

Gestione del Paziente Diabetico con Cronicità e Comorbidità

Damiano Parretti, Alessandra Medolla

Medici di Medicina Generale, SIMG

Obiettivi

- Programmare un percorso opportuno in paziente affetto da patologia cronica in caso di scompenso della stessa
- Gestione della polifarmacoterapia in paziente complesso
- Dimostrare la necessità di un approccio generalista adeguato che assicuri una gestione olistica del paziente complesso

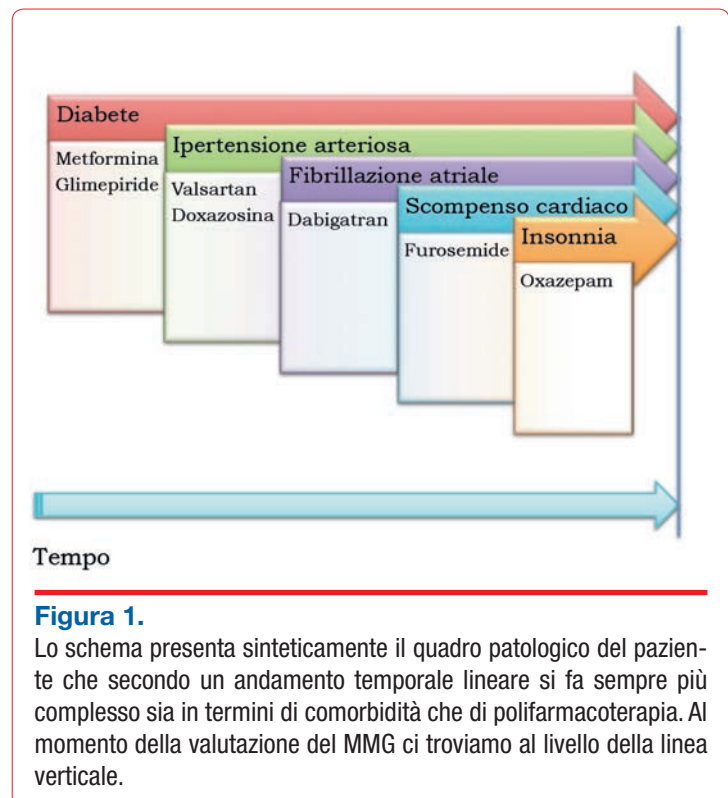
Giancarlo ha 82 anni, non fuma, è affetto da 25 anni da diabete mellito tipo 2 in trattamento dall'epoca della diagnosi con metformina 500 mg x 2/die, a cui è stata aggiunta circa 10 anni fa, a causa di un controllo metabolico non ottimale, glimepiride 2 mg/die.

Negli ultimi anni i valori di emoglobina glicata si sono attestati intorno al 6,8-7%.

È portatore di ipertensione arteriosa in trattamento con valsartan 160 mg/die e doxazosina 5 mg/die, con controllo non ottimale dei valori di pressione arteriosa, anche a causa di una saltuaria discontinuità terapeutica. In precedenza aveva assunto in associazione preconstituita valsartan + idroclorotiazide, ma il diuretico tiazidico era stato sospeso per l'insorgenza di valori di uricemia di 8 mg/dl.

Il paziente assume inoltre oxazepam 15 mg la sera ormai da anni.

Circa 2 anni fa è stata evidenziata a un controllo clinico di routine una fibrillazione atriale per la quale è stato sottoposto a ulteriori accertamen-



Indirizzo per la corrispondenza

DAMIANO PARRETTI
parretti.damiano@simg.it

ALESSANDRA MEDOLLA
alessandra.medolla@gmail.com

ti (ecocardiogramma) che hanno evidenziato una dilatazione atriale sx. Per questo motivo è stata iniziata una terapia anticoagulante orale con dabigatran 150 mg x 2/die.

Un anno fa, a causa di dispnea e edemi declivi, si è sottoposto a controlli clinici che hanno evidenziato la presenza di uno scompenso cardiaco per cui sono state aggiunte in terapia 2 compresse/die di furosemide 25 mg. Dopo questo aggiustamento la sintomatologia dispnoica è regredita e sono scomparsi gli edemi (Fig. 1).

Primo step

Si reca dal medico di medicina generale (MMG) per la ricomparsa di coxalgia bilaterale causata da una grave artrosi, che persiste ormai da 15 anni e che Giancarlo si è rifiutato di trattare chirurgicamente quando le sue condizioni di salute lo permettevano.

Il paracetamolo che assumeva nelle fasi di riacutizzazione non basta più a controllare la sintomatologia, e il medico lo sostituisce con un'associazione preconstituita di paracetamolo 500 mg e codeina 30 mg, da assumere alla dose di 3 compresse/die.

Forse anche a causa del dolore ribelle, la pressione arteriosa misurata in ambulatorio è di 160/90 mmHg, per cui il medico invita il paziente a ripresentarsi il giorno dopo per un nuovo controllo, e prescrive anche esami ematobiochimici di controllo.

Perché il medico prescrive un oppiaceo?

- Per la complessità della farmacoterapia di Giancarlo l'oppiaceo risulta essere il farmaco con rischio di interazione più basso.
- Il controllo del sintomo è fondamentale per garantire la qualità della vita del paziente.

Perché il MMG non propone un approfondimento diagnostico e una visita specialistica per risolvere la causa del problema?

- Giancarlo presenta importanti comorbilità cardiovascolari che non rendono sicuro l'approccio chirurgico.

