

G. BARBAROSSA

Ruolo dell'integrazione con Stonur® nella cura e nella prevenzione della litiasi renale

PROGRESS IN NUTRITION
VOL. 15, N. 4, 289-292, 2013

Introduzione

Circa il 10-15% della popolazione mondiale, è affetta, almeno una volta nella vita, da urolitiasi solitamente associata a colica renale, con sostanziale morbilità e costi economici (1, 2).

L'incidenza risulta maggiore nelle donne ed è direttamente proporzionale all'incremento dell'età.

Gli studi, anche recenti, sulla prevenzione e sulla terapia medica e/o chirurgica, trovano conforto nella possibile associazione della nefrolitiasi con patologie croniche a carico degli organi emuntori (3).

La prevenzione è correlata al tipo di calcolosi (ossalati di calcio, fosfati di calcio, cistina, struvite, ed acido urico) ed ha come obiettivi comuni un'efficace terapia idropinica (sia qualitativa che quantitativa), il mantenimento del pH urinario su valori non troppo acidi (4), una dieta povera di proteine animali e sale (5) e ricca invece di potassio, soprattutto sotto forma di citrato che, secondo alcuni studi, sarebbe un inibitore della cristallizzazione dei calcoli formati da sali di calcio (6).

Tra gli strumenti a disposizione del clinico, è annoverato un integratore alimentare (*Stonur*®) a base di citrato di potassio e magnesio, bicarbo-

nato di potassio e vitamina B6, con estratto di *Phyllanthus niruri*. Quest'ultimo contiene triterpeni, in grado di inibire la citotossicità indotta da ossalato di calcio, lignani (*phyllanthina*) che hanno mostrato attività uricosurica ed alcaloidi che presentano attività antispastica e quindi faciliterebbero l'eliminazione urinaria dei calcoli.

Scopo del lavoro

Verificare la prevalenza dell'urolitiasi in un ambulatorio ecografico, stabilire i fattori predisponenti il suo sviluppo e testare l'efficacia terapeutica dell'integratore *Stonur*® dopo uno o più cicli di terapia.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra gennaio e maggio del 2013, sono stati inseriti nello studio i pazienti afferiti al nostro Ambulatorio Ecografico con o senza sospetto di urolitiasi da parte del curante. Sono stati valutati i seguenti parametri: età, sesso, familiarità per litiasi urinaria, quantità e qualità dei liquidi assunti nelle 24 h (>1 Lt ≤), condizioni cliniche favorevoli a una disidratazione (diarrea

Responsabile Servizio di
Radiologia/Ecografia -
Poliambulatorio Bisignano - ASP di
Cosenza

Address for correspondence:
Dr. Giuseppe Barbarossa
V.le G. Mancini, Residence
Emily - 87100 Cosenza.
E-mail: giuseppe.barbarossa@email.it

cronica, iperidrosi), ricorrenza di patologie flogistiche delle vie urinarie, abuso o utilizzo di integratori alimentari, alterato metabolismo del calcio (ipertiroidismo; iperparatiroidismo).

Una volta accertata la presenza di urolitiasi i pazienti hanno iniziato il trattamento con *Stonur*[®] (1 bustina/die per 20 gg) con controllo ecografico al termine del ciclo di terapia, dopo il quale veniva lasciata loro la possibilità di scegliere se proseguire o meno per altri 2 cicli. Tutti i pazienti hanno espresso consenso informato alla partecipazione allo studio.

Risultati

Dei 239 pazienti pervenuti nel nostro ambulatorio ecografico, ben il 46% (110/239) presentavano uro-

litiasi e 25 di essi hanno partecipato allo studio, 12 femmine e 13 maschi, di età compresa tra i 18 ed i 78 anni.

La patologia più frequente è risultata la litiasi (micro e/o macro) (15 pazienti); seguivano la “renella” (5 pazienti) e quindi le placche di randall (6 pazienti). Il diametro delle formazioni litiasiche era compreso tra 1,9 e 15,3 mm.

Dei fattori considerati, quelli correlati alla presenza di urolitiasi sono risultati la quantità e la qualità di acqua assunta giornalmente.

L'acqua introdotta giornalmente è apparsa inversamente proporzionata alla presenza di urolitiasi, infatti nell'84% dei pazienti l'assunzione di acqua è risultata ≤ 1 Lt (14/25 pazienti < 1 Lt e 7/25 1 Lt) e nel 16% dei casi (4/25) > 1 Lt.

La presenza della patologia prelitiasica (placche di randall) o litiasi-

ca (renella e/o calcolosi) correlava anche con la qualità dell'acqua assunta, risultando più frequente in corso di assunzione di acqua bicarbonato-calcica (15/15 pazienti).

Nessuno dei pazienti presentava, al contrario, patologie che potevano aver determinato una perdita acuta di liquidi o alterazioni del metabolismo calcico; altrettanto poco significative sono risultate la familiarità per litiasi (8/25 pazienti) e le infezioni croniche delle vie urinarie (4/25 pazienti).

