

## Attività Diabetologica e Metabolica in Italia

### Congresso Congiunto AMD-SID Sezione Veneto-Trentino Alto Adige Terapia e Gestione del Diabete Mellito

Peschiera del Garda (VR), 11-12 novembre 2011  
Comitato Scientifico: P. Fioretto, A. Morea

#### Riassunti

##### Liraglutide nella pratica clinica

Bertolini L, Sorgato C, Grippaldi F, Zenari L

UO di Diabetologia, Ospedale Sacro Cuore "Don Calabria",  
Negrar (VR)

**Introduzione.** La terapia dei diabetici di tipo 2 con agonisti del GLP-1, ha dimostrato di consentire un miglioramento dei parametri glicemici, senza indurre ipoglicemie e aumento del peso corporeo.

Il seguente studio ha l'obiettivo di descrivere la nostra esperienza nel trattamento del diabete di tipo 2 con liraglutide.

**Disegno dello studio e metodi.** Abbiamo analizzato pazienti giunti al CAD tra gennaio e maggio 2011. Dopo fallimento da OHA (*oral hypoglycaemic agents*, antidiabetici orali), sono stati trattati con liraglutide alla dose di 1,2 mg/die. OHA associati: metformina 38% dei pazienti, metformina + SU (sulfonilurea) 48%, alla SU 7%, pioglitazone 3%, metformina + TZD (tiazolidinedioni) 3%. Sono stati analizzati tutti gli endpoint del monitoraggio, a 4 e 8 mesi dall'inizio del trattamento, calcolandone la media aritmetica a ogni follow-up. L'analisi statistica è stata eseguita mediante il Wilcoxon T-test.

**Caratteristiche al baseline.** Numero pazienti: 29 (15 M/14 F); età media: 55,6 aa; durata malattia: 11,8 aa; HbA<sub>1c</sub>: 8,5%; peso: 100,2 kg; BMI: 35,6 kg/m<sup>2</sup>.

**Risultati.** L'emoglobina glicata media (8,5%; n = 28), dopo 4 mesi, è passata a 7,4% (n = 28; p = 0,0003 vs baseline) e a 6,7% (n = 14; p = 0,0034 vs baseline) dopo 8 mesi. Nei pazienti con durata di malattia < 10 aa (9,0%; n = 13) l'HbA<sub>1c</sub> è stata del 7,4% (n = 13; p = 0,005 vs baseline) e del 6,6% (n = 8) dopo 4 e 8 mesi rispettivamente. Nei pazienti con durata di malattia > 10 aa (8,1%; n = 15) la HbA<sub>1c</sub> è stata del 7,4% (n = 15; p = 0,0244 vs baseline) dopo 4 mesi e del 6,9% (n = 6) dopo 8 mesi.

Il peso medio è passato da 100,2 kg (n = 28) al valore di 97,5 kg (n = 28; p = 0,0004 vs baseline) dopo 4 mesi e a 93,6 kg (n = 14; p = 0,001 vs baseline) dopo 8 mesi. La FPG (*fasting plasma glucose*, glicemia plasmatica a digiuno) è passata da un valore di 184,3 mg/dl (n = 27) al valore di 145,2 mg/dl (n = 27;

p = 0,0013 vs baseline) dopo 4 mesi e 129,8 mg/dl (n = 15; p = 0,0023 vs baseline) al secondo follow-up.

**Conclusioni.** Il trattamento con liraglutide, nella nostra pratica clinica, si è dimostrato efficace nel migliorare in modo significativo il compenso glicemico e il peso corporeo dei pazienti, senza indurre episodi di ipoglicemia.

##### Bibliografia.

Nauck et al. Diabetes Care 2009;32:84-90.

Zinman et al. Diabetes Care 2009;32:1224-30.

Marre et al. Diabet Med 2009;26:268-78.

