



SCOPRA PERCHÉ LA DIAGNOSI DELL'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA È UNA QUESTIONE PRESSANTE

Allevia la pressione ed agisca
diagnosticando precocemente



Indice dei contenuti

3	Prevalenza e diagnosi
4	La diagnosi fa la differenza
5	Impatto dell'intervento precoce
7	Parlare dell'IRC ai pazienti
8	Stadi dell'IRC
10	Fattori di rischio
11	Come aiutare i suoi pazienti

ALTA PREVALENZA. POCA DIAGNOSI.

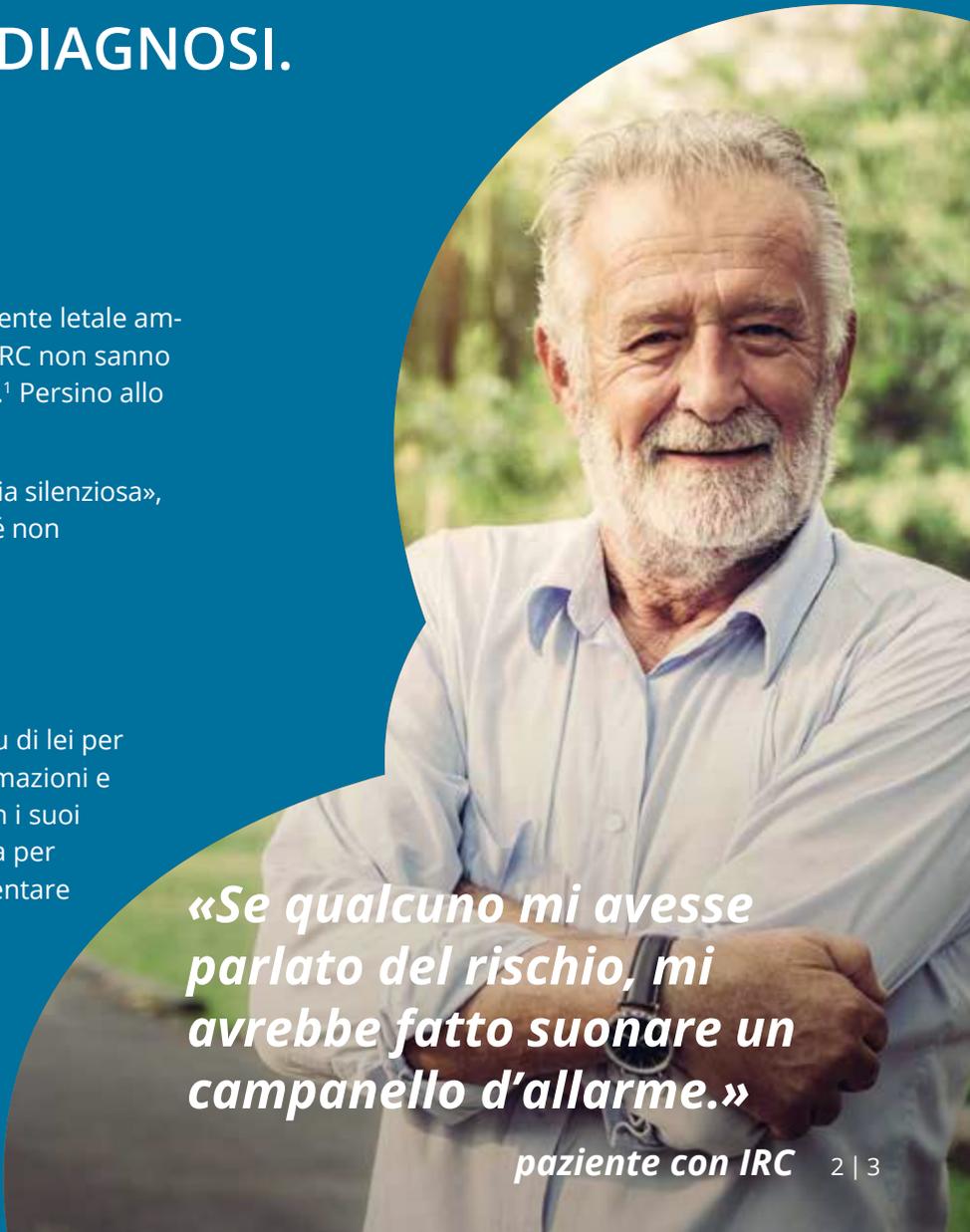


L'insufficienza renale cronica (IRC) è una patologia potenzialmente letale ampiamente sottodiagnosticata.¹ Nove persone su 10 affette da IRC non sanno di averla – nei paesi sviluppati come in quelli in via di sviluppo.¹ Persino allo stadio 3, solo il 10% dei casi viene diagnosticato.^{2,3}

