

**ΕΠΕΜΥ -
IBRE**

**Πανελλήνιο Διαιτηρικό Επιστημονικό Συμπόσιο
Καρδιολογίας - Ρευματολογίας 2013**

«Καρδιαγγειακή και άλλες συννόσηρες σε ασθενείς
με μυοσκελετικές παθήσεις και ανοσοτροποποιητικές θεραπείες»



Κλινικό Φροντιστήριο
«Σακχαρώδης
Διαβήτης και
συννοσηρότητες
Στην τρίτη ηλικία»

Συντονιστές:

Σ.Ι.Παππάς

Α.Αλαβέρας

Μετέωρα 17-20 /10/2013

Dr Σταύρος Ι. Παππάς

Συν. Διευθυντής

**Γ' Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού
Κέντρου**

Γ.Ν.Νίκαιας-Πειραιά



**Σ.Ι.Παππάς
Α.Αλαβέρας**

- **Η παρουσίαση αυτή ,στοχεύει σε εκπαιδευτικούς σκοπούς και συνιστά ανεξάρτητη επιστημονική κρίση ,δίνεται στο πλαίσιο του προγράμματος της**
- **Επιστημονικής εκδήλωσης ΕΠΕΜΥ - ΙΒΡΕ και δεν υποστηρίζεται από κανένα χορηγό. .**

**Δεν έχουμε λάβει χορηγίες για
αυτην τη ομιλία.**



Σ.Ι .Παππάς Γ.Παθολογική/Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Νοσοκομείο Νίκαιας

Ηλικιωμένοι : Δεν είναι όλοι ίδιοι.

Ποιος είναι ενήλικας?



- Νεαρός ενήλικας" 65-75 έτη

- "Υπερήλικας" >75 έτη



**Πανελλήνιο Διαιτητικό Επιστημονικό Συμπόσιο
Καρδιολογίας - Ρευματολογίας 2013**

**ΕΠΕΜΥ -
IBRE**

**«Καρδιαγγειακή και άλλες συννοσηρότητες σε ασθενείς
με μυοσκελετικές παθήσεις και ανοσοτροποποιητικές θεραπείες»**

Σταύρος Ι. Παππάς

Αντώνης Αλαβέρας



**Ιδιαιτερότητες
των ηλικιωμένων
ασθενών με ΣΔτ2 »**

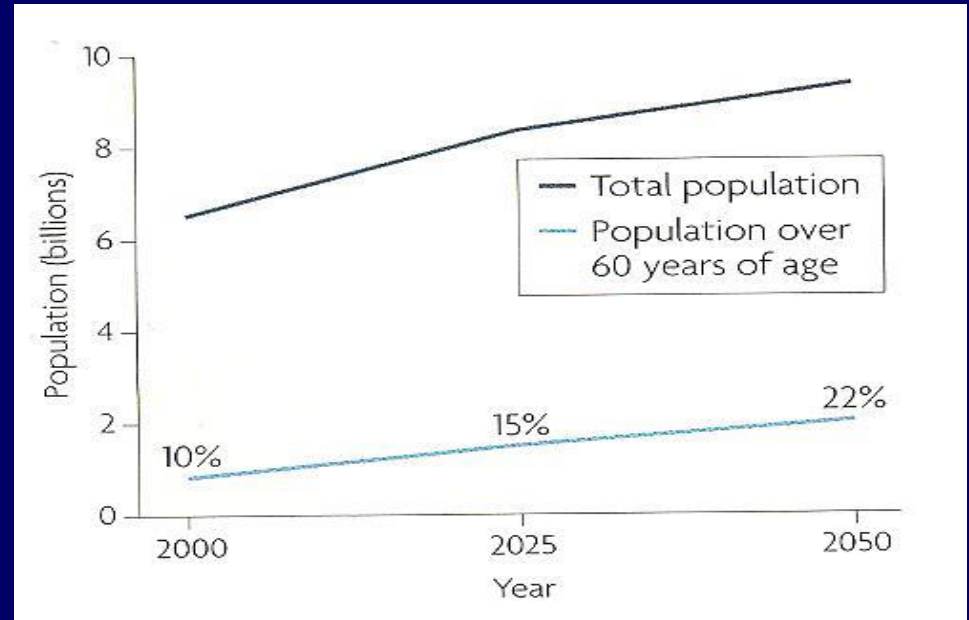
**«Επιπολασμός
ΣΔ τ2 στην 3^η ηλικία. »**



Ο Πληθυσμός της Ελλάδας βάσει απογραφών από το 1870-2011 και οι μεταβολές του πληθυσμού στα άτομα ηλικίας ≥65 ετών

Έτος απογραφής	Σύνολο πληθυσμού	Πληθυσμός ατόμων ≥65 έτη	Ποσοστό (%)
1870	1.457.894	52.559	3,6
1879	1.654.310	58.360	3,5
1920	5.014.130	283.817	5,6
1928	6.184.645	326.471	5,8
1951	7.631.801	511.398	6,7
1961	8.388.553	686.654	8,1
1971	8.768.372	957.116	10,9
1981	9.739.589	1.239.541	12,7
1991	10.259.900	1.512.000	14,7
2001	10.924.020	1.868.000	17,1
2011	9.903.268/11.329.600	1.873.243	17,1

Preitbart E et al. Aging and the human Immune system
1sr Med Assoc J 2000;2:703-707



Έτος 2000 10% του πληθυσμού ηλικίας >80 ετών.

Έτος 2050 22% του πληθυσμού ηλικίας >80 ετών.

Επιπολασμός του ΣΔ στην 3^η ηλικία (Κύπρος-Ελλάδα-Παγκοσμίως)

- **Ελλάδα:** ανάλογα με τα κριτήρια διάγνωσης
7-30%
- (ΑΤΤΙΣΑ: 2001-2002, 3042 άτομα:
25% ανδρών
και 30% γυναικών ≥ 65).
- **Κύπρος:** 37%.
- **Ευρώπη:** 20-28%.
- **USA:** 22-33%.
- **Οίκοι ευγηρίας :** 20-36%.

