



RASSEGNA STAMPA SCENARIO DIABETOLOGIA

Aggiornamento

13 giugno 2016

ValueRelations[®]

Sommario

TESTATA	TITOLO	DATA
ILFARMACISTAONLINE.IT	Diabete di tipo 2: un trattamento troppo intensivo raddoppia il rischio di ipoglicemia grave	07/06/2016
SALUTE24.ILSOLE24ORE.COM	Diabete, al Niguarda il primo trapianto europeo di cellule pancreatiche	10/06/2016

ilFarmacista^{online.it}

Scienza e Farmaci

Diabete di tipo 2: un trattamento troppo intensivo raddoppia il rischio di ipoglicemia grave

Uno studio della Mayo Clinic pubblicato su JAMA Internal Medicine lancia un 'allarme ipoglicemia' nelle persone con diabete sottoposte a terapie troppo energiche per la loro condizione; spesso questa pratica si associa anche ad un eccesso di esami per verificare i livelli di emoglobina glicata. L'autrice dello studio invita dunque medici e pazienti a non esagerare con test inutili e con un eccesso di terapie che, oltre a non migliorare la prognosi dei pazienti, possono creare loro dei gravi problemi. Almeno un anziano su 3 è a rischio di una grave crisi ipoglicemica con una terapia troppo energica.



07 GIU - Controllare regolarmente i *target* glicemici per le persone con diabete è un *must* che può incidere in maniera importante sulle complicanze di questa malattia e sulla qualità di vita. Ma a tutto c'è un limite, suggerisce uno studio della Mayo Clinic, oltre il quale è bene non andare.

Gli Stati Uniti sono la patria del *'more is better'* ma non sempre questa filosofia dà buoni frutti. Anche fare troppi controlli può creare problemi, suggerisce uno studio della Mayo Clinic appena pubblicato su **Jama Internal Medicine**. Focalizzarsi troppo sui livelli di emoglobina glicata e soprattutto mirare a *target* troppo bassi e ambiziosi da raggiungere per mezzo di un trattamento molto intensivo, può creare problemi seri soprattutto ai pazienti più anziani e fragili.

"Siamo dapprima rimasti molto sorpresi nel vedere il numero esagerato di test per la glicata che fanno in questo Paese gli adulti con diabete di tipo 2, con una glicemia ben controllata – ammette **Rozalina McCoy**, endocrinologa della Mayo Clinic e autrice dello studio – Ma poi abbiamo realizzato che non solo questi pazienti si sottoponevano a troppi test, ma che erano anche in terapia con una quantità esagerata di farmaci, rispetto a quelli necessari visti i loro livelli di glicata. Partendo da queste osservazioni abbiamo avuto l'idea di realizzare questo studio, per scoprire le ricadute di tanta esagerazione. I risultati evidenziano che soprattutto tra i pazienti anziani e quelli con patologie croniche gravi, il trattamento intensivo arriva quasi a raddoppiare il rischio di gravi episodi di ipoglicemia, tali da richiedere anche il ricovero"

L'ipoglicemia rappresenta peraltro una complicanza potenzialmente molto seria del trattamento del diabete; oltre a peggiorare la qualità di vita ed è stata infatti associata anche a complicanze cardiovascolari, alla demenza e ad un aumento di mortalità.

Per questo, molte società scientifiche raccomandano di modulare gli obiettivi di emoglobina glicata (che nella maggior parte delle linee guida si collocano tra 6,5% e 7% nella popolazione adulta) in base all'età del paziente, alla presenza di comorbidità e al rischio di ipoglicemia.

“Portare i pazienti a livelli di glicata troppo bassi – ammonisce la McCoy – non dà garanzie di migliorare la loro salute, soprattutto nel breve termine, e al contrario può causare gravi problemi, come l’ipoglicemia”.

In questo studio, gli autori hanno indicato con il termine di ‘trattamento intensivo’ l’impiego di una quantità di farmaci superiore a quanto suggerito dalle linee guida sulla base dei livelli di emoglobina glicata di un determinato paziente. Quelli in terapia e con glicata inferiore al 5,6% sono stati considerati soggetti a trattamento ‘intensivo’. Analogamente, i pazienti pre-diabetici (quelli con glicata basale compresa tra 5,7 e 6,4%) erano considerati in ‘trattamento intensivo’ se assumevano 1 o 2 farmaci al momento del test o se erano stati somministrati ulteriori farmaci dopo il test. Le linee guida attuali considerano in controllo ‘ottimale’ i pazienti in trattamento con una glicata inferiore a 6,5%.

Lo studio ha analizzato i dati di 31.542 soggetti con diabete di tipo 2 stabile e ben controllato, inclusi nel *OptumLabs Data Warehouse* tra il 2001 e il 2013. Nessuno di loro era in terapia con insulina o aveva avuto in passato episodi di ipoglicemia (entrambi sono fattori di rischio per ulteriori episodi di ipoglicemia).

Obiettivo dello studio era valutare in quale misura il trattamento intensivo potesse essere causa di ipoglicemia. Altro obiettivo era analizzare la risposta all’ipoglicemia nei pazienti giovani e in buona salute, per comprendere se questa categoria potesse tollerare un trattamento intensivo meglio dei pazienti anziani o di quelli con comorbidità. Per questa ragione è stata condotta un’analisi separata di queste due categorie di soggetti, distinguendo quelli considerati ‘complessi’ dal punto di vista clinico cioè, secondo la definizione dell’*American Geriatrics Society*, i soggetti di età uguale o superiore a 75 anni, con patologia renale *end-stage* o demenza o con 3 o più patologie croniche gravi associate. Questa distinzione aveva lo scopo di individuare i pazienti più a rischio di effetti collaterali dall’aggiunta di un trattamento anti-diabetico, ipoglicemia compresa, che non di averne un qualche beneficio.

