

# Esordio del diabete prima dei 40 anni: sempre più spesso è tipo 2

**Viola Sanga**

*UOC Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo, AOUI Verona e Università di Verona*

## Introduzione

Il diabete mellito esordisce sempre più spesso in giovane età e non necessariamente è diabete di tipo 1. Viene qui riportato il caso clinico di un paziente di 35 anni, con forte familiarità per diabete, con diabete di tipo 2 all'esordio.

## Situazione clinica e approccio terapeutico

Si tratta di un paziente maschio di 35 anni, che da un paio di anni presenta valori alterati di glicemia a digiuno. Da alcune settimane ha notato inoltre la comparsa di poliuria, polidipsia, candidosi peniena e calo del visus. Sospettando l'insorgenza di diabe-

te conclamato, esegue un glucostick con il glucometro del padre che rileva una glicemia a digiuno di 400 mg/dl.

Il giorno 1 di gennaio si reca pertanto alla Guardia Medica, dove il glucostick conferma livelli di glicemia a digiuno elevati (350 mg/dl). Gli viene somministrata insulina regolare 5 UI sottocute e 300 cc di bilanciata con la raccomandazione di effettuare una visita specialistica il giorno successivo.

**Prima visita (2 gennaio).** Il giorno dopo si presenta presso il Centro diabetologico per una visita. Riferisce una anamnesi familiare positiva per diabete (madre e padre affetti da diabete mellito di tipo 2 in terapia con antidiabetici orali), patologie cardiovascolari da parte di padre (ipertensione arteriosa, infarto a 55 anni e ipercolesterolemia), tiroidite di Hashimoto (madre) e obesità (sorella). In anamnesi patologica remota risulta un'alterata glicemia a digiuno (nota da 2 anni), obesità e calcolosi renale.

Il paziente lavora come informatico, è fumatore (10 sigarette/die) e riferisce di condurre una vita sedentaria con una alimentazione ricca di zuccheri semplici. I parametri antropometrici all'esame obiettivo sono: peso 119 kg, altezza 186 cm, *body mass index* (BMI) 34,4 kg/m<sup>2</sup>, circonferenza vita 116 cm. L'esame della glicemia a digiuno mediante stick è 209 mg/dl, con

### Indirizzo per la corrispondenza:

Viola Sanga  
e-mail: olivaviola@yahoo.it

Accettato: 29/07/2018 – Pubblicato online: 17/09/2018

© 2018 The Authors. This article is published by HPS Srl and licensed under Creative Commons Attribution-NC-ND 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). Any commercial use is not permitted and is subject to Publisher's permissions. Full information is available at [www.aboutpharma.com/publishing/riviste/aboutopen/](http://www.aboutpharma.com/publishing/riviste/aboutopen/)

valori compresi tra 180 e 280 mg/dl come estrapolato dal diario delle glicemie.

Viene posta diagnosi di diabete mellito in corso di tipizzazione. Non essendo nota la funzionalità renale, si consiglia una terapia a base di insulina glargine 8 UI/die e si invia il paziente per una visita dietologica.

**Seconda visita (17 gennaio).** Al controllo successivo dopo circa due settimane, il paziente si presenta con i seguenti esami ematochimici: glicemia a digiuno 192 mg/dl, creatininemia 0,7 mg/dl, emoglobina glicata (HbA1c) 10,8%, colesterolo totale 180 mg/dl, colesterolo-LDL 112 mg/dl, colesterolo-HDL 24 mg/dl, trigliceridi 168 mg/dl, C-peptide 1,4 nmol/L, anticorpi anti-GAD negativi; albuminuria e glicosuria negative; chetonuria lieve. Visti i profili glicemici e gli esami ematochimici, si giunge alla diagnosi di diabete mellito di tipo 2 scarsamente controllato. Si consiglia di continuare la terapia con glargine 14 UI e si introduce metformina a dosaggi incrementali fino a 1 g × 2/die.

Durante la visita il paziente accusa un'improvvisa riduzione della forza al braccio sinistro e alla gamba sinistra e riferisce che un episodio analogo, risoltosi in due ore, era già successo qualche giorno prima. Nel sospetto di un attacco ischemico transitorio, si invia al Pronto soccorso e poi al ricovero in Neurologia. Gli esami durante il ricovero [ECG, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (TSA), *bubble-test*, ECG Holter, ecocardiogramma, tomografia assiale computerizzata e risonanza magnetica dell'encefalo] risultano tutti negativi. Il paziente è dimesso con diagnosi di deficit stenico dell'arto superiore sinistro a evoluzione favorevole. Si consiglia il trattamento con acido acetilsalicilico, acido folico e vitamina B12. Il paziente decide di sospendere il fumo.

