

# 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

**S**ono 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  $\leq 4$  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  $\leq 4$  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>