La sindrome cardiovascolare-renale-metabolica

Data 27 settembre 2026
Categoria metabolismo

Che cosa si intende per sindrome cardiovascolare-renale-metabolica?

Si parla sempre più spesso di sindrome cardiovascolare-renale-metabolica (in sigla: CKM). cosa s'intende? Si tratta di un nuovo paradigma clinico che mette insieme, come manifestazioni interconnesse di un unico processo patologico:
- obesità viscerale,
- insulino-resistenza e diabete tipo 2,
- steatosi epatica associata a disfunzione metabolica (in sigla: MAFLD),
- malattia renale cronica (CKD),
- malattia cardiovascolare (CVD).

Tutte queste condizioni hanno, infatti, dei meccanismi fisiopatologici condivisi: insulino-resistenza, infiammazione cronica a basso grado, stress ossidativo, disfunzione endoteliale e vascolare. L'adiposità viscerale è considerata il principale determinante patogenetico, influenzato da fattori genetici, ambientali e comportamentali.

Stadiazione della CKM

Stadio 1: adiposità viscerale, insulino-resistenza/prediabete, assenza di altri fattori di rischio metabolici o nefropatia cronica.

Stadio 2: presenza di ipertensione, ipertrigliceridemia, diabete tipo 2 e/o nefropatia cronica associati ad adiposità viscerale.

Stadio 3: cardiovasculopatia aterosclerotica subclinica o scompenso cardiaco subclinico
oppure nefropatia cronica avanzata ad alto rischio.

Stadio 4: cardiovasculopatia clinicamente manifesta (cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, ictus, arteriopatia periferica, fibrillazione atriale), con in presenza o assenza di insufficienza renale terminale.

Diagnosi e screening in medicina generale

Elementi anamnestici suggestivi: sindrome dell'ovaio policistico*, MAFLD, gotta, diabete gestazionale, familiarità per diabete tipo 2.

Segni clinici: sovrappeso/obesità, aumento della circonferenza vita,
fibromi penduli, acanthosis nigricans, ipertensione.

Esami raccomandati: glicemia a digiuno, HbA1c, creatinina e eGFR, profilo lipidico completo,
funzionalità epatica, uricemia, rapporto albumina/creatinina urinario (uACR).

Ruolo dell'albuminuria: l'uACR è considerato un biomarcatore trasversale della CKM. Valori patologici: 2,5 mg/mmol negli uomini, 3,5 mg/mmol nelle donne.
L'albuminuria è correlata a aumento della mortalità, progressione della nefropatia cronica, peggior prognosi cardiovascolare, progressione della MAFLD.

Interventi sullo stile di vita

Gli interventi sullo stile di vita sono il fondamento della terapia di prima scelta: attività fisica regolare, controllo ponderale, dieta mediterranea (o diete simili), riduzione degli alimenti ultra-processati, ottimizzazione del sonno, gestione dello stress, smettere di fumare, non bere o moderare il consumo di alcolici. Target di perdita di peso: ≥10% per beneficio cardiovascolare/metabolico significativo.
Si può talora ottenere una remissione del diabete tipo 2 tramite perdita di peso intensiva, diete ipocaloriche strutturate, approcci low-carb/chetogenici in pazienti selezionati, chirurgia bariatrica in casi appropriati.

Terapia farmacologica

Gli ACE-inibitori/ARB rappresentano la terapia cardine della CKM. L'obiettivo è arrivare a valori di pressione arteriosa <130/80 mmHg e a una riduzione dell'albuminuria ≥30%. Possono essere usati anche nella nefropatia cronica

avanzata salvo ipotensione o iperkaliemia.

Le statine sono anch'esse un cardine della terapia farmacologica con evidenze robuste di riduzione degli eventi cardiovascolari.Vanno prescritte in base al rischio cardiovascolare globale , con target di LDL differenziati per categoria di rischio. L'intensità della terapia va titolata, associando ezetimibe se il target non viene raggiunto.

Gli inibitori SGLT2 sono indicati in caso di diabete tipo 2, nefropatia cronica con o senza diabete, scompenso cardiaco a FE ridotta, lievemente ridotta o preservata. Hanno effetto nefro-cardioprotettivo.

