

Riflessioni sulle modalità d'approccio alla nefrolitiasi

A. Tasca

Urologia ULSS6, Vicenza



Vi è un consenso crescente sull'ipotesi che la nefrolitiasi sia nella maggioranza dei casi una patologia multifattoriale alla cui genesi contribuiscono fattori genetici, costituzionali ed ambientali. Basterebbe questo dato ad orientare verso l'opportunità di un approccio multidisciplinare a tale affezione.

Il nucleo litogeno si forma all'interno del nefrone quale esito prevalente di alterazioni metaboliche che, per lo meno per la nefrolitiasi calcica, coinvolgono intestino, osso e rene ed assegnano di diritto la liceità del primo approccio diagnostico, sul versante eziologico, all'esperto di metabolismo minerale, abitualmente di estrazione nefrologica, sulla base di un criterio orientato dal bagaglio culturale, oltre che dalla topografia.

Alterazioni quali placche di Randall, corpuscoli di Carr, gocce di Anderson, patrimonio dovuto ai ricercatori del secolo scorso, di recente riconsiderate, rappresentano tuttavia un ap-

proccio "anatomico" alla patologia litiasica che coinvolge più direttamente l'urologo che, grazie alla consuetudine chirurgica e all'esplorazione magnificata del rene consentita dai moderni endoscopi, "vede" l'organo più di ogni altro. L'urologo può inoltre esprimersi più propriamente in merito alla fisiopatologia della via escretrice superiore la cui influenza sulla litogenesi investe non solo l'ambito della calcolosi "metarenale", ma anche aspetti più speculativi quali tempo di transito intraparenchimale e durata e frequenza delle contrazioni caliceali ed ampollari. Il sopravvenire di un'infezione urinaria, quasi mai sostenuta dal calcolo, rende, inoltre, indispensabile una valutazione urologica che definisca il potenziale sommarsi di fattori di rischio litogeno.

Una valutazione integrata nefrourologica del paziente con calcolosi renale appare, quindi auspicabile, ove si riconosca l'utilità della diagnosi eziologica di tale patologia su cui fondare una profilassi antilitiasica mirata.

Gli argomenti a favore di un inquadramento metabolico del paziente con nefrolitiasi sono, da un lato il fatto

che la rimozione del calcolo non cambia la storia naturale della malattia, dall'altro il dato, emerso da almeno 4 studi condotti in ambito europeo e nordamericano, secondo il quale vi è una riduzione dei costi sanitari nella popolazione trattata con farmacoprofilassi rispetto a quella sottoposta a solo trattamento urologico "à la demande". Per contro solo alcuni degli studi randomizzati (non sempre controllati) eseguiti sui pazienti con calcolosi, documentano l'efficacia della profilassi farmacologica, con i limiti, tuttavia, dovuti alla scarsa numerosità delle casistiche e al debole potere statistico dei risultati. Alcuni degli studi citati, inoltre, si riferiscono a casistiche non classificate sul piano della diagnosi eziologica. Va detto comunque che la storia naturale della calcolosi richiede lunghi periodi di follow-up per verificare l'efficacia di un programma terapeutico e ciò inevitabilmente impatta sulla compliance dei pazienti inclusi nello studio.

Non vi è dubbio che parte dello scetticismo maturato dall'urologo medio, relativamente all'utilità di sottoporre il paziente con nefrolitiasi a studio

metabolico, tragga origine da queste ultime considerazioni, oltre che da un malcelato retaggio culturale. Entra in gioco a questo punto il ruolo fondamentale delle linee guida.

La gestione del paziente con colica renale non richiede, infine, a mio avviso, in prima istanza, una valutazione specialistica, salvo casi selezionati, purché sia chiaro al medico di Pronto Soccorso l'iter diagnostico da seguire. L'urologo potrà intervenire se si configurano i criteri di un trattamento d'urgenza, endourologico o extracorporeo, selezionato in base all'esperienza di ogni singolo centro. Il nefrologo e, auspicabilmente, l'urologo potranno valutare congiuntamente il paziente a un mese dalla risoluzione dell'episodio acuto nei casi di familiarità specifica positiva, età pediatrica, ipercalcemia incidentale, calcolosi recidivante, bilaterale o multipla, malformazione renale (rene a spugna), nefrocalcolosi e, se è stato necessario, un trattamento urologico.

1. Il trattamento della NL si è arricchito negli ultimi venti anni di procedure non invasive o semi-invasive. Ritenete che questo abbia costituito un progresso reale nell'approccio urologico alla malattia?

Senza dubbio.

2. A vostro parere la disponibilità di queste procedure ha amplificato in modo inappropriato le indicazioni urologiche?

In minima parte.

3. La scelta della procedura è mediamente fatta in modo corretto nella maggior parte dei Centri urologici?

Sì

4. È percorribile secondo voi una gestione integrata del paziente fra nefrologo ed urologo nell'ambito di un Centro di Calcolosi Renale? Ritenere davvero fattibile una gestione integrata, multidisciplinare del paziente con NL?

Sì, sì

5. Ritenete utile in termini di cost-efficacy uno studio metabolico del paziente con NL? Da chi dovrebbe essere fatto?

Sì, da un cultore della materia.

6. Esiste nella vostra realtà regionale la possibilità di accedere ad un Centro per lo studio metabolico della nefrolitiasi?

Nessuno con un Centro di costo autonomo.