La sottodiagnosi è dovuta anche al fatto che l'IRC è una «malattia silenziosa», che nella maggior parte dei pazienti non provoca sintomi finché non raggiunge uno stadio avanzato.⁴



Stia all'erta, per il bene dei suoi pazienti. Fanno affidamento su di lei per una diagnosi precoce dell'IRC. Questo opuscolo fornisce informazioni e approfondimenti che potrà utilizzare per discutere dell'IRC con i suoi pazienti, toccando punti quali i soggetti a rischio, le linee guida per lo screening e il perché l'intervento precoce può aiutare a rallentare la progressione della malattia.



«Se qualcuno mi avesse parlato del rischio, mi avrebbe fatto suonare un campanello d'allarme.»

LEI PUÒ FARE LA DIFFERENZA.



Una diagnosi precoce dell'insufficienza renale cronica fa la differenza. Identificando i pazienti ed intervenendo precocemente, può contribuire a rallentare la progressione della malattia, a preservare la funzionalità renale e a ridurre le complicanze.^{2,5}



Presti particolare attenzione ai suoi pazienti ad alto rischio. L'ipertensione e il diabete sono le cause più comuni dell'insufficienza renale negli adulti.^{1,6,7} Un altro fattori di rischio comune è la malattia cardiovascolare.⁷

Includa regolarmente la eGFR nel pannello metabolico prescritto ai suoi pazienti. Questo parametro può favorire una diagnosi precoce, consentendo di intervenire in modo adeguato. Aiuti i suoi pazienti a continuare a condurre la vita che conoscono e che amano.^{2,5}



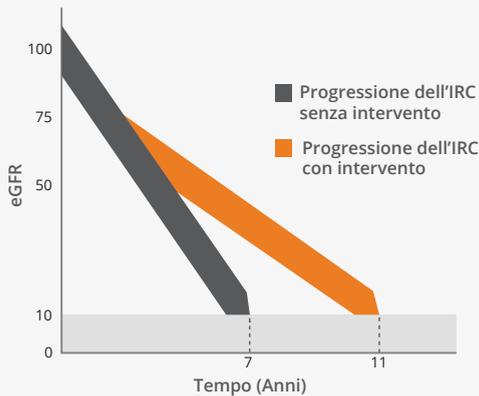
**«A chi riceve una
nuova diagnosi direi:
niente panico!»**

paziente con IRC

INTERVENTO PIÙ PRECOCE: IMPATTO SIGNIFICATIVO

È stato dimostrato che l'intervento precoce nella IRC ne rallenta la progressione e riduce il rischio di complicanze, mentre il deterioramento della funzionalità renale produce ampi effetti associati a esiti più sfavorevoli, inclusi eventi CV, ospedalizzazione e mortalità.^{2,5,8}

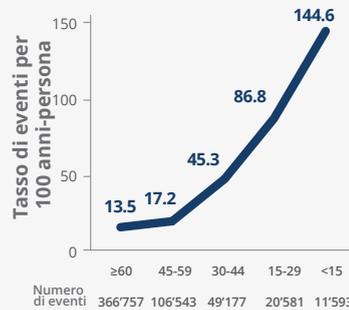
L'INTERVENTO PRECOCE RALLENTA L'INSUFFICIENZA RENALE^{5,a}



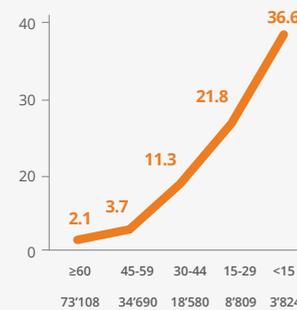
LA PROGRESSIONE DELL'IRC AUMENTA IL RISCHIO DI ESITI AVVERSI^{10,b}



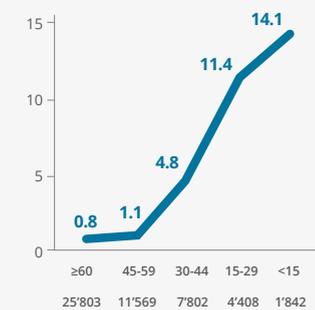
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età



tasso di insufficienza cardiaca ed eventi cv standardizzato per età



tasso di mortalità per qualsiasi causa standardizzato per età



eGFR (ml/min/1.73 m²)

^a Adattato da Alabama Public Department of Health, 2007. ^b Adattato da Go AS et al, 2004. ¹⁰ IRC: insufficienza renale cronica. CV: cardiovascolare. eGFR: velocità di filtrazione glomerulare stimata (ml/min/1.73 m²).

