

Con un poco di pillole lo zucchero va giù

Per quali ragioni a un certo punto il diabete richiede una terapia farmacologica?

E perché il medico prescrive un numero sempre maggiore di farmaci? E

soprattutto come risolvere i piccoli dubbi e problemi quotidiani?

Adolfo Arcangeli, responsabile dell'Unità Operativa Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'Ospedale di Prato.



La terapia del diabete inizia sempre da uno stile di vita sano: una alimentazione equilibrata, esercizio fisico, astensione dal fumo. Se il paziente – come spesso accade – è sovrappeso, gli si consiglia anche una alimentazione moderata accompagnata da un costante esercizio fisico.

Sembra un consiglio, ma è una ricetta. Come reagisce il paziente davanti a questa prescrizione?

«Nella maggior parte dei casi non la ritiene una 'ricetta'», risponde Adolfo Arcangeli, responsabile dell'Unità Operativa Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'Ospedale di Prato, «ma consiglia generici e di buon senso.

In realtà questi sono i 'farmaci' più efficaci, come è stato rilevato da studi effettuati su ampi campioni di popolazione».

In qualche caso il paziente sottovaluta la prescrizione e anche la malattia. Pensa insomma: «Se mi ha consigliato solo di mangiare meno vuol dire che non è così grave».

«Una soluzione potrebbe essere invitare il paziente a controllare come varia la glicemia e magari anche la pressione dopo un periodo anche breve di esercizio fisico. Fargli capire insomma che quello che abbiamo richiesto ha un effetto anche immediato», nota Arcangeli che fa parte del direttivo della Scuola di Formazione dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD).

«Ma allora sono veramente malato». Non è un caso che, quando il medico ritiene giunto il momento di affiancare al cambiamento di abitudini una terapia farmacologica, «la reazione del paziente è in parte di ansia. «Ma allora sono veramente malato», si dicono in molti. In com-

SEI DOMANDE AL DOTTORE

penso la prescrizione farmacologica viene accolta e rispettata in misura molto maggiore», racconta Gerardo Medea, Medico di Medicina generale a Calcinato (BS) e coordinatore dell'Area Metabolica della Simg, la Società scientifica dei medici di Medicina generale.

Insomma, il paziente quando si sente prescrivere dei farmaci ha la errata sensazione che la sua malattia si sia aggravata e che finalmente il medico abbia deciso di curarla. A quel punto il paziente inizia a sorvegliare con attenzione le ricette, e interpreta ogni cambio di posologia o farmaco come un segno dell'aggravarsi della sua condizione. «Per evitare che il paziente entri in ansia bisogna essere molto chiari fin dall'inizio», commenta Medea, «e spiegare che la terapia del diabete dovrà essere modificata spesso per raggiungere diversi obiettivi terapeutici».

Insieme per tutta la vita. Per il paziente la sensazione di essere entrati in un 'tunnel' è aggravata dal fatto che le terapie per il diabete sono in genere 'a vita'. «Dobbiamo chiarire quali sono i nostri obiettivi. Non possiamo guarire, ma possiamo rallentare la progressione della malattia e la comparsa delle sue complicanze. Da un certo momento in poi non solo la glicemia, ma tanti altri processi tendono a deteriorarsi. Il nostro obiettivo è far sì che questo avvenga in maniera più graduale possibile», nota Arcangeli che è stato presidente della AMD Toscana e ha fatto parte del Direttivo nazionale dell'AMD.

A lezione di insulinoresistenza. Allo stesso modo, continua il diabetologo toscano, «noi medici dovremmo investire più tempo per spiegare al paziente che l'iperglicemia, nel soggetto sovrappeso e con diabete di tipo 2, è 'parente stretto' di altre condizioni che lui ha o rischia di sviluppare. Questo spiega perché noi andiamo a intervenire anche sulla radice, cioè il grasso viscerale e l'insulinoresistenza. Se lasciamo che il paziente abbia una sua rappresentazione del diabete non possiamo poi lamentarci che si dia anche una sua interpretazione della terapia e dell'andamento della patologia» nota Arcangeli. Già, perché spesso il paziente modifica la terapia che gli viene

Ogni giorno devo prendere cinque pastiglie. Ma non è che il mio medico sta esagerando?

No. Il fatto è che il diabete è spesso associato ad altre patologie. Alcuni farmaci sono più indicati per controllare la glicemia, altri per ridurre i grassi nel sangue, la pressione o la coagulazione, altri ancora agiscono sull'insulinoresistenza.

