

Insufficienza Renale Cronica

Le nefropatie croniche si classificano in:

- Nefropatia con filtrazione glomerulare (FG) normale [> 90 mL/min/1,73 m²];
- Nefropatia con diminuzione lieve del FG [89-60 ML /min / 1,73 m²];
- Nefropatia con diminuzione moderata del FG [59-30 mL/min/ 1,73 m²];
- Nefropatia con diminuzione grave del FG [29-16 mL /min/1,73 m²];
- Insufficienza renale terminale [< 15 mL /min/1,73 m²];

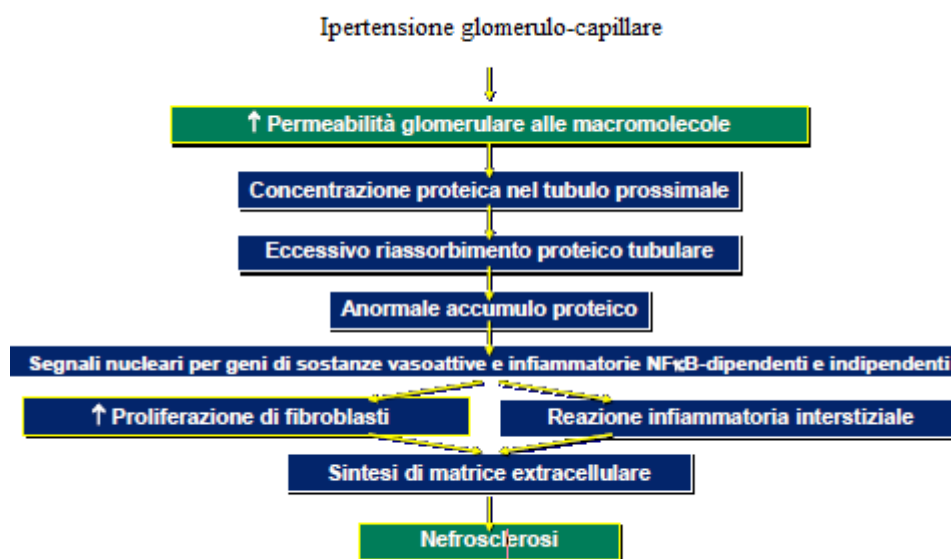
Nefropatia con FG normale [> 90 mL/min/1,73 m²]

1. Anamnesi; esame clinico;
2. Esame delle urine; urino coltura;
3. Creatinina; azoto; acido urico;
4. Esame emocromocitometrico;
5. Glicemia; colesterolo; TB; protidemia;
6. Sodio; potassio; calcio; fosforo; bicarbonato;
7. Ecografia reni e vescica;
8. Fundus oculi; ECG.

L'emocromo è utile per capire il valore emocromico di base.

Il fondo oculare perché si associa a ipertensione, stessa cosa ECG.

L'ecografia è utile per eliminare il sospetto di neoplasie a reni e vescica.



Ravidat G et al., Kidney Int 2007; 71: 2-26

Nefropatia con lieve diminuzione del FG [90-60 mL/min/1,73m²]

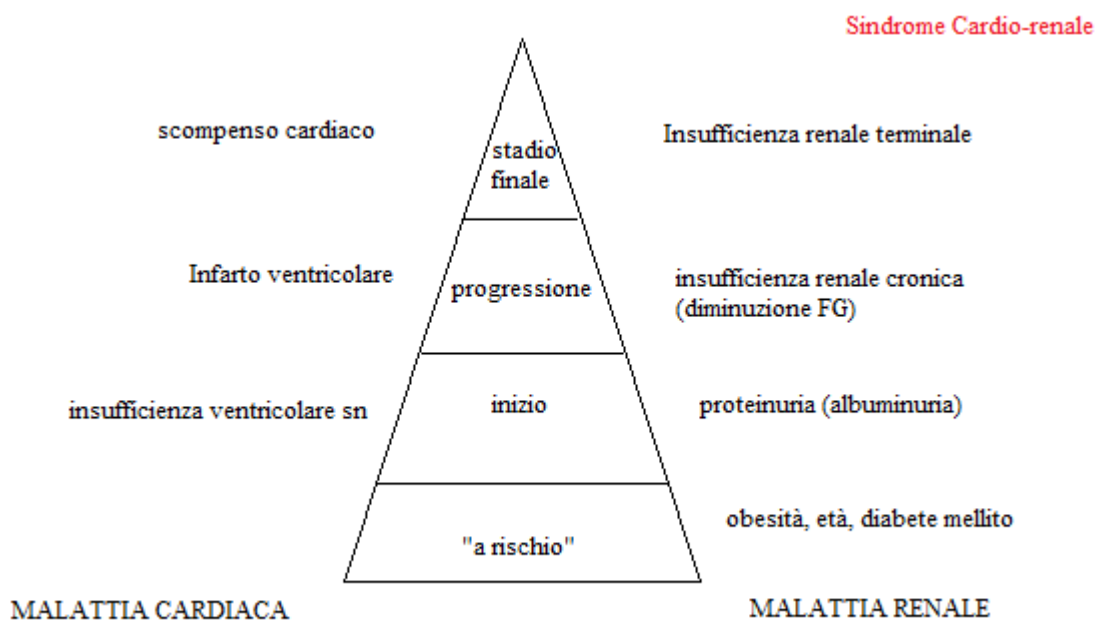
1. Controllo ipertensione;
2. Controllo glicemico;
3. Patologie cardiovascolari;
4. Evitare sostanze nefrotossiche;
5. Consulenza diabetica ed obesità.

