

CONCORSO FOTOGRAFICO



organizzato dalla rivista **MEDIA**



“Fotografiamo **il Diabete**”

Primo classificato

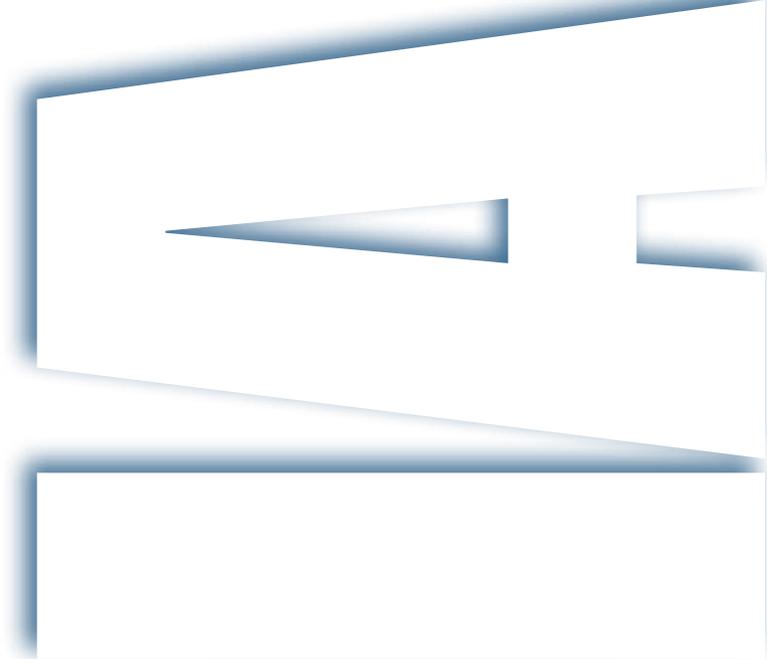
“**Più frutta meno diabete**”

Francesca Caselani



**Vedi tutte le foto che hanno
partecipato al concorso**



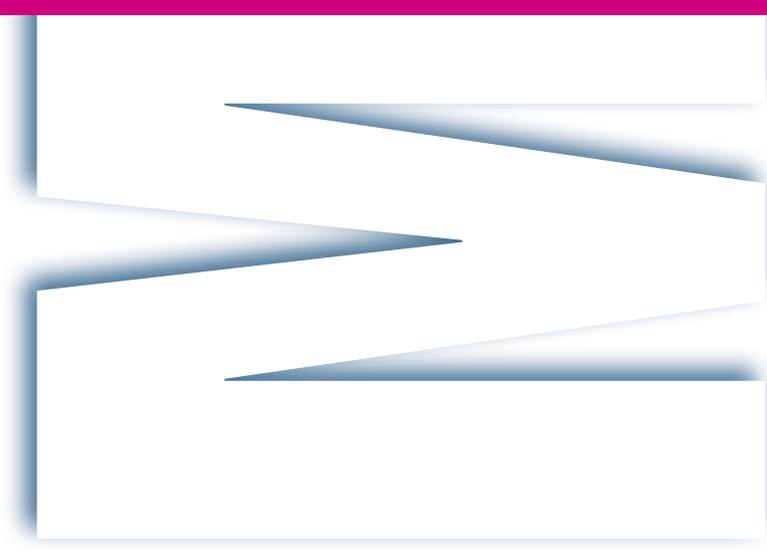


TUTTO DIABETE

NOTIZIE DAL MONDO DEI DEVICE

NOTIZIE DAL MONDO DEL FARMACO

FOCUS



Barbara Carabba

Specialista in endocrinologia e malattie del ricambio-diabetologia CAD territoriale RMB

CORRISPONDENZA

BARBARA CARABBA
barbara.carabba@libero.it

L'importanza della flessibilità terapeutica per migliorare aderenza alla terapia nel diabete tipo 2

S.V. è un uomo di 57 anni, libero professionista nell'ambito dell'edilizia, con un'attività lavorativa impegnativa con orari irregolari, moderato fumatore e bevitore, sedentario, separato. Giunge al nostro ambulatorio nell'aprile 2013 inviato dal medico di medicina generale (MMG) dopo un riscontro occasionale di iperglicemia effettuato con il glucometro della madre.

Alla prima visita nell'aprile 2013 il paziente si presentava con un indice di massa corporea (BMI) pari a 29 kg/m² (88 kg per 173 cm altezza), circonferenza vita 110 cm, pressione arteriosa (PA) 150/90 mmHg, glicemia 190 mg/dl, HbA_{1c} 8,3%, colesterolo totale 245 mg/dl, colesterolo HDL 35, trigliceridi 210 mg/dl, colesterolo LDL 168, creatinemia 0,9 mg/dl, nella norma il resto delle analisi.

Riferiva familiarità per diabete mellito e malattie cardiovascolari (madre affetta da diabete mellito con vasculopatia cerebrale cronica, padre deceduto per infarto miocardico acuto a 63 anni).

Si inizia terapia con metformina 1000 x 2/die, simvastatina 20 mg/die, ramipril 5 mg/die, si danno informazioni dietetiche e di stile di vita. Si prescrivono analisi di controllo a 3 mesi, consigliando di fare autocontrollo glicemico; si prescrive visita cardiologica + ECG, ecodoppler TSA, visita oculistica con esame del fondo oculare (FO).