Panagiotakakos DB, et al. Diabet Med 2005;22:1581-8.

Hermans MP, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60:241-7.

Zhang X, et al. J Am Geriatr Soc 2010;58:724-30.

Ανθιμίδης ΓΔ. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 1994;2:93-106.

Συμπέρασμα: Ηπλειοψηφία των διαβητικών ασθενών τύπου 2 είναι ηλικιωμένοι

- **41% διαβητικών είναι > 65 ετών**
- **25% εξόδων υγείας αφορούν τον Σ.Δ.**
- **44% των διαβητικών είναι > 70 ετών**
- **Χρειάζονται βοήθεια, για μία ή δύο βασικές ημερήσιες δραστηριότητες**
- **Πάνω από 20% των ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα έχουν Σ.Δ.**



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΡΗΣΙΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Οι "ηλικιωμένοι" αποτελούν μια ετερογενή ομάδα ατόμων που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς:



- Η μεγαλύτερη θνητότητα από οξείες και χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη
- Η δυσκολία στην τακτική ιατρική παρακολούθηση-Ελλιπής- για πρακτικούς λόγους (μετακίνησης κλπ)
Απαραίτητη η υποστήριξη από άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος για την σωστή εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών

7:755-765.

αντιπηκτικά
και
αντιδιαβητικά
(SUL-INS)
,αίτια
επισκέψεων
υπερηλίκων
στα

- Η μείωση των νοητικών λειτουργιών -Κατάθλιψη

1. Γεροντικά σύνδρομα

Σ.Ι. Παππάς Γ. Παθολογική/Διαβητολογικό Κέντρο Γ. Νοσοκομείο Νίκαιας



Cleveland Clinic
Journal of
Medicine 2008;
75: 70-78

Γηριατρικό σύνδρομο

1. Συνδυάζει:

- ▶ Έκπτωση των νοητικών λειτουργιών (μνήμης και αντίληψης)
- ▶ Κατάθλιψη
- ▶ Δυσκολία στην αυτοεξυπηρέτηση
- ▶ Πτώσεις
- ▶ Διαταραχές στην ακοή και την όραση

2. Σχετίζεται με την έλλειψη ικανότητας του ασθενούς να προβαίνει στον αυτοέλεγχο και να ακολουθεί την αγωγή του

3. Η σημειολογία του είναι ήπια και συχνά διαλάθει της προσοχής. Πρέπει να υπάρχει κλινική υποψία και να **διερευνάται η πιθανή ύπαρξή του όταν δεν επιτυγχάνεται ο θεραπευτικός στόχος**

3. Για τη διάγνωσή του χρησιμοποιούνται δοκιμασίες όπως:

- ▶ Clock Drawing Test
- ▶ Mini Mental State Examination
- ▶ Geriatric Depression Scale
- ▶ Οπτική οξυμετρία
- ▶ Ακουομετρία

“Frailty is a widely used term associated with aging that denotes a multidimensional syndrome that gives rise to increased vulnerability”

“Frailty : Ένα Σύνδρομο που υποτιμάται ?

Clinical Frailty Scale



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”; and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



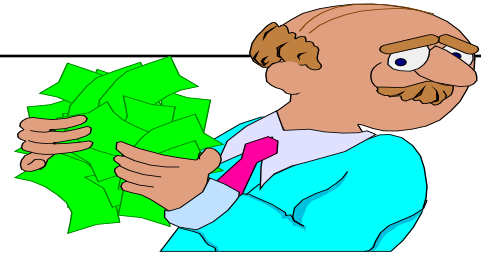
9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.



- ❖ ΣΔ-Αντιδιαβητική αγωγή
Ποιότητα Ζωής
- ❖ Συμμόρφωση
- ❖ Ηλικιωμένοι
- ❖ Αυτοέλεγχος
- ❖ Σεξουαλική Δυσλειτουργία





Σχέση Ποιότητας Ζωής & ΑΕΠ κατά κεφαλή.

Υψηλότεροι Δείκτες Ποιότητας Ζωής

- Δανία
- Φιλανδία
- Ολλανδία
- Σουηδία

➤ Έχουν σχετικά υψηλά επίπεδα κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας

ΑΕΠ

Χαμηλότεροι Δείκτες Ποιότητας Ζωής

**Πορτογαλία
Ελλάδα
Ισπανία**

ΑΕΠ

Έχουν σχετικά χαμηλά επίπεδα κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας

**Σ.Ι. Παππάς
Γ. Παθολογική/Διαβητολογικό Κέντρο
Γ. Νοσοκομείο Νίκαιας**

**Η σχέση Ζωής ΚΑΙ ΑΕΠ είναι Θετική .
Η αύξηση όμως του ΑΕΠ δεν συνεπάγεται
και γραμμική αύξηση της QoL**



Πώς Επηρεάζει ο ΣΔτ2 την ποιότητα Ζωής? Επιβαρυντικοί παράγοντες στην Ποιότητα Ζωής των Διαβητικών ασθενών-Κατάθλιψη

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης

- ❖ **Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση:** μόρφωση, ανεργία, εισόδημα
- ❖ Χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης
- ❖ Πτωχή κοινωνική υποστήριξη
- ❖ Πτωχή υγεία γενικά
- ❖ **Οικογενειακή κατάσταση:** έγγαμος, εργένης (Ανύπαντρα άτομα)
- ❖ Φύλο (γυναίκες πιο ευάλωτες)

Ο ΣΔ επηρεάζει την ποιότητα ζωής ανάλογα το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο

Απαιτείται έγκαιρος εντοπισμός διαβητικών αυξημένου κινδύνου μειωμένης κατάστασης υγείας

