

Quando e perché controllare la glicemia



Devo controllare davvero la mia glicemia? Per quali ragioni? Quante volte al giorno o alla settimana? Quando? Domande concrete alle quali i diabetologi rispondono sulla base di studi condotti su migliaia di persone con ogni forma di diabete.

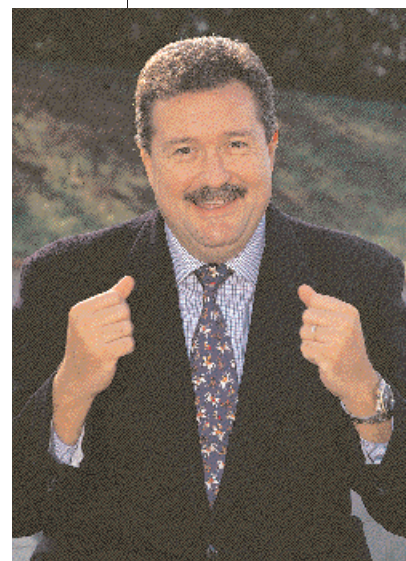
L'autocontrollo domiciliare della glicemia ha permesso per la prima volta a un 'paziente' di svolgere un ruolo da protagonista nella terapia. Ma qual è il suo contributo al miglioramento dell'equilibrio glicemico?

Insulinodipendenti: una relazione diretta. Il primo studio condotto su grandi numeri di persone con diabete di tipo 1, il DCCT, ha mostrato una correlazione diretta e significativa fra l'utilizzo delle 'strisce' e il compenso glicemico. Già con una sola striscia al giorno la riduzione media dell'emoglobina glicata è stata dello 0,7%. Altri studi hanno conferma-

to questa relazione che è ormai indiscussa: aumentando i test, i risultati migliorano sia in termini di compenso medio, sia di riduzione delle ipoglicemie. «In uno studio pubblicato nel 2002 era stato chiesto a questo tipo di pazienti di effettuare 4 controlli al giorno. Si è registrato un miglioramento significativo e immediato della glicemia media nel 60% dei casi e ritardato nel 20% dei casi», ricorda Francesco Dotta, docente di Endocrinologia all'Università di Siena.

Le Raccomandazioni 2005 pubblicate pochi mesi fa dalla American Diabetes Association sono chiare al proposito (e altrettanto vale per le Raccomandazioni sull'autocontrollo della glicemia della Associazione Medici Diabetologi): «Nei pazienti trattati con insulina l'efficacia dell'autocontrollo glicemico è dimostrata», scrive la principale Asso-

*Carlo Maria Rotella,
docente di Endocrinologia
all'Università di Firenze.*





Luca Monge,
responsabile di
AMD Comunicazione.

ciazione scientifica della Diabetologia mondiale, aggiungendo «i pazienti che fanno diverse iniezioni di insulina al giorno devono misurare la glicemia almeno tre volte ogni giorno».

Diabete di tipo 2: una conferma sempre più chiara. «Per quel che riguarda l'importanza dell'autocontrollo nei pazienti di tipo 2 non insulinotrattati, in una prima fase gli studi effettuati non riuscivano a far emergere una chiara correlazione», ricorda Luca Monge, responsabile di AMD Comunicazione. «Dal 2000 in poi gli studi pubblicati hanno iniziato a far emergere un ruolo sempre più marcato dell'autocontrollo domiciliare nel raggiungimento dell'equilibrio glicemico».

In 48 mila dicono: controllarsi serve. Sorprende, sia per le dimensioni sia per i risultati, lo studio osservazionale effettuato da una 'mutua privata' californiana, la Kaiser, su persone con ogni forma di diabete e seguiti con gli stessi metodi. Nei 18 mila pazienti analizzati «una maggiore frequenza dell'automonitoraggio glicemico era associata a un compenso glicemico clinicamente e statisticamente migliore. E questo valeva per persone con diabete di tipo 1 e 2 curate con terapia insulinica, antidiabetici orali o dieta», ricorda Monge.

Tra gli studi di intervento realizzati assegnando terapie diverse a gruppi di pazienti omogenei vale la pena di segnalare un recente studio svolto da Guerci su un campione di quasi 700 persone con diabete seguite senza insulina né farmaci ipoglicemizzanti. «Anche in questo caso è

emersa una associazione fra l'autocontrollo della glicemia e il controllo metabolico» ricorda Monge, «come del resto nello studio di Schwedes svolto in Germania. Questo contraddicendo i lavori presentati tra il 1995 e 2000 che non riuscivano a rilevare una chiara correlazione fra il compenso glicemico e il controllo». Interessanti sono anche i risultati dello studio Doves «nel corso del quale i miglioramenti più netti si sono visti nei pazienti di tipo 2 mal compensati. È interessante notare che l'emoglobina glicata rimaneva bassa anche dopo la fine dello studio, segno che i controlli ripetuti della glicemia hanno creato un effetto di 'autoeducazione'», aggiunge Francesco Dotta.