##### Studio osservazionale retrospettivo sull'effetto dell'aggiunta di acarbose alla terapia cronica con metformina

Brun E, Simoncini M, Mesturino CA, Zen F, Strazzabosco M

UO di Diabetologia, Malattie Metaboliche ed Endocrinologia,  
Accreditata UNI EN ISO 9001:2000, Ospedale Civile S.  
Bortolo, ULSS 6, Vicenza

L'inibitore dell' $\alpha$ -glucosidasi intestinale acarbose trova numerose applicazioni nella terapia del diabete, in quanto può essere utilizzato anche in presenza di complicanze croniche avanzate e in associazione agli altri farmaci ipoglicemizzanti orali.

Trova la sua indicazione principale nella correzione dell'iperglicemia postprandiale.

L'effetto collaterale maggiormente riferito dai pazienti è la flatulenza intestinale che può essere ridotta con l'accortezza di avviare la terapia con bassi dosaggi, ed eventualmente aumentare la posologia del farmaco, se ben tollerato.

**Scopo dello studio.** Scopo di questo studio retrospettivo è stato valutare, in pazienti già in terapia con metformina, l'effetto dell'aggiunta dell'acarbose sui principali parametri di controllo metabolico.

**Materiale e metodi.** Dall'archivio Eurotouch di Vicenza sono stati estratti tutti i pazienti in terapia con acarbose a partire dal 2005 (n = 667). Soltanto 30 pazienti erano in monoterapia con acarbose, in tutti gli altri l'acarbose era associato ad altri farmaci ipoglicemizzanti orali.

**Risultati.** Sono stati individuati 89 soggetti in monoterapia con metformina da almeno un anno (baseline), con un'età media di 64 anni, a cui è stato aggiunto acarbose a un dosaggio medio

di 150 mg al di. Al baseline e dopo un anno di terapia continuativa di associazione metformina/acarbose sono stati valutati i principali parametri metabolici.

L'emoglobina glicata media passava da 7,79 ( $\pm$  0,95) a 7,36 ( $\pm$  0,97)  $p < 0,005$ , il BMI da 31,7 ( $\pm$  5,82) a 30,9 ( $\pm$  5,96)  $p < 0,05$ , il colesterolo LDL da 115 ( $\pm$  24) a 101 ( $\pm$  97)  $p < 0,005$ , i trigliceridi da 151 ( $\pm$  76) a 121 ( $\pm$  58)  $p < 0,005$ , la pressione sistolica da 149 ( $\pm$  17) a 146 ( $\pm$  17)  $p = ns$ , la pressione diastolica da 82 ( $\pm$  6,2) a 79,5 ( $\pm$  9,8)  $p < 0,05$ , la microalbuminuria da 58 ( $\pm$  20) a 14 ( $\pm$  10)  $p < 0,05$ .

**Conclusioni.** L'effetto di acarbose è stato significativo per tutti i parametri considerati, eccetto la pressione arteriosa sistolica, e conferma l'efficacia del farmaco nel trattamento della sindrome polimetabolica.

#### Bibliografia.

- Seifart C et al. Diabet Med 1998;15:485-91.  
 Floris A et al. Diabetes Care 2005;28:166-75.  
 Roze S et al. Curr Med Res Opin 2006;7:1415-24.  
 Pan C et al. Diabet Med 2008;25:435-41.

#### Efficacia della dieta mediterranea con integrazione di riso rosso fermentato nel trattamento di pazienti dislipidemici con e senza diabete di tipo 2

Burlina S<sup>1</sup>, Ferrareso S<sup>1</sup>, Chillelli NC<sup>1</sup>, Ragazzi E<sup>2</sup>, Barison A<sup>1</sup>, Nalon E<sup>1</sup>, Valentini R<sup>1</sup>, Sartore G<sup>1</sup>, Lapolla A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova; <sup>2</sup>Dipartimento di Farmacologia e Anestesiologia, Università di Padova

**Background.** L'efficacia ipocolesterolemizzante del riso rosso fermentato è stata documentata in diversi studi. Esistono invece scarsi dati sul confronto tra l'efficacia della sola dieta e dell'associazione dieta con riso rosso fermentato, in particolare nei soggetti diabetici di tipo 2.

