

Subito News

Come ottenere il controllo appropriato del diabete tipo 2 nei primi 180 giorni di terapia: trattare subito e intensivamente con un follow up più stretto!

A cura di Valeria Manicardi
Dipartimento di Medicina
Ospedale di Montecchjo,
AUSL Reggio Emilia
valeria.manicardi@ausl.re.it



Gli Autori⁽¹⁾ partono dalla considerazione che, mentre tutte le Linee Guida sul Diabete raccomandano di ottimizzare il compenso nei primi 6 mesi di malattia riportando l'HbA1c a valori $\leq 7\%$, l'analisi dei risultati ottenuti in concreto negli USA ed espresso dai Registri NHANES (2001-2002), evidenzia che meno del 50% dei DT2 ha raggiunto l'obiettivo di una HbA1c $\leq 7\%$.

Sebbene i Registri NHANES facciano registrare un miglioramento delle performances rispetto agli anni 1988-1994, queste restano ancora insoddisfacenti: solo il 49,8% dei pazienti ha una HbA1c $< 7\%$, mentre circa il 30% ha ancora un valore $\geq$ all'8%, nonostante l'inserimento nell'algoritmo terapeutico della famiglia delle incretine.

L'analisi della letteratura evidenzia che esiste ancora una eccessiva inerzia terapeutica per passare dal 1° al 2° step dell'algoritmo ADA/EASD del 2009, e che i mesi che trascorrono prima di prescrivere un secondo o terzo farmaco nel paziente non a target sono troppi e determinano un lungo periodo di esposizione a valori glicemici non desiderabili (da un minimo di 14 ad un massimo di 30 mesi, a seconda degli studi) determinando in questo modo un danno irreversibile che accelera la comparsa delle complicanze. Questi risultati del mondo reale sono infatti molto lontani dagli obiettivi glicemici previsti dalle Linee Guida e non possono che favorire un aumentato rischio di insorgenza di complicanze micro e macro vascolari.

Gli autori analizzano inoltre – elaborando i dati di molti studi pubblicati – il tempo medio necessario per ogni ipoglicemizzante orale o per le diverse formulazioni di insulina per riportare la Glicemia a digiuno (FPG) a target. Considerato inferiore a 130 mg/dl il valore glicemico che stabilisce l'efficacia della terapia in corso occorrono 5 settimane per la Metformina in monoterapia, o per le Sulfoniluree e le glinidi; da 4 a 8 settimane per i Glitazoni; da 4 a 6 settimane per Inibitori del DPP4 e per gli analoghi del GLP-1; 4 settimane per la insulina basale; da 8 a 12 settimane per l'Insulina NPH; suggeriscono inoltre di affiancare all'HbA1c il controllo periodico e più frequente della FPG, assunta come indicatore più precoce di efficacia della terapia rispetto alla sola glicata.

È quindi eccessivo il tempo previsto dalle linee guida – 3 mesi – per il successivo controllo della glicemia a digiuno, per veri-

ficare l'efficacia della terapia e passare eventualmente ad un secondo farmaco da aggiungere alla monoterapia: già dopo 1,5-2 mesi è possibile verificare se si è ottenuto il valore target di glicemia a digiuno (< 130 mg/dl), e - se così non è - è preferibile aggiungere un secondo farmaco piuttosto che aumentare il dosaggio della monoterapia.

Come per gli steps previsti per il controllo dell'ipertensione arteriosa, sembra più efficace per raggiungere i target terapeutici, una politerapia con dosi più basse di più farmaci piuttosto che l'impiego del massimo dosaggio previsto con un solo farmaco.

Gli autori suggeriscono inoltre di adottare precocemente la terapia Insulinica basale per valori di HbA1c $> 8,5\%$ (subito!) per raggiungere più rapidamente possibile il valore target di glicemia a digiuno < 130 mg/dl, cioè entro i primi 180 giorni.

In conclusione, gli autori suggeriscono di modificare il timing del management del Diabete Tipo 2 all'esordio:

1. Utilizzare la Glicemia a digiuno (FPG) come indicatore di efficacia della terapia iniziata, da controllare dopo 1,5-2 mesi, ed ogni 2 mesi dopo la modifica di terapia
2. Non insistere con un solo farmaco se dopo 2 mesi la glicemia a digiuno non è ottimale: si espone solo il paziente al rischio di una protratta e dannosa iperglicemia
3. Iniziare subito con almeno due farmaci – tra i quali la insulina basale – nei pazienti con HbA1c $\geq 9\%$ all'esordio, per accelerare il raggiungimento dell'HbA1c di 7%. E se questa strategia non basta, occorre aggiungere un analogo rapido al pasto principale (basal plus) o a tutti i pasti (basal bolus) o associare ipoglicemizzanti orali, ma sempre con steps non superiori ai 2 mesi
4. Chiedere ai pazienti in terapia orale un controllo domiciliare della glicemia a digiuno ogni settimana e riportarla nel diario alla 4°, 6°, 8° settimana: i risultati di questi valori sono fortemente predittivi dell'HbA1c alla 8° settimana
5. Eseguire il controllo dell'HbA1c a 3 e 6 mesi per verificare se il target è stato raggiunto e mantenuto.

Questi semplici accorgimenti possono permettere di raggiungere il controllo metabolico ottimale nei primi 180 giorni di terapia, fare acquisire una memoria metabolica positiva, che si può tradurre in una riduzione di futuri danni renali, retinici e del sistema nervoso, così come in una riduzione di malattia cardiovascolare.

Messaggio Chiave

Intensificare il timing del controllo glicemico all'esordio ed utilizzare la Glicemia a digiuno ogni 2 mesi come verifica della efficacia della terapia, da affiancare all'HbA1c per raggiungere il target nei primi 180 giorni di terapia.

BIBLIOGRAFIA

1. Kuritzky L., Epstein BJ, Lavernia F. How to obtain appropriate type 2 diabetes control in the first 180 days of treatment initiation. *Postgrad Med.* 2010 May; 12(3):33-42.