Controllo intensivo della glicemia riduce gli eventi coronarici nel diabete tipo 2

Data 31 maggio 2009
Categoria metabolismo

Secondo una metanalisi il controllo intensivo della glicemia nel diabete tipo 2 riduce gli eventi coronarici ma non lo stroke o la mortalità totale.

Questa metanalisi aveva lo scopo di determinare quali effetti derivano sugli esiti cardiovascolari e sulla mortalità dal controllo intensivo della glicemia nel diabete tipo 2.
Sono stati assemblati i risultati di 5 RCT per un totale di 33.040 pazienti. L'analisi è stata effettuata con la tecnica del random-effects. Gli studi considerati erano: UKPDS, PROactive, VDAT, ACCORD, ADVANCE.
La glicoemoglobina media risultava più bassa dello 0,9% nei soggetti sottoposti a trattamento intensivo rispetto ai soggetti trattati in maniera standard. Il trattamento intensivo risultava associato ad una riduzione del 17% degli infarti non fatali (OR 0,83; 0,75-0,93) e del 15% degli eventi coronarici (OR 0,85; 0,77-0,93), mentre non si aveva un effetto statisticamente significativo sull'ictus (OR 0,93; 0,81-1,06) e sulla mortalità totale (OR 1,02; 0,87-1,19).
Gli autori notano comunque che la velocità con cui si deve ottenere il controllo glicemico e il grado di riduzione della emoglobina glicata potrebbero essere differenti in popolazioni diverse.

Fonte:

Ray KK et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet 2009 May 23; 373:1765-1772.

Commento di Renato Rossi

Come fa notare un editorialista nessuno dei 5 RCT presi in esame dalla metanalisi, preso singolarmente, mostrava una riduzione degli eventi coronarici. Com'è possibile allora che la metanalisi sia giunta a conclusioni diverse? Vi possono essere varie spiegazioni. E' noto che uno degli scopi principali delle metanalisi è quello di assemblare vari studi così da avere una maggiore casistica ed un aumento del potere statistico. La mancata dimostrazione di una diminuzione degli eventi coronarici nei singoli trial potrebbe dipendere da difetti o limitazioni intrinseche agli studi stessi: follow-up troppo breve, casistica limitata, frequenza ridotta, rispetto all'atteso, degli end-point misurati. Questi limiti vengono in qualche modo superati dalla metanalisi: si mettono insieme vari RCT in modo da formare, per certi versi, un unico megatrial.
Una spiegazione alternativa potrebbe essere però che proprio per queste sue peculiarità la metanalisi enfatizza benefici che in realtà, pur essendo significativi dal punto di vista statistico, lo sono molto meno sul piano clinico.
Gli stessi autori, pur concludendo che il controllo intensivo della glicemia porta ad una riduzione degli eventi coronarici, ammettono di non aver potuto determinare nè con quale tempistica questo controllo debba essere raggiunto nè quale debba essere il grado ottimale di riduzione della glicoemoglobina.
Probabilmente i benefici del controllo glicemico variano a seconda della tipologia del paziente che si deve trattare. Come abbiamo più volte sostenuto in pillole precedenti di fronte ad un paziente giovane, con diabete di nuova insorgenza e senza complicanze cardiovascolari già in atto è verosimilmente preferibile cercare di ottenere un' emoglobina glicata attorno a 6%-6,5%; nei pazienti più anziani, con diabete di vecchia data e/o con complicanze cardiovascolari già in atto oppure a rischio di gravi episodi di ipoglicemia ci si può accontentare di un target più morbito. In questi pazienti può essere ragionevole raggiungere valori di HbA1c attorno al 7%-7,5%. Si consideri che in medicina, come in molte altre attività umane, bisogna essere realistici e accontentarsi, talora, di qualche compromesso: non di rado anche arrivare a valori di 7,5% risulta molto difficile pur con regimi polifarmacologici che rischiano di minare la compliance del paziente.
Sarebbe stato interessante a questo proposito se la metanalisi avesse esaminato i vari outcomes in relazione alla durata del diabete, all'età dei partecipanti, all'esistenza o meno di complicanze cardiovascolari. Tuttavia gli autori ammetto che un'analisi di questo tipo, per sottogruppi di pazienti, non è stata possibile per l'impossibilità di accedere ai datiindividuali
Non va dimenticato, infine, che la terapia dell'iperglicemia è solo una delle molte facce del trattamento del diabete: molto importante è favorire uno stile di vita salubre (dieta, attività fisica, cessazione del fumo, lotta all'obesità) e trattare appropriatamente la dislipidemia e l'ipertensione.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4056
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4282
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4308
4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4409