

Perché è importante saperlo prima

Umberto Di Mario,
Direttore della Scuola
di specializzazione in
endocrinologia
dell'Università
La Sapienza di Roma.
Presiede la Società
Italiana di
Diabetologia.

A destra
Marco Comaschi,
che dirige il DIMP
Dipartimento
di Medicina Interna
di Genova Ponente -
Asl 3 - Genova,
all'interno del Presidio
Ospedaliero Genova
Ponente - Ospedale di
Arenzano. Presiede
l'Associazione dei
Medici Diabetologi.

A rigore si dovrebbe parlare 'dei diabeti'; al plurale, non al singolare. «Si definisce 'diabete' un insieme di patologie, assai diverse per origine e tipologia, che hanno un comune denominatore: innalzano la concentrazione di zucchero nel sangue: la glicemia», spiega Umberto Di Mario, presidente della Società Italiana di Diabetologia, «sul lungo termine, parliamo di diversi anni, una glicemia troppo alta – detta iperglicemia – danneggia i vasi sanguigni provocando una lunga serie di patologie specifiche del diabete che danneggiano gli occhi, i reni, i nervi, i piedi e facilitano infarti e ictus», continua Di Mario.

Lo zucchero nel sangue dovrebbe essere solo 'di passaggio'. Proviene dall'alimentazione: (dolci e carboidrati come pasta, pane, riso etc) dal fegato o dai tessuti (che ne fanno scorta) e attraverso la circolazione sanguigna raggiunge una per una tutte le cellule del corpo che lo utilizzano come 'carburante'. In teoria tanto zucchero 'entra' nel sangue, tanto 'ne esce'. E

così infatti accade nell'organismo sano nel quale la glicemia è sempre entro certi valori. Il fatto è che per 'entrare' nelle cellule, lo zucchero ha bisogno di una 'chiave': un ormone chiamato insulina prodotto dal pancreas. Per mantenere la glicemia stabile il pancreas produce esattamente la quantità di insulina necessaria a far entrare nelle cellule lo zucchero presente nel sangue.

'Insulinoreistenza: mamma del diabete'.

«Molto spesso però le cellule si comportano



**DA UNA LEGGERA INSULINORE-
SISTENZA AL DIABETE. UNA PRO-
GRESSIONE LENTA CHE È SEMPRE
POSSIBILE FERMARE E INVERTI-
RE. MA QUANDO SI INIZIA A IN-
TERVENIRE ALCUNI DANNI SONO
GIÀ FATTI.**

come se 'resistessero' all'azione dell'insulina», afferma Marco Comaschi, presidente dell'Associazione dei Medici Diabetologi, che sottolinea come l'insulinoreistenza sia strettamente collegata al sovrappeso-obesità e ad altri fattori di rischio come ipertensione o dislipidemie. Aumentando progressivamente (fino a raddoppiarla o triplicarla) la produzione di insulina, il pancreas compensa per alcuni anni la 'insulinoreistenza'. Lontano dai pasti il pancreas riesce a mantenere un equilibrio, ma dopo un pasto, che significa una ingestione di zuccheri, l'organismo fa fatica a spazzare via il glucosio.

Ridotta tolleranza al glucosio. È per questo che il primo indizio di un possibile futuro diabete è la iperglicemia postprandiale definita IGT o ridotta tolleranza al glucosio.

Alterata glicemia a digiuno. Dopo alcuni anni, se non si interviene, il pancreas smette di



'fare gli straordinari' e la produzione di insulina scende. A quel punto si può notare un eccesso di zuccheri nel sangue anche a digiuno (tipicamente la mattina presto). Se la glicemia è superiore a 110 mg/dl ma inferiore a 126 si parla di 'alterata glicemia a digiuno' (la sigla inglese è IFG). Se è superiore a 126 invece si parla di diabete vero e proprio.

Diabete. Nella maggior parte dei casi il paziente – diagnosticato in questa fase – riesce a fermare l'evoluzione della patologia contrastando l'insulinorresistenza, riducendo l'apporto di glucosio e il suo consumo. Si parla allora di un diabete 'controllato'.

