

Linee guida Kdigo su diabete e Mrc

Uno dei compiti delle società scientifiche è quello di fornire indicazioni sulle “buone pratiche”, al fine di garantire un utile strumento per un rapido trasferimento delle conoscenze dalla ricerca alla pratica clinica. In ambito nefrologico, le linee guida Kdigo sono tra quelle di maggiore riferimento. Le più recenti riguardano la malattia renale nel diabete e la Mrc

Concetta Gangemi - UOC Nefrologia AOUI Verona - Società Italiana di Nefrologia (SIN)

Uno dei compiti delle società scientifiche è quello di fornire indicazioni sulle “buone pratiche” nella propria disciplina, al fine di garantire un utile strumento per un rapido trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca biomedica, nella condotta clinica quotidiana. In ambito nefrologico, nel 2003, con la crescente consapevolezza che la malattia renale cronica fosse divenuto un problema sanitario mondiale, è stata fondata la *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (Kdigo)* con la missione di “migliorare la cura e gli esiti dei pazienti con malattie renali in tutto il mondo promuovendo il coordinamento, la collabo-

razione e l’integrazione di iniziative per sviluppare e attuare linee guida per la pratica clinica”. Da allora il lavoro di gruppi di esperti in ambito nefrologico ha contribuito a redigere le indicazioni per una gestione più uniforme delle problematiche renali. Nel novembre 2022, tenuto conto della prevalenza del diabete nella popolazione mondiale e considerando che circa il 40% o più della popolazione diabetica svilupperà malattia renale cronica (Mrc), con necessità di eventuale trattamento sostitutivo (dialitico e/o trapianto), sono state pubblicate le nuove **linee guida (LG) sulla gestione della Mrc in corso di malattia diabetica**, alla luce dei

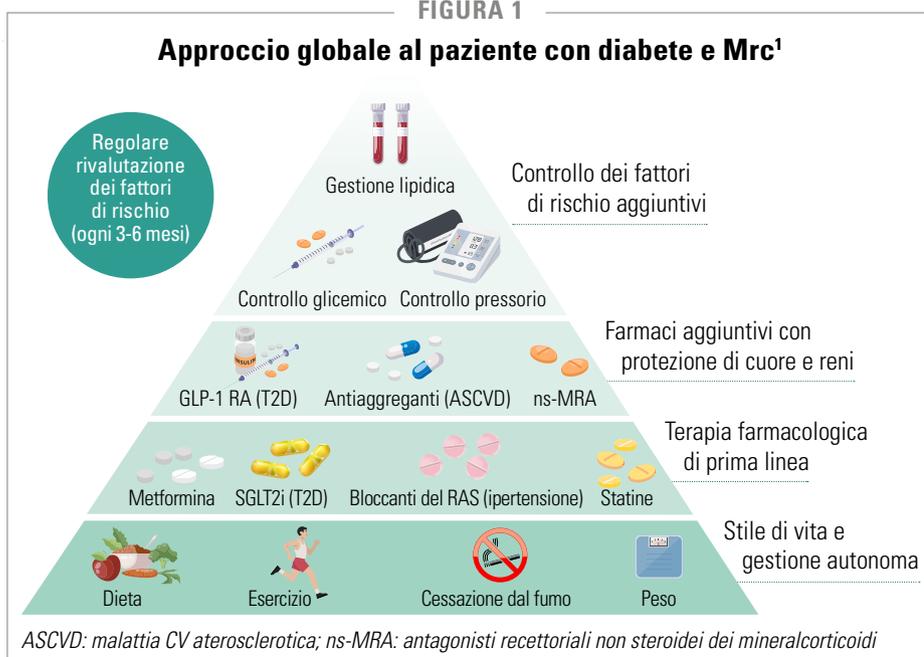
nuovi farmaci a disposizione. Già nel 2012 era stato chiaramente descritto come lo stadio della Mrc ed il grado di albuminuria si associassero ad un diverso rischio di progressione della malattia renale. Tenendo presente ciò, le LG redatte in questi anni hanno sempre avuto come obiettivo quello dell’individuazione del paziente a rischio e della scelta terapeutica atta al rallentamento della progressione della malattia.

► Gestione di diabete e CKD

Una delle prime indicazioni delle LG 2022 per la gestione del Diabete e della Mrc¹ è quello di una strategia globale che deve ridurre il rischio di progressione della malattia renale e prevenire la malattia cardiovascolare (*figura 1*). Questo tipo di approccio include modifiche dello stile di vita; controllo del peso corporeo; regolare esercizio fisico (è raccomandata un’attività fisica di almeno 150 minuti a settimana, o al livello compatibile per la situazione cardiovascolare del paziente); una dieta normalizzata per il carico proteico (0.8 g/kg/die di proteine), iposodica (<5 g di sodio cloruro al giorno) ed ipoglicidica. Una volta che è stato ottenuto ciò, vanno inseriti i farmaci di prima linea per il controllo glicemico: la metformina e gli inibitori del SGLT2, per i pazienti con diabete di tipo 2 (T2D); l’insulina, per i pazienti con diabete di tipo 1 (T1D). L’utilizzo della metformina deve essere riservato ai pazienti che hanno ancora un filtrato glomerulare (eGFR) ≥ 30 ml/min/1.73 mq e gli inibitori di SGLT2 do-

FIGURA 1

Approccio globale al paziente con diabete e Mrc¹



vrebbero essere iniziati se l'eGFR fosse ≥ 20 ml/min/1.73 mq e continuati il più a lungo possibile, se tollerati. Nei pazienti T2D se la metformina e l'i-SGLT2 non fossero utilizzabili o non fossero sufficienti per un controllo a target della glicemia, andrebbe associato l'agonista recettoriale per Glucagon-like-peptide-1 (GLP-1 RA).

