

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



## Gruppo di studio Diabete e Tumori

### **Coordinatore:**

Gennaro Clemente

### **Componenti:**

Luigi Gentile, Stefano Parini, Geremia Romano

### **Consulenti esterni:**

Nadia Cerutti, Katherine Esposito, Marco Gallo, Giuseppina Guarino

**Referente CDN:** Luca Lione



XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



## OBIETTIVI

- analizzare la relazione epidemiologica in Italia tra diabete e tumori;
- analizzare la prevalenza di alterazioni del metabolismo glicemico tra i pazienti oncologici che effettuano trattamenti antitumorali;
- indagare le conoscenze, le attitudini e gli atteggiamenti dei diabetologi italiani nella gestione clinica del paziente oncologico;
- valutare il ruolo dell'automonitoraggio glicemico nell'ottimizzazione del compenso glicemico nel paziente diabetico oncologico;
- valutare gli approcci nutrizionali attuali al paziente diabetico oncologico con alterazioni del metabolismo glucidico sul territorio italiano, e di proporre degli standard assistenziali e nutrizionali condivisi;
- promuovere e organizzare incontri, convegni e corsi sulla relazione tra diabete e tumori, nonché sugli aspetti clinici pratici e nutrizionali dell'assistenza al paziente oncologico con alterazioni glicemiche;
- realizzare un protocollo di consenso per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente diabetico oncologico, che affronti tutti gli aspetti incontrati nella pratica clinica quotidiana in questi soggetti (educazione nutrizionale, educazione all'autocontrollo della glicemia e alla gestione delle terapie antidiabetiche, assolvimento delle procedure burocratiche relative, gestione degli scompensi glicemici in Ospedale e nei Day Hospital oncologici, ecc.);
- proporre consigli e raccomandazioni per l'adozione di uno stile di vita salutare e protettivo nei confronti dell'insorgenza del diabete, delle patologie cardiovascolari e dei tumori.



## MATERIALI E METODI

- Acquisizione di dati relativi alle attuali modalità di gestione dei pazienti nelle varie Regioni Italiane.
- Tali informazioni, sono state ottenute in due fasi, una conoscitiva (Survey) ed un'altra operativa, di confronto tra Diabetologi ed Oncologi al fine di produrre un documento di consenso per la definizione di uno standard gestionale (nutrizionale, farmaco-terapeutico e di monitoraggio glicemico) di questa tipologia di pazienti.
- La survey è stata condotta utilizzando le modalità cartacea ed informatica (web), e ha interessato specialisti in Diabetologia ed Oncologia.
- La fase operativa ha visto la realizzazione di n. 2 eventi macro-regionali con la partecipazione di 15 coppie di Diabetologi e Oncologi operanti nelle stesse strutture ospedaliere/territoriali. Tali eventi sono stati realizzati in Piemonte-Valle D'Aosta (in data 23-24 Gennaio 2015) ed in Campania (17-18 Aprile 2015).

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015



Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova

13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



## SURVEY DIABETE E TUMORI




**Cari Colleghi,**

il Gruppo a Progetto Diabete e Tumori nasce dalla esigenza di migliorare i risultati clinici nonchè la qualità dei servizi offerti al paziente diabetico, con una concomitante patologia oncologica, e/o del paziente oncologico che, a seguito di terapia (chemio, radio, etc.), manifesta iperglicemia o diabete. Obiettivo del Gruppo è quello di agevolare ed ottimizzare il percorso terapeutico del paziente, offrendo una risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento talvolta inappropriato e alla frequente deviazione dalle poche raccomandazioni ad oggi esistenti.

A tal fine, il gruppo Diabete e Tumori, ha avviato un'indagine per verificare eventuali criticità (problematiche) che diabetologi ed oncologi si trovano ad affrontare nella gestione delle 2 patologie concomitanti.

Riteniamo indispensabile, inoltre, in un momento di appropriatezza terapeutica, conoscere meglio i bisogni dei nostri pazienti al fine di offrire loro una terapia integrata con l'intervento ben strutturato di tutte le figure professionali coinvolte.

Vi chiediamo quindi di compilare on-line questo breve questionario, la cui compilazione richiede solo 3 minuti, volto ad individuare le reali necessità e/o criticità (clicca qui per accedere  ).

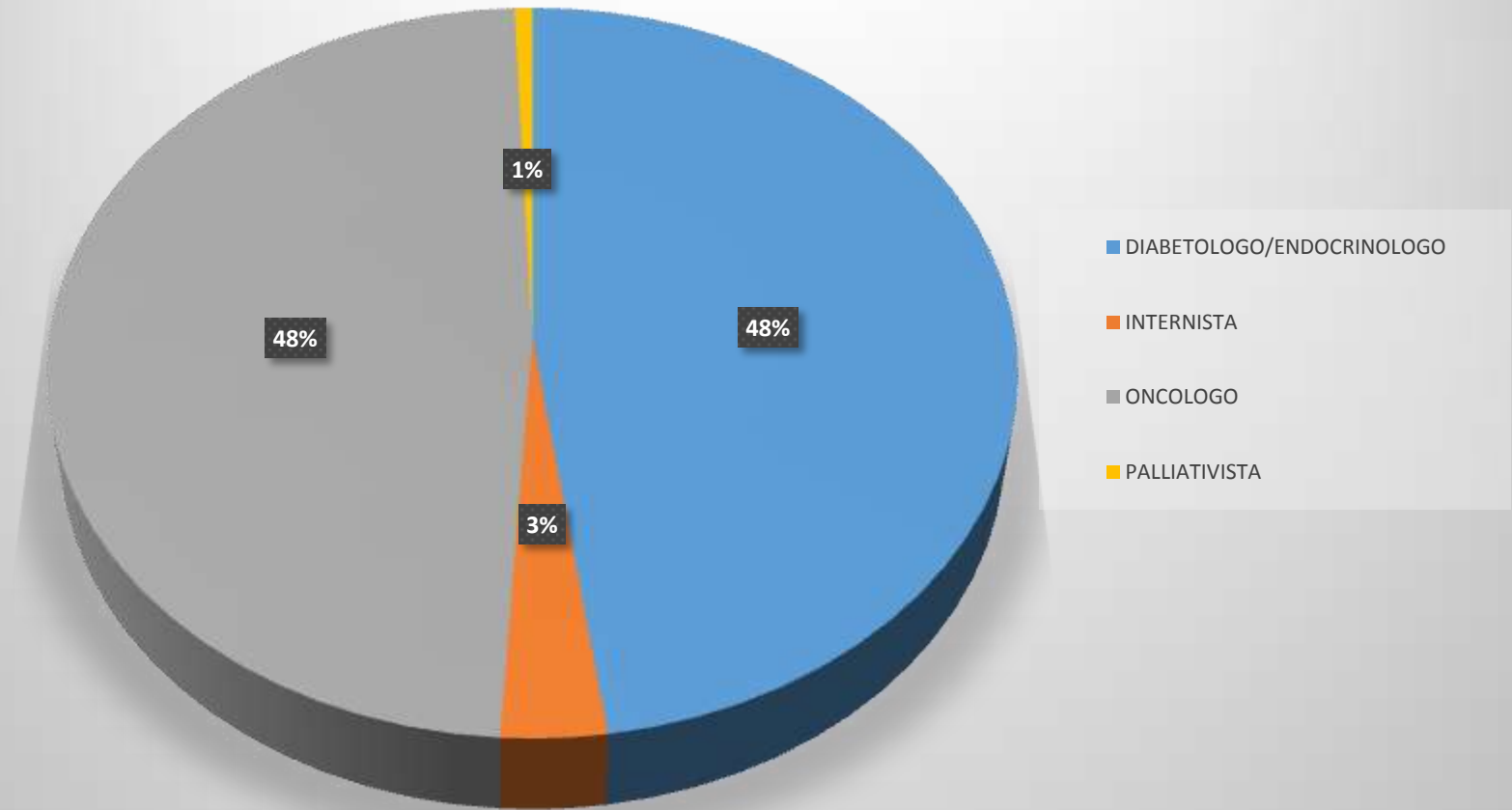
**I componenti del gruppo Diabete e Tumori vi ringraziano anticipatamente per la vostra cortesia e disponibilità.**

Buona Survey!

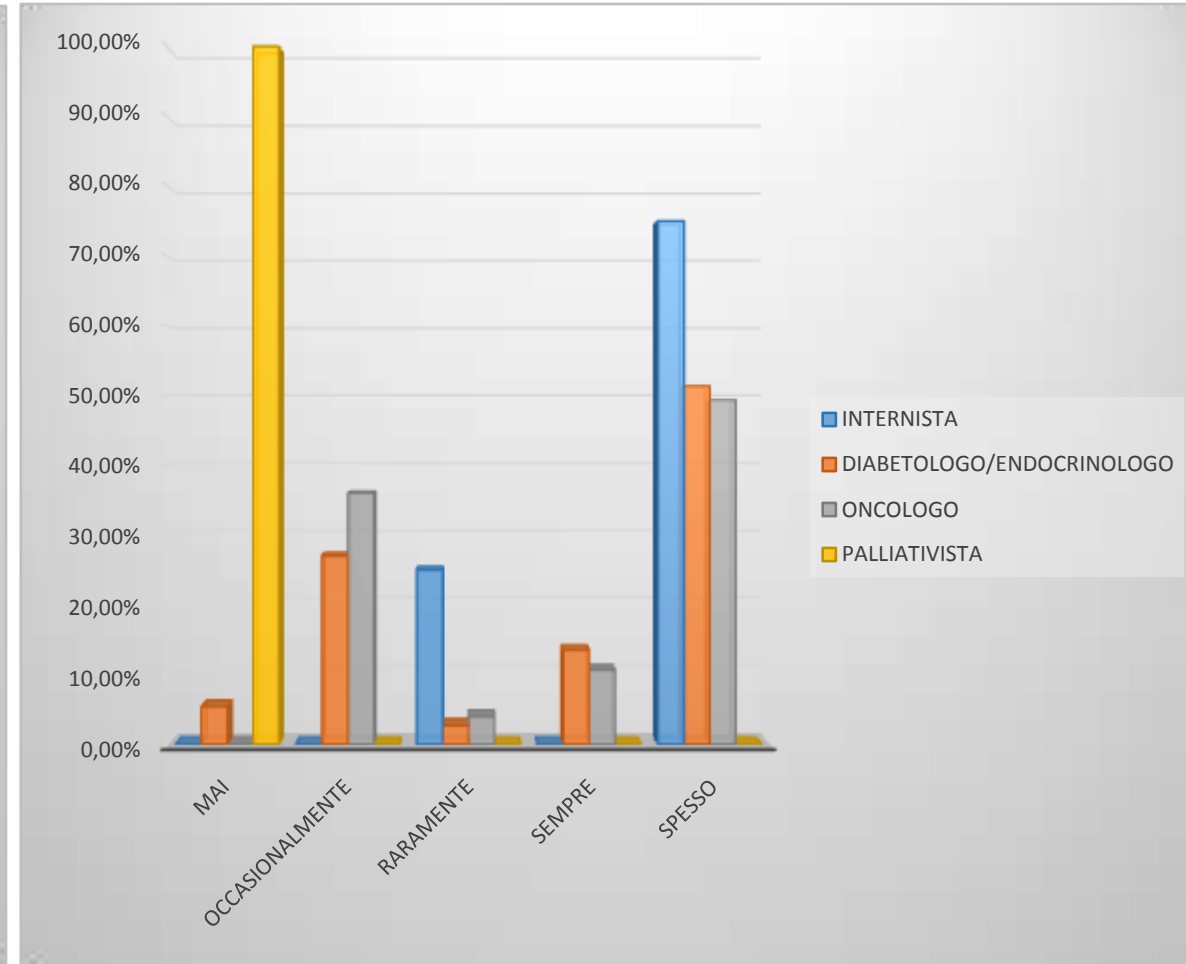
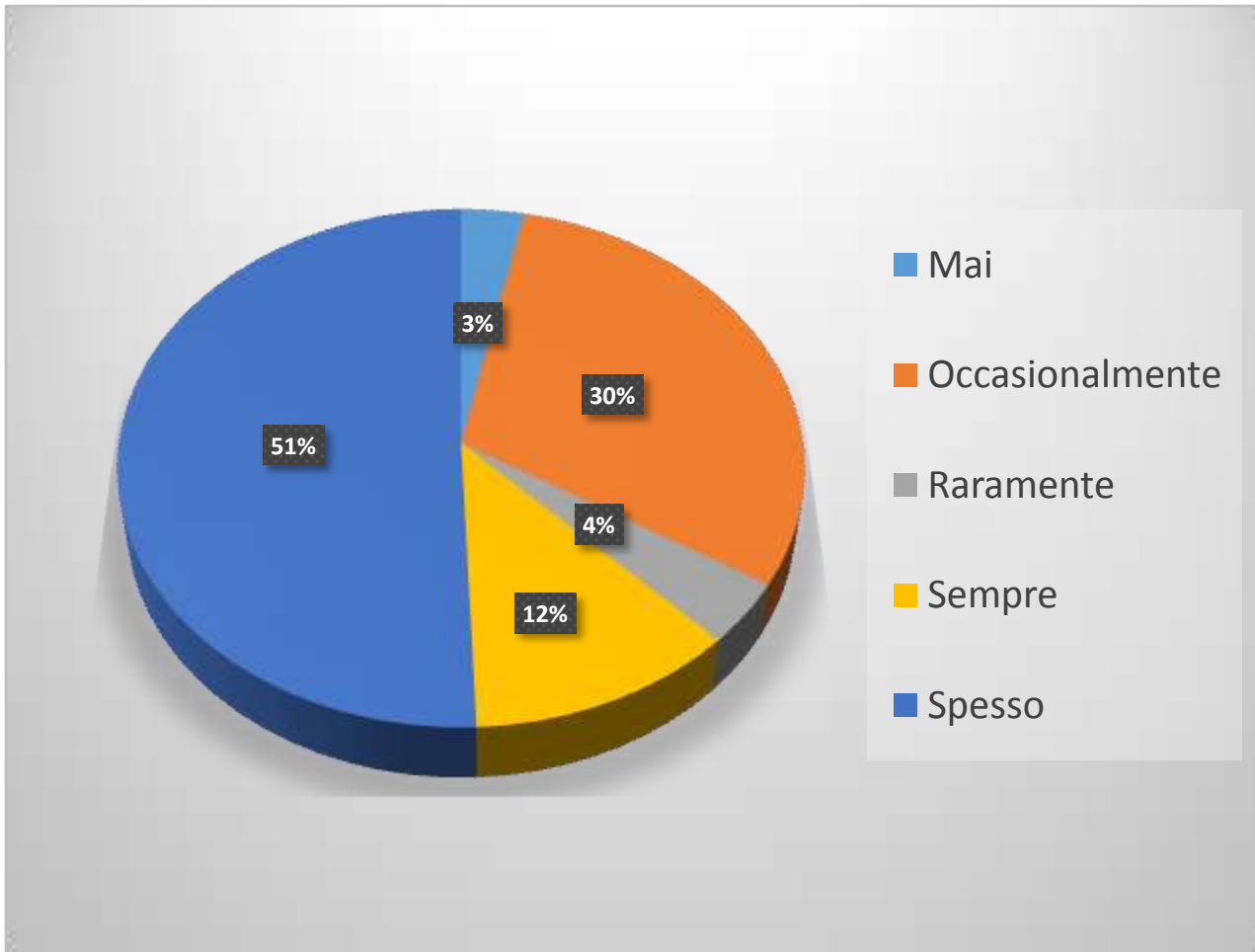
Per richiesta di informazioni e chiarimenti sulla compilazione del Questionario scrivi a [info@surveydiabeteoncologia.it](mailto:info@surveydiabeteoncologia.it);

Per accedere al sito AMD [clicca qui](#)