Nel controllo dell'ipertensione bisogna mantenere una pressione sui 130/80 mmHg. È necessario che il pz elimini il fumo che tra l'altro, può causare disfunzione erettile intesa come discontinuità dell'erezione. Per le arteriopatie basta un semplice Ecodoppler e si valuta il tempo di insorgenza del dolore durante una prova dinamica (esame dinamico di Treadmill). Elevato valore di trigliceridi e colesterolo sono fattori di rischio per l'ipertensione arteriosa.

Controllare la microalbuminuria per il controllo della permeabilità renale.

Il controllo glicemico si fa controllando l'Hb glicosilata, attendibile del 100% nei primi 10 gg, del 75% fino a 20 gg.

Se in passato si pensava alla sindrome renale come un primum movens per le patologie cardiache, oggi si parla di sindrome cardio-renale, in cui le due disfunzioni sono associate e contemporanee.



Nel progredire del danno renale vi è un aumento di dislipidemie.

Le sostanze nefrotossiche sono:

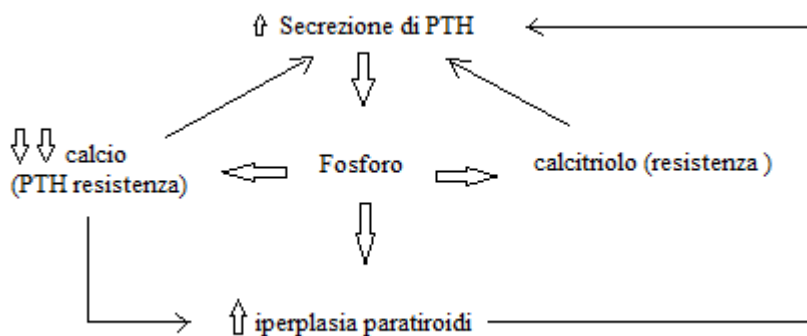
- FANS
- Antibiotici
- Mezzi di contrasto iodati
- Proteine (sostanze nefrotossiche per eccellenza)

Nefropatia con moderata diminuzione delle FG [59-30 mL/min/1,73m²]

1. Osteodistrofia renale;
2. Anemia;
3. Stato nutrizionale e dieta ipoproteica;
4. Equilibrio idro-elettrolitico e acido-base;

Osteodistrofia renale

L'osteodistrofia renale è una costante in questi tipi di nefropatie. L'osso viene consumato per la rimozione eccessiva di calcio dovuta ad un aumento dei fosfati nel circolo ematico.



Aumentato rischio di calcificazioni.

Aumentato rischio di mortalità.

Il controllo del metabolismo del Calcio e del Fosforo va fatto con la restrizione dietetica del fosforo, chelanti del fosforo e vitamina D attiva per prevenire le malattie ossee.

Anemia

- Eritropoiesi inibita :
 - 1- inadeguata produzione di EPO
 - 2- Deficit marziale e folati
 - 3- Flogosi cronica
- Perdite ematiche:
 - 1- dall'apparato gastroenterico
 - 2- prelievi frequenti.

L'anemia è implicata in un circolo vizioso.



Dieta

- Proteine : 0,7 g/kg peso corporeo ideale
- Glucidi : 60% calorie
- Lipidi: 30% calorie
- Calorie: >35 kcal/kg peso corporeo ideale/die
- Potassio: introito libero per FG > 10mL/min

Nefropatia con grave diminuzione del FG [29-15 mL/min/1,73m²]

- Preparazione del pz a dialisi;
- Completa circolazione extracorporea e peritoneale;

Insufficienza renale terminale [FG < 15 mL/min/1,72m²]

- Dialisi;
- Trattamento con staminali (utile nell'insufficienza renale acuta soprattutto);

- Trapianto del rene (ostacolato dal rigetto cronico).