Η ψυχική νόσος σχετίζεται με ανθυγιεινή συμπεριφορά όπως

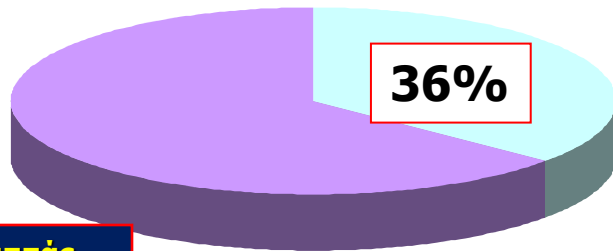
- Κάπνισμα
- χαμηλή φυσική δραστηριότητα
- υψηλή πρόσληψη θερμίδων
- κεντρική παχυσαρκία
- διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης (ΣΔ)
- διαταραχές του υποθάλαμο-υπόφυσιο-επινεφριδικού άξονα και του συμπαθητικού

Robin RR et al. Quality of life and Diabetes. Diabetes/Metabolism Research and Reviews 1999;15:205-218.

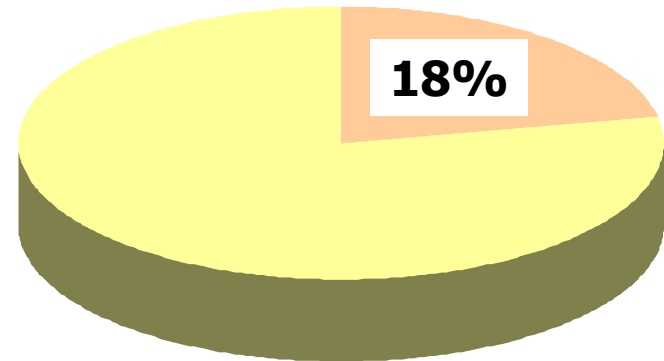


Κατάθλιψη και Σακχαρώδης Διαβήτης Επιπολασμός (%)

Γενικός Πληθυσμός	5-15% (8-9%)
ΗΠΑ	28%
Ευρωπαϊκή Ένωση	9-26%
Κάτω χώρες (Δανία)	50%
Ελλάδα	6%
ΣΔ Ελλάδα	A=5% Γ=33%
ΣΔ (>30%)	20%
Γ/Α	2/1



**Depression
Female >
Male**



**Normal population
Female > Male**

Σ.Ι. Παππάς
Γ. Παθολογική/Διαβητολογικό
Κέντρο
Γ. Νοσοκομείο
Νίκαιας

Επιπτώσεις κατάθλιψης στο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη & στην ποιότητα Ζωής (QoL)



Η κατάθλιψη στους διαβητικούς ασθενείς, συνήθως είναι χρόνια και σχετίζεται με:

1. Αυξημένη Λειτουργική ανικανότητα
2. Αύξηση των σωματικών συμπτωμάτων
3. Μη συμμόρφωση στη θεραπεία
4. Επιβάρυνση του γλυκαιμικού ελέγχου
5. Αύξηση του κινδύνου εμφάνισης αγγειακών επιπλοκών (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια και μακροαγγειακές επιπλοκές
6. Αυξημένη θνησιμότητα
7. Μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών
8. Αύξηση του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης
9. αυξημένο κίνδυνο για άνοια?

Rubin RR, Peyrot M. Diabetes Metab Res Rev 1999;15:205-18

De Groot: Psychosom Med 2001

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Arch Intern Med 2000;160:2101-2107

Πολυφαρμακία

1. Αυξημένη πιθανότητα ΦΑ.
2. Αυξημένη πιθανότητα Α/Ε του κάθε φαρμάκου ξεχωριστά.
1+2.

14.000 ηλικιωμένοι ασθενείς: Περίπου **20%** των θανάτων σε Α/Ε φαρμάκων.

3. Μείωση της συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπευτική αγωγή.

*Good CB. Diabetes Spectrum 2002;15:240-248.
Ebbesen J, et al. Arch Intern Med 2001;161:2317-2323.*

Ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΔΤ2 »



Συμμόρφωση > 65 ετών

- =~ **60%** (επειδή το 40% δεν πήρε τα φάρμακα με την αρχική συνταγή)
- Σε 5 χρόνια συμμόρφωση **30%**
Σακχαρώδης διαβήτης **37%**
HbA1c < 7%
- **25%** παίρνουν λιγότερο από την συνιστώμενη δόση³
- **33%** δεν θα προμηθευτούν τα φάρμακα τους³

Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA*. 2002;288:455-61.



Πανελλήνιο Διαιτηρικό Επιστημονικό Συμπόσιο Καρδιολογίας - Ρευματολογίας 2013

«Καρδιαγγειακή και άλλες συννοσηρότητες σε ασθενείς
με μυοσκελετικές παθήσεις και ανοσοτροποποιητικές
θεραπείες»

ΕΠΕΜΥ
- IBRE



«Ιδιαιτερότητες
των ηλικιωμένων
ασθενών στις
Επιπλοκές
ΣΔΤ2 »

Dr Σταύρος Ι. Παππάς
Συν.Διευθυντής
Γ' Παθολογικού Τμήματος &
Διαβητολογικού Κέντρου
Γ.Ν.Νίκαιας-Πειραιά

Σακχαρώδης Διαβήτης και ηλικιωμένοι

- Διπλάσιες νοσηλίες για **υπεργλυκαιμία** σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικίες

ΑΛΛΑ

- **Υψηλότερα ποσοστά υπογλυκαιμίας εξαιτίας και της πιθανής νεφρικής νόσου**
 - Αρρυθμίες – θάνατος
 - Πτώση στο έδαφος – κατάγματα
 - Επίδραση στις νοητικές λειτουργίες



Υπογλυκαιμία: Έχει την ίδια κλινική σημασία σε όλους?



