



Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie UROLITIAZA LA ADULT

Urolitiaza reprezintă o stare patologică, care se caracterizează prin prezența de concremenți (sinonime: calculi, pietre) în diferite compartimente ale sistemului uropoetic (rinichi, uretere, vezică urinară, uretră), clinic manifestată prin dureri colicative (ex. colică renală), dereglări ale micțiunii, hematurie, eliminare de săruri (mai rar a calculilor sau a fragmentelor acestora).

Codul bolii (CIM-10): N20, N21, N22, N23

Clasificarea

- **Etiologie:** urolitiază primară sau secundară, în cadrul altor maladii.
- **Etapa evolutivă:** calcul primar, rezidual (cu specificare: după intervenție chirurgicală, după litotritție etc.), recidivant.
- **Dimensiunile calculilor:** mici (micronefrolitiază) < 0,5 cm în diametru; medii = 0,5-2,0 cm; mari > 2,0 cm; calcul coraliform.
- **Localizarea calculilor:** rinichi (nefrolitiază): din dreapta, din stânga; caliceal, bazinetal, coraliform; ureter (ureterolitiază): din dreapta, din stânga; treimea superioară, medie, inferioară; vezică urinară (litiază vezicii urinare); altă localizare.
- **Componența chimică a calculilor:** necunoscută; mixtă; oxalați; urați; fosfați; alte (ex. din cistină, din struvită (infecțioase), din carbonați, din sulfamide etc.).
- **Vizualizarea radiologică:** calcul roentgen-pozitiv (radiopac); calcul roentgen-negativ (radiotransparent).

Profilaxia primară

- Combaterea factorilor de risc și tratamentul adecvat al maladiilor „litogene”;
 - Consumul sporit de lichid, pînă la 8-10 pahare pe zi ca urina să mențină culoarea galben deschisă sau aproape incoloră; urina galbenă închisă indică consumul insuficient de lichid;
 - Consumul crescut de fibre (tărîțe de ovăz și de grîu, fasole);
 - Consumul redus de carne de vită, de porc și de pasăre;
 - Consumul adecvat al produselor bogate în calciu (produse lactate, pește), cu realizarea aportului zilnic al acestui microelement la nivel de 1-1,5 gr/zi.
- Atenție:** asocierea unei diete bogate în calciu cu alimentație hiposodată și hipoproteică crește riscul urolitiei;
- Excluderea/minimizarea aportului produselor alimentare bogate în oxalați: ex. legume verzi (ex. varză și morcov), nuci și ciocolată;
 - Dieta hiposodată, cu aport zilnic de sare de bucătărie la nivel de 3-5 gr/zi;
 - Fitoterapie îndelungată preventivă în grupul cu risc sporit;
 - medicație preventivă specifică în funcție de compoziția chimică presupusă a calculilor;
 - Tratamentul adecvat al maladiilor potențial litogene.

Factorii de risc principali ai urolitiei

- **Factorii generali de risc:** patologii ereditare „litogene” și antecedentele familiale de urolitiază; maladiile litogene; staza urinară; medicamentele litogene; hidratarea insuficientă; consumul insuficient de fructe și legume; consumul excesiv de proteine, în special animaliere; infecțiile repetate ale tractului urinar.
- **Factorii specifici de risc pentru litiază pe bază de:**
 - ✓ calciu: sedentarismul, suplimentele de calciu între mese, suplimentele vitaminei D, alimentația bogată în oxalați (ex. spanacul, sfeda roșie, nucile ș.a.);
 - ✓ de urați: sedentarismul, chimioterapia, acidificarea urinei;
 - ✓ de cistină: cistinuria, acidificarea urinei;
 - ✓ de struvită: ITU repetate;
 - ✓ de oxalați: hiperoxaluria, hiperuricozuria asociată;
 - ✓ de fosfați: IRC, dereglările metabolismului calciu-fosforic, aportul insuficient de calciu.

