

Subito! News

segreteria@aemmedi.it

Inerzia terapeutica nel diabete tipo 2: riflessioni sul braccio francese dello studio "panorama"

Therapeutic inertia in type 2 diabetes: insights from the PANORAMA study in France

A cura di



Valeria Manicardi,
Reggio Emilia



Maria Franca Mulas,
Oristano

Premessa

Si definisce inerzia terapeutica un trattamento al di sotto di quello ottimale, ovvero un ritardo nella prescrizione di un intervento terapeutico indicato dalle linee guida per quel paziente, in quello stadio di malattia. Nel diabete tipo 2 il termine inerzia terapeutica viene utilizzato quando un paziente è trattato con antidiabetici orali, mentre, secondo le linee guida, sarebbe indicata la terapia insulinica.

Le osservazioni che scaturiscono dal confronto tra i comportamenti professionali in diversi paesi aiutano da un lato a capire, partendo dalle linee guida, dai target glicemici definiti, dalle opinioni dei medici, perché i pazienti non raggiungono i target del controllo glicemico, dall'altro perché i medici sono riluttanti a intensificare il trattamento e le azioni che vengono intraprese.

Lo studio

Il PANORAMA STUDY ⁽¹⁾ è uno studio multicentrico osservazionale effettuato su 5817 pazienti provenienti da nove diversi paesi europei. Gli endpoint primari erano quello di valutare la qualità di vita (QoL) e la soddisfazione di pazienti affetti da diabete tipo 2 rispetto al trattamento ricevuto.

Sono stati confrontati, inoltre, i livelli di compenso dei pazienti dei nove paesi rispetto a target prestabiliti, indicati nelle linee guida di riferimento.

Lo studio ha interessato pazienti con diabete tipo 2 in trattamento con terapia dietetica, ipoglicemizzanti

orali o terapia insulinica iniziata almeno due anni prima.

Una volta definiti i target glicemici e di HbA1c, tutti i medici erano invitati a indicare:

- le ragioni della mancata intensificazione del trattamento utilizzando una lista di ragioni, da compilare per ogni singolo loro paziente: *per intensificazione del trattamento si intendeva la prescrizione di altre classi di antidiabetici o l'aumento della dose dei farmaci già in uso;*
- le azioni chiave intraprese se i pazienti non raggiungevano il target glicemico;
- le principali ragioni che ostacolavano l'intensificazione del trattamento.

Vengono qui commentati i risultati della sola coorte francese dello studio PANORAMA sintetizzabili come segue:

- 1) Le percentuali dei pazienti con HbA1c >7.0 e > 6,5% sono rispettivamente del 42,3% e 66,0%.
- 2) Le principali ragioni indicate dai medici per spiegare il mancato raggiungimento dell'obiettivo HbA1c sono illustrate nella tabella 1 (riprodotta in originale).

Tabella 1. Reasons for not reaching HbA1c target from physician's perspective (%)*.

Therapeutic failure of current treatment	26.9
Poor adherence to lifestyle recommendations (diet and physical exercise)	58.0
Poor adherence to medication	13.6
Poor adherence to self-monitoring blood glucose	11.5

* Sum of percentages is >100% as physicians were allowed to enter more than one response for each patient.

- 3) Le azioni chiave intraprese dai medici quando i target glicemici non erano raggiunti:
 - Rinforzo dell'educazione terapeutica (52%)
 - Aumento del dosaggio dei farmaci già in uso (22,6%)
 - Introduzione di altre classi di farmaci ipoglicemizzanti (10%).
- 4) I motivi che hanno ostacolato l'intensificazione del trattamento sono illustrati nella tabella 2 (riprodotta in originale).
- 5) L'aderenza allo stile di vita andava da 23,9% a 45,2%, quella ai farmaci o all'autocontrollo era buona nel 76,4%, moderata nel 18,9% e scarsa nel 4,7% dei pazienti.

Tabella 2. Treatment intensification: reasons for physician reluctance to intensify treatment and actions taken.

