

# Raccomandazioni per lo screening e la presa a carico della malattia renale cronica (CKD)



La malattia renale cronica (*chronic kidney disease, CKD*) è definita come «anomalia della struttura o della funzione renale che persiste per >3 mesi con ripercussioni sulla salute». Circa il 10% della popolazione adulta rispetta i criteri per la diagnosi di CKD, ma nella maggior parte dei casi non è stata formalizzata una diagnosi. Oggi è possibile curare la CKD in modo efficace: è quindi importante riconoscerla precocemente. Poiché la CKD è spesso asintomatica, le persone ad alto rischio dovrebbero essere sottoposte a screening. (Fig. 1)<sup>1</sup>.

## Screening, classificazione e stratificazione del rischio nella CKD

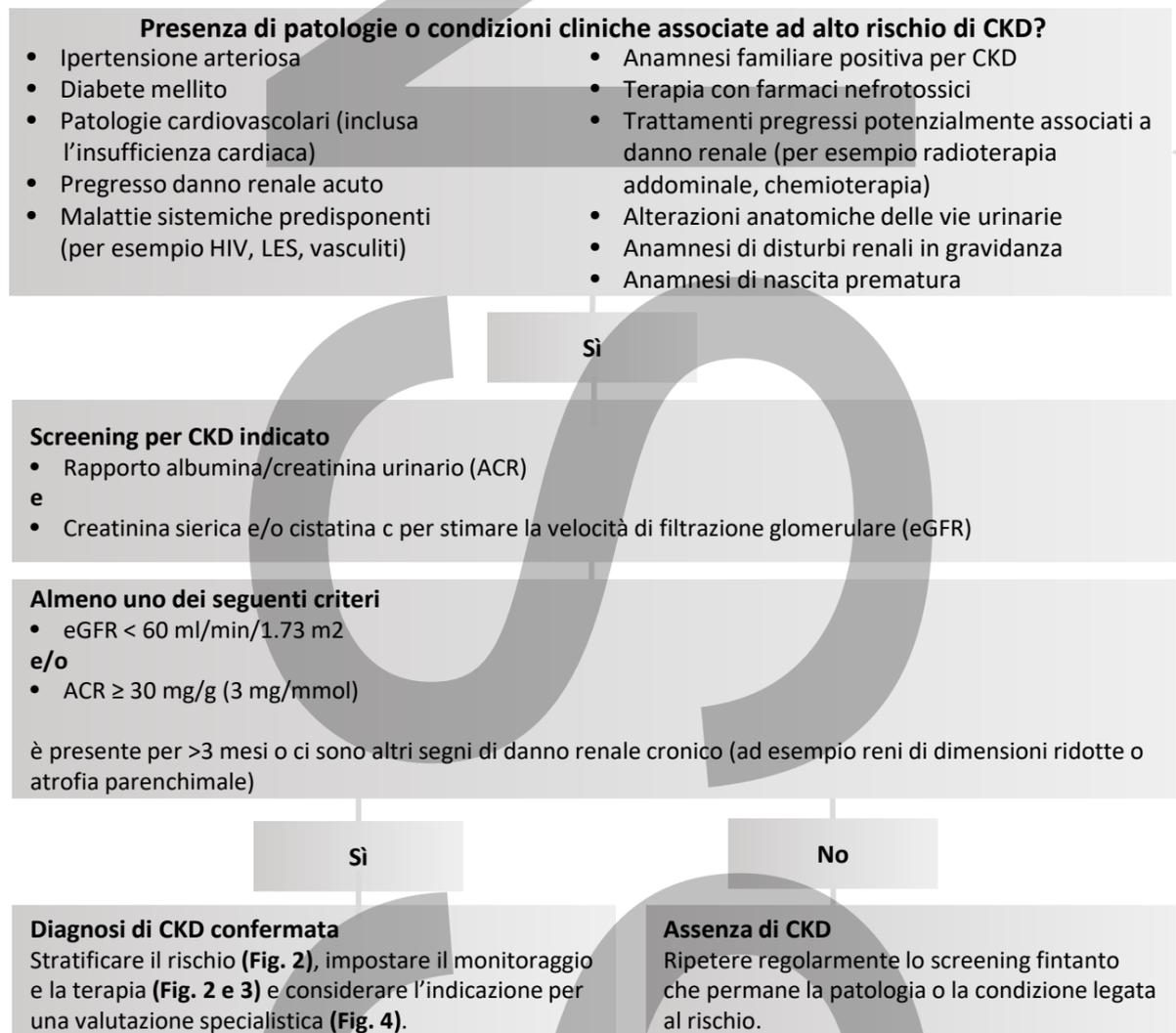


Figura 1 – Algoritmo per lo screening di persone a rischio di CKD (ACR: rapporto albumina/creatinina; eGFR: velocità di filtrazione glomerulare; HIV: virus dell'immunodeficienza umana; LES: lupus eritematoso sistemico)

CKD				Categorie di Albuminuria		
è classificata in base a:				Descrizione e valori di riferimento		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Causa (C)</li> <li>GFR (G)</li> <li>Albuminuria (A)</li> </ul>				A1	A2	A3
<ul style="list-style-type: none"> <li>Basso rischio (no CKD in assenza di altri marcatori di malattia renale)</li> <li>Rischio moderatamente aumentato</li> <li>Rischio moderatamente o gravemente aumentato</li> <li>Rischio elevato</li> <li>Rischio molto elevato</li> </ul>				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 GFR (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) Descrizione e livello	G1	Normale o iperfiltrazione	≥ 90	Se CKD 1	Terapia 1	Valutazione specialistica 2