Riguardo alla terapia con *Stonur*[®] dopo il primo ciclo si è osservata una risposta risolutiva nel 50% dei casi di renella (2/4 pz), nel 100% dei casi con placche di randall (6/6) e nel 66% dei casi con urolitiasi (10/15 pz) (Figg. 1 e 2). Si è avuta una risposta parziale in 4/15 pazienti con urolitiasi (26.6%) e soltanto in 1 caso la terapia è ri-

Figura 1 - Paziente con nefrolitiasi prima dell'inizio del trattamento. Si evidenzia un calcolo nel mesorene dx di 2.6 cm (a) ed un altro calcolo nel polo inferiore rene sx di 1.9 mm (b)

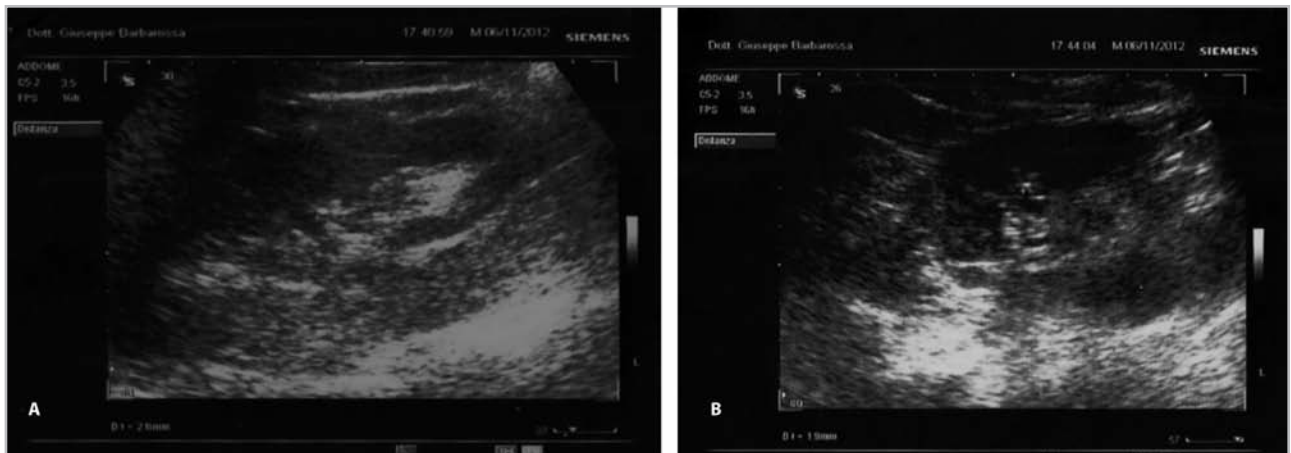


Figura 1 - 2 Risultati dopo il primo ciclo di terapia: le formazioni litiasiche si sono ridotte rispettivamente del 57.6% a dx (a) e del 21% a sx (b)

