

# Caso Clinico: Dapagliflozin, una nuova prospettiva per la terapia del diabete tipo 2

Orietta T. è una signora di 56 anni, lavora come commerciante ed è diabetica da circa 10 anni. Non ha una familiarità per diabete mellito tipo 2. È venuta nel nostro ambulatorio la prima volta circa 2 anni fa in una situazione di scompenso glico-metabolico con emoglobina glicata di 14,4% e glicemia a digiuno di 328 mg/dl. Non ha mai seguito un regime alimentare adeguato, ha uno stile di vita molto sedentario. La prima volta è stata iniziata terapia con metformina 1000 mg 1 cp ai 3 pasti principali e un'insulina basale, associata a una dieta personalizzata. Orietta ha un BMI di 46,7 kg/m<sup>2</sup>, peso:108 kg, altezza 1,52 m.

All'inizio segue la dieta in maniera molto attenta, convinta di voler modificare il suo stile di vita, infatti riesce a perdere 5 kg in 2 mesi e le sue glicemie migliorano sensibilmente arrivando a un valore di emoglobina glicata di 8,4%.

Alla visita di controllo Orietta si dimostra molto motivata ed è riuscita anche a ridurre la dose di insulina basale; decidiamo allora di modificare la terapia e di sospendere l'insulina e iniziare un analogo del recettore del GLP-1.

Dopo circa 6 mesi Orietta è ulteriormente dimagrita, ha iniziato a fare delle passeggiate e il valore dell'HbA<sub>1c</sub> è pari a 7,3%.

Al controllo successivo la paziente torna presentando peggiorati gli esami decisamente peggiorati, la sua emoglobina glicata era nuovamente alta (10,7%) e aveva raggiunto il peso iniziale; abbiamo intrapreso la terapia insulinica basal-bolus, sospendendo l'analogo del recettore del GLP-1.

Dopo un mese la dose totale giornaliera di insulina era di 48 UI/die, senza un sensibile miglioramento delle glicemie. A quel punto è stato aggiunto anche dapagliflozin 10 mg 1 cp/die.

La funzione renale di Orietta era normale (GFR secondo CKD-EPI 83 ml/mn/1,73m<sup>2</sup>) e non aveva mai avuto alcun tipo di infezione delle vie urinarie. Dopo circa 2 mesi l'emoglobina glicata era di 7,8%, il peso si è ridotto di circa 3 kg e la dose totale di insulina è stata ridotta di circa il 13 %, ottenendo la totale sospensione dell'insulina prandiale.

Dapagliflozin appartiene a una nuova classe di farmaci, gli inibitori del co-transportatore di sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) localizzato a livello del tubulo prossimale S1 renale; tale farmaco agisce in modo selettivo a livello di questo trasportatore e promuove l'eliminazione del glucosio attraverso le urine inibendone il riassorbimento a livello renale, in questa maniera porta alla riduzione della glicemia.

Nell'ultimo algoritmo terapeutico ADA/EASD gli SGLT2 inibitori sono stati posti come possibile terapia di scelta in qualsiasi fase della storia naturale del diabete tipo 2 (fino all'add-on all'insulina), dopo il non raggiungimento del target di compenso glico-metabolico (Fig. 1). Dapagliflozin ha dimostrato una riduzione del valore di HbA<sub>1c</sub> pari allo 0,7-0,9% con un

