



## Nuove linee guida sul diabete dell'American Diabetes Association

**Data** 13 gennaio 2013  
**Categoria** metabolismo

Una breve sintesi su alcune delle principali raccomandazioni delle linee guida 2013 dell'American Diabetes Association.

L'American Diabetes Association (ADA) ha pubblicato, come supplemento al numero di gennaio 2013 di Diabetes Care, le nuove linee guida sulla gestione del diabete.

Ovviamente non è possibile sintetizzare tutte le raccomandazioni nello spazio di una singola pillola per cui rimandiamo alla consultazione del documento originale .

In questa sede ci limiteremo a sintetizzare alcuni punti che ci sembrano particolarmente interessanti: la diagnosi, l'automonitoraggio della glicemia, il controllo dell'equilibrio glicemico, il target pressorio, il trattamento della dislipidemia, l'uso di antiaggreganti e, infine, la vaccinazione antiepatite B.

Per quanto riguarda la **diagnosi** vengono mantenuti i criteri usuali a cui si aggiunge il dosaggio della emoglobina A1C  $\geq 6,5\%$ . La questione è già stata ampiamente trattata in una pillola precedente a cui si rimanda .

Per quanto riguarda l'**automonitoraggio della glicemia** le linee guida distinguono tra pazienti in terapia insulinica e non. Per i primi l'automonitoraggio dovrebbe avvenire almeno 3 volte al giorno (prima dei pasti, ma anche talora dopo i pasti, prima di un esercizio fisico o prima di andare a letto, soprattutto se si segue un regime insulinico intensivo). Per i pazienti non in trattamento insulinico l'automonitoraggio non viene scoraggiato ma solo se inserito in un programma educativo più ampio e non vengono fornite indicazioni precise.

Ci eravamo occupati del problema dell'automonitoraggio della glicemia recensendo alcuni studi secondo i quali questa pratica, nel diabete tipo 2 non insulinotratato, sembra avere un impatto modesto sull'equilibrio glicemico.

Concludevamo però che nel paziente che lo desiderasse e/o che si sentisse più "sicuro" con le sue strisce reattive non vi è motivo per negargli la prescrizione, magari avvertendolo che se l'equilibrio glicemico è soddisfacente non occorre un controllo assiduo e giornaliero.

Il **target di emoglobina A1C** consigliato per la maggior parte dei pazienti è di 7% o più basso perchè si è visto che in tal modo si riducono le complicanze microvascolari e, se mantenuto in diabetici di diagnosi recente, può ridurre le complicanze cardiovascolari a lungo termine. In pazienti selezionati si può proporre un target più basso ( $< 6,5\%$ ) come per esempio nei casi di diabete di nuova diagnosi o con lunga aspettativa di vita e senza complicanze cardiovascolari e purchè questo non comporti il rischio di gravi episodi ipoglicemici.

In altri pazienti (per esempio anziani con limitata aspettativa di vita o con complicanze cardiovascolari già instaurate o con importanti episodi di ipoglicemia) si può proporre un target di emoglobina A1c  $< 8\%$ .

Anche in questo caso non si tratta di novità: questa testata si è occupata più volte del problema in varie pillole alle quali rimandiamo per un approfondimento (5,6,7,8,9,10,11,12,13).

Il **target di pressione arteriosa sistolica** consigliato è inferiore a 140 mmHg (in precedenza si consigliava di arrivare a valori inferiori a 130 mmHg). Solo in alcune categorie di pazienti (come per esempio soggetti giovani) può essere appropriato arrivare a valori inferiori a 130 mmHg.

In effetti avevamo già recensito alcuni studi e metanalisi che avevano dimostrato come il trattamento intensivo della pressione arteriosa nel diabete fosse associato ad una riduzione non statisticamente significativa della mortalità e dell'infarto miocardico del 7%. Si aveva una riduzione significativa del rischio di ictus del 35%, peraltro piccola in termini assoluti.

In quell'occasione osservavamo che, comunque, qualora possibile, un target pressorio di 130/80-85 mmHg può essere un obiettivo ragionevole da perseguire, perlomeno in pazienti selezionati, perchè se è vero che non si sono evidenziati benefici significativi su mortalità e infarto, potrebbe comunque aversi una riduzione, per quanto piccola, del rischio di ictus (patologia che può essere molto invalidante).

Però un target pressorio troppo basso può essere molto difficile da raggiungere nel mondo reale: richiede spesso una politerapia e una compliance adeguata. Per cui non di rado ci si deve accontentare di risultati più realistici, soprattutto se abbiamo a che fare con anziani o con pazienti fragili, con molte patologie croniche associate e/o con aspettativa di vita limitata.

Il **target di colesterolo LDL** consigliato dipende dalla presenza o meno di patologie cardiovascolari.

Se il paziente ha una malattia cardiovascolare nota si consiglia un valore inferiore a 70 mg/dL, se non vi è una malattia cardiovascolare nota sono accettabili valori inferiori a 100 g/dL.

La prescrizione di una statina è raccomandata in presenza di una malattia cardiovascolare e in caso di pazienti con più di 40 anni senza malattia cardiovascolare ma con fattori di rischio multipli (anamnesi familiare di cardiovasculopatie, ipertensione, fumo, dislipidemia, albuminuria).

Nei pazienti senza patologie cardiovascolari e con meno di 40 anni la statina può essere presa in considerazione se il colesterolo LDL rimane superiore a 100 mg/dL nonostante adeguato stile di vita oppure se coesistono multipli fattori di rischio.

Se nonostante una statina a dosi massime il colesterolo LDL rimane superiore al target è accettabile una riduzione del



colesterolo LDL del 30-40% rispetto ai livelli di partenza.  
Non viene raccomandata una terapia antidislipdemica combinata.

La somministrazione di **ASA(75-162mg/die)** viene consigliata ovviamente in pazienti con pregresso evento cardiovascolare, mentre in prevenzione primaria l'antiaggregante viene consigliato solo se il rischio cardiovascolare è superiore al 10% a 10 anni. Per soggetti con rischio intermedio la prescrizione di ASA viene demandata al giudizio del medico (e, aggiungiamo noi, alle preferenze del paziente). In caso di allergia all'ASA si può usare il clopidogrel.

Oltre alla classica vaccinazione antinfluenzale e a quella antipneumococcia, viene consigliata anche la **vaccinazione antiepatiteB** nella fascia d'età 19-59 anni (da valutarne l'opportunità anche dopo tale età).

## RenatoRossi

### Bibliografia

1. Diabetes Care January 2013;36 (Supplement 1).
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5579>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5459>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4981>
5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5568>
6. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4960>
7. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4656>
8. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4056>
9. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4282>
10. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4308>
11. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4409>
12. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4809>
13. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=4056>