

Diabete non è solo iperglicemia

Antonia Pravettoni

Intervenire sulla sola glicemia non è più sufficiente, bisognerebbe prendersi cura del paziente diabetico nella sua complessità cercando di impostare un trattamento basato il più possibile sulle caratteristiche del singolo individuo

L'importanza del controllo glicemico nella prevenzione delle complicanze vascolari nel lungo termine e della mortalità nel diabete di tipo 2 è un argomento discusso da molto tempo. Tuttavia, ad oggi, mancano ancora evidenze che correlano l'intensivo controllo glicemico con la riduzione della mortalità nei pazienti con diabete di tipo 2. Recentemente uno studio britannico¹ ha analizzato un database pubblico con i dati, raccolti dal 1986, di circa 28mila pazienti diabetici in cui il trattamento è stato intensificato dalla monoterapia alla terapia di combinazione con agenti ipoglicemizzanti orali: dallo studio è emerso che valori di HbA1c troppo elevati o troppo bassi sono associati a un'augmentata mortalità per tutte le cause e ad eventi cardiaci. Uno studio di Mannucci e collaboratori² ha evidenziato che un intensivo trattamento ipoglicemizzante in

pazienti con diabete di tipo 2 porta a una significativa riduzione dell'incidenza di infarto miocardico, ma non ha effetto sull'incidenza di ictus e mortalità cardiovascolare, suggerendo che forse uno stretto controllo glicemico non è di per sé sufficiente.

È sufficiente agire solo sulla glicemia?

Una recente metanalisi di Pontiroli e Morabito³ ha dimostrato che la mortalità cardiovascolare non si modifica se si interviene solo sulla glicemia. Secondo gli autori, l'intervento dovrebbe essere effettuato su tutti i fattori di rischio contemporaneamente. Lo scopo dei ricercatori è stato infatti quello di studiare il possibile ruolo dei differenti target, da soli o in combinazione, valutando quelli di ogni singolo trial: stretto controllo glicemico e perdita di peso (scopo degli studi Proactive,

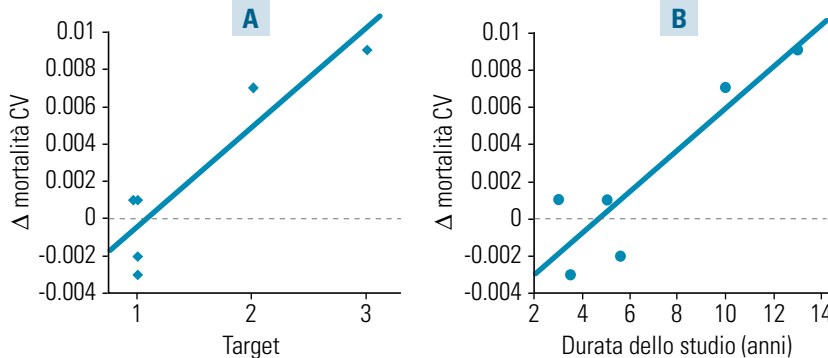
Advance, Accord, VADT),^{2,4,5} stretto controllo glicemico e controllo pressorio, interventi multifattoriali (stretto controllo glicemico e trattamento con farmaci bloccanti il sistema renina-angiotensina, ASA e farmaci ipolipemizzanti)⁶. La metanalisi ha valutato la differenza di incidenza di mortalità tra i pazienti trattati e i soggetti di controllo. È emerso che l'incidenza di mortalità è direttamente proporzionale sia al numero dei target ($p=0.0106$) (figura 1A) sia alla durata dello studio ($p=0.014$) (figura 1B)³.

Terapia personalizzata

Non esiste una cura ideale per trattare il diabete uguale in tutti i pazienti, mentre appare sempre più necessario personalizzare il trattamento. Nel paziente giovane, che non presenta malattie concomitanti, l'obiettivo è quello di rendere ottimale il compenso glicemico per prevenire le complicanze della malattia; nel paziente anziano, più fragile, con un diabete di più lunga durata e quindi con altre problematiche, bisogna intervenire sulla glicemia evitando però di andare incontro ad episodi di ipoglicemia, per non compromettere lo stato di salute generale del paziente stesso.

Figura 1

Differenza dell'incidenza di mortalità CV in funzione dei target o della durata dello studio



Δ: variazione dell'incidenza di mortalità tra i pazienti trattati e i soggetti di controllo

Rif. 3 (Nutr Metab Cardiovasc Dis 2010; in press)

BIBLIOGRAFIA

1. Currie CJ et al. *Lancet* 2010; 375: 481-9
2. Mannucci E et al. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2009; 19: 604-12
3. Pontiroli AE et al. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2010; in press
4. Ma J et al. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2009; 19: 596-603
5. Lerch C et al. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2009; 19: 593-5
6. Gaede P et al. *N Engl J Med* 2008; 358: 580-91