Perché ADA ha cambiato idea. Sulla base di questi e altri studi, l'American Diabetes Association ha cambiato le proprie indicazioni (vedere nei box il confronto fra le posizioni dell'ADA nel 2001 e del 2005). Oggi l'ADA definisce l'autocontrollo domiciliare della glicemia: «utile per raggiungere gli obiettivi glicemici assegnati» alle persone con diabete di tipo 2 quale che sia la terapia loro prescritta. Per quanto riguarda le persone che non hanno sviluppato un diabete vero e proprio, ma soffrono di picchi iperglicemici post-prandiali, la recentissima versione delle Linee guida americane dice «fanno bene a controllare la glicemia dopo i pasti».

«Quest'ultima edizione delle Raccomandazioni», conferma Francesco Dotta che dirige

ESTRATTO DAL POSITION STATEMENT DEL 2001

- Il monitoraggio glicemico quotidiano è particolarmente importante nei pazienti in trattamento insulinico o con sulfaniluree per monitorare e prevenire ipoglicemie asintomatiche.
- Il monitoraggio glicemico è consigliato in tutti i pazienti diabetici in trattamento insulinico.
- Il monitoraggio glicemico può essere consigliabile nel diabete tipo 2 in trattamento con sulfaniluree e in tutti i pazienti che non raggiungono l'obiettivo glicemico.
- Il ruolo del monitoraggio glicemico in pazien-

ti di tipo 2 stabili e trattati con sola dieta non è noto.

- È necessario verificare la tecnica di monitoraggio all'inizio e a intervalli regolari.
- È necessario verificare l'accuratezza dei risultati dei glucometri con soluzioni di controllo.
- È necessaria la valutazione periodica da parte di personale sanitario della capacità dei pazienti di utilizzare i risultati del monitoraggio glicemico per modificare la terapia e le abitudini di vita.

l'Unità operativa di Diabetologia presso il Dipartimento di Medicina interna, Scienze endocrine e metaboliche e Biochimica del Policlinico di Siena, «conferma la 'sensazione' che molti di noi avevano, pur in mancanza di dati univoci, sulla utilità dell'autocontrollo glicemico nelle persone con diabete di tipo 2».

Educare il paziente è la prima terapia. In ogni caso «la rilevazione più o meno frequente del dato glicemico è un punto di partenza, non di arrivo. La misurazione non fa bene alla glicemia, esattamente come misurarsi la febbre non la fa passare. Bisogna vedere da una parte se e come il dato rilevato dalla 'macchinetta' viene considerato e interpretato dal paziente», interviene Carlo Maria Rotella, docente di Endocrinologia all'Università di Firenze, «poi bisogna vedere se e come questo dato viene riportato su un diario ed è condiviso con il diabetologo». Insomma alla persona con diabete bisogna chiedere di guardare gli strumenti di bordo ma anche insegnargli a volare.

«L'educazione è il cuore della terapia del diabete, di qualsiasi diabete», afferma deciso Rotella, direttore del Servizio di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, «il paziente deve essere messo in grado di fare dei ragionamenti e di prendere delle decisioni sulla base dei dati rilevati per adattare la terapia nutrizionale, l'esercizio fisico o la terapia farmacologica. Occorre», continua Rotella consigliere nazionale della Società Italiana di Diabetologia, «una

formazione attenta e continua, costruita nel corso di ogni incontro e verificata anche a distanza di anni».

Chi ne ha più bisogno si controlla di meno. Intervendendo in questo modo è possibile migliorare un dato preoccupante: troppe persone con il diabete trascurano l'autocontrollo della glicemia. Da uno studio italiano svolto su 2855 persone con diabete, emerge che il 38% si controlla meno di una volta alla settimana. Tra le persone meno portate a controllare la glicemia ci sono gli ultrasessantacinquenni e le persone con maggiore sovrappeso o obesità «che è come dire che chi ne ha più bisogno si controlla di meno», commenta Rotella.

Risparmiare sulla prevenzione?

L'aspetto economico è importante e spesso viene sottovalutato. Uno studio effettuato in uno Stato del Canada, dove non è previsto il rimborso, ha offerto strisce in numero illimitato a un gruppo di persone con diabete di tipo 2 e prevedendo solo una limitata fornitura a un gruppo di controllo. Dopo alcuni mesi non solo il gruppo 'gratuito' aveva fatto più controlli, ma la sua emoglobina glicata media era dell'8,7% contro un 9,9% del gruppo 'a pagamento'. In termini di glicemia media giornaliera la differenza non era da poco: da 205 a 252 mg/dl. I limiti posti da alcune Regioni e ASL al numero di strisce prescrivibili per un singolo

paziente rischiano quindi di avere un effetto importante sulla salute generale.

«I magri risparmi che il SSN può ottenere limitando l'accesso a questi presidi sono frutto di calcoli miopi, perché un paziente in dialisi o amputato, da solo costa ogni anno ben più di centomila strisce reattive», afferma Francesco Dotta. Il 'ritorno' di questo investimento in prevenzione non si misura solo sul lungo termine. «È oramai dimostrato



Francesco Dotta
docente di Endocrinologia
Università di Siena.

