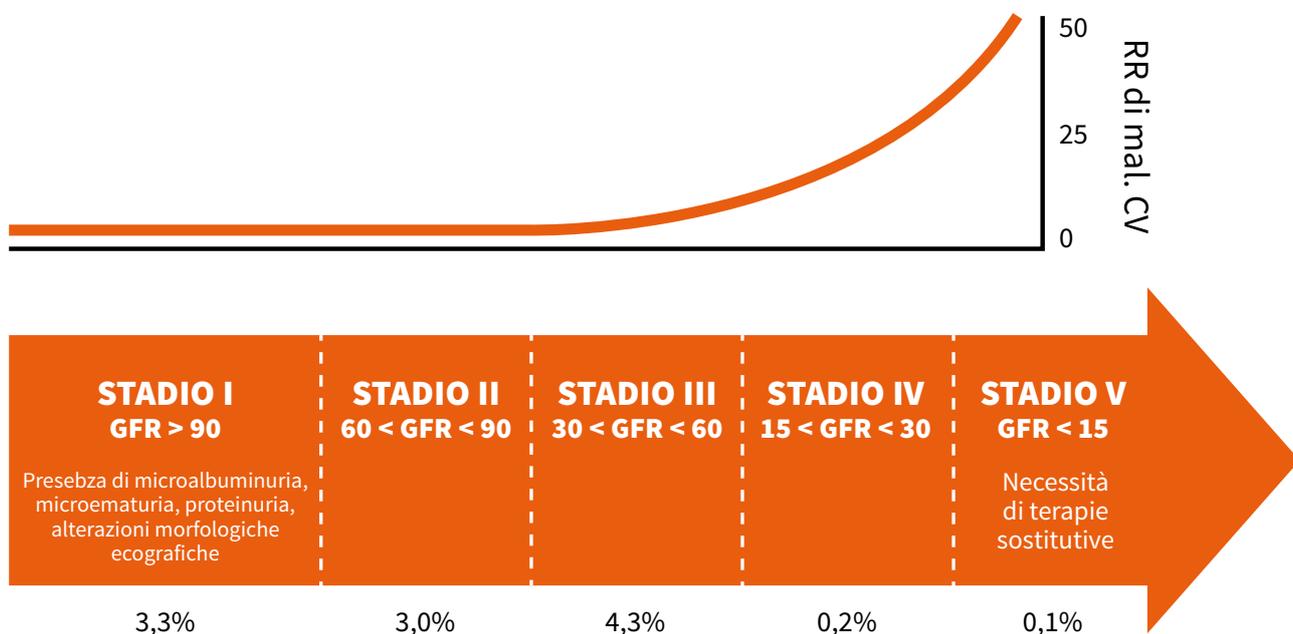




ASIPREIMAIRE

I 5 STADI DELL'EVOLUZIONE DELLA MRC

I 5 STADI DELL'EVOLUZIONE DELLA MRC



STADIO I

Il paziente ha una **funzione renale superiore o uguale a 90 ml/mn**. In questa fase **non vi sono sintomi né segni** e il paziente può venire a conoscenza del suo danno perché affetto da **diabete** (riscontro di reni aumentati di dimensione all'ecografia) perché **iperteso** (con riscontro di microalbuminuria nelle urine) o vi è una storia familiare di malattia policistica.

AZIONE PREVENTIVA

Controlli annuali della funzione renale e dell'imaging ecografico.

DIETA

Dare la preferenza a una dieta a **basso contenuto in grassi saturi e colesterolo**; **ridurre** l'assunzione di **zuccheri e di sale**, assumere preferibilmente cereali, frutta e verdura.

Assumere una dieta a contenuto controllato di proteine.

Non fumare.

Fare **esercizio fisico tutti i giorni** (almeno 30 mn al giorno di camminata sostenuta oppure palestra con attività non agonistica).

Controllare **regolarmente la pressione arteriosa** mantenendola a 125/75 se sei diabetico, 125/75 se hai proteine nelle urine, 130/85 se non hai ne diabete ne proteine nelle urine.

Fare almeno **2 volte all'anno i controlli del sangue e delle urine**, e mantenersi in contatto con il proprio medico di Medicina Generale

STADIO II

Non differisce molto dallo stadio 1 se non per la presenza di una funzione renale espressa come **clearance della creatinina** non più a 90 ml/mn **ma a 60 ml/mn**.

Anche in questa fase la patologia decorre in modo silente se non già nota per la presenza di diabete e ipertensione.

Il riscontro può avvenire con la comparsa di **valori lievemente superiori alla norma di creatinina e azotemia, con il riscontro di proteine e /o sangue nelle urine**; con l'esecuzione di una **ecografia, Tac o RMN** che evidenzia anomalie morfologiche

AZIONE PREVENTIVA

Non si discosta da quella dello stadio 1 se non per un più **accurato controllo sulla dieta e l'assunzione di sale**.

STADIO III

In questo stadio si assiste ad una ulteriore riduzione della funzione renale ed è necessaria una maggior presa in carico del nefrologo, che assieme al medico di Medicina Generale di concerto valuteranno l'entità del danno e la strategia da adottare.

