

medico e paziente 3

€ 5,00

MP
edizioni

Periodico di **formazione**
e **informazione**
per il Medico di famiglia
Anno LI | n. 3- 2025

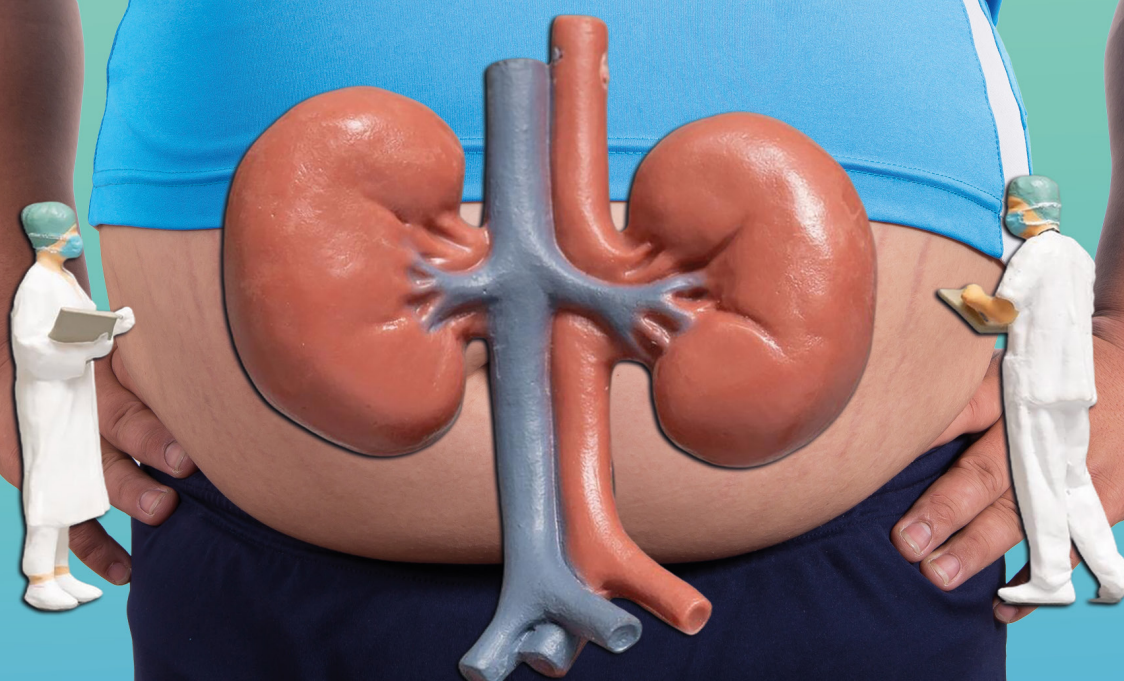
**RENE POLICISTICO AUTOSOMICO
DOMINANTE** Inquadramento clinico
e strategie terapeutiche

ALIMENTAZIONE
Identificati marker ematici e urinari per
quantificare l'introito di junk food

DIABETE La scelta
dell'ipoglicemizzante non sembra
influire sulle funzioni cognitive

CA. COLORETTALE
Nuove evidenze a sostegno del ruolo
protettivo del calcio

OBESITÀ e RENE Una coppia perdente





Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità riferite al biennio 2020-2021, il 43% della popolazione adulta italiana è in eccesso ponderale, di cui il 10% si trova in una condizione di obesità.

L'obesità si associa a comorbilità cardiovascolari e metaboliche ed è ampiamente riconosciuta come fattore di rischio indipendente per malattia renale cronica e per la sua evoluzione verso lo stadio terminale.

I meccanismi fisiopatologici che sottendono il danno renale sono diversi e complessi; dal punto di vista clinico, le manifestazioni dell'obesità sul rene possono includere albuminuria, proteinuria, sindrome nefrosica, aumentato rischio di sviluppo e di progressione dell'insufficienza renale.



