# Equilibrio glicemico nel diabete tipo 2: nuove linee guida

**Data** 24 ottobre 2008
**Categoria** metabolismo

Sono state pubblicate le nuove linee guida sul trattamento dell'iperglicemia nel diabete tipo 2.

L'American Diabetes Assocation e l' European Association for the Study of Diabetes hanno pubblicato le nuove linee guida sul trattamento dell'iperglicemia nel diabete tipo 2. Esse recepiscono i risultati dei recenti trials (ACCORD, ADVANCE e VA Diabetes) e consigliano un target di emoglobina glicata inferiore al 7%. Tuttavia riconoscono che gli studi più recenti non hanno dimostrato alcun beneficio su end-point cardiovascolari dello stretto controllo glicemico, per cui il valore di emoglobina A1c da raggiungere va comunque personalizzato in base alla comorbidità, alla aspettativa di vita, alla durata del diabete e al rischio di ipoglicemia.
In particolare si nota che i pazienti arruolati negli studi erano pazienti con diabete di lunga durata, molti con vari fattori di rischio associati o con malattie cardiovascolari. Perciò si può ritenere che il controllo intensivo della glicemia sia più utile nei pazienti giovani con diabete di nuova diagnosi e in chi ha una emoglobina glicata > 10% (entrambe queste tipologie di pazienti erano poco rappresentate negli studi).
Un target di glicoemoglobina meno stringente può essere più ragionevole in chi ha un diabete di evcchia data, con complicazne micro e macrovascolari, oppure ha una aspettativa di vita ridotta o ancora ha avuto episodi gravi di ipoglicemia. In questi pazienti livelli di glicoemoglobina inferiori al 7% possono essere difficili da raggiungere e ci si può accontentare di obiettivi meno ambiziosi.

Per quanto riguarda le strategie consigliate per il raggiungimento del controllo glicemico, vengono presentati due algoritmidiversi.

Nel primo algorimto, in cui sono consigliati i trattamenti più validati, si consiglia di partire con interventi sullo stile di vita (dieta ed attività fisica). Se non riesce ad ottenere il compenso si consiglia di iniziare la metformina titolandola fino alla dose di 850-1000 mg due volte al giorno. Se entro 2-3 mesi non si ottiene il compenso si consiglia di associare un secondo farmaco che può essere una sulfanilurea oppure insulina (quest'ultima viene preferita se la glicoemoglobina è superiore a 8,5%). Uno di questi due farmaci può essere iniziato subito se la metformina è controindicata o non tollerata. La terapia insulinica raccomandata all'inizio consiste nella somministrazione di insulina intermedia bedtime oppure insulina a lunga durata d'azione bedtime o al mattino. Se neppure in questo modo si ottiene il controllo glicemico lo step successivo prevede l'inizio dell'insulina (se si era scelto come secondo step la sulfanilurea) oppure il potenziamento della terapia insulinica aggiungendo una insulina rapida ai pasti.
Se il paziente stava assumendo una sulfanilurea o una glinide si consiglia di sospendere il trattamento perchè non vi è alcuna sinergia di questi farmaci con l'insulina. Un approccio che preveda l'uso di tre agenti orali non è di solito preferito perchè è più costoso e non più efficace dell'insulina.

Il secondo algoritmo, che prevede l'uso di farmaci meno validati, può essere preso in considerazione in contesti particolari, per esempio se il paziente è a rischio elevato di ipoglicemia, oppure quando l'ipoglicemia può essere molto pericolosa (per esempio per il tipo di lavoro espletato).
In questo secondo algoritmo il primo step prevede ancora l'intervento sugli stili di vita associato alla metformina. Il secondo step prevede l'aggiunta di pioglitazone oppure exenatide. Il rosiglitazone non è consigliato. L'exenatide è consigliata se si desidera un calo di peso e se la glicomeoglobina è inferiore a 8%. Se questo non bastasse si passa al terzo step che prevede l'aggiunta di una sulfanilurea oppure, in alternativa, la sospensione dei farmaci, esclusa la metformina, e l'inizio della terapia insulinica.

**Referenze**

1. Skyler JS et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes trials: A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and
the American Heart Association. Diabetes Care 2009 Jan; 32:187.
2. Nathan DM et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009 Jan; 32:193.

**Commento di Renato Rossi**

Queste nuove linee guida non dovrebbero essere una novità per i lettori di Pillole.org, dato che questa testata ha dedicato ampio spazio agli studi citati, ai quali si rimanda per altri particolari.