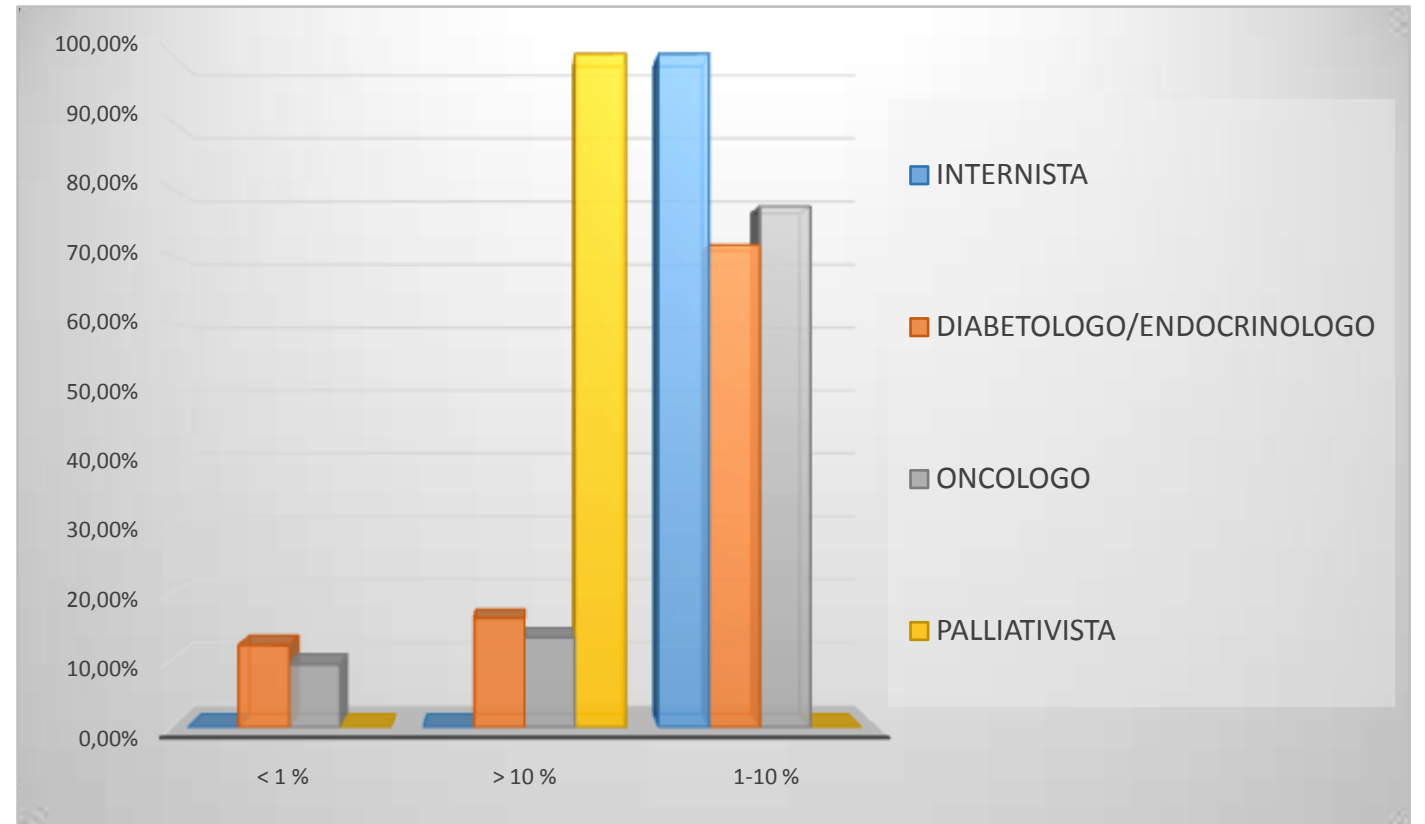
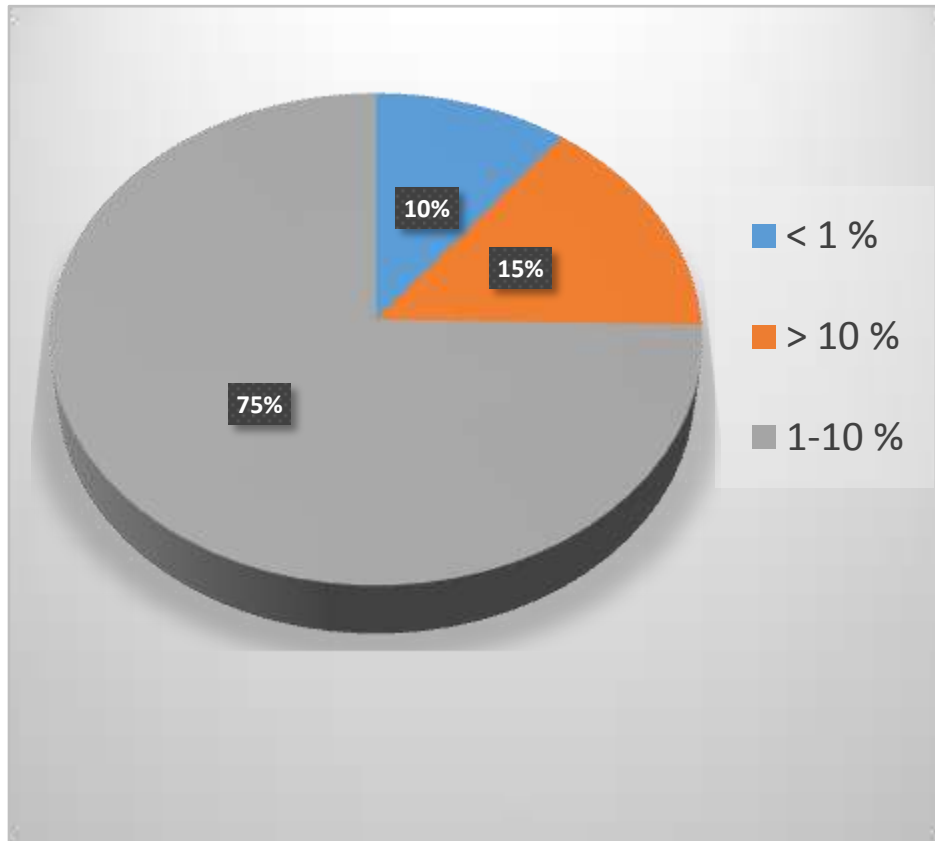
## % Soggetti partecipanti alla Survey



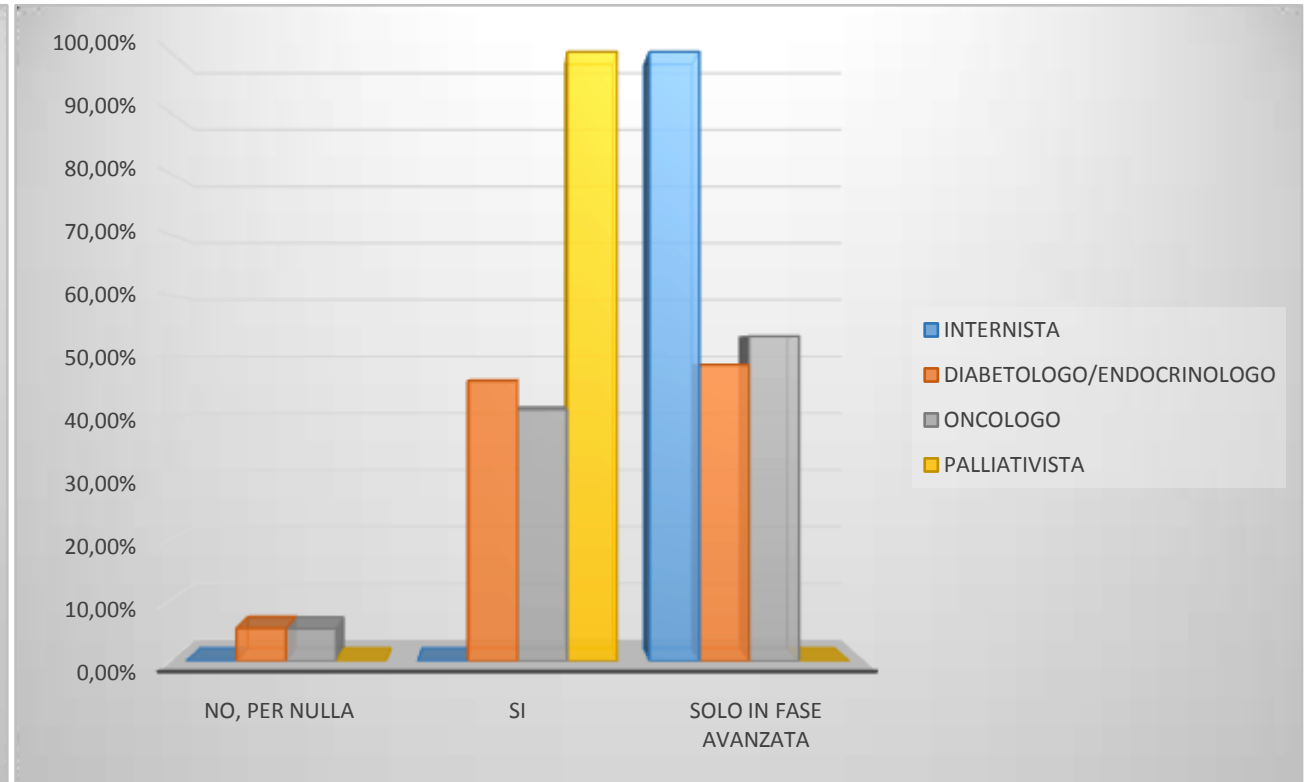
# Nella gestione del diabete dei pazienti oncologici, con percorso diagnostico terapeutico in atto, viene richiesta la tua consulenza diabetologica?



# Qual è la prevalenza di pazienti oncologici tra i tuoi assistiti affetti da diabete?

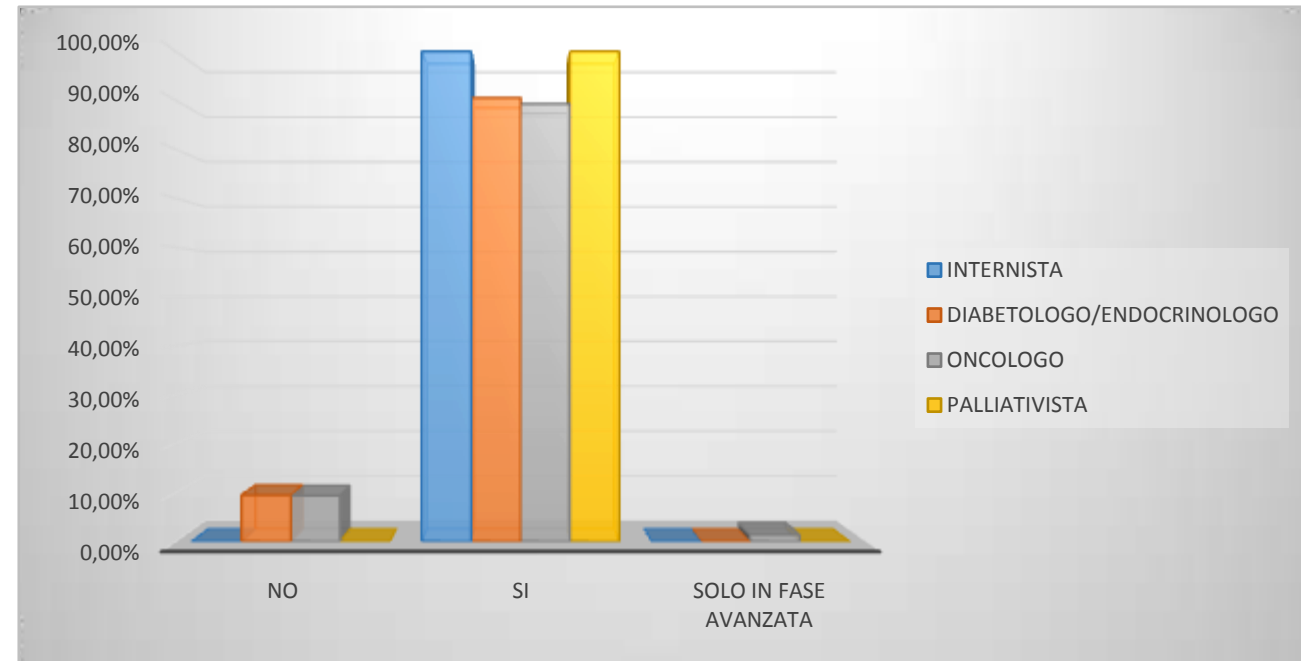
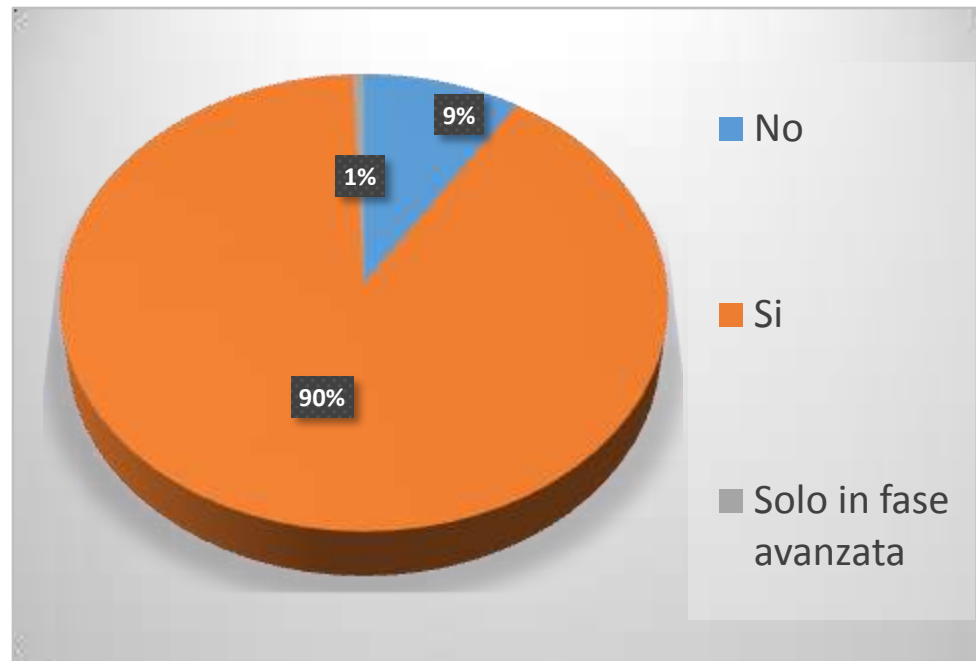


# La presenza di neoplasie attive condiziona la nutrizione dei tuoi pazienti (restrizioni dietetiche, diete formula per la nutrizione artificiale, altro)?

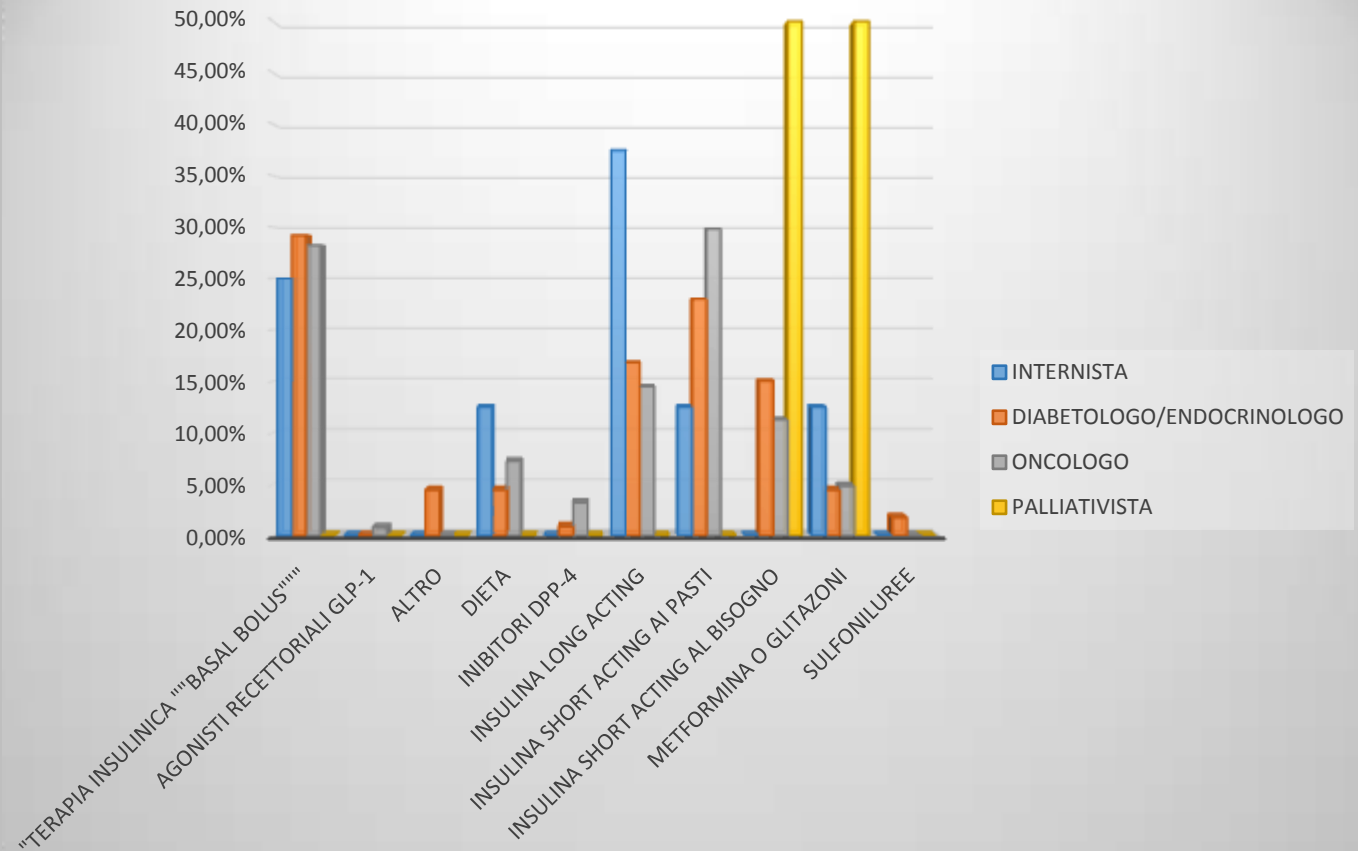
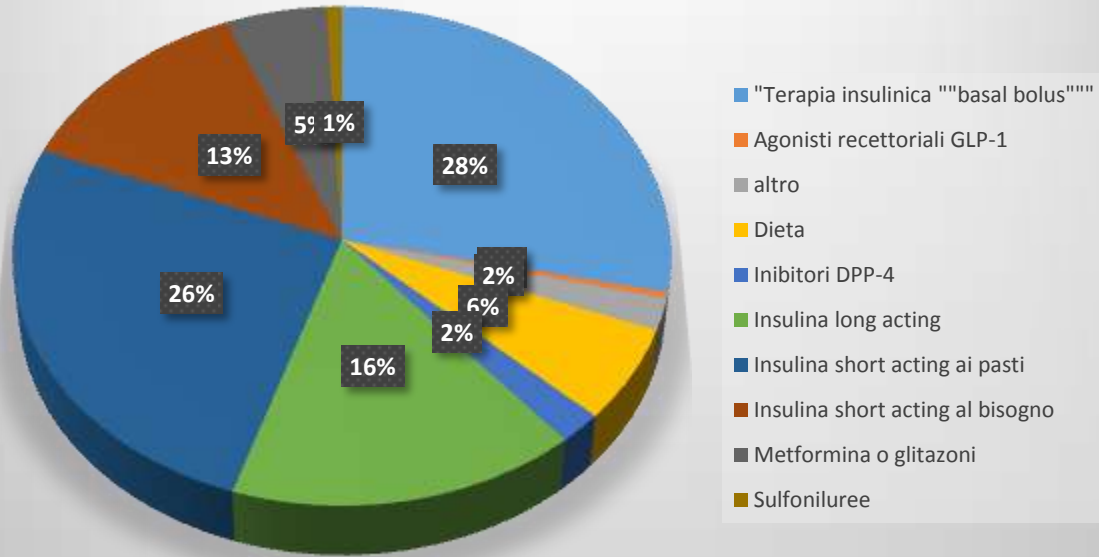




