



## **I TUOI RENI SONO OK? Come rispondere in modo semplice a una domanda difficile**

Prof Giuseppe Piccoli

**L'International Federation of National Kidney Foundations, della quale fa parte la Fondazione Italiana del Rene Onlus –FIR-, e l'International Society of Nephrology, assieme alla Società Italiana di Nefrologia – SIN –, hanno lanciata la Giornata Mondiale del Rene 2008.**

**Lo slogan di quest'anno è: i tuoi reni sono OK?**

**La sfida è che ognuno conosca lo stato di salute dei propri reni. Perché questo obiettivo così impegnativo?**

I reni sono organi meravigliosi, indispensabili alla vita: eliminano i prodotti di scarto del metabolismo (il loro accumulo nell'organismo è tossico), numerosi farmaci e sostanze estranee. Regolano il patrimonio dell'organismo di acqua, di sali, di acidi e bicarbonati, eliminandoli se in eccesso e trattenendoli se in difetto. Producono alcuni ormoni: eritropoietina, che stimola la produzione dei globuli rossi, renina e prostaglandine regolatori della pressione arteriosa. Attivano la vitamina D, essenziale per la normalità del ricambio del calcio e la salute dell'osso.

Eppure sono poco conosciuti.

Recentemente si è visto che, in USA, meno del 5% delle persone intervistate sapeva dove, nell'addome, sono collocati questi organi. La percentuale di coloro che lo sapevano era più alta (un 60%) in un recente incontro che ho avuto, a Torino, con circa 300 allievi delle scuole medie, ma molti erano comunque i ragazzi che non ne avevano idea.

Le malattie renali sono diffuse: un 10% della popolazione generale ne è affetta, e il più spesso non lo sa. E per prevenirle e curarle è necessario conoscere i reni.

### **Quali sono le conseguenze di un danno renale?**

La funzione renale è molto sovradimensionata rispetto alle necessità della vita quotidiana. E ciò è una fortuna, in quanto può essere persa una buona parte di questa funzione prima che si verifichino delle conseguenze importanti. Siccome la maggioranza delle malattie renali non provoca dolori, questo stesso fatto ci mette però a rischio di non accorgerci di che cosa eventualmente stia capitando. E spiega anche come possa accadere che esse facilmente possano evolvere indisturbate (non per nulla parliamo delle nefropatie come di *silent killer*).

In effetti, i sintomi diventano evidenti solo quando la funzione renale è molto diminuita, e può essere troppo tardi per adottare provvedimenti decisivi. I sintomi traducono allora la compromissione secondaria all'insufficienza renale della maggior parte degli organi e degli apparati: anemia, stanchezza, edemi, disturbi gastrointestinali, disturbi dell'attenzione, sonnolenza, "mancanza di fiato", disturbi ormonali, difficoltà crescente a tenere controllata la pressione arteriosa, etc). Critica è la compromissione cardiovascolare: la maggior parte dei nefropatici muore per un incidente cardiovascolare prima di arrivare alla dialisi.

## **Quindi, cuore e reni: è giusto dire “attenti a quei due?”**

Morbilità e mortalità cardiovascolare e danno renale sono strettamente correlati. Questa relazione esiste indipendentemente dal fatto che l'evento iniziale sia renale o cardiaco. E' anche da ricordare che alcune malattie, come l'ipertensione arteriosa e il diabete, possono dare inizio a entrambe le patologie.

Chi ha una malattia renale deve quindi occuparsi anche del proprio cuore, e chi ha una cardiopatia o una vasculopatia non può dimenticare che spesso i reni sono anch'essi ammalati, facilmente in modo silenzioso.

## **L'insufficienza renale ha altre conseguenze?**

La capacità dei reni ammalati di eliminare medicinali e sostanze tossiche è ridotta e, contemporaneamente, è aumentata la loro sensibilità a parecchi tossici e farmaci che possono ulteriormente peggiorarne la funzione, accumulandosi nell'organismo.

Gli esempi non mancano. Alcuni antibiotici sono eliminati in gran parte dai reni e, quando la funzione renale è diminuita, possono raggiungere concentrazioni pericolose, se non vien fatta un'opportuna riduzione delle loro dosi.

