La terapia ipoglicemizzante nel diabete tipo 2 - Parte seconda

Data 08 ottobre 2017
Categoria metabolismo

Un breve sintesi sui vari schemi di terapia insulinica nel diabete tipo 2.

Prima di passare in rassegna i vari schemi di terapia insulinica è opportuno ricordare brevemente le diverse formulazioni di insulina attualmente a disposizione del medico.

L' insulina ad azione rapida è rappresentata dall'insulina regolare la cui azione inizia dopo 30-60 minuti dall'iniezione e si prolunga per 5-8 ore e dagli analoghi dell'insulina (aspart, lispro e glulisina) il cui inizio d'azione si verifica dopo 10-30 minuti e si prolunga per 3-5 ore. Attualmente si preferiscono gli analoghi dell'insulina per il loro inizio d'azione più rapido. Inoltre si ritiene che ottengano un miglior controllo della glicemia post-prandiale ed abbiano un minor rischio di episodi ipoglicemici.

Le insuline ad azione intermedia hanno un inizio d'azione di 1-2 ore e una durata di 4-8 ore. Sono rappresentate dall'insulina NPH e dall'insulina lispro protamina.

Le insuline ad azione prolungata iniziano ad agire dopo 1-2 ore e la loro azione si prolunga fino a 20-24 ore. Sono rappresentate dall'insulina detemir e dall'insulina glargina. L'insulina degludec ha un'azione ancora più prolugata, fino a 40ore.

Esistono poi delle **associazioniprecostituite** per esempio miscele in proporzioni variabili di insulina regolare/insulina NPH, altre di insulina lispro/insulina lispro protamina e insulina aspart/aspart protamina.
Le insuline premiscelate hanno il vantaggio di richiedere meno iniezioni e quindi migliorano la compliance del paziente, a scapito però di una minor flessibilità di dosaggio.

Veniamo ora alla terapia vera e propria. Esistono vari schemi di terapia insulinica proposti dalle linee guida. Per la stesura di questa pillola, però, non ci siamo basati su una linea guida particolare ma ci limiteremo ad illustrare uno schema che ci sembra semplice e facilmente applicabile.
Lo schema, che deriva in parte dalla consultazione della letteratura e in parte dalla pratica, è solo uno dei vari possibili e ha un valore puramente indicativo.
Dovrà comunque essere personalizzato al massimo sulle caratteristiche cliniche e sulla risposta del singolo paziente.

Quando si decide di aggiungere insulina alla terapia già in atto si può iniziare con una dose serale di insulina ad azione prolungata. La somministrazione di solito avviene prima di andare a letto.
Questa schema va sotto il nome di schema basale.
Di solito si inizia con 0,1-0,2 U/kg (dosi anche maggiori se la glicoemoglobina è molto elevata).
Lo scopo è quello di arrivare a un valore di emoglobina glicata inferiore al 7% in molti pazienti con una glicemia a digiuno inferiore a 110 mg/dL. In molti altri pazienti tuttavia il target può essere meno ambizioso (per esempio tra 7% e 8%), specialmente nei soggetti anziani con pluripatologie associate e in quelli a rischio di ipoglicemia. Questo concetto di massima personalizzazione del target di controllo glicemico è stato più volte illustrato e non necessita di ulteriore approfondimento.

Se non si raggiunge il target desiderato si può aumentare gradualmente la dose (per esempio 1-2 U ogni 3-4 giorni).
Se il paziente sta anche assumendo farmaci ipoglicemizzanti orali che potrebbero comportare un aumento del rischio di ipoglicemia conviene ridurre la dose di questi ultimi o, se è il caso, sospenderli. Oltre questa indicazione di massima è difficile andare perchè ogni paziente rappresenta un caso a se stante.

Quando lo schema basale non ottiene i risultati sperati si può passare ad aggiungere
all' insulina basale serale una insulina ad azione rapida prima del pasto principale. Di solito si inizia con 5-7 U. Se la glicemia a 2 ore dal pasto non raggiunge il target desiderato (in genere valori inferiori a 140 mg/dL) si aggiungono 1-2 unità ogni 2-4 giorni.

Se ancora non si raggiunge il target desiderato si può passare al regime basale/bolus che consiste nell'aggiungere all' insulina basale serale un'insulina rapida prima dei tre pasti principali.
Si consiglia di suddividere la dose totale di insulina nella proporzione 50-55% insulina basale e 45-50% insulina rapida (da suddividere a sua volta in tre somministrazioni).
Anche in questo caso se non si raggiunge il target (generalmente glicemia a 2 ore dal pasto inferiore a 140 mg/dL) si aggiungono 1-2 unità ogni 3-4 giorni.

In tutti i casi se si dovessero verificare episodi ipoglicemici si deve ridurre la dose totale di insulina di circa il 20 - 25%. Nel caso di ipoglicemia grave la riduzione dovrà essere maggiore (per esempio 35%-40%).

RenatoRossi