

Subito! News

A cura di
Valeria Manicardi



segreteria@aemmedi.it

Overcoming Obstacles in Risk Factor Management in Type 2 Diabetes Mellitus

Yehuda Handelsman e coll.

J Clin Hypertens (Greenwich) 13:613–620, 2011. Wiley Periodicals, Inc.

News di Valeria Manicardi

Messaggio chiave. Per ottimizzare i risultati sul controllo cardiovascolare globale nei diabetici occorre agire subito con un trattamento intensivo su ogni fattore di rischio e utilizzare terapie combinate di farmaci con meccanismi d'azione complementari e sinergici, oltre a mantenere alta l'attenzione e la informazione del paziente sulla qualità della cura erogata e sull'importanza di assumere correttamente le terapie prescritte.

Le tante cause dell'inerzia terapeutica

La review **"Overcoming Obstacles in Risk Factor Management in Type 2 Diabetes Mellitus"** di **Yehuda Handelsman e coll.** analizza le ragioni per cui in una larga parte di diabetici tipo 2 non si riesce a ottenere il target dei fattori di rischio cardio-vascolari quali HbA_{1c}, ipertensione arteriosa, dislipidemia, e quindi non si ottiene la riduzione del rischio cardiovascolare globale. La review analizza gli ostacoli che si frappongono al raggiungimento dei target nei Diabetici Tipo 2 e discute le strategie da adottare per superarli, compresa l'importanza di adottare da subito un trattamento intensivo su tutti i fattori di rischio.

Le ragioni che impediscono il raggiungimento dei target sono molteplici e vanno dalla scarsa aderenza ai trattamenti dei pazienti, dovuta spesso alla complessità delle terapie, oltre che al timore per gli effetti indesiderati, all'inerzia terapeutica del medico che ri-

tarda l'intensificazione dei trattamenti, alla scarsa educazione terapeutica dei pazienti. All'inerzia terapeutica contribuiscono anche i risultati negativi di alcuni trial che vengono interpretati in modo estensivo, ben oltre i risultati scientifici offerti dagli stessi.

Le evidenze che raggiungere i target è altamente vantaggioso per i pazienti sono molteplici: occorre superare gli ostacoli per ottimizzare i risultati sui fattori di rischio nei diabetici.

Fallimento Terapeutico

I dati del National Health and Nutrition Examination Survey

evidenziano come oltre il 40% dei Diabetici Tipo 2 non raggiungano valori di HbA_{1c} < a 7,0 %; inoltre la maggior parte dei pazienti non riesce ad ottenere i target desiderati contemporaneamente dei tre principali fattori di rischio Cardio-vascolari (Iperglicemia, Iper-tensione Arteriosa e dislipidemia). In ampi studi recenti solo il 10% dei pazienti (DT2 e DT1) ottenevano contemporaneamente valori di HbA_{1c} < 7,0%, di PA < 130/80 mmHg e di LDL-Colesterolo < 100 mg/dl.

Aderenza alla Terapia

La mancata aderenza alla terapia è l'ostacolo più importante al raggiungimento dei target terapeutici. Uno studio del 2006 (*Arch.Intern.Med.* 2006;166:1836-1841) su oltre 11.000 pazienti ha dimostrato che coloro che hanno una ridotta aderenza alla terapia (>80%) hanno minore raggiungimento dei target, maggiore morbilità e ospedalizzazioni, e che l'incremento del 25% dell'aderenza alla terapia si traduce in una significativa riduzione di mortalità e ospedalizzazioni.

Inerzia Terapeutica

La latenza spesso nell'intensificazione della terapia da parte dei medici trova diverse cause, non ultime la non omogeneità nelle linee guida delle diverse società scientifiche - soprattutto per l'ambito diabetologico - e il continuo aggiornamento delle stesse.

Spesso passano 2 o 3 anni prima che si intensifichi la terapia per ottimizzare il compenso e si attende l'arrivo a valori di HbA1c > a 9,5%, il che significa esporre per molto tempo i pazienti a livelli elevati di glucosio che si ripercuoterà sulle complicanze croniche del diabete.

