

il Diabete



SUPPLEMENTO I
N° 1 MAGGIO 2016

ABSTRACTS

26
congresso nazionale

SOCIETÀ ITALIANA DI DIABETOLOGIA
SD

RIMINI
4-7 maggio 2016
PALACONGRESSI DI RIMINI

P248**DIVERSA EFFICACIA CLINICA E BIOCHIMICA DELLA TERAPIA CON LIRAGLUTIDE IN UNA POPOLAZIONE DI DIABETICI DI TIPO 2 IN RELAZIONE AI VALORI BASALI DI HbA1c**S. Radellini¹ E. Vigneri¹ A. Ciresi¹ F. Pantò¹ C. Giordano¹¹Dipartimento Biomedico di Medicina Interna e Specialistica (Di.Bi.M.I.S.), Sezione di Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo, Università di Palermo

Background: i criteri AIFA di rimborsabilità dei farmaci ad azione incretinomimetica limitano notevolmente l'utilizzo degli stessi ad un range molto ristretto di HbA1c alla prima prescrizione (7,5-8,5%), escludendone quindi dal loro utilizzo i pazienti con più severo scompenso glicometabolico. **Obiettivi:** valutare la diversa efficacia di liraglutide durante i primi 12 mesi di terapia in relazione ai valori di HbA1c di partenza. **Metodi:** sono stati retroattivamente valutati i dati clinici e metabolici di 62 pazienti diabetici di tipo 2 (38 M, 24 F, range età 29-74 aa, range durata di malattia 0-30 aa) trattati in un periodo antecedente l'entrata in vigore dei limiti di rimborsabilità AIFA, in terapia stabile per 12 mesi con liraglutide 1,2 mg/die, suddivisi in base all'HbA1c di partenza in gruppo A (n° 34 pz con HbA1c ≤8,5%; media 7,3±0,7%) e gruppo B (n° 28 pz con HbA1c >8,5%; media 9,8±1,2%). I due gruppi sono risultati appaiati per età, sesso, BMI, durata di malattia e terapia associata (n° 29 pz in duplice con metformina, n° 33 pz in triplice con metformina e sulfanilurea). **Risultati:** in tutti i pazienti, indipendentemente dalla terapia associata, dopo 12 mesi si osserva una riduzione significativa di HbA1c (p<0,01), BMI (p<0,01), circonferenza vita (CV) (p<0,01), pressione sistolica (p<0,01) e diastolica (p<0,01) e il delta-HbA1c a 12 mesi correla significativamente con il delta-BMI (p=0,007) e delta-CV (p=0,023). Il gruppo B mostra un delta-BMI a 6 mesi (-1,8±1,5 vs -1±1,4 Kg/m²; p=0,032) e un delta-HbA1c sia a 6 (-2,9±1,7 vs -0,7±0,7%; p<0,001) che a 12 mesi (-2,9±1,7 vs -0,5±0,7%; p<0,001) significativamente superiore al gruppo A. Inoltre, un maggiore delta-HbA1c sia a 6 (-2,3±2 vs -1,1±1,1%; p=0,006) che a 12 mesi (-2,2±2 vs -1±1,1%; p=0,010) si verifica nel gruppo in duplice terapia rispetto a quello in triplice. **Conclusioni:** Liraglutide dimostra una migliore efficacia sia clinica che biochimica nei pazienti con scompenso glicometabolico più severo e verosimilmente in fase più precoce di malattia (duplice vs triplice terapia).

P250**EFFICACIA DI SITAGLIPTIN, VILDAGLIPTIN E LINAGLIPTIN "IN ADD-ON A METFORMINA" IN PAZIENTI CON D.M. TIPO 2 NON CONTROLLATI**A. Del Buono¹ U. Amelia² M. Cutolo³ E. Lapice⁴ M. Laudato⁵ S. Masi⁶ G. Memoli⁷ C. Mitranos⁸ G. Nunziata⁶ D. Oliva² P. Paraggio⁹ G. Pozzuoli¹ V. Starnone¹ S. De Riu² A. Vetrano¹¹ASL Caserta² ASL Salerno³ ASL Napoli3sud⁴ ASL Avellino⁵ ASL Napoliznord⁶ ASL Napoli3sud

