



È possibile una gestione integrata e qualificata del paziente affetto da calcolosi renale?

B. Baggio

Appartenenza

La calcolosi renale rappresenta una delle cause più frequenti di ospedalizzazione, risultando la seconda causa di ricovero nei reparti nefrologici dopo l'insufficienza renale cronica. Presso l'Azienda Ospedaliera di Padova nel 2002 sono state ricoverate 592 persone con diagnosi di colica renale e di nefrolitiasi. Questi pazienti sono stati distribuiti tra le divisioni di nefrologia, urologia, medicina e chirurgia generale, con una durata media del ricovero di 4.5 giorni, il che fa includere la calcolosi urinaria senza complicanze nell'elenco del DRG come patologia ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario (vedasi accordo approvato dalla conferenza Stato-Regioni sui LEA).

Analogamente a quanto avviene a Padova, anche nella maggior parte delle altre realtà sanitarie locali i pazienti affetti dai problemi correlati alla calcolosi urinaria vengono ricoverati oltre che nelle unità di nefrologia e di urologia, anche in altre strutture, dove entrano in competizione con problemi molto più impegnativi. Gran parte

delle persone affette da colica renale presentano una patologia "minore", hanno in genere bisogno di un rapido riscontro ecografico e di una terapia antidolorifica; questi pazienti sottraggono risorse mediche preziose per altri ammalati e per molti di essi il ricovero, in particolare se questo è prolungato, non è appropriato. Oppure richiedono un intervento strumentale presso una struttura urologica, sulla cui necessità, urgenza e tipologia possono giocare vari fattori o condizioni non sempre ben definite. Una volta cessata la colica, i pazienti necessitano di un follow-up clinico e di una profilassi medica delle recidive, che rappresentano una caratteristica quasi costante di questa patologia renale (il 50-60% dei pazienti sono destinati a produrre nuovi calcoli).

Per tutti questi motivi, nell'ambito di una riorganizzazione delle attività connesse alla gestione del paziente calcolotico, con l'intento di qualificare l'offerta e i percorsi degli utenti, emerge la necessità dell'istituzione di uno Stone Center presso gli ospedali di più ampie dimensioni, un Centro cui fa capo un percorso multidiscipli-

nare per la diagnosi, trattamento e prevenzione della calcolosi renale, con l'intervento integrato di un team multiprofessionale, costituito da medico nefrologo, urologo, radiologo e laboratorista.

Le funzioni del ricovero di un paziente con colica renale in una struttura centralizzata sono: 1) la risoluzione della sintomatologia dolorosa; 2) l'individuazione delle complicanze (ostruzione e infezione delle vie urinarie); 3) la loro risoluzione (interventi urologici, terapia antibiotica); 4) la selezione e preparazione dei pazienti destinati a interventi urologici.

L'istituzione di un percorso che vede l'impegno di più competenze integrate sul paziente calcolotico offre vantaggi rilevanti in termini di: 1) *tempestività*: rapida risoluzione del problema clinico del paziente data la possibilità di eseguire in sequenza diagnosi e trattamento; 2) *completezza dell'approccio clinico*: il percorso che si propone di realizzare per la cura della calcolosi consente di integrare ai concetti di diagnosi e trattamento il concetto di prevenzione delle recidive. In altri termini tale percorso consente:



1) una più razionale, integrata e specialistica gestione del paziente calcolotico, con beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse; 2) l'inserimento in follow-up ambulatoriale con notevoli ripercussioni sulla prevenzione delle recidive e delle complicanze della calcolosi renale (interventi chirurgici, evoluzione verso l'insufficienza renale cronica...); 3) l'occupazione di un posto letto di durata minima (salvo complicazioni) con conseguimento di un DRG (con un vantaggio economico); 4) la riduzione dell'impegno del Pronto Soccorso e degli altri reparti nefro-urologici per patologie che abbisognano di uno screening diagnostico e di follow-up clinico relativamente prolungati; 5) l'attrazione di pazienti da altre ASL regionali. L'accesso allo Stone Center può avvenire secondo due modalità: 1) dal Pronto Soccorso in caso di colica renale; 2) dai medici di medicina generale e da altri ambulatori ospedalieri o territoriali.

All'interno del percorso il responsabile dello Stone Center prende in carico il paziente secondo una logica che vede il paziente in posizione centrale e le diverse figure professionali integrate per la risoluzione rapida ed efficace del problema medico-chirurgico. Una volta preso in carico presso il Centro (Day Hospital con due/tre letti di degenza), il paziente effettua in rapida sequenza indagini strumentali quali ecografia, TAC spirale ecc, e di laboratorio; quindi si provvederà a una valutazione dell'urgenza e della tipologia del trattamento urologico da adottare (ESWL o altra metodica) e/o alla proposta di una profilassi dietetico-farmacologica delle recidive. All'atto della dimissione il personale del Centro si potrebbe far carico delle prenotazioni per le valutazioni cliniche successive.

