

**SHARE THE
EXPERIENCE**

Caso clinico interattivo

La cardiopatia ischemica nel diabete

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Elena Succurro

**Università degli Studi "Magna Graecia" di
Catanzaro**

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche



La dr./sa Succurro Elena. dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- AstraZeneca

-

-

-

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Caso clinico

✧ **Uomo, M.B., 52 aa, razza caucasica**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi familiare

- ✧ **Familiarità positiva per malattie cardiovascolari (padre deceduto a 62 aa per infarto del miocardio) e per diabete mellito (madre vivente 80 aa, affetta da diabete tipo 2)**
- ✧ **Familiarità positiva per ipertensione arteriosa, e dislipidemia (1 sorella, 56 aa affetta da IA e ipercolesterolemia, 1 fratello, 50 aa in abs)**

Anamnesi fisiologica

✧ Nato a termine da parto eutocico, sviluppo psico-fisico nella norma.

✧ Coniugato, 2 figli. Operaio

✧ Fumatore da 35 anni; fuma 20 sig/die

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi patologica remota

- ✧ Ricorda le comuni malattie infettive dell'infanzia.
- ✧ Riferisce buona salute fino all'età di 46 anni quando, per riscontro di elevati valori pressori, si rivolgeva a specialista che poneva diagnosi di "Ipertensione arteriosa" e consigliava terapia con **Nitrendipina** 20 mg/die.

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi patologica remota

✧ **Riferisce di avere una pressione domiciliare, misurata molto saltuariamente, attorno ai 150/90 mmHg.**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi patologica remota

✧ All'età di 50 anni per riscontro di elevati valori glicemici confermati in più occasioni si rivolgeva a specialista che poneva diagnosi di "**Diabete mellito tipo 2**" e consigliava terapia dietetica che tuttora assume.

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi patologica prossima

✧ Il paziente giunge alla nostra osservazione perché lamenta da un paio di mesi fatica e crampi ai polpacci dopo 200-300 m di cammino e pesantezza alle gambe.

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi patologica prossima

✧ Il paziente riferisce di effettuare, su consiglio dello specialista, da circa 6 mesi terapia con Simvastatina per elevati valori di colesterolo.

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale vi prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi patologica prossima

✧ Il paziente riferisce, inoltre, di aver eseguito, subito dopo la diagnosi di ipertensione arteriosa, ECG risultato a suo dire nella norma.

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Attualmente in terapia con:

- ✧ **Nitrendipina 20 mg/die**
- ✧ **Simvastatina 20 mg/die**

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Esame obiettivo

Altezza: 172 cm; Peso: 83 Kg; BMI: 28.1 Kg/m²

Circonferenza addome: 101 cm

PA: 150/90 mmHg

FC: 90 bpm

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Esami ematochimici

Glicemia 174 mg/dl

Creatinina 1 mg/dl eGFR 87 mL/min/1.73 m²

Albuminuria/Creatinuria 30 mg/g

HbA1c: 8.4 % 68 mmol/l

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Esami ematochimici

Colesterolo totale: 230 mg/dl

HDL colesterolo: 39 mg/dl

LDL colesterolo: 148 mg/dl

Trigliceridi: 212 mg/dl Emocromo: nella norma

Glicemia a digiuno 160 mg/dl

Glicemia preprandiale 170 mg/dl

Glicemia postprandiale 220 mg/dl

Diapositiva preparata da Elena Succum e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Problematica

✧ da un paio di mesi fatica e crampi
ai polpacci e pesantezza alle
gambe

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Cosa fare in questo paziente?

Opzione 1: Test ergometrico

Opzione 2: Sospendere la statina

Opzione 3: Indice di Winsor

Opzione 4: Elettromiografia

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Cosa fare in questo paziente?

Opzione 3:

Indice di Winsor

Risposta corretta

I pazienti con claudicatio intermittens o con polsi
pedali ridotti dovrebbero eseguire l'indice
sanguigno/braccio e, se è indicato, ulteriori
valutazioni vascolari

Esami ematochimici

CPK: nella norma

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Esame obiettivo

Altezza: 172 cm; Peso: 83 Kg; BMI: 28.1 Kg/m²

Circonferenza addome: 101 cm

PA: 150/90 mmHg FC: 90 bpm

**Polso radiale e tibiale posteriore: iposfigmici
bilateralmente**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Anamnesi

Claudicatio Intermittens

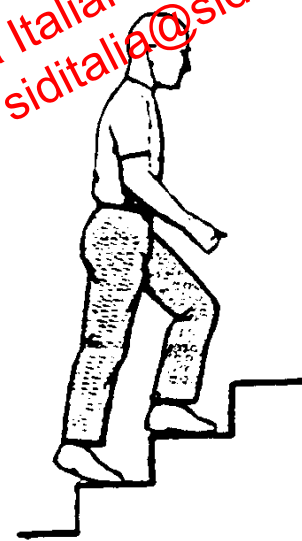
✧ da un paio di mesi fatica e crampi ai polpacci dopo 200-300 m di cammino e pesantezza alle gambe

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Claudicatio Intermittens



La claudicatio si manifesta in modo caratteristico durante il cammino e diminuisce a riposo.

