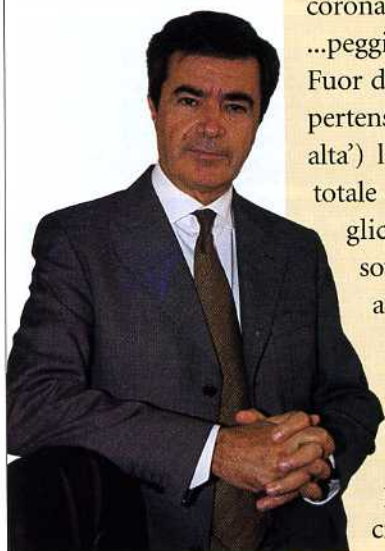


Associazione a delinquere



INSIEME AI SUOI 'COMPLICI': IPERTENSIONE, TRIGLICERIDI, COLESTEROLO E COLESTEROLO 'ALTI' E OBESITÀ, IL DIABETE È UN FORTISSIMO FATTORE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE. SENZA CONTARE LE COMPLICANZE A DANNO DI OCCHI, RENI E...

Sergio Di Pietro,
Dirigente Medico
nell'Unità Operativa
di Diabetologia e
Malattie Metaboliche
dell'I.R.C.C.S.
INRCA di Roma.
Nella pagina a fianco
Giuseppe Pipicelli
Direttore del Centro
di Diabetologia e
Dietologia Territoriale
dell'Asl 7 a Catanzaro.



colpevoli? Li conosciamo benissimo: immaginiamoli allineati con le spalle al muro con tanto di cartellino per la foto segnaletica. Sono patologie o condizioni estremamente frequenti soprattutto (ma non solo) nella popolazione adulta.

Come dei killer professionisti sanno come non farsi notare: nessuno dà sintomi palesi. Di rado 'lavorano' da soli. «È paradossale: li conosciamo bene, identificarli è facilissimo, impiegano anni per determinare i loro effetti eppure... ogni giorno consegnano all'unità coronarica, alla carrozzina degli invalidi o ...peggio migliaia di persone».

Fuor di metafora: l'iperglicemia (diabete) l'ipertensione arteriosa (cosiddetta 'pressione alta') la dislipidemia (eccesso di colesterolo totale o squilibrio fra HDL e LDL), l'ipertrigliceridemia (troppi trigliceridi) e il sovrappeso (che va dalla 'pancetta' fino all'obesità), congiurano nel determinare – principalmente attraverso l'ostruzione delle arterie – ischemie, infarti, ictus.

Attacco al cuore. «Ciascuna di queste patologie – oltre a creare dei danni 'specifici' – aumenta notevolmente il rischio

cardiovascolare, soprattutto facilitando il processo di ostruzione delle arterie», spiega Sergio Di Pietro, Dirigente Medico nell'Unità Operativa di Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'I.R.C.C.S. INRCA di Roma. «Chi ha il diabete, anzi per meglio dire chi ha una iperglicemia postprandiale, rischia infarti o ictus in misura da due a quattro volte superiore alla popolazione. Si tratta di infarti e ictus più gravi e più spesso fatali di quanto accada in media», aggiunge Giuseppe Pipicelli, Direttore del Centro di Diabetologia e Dietologia Territoriale dell'Asl 7 a Catanzaro. «Se al diabete aggiungiamo anche solo uno degli altri 'killer': ipertensione, obesità, trigliceridi e colesterolo, per non parlare del fumo il rischio diventa 8 - 12 volte superiore».

Agire presto e con costanza. Non appena arriva la diagnosi anche solo di 'pre-diabete' (IGT) bisogna subito correre ai ripari.

Pipicelli, che insieme a Di Pietro fa parte del Comitato di Diabete Italia, è molto chiaro: «La diagnosi per quanto anticipata arriva sempre in ritardo. Il rischio esiste già e va contrastato riportando subito e per sempre la glicemia ai valori normali». Per fortuna la 'terapia' prevista per raggiungere questo obiettivo (vedere l'articolo seguente) serve anche a ridurre l'ipertensione e l'eccesso di trigliceridi, a migliorare la colesterolemia e a ridurre il sovrappeso. «Insomma per quel che riguarda il rischio cardiovascolare il paziente cui viene diagnosticato il diabete o una condizione 'preliminare' riceve una notizia buona e una cattiva: quella cattiva è che la situazione è seria. Quella buona è che con una sola 'manovra' può abbattere in un colpo solo tutti i fattori di

rischio. Ma deve agire presto, con costanza e con serietà».