Elena Ceccarelli

A.O.U. Senese U.O.C. Diabetologia, Università di Siena

---

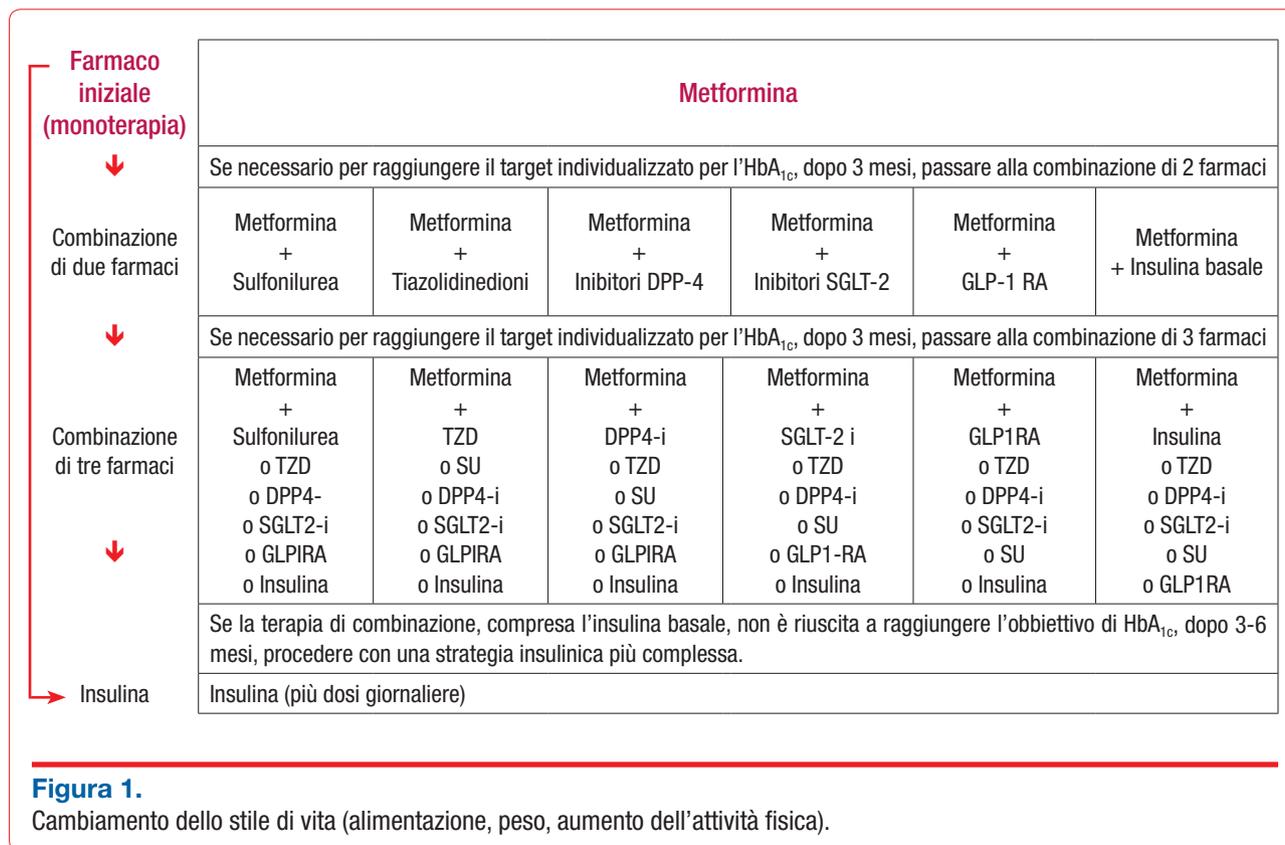
## Parole chiave

Dapagliflozin  
Emoglobina glicata  
Peso  
Insulina  
Diabete tipo 2

---

## Indirizzo per la corrispondenza

ELENA CECCARELLI  
ele.ceccarelli77@gmail.com



importante risparmio della terapia insulinica (fino a 19 UI/die), una perdita di peso media di circa 3-4 kg e una riduzione media di pressione sistolica di circa 3-4 mmHg.

Questa classe di farmaci si aggiunge ai già numerosi farmaci presenti per la terapia del diabete, ma offre numerosi vantaggi non solo nel mantenimento del controllo glico-metabolico ma anche a livello della riduzione di peso corporeo e pressione arteriosa.

## Bibliografia

- Wilding JPH, Norwood P, T'joen C, et al. *A study of dapagliflozin in patients with type 2 diabetes receiving high doses of insulin plus insulin sensitizers: applicability of a novel insulin-dependent treatment.* Diabetes Care 2009;32:1656-62.
- Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. *Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes.* Diabetes Care 2015;38:140-9.