Su 31.542 soggetti inclusi nello studio, il 18,7% dei pazienti ‘complessi’ e il 26,5% dei soggetti non complessi, sono risultati ricevere un trattamento ‘intensivo’. L’analisi dei dati ha evidenziato che i soggetti ‘complessi’ avevano un tasso di ipoglicemie quasi doppio rispetto ai soggetti ‘non complessi’ e che il trattamento intensivo aumentava questo rischio di un altro 77%, nell’arco di 2 anni.

“Questo significa – commenta la McCoy – che 3 anziani o pazienti complessi su 100 di quelli con diabete che non avevano mai avuto episodi di ipoglicemia prima, con un’emoglobina glicata *atarget* e non in terapia con insulina, presenteranno un grave episodio di ipoglicemia in un lasso temporale di due anni. E questo senza considerare gli episodi di ipoglicemia minori, che i pazienti riescono a gestire da soli a casa, senza dover ricorrere al medico o al pronto soccorso.

Sono risultati preoccupanti da molti punti di vista – sottolinea la McCoy – per il paziente, che può presentare conseguenze gravi, fino alla morte; e per i servizi sanitari, per l’aggravio economico che questi effetti indesiderati comportano. Come medici dobbiamo avere ben chiaro quali esami e quali farmaci sono necessari, ma anche quelli che non lo sono o che possono addirittura creare problemi. La terapia va personalizzata sulla base delle diverse necessità dei pazienti e a volte fare ‘meno’ è la cosa migliore per i nostri pazienti”.



Diabete, al Niguarda il primo trapianto europeo di cellule pancreatiche

Applicando una tecnica che arriva dagli Stati Uniti gli esperti del nosocomio milanese aprono una nuova via verso la cura della forma insulino-dipendente

Niente più iniezioni quotidiane di insulina: grazie al trapianto di cellule pancreatiche portato a termine con successo all'ospedale Niguarda di Milano un paziente di 41 anni affetto da diabete di tipo 1 da quando ne aveva 11 riesce a controllare autonomamente la sua glicemia senza ricorrere all'assunzione dell'ormone. La notizia punta i riflettori sull'eccellenza medico-sanitaria italiana. Quello condotto al Niguarda è infatti il primo trapianto di questo genere condotto in Europa - il quarto in tutto mondo.

La malattia. Il **diabete di tipo 1** [↗](#) è una malattia cronica caratterizzata dalla mancata produzione di insulina – l'ormone che controlla il livello di zuccheri nel sangue – da parte del pancreas. Alla sua base ci sono diversi fattori, ma la sua causa precisa non è stata ancora identificata. Ciò che oggi si sa è che il sistema immunitario può aggredire e distruggere le cellule pancreatiche responsabili della produzione di insulina, portando ad una carenza che ha come conseguenza un'iperglicemia pericolosa per la salute.

La terapia. Fino a poco tempo fa il diabete di tipo 1 era considerato una malattia incurabile. L'unico modo per affrontarlo era tenere sotto controllo i livelli di zuccheri nel sangue con un'alimentazione opportuna, un'attività fisica regolare e l'inevitabile assunzione di insulina. Gli avanzamenti in campo medico hanno però portato allo sviluppo di tecniche per trapiantare nei pazienti le cellule pancreatiche aggredite dal sistema immunitario. "Attualmente le cellule insulari [quelle che producono insulina, ndr] vengono infuse nel fegato – spiega Luciano De Carlis, direttore della Chirurgia Generale e dei Trapianti del Niguarda – ma molte di esse non sopravvivono in questo ambiente, a causa di una reazione infiammatoria che ne compromette il funzionamento". La nuova metodologia utilizzata con successo dagli esperti del nosocomio milanese permette di superare questo problema trapiantando le cellule pancreatiche sulla membrana che circonda gli organi addominali, l'omento. Su tale membrana, altamente vascolarizzata, viene impiantata un'impalcatura biotech che grazie alla presenza di plasma del paziente e trombina (un enzima coinvolto nel processo di coagulazione del sangue) forma una sostanza gelatinosa che mantiene in sede le cellule trapiantate. In una fase successiva l'organismo riassorbe gradualmente questo gel, mantenendo però intatte le cellule pancreatiche; nel frattempo si formano nuovi vasi sanguigni che le riforniscono dell'ossigeno e dei nutrienti necessari per la loro sopravvivenza.

Una tecnica che arriva dagli Stati Uniti. La procedura di trapianto è stata messa a punto al Diabetes Research Institute (DRI) di Miami, centro di eccellenza diretto dal docente dell'Università di Miami Camillo Ricordi. Qui sono stati seguiti i primi due trapianti di questo tipo effettuati nel mondo. "Mi congratulo vivamente con l'equipe di Niguarda, il primo team della DRI Federation in Europa e nel mondo ad aver confermato il risultato iniziale ottenuto a Miami l'anno scorso – commenta Ricordi – Questa tecnica di ingegneria tissutale sarà fondamentale per permettere la sperimentazione clinica di nuove tecnologie per evitare l'uso di farmaci anti-rigetto, che oggi limitano l'applicabilità del trapianto di isole ai casi più gravi di diabete". Gli esperti ipotizzano infatti che in futuro sarà possibile applicare sull'omento microcapsule e altri dispositivi che riducano la necessità di ricorrere ai farmaci immunosoppressori. "Con questa tecnica – osserva De Carlis – si è aperta una nuova via".

Foto: © Kadmy - Fotolia.com

di Silvia Soligon
(10/06/2016)