Secondo step

Nonostante gli appuntamenti dati a Giancarlo, questo non si ripresenta dal medico per la verifica dei valori della pressione arteriosa e del controllo del dolore, né effettua gli esami prescritti, ma invece si reca da un ortopedico di sua fiducia che prescrive etoricoxib 90 mg/die + paracetamolo 1000 mg 3/die, e che al tempo stesso esegue 2 infiltrazioni intra articolari di uno steroide a distanza di pochi giorni.

Dopo un mese Giancarlo si ripresenta dal MMG, scusandosi di non essere tornato. Il motivo era stato che riteneva non efficace la terapia da lui prescritta e di sua iniziativa si era rivolto a un ortopedico.

Il motivo del ritorno all'ambulatorio è invece la ricomparsa di dispnea ed edemi agli arti inferiori, oltre a una contrazione della diuresi.



Figura 2.

Una delle sfide più difficili che ci si trova ad affrontare nel caso di un paziente così complesso è gestire problemi intercorrenti, come in questo caso il dolore, senza alterare il fragile equilibrio. Curare il singolo sintomo senza considerare l'insieme espone il paziente a rischio di interazione farmacologica e allo scompenso delle patologie croniche di base.

All'esame obiettivo vengono rilevati fini rantoli nei campi medio basali ed edemi degli arti inferiori, SaO₂ 86% in aa.

Il MMG prescrive l'aggiunta alla sua terapia di altri 25 mg di furosemide e consiglia la sospensione immediata di etoricoxib. Fa eseguire in urgenza esami ematobiochimici che evidenziano una creatininemia di 2,7 mg/dl (vs ultimo controllo 1,4 mg/dl) con GRF 24 ml/min, una glicemia basale di 280 mg/dl e una emoglobina glicata di 8,8% (vs 6,6% ultimo controllo) (Fig. 2).

Giancarlo torna dal MMG dopo un mese con sintomi e segni di uno scompenso cardiaco e metabolico. Poteva il MMG intervenire in maniera più efficace sul dolore prescrivendo anche lui un FANS sotto il suo controllo?

I coxib e in genere tutti i FANS sono controindicati nei soggetti ipertesi non a target e nei pazienti con cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco

Dato il peggioramento della funzione renale come si modifica la terapia?

Rivalutazione terapia antidiabetica, anticoagulante e diuretica

Terzo step

Si riscontra un marcato peggioramento della funzione renale e del controllo metabolico del diabete.

Il medico sospende metformina e glimepride e inizia terapia insulinica che dopo gli aggiustamenti iniziali viene definita con:

insulina aspart 4 U +10 U +10 U e Insulina Detemir 18 U la sera. Sospende l'utilizzo di dabigatran sostituendolo con warfarin. Rimodula la terapia diuretica secondo la necessità.

È condivisa la scelta terapeutica?

- La scelta della terapia insulinica è motivata dall'insufficiente controllo metabolico e dalla ridotta funzione renale, per la quale la metformina può essere non raccomandabile; al tempo stesso è stata rimossa dalla terapia glimepride, farmaco utilizzato da molto tempo ma che può produrre effetti secondari per il paziente.
- La riduzione della funzione renale a valori di GFR < 30 ml/min impone anche la sospensione della terapia con dabigatran: l'eliminazione del farmaco avviene per via renale all'80%, per cui un filtrato glomerulare ridotto a valori < 30 ml/min determina un maggior rischio di sanguinamento ("controindicazione", come riportato dalle linee guida)³.

Quarto step

Dopo due mesi la funzione renale è migliorata (creatinina 1,8 mg/dl), l'esame obiettivo cardiologico risulta nella norma, i livelli di pressione arteriosa sono normali. La ripresa dell'utilizzo di un oppiaceo insieme al paracetamolo, con il paziente adeguatamente informato sui rischi dei farmaci antinfiammatori, ha migliorato la sintomatologia dolorosa (Fig. 3).

Sintesi

Com'è noto l'utilizzo dei FANS in un paziente anziano in polifarmacoterapia può innescare una serie di eventi legati agli effetti negativi. La presenza contemporanea di diabete mellito, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco e dolore cronico è piuttosto comune nella popolazione anziana essendo l'artrosi una delle condizioni croniche più diffuse in Italia con una prevalenza attuale del 16,4%².

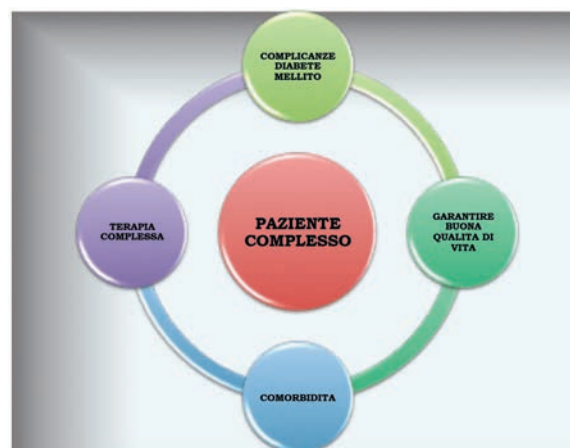


Figura 3.

Il paziente diabetico è un unico sistema estremamente composto in cui la patologia di base è in equilibrio con altri aspetti. Garantire una buona qualità della vita senza sbilanciare il sistema è compito del MMG.

Bibliografia

- ¹ Brater DC. *Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on renal function: focus on cyclooxygenase -2-selective inhibition*. Am J Med 1999;107(Suppl 1):65-70.
- ² <http://www.epicentro.iss.it/problemi/MuscoloScheletriche/epidItalia.asp>.
- ³ Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, et al. Updated European Heart Rhythm Association. *Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation*. Europace 2015;17:1467-507.