25° CONGRESSO NAZIONALE
AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA
12 - 15 novembre
2026
Associazione Medici Endocrinologi

Utilizzo di associazione precostituita Sitagliptin/Metformina a rilascio modificato in paziente over 65 con Diabete Mellito tipo 2

M. Totaro[1,2], M. Terrenzio[1], G. Malatesta[1], G. Quaranta[1], A. Bartolini[1], S. Petrone[1], F. Pone[1], P. Romagni[1]

[1] UOS Diabetologia, Ospedale Mazzini di Teramo, Teramo

[2] Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze della Vita, della Salute e dell'Ambiente, Università dell'Aquila, L'Aquila

Background

L'incidenza del DM2 continua ad aumentare in tutto il mondo, con un'elevata prevalenza tra le persone over 65, quest'ultima associata alla riduzione della funzione beta-cellulare età-correlata, la diminuzione dell'attività fisica e l'atrofia muscolare, la ridotta sensibilità insulinica associata a un aumento del grasso corporeo. Gli anziani con DM2 hanno tassi di morbilità/mortalità maggiori rispetto ai non diabetici e sono a maggior rischio di polifarmaco-terapia e sindromi geriatriche.

Il caso

Una donna di 82 anni, affetta da DM2 in terapia con metformina 1000 mg die da circa 5 anni, giungeva alla nostra osservazione per peggioramento del compenso glico-metabolico (HbA1c 7,6%, glicemia 184mg/dl). La paziente presentava un'obesità di I grado (BMI 30,4 kg/m2) e funzione renale nella norma (creatinina 0,8 mg/dl, eGFR 88 ml/min). In anamnesi riferiva ipertensione arteriosa e dislipidemia in terapia medica, storia di infezioni urinarie (IVU) ricorrenti e pregresso utilizzo GLP1-GLP1-RA, sospesi per intolleranza gastrointestinale. Dopo il rinforzo sulla modifica dello stile di vita e, data l'impossibilità a proporre GLP1-RA e SGLT2-inibitori per controindicazione in IVU ricorrenti, si propone alla paziente di sostituire la metformina con l'associazione precostituita Sitagliptin/Metformina a rilascio modificato 100/1000mg die. Al controllo dopo 6 mesi, il compenso glicometabolico risultava migliorato (HbA1c 6,7%, glicemie a digiuno 128 mg/dl) con funzione renale stabile e un lieve calo ponderale.

	Tempo 0	Dopo 6 mesi
BMI (Kg/m²)	30.4	28.4
HbA1c (%)	7.9	5.7
Glicemia a digiuno (mg/dl)	184	128
Pressione sistolica (mmHg)	135	130
Pressione diastolica (mmHg)	70	90
Creatinina (mg/dl)	0.80	0.9
eGFR (ml/min)	88.68	84.4
Colesterolo LDL (mg/dl)	72	68

Tabella 1. Parametri antropometrici e laboratoristici a tempo 0 e dopo 6 mesi di terapia.

Discussione

I DPP-4-inibitori hanno una discreta azione ipoglicemizzante nei pazienti con DM2 (riduzione HbA1c 0,55–0,88%), minor rischio di ipoglicemia, effetto neutro sul peso corporeo e minori effetti collaterali rispetto ad altri farmaci ipoglicemizzanti. Il sitagliptin è associato a un rallentamento del deterioramento della funzione beta-cellulare ed è un farmaco sicuro nei pazienti anziani con DM2 con un effetto duraturo. Il sitagliptin ha dimostrato di ridurre i livelli di HbA1c non solo in monoterapia, ma anche in combinazione con altri farmaci ipoglicemizzanti. La metformina e il sitagliptin costituiscono una terapia combinata interessante grazie ai loro meccanismi d'azione complementari: sitagliptin aumenta la secrezione insulinica glucosio-dipendente, la metformina riduce la gluconeogenesi epatica e sensibilizza i tessuti periferici all'insulina. E' stato dimostrato che la somministrazione concomitante di sitagliptin e metformina produce un aumento additivo dei livelli di GLP-1 attivo rispetto ai singoli agenti. E' stata sviluppata, quindi, un'associazione precostituita Sitagliptin/Metformina a rilascio modificato (RP), per poter sfruttare al meglio i meccanismi d'azione complementari dei due farmaci. Diversi studi suggeriscono che l'associazione sitagliptin/metformina sia superiore alla monoterapia nel controllo dei livelli di glicemia e che questa terapia combinata sia sicura, comoda da somministrare, economicamente vantaggiosa e ben tollerata.

Conclusioni

L'associazione precostituita Sitagliptin/Metformina RP può essere utile nei pazienti anziani con DM2 o in quelli che presentano intolleranza/ controindicazioni all'uso di SGLT2-inibitori e/o GLP-1-RA.