



Raccomandazioni per l'identificazione della malattia renale cronica per medici generalisti

Società Svizzera di Nefrologia

1

La MRC in Svizzera

- A causa dell'invecchiamento della popolazione e della crescente prevalenza di malattie con coinvolgimento renale (ad es. il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa), in Svizzera il numero di pazienti con malattia renale cronica (MRC) è in aumento.¹ Gli ultimi dati mostrano che 1 adulto su 10 in Svizzera è affetto da MRC.²
- È importante prevenire, identificare precocemente e curare in modo ottimale la MRC.
- Questo obiettivo può essere raggiunto solo con la collaborazione fra medici generalisti (medici di famiglia e internisti ospedalieri) e specialisti.

2

Definizione di MRC

- La MRC è definita come un'«anomalia della struttura o della funzione renale, presente per >3 mesi con implicazioni per la salute».³
- La MRC è classificata in base alla causa, alla velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) e al livello di albuminuria (Figura 1).³

3

Identificazione precoce della MRC

- Sono disponibili trattamenti efficaci per prevenire la progressione della MRC, ridurne le complicanze (come le malattie cardiovascolari) e quindi ridurre in modo significativo la morbilità e la mortalità ad essa associate.
- Tuttavia, trattandosi di una malattia spesso asintomatica, la MRC è largamente sotto-diagnosticata: 9 su 10 persone affette da MRC non ne sono consapevoli.⁴ Si consiglia pertanto di sottoporre a valutazioni di screening le persone ad alto rischio.
- I pazienti con ipertensione arteriosa, diabete mellito e malattie cardiovascolari devono essere sottoposti a uno screening per MRC almeno una volta all'anno.^{3,5,6}
- Anche altre persone a rischio dovrebbero essere sottoposte regolarmente ad uno screening (Figura 2).
- Il metodo di screening consiste nella determinazione dell'eGFR (mediante misurazione della creatinina, cistatina C, o entrambi) e nella misura quantitativa dell'albuminuria.^{3,5}

La MRC

è classificata in base a:

- Causa (C)
- eGFR (G)
- Albuminuria (A)

- **Basso rischio**
(una MRC con eGFR e albuminuria normali è possibile in presenza di altri indicatori di danno renale)
- **Rischio moderatamente aumentato**
- **Rischio moderatamente o gravemente aumentato**
- **Rischio elevato**
- **Rischio molto elevato**

				Categorie di Albuminuria Descrizione e valori di riferimento		
				A1	A2	A3
				Da normale a moderatamente aumentata	Alta	Molto alta
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorie di eGFR (ml/min/1.73m ²) Descrizione e valori di riferimento	G1	Normale o iperfiltrazione	≥90	Se MRC 1	Terapia 1	Valutazione specialistica 2
	G2	Riduzione lieve	60-89	Se MRC 1	Terapia 1	Valutazione specialistica 2
	G3a	Riduzione lieve - moderata	45-59	Terapia 1	Terapia 2	Valutazione specialistica 3
	G3b	Riduzione moderata - severa	30-44	Terapia 2	Terapia 3	Valutazione specialistica 3
	G4	Riduzione severa	15-29	Valutazione specialistica 3	Valutazione specialistica 3	Valutazione specialistica 4+
	G5	Insufficienza renale	≤15	Valutazione specialistica 4+	Valutazione specialistica 4+	Valutazione specialistica 4+

Figura 1 - Staging, classificazione e stratificazione del rischio di MRC secondo KDIGO. I colori indicano il rischio di progressione, di morbilità e di mortalità associato alla MRC, da basso a elevato (verde, giallo, arancione, rosso, rosso scuro). I numeri nelle caselle sono una guida alla frequenza delle visite di controllo (numero di volte all'anno). (Modificato secondo gli standard ADA Medical Care in Diabetes 2021).^{3,7}

Condizioni cliniche a rischio aumentato per MRC

- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Malattie cardiovascolari
- Esiti di danno renale acuto
- Malattie renali note in famiglia
- Malattie sistemiche che predispongono alla MRC (es. HIV, LES, vascolite)
- Trattamento con farmaci potenzialmente nefrotossici
- Obesità
- Età avanzata

sì

Screening per MRC

- Determinazione del rapporto albumina-creatinina urinario (ACR) per stimare l'albuminuria e
- Creatinina sierica o cistatina C per stimare la velocità di filtrazione glomerulare (eGFR)