Gli antagonisti del recettore dei mineralcorticoidi (ns-MRA) possono essere associati alla terapia di prima linea nei pazienti T2D e con un rischio elevato di progressione della malattia renale oltre che con un aumentato rischio cardiovascolare. Per il controllo pressorio sono indicati gli inibitori del RAS; l'inizio della terapia con l'ACE-inibitore o con il blocco del recettore dell'angiotensina II (ARB) devono essere iniziati in tutti i pazienti con diabete, ipertensione ed albuminuria, il loro dosaggio dovrebbe essere titolato e usata la maggior dose tollerata. Le statine sono raccomandate per il controllo lipidico e gli antiaggreganti per la prevenzione secondaria del rischio cardiovascolare.

► Linee guida sulla Mrc

Sono attualmente in corso di revisione le nuove LG relative alla valutazione e gestione della Mrc, definita come un'alterazione della funzione renale presente da almeno 3 mesi, con implicazioni sullo stato di salute del paziente. Quando è presente un danno renale possiamo ritrovare alterazioni del sedimento urinario, presenza di albuminuria, alterazioni elettrolitiche per difetti tubulari, alterazioni della morfologia renale oltre che riduzione del GFR. Questo perché l'eziologia della Mrc può essere molteplice; può dipendere da un danno a livello glomerulare, da una patologia tubulare o tubulo-interstiziale; può essere di natura vascolare o essere conseguenza di una patologia ereditaria. Ancora oggi la consapevolezza della malattia renale rimane molto bassa ed anche in tutto il mondo solo il 6% della popolazione generale e solo il 10% della popolazione ad alto rischio sono consapevoli dello stato della loro malattia renale cronica².

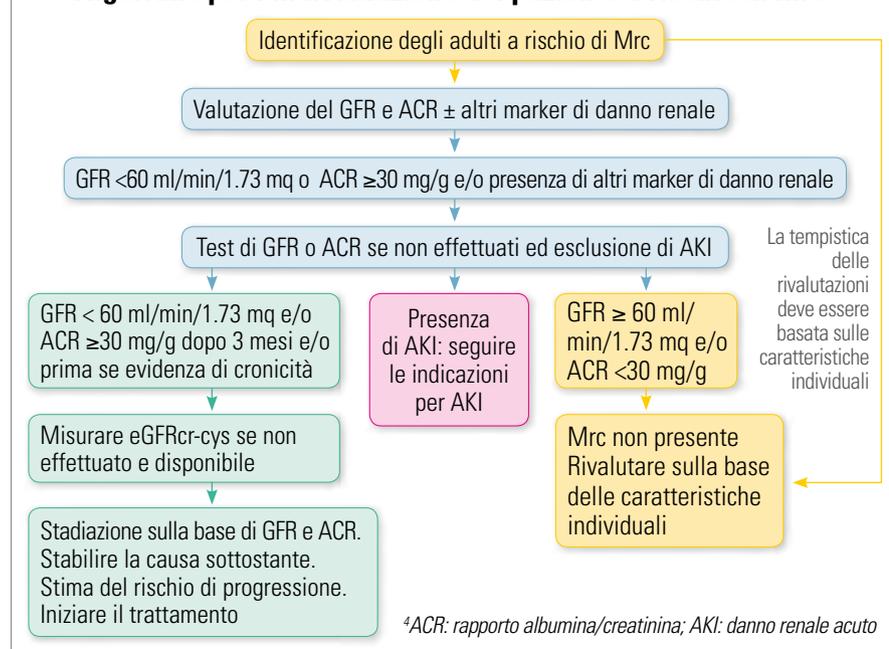
Pertanto diviene importante diagnosticare quanto prima ed indirizzare il paziente con Mrc ad una consapevolezza della propria patologia. Tra le nuove indicazioni delle LG è suggerito un semplice algoritmo che possa aiutare il clinico all'individuazione del paziente a rischio⁴ (figura 2).

Non ci sono ancora dati sufficienti a stabilire ogni quanto tempo vada eseguito lo screening per la malattia renale, ma nella popolazione a rischio la valutazione del filtrato glomerulare e dell'albuminuria o della proteinuria sono gli esami che devono essere eseguiti periodicamente.

Le LG, inoltre, raccomandano l'esecuzione della biopsia renale, che rimane il gold standard per la diagnosi istologica di una patologia renale. L'esame ci aiuta a definire se la patologia sia su base immunologica e coinvolga le strutture glomerulari, oltre al grado di compromissione del comparto tubulo interstiziale e vascolare. Una volta posta la diagnosi di una patologia glomerulare, le LG pubblicate nel 2021 sulle glomerulonefriti, forniscono indicazioni in relazione al trattamento da seguire. Le terapie immunosoppressive (steroidi, ciclosporina, micofenolato, rituximab etc) sono raccomandate nelle specifiche nefropatie come indicato dal risultato dei più recenti studi. Per tutte le glomerulonefriti con proteinuria ≥ 0.5 g/24h, è indicato anche l'uso di un farmaco inibitore del RAS (ACEi/ARB) utilizzato al dosaggio massimo tollerato, al fine di consentire una riduzione della proteinuria e, se presente l'ipertensione arteriosa, un adeguato controllo pressorio (target pressorio PAS 120 mmHg).

FIGURA 2

Algoritmo per l'individuazione del paziente a rischio di Mrc⁴



BIBLIOGRAFIA

1. KDIGO 2022. 102(Suppl 5S), S1-S27
2. Shlipak MG, et al. Kidney Int 2021; 99: 34-47
3. KDIGO 2021. 100, S1-S276
4. KDIGO 2023