

QASJA HOLISTIKE DHE REKOMANDIMET E RAPORTIT KONSENSUAL TË ADA/ EASD - 2022 LIDHUR ME MENAXHIMIN E HIPERGLIKEMISË NË DIABETIN TIP 2



Merita Emini- Sadiku

Asistent
Fakulteti i Mjekësisë,
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Mjekësisë
Interne- Endokrinologjisë
Qendra Klinike Universitare
e Kosovës

Diabeti meliti (DM) aktualisht konsiderohet si një epidemi globale. Sot në botë janë rreth 537 milion njerëz të prekur nga kjo sëmundje dhe po aq vlerësohet të jetë numri i të padiagnostikuarëve, pra që e kanë sëmundjen e DM dhe nuk janë të vetëdijshëm për të. Në Kosovë nuk ka shifra zyrtare të numrit të saktë të të sëmurëve me DM por vlerësohet të jetë rreth 8% e popullatës. DM tipi 2 është një sëmundje komplekse kronike dhe menaxhimi i tij kërkon trajtim multifaktorial me-dikamentoz dhe të ndryshimit të stilit të jetës në mënyrë që të parandalohen komplikimet dhe për të ruajtur cilësinë e jetës. Përveç menaxhimit të nivelit të glukozës në gjak, peshës trupore, faktorëve të rrezikut kardiovaskularë duhet pasur parasysh edhe sëmundjet shoqëruese dhe komplikimet akute dhe kronike. Prandaj, kujdesi ndaj një pacienti me diabet kërkon qasje të organizuar dhe të strukturuar, e cila fokusohet tek individit duke rritur angazhimin në aktivitetet e vetë-kujdesit.

Ekzistojnë udhërrëfyes të ndryshëm sa i përket menaxhimit të DM tipi 2. Konsensusi për menaxhimin e hiperglikemisë në mes të dy asociacioneve më të mëdha në botë për DM në mes ADA (American Diabetes Association) dhe EASD (European Association for the Study of Diabetes) është më i rëndësishmi sa i përket informimit shkencor të mjekëve që merren me këtë sëmundje. Rekomandimet konsensusit të fundit të publikuar në shtator 2022 përveç determinuesve të shëndetit dhe sistemit të kujdesit shëndetësor, aktivitetit fizik, gjumit të rregullt, një theks i veçantë i është kushtuar menaxhimit të peshës si pjesë e qasjes holistike të menaxhimit të diabetit si dhe efektit kardioprotektiv dhe renoprotektiv të SGLT2 inhibitorëve (SGLT2i) dhe agonistëve të receptorëve të GLP-1 (GLP-1 RA) tek pacientët me diabet me rrezik për të zhvilluar sëmundje kardiorrenale.

Cilat janë principet e kujdesit ndaj pacientëve me diabet?

Komunikimi me pacientin

Klinikistët duhet ta kuptojnë se sa e rëndësishme është gjuha me të cilën flasim me njerëzit që jetojnë me diabet. Kjo gjuhë duhet të jetë neutrale, pa stigmë dhe e bazuar në fakte me respekt ndaj pacientit dhe gjithëpërfshirëse, gjuhë e cila nxit bashkëpunim dhe e përqendruar tek personi me DM. Sipas këtij konsensusi, njerëzit që jetojnë me DM nuk duhet të quhen "diabetikë" ose të përshkruhen si "të papajtueshëm ose të pabindur" ose të fajësohen për gjendjen e tyre shëndetësore.

Edukimi dhe mbështetja për vetë-menaxhimin e diabetit

Edukimi dhe mbështetja për vetë-menaxhimin-DSMES (anglisht Diabetes Self-Management Education and Support-DSMES) është një ndërhyrje kyçe, po aq e rëndësishme për planin e trajtimit sa edhe përzgjedhja e farmakoterapisë. Programet e edukimit janë individuale dhe

