

IL PUNTO DI VISTA DI TN&D

a cura di M. Lombardi

La multidisciplinarietà potrebbe essere un'opportunità di crescita per la nefrolitiasi

M. Lombardi¹, M. Miceli², A. Amodei³, B. Guerrini³, R.B. Marianelli³, S. Palazzo³, S. Terragni³, U. Marzocca⁴, G. Quintaliani⁵

Unità Operativa di ¹Nefrologia e Dialisi, ²Laboratorio di Analisi, ³Dietetica, Ospedale "S.M. Annunziata", Azienda ASL, Firenze, ⁴Medico di Medicina Generale in Firenze, ⁵S.C. di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera di Perugia

Introduzione

Le moderne tecniche di litotrixxia pur rivoluzionando il trattamento chirurgico della nefrolitiasi (NL), non hanno certamente risolto il problema della prevenzione primaria e delle recidive. Negli ultimi trenta anni sono stati raggiunti ragguardevoli risultati (1-6) tanto che oggi possiamo vantare una miglior comprensione epidemiologica, eziopatogenetica, diagnostica e terapeutica della NL. Ciò nonostante nella maggior parte delle realtà il management di questo tipo di pazienti non solo non si è uniformato ma spesso non è neppure sufficientemente delineato. Molti addetti ai lavori – tra cui certamente gli autori di questo articolo – viceversa ritengono che sia estremamente meritorio un approccio organizzato e integrato tra le varie specificità di riferimento al paziente affetto da tale patologia. È a tutti noto che tal tipo di approccio nel nostro Paese è appannaggio solo di pochi Centri effettivamente specializzati e che meritano giustamente l'appellativo di "Stone Center".

Una offerta diagnostico-terapeutica come quella realizzata nei cosiddetti Stone Center è verosimilmente la miglior soluzione per cercare di soddisfare la domanda dell'utente-cliente con NL, sia che si tratti di forme "complesse" o recidivanti, che di forme "semplici", nell'ottica quasi banale, ma sicuramente efficace che è meglio prevenire che curare. Purtroppo nel nostro Paese realtà assimilabili allo Stone Center sono di gran lunga inferiori al dovuto e la gestione del pa-

ziente con nefrolitiasi è più spesso lasciata alla buona volontà dei singoli che a una gestione organizzata possibilmente in modo pluridisciplinare.

La problematica

Nonostante i recenti progressi, l'elevato tasso di prevalenza e incidenza della nefrolitiasi nella popolazione generale continua a rappresentare un problema:

- un problema per la comunità (di sostenibilità economica per la spesa sanitaria);
- un problema per i pazienti (per la diffusa difficoltà a trovare un'offerta adeguata alla soluzione dei loro problemi);
- un problema professionale (per quella schiera di professionisti coinvolti nella gestione di tale patologia, siano essi medici di medicina generale, specialisti, dietiste o biologi di laboratorio).

In sintesi la NL pone una problematica di multidisciplinarietà. Lo scopo di questo breve articolo è quello di rivisitare l'argomento in un tale contesto cercando di evidenziarne la necessità, l'utilità e le opportunità che potrebbero esser raggiunte; il tutto visto sempre e naturalmente della parte del paziente.

Il medico di medicina generale

L'elevata frequenza della nefrolitiasi porta più frequentemente per la "colica renale" i medici di medicina generale (curanti) in prima linea nella difficile gestione del paziente con NL. Una volta che il curante



ha accertato la diagnosi (mediante l'anamnesi, la semeiotica, le indagini radiologiche di primo livello o l'eliminazione spontanea del calcolo) esso resta chiamato in causa durante tutto l'iter diagnostico e terapeutico sia che si tratti della prima colica renale o di una recidiva. Ovviamente le manovre assistenziali che dovrà adottare possono diversificarsi nel caso di prima colica, recidiva o in presenza di una complicanza.

