

Azione Sinergica di Incretine e Gliflozine: una strategia vincente?

Matteo Monami

SODc Diabetologia, AOU Careggi, Firenze

Parole chiave

Diabete tipo 2
Analogo GLP-1
Gliflozine

S.L., 66 anni, sposato, affetto da diabete mellito tipo 2 e obesità grave da circa 15 anni, conduce una vita molto sedentaria, a causa di una grave forma di coartrosi. Dopo un periodo di qualche anno in terapia con ipoglicemizzanti orali, da 5 anni è in terapia insulinica basal-bolus (analogo rapido dell'insulina 10 UI ai pasti e analogo lento 12 UI la sera) e metformina 1700 mg/die. L'ultima HbA_{1c} è 8,7% (71 mmol/mol). In anamnesi, da segnalare ipertensione arteriosa, ipertrigliceridemia, steatosi epatica grave, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in ex-fumatore e coartrosi bilaterale da 10 anni.

Alla visita odierna: indice di massa corporea (IMC) 40,5 kg/m², pressione arteriosa 150/90 mmHg, creatinina 1,2 mg/dl, glicemia a digiuno 165 mg/dl.

Il paziente porta in visione le glicemie domiciliari dell'ultimo mese, che mostrano valori di glicemia non ottimali (numerose iperglicemie postprandiali e saltuarie ipoglicemie prima di pranzo).

In considerazione del quadro clinico e glicemico e soprattutto dell'elevato grado di obesità, è stato deciso di provare a migliorare il compenso glicemico, riducendo possibilmente il fabbisogno insulinico giornaliero, con un'associazione precostituita dapagliflozin e metformina (5/1000 mg, due volte al giorno), scalando le dosi di insulina (analoghi rapidi 5 + 7 + 7 e lento 8 UI).

Dopo 1 mese il paziente torna al controllo con profili glicemici nettamente migliorati, riferendo di aver ulteriormente ridotto, in maniera autonoma, le dosi di insulina. Permangono, tuttavia, ancora valori di glicemia a digiuno e prima di cena non a target (non fa spuntini). Si tenta di sospendere la terapia con analoghi rapidi e si porta a 10 UI l'analogo lento della sera.

Dopo 4 mesi il paziente torna al controllo con i seguenti parametri: IMC 39,0, HbA_{1c} 7,8%. Il paziente è molto soddisfatto dei risultati ottenuti, anche se il compenso glicemico non è ancora ottimale e stia facendo ancora insulina basale. Si propone pertanto al paziente una terapia di associazione dapagliflozin ed exenatide LAR, provando a sospendere del tutto l'insulina. Il paziente accetta la terapia e decide di pagare la terapia con dapagliflozin, che come è noto non è rimborsabile con farmaci incretinici. Inoltre, il paziente si è deciso a intraprendere un percorso educativo, con tecniche cognitivo-comportamentali di gruppo, in modo da migliorare le sue abitudini alimentari e incrementare gradualmente l'attività fisica. Dopo 6 mesi, il paziente torna al controllo, ulteriormente dimagrito (IMC 37,6). La pressione arteriosa si è ridotta, così come l'ipertrigliceridemia e la HbA_{1c} che è ora 7,2% (55 mmol/mol).

Questo caso clinico suggerisce come l'associazione tra analogo del GLP-1 e gliflozine possa avere un razionale, specie nel paziente in grave sovrappeso corporeo e che, anche nel paziente diabetico da molti anni e in terapia insulinica intensiva, queste terapie innovative possono essere d'aiuto nel migliorare il compenso glicemico, riducendo significativamente il fabbisogno insulinico.

Bibliografia di riferimento

Monami M, Dicembrini I, Marchionni N, et al. *Effects of glucagon-like peptide-1 receptor agonists on body weight: a meta-analysis*. Exp Diabetes Res 2012 [Epub Ahead of Print].

Saroka RM, Kane MP, Busch RS, et al. *SGLT-2 inhibitor therapy added to GLP-1 agonist therapy in the management of T2DM*. Endocr Pract 2015;21:1315-22.

Indirizzo per la corrispondenza

MATTEO MONAMI

matteo.monami@unifi.it