

Tabella 2. Relazione tra livello eGFR e complicità associate alla CKD: analisi stratificata per sesso

| | Femmine n. eventi/100 pazienti | Maschi n. eventi/100 pazienti | Femmine | | Maschi | | P per interazione ^a |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| | | | OR (95% CI) ^b | P per trend | OR (95% CI) ^b | P per trend | |
| | | | | | | | |
| Iperlipidemia | | | | | | | |
| eGFR ≤ 30 ml/1.73 m ² | 2,500 (1,127) | 2,500 (1,287) | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | <math>< 0.001</math> |
| - 90-60 | 3,201 (1,119) | 3,351 (704) | 1.11 (0.40, 3.22) | | 1.09 (0.38, 3.19) | | |
| - 60-45 | 921 (146) | 894 (174) | 1.01 (0.31, 3.12) | | 1.01 (0.32, 3.04) | | |
| - ≤ 45 | 570 (64) | 489 (73) | 2.00 (1.53, 2.64) | | 2.05 (1.39, 2.84) | | |
| Iperuricemia | | | | | | | |
| eGFR ≤ 30 ml/1.73 m ² | 293 (112) | 381 (207) | 1.00 (Reference) | 0.00 | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | <math>< 0.001</math> |
| - ≤ 60 | 788 (115) | 667 (94) | 0.76 (0.55, 1.04) | | 1.36 (0.94, 2.01) | | |
| - 60-45 | 201 (146) | 211 (194) | 0.77 (0.43, 1.31) | | 1.29 (0.82, 2.01) | | |
| - ≤ 45 | 44 (28) | 42 (28) | 2.10 (1.32, 3.49) | | 3.09 (2.06, 4.84) | | |
| Acidemia | | | | | | | |
| eGFR ≤ 30 ml/1.73 m ² | 1,296 (1,127) | 1,621 (287) | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | <math>< 0.001</math> |
| - 90-60 | 349 (119) | 327 (79) | 0.80 (0.76, 1.04) | | 1.00 (0.88, 1.19) | | |
| - 60-45 | 711 (146) | 651 (194) | 1.41 (0.91, 2.16) | | 1.17 (0.86, 1.59) | | |
| - ≤ 45 | 91 (64) | 309 (73) | 3.74 (2.82, 4.89) | | 3.99 (2.95, 5.26) | | |
| Anemia | | | | | | | |
| eGFR ≤ 30 ml/1.73 m ² | 1,531 (1,137) | 1,621 (287) | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | <math>< 0.001</math> |
| - ≤ 60 | 530 (119) | 488 (79) | 0.87 (0.77, 0.98) | | 1.06 (0.82, 1.32) | | |
| - 60-45 | 176 (146) | 151 (194) | 1.74 (1.42, 2.12) | | 2.00 (1.67, 2.42) | | |
| - ≤ 45 | 225 (64) | 382 (73) | 3.21 (2.34, 4.50) | | 3.23 (2.47, 4.30) | | |

^aRegolazione logistica multivariata aggiustata per età, sesso, BMI, fumo, diabete, ACEi. ^bRate di interazione tra eGFR (variabile continua) e sesso. Solo partecipanti con dati disponibili per la variabile. Caratteristiche in grassetto per p-value <math>< 0.05</math>

Tabella 2. Relazione tra livello eGFR e complicità associate alla CKD: analisi stratificata per sesso. Continua

| | Femmine n. eventi/100 pazienti | Maschi n. eventi/100 pazienti | Femmine | | Maschi | | P per interazione ^a |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| | | | OR (95% CI) ^b | P per trend | OR (95% CI) ^b | P per trend | |
| | | | | | | | |
| Iperlipidemia | | | | | | | |
| eGFR ≤ 30 ml/1.73 m ² | 1,302 (1,127) | 1,302 (1,287) | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | <math>< 0.001</math> |
| - 90-60 | 702 (119) | 457 (79) | 1.89 (1.41, 2.58) | | 1.32 (1.16, 1.51) | | |
| - 60-45 | 115 (146) | 71 (174) | 1.60 (1.02, 2.49) | | 2.40 (1.63, 3.59) | | |
| - ≤ 45 | 122 (64) | 86 (73) | 3.10 (2.18, 4.48) | | 4.68 (3.49, 6.37) | | |
| Iperuricemia | | | | | | | |
| eGFR ≤ 30 ml/1.73 m ² | 281 (112) | 401 (207) | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | <math>< 0.15</math> |
| - ≤ 60 | 248 (115) | 657 (94) | 1.56 (0.77, 3.17) | | 1.71 (1.08, 2.70) | | |
| - 60-45 | 201 (146) | 241 (194) | 5.21 (2.36, 11.92) | | 2.19 (1.51, 3.29) | | |
| - ≤ 45 | 32 (64) | 42 (28) | 12.42 (6.62, 24.94) | | 21.87 (10.19, 52.09) | | |
| Iperuricemia/anemia | | | | | | | |
| eGFR ≤ 30 ml/1.73 m ² | 1,371 (1,137) | 1,621 (287) | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | 1.00 (Reference) | <math>< 0.001</math> | <math>< 0.001</math> |
| - 90-60 | 96 (97) | 111 (146) | 0.71 (0.51, 1.00) | | 1.74 (1.32, 2.49) | | |
| - 60-45 | 56 (26) | 50 (79) | 1.80 (1.18, 2.69) | | 1.68 (1.26, 2.24) | | |
| - ≤ 45 | 47 (64) | 42 (73) | 4.84 (2.78, 8.71) | | 14.82 (7.82, 28.39) | | |