ALL'INTERNO DEI RENI, LA PRESSIONE AUMENTA E PUÒ PORTARE A ESITI SFAVOREVOLI.



Per quanto i pazienti possano non avvertire alcun sintomo precoce dell'IRC, all'interno dei reni la pressione intraglomerulare sale.^{1,6,11} Se non controllata, questa pressione può causare danni irreversibili ai nefroni, con conseguente riduzione della funzionalità renale, esiti sfavorevoli e, in ultima analisi, una ridotta qualità di vita.^{1,2,9}



L'IRC è considerata un «moltiplicatore di malattie», che spesso dà luogo ad altre malattie progressive.⁴ Uno studio statunitense, ad esempio, rivela che gli anziani affetti da IRC hanno una probabilità 13 volte superiore di morire prima di progredire verso l'insufficienza renale in stadio terminale (ESRD) e una probabilità 6 volte superiore di morire per cause cardiovascolari.^{10,11}

**«Inizialmente, la
malattia è silente,
non si fa notare.»**

paziente con IRC



LA DIAGNOSI DELL'
INSUFFICIENZA RENALE
CRONICA, **UNA**
QUESTIONE PRESSANTE

NON ASPETTI A PARLARE DELL'IRC AI PAZIENTI.



Comunicare una «brutta» diagnosi ai pazienti non è mai semplice, e l'IRC non fa eccezione. A pesare ancor più in questo caso è il fatto che molti pazienti riescono a malapena a comprendere il ruolo dei reni, per non parlare di ciò che l'IRC comporta. Probabilmente, l'unica cosa di cui saranno a conoscenza è che con l'IRC vi è il rischio di dialisi. Tuttavia, lei può offrire speranza ai suoi pazienti grazie all'intervento precoce: rallentare la progressione della malattia e prolungare la sopravvivenza libera da dialisi.

**«Nessuno mi
aveva mai parlato
dell'IRC.»**

paciente con IRC

ALLEVI LA PRESSIONE. RICONOSCA E PARLI DELL'IRC.

La diagnosi precoce è fondamentale. Ha già a disposizione tutti gli strumenti di cui ha bisogno per la diagnosi. I valori della eGFR calcolati nel pannello metabolico prescritto ai suoi pazienti le consentono di monitorare in maniera adeguata la funzionalità renale.

Si assicuri che i laboratori di analisi eseguano il calcolo della eGFR. La compromissione della funzione renale può facilmente essere comunicata ai suoi pazienti grazie ai risultati delle analisi di laboratorio.

La seguente tabella illustra i 5 stadi dell'IRC, che vanno dal danno renale lieve negli stadi 1 e 2 al danno moderato negli stadi 3A e 3B e alla perdita grave della funzionalità renale allo stadio 4 fino all'insufficienza renale allo stadio 5.^{1,2}

STADIO		eGFR	% DELLA FUNZIONALITÀ RENALE	
STADIO 1	Funzione renale normale	>90	90% - 100%	
STADIO 2	Compromissione renale lieve	60 - 89	60% - 89%	
STADIO 3a	Compromissione funzionale lieve a moderata	45 - 59	45% - 59%	
STADIO 3b	Compromissione funzionale moderata a grave	30 - 44	30% - 44%	
STADIO 4	Compromissione funzionale grave	15 - 29	15% - 29%	
STADIO 5	Insufficienza renale terminale	<15	<15%	

Adattato da National Kidney Foundation.^{1,2}

eGFR: velocità di filtrazione glomerulare stimata (ml/min/1.73 m²).

ALLEVI LA PRESSIONE. RICONOSCA E PARLI DELL'IRC.

Oltre alla eGFR, un ulteriore strumento per la diagnosi o la conferma di diagnosi dell'IRC è costituito dal rapporto urinario albumina-creatinina (UACR), parametro necessario per confermare una diagnosi di stadio 2. Le linee guida KDIGO possono aiutarla a monitorare e valutare i risultati dei suoi pazienti, in modo da stabilire con maggiore precisione con quale frequenza determinati pazienti devono essere sottoposti a screening (numero annuale di controlli).^{13,14}

