

La sicurezza di GLP1-RA e SGLT2i in TELEMEDICINA

Silvia Galasso

SOC di Endocrinologia, Malattie del metabolismo e Nutrizione Clinica

ASUFC

La diabetologia nel post COVID
tra resilienza e ripartenzaUDINE
4 dicembre 2021

La dr.ssa SILVIA GALASSO dichiara di NON aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti da Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche

Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.).

PRINCIPALI DIFFICOLTA' INCONTRATE NELLE VISITE IN REMOTO NEL PERIODO DI LOCKDOWN



Disporre dei valori
glicemici, non sempre
poter verificarli



Esami ematochimici
recenti



Feedback riguardo la
comprensione di eventuali
modifiche terapeutiche



Difficoltà nell'invio del PT
e referti



POCHE MODIFICHE TERAPEUTICHE IN REMOTO

RISCHIO IPOGLICEMICO
LIMITI NELLA PRESCRIZIONE

PRINCIPALI DIFFICOLTA' INCONTRATE NELLE VISITE IN REMOTO NEL PERIODO DI LOCKDOWN

IN COSA CI POSSO ESSERE STATI DI AIUTO GLP1-RA E SGLT2i?



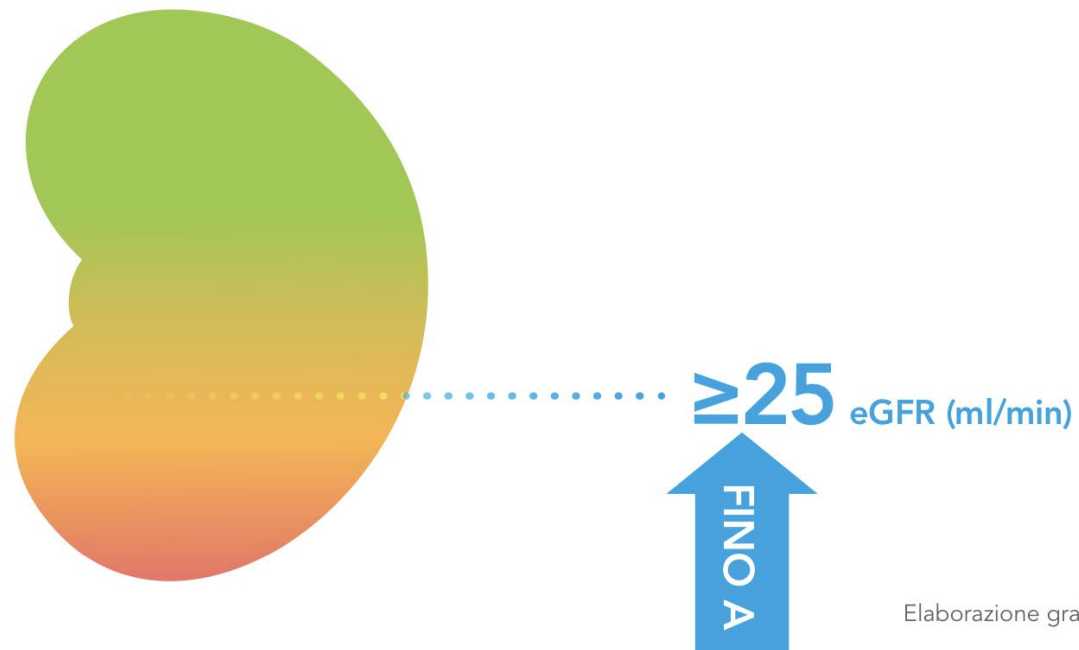
Drug Specific and Patient Factors to Consider in Adults with T2D

		Efficacy (60)	Hypoglycemia	Weight Change (109)	CV effects		Renal Effects	
					ASCVD	HF	Progression Of DKD	Dosing/Use Considerations ^a
Metformin		High	No	Neutral (potential for modest loss)	Potential Benefit	Neutral	Neutral	Contraindicated with eGFR <30 mL/min/1.73m ²
SGLT2 Inhibitors		Intermediate	No	Loss	Benefit: empagliflozin ^b , canagliflozin ^b	Benefit: empagliflozin ^c , canagliflozin, dapagliflozin ^c , ertugliflozin	Benefit: canagliflozin ^d , empagliflozin, dapagliflozin ^d ,	- See labels for renal dose considerations of individual agents - Glucose-lowering effect is lower for SGLT2 inhibitors at lower eGFR
GLP-1 RAs		High	No	Loss	Benefit: dulaglutide ^b , liraglutide ^b , semaglutide (SQ) ^b Neutral: exenatide once weekly, lixisenatide	Neutral	Benefit on renal end points in CVOTs driven by albuminuria outcomes: liraglutide, semaglutide (SQ), dulaglutide	- See labels for renal dose considerations of individual agents - No dosage adjustment for dulaglutide, liraglutide and semaglutide - Caution while initiating or increasing dose due to potential risk of nausea, vomiting, diarrhea, or dehydration. Monitor renal function in patients reporting severe adverse GI reactions when initiating or increasing dose of therapy
DPP-4 Inhibitors		Intermediate	No	Neutral	Neutral	Potential Risk: saxagliptin	Neutral	- Renal dose adjustment required (sitagliptin, saxagliptin, alogliptin); can be used in renal impairment - No dose adjustment required for linagliptin
Thiazolidinediones		High	No	Gain	Potential Benefit: Pioglitazone	Increased Risk	Neutral	- No dose adjustment required - Generally not recommended in renal impairment due to potential for fluid retention
Sulfonylureas (2 nd Generations)		High	Yes	Gain	Neutral	Neutral	Neutral	- Glyburide: generally not recommended in chronic kidney disease - Glipizide and glimepiride: initiate conservatively to avoid hypoglycemia
Insulin	Human Insulin	High	Yes	Gain	Neutral	Neutral	Neutral	Lower insulin doses required with a decrease in eGFR; titrate per clinical response
	Analogues							

ASCVD=Atherosclerotic Cardiovascular Disease; CV=Cardiovascular; CVOT=Cardiovascular Outcomes Trial; DPP-4=Dipeptidyl Peptidase 4; DKA=Diabetic Ketoacidosis; DKD=Diabetic Kidney Disease; eGFR=Estimated Glomerular Filtration Rate; GI=Gastrointestinal; GLP-1 RA=Glucagon-like Peptide 1 Receptor Agonists; HF=Heart Failure; NASH=Non Alcoholic Steatohepatitis; SGLT2=Sodium-Glucose Cotransporter 2; SQ=Subcutaneous; T2D=Type 2 Diabetes.

^aFor agent-specific dosing recommendations, please refer to the manufacturers' prescribing information; ^bFDA-approved for cardiovascular disease benefit; ^cFDA-approved for heart failure indication; ^dFDA-approved for chronic kidney disease indication.

American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2022;45(suppl 1):S125-S143



Elaborazione grafica da dati testuali, Rif. 3

Compromissione renale ^(3,35,36)

eGFR fino a (ml/min x 1,73 m ²)	90	80	70	60	50	40	30	20	15	Dialisi
DAPAGLIFOZIN	Inizio terapia							Continuazione terapia		
EMPAGLIFOZIN	Inizio terapia							Controindicato		
CANAGLIFOZIN	Inizio terapia							Continuazione terapia		
ERTUGLIFOZIN	Inizio terapia					Continuazione terapia		Controindicato		

Inizio terapia

Continuazione terapia

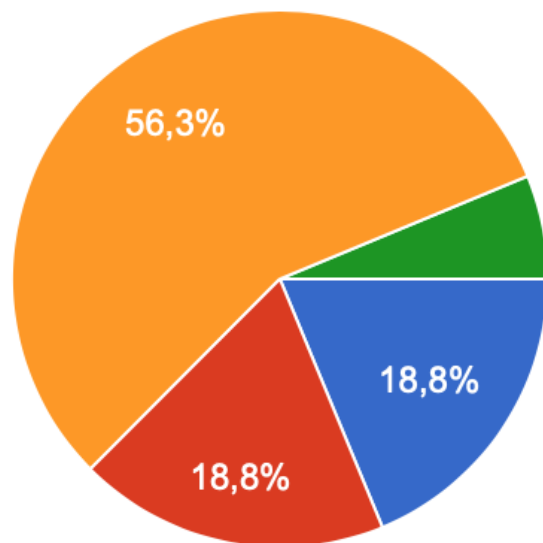
Controindicato

COME CI SIAMO COMPORTATI?