○ Κινδυνεύουν περισσότερο:

- ❖ Οι ηλικιωμένοι
- ❖ Ασθενείς με μεγάλη διάρκεια διαβήτη
- ❖ Ασθενείς με νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια
- ❖ Ασθενείς που παίρνουν πολλά φάρμακα
- ❖ Οι χρήστες αλκοόλ

Λήψη
σουλφονουρίας(γλιβενκλαμιδη)
Ινσουλινοθεραπεία

Ελαττωμένη πρόσληψη τροφής
Άτομα με απώλεια των προειδοποιητικών
συμπτωμάτων της
υπογλυκαιμίας



○ Σ.Ι. Παππάς
Γ. Παθολογική/Διαβητολογικό Κέντρο
Γ. Νοσοκομείο
Νίκαιας

Επιπλοκές Υπογλυκαιμίας 3^η ηλικία

- ❑ Γνωστική δυσλειτουργία.
- ❑ Μείωση της όρασης (θάμβος, διπλωπία).
- ❑ Πτώση στο έδαφος (κατάγματα).
- ❑ Αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων.
- ❑ Αύξηση εισαγωγών στο νοσοκομείο.
- ❑ Φόβος για επόμενα επεισόδια-έλλειψη συμμόρφωσης στη διαίτα και φ.αγωγή.
- ❑ Αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.
- ❑ Μειωμένη ποιότητα ζωής.





ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ:- Υποεκτίμηση συνεπειών.

Αυξημένος κίνδυνος
καρδιακής αρρυθμίας¹

•Παρατεταμένη
καρδιακή
επαναπόλωση —
↑ QTc και QTd
•Ανακοπή

Προοδευτική
Νευρογλυκοπενία²

- Νοητική διαταραχή
- Ασυνήθιστη συμπεριφορά
 - Σπασμοί
 - Κώμα
- Νέκρωση εγκεφάλου

1. Whitmer RA et al, **JAMA** 2009; 301:1565
2. Zammit NN et al, **Diabetes Care** 2005; 28:2948
3. Canadian Diabetes Association's Clinical Practice guidelines for Diabetes, **Canadian Journal of Diabetes** 2003; 27:128
4. Jonsson L et al, **Value Health** 2006; 9:193
5. Barnett AH et al, **Curr Med Res Opin** 2010; 26:1333
6. Foley L & Jordan **Vasc Health Risk Manag** 2010; 6:541

Κόστος Νοσηλειών ⁴

Καρδιαγγειακές Επιπλοκές⁵

Αύξηση βάρους από
«αμυντική» διατροφή ⁶

Ζάλη μέχρι απώλεια
συνειδήσεως- ⁵

Αποπληξία⁵

Αυτοκινητικά ατυχήματα³

Αυξημένος κίνδυνος Άνοιας
d¹

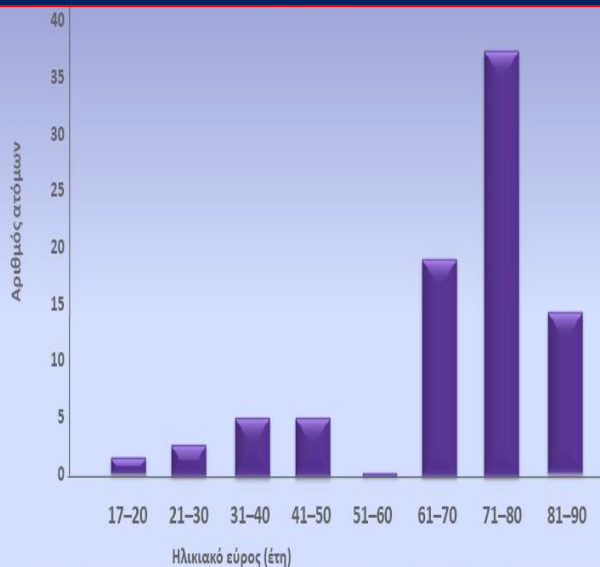
Κώμα⁵

Θάνατος²



Ιδιαιτερότητες της υπογλυκαιμίας στους ηλικιωμένους

Το υπογλυκαιμικό κώμα είναι συχνότερο στους ηλικιωμένους με ΣΔΤ2

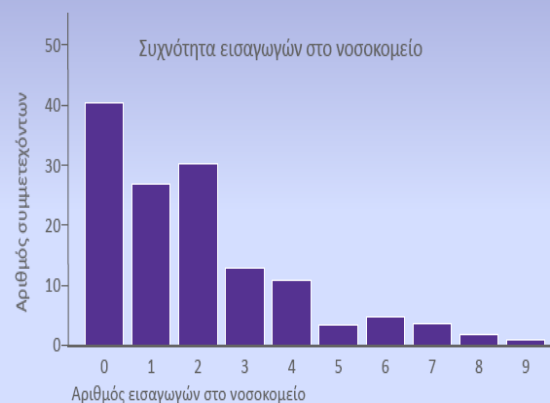


Αναδρομική ανασκόπηση ιατρικών αρχείων ατόμων με διαβήτη που εισήχθησαν με ΔΙHC ή ανέπτυξαν ΔΙHC στη διάρκεια νοσοκομειακής νοσηλείας.

Ben-Ami H, et al. Arch Intern Med. 1999;159:281-4.

