

■ DIABETOLOGIA

Fragilità ossea nel paziente con diabete mellito

Il nuovo documento “La fragilità ossea nel paziente con diabete mellito” è il frutto di un gruppo di lavoro tra diverse società scientifiche (SID - SIE - SIGG - SIOT). La pubblicazione (disponibile in www.siditalia.it) fornisce indicazioni e raccomandazioni aggiornate per la valutazione del rischio, diagnosi, prevenzione e gestione del paziente con diabete e fratture da fragilità ossea.

► Diabete tipo 1

Il DM1 insorge precocemente, comportando un alto rischio di complicanze che compaiono in genere dopo la pubertà e dopo 5-10 anni dall'esordio: lo screening per le fratture, avvalendosi di una attenta anamnesi ed eventualmente di tecniche strumentali come la DXA, dovrebbe essere considerato già dalla fase finale della adolescenza. Particolare attenzione va posta alla lunga storia di malattia, le complicanze o un compenso glicemico non ottimale, fattori che sono associati a un aumentato rischio di frattura.

► Diabete tipo 2

Il DM2 presenta una patogenesi della fragilità ossea più complessa. I pazienti con pre-diabete o neo-diagnosticati non presentano un aumentato rischio di fragilità ossea

probabilmente per via dell'effetto anabolico dell'iperinsulinemia. Inoltre, nelle prime fasi della malattia i pazienti vengono generalmente trattati con metformina, che ha mostrato effetto neutro o addirittura positivo sull'osso. Tuttavia, lentamente la funzione delle cellule β diminuisce e si manifesta l'iperglicemia con conseguente glucotossicità e infiammazione, produzione di specie reattive dell'ossigeno e AGE, causando danni agli organi e aumentando il rischio di complicanze. In questa fase, le proprietà dei minerali ossei e la resistenza ossea sono compromesse. Spesso i pazienti ricevono un trattamento combinato con metformina e sulfoniluree, TZD, inibitori del DPP-4, SGLT2i, GLP-1 analoghi o il trattamento insulinico basale. Mentre gli analoghi del GLP-1 e gli inibitori DPP-4 hanno azione neutra o positiva sulla salute dell'osso, l'uso di TZD e sulfoniluree è stato associato ad un aumentato rischio di frattura. Da valutare nel tempo la sicurezza del canagliflozin, su cui i dati circa il rischio di frattura sono contrastanti. Inoltre, anche il trattamento con insulina, comporta un aumento del rischio di frattura.

Non è ancora chiaro se ciò è dovuto a una maggiore frequenza di episodi ipoglicemici associati al trattamento o al fatto che l'insulina di so-

lito è prescritta in fasi più avanzate della malattia, quando sono spesso già presenti le complicanze. I DM2 con età >50 anni o con età inferiore che presentano già una frattura da fragilità o altri fattori di rischio legati al diabete, dovrebbero essere sottoposti ad esame densitometrico con DXA o altri metodi di screening ed eventualmente a valutazione morfometrica.

È importante ottenere un controllo glicemico più serrato nei giovani e meno stringente negli anziani, per evitare il rischio di ipoglicemie e, di conseguenza, di cadute. La scelta terapeutica dovrebbe cadere su farmaci con profilo neutro/positivo sul metabolismo osseo, evitando negli anziani i TZD, le sulfoniluree e l'eccessiva intensificazione del trattamento insulinico. Modelli di cura moderni come le unità ortogeriatriche dovrebbero guidare il percorso ospedaliero e domiciliare dei pazienti anziani con diabete fratturati.

► Conclusioni

È importante considerare che sia i pazienti con DM1 che quelli con DM2 necessitano di un'adeguata assunzione di calcio e vitamina D. La terapia anti-osteoporosi dovrebbe essere iniziata con un T-score <2.0 o in presenza di una frattura vertebrale o di femore. Tra i farmaci disponibili, anti-riassorbitivi e anabolici presentano maggiori evidenze cliniche nei pazienti con diabete. È imperativo che il paziente diabetico con ridotta massa ossea o fratture da fragilità venga sottoposto, oltre che a trattamento clinico, anche a percorsi di prevenzione delle cadute.