Screening-ul

- Evidențierea activă a pacienților din grupurile de risc sporit de dezvoltare a urolitiei cu evaluarea anamnezelor și acuzelor sugestive pentru urolitiază;
- Examenul clinic-paradclinic include: analiză generală de sînge și de urină și ecografia reno-vezicală. În cazul dezvoltării simptomatologiei suspecte pentru urolitiază investigațiile se efectuează *imediat* la indicația medicului de familie cu referirea pacientului pentru consultația consecutivă a urologului sau nefrologului. În lipsa simptomatologiei sugestive pentru urolitiază aceste investigații se efectuează la pacienții din grupurile de risc sporit.

Manifestările clinice

Antecedentele:

- Prezența factorilor de risc pentru dezvoltarea urolitiei și a complicațiilor ei;
- Evoluția în timp a acuzelor pacientului cu urolitiază suspectată sau anterior diagnosticată.

Acuzele:

- **Simptomatologia nemijlocit asociată cu urolitiază:**
 - ✓ Sindromul algic de obicei este asimetric.
 - ✓ Colica renală: durerea lombară este undulantă ca putere, iradiază pe traiectul căilor urinare spre anterior și inferior, poate fi precedată de un consum sporit de lichid/ mișcări active, nu se micșorează în repaos, nu există o poziție antalgică, se pot asocia grețuri și vomă, meteorism abdominal.
 - ✓ Finalizarea colicii renale poate fi urmată de o poliurie tranzitorie de scurtă durată.
 - ✓ Durerile surde medii/usoare (greutate în proiecția rinichiului), continue la nivelul localizării calculului, pot fi activate de consumul sporit de lichid.
 - ✓ Cristaluria vizibilă. Urina tulbure chiar în absența semnelor de ITU.
 - ✓ Eliminarea concremențelor sau fragmentelor acestora, frecvent este precedată de colică renală și/sau hematurie.
 - ✓ Hematuria este variabilă, macrohematuria deseori este precedată de dureri colicative, care indică mișcarea calculului.
 - ✓ Tenesmele vezicale sunt mai frecvente în litiază vezicii urinare, fiind asociate cu disurie.
 - ✓ Flux urinar intermitent secundar blocului uretrei de către calculul vezical.
- **Simptomatologia complicațiilor urolitiei:**
 - ✓ Semnele ITU asociate: generale (febră, frisoane, slăbiciune generală ș.a.) și locale (disurie, polakiurie ș.a.).
 - ✓ Insuficiența renală acută obstructivă (postrenală, infrarenală);
 - ✓ Retenția acută de urină;
 - ✓ HTA nefrogenă secundară;
 - ✓ Dezvoltarea IRC și manifestarea clinică a sindromului uremic.

Examenul clinic

- Urină tulbure, asociată sau nu cu miros neplăcut.
- Eliminarea de calculi/ fragmente ale lor.
- Macrohematurie.
- Durere la palpare la nivelul localizării calculului, în special, pe traiectul ureterului.
- Rinichi palpabili (în special, în hidronefroză secundară), sensibil la palpare.
- Semn Giordano pozitiv, de obicei, unilateral sau asimetric după intensitate.
- Stabilitatea hemodinamicii centrale: Ps, TA pentru excluderea șocului.
- Manifestări clinice ale SIRS.
- Excludere a altor cauze posibile ale sindromului algic în diagnosticul diferențial de abdomen acut (peritonită, diverticulită, apendicită acută, infecție toxico-alimentară etc.).