grupore zakonisht përfshijnë kontakte ballë për ballë. Ky program duke konsideruar natyrën e DM tipi 2 rekomandohet të ofrohet në mënyrë të vazhdueshme. Koha më e përshtatshme kur duhet të sigurohet DSMES përfshin: kohën kur bëhet diagnostikimi, më pas çdo vit, pastaj në kohën e shfaqjes së komplikimeve dhe gjatë tranzicionit në jetë dhe kujdes. Studimet kanë treguar që edukimi në kuadër të DSMES përmirëson ndjeshëm njohuritë e pacientit, nivelin e glikemisë, të dhënat klinike, përmirësimin në aspektin psikologjik, redukon shtrimet në spital dhe vdekshmërinë nga të gjitha shkaqet dhe është më e kosto efektive. DSMES ofrohet përmes programeve të strukturuar arsimore të ofruara nga specialistë të trajnuar për kujdesin dhe edukimin e diabetit. Ky program fokusohet në rritjen e njohurive për sëmundjen, komplikimet, ndryshimin e stilit të jetës (ushqimi i shëndetshëm, aktiviteti fizik dhe menaxhimi i peshës), marrja e medikamenteve, vetë-monitorimi dhe përballja me sëmundjen

Programin e edukimit në mënyrë të organizuar në Klinikën e Endokrinologjisë, QKUK e kemi filluar që nga viti 2014 si edukim grupor ndërsa si edukim individual ka ekzistuar vite më herët qysh nga themelimi i shërbimit të endokrinologjisë në vitin 1974 në kuadër të Klinikës Interne. Tendenca për të zgjeruar këtë formë të edukimit është edhe në spitale rajonale dhe Qendra të mjekësisë familjare në tërë Kosovën.

Qasja e individualizuar dhe e personalizuar

DM tipi 2 është një sëmundje heterogjene me kohë variable të fillimit të sëmundjes, obezitet të shkallëve të ndryshme, praninë së rezistencës insulinike dhe tendencës për të zhvilluar komplikime.

Qasja e menaxhimit duhet të jetë holistike dhe multifaktoriale dhe llogaritet të jetë përgjatë gjithë kohës që pacienti është me sëmundjen e diabetit. Këtu duhet marrë parasysh karakteristikat kryesore dhe preferencat për të vendosur qëllimet dhe strategjitë e individualizuara të trajtimit. Struktura e organizimit të kujdesit shëndetësor në përgjithësi përfshin disiplina të ndryshme duke përfshirë mjekë familjarë, internistë-endokrinologë/diabetologë, profesionistët e edukimit diabetik, nutricionistët, infermierët si dhe profesionistët të tjerë të cilët kryesisht trajtojnë komplikimet kronike të DM si kardiologët, nefrologët, neurologët, kirurgët vaskularë, ortopedët, podologët, specialistë të shëndetit mendor etj.

Këto karakteristika përfshijnë sëmundjet shoqëruese të personit me diabet, karakteristikat klinike dhe indikatorët e fillimit të GLP-1 RA ose SGLT2i si medikamente të rekomanduara për mbrojtje të organeve dhe veçanërisht zembrës dhe veshkave.

Pacientët me sëmundje bashkëshoqëruese renale dhe kardiake

Korrespondenca:
merita.emini@uni-pr.edu

Rekomandimet e ADA/EASD që nga viti 2018 e më pas 2019 kanë qenë insistuese lidhur me përdorimin e medikamenteve si GLP-1RA dhe SGLT2i si barna me prioritet në rast të pranisë së sëmundjeve kardiovaskulare dhe/ose renale kronike. Në studimin CREDENCE dhe DAPA-CKD në të cilët janë përfshirë pacientët adultë me DM tipi 2 canagliflozin (SGLT2i) redukton në mënyrë sinjifikante rrezikun e progredimit të insuficiencës renale. Po ashtu në studimet SCORED, EMPORER-Preserved, SOLO-

IST-WHF është parë efekt i jashtëzakonshëm i SGLT2i në sistemin kardiovaskular sa i përket fraksionit të ejectionit, mortalitetit dhe hospitalizimit apo vizitat urgjente. Po ashtu GLP-1RA janë barna të cilat kanë një ndikim shumë të rëndësishëm në sistemin kardiovaskular dhe renal të cilat janë parë në studimet AMPLITUDE, CVOT, SURPASS-CVOT. Po ashtu edhe kombinimi i këtyre dy barnave është bërë evident në studimin EXCEL me reduktim të mortalitetit në një shkallë më të lartë.