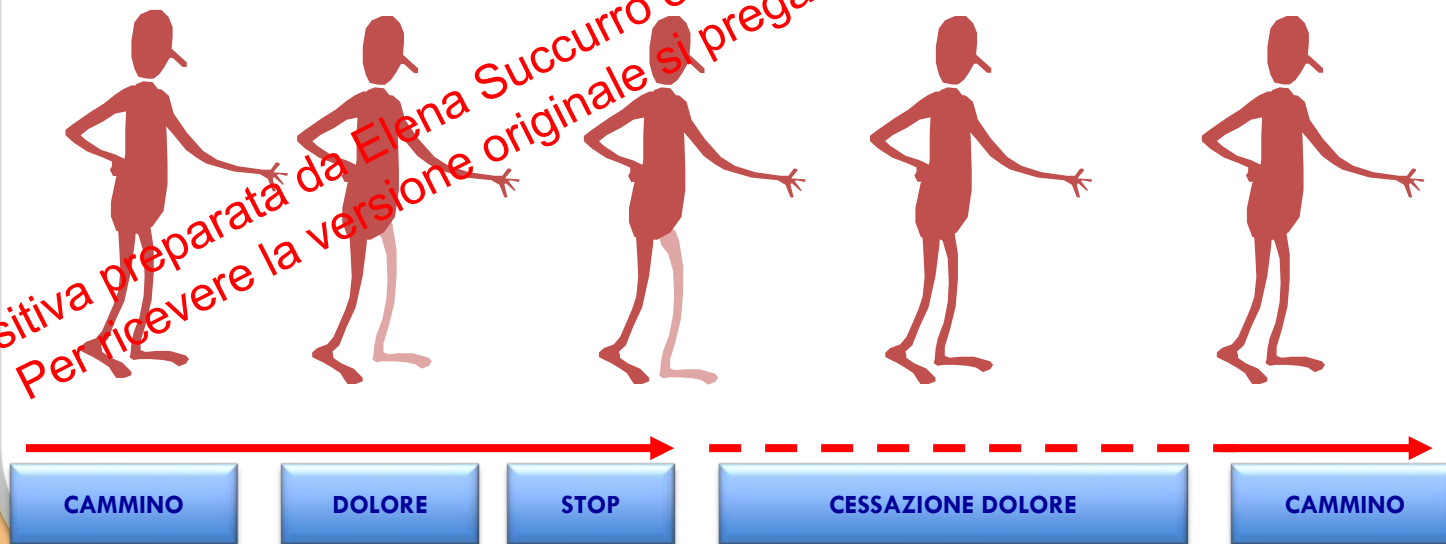


L'insorgenza è tipicamente indotta dall'aumento dell'attività fisica (camminare a passo svelto o in salita)

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Claudicatio Intermittens

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it



Anamnesi

Claudicatio Intermittens

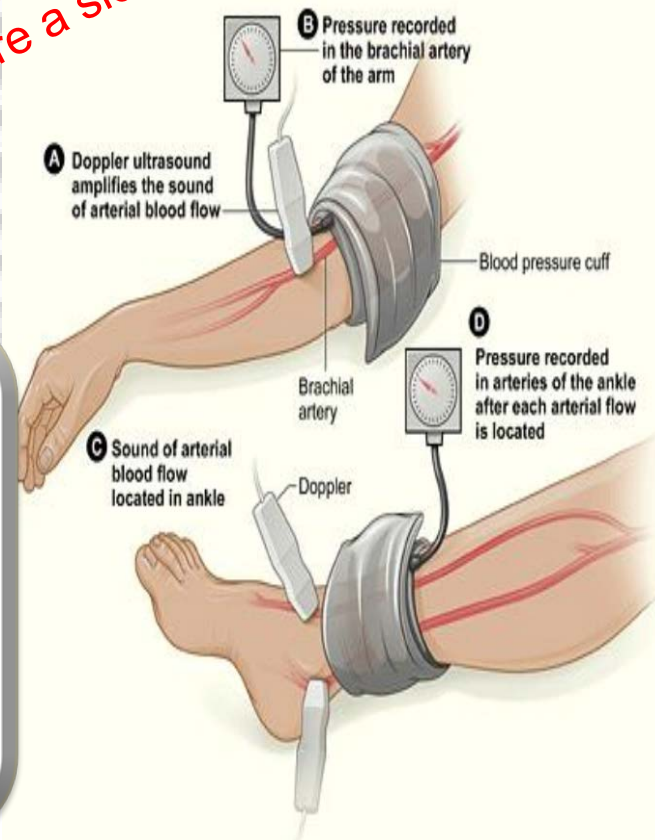
- ✧ da un paio di mesi fatica e crampi ai polpacci dopo 200-300 m di cammino e pesantezza alle gambe

Esame obiettivo

Polsi periferici: iposfigmici o assenti

Indice di Winsor

>1.3 arterie non comprimibili, calcificazioni
0.91-1.30 valore normale
0.70-0.90 arteriopatia lieve
0.40-0.69 arteriopatia moderata
<0.40 arteriopatia severa



Esami strumentali

Indice di Winsor: ~~patologico~~

0.8 a destra, 0.76 a sinistra

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Classificazione di Leriche- Fontaine

Stadio 1: Asintomatico - stadio predinamico

Stadio 2a: claudicatio intermittens non invalidante (> 250 m)

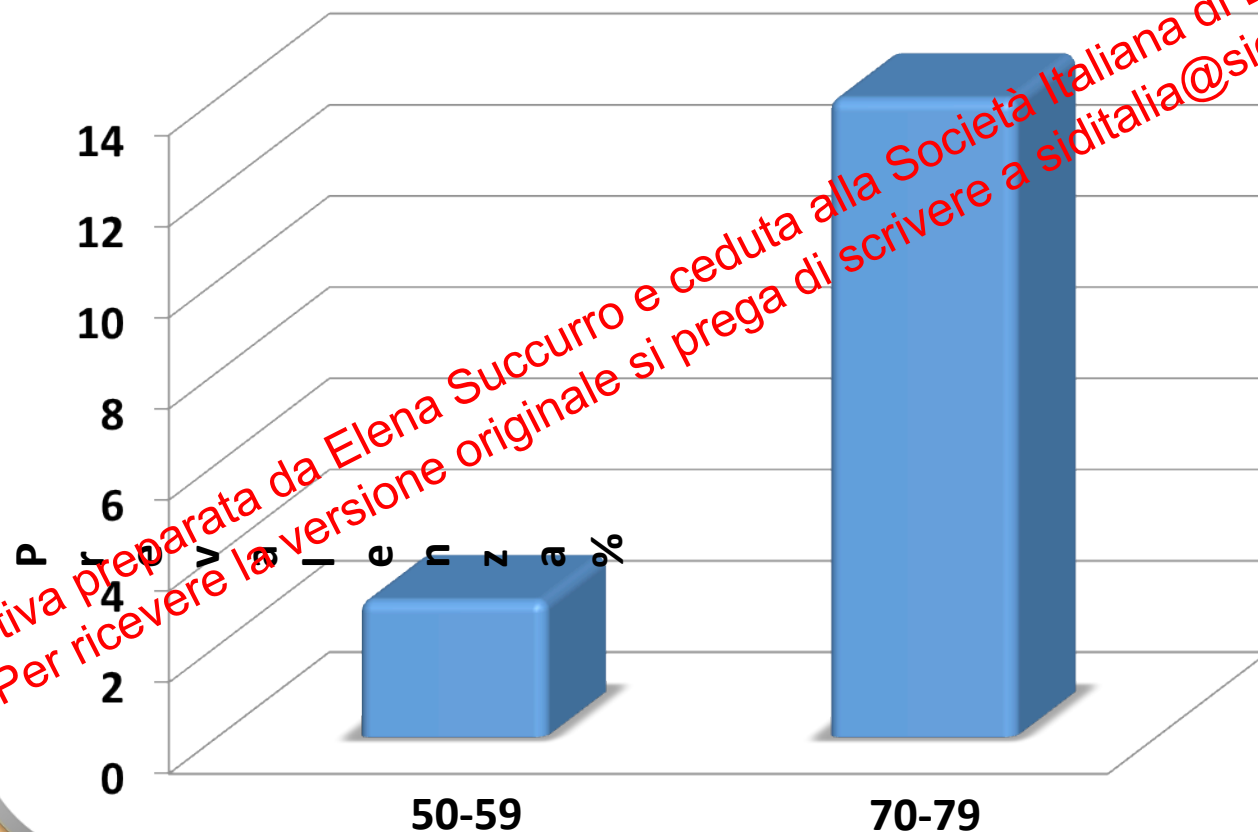
Stadio 2b: claudicatio intermittens invalidante (< 250 m)

