E' utile la diagnosi di prediabete?

Data 27 luglio 2014
Categoria metabolismo

Riportiamo una sintesi delle considerazioni di alcuni autori circa l'utilità di diagnosticare il prediabete.

Un interessante articolo pubblicato dal British Medical Journal esamina le criticità intrinseche alla diagnosi di prediabete
.
Riteniamo valga la pena di farne un breve sunto.

Per prediabete si intende uno stato intermedio tra il diabete franco e l'euglicemia, il quale espone (o si pensa possa esporre) il soggetto che ne è affetto ad un maggior rischio di evoluzione verso il diabete vero e proprio e le sue complicanze.

Nel corso del tempo sono stati proposti vari criteri per definire il prediabete.

Inizialmente si parlava di ridotta tolleranza al glucosio (Impared Glucose Tollerance o IGT) che caratterizzava soggetti con una glicemia a digiuno compresa tra 110 e 140 mg/dL nei quali il test per os con 75 grammi di glucosio evidenziava a 120 minuti una glicemia compresa tra 140 e 200 mg/dL.

Successivamente venne introdotto il concetto di alterata glicemia a digiuno (Impared Fasting Glucose o IFG) caratterizzata da una glicemia a digiuno compresa tra 110 e 125 mg/dL (successivamente l'American Diabetes Association riduceva la soglia di normalità della glicemia a digiuno a 100 mg/dL per cui l'IFG veniva definita come glicemia a digiuno compresa tra 100 e 125 mg/dL).

Successivamente ancora è stato suggerito di usare come criterio per la diagnosi di prediabete l'emoglobina glicata: secondo l'ADA si parla di prediabete per valori compresi tra 5,7% e 6,4%, secondo altri il prediabete sarebbe indentificabile per valori di HbA1c compresi tra 6% e 6,4%.

Il primo appunto fatto dagli autori dell'articolo recensito in questa pillola è che qualsiasi sia il criterio scelto si tratta comunque di criteri arbitrari, così come sono arbitrari i vari valori decisionali.
In realtà la comparsa delle complicanze diabetiche non può essere determinata sopra una soglia certa di glicemia o di HbA1c perchè si tratta di un rischio che si presenta come una variabile continua.

In secondo luogo l'articolo fa notare che se si applicano i vari criteri proposti si avrà una parte notevole di una determinata popolazione classificabile come affetta da prediabete (per esempio secondo uno studio circa la metà dell'intera popolazione adulta cinese sarebbe affetta da prediabete se si utilizzano i criteri ADA).

Il punto principale della questione è, però, questo: qualsiasi sia il criterio adottato, la diagnosi di prediabete permette di identificare soggetti ad alto rischio di sviluppare le complicanze del diabete e di mettere in atto idonee misure (farmacologiche e non) di prevenzione?
Se si prende alla lettera il termine prediabete si può concludere che esso contiene l'idea che, con il tempo, inevitabilmente ci sarà una evoluzione verso il diabete e le sue complicanze

Ma è dubbio che sia davvero così: non necessariamente i soggetti classificati come portatori di prediabete evolveranno verso il diabete vero e proprio e svilupperanno le due complicanze: a 10 anni dalla diagnosi circa la metà/due terzi continuerà ad essere senza diabete.

Un altro problema è questo: esistono interventi sullo stile di vita di efficacia tale da impedire un' eventuale evoluzione verso il diabete? Ci sono tre studi che hanno dimostrato che questi interventi riducono tale evoluzione di circa il 40-60%. Tuttavia il follow up dopo il termine degli studi suggerisce che, più che ridurre il rischio evolutivo, gli interventi sullo stile di vita sembrano spostare più in là nel tempo (circa 2-4 anni) la comparsa di diabete.

Per quanto riguarda, invece, l'effetto degli interventi sullo stile di vita sulla comparsa delle complicanze del diabete i dati sonocontrastanti.
Secondo uno studio cinese la mortalità cardiovascolare si ridurrebbe dal 20% al 12% e quella totale dal 38% al 28% nel giro di 20 anni. A parte il fatto che questa riduzione si evidenzia solo nelle donne, essa è di entità tale che è difficile da spiegare con un intervento che sembra "solo" spostare la comparsa del diabete di pochi anni.
Per contro, un altro studio, quello filandese, ed una metanalisi, non hanno mostrato alcun effetto su mortalità e morbilità.

Gli autori passano poi ad esaminare l'effetto dei farmaci: anche qui esistono studi che hanno dimostrato che i farmaci possono ridurre il rischio di evoluzione verso il diabete ma rimane sempre la questione se si tratti di vera riduzione o di semplice azione ritardante. In pratica il rischio risulta ridotto finchè il paziente assume il farmaco, ma quando lo sospende è probabile che il diabete compaia nei soggetti che sono in ogni caso destinati a svilupparlo.
Il che significa che il paziente dovrebbe assumere una terapia farmacologica "sine die": vale a dire dovrebbe assumere

un farmaco per trattare una condizione di rischio (e non una vera malattia) per evitare l'evoluzione verso un'altra condizione di rischio (così definiscono il diabete gli autori).
E, in ogni caso, al momento non esistoni studi che abbiano valutato l'efficacia preventiva dei farmaci in studi con follow up molto prolungato. La qual cosa, invece, sarebbe molto importante per una condizione cronica che dura per tutta la vita.

A tutto questo si devono aggiungere i rischi legati all'effetto etichetta, alla sovradiagnosi e al sovratrattamento.

Chedire?

Le considerazioni degli autori ci trovano sostanzialmente d'accordo. Come viene suggerito alla fine dell'articolo, più che ricorrere a classificazioni comunque arbitrarie, si dovrebbero usare le energie disponili per migliorare i comportameni alimentari, lo stile di vita e l'educazione della popolazione in generale.
E' ovvio che si tratta di scelte di politica economica di non semplice attuazione ma che avrebbero un impatto maggiore sulla salute della popolazione generale.
Non vorremmo che, in futuro, del prediabete si dicesse quello che l'inventore della sindrome metabolica scrisse qualche anno fa della sua creatura: requiescat in pace .

RenatoRossi

Bibliografia

1. Judkin JS et al. The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics.
BMJ 2014 Jul 19; 349: g4485.

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4010

Commento di Luca Puccetti

Le considerazioni espresse sono condivisibili tuttavia occorre valutare il bilanciamento degli effetti tra quello "etichetta" e la possibilità anche solo di ritardare l'insorgenza del diabete che non puo' essere considerato solo un fattore di rischio, ma deve essere considerato una malattia, per lo meno allorquando i livelli di HBA1c sono tali da determinare danno retinico. E' proprio questo infatti l'outcome clinico che guida la definizione delle soglie di normalita' della HBA1c. Se si parte dal concetto che il diabete non è solo un fattore di rischio, ma una patologia e si attuano campagne volte ad identificare i soggetti a maggior rischio da avviare soltanto a trattamenti non farmacologici, gli effetti dell'anticipazione diagnostica e del sovratrattamento divengono trascurabili e la bilancia potrebbe spostarsi in favore dell'utilità dell'identificazione precoce dei soggetti "prediabetici".