DATI DELLA NOSTRA SURVEY

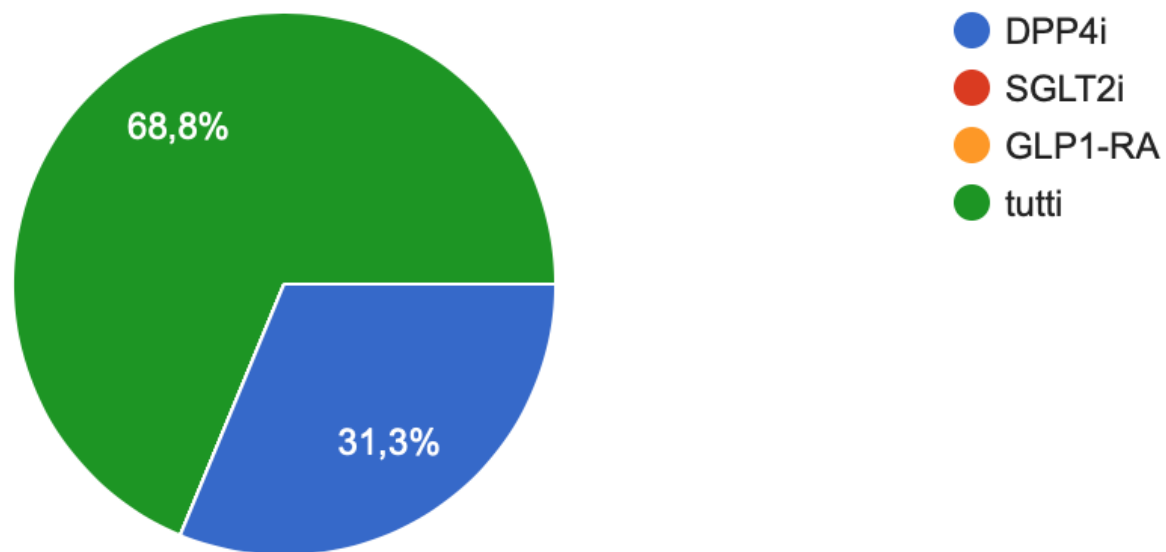


Durante il lockdown se hai svolto visite in telemedicina ti è capitato di prescrivere GLP1-RA?

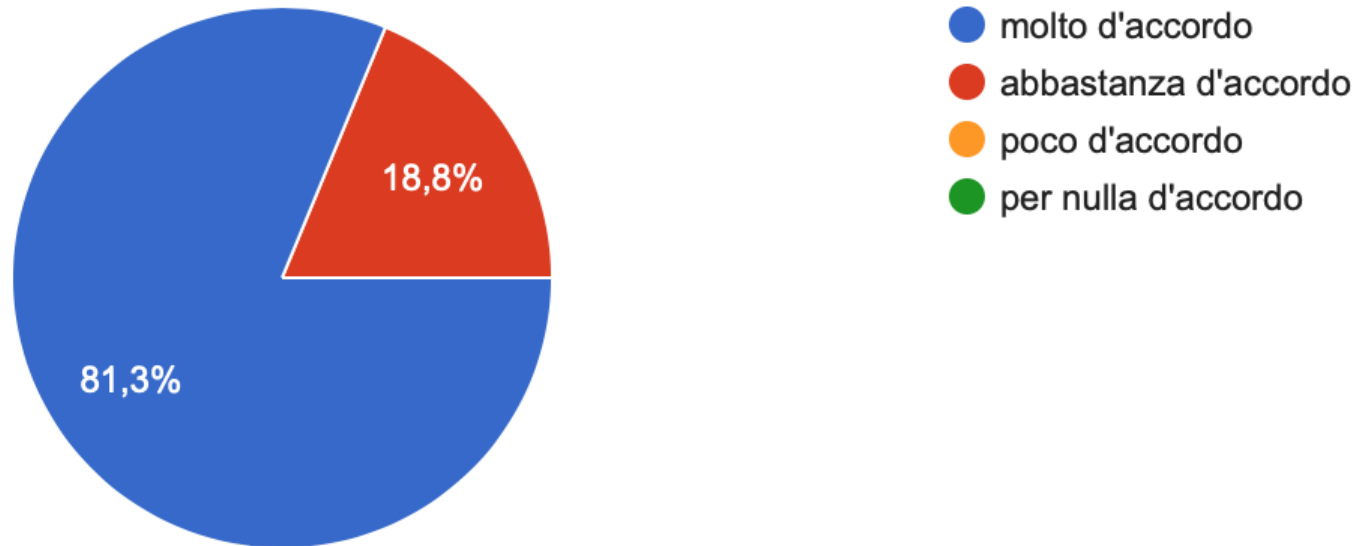


- no perchè non era possibile educare il pz
- si e mi sono sentito sicuro nel farlo
- si ma ho inviato il pz in ospedale per educazione
- si e ho spiegato io stesso come somministrarlo

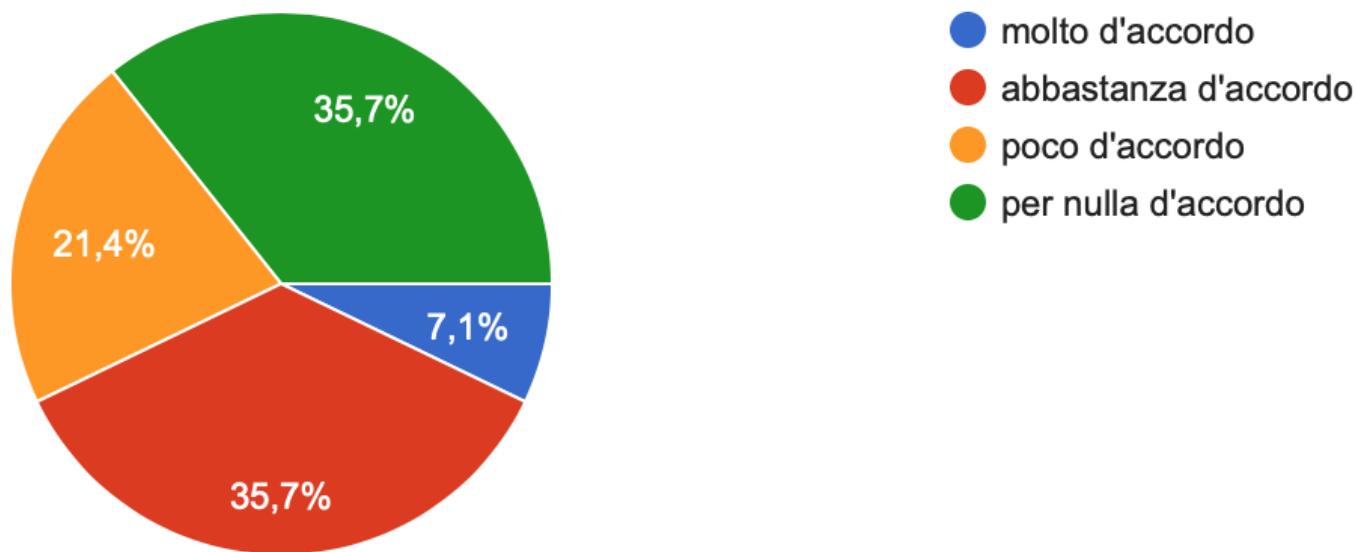
Durante il lockdown per il rinnovo dei PT in telemedicina ti sei sentito più sicuro con quali farmaci:



Quanta importanza dai alla protezione cardio renale nella scelta terapeutica?



Quanta importanza dai al piano terapeutico nella tua scelta terapeutica?