Stadio 3: dolore a riposo

Stadio 4: lesioni ischemiche

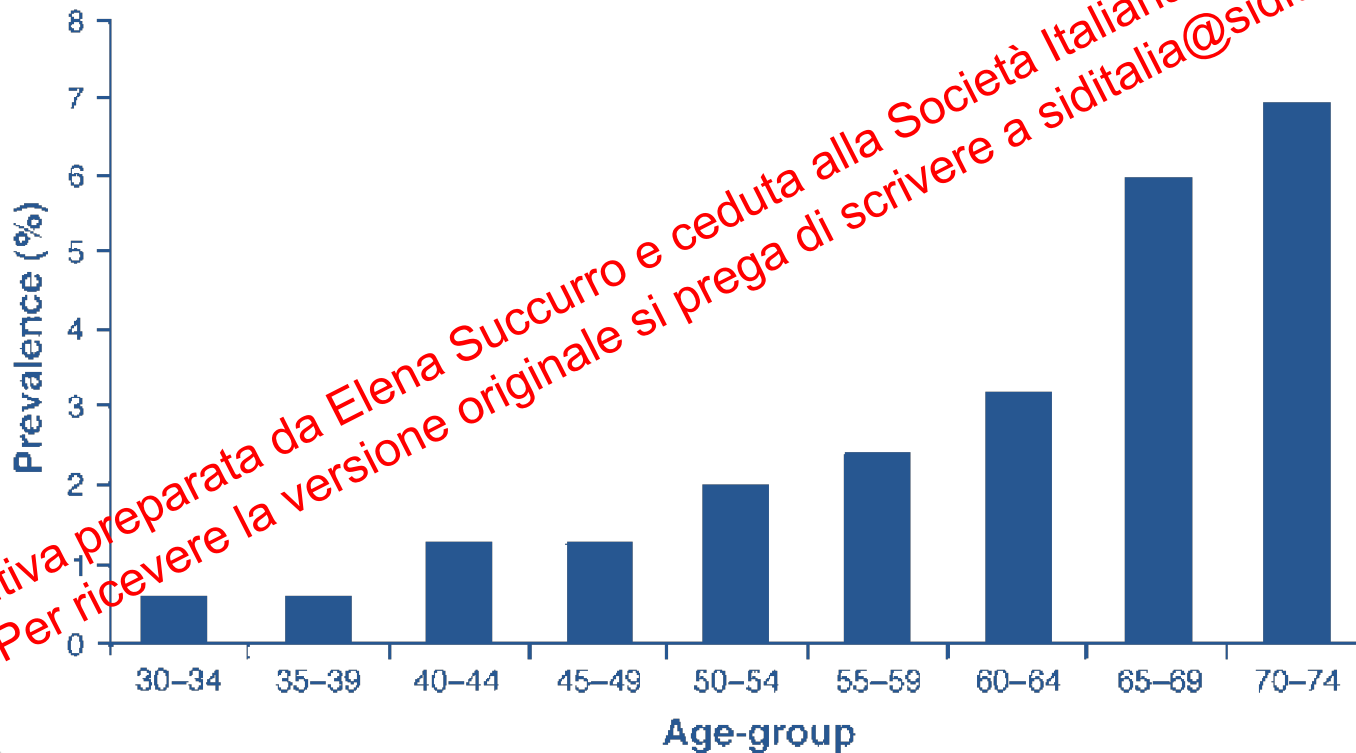
Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Prevalenza dell'arteriopatia obliterante arti inferiori



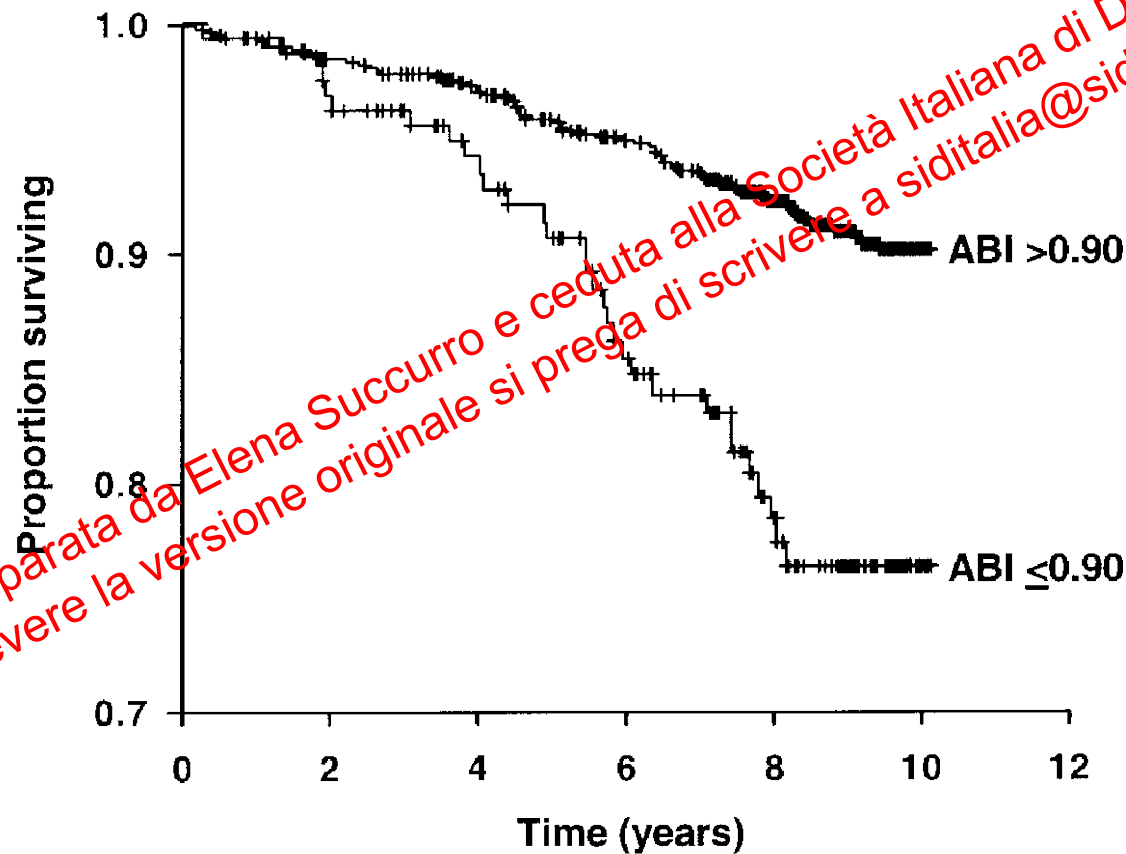
Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Prevalenza dell'arteriopatia obliterante arti inferiori asintomatica



