



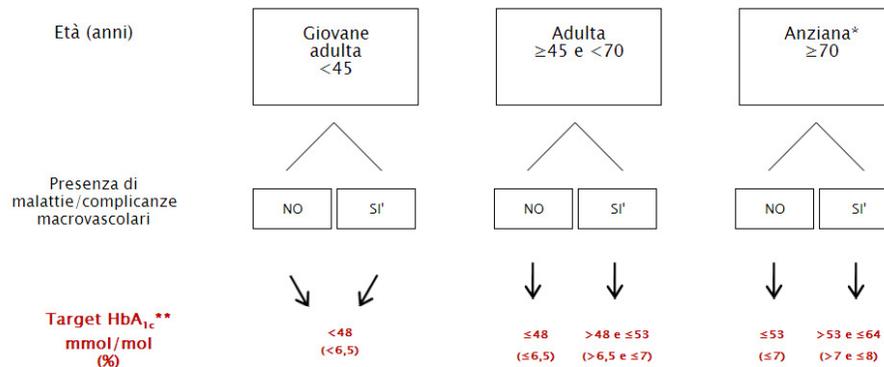
XIX
CONGRESSO
NAZIONALE AMD
Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013
Rome Marriott Park Hotel

Incontro con l'esperto
I target della HbA1c
Alberto De Micheli

Roma, 31 maggio 2013

Fig. 1

Parametri per l'inquadramento/caratterizzazione del paziente con diabete di tipo 2



* Valutare (alla presentazione e nel tempo) il filtrato glomerulare, il possibile rischio di ipoglicemie (particolare cautela nell'impiego di sulfoniluree e glinidi), l'assetto nutrizionale, la presenza di comorbidità e fragilità.

** I valori target di HbA_{1c} proposti, sono da intendersi come obiettivi da perseguire in sicurezza, limitando il rischio di ipoglicemia

Scegliere la caratteristica principale del paziente con diabete di tipo 2:

ALGORITMO A	ALGORITMO B	ALGORITMO C	ALGORITMO D	ALGORITMO E	ALGORITMO F
HbA _{1c} ≥75 mmol/mol (≥9%)	BMI <30 e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	BMI ≥30 e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	Rischio professionale per possibili ipoglicemie (HbA _{1c} 48-75 mmol/mol [tra 6,5 e <9%])	IRC e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	Anziano fragile con iperglicemia lieve/moderata (HbA _{1c} <75 mmol/mol [<9%])

Note indispensabili per un corretto uso dell'algoritmo:

- I riquadri cliccabili consentono il passaggio al gradino terapeutico successivo qualora il target di HbA_{1c} non sia stato raggiunto.
- SMBG: l'automonitoraggio della glicemia è strumento di ulteriore fenotipizzazione del paziente ai fini decisionali oltre alla emoglobina glicata. La frequenza dei controlli glicemici deve essere determinata dal medico su base individuale tenendo conto dello schema terapeutico, del grado di compenso e delle necessità cliniche ed educazionali, secondo principi di appropriatezza. Per gli schemi di automonitoraggio si fa riferimento alle linee guida IDF sull'automonitoraggio glicemico nel paziente con diabete di tipo 2 non trattato con insulina (disponibili qui: www.idf.org/guidelines/self-monitoring).



Un rischio da evitare

Uomo di 55 anni, diabete tipo 2 da 2 anni, antennista. Ipercolesterolemia in trattamento farmacologico. Asma allergico. Giunto in pieno scompenso glicemico, impostata terapia multiiniettiva.

Parametri:

BMI: 26

HbA1c: 7.7

Microalbuminuria assente

Colest. Totale: 156

HDL: 56

Trigliceridi: 87

LDL: 83

Terapia:

Analogo rapido 6+8+8

Analogo lento: 24 unità la sera

Ezetimibe/simvastatina 10/20



Nell'ultimo anno 3 ipoglicemie severe con 1 ricovero in ospedale.

Dieta con pasti non regolari.

