

BOALA CRONICĂ DE RINICHI



Rinichii reprezintă sistemul de filtrare al corpului dumneavoastră și au un rol important în menținerea echilibrului optim a substanțelor din organism.

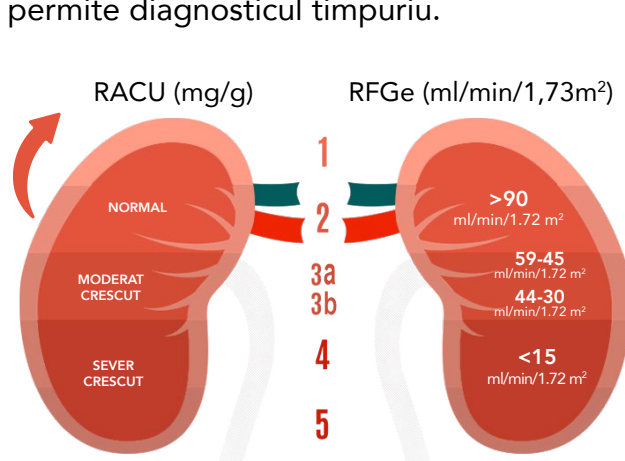
Boala cronică de rinichi (BCR) este o boală cronică și persistentă a rinichilor, care poate să apară în relație cu diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, hipertensiunea arterială dar care poate fi determinată și de multe alte boli specifice renale.

vezi riscul de a dezvolta BCR

1 din 10 persoane are BCR. BCR este recunoscută ca o problemă importantă de sănătate publică la nivel mondial. În prezent, se estimează că circa **850 de milioane de persoane din întreaga lume au BCR** de diverse cauze. Această cifră reprezintă dublul numărului de persoane cu diabet (422 milioane), este de 10 de ori mai mare decât prevalența cancerului la nivel mondial sau a persoanelor diagnosticate cu HIV/SIDA.

BCR este denumită „ucigașul silențios” deoarece, în multe cazuri, **nu apare niciun simptom în stadiile incipiente.** Există **5 stadii de gravitate**, numerotate de la 1 la 5, stadiul 5 fiind cel în care mai mult de 90% din funcția renală este pierdută și este necesară dializa sau transplantul renal pentru tot restul vieții pentru a compensa deficitul funcției renale.

Fiecare stadiu este caracterizat prin anumite valori ale ratei de filtrare glomerulară (un proces prin care rinichiul detoxifică organismul). Cifrele filtrării glomerulare sunt estimate pornind de la o analiză rapidă și ieftină din sânge, creatinina serică. Pentru a completa diagnosticul de BCR mai este necesară o determinare din urină numită raportul albumină/creatinină urinară. Această analiză de urină măsoară afectarea renală pe baza cantității de proteine din urină. Efectuarea periodică a acestor determinări din sânge și urină, chiar în absența simptomelor la pacienții la risc de a dezvolta BCR, permite diagnosticul timpuriu.



Se estimează că 9 din 10 persoane cu BCR nu știu că au această afecțiune. În România, aproximativ 1.180.702 milioane de persoane, cu vârsta între 20 – 79 ani au BCR conform studiului PREDATORR- (E. Moța, 2013) și numai 45.240 (2%) se regăsesc în raportările medicilor de familie (V. Cepoi, 2011), probabil cei cu funcția renală deja grav afectată. Dacă BCR este descoperită tardiv, rinichiul este în stadiu avansat de fibroză, nu mai poate fi decelat cauza inițială a afectării renale pentru a fi combătută. Cu cât aflați mai rapid că sunteți la risc sau aveți BCR, cu atât mai bine, deoarece aveți șanse mai mari să puteți influența mersul bolii și complicațiile asociate acesteia.

vezi progresia BCR

RISUL DE A DEZVOLTA BCR

Principalii factori de risc pentru apariția bolii cronice de rinichi sunt:

- Diabetul zaharat
- Hipertensiunea arterială (HTA) și bolile cardio-vasculare
- Bolile structurale ale rinichiului - inflamații diverse, efectul unor toxice, tumori, litiază (pietre la rinichi), etc
- Bolile inflamatorii care afectează, pe lângă alte organe, și rinichiul (de ex: lupusul)
- Rude de gradul I cu boli de rinichi
- Blocaje renale acute în trecut
- Existența unui singur rinichi (din naștere sau postchirurgical)
- Malformațiile congenitale și bolile ereditare (de ex.: boala polichistică)
- Vârsta - se estimează că circa 1/3 din persoanele peste 65 de ani au BCR.