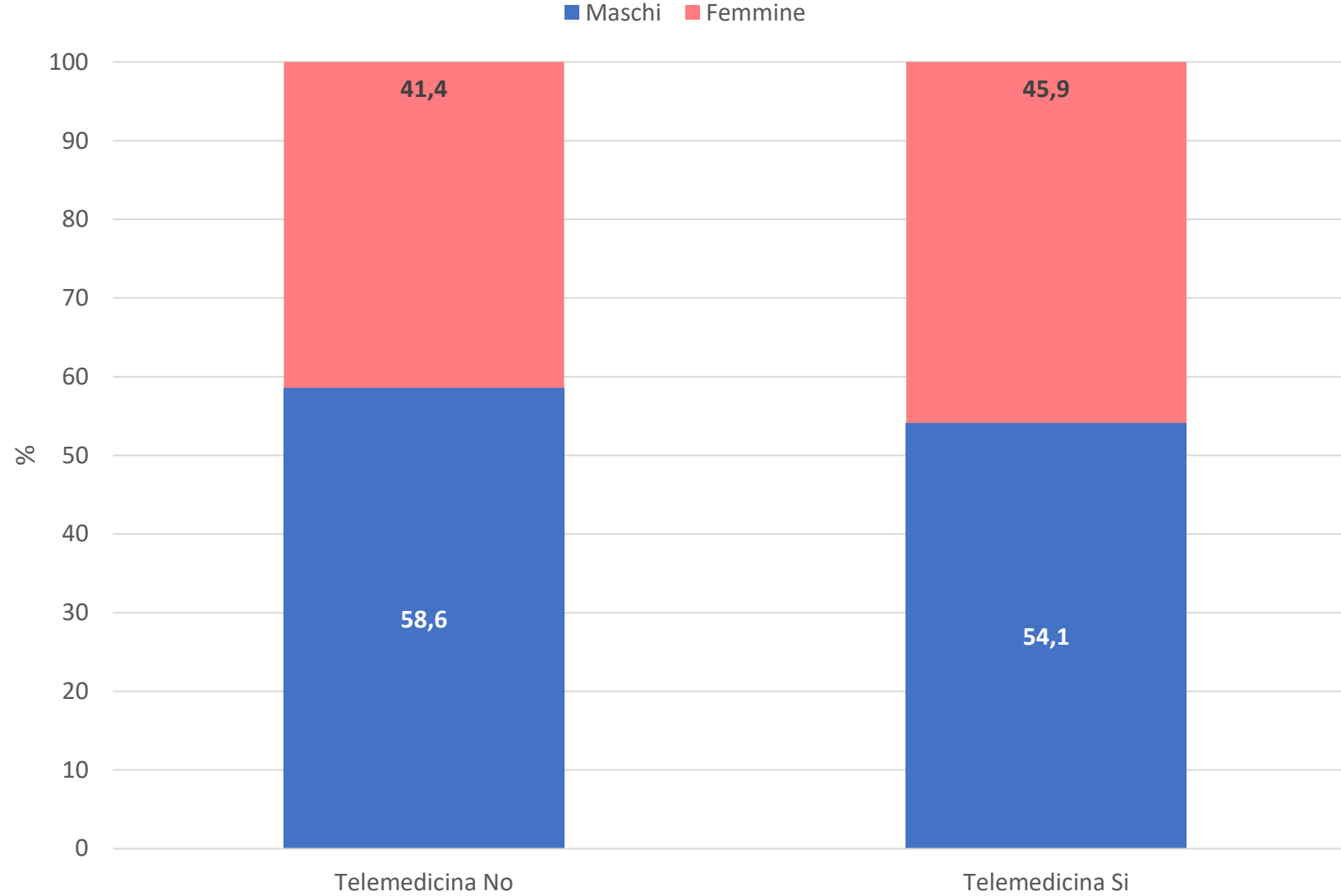
-
- Annali AMD telemedicina

Popolazioni in studio

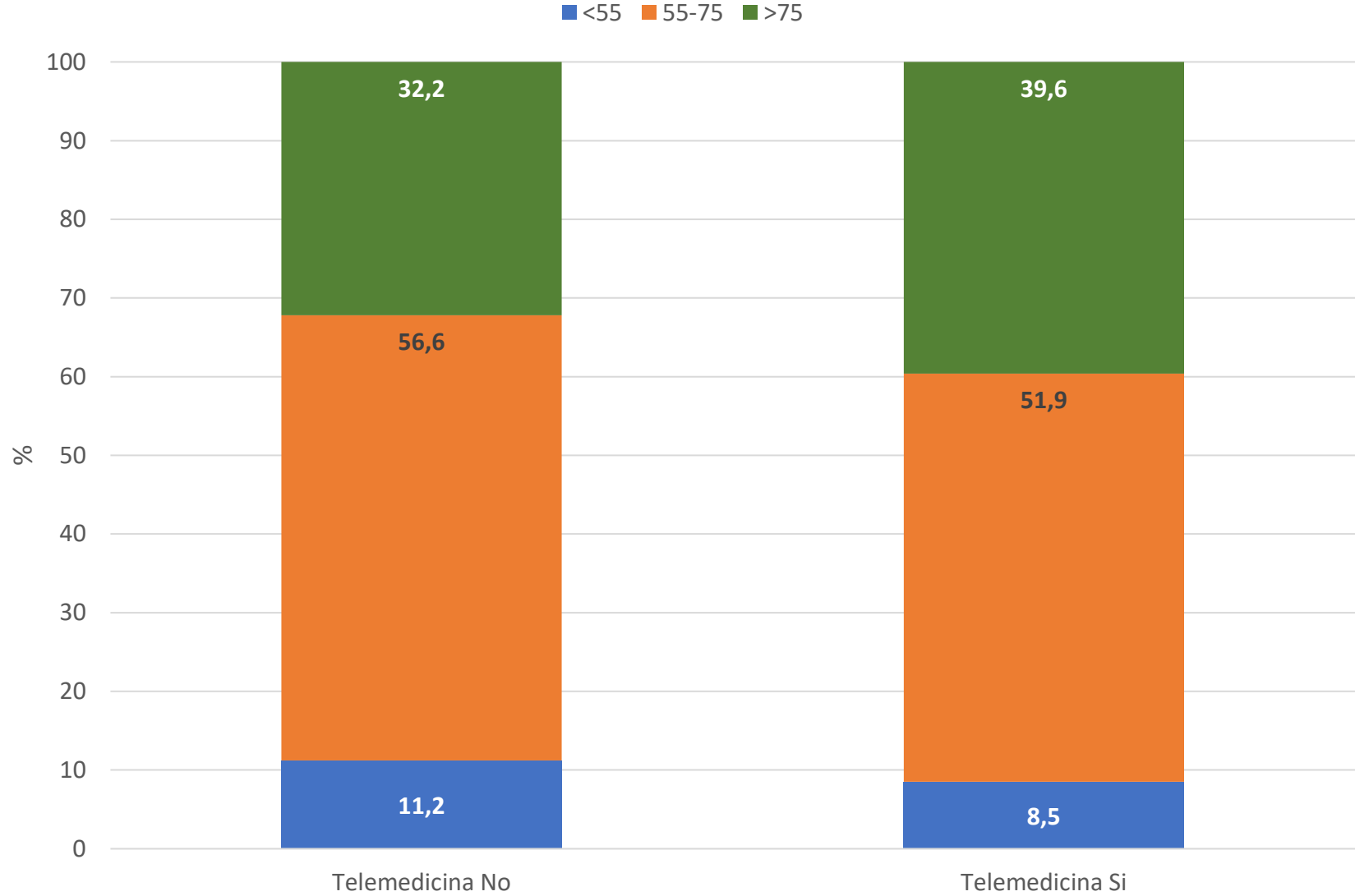
Anno e popolazione	Definizione	N
2020 telemedicina	Registrazione in cartella di prestazione di telemonitoraggio o televisita (campo AMD 502)	46424
2020 no telemedicina	Pazienti attivi* senza registrazione in cartella di prestazione di telemonitoraggio o televisita	364898

* Almeno una prescrizione e una rilevazione di pressione arteriosa o peso nel 2020

