

DIABETE MELLITO: STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES - 2013

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

Nel gennaio del 2013 su **Diabetes Care** è stata pubblicata l'edizione annuale degli **Standards of Medical Care in Diabetes**, emanati dall'American Diabetes Association (ADA).

L'orientamento generale delle ultime raccomandazioni sembra essere stato quello di rendere le Linee Guida le più personalizzate e coerenti possibili. In quest'ottica sono stati apportati alcuni cambiamenti anche sostanziali.

Una prima modifica rilevante la ritroviamo nello **screening del diabete di tipo 1 (DM1)**. Le nuove raccomandazioni suggeriscono la misurazione degli auto-anticorpi delle isole pancreatiche nei parenti di pazienti affetti da DM1. Tale misura, associata a un'adeguata educazione sui sintomi di esordio del DM, può consentire di identificarne in anticipo l'insorgenza e diminuire l'accesso in ospedale per chetoacidosi.

Interessante anche la revisione sulla **gestione del DM in ospedale**, per cui si raccomanda il dosaggio dell'emoglobina glicata (HbA_{1c}) nei pazienti con fattori di rischio per un DM non diagnosticato qualora presentino iperglicemia durante il ricovero.

Nelle linee guida 2013 torna ad essere utilizzato il termine **pre-diabete**, condizione ad elevato rischio per lo sviluppo di DM e di malattia cardiovascolare, comprensiva di alterazioni metaboliche quali alterata glicemia a digiuno (100-125 mg/dL) e ridotta tolleranza glucidica, ovvero glicemia 2 ore dopo carico orale di glucosio di 140-199 mg/dL. In questa condizione rientra anche il riscontro di una HbA_{1c} compresa tra 5.7 e 6.4% (quando dosata con il metodo DCCT/UKPDS), il cui range è più ampio rispetto a quello proposto dagli Standard Italiani (6-6.49%). Infatti, il rischio di sviluppare DM si è dimostrato elevato e aumenta proporzionalmente già a partire da valori di HbA_{1c} di 5.5%. Una condizione di pre-diabete si associa spesso ad obesità, dislipidemia ed ipertensione, per cui i pazienti che ne sono affetti dovranno essere messi a conoscenza non solo del loro aumentato rischio di DM, ma anche di quello cardiovascolare.

Per quanto concerne l'**automonitoraggio glicemico**, le nuove linee guida specificano che per i pazienti in terapia insulinica intensiva, in particolar modo con DM1 o che utilizzano un microinfusore, è indicato un controllo pluri-quotidiano del livello di glicemia: prima di ciascun pasto e spuntino, e occasionalmente a 2 ore dai pasti, prima di andare a letto, di fare attività fisica, quando si ha il sospetto di essere in ipoglicemia e prima di attività critiche come il guidare. Lo scopo è quello di personalizzare l'autocontrollo, per andare incontro alle diverse necessità quotidiane. Nella pratica quotidiana, infatti, alcuni pazienti con DM2 in trattamento ipoglicemizzante orale potrebbero non avere alcuna necessità di effettuare controlli glicemici, mentre altri pazienti in trattamento insulinico effettuano l'automonitoraggio un numero eccessivo di volte (8-10 volte/die). Nei pazienti in terapia non insulinica l'automonitoraggio è consigliato solo se inserito in un programma educativo più ampio. Risulta, infatti, molto interessante il riconoscimento che l'ADA fa' della figura dell'educatore, già da tempo enfatizzata in Italia, come parte integrante della terapia.

Viene sottolineata la necessità di porre la massima attenzione alla **prevenzione degli episodi di ipoglicemia nell'anziano**, che possono associarsi a deficit cognitivi. Si raccomanda di rivalutare con il paziente il regime terapeutico ogni qual volta si verificano episodi di ipoglicemia asintomatica o ipoglicemia grave. In tal senso, le nuove raccomandazioni auspicano che anche il paziente non in trattamento insulinico sia istruito (così come accade per il paziente con DM1 o DM2 in terapia insulinica) al fine di acquisire delle regole comportamentali da applicare in caso di determinati livelli glicemici (elemento finora trascurato per questo gruppo di pazienti), quali contatto del medico, modificazione della dieta, assunzione o meno di un farmaco, ecc.

