

# Quando il cuore chiede aiuto

**È** domenica mattina: è l'ora dell'aperitivo al bar in piazza. Entra Luigi il quale, come tutti sanno in paese, è reduce da un infarto. Il suo amico Enzo lo saluta con calore. Enzo ha un diabete mal controllato e – a differenza di Luigi – è gravemente sovrappeso. Ma nella sua voce c'è una nota di apprensione e quasi di compassione per il 'povero Luigi'. In realtà Enzo e Luigi hanno le stesse probabilità di avere un infarto da qui a uno/cinque anni.

Questa situazione, inventata ma non improbabile, «è tipica di una percezione errata dell'opinione pubblica», afferma Angelo Avogaro, docente di Endocrinologia e Malattie Metaboliche all'Università di Padova, «ci si preoccupa poco del diabete e molto dell'infarto. Eppure sotto il profilo del rischio le due condizioni sono equivalenti». Detto in altre parole, Enzo con il suo diabete e il suo sovrappeso

***Il diabete, si sa, è un fattore di rischio per il cuore. Ma cosa succede quando il rischio si trasforma in un evento cardiovascolare? Se si interviene in tempo con terapie urgenti adeguate è possibile sopravvivere all'infarto. Ma occorre sottoporsi in tempo a questi interventi e poi prevenire un altro evento adottando un controllo metabolico meticoloso.***

ha le stesse probabilità del 'povero Luigi' di sviluppare in un dato periodo di tempo un evento cardiovascolare: una ischemia, un altro infarto o un ictus.

«Avere il diabete è, di per sé, un fattore di rischio assai importante, e purtroppo bastano mo-

Angelo Avogaro,  
docente di Endocrinologia  
e Malattie Metaboliche  
all'Università di Padova.



derate alterazioni della glicemia per innescare quel processo di ostruzione delle arterie che può portare all'ischemia, all'infarto o allo 'stroke', la mancata irrorazione di aree cerebrali», afferma Avogaro che coordina il Centro di Diabetologia della U.O.C di Malattie Metaboliche del Policlinico universitario di Padova diretto dal Professor Antonio Tiengo.

Ogni sforzo deve essere compiuto quindi, e *Modus* non si stanca di sottolinearlo nei suoi articoli, per evitare di arrivare a una situazione di sofferenza cardiaca che può esprimersi attraverso l'ischemia, vale a dire la acuta e temporanea o parziale occlusione delle coronarie o l'infarto, cioè (vedere box) la morte di una parte più o meno estesa del tessuto cardiaco.

**Quando il rischio si materializza.** Cosa accade se il rischio si trasforma in evento? Cosa può fare il paziente? Quali prospettive ha la persona con il diabete, e come gestire la fase seguente?

È necessario parlarne, anche perché negli ultimi anni il progresso della medicina ha cambiato i termini del problema, aumentando la responsabilità del paziente anche in questa fase della malattia. Claudio Cuccia, responsabile dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica degli Spedali Civili di Brescia e membro dell'Area Emergenza-urgenza dell'Associazione nazionale cardiologi ospedalieri, lo spiega con il linguaggio dei numeri.

«Si stima che in Italia avvengano ogni anno 120 mila infarti (uno ogni 4 minuti). Purtroppo però, solo 60 mila pazienti arrivano in

un Ospedale e solo 30 mila ricevono in tempo le cure idonee in strutture specializzate, quali le Unità Coronariche».

**Cure adeguate, al più presto.** Chi accede alle cure adeguate, e purtroppo si tratta di una sola persona su quattro, quasi sempre se la cava. Detto in parole semplici, il paziente che ritiene di avvertire i sintomi di una ischemia o di un infarto deve raggiungere al più presto una Unità Coronarica.

Quali sono questi sintomi? A questo proposito oggi c'è ancora confusione. Quando nell'opinione pubblica si diffuse l'idea che un infarto è sempre accompagnato da dolori all'avambraccio, i Pronto Soccorso si riempirono di persone con il cuore perfettamente a posto e un semplice reumatismo o stiramento muscolare.

«Nel caso di un paziente con fattori di rischio cardiovascolare, quali il fumo, l'ipertensione, un elevato tasso di grassi nel sangue, il diabete, le cose sono diverse. Nel diabetico, per esempio, la probabilità che una sensazione di oppressione al torace o allo stomaco sia dovuta a un episodio cardiovascolare è piuttosto alta», afferma Cuccia, che nella sua attività di ricerca studia i percorsi terapeutici seguiti dai pazienti infartuati o con sospetto infarto.

«È meglio rischiare un ricovero inutile piuttosto che rimanersene a casa con un infarto. Bisogna attivarsi senza attendere i sintomi a tutto considerati classici, quali il dolore toracico irradiato alla spalla o al braccio, accompagnato da sudorazione e da affanno». «Non bisogna poi lasciarsi ingannare dal rilievo di valori normali di pressione arteriosa o di frequenza cardiaca,» aggiunge «nella maggior parte dei casi di infarto, infatti, pressione e battito cardiaco sono del tutto normali!».

**Quando il sintomo non c'è più.** In linea generale, quando si parla di malattia coronarica, l'ischemia è temporanea e legata a quello che si sta facendo. Il 'dolore' si attiva pertanto camminando e cessa quando ci si ferma o ci si siede, oppure regredisce con il cessare del momento di stress emotivo. «In caso di infarto, invece, il sintomo esordisce prevalentemente a riposo, spesso non è prodotto da alcuna

### SALVATI DAL PALLONCINO

Quali sono le terapie migliori per un paziente colpito da infarto?

Gli interventi sono assai complessi ma il successo è dovuto soprattutto alle terapie di riperfusione, che permettono di riaprire il vaso occluso, grazie ai farmaci trombolitici che sciolgono il trombo o agli interventi di angioplastica coronarica d'urgenza: il famoso 'palloncino' che raggiunge la coronaria e riapre meccanicamente il vaso. In realtà quello che viene inserito attraverso le arterie è un vero 'coltellino svizzero' in grado non solo di aumentare il diametro interno dell'arteria ma anche di rivestirne la parete interna con una pellicola di materiale speciale, lo stent. I successi dell'angioplastica hanno ridotto il ricorso ad interventi più complessi, quali il by-pass aorto-coronarico.

“ Raggiungere per tempo una Unità Coronarica fa la differenza sia in termini di sopravvivenza che di conseguenze dell'infarto. Il dialogo con specialisti e MMG è fondamentale, ma un diabetico che ritiene di avvertire i sintomi di una ischemia o di un infarto deve chiamare il 118 senza perdere tempo. ”

CLAUDIO CUCCIA  
CARDIOLOGO BRESCIA

causa apparente e, soprattutto, non cessa in pochi minuti».

Una delle ragioni per le quali il paziente diabetico rischia più degli altri in caso di infarto è proprio la difficoltà di identificare questi sintomi. Molte persone con diabete soffrono infatti di una complicanza chiamata neuropatia autonoma (che è difficile da diagnosticare). Così come la neuropatia periferica provoca spesso una ridotta sensibilità degli arti inferiori, quella autonoma riduce o impedisce di avvertire i segni di una sofferenza cardiaca. «In questo caso il paziente dovrà stare attento ai sintomi indiretti, per esempio la dispnea (difficoltà di respirazione, fiato corto) o un senso di astenia (stanchezza e spossatezza) che dipendono appunto dalla ridotta funzionalità del cuore» esemplifica Cuccia.

**Pronto, parlo con il 118?** Il primo consiglio da dare alle persone con diabete quindi è attivarsi sempre in caso di sintomi. Ma in quale direzione attivarsi? Qui il discorso si fa difficile. Medici di Medicina generale, diabetologi e cardiologi sono interlocutori fondamentali della persona con il diabete. Vanno consultati ogni volta che è possibile, se necessario anche telefonicamente. «Ma quando la situazione è potenzialmente di urgenza, la strada da prendere è un'altra: occorre una struttura in grado di trasportare il paziente con la massima velocità e con il minimo stress fisico presso un Ospedale dove è disponibile una Unità specializzata. Se possibile effettuando durante il trasporto gli esami del caso e perfino i primi interventi» afferma Cuccia il quale consiglia di chiamare senza indugi il 118 e chiedere l'in-

tervento di una ambulanza. Contattare telefonicamente un medico e attendere il suo arrivo a domicilio potrebbe rappresentare una pericolosa perdita di tempo.