Reasons for reluctance of physician to intensify regimen (%)	
Patient reluctance to intensify treatment	16.4
Fear of hypoglycaemic attacks	3.7
Fear of side effects such as gastrointestinal effects and oedema	2.8
Fear of potential interactions between medications	1.2
Fear of weight gain	1.6
Cost	0.1
Actions taken (%)*	
Patient education	52.9
Increasing dose of current antidiabetes treatment	22.6
Add oral antidiabetes agent	10.0
Referral to a diabetologist	9.2
None	7.0
Initiate treatment with insulin	2.6

* Sum of percentages is >100% as physicians were allowed to enter more than one response for each patient.

Commento

I risultati devono essere letti considerando che in Francia è già stato dimostrato con l'ENTRED STUDY⁽²⁾ un basso utilizzo della terapia insulinica e una minore tendenza all'utilizzo di un farmaco iniettabile, con una maggiore attenzione ai programmi di educazione.

Inoltre, i pazienti erano esclusivamente in carico della primary care. Gli autori, tuttavia, affermano che il contributo degli specialisti non avrebbe modificato i risultati, vista una comune condivisione dei protocolli terapeutici e dei comportamenti.

Messaggio chiave. È importante non stigmatizzare ma piuttosto capire le ragioni del medico e del paziente per una mancata osservanza delle linee guida.

Le linee guida possono non essere adeguate per i pazienti più anziani e non avere indicazioni specifiche per attuare una prevenzione del rischio cardiovascolare.

Il lavoro rappresenta un'importante occasione per riflettere quanto oltre i programmi di educazione terapeutica sia fondamentale spostarsi dal concetto semplicistico di un trattamento aggressivo per abbassare la glicemia, ad un trattamento più adatto (terapia personalizzata) al come, dove e quando dell'individuo,

BIBLIOGRAFIA

- Bradley C, de Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Eschwege E, Gonder-Frederick L, Simon D. PANORAMA: A European study to evaluate quality of life and treatment satisfaction

- in patients with type-2 diabetes mellitus-Study design. Prim Care Diabetes 2011;5:231-9.
- Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penformis A, Lecomte P. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine: d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. Bull Epidemiol Hebd 2009;42-43:450-5.



Subito la vaccinazione per l'epatite B alla diagnosi di diabete mellito

Another shot to protect people with diabetes: add hepatitis B vaccination to the checklist

A cura di
Giuseppe Marelli, Desio

Messaggio chiave. Le persone con diabete sono esposte ad un rischio aggiuntivo di trasmissione di malattie infettive legato all'utilizzo di aghi per la somministrazione dell'insulina e degli strumenti per l'auto-monitoraggio glicemico. L'uso di strumenti sicuri come gli aghi da insulina più corti, strumenti pungidito con protezione e in genere di materiali ad alta sicurezza rendono conto di una riduzione di tale rischio.

Tutte le persone con diabete di età compresa tra 19-60 anni devono essere vaccinate contro l'epatite B subito alla diagnosi di diabete.

L'editoriale pubblicato su Diabetes Care nel maggio 2012 da M.Sue Kirkman e William Schaffner dal titolo "Another shot to protect people with diabetes: add hepatitis B vaccination to the checklist" affronta il tema della vaccinazione per l'epatite B nei diabetici (1).

La cura del diabete prevede numerosi interventi che riguardano il management della pluri-terapia, il controllo del compenso metabolico, della dislipidemia, della pressione arteriosa, la prevenzione delle complicanze e l'adesione ad un corretto stile di vita.

Nel 2011 l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ha raccomandato di vaccinare tutti i pazienti diabetici nella fascia d'età compresa tra 19 e 60 anni contro l'epatite B il più presto possibile dalla diagnosi di diabete mentre risulta meno utile per i soggetti sopra i 60 anni se presente un rischio di inadeguata risposta immunitaria.

L'epatite B può causare un'infezione acuta del fegato ed è associata ad un aumento della morbilità e occasionalmente anche a mortalità.

Spesso il diabete non viene riconosciuto come potenziale fattore di rischio per le infezioni mentre l'epatite B è altamente trasmissibile e le particelle infettanti sono stabile per lungo tempo sulle superfici delle lan-