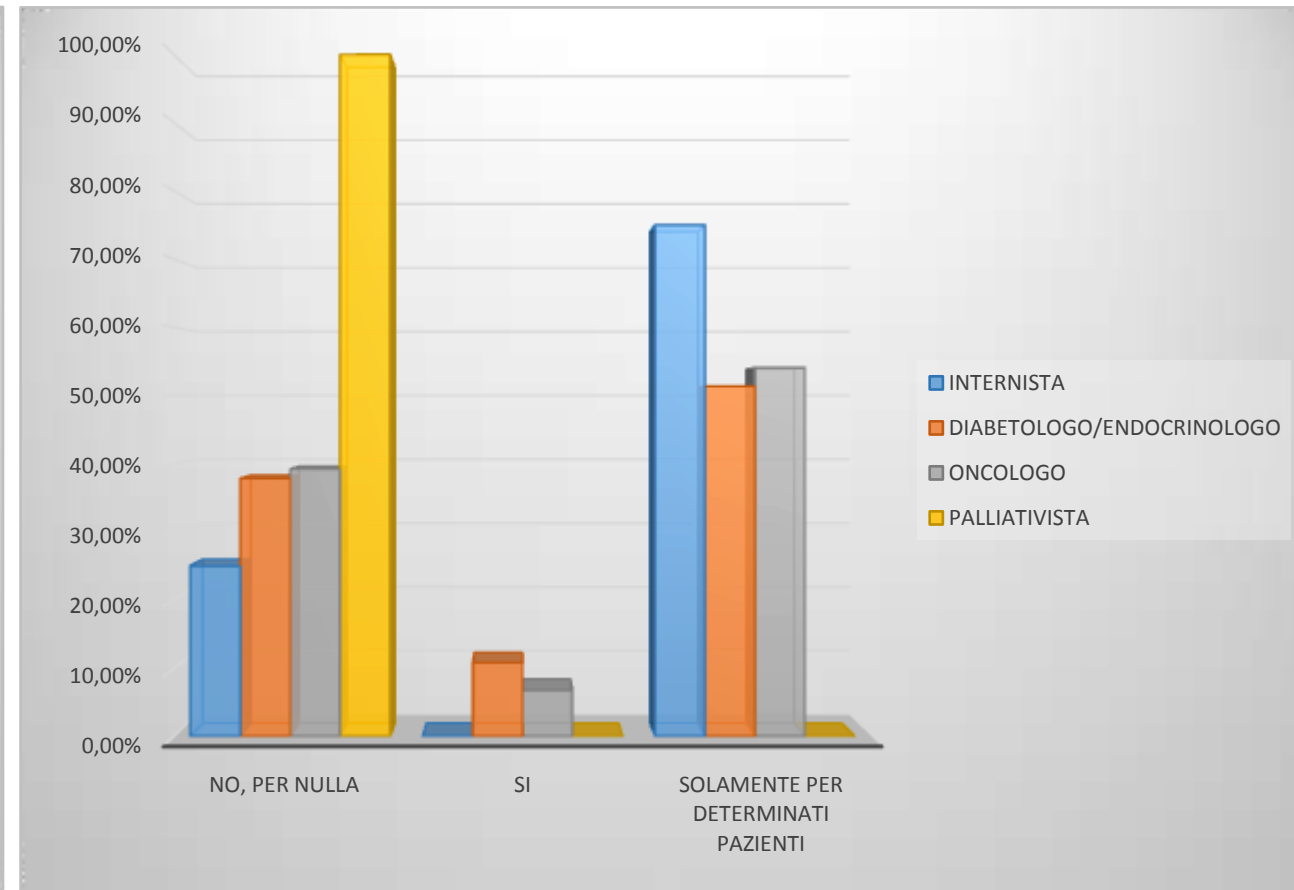
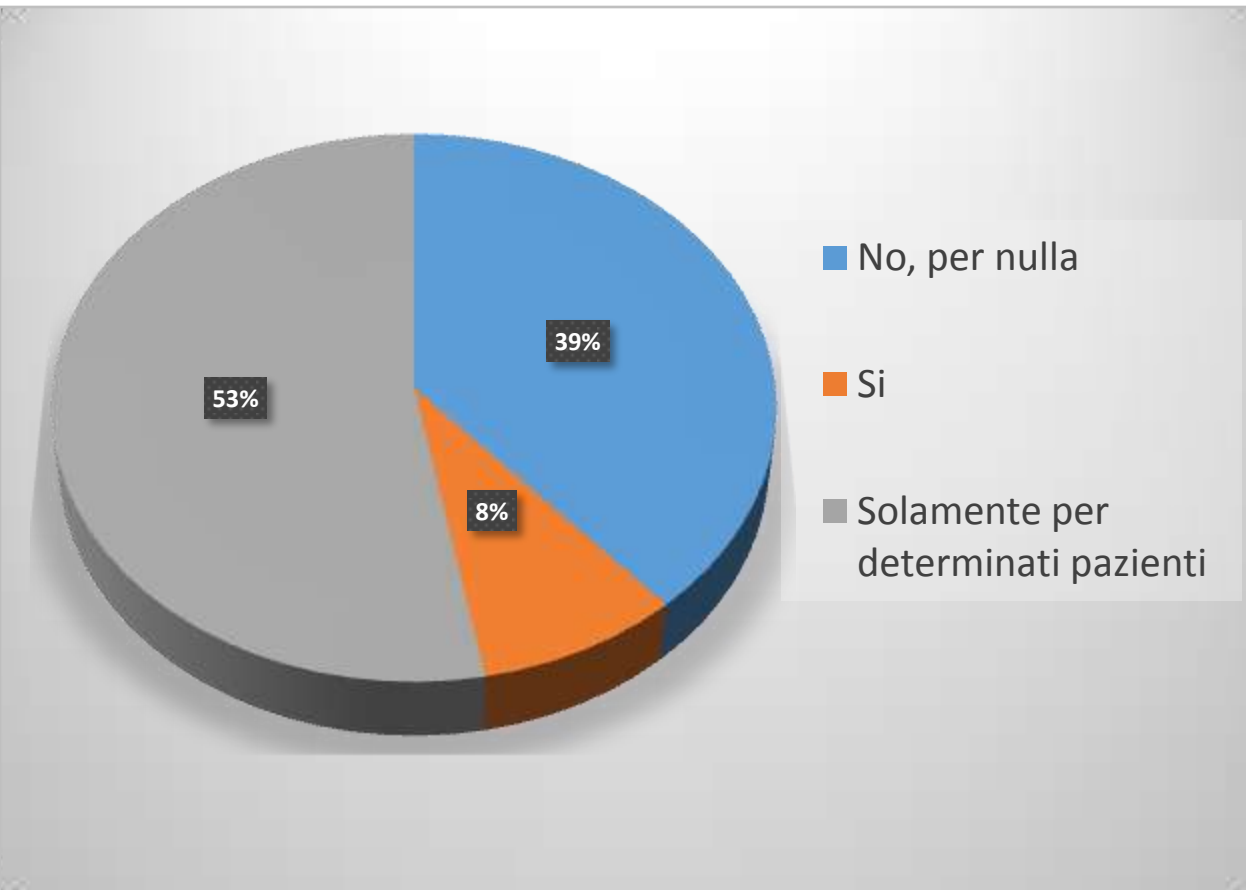
# La presenza di neoplasie attive modifica le tue scelte di terapie antidiabetiche?



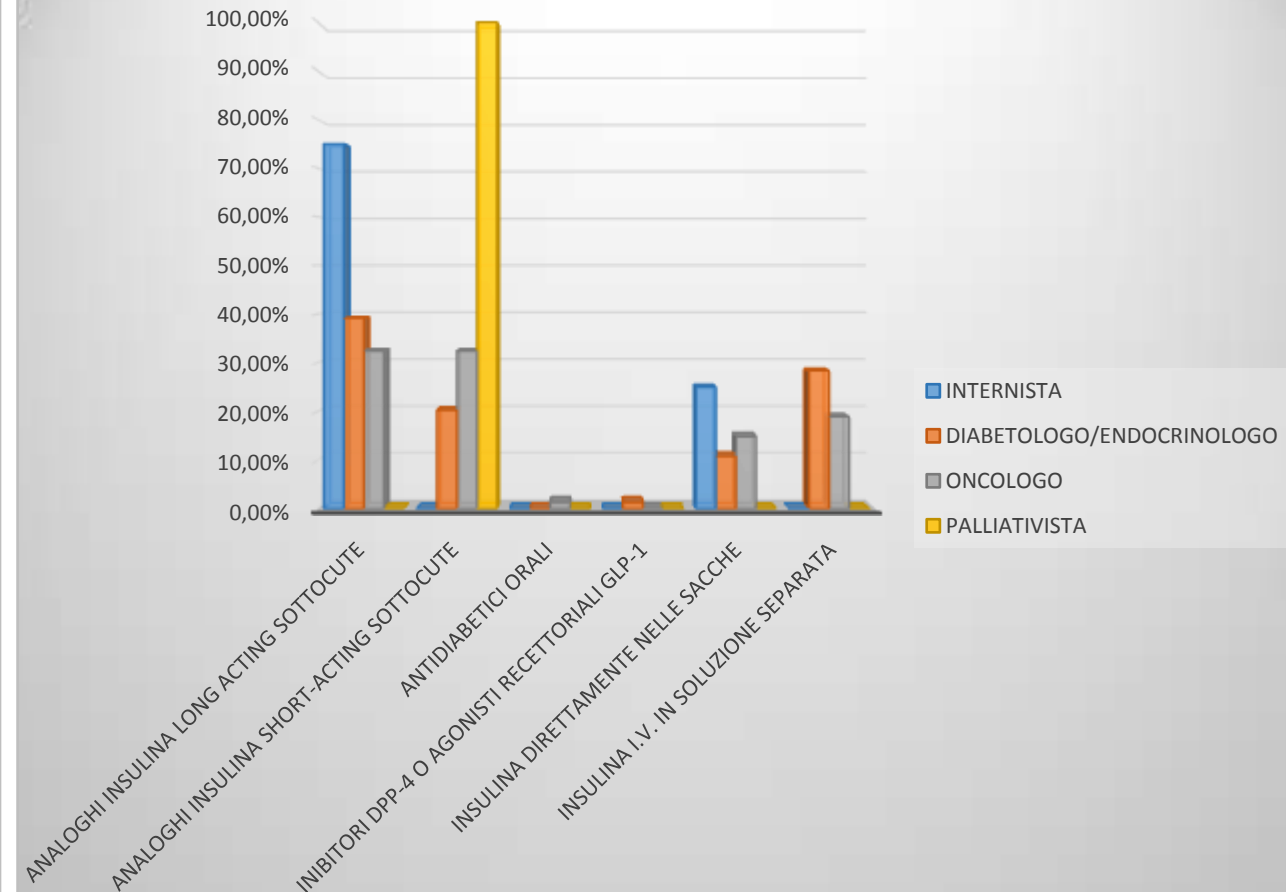
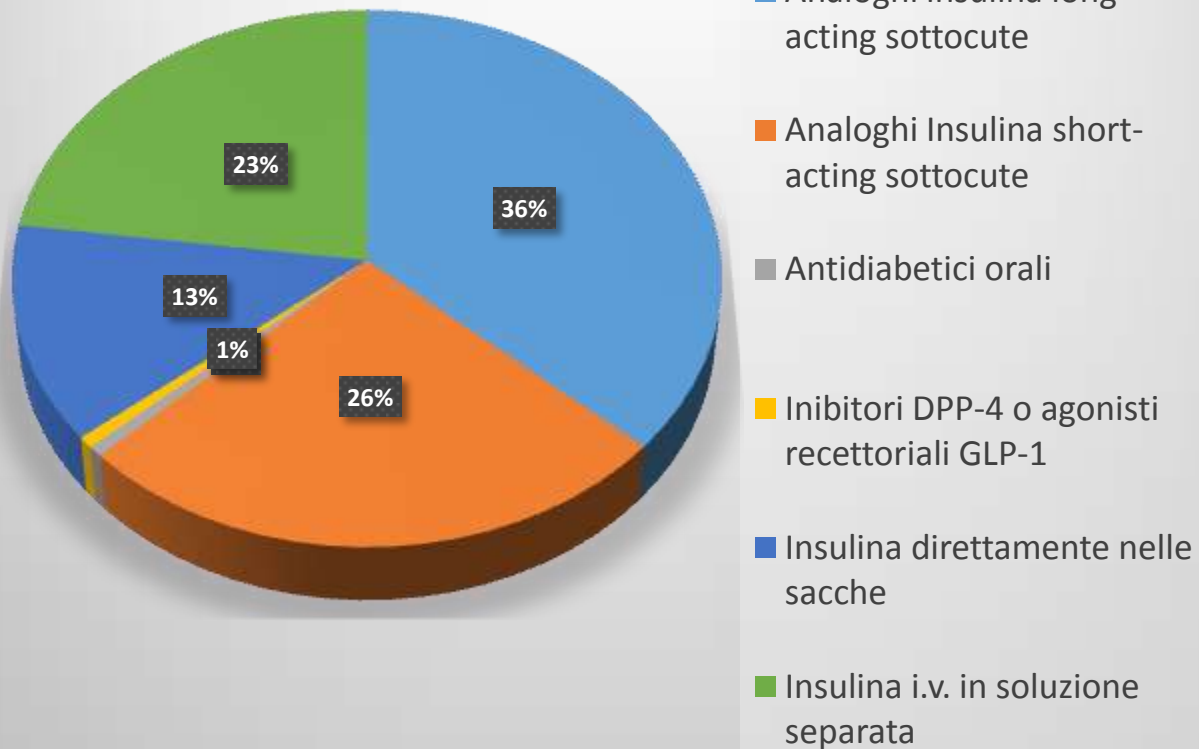
# Quando scegli personalmente la terapia antidiabetica per un paziente oncologico in stadio avanzato/terminale, le tue preferenze ricadono su:



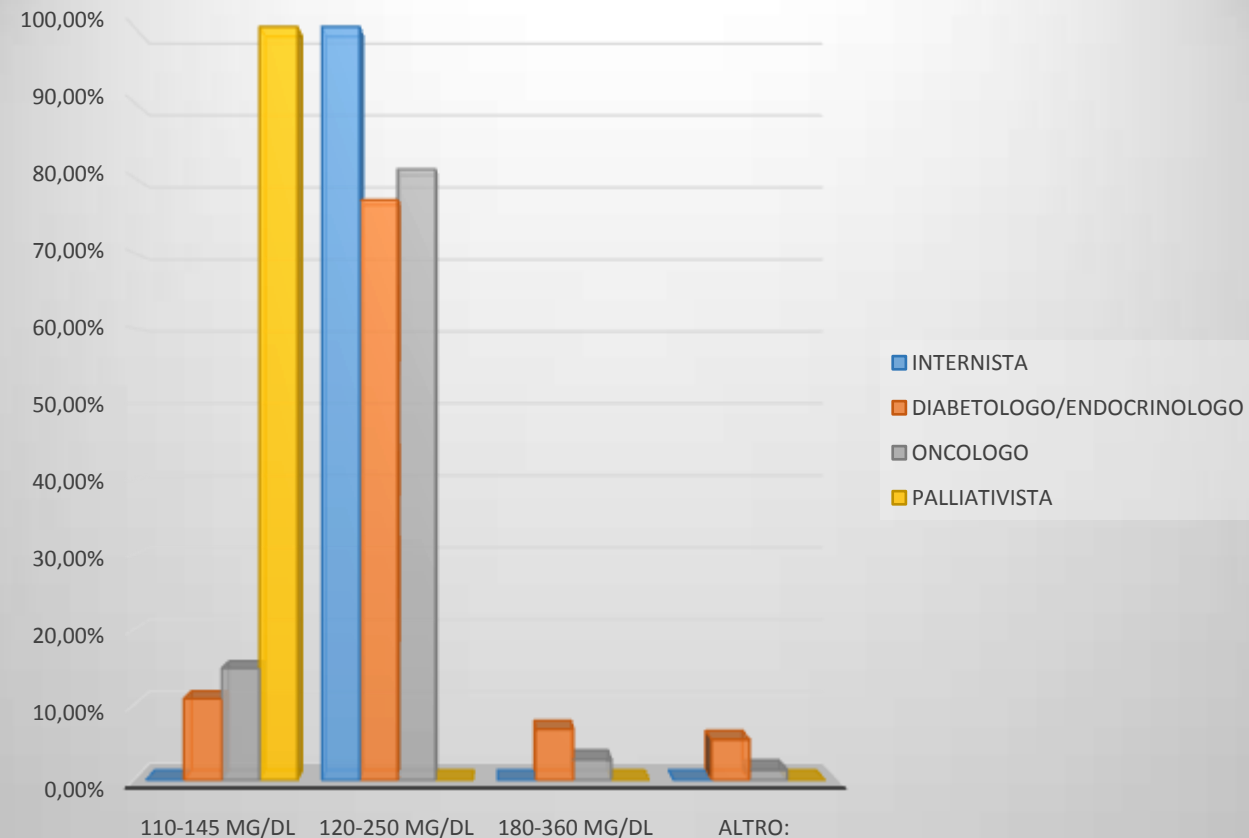
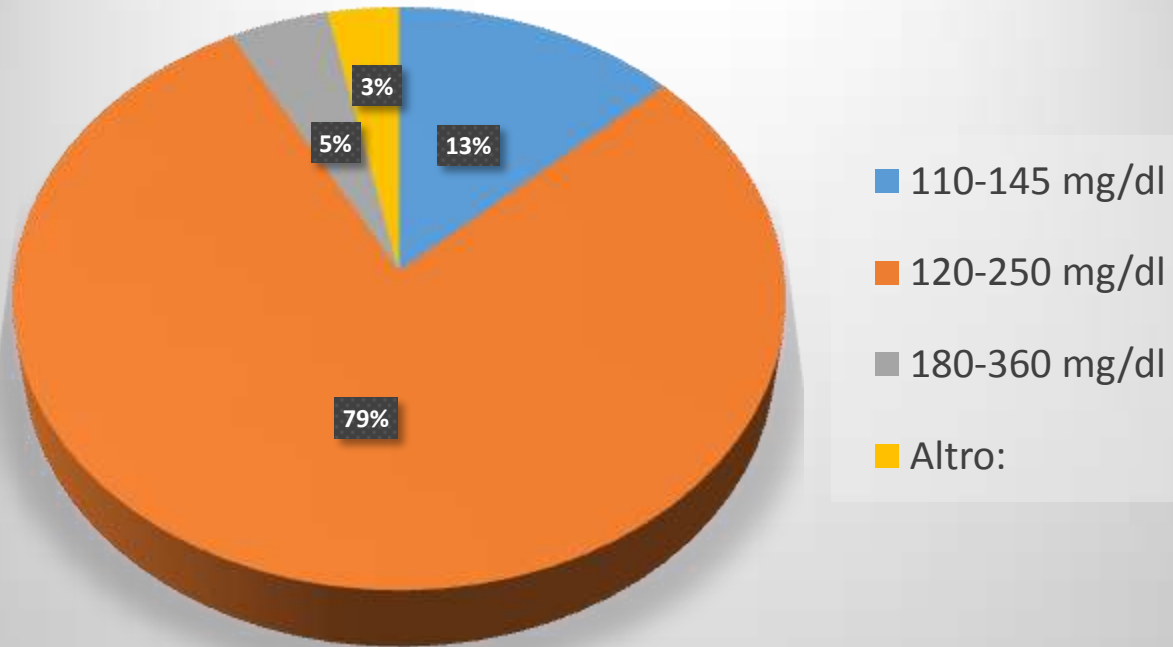
Le segnalazioni apparse in letteratura negli ultimi anni sul rischio tumori con alcune terapie antidiabetiche (glargine, pioglitazone, agonisti recettoriali GLP-1), condizionano le tue scelte terapeutiche?