Për pacientët me DM tipi 2 me mbipeshë dhe obezitet rekomandohet ulja e peshës për 5% duke dhënë benefite klinike ndërsa ulja në peshë >10% nëse kjo realizohet në fillim të sëmundjes rrit shanset për remisijon të sëmundjes. Nga medikamentet për uljen e glikemisë rekomandohen GLP-1RA që sigurojnë 10-15% të rënies në peshë. Kirurgjia metabolike nëse bëhet në fillim të sëmundjes është më efektive dhe duhet të përcillet me terapi biheviorale dhe konsulta me nutricionistin.

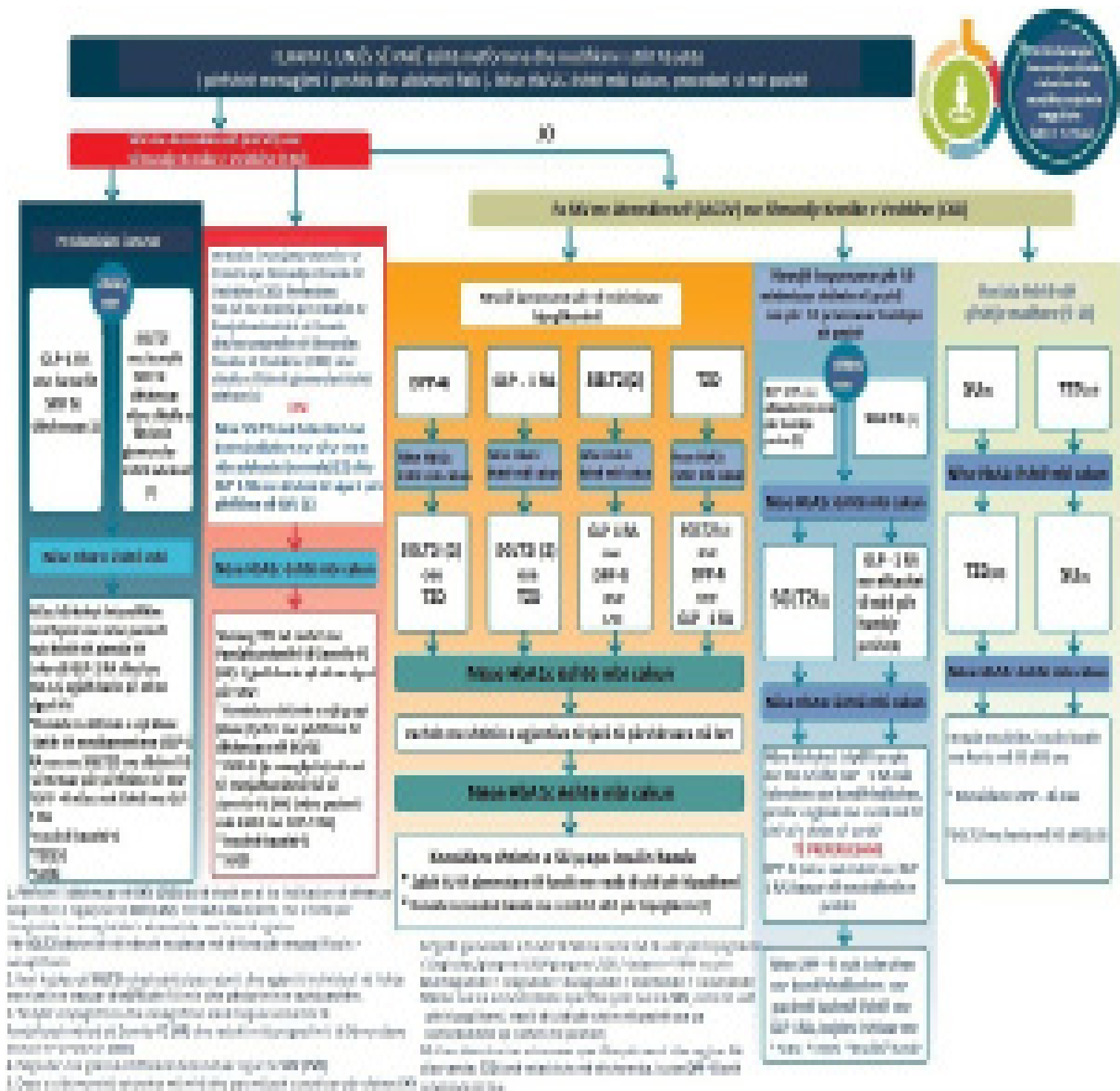


Figura 1. Medikamentet për uljen e glukozës në DM tipi 2, 2021 ADA Professional Practice Committee adaptation of Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Diabetes Care 2018;41: 2669-2701 and Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, et al. Diabetes Care.

Zgjedhja e medikamenteve për uljen e glikemisë

Zgjedhja e agjentëve për uljen e glukozës duhet të drejtohet nga profili individual i personit me DM të tipit 2, në veçanti prania e sëmundjeve shoqëruese, rreziku i efekteve anësore, dhe përshtatja. Trajtimi farmakologjik i hiperglikemisë duhet të integrohet në DSMES dhe të shoqërohet me fokus në sjelljet e shëndetshme që nga diagnoza e tutje. Kjo duhet të integrohet si pjesë e një qasjeje holistike, multifaktoriale ndaj diabetit të tipit 2 që përfshin peshën, presionin e gjakut dhe menaxhimin e lipideve. Nga 9 lloje të medikamenteve të cilat përdoren në DM tipit 2 (biguanidet, DPP4 inhibitorët, derivatet e sulfaniluresë, glinidet, alfa glukozidazëinhibitorët, SGLT2i, GLP-1RA, tiazolidindionet, insulinat) metformina është preparati i parë i preferuar si mono terapi, mirëpo kur ekzistojnë faktorë tjerë rreziku për prekje të organeve siç janë rreziku për sëmundje kardiovaskulare ose renale si terapi e linjës së parë mund të rekomandohen edhe SGLT2i ose GLP-1RA. Kombinimi i terapive vazhdon të rekomandohet edhe më tutje si në vitet më të hershme e po ashtu në udhërrëfyesit e fundit të ADA 2021 dhe 2022 (Figura 1), ku theks i veçantë i jepet sëmundjeve kardiovaskulare aterosklerotike, sëmundjeve kronike të veshkave dhe kostos së medikamenteve.

