Valutare in Sanità
Una voce al servizio della Salute

RIVISTA
SCIENTIFICA

NUMERO SPECIALE



Endocrinologia e Diabetologia

Numero speciale

VALUTARE IN SANITÀ
Rivista Scientifica
Registrazione presso il Tribunale di Bari
n.36 del 24/09/09

www.valutareinsanita.it

Direttore Responsabile
Maddalena Milone

Direzione, redazione e pubblicità
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5
70125 Bari - Italia
Tel.080 9905360
Fax 080 9905359
e-mail: info@meeting-planner.it
website: www.meeting-planner.it

Editore
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5 - 70125 Bari

Stampa
Mediatipo s.r.l.
Via delle Margherite, 26
70026 - Modugno (BA)

La Direzione non si assume la responsabilità dei contenuti delle inserzioni pubblicitarie.
È vietata la riproduzione, anche parziale, dei testi.
Regolamento UE 679/2016 Tutela della Privacy – Informativa: Responsabile del trattamento Meeting Planner s.r.l.
Tutte le richieste di consultazione, modifica, integrazione e cancellazione dei dati personali dovranno essere inviate a Meeting Planner s.r.l.

Numero chiuso in redazione a dicembre 2018

Sommario



04 **Non solo scienza, ma anche coscienza**

Dr Lorenzo de Candia - Ambulatorio di Diabetologia - ASL BARI Distretto D.S.S 2

05 **Gestione degli effetti indesiderati in pazienti in trattamento con Dulaglutide**

Dott.ssa Palma Dicorato - Specialista in Endocrinologia - ASL TA

06 **Il paziente Diabetico nefropatico: nuove opportunità**

Stefania Anna Fontanarosa - Specialista ambulatoriale diabetologia ed endocrinologia
ASL Lecce Distretto Campi Salentina

07 **Non è solo un paziente Diabetico**

Dr.ssa Dora Peragine - Ambulatorio di Endocrinologia-Diabetologia - Distretto D.S.S

08 **Efficacia in semplicità**

Dr. Salvatore Marco Rizzello - Ambulatorio di Endocrinologia-Diabetologia
Distretto Socio-Sanitario Mesagne ASL/BR

Non solo scienza, ma anche coscienza

Dr Lorenzo de Candia - Ambulatorio di Diabetologia - ASL BARI Distretto D.S.S 2

Il periodo in cui un paziente infartuato viene dimesso da una UTIC -dopo un fatto ischemico acuto e successiva rivascolarizzazione- e trasferito in una riabilitazione cardiologica è stressante per vari motivi:

- si perde il contatto con i medici che ti hanno seguito durante la fase critica
- si passa in un Reparto con un "minor" controllo
- si ricomincia una attività fisica che, se pur vigilata, può far paura
- si ricomincia una alimentazione più normale, ma sottoposti spesso ad una terapia insulinica multiiniettiva che spaventa.

Ho visitato in consulenza, Carla, di 58 anni, obesa, ipertesa, dislipidemica, diabetica da circa 10 anni e mai a target nei parametri metabolici per abitudini alimentari - anche in conseguenza del lavoro di rappresentante di abbigliamento - completamente libere; non si faceva neanche mancare una decina di sigarette al dì e qualche superalcoolico "solo serale" a suo dire.

Prima dell'IMA che l'aveva colta di notte in un hotel a un centinaio di chilometri da casa, assumeva una associazione dppIV + metformina 2 volte al dì + glimepiride 4 mg dopo cena "per far abbassare la glicemia al mattino"; simvastatina 20 mg, amlodipina 10 mg.

Da esami effettuati 4 mesi prima dell'evento, ho osservato una glicata di 8,4%, un colesterolo LDL di 116, un GFR di 60 ml/min.

All'arrivo in UTIC, Carla pesava 88 Kg e aveva un BMI di 31, la PA era di 15/80 mmHg, la glicata 8.5% e il GFR 70 ml/min; qui –con diagnosi di STEMI- è stata sottoposta a triplice impianto di stent medicato, complicato da una Frazione di Eiezione bassa (30%) poi successivamente rialzatasi al 55% e vi è stata degente, anche per complicazioni infettive, per circa un mese.