Distribuzione per sesso

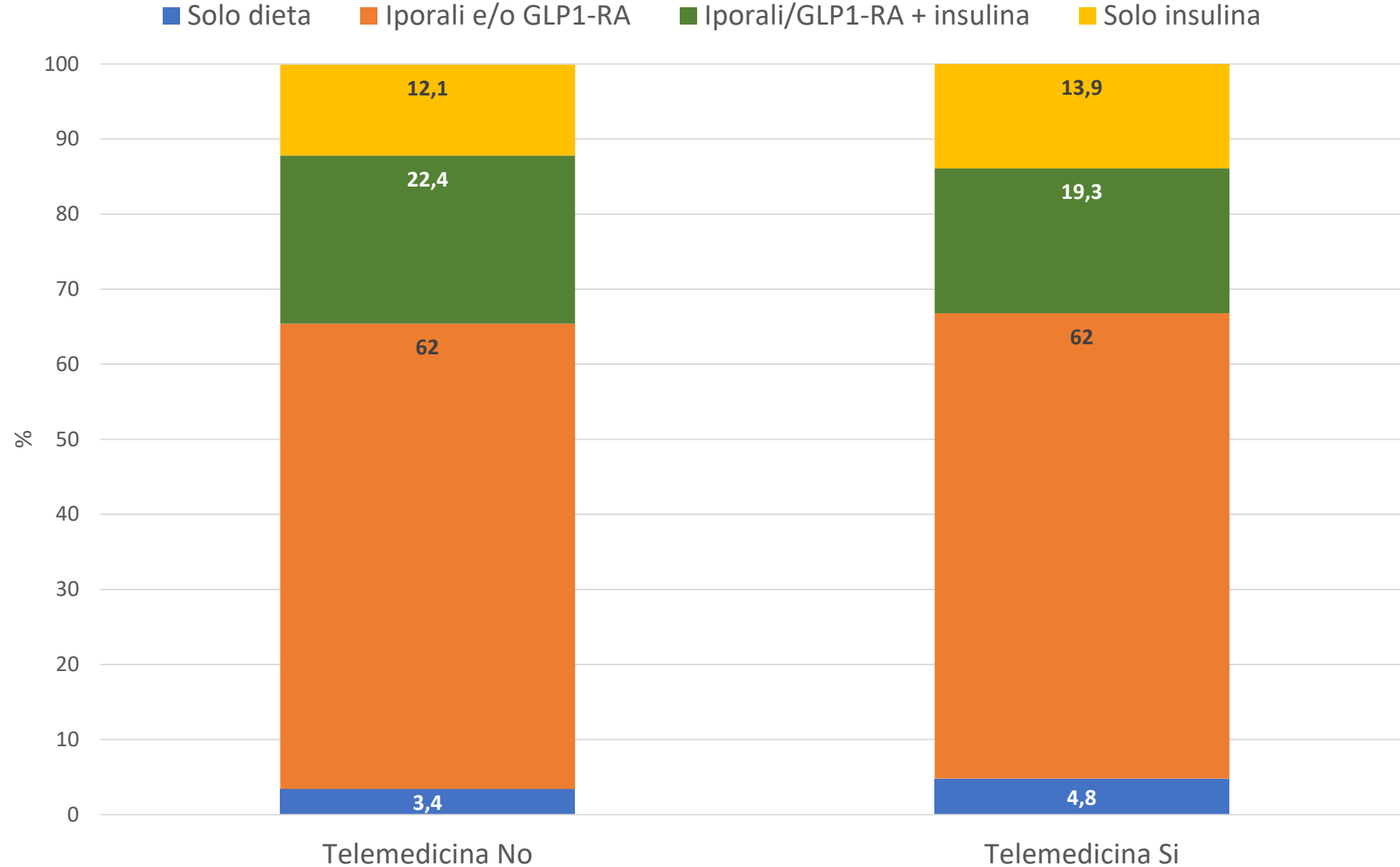


Distribuzione per età

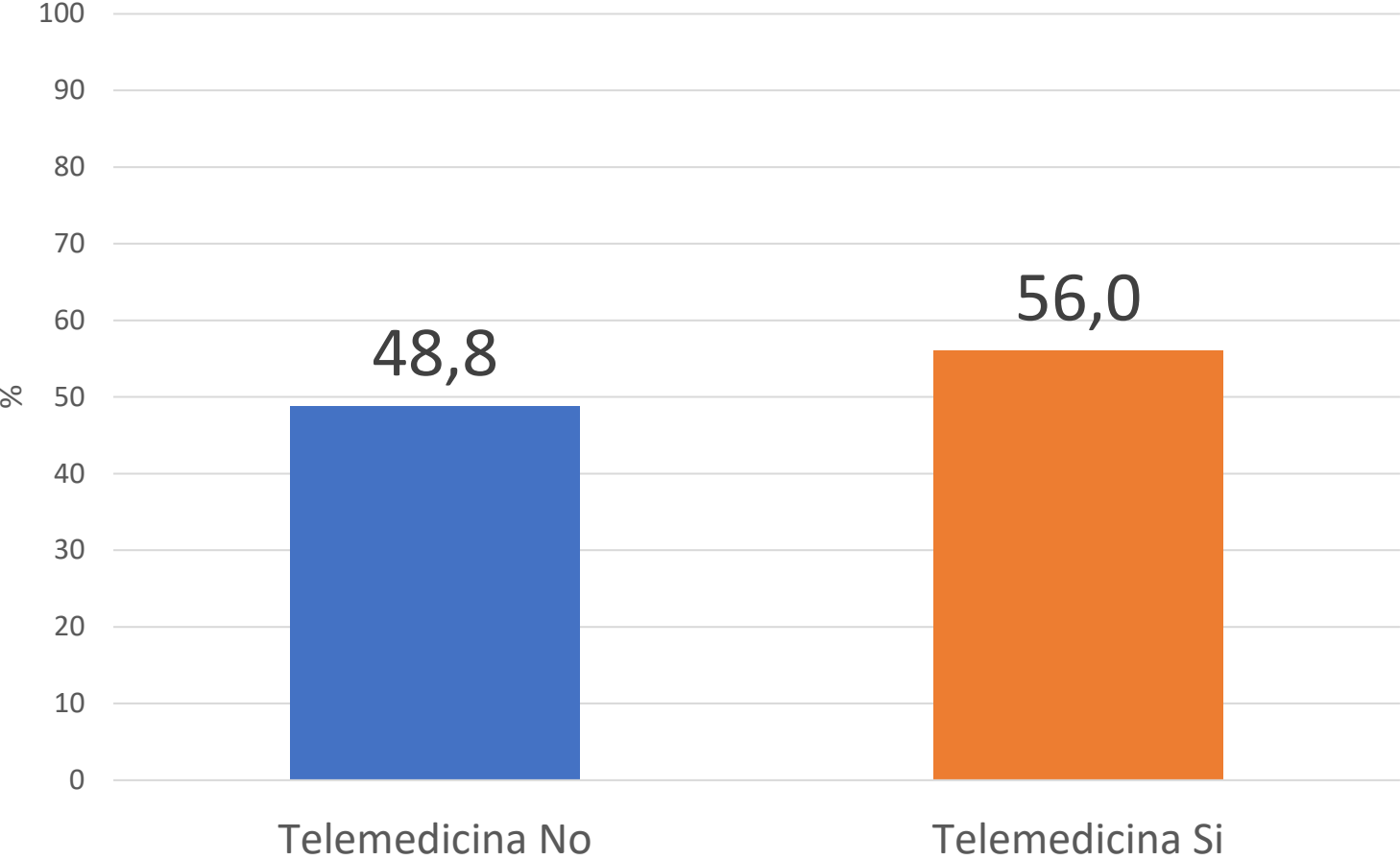


Età media	69.1±11.1	71.3±11.2
-----------	-----------	-----------

Distribuzione dei pazienti per intensità di trattamento ipoglicemizzante nel DM2 (%)



Soggetti con HbA1c ≤ 7,0%



Distribuzione dei pazienti con DM2 per classe di farmaco ipoglicemizzante (%)

