

IL NEFROLOGO ALLO SPECCHIO



Dr. Cataldo Abaterusso

Divisione Clinicizzata di Nefrologia

Università degli Studi

37126 Verona

✉ e-mail: cataldo.abaterusso@univr.it

La riduzione del filtrato glomerulare (GFR) <60 mL/min nella malattia renale cronica (CKD), interessa circa il 5% della popolazione generale e circa il 20% dei soggetti con età >70 anni (1) e costituisce un fattore di rischio indipendente di mortalità, eventi cardiovascolari e ospedalizzazione che aumenta in maniera inversamente proporzionale ai valori del filtrato stesso. Negli USA il 13% della popolazione con Diabete Mellito tipo 2 (DM2) con più di 40 anni è affetta da CKD, percentuale che sale al 31% per i soggetti con più di 70 anni. Il DM2 rappresenta la principale causa di uremia termi-

nale (ESRD), interessando il 50% dei casi incidenti nei programmi di terapia sostitutiva (2). I pazienti affetti da DM2 che raggiungono lo stadio di ESRD hanno una prognosi scadente ed un rischio cardiovascolare elevato. Le indicazioni K-DOQI raccomandano di indirizzare al nefrologo i pazienti con CKD e GFR<30 mL/min, cioè all'inizio dello stadio CKD 4. Numerosi studi hanno già dimostrato i benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità, dopo l'avvio del trattamento sostitutivo, in quei pazienti indirizzati precocemente al nefrologo (*early referral*) probabilmente per un più efficace intervento sui fattori di comorbidità che si associano a CKD. Minutolo (3) ha dimostrato che, relativamente al *target* del controllo pressorio, esiste una significativa differenza tra i pazienti con CKD afferenti all'ambulatorio nefrologico rispetto a quelli seguiti da medico di famiglia. Il mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici nella fase pre-uremica, potrebbe quindi risolversi in un peggiore *outcome* dopo l'avvio della dialisi. Non è stato però finora definito con certezza il livello della funzione renale residua al di sotto del quale il contributo del nefrologo si dimostri sicuramente vantaggioso per un paziente ad alto rischio come il diabetico anziano.

Recentemente uno studio di *coorte* longitudinale retrospettivo su pazienti DM2 e CKD 3-4 afferenti al *Veterans Health Administration* (VHA), in prevalenza maschi, anziani e con tenore socio-economico basso, ha selezionato su oltre 500000 diabetici, che nel 1999 risultavano inseriti nel *database*, attraverso i codici di prestazioni erogate dal VHA, 39031 soggetti con CKD 3-4 e *follow-up* medio di 19 mesi. Il campione era costituito per il 98% da maschi di età media di 70 anni l'*endpoint* principale era la mortalità prima dell'avvio della dialisi. I pazienti che si sottoponevano a più di una visita nefrologica all'anno presentavano una marcata riduzione della mortalità sia prima che dopo l'inizio della dialisi. Tale riduzione era inversamente correlata al numero delle visite ambulatoriali. Inoltre, anche se i pazienti sottoposti a visite cardiologiche ed endocrinologiche presentavano comunque un'augmentata sopravvivenza pre-dialisi, tale benefit fornito dalle visite nefrologiche era indipendente da tutte le altre covariate, compresa la concomitanza di patologie terminali. Quest'ultimo dato suggerirebbe che l'indicazione a cure palliative non dovrebbe escludere il coinvolgimento del nefrologo (4). Nell'interpretare i risultati bisogna anche considerare che l'intervento medico nella fase predialitica incide non solamente sull'aspettativa ma anche sulla qualità di vita del paziente nefropatico. Infatti, il trattamento delle molteplici alterazioni correlate alla nefropatia (anemia, ipertensione, iperparatiroidismo, acidosi, disturbi idroelettrolitici) spesso implica scelte terapeutiche che sono interpretate dal paziente, specialmente dai soggetti più anziani, come un sacrificio di una quota consistente del proprio comfort, della qualità di vita e dell'indipendenza. Per tale motivo occorre considerare con occhio critico le Linee Guida, rivolte spesso a soggetti più giovani e con aspettativa di vita maggiore, adattando l'offerta del trattamento, che pur mantenendosi terapeuticamente appropriata, dovrebbe tener conto delle richieste e delle aspettative del malato (5). Una lettura troppo entusiastica può far pensare che il nefrologo nella consapevolezza di essere per il proprio malato il principale artefice dell'allungamento della vita non possa evitare la tentazione narcisistica di farsi vedere da un nefrologo... allo specchio.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI: L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 1-12.
2. US Renal Data System: USRDS 2006 Annual Data Report, Bethesda, NIH/NIDDK, 2006. Available online: <http://www.usrds.org/adr.htm>.
3. Minutolo R, De Nicola L, Zamboli P, et al. Management of hypertension in patients with CKD: differences between primary and tertiary care settings. *Am J Kidney Dis* 2005; 46: 18-25.
4. Tseng CL, Kern EF, Miller DR, et al. Survival benefit of nephrologic care in patients with diabetes mellitus and chronic kidney disease. *Arch Intern Med* 2008; 168: 55-62.
5. Abaterusso C, Lupo A, Ortalda V, et al. Treating Elderly People with Diabetes and Stages 3 and 4 Chronic Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008. Epub ahead of print.