	G2	Riduzione lieve	60 – 89	Se CKD 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 2 – Staging, classificazione e stratificazione del rischio di CKD secondo KDIGO. I colori indicano il rischio di progressione della CKD, cardiovascolare e di mortalità, da basso a elevato (verde, giallo, arancione, rosso, rosso scuro). I numeri nelle caselle sono una guida alla frequenza delle visite di controllo (numero minimo di volte all'anno). (Modificato secondo<sup>2</sup>).

## Presa a carico della CKD

### Stile di vita

- Alimentazione sana**
  - Elevato consumo di frutta e verdura
  - Proteine 0.8 g/kg KG/d
- Sale** < 5g/d
- Attività fisica** (150 min alla settimana)
- Controllo del peso**
- Smettere di fumare**

### Altre misure

- Controllare regolarmente la eGFR e adattare i dosaggi dei farmaci di conseguenza
- Evitare farmaci nefrotossici (FANS, altri)
- Utilizzare il mezzo di contrasto iodato in presenza di una chiara indicazione

### Terapia farmacologica di prima linea

- SGLT2i\***
  - Se eGFR ≥ 45 ml/min in caso di T2DM o ACR > 20 mg/mmol
  - Se eGFR 20 - 45 ml/min
  - Da continuare fino all'inizio della dialisi o trapianto
- Controllo della pressione arteriosa /RAASI**
  - Target pressione sistolica 120-129 mmHg\*\*
  - RAASI alla massima dose tollerata (in caso di ipertensione o ACR > 3mg/mmol)

### Ulteriori misure per rallentare la progressione della CKD e gestire i fattori di rischio cardiovascolare

- Controllo della glicemia**
  - Secondo raccomandazioni SGN/SGED per la presa a carico della nefropatia diabetica<sup>3</sup>
  - Se possibile, utilizzare GLP-1 RA\*
- MRA non steroidei\***
  - se T2DM + dose massima tollerata di RAASI + eGFR > 25ml/min + K<sup>+</sup> ≤ 5mmol/l + ACR ≥ 3mg/mmol\*
- Calcioantagonista e/o diuretico**
  - se necessario per raggiungere i target pressori

