

Gestione del rischio globale del
**diabetico
di tipo 2:**

un ruolo per i DPP4?

23 novembre 2019

Roma
Hotel Royal Santina



Caso clinico: Il paziente diabetico politrattato ad alto rischio cardiovascolare

Dott.ssa Ilaria Barchetta

Specialista in Medicina Interna

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Università Sapienza, Roma

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



La dott.ssa Ilaria Barchetta dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- AstraZeneca
- Menarini diagnostics
- MSD
- Novo Nordisk
- Roche

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.).

Anamnesi

Il signor Emanuele P. giunge per la prima volta alla nostra attenzione nel 2002...

- Età 60 anni
- Esordio del DT2 1994
- Diagnosi di ipertensione arteriosa
- In trattamento per dislipidemia da alcuni anni

Familiarità di I grado per DT2 e cardiopatia ischemica

No pregressi eventi CV

Nessuna complicanza del DT2

Nessuna attività fisica, stile di vita sedentario

Alcol: mezzo bicchiere ai pasti

Fumo: sigaro, abitualmente



Esame Obiettivo

Peso: 81 kg

Altezza: 1.70

BMI: 27.2

Circonferenza vita: 106 cm

P.A. 120/80 mmHg

Esami ematochimici:

Colesterolo tot: 172 mg/dl

HDL: 57 mg/dl

Trigliceridi: 109 mg/dl

LDL: 93 mg/dl

Glicemia: 92 mg/dl

Creatinemia: 0.8 mg/dl

HbA1c: 6.3%

AST/ALT: 13/17 UI/l

Terapia

Metformina 1000 mg dopo colazione e cena

Repaglinide 0.5 mg colazione, 0.5 mg pranzo, 1 mg cena

Simvastatina 20 mg

Ramipril 5 mg

Terazosina (IPB)



2002-2005: Il paziente viene seguito presso il nostro Centro per alcuni anni, con lievi modifiche della terapia e mostra un compenso glicometabolico stabile intorno ai valori di HbA1c 6.1 e 6.5%

Per riferiti episodi ipoglicemici sospende Repaglinide a colazione e pranzo, si rafforza la compliance allo stile di vita e alla dieta

Novembre 2005

Il paziente riferisce comparsa di “macchia scura” campo visivo occhio sn. Visita oculistica urgente, in seguito riferirà emovitreo e intervento chirurgico per vitrectomia.

Aumento IMT → Cardioaspirina

Visita cardiologia + ECG: buon compenso, richiesto Holter ECG per aritmie.

Aumenta Simvastatina a 40 mg

Peso: 81.5 kg
BMI: 27.3 kg/m²
P.A. 135/80 mmHg
Colesterolo tot: 171 mg/dl
HDL: 60 mg/dl
Trigliceridi: 109 mg/dl
LDL: 89 mg/dl
Glicemia: 142 mg/dl
Creatininemia: 0.98 mg/dl
HbA1c: 6.5%
AST/ALT: 15/14 UI/l
Microalbuminuria: negativa

2005-2008: *Passano alcuni anni, il paziente continua ad essere seguito presso il nostro centro...*

Riferisce buoni profili glicemici, nega ipoglicemie da quando ha gradualmente sospeso Repaglinide

Giugno 2009

h: 170 kg: 83 BSA: 1.9

M- mode

DDVS: 52 (v.n. 37-56 mm) DSVS: (v.n. 20-40 mm) DDVD: (v.n. 10-26 mm)

SIV: 9 (v.n. 6-11 mm) PPVS: 9 (v.n. 6-11 mm) AO: 45 (v.n. 20-37 mm)

AS: (v.n. 19-40 mm) FA: (v.n. > 30%) FE: 60% (v.n. > 50%)

DOPPLER

Mitrale

DPmax

DPmedio

Area

IM ++

Aorta

DPmax

DPmedio

Area

IA -

Tricuspide

DP Vdx/Adx ma

DP Vdx/Adx medi

IT -

Polmonare

DPmax

DPmedio

CINETICA VS

(1=normale, 2=ipocinetico, 3=acinetico, 4=discinetico, 5=aneurisma)

SIV inf

SIV ant

ANT

LAT

POS

INF

Basale

1

1

1

1

1

Medio

1

1

1

1

1

1

Apicale

1

1

1

Conclusioni TTE

Ventricolo sinistro di normali dimensioni cavitare e spessori parietali. Cinetica globale conservata, in assenza di deficit segmentari. Valvola aortica tricuspide, normomobile, continente, con dilatazione del bulbo (45 mm) e del tratto ascendente (47 mm). Atrio sinistro nei limiti. Valvola mitralica lievemente insufficiente, con pattern di riempimento VS come da alterata compliance. Sezioni destre nei limiti. Assenza di versamento pericardico.