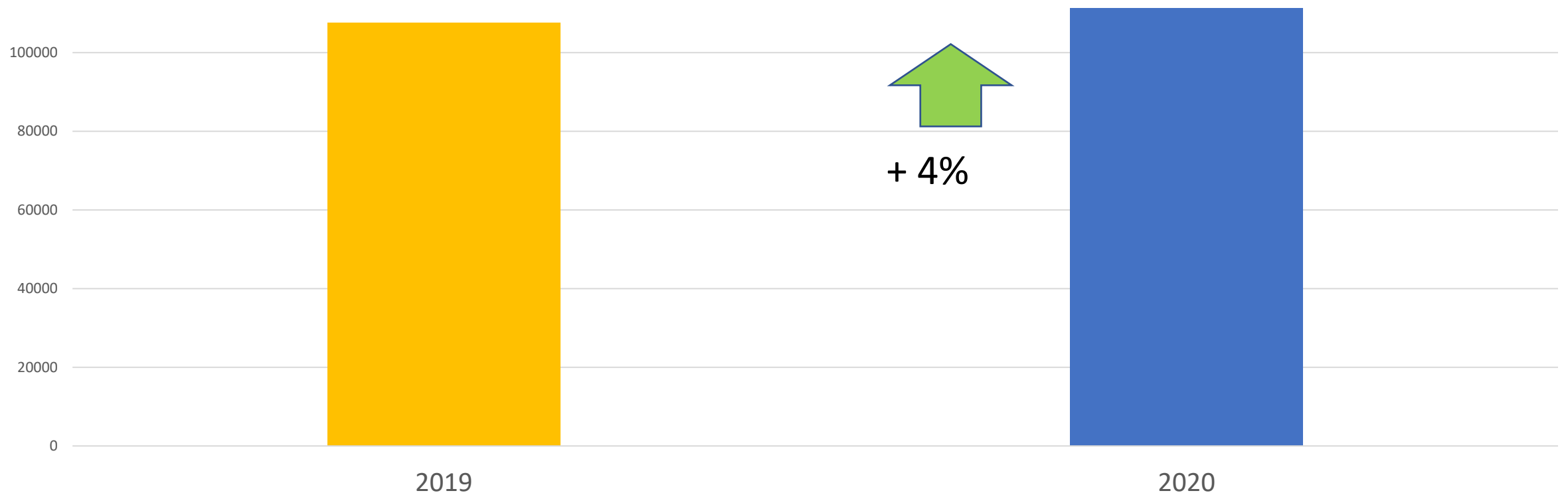
Classe di farmaco	Telemedicina No	Telemedicina Si
Metformina	71,9	67,9
Sulfanilurea	12,8	12,6
Glinide	2,2	2,0
Glitazone	4,5	4,0
Acarbose	1,8	2,1
DPPIVi	22,6	24,5
GLP1-RA	15,7	12,0
SGLT2i	16,6	13,2
Insulina	34,6	29,1
Insulina basale	29,5	28,5
Insulina rapida	19,4	19,4