Οι ηλικιωμένοι με ΣΔΤ2, έχουν ανάγκη συχνότερων νοσηλειών

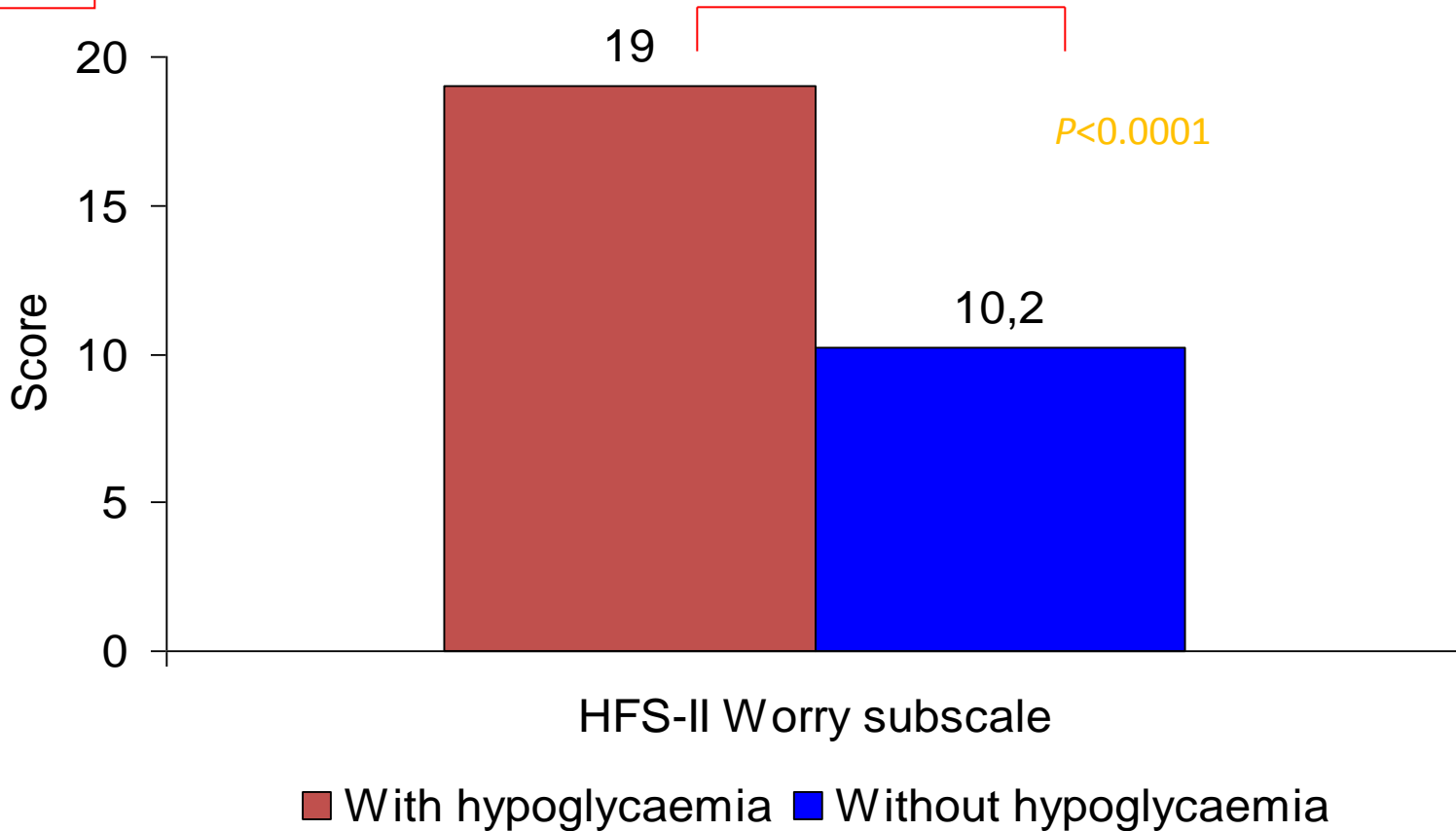
- Ο πτωχός έλεγχος του διαβήτη στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες εισαγωγές στο νοσοκομείο



- Συνολικά, τα άτομα με διαβήτη έχουν υπερδιπλάσιες πιθανότητες να χρειαστούν εισαγωγή στο νοσοκομείο από ό,τι τα άτομα χωρίς διαβήτη

Rosenthal MJ, et al. Diabetes Care. 1998;21:231-5.

Υπογλυκαιμία μειώνει σημαντικά την ποιότητα Ζωής των ασθενών.



Σ.Ι. Παππάς
Γ. Παθολογική/Διαβητολογική
ὁ Κέντρο Γ. Νοσοκομείο

Vexiau P, et al. *Diabetes Obes Metab* 2008;10(S1):16-24.

Ο Συνδυασμός A-DPP-4 & Μετφορμίνης vs Σουλφονουλουρίας+Μετφορμίνης +παρείχε Μείωση του ΣΒ των ασθενών (vs Αύξησης ΣΒ) και σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης υπογλυκαιμιών

○ Σουλφονουλουρία^a +μετφορμίνη (n=416) vs

Σιταγλιπτίνη^b +μετφορμίνη (n=389)

Ο συνδυασμός Σιταγλιπτίνης & Μετφορμίνης παρείχε Μείωση του ΣΒ των ασθενών (vs Αύξησης ΣΒ) Δ=-2.5 Kg και σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης υπογλυκαιμιών(5% (vs 32%)

Vildagliptin vs **glimiperide**: Υπογλυκαιμίες Σοβαρές(0 vs 10%)

SAXAGLIPTIN vs GLIPIZIDE Υπογλυκαιμίες:3% vs37%
Βάρος :Διαφορά 2 Kg

ΙΔΙΑ Μείωση HbA1-c 0.8-%

Αναστολείς DPP-4: Καλή επιλογή σε ηλικιωμένους με ΣΔτ2

For elderly patients with type 2 DM, reductions in HbA(1c) after treatment with a DPP-4 inhibitor were not significantly different from those in younger patients. Use of DPP-4 inhibitors in these studies was associated with a **low risk of hypoglycemia, and these agents were weight neutral.**

**Am J Geriatr Pharmacother 2010; 8:
405-18**

**ΓΛΙΠΤΙΝΗ: κατάλληλη.
Όχι σοβαρές αλληλεπιδράσεις,
Όχι ηλικιακοί περιορισμοί,
Όχι περιορισμός σε ΧΝΑ.
Εύκολο δοσολογικό σχήμα**