Diabetul zaharat de tip 2 și hipertensiunea arterială determină aproximativ 50% din totalul cazurilor de BCR la adulți. 30-50% din pacienții cu diabet prezintă sau vor dezvolta BCR.

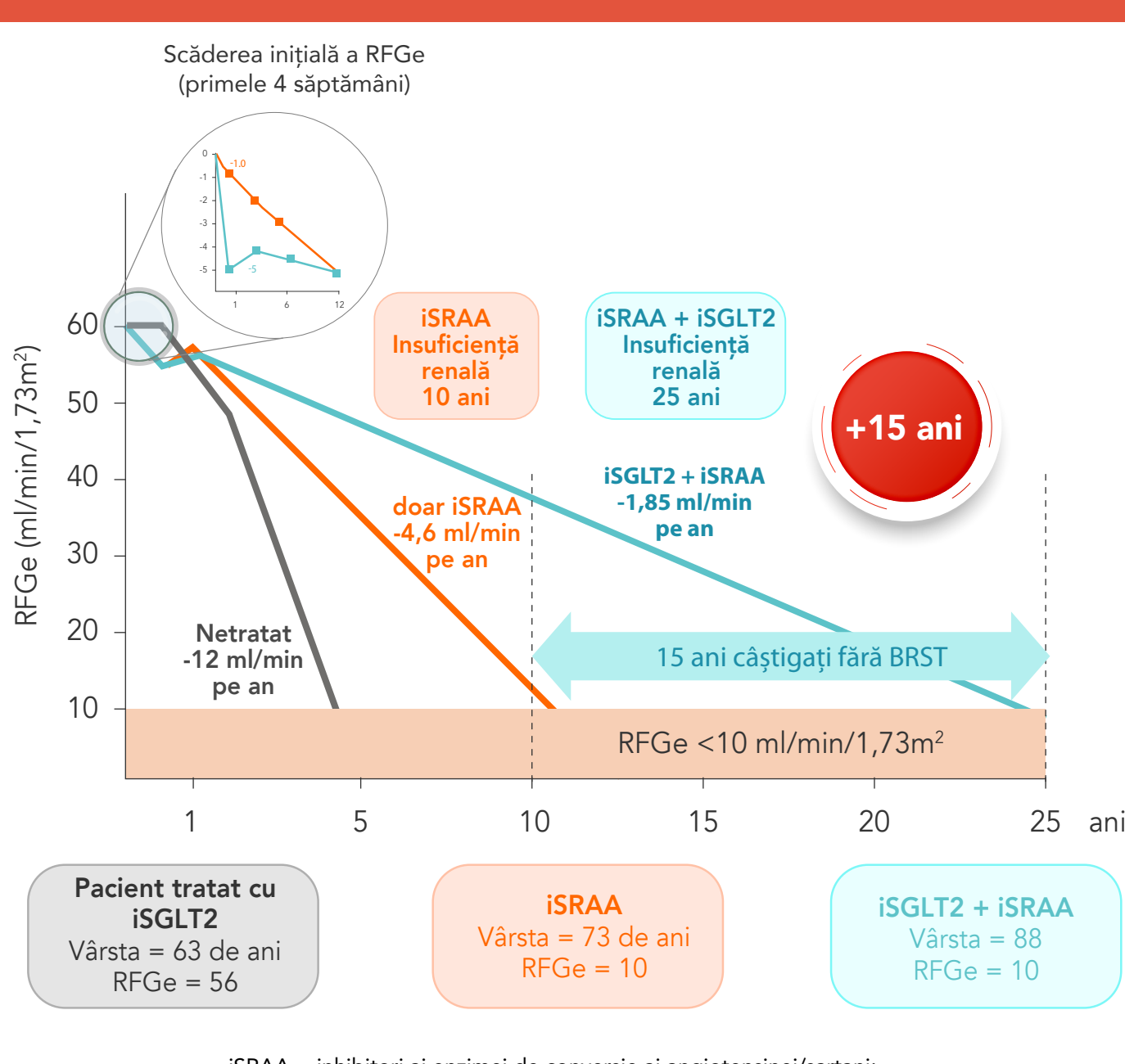
PROGRESIA BCR

Oricare ar fi afecțiunea care stă la baza BCR, odată ce o cantitate semnificativă de țesut renal este distrus, restul rinichiului preia “sarcina” țesutului renal pierdut. Și lucrează sub o “presiune” mai mare. Acest lucru se întâmplă indiferent care a fost afecțiunea renală inițială și se întâmplă chiar și dacă această boală inițială este între vindecată sau controlată. Din păcate, în această încercare de a compensa funcția țesutului renal pierdut, rinichiul rămas se suprasolicitează și “obosește”, sfârșind prin a-și pierde progresiv și funcția rămasă. Acest proces se numește progresia BCR, este silențios, nu doare și determină trecerea în stadii din ce în ce mai avansate ale BCR, mai aproape de necesarul de dializă. Semnele sau simptomele apar doar în stadii mult prea avansate, când un tratament este mult mai puțin eficient.

Vestea bună este că dacă BCR este diagnosticată în stadii mai incipiente, medicul vă poate face recomandări care s-au dovedit a fi benefice pentru reducerea progresiei bolii și păstrarea funcției renale. Dintre intervențiile benefice pentru rinichi amintim: controlul bun al glicemiei dacă aveți diabet, controlul optim al tensiunii arteriale, menținerea controlului colesterolului, o dietă favorabilă rinichilor; evitarea medicamentelor care pot dăuna suplimentelor rinichilor (inclusiv unele pe care le puteți obține fără prescripție medicală și suplimente alimentare), exerciții fizice regulate, o greutate sănătoasă, oprirea fumatului. În plus, medicul dumneavoastră vă poate prescrie medicamente care reduc presiunea din interiorul rinichilor și îi protejează în mod activ de la o degradare accelerată.