9 NEFROLOGIA

Obesità e rene Una coppia perdente

La relazione tra sovrappeso, obesità e danno renale è ben documentata in letteratura. Per contrastare la progressione del danno renale esistono diversi approcci che vanno dalla correzione dello stile di vita all'impiego di differenti classi di farmaci e, nei casi in cui queste strategie non siano sufficienti, la chirurgia bariatrica può rappresentare un'opzione.

Giuseppe Di Cenzo



14 MALATTIE RARE

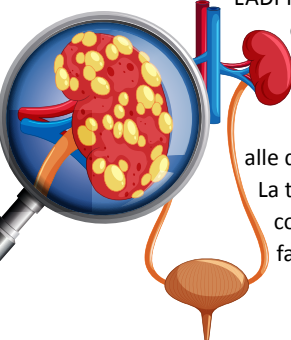
Rene policistico autosomico dominante dell'adulto

Inquadramento clinico e strategie terapeutiche

Laura Econimo, Letizia Zeni, Diego Toso, Roberta Cortinovis, Chiara Dordoni, Francesco Scolari, Federico Alberici, Claudia Izzi

L'ADPKD rappresenta la più comune nefropatia ereditaria e la quarta causa di nefropatia terminale per incidenza e prevalenza. La patologia richiede una gestione multidisciplinare con attenzione alle diverse complicanze extrarenali.

La terapia prevede misure nefroprotettive con possibilità di associare trattamenti farmacologici mirati.



6 LETTI PER VOI

Alimentazione

Attraverso semplici esami ematici o urinari sarà possibile quantificare quanti cibi ultraprocescati vengono assunti con la dieta.



Patologie metaboliche

Sull'evoluzione del declino cognitivo in pazienti diabetici in fase iniziale pesa maggiormente il controllo glicemico piuttosto che la scelta del farmaco ipoglicemizzante.



Cardiologia

L'impiego di amiloride in aggiunta ai farmaci antipertensivi abituali si delinea come possibile alternativa allo spironolattone nei pazienti con ipertensione resistente.

Prevenzione oncologica

Nuovi dati a sostegno del ruolo protettivo del calcio in rapporto al rischio di Ca. colorettales. I risultati dello studio NIH-AARP Diet and Health Study.

Per le informazioni sugli abbonamenti telefonare allo 02 4390952

DIRETTORE EDITORIALE

Anastassia Zahova

COORDINAMENTO REDAZIONE WEB

Alessandro Visca

REDAZIONE

Folco Claudi, Cesare Peccarisi

PROGETTO GRAFICO E IMPAGINAZIONE

Elda Di Nanno

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Concetta Accarrino

DIRETTORE COMMERCIALE

Carla Tognoni

carla.tognoni@medicoepaziente.it

CLIENT ACCOUNT

Silvia Pizzoli - silvia.pizzoli@medicoepaziente.it

RESPONSABILE COMUNICAZIONE

Elisabetta Benini - elisabetta.benini@medicoepaziente.it

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Federico Alberici, Roberta Cortinovis, Giuseppe Di Cienzo,
Chiara Dordoni, Laura Econimo, Claudia Izzi, Francesco Scolari,
Diego Toso, Letizia Zeni

Crediti fotografici: 123RF Archivio Fotografico, Freepik

DIRETTORE RESPONSABILE

Sabina Guancia Scarfoglio

Registrazione del Tribunale di Milano n. 32 del 4/2/1975 Filiale di Milano. R.O.C. N° 10464. L'IVA sull'abbonamento di questo periodico e sui fascicoli è considerata nel prezzo di vendita ed è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma lettera CDPR 26/10/1972 n. 633. L'importo non è detraibile e pertanto non verrà rilasciata fattura.

Stampa: Graphicscalve, Vilminore di Scalve (BG)

I dati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'Editore "M e P Edizioni Medico e Paziente" per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'art. 7 D. LGS 196/2003 è possibile in qualsiasi momento e gratuitamente consultare, modificare e cancellare i dati o semplicemente opporsi al loro utilizzo scrivendo a: M e P Edizioni Medico e Paziente, re-sponsabile dati, via Dezza, 45 - 20144 Milano.