Diabete insulinotrattato. Se non si interviene la produzione di insulina potrebbe scendere sempre di più. A quel punto diventa necessario 'aiutare' il pancreas assumendo dall'esterno quell'insulina che non riesce più a produrre. Il paziente viene quindi 'insulinotrattato'. «Queste distinzioni sono importanti per i medici, ma non devono sviare il paziente. IGT, IFG e Diabete vero e proprio, perfino l'insulinorresistenza... sono tutte condizioni che intaccano il sistema cardiocircolatorio. Una diagnosi di 'pre-diabete' è un campanello d'allarme che squilla un po' prima», ricorda Di Mario.

Partenza in ritardo. «In altre parole ogni prima diagnosi di diabete è una diagnosi fatta in ritardo», nota Comaschi, che dirige il Dipartimento di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero Genova Ponente, «almeno dieci anni di iperglicemie sono passate inosservate». Ne consegue l'invito caldo rivolto «a tutta la popolazione, davvero a tutti», a controllare periodicamente la glicemia.

Chi cura il Diabete?

Il paziente con il diabete può decidere



QUASI QUASI MI PROVO LA GLICEMIA

■ Hai meno di 45 anni e sei iperteso o fumatore o sovrappeso/obeso o con colesterolo-trigliceridi alti o con genitori, nonni, fratelli diabetici o con diabete gestazionale pregresso?

▶ Effettua il test della glicemia a digiuno una volta ogni tre anni.

■ Hai più di 45 anni e non hai nessuno dei sopra elencati fattori di rischio?

▶ Effettua il test della glicemia a digiuno ogni tre anni.

■ Hai più di 45 anni e sei iperteso o fumatore/ex-fumatore o sovrappeso/obeso o con colesterolo-trigliceridi alti o con genitori, nonni, fratelli diabetici o con diabete gestazionale pregresso?

▶ Effettua ogni anno il test della glicemia a digiuno se possibile alternandolo con test da carico di glucosio orale (OGTT).

se farsi seguire solamente dal Medico di Medicina Generale, solamente dalla struttura specializzata (Centro Anti Diabetico o servizio di Diabetologia: sono circa 650 in tutta Italia) o da tutti e due. Nei fatti il 65-70% dei pazienti è seguito interamente da strutture specialistiche, senza coinvolgere il Medico di Medicina Generale. «L'approccio più recente vede una collaborazione fra strutture specialistiche e medici 'di base», afferma il presidente della AMD, «i Medici di base segnaleranno i casi ai Centri e collaboreranno nella gestione attraverso frequenti visite periodiche verificando il controllo glicemico, l'applicazione della terapia e rinforzando l'educazione e la motivazione del paziente.

Il Centro definirà e adeguerà il piano educativo, dietologico e terapeutico impostando una agenda di controlli e seguendo il paziente con visite periodiche».

'IL DIABETE'

Si definiscono 'diabete' condizioni e patologie assai diverse con un punto in comune: determinano un eccesso di zuccheri nel sangue (iperglicemia).

Il diabete di tipo 2 (detto comunemente 'dell'anziano' in quanto compare più spesso dopo i 45 anni) è il più comune (diversi milioni di casi in Italia). È cronico e non dà sintomi o segni. È l'oggetto principale di questo numero speciale di Modus.

Il diabete di tipo 1 (conosciuto come 'giovane' in quanto compare più spesso prima dei 25 anni) è relativamente più raro (poche centinaia di migliaia di persone in Italia). Rende necessarie continue iniezioni di insulina.

Il diabete gestazionale compare in un decimo delle donne in gravidanza e scompare con il parto. È predittivo dello sviluppo di DM2 sia nella madre che nel figlio.

Altre forme Negli ultimi anni si sono rivelate interessanti altre forme di diabete, la cosiddetta Mody e il Lada (o Nirad) sul quale in Italia si sta conducendo uno studio di importanza mondiale. Molte patologie o condizioni (dai tumori alle lesioni) poi danneggiando il pancreas riducono la produzione di insulina determinando il cosiddetto 'diabete secondario'.

‘fare gli straordinari’ e la produzione di insulina scende. A quel punto si può notare un eccesso di zuccheri nel sangue anche a digiuno (tipicamente la mattina presto). Se la glicemia è superiore a 110 mg/dl ma inferiore a 126 si parla di ‘alterata glicemia a digiuno’ (la sigla inglese è IFG). Se è superiore a 126 invece si parla di diabete vero e proprio.