Questo stadio è attualmente diviso in due parti:

- Stadio 3A filtrato glomerulare (GFR) compreso tra 59 e 45 ml/min
- Stadio 3B filtrato glomerulare compreso tra 44 e 30 ml/min

In questa fase infatti se il follow up non è accurato si assiste ad un **aumento dei valori di urea creatinina e acido urico superiori a quelli previsti**, si ha maggior **difficoltà nel controllo della pressione arteriosa**, può comparire una iniziale **anemia normocromica e normocitica** e un **iniziale coinvolgimento del tessuto osseo** con **lievi variazioni del metabolismo del calcio e del fosforo**, che si accentuano quando la funzione renale si riduce ulteriormente e che si evidenziano con un aumento dei livelli di Paratormone nel sangue.

Diversamente dagli stadi precedenti in questa fase possono comparire segni più evidenti di coinvolgimento renale; il primo è la **comparsa di nicturia**: il paziente riferisce di svegliarsi almeno una volta durante la notte per urinare; il paziente si sente **più stanco del solito**, compare una **anemia più evidente**, talvolta insonnia, e nei pazienti con malattia policistica verso la quarta, quinta decade di vita si può apprezzare alla palpazione una iniziale massa addominale.

In questa fase il paziente deve controllare **ogni 4 mesi i seguenti esami**: *azotemia, creatininemia, clearance della creatinina, uricemia, elettroliti plasmatici, calcemia fosforemia, emocromo, sideremia, proteine totali, urea urinaria delle 24 ore, paratormone.*

AZIONE PREVENTIVA

Sono due i principali provvedimenti da intraprendere in questa fase: **stretto controllo della pressione arteriosa e dieta**.

Controllo della pressione arteriosa: se il paziente è diabetico oppure depone una elevata escrezione di proteine nelle 24 ore, il Medico di Medicina Generale dovrebbe aver già provveduto a somministrare **farmaci antiipertensivi della classe degli Ace-Inibitori o dei Sartani**, che all'azione antiipertensiva associano un marcato effetto nefroprotettore attraverso una riduzione dell'escrezione di proteine urinarie.

In caso contrario è opportuno associare all'azione di antiipertensivi di classe diversa anche queste categorie di farmaci che assumono un evidente ruolo di protezione renale.

DIETA

Se il paziente era già seguito da tempo dallo staff medico, dovrebbe aver già sviluppato maggior sensibilità e più attenzione al problema della dieta. È comunque necessario che in questa fase questo argomento venga trattato

con rigore e fermezza possibilmente con **l'aiuto di una dietista**.

Limitazione dell'introito giornaliero **di proteine** a 0,8g/die, **controllo** dell'apporto di **fosforo e di calcio** sia in eccesso che in difetto, **controllo** degli **zuccheri** per il diabetico, stretto **controllo** dell'assunzione di **grassi saturi e colesterolo**, mentre in questa fase **non vi sono generalmente limitazioni nel controllo del potassio**, anche se l'assunzione di Ace Inibitori e Sartani comporta in genere un innalzamento dei valori di potassio nel plasma.

STADIO IV

In questa fase il danno renale irreversibile è clinicamente evidente.

Il paziente può essere **pallido** se non sono già intervenuti interventi correttivi, **astenico**, talvolta con **edemi periferici** (gonfiore delle caviglie), **inappetenza o nausea**, **difficoltà nella concentrazione**, **crampi notturni** o difficoltà a mantenere ferme le gambe per un problema di neuropatia periferica, nicturia: il paziente **si sveglia più volte per urinare durante la notte** e nota che **urina una quantità maggiore durante la notte rispetto al giorno**.

AZIONE PREVENTIVA

Diversamente dal passato il paziente collaborante e ben seguito dallo staff medico di riferimento giunge in questo stadio con minori problemi e minori sintomi clinici rispetto al passato: esso infatti è già in terapia con Eritropoietina per contrastare l'anemia, con Vitamina D e derivati oltre ai chelanti del fosforo per prevenire la patologia ossea, con Ace -Inibitori e/o sartani nel tentativo di prolungare questa fase anche attraverso un ottimale controllo presso il medico e con una dieta appropriata.

La scelta dell'approccio dietetico è tuttora molto soggettivo: mentre alcuni gruppi iniziano una **dieta ipoproteica** con l'inserimento di **prodotti apoteici** già nello stadio precedente in modo da creare un sinergismo tra l'effetto della dieta e la terapia nefroprotettiva con Ace Inibitori, numerosi gruppi preferiscono tuttora riservare questo approccio non tanto a scopo nefroprotettivo quanto in quello di ridurre gli effetti clinici dell'uremia.

In questa fase è spesso necessario **monitorare anche i livelli di potassio nel plasma**.

STADIO V

È la fase dell'uremia conclamata per la quale è necessario procedere con la terapia sostitutiva delle funzioni del rene.

Anche in questo caso le descrizioni in letteratura sono ridondanti perché il paziente preso in carica precocemente non mostra quasi nessuno dei segni: pallore, prurito, nausea e vomito, astenia profonda, ematomi, grave ipertensione, neuropatia periferica, dolori ossei ingravescenti con rischio di fratture versamenti pleurici e pericarditici ecc...

Il paziente è spesso in condizioni di benessere tale che viene procrastinata la confezione di un approccio alla dialisi sia esso dialisi peritoneale o emodialisi, con il rischio talvolta di dover procedere in condizioni di emergenza senza una adeguata preparazione.

È necessario invece procedere rapidamente alla confezione di un approccio **alla dialisi** sia essa emodialisi con il confezionamento di una fistola artero-venosa al braccio, che consenta gli **scambi trisettimanali** sia essa dialisi peritoneale con il posizionamento di un catetere intraperitoneale che consenta gli scambi giornalieri.