La prima colica

In questo caso il curante – insieme al paziente – si trovano davanti a un bivio per l'iter diagnostico e terapeutico da scegliere:

– Se convengono sull'opportunità di procrastinare gli accertamenti metabolici (per vari motivi, non ultimo, per l'indisponibilità del paziente), al curante resta il compito principale di motivare e convincere il paziente a seguire – almeno – delle generiche norme igienico-dietetiche, tanto generiche quanto importanti. È noto infatti, che dopo la prima colica in assenza di riscontri metabolici le indicazioni per la prevenzione delle recidive non risiedono certamente più nelle desuete diete ipocalciche o in proscrizioni più o meno fantasiose di specifici alimenti (ad esempio, alcune verdure o alcuni cibi/bevande particolari ecc.) proscrizioni spesso più dannose che utili. Le prescrizioni risiedono invece in "generici principi" (Tab. I) (2, 7). Infatti, nella maggioranza dei casi alla prima colica renale il curante, per la scarsità e aspecificità delle informazioni a cui può attingere, si trova nell'impossibilità di poter formulare una diagnosi eziopatogenetica. Per completezza deve esser detto che l'esito (spesso lamentato dal curante) è che la maggior parte dei pazienti, scarsamente collaboranti e compliant, entro poco tempo dalla scomparsa della colica renale abbandona quei generici, ma potenzialmente utili consigli.

– Viceversa se il curante e il paziente convengono sulla necessità/utilità di approfondire – appunto nel rispetto del classico concetto che prevenire è meglio che curare – dovrà essere effettuato uno studio metabolico. In tal caso, l'iter è lo stesso di quello descritto di seguito.

Tabella I - COSIDDETTE "GENERICHE" NORME IGENICO-DIETETICHE

Terapia idropinica (tale da produrre una diuresi di almeno 2 litri /die)

Dieta normo o moderatamente ipoproteica (0.9-1 mg/kg p.c./die)

Dieta normo o moderatamente iposodica (inferiore a 4 g/die)

La recidiva o la complicanza

In questo caso diventa plausibile che il curante cerchi le alleanze più propizie al caso specifico con gli specialisti dedicati a tale patologia. In tal modo si cerca di ottenere una soluzione precoce della complicanza in atto e/o una presa in carico pluridisciplinare del paziente per una valutazione metabolica, urologica, dietetica ecc.

Lo specialista

È compito degli specialisti, ognuno con la propria specifica competenza, contribuire a raggiungere l'inquadramento eziopatogenetico della nefrolitiasi, risolvere la complicanza in atto ed infine prevenire o procrastinare le complicanze. L'esperienza dice che tale atteggiamento soprattutto quando messo in campo da un Centro appositamente organizzato per lo studio della NL permette di evidenziare i fattori di rischio presenti e di correggerli in oltre il 90% dei casi (8).

Il nefrologo o internista, le dietiste e il laureato di laboratorio

Vi è una stretta interconnessione tra queste figure e quanto di loro competenza per la NL. A loro è dovuto essenzialmente pervenire alla diagnosi eziopatogenetica per impostare una terapia medica specifica e la prevenzione delle recidive e delle complicanze. Partendo dai rilievi forniti dal curante, l'iter diagnostico procederà con un'esauritiva raccolta anamnestica (con particolare attenzione rivolta alla familiarità, alle abitudini dietetiche, all'anamnesi uro-radiologica), una meticolosa valutazione obiettiva generale (per l'acquisizione di quei dati antropometrici indispensabili per una corretta valutazione dei parametri urinari) ed in particolare dell'apparato urinario, cardio-vascolare ed osteo-articolare. Solo dopo questa fase preliminare il paziente verrà indirizzato alla valutazione metabolica, consistente in uno screening pluri-articolabile, oramai accettato e raccomandato dai maggiori Centri per lo studio e la cura della NL, in Italia e nel mondo (1, 2, 4, 5, 8). Di seguito, per esempio, è riportato (Fig. 1) quello utilizzato dagli autori per la valutazione basale e per quella di II livello; in ogni caso l'ampiezza dello screening è articolabile di volta in volta in base al grado di complessità del quadro clinico del paziente. L'utilità delle diverse figure impegnate nel processo diagnostico è dovuto in estrema sintesi per le dietiste nel computo del calcolo del diario dietetico dei tre giorni precedenti gli esami e nella messa in opera delle prescrizioni dietetiche-terapeutiche; per il laureato di laboratorio allo svolgimento di esami che esulano, nella maggior parte delle realtà ospedaliere, dagli esami routinariamente eseguiti. Queste figure impegnate nel management del pa-

Fig. 1 - Foglio elettronico per la raccolta degli esami di valutazione metabolica. V.D = valori desunti per calcolo; _ = esami di II livello o per casi mirati.