* Per determinare l'ACR, l'albumina e la creatinina devono essere misurate in un campione di urina (spot) almeno una volta all'anno. Il rapporto tra albumina e creatinina fornisce l'ACR. Le unità variano a dipendenza del laboratorio. L'ACR in mg/g corrisponde approssimativamente all'escrezione quotidiana di albumina in mg. Se l'ACR è riportato in mg/mmol, deve essere moltiplicato per 10 per stimare l'escrezione di albumina giornaliera.

Almeno uno dei seguenti criteri è presente per ≥ 3 mesi?

- eGFR < 60 ml/min/1.73m²
- o
- ACR ≥ 30 mg/g (3 mg/mmol)

sì

Diagnosi di MRC confermata
Classificazione e stima del rischio
di progressione della MRC secondo la figura 1

no

Se il paziente rimane in una categoria
a rischio, ripetere periodicamente
lo screening

Terapia della MRC o indicazione per una valutazione nefrologica

Terapia

- Smettere di fumare, esercizio fisico regolare e alimentazione sana
- Perdita di peso se BMI > 25 kg/m²
- Evitare farmaci potenzialmente nefrotossici
- Adattare la terapia farmacologica alla funzione renale
- Ottimizzare il controllo della pressione arteriosa e del profilo lipidico
- Inibizione del sistema renina-angiotensina-aldosterone, se ACR > 30 mg/g (3 mg/mmol) e in assenza di controindicazioni
- Terapia con un iSGLT2 approvato per la cura della MRC se eGFR > 25 ml/min e in assenza di controindicazioni
- In pazienti con diabete di tipo 2:
 - Ottimizzare il controllo glicemico
 - Iniziare con iSGLT-2 se non ci sono controindicazioni
 - Iniziare con GLP-1RA (se iSGLT2 e/o metformina non sono tollerati)
 - Considerare l'uso di Finerenone se approvato per la cura della MRC e in assenza di controindicazioni

Una valutazione nefrologica è consigliata in caso di

- Danno renale acuto o riduzione rapida della eGFR
- MRC di origine sconosciuta
- eGFR < 30 ml/min/1.73m²
- ACR ripetutamente > 300 mg/g (30 mg/mmol)
- Progressione del MRC/deterioramento della eGFR
- Microematuria glomerulare
- MRC e ipertensione arteriosa refrattaria alla terapia
- Anomalie persistenti del potassio sierico
- Malattia renale ereditaria
- Nefrolitiasi ricorrente o estesa

Figura 2 - Algoritmo per identificare e gestire le persone a rischio di MRC e indicazioni per una valutazione nefrologica. (iSGLT-2: inibitore del co-trasportatore di sodio e glucosio di tipo 2, GLP-1RA: agonista del recettore GLP1, BMI: body mass index; HIV: virus dell'immunodeficienza umana, LES: lupus eritematoso sistemico, ACR: rapporto albumina-creatinina urinario, eGFR: velocità di filtrazione glomerulare).^{3,5,8}

Autori: Harald Seeger, Sophie de Seigneux e Pietro Cippà per la Società svizzera di nefrologia.

Referenze: 1. Xie Y, et al., *Kidney Int.* 2018;94(3):567-81. 2. Ogna VF, et al., *Swiss Med Wkly.* 2016;146:w14313. 3. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group.* *Kidney Int* 2013;3 (Suppl):1-150. 4. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. *Lancet*, 2020;395(10225):709-733. 5. Shlipak MG, et al., for Conference Participants, *Kidney International* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.10.012>. 6. SGED: GDMD Kriterien für ein „gutes“ Disease Management Diabetes in der Grundversorgung, https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/64_Ressourcen_Hausarzt/Diabetes_Kriterien_2017_SGED_def.pdf. 7. American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 2021 Jan;44: 10.2337/dc21-S005. 8. Delanaye P, et al. *JASN* 30: 1785-1805, 2019.

La realizzazione di questo opuscolo è stata possibile grazie al sostegno di AstraZeneca.