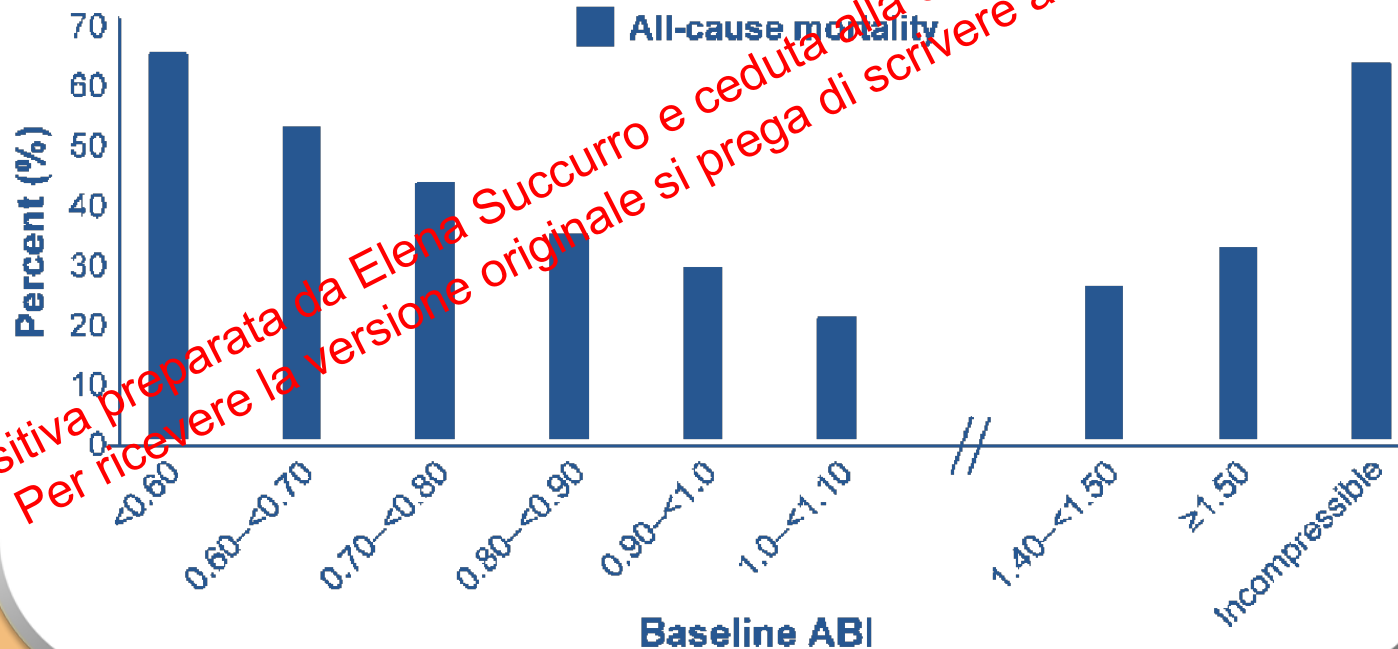
Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

ABI è predittore indipendente di mortalità cardiaca



Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Valori di ABI e rischio di mortalità cardiaca



ABI patologico: che fare?

Opzione 1: EcoDoppler arti inferiori

Opzione 2: Arteriografia

Opzione 3: Angio TC arti inferiori

Opzione 4:

Intensificare terapia e ripetere ABI tra 6 mesi

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

ABI patologico: che fare?

Opzione 1:

EcoDoppler arti inferiori

Risposta corretta

✧ **indice di Winsor**

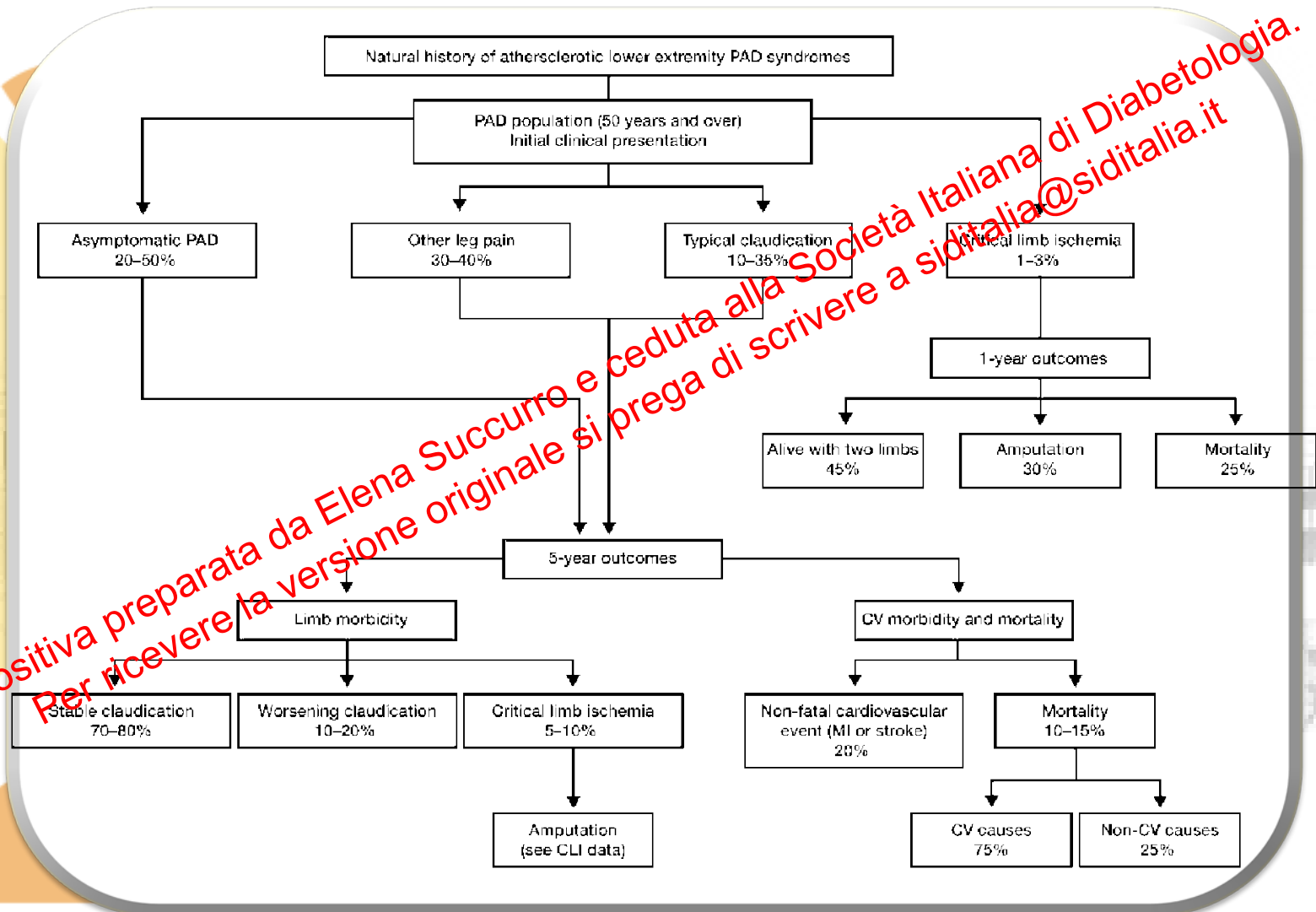
se ≤ 0.9 deve essere eseguito un ecodoppler degli arti inferiori

Esami strumentali

EcoDoppler arti inferiori stenosi
significative a carico delle arterie femorale
superficiale destra e femorale profonda
sinistra. Riduzione del flusso a carico della
poplitea sn.

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Storia naturale dell'arteriopatia obliterante arti inferiori



Prevalenza di coronaropatia e vasculopatia cerebrale in soggetti con arteriopatia obliterante



Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

✧ Riconoscere quindi nel paziente diabetico la presenza di una condizione di vasculopatia periferica è fondamentale per l'elevato rischio associato di morbidità e mortalità cardiovascolare.

✧ La contemporanea presenza di ischemia miocardica silente deve indurre il clinico ad attuare nel paziente diabetico con vasculopatia periferica un approfondimento diagnostico anche del distretto coronarico, per evidenziare una possibile coronaropatia associata.

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Problematica



Screening cardiopatia ischemica

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Screening cardiopatia ischemica nel paziente diabetico

Opzione 1: Ogni 6 mesi

Opzione 2: 1 volta l'anno

Opzione 3: Ogni 3 anni

Opzione 4:

Solo al momento della diagnosi, se negativa

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Screening cardiopatia ischemica nel paziente diabetico

Opzione 2:
1 volta l'anno

Risposta corretta

Tutte le persone con diabete indipendentemente dal livello di rischio devono eseguire annualmente a partire dalla diagnosi lo screening della malattia cardiovascolare

Screening cardiopatia ischemica nel paziente diabetico

Tutte le persone con diabete indipendentemente dal livello di rischio devono eseguire annualmente:

- ✧ **esame dei polsi periferici e ricerca di soffi vascolari;**
- ✧ **ECG;**
- ✧ **indice di Winsor (se normale può essere rivalutato a distanza di 3-5 anni;**
se <0.9 deve essere eseguito un ecodoppler degli arti inferiori)

Problematica



Screening cardiopatia ischemica silente

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Nel paziente diabetico asintomatico

Opzione 1: E' raccomandato eseguire lo screening della cardiopatia ischemica silente ogni 2 anni

Opzione 2: E' raccomandato eseguire lo screening della cardiopatia ischemica silente 1 volta l'anno

Opzione 3: E' raccomandato indipendentemente dalla probabilità pretest della cardiopatia ischemica silente

Opzione 4: Non è raccomandato lo screening indiscriminato per la cardiopatia ischemica silente

Diapositiva preparata da Elena Succuro e caduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Nel paziente diabetico asintomatico

Opzione 4:

Non è raccomandato lo screening indiscriminato per la cardiopatia ischemica silente

Risposta corretta

Lo screening indiscriminato per l'eventuale presenza di cardiopatia ischemica silente in pazienti asintomatici non è raccomandato, poichè non migliora gli outcome se tutti i fattori di rischio cardiovascolare sono trattati al meglio

Screening cardiopatia ischemica

Un test cardiaco di II livello deve essere eseguito in:

✧ **Soggetti con sintomatologia cardiaca tipica o atipica**

✧ **Soggetti con anomalie all'ECG**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Identificazione dei pazienti ad alto rischio di cardiopatia ischemica silente

Macroangiopatia non coronarico avanzata/molto avanzata

Sintomatica

- Precedenti eventi aterotrombotici
- Interventi di rivascularizzazione

Non sintomatica

- Arteriopatia periferica con ABI <0,9
- Stenosi carotidea asintomatica >50%
- Aneurisma aortico