AMBULATORIO CALCOLOSI RENALE - screening metabolico			Paziente:		Foglio n°
REGIME DIETETICO: (nei tre gg precedenti la raccolta urine 24h, per Calcio, Fosforo, Ossalato, proteine e %di proteine animali, Calorie)					
Peso-Kg					
Altezza-cm					
Superficie-m ²					
DATA		Valori normali	DATA		valori normali
Esami delle 24 ore			Esame urine spot		
Volume-ml/24h		>1000	pH		
VMU	v.d.		PS		
Creatinina-s		0.8-1.4 mg%	Glucosio		
Creatinina-u-mg/24h		800-1800	Proteine		
Creatinina-u-(mg%)/24h	v.d.		Hb		
Creatinina-u/Kgpc/die	v.d.	_15-20, _20-25	Sedimento		
Creat. clearance-corr/1.73m ²	v.d.	70-140 ml/min	Creatinina-fast (mg%)		
Urea-s		11-50 mg%	Calcio-fast (mg%)		
Urea-u-g/24h			Stima Ca/creat/24h	v.d.	<250-_; <300-__
Urea clearance	v.d.	60-90 ml/min	Citrato-fast (mg%)		
Assunzione proteica	v.d.		uricuria-fast (mg%)		
Calcemia-tot.		8.4-10.4 mg%	Creatinina-load (mg%)		
Calciuria-mg/24h		<250-_; <300-__	Calcio-load (mg%)		
Calciuria-mg/Kg/24h	v.d.	<4	Calcio/creat-fast	v.d.	<0.12
Calciuria/creat/24h	v.d.	<0.20	CaE (mg/100 ml GFR)	v.d.	<0.11
Ossaluria-mg/24h		20-40	Calcio/creat-load	v.d. __	<0.17
Ossaluria-mg/Kg/24h	v.d.	<0.7	Citrato/creat-fast	v.d.	>0.15
Ossaluria/creat/24h	v.d.	<0.024	Uricuria/creat-fast	v.d.	<0.4
Ossaluria/calciuria 24h	v.d.	< 0.2	[Ac.urico libero] mg/l	v.d.	<100 mg/l (pH)
Fosforemia		2.4-4.5 mg%	Na(mEq/L)		
Fosfaturia-mg/24h		400-1000	K (mEq/L)		
Fosfaturia/creat/24h	v.d.	<0.55	Cl (mEq/L)		
TmP/GFR	v.d.	2.5-5	Anion-Gap	v.d.	>-40
TRP%	v.d.	>80	Metabolismo osseo		
Uricemia		3-7.5 mg%	PTH-s		10-72 pg/ml
Uricuria-mg/24h		250-750	Ca ⁺⁺		
Uricuria/creat/24h	v.d.	0.3-0.4	Idrossiprolina-u		mg/l
Ac.urico totale mg/l	v.d.		Deossipiridinolina-u		nm/l
pH-u/24h		<6.5	Telopeptide-u		nm/l
[ac.urico libero] mg/l	v.d.	<100 mg/l (pH)	Creatinina-u		mg%
Citraturia-mg/24h		(_4-600; _6-800)	OHprol/creat.	v.d.	<0.025
Citraturia/Creat/24h	v.d.	0.2-0.4	Deossipiridinolina/creat.	v.d.	<8
Citraturia/100 ml GFR	v.d.	>288 mg	Telopeptide/creat.	v.d.	<47
Citraturia/Calciuria	v.d.	F>3,7 - _>4.4	Fosfatasi alcalina ossea		_10-22 _12-23U/L
Assorbimento netto GI alcali	v.d.		Osteocalcina		<14 ng/ml
Na-s		136-145 mEq/l	Vitamina-D-25(OH)		> 15 ng/ml
Na-mEq/24h		50-200	Vitamina-D-1-25(OH) ₂		pg/ml
K-s		3.6-5.2 mEq/l	Calcitriolo/PTH	v.d. __	< 1.8
K-mEq/24h		30-90	Glicolato-u		<= 0.700 mmol/die
Cl-s		98-111 mEq/l	Altri esami		
Cl-mEq/24h		170-250			
Mg-s		1.5-2.5			
Mg-mg/24h		75-150			
pH-s		7.40 (+-2)			
HCO ₃ ⁻		25(+2)			
Anion-Gap-s	v.d.	12(+2)	Urocultura		neg
Anion-Gap-u	v.d.	>40	Esame dei calcoli		
Schema terapeutico in atto:					

ziente con NL dovrebbero lavorare in sintonia con specialisti altrettanto importanti nella gestione di questo tipo di pazienti tra cui l'urologo e il radiologo. Non è infatti pensabile di ottenere una prevenzione a 360° senza una collaborazione multidisciplinare tra queste figure.