Dagli esami effettuati all'arrivo in riabilitazione noto che il peso è di 84 Kg, il GFR è stato dosato a 55 ml/min, LDL a target a 72 mg/dl, glicata 8%; il problema principale è dato dalla terapia multiiniettiva impostata che, sia per l'elevato dosaggio complessivo di circa 100 UI, che per l'atteggiamento terapeutico tendenzialmente "sliding-scale" porta a oscillazioni glicemiche esagerate con ipo e iperglicemie. Al colloquio con Carla appare chiaro il suo terrore per "essere arrivata all'insulina" che le provoca oltre a remore psicologiche e dubbi sulla capacità di seguire un regime così complesso domiciliare, vere e proprie "crisi" in occasione di eventi ipoglicemici che "cura" con delle merendine di cui il comodino -ad un rapido controllo- appare ampiamente rifornito. Decido quindi di impostare una terapia mista con metformina SR 750 mg x 2, acarbosio 50 mg ai pasti principali, Insulina glargine a sera tardi titolata sulla glicemia del mattino. Dopo una settimana, Carla presenta oscillazioni glicemiche molto più contenute, gli attacchi di "fame" improvvisi si sono ridotti, ma è stato necessario un dosaggio di glargine di 44 UI per raggiungere una glicemia a digiuno solo accettabile. Considerando la necessità per Carla di perdere peso, il suo rifiuto per la terapia insulinica, e soprattutto che i nuovi standard di cura italiani e internazionali, consigliano l'utilizzo di analoghi del GLP1 a lunga durata d'azione in pazienti con pregressi eventi cardiovascolari, decido quindi di sostituire l'insulina Glargine con Dulaglutide 1,5 mg una fiala a settimana in aggiunta alla restante terapia. Dopo una settimana, Carla è pronta alla dimissione, viene istruita all'uso del glucometro e ne viene scelto uno con possibilità di scaricare dati nel Cloud, in modo da poterli controllare dal PC dell'Ambulatorio, viene quindi programmata una visita a 60 giorni; alla dimissione la glicemia a digiuno è 132 mg/dl, quella dopo il pasto principale 186 mg/dl, GFR 55 ml/min, il peso 82 Kg. Al controllo dopo 2 mesi Carla è decisamente migliorata, i parametri metabolici più significativi sono: Glicata 7,6%, GFR 60 ml/min, peso 80 Kg, glicemia a digiuno 116 e dopo il pasto principale 156 mg/dl; dichiara di avere meno appetito e di aver iniziato a frequentare una palestra, non ha nessun problema alla somministrazione di Dulaglutide grazie alla semplicità del dispositivo automatico di iniezione. Dulaglutide è infatti un nuovo ipoglicemizzante, analogo del recettore del Glp-1 (glucagon like peptide-1) con un dispositivo innovativo pre-riempito con una dose fissa, ed è indicato per il trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2. Oltre ad aver dimostrato effetti positivi sul peso corporeo, compenso glicometabolico, ha inoltre recentemente dimostrato effetti nefroprotettivi emersi da uno studio denominato Award-7 ed effetti cardioprotettivi come dimostrato da un recentissimo studio, condotto su 9 mila pazienti provenienti da 24 paesi, affetti da diabete di tipo 2, che dimostra come Dulaglutide sia in grado di ridurre in maniera significativa eventi cardiovascolari, quali morte cardiovascolare, infarto miocardico e ictus non fatali, in un'ampia popolazione di pazienti di cui la maggior parte non presentava malattia cardiovascolare accertata.

