

# VIRTUAL EXPERT MEETING

## Gestione del SHPT nei pazienti dializzati: Etelcalcetide in real world

### 15 GIUGNO 2021

#### Razionale

L'iperparatiroidismo secondario (SHPT) è una complicanza comune della malattia renale cronica (CKD). Il progressivo declino della funzionalità renale, infatti, porta all'alterazione del metabolismo di calcio (Ca), fosforo (P) e vitamina D. Il conseguente sviluppo di ipocalcemia determina un incremento della sintesi di ormone paratiroideo (PTH), ormone prodotto dalle ghiandole paratiroidi, che è il principale regolatore dei livelli circolanti di calcio. La secrezione persistentemente elevata del paratormone determina l'aumento della calcemia a discapito della densità minerale ossea e con una conseguente deposizione di calcio a livello vascolare. Le conseguenze cliniche dell'SHPT sono particolarmente significative e includono:

- un rischio di fratture di 3-4 volte più alto rispetto alla popolazione generale,
- un maggior rischio di ospedalizzazione,
- calcificazioni vascolari per effetto del disordine sistemico del metabolismo minerale. Esse aumentano il rischio di eventi cardiovascolari e, quindi, il tasso di mortalità.

Gli interventi farmacologici per l'iperparatiroidismo secondario mirano principalmente alla prevenzione delle sue conseguenze sull'apparato scheletrico e cardiovascolare. I trattamenti in uso più prescritti sono di tre tipi, spesso usati in associazione:

- chelanti del fosforo: attenuano l'assorbimento intestinale del fosforo,
- vitamina D: gli attivatori del recettore della vitamina D (VDRAs) o i suoi analoghi incrementano l'assorbimento del calcio e del fosforo e riducono quindi la sintesi di PTH,
- calcimimetici: riducono i livelli di paratormone e anche i livelli di calcio e fosforo.

Agiscono infatti sul recettore sensibile al calcio che ne regola la secrezione da parte delle paratiroidi. Fino ad oggi l'impiego dei metaboliti attivi della vitamina D (calcitriolo) per via orale o e.v. rappresentava la terapia di scelta per la prevenzione e il trattamento della maggior parte dei casi di IPS. Tale terapia ha però mostrato i suoi limiti d'impiego, perché poteva favorire la comparsa di ipercalcemia e iperfosfatemia, soprattutto con l'utilizzo di alte dosi di vitamina che costringevano alla sua sospensione o ad un uso discontinuo con scarsa risposta e con conseguente necessità di ricorso alla terapia chirurgica (paratiroidectomia). L'introduzione dei calcimimetici ha costituito una svolta nella terapia dell'IPS. Il primo calcimimetico impiegato nell'IPS è stato il cinacalcet. Questo agisce modulando in maniera allosterica il CaSR e, aumentando la sua sensibilità al calcio, determina in poche ore (4 h) la caduta del PTH per riduzione della sua secrezione e in parte della sintesi. Ma non tutti i pazienti tollerano il cinacalcet, che può causare frequentemente la comparsa di fastidiosi effetti collaterali gastrointestinali (nausea e vomito) che possono limitare il suo uso. Un ulteriore limite (comune a tutte le terapie dell'IPS) è sicuramente la scarsa aderenza. Rispetto a tutti gli altri pazienti cronici, quelli con malattia renale assumono un numero superiore di terapie orali. Il numero di pillole per questi pazienti può raggiungere oltre le venti al giorno. A causa della scarsa aderenza alle terapie, soltanto il 15-20% dei pazienti riesce a raggiungere contemporaneamente i livelli raccomandati di PTH, Ca e P. Questi limiti potrebbero essere oltrepassati da un nuovo calcimimetico.

Etelcalcetide è nuovo farmaco a lunga durata d'azione che si somministra per via endovenosa. Composto da una catena lineare di sette aminoacidi, si lega direttamente al CaSR inibendo la produzione e la secrezione di PTH da parte delle ghiandole paratiroidi. Nel corso del webinar, verrà dapprima effettuata una disamina degli aspetti fisiopatologici e clinici dell'IP secondario a MRC. Nella seconda sessione verranno affrontate le problematiche relative agli aspetti terapeutici dell'IP con un focus specifico su etelcalcetide. Attraverso le presentazioni, basate sulla revisione della letteratura scientifica e sull'esperienza personale dei relatori, e il successivo confronto con i discenti, verrà fatto il punto sulle attuali conoscenze e sulle attitudini dei clinici in merito a una tematica complessa quale l'IPS, anche nell'ottica di un miglioramento della pratica clinica.

#### AGENDA

Ore 15.30  
Presentazione dei risultati della survey pre-meeting  
e discussione plenaria

Ore 16.00  
Presentazione del topic e discussione plenaria  
SHPT nel paziente in dialisi: linee guida e tailorizzazione  
del trattamento nella pratica clinica

Ore 16.30  
Presentazione del topic e discussione plenaria  
I calcimimetici nel trattamento del SHPT: opportunità,  
criticità e aree di miglioramento in real life

Ore 16.50  
Discussione plenaria su ulteriori evidenze in real world SHPT  
management

Ore 17.00

Casi clinici sui topic sotto evidenziati con discussione plenaria  
- Paziente naive ai calcimimetici  
- Paziente in trattamento con calcimimetico orale  
- Paziente in trattamento con calcimimetico orale,  
ma con ancora PTH non all'interno dei range di normalità

18.00 Sintesi dei lavori e conclusioni

#### FACILITATORI

Prof. Domenico Russo  
Università degli studi di Napoli "Federico II" - Napoli

Dr. Vincenzo Panuccio  
Azienda Ospedaliera Azienda BMM Reggio Calabria

#### PARTECIPANTI EXPERTS

Silvana Colucci, Elisabetta Di Meglio, Manuela Guerri, Maria Laudato, Mario Liccardo, Sergio Mangiacapra, Simona Manzi,  
Giuseppe Matarese, Fortunato Petrillo, Annamaria Sarno, Giorgia Vinci

Segreteria  
Organizzativa:



Via Pietravalle, 11 - 80131 Napoli  
tel. 081.5456125 fax 081.19324957  
info@eubea.it - www.eubea.it

Con la sponsorizzazione  
non condizionante di:

