



Società Italiana di Medicina Generale
Regione Puglia



Scuola Pugliese di Medicina Generale

1° Congresso Regionale
SIMG Puglia

Il farmaco come risorsa per la salute

Problematiche e prospettive
per la Medicina Generale

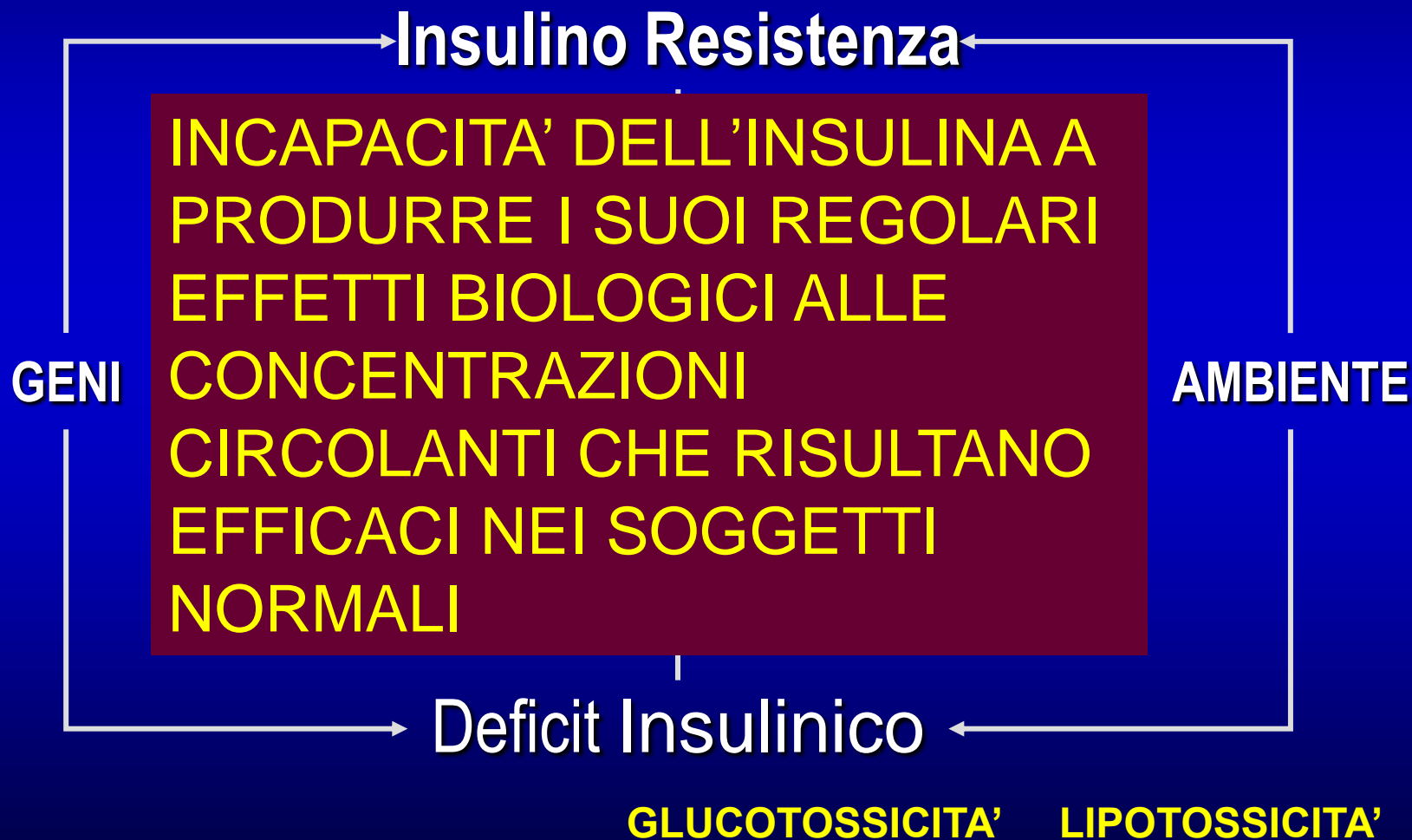
Sheraton Nicolaus Hotel, Bari
1-2 Febbraio 2008

Vecchi e nuovi farmaci Antidiabetici orali e Insuline

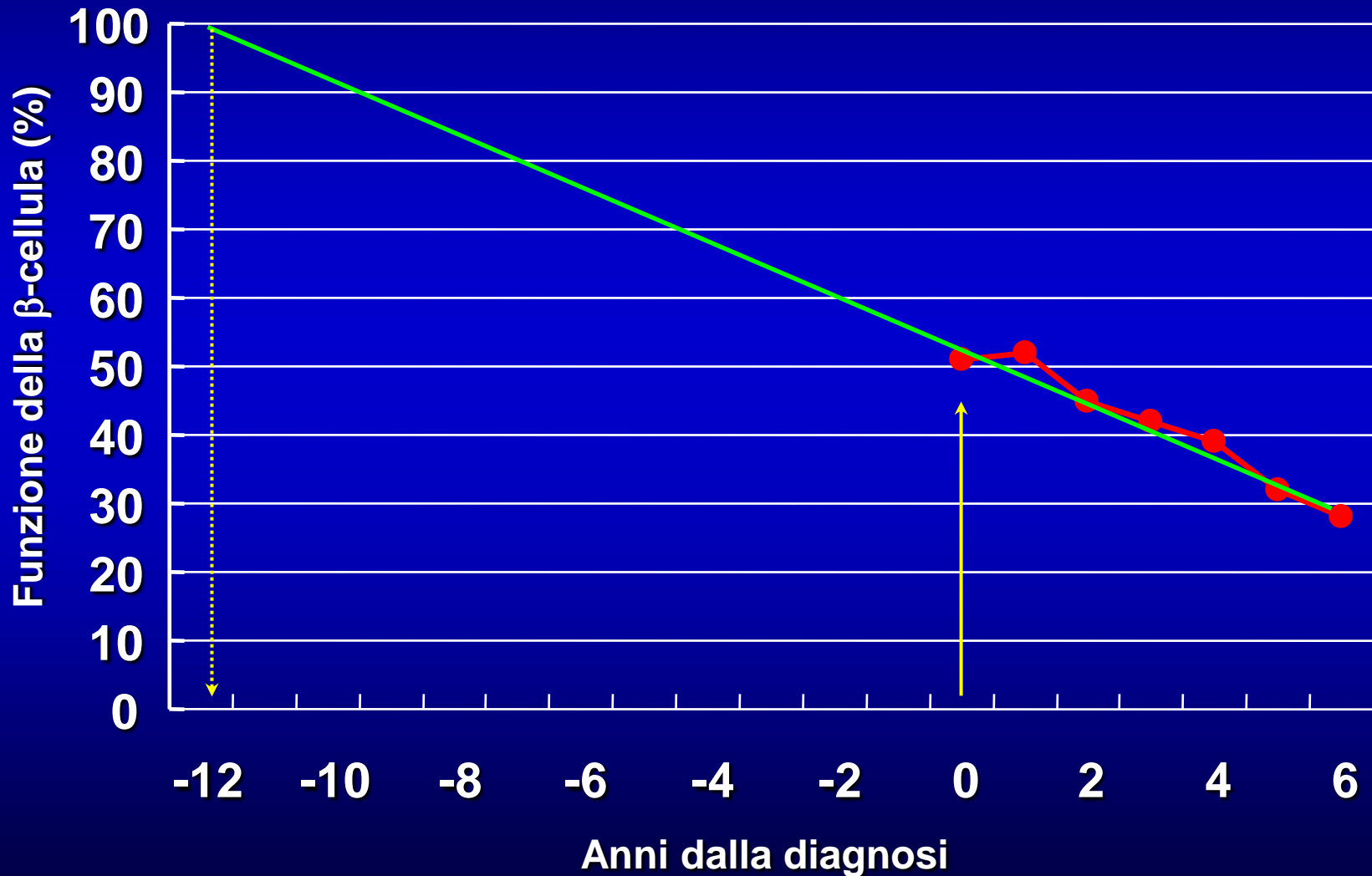
Domande per un uso appropriato