Prima di pranzo mi tocca prendere due pastiglie diverse. Faccio bene a non inghiottirle contemporaneamente ma a distanza di qualche minuto l'una dall'altra?

Come vuole. È possibile che farmaci diversi interagiscano negativamente, per esempio riducendo uno l'effetto dell'altro. A questo scopo è importante che un medico abbia il quadro di tutte le terapie prescritte al paziente. Ma il fatto che due o più pastiglie siano assunte insieme o separatamente non ha nessuna rilevanza.

Ho un po' paura degli effetti secondari di queste pastiglie, una medicina la prendo solo due volte al giorno e non tre volte, come fa del resto la mia vicina di casa che ha la stessa malattia. L'altra la taglio a metà invece di prenderla intera. Faccio davvero così male?

La sua vicina di casa pesa come lei? Ha il diabete dallo stesso numero di anni? Ha gli stessi valori di emoglobina glicata, di grassi nel sangue? Non credo. Il lavoro del medico è proprio personalizzare la terapia in modo da trovare la dose minima efficace del farmaco per ogni paziente. Lei vanifica il lavoro del medico e danneggia se stesso. Sicuramente i risultati ottenuti saranno inferiori al previsto. Se non si fida del suo medico, lo cambi, ma per carità non ricorra al 'fai da te'.

Per me è un problema ricordarmi quali pastiglie devo prendere. Soprattutto ho sempre paura di averne dimenticata una. Cosa posso fare?

Le consiglio di procurarsi dei portapillole a scomparti. Li potrà riempire la sera prima, magari facendosi aiutare, inserendo in ogni scomparto le medicine da prendere in vari momenti della giornata.

Cosa succede se dimentico di prendere una pastiglia?

Se capita una volta ogni tanto nulla. La glicemia sarà un po' più alta per qualche ora, ma pazienza. Se invece succede una volta o due alla settimana allora la terapia rischia di essere meno efficace. È molto più grave se, presa una pastiglia di sulfaniluree si salta il pranzo o si mangiano meno carboidrati del previsto. In quel caso bisogna assumere subito una o due bustine di zucchero.

Da quando prendo certe pillole per il diabete il mio intestino è, come dire, un po'... rumoroso.

Questi problemi sono tipici di alcuni farmaci: durano poco tempo e possono essere risolti adeguando la posologia. Non rinunci per questo a curare il tuo diabete.

I FARMACI IN BREVE



■ SULFANILUREE

Questi farmaci aiutano la β -cellula a secernere più insulina in modo da 'smaltire' il glucosio assunto con un pasto. Sono molto efficaci: possono ridurre di 60-70 mg/dl la glicemia post-prandiale. Tanto da poter creare ipoglicemie se il pasto viene saltato o ha un contenuto di zuccheri minore del previsto. Le sulfaniluree di terza generazione (glinidi) hanno una durata di azione breve, mentre quelli di seconda generazione (glibenclamide, glipizide, glimepride) possono durare anche per 24 ore. Aumentando la concentrazione di insulina nel sangue le sulfaniluree possono aggravare l'insulinoresistenza e far aumentare il peso.

■ GLINIDI

Repaglinide e Nateglinide sono due principi attivi abbastanza simili. Al pari delle sulfaniluree stimolano la β -cellula a produrre insulina, ma solo in presenza di una certa glicemia nel sangue. La Repaglinide è assorbita rapidamente in 30-60 minuti e svolge gran parte della sua azione in una/due ore, esaurendosi poi rapidamente. Si scongiurano così ipoglicemie impreviste. Lo stesso vale per la Nateglinide che determina una rapidissima liberazione di insulina in risposta all'aumento post-prandiale della glicemia. Anche questa famiglia di farmaci, aumentando la concentrazione di insulina nel sangue, può aggravare l'insulinoresistenza e far aumentare il peso.

■ INSULINOSENSIBILIZZANTI/METFORMINA

La Metformina è una biguanide che migliora l'insulinoresistenza. Agisce sul fegato svolgendo quella funzione regolatoria che l'insulina non riesce più ad effettuare, sui tessuti periferici (aiutandoli a utilizzare il glucosio presente nel sangue), riduce l'assorbi-

*Gerardo Medea,
Medico di Medicina
generale e coordinatore
dell'Area Metabolica della
Simg, la Società scientifica
dei medici
di Medicina generale.*

assegnata; «è difficile che la ignori del tutto, ma magari la 'autoriduce' prendendo solo mezza pillola invece di due o assumendola due volte al giorno invece di tre», afferma Arcangeli. In questo modo il farmaco avrà un effetto minore, probabilmente insufficiente.

