

Nuove raccomandazioni europee per i calcoli urinari

Dalla diagnosi al trattamento, dal follow-up alla prevenzione delle recidive, le recenti linee guida della European Association of Urology (EAU) sulla urolitiasi offrono una panoramica pratica e aggiornata sugli attuali orientamenti della gestione di questa diffusissima patologia

Livia Tonti

Sono state recentemente aggiornate le linee guida per l'urolitiasi da parte dell'Associazione europea di urologia (EAU). Il documento copre la maggior parte degli aspetti della malattia, che è ancora una causa di significativa morbilità nonostante i progressi tecnologici e scientifici. La prevalenza e l'incidenza dell'urolitiasi sono infatti aumentate a livello globale negli ultimi decenni. È stato riportato che il tasso di recidiva dopo la formazione di calcoli raggiunge il 50% a 5 anni e l'80-90% a 10 anni. Il trattamento chirurgico non previene la recidiva della malattia, che può compromettere la funzionalità renale, aumentare i costi delle cure, ridurre la qualità della vita e costringere i pazienti ad astenersi dal lavoro, aumentando ulteriormente i costi sanitari pubblici e privati.

► Gruppi a rischio per la formazione di calcoli

I calcoli possono essere suddivisi in base all'eziologia: da infezioni, cause non infettive, difetti genetici o effetti avversi di farmaci (calcoli da farmaci). Tra gli aspetti fondamentali per la scelta dell'approccio di trattamento è la determinazione del rischio e, in questo, un elemento fondamentale è la presenza di

una storia pregressa di calcoli. Circa il 50% delle persone che registrano calcoli ricorrenti ha una sola recidiva nel corso della vita; per chi ha avuto calcoli per la prima volta si stima un tasso di recidiva del 26% in cinque anni. Una malattia altamente ricorrente è osservata in poco più del 10% dei pazienti. A determinare il rischio di formare calcoli concorrono il tipo di calcolo e la gravità della malattia (*tabella 1*). Il livello di rischio dovrebbe essere

determinato in modo olistico prendendo in considerazione non solo la probabilità di recidiva o ricrescita dei calcoli, ma anche il rischio di malattia renale cronica (CKD), malattia renale allo stadio terminale (ESKD) e disturbo metabolico osseo (MBD). L'urolitiasi può compromettere la funzionalità renale per ostruzione o infezione, danno al tessuto renale dovuto alla condizione primaria alla base della formazione di calcoli (alcune malattie genetiche, nefrocalcinosi, iperossaluria enterica, ecc) o trattamenti urologici.

TABELLA 1

Persone ad alto rischio di formazione di calcoli

- Insorgenza precoce di urolitiasi (specialmente bambini e teenagers)
- Familiarità
- Recidive di formazione di calcoli
- Breve tempo dopo l'ultimo episodio di calcoli
- Calcoli di brushite
- Calcoli contenenti acido urico e urati
- Calcoli infettivi
- Rene solitario (il rene in sé non aumenta particolarmente il rischio di formazione di calcoli, ma la prevenzione della recidiva dei calcoli è di fondamentale importanza per evitare l'insufficienza renale acuta)
- Malattia renale cronica (CKD)

► Valutazione diagnostica

Per quanto riguarda gli aspetti diagnostici, le linee guida sottolineano come in primo luogo sia importante una valutazione di base di tutti i pazienti che si presentano per la prima volta con calcoli urinari. Questa valutazione deve includere: anamnesi, esame fisico, diagnostica per immagini (ecografia quando la composizione del calcolo è nota), analisi del sangue (creatinina, calcio, acido urico) ed esame delle urine. Se la natura dei calcoli non è nota, si raccomandano ulteriori esami come la tomografia computerizzata (TC) eliografica senza aumento del contrasto e gli esami specifici delle urine.

► Gestione della malattia

In acuto il sollievo dal dolore è il primo passo terapeutico (*tabella 2*). Gli algoritmi diagnostici e terapeutici sono strutturati in base alla composizione dei calcoli e un ampio spazio delle linee guida è dedicato alla prevenzione delle recidive, argomento che può essere particolarmente prezioso in medicina generale.