**Il tempo è una variabile fondamentale.** Nell'infarto infatti, così come nell'ictus, il tempo è un elemento chiave. «La possibilità di sopravvivenza è tanto maggiore quanto minore è il tempo che intercorre fra i primi sintomi e le cure appropriate», sillaba Cuccia «un intervento tempestivo, nella prima ora dall'esordio del sintomo, può addirittura impedire al cuore qualsiasi danno, garantendo al paziente una qualità di vita successiva del tutto normale». Anche per questo l'ambulanza è consigliabile: il paziente che arriva in ambulanza, che magari ha già contattato via radio il Pronto Soccorso e l'Unità Coronarica, non rischia di perdere preziosi minuti all'accettazione e al triage del Pronto Soccorso.

Tra l'altro il personale delle ambulanze, a differenza dei pazienti, sa bene quali ospedali sono in grado di affrontare determinate emergenze e quali no. Anche all'interno dell'ospedale i percorsi di cura dovrebbero essere ottimali e non sempre lo sono.

«Spesso la quantità maggiore di risorse è destinata ai casi meno gravi: ai pazienti più giovani per esempio o agli infarti meno importanti», nota con amarezza Cuccia che ha affrontato il tema in diversi studi, «un po' come accade in una classe dove l'insegnante concentra i suoi sforzi sugli allievi più bravi e segue con minore attenzione quelli che forse ne avrebbero più bisogno».

Si rischia insomma di concentrare le energie nelle popolazioni a basso rischio, trascurando così i pazienti a più alto rischio, come gli anziani, i pazienti con storia pregressa di infarto, i pazienti più compromessi nella funzione cardiaca, gli stessi diabetici.

*Claudio Cuccia, responsabile dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica degli Spedali Civili di Brescia e membro dell'Area Emergenza-urgenza dell'Associazione Nazionale Cardiologi Ospedalieri.*



## LE PAROLE IN CIRCOLAZIONE

Nell'**ischemia** le cellule del muscolo cardiaco soffrono per una riduzione totale o quasi totale, ma temporanea, del flusso sanguigno. In queste condizioni la cellula può sopravvivere per un certo tempo. L'**infarto** è la stessa cosa ma in questo caso l'ostruzione è più lunga e la cellula muore. Ovviamente a essere interessata non è la singola cellula, ma porzioni più o meno grandi del muscolo cardiaco.

A differenza dell'ischemia, l'infarto provoca una lesione permanente. Il cuore 'non è più quello di prima', e anche la sua forma può cambiare; la sua contrattilità, vale a dire la possibilità di contrarsi, può essere ridotta e ciò limita la quantità di sangue che viene mandato in circolo. Qualora il danno fosse esteso (come avviene nei pazienti con infarto che non ricevono o giungono tardi alle metodiche di riperfusione), la funzione del cuore può essere compromessa. Il paziente allora rischierà di manifestare lo scompenso cardiaco. Il livello di contrattilità residua del cuore dopo l'infarto permette di valutare l'importanza dell'evento e il successo delle cure ricevute, orientando i successivi interventi di prevenzione secondaria tesi a evitare un ulteriore evento cardiovascolare (cioè un altro infarto oppure un ictus).

**Il diabetico rischia di più?** Come mai la persona con il diabete rischia di più in caso di infarto? «La persona con il diabete ha minor probabilità di 'sentire' che il suo cuore non funziona e così rischia di attivarsi più tardi, magari sbagliando strada interpretando male il sintomo. E per la complessità del caso, a volte è curata in maniera non adeguata anche all'interno degli Ospedali», spiega Cuccia che ha come hobby la letteratura e ha appena terminato un romanzo, non di ambientazione medica. Secondo il cardiologo bresciano «il diabete in sé non rende più grave l'infarto, tanto è vero che la risposta alle terapie praticate in Unità Co-

ronarica è praticamente identica fra diabetici e non diabetici».

Certo: nel caso di un paziente diabetico occorre tenere presente anche l'andamento della glicemia, «ma in una Unità Coronarica il personale medico è in grado di affrontare con facilità il controllo metabolico del paziente, anche nelle situazioni più complesse, utilizzando i mezzi più intensivi possibili», riassume Cuccia, direttore editoriale del sito [www.infarto.it](http://www.infarto.it).

È vero che a tutt'oggi la quota di persone con diabete fra i pazienti cardiologici 'difficili' è più alta? «Sì, ma questo non si deve all'iperglicemia da sola. Il fatto è che il diabete porta con sé molte condizioni, pensiamo all'ipertensione, alla dislipidemia o alle complicanze quali la nefropatia che possono giocare un ruolo negativo nel successo delle cure e nella prognosi».