- Esperienza ASUFC

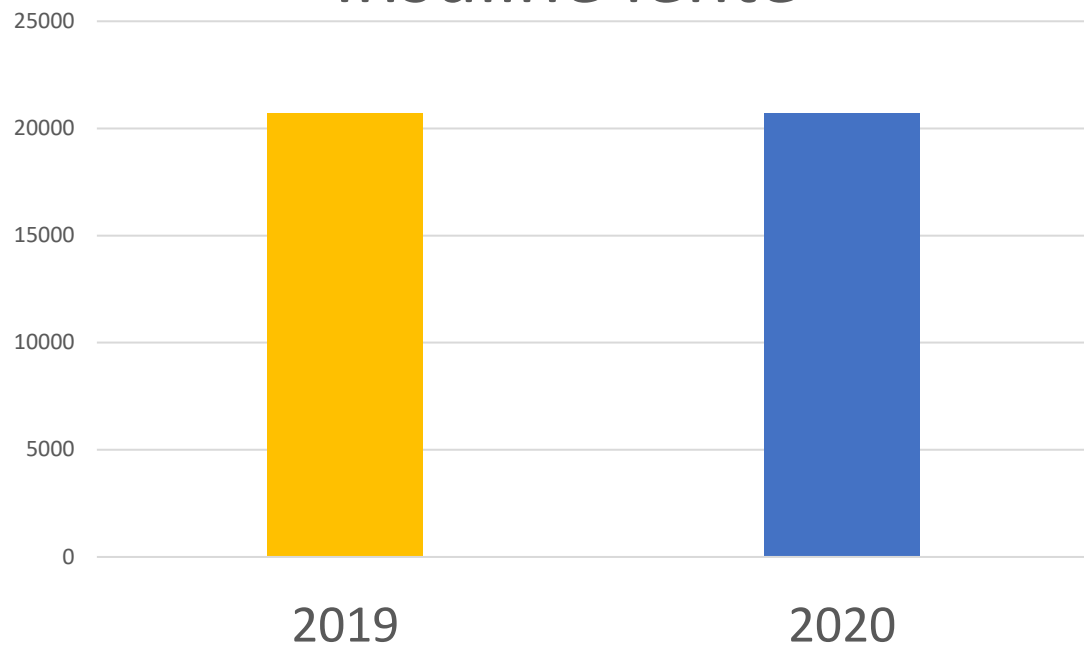
ESPERIENZA ASUFC

Metformina

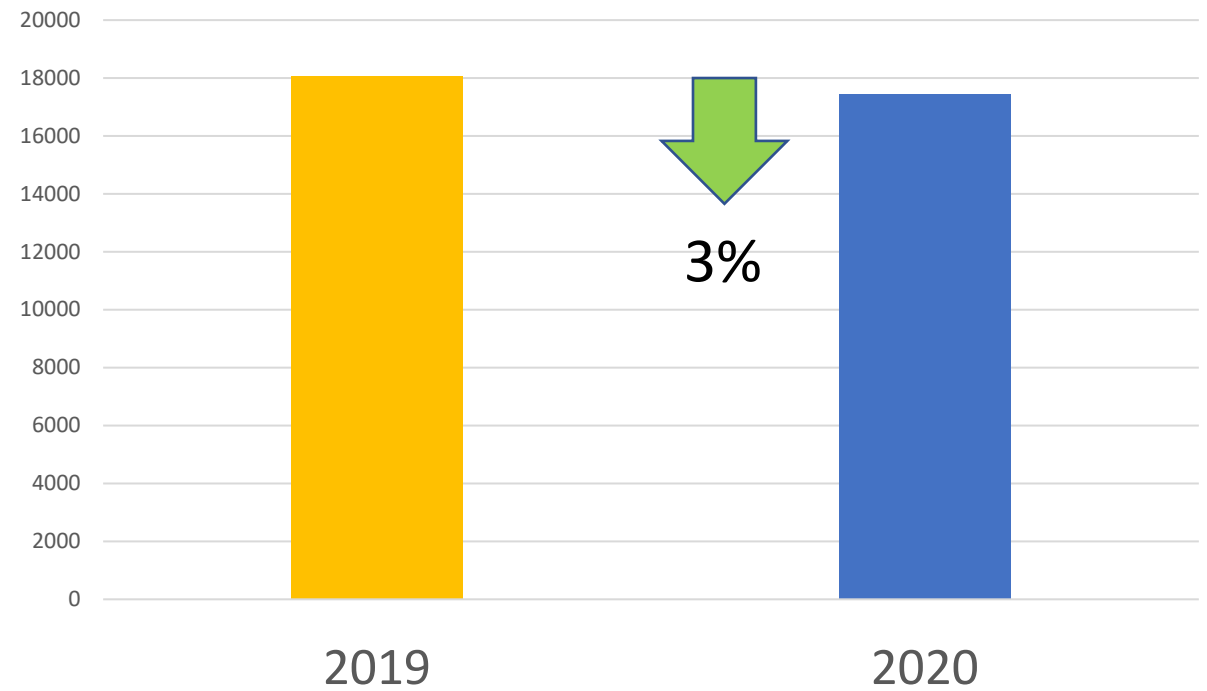


ESPERIENZA ASUFC

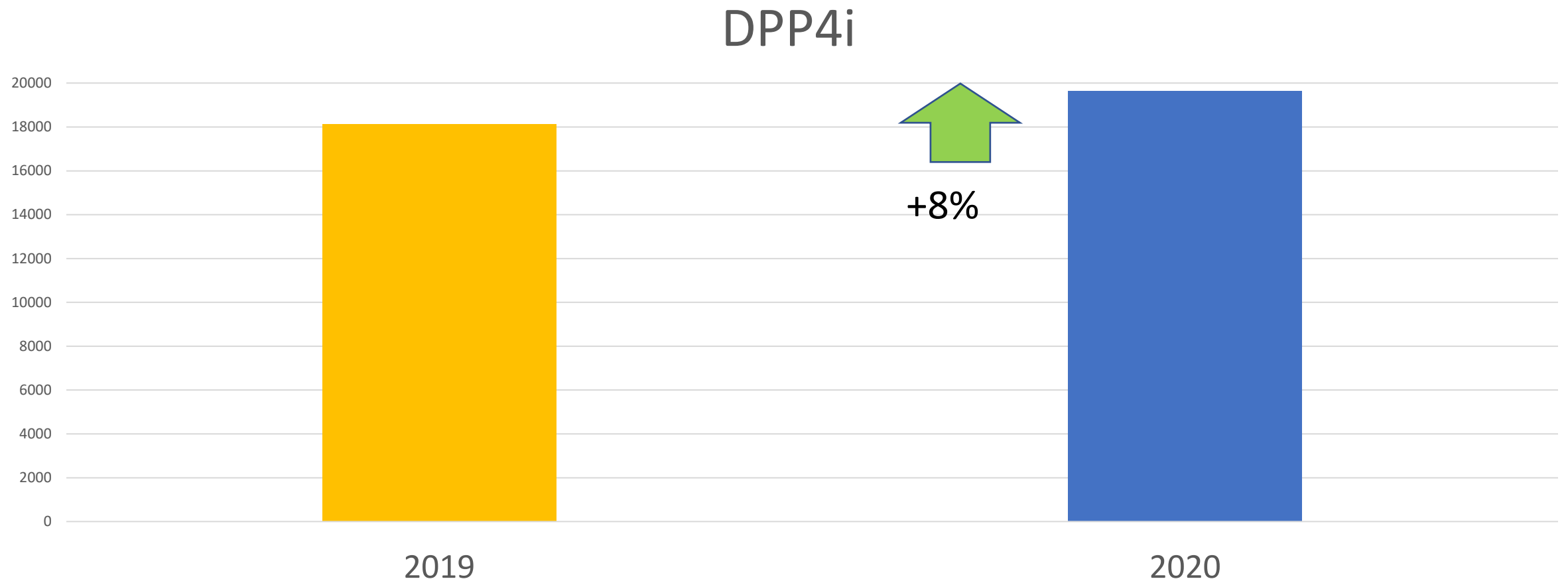
Insuline lente



Insuline rapide

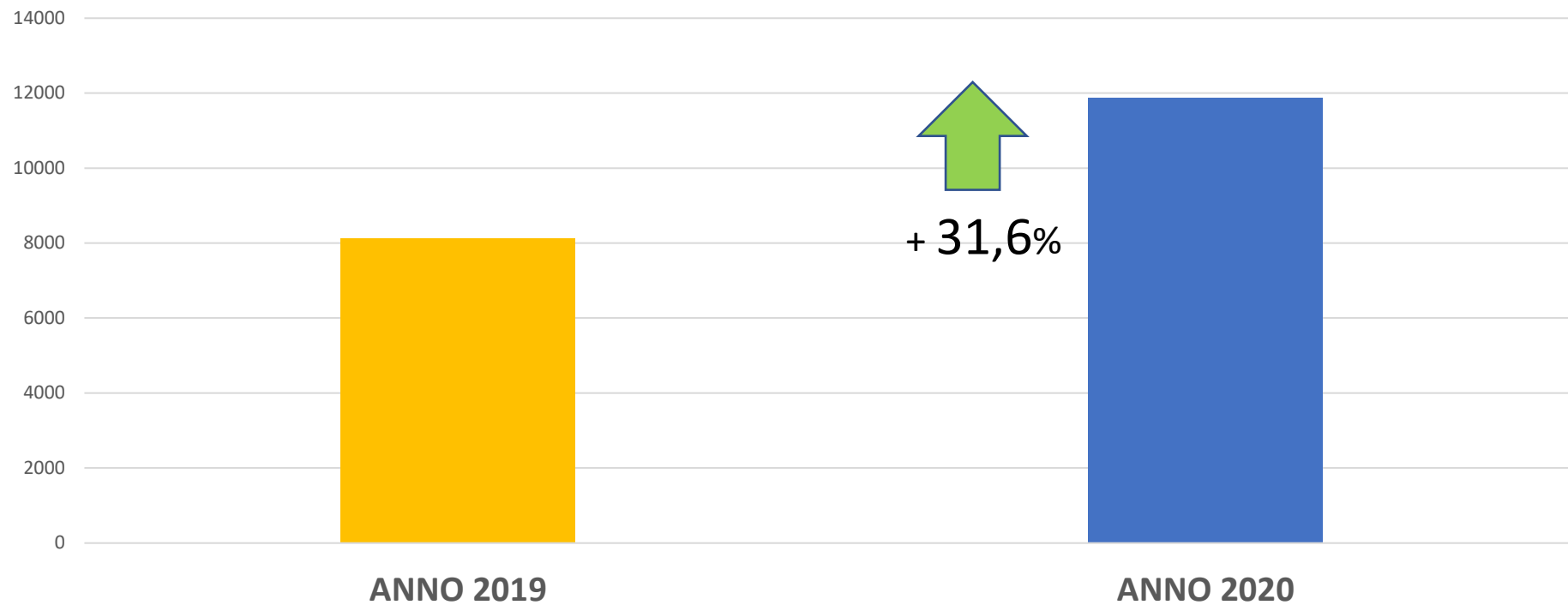


ESPERIENZA ASUFC



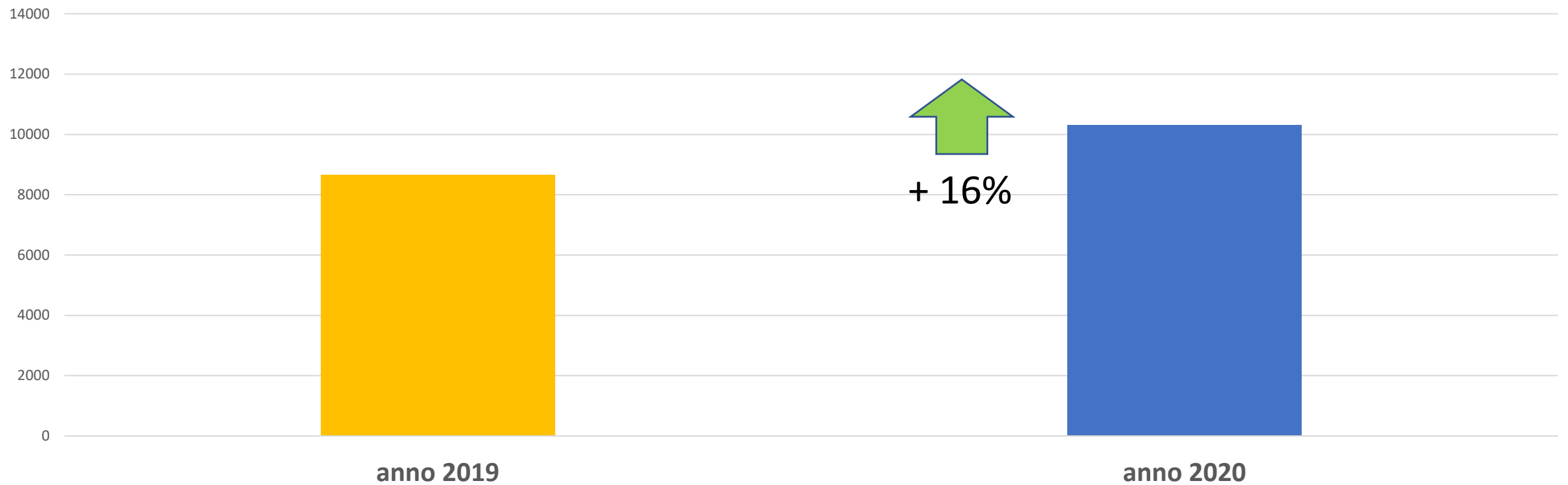
ESPERIENZA ASUFC

GLP1-RA



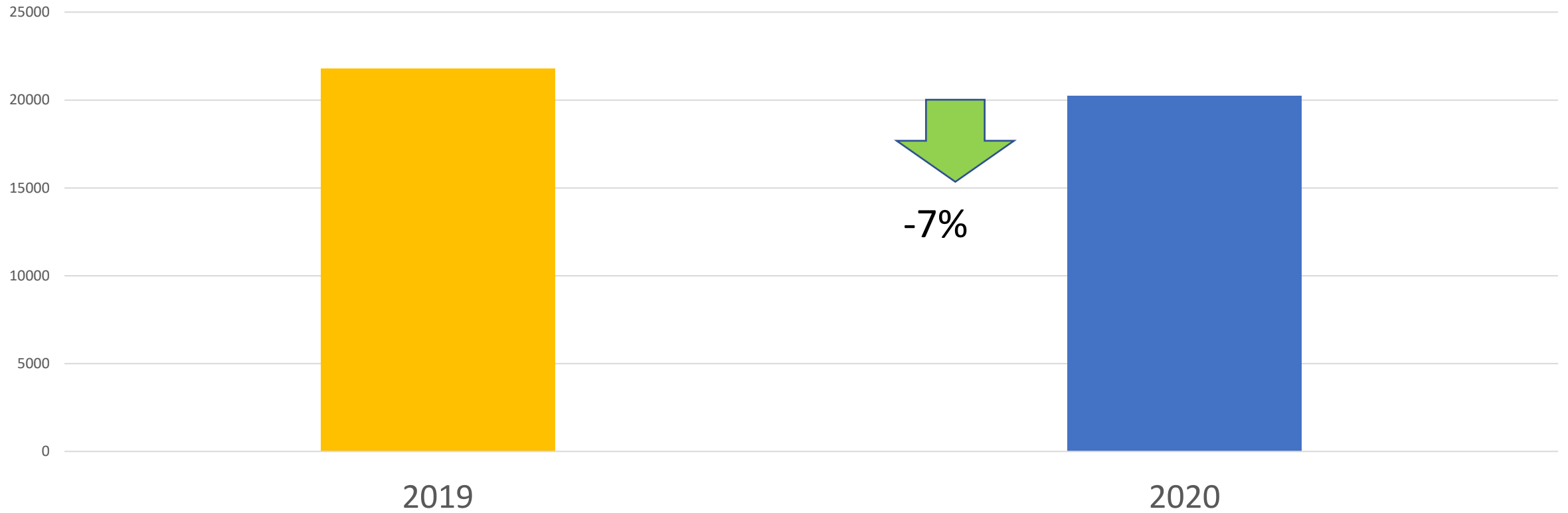
ESPERIENZA ASUFC

SGLT2i



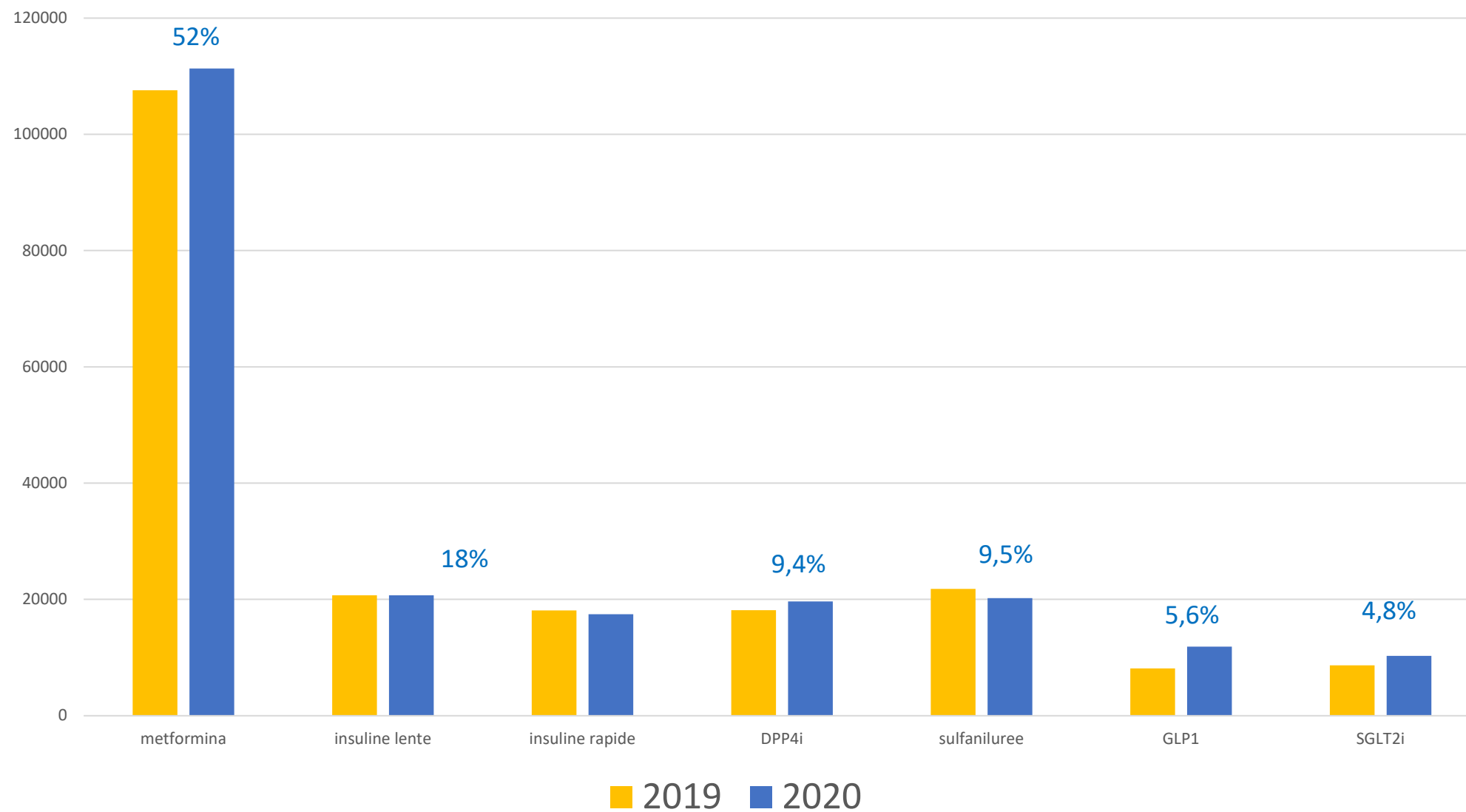
ESPERIENZA ASUFC

sulfaniluree

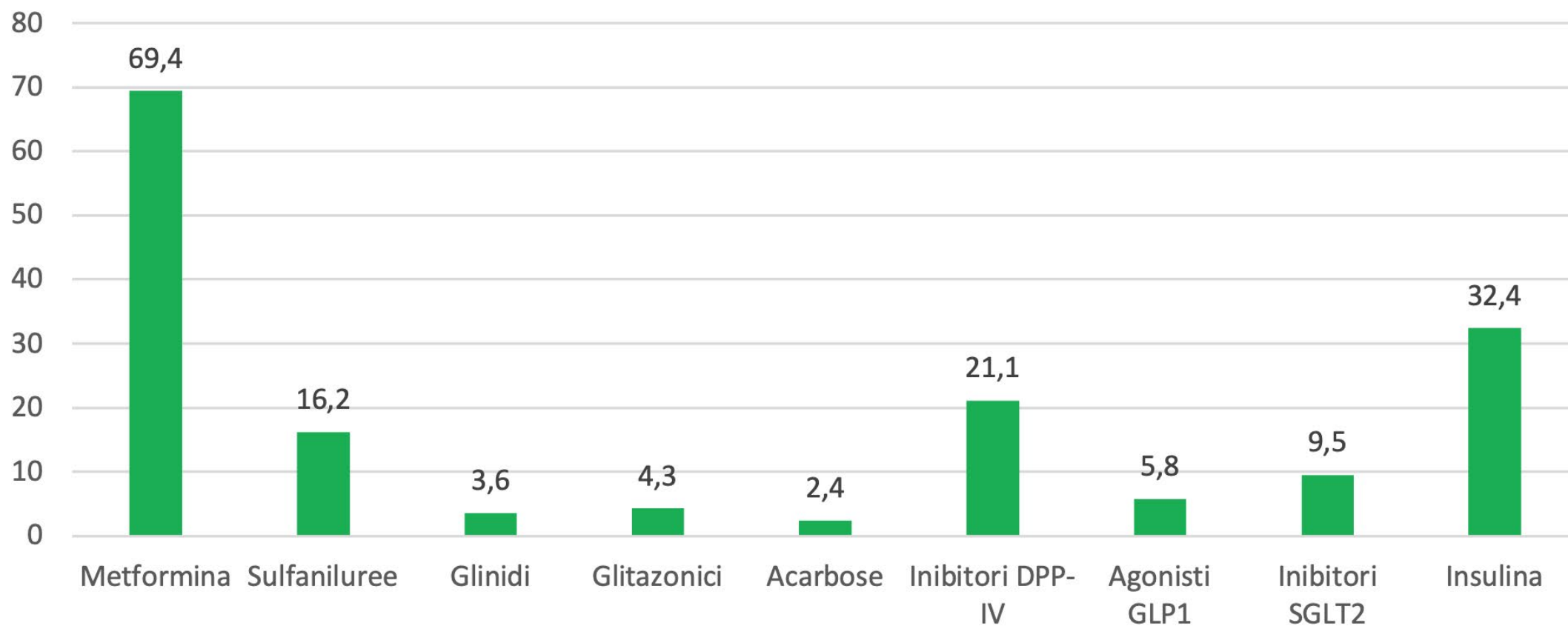


Atc IV Descrizione	Anno	N. piani terapeutici
A10BJ-ANALOGHI DEL RECETTORE GLP-1 (GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1)	2019	588
	2020	723
	2021	949
A10BJ-ANALOGHI DEL RECETTORE GLP-1 (GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1)		2260

Farmaci 2019-2020



Annali AMD 2020



Le recenti linee guida italiane AMD-SID raccomandano GLP-1RA e SGLT2i dopo la metformina in pazienti senza precedenti eventi CV