COMITATO SCIENTIFICO

Prof. **Vincenzo Bonavita**

Professore emerito di Neurologia, Università "Federico II", Napoli

Prof. **Fausto Chiesa**

Direttore emerito Divisione Chirurgia Cervico-facciale,
IEO (Istituto Europeo di Oncologia), Milano

Prof. **Sergio Coccheri**

Già Direttore della Divisione di Angiologia e
Coagulazione presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi; Bologna

Prof.ssa **Roberta Gualtierotti**

Professoressa Associata di Medicina Interna
Dipartimento di Fisiopatologia Medico-chirurgica e dei Trapianti,
Università degli Studi di Milano
S.C. Medicina - Emostasi e Trombosi, Fondazione IRCCS
Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

Prof. **Giuseppe Mancia**

Professore emerito di Medicina interna, Università
degli Studi Milano-Bicocca

Dott. **Alberto Olivetti**

Medico di famiglia, Ancona; Presidente Fondazione ENPAM

Prof. **Rocco Maurizio Zagari**

Professore ordinario di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze
mediche e chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna

COME ABBONARSI a MEDICO e PAZIENTE

Abbonamento annuale **ordinario**
MEDICO E PAZIENTE € 20,00

Abbonarsi è facile:

- ▶ basta una telefonata **024390952**
- ▶ un fax **02 56561838**
- ▶ o una e-mail
abbonamenti@medicoepaziente.it

Numeri arretrati € 10,00

Modalità di pagamento

1 Carta di credito

Collegandosi al sito
mep-edizioni.it/abbonamento/

2 Bollettino di ccp n. 94697885 intestato a:

M e P Edizioni srl - via Dezza, 45 - 20144 Milano

3 Bonifico bancario:

Beneficiario: M e P Edizioni
IBAN: IT 41 V 05034 01691 000000023440
Specificare nella causale l'indirizzo
a cui inviare la rivista





Autoformazione ECM con gli articoli di **Medico e paziente**

Il regolamento sull'obbligo formativo ECM prevede la possibilità di **acquisire fino al 20% dei crediti obbligatori** previsti per il triennio (30 crediti su 150) attraverso l'attività di **autoformazione**.

L'autoformazione consiste, tra l'altro, nella lettura di **riviste scientifiche**, di **capitoli di libri** e di **monografie** per le quali è possibile richiedere il riconoscimento ECM.

L'attribuzione dei crediti a questa attività si basa su un criterio temporale, per cui **1 ora di lettura corrisponde a 1 credito ECM**.

I crediti si devono richiedere al CoGeAPS (Anagrafe Nazionale Crediti ECM), indicando su un apposito modulo. Per caricare i crediti su cogeaps.it, ci si può registrare al portale oppure è possibile rivolgersi all'operatore dell'Ordine di appartenenza.

Sul nostro sito www.medicoepaziente.it all'indirizzo medicoepaziente/formazione è disponibile una guida per la richiesta dei crediti di autoformazione ECM.

A partire da questo numero di **Medico e paziente**, gli articoli della rivista che hanno validità per l'attività di autoformazione sono contraddistinti dal logo

In ogni articolo è specificato il tempo di lettura e l'obiettivo formativo, definito sulla base dei criteri elencati nel Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario (Tabella A).



ALIMENTAZIONE

Attraverso semplici **ESAMI EMATICI**
O URINARI sarà possibile quantificare
quanti **CIBI ULTRAPROCESSATI**
vengono assunti con la **DIETA**



Come individuare quanti alimenti ultraprocesati (UPF, *ultraprocessed food*), definiti tali secondo il sistema NOVA che identifica gli alimenti in base al loro livello di lavorazione industriale (1), vengono assunti con la dieta?

Gli UPF altamente trasformati e con scarsa o nessuna pratica di lavorazione alimentare convenzionale comprendono non solo cibi come snack preconfezionati, carni lavorate o pasti già pronti, ma anche bevande analcoliche zuccherine (2).

Nonostante le molte raccomandazioni a privilegiare alimenti minimamente trasformati e ricchi di nutrienti, il moderno stile di vita occidentale spinge sempre più verso il consumo di alimenti ultraprocesati.