Gli antiinfiammatori non steroidei, così utili nelle artropatie e nel trattamento del dolore, possono peggiorare ulteriormente una funzione renale già compromessa.

Gli ipotensivi del gruppo degli ACE inibitori (ad esempio l'enalapril, il lisinopril, il ramipril per citarne solo alcuni di più largo impiego; ma nessuno è esente da questo possibile effetto) e del gruppo degli antagonisti recettoriali (i sartanici), che associano all'azione ipotensiva uno straordinario effetto renoprotettore e cardioprotettore, possono modificare negativamente (anche se non in modo irreversibile) la funzione renale, se l'insufficienza renale è molto avanzata.

In questa “lista nera” non mancano farmaci di libero impiego. Un esempio per tutti: in presenza di insufficienza renale avanzata, l'uso prolungato del gel di alluminio contenuto in molti antiacidi, può causare un pericoloso accumulo di questo metallo nel cervello e nell'osso.

Né possiamo dimenticare che i mezzi di contrasto usati per le angiografie e le tomografie assiali computerizzate (TC) possono avere effetti disastrosi per le persone con creatininemia elevata; anche il mezzo di contrasto usato per la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) può causare danni temibili a chi abbia una funzione renale ridotta a meno di un terzo della norma.

Queste possibili conseguenze del danno renale sono quindi un altro buon motivo per ricercarne l'eventuale presenza.

## **In passato siamo stati abituati a ragionare in termini di singole malattie renali, parlando ad esempio di glomerulonefriti, di nefropatia diabetica o arteriosclerotica, o di nefriti interstiziali batteriche o da farmaci. Oggi si parla soprattutto di danno renale. Che cosa è cambiato?**

In questi ultimi anni l'approccio diagnostico è cambiato. Attualmente, si cerca prima di tutto di stabilire se i reni hanno o meno un danno. Una volta stabilito che esiste un danno, si indagherà per scoprirne la causa.

La definizione di danno renale cronico si basa sulla presenza di anomalie strutturali o funzionali dei reni, persistenti per almeno 3 mesi, e indicate da:

- Anomalie urinarie (proteinuria o albuminuria e/o sedimento urinario patologici) anche in presenza di una funzione normale.
- Valori di filtrazione glomerulare renale inferiori a < 60 mL/min con o senza altri segni di danno.
  - Anomalie isolate dei livelli sierici di elettroliti (specialmente del potassio), di acidi e bicarbonati. Altri segni possono essere da anomalie di forma e dimensioni dei reni, svelate ad esempio da un'ecografia.

## **Come fare, in pratica, per rispondere alla domanda: i tuoi reni sono OK?**

Per la maggioranza delle persone adulte, la risposta si basa sui risultati di due esami, semplici da eseguire e di basso costo: l'esame delle urine e il dosaggio della creatininemia.

Con l'**esame delle urine** vediamo innanzitutto se esse contengono sangue e proteine, segno di malattia dell'apparato urinario. L'analisi è eseguita, manualmente o con attrezzature automatiche, con strisce reattive - veri microlaboratori molto attendibili - che indicano la presenza a livelli patologici di proteine, di emoglobina (derivata da globuli rossi presenti nelle urine), di altre sostanze patologiche (come il glucosio), il pH e la densità. L'esame del sedimento urinario, sempre più eseguito in prima istanza con strumenti automatici, indica la presenza di globuli rossi, di globuli bianchi e di altri eventuali elementi patologici.

La **creatinina** è una sostanza prodotta dai muscoli ed eliminata dai reni: il suo livello nel sangue aumenta quando la funzione renale diminuisce.

## **Quindi l'esame delle urine è di importanza cruciale. A quali dati dobbiamo prestare soprattutto attenzione?**

Come abbiamo ricordato, al valore della proteinuria, alla presenza di emoglobina (liberata dai globuli rossi presenti nelle urine) e, nel sedimento, di globuli rossi e di globuli bianchi. L'esame dovrebbe essere fatto con scadenza annuale in tutti i soggetti a rischio, biennale negli altri.

Le urine dei soggetti sani contengono piccole quantità di proteine. Le strisce reattive indicano se è superato, o meno, il valore massimo normale di 10 mg/dL. Naturalmente, se le urine sono molto abbondanti e diluite, un modesto aumento di questo valore potrà sfuggire.