Score di rischio coronarico (UKPDS) >30% a 10 anni

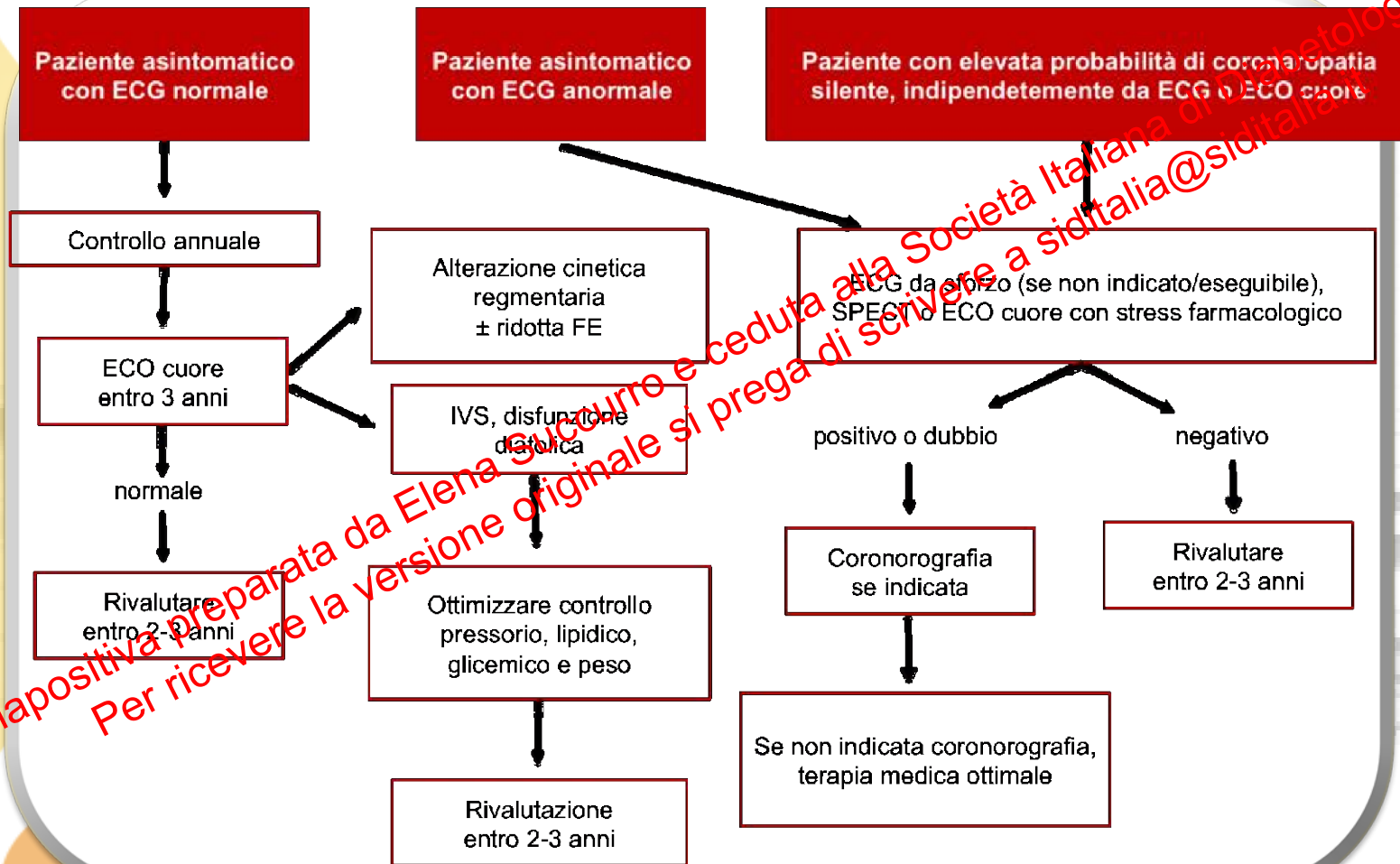
Score di rischio coronarico (UKPDS) >20% a 10 anni + almeno uno dei seguenti:

- Placche ateromasiche determinanti stenosi ≥20%
- GFR <30 ml/min per 1,73 m²
- Neuropatia autonoma cardiaca
- Disfunzione erettile
- Familiarità di 1° grado positiva per cardiopatia ischemica in giovane età (<55 anni maschi; <65 anni femmine)

Score di rischio coronarico (UKPDS) >20% a 10 anni + almeno due dei seguenti:

- GFR <30 ml/min per 1,73 m²
- Micro- o macroalbuminuria
- Retinopatia laser-trattata/proliferante

Algoritmo per lo screening della cardiopatia ischemica



Esami strumentali

Ecocardiogramma: ipertrofia ventricolare
sn ed alterato rilasciamento diastolico

Test ergometrico: clinicamente negativo ma
elettricamente positivo

EcoDoppler TSA: stenosi emodinamicamente
non significative in corrispondenza del bulbo
carotideo bilateralmente

Diapositiva preparata da Elena Succu ed ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Il paziente ha successivamente eseguito...

**Coronarografia: malattia aterosclerotica
trivasale**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Un intervento intensivo e multifattoriale teso all'ottimizzazione di tutti i fattori di rischio cardiovascolare mediante modificazioni dello stile di vita e idonea terapia farmacologica deve essere implementato in tutti i pazienti con diabete tipo 2.

Diapositiva preparata da Elena Succorri e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Problematica

✧ Target pressorio

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target pressorio nel paziente diabetico?

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target pressorio in questo paziente?

Opzione 1: Pressione sistolica <130 mmHg e diastolica < 80 mmHg

Opzione 2: Pressione sistolica <140 mmHg e diastolica < 80 mmHg

Opzione 3: Pressione sistolica <140 mmHg e diastolica < 90 mmHg

Opzione 4: Pressione sistolica <150 mmHg e diastolica < 90 mmHg

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target pressorio in questo paziente?

Opzione 3:

Pressione sistolica <140 mmHg e diastolica < 90 mmHg

Risposta corretta

Il trattamento antipertensivo nei pazienti con diabete ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione sistolica <140 mmHg e di pressione diastolica <90 mmHg

Quale target pressorio in questo paziente?

Opzione 1:

Pressione sistolica <130 mmHg e diastolica < 80 mmHg

Non consigliabile

Il trattamento antipertensivo in alcune categorie di pazienti (recente diagnosi di ipertensione, giovani, elevato rischio di ictus, pazienti con albuminuria, pazienti con ipertensione e uno o più fattori di rischio cardiovascolare aggiuntivi) ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione sistolica <130 mmHg diastolica <80 mmHg

Quale target pressorio in questo paziente?

Opzione 4:

Pressione sistolica <150 mmHg e diastolica < 90 mmHg

Non consigliabile

Nei diabetici anziani che necessitano di terapia farmacologica antiipertensiva, l'obiettivo del trattamento deve prevedere il raggiungimento di valori pressori <150/90 mmHg, se ben tollerati.

Problematica



Target del colesterolo LDL

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target di colesterolo LDL in questo paziente?

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target raccomandato di colesterolo LDL in questo paziente ?

Opzione 1: Colesterolo LDL < 100 mg/dl

Opzione 2: Colesterolo LDL < 70 mg/dl

Opzione 3: Colesterolo LDL < 130 mg/dl

Opzione 4: Colesterolo LDL < 160 mg/dl

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target raccomandato di colesterolo LDL in questo paziente ?