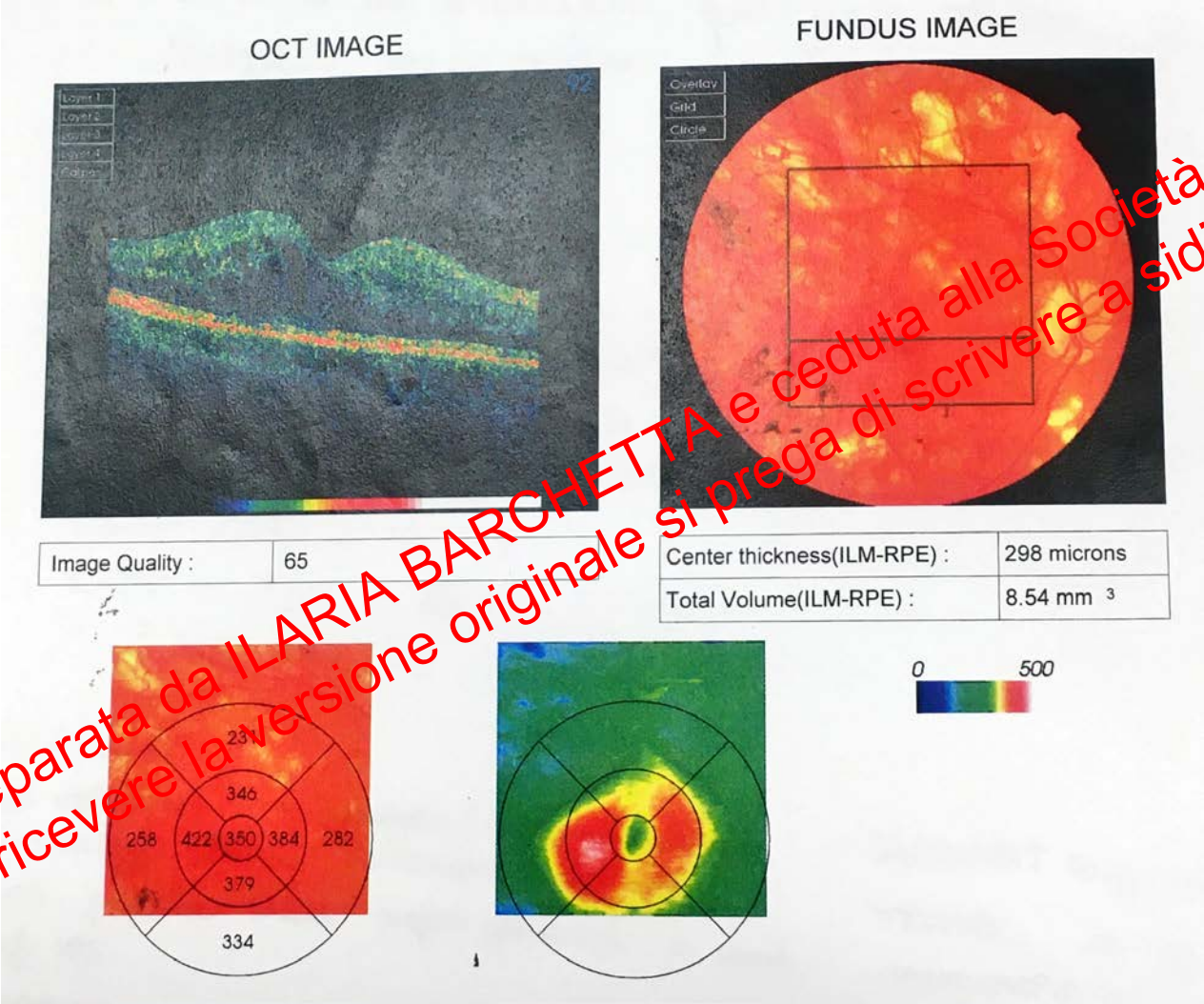
Ecocardiografia: disfunzione diastolica, ectasia aortica

TC Aorta addominale: aneurisma aorta addominale

Visita cardiologica + ECG: buon compenso emodinamico, ACR 76 bpm, n.d.s.