L'urologo e il radiologo

Sono "personaggi" chiave nella gestione del paziente con NL. Non si discute neppure l'utilità della loro competenza nella risoluzione delle complicanze e nel management delle manovre da praticare sulle vie urinarie del paziente. La litotrissia nelle sue varie forme



ha espanso ulteriormente la preminenza di queste figure nella gestione di questo tipo di malato. Il rischio più frequente (come per gli altri specialisti) è quello di una presa in carico del paziente in "solitario" senza la condivisione della problematica con gli altri addetti, tra cui certamente il curante, il nefrologo o internista dedicato, le dietiste ecc. Quest'atteggiamento in antitesi con la multidisciplinarietà dovuta alla NL non può essere considerato il "gold standard" per il paziente.

Il paziente

Ultimo, ma non certo per importanza il paziente. Ha – ovviamente – un ruolo chiave; ci si impegna per lui, e lui deve partecipare con la massima disponibilità e precisione sia durante le fasi diagnostiche in cui gli è richiesta una precisa collaborazione che nelle prescrizioni, quando la sua compliance verrà messa a dura prova. Un ottimo deterrente contro la caduta di compliance del paziente può esser trovata in un management realmente multidisciplinare ove lo stesso paziente realizzi che più figure concordano nelle prescrizioni. Essere esaustivi sull'aspetto della multidisciplinarietà richiederebbe spazi e tempi che non competono a questa breve trattazione. Basti dire che la compliance del paziente alle prescrizioni è il principale fattore attorno al quale ruota molto del trattamento della NL, specie se recidivante. È su questo terreno che troppo spesso curanti, specialisti e pazienti vedono vanificati i loro reciproci sforzi. Infatti se riuscire a formulare la diagnosi e prescrivere la terapia è l'evento finale a cui gli addetti ai lavori tendono, questo nella maggioranza dei casi non significa aver raggiunto la meta. Tutti sanno che a quel punto la riuscita dipenderà dalla compliance del paziente nel lungo termine e in questo è fondamentale l'approccio e il rapporto instaurato con il paziente. Se è pur vero che molto dipende dall'empatia degli addetti ai lavori (una dote più che un qualcosa da apprendere), curante e specialisti non dovrebbero dimenticare alcuni punti fondamentali (Tab. II).

La sostenibilità della spesa, in conclusione

È noto che la nefrolitiasi è una malattia che ha una correlazione diretta con lo stato di benessere; così nei cosiddetti paesi sviluppati (come in Italia) la sua prevalenza ha raggiunto picchi tra il 5 e il 10% con una frequenza di recidiva che arriva sino all'80%. Il risultato è riassumibile in una perdita media di 6.4 giorni lavorativi/anno. Di questi 2.6 giorni/anno sono spesi in regime di ricovero. La complicanza più temibile – l'insufficienza renale cronica nella sua forma di grado lieve-moderato – ha una frequenza prossima al 20% (9).

Negli USA (1989) la spesa medica per la nefrolitiasi ammontava a 1.15 miliardi di dollari. In Italia, ove la programmazione non è così efficiente i costi effettivamente dovuti a questa patologia sono ancora in via di definizione ma non risulteranno certamente tanto elevati come quelli dovuti al management non-medico. Valutando il problema rispetto alla sostenibilità delle risorse allocabili, pensiamo che nel Terzo Millennio finalmente dovremmo riuscire a scrollarci di dosso quel retaggio ormai retrace e che non si capisce a chi possa far comodo (certamente non al paziente) che recita «i costi complessivi per la nefrolitiasi sono troppo elevati per le risorse allocabili che sono quasi dappertutto esigue: la NL non è una patologia redditizia».

Se anche ciò fosse in parte vero, ci piace citare quanto veniva affermato all'inizio degli anni novanta da uno dei più importanti cultori di NL nel nostro Paese: Marangella (5), utilizzando il *Tariffario Generale Nomenclatore Regione Piemonte*, stimava il costo delle indagini di laboratorio per una valutazione "metabolica" completa intorno a 350000 delle vecchie lire. Certamente anche all'epoca le spese dirette o indotte dalle recidive/complicanze erano molto più elevate di quelle per l'inquadramento e management medico più raffinati. Noi crediamo che oggi non vi siano state sostanziali modifiche in merito.