Diabete. Nella maggior parte dei casi il paziente – diagnosticato in questa fase – riesce a fermare l’evoluzione della patologia contrastando l’insulinorresistenza, riducendo l’apporto di glucosio e il suo consumo. Si parla allora di un diabete ‘controllato’.

Diabete insulinottrattato. Se non si interviene la produzione di insulina potrebbe scendere sempre di più. A quel punto diventa necessario ‘aiutare’ il pancreas assumendo dall’esterno quell’insulina che non riesce più a produrre. Il paziente viene quindi ‘insulinottrattato’. «Queste distinzioni sono importanti per i medici, ma non devono sviare il paziente. IGT, IFG e Diabete vero e proprio, perfino l’insulinorresistenza... sono tutte condizioni che intaccano il sistema cardiocircolatorio. Una diagnosi di ‘pre-diabete’ è un campanello d’allarme che squilla un po’ prima», ricorda Di Mario.

Partenza in ritardo. «In altre parole ogni prima diagnosi di diabete è una diagnosi fatta in ritardo», nota Comaschi, che dirige il Dipartimento di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero Genova Ponente, «almeno dieci anni di iperglicemie sono passate inosservate». Ne consegue l’invito caldo rivolto “a tutta la popolazione, davvero a tutti”, a controllare periodicamente la glicemia.

Chi cura il Diabete?

Il paziente con il diabete può decidere



QUASI QUASI MI PROVO LA GLICEMIA

■ Hai meno di 45 anni e sei iperteso o fumatore o sovrappeso/obeso o con colesterolo-trigliceridi alti o con genitori, nonni, fratelli diabetici o con diabete gestazionale pregresso?

▶ Effettua il test della glicemia a digiuno una volta ogni tre anni.

■ Hai più di 45 anni e non hai nessuno dei sopra elencati fattori di rischio?

▶ Effettua il test della glicemia a digiuno ogni tre anni.

■ Hai più di 45 anni e sei iperteso o fumatore/ex-fumatore o sovrappeso/obeso o con colesterolo-trigliceridi alti o con genitori, nonni, fratelli diabetici o con diabete gestazionale pregresso?

▶ Effettua ogni anno il test della glicemia a digiuno se possibile alternandolo con test da carico di glucosio orale (OGTT).

se farsi seguire solamente dal Medico di Medicina Generale, solamente dalla struttura specializzata (Centro Anti Diabetico o servizio di Diabetologia: sono circa 650 in tutta Italia) o da tutti e due. Nei fatti il 65-70% dei pazienti è seguito interamente da strutture specialistiche, senza coinvolgere il Medico di Medicina Generale. «L’approccio più recente vede una collaborazione fra strutture specialistiche e medici ‘di base’, afferma il presidente della AMD, «i Medici di base segnaleranno i casi ai Centri e collaboreranno nella gestione attraverso frequenti visite periodiche verificando il controllo glicemico, l’applicazione della terapia e rinforzando l’educazione e la motivazione del paziente.

Il Centro definirà e adeguerà il piano educativo, dietologico e terapeutico impostando una agenda di controlli e seguendo il paziente con visite periodiche».

‘IL DIABETE’

Si definiscono ‘diabete’ condizioni e patologie assai diverse con un punto in comune: determinano un eccesso di zuccheri nel sangue (iperglicemia).

Il diabete di tipo 2 (detto comunemente ‘dell’anziano’ in quanto compare più spesso dopo i 45 anni) è il più comune (diversi milioni di casi in Italia). È cronico e non dà sintomi o segni. È l’oggetto principale di questo numero speciale di Modus.

Il diabete di tipo 1 (conosciuto come ‘giovanile’ in quanto compare più spesso prima dei 25 anni) è relativamente più raro (poche centinaia di migliaia di persone in Italia). Rende necessarie continue iniezioni di insulina.

Il diabete gestazionale compare in un decimo delle donne in gravidanza e scompare con il parto. È predittivo dello sviluppo di DM2 sia nella madre che nel figlio.

Altre forme Negli ultimi anni si sono rivelate interessanti altre forme di diabete, la cosiddetta Mody e il Lada (o Nirad) sul quale in Italia si sta conducendo uno studio di importanza mondiale. Molte patologie o condizioni (dai tumori alle lesioni) poi danneggiando il pancreas riducono la produzione di insulina determinando il cosiddetto ‘diabete secondario’.