**Scopo dello studio.** Valutare l'efficacia ipocolesterolemizzante di un approccio con sola dieta o in associazione con riso rosso fermentato, in soggetti diabetici e non.

**Soggetti e metodi.** Sono stati studiati 3 gruppi di soggetti dislipidemici: 43 non diabetici (gruppo 1) e 44 diabetici di tipo 2 (gruppo 2) trattati con dieta associata a riso rosso fermentato; 38 non diabetici (gruppo 3) trattati con sola dieta. Al basale è stata effettuata un'indagine del comportamento alimentare tramite 24 h-recall. I pazienti sono stati poi educati alla dieta mediterranea (basandosi su linee guida NCEP-ATPIII 2004 e AHA 2006), con restrizione per gli zuccheri semplici nei diabetici. Dopo 24 settimane con il software di Indagine Alimentare è stato analizzato il diario alimentare. I gruppi 1 e 2 hanno assunto in associazione alla dieta una compressa di nutraceutico, 200 mg/die titolato all'1,5% in monacolina K (Redulip®). Il profilo lipidico è stato valutato al basale e dopo le 24 settimane.

**Risultati.** Dopo 24 settimane in tutti i gruppi è stato ottenuto un miglioramento del profilo lipidico: riduzione del colesterolo totale del 17% nel gruppo 1, 15% nel gruppo 2, 12% nel gruppo 3. In particolare, si è ottenuta una riduzione significativa del LDL-C: 22% nel gruppo 1, 21% nel gruppo 2 e 12% nel gruppo 3.

**Conclusioni.** Con l'adozione della dieta mediterranea, costituita in prevalenza da carboidrati e caratterizzata da un basso apporto di grassi saturi e un aumentato apporto di olio d'oliva, abbiamo ottenuto un miglioramento del profilo lipidico. Una significativa maggiore efficacia ipocolesterolemizzante è stata ottenuta dall'intervento con dieta mediterranea associata a riso rosso fermentato, in particolare per quanto riguarda il colesterolo LDL. Tale risultato è stato evidenziato nei soggetti sia diabetici sia non diabetici.

#### Retinopatia diabetica e fattori di rischio: risultati da un'analisi con monitoraggio in continuo del glucosio (CGM)

Chillelli NC, Burlina S, Sartore G, Lapolla A

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

**Background dello studio.** Recenti revisioni del DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) hanno dimostrato come il diverso rischio di progressione di retinopatia diabetica (RD) sia da imputare solo per l'11% ai livelli di HbA<sub>1c</sub> e alla durata di malattia, ipotizzando il possibile ruolo della variabilità glicemica a spiegare tale variazione di rischio. Esistono pochi dati in letteratura, ottenuti soltanto con l'automonitoraggio glicemico (SMBG), che avvalorino tale ipotesi.

**Scopo dello studio.** Abbiamo indagato, mediante monitoraggio in continuo del glucosio (CGM), l'associazione tra RD e parametri di variabilità glicemica (SD, CONGA 2, MAGE), iperglicemia acuta (HBGI) ed esposizione glicemica cronica (AG e AUC tot).

**Soggetti e metodi.** Sono stati studiati 68 pazienti con età compresa tra 19 e 69 anni, 35 affetti da diabete mellito di tipo 1 (DM1) e 33 da diabete mellito di tipo 2 (DM2). La prevalenza di retinopatia è risultata 43% nel DM1 e 39% nel DM2. I valori di tutti gli indicatori sono stati ottenuti con CGM, eseguito per 72 ore. La diagnosi di retinopatia è stata posta con un esame di oftalmoscopia diretta o indiretta, dopo l'induzione di midriasi mediante tropicamide. Il valore di HbA<sub>1c</sub> è stato misurato al basale e a distanza di 6 settimane dal monitoraggio, per valutare la stabilità del controllo glicemico.

