

## ■ DIABETOLOGIA

### Riconoscere l'insufficienza cardiaca nel diabete

**T**radizionalmente, la prevenzione e la gestione delle complicanze croniche nei pazienti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 si è concentrata su nefropatia, retinopatia, neuropatia e malattia cardiovascolare aterosclerotica (inclusi cardiopatia ischemica, ictus o malattia vascolare periferica).

Tuttavia, l'insufficienza cardiaca (HF) è ormai riconosciuta come una complicanza comune nei soggetti con diabete, con una prevalenza fino al 22% e con tassi di incidenza in aumento. Questo riconoscimento deriva in parte da studi sulla sicurezza cardiovascolare dei nuovi farmaci per il trattamento del diabete.

I dati suggeriscono anche che l'insufficienza cardiaca può svilupparsi in soggetti con diabete anche in assenza di ipertensione, malattia coronarica o malattia valvolare cardiaca e, come tale, rappresenta una delle principali complicanze cardiovascolari in questa popolazione vulnerabile.

Dato che nell'ultimo decennio la prevalenza del diabete (in particolare DT2) è aumentata del 30% a livello globale (con proiezioni epidemiologiche del dato in ulteriore aumento), il carico di HF sul sistema sanitario continuerà ad aumentare.

Obiettivo del documento di consenso dell'American Diabetes Association (ADA) dell'American College of Cardiology (ACC) è fornire una guida chiara e raccomandare i migliori approcci a medici di famiglia, internisti, endocrinologi per lo screening, la diagnosi dell'insufficienza cardiaca e la gestione in soggetti con T1D, T2D o prediabete per mitigare i rischi di gravi complicanze,

#### ► **Principali raccomandazioni**

- Misurazione di un peptide natriuretico o di troponina cardiaca ad alta sensibilità con cadenza almeno annuale per identificare la possibile presenza di HF in stadio B e per pronosticare il rischio di progressione verso gli stadi sintomatici.
- Implementazione di una gestione individualizzata per quanto riguarda ulteriori test e l'introduzione o l'evitamento di trattamenti a seguito di peptidi natriuretici anormali o risultati di troponina cardiaca ad alta sensibilità.
- Uso di terapia medica diretta dalle linee guida simile ai pazienti con HF e senza diabete, inclusi l'inibitore del recettore della neprilisina dell'angiotensina (ARNI) (o ACEi/ARB se l'ARNI non è prescritto), beta-bloccanti basati sull'evidenza, antagonisti del recettore mine-

ralcorticoide e SGLT2i.

- Uso di metformina, GLP1RA o insulina in individui con T2D ad alto rischio per/con HF stabilito e per i quali è necessario un ulteriore controllo glicemico.

- Considerare le nuove tecnologie, i programmi di riabilitazione cardiaca e le strategie di perdita di peso come parte degli sforzi complessivi per ottimizzare le cure.

- Garantire che le donne, gli individui con T1D e quelli con determinanti sociali della salute ad alto carico abbiano accesso e siano offerti allo stesso quadro di gestione.

Oltre alle raccomandazioni, gli autori hanno identificato diverse aree in cui esistono lacune di conoscenza in materia di epidemiologia, meccanismi per il rischio di HF, cura e gestione, e dove la ricerca futura potrebbe aiutare a identificare l'intersezione tra diabete e HF. Evidenziano anche potenziali opportunità per affrontare l'equità, la diversità e l'inclusione, sia attraverso l'identificazione di approcci di prevenzione e trattamento specifici per sesso o determinando il modo migliore per implementare programmi di esercizio che tengano conto dell'intero spettro di popolazioni razzialmente e socioeconomicamente diverse.

#### BIBLIOGRAFIA

- Pop-Busui R et al. Heart Failure: an underappreciated complication of diabetes. A Consensus Report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2022; <https://doi.org/10.2337/dci22-0014>
- [www.acc.org](http://www.acc.org)