Opzione 2:

Colesterolo LDL < 70 mg/dl

Risposta corretta

Nei diabetici con malattia cardiovascolare e/o multipli fattori di rischio cardiovascolare non correggibili, il target raccomandato per il colesterolo LDL è <70 mg/dl

Problematica

✧ **Terapia corretta?**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Attualmente in terapia con:

- ✧ **Nitrendipina 20 mg/die**
- ✧ **Simvastatina 20 mg/die**

Diapositiva preparata da Elena Succorro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Cosa fareste?

Opzione 1: Aggiungere alla nitrendipina altro farmaco antipertensivo

Opzione 2: Sospendere nitrendipina e consigliare Ace-i o sartani e trattamento dietetico e cambiare statina

Opzione 3: Sospendere nitrendipina e consigliare ACE-i o sartani e trattamento dietetico

Opzione 4: Aggiungere alla nitrendipina trattamento dietetico e aumentare dosaggio statina

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target pressorio in questo paziente diabetico?

Opzione 2:

Sospendere nitrendipina e consigliare Ace-i o sartani e trattamento dietetico e cambiare statina

Risposta corretta

In assenza di comorbidità, i farmaci di prima scelta sono: ACE-inibitori, ARB (antagonisti del recettore dell'angiotensina II), beta-bloccanti, calcioantagonisti e diuretici per la loro provata efficacia nel ridurre gli eventi vascolari nel paziente diabetico

...per ottenere una riduzione del
colesterolo LDL >50%

- ✧ **Atorvastatina 40 o 80 mg/die o**
- ✧ **Rosuvastatina 10 o 20 mg/die**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Problematica

✧ **Terapia antiaggregante**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Terapia antiaggregante in questo paziente diabetico?

La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico è indicata nei diabetici con pregresso evento cardiovascolare, cerebrovascolare o con arteriopatia obliterante periferica.

Diapositiva preparata da Elena Succorri e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Problematica

✧ Target glicemico

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target da perseguire in questo paziente?

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target terapeutico in questo paziente?

Opzione 1: $\text{HbA1c} \leq 7\%$

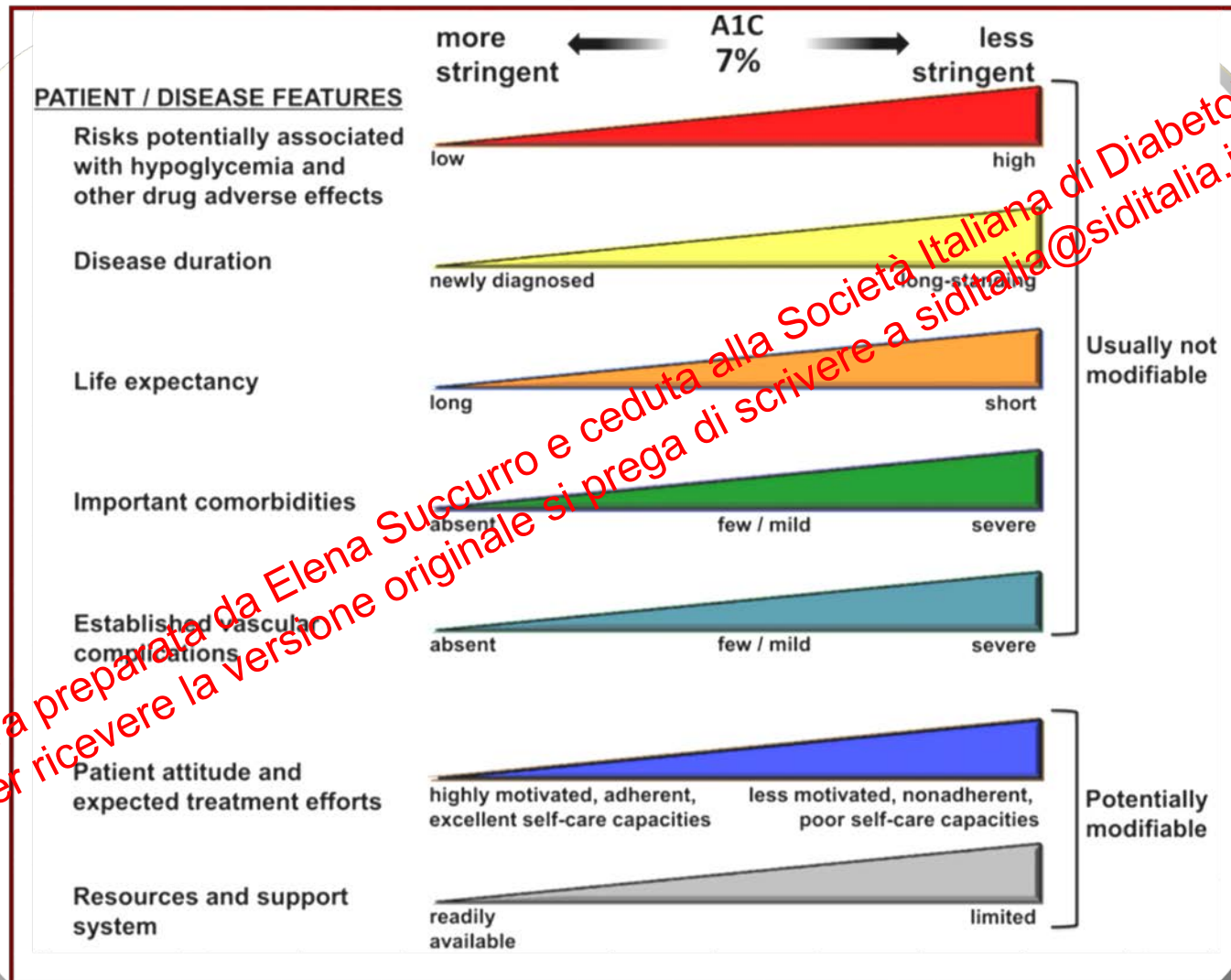
Opzione 2: $\text{HbA1c} \leq 6.5\%$

Opzione 3: $\text{HbA1c} \leq 8\%$

Opzione 4: $\text{HbA1c} \leq 9\%$

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale target terapeutico in questo paziente?



Quale target terapeutico in questo paziente?

Opzione 1:

HbA1c $\leq$ 7%

Consigliabile

**Obiettivo perseguibile nei pazienti con diabete
per prevenire l'incidenza e la progressione delle
complicanze micro e macrovascolari**

Quale target terapeutico in questo paziente?