**Risultati.** L'analisi univariata ha dimostrato una stretta associazione tra RD e durata di malattia (OR 5,6; intervallo di confidenza, IC 1,94-15,97), terapia insulinica intensiva (OR 5,6; IC 1,14-27,30), SD (OR 1,03; IC 1,01-1,06) e CONGA 2 (OR 1,02; IC 1,00-1,04), entrambi indicatori di variabilità, e HBGI (OR 1,1; IC 1,01-1,18), parametro che riflette l'iperglicemia acuta. Non sono risultate correlazioni significative con l'HbA<sub>1c</sub> ( $p = 0,065$ ). La regressione multivariata ha evidenziato come la durata di malattia sia il parametro più significativamente correlato alla RD (OR 4,9; IC 1,59-15,37).

**Conclusioni.** Questi risultati, ottenuti con l'applicazione del CGM, rinforzano l'evidenza che la lunga durata di malattia sia il fattore più strettamente associato con la RD. D'altra parte questi dati suggeriscono che oltre all'HbA<sub>1c</sub>, abbia un ruolo come fattore di rischio di RD anche la variabilità glicemica, in particolare le oscillazioni glicemiche acute (rappresentate da CONGA 2 e SD) e l'iperglicemia acuta (rappresentata da HBGI).

#### La gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'Azienda ULSS 5 della Regione Veneto. Dati preliminari

Lombardi S<sup>1</sup>, Marangon C<sup>2</sup>, Iaccarino M<sup>1</sup>, Costa S<sup>1</sup>, Lora L<sup>3</sup>, Stefani GP<sup>3</sup>, Bianco N<sup>3</sup>, Rancan S<sup>1</sup>, Cocchio C<sup>4</sup>, Furlan P<sup>4</sup>, Baldo V<sup>4</sup>, Cristofolletti M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOSD Diabetologia ed Endocrinologia ULSS 5; <sup>2</sup>Distretto ULSS 5; <sup>3</sup>MMG ULSS 5; <sup>4</sup>Dipartimento Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Università di Padova

**Introduzione.** L'elevata incidenza e prevalenza del diabete richiedono una valutazione dei modelli assistenziali-gestionali. In accordo con le attuali indicazioni della Regione Veneto la corretta sinergia tra le varie strutture che si occupano della gestione del paziente diabetico, e in particolare tra l'assistenza special-

stica dei servizi di diabetologia e la medicina generale (MMG), può ridurre l'impatto socioeconomico del diabete. In questo studio riportiamo i dati relativi alla gestione integrata per il triennio 2008-2010 nell'Azienda ULSS 5 Ovest-Vicentino.

**Obiettivo.** Stimare la prevalenza della malattia diabetica ed effettuare una preliminare valutazione dell'andamento clinico dei soggetti in carico alla gestione integrata.

**Materiale e metodi.** Per il calcolo della prevalenza i casi sono stati identificati utilizzando gli archivi dei ricoveri ospedalieri (ICD9-CM: 250\*), delle prescrizioni farmaceutiche (ATC: A10\*), delle esenzioni ticket (013.250) e della gestione integrata. La durata della malattia è stata calcolata dalla data della prima visita diabetologica, mentre la durata della gestione integrata dalla data di presa in carico dal MMG. Per entrambe le durate la data di termine è indicata al 31/12/2010 o alla data di decesso.

**Risultati.** La prevalenza di diabete mellito nell'Azienda ULSS 5 Ovest-Vicentino è il 7,8%. Afferiscono al servizio di diabetologia 10.167 diabetici (96,4% tipo 2) che rappresentano il 5,6% della popolazione dell'ULSS 5. Hanno aderito al progetto 111 medici su 120 con un tasso di adesione pari al 92,5%. I soggetti in carico alla gestione integrata sono complessivamente 3187 (età media  $65,6 \pm 11,8$  anni), di questi il 56,6% di sesso maschile. La durata del diabete è di  $6,0 \pm 5,3$  anni e la durata media della gestione integrata è risultata di  $24,6 \pm 12,5$  mesi (78.555 mesi totali). I pazienti deceduti sono 91 per tutte le cause, di questi 48 (52,7%) con causa di morte correlabile a complicanze del diabete (patologie del metabolismo, neuropatie e cardiocircolatorio). Il 2,7% del campione ha avuto un ricovero in cui è stata indicata una diagnosi di dimissione specifica per diabete. L'82,4% dei soggetti è in terapia farmacologica.

