

## Le interviste INN-possibili

# 2010: la nefrolitiasi è una patologia curabile.

## Marco Lombardi si intervista

*D.: La nefrolitiasi ha raggiunto un gold standard di assistenza?*

R.: La nefrolitiasi (NL) è una malattia di difficile trattamento sia per la difficoltà di arrivare facilmente ad una diagnostica e terapia eziopatologiche, sia per la multidisciplinarietà degli attori preposti alla sua presa in carico. Alla fine del secolo scorso, con l'introduzione di una metodica innovativa come la litotrixxia extracorporea (ESWL) nell'immaginario collettivo si è generata l'idea che si fosse raggiunto il gold standard della gestione di questi pazienti. Non era così e probabilmente sussistono ancor problematiche non indifferenti nella gestione di questo tipo di paziente. Oggi, infatti, nel nuovo millennio sappiamo che la ESWL non ha ridotto la recidività di questa forma (anzi). Viceversa sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che il miglior trattamento di questi pazienti si raggiunge con l'integrazione delle azioni medico-chirurgiche, proponendovi lo studio metabolico.

*D.: La fisiopatologia della NL è tutta e solo renale?*

R.: Certo che no. Sono svariati gli organi e gli apparati che vi possono essere coinvolti: ecco da cosa nasce la presa in carico di diversi specialisti di questo tipo di paziente. Fermo restando che da ultimo proprio dall'equilibrio o meglio dal dis-equilibrio tra i cosiddetti promotori e gli inibitori urinari, con la modulazione dovuta alla diluizione ed al pH urinario, si vengono a creare quelle soprassaturazioni dei vari costituenti i calcoli atte a realizzare con diverso meccanismo l'aggregazione cristallina e quindi il loro accrescimento. È proprio dalla valutazione di questi fattori di rischio urinari che si riesce a risalire al dismetabolismo preminente o ai dismetabolismi presenti e quindi ad una terapia efficace. Comunque, il primum movens nella formazione di un

calcolo urinario vede oggi una credibile spiegazione in due teorie: la classica che vuole la formazione del calcolo nell'apparato tubulare e quella della endocitosi e successiva migrazione ed esulcerazione alla superficie della papilla renale, nelle cosiddette placche di Randall.

*D.: Quale la frequenza di questa patologia?*

R.: Nel continente europeo la prevalenza della calcolosi urinaria varia dal 2 al 5%. In Italia i numeri ormai datati e soprattutto sottostimati (mancano la maggior parte dei pazienti la cui patologia si è consumata interamente sul territorio) vedevano prevalere questa patologia in circa 18 soggetti su 1000 nell'anno 1993. La frequenza delle coliche è anch'essa elevata incidendo per 1.6 episodi su 1000 soggetti l'anno. Ad esempio nei Dipartimenti di emergenza e urgenza dell'area fiorentina ove lavoro le richieste di prestazione per colica renale nel 2004 sono state in media 8/die, con un impatto sulla medicina del territorio non indifferente: l'80% dei pazienti è ritornato al proprio domicilio in fase subacuta di colica. Il tipo di calcolosi più frequente nella maggior parte dei Paesi, in base alla composizione dei calcoli è data dalla NL in fase calcica (80% circa).

*D.: Qual è la causa più frequente della NL?*

R.: Se l'80% dei calcoli sono in fase calcica (ossalato o fosfato di calcio) la classificazione in base all'eziopatogenesi vede la ipercalciuria come il momento principale, nelle sue forme assorbitive o dietetica e non assorbitive (non dietetiche ovvero renale e da dismetabolismo osseo); altre cause note di calcolosi in fase calcica possono avere come momento eziopatogenetico principale una iperossaluria, iperuricuria, una ipocitraturia o la loro compartecipazione; più spesso infatti questi "derange-



ment metabolici” sono variamente associati tra loro. Nei restanti casi in cui la calcolosi non è in fase calcica, nel 15% circa dei casi la calcolosi renale può essere su base uratica, per una sua diatesi e sempre più spesso con l’associazione della cosiddetta Sindrome Metabolica. Nel 3% dei casi la calcolosi è generata da una infezione urinaria da germi ureasi produttori. Infine restano il 2% circa di forme ereditarie tra cui senz’altro spicca per la sua frequenza la cistinuria.

*D.: Quale è la problematica più sentita in questa patologia?*

R.: I dati desumibili dalla letteratura scientifica sono chiari in proposito: la recidività di questa patologia riveste il principale problema sia per i pazienti sia per il sistema sanitario. Il 50% dei pazienti dopo una prima colica recidiverà almeno una volta nella propria vita e ben il 20% di loro avrà necessità di almeno una procedura chirurgica! Se la ESWL ha praticamente azzerato i casi infausti da procedura chirurgica, con la sua diffusione è segnalato un vero e proprio aumento della percentuale delle recidive. A tre mesi da una procedura di ESWL solo il 28% dei pazienti trattati con tale metodica non è stone free. Ciò non deve stupire per i seguenti motivi:

- 1) la pratica di ESWL non ha in sé alcun motivo terapeutico “medico” e quindi di prevenzione delle recidive in quanto non ha in sé alcuna valenza diagnostico-terapeutica di portata medico-metabolica;
- 2) la frantumazione e l’eliminazione dei calcoli non avvengono obbligatoriamente nello stesso momento ma possono esser differite tra loro nel tempo anche di molto;
- 3) l’aumento della superficie del calcolo in assenza ad alcun provvedimento medico posto in atto per ridurre i fattori di rischio presenti gioca a favore per un eventuale aumento di numero e/o dimensione di quelli che sono definiti dagli stessi addetti ai lavori come insignificant residual fragments.