ESTRATTO DALLE RACCOMANDAZIONI 2005

- Nei pazienti trattati con insulina l'efficacia dell'autocontrollo glicemico è dimostrata.
- I pazienti che fanno diverse iniezioni di insulina al giorno devono misurare la glicemia almeno tre volte ogni giorno.
- Nei pazienti trattati con farmaci orali o senza farmaci, ma con interventi sullo stile di vita, l'autocontrollo della glicemia è utile per raggiungere gli obiettivi glicemici assegnati.
- I pazienti che devono mantenere determinati livelli di glicemia dopo i pasti fanno bene a controllare la glicemia.
- È necessario istruire i pazienti all'autocontrollo della glicemia e valutare periodicamente la tecnica utilizzata dal paziente e la sua capacità di aggiustare la terapia sulla base dei dati rilevati.

SCHEMA 'A SCACCHIERA'

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
Al risveglio	*						
Un'ora dopo colazione		*					
Prima di pranzo			*				
Due ore dopo pranzo				*			
Prima di cena					*		
Due ore dopo cena						*	
Durante la notte							/

* = controllo della glicemia / = se possibile, una volta tanto

SCHEMA 'A COPPIE'

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
Al risveglio	*						
Un'ora dopo colazione	*						
Prima di pranzo			*				*
Due ore dopo pranzo			*				*
Prima di cena					*		
Due ore dopo cena					*		
Durante la notte							/

SCHEMA 'CURVA GLICEMICA'

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
Al risveglio							*
Un'ora dopo colazione							*
Prima di pranzo							*
Due ore dopo pranzo							*
Prima di cena							*
Due ore dopo cena							*
Durante la notte							*

Esempi di possibili schemi di controllo per persone non trattate con ipoglicemizzanti o insulina.

che il miglioramento del compenso glicemico si associa a una riduzione delle complicanze croniche del diabete», afferma Luca Monge, diabetologo presso l'Unità Operativa di Malattie metaboliche e Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera CTO di Torino, «e un interessante studio di Wagner ha evidenziato che il miglioramento del compenso glicemico si associa anche a una riduzione della spesa sanitaria, dimostrabile già dopo 1-2 anni. Pertanto la spesa attuale per il materiale di autocontrollo glicemico potrebbe anche essere giustificata, se adeguata al singolo caso e realmente correlata a un miglioramento del compenso metabolico».

Quante volte? La frequenza dei controlli varia ovviamente a seconda della terapia e del 'tipo di diabete'. «Il paziente con diabete di tipo 1 deve svolgere, di regola, 4 controlli quotidiani della glicemia che diventano più numerosi durante malattie intercorrenti e nelle fasi di messa a punto della terapia», illustra Dotta «la persona insulinotrattata, con terapia insulinica non intensiva o terapia mista con insulina e ipoglicemizzanti orali, dovrebbe fare tanti controlli quante sono le iniezioni più un 20% delle iniezioni stesse: in pratica se fa due iniezioni dovrà fare 2,5 controlli al giorno, per esempio uno prima di ogni iniezione e uno un giorno sì e uno no».

Nel diabete di tipo 2 trattato con ipoglicemizzanti orali la frequenza consigliata dei controlli varia a seconda della condizione e della terapia. «Al paziente trattato con farmaci secretagoghi con rischio elevato di ipoglicemia o in condizioni nelle quali una ipoglicemia potrebbe avere conseguenze gravi (coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante), possono servire fino a due controlli al giorno», continua Dotta.

Per chi non rischia 'ipo': i metodi migliori... Per quanto riguarda le persone con diabete trattate intervenendo su dieta ed esercizio fisico e/o con farmaci insulinosensibilizzanti, «il mio consiglio è di effettuare un certo numero di controlli, sicuramente in caso di malattia o situazioni di stress ma anche al di fuori», afferma Carlo Maria Rotella. Non sempre è necessario un controllo quotidiano, «i controlli però devono riguardare tutto l'arco della giornata». Gli schemi possibili sono diversi e vanno adattati alla condizione e alle abitudini di vita del paziente. «Per esempio, si può suggerire uno schema 'a scacchiera' nel quale la misurazione è effettuata ogni giorno della settimana in un momento diverso, magari a settimane alterne o una al mese», spiega Rotella; «ci sono poi schemi a coppia nei quali a turno vengono prese in considerazione le glicemie prima e dopo uno dei tre pasti principali per verificare possibili picchi post-prandiali o l'effetto di una terapia, anche se con i secretagoghi non è facile sapere a che distanza dal pasto il farmaco svolgerà il suo effetto».

Un metodo in passato molto utilizzato, ma ancora oggi valido, consiste nell'effettuare una volta ogni tanto una 'curva glicemica' con 6 o 7 controlli effettuati nella stessa giornata. Nel paziente 'alle soglie' del diabete o comunque non trattato, così come in quello a rischio di diabete, il dato più interessante è probabilmente la glicemia rilevata due ore dopo il pasto: «Questa glicemia è quella che si è mostrata più predittiva rispetto alla possibile evoluzione della condizione», conclude Dotta.