

IL CONTROLLO GLICEMICO NEI DIABETICI ANZIANI

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

La prevalenza del diabete (DM) aumenta con l'età: 45-64 anni = 12.2%; 65-74 anni = 21.8%.

In passato gli obiettivi di cura del DM comprendevano il raggiungimento di valori quasi fisiologici di glicemia e di HbA1c < 7%, in concomitanza con valori di pressione arteriosa < 130/80 mm Hg e di colesterolo LDL < 100 mg/dL per ridurre il rischio di complicanze. Tuttavia, gli studi clinici sulla base dei quali furono formulate queste raccomandazioni escludevano i pazienti più anziani e quelli con significative comorbidità, per cui non sono chiari gli obiettivi terapeutici da raggiungere in questi soggetti.

Le linee guida (LG) prese in considerazione da questo articolo (1) sono un aggiornamento delle precedenti del 2003, sviluppate dalla Società Americana di Geriatria (AGS), per la cui stesura la fonte principale sulla cura del DM era lo studio UKPDS, che escludeva i pazienti > 65 anni. Alla revisione delle ultime LG hanno invece contribuito i tre grandi studi pubblicati nel 2008 (ACCORD, ADVANCE e VADT), che, anche se includevano pazienti > 65 anni, in realtà ne avevano pochi > 75 anni; inoltre tutte e tre le LG escludevano i pazienti anziani con severe comorbidità o significativa compromissione funzionale.

Un controllo glicemico intensivo produce benefici nel ridurre il rischio di complicanze micro-vascolari nel medio termine (5-10 anni) e di eventi cardio-vascolari nel lungo termine (> 10 anni): questi fattori sono molto rilevanti per i pazienti più giovani e con minor durata di malattia, ma lo sono di meno per i pazienti più anziani e con maggior durata di malattia, soprattutto per i rischi collegati all'ipoglicemia e per l'aumento potenziale di mortalità.

Le attuali LG provenienti da più società sul trattamento del DM nella popolazione più anziana **concordano sull'individualizzazione degli obiettivi terapeutici, ma divergono su** alcune raccomandazioni, specialmente per quel che riguarda i **limiti inferiori dell'obiettivo glicemico**.

L'*American Diabetes Association (ADA)* fornisce specifiche raccomandazioni per l'obiettivo glicemico e pressorio e stratifica la popolazione sulla base dello stato di salute, dividendola in "sana", "complessa", "molto complessa", con obiettivi di HbA1c rispettivamente < 7.5%, < 8% e < 8.5%. Tuttavia, non sono forniti i limiti inferiori di HbA1c (2).

Le LG aggiornate **AGS** (3) hanno approvato un sistema di classificazione a tre livelli di obiettivo glicemico, ma hanno anche specificato quali sono i limiti inferiori di HbA1c per un controllo glicemico ottimale. Tali raccomandazioni suggeriscono questi obiettivi di HbA1c negli anziani:

- in generale: compreso tra 7.5% e 8%;
- con poche comorbidità e uno stato funzionale buono: tra 7% e 7.5% può essere appropriato se raggiungibile in maniera sicura;
- con plurime comorbidità, condizione di salute compromessa, ridotta aspettativa di vita: sono appropriati 8-9%.

Un paziente di 75 anni in terapia con metformina che abbia HbA1c = 6.5% risulterà quindi adeguatamente trattato se consideriamo le LG ADA, mentre risulterà sovra-trattato secondo le LG AGS.

Conclusioni

Le decisioni riguardo agli obiettivi e ai trattamenti nei pazienti più anziani non possono essere prese senza tener presente altri aspetti che influenzano l'aderenza terapeutica: limitazioni funzionali, decadimento cognitivo, isolamento sociale, assenza di educazione sanitaria, problematiche economiche possono limitare la capacità del paziente di monitorarsi e seguire le terapie raccomandate. Gli sforzi per migliorare la selezione dell'obiettivo e il trattamento andrebbero incorporati all'interno di programmi che affrontino in maniera efficace tali limitazioni, ad esempio tramite un maggiore coordinamento delle cure tra una visita e l'altra.

Sono necessari altri studi per comprendere meglio rischi e benefici di un controllo glicemico più stringente nei pazienti più anziani (> 75 anni) e con plurime comorbidità. Le nuove LG AGS evidenziano la necessità di un supporto pratico alle decisioni cliniche e di strumenti di comunicazione per individualizzare gli obiettivi e i trattamenti sulla base dello stato di salute e della preferenza del paziente.



Bibliografia

1. Huang ES, Davis AM. Glycemic control in older adults with diabetes mellitus. JAMA [2015, 314: 1509-10](#).
2. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults. Diabetes Care [2012, 35: 2650-64](#).
3. Moreno G, et al; American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults With Diabetes. Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for improving the care of older adults with diabetes mellitus: 2013 update. J Am Geriatr Soc [2013, 61: 2020-6](#).
4. Riccio M. Diabete nell'anziano. [Endowiki](#).