Examenul paraclinic

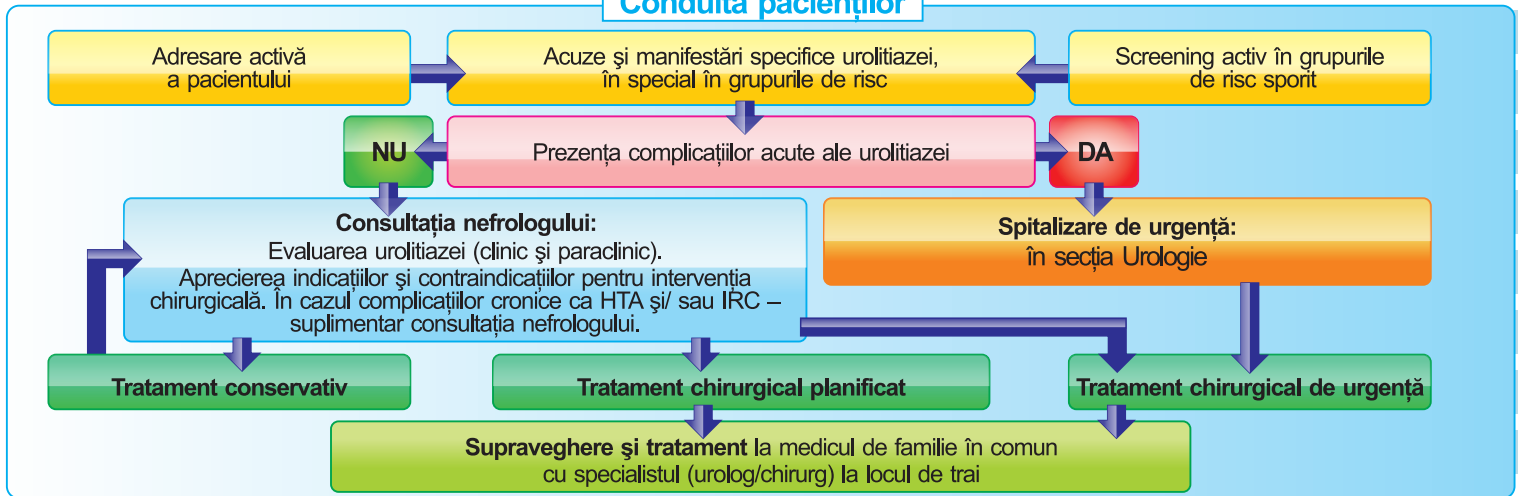
Obligatoriu:

- Analiza generală de sânge
- Analiza generală de urină
- Creatinina și ureea serică
- Urocultura cu determinarea antibiosensibilității (în caz de semne ITU)
- Ecografia renală

Recomandabil:

- După consultația urologului: urografia intravenoasă sau tomografia computerizată (suspecție la complicații necrotice și purulente ale urolitiazii).

Conduita pacienților



Criteriile de spitalizare

- **Spitalizarea de urgență:** colică renală, care nu cedează la analgezice perorale, obstrucția unicului rinichi/ rinichiului transplantat, colica renală asociată cu ITU/ sepsis/pionefroză.
- **Spitalizarea planificată pentru tratament conservator:** BCR stadiul II – o dată pe an; BCR stadiul III – 2 ori pe an; BCR stadiul IV – 3 ori pe an.
- **Spitalizarea planificată pentru tratament conservator prin dializă cronică:** BCR stadiul V (KDOQI, 2002).
- **Spitalizarea planificată pentru tratament chirurgical:** anterior spitalizării sunt evaluate indicațiile și contraindicațiile pentru intervenția chirurgicală. Dacă maladiile asociate complică evident eventuala intervenție chirurgicală, operația va fi amân timer până la stabilizarea stării pacientului.