C'è una maggiore inerzia terapeutica nella primary care rispetto alla specialistica (*Diabetes Educ 2005;31:564-571*) soprattutto nell'iniziare la terapia insulinica quando indicata. L'inerzia del medico è spesso potenziata dalla resistenza del paziente alla intensificazione della terapia o dall'autoriduzione dei dosaggi dei farmaci.

Un'altra causa di inerzia terapeutica è spesso la sovrastima sia del medico che del paziente del controllo ottenuto ad esempio per i valori pressori, considerati a target anche se non lo sono.

Altra causa di ritardo nella intensificazione della terapia è il timore di effetti collaterali o di interazioni farmacologiche che frenano sia il medico che il paziente. Il risultato è che c'è una inerzia terapeutica di almeno 2 anni nell'intervenire su valori non a target dei diversi fattori di rischio cardio-vascolari.

Effetti negativi delle informazioni agli utenti e della diffusione dei risultati di Trials negativi

La lettura delle informazioni sui farmaci e degli effetti collaterali descritti nei bugiardini spesso induce alla sospensione o all'autoriduzione del farmaco stesso.

Inoltre anche la diffusione attraverso i media dei risultati di Trial soprattutto negativi induce risposte che vanno ben oltre i risultati scientifici dei trial: ad esempio il ritiro del Rosiglitazone dal commercio -dopo la metanalisi che gli attribuiva l'aumentato rischio di infarto - ha indotto molti pazienti a sospendere non solo il rosiglitazone ma anche altri farmaci ipoglicemizzanti orali, ed ha indotto molti medici a togliere il Rosiglitazone senza sostituirlo con altro farmaco (13% dei pazienti non ha ricevuto un sostituto), e inoltre la ter combinata è scesa dall'89% al 33%, e solo il 6% è passato da Rosi a Pioglitazone (*"Clinical practice effect of*

rosiglitazone discontinuation on glycemc control." *Endocr. Pract.2009;15:270*)

Anche I risultati dell'ACCORD sui mancati vantaggi del trattamento intensivo di pazienti con Diabete Tipo 2 ha creato confusione e un allentamento dell'attenzione all'ottimale compenso metabolico dei pazienti.

Proposte di soluzione per superare gli ostacoli

Per ottenere una maggiore aderenza alla terapia occorre dedicare tempo alla informazione dei pazienti sull'importanza della terapia e del raggiungimento dei target, occorre fare attenzione alla eccessiva complessità delle terapie ed al costo dei farmaci, nel caso i pazienti debbano pagarli. Occorre monitorare la qualità della cura erogata ed i risultati ottenuti, ed è necessario rivedere i pazienti non a target non oltre 2-3 mesi per ricontrollare i risultati e rinforzare i messaggi sulla continuità terapeutica. Quindi maggiore educazione terapeutica ed empowerment del paziente.

Vantaggi del trattamento intensivo del Diabete Tipo 2

Il follow-up dell'UKPDS ha ben dimostrato l'importanza di trattare intensivamente e subito i pazienti con diabete di tipo 2 soprattutto neodiagnosticati, per ottimizzare il controllo dell'HbA1c e fare acquisire una memoria metabolica favorevole, che riduca nel tempo le complicanze croniche del diabete. Oltre ad ottenere l'ottimale controllo metabolico subito è poi altrettanto importante mantenerlo nel tempo, aggiungendo o intensificando la terapia non appena i target non sono raggiunti.

Numerosi studi dimostrano che le terapie combinate di più farmaci sia per il diabete che per l'ipertensione ottengono migliori risultati rispetto alle monoterapie e che vanno privilegiati farmaci che ottengano risultati su diversi fattori di rischio Cardio-vascolari.

BIBLIOGRAFIA

1. J Clin Hypertens (Greenwich) 13:613-620, 2011. Wiley Periodicals, Inc.