Per individuarne la quantità assunta con la dieta uno studio appena pubblicato su *PLOS Medicine* (3) da ricercatori del National Cancer Institute di Rockville in Maryland e da quelli dell'University of Sao Paulo del Brasile ha identificato 191 marker ematici e 300 urinari dai quali sono poi stati selezionati 28 metaboliti ematici e 33 urinari con i quali è stato messo a punto uno score che consente di farlo. Dal 2012 al 2013 sono stati reclutati 1.082 soggetti con età compresa tra 50 e 74 anni, residenti a Pittsburgh e dintorni, di madre lingua inglese, con possibilità di accesso a

internet, che non seguivano alcun tipo di dieta ed erano esenti da gravi patologie e limitazioni della mobilità. Per seguire l'alimentazione dei partecipanti è stata usata una valutazione dietetica H24 autosomministrabile automatizzata (ASA-24).

Al di là dell'aspetto pratico di un controllo longitudinale dell'alimentazione con un semplice esame del sangue e delle urine l'identificazione di questi marker pone le basi per una concreta verifica degli effetti a lungo o medio termine di questi alimenti sulla salute.

Diversi studi collegano infatti l'assunzione di UPF a obesità, malattie cardiovascolari, sindrome metabolica (4) e malattie neurodegenerative come quelle di Alzheimer (5) e di Parkinson (6).

Studi precedenti hanno indicato come l'aderenza a diete invece povere di UPF, in primis quella mediterranea, sia correlata a un minor rischio non solo di malattie neurodegenerative, ribadendo le linee guida USA sulla salute alimentare (7) che raccomandano un consumo minimo di questo tipo di alimenti che, costituendo un gruppo eterogeneo e diversificato, richiederebbero molte indagini per individuare migliori metodi di lavorazione, di ingredienti e di additivi da usare nella catena dell'industria alimentare.

Uno studio pubblicato il mese scorso sull'*American Journal of Preventive*

Medicine (8) indica che per ogni aumento del 10% di UPF nel cibo sale del 3% il rischio di morte anticipata per qualsiasi causa.

I risultati dello studio ora pubblicato su *PLOS Medicine* sono stati sottoposti anche a valutazione interna di confronto: per due settimane 20 dei



partecipanti hanno fatto due diete diverse, una con UPF all'80% e l'altra che ne era completamente priva.

Al termine di ogni periodo di dieta nei campioni di sangue e urine i metaboliti marker erano effettivamente in linea con le quantità di cibo ultraprocesato che i soggetti avevano assunto nelle due settimane precedenti. In un piccolo gruppo (4 persone) li hanno individuati anche se la dieta conteneva UPF al 30%. Un risultato a sorpresa è che li individuano non solo in chi ha un modello alimentare caratterizzato da un elevato consumo di UPF, ma anche da una bassa assunzione di cibi integrali, frutta e verdura fresca, un motivo di più a favore della dieta mediterranea.

Referenze

1. Monteiro CA et al. *Public Health Nutrition* 2019; 22(5): 936-941.
2. Monteiro CA et al. *Public Health Nutrition* 2017; 21(1): 5-17.
3. Abor L et al. *PLOS Medicine* 2025; doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004560>.
4. Ludwig DS. *Jama* 2011; 305(13): 1352-1353.
5. Lane MM et al. *BMJ* 2024; 384: e077310.
6. Wang P et al. *Neurology* 2025; 104(11).
7. DGA 2020-2025. *Dietary Guidelines.org*
8. Nilson EAF et al. *American Journal of Preventive Medicine* 2025; 68(6): 1091-1099.