Carla viene rivista quindi in Ambulatorio dopo 6 mesi, è aderente alla terapia e tutti i suoi parametri metabolici sono ora a target, la glicata è 6.9% e il peso 76 Kg (BMI=26); riferisce che -pur continuando la sua vita frenetica di rappresentante di prodotto- riesce a controllare più facilmente l'alimentazione anche quando è fuori, è molto soddisfatta della "linea" che sta acquistando, pertanto decido di continuare la terapia antidiabetica e di programmare una visita a 12 mesi.

La sostituzione della terapia insulinica con Dulagutide ha quindi significativamente migliorato il compenso glicometabolico e in aggiunta ha generato una importante soddisfazione del paziente sia per i risultati sul peso corporeo, come già sta dimostrando, sia in termine di persistenza poiché la paziente è decisa a continuare il farmaco.

Inoltre, il costo del farmaco è bilanciato dall'assenza della necessità di acquisto di aghi per l'iniezione di insulina e dalla netta riduzione dell'utilizzo di strisce reattive per l'autocontrollo glicemico.

Bibliografia

1. A Study Comparing Dulaglutide With Insulin Glargine on Glycemic Control in Participants With Type 2 Diabetes (T2D) and Moderate or Severe Chronic Kidney Disease (CKD) (AWARD-7)

Gestione degli effetti indesiderati in pazienti in trattamento con Dulaglutide

Dott.ssa Palma Dicorato - Specialista in Endocrinologia - ASL TA

DULAGLUTIDE si sta affermando sempre più come nuovo ipoglicemizzante grazie alla sua semplicità di utilizzo, all'accattivante device che "rende l'ago non visibile", all'effetto iporessizzante e alla sua sicurezza. Purtroppo, come ogni farmaco, non è scevro da effetti indesiderati. Tra quelli descritti da scheda tecnica, vi è il rischio di pancreatite e il rialzo degli enzimi pancreatici, tuttavia l'aumento dell'amilasi e lipasi possono non necessariamente essere imputabili al farmaco, come questo caso mostra.

1ª VISITA

donna di 50 anni, diabetica da 10, sottoposta ad intervento di sleeve gastrectomy circa 7 anni prima con perdita di peso di 30 kg e miglioramento del compenso glicometabolico. Da circa 1 anno riferisce stato ansio-depressivo legata a condizioni familiari per cui progressivo incremento di peso e relativo aumento del valore di HbA1c (da 6,8 % ad 8,6 %). Visto il peggioramento del compenso glicometabolico, si decide di iniziare trattamento con dulaglutide in aggiunta alla terapia con metformina già in atto. Durante il colloquio con la paziente emerge il suo desiderio di perdere peso e tale desiderio è predominante rispetto alla necessità di ripristinare un adeguato compenso glicometabolico.

2ª VISITA

dopo 4 mesi la paziente torna a controllo per valutare tollerabilità, effetti collaterali ed efficacia del farmaco e portando in visione indagini di laboratorio richieste alla precedente visita. Dopo 4 mesi di terapia, la HbA1c è rientrata nei valori precedenti e la paziente ha perso 5 kg di peso, ma emerge un dato importante che allarma la paziente: il rialzo, seppur minimo dei valori di amilasi e lipasi. Come da scheda tecnica del farmaco, è prevista per DULAGLUTIDE così come per gli altri GLP-1RA un rialzo degli enzimi pancreatici, ma "in assenza di altri segni e sintomi di pancreatite acuta, incrementi dei soli enzimi pancreatici non sono predittivi di pancreatite acuta", e pertanto non è indicata la sospensione del farmaco. Si invita la paziente a monitorare tali valori dopo 2 mesi e si consiglia di effettuare ecografia addome superiore.

3ª VISITA

a 6 mesi i valori degli enzimi pancreatici continuano ad aumentare in modo lineare, il compenso glicemico è buono e il peso stabile. La ecografia addome non mostra compromissione pancreatica, indica solo una lieve iperriflettenza epatica come da steatosi.

Sebbene non vi sia alcun sintomo da possibile pancreatite, si decide di sospendere la terapia con Dulaglutide vista la preoccupazione della paziente (in anamnesi padre deceduto per pancreatite necrotizzante post alcolica). Si sostituisce pertanto la Dulaglutide con pioglicazione al dosaggio di 30 mg\die e si rinvia la paziente a nuovo controllo dopo 3 mesi.