Opzione 2:

HbA1c $\leq$ 6.5%

Non consigliabile

**Obiettivo perseguibile in pazienti di neodiagnosi
o con durata di malattia < 10 anni, senza
precedenti di malattia cardiovascolare e senza
comorbidità che li rendano fragili**

Quale target terapeutico in questo paziente?

Opzione 3:

HbA1c $\leq$ 8%

Non consigliabile

Obiettivo perseguibile in pazienti con lunga durata di malattia, soprattutto con precedenti di malattia cardiovascolare o una lunga storia di inadeguato compenso glicemico o fragili per età e comorbidità

Quale terapia per il diabete?

- ✧ **HbA1c: 8.4 %**
- ✧ **Breve durata di malattia e da sempre trattato con sola dieta**
- ✧ **Arteriopatia obliterante arti inferiori**
- ✧ **Aterosclerosi generalizzata**
- ✧ **Cardiopatìa ischemica**

Diapositiva preparata da Elena Succura e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Esami ematochimici

Glicemia 174 mg/dl

Creatinina 1 mg/dl eGFR 87 mL/min/1.73 m²

Albuminuria/Creatinuria 30 mg/g

HbA1c: 8.4 % 68 mmol/l

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Start with Monotherapy unless:

A1C is greater than or equal to 9%, **consider Dual Therapy.**

A1C is greater than or equal to 10%, blood glucose is greater than or equal to 300 mg/dL, or patient is markedly symptomatic, **consider Combination Injectable Therapy** (See Figure 8.2).

Monotherapy **Metformin**

Lifestyle Management

EFFICACY*	high
HYPO RISK	low risk
WEIGHT	neutral/loss
SIDE EFFECTS	GI/lactic acidosis
COSTS*	low

If A1C target not achieved after approximately 3 months of monotherapy, proceed to 2-drug combination (order not meant to denote any specific preference — choice dependent on a variety of patient- & disease-specific factors):

Dual Therapy **Metformin +**

Lifestyle Management

	Sulfonylurea	Thiazolidinedione	DPP-4 inhibitor	SGLT2 inhibitor	GLP-1 receptor agonist	Insulin (basal)
EFFICACY*	high	high	intermediate	intermediate	high	highest
HYPO RISK	moderate risk	low risk	low risk	low risk	low risk	high risk
WEIGHT	gain	gain	neutral	loss	loss	gain
SIDE EFFECTS	hypoglycemia	edema, HF, fxs	rare	GU, dehydration, fxs	GI	hypoglycemia
COSTS*	low	low	high	high	high	high

If A1C target not achieved after approximately 3 months of dual therapy, proceed to 3-drug combination (order not meant to denote any specific preference — choice dependent on a variety of patient- & disease-specific factors):

Triple Therapy **Metformin +**

Lifestyle Management

Sulfonylurea +	Thiazolidinedione +	DPP-4 inhibitor +	SGLT2 inhibitor +	GLP-1 receptor agonist +	Insulin (basal) +
TZD	SU	SU	SU	SU	TZD
or DPP-4-i	or DPP-4-i	or TZD	or TZD	or TZD	or DPP-4-i
or SGLT2-i	or SGLT2-i	or SGLT2-i	or DPP-4-i	or SGLT2-i	or SGLT2-i
or GLP-1-RA	or GLP-1-RA	or Insulin ⁶	or GLP-1-RA	or Insulin ⁶	or GLP-1-RA
or Insulin ⁶	or Insulin ⁶		or Insulin ⁶		

If A1C target not achieved after approximately 3 months of triple therapy and patient (1) on oral combination, move to basal insulin or GLP-1 RA, (2) on GLP-1 RA, add basal insulin, or (3) on optimally titrated basal insulin, add GLP-1 RA or mealtime insulin. Metformin therapy should be maintained, while other oral agents may be discontinued on an individual basis to avoid unnecessarily complex or costly regimens (i.e., adding a fourth antihyperglycemic agent).

Combination Injectable Therapy (See Figure 8.2)

Terapia in dimissione :

✓ **Terapia dietetica, esercizio fisico e abolizione del fumo**

✓ **Ramipril 5 mg/die**

✓ **Bisoprololo 2.5 mg x 2 / die**

✓ **Idroclorotiazide 12.5 mg / die**

✓ **Cardiopirina 100 mg / die**

✓ **Atorvastatina 40 mg / die**

✓ **Metformina 850 mg x 3 / die**

✓ **Gliflozine? GLP-1 agonisti? Inibitori DPP-IV?**

✓ **Insulina? Sulfaniluree? TZD?**

Diapositiva preparata da Elena Succuro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale terapia in questo paziente?

Opzione 1: Gliflozine

Opzione 2: GLP-1 agonisti

Opzione 3: DPP-IV

Opzione 4: Insulina

Opzione 5: Sulfaniluree

Opzione 6: Tiazolidinedioni

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale terapia in questo paziente?

Opzione 1: **Gliflozine**

Altamente consigliabile

Nei pazienti con pregressi eventi cardiovascolari maggiori non sufficientemente controllati con la metformina, o con intolleranza o controindicazioni alla metformina, gli inibitori SGLT2 dovrebbero essere considerati farmaci di prima scelta.

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale terapia in questo paziente?

Opzione 2: GLP-1 agonisti

Altamente consigliabile

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale terapia in questo paziente?

Opzione 3: DPP-IV

Consigliabile

Diapositiva preparata da Elena Succursi e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale terapia in questo paziente?

Opzione 4: Insulina

Consigliabile

Diapositiva preparata da Elena Succursi e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale terapia in questo paziente?

Opzione 5: **Sulfaniluree**

Con cautela

**Interferiscono con il preconditionamento
ischemico, aumentano il rischio di eventi
cardiovascolari maggiori e di mortalità**

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Quale terapia in questo paziente?

Opzione 6: **Pioglitazone**

Non raccomandato

A causa della ritenzione idrica, è controindicato l'uso del pioglitazone nei pazienti diabetici ad alto rischio di scompenso cardiaco

Diapositiva preparata da Elena Succurro ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Dopo 6 mesi

Altezza: 172 cm; Peso: 78 Kg; BMI: 26.4 Kg/m²

Circonferenza addome: 99 cm

PA: 140/84 mmHg

FC: 60 bpm

HbA1c: 7 %

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Grazie per l'attenzione

Diapositiva preparata da Elena Succurro e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Elena Succurro
Università degli Studi "Magna Graecia" di
Catanzaro
Dipartimento di Scienze Mediche e
Chirurgiche