Gli insulinosensibilizzanti. Orientarsi nella terapia orale del diabete non è facile. I medici hanno infatti a disposizione diverse famiglie di farmaci che agiscono in maniera molto diversa. La principale suddivisione va fatta fra le medicine insulinosensibilizzanti e quelle 'secretagoghe'.

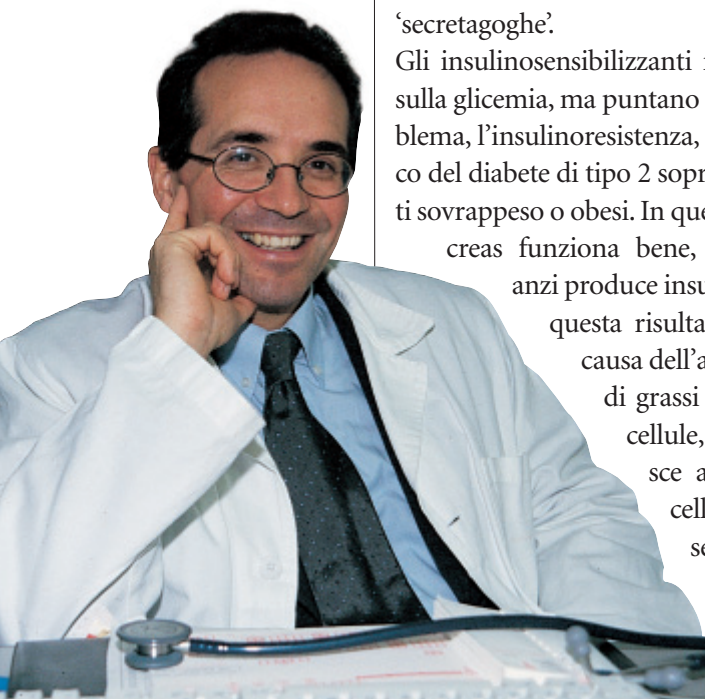
Gli insulinosensibilizzanti non agiscono solo sulla glicemia, ma puntano alla radice del problema, l'insulinoresistenza, un fenomeno tipico del diabete di tipo 2 soprattutto nei pazienti sovrappeso o obesi. In queste persone il pancreas funziona bene, almeno all'inizio,

anzi produce insulina in eccesso, ma questa risulta meno efficace. A

causa dell'alta concentrazione di grassi nel sangue e nelle cellule, l'insulina non riesce a far entrare nelle cellule il glucosio presente nel sangue (da qui l'iperglicemia post-prandiale) né 'a farsi obbedire' dal fe-

gato, il quale produce troppo glucosio fra un pasto e l'altro (da qui le iperglicemie a digiuno). Premesso che la cura migliore contro l'insulinoresistenza è l'esercizio fisico unito a una riduzione del grasso viscerale, un aiuto importante arriva dalla metformina (un farmaco che ha dimostrato di poter agire su molti aspetti della sindrome metabolica) e dai glitazoni, che riescono a cambiare la composizione del grasso, diminuendo quello viscerale e promuovendo la sostituzione delle cellule ad alto contenuto di grassi con altre meno 'pericolose'.

Secretagoghi. Il meccanismo di azione dei cosiddetti secretagoghi è più facile da intuire. Questi farmaci agiscono sulle β -cellule e stimolano la secrezione di insulina. Molto efficaci nel correggere le iperglicemie post-prandiali, agiscono però solo sul ciclo del glucosio e aumentando la presenza di insulina nel sangue, possono contribuire all'aumento del peso. «Idealmente si dovrebbero prescrivere i secretagoghi solo ai pazienti con peso corporeo normale, mentre quelli sovrappeso o obesi dovrebbero essere trattati con metformina o glitazoni», riassume Gerardo Medea; «nella realtà le cose non sono così semplici: molto spesso è necessario associare più farmaci con diversi meccanismi d'azione per raggiungere gli obiettivi terapeutici, in particolare la riduzione della emoglobina glicosila-



mento intestinale del glucosio. È l'unico farmaco ipoglicemizzante che, usato in monoterapia, è in grado di ridurre le complicanze macrovascolari, causando una diminuzione del 39% del rischio di infarto e del 41% del rischio di ictus. La sua efficacia nel controllo della glicemia è sovrapponibile a quella delle sulfaniluree.