4ª VISITA

a 9 mesi: dopo 3 mesi di sospensione della terapia con Dulaglutide i valori degli enzimi pancreatici non solo non sono rientrati come atteso, ma continuano ad aumentare seppur in modo lieve, mentre il compenso glicometalico risulta nuovamente in peggioramento. Questi dati suggeriscono che non è stato il farmaco a determinare l'incremento di amilasi e lipasi, di cui purtroppo non si conoscono i valori alla baseline, e nel sospetto di lesione eteroplastica, si consiglia TAC addome senza e con mdc. Viene confermata al momento la terapia ipoglicemizzante in atto, in attesa di valutare la ripresa della terapia con dulaglutide.

5ª VISITA

a 12 mesi: La paziente porta in visione TAC che mostra: …Nulla da segnalare a livello di pancreas. Presenza di lesione III sup rene sinistro di 47x38x46 mm verosimili margini ben definiti (oncocitoma? Cellule chiare?) … .

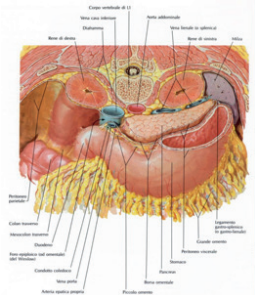
Enzimi pancreatici stabili, compenso glicemico in peggioramento.

Anatomicamente il corpo e la coda del pancreas sono in rapporto con il rene sinistro e sono divisi da esso dalla fascia retropancreatica (vedi immagine 1 tratto dal Netter), quindi verosimilmente una compressione ab estrinseco che la voluminosa massa reale determina sul pancreas, aveva provocato un lieve, ma costante incremento degli enzimi.

La terapia con Dulaglutide ha permesso pertanto di effettuare una diagnosi relativamente precoce di una lesione eteroplastica completamente asintomatica (non vi era mai neppure tracce di ematuria nei ripetuti esami delle urine).

La paziente sarà sottoposta a breve ad intervento chirurgico, ma come indicato dalla TAC non vi sono secondarismi e/o infiltrazione apparente negli organi\strutture adiacenti, per riprendere poi il trattamento con la Dulaglutide.

	HbA1c %	Peso KG	Amilasi UI\L <100	LIPASI UI\L <350
0'	8,6 %	80	n.d.	n.d.
4 MESI	6,8 %	75	135	450
6 MESI	6,4%	75	150	460
9 MESI	7,8 %	78	175	480
12 mesi	8,6%	80	200	500



Il paziente Diabetico nefropatico: nuove opportunità

Stefania Anna Fontanarosa - Specialista ambulatoriale diabetologia ed endocrinologia
ASL Lecce Distretto Campi Salentina

Paziente di 74 anni, sposata con figli, è affetta da diabete mellito tipo 2 da più di 15 anni, conduce una vita attiva ed è in sovrappeso. Nel febbraio 2014 giunge presso il mio ambulatorio di Diabetologia e vengono evidenziati i seguenti valori clinici:

- BMI 27,00;
- Peso 84 kg
- Pressione arteriosa 145/90 mmHg;
- eGFR 20ml/min;
- Creatinina 2,5 mg/dl
- Glicemia a digiuno 118 mg/dl.
- HbA1c 10,6%
- Trigliceridi 220 mg/dl

Terapia in atto: metformina 500mg BID e glibenclamide 5 mg TID. Decido di sospendere la terapia in atto e consiglio l'utilizzo di Linagliptin più repaglinide.
Al controllo successivo, la paziente non si presenta e ritorna dopo circa 4 anni.
Esattamente a luglio 2018 la paziente torna per controllo presso il mio ambulatorio e si evidenziano i seguenti valori clinici:

- BMI 30,00;
- Peso 89 kg
- Pressione arteriosa 140/90 mmHg;
- eGFR 27,5 ml/min;
- Creatinina 1,9 mg/dl
- Glicemia a digiuno 118 mg/dl.
- HbA1c 8,7%
- Trigliceridi 200 mg/dl

I nuovi standard di cura italiani prevedono l'utilizzo di analoghi del GLP1, secondo le indicazioni previste da rcp per singola molecola, anche in pazienti con eGFR < 90 a ≥15 mL / min/1,73m2.
Decido quindi di sostituire Linagliptin con Dulaglutide 1,5 mg una fiala a settimana in aggiunta a repaglinide mg 2 una volta al giorno.
Al successivo controllo di novembre 2018 la paziente presenta i seguenti valori clinici:

- BMI 28,39;
- Peso 83 kg
- Pressione arteriosa 130/80 mmHg;8
- eGFR 21 ml/min;
- Creatinina 2,4 mg/dl
- Glicemia a digiuno 102 mg/dl.
- HbA1c 6,8%
- Trigliceridi 180 mg/dl

Visti i risultati eccellenti ottenuti decido di proseguire la terapia con Dulaglutide 1,5 mg una fiala la settimana e repaglinide una volta al giorno.
Dulaglutide é un nuovo ipoglicemizzante, analogo del recettore del Glp-1 (glucagon like peptide-1) con un dispositivo innovativo
preriempito con una dose fissa, ed è indicato per il trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2. Oltre ad aver dimostrato effetti positivi sul peso corporeo, compenso glicometaboloco, ha inoltre recentemente dimostrato effetti nefroprotettivi emersi da uno studio denominato Award-7.

A mio avviso, il cambio di terapia con Dulagutide ha significativamente migliorato il compenso glicometabolico.
In aggiunta ha generato un'importante soddisfazione del paziente sia per i risultati sul peso corporeo, come già sta dimostrando ma anche in termini di persistenza poiché la paziente è decisa a continuare il farmaco.

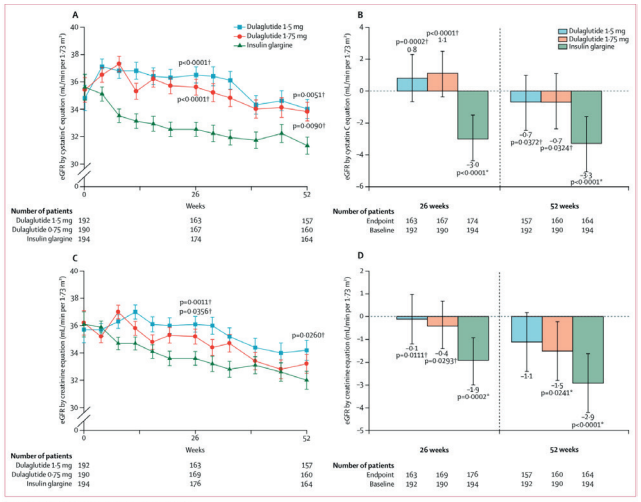


Figure 3: **Change in estimated glomerular filtration rate**
Values estimated by Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation by cystatin C or creatinine. (A and C) Data presented as estimated glomerular filtration rate (eGFR) values by geometric least squares mean (LSM, SE) from log-transformed analysis; statistical significance was only tested for between-group differences versus insulin glargine. (B and D) Data presented as actual untransformed change from baseline in eGFR values (LSM, 95% CI); p values are reported for statistical significance versus baseline (within group) and versus insulin glargine. Values shown above or below the bars are LSM. Numbers of patients analysed at baseline and endpoints are shown under the x axis. Data are for safety population by use of a mixed-effects repeated measures model analysis. p values are reported for statistical significance at the 26 and 52 week prespecified analyses points. *Versus baseline. †Versus insulin glargine.