Introduzione: le gliptine differiscono per caratteristiche chimiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche che possono essere clinicamente rilevanti. Estremamente esigui sono gli studi di confronto tra le varie gliptine. **Scopo:** valutare l'efficacia a 6 mesi ed a 1 anno di 3 diverse gliptine (sitagliptin, vildagliptin e linagliptin) nella pratica clinica quotidiana. **Materiali e Metodi:** abbiamo osservato in maniera retrospettiva 283 uomini e 215 donne con d.m. tipo 2 a cui è stato aggiunto sitagliptin (n° 170), vildagliptin (n°165) o linagliptin (n°163) alla terapia con metformina perché non adeguatamente compensati (HbA1c ≥7,0% e <8,5%). Sono stati misurati al basale, a 6 e 12 mesi l'antropometria, la pressione arteriosa e i parametri glicometabolici. Al basale i 3 gruppi non differivano per età, parametri glicometabolici, pressione arteriosa, terapia ipolipidizzante o antiipertensiva. Tutte le gliptine hanno ridotto significativamente dopo 6 mesi di trattamento sia la glicemia a digiuno che l'HbA1c e la loro efficacia si è confermata a 12 mesi. Tuttavia il sitagliptin si è dimostrato il meno efficace nel ridurre l'HbA1c rispetto al vildagliptin e al linagliptin (-0,6±0,8 vs -0,9±0,8 vs -0,9±0,7%; p<0,01). La glicemia a digiuno si è ridotta significativamente di più nel gruppo trattato con il vildagliptin (-27±33 vs -15±38 sitagliptin vs -19±35mg/dl linagliptin p>0,01). Una maggiore percentuale di pazienti in terapia con vildagliptin ha raggiunto il target di HbA1c <7% (78% vs 55% sitagliptin e 69% linagliptin p<0,005). Le 3 gliptine sono state in grado di dare un lieve ma significativo decremento ponderale con conseguente riduzione di colesterolo, trigliceridi ed aumento di HDL sebbene non statisticamente significativi e senza differenze tra le 3 molecole. Tutte hanno ridotto inoltre sia la pressione sistolica che diastolica ma il linagliptin è stato il più efficace sul decremento sistolico a 12 mesi rispetto a sitagliptin e linagliptin (9,9 vs -2,1 vs 4,8 mmHg p=0,02). **Conclusioni:** le 3 gliptine sono tutte efficaci su glicata e glicemia a digiuno ma vildagliptin è il più efficace sul compenso glicometabolico e il linagliptin sul decremento pressorio.

P249**USO DI EXENATIDE RETARD IN PAZIENTI OBESI AFFETTI DA DIABETE MELLITO TIPO 2**M. Chianelli¹ F. M. Graziano¹ R. Rinaldi¹ I. Misischi¹ L. Petrucci¹ R. Guglielmi¹ E. Papini¹¹UOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo

Razionale e Scopo: l'obesità è un fattore di rischio cardiovascolare indipendente nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 (T2DM). Nel fallimento secondario della terapia con metformina e secretagoghi, il trattamento insulinico favorisce un ulteriore incremento di peso. **Scopo dello Studio:** verificare l'efficacia dell'exenatide su controllo glicemico e peso corporeo in tre gruppi di pazienti obesi con T2DM: A. pazienti in terapia insulinica multi-iniettiva con HbA1c 7,5-9,0%; B. pazienti in terapia con metformina e sulfonilurea con HbA1c 7,5-9,0%; C. pazienti neodiagnosticati con severo scompenso glicemico (HbA1c >9,0%). **Materiali e Metodi:** i pazienti, con durata di malattia variabile da 0-33 anni, sono stati valutati all'arruolamento mediante determinazione di peptide C, creatinina e GFR, lipasi, amilasi e calcitonina. Venivano monitorizzati, ogni tre mesi, HbA1c, peso corporeo e assetto lipidico. **Gruppo A** (20 pazienti): laterapia insulinica è stata progressivamente sospesa e sostituita con exenatide retard unita a gliclazide retard e/o metformina in relazione al compenso glicemico; **Gruppo B** (10 pazienti): aggiunta di exenatide retard alla terapia praticata; **Gruppo C** (5 pazienti): inizio di terapia con exenatide retard, gliclazide retard e/o metformina, come per il gruppo B. **Risultati:** il trattamento è risultato ben tollerato in tutti i pazienti. Gruppo A: 17 pazienti (85%) hanno raggiunto un soddisfacente compenso metabolico (HbA1c <8,0%) e tutti hanno riportato riduzione del peso (variabile tra 0,5e 30 kg a sei mesi). Due pazienti on peptide-C <0,1 hanno interrotto per peggioramento del compenso glicemico. Un paziente ha sospeso il trattamento per scarsa compliance. Gruppo B: tutti i pazienti hanno raggiunto buon compenso metabolico (HbA1c <7,5%) con effetto variabile sul compenso del peso (0-16kg). Gruppo C: in tutti i pazienti è stato raggiunto un soddisfacente compenso metabolico (HbA1c <8,0%) con scarso effetto sul peso (riduzione <5 kg). **Conclusioni:** nei pazienti obesi affetti da T2DM in insoddisfacente compenso exenatide retard, in associazione con gliclazide e metformina si conferma un trattamento in grado di migliorare significativamente il compenso metabolico e il peso, soprattutto nei pazienti precedentemente in terapia insulinica.