La terapia con Metformina riduce l'insulinemia, non aumenta il peso corporeo e non è correlata a un rischio di ipoglicemie. Frequenti invece gli effetti gastroenterici (crampi addominali, meteorismo, flatulenza, diarrea), che possono essere ridotti aggiustando in maniera molto graduale le dosi.

■ INSULINOSENSIBILIZZANTI/GLITAZONI

Questa famiglia di farmaci agisce su particolari recettori chiamati PPAR i quali, attraverso meccanismi ancora non completamente noti, riescono a cambiare la composizione delle cellule del grasso, favorendo la nascita di cellule più piccole meno ricche di grasso e più insulinosensibili. Aumentano anche il grasso

sottocutaneo (innocuo) a scapito di quello addominale. Insomma possiamo dire che 'rendono il grasso più magro'.

Meno efficaci di sulfaniluree e Metformina per quel che riguarda il controllo della glicemia a breve termine, danno buoni risultati sull'equilibrio dei grassi nel sangue. In Italia, l'uso di Pioglitazone e Rosiglitazone è consentito solo in pazienti già in trattamento con Metformina e/o sulfaniluree.

■ INIBITORI DELL'ALFA GLUCOSSIDASI/ACARBOSE

L'Acarbose agisce sull'intestino e ritarda il passaggio del glucosio in circolo. Ne deriva una riduzione del picco glicemico post-prandiale senza modificazioni o con minima riduzione dei livelli insulinemici. Indicato in pazienti affetti da diabete tipo 2 di nuova diagnosi, o associato ad altri farmaci.

Ha effetti collaterali gastroenterici: meteorismo, flatulenza, dolori addominali, diarrea; che tendono ad attenuarsi con l'uso e possono essere minimizzati aggiustando in maniera molto graduale la posologia.

ta, della glicemia a digiuno e di quella post-prandiale».

Pillole a manciate. Dovendo spesso controllare con apposite terapie anche l'ipertensione e la dislipidemia, la persona con il diabete finisce a volte per prendere otto pillole al giorno. «Capisco che per molti pazienti questo rappresenti un problema pratico», ammette Medea, «e uno dei compiti del medico di Medicina generale, il quale – meglio dello specialista, ha un quadro complessivo molto preciso delle terapie alle quali il paziente è sottoposto – è proprio di migliorare la compliance ai trattamenti, tenendo conto di ciò che il paziente può ed è disponibile a fare».

Le medicine per il diabete spesso devono essere assunte più volte al giorno: le sulfaniluree e la Metformina, per esempio, vanno prese prima dei tre pasti principali. «Il paziente spesso ha paura di sbaigliarsi o di confondersi, magari non ci vede molto bene o ha difficoltà nel tagliare a metà una compressa. A volte entra nel panico perché teme di aver saltato una somministrazione...», elenca Gerardo Medea.

Dimentica i farmaci, ma non saltare i pasti. Per fortuna i farmaci per il diabete non hanno importanti effetti collaterali, sono associabili con molte altre terapie (ma non tutte) e sono ben tolle-

rati dal fegato e complessivamente dall'organismo. Una importante eccezione è il rischio di ipoglicemie, soprattutto per chi usa i farmaci secretagoghi e l'insulina.

«Le ipoglicemie sono un problema serio, ma per ridurre i rischi, basta spiegare al paziente tre regole semplici», afferma Medea, «primo: non saltare mai un pasto dopo aver preso la pastiglia. Secondo: assumere degli zuccheri ogni volta che compare una inspiegabile agitazione o un senso di stanchezza e di fame. Terzo: se il sintomo persiste, contattare senza esitazione il medico».

IN SINTESI

- La parte più importante della terapia del diabete è lo stile di vita.
- La terapia farmacologica ottimale per il diabete di tipo 2 richiede un numero spesso elevato di farmaci.
- È normale che il medico cambi farmaci nel corso del tempo, aumenti le dosi o ne aggiunga altri.
- I farmaci per il diabete sono ben tollerati dall'organismo e possono in ge-

nere essere assunti con altri farmaci di diverso tipo. Occorre però che ogni medico conosca tutte le terapie alle quali il paziente è sottoposto.

- Il rischio di ipoglicemie esiste soprattutto per chi assume farmaci che agiscono sulla secrezione insulinica. Se si sente fame, tremore o stanchezza ingiustificata meglio assumere subito dello zucchero. Mai saltare un pasto dopo aver preso un farmaco che stimola la produzione di insulina.