Insulina inalatoria o tradizionale?

Data 30 aprile 2007
Categoria clinical_queries

Una meta-analisi degli studi disponibili fa il punto sull' insulina inalatoria.

Ci siamo già occupati in precedenza dell'insulina inalatoria .
In uno studio recente è stato dimostrato che nei diabetici non controllati dalla monoterapia con una sulfonilurea l'aggiunta di insulina inalatoria è più efficace della metformina, ma solo nel sottogruppo con valori più elevati di HbA1C . Tuttavia la superiorità si riferiva ad un end-point surrogato come la glicoemoglobina e resta da stabilire se questo miglior controllo metabolico si traduca in vantaggi su outcomes clinici hard. Stando ai dati dello storico UKPDS, solo la metformina è riuscita ridurre la mortalità. Inoltre nello studio citato nel gruppo insulina inalatoria si è verificato un aumento del peso corporeo (in media 3 kg) che non si è avuto nel gruppo metformina. Per quanto gli autori riferiscano che gli effetti collaterali sono stati simili nei due bracci, nel gruppo insulina inalatoria la tosse e gli episodi ipoglicemici sono stati molto più frequenti e questi sono aspetti che vanno considerati quando si deve valutare la trasferibilità dei risultati nella pratica reale.
Più di recente una meta-analisi ha selezionato gli RCT in cui l'insulina inalatoria veniva paragonata ad un'altra terapia attiva (16 trials per 4023 pazienti, età da 18 a 80 anni). L'insulina sottocutanea si è dimostrata lievemente più efficace dell'insulina inalatoria nel controllare la glicoemoglobina ma non c'e una differenza significativa nella proporzione di pazienti che raggiungevano valori inferiori al 7%. L'insulina inalatoria si dimostrava più efficace nel ridurre la glicoemoglobina rispetto ai farmaci per os se usati a dosi fisse ma non quando usati a dosi aggiustate per raggiungere livelli glicemici target. Episodi ipoglicemici severi avvenivano più facilmente con l'insulina inalatoria che con i farmaci orali ma non c'era differenza rispetto all'insulina sottocutanea. Tra gli effetti collaterali dell'insulina inalatoria vanno segnalati la tosse secca e un lieve decremento di alcuni parametri di funzionalità respiratoria, mentre le preferenze dei pazienti favorivano l'insulina inalatoria rispetto a quella sottocutanea.
Come concludere? La maggior parte degli studi esaminati ha avuto una durata inferiore ai 6 mesi e nessuno ha valutato end-point clinici hard. Possiamo, in buona sostanza, abbracciare le conclusioni degli autori della metanalisi citata, secondo i quali, finchè non saranno disponibili dati sulla sicurezza a lungo temrine, l'insulina inalatoria dovrebbe essere usata nei diabetici (non in gravidanza) che non desiderano sottoporsi ad iniezioni. Va ricordato peraltro per l'insulina inalatoria può sostituire solo l'insulina sottocutanea regolare ma non quella ritardo che invece spesso è necessario usare per ottenere un equilibrio metabolico accettabile.

RenatoRossi

Bibliografia:
1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2260
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2439
3. Barnett AH et al on behalf of the Exubera Phase III Study Group. An Open, Randomized, Parallel-Group Study to Compare the Efficacy and Safety Profile of Inhaled Human Insulin (Exubera) With Metformin as Adjunctive Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Poorly Controlled on a Sulfonylurea. Diabetes Care 2006 Jun; 29:1282-1287
4. Ceglia L et al. Meta-Analysis: Efficacy and Safety of Inhaled Insulin Therapy in Adults with Diabetes Mellitus Ann Intern Med 2006 Nov 7; 145: 665-675