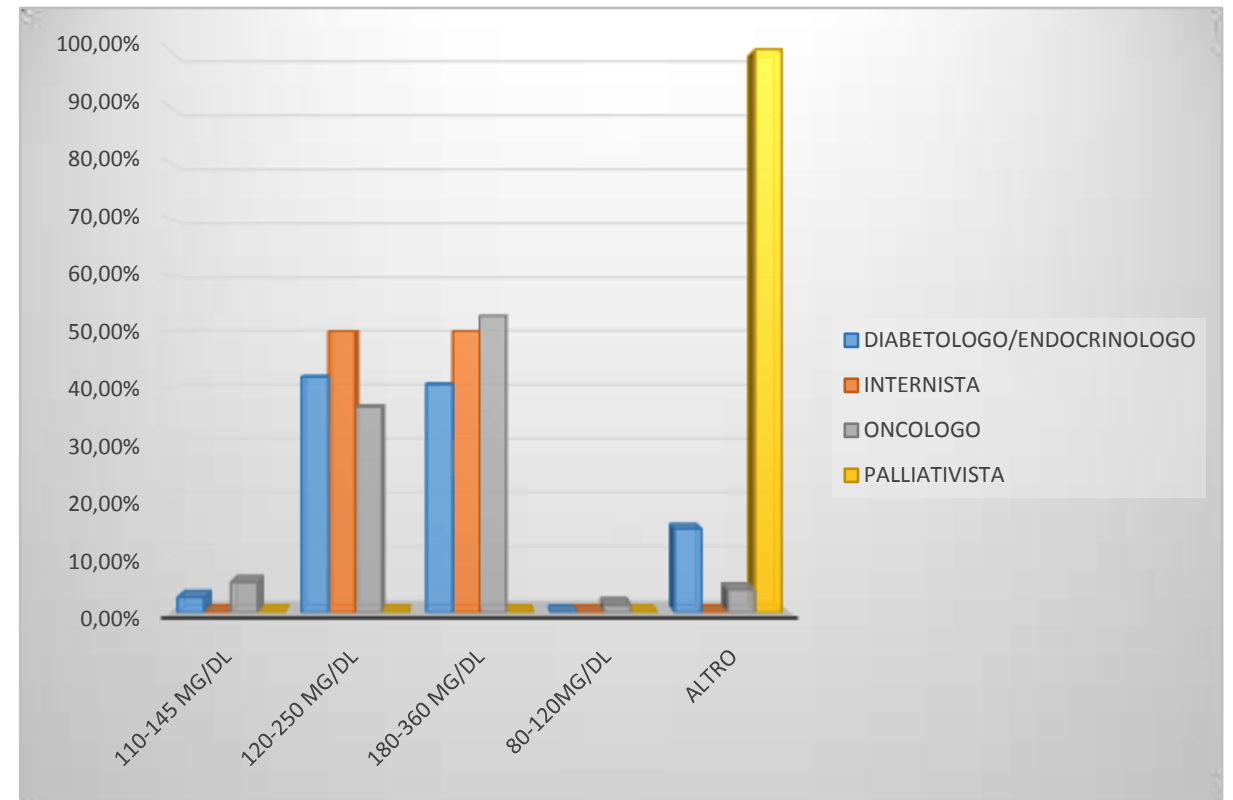
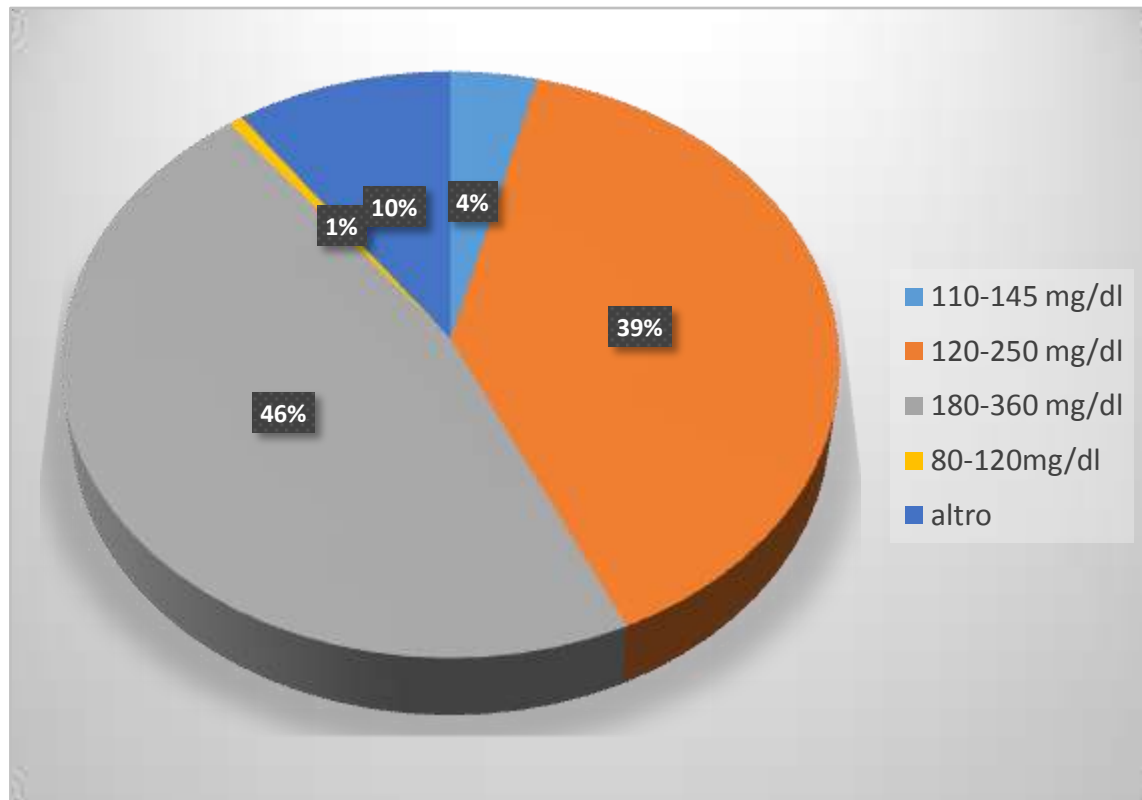
# In un paziente oncologico diabetico in nutrizione artificiale, quale terapia antidiabetica utilizzi con maggiore frequenza?



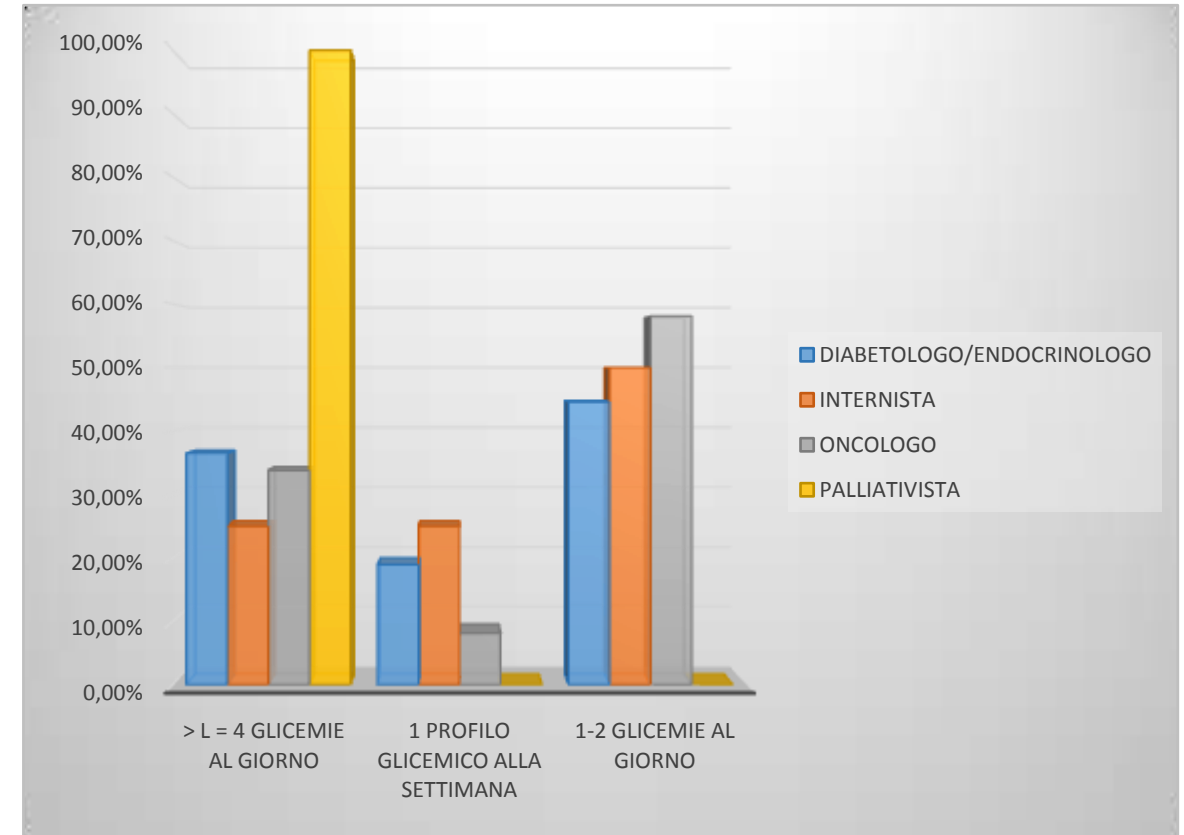
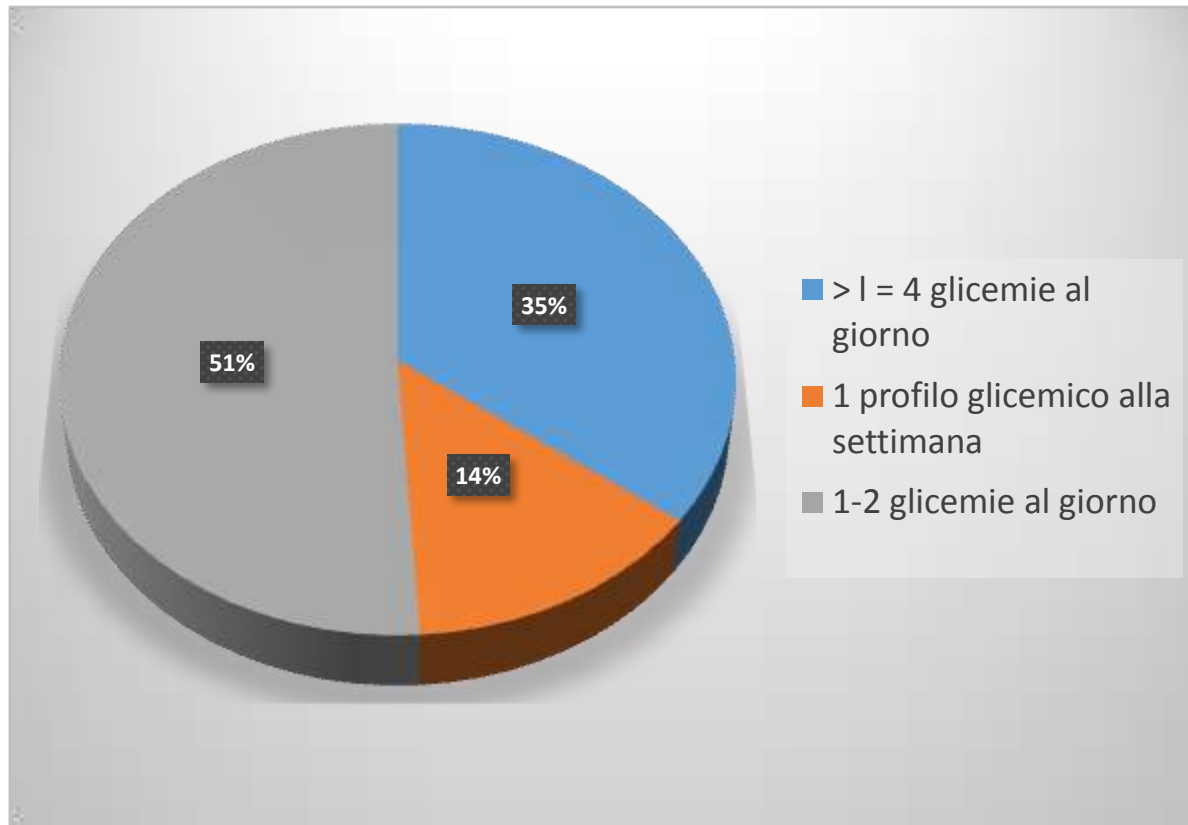
# In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di mesi, quale ambito glicemico consideri più appropriato?



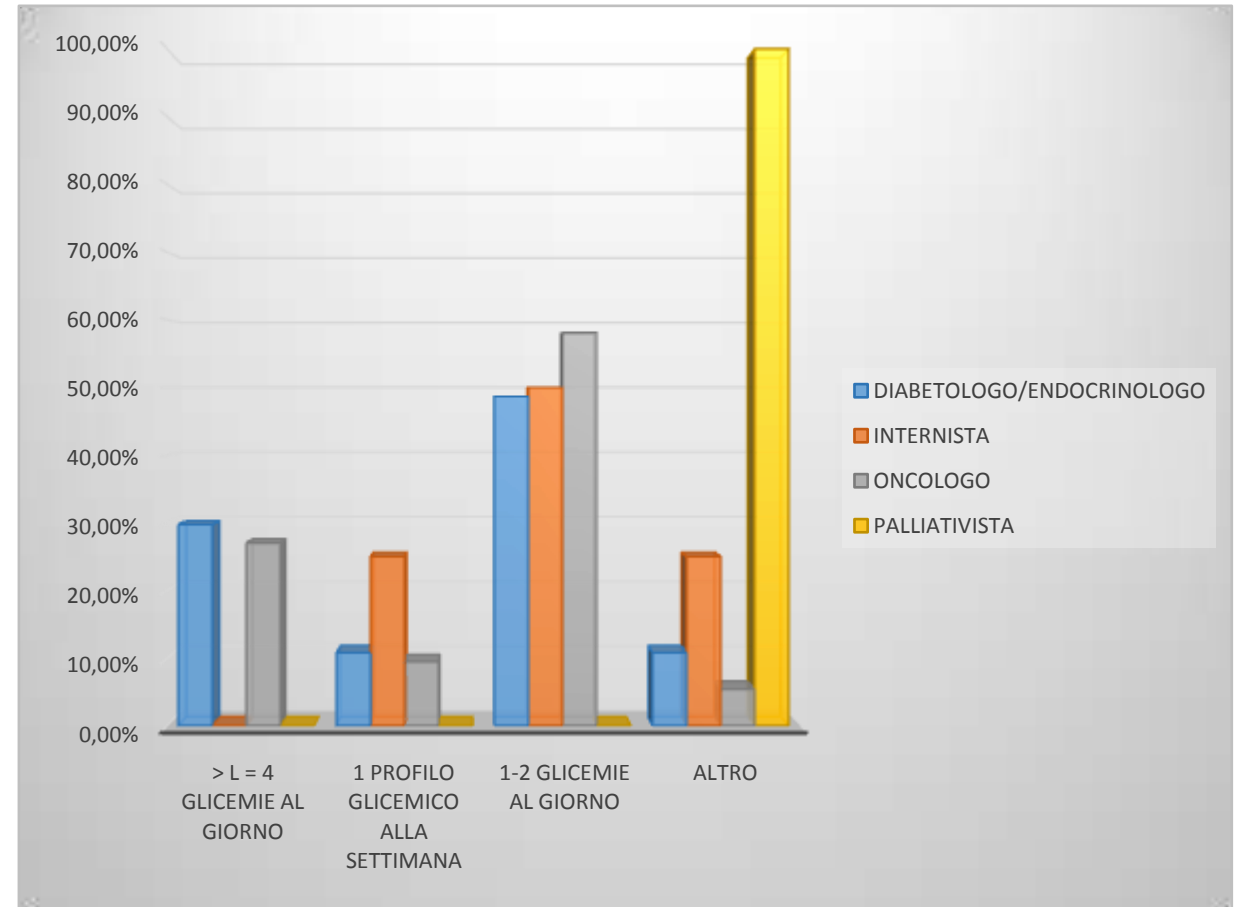
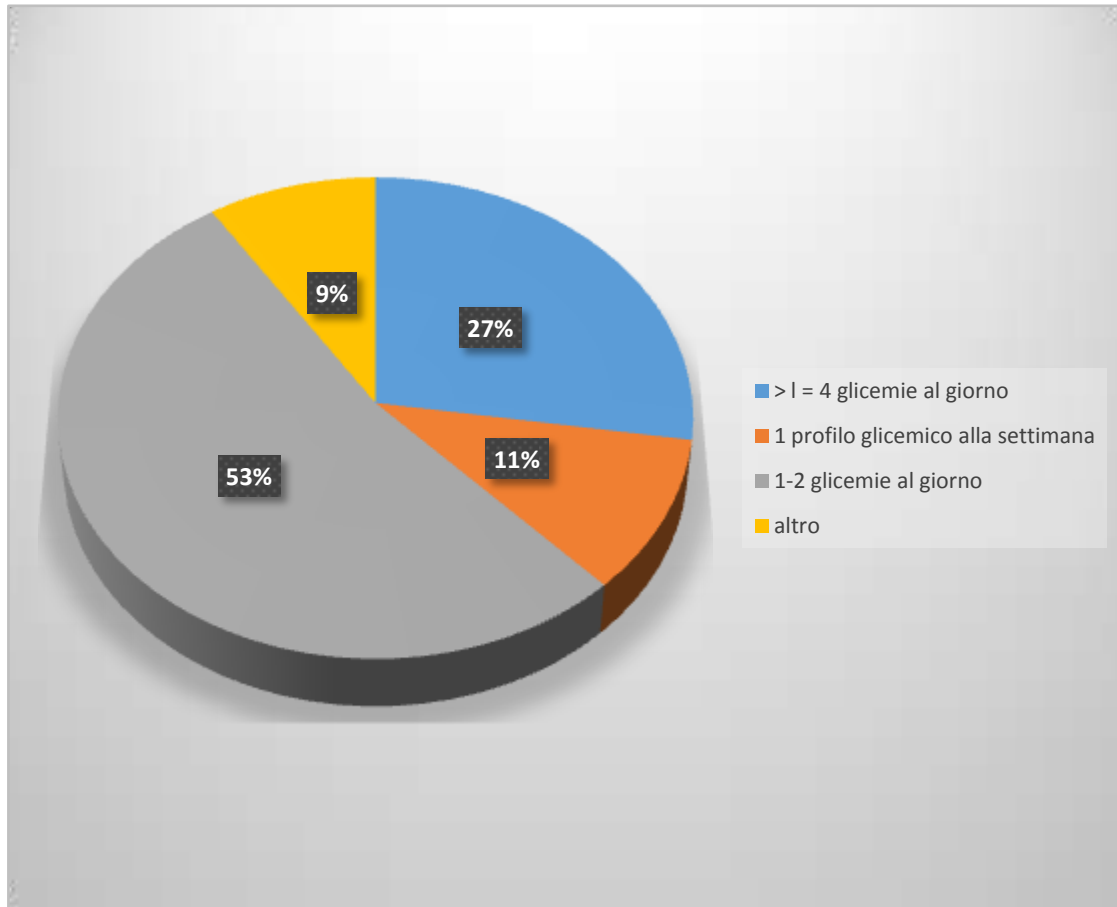
# In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di giorni, quale ambito glicemico consideri più appropriato?