Bibliografia

1A Study Comparing Dulaglutide With Insulin Glargine on Glycemic Control in Participants With Type 2 Diabetes (T2D) and Moderate or Severe Chronic Kidney Disease (CKD) (AWARD-7)

Non è solo un paziente Diabetico

Dr.ssa Dora Peragine - Ambulatorio di Endocrinologia-Diabetologia - Distretto D.S.S

Paziente impiegata di 55 anni, sposata con figli, è affetta da diabete mellito tipo 2 da 8 anni, conduce una vita attiva ed è lievemente in sovrappeso. Nel febbraio 2015 giunge in UTIC colpita da infarto miocardico infero-dorso-laterale (STEMI) e sottoposto a rivascolarizzazione miocardica con impianto di multipli stent medicati.
La paziente viene dimessa con 15 unità di Insulina Glargine e metformina.
In anamnesi, oltre alla diagnosi di diabete, si rileva ipertensione arteriosa e dislipidemia mista.

Alla visita presso il mio ambulatorio di Diabetologia, vengono evidenziati i seguenti valori clinici:

- BMI 27,00;
- Peso 70 kg
- pressione arteriosa 145/90 mmHg;
- eGFR 58 ml/min;
- glicemia a digiuno 118mg/dl.
- HbA1c 6,8%
- Trigliceridi 220 mg/dl

La paziente lamenta notevoli ipoglicemie, soprattutto al mattino. I nuovi standard di cura italiani prevedono l'utilizzo di analoghi del GLP1 a lunga durata d'azione in pazienti con pregressi eventi cardiovascolari.
Decido quindi di sostituire l'insulina Glargine con
Dulaglutide 1,5 mg una fiala a settimana in aggiunta a metformina 850 mg 3 volte al giorno.

Al successivo controllo di ottobre la paziente presenta i seguenti valori clinici:

- BMI 25,39;
- Peso 65kg
- pressione arteriosa 130/80 mmHg;8
- eGFR 53ml/min;
- glicemia a digiuno 102mg/dl.
- HbA1c 5,3%
- Trigliceridi 180 mg/dl

Visti i risultati eccellenti ottenuti decido di proseguire la terapia con Dulaglutide 1,5 mg una fiala alla settimana e ho modificato la metformina da un dosaggio di 850 mg 3 volte al giorno a 3 compresse da 500 mg sempre 3 volte al giorno.
Dulaglutide è un nuovo ipoglicemizzante, analogo del recettore del Glp-1 (glucagon like peptide-1) con un dispositivo innovativo preriempito con una dose fissa, ed è indicato per il trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2. Oltre ad aver dimostrato effetti positivi sul peso corporeo, compenso glicometaboloco, ha inoltre recentemente dimostrato effetti nefroprotettivi emersi da uno studio denominato Award-7 ed effetti cardioprotettivi come dimostrato da un recentissimo studio, condotto su 9 mila pazienti provenienti da 24 paesi, affetti da diabete di tipo 2, dimostra che Dulaglutide è in grado di ridurre in maniera significativa eventi cardiovascolari, quali morte cardiovascolare, infarto miocardico e ictus non fatali, in un'ampia popolazione di pazienti di cui la maggior parte non presentava malattia cardiovascolare accertata
A mio avviso, la sostituzione della terapia insulinica con Dulagutide ha significativamente migliorato il compenso glicometabolico. In aggiunta ha generato un'importante soddisfazione del paziente sia per i risultati sul peso corporeo, come già sta dimostrando, ma anche in termini di persistenza poiché la paziente è decisa a continuare con il farmaco.

