



## SIMDO COMMENTA

di Alessandro Naticchia | 25 gennaio 2023

L'update delle **KDIGO\*** sulla gestione del diabete nella malattia renale cronica esce a soli 2 anni dalla pubblicazione delle ultime KDIGO sull'argomento (2020), focalizzandosi su due punti in particolare: **1)** approccio globale al paziente con diabete e malattia renale **2)** utilizzo dei farmaci ipoglicemizzanti nei pazienti con CKD. Questo aggiornamento è frutto della rapidità con cui sono progredite le nuove evidenze scientifiche ed alla forza con cui queste evidenze sono emerse negli ultimi due anni riguardo gli ormai non più nuovi, ma sempre innovativi (perché abbiamo imparato a conoscerli ed ad utilizzarli, almeno in parte) farmaci ipoglicemizzanti (in particolare SGLT2-inibitori e GLP-1 agonisti) e sui nuovi non-steroidal Mineral Receptor Antagonists (nsMRA), in particolare il Finerenone.

Gli estensori pongono l'accento sulla necessità di un approccio globale ai molteplici fattori di rischio per gli outcome: progressione del danno renale, malattia cardiovascolare (infarto, stroke, aritmie, scompenso cardiaco). Complicanze acute quali ipoglicemia e chetoacidosi, complicanze a lungo termine (neurologiche, oculari, piede diabetico etc.). Approccio che prevede l'intervento dei pazienti e dei sistemi socio-sanitari anche per implementare l'utilizzo delle terapie che hanno le migliori evidenze sugli outcome forti, suggerendo di rivalutare i fattori di rischio ogni 3-6 mesi, ricordando che la prima terapia è data da uno stile di vita sano (dieta, attività fisica, cessazione dal fumo, controllo del peso, ed aggiungerei consumo di alcol (ndr) non presente nella pubblicazione).

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, gli SGLT2-i sono considerati farmaci di prima linea con grado di evidenza 1A (il massimo), ed ancora più importante è l'abbassamento del eGFR al di sopra del quale possono essere utilizzati; infatti si passa da un  $eGFR \geq 30$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> nelle linee guida 2020 ad un  $eGFR \geq 20$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> in quelle del 2022, allargando di molto la platea dei possibili utilizzatori, includendo praticamente tutti o quasi i pazienti in stadio CKD 4 ( $15 \text{ ml/min/1.73m}^2 \leq eGFR \leq 29 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ). I GLP-1 agonisti vengono considerati come farmaci di seconda linea in pazienti che non raggiungono il target glicemico nonostante l'utilizzo di metformina e SGLT2-i o che non possono utilizzare queste classi di farmaci di prima scelta (evidenza 1B), questo perché le evidenze renali sono inferiori, al

### SIMDO

Sede legale c/o Biba Group  
Via Emilia 38 - 90144 Palermo  
(+39) 091.527416 - [segreteria@simdo.it](mailto:segreteria@simdo.it)  
[www.simdo.it](http://www.simdo.it)

momento, a quelle raggiunte su outcome di controllo glicemico o di prevenzione cardiovascolare. In questo aggiornamento delle linee guida vengono introdotti gli antagonisti non steroidei del recettore dell'aldosterone (nsMRA) che sono raccomandati, con livello di evidenza 2A nei pazienti che assumono già RAASi alla dose massima tollerata, che hanno un eGFR  $\geq 25$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>, una potassiemia nei limiti ed una albuminuria  $\geq 30$  mg/g. Per questi farmaci viene raccomandata prudenza per quanto riguarda il rischio di iperkaliemia (K > 5,5 mmol/L), ma oggi anche qui abbiamo nuove armi terapeutiche (sodio zirconio ciclosilicato, patiromer) che ci permettono di proseguire la terapia con RAASi e MRA (steroidi o non steroidi) mantenendo livelli di kaliemia ben controllati. L'approccio di queste linee guida in conclusione è a strati, iniziando dal giusto stile di vita, passando per i farmaci che hanno dimostrato maggiori evidenze nei trial, aggiungendo le terapie che riducono il rischio complicanze e fattori rischio per la malattia renale cronica (farmaci per l'ipertensione, controllo glicemico, dislipidemia) con lo scopo di ridurre la progressione del danno renale, diminuire lo sviluppo di malattie cardiovascolari incluso lo scompenso cardiaco, per mantenere una buona funzione renale piuttosto che arrivare alla terapia sostitutiva della stessa. Se si pensasse solo ai costi della spesa farmaceutica potrebbe sembrare improponibile per la grande platea dei soggetti diabetici, ma se considerano i costi connessi alla dialisi ed al trapianto, oltre a quelli connessi alla cura e diagnosi delle complicanze, non vi sarebbe dubbio su come agire. Abbiamo gli strumenti, usiamoli.

*Alessandro Naticchia*

\*Kidney International (2022) 102, 990–999; <https://doi.org/10.1016/j.kint.2022.06.013>