Quale regime insulinico nel diabete tipo 2?

Data 09 dicembre 2008
Categoria metabolismo

Secondo lo studio "4-T" un regime di insulina basale riduce meno l'emoglobina glicata rispetto ad un regime di insulina bifasica due volte al giorno o di insulina prandiale tre volte al giorno, ma porta anche ad un minor aumento del peso ed ha un minor rischio di crisi ipoglicemiche sintomatiche.

In questo studio, denominato "4-T" (Treating to Target in Type 2 Diabetes), sono stati arruolati 708 pazienti con diabete tipo 2 e una glicoemoglbina compresa tra 7% e 10% nonostante assunzione di sulfanilurea e metformina. Sono stati esclusi dal trial i pazienti che avevano crisi ricorrenti gravi di ipoglicemia. I partecipanti sono stati randomizzati a tre tipi diversi di schema insulinico: insulina aspart bifasica due volte al giorno, insulina aspart ai tre pasti principali e insulina detemir una volta al giorno (due volte al giorno se necessario). Il follow-up è durato un anno e i pazienti hanno continuato ad assumere gli ipoglicemizzati orali già in uso.
La glicoemoglobina si ridusse maggiormente nei gruppi bifasica (valore medio 7,3%) e prandiale (valore medio 7,2%) rispetto al gruppo detemir (7,6%). Anche la percentuale di pazienti che avevano una glicoemoglobina inferiore o uguale a 6,5% fu maggiore nel gruppo bifasica (17%) e nel gruppo prandiale (23,9%) rispetto al gruppo detemir (8,1%).
Episodi di ipoglicemia sintomatici furono più frequenti con l'insulina prandiale rispetto all'insulina bifasica e con quest'ultima rispetto alla detemir. La detemir produsse un aumento del peso corporeo inferiore rispetto agli altri due schemi.
Gli autori concludono che l'aggiunta di insulina aspart bifasica due volte al giorno o insulina aspart prandiale tre volte al giorno alla terapia ipoglicemizzante orale riduce maggiormente la glicoemoglobina rispetto all'insulina detemir basale, a scapito di un maggior aumento del peso corporeo e di un maggior rischio di crisi ipoglicemiche sintomatiche.

Fonte:

Holman RR et al. Addition of biphasic, prandial, or basal insulin to oral therapy in type 2 diabetes. N Engl J Med 2007 Oct 25; 357:1716.

Commento di Renato Rossi

In accordo con quanto sostengono sia gli autori dello studio "4-T" che un editorialista, si può affermare che ogni regime insulinico ha i suoi aspetti positivi e negativi. Lo schema che prevede un'unica somministrazione basale di insulina ritardo controlla meno l'equilibrio glicemico, ma comporta meno episodi di ipoglicemia e minor aumento del peso corporeo. Probabilmente è anche più gradito dai pazienti in quanto è necessario effettuare una sola iniezione/die e un minor numero di controlli della glicemia durante la giornata. Lo schema a insulina bifasica e quello prandiale hanno a loro favore un maggior controllo dell'equilibrio glicemico. Secondo gli autori e l'editorialista il primo schema, quello semplificato ad una sola iniezione di insulina ritardo, dovrebbe essere inizialmente aggiunto alla terapia orale nel paziente non compensato. Se non si raggiunge un equilibrio metabolico soddisfacente si dovrà passare a regimi che prevedono 2 o più iniezioni al giorno (schema basale-boli).
Un editorialista nota anche che la sulfanilurea dovrebbe essere sospesa quando si inizia la terapia insulinica perchè ha un meccanismo d'azione (stimolazione della secrezione insulinica pancreatica) poco complementare con l'insulina esogena.
Nello studio APOLLO sono stati paragonati due regimi: insulina glargine basale versus insulina lispro prandiale: entrambi gli schemi si sono dimostrati efficaci nel ridurre l'emoglobina glicata, ma l'insulina basale portava ad un minor rischio di ipoglicemia ed era preferita dai pazienti richiedendo solo un' iniezione al giorno.
Insomma ci sembra ancora valido quanto scrisse alcuni anni fa un commentatore nella recensione di uno studio in cui venivano paragonati due regimi insulinici diversi: non è tanto importante quale schema si sceglie, ma piuttosto che sia efficace, tollerato e ben accettato dal paziente .

Fonte:

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3954
2. Davidson MB. Starting insulin therapy in type 2 diabetic patients: Does it really matter how? Diabetes Care 2005 Feb; 28:494-5

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 20/11/2026 alle ore 23:11 | Pagina 1 di 1