Tabella II - PUNTI FONDAMENTALI NEL RAPPORTO CON IL PAZIENTE

- Produrre un'informazione semplice, chiara, diretta ma esaustiva, dando lo spazio necessario a tutti i quesiti posti dal paziente e dai familiari (la moglie è spesso colei che prepara il cibo)
- Indurre il paziente ad esprimere i propri punti di vista. Solo così si possono evidenziare problematiche che possono rendere difficile se non impossibile l'aderenza alle prescrizioni
- Proporre il piano terapeutico possibilmente in modo collegiale (lo specialista e il curante dovrebbero consultarsi e sostenersi a vicenda) evitando difformità anche banali ma che agli occhi del paziente possono indurre perplessità e frustrazione, aumentando l'ansia con inevitabile caduta d'aderenza alle prescrizioni
- Cercare di adattare per quanto possibile le prescrizioni con le esigenze del paziente (esigenze lavorative, familiari, sociali ecc). Per far ciò è indispensabile entrare in contatto con il paziente e la sua realtà specifica
- Condivisione dell'obiettivo tra curante, paziente e specialista/i

È giusto auspicare che in un prossimo futuro diagnosi, trattamento e spesa per questa patologia possano essere uniformate su tutto il territorio. La speranza è che tutto non si risolva in un'analisi esclusivamente economicistica volta soltanto a ridurre o contenere i costi ponendo in secondo (o terzo) piano i vantaggi per il paziente, perché anche in questo caso sarebbe un risparmio del primo momento e uno sperpero successivo! Viceversa, con i progressi raggiunti, oggi più di ieri si può affermare che un risparmio economico tangibile potrebbe essere perseguito con una seria politica preventiva e che per essa è indispensabile un'adeguata valutazione metabolica che permetta un reale approccio preventivo.

Ci piace infine concludere che un atteggiamento pluridisciplinare-coordinato diffuso a tutto il territorio potrebbe essere la chiave per metter d'accordo gli addetti ai lavori tra loro nonché gli stessi con chi è deputato alla amministrazione economico-organizzativa del sistema sanitario.

... Mia madre, aspettandolo, metteva su una seggiola una bacinella piena d'acqua, una saponetta nuova in un piattino e un asciugamano fresco e profumato sulla spalliera. Lui arrivava, elegante, con gli occhiali cerchiati d'oro, posava sul letto la sua valigetta di cuoio, si faceva raccontare le ultime novità, mi metteva lo stetoscopio di legno sul petto e sulla schiena, mi faceva respirare profondamente, dire «trentatré», mi guardava negli occhi, mi faceva tirare fuori la lingua, contava i battiti del polso, si lavava le mani e poi asciugandosele con grande cura, dito per dito, dava il suo responso. Per me, bambino, c'era qualcosa di magico nel suo modo, sicuro e pacato, di muoversi e parlare. Lui stesso era una medicina. Mi aveva visto nascere, aveva visto due mie zie morire, giovanissime, di tisi e mia nonna di vecchiaia. Sapeva tutto di tutti e io mi sentivo già meglio quando mia madre lo riaccompagnava alla porta e aspettava finché lui non fosse arrivato in fondo alle scale, ripetendo: «Grazie, dottore, grazie» ...

(Da "Un altro giro di giostra" di Tiziano Terzani, coll. "Il Cammeo", volume 415, Longanesi & C. Ed. Milano.)

BIBLIOGRAFIA

1. Rose BD. Risk factors for idiopathic calcium stones. Evaluation of calcium stones. Treatments of recurrent calcium stones. Struvite stones. In UpToDate. 1999; 7: 1.
2. Goldfarb DA, Coe FL, Curhan GC, Stampfer MJ. Beverages, diet, and prevention of kidney stones. Am J Kidney Dis 1999; 33(2): 398-403.
3. Robertson WC, Peacock M, Baker M, et al. Studies on the prevalence and epidemiology of urinary stone disease in men in Leeds. Br J Urol 1983; 55: 595-8.
4. Marangella M, Vitale C, Petrarulo M. Valutazione metabolica della nefrolitiasi calcica. Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche 1996; 8: 32-33.
5. Marangella M. Metabolic evaluation of calcium nephrolithiasis. J Nephrol 1995; 8: 179-84.
6. AUrO. Linee Guida per la Calcolosi Urinaria. Hoechst Marion Roussel Ed. 1997.
7. Curhan GC, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ. A prospective study of dietary calcium and other nutrients and the risk of symptomatic kidney stones. N Engl J Med 1993; 328: 833-8.
8. Pak CYC. Role of medical prevention. J Urol 1989; 141: 789-801.
9. Marangella M, Bruno M, Cosseddu D. Prevalence of chronic renal insufficiency in the course of idiopathic calcium stone disease: risk factors and patterns of progression. Nephron 1990; 54: 302-6.