

# NEVOIA DE MULTIDISCIPLINARITATE ÎN MANAGEMENTUL PACIENTULUI DIABETIC HIPERTENSIV

*The need for multidisciplinary in the management of the diabetic hypertensive patient*

Prof. Dr. Constantin IONESCU-TÎRGOVIȘTE

*Clinica de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, UMF „Carol Davila”, București, România  
Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „N.C. Paulescu”, București, România*

Noțiunea de multidisciplinaritate nu presupune în mod automat nevoia stringentă ca în abordarea unui pacient cu diabet sau cu boală cardiovasculară să se afle în același cabinet mai mulți medici sau biochimisti/biologi pentru a lua o decizie terapeutică (1). Asemenea cazuri există în momentul în care un pacient diabetic ajunge într-un serviciu cardiologic de urgență, la care se constată nevoia unei intervenții rapide, impusă de o imagine tomografică sau de altă natură, sau un pacient are asociată o tulburare importantă de coagulare. Asemenea situații sunt rare, astfel încât ele fac obiectul unor discuții în cadrul unor congrese sau conferințe unde se prezintă un astfel de caz de excepție. De multe ori, părerile sunt împărțite, iar decizia finală trebuie luată de fiecare medic în parte în funcție de particularitățile cazului.

Un alt exemplu de multidisciplinaritate este acela în care un diabetolog consultă o revistă de cardiologie sau, invers, un cardiolog consultă o revistă de diabet sau de biologie celulară sau de genetică.

Dacă ne referim la ideea că diabetul este o boală cardiovasculară, trebuie să ținem cont de faptul că, prin complicațiile sale, se poate vorbi nu numai de cardio-diabetologie, dar și de neuro-diabetologie, oftalmo-diabetologie și alte specialități, redate în figura 1. În multe din acestea, vasele de sânge sunt cele afectate și, prin intermediul lor, suferă organul irigat de acestea (indiferent că este vorba de creier, rinichi, ficat sau altele).

Relația între hipertensiunea arterială și diabet este cunoscută de multă vreme (2). Într-o analiză sumară pe care am făcut-o cu ani în urmă, preluând datele scrise în

foile de evidență ale pacienților diabetici, prezența hipertensiunii la pacienții nou-descoperiți era de cca. 80%, diagnosticul fiind pus anterior de către medicul de familie. Aplicând o metodologie standard de determinare a tensiunii arteriale, procentul a scăzut la cca. 60% dintre cazuri, procent pe care l-am găsit menționat adesea în mai multe studii (3,4,5).

1. Cardiadiabetology	10. Gerontodiabetology
2. Neurodiabetology	11. Stomatodiabetology
3. Nephrodiabetology	12. Rheumatodiabetology
4. Ophthalmodiabetology	13. Pneumatodiabetology
5. Oncodiabetology	14. Adipodiabetology
6. Dermatodiabetology	15. Imunodiabetology
7. Urodiabetology	16. Psychodiabetology
8. Hepatodiabetology	17. Epidemiodiabetology
9. Maternal-fetodiabetology	18. Pharmacodiabetology

**FIGURA 1.** Multiplele complicații ale diabetului pot da naștere unor asocieri cu diverse specialități medicale

Mi-am pus adesea întrebarea unde se intersectează cele două tulburări sistemice, cea a reglării metabolismului energetic, controlată, în cea mai mare măsură, de celula  $\beta$ -pancreatică, și cea hemo-dinamică, controlată, în cea mai mare măsură, de centrul hipotalamic.

Pentru a înțelege mai bine această relație, recursul la istorie pare a fi soluția optimă. Aceasta dă câștig de cauză hipertensiunii arteriale, dacă ne referim la cele mai vechi scrieri medicale din China antică. În urmă cu 2.600

ani (cca 400 î.Hr.), „Împăratul Galben” a lăsat în urma sa tratatul clasic de medicină „Huang Di Nei Jing Su Wen”, în care menționează importanța deosebită a studiului pulsurilor. Ceva mai târziu, în lucrarea intitulată „Cartea pulsurilor”, sunt descrise 18 caracteristici ale pulsului luat la nivelul arterei radiale, pe o distanță de cca. 3 cm. Dintre acestea, „pulsul dur” și „pulsul moale” pot fi sugestive pentru o presiune arterială scăzută sau crescută.