Un'altra tappa cruciale e molto dibattuta tra gli esperti nella gestione del paziente calcolotico, oltre l'emergenza legata alla colica e alle sue complicanze, è rappresentata dalle modalità di approccio clinico-diagnostico del paziente al suo primo episodio di calcolosi o al primo riscontro, in genere occasionale (ecografia addominale),

di un calcolo renale, tappa questa che vede coinvolto in prima persona il medico di medicina generale, la sua professionalità e la sua stretta e altrettanto auspicabile collaborazione con lo specialista-responsabile del Centro. In altri termini ci si chiede se si debba valutare da un punto di vista metabolico solo il paziente recidivante o anche il calcolotico al suo primo episodio di malattia, e in caso affermativo che tipo di iter diagnostico è consigliato intraprendere. La risposta a questo quesito credo sia legata alla considerazione se un particolare approccio clinico-diagnostico è in grado di condizionare: 1) una precoce e corretta valutazione delle cause; 2) la possibilità di predeterminare la recidivanza del paziente; 3) la possibilità di indirizzare verso una profilassi medica specifica delle recidive della nefrolitiasi; 4) la possibilità di modificare la storia naturale della nefrolitiasi (recidivanza e morbilità); 5) la possibilità di una riduzione dei costi. Alla domanda se sottopongono il paziente calcolotico al primo episodio di nefrolitiasi a uno studio metabolico di base, il 70% dei nefrologi e degli urologi presenti a due distinti corsi interattivi ha risposto positivamente. A mio parere lo studio del paziente litiasico anche alla prima manifestazione della malattia trova un suo razionale nelle seguenti considerazioni: 1) la nefrolitiasi è una malattia che tende spontaneamente a recidivare; 2) le probabilità che il primo episodio di urolitiasi sia sintomatico di una patologia sistemica è pari a quella riscontrata nei recidivanti; 3) la nefrolitiasi può rappresentare la prima manifestazione clinica di patologie metaboliche misconosciute.

Per quanto attiene la tipologia dello studio metabolico da consigliare al paziente, le linee guida della nefrolitiasi proposte dalla SIN raccomandano dei semplici esami di laboratorio di base, senza alcuna distinzione fra accertamenti di primo o secondo livello; sul sangue: creatinina, acido urico, ionemia (Na, K, Cl, Ca, P), PTH (se in presenza di ipercalcemia) ed emogasanalisi venosa, e sulle urine: esame completo delle urine, uro-

coltura, pH su urine fresche, ionuria sulle urine delle 24 ore (ossalato, calcio, acido urico, fosfato, citrato), test di Brand per la cistinuria. È quanto mai opportuno che tale studio metabolico venga effettuato presso laboratori affidabili, meglio se presso una unità specialistica, collegata con il Centro della calcolosi e che venga esaminato e interpretato dal medico specialista del centro; e questo per il semplice motivo che questi è in grado di valutare: 1) la necessità di completare l'iter diagnostico con esami più sofisticati allo scopo di escludere cause secondarie di malattia; 2) il significato della presenza di eventuali anomalie metaboliche ed infine 3) la necessità di iniziare una profilassi dietetico-farmacologica delle recidive. Tali decisioni non sono sempre facili da prendersi anche per uno specialista e richiedono un'ampia esperienza e professionalità. Purtroppo anche nel mondo specialistico nefro-urologico, si continua a constatare una serie di interventi e raccomandazioni in questo campo che non hanno nulla di razionale da un punto di vista scientifico, in particolare con riferimento al tipo di norme dietetiche che si consigliano ai pazienti, quali una terapia idroponica non appropriata e/o diete povere di calcio e di ossalato, che se da una parte non sono attuabili come per la restrizione dell'ossalato data la sua larga diffusione alimentare, dall'altra possono avere degli effetti sfavorevoli, come una dieta ipocalcica, sul tessuto osseo. È bene sottolineare che sull'importanza e sul tipo di dieta da consigliare le opinioni si sono recentemente modificate, e lo spazio per una dieta restrittiva si va gradualmente riducendo. Per quanto riguarda la terapia idroponica, l'aumento dell'introito idrico è così radicato anche nelle conoscenze mediche popolari da essere spontaneamente applicato dai pazienti. Tuttavia, non esistono studi controllati che ne dimostrino la sicura efficacia, mentre sono numerosi i pazienti che pur seguendo questa norma continuano a formare dei calcoli. Da un punto di vista teorico va segnalato che l'aumento della diuresi potrebbe determinare contemporaneamente alla



desaturazione urinaria una diluizione degli inibitori della litogenesi, per cui può sorgere il dubbio che alla fine il trattamento idropinico piuttosto che ridurre aggravi il rischio litogeno. Da ricordare inoltre la possibilità che nel tempo l'adesione del paziente a introiti elevati di acqua venga meno. Da queste considerazioni, noi riteniamo, come raccomandato nelle linee guida della SIN, che il mantenimento di una diuresi giornaliera di 2 litri sia sufficiente e costituisca il cardine della profilassi della nefrolitiasi; tale accorgimento è in grado da solo di prevenire la recidiva in oltre il 60% delle forme calciche. Mentre tutti gli autori sono concordi sulla necessità di un aumento dell'apporto idrico, non esistono pareri univoci circa la qualità dei liquidi da introdurre. È preferibile l'assunzione di acqua indipendentemente dal tipo, in quanto numerose osservazioni cliniche sembrano suggerire che la quantità di acqua di per sé, e quindi del volume urinario, sia più importante della sua composizione. Inoltre per quanto riguarda l'utilità di altre norme dietetiche, al paziente calcolotico va consigliata una dieta normocalorica, normoproteica e normocalcica, invitando il paziente ad eliminare gli eccessi alimentari, se presenti.

Numerose sono ormai le evidenze dell'efficacia di un adeguato management clinico, della terapia idropinico-dietetica e farmacologica nel ridurre i fattori di rischio litogeno e l'attività metabolica della nefrolitiasi.

In conclusione, da queste brevi considerazioni emerge un forte razionale per l'istituzione di un Centro per la gestione della nefrolitiasi nelle strutture sanitarie di più ampie dimensioni, alle quali si dovrebbe rendere facile ed agevole l'accesso dei pazienti, in quanto in grado di apportare benefici considerevoli non solo al benessere del paziente calcolotico, ma anche alle casse dello Stato, riducendo i costi dei ricoveri e degli interventi.