**Terza visita (3 febbraio).** Al successivo controllo il paziente porta in visione i risultati dei glucostick domiciliari che mostrano buoni profili glicemici; si consiglia quindi la progressiva riduzione dell'insulina basale fino alla sospensione e l'avvio di un trattamento con la combinazione empagliflozin/metformina 5/1000 mg × 2 in sostituzione di metformina.

**Quarta visita (17 marzo).** Il diario glicemico mostra dei valori a digiuno compresi tra 100 e 120 mg/dl, assenza di ipoglicemie e un valore di HbA1c di 7,3%. Si prosegue la terapia in atto.

**Quinta visita (15 settembre).** Si conferma il mantenimento di un buon controllo glicemico: il diario evidenzia valori di glicemia a digiuno compresi tra 90 e 110 mg/dl, assenza di episodi ipoglicemici e un valore di HbA1c di 5,4%. La terapia in atto rimane invariata.

## Discussione

Questo caso clinico testimonia quanto sempre più spesso il diabete mellito tipo 2 esordisca prima dei 40 anni e come sia importante mettere fin dall'inizio in atto strategie terapeutiche atte a ottenere un buon compenso glicemico, cercando al tempo stesso di preservare la funzione pancreatica il più a lungo possibile. La scelta del trattamento con insulina all'esordio è un ottimo punto di partenza, soprattutto nei casi in cui sia ancora in corso la tipizzazione del diabete. Successivamente, in aggiunta all'insulina o in sua sostituzione, sono oggi disponibili nuovi farmaci che permettono di mantenere la glicemia quanto più vicina possibile ai valori normali, senza il rischio di ipoglicemie.

Combinazioni di farmaci come empagliflozin/metformina hanno inoltre effetti positivi sul peso corporeo, come testimoniato anche nel nostro caso, e sulla riduzione del rischio cardiovascolare [1]. Come illustra la **Tabella 1**, il paziente nel corso degli otto mesi di terapia ha registrato un notevole calo ponderale (circa 20 kg) e una conseguente diminuzione del BMI, e con la terapia in atto ha raggiunto e mantenuto valori glicemici nella norma e un graduale abbassamento dei valori di HbA1c. La scelta di mantenere il paziente in trattamento con la combinazione empagliflozin/metformina, nonostante valori di HbA1c pienamente a target (5,4% a settembre), è stata fatta nell'ottica di mantenere dei valori di glicemia "non diabetici" (senza ipoglicemie) e di favorire il calo ponderale.

**Tabella 1.** Andamento dei diversi parametri clinici in corso di terapia. BMI, *body mass index*; HbA1c, emoglobina glicata

	<b>I visita (basale)</b>	<b>II visita (dopo 2 settimane)</b>	<b>III visita (dopo 1 mese)</b>	<b>IV visita (dopo 2 mesi)</b>	<b>V visita (dopo 8 mesi)</b>
Peso (kg)	119	116	113	109	98
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	34,4	33,5	32,7	31,5	28,3
Glicemia (mg/dl)	209	192	115	97	90
HbA1c (%)		10,8		7,3	5,4

## Conclusioni

Concludendo possiamo dire che oggigiorno il diabete mellito di tipo 2 esordisce sempre più spesso prima dei 40 anni. L'introduzione di un periodo transitorio con una terapia a base di insulina non deve spaventare e deve essere presa in considerazione anche all'esordio, specie quando è in corso la tipizzazione del

diabete. L'associazione metformina più empagliflozin [inibitore del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2)] non solo è in grado di ottenere un buon controllo glicemico ma di favorire anche il calo ponderale. Con questi nuovi farmaci e loro combinazioni è oggi possibile mantenere la glicemia quanto più vicina possibile ai valori normali, senza il rischio di ipoglicemia.

## Disclosure

Questa pubblicazione è stata resa possibile grazie a un grant non condizionante di Boehringer Ingelheim e Eli Lilly.

La dott.ssa V. Sanga dichiara di non avere conflitti di interesse in relazione all'articolo pubblicato.

## Bibliografia

1. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al.; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2015 Nov 26;373(22):2117-28.