Il dosaggio in laboratorio della proteinuria dovrà confermare se l'eliminazione di proteine urinarie, che i reni ammalati lasciano sfuggire, è davvero elevata. Il metodo tradizionale prevede che questo dosaggio sia eseguito su urine raccolte per 24 ore, e in tal caso il valore massimo dell'eliminazione normale è di 150 – 200 mg. al giorno. In alternativa, si può ricorrere allo studio del rapporto proteinuria/creatininuria su un campione a caso, meglio del mattino: in tal caso il limite massimo è di 100 – 150 mg di proteine per grammo di creatinina.

Le urine del soggetto normale possono contenere rari globuli rossi. Un aumento patologico del loro numero è svelato dalla positività della ricerca dell'emoglobina. Analoga è la situazione dei globuli bianchi, la cui presenza in quantità anormale è indicata dalla positività di un loro enzima, l'esterasi leucocitaria. Perdite vaginali possono peraltro causare un aumento di questi enzimi.

Un esame del sedimento urinario è necessario per confermare la presenza di globuli rossi, di globuli bianchi o di altri elementi anormali. Per necessità organizzative, molti laboratori eseguono questa lettura con strumenti automatici, che non sono per ora in grado di sostituire del tutto la lettura diretta al microscopico. In caso di reperti patologici è opportuno affidare la lettura del sedimento urinario a una persona esperta (esame di secondo livello).

## **Da qualche tempo si sente parlare con insistenza della cosiddetta microalbuminuria. Di cosa si tratta?**

L'albumina è la più importante delle frazioni proteiche del sangue e, quando le lascino passare in quantità anormale, di quelle urinarie.

La quantità di albumina che si può allora ritrovare nelle urine, pur essendo elevata rispetto al normale (valore massimo nelle 24 ore: 30 mg), può essere ancora inferiore a quella svelata dalle strisce reattive. Questo capita per eliminazioni comprese tra 30 e 300 mg 24 ore, che sono definite appunto come microalbuminuria, e debbono essere dosate con metodi speciali. La presenza di microalbuminuria può precedere quella di altre proteine di maggior peso molecolare del sangue, ed è un segno iniziale di danno renale nel diabete e nelle persone che abbiano una sofferenza vascolare importante. Per questo motivo la ricerchiamo sistematicamente in chi è affetto da queste malattie. Anche per l'albuminuria si può ricorrere, anziché allo studio su urine di 24 ore, alla determinazione del rapporto albumina / creatinina urinarie su un campione di urine a caso, meglio del mattino.

## Un esame delle urine normale ci assicura allora che i nostri reni sono OK?

Questo purtroppo è vero solo per una parte delle nefropatie.

In quasi tutti i tipi di malattia renale in fase avanzata vi sono infatti proteine e almeno delle tracce di sangue nelle urine, e alcune malattie renali esordiscono proprio con proteinuria talora grave, spesso associata a sangue nelle urine (un'ematuria o una proteinuria isolata sono meno comuni)

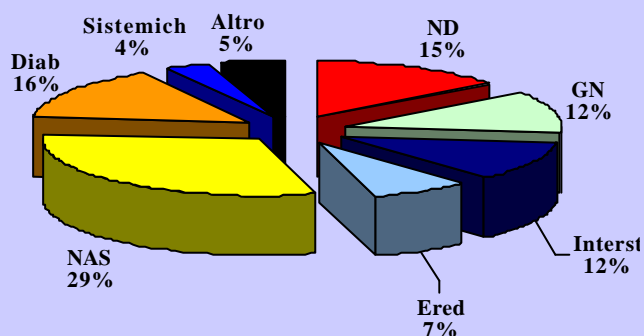
Hanno un comportamento di questo tipo le glomerulonefriti primitive e secondarie e alcune nefropatie secondarie ad altre malattie, come ad esempio il diabete (nel quale predomina la proteinuria).

Anche da ricordare è che la presenza di sangue nelle urine può essere dovuta non a una nefropatia, ma a una **calcolosi urinaria, a una neoplasia o a un'infezione delle vie urinarie.**

In parte dei pazienti affetti da altre malattie renali molto comuni, per parecchio tempo dopo il loro esordio, non si trovano invece né proteinuria patologica né sangue nelle urine, anche se non mancano eccezioni. E' il caso, molto spesso, del danno renale secondario all'ipertensione arteriosa, di alcune nefriti interstiziali, ad esempio da farmaci, e delle malattie cistiche renali.