Nga konsensusi i fundit i ADA/EASD rekomandohet që:

- Mjeku të përditësojë vazhdimisht njohuritë e tij mbi efikasitetin dhe efektet anësore të farmakoterapisë së diabetit.
- Të identifikojë sëmundjet përkatëse shoqëruese (p.sh., obezitetin, sëmundjet kardiovaskulare (SKV), insuficiencën kardiakë (IK), insuficiencën renale kronike (IRK), steatohepatoza jo alkoolike - NAFLD).
- Të vlerësojë profilin e personit me diabet (p.sh., moshën dhe re, brishtësia, jetëgjatësia e kufizuar, dëmtimi konjitiv, përcaktuesit social të shëndetit).
- Të merren parasysh faktorët e rrezikut për efektet e padëshiruara të mjekimit (p.sh., hipoglikemia, dehidrimi, infeksionet gjenitale, historia e pankreatitit).
- T'u jepet përparësi përdorimit të medikamenteve mbrojtëse të organeve (GLP-1 RA, SGLT2i, tiazolidindionet) tek ata me sëmundje kardiorenale ose steatohepatoza jo alkoolike (anglisht non-alcohol-icsteatohepatosis-NASH) ose me rrezik të lartë.
- Të merret parasysh terapia fillestare e kombinuar me agjentë për uljen e glukozës, veçanërisht në ata me HbA1c të lartë në diagnozën e DM (>8.5%), në të rinjtë me diabet të tipit 2 (pavarësisht nga HbA1c) dhe në ata tek të cilët qasja hap pas hapi do të vononte qasjen tek agjentët që ofrojnë mbrojtje kardiorenale përtej efekteve të tyre të uljes së glukozës.
- Në hiperglikemitë e rënda HbA1c > 10% dhe sidomos kur shoqërohet me humbje të peshës ose ketonuri/ketozë dhe me çrregullim të glikemisë akute (p.sh. gjatë hospitalizimit, kirurgjisë ose së-

mundjeve akute) tek pacientët me nënpeshë, ose kur dyshohet për diagnozën e diabetit tipi 1.