Marco Urago

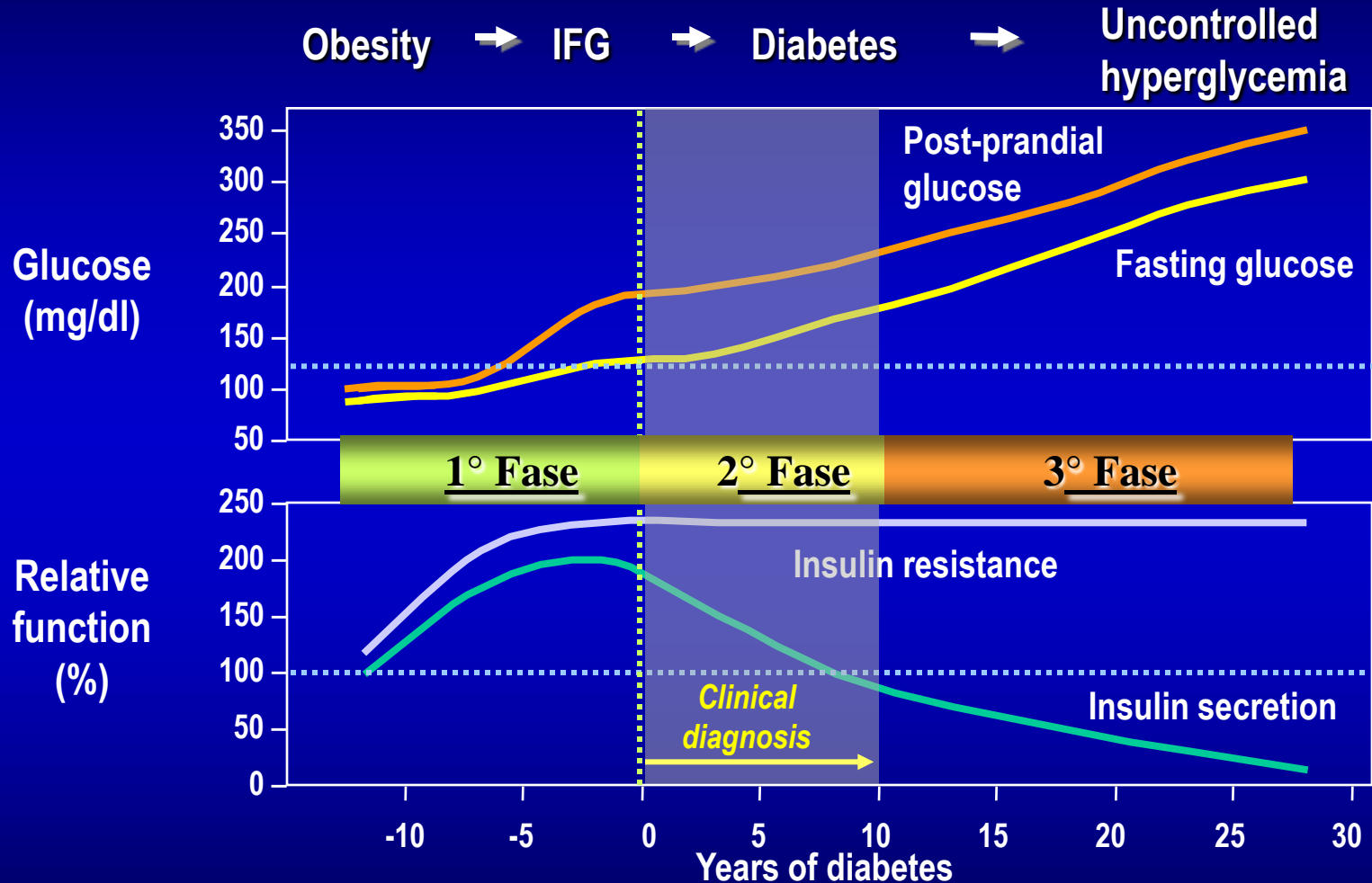
Patogenesi del Diabete Tipo 2