In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di mesi, con quale frequenza ritieni appropriato effettuare il monitoraggio glicemico in caso di terapie con potenziale rischio di ipoglicemia?

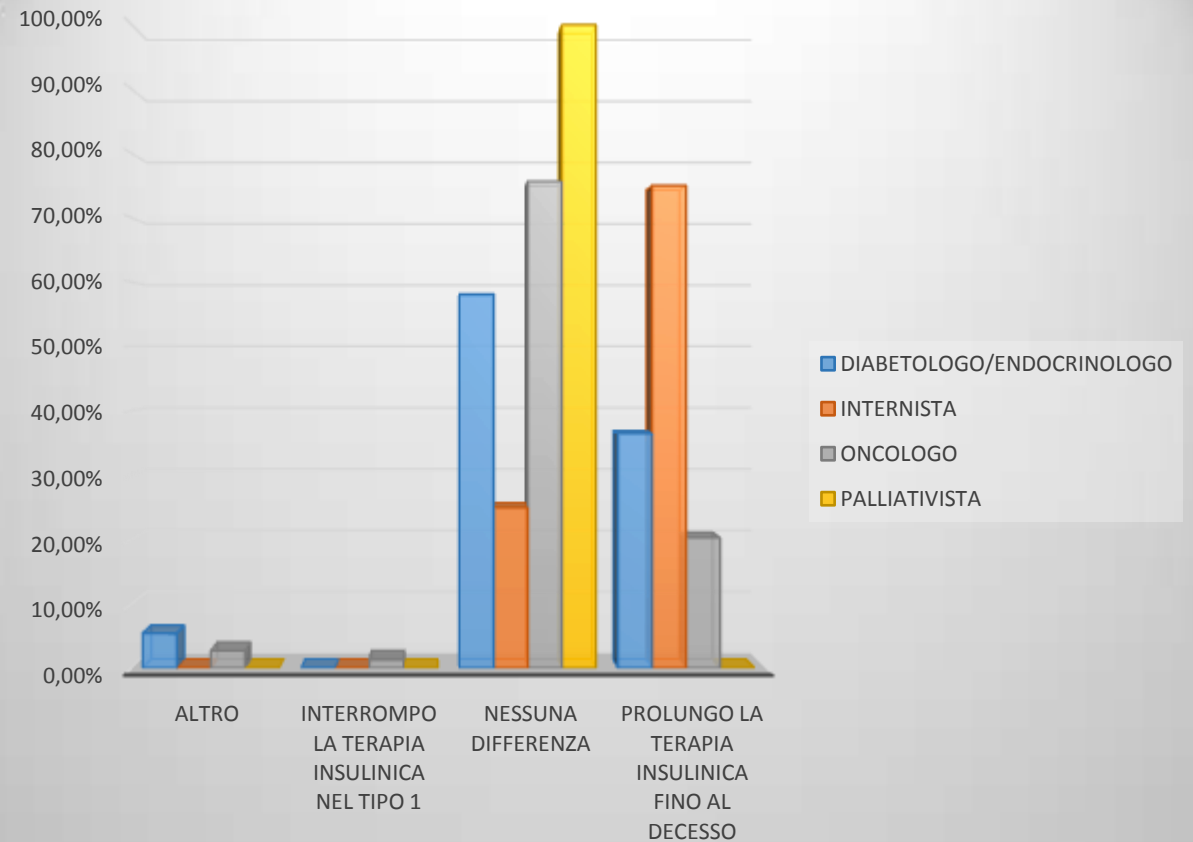
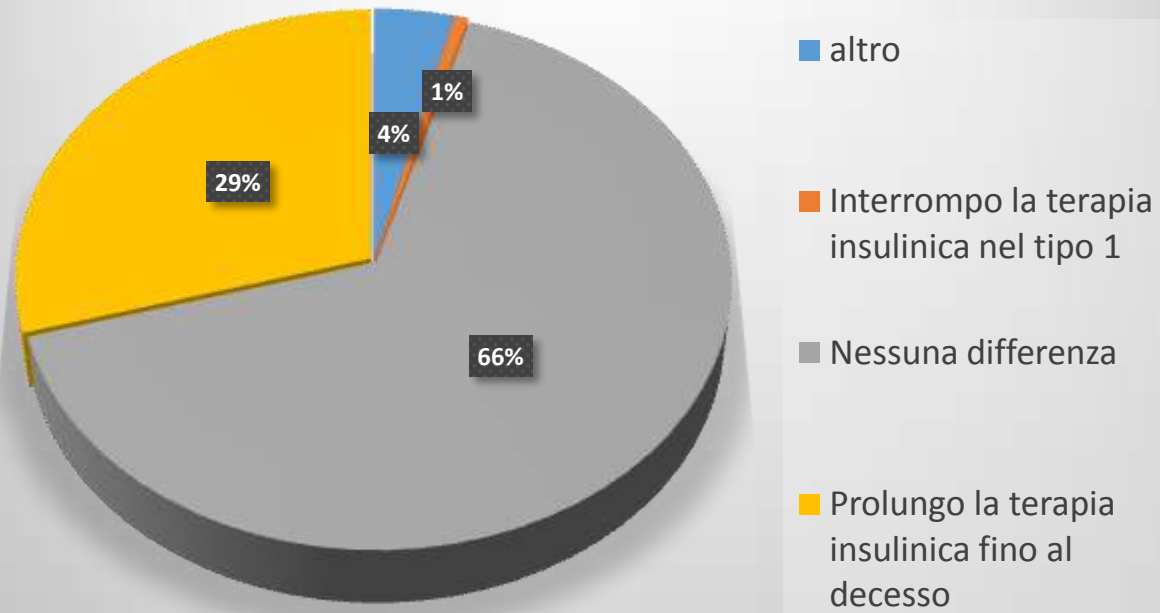


In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di giorni, con quale frequenza ritieni appropriato effettuare il monitoraggio glicemico in caso di terapia con potenziale rischio di ipoglicemia?

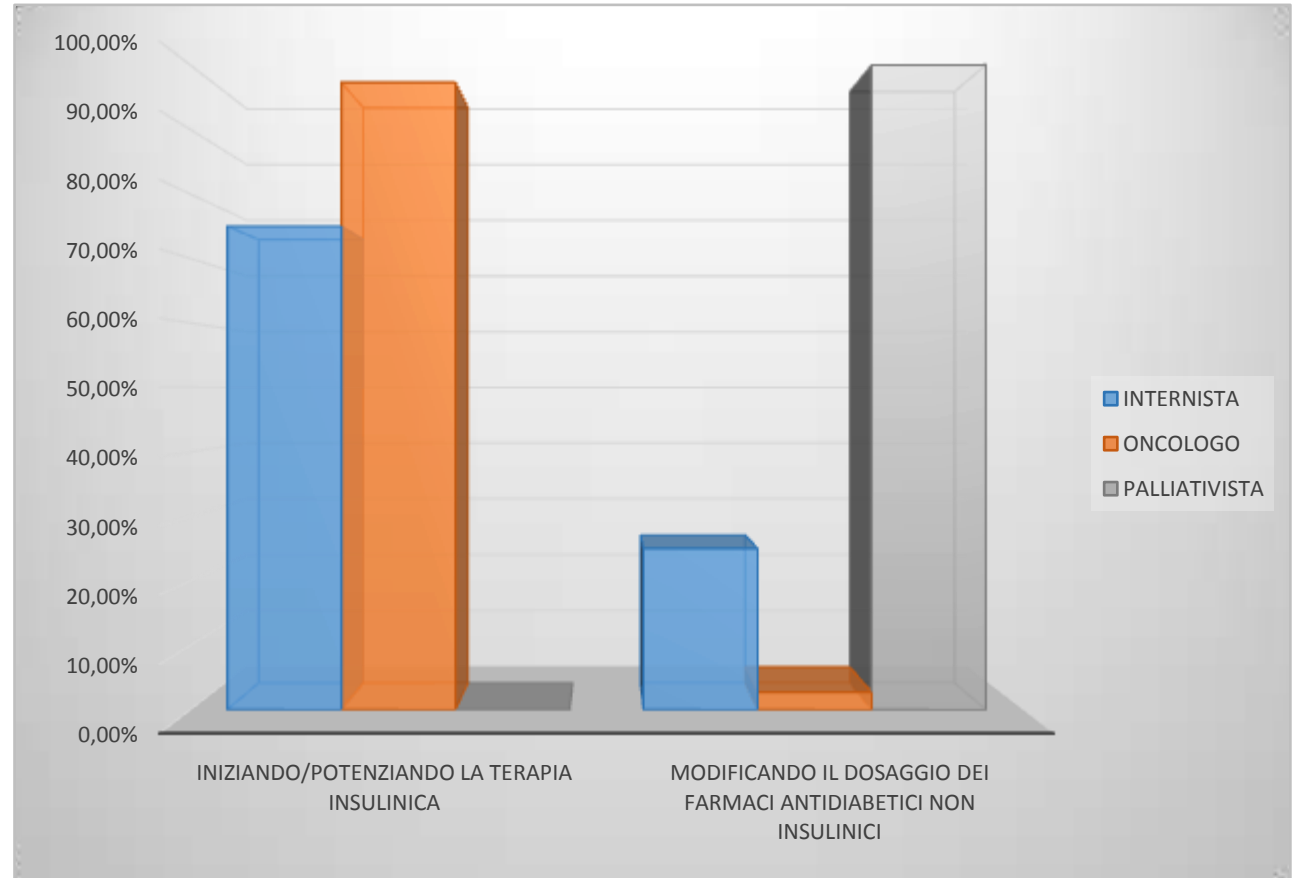
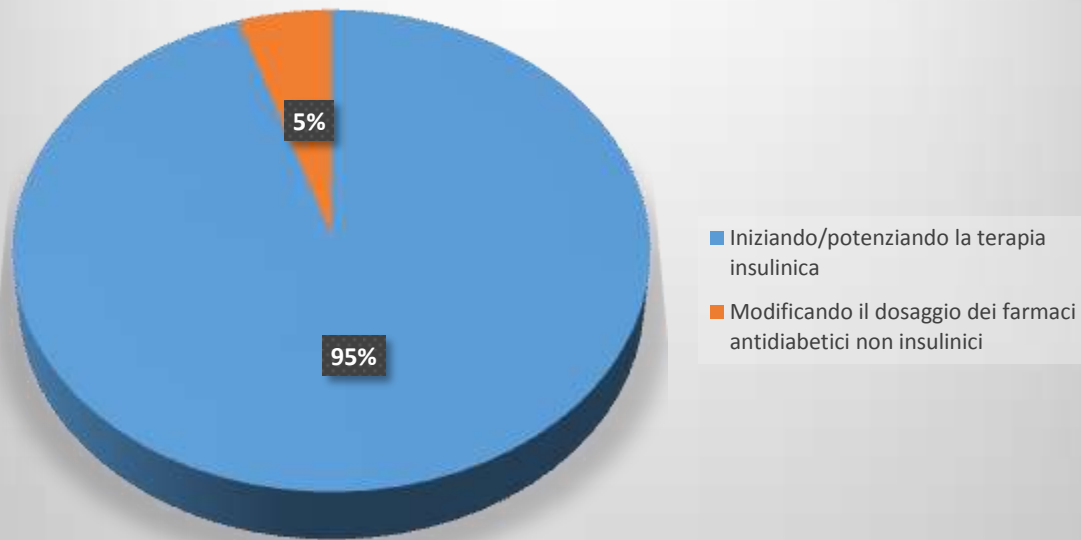




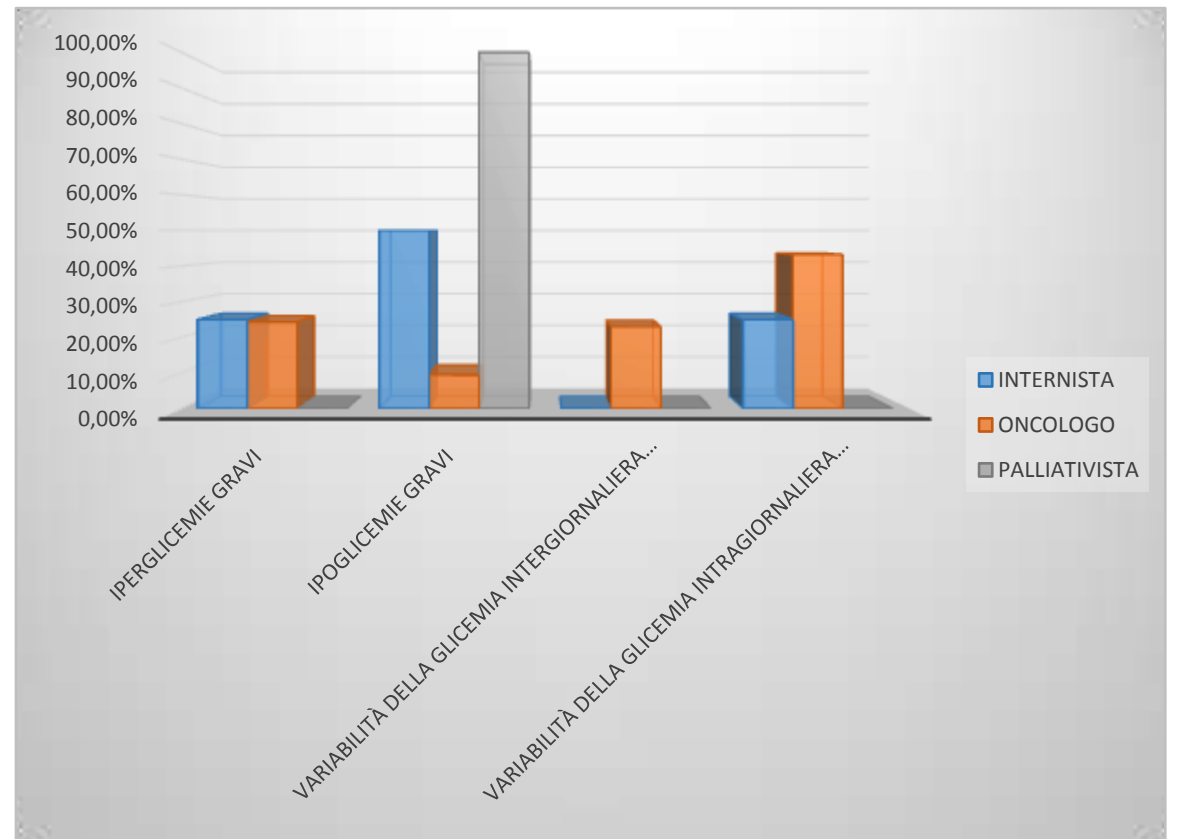
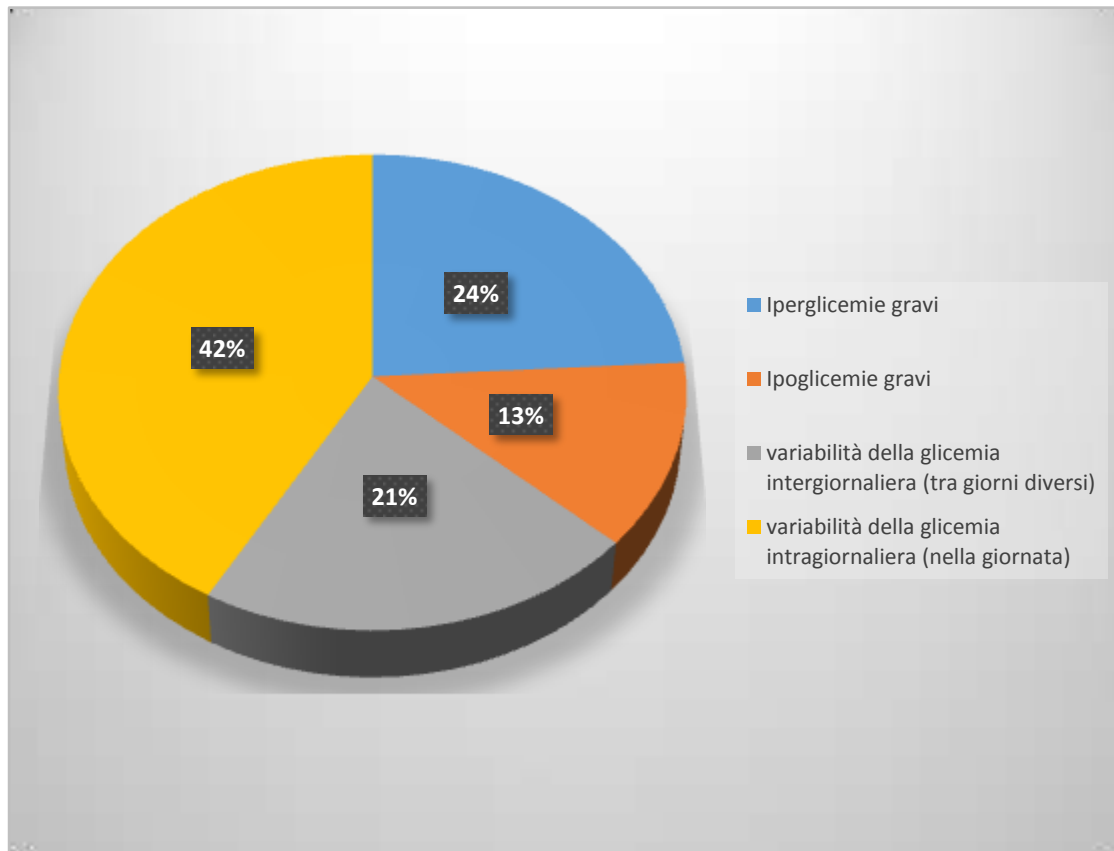
# Adotti differenze nella gestione dei pazienti oncologici terminali, se sono affetti da diabete di tipo 1 piuttosto che di tipo 2?