^aRegolazione logistica multivariata aggiustata per età, sesso, BMI, fumo, diabete, ACEi. ^bRate di interazione tra eGFR (variabile continua) e sesso. Solo partecipanti con dati disponibili per la variabile. Caratteristiche in grassetto per p-value <math>< 0.05</math>

CKD-DIABETE

PO 070 – SGLT-2I IN DIABETICI TIPO 2 CON RIDOTTA FUNZIONE RENALE E PROGRESSO EVENTO C-V

Autori: Satta E.1, Strollo F.2, Romano C.1, Guarino G.3, Maffettone G., Donnarumma E., Henke E., Castellano R., Raiola I, Leone L. Vetrano A., Gambillo G. 4, Gentile S. 1,3
Affiliazioni: 1 Nefrocenter Research Network, Cava de Tirreni (SA) 2 Elle D, San Raffaele Pisana, Roma, Istituto di Endocrinologia. 3 Università Vanvitelli, Napoli, Istituto di Medicina Interna. 4 Università degli studi di Messina, Istituto di Nefrologia.

L'effetto cardio-nefroprotettivo degli SGLT2-i in soggetti con T2DM, con progresso evento cardiovascolare (IMA, ISTUS, Rivascolarizzazione), eGFR tra 45 e 60 ml/min/1.73m² micro/macroalbuminuria (MIU/MAU) è stato valutato in 100 pazienti con T2DM vs 100 pazienti con T2DM comparabili ma in trattamento con altri ipoglicemizzanti, allo scopo di valutare in 12 mesi la progressione del danno renale e gli outcome CV e generali. I parametri studiati sono visibili nella Tabella come % di soggetti con tasso di riduzione per 100 soggetti a 12 mesi dall'arruolamento. I risultati osservati confermano in un setting ambulatoriale ed in real life quanto osservato da grandi trials come CREDENCE e CANVAS. L'uso di SGLT2.i in T2DM con progresso evento CV e riduzione della funzionalità renale rallenta in modo significativo la progressione della malattia renale, la necessità di dialisi e l'ospedalizzazione per eventi CV acuti, nonché la morte per tutte le cause e per eventi CV.

Canaglifozin, empaglifozin, dapaglifozin ertugifozin sono stati utilizzati in modo del tutto casuale, rispettivamente in 22%, 28%, 28% e 31% rispettivamente e i piccoli numeri non consentono di definire quale sia il più efficace sulla prevenzione del danno renale. Sta di fatto che tutti si sono dimostrati dotati di effetto nefroprotettivo. Va

L.1.

| | n. | IMA | HF | ↓ eGFR del 30% | Raddoppio MIU/MAU | Exitus x tutte le cause | Exitus Eventi CV | Emo dialisi | HbA1c (%) |
|---------|-----|------|------|----------------|-------------------|-------------------------|------------------|-------------|-----------|
| SGLT2-1 | 100 | 8 | 5 | 7 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1,5 |
| Altri | 100 | 22 | 21 | 28 | 20 | 4 | 5 | 4 | 0,7 |
| P | | <.01 | <.01 | <.001 | <.001 | <.01 | <.01 | <.01 | <.01 |

sottolineata la necessità di stabilire linee guida di comportamento tra diabetologi e nefrologi, visto che spesso SGLT2.i sono associati ad insulina, che come è noto rappresenta l'associazione più rischiosa per episodi ipoglicemici gravi.

CKD-DIABETE

PO 071 – INSIDE CKD: PROIEZIONE A 5 ANNI DELL' IMPATTO CLINICO DELLA MALATTIA RENALE CRONICA MEDIANTE L'UTILIZZO DI UN MODELLO DI MICROSIMULAZIONE

Autori: Silvio Borrelli (1), Carlo Garofalo (1), Albert Power (2), Alyshah Abdul Sultan (3), Johan Ärnlöv (4), Claudia Cabrera (5), Juan Jose Garcia Sanchez (6), Jean-Michel Halimi (7), Juan F Navarro-González (8), Stephen Nolan (9), Lise Retat (10), Laura Webber (10), Michael Xu (10), Valentina Mongelli (11), Anna Rita Maurizi (11), Francesco S Mennini (12), Luca De Nicola (1)

Affiliazioni: (1) University Luigi Vanvitelli, Naples, Italy; (2) North Bristol NHS Trust, Bristol, UK; (3) CVRM Epidemiology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Cambridge, UK; (4) Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; (5) Real World Science and Digital, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Gothenburg, Sweden; (6) Health Economics, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Cambridge, UK; (7) University Hospital of Tours, Tours, France; (8) University Hospital Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Spa; (9) Global Medical Affairs, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Cambridge; (10) HealthLumen Limited, London, UK; (11) Medical Affairs, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Italia, (12) UKEEHTA CEIS, Faculty of Economics, University of Rome "Tor Vergata", Rome, Italy.

Background: La malattia renale cronica (CKD, chronic kidney disease) è associata ad un aumentato rischio di progressione allo stadio terminale, ad eventi cardiovascolari e mortalità prematura. La gestione delle complicanze associate a CKD e al trattamento sostitutivo renale (RRT, renal replacement therapy) hanno notevole impatto sui costi sanitari e sull' uso di risorse. Per la valutazione dell'impatto clinico ed economico è stato sviluppato un modello di micro-simulazione "Inside CKD" per modellare il carico clinico di CKD in quattro paesi europei: