



FoRisIE Winter School in Clinical Endocrinology

8-11 gennaio 2020 - Roma



L'endocrinologo dalla terapia dietologica alla chirurgia bariatrica e dintorni

Specializzando: Maria Cristina Gentile

Tutor: Maria Ida Maiorino



I visita 06/03/2019

Mario, 69 anni



APP

Inviato dal neurologo curante per riscontro di Glicemia a digiuno 113 mg/dl e HbA1c 6,5 %

APR

SMA distale (atrofia muscolare spinale) diagnosticata nel 2004

TIA nel 2000

Dislipidemia dal 2005

IPB

Deficit vitamina D dal 2017

A Fam

Padre: dislipidemia. Madre: ipertensione arteriosa.

Sorella di 66 aa: dislipidemia ed ipertensione arteriosa.

Nega familiarità per diabete, MCV, M. autoimmuni, Neoplasie.

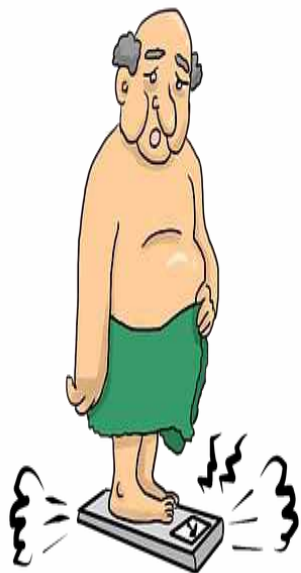
A Fis dieta libera, alvo regolare, minzione fisiologica. Nega consumo di alcool e fumo. Stile di vita sedentario. Deambula con l'ausilio di due bastoni.

Terapia domiciliare:

Colecalciferolo 25.000 UI 1 fl ogni 15 giorni, Omega 3 1000 mg 1 cp 2 volte/die, Ezetimibe 10 mg x 2, Tamsulosina 0,4 mg, Ticlopidina 250 mg, Palmitoil etanolamide 600 mg



I visita
06/03/2019



Parametri antropometrici/vitali

Altezza	177 cm
Peso	107,5 Kg
BMI	34,3 Kg/m ²
CV	110 cm
PA	140/80 mmHg
Fc	75 bpm


Esami di laboratorio

Glicemia	113 mg/dl
HbA1c	6,5 %
Col tot	246 mg/dl
HDL-c	49 mg/dl
Trigliceridi	116 mg/dl
LDL-c	174 mg/dl
Creatinina	0,96 mg/dl
eGFR CKD EPI	80,3 ml/min/1.73 m ²
CPK	311 UI/l
Es. urine	Nella norma

La diagnosi di diabete è giustificata?

1. Si, per il riscontro occasionale di HbA1c $\geq 6.5\%$
2. No, perché la glicosuria è negativa
3. Si, per il riscontro simultaneo di glicemia > 100 mg/dl e HbA1c $> 6.5\%$
4. No, perché il riscontro di HbA1c $\geq 6.5\%$ deve essere confermato in due diverse occasioni

La diagnosi di diabete è giustificata?

1. Sì, per il riscontro occasionale di HbA1c $\geq 6.5\%$
2. No, perché la glicosuria è negativa
3. Sì, per il riscontro simultaneo di glicemia > 100 mg/dl e HbA1c $> 6.5\%$
4.  No, perché il riscontro di HbA1c $\geq 6.5\%$ deve essere confermato in due diverse occasioni



CRITERI DIAGNOSTICI del diabete

In presenza di sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia, calo ponderale), la diagnosi di diabete è posta con il riscontro, anche in una sola occasione di glicemia casuale ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo).

In assenza dei sintomi tipici della malattia la diagnosi di diabete deve essere posta con il riscontro, confermato in almeno due diverse occasioni di:

- glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (per digiuno si intende almeno 8 ore di astensione dal cibo)
oppure
- glicemia ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di glucosio (eseguito con 75 g)
oppure
- HbA1c ≥ 48 mmol/mol (6.5%)




IFG glicemia a digiuno 100-125 mg/dl
OBESITA' DI I GRADO
IPERCOLESTEROLEMIA



La gestione clinica del paziente deve ora prevedere:

1. Follow-up a 6 mesi con glicemia e HbA1c
2. Curva da carico orale con 75 gr di glucosio
3. Intervento terapeutico basato su dietoterapia e attività fisica
4. Terapia farmacologica con Metformina

La gestione clinica del paziente deve ora prevedere:

1. Follow-up a 6 mesi con glicemia e HbA1c
-  2. Curva da carico orale con 75 gr di glucosio
3. Intervento terapeutico basato su dietoterapia e attività fisica
4. Terapia farmacologica con Metformina

Nei soggetti con IFG, soprattutto in presenza di altri fattori di rischio di diabete, è utile eseguire la curva da carico orale di glucosio per una migliore definizione diagnostica e prognostica; non è infatti raro che tali persone abbiano valori di glicemia dopo carico compatibili con la diagnosi di diabete. **VI C**



CURVA DA CARICO con 75 gr di glucosio

Glicemia basale: 114 mg/dl

Glicemia a 120 min: 145 mg/dl


IFG: 100-125 mg/dl

IGT: 140-199 mg/dl

Terapia consigliata:

1. Metformina 500 mg x 2
2. Dietoterapia personalizzata con regime di attività fisica adatto per le condizioni cliniche
3. Agonista recettoriale del GLP-1 in monosomministrazione settimanale
4. Follow-up a 3 mesi con nuovi esami

Terapia consigliata:

1. Metformina 500 mg x 2
-  2. Dietoterapia personalizzata con regime di attività fisica adatto per le condizioni cliniche
3. Agonista recettoriale del GLP-1 in monosomministrazione settimanale
4. Follow-up a 3 mesi con nuovi esami



GIORNATA TIPO

Colazione:

1 caffè o 1 the
Latte parzialmente scremato 150 g o yogurt magro 120 g
30 g di pane integrale o 3 fette biscottate integrali

Spuntino di metà mattina e di metà pomeriggio:

1 frutto (150 g) o una spremuta senza zucchero o uno yogurt magro 120 g

Pranzo

• pasta 80 g o pane 80 g preferibilmente integrali o patate 150 g o 90 g di legumi secchi
• verdura a volontà

Cena

• pesce 180 g (merluzzo, nasello, dentice, polpo, orata, palombo, rombo, sogliola, spigola, trota, tonno) almeno 3 volte/settimana

oppure

Carne bianca 120 g (pollo senza pelle, tacchino, coniglio)

oppure

100 g di formaggio non stagionato (ricotta di mucca, stracchino, fiocchi di latte) max 2 volte/sett

oppure

2 uova a settimana

oppure

50 g di prosciutto crudo magro oppure tacchino arrosto oppure bresaola (max 2 volte/sett)

• pane integrale 50 g
• verdura di stagione a volontà

Le persone ad alto rischio di diabete devono essere incoraggiate all'introduzione di un'alimentazione ricca di fibre provenienti da ortaggi, frutta e cereali non raffinati e povera di grassi di origine animale (dieta mediterranea).

Componenti della dieta	Quantità complessiva consigliata	Quantità consigliata dei singoli nutrienti	Consigli pratici
Carboidrati	45-60% kcal tot (III, B)	• Saccarosio e altri zuccheri aggiunti <10% (I, A)	• Vegetali, legumi, frutta, cereali preferibilmente integrali, alimenti della dieta mediterranea (III, B)
Fibre	>40 g/die (o 20 g/1000 kcal die), soprattutto solubili (I, A)		• 5 porzioni a settimana di vegetali o frutta e 4 porzioni a settimana di legumi (I, A)
Proteine	10-20% kcal tot (VI, B)		
Grassi	35% kcal tot (III, B)	• Saturi <10, <8% se LDL elevato (I, A) • MUFA 10-20% (III, B) • PUFA 5-10% (III, B) • Evitare ac. grassi trans (VI, B) • Colesterolo <300 mg/die, <200 mg/die se colesterolo elevato (III, B)	• Tra i grassi da condimento preferire quelli vegetali (tranne olio di palma e di cocco)
Sale	<6 g/die (I, A)		• Limitare il consumo di sale e di alimenti conservati sotto sale (insaccati, formaggi, scatolame)





Maggio 2019

Il neurologo curante prescrive Metformina 500 mg x 2 per effetti benefici sul muscolo.



Mario si reca in piscina regolarmente 2 volte a settimana per svolgere attività aerobica ed esercizi di tonificazione muscolare

Al fine di migliorare il controllo glicemico, favorire il mantenimento di un peso corporeo ottimale, ridurre il rischio di malattia cardiovascolare, contrastare l'epatosteatosi e la osteoporosi senile e postmenopausale, migliorare la qualità di vita percepita e ottimizzare il rapporto costo/beneficio della terapia, sono consigliati almeno 150 minuti/settimana di attività fisica di intensità moderata/intensa (50-70% della frequenza cardiaca massimale, formula di Karvonen) e/o almeno 75 minuti/settimana di esercizio fisico vigoroso (>70% della frequenza cardiaca massimale e interval training). L'attività fisica deve essere distribuita in almeno 3 giorni/settimana e non ci devono essere più di 2 giorni consecutivi senza attività.

Nei soggetti con disglycemia a rischio molto elevato di sviluppare diabete mellito tipo 2 (cioè con una storia di diabete gestazionale, obesità severa e rapida progressione dell'iperglicemia) può essere preso in considerazione un trattamento farmacologico con metformina in aggiunta all'intervento sullo stile di vita. Tale trattamento, che non è compreso tra le indicazioni del farmaco (off-label), può esporre al rischio di deficit di vitamina B12, di cui si raccomanda il periodico dosaggio.

L'introduzione di un programma di attività fisica in soggetti non allenati, gravemente obesi e con vario grado di sarcopenia tramite esercizi graduali contro resistenza quali piccoli pesi, può consentire l'avvio di attività aerobiche, favorendo il potenziamento muscolare, l'aumento della capacità aerobica e il calo ponderale. Esercizi di flessibilità e per migliorare l'equilibrio sono raccomandati 2-3 volte alla settimana negli anziani con diabete.



II visita – 04/06/2019

Peso 95 Kg
BMI 30,3 kg/m²
CV 104 cm
Glicemia 97 mg/dl
HbA1c 5,9%
Colesterolo totale 196 mg/dl
HDL 52 mg/dl
Trigliceridi 107 mg/dl
LDL 122,6 mg/dl

-12,5 Kg

III visita – 29/09/2019

Peso 90,5 Kg
BMI 28,9 kg/m²
CV 98 cm
Glicemia 97 mg/dl
HbA1c 5,6%
Colesterolo totale 174 mg/dl
HDL 58 mg/dl
Trigliceridi 84 mg/dl
LDL 99 mg/dl

-17 Kg

IV visita – 25/11/2019

Peso 87,5 Kg
BMI 27,9 kg/m²
CV 95 cm
Glicemia 94 mg/dl
HbA1c 5,4%
Colesterolo totale 160 mg/dl
HDL 60 mg/dl
Trigliceridi 78 mg/dl
LDL 84,4 mg/dl

-20 Kg