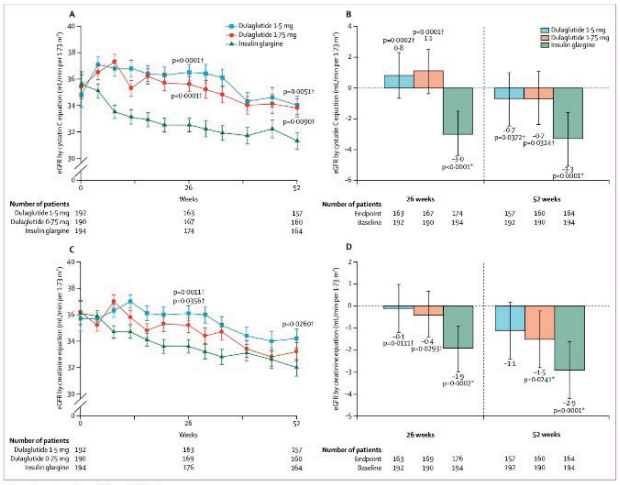


Figure 3: Change in estimated glomerular filtration rate
Values estimated by Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation by cystatin C or creatinine. (A and C) Data presented as estimated glomerular filtration rate (eGFR) values by geometric least squares mean (LSM, SE) from log-transformed analysis; statistical significance was only tested for between-group differences versus insulin glargine. (B and D) Data presented as actual untransformed change from baseline in eGFR values (LSM, 95% CI). p values are reported for statistical significance versus baseline (within group) and versus insulin glargine. Values shown above or below the bars are LSM. Numbers of patients analysed at baseline and endpoints are shown under the x axis. Data are for safety population by use of a mixed-effects repeated measures model analysis. p values are reported for statistical significance at the 26 and 52 week prespecified analyses points. *Versus baseline. †Versus insulin glargine.

Bibliografia

1. A Study Comparing Dulaglutide With Insulin Glargine on Glycemic Control in Participants with Type 2 Diabetes (T2D) and Moderate or Severe Chronic Kidney Disease (CKD) (AWARD-7).

Efficacia in semplicità

Dr. Salvatore Marco Rizzello - Ambulatorio di Endocrinologia-Diabetologia - Distretto Socio-Sanitario Mesagne ASL/BR

Antonio B. 58 anni sposato con figli, è affetto da diabete mellito tipo 2 da 10 anni, conduce una vita molto sedentaria, impegnato negli autotrasporti e quindi soggetto a frequenti trasferte e si presenta in evidente sovrappeso corporeo.
Circa quattro mesi fa è stato ricoverato per scompenso cardiaco presso il reparto di cardiologia. All'ecocardiogramma, effettuato in dimissione, permaneva una lieve disfunzione ventricolare sinistra con frazione di eiezione del 50% senza segni o sintomi di scompenso cardiaco. Dopo la dimissione il paziente ha seguito la seguente terapia ipoglicemizzante prescritta in ospedale: analogo rapido dell'insulina 5 UI ai tre pasti e analogo lento 12 UI la sera. La HbA1c rilevata durante il ricovero era 8,7 % (72 mmol/mol).
Oltre alla diagnosi di diabete, si rileva ipertensione arteriosa, dislipidemia mista, moderata insufficienza renale cronica con attuale filtrato glomerulare eGFR: 45 ml/min

Alla visita presso il mio ambulatorio di Diabetologia, richiesta dopo la dimissione dal Medico Curante, vengono evidenziati i seguenti rilievi clinici:

- BMI 36,00;
- Pressione arteriosa 145/90 mmHg;
- eGFR 45 ml/min calcolata con la formula CKD-EPI
- Macroalbuminuria (UACR>250)
- glicemia a digiuno 140 mg/dl.