**Conclusioni.** I dati preliminari indicano una buona adesione al progetto da parte dei MMG in considerazione dell'utilizzo della cartella informatizzata condivisa che consente la gestione dei dati del paziente anche da parte del servizio di diabetologia. Nella popolazione analizzata le variabili cliniche considerate presentano un andamento relativamente stabile nel periodo di gestione integrata.

#### L'impatto di liraglutide su alcuni fattori di rischio cardiovascolare in pazienti con diabete mellito di tipo 2

Mesturino CA, Brun E, Simoncini M, Strazzabosco M

UOC Endocrinologia, Malattie Metaboliche e Servizio di Diabetologia, Ospedale Regionale S. Bortolo, ULSS n. 6, Vicenza

**Introduzione.** La terapia farmacologica del diabete mellito di tipo 2 ha come obiettivo principale la diminuzione delle complicanze cardiovascolari. Per ottenere questo è necessario migliorare il compenso glicemico e ridurre i fattori di rischio cardiovascolare (CV).

L'obiettivo dello studio è di valutare l'impatto di liraglutide su controllo glicemico e alcuni parametri del rischio CV.

**Disegno dello studio e metodi.** Abbiamo valutato pazienti diabetici di tipo 2 obesi, giunti consecutivamente al servizio tra dicembre 2010 e luglio 2011 in scadente controllo glicemico con ADO (antidiabetici orali) ai quali è stata aggiunta liraglutide. Sono stati analizzati i valori medi dei parametri al baseline e dopo follow-up di 4 e 8 mesi. L'analisi statistica è stata eseguita con Wilcoxon T-test e la significatività espressa *vs* baseline.

**Caratteristiche al baseline.** Numero pazienti: 64 (36 M/28 F); età media:  $58 \pm 10,6$  aa; durata malattia:  $11,3 \pm 8,4$  aa; HbA<sub>1c</sub>:  $8,8 \pm 1,6\%$ ; peso:  $105,6 \pm 22,9$  kg; WC:  $120,3 \pm 13,4$  cm; BMI:  $37,4 \pm 6,9$  kg/m<sup>2</sup>; col. tot.:  $162,3 \pm 34,2$  mg/dl; HDL:  $44,2 \pm 10,6$  mg/dl; PAS:  $143 \pm 17,1$  mmHg; PAD:  $81,7 \pm 9,9$  mmHg.

**Risultati.** Sessantadue pazienti hanno raggiunto il 1° follow-up

a 4 mesi. In questi l'HbA<sub>1c</sub> è diminuita da  $8,8 \pm 1,6\%$  a  $7,9 \pm 1,1\%$  ( $p < 0,0001$ ) e nei 18 pz giunti a 8 mesi da  $8,7 \pm 1,7$  a  $7,8 \pm 1,3$  ( $p = 0,0271$ ). Il peso medio è sceso da  $105,6 \pm 21,3$  kg a  $102,5 \pm 21,2$  kg ( $p = 0,0001$ ) dopo 4 mesi e da  $100,9 \pm 15$  kg a  $98,1 \pm 15,7$  kg nei 18 pz giunti a 8 mesi (ns). La PAS e la PAD si sono ridotte rispettivamente di 0,4 e 0,8 mmHg al 4° mese (ns) e di 3,3 mmHg e 2,5 mmHg all'8° mese (ns). Il col. tot. è diminuito da  $157,8 \pm 35,4$  mg/dl (n pz: 41) a  $149,8 \pm 34,6$  mg/dl (n pz = 41) ( $p = 0,0013$ ) al primo follow-up. L'HDL è diminuito rispettivamente di 1,4 mg/dl e 0,2 mg/dl al 1° e 2° follow-up e i TGL sono diminuiti di 5,4 mg/dl e aumentati di 15,8 mg/dl (ns) rispettivamente al 1° e 2° follow-up. La microalbuminuria (n pz 29) è scesa da  $24,9 \pm 46$  a  $21,5 \pm 50,6$  mg/g ( $p = 0,0424$ ) al 1° follow-up. La riduzione dell'HbA<sub>1c</sub> al follow-up di 4 mesi, è stata superiore nei pazienti con durata di malattia < 10 aa ( $-1,10\%$ ) rispetto a quelli con durata > 10 anni ( $-0,50\%$ )  $p < 0,01$ .