Relativamente al **controllo pressorio** nel paziente diabetico, è stato introdotto il concetto di maggiore novità. Finora si riteneva che nel diabetico, a causa del maggiore rischio di complicanze, fosse assolutamente indispensabile raggiungere in tutti i pazienti il target di pressione sistolica di 130 mmHg. Ora, invece, si prende atto che spesso, per raggiungere tale obiettivo si deve ricorrere a un carico eccessivo di terapia, con pochi vantaggi e frequenti effetti collaterali anche dannosi. Viene pertanto innalzato il target sistolico a < 140 mmHg, considerando adeguato solo per i pazienti più giovani l'obiettivo < 130 mmHg.

Nelle linee guida ADA viene ancora identificato come obiettivo primario il **Colesterolo LDL** con target < 100 mg/dL e, in alternativa, una riduzione del 30-40% rispetto al valore basale nei pazienti che non riescono a raggiungere tale obiettivo per valori basali molto elevati e/o intolleranza a dosi massimali o a qualsiasi dose delle statine. Negli Standard Italiani della Cura del Diabete Mellito, nei diabetici a basso rischio (età < 40 anni e nessun fattore di rischio cardiovascolare) la terapia con statina va intrapresa per valori di C LDL > 130 mg/dL in associazione alle modifiche dello stile di vita. Poiché recenti studi e metanalisi mostrano un significativo beneficio della terapia con statine anche nei pazienti diabetici a basso rischio, le nuove linee guida dell'ADA consigliano di iniziare la terapia anche in questi pazienti per valori di LDL > 100 mg/dL. Non si raccomanda invece la terapia ipolipemizzante combinata, che non ha dato significativi risultati in termini di riduzione del rischio cardiovascolare.

Un'ulteriore novità dell'ADA 2013, oltre alla **vaccinazione** annuale anti-influenzale e alla vaccinazione anti-pneumococcica, è la raccomandazione alla **vaccinazione contro l'epatite B** in tutti i diabetici adulti non vaccinati, di età compresa tra 19 e 59 anni, da eseguire appena possibile dopo la diagnosi di diabete mellito. Questa stessa vaccinazione va presa in considerazione anche nei diabetici di età ≥ 60 anni, dopo valutazione del rischio e della possibilità di un'adeguata risposta immunitaria. Le motivazioni sono che l'HBV è altamente trasmissibile e stabile per lungo tempo sulle superfici così come sui dispositivi per l'autocontrollo glicemico e sui *reservoirs* delle penne per insulina, anche quando il sangue non è visibile. Secondo i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) l'infezione è due volte più frequente tra adulti diabetici di età ≥ 23 anni rispetto ad adulti non diabetici.

BIBLIOGRAFIA

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care [2013, 36 suppl 1: S11-66](#).
- McBrien K, Rabi DM, Campbell N, et al. Intensive and standard blood pressure mellitus: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med [2012, 172: 1296-303](#).
- Bangalore S, Kumar S, Lobach I, Messerli FH. Blood pressure targets in subjects with type 2 diabetes mellitus/impaired fasting glucose: observations from traditional and bayesian random-effects meta-analyses of randomized trials. Circulation [2011, 123: 2799-810](#).
- Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet [2012, 380: 581-90](#).
- Ginsberg HN, Elam MB, Lovato LC, et al. ACCORD Study Group. Effect of combination lipid therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med [2010, 362: 1563-74](#).
- Boden WE, Probstfield JL, Anderson T, et al; AIM-HIGH Investigators. Niacin in patients with low HDL cholesterol levels receiving intensive statin therapy. N Engl J Med [2011, 365: 2255-67](#).