Il paziente porta in visione i profili glicemici delle ultime due settimane, che mostrano valori di glicemia non ottimali con qualche iperglicemia postprandiale e saltuarie ipoglicemie lievi preprandiali. Dopo la dimissione riferisce ulteriore aumento di peso con attacchi di fame incontrollabili, spesso successivi a lievi episodi ipoglicemici. Decido quindi, visto lo scarso controllo glicemico, il danno renale incipiente, gli episodi ipoglicemici e l'aumento di peso, di tentare la sostituzione della terapia insulinica rapida con Dulaglutide 1,5 mg 1 volta a settimana. Recentemente sono stati pubblicati i nuovi Standard per la cura del Diabete 2018 indicando l'utilizzo appropriato di Dulaglutide in pazienti con eGFR fino a 15 ml/min ***(fig.1)***, oltre al nuovo piano terapeutico AIFA che non prevede più limiti massini di HbA1c.
Inoltre, al paziente è stata consigliata una dieta e informazioni per migliorare le sue abitudini alimentari.
Dopo tre mesi, il paziente torna al controllo, visibilmente soddisfatto dell'attuale stato di salute; il peso corporeo si è lievemente ridotto (c.a. 6 kg), con profili glicemici domiciliari sostanzialmente migliorati rispetto al trattamento precedente. I valori di emoglobina glicata si sono ridotti a 7,5% (58 mmol/mol), pertanto si decide di proseguire con la terapia attuale.
Dulaglutide appartiene a una nuova categoria di ipoglicemizzanti (long-acting degli agonisti del recettore del GLP-1), che hanno dimostrato una potenza ipoglicemizzante superiore ad altri farmaci orali per la cura del diabete, senza indurre ipoglicemie e con effetti positivi sul peso corporeo. Inoltre, Dulaglutide, per la sua modalità di somministrazione è risultata molto semplice e comoda da utilizzare per il paziente.

A mio avviso, la sostituzione della terapia insulinica prandiale con un analogo del GLP-1 ha portato ad avere effetti benefici migliori in quanto ha ridotto significativamente il peso corporeo e migliorato il compenso glico-metabolico del paziente. Inoltre, come già dimostrato nel recente studio AWARD-7 e visti gli ipotetici effetti nefroprotettivi (riduzione della macroalbuminuria e ridotta perdita di eGFR) mi aspetterei un netto miglioramento dei parametri funzionali renali ***(fig.2)***.

Tabella 4.H1. Terapia non insulinica nel diabete di tipo 2 con insufficienza renale cronica.

eGFR fino a (ml/min*1.73 m²)	90	80	70	60	50	40	30	20	15	Dialisi
Metformina										
Acarbosio[a]										
Gliptine										
Sitagliptin										
Vildagliptin										
Saxagliptin[b]										
Linagliptin										
Alogliptin										
GLP1 agonisti										
Exenatide										
Exenatide LAR										
Liraglutide[b]										
Lixisenatide										
Dulaglutide[b]										
Sulfoniluree										
Glibenclamide										
Gliclazide										
Glimepiride										
Repaglinide										
Pioglitazone										
Gliflozine										
Dapagliflozin										
Empagliflozin[c]										
Canagliflozin[c]										

Verde: utilizzabile senza aggiustamenti di dose. Giallo: utilizzabile con cautela e/o aggiustando le dosi. Rosso: controindicato.
[a] Utilizzabile per eGFR fino a 25 ml/min*1.73 m²; [b] Utilizzabile per eGFR fino a 15 ml/min*1.73 m²
[c] Iniziare la terapia, senza necessità di aggiustamenti di dosi, se eGFR supera 60 ml/min*1.73 m²; se, durante la terapia, eGFR scende sotto 45 ml/min*1.73 m², sospendere il farmaco

Figura 1

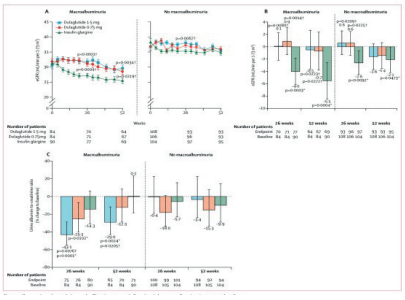


Figura 2

Bibliografia

1. Ferdinand et al. Cardiovasc Diabetol (2016) 15:38 DOI 10.1186/s12933-016-0355
Monami M, Dicembrini I, Nardini C, et al. Effects of glucagonlike peptide1 receptor agonist on cardiovascular risk: a metanalysis of randomized clinical trials. Diabetes Obesity and Metabolism 2014;16:38-47.

2. Liberati A, Altman DG, Tetzla J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta- analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. BMJ. 2009;339:b2700. doi:10.1136/bmj.b2700.

Realizzato con il contributo non condizionante di



www.valutareinsanita.it