Dacă revenim în epoca premodernă, S. Hales (1677-1761) determina presiunea arterială folosind un manometru cu apă atașat unui cateter introdus în carotida unui cal. În 1828, fiziologul francez J. Poiseuille (1797-1869) măsoară presiunea arterială cu ajutorul unui manometru cu mercur, iar în 1847, K. Ludwig (1816-1895) înregistrează presiunea arterială pe un chimograf. În fine, în 1896, italianul S. Riva Rocci (1863-1936) construiește celebrul sfigmograf, fiind oarecum strămoșul tensiometrelor actuale. În 1905 N.S. Korotkov preconizează măsurarea tensiunii arteriale prin metoda audiometrică, aplicând stetoscopul pe artera brahială, folosit până în zilele noastre, înainte de apariția tensiometrelor cu afișaj electronic.

Istoria modernă a diabetului, cea biochimică, debutează în 1815, când Eugène Chevreul (1786-1889) constată că substanța dulce din urina pacienților diabetici este identică cu zahărul din struguri. Apollinaire Bouchardat (1809-1866), aflat în competiție cu Claude Bernard (1813-1878), dezvoltă progresiv metode de determinare a glucozei în sânge și urină și stabilesc valorile normale ale glicemiei precum și ale pragului renal pentru glucoză. Cel mai important pas în înțelegerea diabetului a fost făcut de marele clinician francez Etienne Lancereaux (1829-1910) care, în 1877, pe baza observației clinice atente și a confruntărilor anatomo-patologice necroptice, stabilește pentru prima dată relația dintre diabet și pancreas, descriind în același timp cele două forme majore de diabet: „diabetul pancreatic” – denumit și „diabet slab” – care apare la vârste tinere și are o evoluție rapidă către deces și „diabetul gras” – denumit și „diabet constituțional” – care este asociat cu obezitate și apare la vârste mai înaintate, având o evoluție benignă, „indefinită”. Aceste două forme sunt cele denumite în prezent tipul 1 de diabet și tipul 2 de diabet (6,7).

Târziu, în 1893, anatomistul Eduard Laguesse (1861-1927) redescoperă teza de doctorat a anatomistului german Paul Langerhans (1847-1888), care descria în pancreas existența unor aglomerări celulare, pe care Laguesse le-a de-

numit „Insulele Langerhans”, presupunând ca ele pot fi sediul secreției unei substanțe antidiabetice. În acest sens, un alt mare fiziolog francez, Emmanuelle Hedon (1863-1933), demonstrează prin circulație încrucișată că trecerea sângelui unui câine normal prin corpul unui câine diabetic scade glicemia acestuia din urmă. Primul lanț de evenimente s-a încheiat cu descoperirea insulinei, între 1916 și 1921, cu opt luni înaintea primei lucrări publicate de canadieni. Spun că primul lanț s-a încheiat deoarece, până în prezent, adică la 100 de ani de la descoperirea insulinei, nu s-a mai descoperit ceva fundamental în tratarea diabetului, vindecarea lui dovedindu-se a fi imposibilă. Următorul lanț va fi cel al identificării cauzei primare a diabetului, adică a primelor manifestări – încă reversibile – ale acestui mare sindrom. Prin aceasta, s-ar putea găsi metode eficiente de prevenție, bazate pe o motivație concretă capabilă să fie respectată de cei predispuși la a dezvolta un diabet (6).