Cu cât intervenția este mai rapidă, cu atât poate avea un efect mai eficient de protecție, “salvând” ani de viață fără dializă. Acest lucru este vizibil și în ilustrarea de mai jos: cu cât intervențiile și medicamentele care protejează rinichiul și încetinesc degradarea funcției renale sunt administrate mai din timp, panta descendentă de degradare a funcției renale (linia punctată din grafic) este modificată mai precoce (linia plină din grafic) și sunt “salvați” mai mulți ani de supraviețuire a rinichilor (linia verde de pe grafic).

Importanța unui diagnostic precoce și a intervenției terapeutice la pacienții cu boală renală diabetică



Levin A & Stevens P. KDIGO Conference 2023 ERA-EDTA Congress of Nephrology. Disponibil la <https://kdigo.org/cauzes/era-2023-ckd-guideline-draft-preview/>; Adaptat dupa Mercez-Muñoz KIDNEY360, 2001

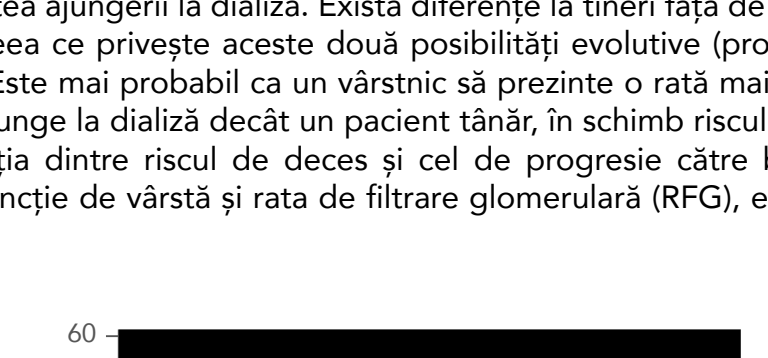
În plus: acțiunile sunt benefice pentru toate celelalte sisteme ale organismului dumneavoastră, în special pentru sistemul cardiovascular!

vezi riscul cardiovascular și de deces al pacientului cu BCR

Pacienții cu BCR prezintă un risc crescut de a dezvolta evenimente cardio-vasculare. Jumătate din subiecții cu afectare renală cronică avansată (stadiile 4-5) asociază boli cardiovasculare (BCV), iar decesele de cauză cardio-vasculară reprezintă circa 40-50% din totalul deceselor la acești pacienți, comparativ cu 26% la adulții cu funcție renală normală. Pe lângă riscul crescut de complicații fatale în relație cu ateroscleroza (infarctul miocardic, accidentul vascular cerebral), mortalitatea CV derivă și din insuficiența cardiacă și aritmii, preponderent în stadiile avansate ale BCR.

