

**Tabella 1. Elenco degli argomenti esaminati nell'Update KDIGO 2017. Confronto tra forza delle raccomandazioni e qualità dell'evidenza tra KDIGO 2009 e 2017**

Update KDIGO – CKD-MBD 2017		2017	2009
➤ <b>Capitolo 3.2: Diagnosi di CKD-MBD: Osso</b>			
3.2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G3a–G5D con evidenza di CKD-MBD e/o fattori di rischio per osteoporosi, noi suggeriamo di valutare la BMD per determinare il rischio di fratture se i risultati impatteranno sulle decisioni terapeutiche.</li> </ul>	2-B	
3.2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti CKD G3a–G5D, è ragionevole eseguire una biopsia ossea se il tipo di osteodistrofia renale impatterà sulle decisioni terapeutiche.</li> </ul>	NG	
➤ <b>Capitolo 4.1: Trattamento della CKD-MBD volto a ridurre i livelli sierici elevati di fosforemia e mantenere i livelli di calcemia</b>			
4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G3a–G5D, i trattamenti per la CKD-MBD dovrebbero essere basati su valutazioni seriali dei livelli sierici di fosforo, calcio e PTH, considerati insieme.</li> </ul>	NG	
4.1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G3a–G5D, suggeriamo ridurre gli elevati livelli di fosforemia verso i valori normali.</li> </ul>	2-C	
4.1.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti adulti con CKD G3a–G5D, suggeriamo di evitare l'ipercalcemia.</li> <li>Nei bambini con CKD G3a–G5D, suggeriamo di mantenere la calcemia nel range normale appropriato per l'età.</li> </ul>	2-C 2-C	2-D
4.1.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G5D, suggeriamo di utilizzare una concentrazione di calcio nel dialisato tra 1.25 e 1.50 mmol/l (2.5 e 3.0 mEq/l).</li> </ul>	2-C	2-D
4.1.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G3a–G5D, decisioni che riguardano il trattamento della riduzione della fosforemia dovrebbero essere basate su livelli sierici di fosfato progressivamente persistentemente elevati.</li> </ul>	NG	
4.1.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti adulti con CKD G3a–G5D che ricevono un trattamento per ridurre la fosforemia, suggeriamo di restringere la dose di chelanti del fosforo a base di calcio.</li> <li>In bambini con CKD G3a–G5D, è ragionevole basare la scelta del trattamento per ridurre il fosforo in base ai livelli di calcemia.</li> </ul>	2-B NG	1-B/2-C
4.1.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G3a–G5D suggeriamo di limitare l'assunzione di fosforo con la dieta, nel trattamento dell'iperfosforemia, da sola o in associazione con altre terapie</li> <li>E' ragionevole considerare la fonte (per es.: animale, vegetale, additivi) di fosfato nel dare le raccomandazioni dietetiche.</li> </ul>	2-D NG	
➤ <b>Capitolo 4.2: Terapia dei livelli anormali di PTH nella CKD-MBD</b>			
4.2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G3a–G5 non in dialisi, i livelli ottimali di PTH non sono noti. Tuttavia noi suggeriamo che pazienti con livelli di PTH intatto progressivamente in aumento o persistentemente al di sopra del limite massimo normale per il dosaggio devono essere valutati per i fattori modificabili, compreso l'iperfosforemia, l'ipocalcemia, l'elevato intake di fosfati ed il deficit di Vitamina D.</li> </ul>	2-C	
4.2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti adulti con CKD G3a–G5 non in dialisi, suggeriamo che il calcitriolo e gli analoghi della vitamina D non debbano essere usati di routine.</li> <li>E' ragionevole riservare l'uso del calcitriolo e degli analoghi della vitamina D per pazienti con CKD G4–G5 con severo e progressive iperparatiroidismo.</li> <li>Nei bambini, il calcitriolo e gli analoghi della vitamina D possono essere considerati per mantenere la calcemia a livelli sierici nel range normale appropriato per l'età.</li> </ul>	2-C NG NG	
4.2.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G5D che richiedono una terapia per ridurre i livelli di PTH, suggeriamo calciomimetici, calcitriolo o analoghi della vitamina D, o la combinazione di calciomimetici con calcitriolo o analoghi della vitamina D.</li> </ul>	2-B	
➤ <b>Capitolo 4.3: Trattamento dell'osso con bisfosfonati, altre terapie per l'osteoporosi, e ormone della crescita</b>			
4.3.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G3a–G5D con anomalie della CKD-MBD e bassa BMD e/o fratture da fragilità, suggeriamo che il trattamento di scelta prenda in considerazione la grandezza e reversibilità della anomalia biochimica e la progressione della CKD, con la considerazione di eseguire una biopsia ossea.</li> </ul>	2-D	
➤ <b>Capitolo 5: Valutazione e trattamento della malattia ossea nel trapianto renale</b>			
5.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti con CKD G1T–G5T con fattori di rischio per osteoporosi, suggeriamo che la valutazione della BMD deve essere usata per valutare se il rischio di fratture può essere modificato dalla terapia.</li> </ul>	2-C	2-D
5.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>In pazienti nei primi 12 mesi post trapianto renale con un filtrato glomerulare stimato maggiore di 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e ridotta BMD, suggeriamo che debba essere considerato il trattamento con vitamina D, calcitriolo/alfacalcidolo, e/o agenti antiassorbitivi.</li> <li>Suggeriamo che il trattamento di scelta deve essere influenzato dalla presenza di CKD-MBD, come evidenziato da anomalie dei livelli di calcemia, fosforemia, PTH, fosfatasi alcalina e 25(OH)D.</li> <li>E' ragionevole considerare di una biopsia ossea per orientare il trattamento.</li> <li>Non ci sono sufficienti dati per impostare un trattamento dopo i primi 12 mesi.</li> </ul>	2-D 2-C NG	

Legenda:

Forza delle raccomandazioni: Livello 1 (si raccomanda); Livello 2 (si suggerisce); **NG** (non graduabile)  
Qualità del supporto dell'evidenza: **A, B, C** o **D**