**Conclusioni.** Il trattamento con liraglutide ha ridotto significativamente sia l'HbA<sub>1c</sub> sia il peso dei pazienti. Il controllo glicemico è migliorato maggiormente nei pazienti con minore durata di malattia; Il colesterolo totale e la microalbuminuria sono significativamente migliorati. L'analisi dei parametri su esposti continuerà nel tempo, per monitorare l'andamento degli stessi ai follow-up successivi.

#### Bibliografia.

Holman et al. N Engl J Med 2008;359:1577-89.

Zinman et al. Diabetes Care 2009;32:1224-30.

Marre et al. Diabet Med 2009;26:268-78.

#### Caso clinico: psoriasi e diabete

Senesi A, Moro E, Piazza D, Semplicini A

Centro Antidiabetico, Ospedale Civile SS Giovanni e Paolo, Venezia

**Introduzione.** È nota una correlazione tra diabete e psoriasi, ed è noto come la patogenesi della patologia dermatologica sia su base sia immunitaria sia infiammatoria.

**Caso clinico.** Donna di 60 anni. Giunge al servizio di diabetologia per visita di controllo.

**Anamnesi familiare.** Familiarità positiva per diabete e cardiopatia ischemica.

**Anamnesi patologica remota.** Diabete mellito di tipo 2 dal 2003, dislipidemia, ipertensione arteriosa. Dal 2004 psoriasi diffusa alle gambe.

**Anamnesi patologica prossima.** La paziente si presenta al centro per visita di controllo.

- Visita 1 (maggio 2010): HbA<sub>1c</sub> 13%, peso 78,5 kg, h: 154 cm. Iniziata terapia con metformina 1000 × 3 + exenatide 0,5 µg × 2 + gliclazide 30 1 cp.
- Visita 2 (giugno 2010): migliorate le glicemie all'autocontrollo. Peso 70,5 kg. Si potenzia exenatide a 10 µg × 2.
- Visita 3 (settembre 2010): la paziente lamenta nausea e vomito. HbA<sub>1c</sub> 8,1%, peso 69,5 kg. Si sospende exenatide e si inizia liraglutide 0,6 per 1 settimana per poi passare a 1,2.
- Visita 4 (gennaio 2011): HbA<sub>1c</sub> 7,3%, peso 70 kg. La paziente riferisce benessere. Riferisce, dopo due mesi di trattamento con liraglutide, la completa scomparsa della psoriasi e un miglioramento nei capelli (più forti e folli).
- Visita 5 (maggio 2011): HbA<sub>1c</sub> 7,1%, peso 70 kg. Benessere. Ottimi controlli glicemici.
- Visita 6 (settembre 2011): HbA<sub>1c</sub> 6,9%, peso 69,5 kg. Benessere. Continua terapia impostata.

**Conclusioni.** Nel caso clinico presentato, sembra confermato come il miglioramento del compenso glicemico possa indurre un miglioramento della malattia psoriasica. Nel nostro caso è inte-

ressante notare come la risoluzione della psoriasi cronica sia avvenuta due mesi dopo la terapia a base di liraglutide, mentre non si sia ottenuto nessun effetto durante i 4 mesi di trattamento con exenatide. L'ipotesi, riportata in letteratura, secondo cui ci potrebbe essere un coinvolgimento diretto degli agonisti del GLP-1R sui meccanismi infiammatori legati alla psoriasi, è molto interessante, ma ancora da indagare completamente.