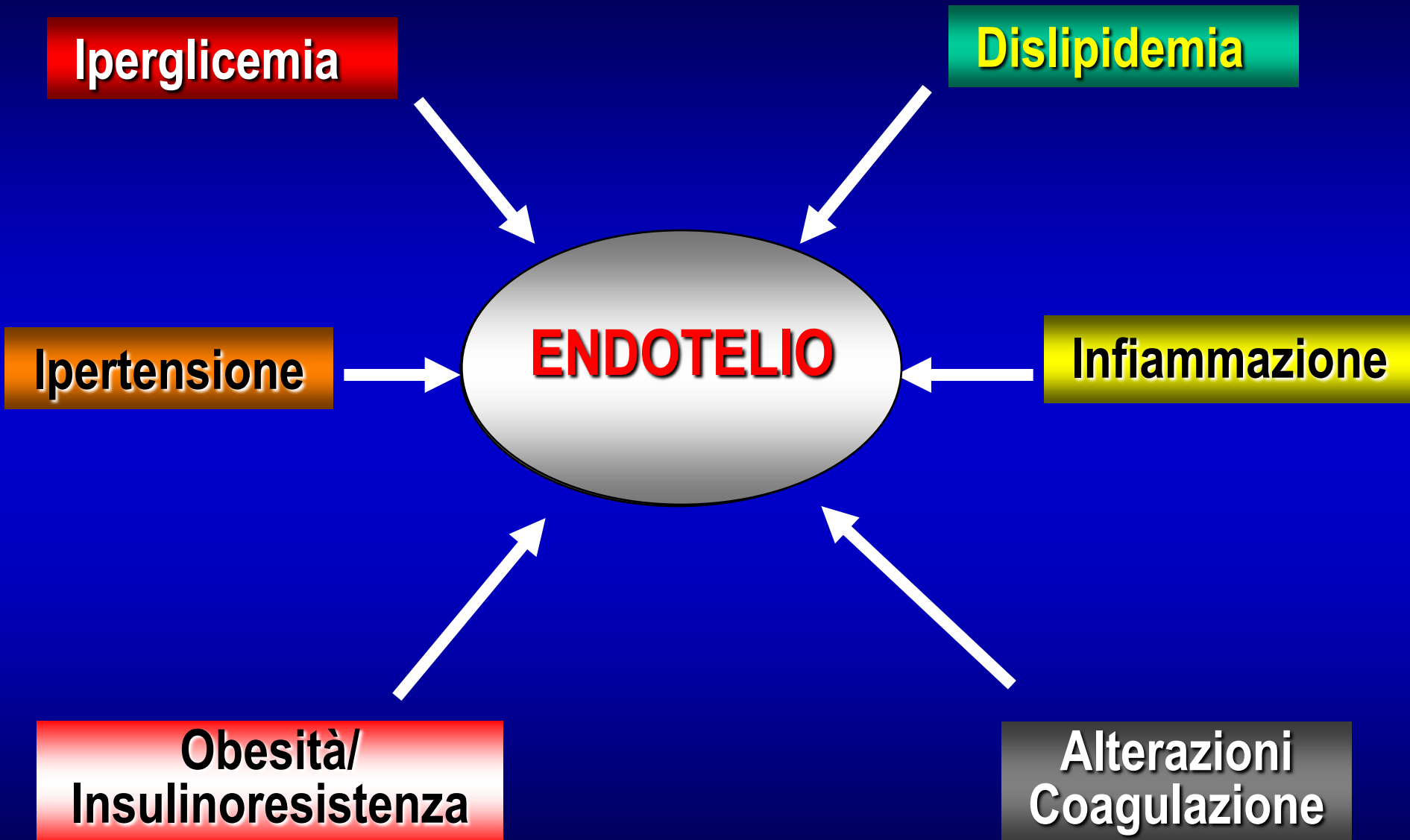
Deterioramento Progressivo della Funzione della β -Cellula nel Diabete di Tipo 2