Indicativo di quanto spesso questo fatto capita nella pratica è l'esame della distribuzione delle principali malattie renali responsabili di insufficienza renale cronica terminale che richiede la dialisi: oltre il 40% di esse possono appunto decorrere, almeno inizialmente, con un esame delle urine normale.

### Nuovi ingressi in dialisi nel 2000 in Piemonte suddivisi per nefropatia causale (%)



GN=glomerulonefrite primitiva; Interst=pielonefrite e nefrite interstiziale;  
NAS=nefroangiosclerosi/malattia renale ischemica; Diab=diabete; Ered=nefropatie ereditarie/congenite; System=glomerulonefriti secondarie e malattie sistemiche;  
ND=non diagnosticata

**Dobbiamo quindi tenere ben presente che la presenza di proteinuria o di ematuria sono idonee a svelare solo una parte della patologia renale e non consentono uno screening adeguato all'epidemiologia delle malattie renali.**

Ecco perché, per rispondere in modo corretto alla domanda **“i tuoi reni sono OK?”**, quando si sospetti la presenza di una nefropatia che può decorrere con un esame delle urine normale, bisogna far riferimento alla funzione renale.

Tra le numerose funzioni dei reni, nella definizione di normalità o anormalità, facciamo d'abitudine riferimento al volume di liquidi filtrati ogni minuto, il cosiddetto filtrato glomerulare renale, che è in genere compreso tra 80 e 130 mL nell'adulto sano, a dieta libera.

Una valutazione indiretta può essere ottenuta con la **determinazione nel sangue della**

Copyright © 2006 Fondazione Italiana del rene

Presidente: Prof. Vittorio E. Andreucci, Via Giacomo Puccini 18 80127 Napoli –

Tel. 081 5562922 Fax: 081 5466844 - E-mail: [contatti@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:contatti@fondazioneitalianadelrene.org) -

[redazione@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:redazione@fondazioneitalianadelrene.org)

**creatinina**, il cui valore, come già ricordato, aumenta in caso di danno renale. La sola valutazione della creatininemia (valori normali 0,7 – 1,2 mg/dL) è però un indice troppo approssimato per essere affidabile.

Per questo, si ricorre spesso alla determinazione della cosiddetta **clearance della creatinina**, che richiede anche il dosaggio della creatinina urinaria su urine di 24 ore e il cui valore, nella pratica clinica, è considerato corrispondente a quello del filtrato glomerulare. La clearance della creatinina, esame di basso costo ma fastidioso da eseguire per la necessità di raccogliere con precisione tutte le urine prodotte in un giorno, tende a sopravvalutare i valori del filtrato glomerulare sino a un 20%, ma è attualmente l'esame più eseguito quando si vuol determinare quanto funzionano i reni.

In alternativa, per calcolare il valore della filtrazione glomerulare o della clearance della creatinina, si possono utilizzare delle equazioni che non richiedono un dosaggio nelle urine, ma solo la creatininemia e alcune caratteristiche del paziente, e sono quindi più semplici da eseguire.

Le più diffuse sono l'equazione MDRD (che richiede la creatininemia, il sesso, l'età, e l'etnia del soggetto in esame, e fornisce il valore del "filtrato glomerulare stimato") e l'equazione di Cockcroft (che richiede creatininemia, età, peso, sesso del soggetto, e indica il valore stimato della clearance della creatinina).

Se chi legge conosce il valore della sua creatininemia, può facilmente conoscere il valore del proprio filtrato glomerulare stimato, utilizzando il calcolatore che compare cliccando su **Calcolatore MDRD. Per il signor Colella: possiamo inserirlo?**

Per valori di filtrato glomerulare stimato superiori a 60 mL per minuto, la formula MDRD non è molto precisa, e per questo motivo il calcolatore si limita ad indicare che esso è superiore appunto a 60 mL per minuto. A giudizio del medico, un dato preciso può essere eventualmente ottenuto con la determinazione della clearance della creatinina. Ma già in questa valutazione c'è l'informazione fondamentale, cioè che la funzione renale è superiore o inferiore a 60 mL per minuto, livello al di sotto del quale cominciano a farsi sentire le conseguenze del danno funzionale su vari tessuti e organi, cuore compreso.