P251**EFFICACIA E SICUREZZA DI LIXISENATIDE NEL TRATTAMENTO A LUNGO TERMINE DI SOGGETTI CON DIABETE DI TIPO 2: UNA META-ANALISI DAL PROGRAMMA GETGOAL**F. Broglio¹ E. Mannucci² R. Napoli³ A. Nicolucci⁴ E. Nikonova⁵ F. Purrello⁶ W. Stager⁷ R. Trevisan⁸¹S.C.D.U. Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo, Torino²Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi³ Università Federico II, Napoli e Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, Napoli⁴CORESEARCH, Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology, Pescara⁵Sanofi, Bridgewater, NJ, USA⁶Università di Catania; Direttore dell'Unità Operativa Clinizzata di Medicina Interna dell'Azienda Ospedaliera "Caribaldì" di Catania, Presidio di Nesima⁷USC Malattie Endocrine-Diabetologia, AO Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Obiettivi: valutare l'efficacia e sicurezza a lungo termine di lixisenatide (lixi), un GLP-1 RA (Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists), "short-acting", prandiale, come terapia aggiuntiva nel diabete mellito di tipo 2. **Metodi:** è stata condotta una meta-analisi a 76 settimane di cinque studi clinici, in doppio cieco, randomizzati, controllati con placebo (>3000 soggetti adulti, diabetici, non adeguatamente controllati), del programma GetGoal, in cui lixi 20 µg QD è stato somministrato in combinazione con metformina (GetGoal-M e GetGoal-F1), sulfonilurea ± metformina (GetGoal-S), insulina basale ± metformina (GetGoal-L) o pioglitazone ± metformina (GetGoal-P). **Risultati:** dopo 76 settimane di trattamento è stata osservata, rispetto al gruppo di confronto, una significativa riduzione in HbA1c (differenza LSM, Least Squared Mean, -0,41%; 95% CI: -0,51,-0,32, p<0,00001), escursione glicemica (GE, differenza LSM, -59,3 mg/dl; 95% CI: -75,1,-43,6, p<0,00001) e glicemia a digiuno (FPG, differenza LSM -8,8 mg/dl; 95% CI: -12,8, -4,9, p<0,0001). Una riduzione del peso corporeo è stata osservata nel gruppo lixi (differenza LSM, -0,4 kg; 95% CI: -0,8, -0,01, p=0,05). Il rischio di ipoglicemie dopo 76 settimane era sovrapponibile nei due gruppi di trattamento (OR, 1,29; 95% CI: 0,92,1,8, p=0,13). Gli eventi avversi più comuni erano nausea e vomito, più frequenti nelle prime 5-6 settimane. Il rischio di interruzioni dello studio non era differente tra i due gruppi (HR, 1,02; 95% CI: 0,87, 1,19, p=0,83). **Conclusioni:** Lixi, 20 µg QD, migliora il controllo glicemico anche dopo 76 settimane di trattamento (misurato da HbA1c, FPG, e GE) senza un incremento di peso corporeo e senza un significativo rischio di ipoglicemie.