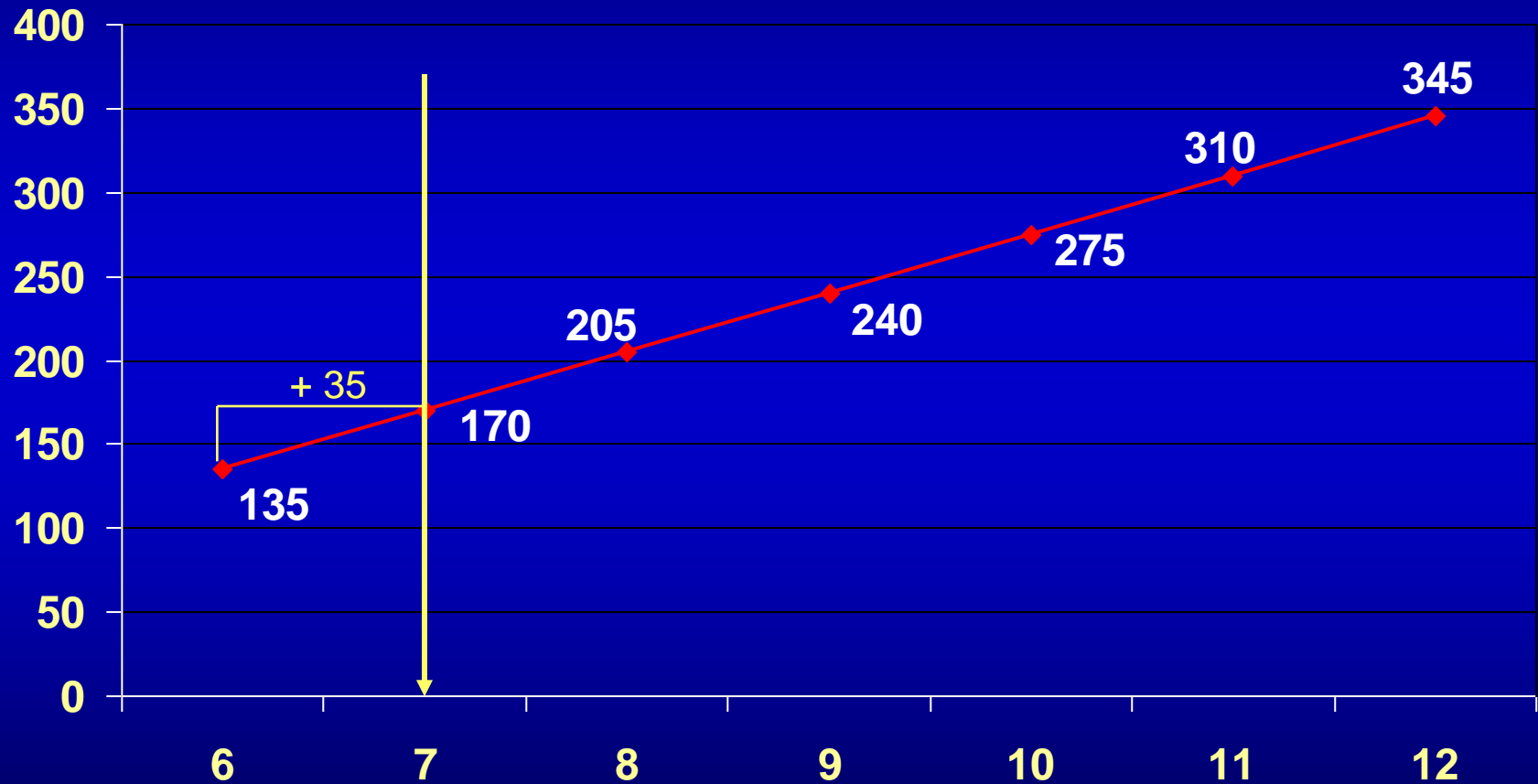
Insulin resistance and β -cell dysfunction are fundamental to type 2 diabetes



