

## **UN CASO DI DIABETE MELLITO DI DIFFICILE APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO: UN'ESPERIENZA DI PRATICA CLINICA NON COSÌ RARA**

**Stefano Radellini, Carla Giordano**

**UOC Endocrinologia e Malattie Metaboliche, AOUP P Giaccone, Palermo**

**INTRODUZIONE:** Il diabete mellito rappresenta una patologia endocrino-metabolica complessa, dai meccanismi patogenetici multipli che spesso coesistono nei soggetti, così da rendere difficile lo sforzo classificativo del medico che vi si approccia.

**DESCRIZIONE DEL CASO:** AV, donna di 46 anni, normopeso (BMI 21.3 kg/m<sup>2</sup>), anamnesi familiare positiva per diabete mellito tipo 2 (padre), negativa per patologie autoimmuni. All'anamnesi remota, presenza di ipotiroidismo da tiroidite cronica autoimmune in terapia sostitutiva e celiachia in buon compenso con dieta glutino-priva, noti sin dall'epoca giovanile. Nel 2009, all'età di 40 anni veniva posta diagnosi di diabete mellito in occasione di controlli di laboratorio di routine (glicemia basale a digiuno 220 mg/dl, HbA1c 7.6%) in assenza di dimagrimento, franca poliuria e/o riscontro di chetosi o cheto-acidosi, con successivo raggiungimento di buon compenso stabile nel tempo dopo terapia dietetica + metformina 500 mg x 2. Giunge alla prima nostra osservazione nel Settembre 2015 per insorgenza acuta di severo scompenso glicometabolico, associato a disidratazione modesta e dimagrimento di circa 4 kg in due mesi (valori di glicemia al DTX invariabilmente compresi tra 200 e 300 mg/dl, HbA1c 8.7%, glicosuria positiva, chetonuria negativa, indici di flogosi negativi). La paziente viene da noi sottoposta a terapia ripolarizzante e reidratante endovenosa in regime di DH e dimessa dopo avvio di terapia insulinica sc con schema basal-bolus, previa sospensione degli antidiabetici orali. Dopo tre settimane torna a controllo ed esibisce profili glicemici caratterizzati da ripetute ipoglicemie post-prandiali nonostante piccoli boli di analogo rapido ai pasti (2 U a colazione, 4 a pranzo e 3 a cena). Documentato il raggiungimento di buon controllo glicemico, vengono programmate ulteriori indagini utili all'inquadramento eziologico del diabete mellito (dosaggio di autoimmunità pancreatica, MMTT e test al glucagone, previa sospensione di Glargine le sere precedenti i test). Le indagini effettuate mostrano: negatività dell'autoimmunità pancreatica con scarsa riserva secretiva beta-cellulare ai due test di stimolo. Ad un colloquio personale più approfondito la paziente ammette di aver eliminato i carboidrati dalla dieta al fine di ridurre le somministrazioni insuliniche. Viene concordata una terapia basal/plus con avvio di Degludec vs Glargine e un regime dietetico bilanciato personalizzato, allo scopo di ridurre il rischio di ipoglicemie e risparmiare somministrazioni insuliniche. Dopo 3 mesi, raggiungimento di ottimale compenso (HbA1c 6.7%) con estrema soddisfazione della paziente, buona compliance terapeutica e recupero ponderale di 3 kg.

**CONCLUSIONI:** in casi simili il medico si trova davanti a scelte difficili, dove il ragionamento clinico non può prescindere dalla comprensione empatica della "persona con diabete" che si cura, al fine di stabilire un'alleanza terapeutica efficace.