► Prevenzione delle recidive

Il documento sottolinea come identificare e correggere i fattori causali sia fondamentale per prevenire il ripetersi dell'urolitiasi. Ogni paziente dovrebbe essere sottoposto a uno screening metabolico di base, mentre i pazienti con calcoli di calcio, che sono ad alto rischio di recidiva e complicanze, dovrebbero essere sottoposti a uno screening metabolico approfondito con due raccolte di urine delle 24 ore e ricevere una terapia mirata. Ad alto rischio di recidiva sono anche i pazienti con calcoli di acido urico, infezioni o calcoli di cistina. Ai pazienti devono essere fornite le istruzioni generali su come prevenire le recidive illustrando loro le misure generali (*tabella 3*).

► Follow-Up

Ci sono poche informazioni su come i pazienti dovrebbero essere monitorati dopo il trattamento. Il panel delle linee guida ha eseguito una revisione sistematica sui benefici e i rischi dell'imaging programmato e del follow-up metabolico per i pazienti sottoposti a trattamento definitivo per la calcolosi delle vie urinarie superiori. Sulla base dei risultati è stato raggiunto un consenso sulla frequenza del follow-up per i pazienti senza calcoli (popolazione generale e pazienti ad alto rischio), pazienti con frammenti residui ≤ 4 mm e pazienti con frammenti residui > 4 mm.

TABELLA 2

Trattamento acuto dei pazienti con colica renale

Raccomandazioni	Forza della raccomandazione
Offrire un antinfiammatorio non steroideo come farmaco di prima scelta; dipende dai fattori di rischio Cv ed effetti avversi	Forte
Offrire oppiacei (idromorfina, pentazocina o tramadolo) come seconda scelta	Debole
Offrire decompressione renale o rimozione dei calcoli mediante ureteroscopia in caso di dolore refrattario agli analgesici	Forte

TABELLA 3

Misure generali di prevenzione dei calcoli urinari

Assunzione di liquidi	Quantità: 2.5 - 3.0 l/die
	L'acqua è il liquido preferito
	Diuresi: 2.0 - 2.5 l/die
	Peso specifico dell'urina: < 1.010 g/giorno
Consigli nutrizionali per una dieta bilanciata	Dieta bilanciata*
	Ricca in frutta, verdura e fibre
	Normale contenuto di calcio: 1-1.2 g/die
	Contenuto limitato di NaCl: 4-5 g/die
Consigli di stile di vita per normalizzare i fattori di rischio generali	Attività fisica adeguata
	Bilanciamento dell'eccessiva perdita di liquidi
	Mantenere un indice di massa corporea normale
	Ridurre l'assunzione di liquidi contenenti alcol
	Ridurre l'assunzione di bibite gassate e liquidi contenenti calorie
Precauzione: la richiesta proteica è dipendente dall'età, quindi la restrizione proteica nei bambini dev'essere gestita con attenzione	
*Evitare l'eccessivo ricorso a supplementi vitaminici	

I pazienti senza calcoli residui potrebbero essere seguiti per due anni (calcoli radiopachi) o tre anni (calcoli radiotrasparenti) poiché l'80% di loro rimarrà senza calcoli anche in seguito. Per aumentare il margine di sicurezza per il mantenimento della assenza di calcoli fino al 90%, i pazienti dovrebbero essere seguiti fino a cinque anni. Si propone un follow-up più esteso per i pazienti con anomalie metaboliche.

I pazienti con piccoli frammenti asintomatici ≤ 4 mm dovrebbero essere sot-

toposti a follow-up o programmati per un intervento in base alle preferenze del paziente, mentre a quelli con calcoli più grandi dovrebbe essere principalmente offerto un reintervento.

BIBLIOGRAFIA

- Skolarikos A, et al. Metabolic Evaluation and Recurrence Prevention for Urinary Stone Patients: An EAU Guidelines Update. *Eur Urol* 2024; doi: 10.1016/j.eururo.2024.05.029.
- Skolarikos A, et al. EAU Guidelines on Urolithiasis. <https://uroweb.org/guidelines/urolithiasis/chapter/guidelines>