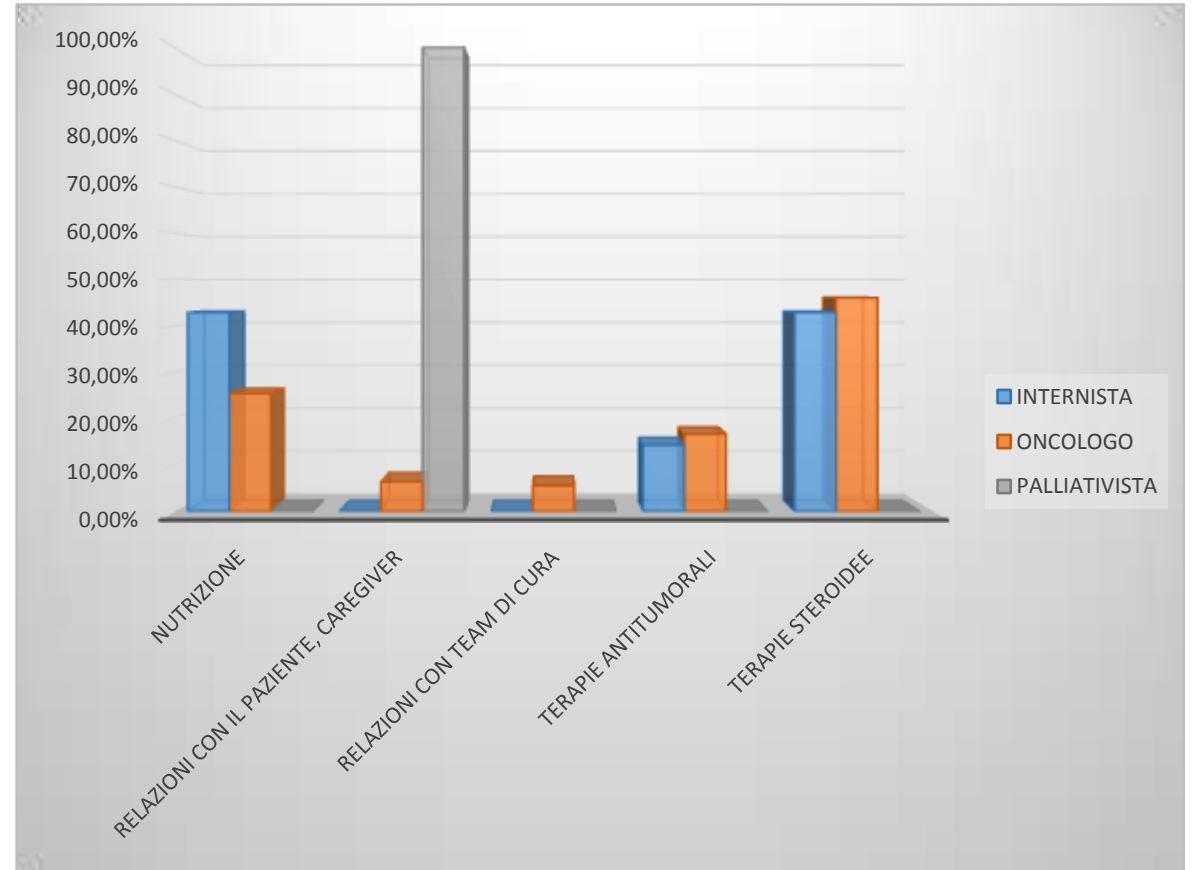
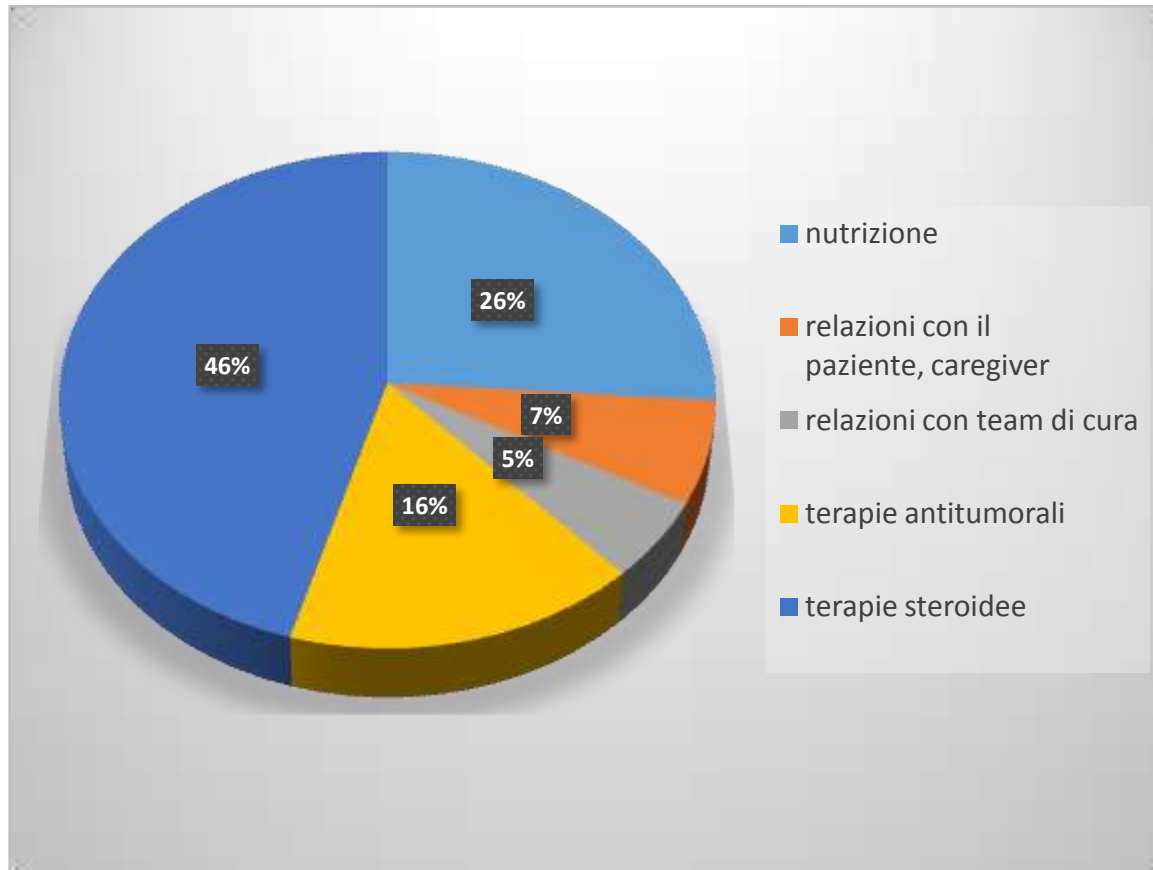
# In un paziente oncologico diabetico in trattamento chemioterapeutico, in scompenso glicometabolico, intervieni?



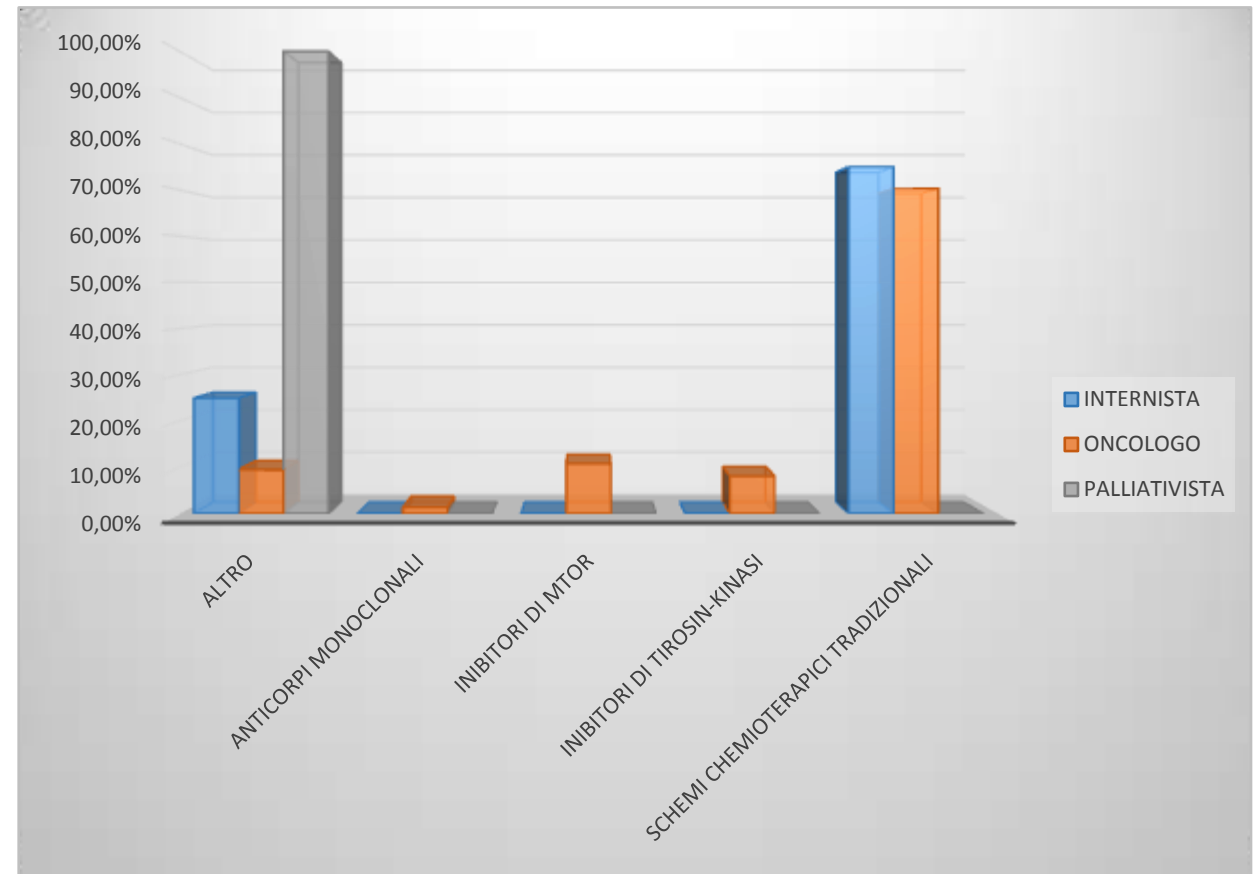
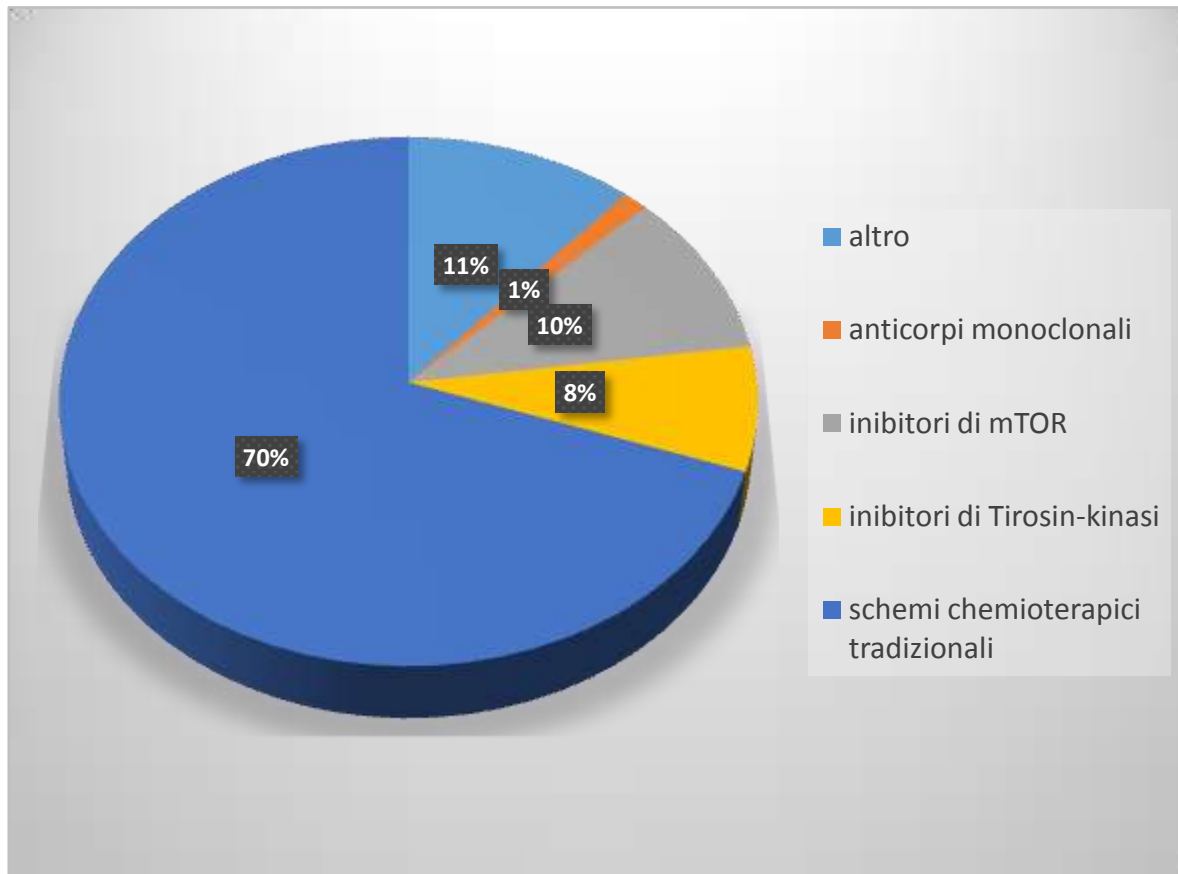
# Quali sono, in base alla tua esperienza, le principali complicanze acute nella gestione di un paziente oncologico?



