



© Uso libero consentito, citando gli autori. Non per uso commerciale. Non si può modificare o tradurre senza permesso.



Questo lavoro è coperto da Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Per informazioni, contattare deprescribing@bruyere.org oppure visitare il sito web www.deprescribing.org

Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:832-43 (Eng), e452-65 (Fr).





Anti-iperpicemici e rischio iperglicemia

Farmaco	Causa ipoglicemia?
Inibitori alfa- glucosidasi	No
Inibitori DPP-4 (dipeptidil-peptidasi-4)	No
Analoghi GLP-1 (Glucagon-like peptide 1)	No
Insuline	Si (rischio più alto con insulina regolare e insulina NPH)
Meglitinidi	Si (rischio basso)
Metformina	No
Inibitori SGLT2 (trasportatore sodio-glucosio tipo 2)	No
Sulfoniluree	Si (rischio più alto con glibenclamide e rischio più basso con gliclazide)
Tiazolidinedioni	No

Farmaci che influiscono sul controllo glicemico

- Farmaci che possono causare iperglicemia (quando l'uso di questi farmaci è terminato, ipoglicemia può risultare a causa di farmaci anti-iperpicemici) (es. chinoloni (specilmente gatifloxacina), beta-bloccanti (eccetto carvedilolo), tiazidi, antipsicotici atipici (specialmente olanzapina e clozapina), corticosteroidi, inibitori calcineurina (es. ciclosporina, sirolimus, tacrolimus), inibitori proteasi
- Farmaci che interagiscono con anti-iperpicemici (es. trimetoprim/sulfamethoxazole con sulfonilurea)
- Farmaci che causano ipoglicemia (es. alcol, inibitori MAO, salicilati, chinoloni, chinina, beta-bloccanti, ACE inibitori, pentamidina)

Coinvolgimento dei pazienti e "caregiver"

- Certi adulti anziani preferiscono una terapia meno intensiva, in particolare se la terapia è complessa o aumenta il rischio di ipoglicemia
- Pazienti e/o "caregiver" potrebbero essere più facilmente coinvolti nella discussione sul cambiamento degli obiettivi o nel considerare la deprescrizione, se ne capiscono la motivazione:
 - Rischi di ipoglicemia e altri effetti collaterali
 - Rischi di controllo stretto del glucosio (nessuno beneficio e possibile danno per un HbA1C < 6%)
 - Tempo necessario per osservare un beneficio di uno stretto controllo glicemico
 - Diminuita certezza del beneficio della terapia se paziente fragile, demente o a fine vita
- Obiettivi di cura: evitare sintomi iperglicemici (sete, disidratazione, poliuria, cadute, stanchezza, insufficienza renale) e prevenire complicazioni (servono 5-10 anni di terapia)
- Molti paesi sono d'accordo su una terapia meno aggressiva per il diabete in pazienti anziani
- La revisione delle varie modalità di deprescrizione, così come del processo del monitoraggio e dei valori per i qualitorare alle dosi precedenti, aiuterà a coinvolgere i pazienti e "caregiver"

Informazione sull'ipoglicemia per pazienti e "caregiver"

- Pazienti fragili anziani sono a rischio maggiore di ipoglicemia
- C'è un rischio maggiore di ipoglicemia con stretto controllo del livello di glucosio nel sangue
- Sintomi di ipoglicemia includono: sudorazione, tachicardia, tremore, MA tali sintomi possono non essere presenti nei pazienti anziani
- Ridotte abilità cognitive o fisiche potrebbero limitare la risposta dei pazienti anziani ai sintomi di ipoglicemia
- Certi farmaci possono mascherare i sintomi di ipoglicemia (es. beta bloccanti)
- Danni da ipoglicemia potrebbe essere gravi: ridotta funzione cognitiva e fisica, cadute e fratture,

Consigli per ridurre il dosaggio

- Stabilire obiettivi per glucosio nel sangue e per HbA1C oltre che valori per tornare al dosaggio precedente, ricominciare un farmaco o mantenere un dosaggio
- Sviluppare un piano per scalare il dosaggio con il paziente /caregiver (non c'è evidenza di approccio migliore; si possono sospendere gli anti-iperpicemici, cambiare farmaci, ridurre il dosaggio gradualmente (es. riduzioni ogni 1-4 settimane arrivando a un livello minimo prima di interrompere completamente, o semplicemente esaurire la scorta del paziente)
- I dosaggi possono essere aumentati o i farmaci essere reintrodotti in qualsiasi momento se la glicemia rimane a un livello superiore di quello desiderato (216-270 mg/dl) o se si manifesta una iperglicemia sintomatica

