Un aggiornamento sulla malattia renale cronica

Data 07 settembre 2025
Categoria nefrologia

Una sintesi delle recenti linee guida della KDIGO.

Sono state recentemente pubblicatele linee guida della KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) sulla gestione della malattia renale cronica (MRC). Di seguito ne diamo una sintesi dei punti principali.

1. Screening e diagnosi precoci
Identificare pazienti ad alto rischio (es. diabete, ipertensione, storia familiare di MRC) tramite misurazioni regolari di eGFR e albuminuria, includendo controlli a intervalli stabiliti.
L'uso combinato di eGFR e rapporto albumina‑creatinina urinaria migliora sensibilità e specificità della diagnosi.
Ricordiamo che il rapporto albumina/creatinina urinaria (ACR, dall'inglese Albumin-to-Creatinine Ratio) è un test diagnostico semplice ma molto utile per valutare precocemente un danno renale, in particolare in fase iniziale, prima che il filtrato glomerulare (eGFR) inizi a diminuire.
Il test ACR misura quanta albumina è presente nelle urine rispetto alla creatinina, in mg/g (USA) o mg/mmol (Europa). È molto più sensibile di un semplice test delle proteine urinarie. Può rilevare microalbuminuria (30–300 mg/g), segno precoce di nefropatia diabetica o ipertensiva. Non è influenzato dalla concentrazione urinaria (es. più o meno diluita), grazie al confronto con la creatinina.
Quando si usa: nei diabetici: almeno una volta l'anno, nei pazienti con ipertensione, malattie cardiovascolari, o familiarità per malattia renale, nel monitoraggio di pazienti con MRC nota, per valutare progressione o risposta al trattamento. Più pratico e accurato del test sulle 24 ore. Predice rischio di progressione della malattia renale e eventi cardiovascolari.
Se ACR è alterato, va confermato con almeno 2 su 3 test positivi in 3-6 mesi, per diagnosticare albuminuria persistente.
Un utile calcolatore del rischio di MRC è disponibile qui: mdcalc.com/calc/10045/kidney-failure-risk-calculator#next-steps

2. Controllo della progressione
Controllare pressione arteriosa e glicemia nei pazienti con diabete: l'obiettivo ideale è generalmente <130/80 mm Hg, salvo controindicazioni individuali.
Promuovere l'uso di farmaci protettivi renali come inibitori SGLT2, indipendentemente dal controllo glicemico.
Considerare l'impiego di inibitori del recettore mineralcorticoide selettivi (es. finerenone) in pazienti con albuminuria persistente nonostante il trattamento standard.

3. Controllo dei farmaci
Rivalutare frequentemente i farmaci ad alto rischio renale: ACE-inibitori, ARB, NSAID, diuretici.
In presenza di riduzione della eGFR stabile o albuminuria, aggiustare dose o sospendere se necessario.

4. Vaccinazioni e prevenzione
Garantire vaccinazioni anti‑influenza annuali e anti‑pneumococco (PCV13 e PPSV23) secondo le raccomandazioni per pazienti con MRC. Raccomandare profilassi della vitamina D in pazienti con ipocalcemia o carenzaaccertata.

5. Gestione delle complicanze
Monitoraggio regolare di anemia, bilancio acido-base, elettroliti: correggere tempestivamente alterazioni come iperfosforemia, iperparatiroidismo secondario o iperpotassiemia.
Valutare i livelli di fosforo, calcio, PTH, vitamina D entro schemi e soglie specifiche per stadi di MRC.

Che dire? Questo aggiornamento enfatizza il ruolo di SGLT2‑inibitori e finerenone come terapie a forte evidenza per proteggere la funzione renale, oltre agli effetti sul rischio cardiovascolare.
Si enfatizza inoltre un monitoraggio laboratoristico strutturato, in particolare in pazienti con comorbidità.

RenatoRossi

Bibliografia

Madero M et al. Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2024 Clinical Practice Guideline. Annals of Internal Medicine. 11 March 2025.
acpjournals.org/doi/10.7326/ANNALS-24-01926