- Të shmangët inercioni terapeutik dhe të rivlerësohet gjendja shëndetësore, sjellja e pacientit për marrjen e barnave dhe efektet anësore të tyre në çdo vizitë.
- Kur nevojitet kontrolli shtesë i glikemisë, të inkorporohet në vend se të zëvendësohet, terapia për uljen e glukozës me mekanizma veprimi plotësues.
- Të merret parasysh kombinimi me doza fikse për të shmangur rëndimin e recetës.
- Të merret parasysh mos intensifikimi i terapisë, p.sh.: të të moshuarit dhe në kuadrin e medikamenteve që shkaktojnë hipoglikeminë.
- Të përdoret një GLP-1 RA përpara fillimit të insulinës.
- Kur fillohet insulina, të fillohet me një insulinë bazale dhe të intensifikohet doza në kohën e duhur, duke u titruar për të arritur një objektivi të individualizuar të glikemisë esëll për çdo person.
- Kur fillohet insulina, të vazhdohet me medikamentet mbrojtëse të organeve për uljen e glukozës dhe metforminën.
- T'i referohet DSMES kur fillohet insulina ose kur kalohet në terapinë bazal-bollus.
- Teknologjia mund të jetë e dobishme për njerëzit me diabet të tipit 2, por duhet të jetë pjesë e një plani gjithëpërfshirës të kujdesit dhe të mbështetur nga DSMES.
- Të konsiderohet monitorimi i vazhdueshëm i glukozës (CGM) tek njerëzit me diabet të tipit 2 me insulinë.
- Të identifikohen dhe përfshihen aktivitete të edukimit të vazhdueshëm mbi menaxhimin e diabetit të tipit 2 për të gjithë anëtarët e ekipit të kujdesit shëndetësor.
- Kujdesi i bazuar në ekip kërkohet për kujdesin e integruar të diabetit; kjo përfshin koordinimin ndërmjet disiplinave të shumta.
- Menaxhimi i diabetit të tipit 2 kërkon ndërhyrje të vazhdueshme për përmirësimin e cilësisë, të përshtatura për mjedisin lokal.

Referencat:

- 1.Melanie J. Davies, Vanita R. Aroda, Billy S. Collins, Robert A. Gabbay, Jennifer Green, Nisa M. Maruthur, Sylvia E. Rosas, Stefano Del Prato, Chantal Mathieu, Geltrude Mingrone, Peter Rossing, Tsvetlana Tankova, Apostolos Tsapas, John B. Buse; Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 1 November 2022; 45 (11): 2753-2786.
- 2.American Diabetes Association Professional Practice Committee, Draznin B, Aroda VR, Bakris G, Benson G, Brown FM, Freeman R, Green J, Huang E, Isaacs D, Kahan S, Leon J, Lyons SK, Peters AL, Prahald P, Reusch JEB, Young-Hyman D. 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 2022 Jan 1;45 (Suppl 1): S83-S96. doi: 10.2337/dc22-S006. PMID: 34964868.
- 3.Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, Rossing P, Mingrone G, Mathieu C, D'Alessio DA, Davies MJ. 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. 2020 Feb;63(2):221-228. doi:10.1007/s00125-019-05039-w. Erratum in: *Diabetologia*. 2020 Aug;63(8):1667. PMID: 31853556.
- 4.Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, Rossing P, Tsapas A, Wexler DJ, Buse JB. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. 2018 Dec;61(12):2461-2498. doi: 10.1007/s00125-018-4729-5. Erratum in: *Diabetologia*. 2019 May;62(5):873. PMID: 30288571.
- 5.Crabtree T, Ogendo JJ, Vinogradova Y, Gordon J, Idris I. Intensive glycemic control and macrovascular, microvascular, hypoglycemia complications and mortality in older (age ≥60 years) or frail adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis from randomized controlled trial and observation studies. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2022 May;17(3):255-267. doi: 10.1080/17446651.2022.2079495. Epub 2022 May 25. PMID: 35614863.