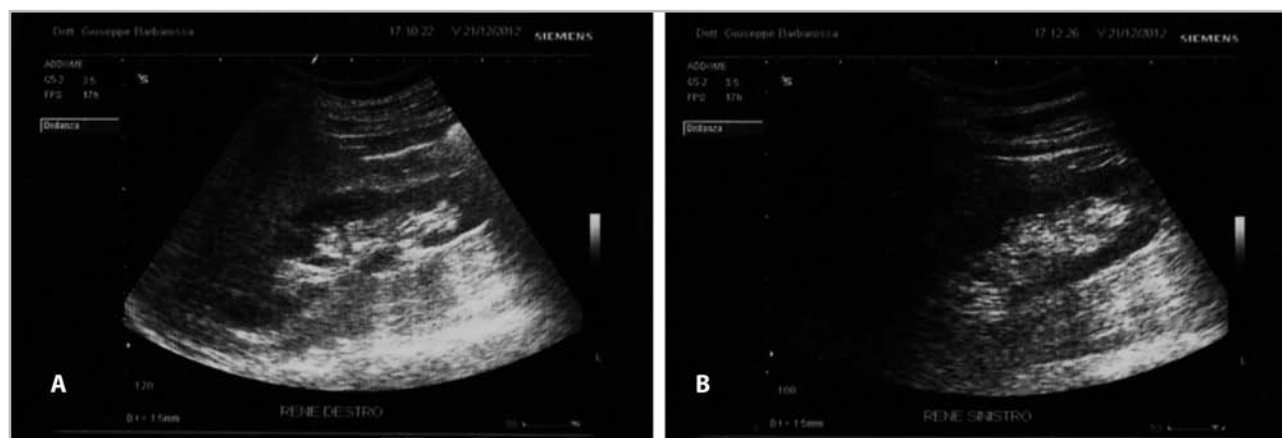


Tabella 1 - Quadro riassuntivo dei pazienti arruolati

N° Pz	Sesso	Età	Liquidi introdotti	Cause disidratazione	Tipo di acqua*	Infezioni croniche VU	Patologie Endocrine	Prima Stonur	Dopo Stonur	Familiarità per litiasi
1	F	78	1 Lt	NO	CCI	NO	NO	0.76 cm	0.26 cm	NO
2	M	37	<1 Lt	NO	BC	SI	NO	1,2 cm	NO Riduzione	SI
3	M	61	1 Lt	NO	BCC	NO	NO	1,9- 2,6 mm	Risoluzione	NO
4	F	55	<1 Lt	NO	CCI	NO	NO	Pl. Rand	Risoluzione	SI
5	F	78	>1 Lt	NO	BCC	NO	NO	Renella	Risoluzione	NO
6	M	52	<1 Lt	NO	BCC	NO	NO	Pl. Rand	Risoluzione	SI
7	M	53	<1 Lt	NO	BCC	NO	NO	2,9 mm	0,7 mm	NO
8	M	55	>1 Lt	NO	BC	NO	NO	2,5 mm	Risoluzione	NO
9	M	47	1 Lt	NO	BC	NO	NO	Renella	Risoluzione	NO
10	F	61	<1 Lt	NO	CCI	NO	NO	Pl. Rand	Risoluzione	NO
11	M	43	1 Lt	NO	BC	NO	NO	Renella	Riduzione	SI
12	F	59	<1 Lt	NO	BC	NO	NO	Pl. Rand	Risoluzione	SI
13	F	72	1 Lt	NO	BC	SI	NO	1,53-1,32 cm	0.87-0,46 cm	NO
14	M	38	1 Lt	NO	BC	SI	NO	2,9 mm -Pl. Rand	Risoluzione	NO
15	M	48	<1 Lt	NO	CCI	NO	NO	Renella	Riduzione	NO
16	F	41	< 1 L	NO	BC	NO	NO	Renella	Riduzione	NO
17	M	33	>1 Lt	NO	BC	NO	NO	4 mm	Risoluzione	SI
18	F	60	< 1 Lt	NO	BC	NO	NO	Pl. Rand	Risoluzione	NO
19	F	28	< 1 Lt	NO	CCI	SI	NO	2,9 mm	Risoluzione	NO
20	F	29	< 1 Lt	NO	BC	NO	NO	3,6 mm	Risoluzione	SI
21	F	18	1 Lt	NO	BC	NO	NO	8,3 mm	6,4 mm	NO
22	M	23	<1 Lt	NO	BC	NO	NO	2,3 mm	Risoluzione	NO
23	F	38	<1 Lt	NO	BCC	SI	NO	3,8 mm	Risoluzione	SI
24	M	44	<1 Lt	NO	BC	NO	NO	2,3 mm	Risoluzione	NO
25	M	36	>1 Lt	NO	BC	NO	NO	2,1 mm	Risoluzione	NO

*BC= bicarbonato-calcica; BCC=basso contenuto di calcio; CCI=contenuto intermedio di calcio

sultata inefficace. I dati riassuntivi sono esposti nella tabella 1.

Conclusioni

Alla luce dei risultati ottenuti risulta che:

1) la presenza di urolitiasi è un riscontro estremamente frequente negli ambulatori ecografici e non è necessariamente sintomatica. Il sesso non sembra essere un fattore predisponente.

2) Una quantità cronicamente ridotta di acqua assunta giornalmente, soprattutto se ad alto contenuto di calcio, più che una diminuzione acuta dell'introito idrico per svariate patologie (diarrea,

vomito, febbre) sembrerebbe correlare con lo sviluppo di urolitiasi.

3) La terapia reidratante associata all'assunzione di integratori come lo *Stonur*[®] risulterebbe efficace nella risoluzione e nella prevenzione dell'urolitiasi nelle sue diverse varianti anche dopo un singolo ciclo di trattamento.

Ringraziamenti

Desidero esprimere un ringraziamento alla Dr.ssa Giovanna Cristiano per il supporto tecnico alla realizzazione di questo studio.

Bibliografia

1. Xu H, Zisman AL, Coie FL, Worcester EM (2013) Kidney stones: an update on current pharmacological management and future directions. *Expert Opin Pharmacother* 14 (4): 435-47
2. Frassetto L, Kohlstadt I. (2011) Treatment and prevention of kidney stones: an update. *Am Fam Physician* 84(11): 1234-42
3. Kenny JE, Goldfarb DS (2010) Update on the pathophysiology and management of uric acid renal stones. *Curr Rheumatol Rep* 12 (2): 125-9
4. Long LO, Park S. (2007) Update on nephrolithiasis management. *Minerva Urol Nefrol* 59 (3): 317-25
5. Heilberg IP, Schor N (2006) renal stone disease: Causes, evaluation and medical treatment. *Arg Bras Endocrinol Metabol* 50 (4): 823-31
6. Pak CY (1994) Citrate and renal calculi: an update. *Miner Electrolyte Metab* 20 (6): 371-7