Sitagliptin-insulina: 3-0. Efficacia, sicurezza e appropriatezza

Rosario, 54 anni, giunge alla mia osservazione per recente IMA, trattato con PTCA (angioplastica coronarica transluminale percutanea) e stent medicato su Cdx. Familiarità per cardiopatia ischemica e diabete tipo 2 (DM2). Fumatore. Nega patologie degne di nota finora. Di professione è autista. Lieve sovrappeso. Nessuna terapia farmacologica prima dell'evento cardiovascolare.

Contestualmente al ricovero riscontro di: lieve ateromasia carotidea; ipercolesterolemia; DM2 non compensato (HbA_{1c} 9,3%); arteriopatia cronica ostruttiva degli arti inferiori; litiasi biliare; microlitiasi renale.

La diagnosi di DM2 risale ad almeno 7 anni prima, non trattato farmacologicamente bensì con raccomandazioni in termini di corretto *lifestyle*, pertanto non seguite dal paziente in maniera ottimale, né supervisionata. Dopo la dimissione ospedaliera, Rosario è in terapia insulinica con analogo rapido glulisina (5-5-5 UI sc) e insulina glargine 14 UI sc alla sera; assume inoltre ACE-inibitore, diuretico, terapia anticoagulante, statina al massimo dosaggio.

Rosario esibisce esami ematochimici nella norma, HbA_{1c} 5,4%; riferisce diverse ipoglicemie che risolve con assunzione di zuccheri semplici più volte al giorno. Funzione renale nella norma.

Essendo in attesa di interventi di rivascolarizzazione agli arti inferiori si prosegue con la terapia insulinica: insulina glulisina 5 UI sc a pranzo e cena; metformina 850, 1 cp a colazione, insulina glargine 12 UI sc alla sera. Resto invariato. Si rinforzano le buone norme di *lifestyle*.

Rosario torna dopo 1 mese, ha effettuato un intervento di PTA (*Percutaneous Transluminal Angioplasty*) all'arto inferiore sinistro; ha proseguito la terapia prescritta: HbA_{1c} 6,1%; profili glicemici domiciliari altalenanti, con varie ipo e iperglicemie. Sta lavorando saltuariamente a causa dei problemi di salute e dimostra mediocre compliance, oltre che umore depresso per le difficoltà che incontra con la gestione della terapia insulinica, determinate dagli episodi ipoglicemici. Pertanto si propone cambio terapeutico: sitagliptin 50/metformina 1000 1 cp pranzo e cena, insulina glargine 10 UI sc alla sera.

Rosario torna dopo 3 mesi; ha completato la rivascolarizzazione all'arto inferiore destro ed è stato sottoposto a ulteriore PTCA miocardica. Esibisce esami ematochimici nella norma, HbA_{1c} 6,4%, profili glicemici discreti. Non ha avuto più episodi ipoglicemici, soprattutto diurni. Appare notevolmente più sereno e concentrato sull'autogestione della sua malattia diabetica, rispettando le buone norme dello stile di vita con ottimi risultati (normopeso, ha smesso di fumare) e ha ripreso gradualmente a lavorare. Pertanto la terapia con sitagliptin, in associazione con metformina, si è rivelata per Rosario, ancora giovane e con recente evento cardiovascolare, una terapia efficace tale da poter sostituire la terapia insulinica utilizzata in condizione acuta ospedaliera, sicura e appropriata, con notevole beneficio sulla qualità di vita e sul grado di soddisfazione del paziente.

Sara Colarusso

Medico specialista in Endocrinologia e Malattie del ricambio, Diabetologa, Centro antidiabete AID Gammacord, Benevento, Campania

[Indirizzo per la corrispondenza](#)

SARA COLARUSSO
Sara.colarusso@libero.it