Patogenesi delle Complicanze Croniche del Diabete



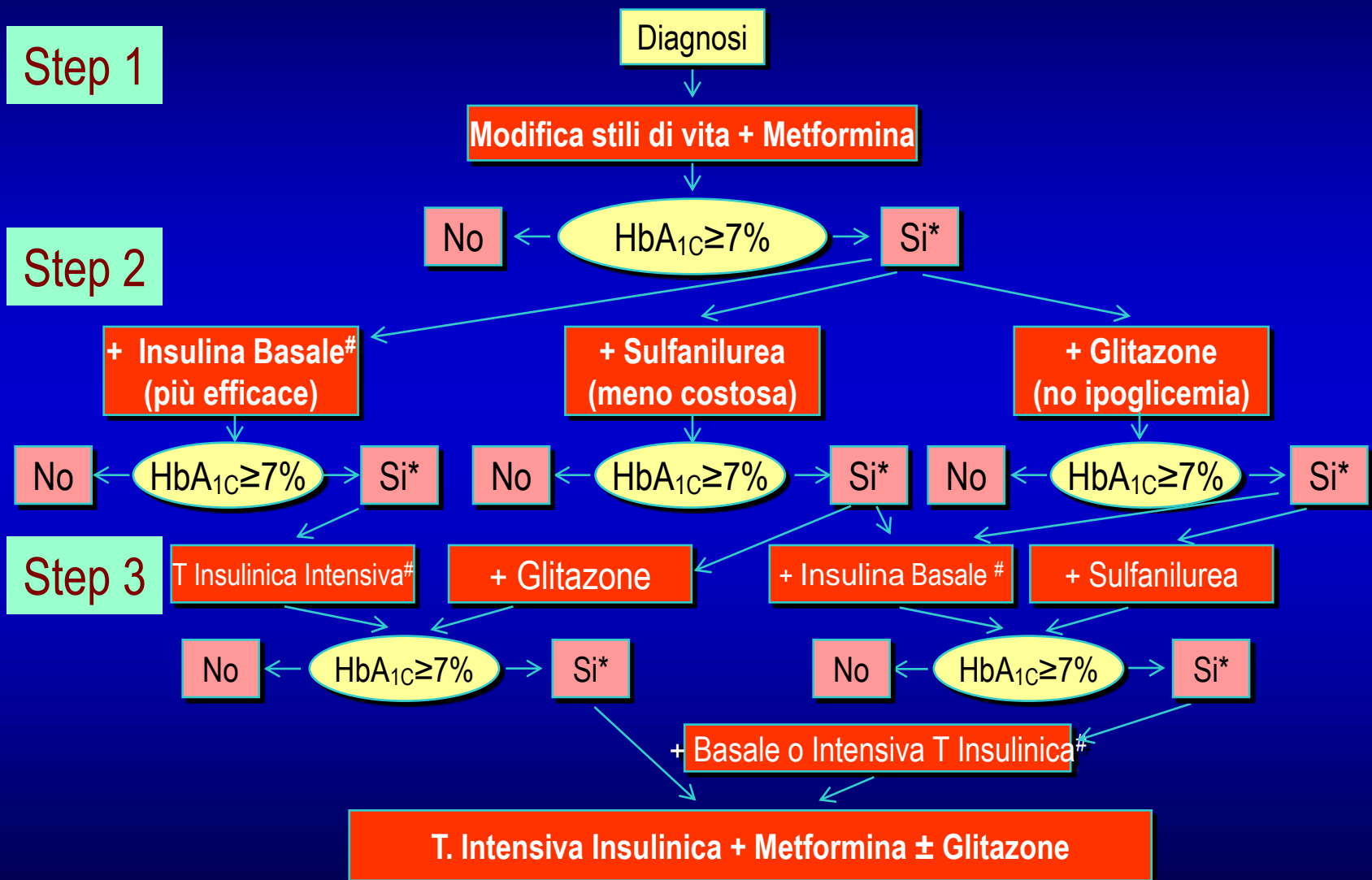
Livelli di HbA1c e glicemia plasmatica media