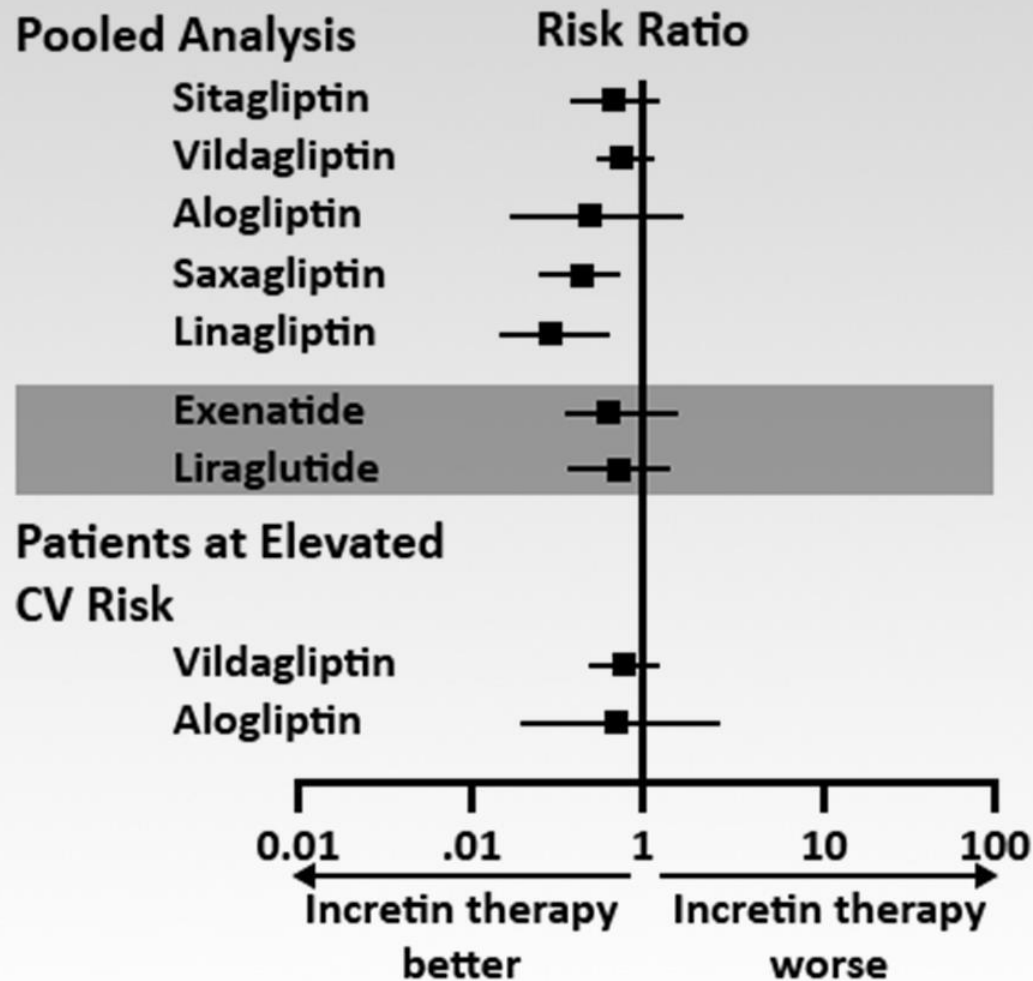
Sulfonylureas and CV Mortality

Observational trials comparing any sulfonylureas (monotherapy or combination) vs any non-sulfonylurea treatment including insulin

Author(s), y	Sulfonylurea		Non-sulfonylurea		Odds Ratio (95% CI)
	Alive	Deaths	Alive	Deaths	
Evans et al, 2006	5308	373	2248	38	4.16 (2.971 5.83)
Johnson et al, 2005	2899	320	862	61	1.56 (1.17, 2.07)
Schramm et al, 2011	57,757	3942	42,513	827	3.51 (3.25, 3.79)
Schramm et al, 2011	5278	961	2737	169	2.95 (2.49, 3.49)
Sillars et al, 2010	396	137	503	81	2.15 (1.58, 2.91)
Random effects model					2.72 (1.95, 3.79)

CV Safety of Incretin-based Therapies in Patients With Type 2 DM

Incretin Therapy vs Comparators



1. *Μεγαλύτερος κίνδυνος υπογλυκαιμικών επεισοδίων.*
2. *Επίδραση στην «ισχαιμική προπόνηση» του μυοκαρδίου.*
3. *Μεγαλύτερη θνησιμότητα σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου.*

SPECIAL FEATURE

J Clin Endocrinol Metab 2010,95:4867–4870.

Editorial

More Reasons to Say Goodbye to Glyburide

Matthew C. Riddle

Oregon Health & Science University, Portland, Oregon 97239-3098

Σιωπηλή ισχαιμία- ΟΕΜ

- ❑ ΣΔ2: 26-44% ΣΙ.
- ❑ ΣΔ2: 30-70% συνόλου ΟΕΜ
- ❑ FIELD:

38% των αρχικών ΟΕΜ ήταν σιωπηλά.

64.5% των επόμενων ΟΕΜ ήταν σιωπηλά.

Κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για σιωπηλό ΟΕΜ:

1. **Ηλικία.**
2. **Διάρκεια ΣΔ2.**
3. **Ιστορικό Καρδιαγγειακής νόσου.**
4. **Μικρο/Μάκρο αλβουμινουρία.**

*Valensi P, et al. Arch Cardiovasc Dis
2011;104:178-88.*

**ΕΠΕΜΥ
- IBRE**

**Πανελλήνιο Διαιτητικό Επιστημονικό Συμπόσιο
Καρδιολογίας - Ρευματολογίας 2013**

**«Καρδιαγγειακή και άλλες συννοσηρότητες σε ασθενείς
με μυοσκελετικές παθήσεις και ανοσοτροποποιητικές
θεραπείες»**



**«Αντιδιαβητική
αγωγή και
Ιδιαιτερότητες
των ηλικιωμένων
ασθενών με ΣΔΤ2 »**

Dr Σταύρος Ι. Παππάς

Διευθυντής

Γ' Παθολογικού Τμήματος &
Διαβητολογικού Κέντρου

Γ.Ν.Νίκαιας-Πειραιά

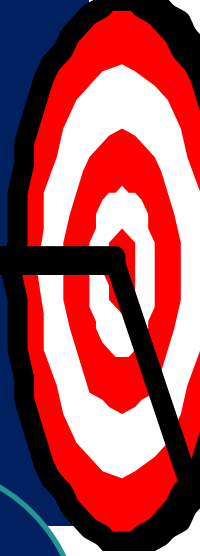
Εξατομίκευση Στόχων: Βασικά για τους περισσότερους $<7\% \text{HbA1c} < 7.0\% \text{ (A)}$