PATOLOGIE METABOLICHE

Sull'evoluzione del **DECLINO COGNITIVO** in pazienti diabetici in fase iniziale pesa maggiormente il **CONTROLLO GLICEMICO** piuttosto che la scelta del **FARMACO IPOGLICEMIZZANTE**

La compromissione cognitiva è una nota complicanza del diabete di tipo 2. Al momento non vi sono chiare strategie per contrastare il declino cognitivo in questi soggetti, anche se alcuni lavori hanno ipotizzato un possibile ruolo protettivo di certe classi di farmaci ipoglicemizzanti. In questo contesto si colloca lo studio randomizzato e controllato GRADE, secondo cui in soggetti con diabete di tipo 2 (DT2) di recente insorgenza, la scelta del farmaco ipoglicemizzante da associare alla metformina non influisce sulla funzione cognitiva. Tuttavia, un controllo glicemico peggiore correla con un lieve deterioramento delle prestazioni cognitive nel tempo. Lo studio GRADE ha confrontato gli effetti di quattro classi di farmaci ipoglicemizzanti, aggiunti alla metformina, sulle capacità cognitive, valutando anche il ruolo del controllo glicemico a lungo termine. Il disegno del trial prevedeva l'arruolamento di 3.721 adulti con DT2 di durata media 4,3 anni, randomizzati a ricevere metformina associata a uno tra: insulina glargine, glimepiride (sulfonilurea), liraglutide (agonista del recettore GLP-1), sitagliptin (inibitore DPP-4).

La funzione cognitiva è stata misurata principalmente tramite il Digit Symbol Substitution Test (DSST), e secondariamente con test di memoria verbale e fluenza semantica, in un follow-up medio di 4,1 anni. Inoltre, è stato calcolato l'effetto della glicemia media (HbA1c ponderata nel tempo) sulle prestazioni cognitive.

Dall'analisi statistica non sono emerse differenze significative tra i gruppi di trattamento nella funzione cognitiva a fine follow-up. Tuttavia, per ogni punto percentuale in più di HbA1c, si osservava un lieve ma significativo peggioramento in vari parametri: DSST (-0,94 punti; IC 95%, -1,30 a -0,57); memoria verbale immediata (-0,27 punti); fluenza semantica (-0,28 punti).

Gli episodi di ipoglicemia severa sono stati rari (<1% in tutti i gruppi).

In conclusione, nelle fasi iniziali del diabete tipo 2, la scelta del farmaco ipoglicemizzante da associare alla metformina non sembra influenzare direttamente le funzioni cognitive. Tuttavia, mantenere un buon controllo glicemico è fondamentale, poiché livelli di HbA1c più elevati si associano a un peggioramento, seppur modesto, delle prestazioni cognitive nel tempo.

• Luchsinger JA, Rosin SP et al.

Jama Internal Medicine 2025; doi: 10.1001/jamainternmed.2025.1189. Published online May 19, 2025

CARDIOLOGIA

L'impiego di **AMILORIDE** in aggiunta ai **FARMACI ANTIPERTENSIVI** abituali si delinea come possibile alternativa allo **SPIRONOLATTONE** nei pazienti con **IPERTENSIONE RESISTENTE**

In pazienti con ipertensione resistente, il trattamento con amiloride è risultato associato a una riduzione della pressione arteriosa sistolica simile a quanto riscontrato con il più utilizzato spironolattone, dimostrandosi un'alternativa terapeutica non inferiore in termini di efficacia a 12 settimane. È quanto emerso da uno studio coreano pubblicato su

Jama. Lo spironolattone rappresenta un trattamento di riferimento per l'ipertensione resistente, il cui impiego potrebbe essere limitato tuttavia da eventi collaterali per lo più di tipo androgenico come per esempio ginecomastia o alterazioni del ciclo mestruale. L'amiloride, diure-



tico risparmiatore di potassio, è stato proposto come alternativa, ma finora mancavano confronti diretti in studi clinici randomizzati. Questo trial clinico ha voluto verificare se l'amiloride fosse non inferiore allo spironolattone nel ridurre la pressione sistolica domiciliare in pazienti già in trattamento con una tripla terapia antipertensiva (diuretici, inibitori del sistema renina-angiotensina, calcio-antagonisti). Lo

studio ha incluso 118 adulti con pressione sistolica domiciliare ≥ 130 mmHg nonostante un trattamento con antagonista del recettore dell'angiotensina, calcio-antagonista e tiazidico. I pazienti sono stati randomizzati a ricevere spironolattone

File completo acquistabile come arretrato da nostro sito

Arretrati