5. Terapia farmacologica *

5.1 Si raccomanda l'uso di metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con diabete di tipo 2 senza pregressi eventi cardiovascolari: SGLT-2i e i GLP-1 RA sono raccomandati come farmaci di seconda scelta. Pioglitazone, DPP-4i, acarbose ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di terza scelta.

Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: moderata.



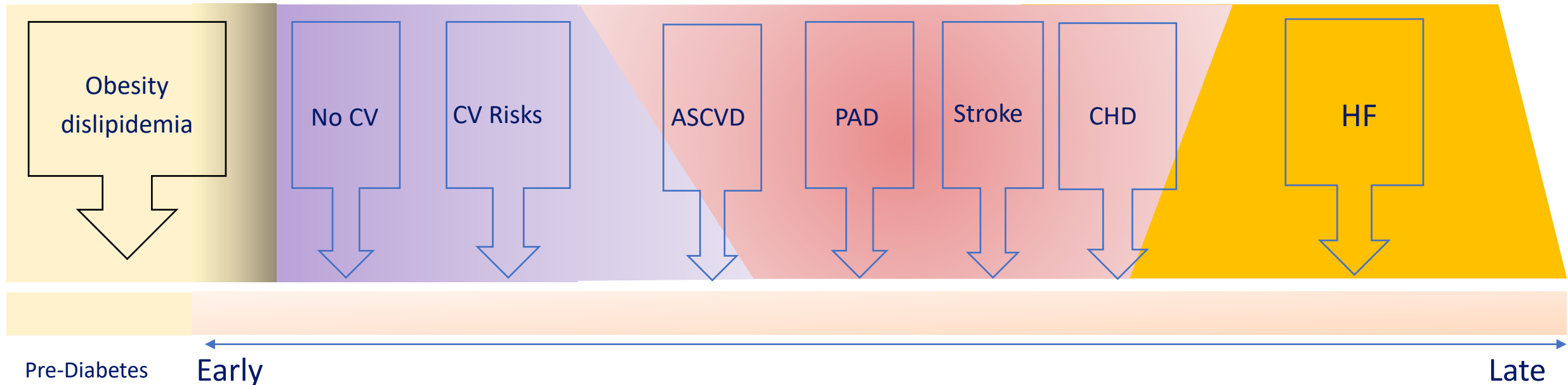
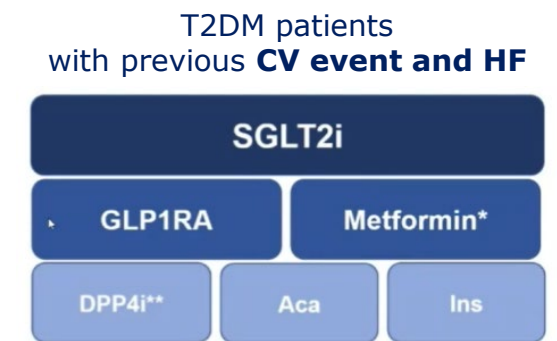
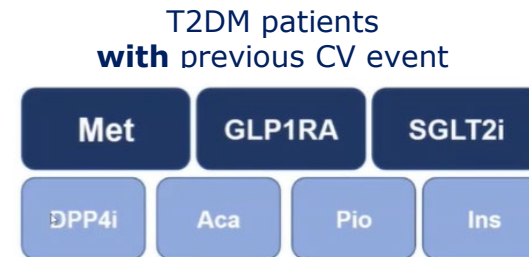
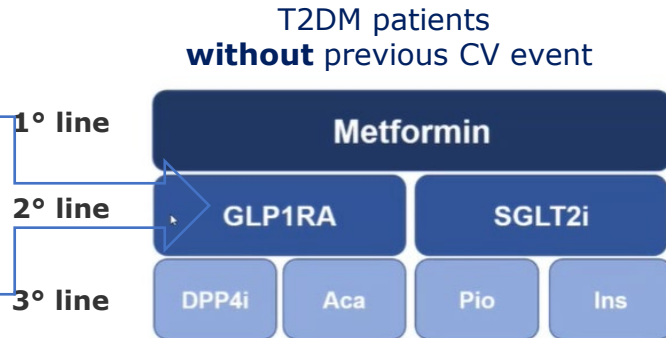
* Immagine adattata da fig. pag. 25 rif. 8

GLP-1RA, agonisti recettoriali del GLP-1; SGLT2i, inibitori de cotrasportatore sodio-glucosio 2; DPP-4i, inibitori della dipeptidil peptidasi-4

New Paradigm of Management of the Cardiometabolic Continuum



Italian Guidelines for
Diabetes Management
2021



Non poter accertarsi di persona che il paziente abbia compreso (somministrazione, cambio terapia, effetti collaterali, etc...)

Piano terapeutico cartaceo e da inviare

Non avere sempre esami bioumorali a disposizione

Voler evitare di far venire il paziente in presenza per terapia educativa

Costi

Mancanza di spazi in agenda per rivedere il paziente in tempi adeguati

COSA PUO' AVER
OSTACOLATO LA
PRESCRIZIONE IN
TELEMEDICINA

- Priorità per il rischio CV
- Sfruttare l'indicazione fino a eGFR più bassi
- Il costo in termini di ricoveri e complicanze si riduce
- Svolta con la nota 100

COSA PUO' AVER
OSTACOLATO LA
PRESCRIZIONE IN
TELEMEDICINA?

QUALI POSSIBILITA':



CONCLUSIONI

- L'emergenza Covid-19 ha rappresentato una grande sfida per il SSN con difficoltà nell'occuparsi della cronicità
- Abbiamo avuto molte difficoltà nell' eseguire le visite e nelle prescrizioni
- Nel 2020 è incrementato l'utilizzo di GLP1 RA e SGLT2i: sicurezza dei farmaci e priorità alla protezione CV