Υποχρεωτικά

Γλυκόζη πλάσματος νηστείας $70-130 \text{ mg/dl}$

Μέγιστη μεταγευματική γλυκόζη πλάσματος $<180 \text{ mg/dl}$

HbA1c $< 6.5\% \text{ (E)}$ Εξατομικευμένα



Εξατομίκευση Βασει:

- Πρωτοδιαγνωσμένος, χωρίς επιπλοκές κυρίως καρδιαγγειακές, χωρίς συννοσηρότητες?
 - Επίτευξη στόχων χωρίς κίνδυνο Υπογλυκαιμίας?
- Στόχος $<6.5\%$**

➤ Διαβητικός μακράς διάρκειας, με συννοσηρότητες ή Ηλικιωμένος με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης?

➤ Ασθενής αυξημένου κινδύνου για σοβαρή υπογλυκαιμία?

➤ Στόχος $<7-7.9\%$

**Θεραπευτικοί
στόχοι
ADA
2012**

Σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη θεραπεία των ηλικιωμένων διαβητικών

• Προσδόκιμο επιβίωσης

• Ανεκτικότητα ασθενούς

• Παρουσία βοηθητικών υπηρεσιών

• Οικονομικοί παράγοντες

• Συνυπάρχουσες παθήσεις ή χρόνια προβλήματα

- Ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα

- Επιπλοκές Διαβήτου

- Περιορισμός κινητικότητας

• Πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα

Σχέση προσδόκιμου επιβίωσης και αναμενόμενου ωφέλους

- ✓ Απαιτούνται **8 έτη “αυστηρού”** γλυκαιμικού ελέγχου για την εμφάνιση “στατιστικά σημαντικής” διαφοράς στις μικροαγγειοπαθητικές επιπλοκές
- ✓ Απαιτούνται περίπου **2-3 έτη** για την εμφάνιση “στατιστικά σημαντικής” ευνοϊκής επίδρασης από τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας
- ✓ **Ευνοϊκά αποτελέσματα ακόμη και με μέτρια ρύθμιση:**
 - ✓ Επούλωση τραυμάτων
 - ✓ Βελτίωση των συμπτωμάτων
 - ✓ Βελτίωση των νοητικών λειτουργιών

Πολυπαραγοντική αντιμετώπιση Γλυκαιμικός έλεγχος

European Diabetes Working Party for Older People 2011
Clinical Guidelines for Type 2 Diabetes Mellitus. Executive Summary
A Report of the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) Revision Group
on Clinical Practice Guidelines for Type 2 Diabetes Mellitus

Expert Revision Group

Alan J Sinclair MSc MD FRCP, Chair^{a,*}, Giuseppe Paolisso PhD MD^b, Marta Castro MD^c,
Isabelle Bourdel-Marchasson PhD MD^d, Roger Gadsby MD FRCGP^e, Leocadio Rodriguez
Mañas MD^f

^aThe Institute of Diabetes for Older People (IDOP), Beds & Herts Postgraduate Medical School, Luton LU2 8LE, UK

^bDepartment of Geriatric Medicine and Metabolic Disease, Piazza Miraglia 2- 80138, University of Napoli, Italy

^cServicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, Ctra. de Toledo, Km. 12.5 28905-Getafe, Spain

^dUMR 5536 CNRS/Université Bordeaux Segalen ; Pôle de Gerontologie Clinique, Centre Henri Choussat, Hôpital Xavier Arnoz 33604 Pessac cedex, France

^eThe University of Warwick Medical School, Coventry, CV4 7AL, UK

□ Ασθενείς χωρίς σοβαρή συννοσηρότητα.

HbA1C: 7-7.5%. Ο ακριβής στόχος θα εξαρτηθεί από τον υπάρχοντα καρδιαγγειακό κίνδυνο, την παρουσία μικροαγγειακών επιπλοκών και την ικανότητα του ασθενούς να πραγματοποιεί αυτοέλεγχο της γλυκαιμικής του ρύθμισης.

□ Ασθενείς με σοβαρή συννοσηρότητα.

HbA1C: 7.6-8.5%.

*Sinclair AJ, et al. Diabetes
Metab 2011;27:27-28*

Στόχοι συντηρητικής θεραπείας

- **ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥΡΙΑΣ**

 - => **Αποφυγή των συμπτωμάτων και αφυδάτωσης**

 - > **Αποφυγή οξειών επιπλοκών**

- **ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΝΑΓΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ**

 - **Μετά την ηλικία των 80 ετών, οι πρακτικοί και κοινωνικοί λόγοι υπερισχύουν των αυστηρών ιατρικών στόχων για την ρύθμιση.**

Diabetes in Older Adults

M. SUE KIRKMAN, MD¹
 VANESSA JONES BRISCOE, PHD, NP, CDE²
 NATHANIEL CLARK, MD, MS, RD³
 HERMES FLOREZ, MD, MPH, PHD⁴
 LINDA B. HAAS, PHC, RN, CDE⁵
 JEFFREY B. HALTER, MD⁶

ELBERT S. HUANG, MD, MPH⁷
 MARY T. KORYTKOWSKI, MD⁸
 MEDHA N. MUNSHI, MD⁹
 PEGGY SOULE ODEGARD, BS, PHARM, CDE¹⁰
 RICHARD E. PRATLEY, MD¹¹
 CARRIE S. SWIFT, MS, RD, BC-ADM, CDE¹²

EXPERT CONSENSUS DOCUMENT

ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly

A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents

Developed in Collaboration With the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension

Στόχοι Αρτηριακής Πίεσης

- Υπέρταση χωρίς επιπλοκές <140/80mmHg
- Σε άτομα > 80 ετών ή με μικρό προσδόκιμο η συστολική ΑΠ μπορεί να είναι έως 150 mmHg

ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)

Στόχοι Λιπιδίων

- Παρόμοιοι με των νεώτερων διαβητικών
- Χορήγηση στατίνης εκτός αν αντενδείκνυται ή δεν είναι ανεκτή από τον ασθενή
- Ασπιρίνη :Εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη:
 - Σε όλους τους ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.
 - Πρωτογενής πρόληψη: Καρδιαγγειακός κίνδυνος + Κίνδυνος Γ/Σ αιμορραγίας.