La situazione è critica se il valor stimato della filtrazione glomerulare è inferiore a 29 o, peggio ancora a 15 mL per minuto.

La National Kidney Foundation statunitense ha appunto proposto una scala di valori con diversi gradi di danno che offre anche precisi riferimenti di valutazione, ed è ora largamente adottata.

## CLASSIFICAZIONE DEL DANNO RENALE CRONICO

Grado	descrizione	filtrato glomerulare
I	danno renale con funzione normale o aumentata	≥ 90 mL/min
II	danno renale con compromissione funzionale lieve	60 – 89 mL/min
III	danno renale con compromissione funzionale moderata	30 - 59 mL/min
IV	danno renale con compromissione funzionale grave	15 – 29 mL/min
V	insufficienza renale "terminale"	< 15 mL/min

Copyright © 2006 Fondazione Italiana del rene

Presidente: Prof. Vittorio E. Andreucci , Via Giacomo Puccini 18 80127 Napoli –

Tel. 081 5562922 Fax: 081 5466844 - E-mail: [contatti@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:contatti@fondazioneitalianadelrene.org) -

[redazione@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:redazione@fondazioneitalianadelrene.org)



**Visto che sono così utili, e il loro impiego è praticamente a costo zero, perché queste formule che stimano il valore della filtrazione glomerulare non sono applicate sistematicamente ogni volta che si dosa la creatininemia?**

Le novità, anche quando sono utili, non sempre si diffondono senza resistenze. Inoltre non tutti i metodi di dosaggio della creatinina sono ben idonei a questo impiego.

In alcuni Paesi (ad esempio in Australia, nell'United Kingdom e in un numero crescente di Stati degli USA) esistono disposizioni delle Autorità Sanitarie che impongono di abbinare sempre, automaticamente, al dosaggio della creatininemia il valore del filtrato glomerulare stimato. In alcuni stati Europei (Francia, Germania) questa pratica è adottata da un numero crescente di laboratori. Anche in Italia ci si sta muovendo in questa direzione.

A Torino, abbiamo sperimentato quest'abbinamento sistematico in un istituto, il CIDIMU, che fa capo al laboratorio di un grande ospedale pubblico cittadino dove si utilizza un metodo di determinazione della creatinina perfettamente idoneo a questo scopo. I risultati sono stati molto interessanti, e utili. Su 1513 persone esaminate consecutivamente, per le quali era stata richiesta la creatininemia, la formula MDRD ha rivelato che ben il 14% di 561 soggetti con età > 65 anni (17 % degli uomini e 9% delle donne) aveva un filtrato glomerulare stimato di 30-59mL/min, corrispondente a un danno renale di classe 3 secondo la NKF. Un danno più grave (4 e 5 stadio) è stato accertato complessivamente solo nello 0,9% dei casi esaminati.

**Perché non eseguire questo controllo in tutti gli adulti? E quale percorso seguire per rispondere alla domanda: stanno bene i tuoi reni?**

In pratica non possiamo ancora pensare in Italia a controlli regolari della funzione renale in tutta la popolazione adulta, ma è possibile invece prevedere almeno dei controlli sistematici delle urine, con strisce reattive. Contemporaneamente dovrebbero essere ricercati eventuali fattori di rischio per la comparsa di un danno renale, e dovrebbe essere misurata la pressione arteriosa (nella tabella sono sottolineati i fattori che possono contribuire ad aggravare il danno, una volta instaurato). L'ipertensione arteriosa, prima causa di danno renale grave nel nostro ambiente, e a sua volta possibile segno di malattia renale, è definita dalla presenza di valori eguali o superiori a 140/ 90 mm Hg a qualsiasi età.