ECG da sforzo: negativo

Fondus oculi: retinopatia diabetica → fluorangiografia → laserterapia occhio sn



*Ai controlli domiciliari elevate glicemie postprandiali in seguito all'assunzione di CHO
il paziente non mostra compliance alla dieta e allo stile di vita*

Peso: 83.5 kg

P.A. 140/90 mmHg

Colesterolo tot: 143 mg/dl

HDL: 43 mg/dl

Trigliceridi: 81 mg/dl

LDL: 84 mg/dl

Glicemia: 158 mg/dl

HbA1c: 7.6%

Creatinemia: 0.95 mg/dl

AST/ALT: 15/14 UI/l

Microalbuminuria: negativa



Terapia

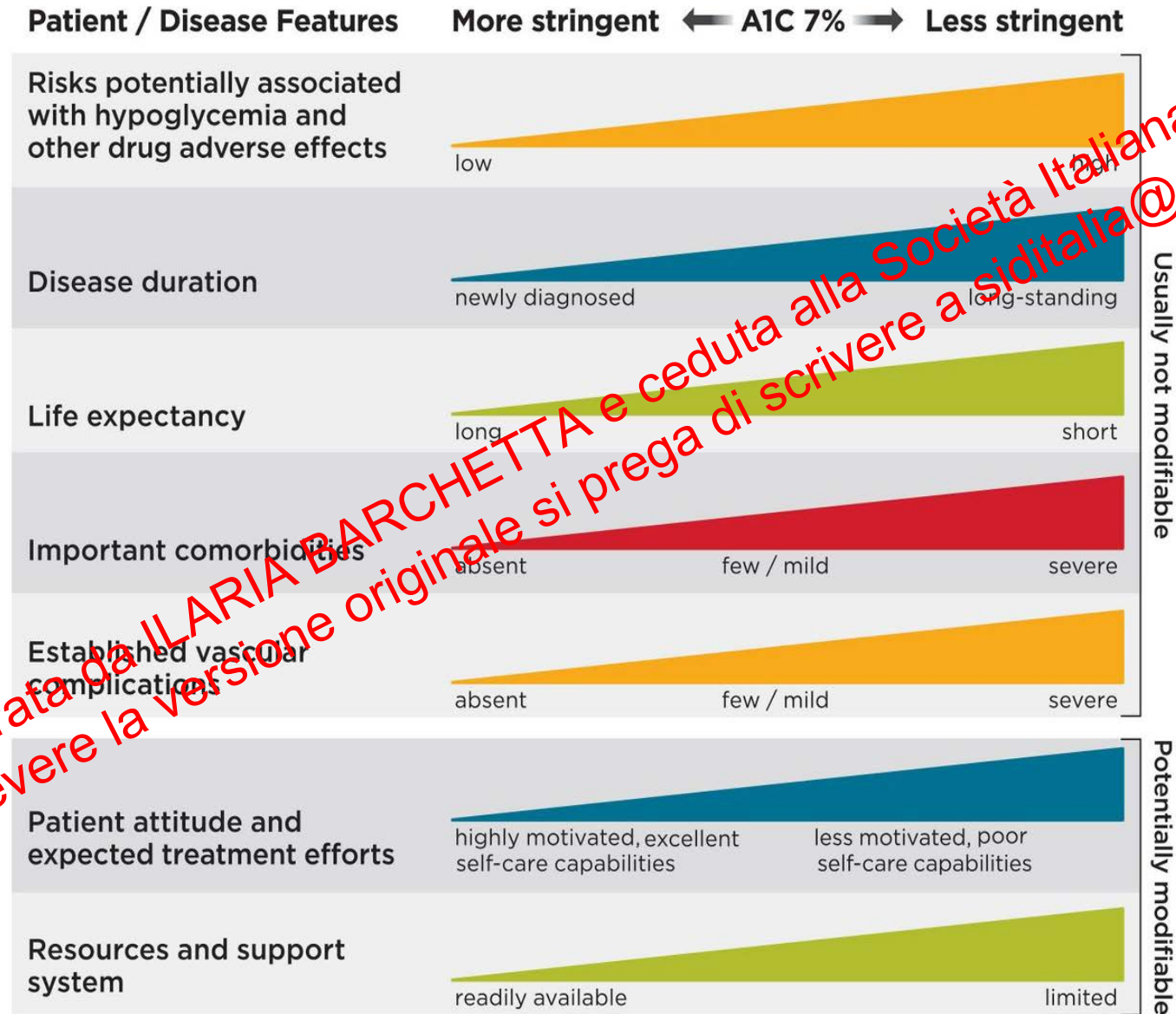
1. Metformina 1000 mg x 2
2. Repaglinide 1 mg pranzo e cena
(reintrodotta in seguito al riscontro di iperglicemie postprandiali)
3. Ramipril 10 mg + idroclorotiazide 12.5 mg
4. Cardioaspirina
5. Bisoprololo 2.5 mg x 2
6. Lacidipina 4 mg
7. Simvastatina 40 mg
8. Terazosina 2 mg
9. Lansoprazolo 20 mg