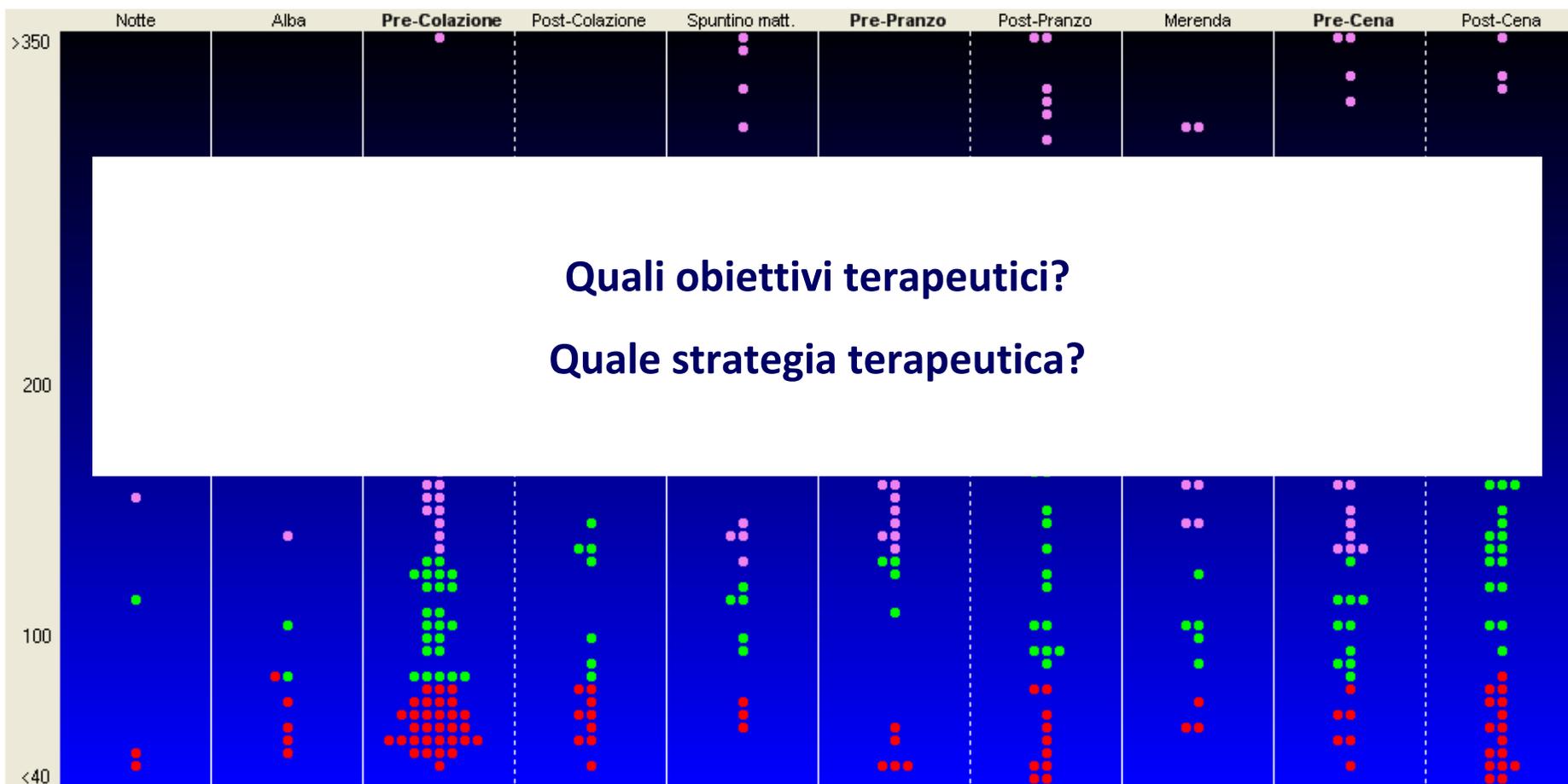
Spaventato dalle ipoglicemie.

Ci chiede di modificare la terapia.



XIX CONGRESSO NAZIONALE AMD

Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013
Rome Marriott Park Hotel





Quali obiettivi terapeutici?

1. HbA1c <7%
2. HbA1c tra 7 e 8%



ALGORITMO A	ALGORITMO B	ALGORITMO C	ALGORITMO D	ALGORITMO E	ALGORITMO F
HbA _{1c} ≥75 mmol/mol (≥9%)	BMI <30 e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	BMI ≥30 e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	Rischio professionale per possibili ipoglicemie (HbA _{1c} 48-75 mmol/mol [tra 6,5 e <9%])	IRC e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	Anziano fragile con iperglicemia lieve/moderata (HbA _{1c} <75 mmol/mol [<9%])

Primo gradino terapeutico

Intervento su stile di vita
(educazione, attività fisica, terapia medica nutrizionale)
(1-3 mesi follow up)



SMBG strutturato (IDF) + valutazione peso/BMI

Quale strategia terapeutica?

Mancato raggiungimento target di controllo glicometabolico con stile di vita
CONNOTAZIONE dell'iperglicemia



Iperglicemia prevalentemente
a digiuno

Iperglicemia prevalentemente
post-prandiale

Iperglicemia
a digiuno e post-prandiale

Speciale attenzione e sensibilizzazione al monitoraggio di eventuali episodi ipoglicemici



[Pioglitazone](#)

[Acarbosio](#)
o
[Inibitori DPP4](#)

[Inibitori DPP4](#)
o
[Inibitori SGLT-2](#)