

CONTROLLO GLICEMICO DEL DIABETE DI TIPO 2: INTENSIVO O CLASSICO?

Fonte: Rev Med Suisse 2012; 8: 1422



Questa rubrica presenta i risultati di una revisione sistematica pubblicata dalla Cochrane Collaboration nella Cochrane Library (www.cochrane.org). Volutamente limitato a un campo di ricerca circoscritto, quest'articolo ri-specchia lo stato attuale delle conoscenze in quest'ambito. Non si tratta dunque di raccomandazioni per orientare la presa a carico di una problematica clinica vista nella sua interezza (linee guida).

Scenario

Vedete in consultazione un paziente di 55 anni a cui è stato recentemente diagnosticato un diabete di tipo 2. Il paziente presenta anche un indice di massa corporea di 27 kg/m², un'ipertensione moderata non trattata (160/95) e un'HbA1C all'8%. Decidete pertanto di introdurre delle misure igienico-dietetiche ed un trattamento farmacologico.

Quesito

Quale obiettivo di controllo glicemico è più appropriato per questo paziente: intensivo o classico?

Contesto

Il diabete di tipo 2 è una patologia metabolica cronica la cui incidenza e prevalenza sono in aumento. L'iperglicemia cronica di questi pazienti è associata ad un rischio aumentato di complicazioni micro e macrovascolari. Gli studi condotti fino ad oggi non sono stati in grado di dimostrare se il controllo glicemico intensivo sia più appropriato di quello classico in uso per il controllo della glicemia nel trattamento del diabete di tipo 2.

Risultati

Sono stati identificati venti studi clinici randomizzati comparati (29'986 pazienti) che paragonano il controllo glicemico intensivo con quello classico. I principali criteri di valutazione sono la mortalità globale e la mortalità cardiovascolare. Il controllo intensivo rispetto al controllo classico:

- non influisce né sul rischio di mortalità totale (18 studi, RR: 1,01; IC 95%: 0,9-1,1), né sul rischio di mortalità cardiovascolare (18 studi; RR: 1,1; IC 95%: 0,9-1,3);
- non sembra avere un impatto su alcune delle complicazioni macrovascolari (incidente cerebrovascolare non mortale, insufficienza cardiaca, rivascolarizzazione cardiaca o periferica), nonostante una possibile riduzione del rischio di infarto non mortale;
- diminuisce il tasso di complicazioni microvascolari misurato sia come criterio di valutazione combinato (4 studi, RR 0,9, IC 95%: 0,8-0,95) che separato (nefropatia: 9 studi, RR: 0,8; IC 95%: 0,6-0,99; retinopatia: 8 studi, RR: 0,79, IC 95%: 0,7-0,9);
- riduce il rischio di amputazione degli arti inferiori (8 studi; RR: 0,6; IC 95%: 0,4-0,95);
- aumenta il rischio d'ipoglicemia (compresa l'ipoglicemia severa) (12 studi, RR:2,1; IC 95%: 1,4-3).

Analisi statistiche supplementari suggeriscono che solo l'ultimo risultato è basato su prove solide.

Limiti

- La diagnosi e la durata del diabete, le definizioni e gli obiettivi dei controlli glicemici come pure i trattamenti considerati non sono uniformi.
- Le caratteristiche e i profili di rischio cardiovascolare dei pazienti inclusi sono eterogenei.
- I trattamenti considerati negli studi, condotti su un periodo di 35 anni, non sono sempre attuali.
- Non è stata realizzata una meta-analisi dei risultati sulla qualità di vita.

Conclusioni degli autori

Il controllo glicemico intensivo non riduce la mortalità totale o la mortalità cardiovascolare rispetto ad un controllo di tipo classico. Il controllo glicemico intensivo potrebbe comunque ridurre il rischio di complicazioni microvascolari, ma aumentare il rischio d'ipoglicemia. Soltanto quest'ultimo risultato si basa su prove convincenti.

Risposta al quesito clinico

Questa revisione sistematica è la prima che include tutti gli studi randomizzati di confronto tra controllo glicemico intensivo e classico del diabete di tipo 2. Gli studi in corso sul trattamento precoce intensivo del diabete di tipo 2 in futuro potrebbero modificare i risultati di questa revisione sistematica (studio ADDITION). Nella pratica clinica, l'assenza di chiari benefici (ad eccezione del rischio di ipoglicemia) giustifica l'adattamento del controllo glicemico in funzione del contesto personale del paziente e della valutazione dei benefici e dei rischi ad esso associati. Un giovane paziente senza comorbidità beneficerebbe del controllo glicemico intensivo. In un paziente anziano con delle complicazioni ed un ridotta

speranza di vita, il controllo glicemico classico è preferibile. La difficoltà della scelta dell'intensità di trattamento sta tra queste due situazioni. Per il vostro paziente, dovrete ponderare tra i benefici di una riduzione del rischio di complicazioni e i rischi d'ipoglicemia. Dovrebbero comunque essere considerate altre misure, quali ad esempio il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. Tuttavia, l'efficacia dei trattamenti "multirischio" deve essere ancora chiarita.

Abbreviazioni:

HbA1C: emoglobina glicata;

IC 95%: intervallo di confidenza al 95%;

RR: rischio relativo;

studio ADDITION: Anglo-Danish-Dutch study of Intensive Treatment in people with screen detected diabetes.

Redazione

Dottori J.-Y. Camain¹, J. Ruiz²,
I. Peytremann-Bridevaux^{1,3}

¹ Institut de médecine sociale et préventive,
CHUV et Université de Lausanne, Bugnon
17, 1005 Lausanne

² Service d'endocrinologie, diabétologie et
métabolisme, CHUV, 1011 Lausanne

³ Cochrane Suisse, Bugnon 17, 1005 Lausanne

Corrispondenza

swiss.cochrane@chuv.ch

Traduzione in italiano

Dr med. Fabrizio Barazzoni, MPH,
FMH Prevenzione e salute pubblica
Capo Area medica Direzione generale EOC
fabrizio.barazzoni@eoc.ch

Stefania Pelli, MBA,
Collaboratrice scientifica
Area medica Direzione generale EOC
stefania.pelli2@eoc.ch

Bibliografia

Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, et al. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; (6): CD008143.