-----  
**Fattori di rischio per la comparsa di un danno renale (sono sottolineati i fattori che possono anche accelerare l'evoluzione del danno)**

- Familiarità per nefropatie
- Precedenti malattie renali o urologiche, infettive, calcolotiche o neoplastiche
- > 65 anni di età
- Ipertensione arteriosa
- diabete
- obesità e sindrome dismetabolica
- abuso o impiego protratto di farmaci (FANS, inibitori pompa, litio.)
- malattie autoimmuni
- Cardiopatia
- Aterosclerosi periferica, coronarica e cerebrale
- Ostruzione urinaria e malattia da reflusso vescico-ureterale
- Nefrolitiasi
- Fumo
- Neoplasie
- infezioni

-----  
I controlli di cui abbiamo parlato, semplici, non costosi, e che richiedono poco tempo, sono eseguiti nel corso delle campagne di screening proposte dalla Fondazione Italiana del Rene, e dovrebbero essere attuati, se non in controlli ad hoc, nel corso di visite mediche o di controlli

Copyright © 2006 Fondazione Italiana del rene

Presidente: Prof. Vittorio E. Andreucci , Via Giacomo Puccini 18 80127 Napoli –

Tel. 081 5562922 Fax: 081 5466844 - E-mail: [contatti@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:contatti@fondazioneitalianadelrene.org) -

[redazione@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:redazione@fondazioneitalianadelrene.org)

sanitari occasionali, con frequenza annuale nei soggetti a rischio, biennale in quelli che non lo sono.

Se la striscia reattiva è negativa, la pressione arteriosa è normale, e non ci sono fattori di rischio, si può ragionevolmente dire: **i miei reni sono OK!**

**Se vi è proteinuria o sangue nelle urine è necessario eseguire un esame completo delle urine e bisogna controllare il valore della creatininemia e del filtrato glomerulare stimato. Un controllo della creatininemia con calcolo del filtrato glomerulare stimato deve essere eseguito se sono presenti un'ipertensione arteriosa o comunque dei fattori di rischio, anche senza anormalità delle urine.**

**Se una persona presenta fattori di rischio, a seconda della loro importanza, questo controllo dovrebbe essere eseguito ogni uno – due anni.**

In base all'insieme dei risultati, il medico di famiglia deciderà se e come proseguire gli accertamenti e quali provvedimenti adottare.

Un valore di filtrato glomerulare stimato superiore a 60 mL per minuto, con un esame delle urine normale e valori pressori nella norma, non esclude ovviamente un danno renale lieve (grado 2 della scala NKF) ma, in assenza di proteinuria ed ematuria, non si tratta in genere di una condizione preoccupante.

E naturalmente è sempre necessario cercare di togliere di mezzo i fattori di rischio sui quali è possibile agire.

### **Ma vale davvero la spesa fare questi accertamenti?**

Certamente sì. Innanzitutto la maggior parte delle malattie renali sono curabili, ed è in genere possibile intervenire con ottimi risultati anche sui fattori di accelerazione del danno renale (si tratta per lo più degli stessi fattori di rischio per la comparsa del danno renale). Anche in questo settore vale ovviamente la regola: tanto prima, tanto meglio.

### **Quindi gli screening sono utili ?**

Lo sono senza dubbio per chi si scopre ammalato e non lo sapeva, e così può curarsi.

Non tutti sono però d'accordo che sia davvero vantaggioso su un piano economico esaminare tutta la popolazione, in quanto i sani sono molti e quindi il costo di ogni diagnosi di malattia costa ben di più dell'accertamento di una condizione di normalità. E qualcuno ritiene che sia inutile confermare ad una persona che è sana. Personalmente non sono d'accordo con questi calcoli economici, anche in base all'esperienza diretta, molto positiva, della medicina preventiva praticata sin dagli anni cinquanta in alcune grandi industrie torinesi, proprio con la finalità di confermare lo stato di salute e di preservarlo.

E' stato anche rilevato che, dopo uno screening dell'ipertensione arteriosa, chi si trova ammalato può andare incontro a depressione, o può ridurre il proprio rendimento lavorativo. Comportamenti di questo tipo sono in gran parte frutto di una cattiva informazione; in ogni caso è preferibile una preoccupazione iniziale a una dialisi o a un incidente cardiovascolare successivi e, in effetti, proprio per lo screening dell'ipertensione arteriosa si riconoscono attualmente dei benefici sicuri.

### **Quali potrebbero essere i vantaggi di estendere i controlli nefrologici alla totalità della popolazione?**

Per quanto riguarda lo screening delle malattie renali, è da sottolineare il grave ritardo con il quale operiamo. Questo non si verifica in tutti i Paesi.

