Target del trattamento ipoglicemizzante secondo l'ACP

Data 13 maggio 2018
Categoria metabolismo

L'American College of Physicias raccomanda in molti pazienti con diabete tipo 2 un target di emoglobina glicata compreso tra 7% e 8%.

Ci siamo occupati in varie occasioni di quale dovrebbe essere il target dell'HbA1C nel trattamento ipoglicemizzante del diabete tipo 2.

Le linee guida dell'American Diabetes Association consigliano un target di HbA1C < 7%, una glicemia a digiuno compresa tra 80 e 130 mg/dL e una glicemia a 1-2 ore dal pasto inferiore a 180 mg/dL.

Tuttavia si raccomanda di personalizzare il target sulla base delle caratteristiche del paziente.
Nei pazienti più giovani, con lunga aspettativa di vita, non presenza di malattie cardiovascolari, diabete di diagnosi recente si consiglia un target più basso (attorno a 6,5% o anche meno).
Nei pazienti più anziani, fragili, con diabete di lunga durata, con malattia cardiovascolare nota, comorbilità importanti, storia di gravi episodi di ipoglicemia si consiglia un target più elevato (attorno a 7,5%-8%).

Arrivano ora le linee guida dell'American College of Physicians (ACP) che hanno rivisto le raccomandazioni di varie organizzazioni pubblicate a partire dal 2013. Sono state analizzate le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence inglese, dell'Institute for Clinical Systems Improvement, dell'American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology, dell'American Diabetes Association, dello Scottish Intercollegiate Guidelines Network e dell'US Department of Veterans Affairs and Department of Defense.

Anzitutto l'ACP consiglia di personalizzare il target di HbA1C e, in molti pazienti con diabete tipo 2, di puntare a valori compresi tra 7% e 8%.
Inoltre nei pazienti in cui si raggiungono valori di HbA1C inferiori a 6,5% andrebbe preso in considerazione una riduzione della intensità della terapia farmacologica.
Infine nei pazienti con una aspettativa di vita inferiore ai 10 anni a causa dell'età avanzata (>/= 80 anni), o ricoverati in case di riposo o con patologie croniche (demenza, neoplasie, nefropatia terminale, BPCO grave o insufficienza cardiaca congestizia) la terapia dovrebbe tendere a minimizzare i sintomi dell'iperglicemia, ma nello stesso tempo evitare di fissare un target preciso di HbA1C perchè i rischi di un trattamento intensivo superano i benefici.

Nel 2007 l'ACP aveva pubblicato delle linee guida in cui si consigliava un target inferiore al 7%. La ragione del cambiamento risiede nel fatto che ora vi sono evidenze che proporsi un target inferiore o uguale al 7% non riduce i decessi e gli eventi cardiovascolari in un periodo di 5-10 anni mentre può comportare sostanziali effetti collaterali come episodiipoglicemici.

Chedire?

Come si può vedere le linee guida dell'ACP sostanzialmente concordano con la raccomandazione dell'ADA di personalizzare il target del trattamento ipoglicemizzante tenendo conto delle caratteristiche del paziente. Tuttavia sottolineano chiaramente che per molti diabetici tipo 2 si dovrebbe tendere a valori di HbA1C inferiori a 8% ma non inferiori a 7%.
Inoltre in pazienti fragili non si dovrebbe fissare un target preciso di HbA1C ma la terapia ipoglicemizzante dovrebbe avere, come scopo principale, quello di combattere i sintomi dell'iperglicemia.
In effetti la maggior parte dei diabetici tipo 2 visti nella pratica sono soggetti anziani, con pluripatologie, in trattamento polifarmacologico, con diabete di lunga durata e spesso con storia di eventi cardiovascolari.
Tuttavia è ragionevole ritenere che i pazienti giovani, con lunga aspettativa di vita, con diabete di diagnosi recente e senza storia di malatte cardiovascolari possano beneficiare di un trattamento più aggressivo con un target di HbA1C attorno a 6,5%-7%.
Questi pazienti rappresentano, se non l'eccezione, sicuramente una sottopopolazione di diabetici minoritaria rispetto alla precedente.
Interessante poi la raccomandazione che qualora si arrivi a valori di HbA1C inferiori a 6,5% si dovrebbe prendere in considerazione la riduzione dell'intensità del trattamento.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Qaseem A et al. Hemoglobin A1c Targets for Glycemic Control With Pharmacologic Therapy for Nonpregnant Adults

With Type 2 Diabetes Mellitus: A Guidance Statement Update From the American College of Physicians. Ann intern Med. Pubblicato online il 6 marzo 2018.