FREQUENZA DI MONITORAGGIO RACCOMANDATA¹⁷

(numero annuale di controlli) utilizzando la eGFR e le categorie di albuminuria

				Categorie di albuminuria persistente Descrizione e range di valori		
				A1	A2	A3
				Da normale ad aumento lieve	Aumento moderato	Aumento grave
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30 - 300 mg/g 3 - 30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Stadio dell'IRC (eGFR) Descrizione e range di valor	1	Normale o elevato	≥90	1 se IRC	1	2
	2	Diminuzione lieve	60 - 89	1 se IRC	1	2
	3a	Diminuzione da lieve a moderata	45 - 59	1	2	3
	3b	Diminuzione da moderata a grave	30 - 44	2	3	3
	4	Diminuzione grave	15 - 29	3	3	4+
	5	Insufficienza renale terminale	≤15	4+	4+	4+

- Basso rischio (no IRC in assenza di altri marcatori di malattia renale)
- Rischio moderatamente aumentato
- Rischio moderatamente o gravemente aumentato
- Rischio elevato
- Rischio molto elevato

I soggetti con eGFR normale ma con grave aumento dell'albuminuria (>300 mg/g) permangono a rischio di perdita della funzionalità renale¹³

La KDIGO raccomanda il rinvio a un nefrologo per l'IRC avanzata¹⁴

FATTORI DI RISCHIO PER L'IRC

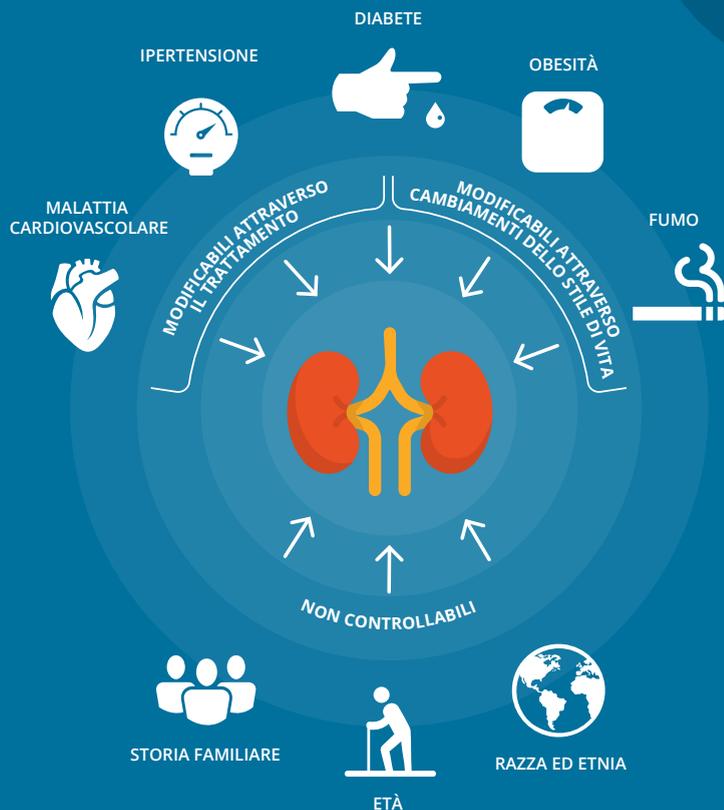
Sebbene l'ipertensione, il diabete e la malattia cardiovascolare rappresentino i fattori di rischio più comuni per l'IRC, ve ne sono altri, alcuni dei quali controllabili e altri non controllabili.⁶⁻⁸ I pazienti che soddisfano uno o più di questi criteri presentano un rischio maggiore e pertanto devono essere sottoposti regolarmente a screening.^{4,8}

Determinati fattori socioeconomici, comorbilità ed etnie possono influire sul rischio di un paziente di sviluppare IRC.^{7,8,15,16}

È noto, ad esempio, che i soggetti provenienti dal Sud-Est asiatico e gli afro-americani hanno un rischio maggiore di sviluppare un'IRC.^{4,16,17} I motivi non sono completamente chiari, sebbene il T2D e l'ipertensione siano implicati.^{1,7,16,17} Inoltre la nefropatia da IgA, una malattia autoimmune, è più comune tra i pazienti asiatici.^{16,18} In questa popolazione di pazienti, si raccomanda in aggiunta alla eGFR il controllo dell'UACR.¹⁷

Nei soggetti di recente ascendenza africana nella popolazione americana e nelle popolazioni sub-sahariane, le varianti genetiche di APOL1 determinano un aumento del rischio di sviluppare un'IRC nel corso della vita stimato al 15%.¹⁹ Le persone di origini etnica afro-americana hanno un rischio di tre volte superiore di sviluppare un'insufficienza renale terminale a quelle di etnia caucasica, in parte imputabile a comorbilità e fattori socioeconomici.⁸

FATTORI DI RISCHIO PER L'IRC



Il grafico qui sopra suddivide i fattori di rischio in categorie: alcuni non sono modificabili, mentre altri possono essere gestiti con il trattamento e con modificazioni dello stile di vita.²⁰

I SUOI PAZIENTI DIPENDONO DA LEI PER UNA DIAGNOSI PRECOCE DELL'IRC.