Gli antagonisti recettoriali dei mineralcorticoidi trovano indicazione nei diabetici con nefropatia cronica albuminurica (finerenone) e nello scompenso cardiaco con FE ridotta (spironolattone ee eplerenone).

Gli agonisti GLP-1 e dual GIP/GLP-1 sono indicati per obesità, diabete di tipo 2, prevenzione cardiovascolare secondaria. Comportano una perdita di peso significativa e una possibile remissione del diabete, riducono gli eventi cardiovascolari e vi sono evidenze crescenti di nefroprotezione (semaglutide).

Messaggi conclusivi per il medici di MG

1. Considerare obesità viscerale, diabete, nefropatia cronica e malattia cardiovascolare come manifestazioni di un'unica sindromesistemica.

2. Integrare sistematicamente la ricerca dell'albuminuria (uACR) nello screening dei pazienti a rischio.

3. Intervenire precocemente negli stadi 1-2, dove la remissione è ancora possibile.

4. Utilizzare precocemente farmaci con beneficio cardiorenale documentato (ACEi/ARB, SGLT2i, finerenone, GLP-1 RA) secondo indicazione.

5. Utilizzare un approccio centrato sul paziente, con particolare riguardo agli interventi comportamentali e alla prevenzione cardiovascolare globale.

* Negli ultimi anni molte società scientifiche hanno progressivamente abbandonato il termine PCOS (Polycystic Ovary Syndrome) come definizione principale, perché il nome enfatizza le cisti ovariche, che non sono né necessarie né sufficienti per la diagnosi. Nel 2023-2025 è stata proposta una nuova denominazione: Metabolic Reproductive Syndrome (MRS) oppure, in alcuni documenti e discussioni internazionali, Metabolic Reproductive Disorder (MRD). Il motivo del cambiamento è che la sindrome viene oggi considerata soprattutto una condizione di insulino-resistenza, disfunzione metabolica, infiammazione cronica, rischio cardiovascolare aumentato, alterazioni riproduttive e ovulatorie.
Va comunque tenuto presente che la terminologia PCOS resta attualmente quella predominante nelle linee guida internazionali.

RenatoRossi

Bibliografia

Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, Neeland IJ, Tuttle KR, Khan SS, Coresh J, Mathew RO, Baker-Smith CM, Carnethon MR, Despres JP, Ho JE, Joseph JJ, Kernan WN, Khera A, Kosiborod MN, Lekavich CL, Lewis EF, Lo KB, Ozkan B, Palaniappan LP, Patel SS, Pencina MJ, Powell-Wiley TM, Sperling LS, Virani SS, Wright JT, Rajgopal Singh R, Elkind MSV; American Heart Association. Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2023 Nov 14;148(20):1606-1635. doi: 10.1161/CIR.0000000000001184. Epub 2023 Oct 9. Erratum in: Circulation. 2024 Mar 26;149(13):e1023. doi: 10.1161/CIR.0000000000001241. PMID: 37807924.

Ndumele CE, Neeland IJ, Tuttle KR, Chow SL, Mathew RO, Khan SS, Coresh J, Baker-Smith CM, Carnethon MR, Després JP, Ho JE, Joseph JJ, Kernan WN, Khera A, Kosiborod MN, Lekavich CL, Lewis EF, Lo KB, Ozkan B, Palaniappan LP, Patel SS, Pencina MJ, Powell-Wiley TM, Sperling LS, Virani SS, Wright JT, Rajgopal Singh R, Elkind MSV, Rangaswami J; American Heart Association. A Synopsis of the Evidence for the Science and Clinical Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) Syndrome: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2023 Nov 14;148(20):1636-1664. doi: 10.1161/CIR.0000000000001186. Epub 2023 Oct 9. PMID:37807920.

Dwyer KM, Figtree PE, Oetsch K, Gupta A. Cardiovascular-kidney-metabolic (CKM) syndrome. Aust Prescr 2026;49:79-83.https://doi.org/10.18773/austprescr.2026.026