Linee guida 2008 sul diabete

Data 30 luglio 2008
Categoria metabolismo

Pubblicate le linee guida 2008 dell'American Diabetes Association, ma mancano reali novità rispetto alla versione precedente.

L'American Diabetes Association ha pubblicato le sue linee guida sulla gestione del diabete per il 2008.
Per la verità non sembra ci siano novità eclatanti rispetto a quelle precedenti.
In sintesi le principali raccomandazioni:

1) La glicemia a digiuno rimane il modo preferito per diagnosticare la malattia sia negli adulti non gravidi che nei bambini

2) Usare i livelli di glicoemoglobina a scopo diagnostico non è raccomandato

3) Lo screening del diabete e del prediabete deve essere preso in considerazione se vi è sovrappeso od obesità con almeno un altro fattore di rischio associato; altrimenti lo screening dovrebbe iniziare a 45 anni e se il test è normale essere ripetuto ogni 3 anni

4) Sia la glicemia a digiuno che l'OGTT (carico di 75 grammi) sono esami appropriati per diagnosticare diabete e prediabete; l'OGTT può essere richiesto per meglio definire il rischio di diabete in chi ha valori di glicemia a digiuno alterati ma non diagnostici per diabete (IFG = Impared Fasting Glucose)

5) Se si riscontra un IFG oppure un IGT (Impared Glucose Tollerance, vale a dire un OGTT alterato ma non diagnostico per diabete), vanno valutati i fattori di rischio cardiovascolare e trattati se necessario; in questi soggetti è utile il calo di peso di almeno il 5-10% se in sovrappeso e un'attività fisica di almeno 150 minuti alla settimana (per esempio camminare a passo spedito).

6) Nei pazienti con elevato rischio di evoluzione verso il diabete (per esempio IFG o IGT e altri fattori associati) si può considerare l'uso della metformina, così come per i soggetti obesi con meno di 60 anni.

7) L'emoglobina glicata dovrebbe essere ridotta a valori medi inferiori al 7%, in casi selezionati può essere indicato arrivare a valori vicini al 6% se questo non comporta un eccessivo pericolo di ipoglicemie; per i bambini, per i pazienti con storia di ipoglicemie, se l'aspettativa di vita è limitata, se vi sono gravi comorbidità e per i pazienti con diabete di lunga durata o complicanze microvascolari stabili l'obiettivo della glicoemoglobina può essere meno rigido.

8) La dieta dovrebbe limitare l'introito di grassi animali, dei carboidrati raffinati ed aumentare l'introito di fibre e cereali. Il calcolo dell'indice glicemico degli alimenti e del carico glicemico può aiutare a controllare l'equilibrio metabolico. L'attività fisica dovrebbe prevedere almeno 150 minuti alla settimana di esercizio aerobico, suddiviso in almeno 3 volte alla settimana.

9) Si dovrebbe istruire il paziente al self-management della malattia

10) Altri punti toccati dalle linee guida sono: la cessazione del fumo, l'uso di antiaggreganti, lo screening ed il trattamento dell'ipertensione, dell'ipercolesterolemia, della cardiopatia ischemica, della nefropatia, della retinopatia, della neuropatia e la cura del piede.

Fonte:

American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2008. Diabetes Care 2008 Jan; Vol 31; Suppl 1.

Commento di Renato Rossi

Come si vede da queste note sommarie le nuove linee guida dell'ADA non aggiungono nulla di sostanzialmente nuovo a quanto già non si sapesse sul management del diabete. In altri termini nulla di tanto trascendentale da portare ad un radicale cambiamento della pratica corrente. Viene da chiedersi se sia davvero necessario un tale sforzo per pubblicare ogni anno una revisione delle linee guida che porta solo innovazioni marginali e di scarsa importanza clinica.
Più interessante l'articolo di revisione della terapia farmacologica, pubblicato sempre su Diabetes Care di gennaio 2008, in cui vengono recepiti alcuni nuovi dati sui glitazoni .

Nel precedente agoritmo sulla terapia farmacologica la metformina (associata ai cambiamenti dello stile di vita) veniva considerata l'intervento di prima linea a cui si potevano aggiungere glitazoni, insulina e sulfaniluree se non si riusciva ad arrivare al controllo metabolico desiderato. La rivisitazione dell'algoritmo richiama alla cautela circa i glitazoni, soprattutto nei pazienti cardiopatici, anche se si sottolinea che le evidenze disponibili non sono conclusive circa l'associazione tra rosiglitazone e infarto miocardico. I lettori di questa testata sono ben al corrente della problematica e dei contrasti che hanno animato il 2007 dopo una contestata metanalisi pubblicata dal New England Journal of Medicine, con contro-metanalisi e critiche anche aspre. Le autorità regolatorie hanno preso ultimamente una posizione in merito: l'EMEA ha sentenziato che i benefici dei glitazoni superano i rischi, purchè siano usati nelle indicazioni approvate .

Referenze

1. Nathan DM et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes mellitus: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. Update regarding the thiazolidinediones. Diabetes Care 2008 Jan; 31:173-175
2. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. Diabetes Care 2006 Aug;29:1963-1972.
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3569