Alla visita successiva, nel settembre 2013, il paziente torna a controllo con le seguenti analisi: glicemia 170 mg/dl, HbA_{1c} 8%, assetto lipidico non ancora a target (LDL pari a 155 mg/dl). I parametri antropometrici non si sono modificati, PA 125/85 mmHg. Il paziente non riporta autocontrollo glice-

mico, perché riferisce di non avere possibilità di farlo, ne ha assunto la terapia con regolarità. Ha leggermente incrementato l'attività fisica, ma stando fuori casa sia per pranzo sia spesso a cena non ha seguito attentamente le indicazioni dietetiche.

Nei limiti gli accertamenti richiesti ove si escluda un inspessimento delle carotidi comuni, seppur emodinamicamente non significativo.

Si rinforza lo stile di vita, suggerendo di aumentare l'attività fisica, si insiste sull'importanza dell'autocontrollo glicemico domiciliare e si modifica la terapia:

- metformina 1000 1 x 2/die;
- liraglutide 1,2 mg/die;
- rosuvastatina 10 mg;
- ramipril 5 mg.

Torna dopo 7 mesi (ha mancato un appuntamento per motivi di lavoro) nel marzo 2014.

Riferisce nausea e dolori addominali in seguito all'assunzione di liraglutide a dosaggio pieno di 1,2 e di aver quindi assunto il farmaco in maniera non regolare.

Ha assunto la metformina al mattino con discreta regolarità e ha eseguito saltuariamente la misurazione della glicemia la mattina a digiuno.

Le analisi mostrano: HbA_{1c} 7,8%, colesterolo LDL 115 mg/dl, nella norma le altre analisi. Le poche glicemie effettuate mostrano glicemie a digiuno mediamente intorno a 160 mg/dl.

Il paziente è riuscito a perdere 2 kg di peso corporeo mantenendo comunque un BMI di franco sovrappeso, la circonferenza vita si è lievemente ridotta (99 cm), la PA pari a 125/85 mmHg.

Visti i lievi risultati positivi ottenuti dal paziente, sebbene gli obiettivi da raggiungere per un paziente relativamente giovane, sia come età sia come storia di malattia, in assenza di complicanze sarebbero più stringenti, non vogliamo inserire una sulfanilurea per paura delle ipoglicemie (il paziente lavora in cantieri, su impalcature e non assume i pasti in modo regolare), decidiamo di rinforzare l'aspetto dello stile di vita e alimentare e si suggerisce di assumere regolarmente liraglutide, perché i disturbi dovuti al farmaco nel tempo si dovrebbero attenuare.

Torna a controllo nel settembre 2014 con il compenso glicometabolico sostanzialmente invariato: HbA_{1c} 7,8%; BMI 29 kg/cm²; PA 125/85 mmHg. Il paziente lamenta ancora nausea associata all'assunzione del farmaco, che assume in maniera discontinua.

Si decide dunque di modificare terapia con:

- exenatide 1 volta a settimana;
- metformina 1000 mg 1 x 2/die;
- invariata la restante terapia.

Rivediamo il paziente nel gennaio 2015.

Le analisi effettuate mostrano glicemia 135 mg/dl e HbA_{1c} 7,0%. Il paziente ha tollerato la terapia exenatide settimanale che ha portato, oltre che a un miglioramento del compenso glicemico, anche a una perdita di peso, che attualmente è di 81 kg.

Si rinforza lo stile di vita e l'attività fisica e si rinvia a un controllo tra 4/6 mesi mantenendo la stessa terapia.

È stato difficile, in questo paziente, ottenere subito un discreto compenso gli-

cometabolico; ciò probabilmente è stato causato da orari lavorativi irregolari e da una vita personale anch'essa non routinaria. Il paziente ha sempre avuto difficoltà a seguire un regime dietetico corretto e ad assumere correttamente la terapia via via somministratagli.

Con l'introduzione dell'exenatide una volta a settimana si è riusciti a ottenere un'aderenza alla terapia da parte del paziente, con conseguente miglioramento del quadro glicometabolico. La scarsa aderenza alla terapia può rappresentare

un ostacolo per il raggiungimento di un compenso glicemico ottimale ed è spesso dovuta alla complessità degli schemi terapeutici; studi hanno dimostrato che terapie con minori somministrazioni sono associate a una maggiore aderenza¹. Inoltre la comparsa in misura minore di effetti collaterali gastrointestinali ha sicuramente permesso al paziente di continuare la terapia, cosa che non è successo con la liraglutide². Il caso clinico del nostro paziente è emblematico di come una terapia semplice ma efficace pos-

sa portare al raggiungimento di un buon compenso glicometabolico.

Bibliografia

- ¹ Pollack M, Chastek B, Williams S, et al. *Impact of treatment complexity on adherence and glycemic control: an analysis of oral antidiabetic agents*. J Clin Outcomes Manag 2010;17:257-65.
- ² Buse JB. *Exenatide once weekly versus liraglutide once daily in patient with type 2 diabetes (DURATION-6): a randomised, open-label study*. Lancet 2013;381:117-24.