Impactul negativ al BCR asupra riscului cardio-vascular se menține independent de factorii de risc “tradiționali” (hipertensiunea arterială, diabetul, dislipidemia, fumatul). Intervin astfel factorii de risc particulari denumiți “non-tradiționali”, pentru dezvoltarea bolilor cardio-vasculare, cum ar fi: compușii nocivi care se acumulează odată cu declinul funcției renale (toxine uremice), pierderea urinară de proteine, anemie, anomalii ale metabolismului fosfo-calcic, status pro-inflamator, malnutriție, tulburări ale somnului, etc. Pe măsură ce BCR avansează spre stadiul final, acești factori de risc ocupă un loc mai important decât cei tradiționali în producerea evenimentelor cardio-vasculare.

Așa cum s-a menționat, la pacientul cu BCR unul din riscurile majore este cel de progresie spre stadiul 5, ceea ce implică necesar de dializă sau transplant renal. Acest tip de pacient poate fi considerat norocos că a supraviețuit, chiar dacă prețul este cel al dializei cronice. Scenariul cu care din păcate se confruntă mult mai mult pacienții cu BCR este mai dur și presupune decesul în principal prin boli cardio-vasculare, înaintea ajungerii la dializă. Există diferențe la tineri față de vârstnici cu același nivel al funcției renale, în ceea ce privește aceste două posibilități evolutive (progresie către necesar de dializă versus deces). Este mai probabil ca un vârstnic să prezinte o rată mai scăzută de progresie și un risc mai mic de a ajunge la dializă decât un pacient tânăr, în schimb riscul de mortalitate este mai mare la vârstnic. Relația dintre riscul de deces și cel de progresie către boala cronică de rinichi terminală (BCRT), în funcție de vârstă și rata de filtrare glomerulară (RFGe), este ilustrată în figura de mai jos:



Abordarea potrivită pentru reducerea riscului de boli cardio-vasculare, implicat de deces, la pacientul cu BCR, implică măsuri ce țin de pacientul (oprire fumat, scădere ponderală în caz de obezitate, activitate fizică), dar și măsuri de tratament farmacologic, individualizat în funcție de profilul pacientului, ca de exemplu: a) tratamentul cu statină pentru reducerea bolii cardio-vasculare atherosclerotice, în stadiile pre-dializă; b) la pacienții care asociază hipertensiune arterială și pierdere urinară de proteine, în afara agenților blocanți ai unui sistem hormonal-hipertensiv în BCR, numai sistemul renină-angiotensină-aldosteron; c) terapia antiplachetară, a cărei administrare va fi individualizată, în funcție de riscul de boală cardiacă ischemică (de exemplu, la pacientul cu istoric de infarct miocardic).

Un aspect crucial legat de medicația pacientului cu BCR este reprezentat de necesarul de adaptare a dozelor de medicamente și de riscul crescut de efecte adverse, în comparație cu pacientul fără afectare renală. Tocmai de aceea prescrierea tratamentului cu viză cardio-vasculară nu este uniformă pentru toți pacienții și trebuie cântărită cu atenție de către medicul curant. Un bun exemplu al relevanței riscului este terapia cu aspirină, care la pacienții cu BCR se însoțește de scăderea riscului de infarct miocardic, dar se asociază totodată cu creșterea semnificativă a riscului de sângerare.

Prevenția evenimentelor cardio-coronare în BCR este deosebit de importantă, deoarece la pacienții care au suferit deja un sindrom coronarian acut sau au deosebit de coronariene (bypass, angioplastie), prognosticul vital este mai prost decât la pacienții cu aceleași evenimente, dar fără BCR.