

## ■ DIABETOLOGIA

### Iperensione e diabete, le complessità nella gestione del paziente

■ Giuseppe Derosa

*Dipartimento di Medicina Interna, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia - Università degli Studi di Pavia*

**N**onostante i consistenti progressi nella gestione clinica e terapeutica, nel paziente iperteso e diabetico il rischio di sviluppare malattia cardiovascolare rimane molto alto e gli eventi che ne derivano rappresentano, in questi soggetti, la principale causa di mortalità. Soggetti con diabete senza precedenti anamnestici di infarto miocardico risultano allineati, come entità di rischio di sviluppare in futuro eventi coronarici, a quei soggetti non diabetici con precedente infarto miocardico. Inoltre, è stato rilevato come la mortalità totale sia sostanzialmente la stessa tra i pazienti con precedente malattia coronarica ma senza diabete e tra i soggetti diabetici senza coronaropatia (Wong ND et al. *Diabetes Vasc Dis Res* 2012; 9: 146).

I vari livelli di rischio dei pazienti diabetici hanno anche una correlazione con il controllo dei fattori di rischio e con le comorbidità che si registrano in questi soggetti. Per esempio, un soddisfacente controllo dei valori pressori, dell'emoglobina glicata e del colesterolo

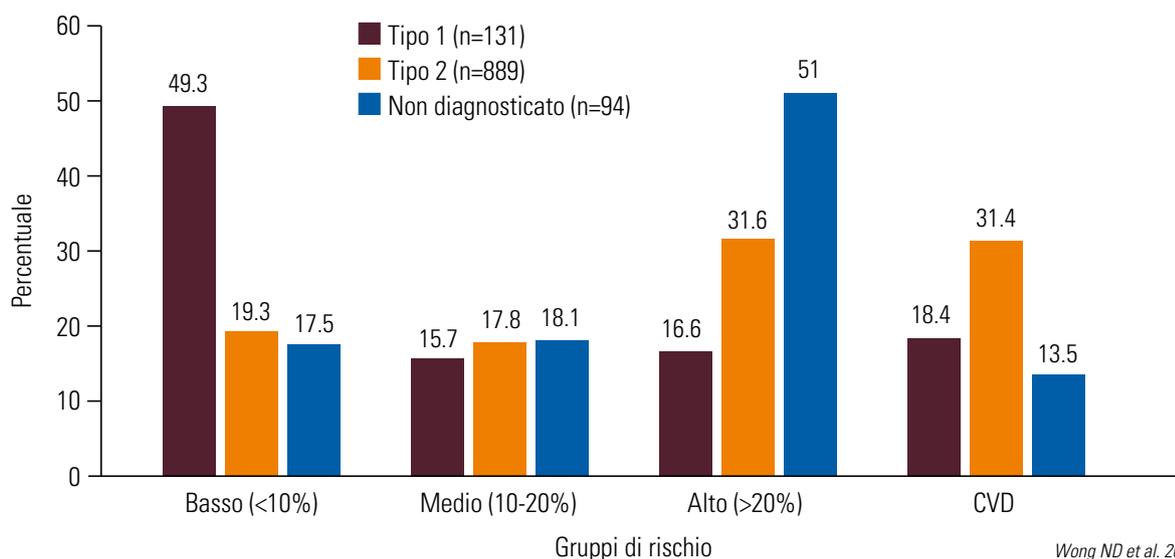
LDL che si registra passa dal 12.6% del gruppo a basso rischio, al 10.3% del rischio intermedio, al 5.4% del rischio elevato. In analogia si osserva una correlazione tra progressivo incremento delle comorbidità e aumento del livello di rischio. La mortalità cardiovascolare a 10 anni si correla inoltre con l'albuminuria (UAE) e alcuni dati recenti avvalorano le attuali raccomandazioni delle linee guida per lo screening di UAE in tutti i pazienti con diabete di tipo 2, anche in assenza di nefropatia, e suggeriscono che misurazioni seriali di UAE, anche dopo l'inizio della terapia antipertensiva, abbiano un valore prognostico indipendente dai tradizionali fattori di rischio cardiovascolare (Estacio RO et al. *Am J Cardiol* 2012; 109: 1743).

I risultati dei trial che, nel tempo, hanno confermato gli effetti positivi di un atteggiamento terapeutico particolarmente aggressivo per la correzione dei fattori di rischio (riduzione di complicanze macro e microvascolari per rene, occhio, nervi) sono quindi stati trasposti nelle raccomandazioni delle linee

guida delle Società Scientifiche (UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet* 1998; 352: 837; UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *BMJ* 1998; 317: 703; Pyörälä K, et al. *Diabetes Care* 1997; 20: 614; Ravid M, et al. *Arch Intern Med* 1996; 156: 286; The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 2000; 342: 145). Linee guida che prevedono il raggiungimento di obiettivi terapeutici più ambiziosi rispetto a quelli definiti per i pazienti ipertesi e comprensivi di *target* per il controllo di tutti i fattori di rischio modificabili.

Nella realtà la situazione è diversa e il raggiungimento degli obiettivi terapeutici nei pazienti diabetici è ancora lontano dall'essere ottimale. Diverse sono le possibili spiegazioni di questo. Per esempio, l'inerzia terapeutica che si può leggere sia come sovrastima, da parte del medico, del livello di cure fornite al paziente sia come assenza di *training* adeguato sulla terapia antipertensiva. Per quanto riguarda il paziente vi è il proble-

## Distribuzione del rischio complessivo cardiovascolare a 10 anni in relazione al tipo di diabete ( $p < 0.001$ per tipo, tipo 2 e soggetti non trattati)



ma della compliance, sovente di livello non adeguato a permettere il buon controllo della malattia. Vi è però un terzo fattore, del tutto indipendente dai comportamenti dei due attori, che possiamo identificare nella storia naturale della malattia diabetica, dove l'inesorabile peggioramento può essere rallentato, ma non arrestato, dalle attuali terapie. L'adozione di trattamenti aggressivi inoltre può peggiorare il rapporto costo-benefici; gli effetti collaterali e i costi delle terapie, infatti, aumentano enormemente a fronte di vantaggi talvolta modesti (Piselli A, Porta M. *G It Diabetol Metab* 2010; 30:

108). Per ottimizzare le opportunità di una prevenzione a lungo termine delle complicanze cardiovascolari in questi pazienti è necessario un approccio misurato sul rischio globale che però non manchi di considerare i rischi cardio-

metabolici (talvolta non ben evidenti nel breve termine). Serve, inoltre, una maggiore educazione del medico e del paziente, unitamente a una ben radicata consapevolezza della necessità di modificare gli stili di vita.

## Percentuali di pazienti a target per i fattori di rischio (HbA1c, PA, C-LDL) nei diversi livelli di rischio

- Basso rischio (<10%) 12.6%
- Rischio intermedio (10-20%) 10.3%
- Rischio elevato (>20%) 5.4%

*Wong ND et al. 2012*