In Giappone, dal 1972 è in uso un esame delle urine con strisce reattive con l'obiettivo di esaminare regolarmente ogni bambino e ogni lavoratore, e dal 1983 ogni persona con più di 40 anni. Dal 1992, a ogni residente viene anche eseguito un dosaggio della creatininemia.

Per quanto l'utilità di questo tipo di screening sistematico debba ancora essere definita con sicurezza, per il grande numero di "fattori confondenti" che possono influire sui risultati

Copyright © 2006 Fondazione Italiana del rene

Presidente: Prof. Vittorio E. Andreucci , Via Giacomo Puccini 18 80127 Napoli –

Tel. 081 5562922 Fax: 081 5466844 - E-mail: [contatti@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:contatti@fondazioneitalianadelrene.org) -

[redazione@fondazioneitalianadelrene.org](mailto:redazione@fondazioneitalianadelrene.org)

principali, ad esempio sul numero di casi che giungono annualmente alla dialisi, secondo un recente studio su quest'argomento, pubblicato da K Yamagata sulla rivista Clinical and Experimental Nephrology, ci sono molte buone ragioni per proseguire questi programmi.

Un'altra iniziativa molto ampia è in corso, sin in dal 1998, per tutti gli allievi delle scuole coreane che devono eseguire un esame di urine all'anno con una striscia reattiva su un campione delle prime urine del mattino. Se l'esame è anormale, viene eseguito un secondo controllo da parte di un pediatra nefrologo. Al momento sono stati esaminati circa cinque milioni di bambini e il programma è destinato a continuare.

In America latina, Brasile, Cuba, Perù, Uruguay e Venezuela stanno avviando dei programmi di screening delle malattie renali; Argentina, Colombia, Bolivia, Repubblica Dominicana, Guatemala, e Paraguay li stanno sviluppando e ampliando. Iniziative di screening sono in corso nella maggior parte dei Paesi europei.

In Italia, in occasione delle Giornata Mondiale del Rene che si svolge ogni anno, su iniziativa della FIR e della SIN sono effettuate campagne di screening sulla popolazione generale, in camper/gazebo nelle piazze o con iniziative di "porte aperte" in reparti di nefrologia.

L'esperienza della Giornata del Rene 2005 di screening nella popolazione generale nelle piazze di 14 città italiane ha consentito di rilevare come, di 3757 persone esaminate, ben il 39% fosse iperteso (nel 51% di essi si trattava di una nuova diagnosi) e il 14% avesse una proteinuria.

Questi rilievi confermano quelli di un'esperienza su 698 passanti esaminati a Napoli nella Giornata Mondiale del Rene dell'anno precedente, e i dati raccolti a Casale in un'iniziativa di porte aperte in nefrologia nell'Ospedale Santo Spirito (30% di ipertesi; ipertensione nota solo nel 54% degli ipertesi. Il 56% degli ipertesi in terapia non aveva un controllo pressorio adeguato. Una microematuria, da ++ a +++, era presente nell'11% e una proteinuria nel 12% dei soggetti esaminati)

Queste iniziative si ripeteranno quest'anno, e ad esse sarà affiancato uno screening nefrologico in ragazzi in età scolare; su iniziativa della SIN, da quest'anno sarà anche avviato uno screening nefrologico sistematico nei parenti dei pazienti nefropatici.

Tutte queste azioni sono importanti per attirare l'attenzione sulle malattie renali e la loro prevenzione, per sottolineare l'importanza del problema che si deve affrontare e per aumentare il numero di diagnosi precoci.

Ci auguriamo che l'offerta di occasioni per poter rispondere alla domanda "I miei reni sono OK?" sia in futuro più ampia dell'attuale. In attesa che ciò accada, come già sottolineato, è urgente una maggior attenzione da parte di tutti, con azioni individuali, in occasione di controlli sanitari eseguiti per qualsiasi motivo, o effettuati ad hoc, presso il medico di famiglia: una riflessione sui fattori di rischio, un controllo della pressione arteriosa, un esame delle urine con striscia reattiva e una creatininemia sono presto fatti, con poca spesa. Il vantaggio sarà notevole.

Prof. Giuseppe Piccoli