Complicanze 'microvascolari'. Come si è detto prima, oltre a collaborare in una vera 'associazione a delinquere' ai danni del cuore, ciascuno dei 'killer' provoca dei danni 'specifici'. Nel caso del diabete queste si chiamano complicanze 'microvascolari'. Sul lungo termine (molti e molti anni) l'iperglicemia danneggia i capillari, i micro-vasi attraverso i quali il sangue irroria determinati tessuti: la retina (retinopatia diabetica, vedere box), i reni (nefropatia diabetica), i nervi (neuropatia diabetica) e la parte del corpo più lontana dal cuore, i piedi (piede diabetico).

«Oggi sappiamo molto su queste patologie definite complicanze 'specifiche' o microvascolari», afferma Di Pietro, «siamo in grado di rilevarle con grande anticipo e disponiamo di farmaci e metodologie specifiche che possono ridurre l'evoluzione o 'tamponare' certi effetti». La battaglia però è tutt'altro che vinta. «Si vive più a lungo di una volta», ricorda Pipicelli, «questo significa che il diabete 'dura di più' e il problema delle complicanze microvascolari rischia di aumentare nei prossimi decenni».

Nefropatia. Un semplice test delle urine permette di rilevare la microalbuminuria che 'annuncia' con decenni di anticipo la possibile comparsa di un danno ai reni. Un buon autocontrollo della glicemia (insieme alla normalizzazione della pressione arteriosa) è spesso sufficiente a invertire o a fermare l'evoluzione della malattia che altrimenti distrugge i 'filtri' presenti nei reni e costringe alla dialisi o al trapianto. In aggiunta si consigliano diete povere di proteine e terapie con Ace-inibitori e sartani.



Massimo Porta
docente di Medicina
Interna all'Università
di Torino,
Responsabile del
Centro Retinopatia
Diabetica delle A.O.
Molinette.

OCCHIO ALL'OCCHIO

La retinopatia è la più frequente fra le complicanze del diabete. Ma è anche la più facile da controllare: purché la sua prevenzione attraverso lo screening inizi per tempo. Anche per questo, a livello mondiale, la Giornata del diabete 2002 è dedicata soprattutto alla retinopatia diabetica.

«Nei paesi avanzati la retinopatia diabetica è la prima causa di cecità legale in età lavorativa», afferma Massimo Porta, docente di Medicina interna all'Università di Torino, Responsabile del Centro Retinopatia Diabetica dell'Ospedale Le Molinette di Torino. La retinopatia inizia nella forma 'non proliferante'. Se si riesce a intervenire sulla malattia quando, in fase avanzata, sta diventando o minaccia di diventare proliferante è possibile arrestarne la progressione con la fotocoagulazione laser.

«In ogni caso è essenziale un controllo periodico e attento del fondo dell'occhio», continua Porta, che è fra i promotori di Diabete Italia. In un soggetto diabetico il fondo oculare dovrebbe essere esaminato alla diagnosi e ogni due anni, più spesso se il diabete è mal compensato.

«Studi condotti su una popolazione diabetica indifferenziata suggeriscono che sottoporsi ogni anno a una retinografia possa ridurre fino al 90% i casi di cecità o di riduzioni gravi del visus. Bisogna farsi vedere per... non perdere la vista».

Neuropatia. Nella forma periferica comporta sintomi di tipo diverso: senso di debolezza muscolare, formicolio, dolore (anche intenso) difficoltà di deambulazione.

Nella forma autonoma si esprime in generale attraverso una minore velocità dell'individuo nel rispondere agli stimoli esterni e in particolare con problemi di digestione. Alla neuropatia può essere fatta risalire una conseguenza non infrequente del diabete non controllato: la minore sensibilità delle zone erogene (genitali) e nell'uomo il deficit di erezione.

Piede diabetico. È l'effetto 'incrociato' della neuropatia periferica (che toglie o altera la sensibilità del piede) e della progressiva ostruzione dei capillari. Una callosità, una vescica, un taglio non avvertiti e non medicati prontamente degenerano in infezioni (difficilmente controllate dall'organismo) che evolvono nella necrosi dei tessuti.