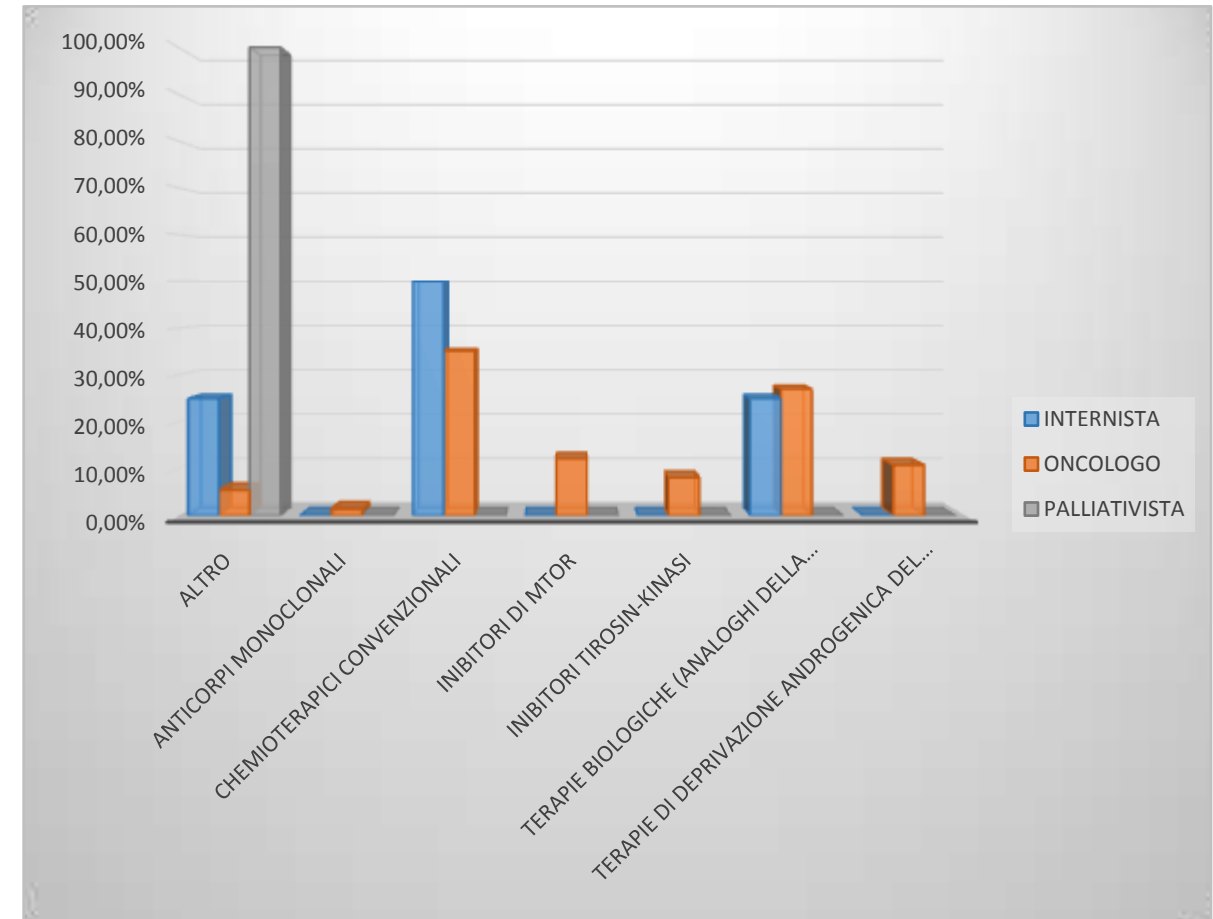
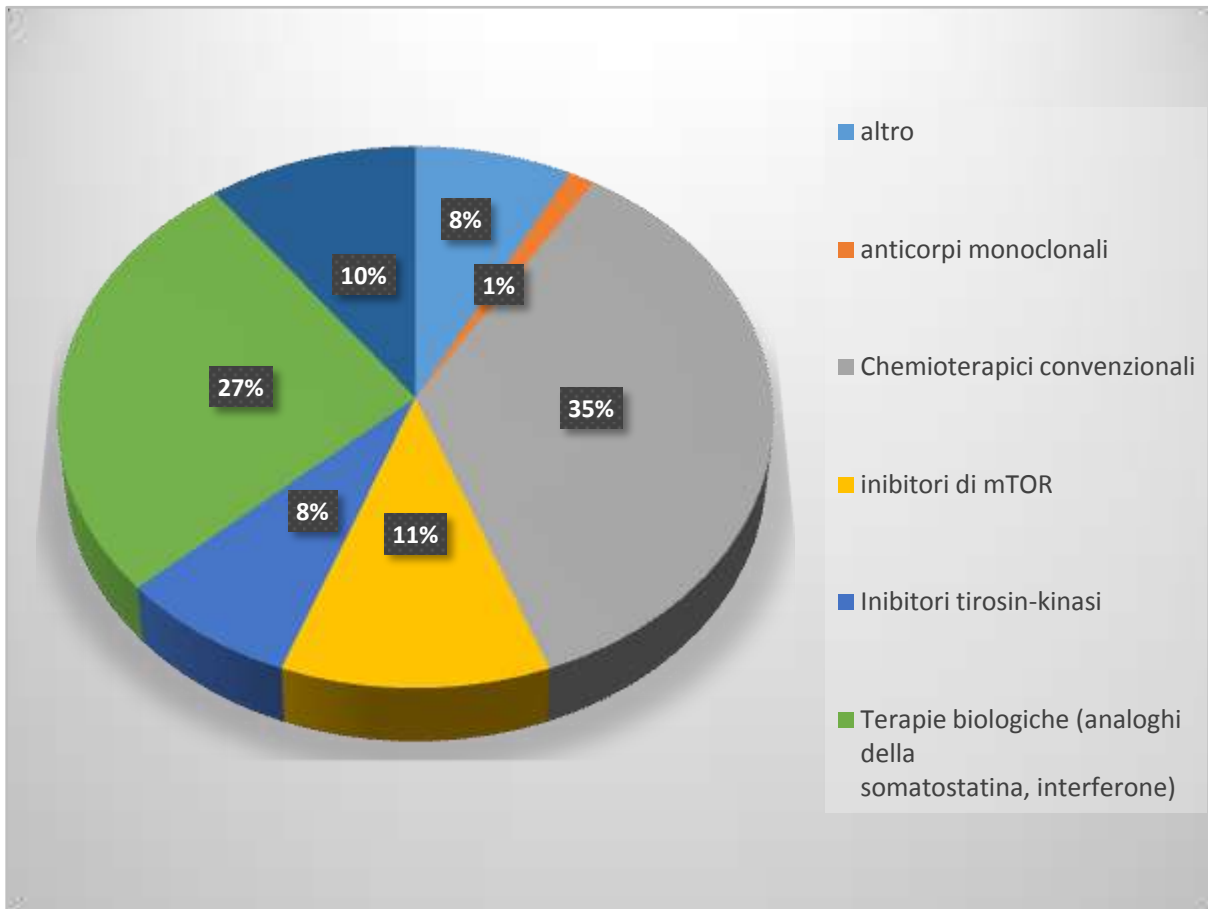
# Quali ritieni siano le principali difficoltà nella gestione di un paziente oncologico affetto da diabete?



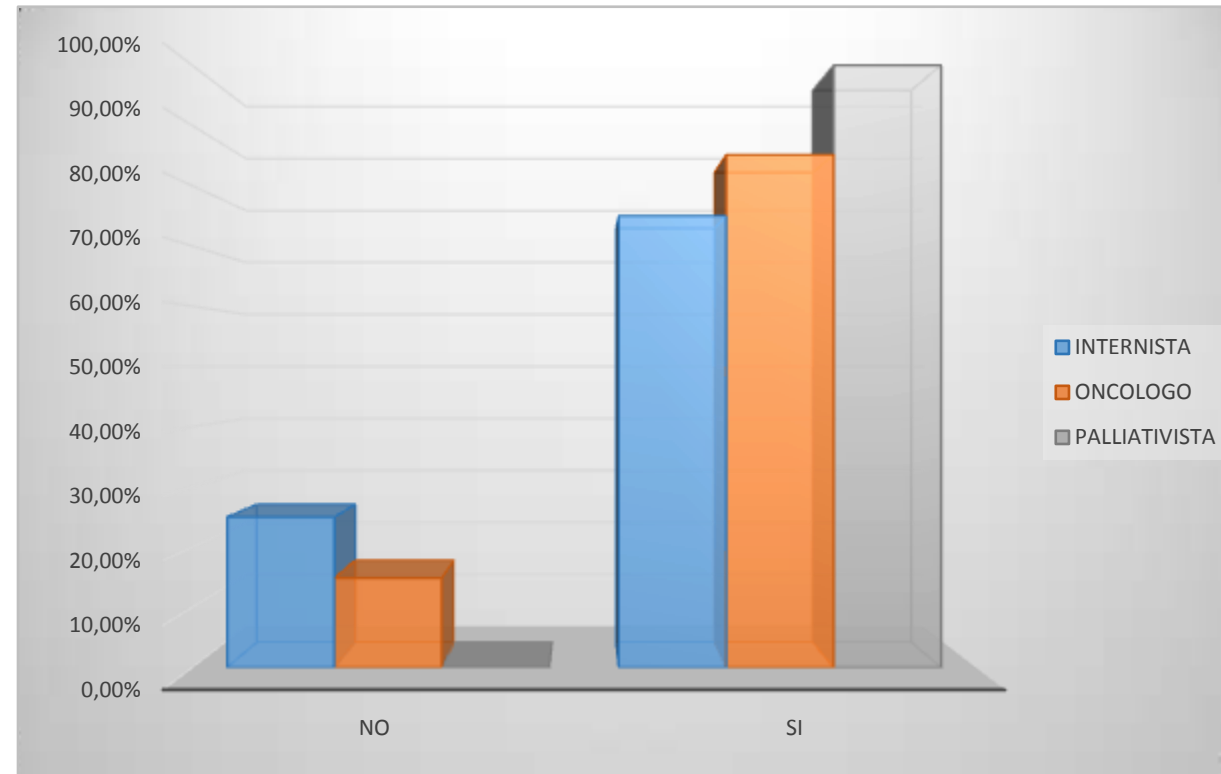
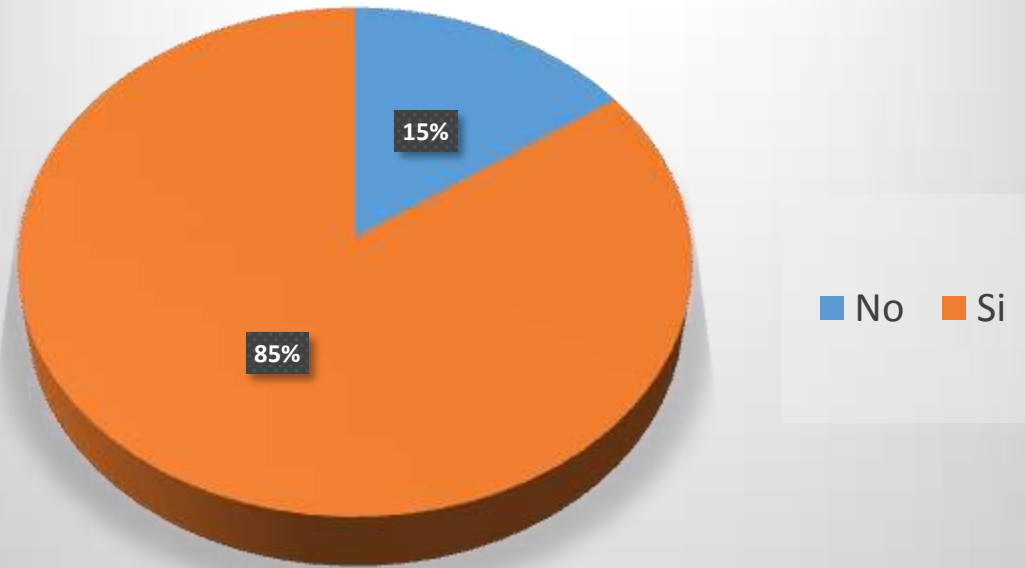
# Quali dei seguenti farmaci antitumorali sono risultati, nella tua esperienza, a maggior rischio di scompenso glicemico/metabolico?



Oltre alle iperglicemie indotte dagli steroidi, quali altri farmaci antitumorali sono risultati associati con maggior frequenza ad alterazioni della glicemia, tra i tuoi pazienti?



La presenza di diabete (o di complicanze diabetiche) peggiora nella tua esperienza l'esito delle terapie antitumorali? (infezioni, sepsi, disturbi elettrolitici, effetti tossici, altro)



# XX CONGRESSO NAZIONALE 2015



Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova

13|16  
MAGGIO 2015

## L'Evoluzione della Diabetologia alla luce del Piano Nazionale Diabete



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO



Aiom



## DIABETOLOGIA e ONCOLOGIA

si incontrano in  
un modello a rete:  
l'unione fa la forza

In collaborazione con le Sezioni Piemonte e Valle d'Aosta di



23-24 GENNAIO 2015  
TORINO

Best Western Hotel Genova  
Via Sacchi, 14/B

## DIABETOLOGIA e ONCOLOGIA

si incontrano in  
un modello a rete:  
l'unione fa la forza

È stato richiesto il patrocinio di:

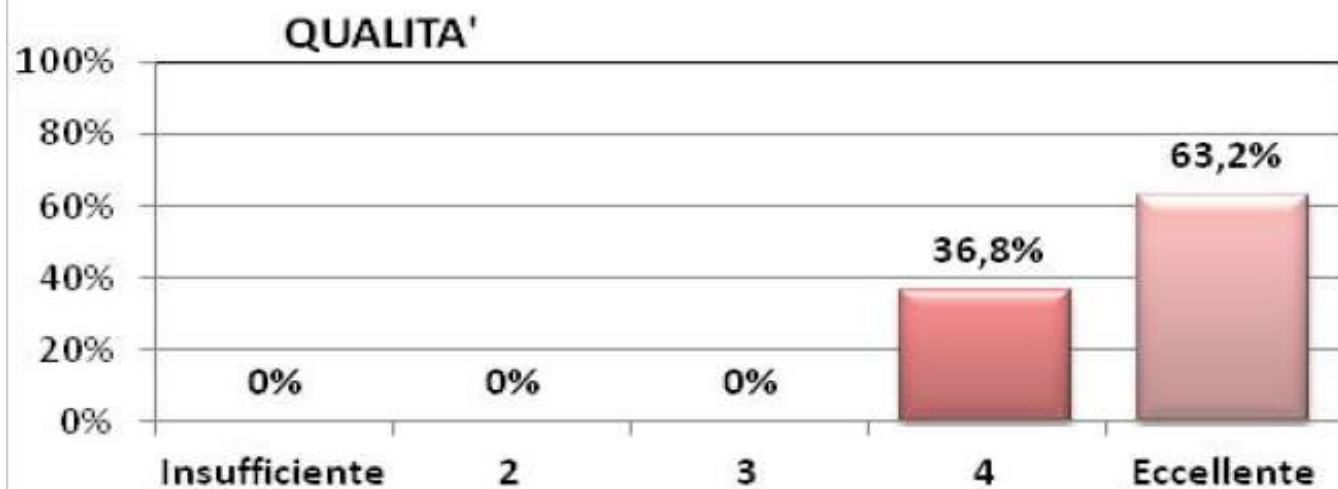
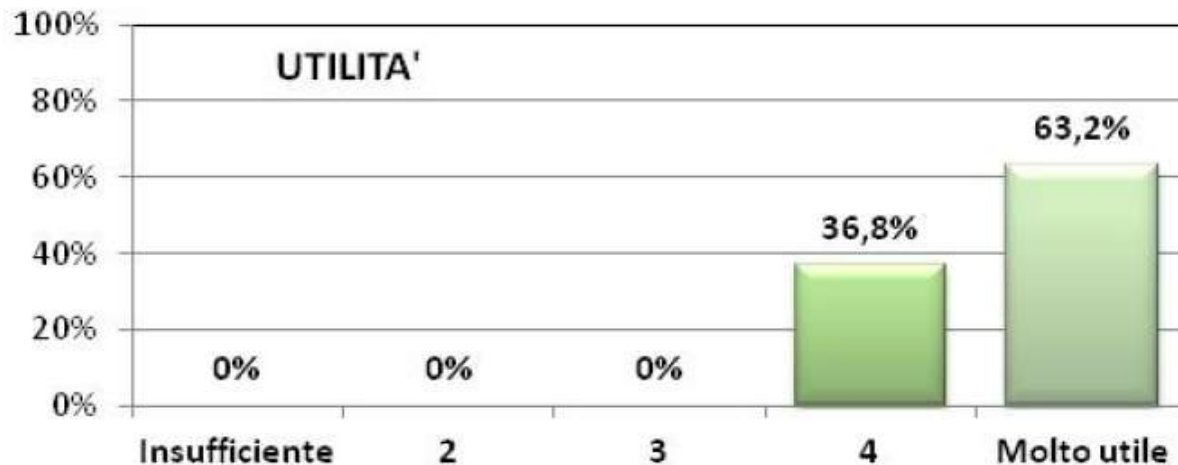
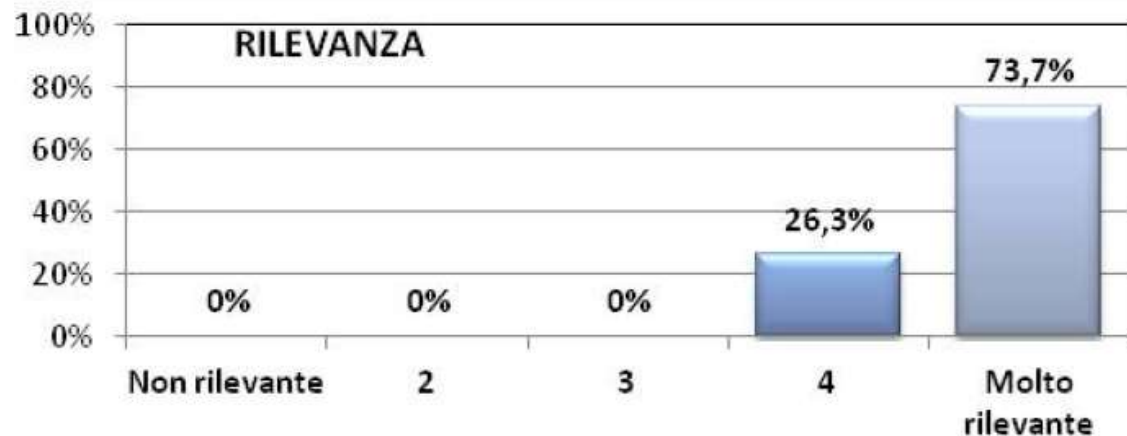
Università degli Studi di Napoli "Federico II"  
Seconda Università degli Studi di Napoli  
Università degli Studi di Salerno  
SID Società Italiana di Diabetologia

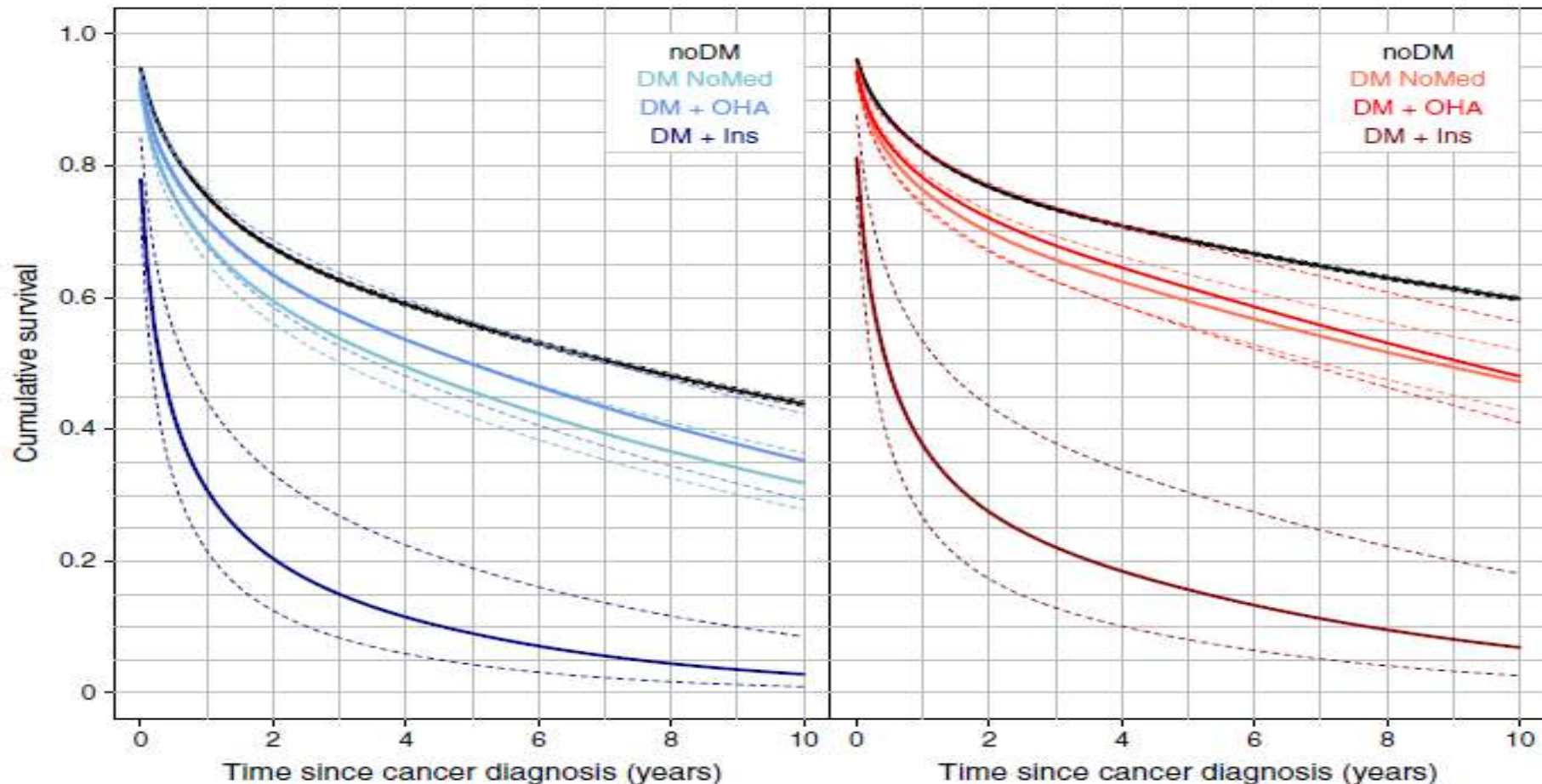
17-18 APRILE 2015  
VIETRI SUL MARE (SA)





- Diabete e Tumori: una comune origine legata agli stili di vita
- Terapie antidiabetiche e rischio di neoplasie
- Terapia nutrizionale del paziente oncologico con diabete
- Il diabete metasteroideo: una problematica di non facile gestione
- Gli schemi terapeutici ipoglicemizzanti nel paziente diabetico neoplastico: quali e quando?
- Terapia antitumorale e Diabete
- Cancer Survivors: nuova categoria a rischio cardiometabolico





Diabetologia (2014) 57:927-934

## Mortality after cancer among patients with diabetes mellitus: effect of diabetes duration and treatment

Kristina Ranc • Marit E. Jørgensen • Søren Friis •  
Bendix Carstensen

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



Quale aspettative avete rispetto alle  
problematiche oggetto di questa tavola  
rotonda?