Între diabet și hipertensiune există multe asemănări. Vorbim de diabet și prediabet, dar și de hipertensiune și un stadiu prehipertensiv. Totuși, trebuie să menționăm că diabetul pare a avea mai multe criterii obiective de identificare a stadiului de prediabet. De exemplu, în afară de nivelul glicemiei în cursul unui test oral de încărcare cu glucoză (75 g) sau de scorul de risc genetic (ambele având un echivalent în testul la efort sau scorul de risc pentru hipertensiune), pentru diabet avem în plus nivelul crescut al proinsulinei, care poate fi cel mai bun indicator al predispoziției la diabet sau al stadiului denumit prediabet.

Dacă pentru diabet glucoza plasmatică recoltată à jeun, în condiții de post de cel puțin 8 ore, evitarea cafelei și a tutunului, este suficientă, pentru determinarea tensiunii arteriale corecte condițiile sunt mult mai numeroase: pacientul să stea pe un scaun, cu mâna sprijinită pe spătarul acestuia, la nivelul inimii; reținerea de la nicotină și cofeină înainte cu 30 de minute; măsurarea să înceapă după 5 minute de repaus; dimensiunea manșetei să asigure încercuirea brațului pe o porțiune de cel puțin 80%; măsurarea trebuie să fie făcută cu un manometru cu mercur, în prezent cu un manometru cu afișaj validat; determinarea corectă a presiunii arteriale sistolice și diastolice; efectuarea a 2-3 citiri la 2-3 minute; dacă primele măsurători diferă cu mai mult de 5 mmHg, se va face o nouă citire. Nu știm câți dintre pacienții care vin la diabetolog cu diagnosticul de hipertensiune de la medicii de familie au, într-adevăr, tensiunea măsurată cu respectarea tuturor condițiilor menționate. Această situație ar putea explica procentul de 80% de pacienți cu diabet noudescoperit care, întrebați dacă au hipertensiune, răspund

pozitiv. Acesta e motivul pentru care aş propune sa fie întrebat pacientul cine a dat diagnosticul de hipertensiune: medicul de familie sau medicul cardiolog.

Din compararea valorilor tensiunii arteriale rezultate din studiile SEPHAR 1 și 2 cu valorile din studiul PREDATORR (care a vizat depistarea diabetului zaharat și care, printre determinările efectuate, a vizat și tensiunea arterială), rezultă că acestea sunt superpozabile.

## BIBLIOGRAFIE

1. Ionescu-Tîrgoviște C. Retinopatia diabetică. A plea for interdisciplinarity: Cardiometabolism – Arterial Hypertension Branch. *Journal of Hypertension Research* 2(4):133-138, 2016.
2. Ionescu-Tîrgoviște C., Ioacaru S, Guja C et al. A pathophysiological approach to metabolic syndrome using factor analysis in an adult Romanian population. *Archives of Physiology and Biochemistry* 112 (3): 182-188, 2006.
3. Dorobanțu M, Darabont R, Ghiorghe S et al. Hypertension prevalence and control in Romania at a seven-year interval. Comparison of SEPHAR 1 and 2 surveys. *J Hypertens* 32 (1):39-47, 2014.
4. Dorobanțu M, Tăutu O. Hipertensiunea arterială esențială, în *Cardiologie Clinică*. Editura Medicală Callisto, București, 2016.
5. Moța M, Popa SG, Moța E et al. Prevalence of diabetes mellitus and prediabetes in the adult Romanian population: PREDATORR study. *J Diabetes* 8(3): 336-44, 2016.
6. Ionescu-Tîrgoviște C. *Tratat de Diabet Paulescu*, Editura Academiei Române, Bucuresti, 2004.
7. Corkey BE. Diabetes: have we got it all wrong? Insulin hypersecretion and food additives: cause of obesity and diabetes? *Diabetes Care* 35(12):2432-7, 2012.

Din asocierea diabetului cu diferitele specialități (așa cum sunt menționate în Fig. 1), rezultă, în mod evident, interdisciplinaritatea. Conducătorul echipei care se formează (dacă, într-adevăr, aceasta se formează) va fi primul care va lua inițiativa. Nu știu dacă după apariția acestui articol vor apărea mai mulți amatori pentru o asemenea sarcină dificilă.