Viceversa i pazienti che si sottopongono ad accertamenti atti a evidenziare i fattori di rischio presenti, vedono ridursi la recidività della malattia anche nell’ordine del 95%.

Un’altra problematica ormai superata è quella del reperimento di un laboratorio che svolga in modo appropriato e sostenibile la ricerca dei fattori di rischio urinario: esiste infatti la possibilità per ogni medico e su tutto il territorio nazionale di accedere a tale iter assai facilmente ed inoltre è in via di realizzazione un servizio nazionale di tutoraggio per i MMG o specialisti che lo richiedono.

*D.: Esiste un iter diagnostico assodato per questo tipo di malati?*

R.: Certamente. Anche se viene spesso disattesa non è pensabile prescindere da una anamnesi la più completa ed esaustiva e che comprenda anche una inchiesta dietetica e sia esaustiva delle attività sociali e lavorative del soggetto. Questa, insieme alla valutazione metabolica costituisce il primo ed obbligatorio step per ogni paziente nefrolitiasico che meriti un trattamento preventivo appropriato ovvero la presenza di fattori di rischio quali giovane età, bilateralità e recidività (almeno 3 coliche o tre nuovi calcoli formati negli ultimi 5 anni), storia di manovre urologiche o complicanze, presenza di malattie ossee, gastrointestinali o endocrine, qualsiasi grado di insufficienza renale ecc. Si pensi inoltre che importanti Autori hanno riportato che il rischio di una malattia sistemica che produca NL non differisce granché tra un paziente alla prima colica e chi ha già recidivato più volte. Inoltre conoscere la composizione fisico chimica dei calcoli emessi può esser di enorme aiuto anche per limitare gli accertamenti diagnostici necessari. È comunque mandatario eseguire lo screening metabolico urinario associato ad alcuni esami ematici in modo appropriato, per tipo di raccolta (deve esser differenziata, acidificata e disinfettata) e per qualità delle analisi effettuate. Poiché non tutti i laboratori sono in grado di effettuare tale screening ciò ha costituito una grossa problematica sino a pochi anni orsono e come già affermato sopra oggi non più.

*D.: Quale assistenza per il paziente con NL?*

R.: Non dovrebbe mai esser dicotomizzata o parcellizzata: da una parte lo specialista “chirurgo” (ovviamente un urologo), da un’altra lo specialista “medico” (sempre più spesso il nefrologo) ed infine il MMG; tutti che si ignorano o quasi eseguendo al massimo la propria parte in splendido isolamento...

Come nefrologo ritengo comunque che l’obiettivo principale sia quello di prevenire le recidive e le eventuali complicanze, alcune delle quali anche assai importanti come nella calcolosi infetta e nelle forme genetiche. Per alcuni pazienti i cui fattori di rischio sono minimi può esser tentato un primo approccio “pressapochistico” con semplici accorgimenti di normalizzazione della dieta ed idropinici. Viceversa in presenza di fattori di rischio la terapia deve esser eziopatogenetica proprio sui fattori di rischio presenti. La terapia delle ipercalcemie piuttosto che delle iperossalurie o della diatesi uratica o della carenza dei citrati urinari vede spesso una loro commistione per la presenza di

più fattori di rischio metabolici nello stesso paziente. Un cenno a parte meritano la calcolosi infetta, e le forme ereditarie tra cui la meno rara, la cistinuria, che se trattata precocemente e soprattutto adeguatamente può vedere ridurre grandemente financo azzerare le recidive e le complicanze nefrologiche tra cui la progressione verso la insufficienza renale cronica.

*D.: Tutti sanno trattare una colica renale?*

R.: In teoria sì perché il trattamento della colica renale deve essenzialmente favorire la riduzione del dolore con gli analgesici, siano FANS o farmaci oppiacei, proscrivendo viceversa gli spasmolitici che bloccano la progressione dell'espulsione del calcolo. Anche una eccessiva idratazione o ancor peggio forzare la diuresi con l'uso di diuretici sono manovre terapeutiche obsolete e financo dannose. L'idratazione infatti deve esser tale da mantenere o reintegrare eventuali perdite con vomito od altre cause. Non vi sono ancor oggi evidenze scientifiche cer-

te per facilitare l'espulsione dei calcoli giunti nella parte finale dell'uretere (iuxtavescicale). Dovrebbe far parte dell'armamentario di chi è preposto all'assistenza del malato di NL con colica in atto o recente la possibilità di istituire un follow-up dedicato a monitorare l'eventuale ostruzione che se persistente o in presenza di fattori di rischio accessori dovrà essere tempestivamente derivata con le idonee manovre urologiche.

*Indirizzo degli Autori:*

Marco Lombardi, MD  
SC di Nefrologia & Dialisi  
Ospedale SM Annunziata  
Azienda Sanitaria di Firenze  
Via dell'Antella, 54  
50011 Firenze, Italy  
lombardim@tin.it