#### Bibliografia.

Nauck et al. *Diabetes Care* 2009;32:84-90.  
Zinman et al. *Diabetes Care* 2009;32:1224-30.  
Marre et al. *Diabet Med* 2009;26:268-78.  
Yang. *Br J Dermatol* 2011 DOI 10.1111/j.1365-2133.2011.10494.x.  
Drucker. *Diabetologia* 2011;54:2741-4.  
Hogan. *Diabetologia* 2011;54:2745-54.

#### Liraglutide, nella pratica clinica, mantiene le "promesse" dei trial registrativi?

Vinci C<sup>1</sup>, Trevisan G<sup>2</sup>, Mazzanti G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servizio Diabetologia, Ospedale S. Dona' di Piave; <sup>2</sup>Servizio Diabetologia, Ospedale Jesolo; <sup>3</sup>Dipartimento di Medicina, Ospedale S. Dona' di Piave

**Razionale e obiettivi.** Ultimamente la ricerca ha sviluppato nuovi farmaci ipoglicemizzanti. Fra questi le incretine costituiscono un'opportunità per la cura del diabete di tipo 2. In particolare la liraglutide, un analogo del GLP-1, oltre che controllare la glicemia avrebbe azione sul peso. Abbiamo condotto un'analisi descrittiva dei risultati, confrontando l'andamento medio degli endpoint con i risultati di una metanalisi degli studi registrativi in

cui si analizzano i risultati di liraglutide associata agli OHA (*oral hypoglycaemic agents*, antidiabetici orali) preesistenti.

**Materiale e metodi.** Negli ultimi 12 mesi sono stati messi in terapia con liraglutide 92 pazienti. Di questi 53 hanno effettuato il 1° follow-up.

**Caratteristiche al baseline.** Pazienti: 53 (31 M/22 F); età media: 56,3 aa; durata media follow-up: 7,6 mesi; durata malattia: 6,49 aa; HbA<sub>1c</sub>: 8,84%; peso: 104,73 kg.

**Risultati principali.** L'HbA<sub>1c</sub> (8,84%; n = 53) dopo 4 mesi è passata a 7,66% (n = 53) e dopo 8 mesi a 7,46% (n = 34). L'HbA<sub>1c</sub>, nei pazienti trattati con liraglutide 1,2 mg/die o 1,8 mg/die (baseline 8,89%, n = 26 e 8,82%, n = 26 rispettivamente), è andata riducendosi a 7,48% (n = 26) e a 7,33% (n = 11) dopo 4 e 8 mesi con 1,2 mg/die, e a 7,85% (n = 26) e a 7,6% (n = 20) dopo 4 e 8 mesi con 1,8 mg/die. Tali dati sono simili a quelli ottenuti da Holst (-1,3% con 1,2 mg/die e -1,5% con 1,8 mg/die, in 26 settimane). Il peso si è ridotto mediamente di 3,02 kg (n = 53) dopo 4 mesi e di 4,16 kg (n = 32) dopo 8 mesi. Tale dato è superiore a quello ottenuto nella metanalisi (-1,2 kg con 1,2 mg/die e -1,7 kg con 1,8 mg/die) dopo 6 mesi. La FPG (*fasting plasma glucose*, glicemia plasmatica a digiuno) media (baseline 189,58 mg/dl; n = 52) è stata, dopo 8 mesi, di 143,83 mg/dl (n = 30): dato in accordo con quello della metanalisi.

**Conclusioni.** Possiamo concludere che la nostra esperienza con liraglutide conferma i dati ottenuti da Holst nella metanalisi dei principali trial.

#### Bibliografia.

Nauck et al. *Diabetes Care* 2009;32:84-90.  
Zinman et al. *Diabetes Care* 2009;32:1224-30.  
Marre et al. *Diabet Med* 2009;26:268-78.  
Holst et al. *Diabetologia* 2009;52(suppl. 1):S288 (abstract 736).