

Paziente diabetica ottantenne con insufficienza renale cronica di stadio IV secondo la NKF

Carlo Percudani

Casa della Salute di Colorno-Torrile, Distretto di Parma, AUSL di Parma

Introduzione

Il diabete mellito di tipo 2 è una patologia a carattere generalmente ingravescente con una prevalenza che aumenta con l'età; nel diabete di tipo 2 progrediscono con l'età sia la riduzione del filtrato renale che l'albuminuria con la comparsa di nefropatia diabetica. La prevalenza di nefropatia diabetica nella popolazione diabetica ultra 75enne in Italia è stimata in circa il 40% (RIACE *Italian Multicenter Study cohort*) [1].

Generalmente gli obiettivi glicemici da raggiungere devono essere stabiliti a misura del paziente. In particolare, nel paziente anziano diabetico si deve puntare ad avere un valore di emoglobina glicata (HbA1c) inferiore al 7% , anche se in caso di fragilità o di impiego di farmaci a rischio di ipoglicemia, si può arri-

vare fino all'8%. Va infatti tenuto presente che l'ipoglicemia (valori <70 mg/dl) può avere nel paziente anziano fragile effetti particolarmente pericolosi, perché può causare cadute e fratture, aumentare il deficit cognitivo e il rischio cardiovascolare [2].

Situazione clinica e approccio terapeutico

Nel mese di febbraio 2018 giunge all'Ambulatorio di Diabetologia della Casa della Salute di Colorno-Torrile, una paziente italiana di 80 anni. L'anamnesi patologica remota riporta un pregresso intervento chirurgico per neoplasia intestinale; un'arteriopatia obliterante cronica ostruttiva (AOCP) severa, priva di indicazione terapeutica secondo valutazione chirurgico-vascolare; una stenosi della carotide sinistra [50%, secondo il metodo ECST (*European Carotid Surgery Trial*)] in trattamento con acido acetilsalicilico (ASA). Inoltre la paziente presenta ipertensione arteriosa essenziale in trattamento con quadruplica terapia (sartano, amlodipina, idroclorotiazide, nebivololo), retinopatia angiosclerotica secondaria e iperuricemia in trattamento con allopurinolo. La diagnosi di diabete di tipo 2 data

Indirizzo per la corrispondenza:

Carlo Percudani

e-mail: carlo.percudani@gmail.com

Accettato: 05/07/2018 – Pubblicato online: 31/07/2018

© 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/

dal 2005 e la paziente è in terapia con gliclazide. Giunge alla nostra osservazione per il recente riscontro da parte del medico di famiglia di insufficienza renale, portando in visione i seguenti esami di laboratorio: creatininemia 1,7 mg/dl; filtrato glomerulare stimato (eGFR) 28 ml/min; HbA1c 6,4% (46 mmol/mol); glicemia a digiuno 96 mg/dl; colesterolo totale 186 mg/dl; colesterolo HDL 41 mg/dl; colesterolo LDL 125 mg/dl; trigliceridi 100 mg/dl. L'esame obiettivo rileva peso 67 kg; altezza 160 cm; *body mass index* (BMI) 26; pressione arteriosa 120/80 mmHg. La paziente presenta una nefropatia diabetica di stadio IV secondo la *National Kidney Foundation* (NKF), presumibilmente su base nefroangiosclerotica e diabetica.

In considerazione della presenza di livelli di HbA1c troppo bassi per l'età, delle condizioni generali e dell'insufficienza renale cronica (IRC), si propone la sospensione di gliclazide e si introduce una terapia a base di linagliptin 5 mg/die. Inoltre, per la severa arteriopatia periferica e i livelli di colesterolo LDL inadeguati in una paziente diabetica, si consiglia atorvastatina 40 mg/die. Il controllo effettuato a distanza di 4 mesi mostra i seguenti esami: creatininemia 1,7 mg/dl; eGFR 28 ml/min, invariati rispetto al precedente accesso; HbA1c 7,0% (53 mmol/mol); glicemia a digiuno 132 mg/dl; peso corporeo 65 kg; altezza 160 cm; BMI 25; pressione arteriosa 140/70 mmHg.

Disclosure

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

Il dott. C. Percudani dichiara di non avere conflitti di interesse in relazione all'articolo pubblicato.

Bibliografia

1. Russo GT, De Cosmo S, Viazzi F et al. Diabetic kidney disease in the elderly: prevalence and clinical correlates. *BMC Geriatr.* 2018;18:38-48.

Discussione

Nel controllo a breve dopo la sostituzione della sulfanilurea con linagliptin in monosomministrazione, si è riscontrato un livello di HbA1c più adeguato all'età e alle condizioni generali, si sono ridotti i rischi di ipoglicemie e si è ottenuta una riduzione ponderale che ha ricondotto la paziente al normopeso.

Conclusioni

Gli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DPP4i) e gli incretino-mimetici, grazie all'assenza di rischio ipoglicemico, trovano indicazione anche nel paziente anziano [3,4]; a ciò si aggiunge il fatto che per linagliptin non è necessario un aggiustamento della dose in caso di alterata funzionalità renale [4]. Per queste caratteristiche la terapia con linagliptin è indicata nell'anziano diabetico fragile.

Il caso clinico qui riportato illustra l'applicazione dei suddetti presupposti teorici in condizioni di *real life*, con conseguimento di un adeguato compenso glicemico in rapporto a età e condizioni generali, con un trattamento ben tollerato e privo di effetti collaterali con particolare riferimento a episodi ipoglicemici.

2. Seaquist ER, Anderson J, Childs B et al. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workshop group of the American Diabetes Association and the Endocrine Society. *Diabetes Care.* 2013;36:1384-95.
3. Scheen AJ. Pharmacokinetic considerations for the treatment of diabetes in patients with chronic kidney disease. *Expert Opin Drug Metab .* 2013;9:529-50.
4. Baetta R, Corsini A. Pharmacology of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: similarities and differences. *Drugs.* 2011;71:1441-67.