Se già controlla la pressione arteriosa, la glicemia e il colesterolo dei suoi pazienti, **perché non dare la stessa alta priorità anche alla loro funzionalità renale?** L'IRC ha pari urgenza e la diagnosi negli stadi più precoci della malattia è fondamentale.^{1,5}

Essendo una malattia progressiva spesso asintomatica sino alla fase avanzata, molti pazienti scoprono di avere l'IRC quando si stanno già avvicinando all'insufficienza renale allo stadio avanzato.⁴

Tuttavia, intervenendo tempestivamente potrà contribuire a rallentare la progressione della malattia, preservando la funzionalità renale e la qualità di vita.^{1,2,5}

E con i progressi della scienza, il contributo che potrà apportare, in fase precoce, nell'ambito di questa malattia sottodiagnosticata potrà essere ancora maggiore. Si tratta dunque di controllare regolarmente i pazienti, specialmente quelli ad alto rischio. Monitorando i loro valori renali, potrà fare tutta la differenza.



CON IL SOSTEGNO DI



European Renal Association –
European Dialysis and Transplant Association



Primary Care Diabetes Europe



Associazione di pazienti con
malattie renali in Svizzera
www.maladierenale.ch

Riferimenti: 1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, Lancet, 2020;395(10225):709–733. 2. Ravera M, Noverasco G, Weiss U, et al. CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population. Am J Kidney Dis. 2011;57(1):71–77. 3. Ryan TP, Sloan JA, Winters PC, Corsetti JP, Fisher SG. Chronic kidney disease prevalence and rate of diagnosis. Am J Med. 2007;120(11):981–986. 4. NIH NIDDK. Kidney Disease Stats. December 2016. Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/kidney-disease>. 5. Alabama Department of Public Health. Special Task Force on Chronic Kidney Disease report. Pubblicato nell'aprile 2007. Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.alabamapublichealth.gov/publications/assets/kidneydiseasereport.pdf>. 6. Ghaderian SB et al. The role of diabetes mellitus and hypertension in chronic kidney disease. J Renal Inj Prev. 2014;3(4):109–110. 7. Couser WG et al. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. Kidney Int. 2011;80(12):1258–1270. 8. National Kidney Foundation. Kidney disease: the basics. Factsheet. Pubblicato il 14 maggio 2020. Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.news/newsroom/factsheets/KidneyDiseaseBasics>. 9. Schnaper HW. Remnant nephron physiology and the progression of chronic kidney disease. Pediatr Nephrol. 2014;29(2):193–202. 10. Go Alan S et al. Chronic Kidney Disease and the Risks of Death, Cardiovascular Events, and Hospitalization. N Engl J Med 23 September 2004; 351:1296–1305. 11. Dalrymple LS et al. Chronic kidney disease and the risk of end-stage renal disease versus death. J Gen Intern Med. 2011;26(4):379–385. 12. National Kidney Foundation. Estimated glomerular filtration rate (eGFR). Pubblicato il lunedì, 14 settembre 2020. Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.kidney.org/atoz/content/gfr>. 13. National Kidney Foundation. Kidney failure risk factor: urine albumin-to-creatinine ratio (UACR). Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.kidney.org/content/kidney-failure-risk-factor-urine-albumin-to-creatinine-ratio-uacr>. 14. Levin A et al. Summary of KDIGO 2012 CKD Guideline. Kidney Int. 2014;85(1):49–61. 15. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Race, ethnicity, & kidney disease. March 2014. Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/race-ethnicity>. 16. National Kidney Foundation. IgA Nephropathy. Pubblicato il lunedì, 15 giugno 2020. Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.kidney.org/atoz/content/iganeph>. 17. Kataoka-Yahiro M et al. Asian Americans & chronic kidney disease in a nationally representative cohort. BMC Nephrol. 2019;20(1):10. 18. Prakash S et al. Continental variations in IgA nephropathy among Asians. Clin Nephrol. 2008;70(5):377–384. 19. Dummer Patric D et al. APOL1 kidney disease risk variants – an evolving landscape. Semin Nephrol 2015 May; 35(3):222–236. Accesso effettuato il 1° febbraio 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562465/>. 20. Braun LA et al. High burden and unmet patient needs in chronic kidney disease. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2012;5:151–63.



AstraZeneca AG, Neuhofstrasse 34, 6340 Baar, www.astrazeneca.ch

