



Il punto di vista del medico di medicina generale

Commento all'articolo: "Medical management to prevent recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians Clinical Guideline"

Aurelio Sessa

Presidente SIMG Lombardia, Varese

Non c'è Medico di Medicina Generale (MMG) che nel corso della sua attività professionale non abbia avuto a che fare con pazienti con storie ricorrenti di calcolosi renale. La nefrolitiasi è un esempio magistrale di gestione integrata di malattia laddove nel percorso di cure si incrociano le competenze del MMG, del nefrologo, dell'urologo e del radiologo.

Riteniamo che un'attenta gestione che metta al centro il paziente sia in grado di ridurre le ricadute che comportano sempre un carico assistenziale importante sia per il paziente che per il sistema sanitario.

Da un'analisi del database di *HealthSearch* (www.healthsearch.it) si è evidenziato che il problema nefrolitiasi è presente nel 6.5% della popolazione residente con una maggior prevalenza nei maschi e una relazione positiva età-dipendente raggruppando tutti i codici ICD-9 (nefrolitiasi [592.0, 592.1 e 592.9], colica renale [788.0] e calcolosi del tratto urinario inferiore [594.0, 594.1, 594.2, 594.8 e 594.]) (1).

Uno dei principali compiti di un MMG nei confronti di un paziente che ha avuto un episodio di nefrolitiasi è quello di operare un counselling per prevenire eventuali e future recidive in quanto si calcola che il 50% dei pazienti svilupperanno un secondo calcolo entro i 5 anni e l'80% entro i 20 anni successivi (2). Inoltre è doveroso un inquadramento metabolico con un dosaggio della calcemia, fosforemia, uricemia e paratormone.

Per coloro che hanno presentato due o più episodi nella loro vita vale la pena eseguire un esame metabolico sulle urine che includa il dosaggio del calcio, fosfato, ossalato, acido urico, citrato e cistina (3).

Nell'ambito di uno studio metabolico urinario condotto su 124 pazienti che avevano presentato 2 o più episodi nei precedenti 5 anni, un'analisi random su 20 campioni urinari ha evidenziato un soggetto con ipecistinuria il che fa pensare che la cistinuria è probabilmente più frequente di quanto si pensi (4).

Come ci suggerisce la review (5) è indispensabile avere un apporto idrico adeguato e l'obiettivo è ottenere una diuresi di almeno 2 litri al dì. Ciò proviene da una evidenza datata (6) ma tuttora attuale. È necessario andare oltre il generico suggerimento del "bere di più" ma bisogna insegnare al nostro paziente a misurare la quantità di urina emessa.

Condividiamo, come misure generali, anche il suggerimento di osservare una dieta a basso contenuto di proteine animali. Aggiungiamo anche il consiglio di non eliminare il calcio dalla dieta, come spesso autonomamente molti pazienti ritengono di fare, in quanto la presenza di calcio aiuta a legare l'ossalato presente nella dieta e a ridurre l'assorbimento intestinale.

L'uso di trattamenti farmacologici con diuretici tiazidici, allopurinolo e citrato riducono significativamente la recidiva di calcolosi con componente calcica addirittura in misura maggiore rispetto all'apporto idrico stesso. Potrebbe essere questo un aspetto interessante da approfondire in quanto i diuretici tiazidici sono molto usati in associazione nelle terapie anti-ipertensive (più del 50% dei pazienti ipertesi è in terapia con tiazidici in associazione al dosaggio di 12.5 o 25 mg di idroclorotiazide). Anche per quanto riguarda l'uso di allopurinolo in pazienti con iperuricemia, gotta e calcolosi uratica non siamo in grado di sostenere se ciò può essere un fattore di riduzione di rischio di recidiva visto che, sempre da una analisi del nostro database, risulta esserci normalmente una bassa persistenza della terapia con allopurinolo in questi pazienti (7).

Un aspetto che non viene considerato in queste linee guida è l'obesità che sembra essere un fattore di rischio indipendente per la nefrolitiasi specialmente nel sesso femminile (8) tenuto conto anche dell'incremento di questa malattia specialmente nel mondo occidentale. In questi pazienti la riduzione di peso sarebbe desiderabile.

In conclusione riteniamo che questo documento, analizzando quanto riportato nella letteratura più recente, fornisca una serie di indicazioni in parte già note in un mondo (quello della nefrolitiasi) le cui componenti individuali e metaboliche giocano un ruolo importante nella ricorrenza degli episodi. Se lo strumento è rivolto ai medici statunitensi, ciò non esime dal fatto che anche il medico europeo ne possa trarre un prezioso suggerimento. Sarebbe stata utile un'analisi dei lavori relativamente al problema del sovrappeso e dell'obesità in relazione alle recidive di nefrolitiasi essendo questo un problema molto più prevalente nel mondo statunitense.

Dichiarazione di conflitto di interesse: L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

Contributi economici agli Autori: L'Autore dichiara di non avere ricevuto sponsorizzazioni economiche per la preparazione dell'articolo.



Indirizzo dell'Autore:

Dr. Aurelio Sessa
Via Cavour 26
21051 Arcisate (VA)
sessa.aurelio@simg.it

Bibliografia

1. Campo S, Pasqua A, et al. Studio sulla nefrolitiasi nel setting delle cure primarie italiane. SIMG 2011; 2: 9-13.
2. Goldfarb DS. In the clinic: nephrolithiasis. Ann Internal Med 2009; 151: ITC2.
3. Pietrow PK, Karellas ME. Medical management of common urinary calculi. Am Fam Phys 2006; 74:86-94.
4. Campo S, Sessa A, et al. La valutazione metabolica della litiasi urinaria recidivante. Dai luoghi comuni ad un approccio razionale. Studio preliminare. SIMG 2011; 3: 29-36.
5. Fink HA, Wilt TJ, Eidman KE, Garimella PS, et al. Medical management to prevention recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians. Clinical guideline. Ann Intern Med 2013; 158(7): 535-43.
6. Borghi M, Meschi T, et al. Urinary volume water and recurrences in idiopathic calcium nephrolithiasis: a 5 years randomized prospective study. J Urol 1996; 155: 839-43.
7. Trifirò G, Morabito P, et al. Epidemiology of gout and hyperuricemia in Italy during the years 2005-2009: a nation wide population-based study. Ann Rheum Dis 2013; 72: 694-700.
8. Taylor EN, Stampfer MJ, et al. Obesity, weight gain and the risk of kidney stones. JAMA 2005; 293: 455-62.