**Qual è l'obiettivo terapeutico, in termini di HbA1c,
del sig. Emanuele?**

- a) <6.5%
- b) Tra 6.5 e 7%
- c) tra 7 e 8%
- d) > 8%

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

Fattori da considerare per stabilire il target di HbA1c



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

La terapia viene pertanto modificata...

PRIMA

1. Metformina 1000 mg x 2
2. Repaglinide 1 mg pranzo e cena
(reintrodotta in seguito al riscontro di iperglicemie postprandiali)
3. Ramipril 10 mg + idroclorotiazide 12.5 mg
4. Cardioaspirina
5. Bisoprololo 2.5 mg x 2
6. Lacidipina 4 mg
7. Sinvastatina 20 mg
8. Terazosina 2 mg
9. Lansoprazolo 20 mg

DOPO

1. **Sitagliptin + Metformina 50/1000 mg x 2**
2. Sinvastatina + Ezetimibe 20/10 mg
3. Ramipril 10 mg + idroclorotiazide 12.5 mg
4. Cardioaspirina
5. Bisoprololo 2.5 mg x 2
6. Lacidipina 4 mg
7. Terazosina 2 mg
8. Lansoprazolo 20 mg

Nell'adottare una terapia con Sitagliptin la funzionalità renale:

- a) Va misurata alla scadenza del primo anno di terapia
- b) Va indagata per il rinnovo del piano terapeutico
- c) Non è un parametro da valutare
- d) Poiché c'è un aggiustamento del dosaggio in base alla funzionalità renale, è raccomandata prima di iniziare la terapia e successivamente in modo periodico

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

Uso e dosi raccomandate dei farmaci non insulinici attualmente disponibili in base al livello di eGFR

eGFR (ml/min/1.73m²)	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	
Secretagoghi																			
Glibenclamide	Cautela																		
Glimepiride	Cautela						↓ dose ?												
Glipizide							Cautela ↓ dose												
Gliclazide							Cautela ↓ dose												
Repaglinide							Cautela ↓ dose			Cautela ↓ dose									
Sensibilizzanti & inibitori α-glicosidasi																			
Metformin							Cautela Dose piena			Non iniziare ↓ dose ("max")									
Pioglitazone										Cautela per rischio ritenzione idrica, anemia e fragilità ossea									
Acarbosio																			
DPP4 inibitori																			
Sitagliptin													↓ dose (50 mg/die)			↓ dose (25 mg/die)			
Vildagliptin													↓ dose (50 mg/die)						
Saxagliptin													↓ dose (2.5 mg/die)						
Linagliptin																			
Alogliptin													↓ dose (12.5 mg/die)			↓ dose (6.25 mg/die)			
Agonisti recettoriali GLP-1																			
Exenatide													Cautela						
Litagliptide																			
Lixisenatide																			
Dulaglutide																			
SGLT2 inibitori																			
Dapagliflozin													Non iniziare						
Canagliflozin													Non iniziare ↓ dose (300 mg/die)						
Empagliflozin													Non iniziare ↓ dose (10 mg/die)						

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



Controllo dopo 6 mesi...

Peso: 83.5 kg

P.A. 120/80 mmHg

Colesterolo tot: 139 mg/dl

HDL: 58 mg/dl

Trigliceridi: 98 mg/dl

LDL: 61 mg/dl

2010

Glicemia: 132 mg/dl

Il sig
annu

HbA1c: 6.4%

Ha fi

Creatininemia: 1.1 mg/dl

eGFR: 70 ml/min

Il peso oscilla tra gli 82 e i 79 kg...

Il controllo delle complicanze è stabile

I valori di HbA1c oscillano tra 6.3% e 6.8% stabilmente dall'inizio della terapia



Dispositiva preparata da ILARIA BARCHETTA e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it