Diabetes Care online Oct 25 2012

J. Am. Coll. Cardiol. 2011;57;2037-2114;



© Healthwise, Incorporated

Εκπαίδευση



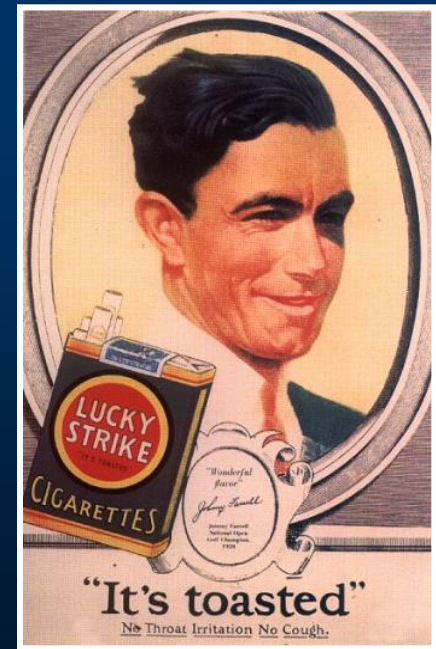
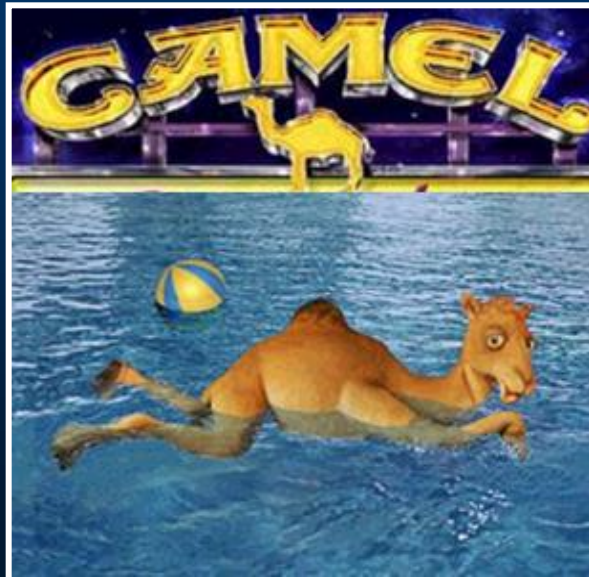
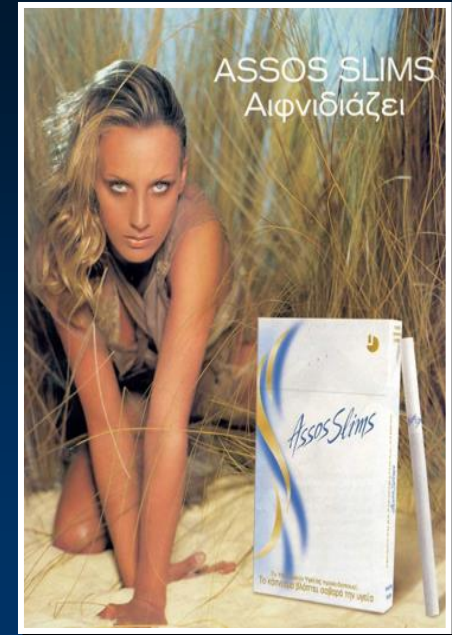
Συμπέρασμα

Ο διαβήτης στη τρίτη ηλικία:

1. Οι θεραπευτικοί στόχοι ποικίλλουν
2. ανάλογα με τη γενική κατάσταση του ασθενή

1. είναι συχνός
2. παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες
3. στην αντιμετώπισή του πρέπει πάντα να σταθμίζονται τα αναμενόμενα οφέλη έναντι των πιθανών κινδύνων
4. Αν το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς είναι μικρό, καλό είναι να γίνεται συντηρητική θεραπεία με στόχο αποφυγή των συμπτωμάτων, της αναπηρίας ή της ανάγκης φροντίδας από άλλο άτομο και των οξείων επιπλοκών που μπορεί να απαιτήσουν νοσηλεία.
5. Είναι χρήσιμη η αντιμετώπιση της υπέρτασης και της δυσλιπιδαιμίας

Κάπνισμα



**ΕΠΕΜΥ -
IBRE**

**Πανελλήνιο Διαιτηρικό Επιστημονικό Συμπόσιο
Καρδιολογίας - Ρευματολογίας 2013**

«Καρδιαγγειακή και άλλες συννόσηρότητες σε ασθενείς
με μυοσκελετικές παθήσεις και ανοσοτροποποιητικές θεραπείες»



**Σας
Ευχαριστούμε**

**Αν ελπίζω ότι θα με
ακούσουν, πρέπει
πρώτα να ξέρω να
ακούω**

J-Ph Assal

**Συντονιστές:
Σ.Ι.Παππάς
Α.Αλαβέρας
Μετέωρα 17-20
/10/2013**

Dr Σταύρος Ι. Παππάς
Συν. Διευθυντής
Γ' Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού
Κέντρου

Γ.Ν.Νίκαιας-Πειραιά