# Terapia ipoglicemizzante nel diabete tipo 2 - Parte prima

**Data** 09 ottobre 2022
**Categoria** metabolismo

Una sintesi della terapia ipoglicemizzante nel diabete tipo2 secondo le ultime linee guida dell'American Diabetes Association.

La terapia ipoglicemizzante del diabete tipo 2 è diventata più complessa e personalizzata grazie all'entrata in commercio di vari farmaci. È quindi utile un breve ripasso per il quale ci siano appoggiati alle nuove linee guida 2022 dell'American DiabetesAssociation.
In questa prima pillola tratteremo il target di emoglobina glicata consigliato e le caratteristiche principali dei farmaci ipoglicemizzanti che è necessario conoscere per poter scegliere il trattamento più adeguato al nostro paziente.

**Target del trattamento ipoglicemizzante nel diabete tipo 2**
In molti pazienti si consiglia un target di emoglobina glicata inferiore al 7% (< 53 mmol/mol) purché non vi sia un rischio di ipoglicemia e la terapia sia tollerata. In pazienti giovani e con diabete di recente insorgenza può essere ragionevole un target più ambizioso, attorno a 6,5%.
Nei pazienti con ridotta aspettativa di vita, con importanti comorbilità e/o a rischio di gravi crisi ipoglicemiche il target dovrebbe essere < 8% (64 mmol/mol).

**Metformina**
 Meccanismo d'azione principale: migliora la sensibilità dei tessuti all'insulina
 Rischio di ipoglicemia: no
 Possibile modesta perdita di peso
 Potenziali benefici sugli eventi cardiovascolari
 Effetto neutro sullo scompenso cardiaco
 Effetto neutro sulla progressione della nefropatia
 Controindicata se VFG < 30 ml/min/1,73 m2
 Via di somministrazione: orale

**Sulfoniluree di seconda generazione**
 Meccanismo d'azione: stimolano il pancreas a produrre insulina
 Rischio di ipoglicemia: si
 Aumento del peso corporeo
 Effetto neutro su eventi cardiovascolari
 Effetto neutro sullo scompenso cardiaco
 Effetto neutro sulla progressione della nefropatia
 Gliburide non raccomandata in caso di nefropatia cronica
 Iniziare con cautela per evitare ipoglicemia (glipizide e glimepiride)
 Via di somministrazione: orale

**Glitazoni**
 Meccanismo d'azione principale: migliorano la sensibilità dei tessuti all'insulina
 Ipoglicemia:no
 Aumento di peso: si
 Eventi cardiovascolari: potenziale riduzione per pioglitazone
 Scompenso cardiaco: possibile aumento del rischio
 Effetto sulla nefropatia: neutro
 Generalmente non consigliati in caso di insufficienza renale per potenziale ritenzione di fluidi
 Possibili benefici nell'epatopatia non alcolica
 Via di somministrazione: orale

**Inibitori SGLT 2 (gliflozine)**
 Meccanismo d'azione principale: riducono riassorbimento di glucosio a livello renale
 Rischio di ipoglicemia: no
 Perdita di peso: si
 Eventi cardiovascolari: dimostrati benefici per empagliflozin e canagliflozin
 Scompenso cardiaco: dimostrati benefici per empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin ed ertugliflozin
 Progressione della nefropatia: benefici per empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin
 Effetto ipoglicemizzante minore se VFG ridotta
 Sospendere prima di un intervento chirurgico per evitare rischio di chetoacidosi diabetica
 Controllare la scheda del singolo farmaco per eventuale aggiustamento della dose in caso di riduzione della funzionerenale

 Somministrazione per via orale

**Agonisti recettore GLP1 (incretine)**
 Meccanismo d'azione principale: riducono il glucagone
 Rischio di ipoglicemia: no
 Perdita di peso: si
 Eventi cardiovascolari: benefici per liraglutide, dulaglutide e semaglutide s.c.; neutri per exenatide 1/settimana elixisenatide
 Scompenso cardiaco: effetto neutro
 Progressione della nefropatia: benefici nel ridurre albuminuria per liraglutide e semaglutide s.c.
 Monitorare la funzione renale nei soggetti con effetti gastrointestinali severi
 Controllare la scheda del singolo farmaco per eventuale aggiustamento della dose in caso di riduzione della funzionalitàrenale
 Via di somministrazione: sottocutanea, semaglutide anche per os

**Inibitori DDP 4 (gliptine)**
 Meccanismo d'azione: aumentano livelli di GLP 1
 Rischio di ipoglicemia: no
 Effetto sul peso: neutro
 Eventi cardiovascolari: effetto neutro
 Scompenso cardiaco: rischio potenziale per saxagliptin
 Progressione nefropatia: effetto neutro
 Aggiustare la dose in base alla funzione renale (non per linagliptin)
 Via di somministrazione: orale

**Insuline**
 Analoghi ad azione rapidissima (lispro, aspart, glulisina)
 Insuline umane ad azione rapida
 Insuline ad azione intermedia
 Analoghi ad azione lenta (glargina, detemir)
 Analoghi ad azione ultralenta (degludec)

Schema basale: 1 iniezione, di solito alla sera, di insulina lenta o ultralenta
Schema basale-bolus: 1 iniezione di insulina lenta o ultralenta + 1-2-3 iniezioni di insulina rapida o rapidissima prima dei pasti.

 Rischio di ipoglicemia: si
 Aumento del peso
 Eventi cardiovascolari, scompenso cardiaco e progressione della nefropatia: effetto neutro
 Aggiustare le dosi in caso di riduzione della VFG
 Rischio di ipoglicemia maggiore con insuline umane rispetto agli analoghi

**RenatoRossi**

**Bibliografia**

Standard of Medical care in Diabetes – 2022. Diabetes Care. Volume 45, Issue. Supplement_1. January 2022.