Tratamentul urolitiazii

- **Particularități ale dietei:**
 - ✓ Consum sporit de lichid, până la 8-10 pahare pe zi ca urina să mențină culoarea galbenă deschisă sau aproape incoloră; urina galbenă închisă indică consum insuficient de lichid.
 - ✓ Consum crescut de fibre (tărâțe de ovăz și de grâu, fasole).
 - ✓ Consum redus de carne de vită, de porc și de pasăre.
 - ✓ Consum adecvat al produselor bogate în calciu (produse lactate, pește), cu realizarea aportului zilnic al acestui microelement la nivel de 1-1,5 g/zi.
- **Atenție: asocierea unei diete bogate în calciu cu alimentație hiposodată și hipoproteică crește riscul urolitiazii.**
- ✓ Excludere/minimizare a aportului produselor alimentare bogate în oxalați: ex. legume verzi (ex. varză și morcov), nuci și ciocolată.
- ✓ Dietă hiposodată, cu aport zilnic de sare de bucătărie la nivel de 3-5 g/zi.
- **Tratament patogenetic:** Blemaren, Urolit ș.a.
- **Tratament medicamentos:**
 - ✓ Terapie antibacteriană: antibiotice β-lactamice, fluorchinolone, aminoglicozide, conform antibiosensibilității - se administrează conform gravității ITU.
 - ✓ Tratament hemostatic (macrohematurie): Etamzilat, Gluconat de Calciu, Acid e-aminocaproic; (microhematurie): antioxidante.
 - ✓ Tratament antiinflamator, analgezic și antispastic: AINS, Drotaverină, Platifilină, analgezice opioide.
 - ✓ Dezintoxicare (perfuzii cu sol. NaCl 0,9%, glucoză 5%, fitoterapie sub formă de ceaiuri renale).
 - ✓ Fitoterapie: Șilington, Cyston, Kanefron, muguri de pin, de plop, frunze și rădăcini de nalbă mare, nalbă de grădină, frunze de mesteacăn ș.a.
 - ✓ Tratament simptomatic al stărilor de urgență, patologiilor asociate.
 - ✓ Tratament chirurgical: nefrolitiază, litiază ureterală: stentare a ureterului, nefrostomie, nefro-/ ureterolitotomie, litotritie a intra- sau extracorporală; litiază a vezicii urinare: stentare a uretrei, cistostomie.

Tratamentul colicii renale

- **Tratament nemedicamentos:**
 - ✓ Măsurile propuse nu sunt testate în trialuri, se recomandă convențional.
 - ✓ Aplicarea pe regiunea lombară a compreselor cu apă caldă sau pemei electrice, unei sticle cu apă caldă (evitați arsurile!), duș fierbinte în regiunea lombară.
 - ✓ Baie generală caldă (≈ 40°C), timp de o oră.
 - ✓ În timpul colicii renale **NU SE RECOMANDĂ** consum sporit de lichide, care cresc tensiunea la nivelul sistemului calice-bazin și pot exacerba durerea.
 - ✓ Efort fizic: mișcările și în special, săriturile, ridicarea pe scări, cresc probabilitatea eliminării calculilor.
- **Notă! Pacienților cu suprainfecție și/sau cu maladii asociate în acutizare nu li se recomandă efort fizic suplimentar.**
- **Tratament analgezic:** Se administrează în doze recomandate consecutiv AINS (Diclofenac, Ketorolac, Ibuprofen) sau Paracetamol, la ineficacitatea lor (peste 1,5-2 ore) – se asociază derivațiile metamizolului (Analgină), încă peste 1,5-2 ore – pot fi administrate analgezice opioide (Tramadol, Promedol).
- **Tratament antispastic:** Drotaverină, Platifilină, α-adrenoblocante.
- **Decompresia rinichiului în caz de obstrucție infrarenală prin calcul:** stent uretral/ nefrostomie percutanată (nefrolitiază); cateter uretral/ cistostomie în litiază vezicală.
- **Antibioterapie profilactică:** Este obligatorie în stentare/stomie, recomandată în alte cazuri; β-lactamice, fluorchinolone.

Abrevierile folosite în document:

AINS – antiinflamatorii nesteroidiene
BCR – boala cronică de rinichi

HTA – hipertensiunea arterială
ITU – infecția tractului urinar

TA – tensiunea arterială