

■ NEFROLOGIA

Prevenzione renale: coinvolgimento attivo del Mmg

Sono state presentate recentemente a Roma le *Linee Guida per l'identificazione, prevenzione e gestione della Malattia Renale Cronica*, documento interamente italiano messo a disposizione del medico, soprattutto quello di medicina generale, che diviene un attore di primo piano nell'identificazione precoce della malattia. Obiettivo primario è quello di evitare o almeno ritardare la dialisi, cui si aggiunge anche l'opportunità di scelta di un adeguato iter di approfondimento diagnostico per i pazienti a rischio.

Le Linee Guida, proposte dalla Società Italiana di Nefrologia (SIN), sono state realizzate grazie a una articolata collaborazione di 13 società scientifiche coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità e con la guida di esperti dello stesso Istituto. Il testo integrale della linea guida è disponibile sul sito SNLG-ISS (www.snlg-iss.it), mentre i documenti intermedi di lavoro sono disponibili previa richiesta alla segreteria scientifica (snlg.lineeguida@iss.it).

Una delle novità più importanti delle linee guida è il coinvolgimento attivo, per la prima volta, dei

medici di medicina generale nella diagnosi precoce dei pazienti: dovranno identificare i soggetti a rischio di malattia prima della progressione irreversibile, poi quelli a rischio di peggioramento, ma anche assicurarsi della continuità dei controlli e dell'aderenza alla terapia.

Il riconoscimento precoce delle malattie renali - e quindi il trattamento prima ancora che sia rilevabile una riduzione della funzione del rene - costituiscono un aspetto di fondamentale importanza: si può ridurre l'evoluzione alla dialisi e la comorbilità cardiovascolare, ma si può addirittura arrestare del tutto situazioni iniziali di danno renale e lo sviluppo di malattia renale cronica progressiva.

Gli esami che possono indirizzare ad una diagnosi precoce, l'esame delle urine e della creatinemia, sono semplici, specifici e poco costosi che danno inizio, se alterati, ad una diagnostica ben standardizzata ed efficace. Oltre a consentire una gestione più appropriata della malattia renale cronica, saranno uno strumento utile a favorire una pratica clinica più uniforme ed una gestione più razionale delle risorse economiche.

► Linee guida realizzate da un team multidisciplinare

Il documento è il prodotto di un aggiornamento e adattamento di un precedente documento pubblicato nel 2008 dal National Institute of Clinical Excellence (NICE). Mediante una revisione sistematica della letteratura sono state aggiornate gran parte delle prove del documento originale, mentre le raccomandazioni, sulla base delle nuove prove, sono state adattate al sistema sanitario italiano. Nel documento vengono fornite inoltre risposte a quesiti relativi alla gestione territoriale e ai metodi di informazione e supporto per pazienti e i loro familiari.

Le linee guida si basano su circa mille studi scientifici, e il lavoro è stato realizzato grazie al coinvolgimento di un panel multidisciplinare, costituito da rappresentanti delle principali società scientifiche e associazioni di pazienti del settore ed esperti indipendenti, affiancati da esperti di evidence-based medicine e di metodologia di sviluppo di linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

► Aggiornamenti e revisioni

Sulla base di una revisione sistematica della letteratura posteriore alla pubblicazione delle linee guida inglesi, il panel di esperti ha deciso di focalizzare l'attenzione su 29 quesiti specifici relativi alla malattia renale cronica. I quesiti coprono un vasto raggio di proble-

mi connessi al controllo dell'epidemia di MRC a livello di popolazione, dalla diagnostica alla gestione territoriale della malattia da parte dei medici di famiglia, includendo l'indicazione e la tempistica del deferimento dei nefropatici a specialisti nefrologi.

Il lavoro effettuato ha prodotto un aggiornamento di alcuni quesiti sulla base di una revisione sistematica della letteratura (*tabella 1*), mentre per altri quesiti (impiego delle statine, controllo dei livelli di calcio, vitamina D, fosfato e PTH, bisfosfonati, vitamina D e analoghi, trattamento dell'anemia) è stato effettuato un aggiornamento parziale della letteratura o sono state adottate le raccomandazioni della linea guida NICE, con piccoli adattamenti al differente contesto (indicazioni all'ecografia, criteri per l'invio del paziente allo specialista, interventi sugli stili di vita e sulla dieta, terapie antiaggreganti e anticoagulanti, riduzione farmacologica dell'uricemia, esiti sfavorevoli associati a ematuria microscopica isolata, informazioni da dare al paziente e ai familiari, strumenti necessari nella gestione territoriale per i medici di famiglia e per gli operatori di cure primarie).

Infine, il gruppo di lavoro, nel corso della prima riunione di panel, ha manifestato l'esigenza di includere in questa linea guida indicazioni, non presenti in quella originaria, su quali chelanti del fosforo, se necessario, dovrebbero essere somministrati ai soggetti affetti da MRC.

Tabella 1

Malattia renale cronica: i quesiti aggiornati nelle nuove linee guida

1. Qual è il miglior test diagnostico per valutare la funzionalità renale nella pratica clinica? 
2. Nei soggetti affetti da malattia renale cronica (MRC) qual è la variabilità biologica e analitica della stima del filtrato glomerulare e da quali fattori è influenzata?
3. Quali sono la sensibilità e la specificità delle strisce reattive per individuare proteine e sangue nelle urine dei pazienti?
4. Quali sono i vantaggi, in termini di precisione e di costi, della misura del rapporto albumina/creatinina vs il rapporto proteina/creatinina per quantificare la proteinuria nei soggetti affetti da MRC?
6. Quali valori di filtrato glomerulare influenzano in modo significativo la prognosi dei soggetti con MRC? Qual è l'influenza di età, sesso, etnia o presenza di proteinuria?
7. Quali soggetti dovrebbero essere valutati per la presenza di MRC?
8. Quando la velocità di riduzione del filtrato glomerulare può essere considerata clinicamente significativa nei soggetti affetti da MRC?
9. Quali fattori possono essere associati a incremento della progressione della MRC?
13. Quali sono i valori ottimali per la pressione arteriosa nei soggetti con MRC proteinurica/non proteinurica, utili a rallentare la progressione della malattia e a ridurre i rischi di morbidità e mortalità cardiovascolare? 
14. Quali sono i farmaci antipertensivi più appropriati per rallentare la progressione della malattia e ridurre la mortalità?
15. Dopo l'inizio del trattamento con farmaci inibitori del SRAA (sistema renina angiotensina aldosterone), quali parametri devono essere monitorati e con quale frequenza? Quali valori-soglia dovrebbero suggerire l'interruzione di trattamenti con inibitori del SRAA? 
16. Il rapporto rischio/beneficio degli inibitori del SRAA varia con l'età?
17. Nei soggetti affetti da malattia renale cronica proteinurica o non proteinurica, la mortalità e il rischio di progressione della malattia possono essere ridotti con spironolattone associato o meno a inibitori del SRAA?
19. Nei soggetti affetti da MRC con dislipidemia, gli agenti ipolipemizzanti riducono gli eventi cardiovascolari e la mortalità confrontati con placebo?