

## LINEE GUIDA KDIGO: PAZIENTI CON DM E CKD

È stata recentemente pubblicata la linea guida (LG) del gruppo KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*), che affronta la gestione pratica dei pazienti affetti da diabete mellito (DM) e malattia renale cronica (CKD) (1). Questo documento riveste molta importanza, in quanto più del 40% dei pazienti affetti da DM sviluppa CKD. Non si discosta dalle precedenti LG sul DM, ma fornisce ulteriori consigli pratici per questa categoria di pazienti. Di seguito un riassunto delle raccomandazioni più significative.

### Terapia anti-diabetica di prima linea

Nel paziente con DM e CKD, se  $eGFR \geq 30$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, si raccomanda come prima linea l'uso di **metformina + un inibitore di SGLT-2** (cotrasportatore sodio-glucosio-2). Gli studi clinici a sostegno della nefro-protezione degli inibitori di SGLT-2 sono davvero solidi e hanno pertanto spinto alla raccomandazione di questa classe come prima scelta (2).

Per coloro che non raggiungono gli obiettivi glicemici o che non possono assumere tali farmaci, queste LG suggeriscono sia preferibile utilizzare un **agonista del recettore del GLP-1**.

All'interno delle LG è inoltre disponibile un pratico schema riassuntivo su come modificare il dosaggio delle terapie anti-diabetiche in atto a seconda dell'eGFR, se necessario.

### Pazienti con DM, ipertensione e albuminuria (rapporto albuminuria-creatininuria > 30 mg/g)

È raccomandato il trattamento con un **inibitore del sistema renina-angiotensina**: ACE-inibitore o bloccante del recettore dell'angiotensina II. Questi farmaci devono essere **titolati alla dose massima tollerata approvata**, con un attento **monitoraggio** dei livelli sierici di **potassio e creatinina** entro 2-4 settimane dall'inizio della terapia o dalla modifica della dose.

### Stile di vita

Viene consigliata la **sospensione del fumo** di sigaretta.

Viene sottolineata l'importanza di una corretta **alimentazione**. La maggior parte delle indicazioni dietetiche per i pazienti con DM e CKD è la stessa della popolazione generale, con alcune precisazioni:

- per i pazienti non in dialisi è raccomandata un'assunzione di **proteine** pari a **0.8 g/kg/die**;
- poiché il declino della funzionalità renale è associato a ritenzione di sodio, che può aumentare il rischio cardio-vascolare, bisogna **limitare l'assunzione quotidiana di sodio a meno di 2 g** (pari a 90 mmol o 5 g di cloruro di sodio).

È inoltre raccomandata un'**attività fisica** di intensità moderata per almeno 150 minuti/settimana.

### Obiettivi pressori e lipidici

Viene sottolineata l'importanza di raggiungere obiettivi adeguati.

### Obiettivi glicemici

Si raccomandano **obiettivi personalizzati** in base al rischio di ipoglicemia: HbA1c < 6.5% o < 8.0% a seconda della categoria di paziente.

Viene raccomandato l'utilizzo di HbA1c per monitorare il controllo glicemico nei pazienti con diabete e CKD non sottoposti a dialisi. Tuttavia, **nella CKD avanzata la misurazione di HbA1c ha bassa affidabilità** (soprattutto se  $eGFR < 30$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup>). Da un lato la CKD è associata a condizioni che possono promuovere formazione aumentata di prodotti finali di glicazione, come infiammazione, *stress* ossidativo e acidosi metabolica (con tendenza ad aumentare HbA1c). Dall'altro, l'HbA1c si abbassa se viene ridotta la sopravvivenza o l'età degli eritrociti, come nei quadri di anemia, trasfusioni e uso di agenti stimolanti l'eritropoiesi o sostituti del ferro. Questi effetti sono più pronunciati nei pazienti con CKD avanzata, in particolare in dialisi. In alternativa può essere utilizzato il **monitoraggio glicemico continuo del glucosio**, che **non è influenzato dalla CKD**.



In **conclusione**, queste LG sono un valido supporto alla gestione pratica del paziente affetto da DM e CKD, sottolineando la sempre maggiore importanza di un'assistenza multi-disciplinare integrata per i pazienti con DM.

#### **Bibliografia**

1. Navaneethan SD, et al. Diabetes management in chronic kidney disease: synopsis of the 2020 KDIGO clinical practice guideline. *Ann Intern Med* [2021, 174: 385-94](#).
2. McGuire DK, et al. Association of SGLT2 inhibitors with cardiovascular and kidney outcomes in patients with type 2 diabetes. A meta-analysis. *JAMA Cardiol* [2021, 6: 148-58](#).