\*fare riferimento all'elenco delle specialità per i criteri di presa a carico dei costi <https://www.xn--spezialistenliste-yqb.ch/default.aspx>

- MRA steroidei**
  - Se necessario, in caso di ipertensione resistente, se eGFR ≥45 ml/min
  - Non combinare con nsMRA

- Statina**
  - A potenza moderata o elevata
  - In pazienti non in dialisi con >50 anni OPPURE con un'età fra 18 e 49 anni con SCORE2 >10%, diabete mellito o malattia coronarica

- Antiaggreganti**
  - se ASCVD (profilassi secondaria)

- Strategia per la diagnosi e la presa a carico della fibrillazione atriale e ASCVD come in pazienti senza CKD
- Preferire i NOAC agli antagonisti della vitamina K in pazienti con CKD G1-G4 e fibrillazione atriale non valvolare

- Ezetimibe, PCSK9i**
  - Se indicati in base al rischio e al profilo lipidico

\*\*Non esistono valori pressori target generalmente riconosciuti per pazienti con CKD. Le linee guida KDIGO raccomandano valori sistolici misurati in studio medico <120 mmHg<sup>4</sup>, mentre la ESH/ESC indica valori target di 120 – 129 mmHg<sup>5,6</sup>. Si raccomanda di personalizzare il target pressorio considerando i fattori di rischio e delle caratteristiche del paziente (fragilità, comorbidità, ortostatismo, ecc.).

### Terapia delle complicanze della CKD

- Anemia**
  - Escludere cause non renali dell'anemia
  - Target:
    - Ferritina 300–500 ng/ml
    - TSAT > 30%
    - Hb 10-11.5g/dl
    - Vitamina B12/ Ac. folico
- Potassio**
  - Controllare il K prima e dopo l'inizio o l'aumento della terapia con RAASI, sMRA, nsMRA, Bactrim
  - Consulenza dietetica
  - Valutare l'utilizzo di resine
- Ossa**
  - Ottimizzare i livelli di 25 OH-Vitamina D
  - Sostituzione di calcio solo in caso di apporto nutrizionale ridotto
- Acidosi**
  - Valutare l'indicazione alla terapia con sodio bicarbonato se il bicarbonato sierico è <18 mmol/l

Figura 3 – Presa a carico farmacologica e non farmacologica della CKD e delle sue complicanze (modificato secondo<sup>1</sup>; T2DM: diabete mellito di tipo 2; ASCVD: malattia cardiovascolare arteriosclerotica; GLP1-RA: agonisti recettoriali del Glucagon-like peptide-1; Hb: emoglobina; NOAC: nuovi anticoagulanti orali; (n)sMRA: antagonisti recettoriali dei mineralocorticoidi (non) steroidei; PCSK9i: inibitori della proproteina della convertasi subtilisina/Kexin tipo 9; RAAS: sistema renina-angiotensina-aldosterone; RAASI: inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone; SGLT2i: inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2; TSAT: saturazione della transferrina).

### Indicazioni alla consulenza nefrologica specialistica

- Riscontro ripetuto di ACR > 300 mg/g (30 mg/mmol)
- CKD di eziologia non chiara
- eGFR < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (preparazione alla terapia sostitutiva)
- Perdita di GFR permanente dopo AKI
- CKD progressiva, con peggioramento della eGFR
- Microematuria glomerulare
- CKD + ipertensione arteriosa resistente alla terapia
- Ipo- o iperpotassiemia persistente
- Malattie renali ereditarie
- Nefrolitiasi recidivante o bilaterale

Figura 4 – Indicazioni alla consulenza nefrologica (AKI: danno renale acuto)

Bibliografia: 1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Kidney International 2024, 2. American Diabetes Association. Diabetes Care 2021, 3. Zanchi et al. Swiss Med Wkly. 2023, 4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. Kidney International 2021, 5. Mancia, Journal of Hypertension 2023, 6. McEvoy, European Heart Journal 2024.

Autori: Seeger H, Cippà P, de Seigneux S