



Roma, 9-12 novembre 2017



ITALIAN CHAPTER

IL LABORATORIO NELL'INQUADRAMENTO DEL DIABETE IL CASO CLINICO

Paolo Marengo, MD
1° Divisione di Medicina Generale
Ambulatorio di Diabetologia
ASST-Rhodense
Ospedale di Garbagnate Milanese



Roma, 9-12 novembre 2017

CASO CLINICO 1



ITALIAN CHAPTER

H.F. di anni 51

Viene in ambulatorio per il riscontro di glicemia alterata in esami ematochimici eseguiti per la Medicina del lavoro.

H.F. è immigrato egiziano, di religione copta, sposato con donna italiana, 2 figli, operaio, in Italia da circa 20 anni



ANAMNESI FAMILIARE:

**Padre deceduto a 64 anni per cardiopatia ischemica,
diabetico, iperteso**

Madre vivente, ipertesa, obesa

3 fratelli, di cui 1 diabetico cardiopatico

2 sorelle, di cui 1 affetta da neoplasia mammaria

Sia i fratelli che le sorelle sono in sovrappeso od obesi

ANAMNESI PERSONALE:

**Muta, non fuma, non beve vino ma 1 birra da 33 cl
saltuariamente**



ESAME OBIETTIVO E DATI BIOCHIMICI

**Peso 82 chili; Altezza 1.75 m; BMI 26.7 kg/m²
PA 155/80 FC 84 ritmico**

Glicemia 124 mg/dL

Colesterolo totale 254 mg/dL

Colesterolo HDL 45 mg/dL

Trigliceridi 193 mg/dL

**Transaminasi, esame urine, creatinina, uricemia,
emocromocitometrico nella norma**



Roma, 9-12 novembre 2017



ITALIAN CHAPTER

QUALE DIAGNOSI PONIAMO O QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE PER DEFINIZIONE DI DIAGNOSI CORRETTA?

OGTT: curva dopo carico orale di glucosio?

RIPETIZIONE DI GLICEMIA A DIGIUNO?



Roma, 9-12 novembre 2017



ITALIAN CHAPTER



OGTT: curva dopo carico orale di glucosio

Esito: glicemia T0: 127 mg/dL; T +120: 245 mg/dL

HbA1c: 55 mmol/mol (7.2%)

Diabete mellito in insufficiente compenso glicemico

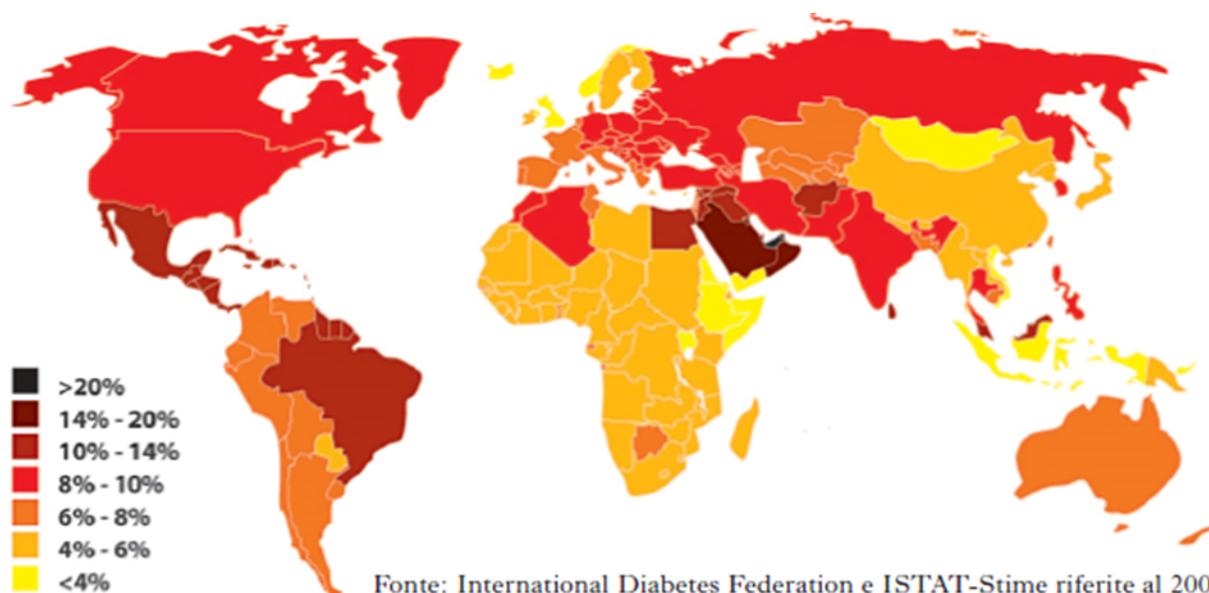


Roma, 9-12 novembre 2017



ITALIAN CHAPTER

PREVALENZA DEL DIABETE MELLITO NEL MONDO





Roma, 9-12 novembre 2017

CASO CLINICO 2



ITALIAN CHAPTER



Paziente che al momento della diagnosi di diabete ha 47 anni

Funzionario di banca, fuma 15 sigarette al giorno, moderato bevitore, modesta attività fisica

Anamnesi familiare e personale non significativa per diabete

appendicectomia, ipertensione essenziale benigna, gastrite



07/2008. All'età di 54 anni giunge alla nostra attenzione dopo essere stato seguito presso centro specialistico nord Milano e trattato con glinidi,

successivamente centro specialistico hinterland est di Milano e trattato con Metformina 500 mg 1 c x 3 e Glimepiride 2 mg 1 c a pranzo;

assume inoltre Irbersartan 300 mg 1 c al mattino, ASA 100 mg 1 c dopo cena, Pantoprazolo 20 mg 1 c a cicli.



Dati antropometrici alla visita:

H: 170 cm; P: 73.5 kg; BMI: 25.4 kg/m²;

PA 130/100 mm/Hg

Biochimica:

Glicemia 164 mg/dL;

HbA1c 7.2%;

COL T 154 mg/dL; HDL-C 58 mg/dL; TG 66 mg/dL;

LDL-C 83 mg/dL;

creatinina 1.1 mg/dL;

Emocromocitometrico, funzione epatica, esame urine, microalbuminuria nella norma.



Roma, 9-12 novembre 2017



ITALIAN CHAPTER



**Posto in terapia con Metformina 1000 mg $\frac{1}{2}$ + $\frac{1}{2}$ + 1 c;
Sitagliptin 100 mg 1 c**

Restante terapia invariata



Torna dopo 3 mesi (il paziente aveva notato rialzo delle glicemie all'autocontrollo):

Peso 72.5 kg; BMI 25.1 kg/m²; PA 140/70 mm/Hg

**Glicemia a digiuno 193 mg/dL;
HbA1c 8.6%**

Si sospende Sitagliptin e si torna a Glimepiride 2 mg 1 c a cena e Metformina 1000 ½ + ½ + 1

Si programma DH nel sospetto di LADA



Dicembre 2008 referto DH:

HbA1c 8.1%;

GAD 14.7; ICA 0.5; Ab anti-insulina 5%;

C-Peptide T0 1.66 ng/dL; T3 2.59 ng/dL; T6 2.83 ng/dL;

Si pone diagnosi di LADA

Nonostante il compenso non ottimale, il paziente rifiuta insulina.



Roma, 9-12 novembre 2017



ITALIAN CHAPTER

**Marzo 2009: TIA ma non si modifica
sostanzialmente terapia**

**Giugno 2010
Viene inserita insulina basale**

**Compenso in progressivo deterioramento
Sempre compreso fra 58 e 89 mmol/mol**