OBIETTIVI CLINICI PER LA HbA1C e la glicemia

Società proponente	HbA1C (%)	Glicemia a digiuno (mg/dl)	Glicemia post prandiale (mg/dl)
IDF	6,5 (meno se possibile)	< 110	< 145
ADA	7	90-130	<180
NICE	6,5 – 7,5		
AACE	6,5	< 110	< 140
Canadian Diab. Ass.	7	72 -126	90 - 180

Documento di consenso ADA/EASD : Algoritmo terapeutico



Step 1

- A diagnosi conclamata di Diabete mellito tipo 2 è utile sempre aggiungere terapia farmacologica con Metformina?
- Come comportarsi in caso di assenza di sovrappeso nel diabete mellito diagnosticato in età adulta?

Step 2

- In quali situazioni aggiungere precocemente la terapia basale con insulina?
- Quando i secretagoghi insulinici ? Quali scegliere e quali precauzioni adottare?

INSULINO-RESISTENZA

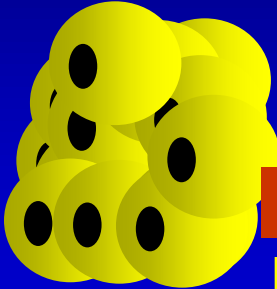
Ridotta inibizione della lipolisi

DISFUNZIONE ENDOTELIALE

Agiotensinogen ↑

Inflammation

Ipertensione Nefropatia



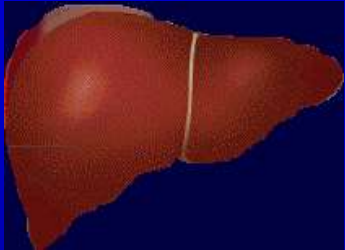
ADIPONECTINA ↓

Thrombosi

DIABETE e AUMENTO DEL RCV

↑ FFA

PAI1 +



Aumento della produzione epatica di glucosio

Atherogenic dyslipidaemia

TONO SIMPATICO AUMENTATO

Iperglicemia

Insulina +

Insulina ↓

Ridotta utilizzazione di glucosio



GLUCOTOSSICITA' e LIPOTOSSICITA'



I glitazoni

- Quali vantaggi nell'uso dei glitazoni tenuto conto del loro peculiare meccanismo d'azione correttivo di molteplici fattori fisiopatogenetici dell'insulinoresistenza e dei relativi effetti benefici clinici di riduzione del RCV* ?

* Nello studio Pro-Active si è dimostrato che nel sottogruppo dei pazienti infartuati, il pioglitazone ha ridotto il rischio di un secondo infarto del 28% ($p = 0,045$) e il rischio di sindrome coronaria acuta del 37% ($p = 0,035$), mentre nei pazienti con pregresso ictus, ha ridotto il rischio di ricomparsa di ictus fatale e non fatale del 47% ($p = 0,009$)

I glitazoni

- Quali raccomandazioni adottare prima di iniziare la terapia con Glitazoni e quali nel followup?
- Quali chiarimenti sono emersi dagli studi in merito al rischio di cardiopatia ischemica associato a Rosiglitazone e al rischio di fratture in particolare in donne diabetiche in postmenopausa?

Step 3

- In Europa l'EMA ha approvato la possibilità di adottare l'associazione di pioglitazone con insulina: qual è l'atteggiamento attuale in merito suggerito dagli esperti in Italia negli “step” 2 e 3?
- Quali vantaggi nelle “nuove insuline”
- Cosa si intende per terapia insulinica intensiva e come adottarla?

Prospettive farmacologiche future

Dalla stimolazione delle beta cellule e migliore
utilizzo periferico del glucosio

all'azione multifattoriale

alla riduzione dell'apoptosi e rigenerazione beta
cellulare

- **Gli inibitori DPP-4: Sitagliptin e Vildagliptin**
- **Le incretine**