggemann P, Brehmer B, Schuermann K et al. Bilateral renal fornix rupture following intraarterial contrast medium application for infrarenal aortic stent placement. Cardiovascular and interventional radiology 2006 Jan-Feb;29(1):157-9

[4] Jerde TJ, Saban R, Bjorling DE et al. Distribution of neuropeptides, histamine content, and inflammatory cells in the ureter. Urology 2000 Jul;56(1):173-8

[5] Chen TL, Su YJ, Tang LM, Chang WH, Chen CC. Spontaneous rupture of renal pelvis. Int J Gerontol. 2007,1(3): 131-133.

[6] Gershman B, Kulkarni N, Sahani DV et al. Causes of renal forniceal rupture. BJU international 2011 Dec;108(11):1909-11; discussion 1912

[7] Jou YC, Shen CH, Cheng MC et al. Bilateral ureteral complete obstruction with huge spontaneous urinoma formation in a patient

with advanced bladder cancer. Journal of the Chinese Medical Association : JCMA 2012 Feb;75(2):84-6

[8] Pampana E, Altobelli S, Morini M et al. Spontaneous ureteral rupture diagnosis and treatment. Case reports in radiology 2013;2013:851859 (full text)