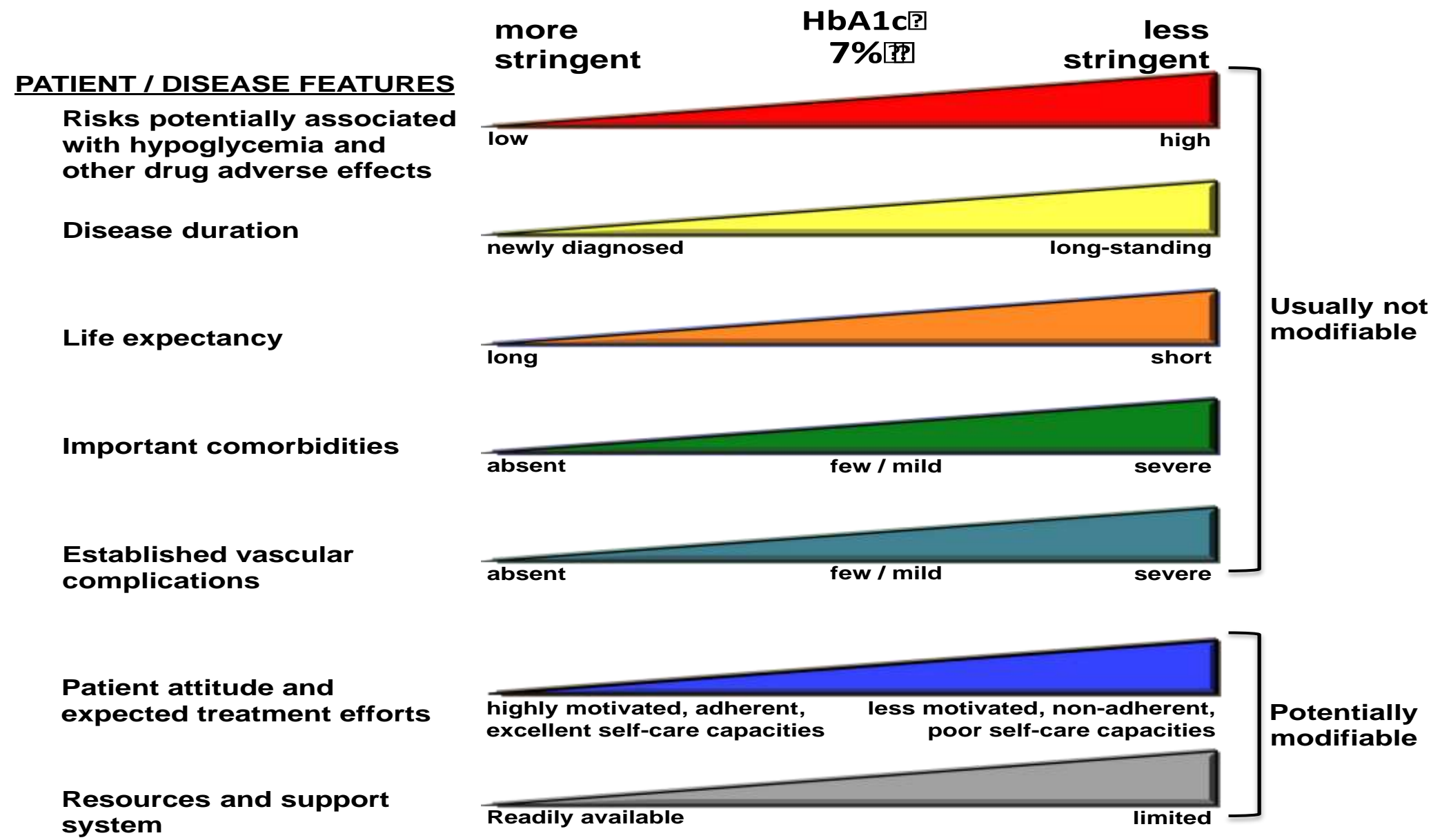


ADA-EASD Position Statement Update:  
Management of Hyperglycemia in T2DM, 2015  
**ANTI-HYPERGLYCEMIC THERAPY**

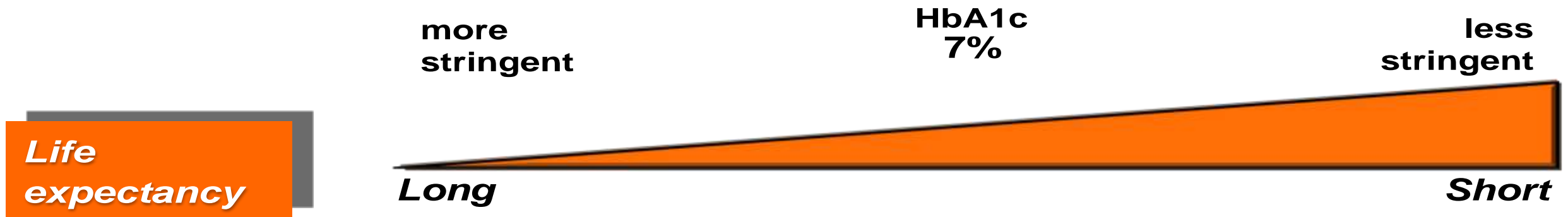
- **Glycemic targets**
  - **HbA1c < 7.0%** (mean PG ~150-160 mg/dl [8.3-8.9 mmol/l])
  - Pre-prandial PG <130 mg/dl (7.2 mmol/l)
  - Post-prandial PG <180 mg/dl (10.0 mmol/l)
  - **Individualization** is key:
    - Tighter targets (6.0 - 6.5%) - younger, healthier
    - Looser targets (7.5 - 8.0%<sup>+</sup>) - older, comorbidities, hypoglycemia prone, etc.
  - Avoidance of hypoglycemia

**Figure 1. Modulation of the intensiveness of glucose lowering therapy in T2DM**

## Approach to the management of hyperglycemia



# Approach to the Management of Hyperglycemia



Life  
expectancy

Long

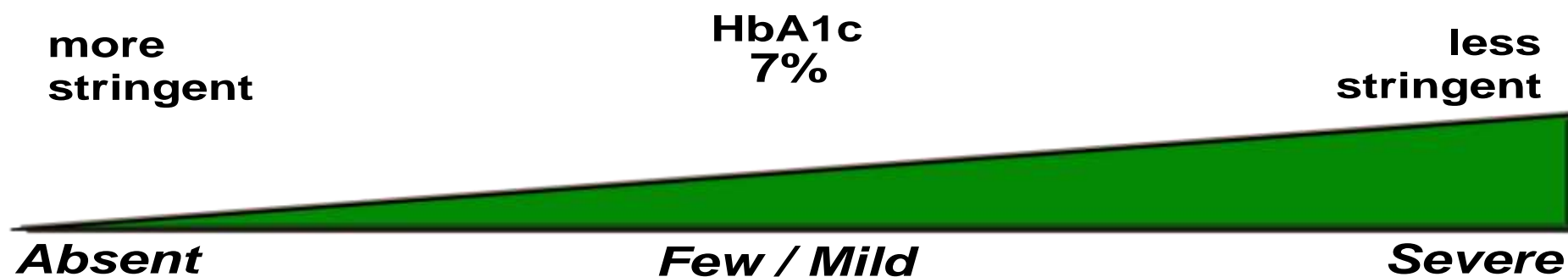
HbA1c  
7%

less  
stringent

Short

Figure 1. Modulation of the intensiveness of glucose lowering therapy in T2DM

# Approach to the Management of Hyperglycemia



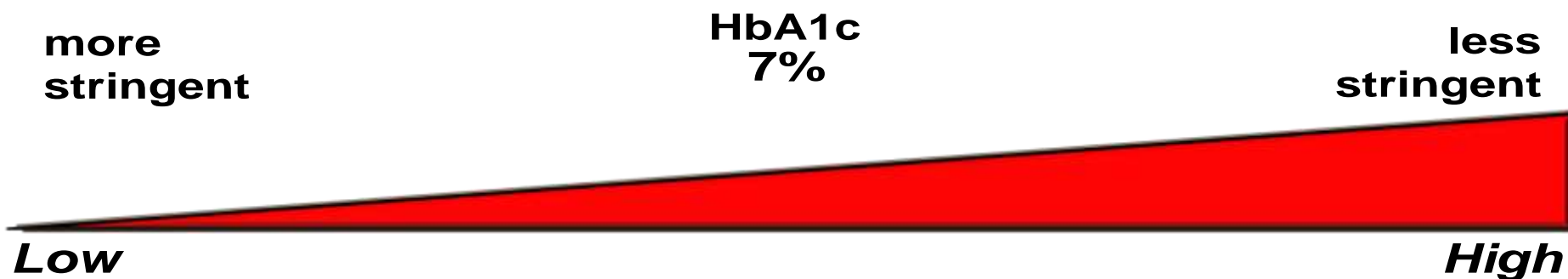
**Important comorbidities**

**Figure 1. Modulation of the intensiveness of glucose lowering therapy in T2DM**



# Approach to the Management of Hyperglycemia

**Risks**  
*potentially associated with hypoglycemia, other drug adverse effects*



**Figure 1. Modulation of the Intensiveness of Glucose Lowering Therapy in T2DM**



## Di chi parliamo

- Paziente diabetico di tipo 2 in terapia con antidiabetici orali
- Paziente diabetico di tipo 1 o di tipo 2 in terapia insulinica
- Paziente diabetico tipo 1 o tipo 2 in nutrizione parenterale
- Paziente diabetico tipo 1 o tipo 2 in terapia palliativa

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



Qual è il target glicemico  
auspicabile?



# Target glicemico

L'obiettivo NON è la prevenzione delle complicanze a lungo termine, ma il supporto.

E' necessario considerare:

- Aspettativa di vita
- Limitare ipo o iperglicemia severa
- Limitare i disagi aggiuntivi  
(polidipsia, poliuria, disidratazione, malessere, sintomi neuroglucopenici)

Target glicemico tra 120 e 270 mg/dL



# Target glicemici

Sono generalmente considerati ragionevoli i target glicemici seguenti, in relazione all'aspettativa di vita:

se prognosi di mesi: 120 e 270 mg/dl

se prognosi di settimane (o pochi mesi): 180 e 360 mg/dl (riducendo frequenza dei controlli della glicemia al minimo accettabile)

se prognosi di giorni: valutare interruzione dei controlli della glicemia e semplificare la terapia antidiabetica (es., sostituzione schema insulinico multiniettivo con glargine/analogo basale); somministrare insulina rapida se glicemia >360mg/dl, tenendo conto del grado di coscienza del paziente

- se paziente pre-terminale/terminale: valutare interruzione terapia antidiabetica tenendo conto del grado di coscienza del paziente (considerare problemi etici nel paziente con diabete tipo 1 o pancreasectomizzato!)

## Prognosi di poche settimane o mesi:

► I valori glicemici vanno mantenuti in un range compreso fra 180 e 360 mg/dl, al fine di ridurre al minimo il rischio di ipoglicemia; l'approccio va personalizzato nel caso di iperglicemia sintomatica. **(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)**

## Prognosi di pochi giorni:

► Se il paziente è cosciente e presenta sintomi di iperglicemia, si può somministrare insulina rapida quando la glicemia è > 360 mg/dl. **(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)**

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evolutione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



Concordate con le indicazioni degli standard o  
nella vostra realtà operativa avete altre  
esigenze?

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



Qual è la terapia  
ipoglicemizzante più  
appropriata?



# Insulina

- La terapia antidiabetica più appropriata è quella con insulina perché:
  - Iperglicemia generalmente severa
  - Scarsa flessibilità ed efficacia delle terapie non insuliniche
  - Limitazioni di impiego (effetti collaterali, funzionalità d'organo, procedure diagnostiche)
  - Effetto anabolico/anticatabolico dell'insulina



XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



**GIDM** GIORNALE ITALIANO di DIABETOLOGIA e METABOLISMO

## Rassegna

### Gestione terapeutica dell'iperglicemia nel paziente oncologico in ospedale Therapeutic management of hyperglycemia in cancer patients in the hospital setting

- Marco Gallo<sup>1,2</sup>, Gennaro Clemente<sup>2,3</sup>, Katherine Esposito<sup>2,4</sup>, Luigi Gentile<sup>2,5</sup>, Rita Berardelli<sup>6</sup>, Giuseppe Boccuzzi<sup>6</sup>, Emanuela Arvat<sup>1,6</sup>
- 
- 1] SC Endocrinologia Oncologica DU; AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Molinette
- 2] Gruppo “Diabete e Tumori” dell’Associazione Medici Diabetologi
- 3] Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali CNR, Penta di Fisciano (Salerno)
- 4] Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Seconda Università di Napoli
- 5] SOC di Malattie metaboliche e Diabetologia – Asl 19 di Asti
- 6] Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino



## Schema per la gestione dello scompenso glicemico acuto nel paziente oncologico DH - Reparto

- ◆ Se glicemia > 400 mg/dl
  - somministrare analogo insulinico rapido (Apidra, Humalog, Novorapid) 5-10 UI sc
  - se non disponibile, somministrare insulina umana regolare (Actrapid, Humulin-R, Insuman) 5-10 UI sc
- ◆ Idratazione con soluzione fisiologica sulla base di:
  - Grado di scompenso/stato di idratazione del paziente
  - Capacità del paziente di tollerare idratazione: ascite, anasarca, insufficienza cardiaca, etc
- ◆ Infusione soluzione fisiologica 500 ml + insulina umana regolare (es. Actrapid ) 50 UI + Kcl 10/20 mEq (tenendo conto dei livelli di potassiemia) partendo dalla velocità di 20 ml/h (=2 UI/h) e controllo della glicemia ogni ora, modificando la velocità di infusione secondo il seguente schema:

Glicemia (mg/dl)	Velocità di infusione (ml/h)	U insulina/h
< 120	STOP	
tra 120 e 180	10	1
tra 180 e 250	20	2
tra 250 e 350	30	3
tra 350 e 400	40	4
> 400	50	5

- ◆ Nel paziente in DH consentire il re-invio a domicilio se glicemia < 250 mg/dl, raccomandando il controllo della glicemia nelle ore seguenti
- ◆ Nel paziente ricoverato, quando la glicemia scende a valori compresi tra 200 e 300 mg/dl, ridurre la frequenza dei controlli (ogni 2-3 ore).

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



.....E in real life?

XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



Let's they begin "sweetly" their own trip.

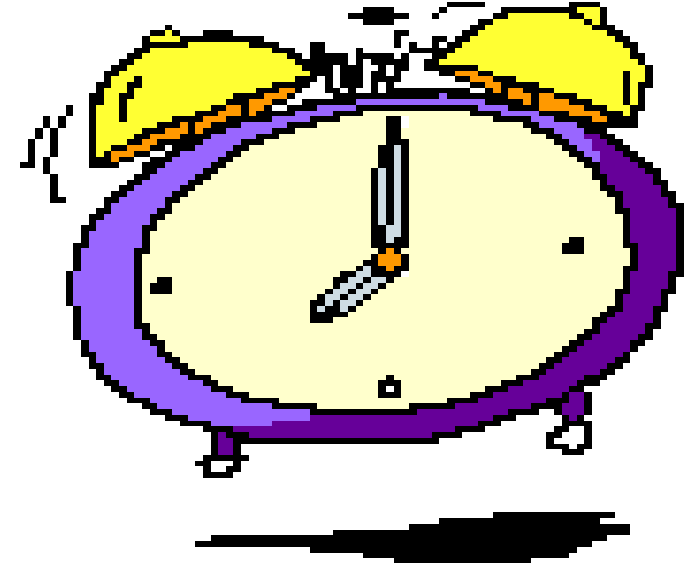
More family, less insulin.



XX CONGRESSO  
NAZIONALE  
2015 

Centro Congressi  
Magazzini del Cotone  
Genova  
13|16  
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della  
Diabetologia alla luce del  
Piano Nazionale Diabete



*Grazie  
per l'attenzione*