Inoltre il paziente con diabete arriva in condizioni generali peggiori, è generalmente più anziano, è più spesso obeso o appartenente al sesso femminile. «Tutti fattori correlati a una minore probabilità di successo delle cure», nota Cuccia.

**Dopo l'infarto la terapia non cambia, ma guai a eluderla.** Il paziente che torna dal diabetologo dopo un infarto e il successivo periodo di riabilitazione, si attende un cambiamento radicale della terapia: diete draconiane, per esempio, o il passaggio all'insulina. In realtà studi recenti non giustificano questo approccio. Certo, se la terapia era inadeguata è il momento di rivederla «ma se era corretta, non va necessariamente cambiata: va solo applicata», «se prima certi suoi aspetti erano percepiti dal paziente come un 'optional', ora divengono ineludibili», riprende Angelo Avogaro.

**Non è mai troppo tardi.** In un certo senso, è inutile negarlo, la persona con diabete che ha avuto un infarto si trova nella situazione di chi mette le porte blindate e le serrature alle finestre dopo una visita dei ladri in casa.

«Bisognerebbe intervenire prima che la malattia coronarica si manifesti, quando al diabete si aggiungono il sovrappeso, l'ipertensione o altri fattori di rischio vascolare che andranno combattuti con grande impegno», afferma Cuccia il quale consiglia ai medici di prescrivere al paziente diabetico, più spesso esami specifici di funzionalità cardiaca, e non solo il semplice elettrocardiogramma, ma i cosiddetti test di immagine, quali la scintigrafia o l'ecocardiografia da stress, e l'ecodoppler carotidea che consente di misurare la progressione del processo aterosclerotico.

In ogni caso 'dopo' non è troppo tardi. «Il rischio cardiovascolare dopo un infarto è aumentato, ma sarebbe assurdo pensare 'che a questo punto non c'è più nulla da fare'. La durata e la qualità della vita dopo un infarto dipendono anzi in maniera ancora più diretta dalla capacità di controllare la glicemia e tutti gli altri parametri della sindrome metabolica», ricorda Avogaro, prossimo Presidente della Sezione regionale Veneto e Trentino Alto Adige della Società Italiana di Diabetologia.

**Vado a fare diecimila passi.** L'infarto non cambia le prescrizioni dietetiche, sarebbe un errore mangiare solo minestrine e verdure bollite, perché c'è stato 'quel problema al cuore'. La raccomandazione di mangiare meno grassi e zuccheri e seguire una dieta possibilmente ipocalorica non può più, però, essere elusa. Sul piano dell'esercizio fisico si preferiranno attività aerobiche e regolari. Non lo sforzo intenso e improvviso, ma la camminata ogni giorno. L'*American Diabetes Association* parla efficacemente di 10 mila passi, che corrispondono a circa 4 chilometri da percorrere non di corsa, ma a ritmo svelto, cinque volte la settimana. «In generale l'esercizio fisico deve essere costante, con modalità e tempi che non possono essere lasciati al caso, ma vanno concordati con il Team diabetologico», afferma Avogaro.

Qualcosa a dire il vero cambia soprattutto negli obiettivi del Team e del paziente. Il rischio di complicanze microvascolari rimane ma – a meno che non si sia manifestata una seria nefropatia – diviene meno importante. «Medico e paziente sono concentrati nel ridurre la probabilità e la gravità di ulteriori eventi cardiovascolari.

Un infarto, se il paziente ha avuto una ischemia, un secondo infarto o un ictus se è reduce da un infarto», conferma Avogaro che è docente di Malattie del Metabolismo presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Padova. Purtroppo questo significa che le cose divengono più difficili. Prima di tutto se le complicanze microvascolari possono essere ritardate, rallentate e perfino scongiurate dal solo controllo della glicemia, combattere il rischio di infarto significa riportare nella norma, anzi nella fascia bassa della norma, tutta una serie di para-

metri: anche pressione, trigliceridi e colesterolo totale devono essere più bassi possibili e la quota di colesterolo 'buono' HDL più alta possibile. Non esiste quindi una 'gerarchia' dei fattori di rischio. Bisogna intervenire su tutti contemporaneamente, anche approfittando della particolare collaborazione del paziente.

C'è invece una gerarchia del successo. «Prescrivendo le statine siamo sicuri di riportare il colesterolo nella norma; per ottenere lo stesso effetto con la pressione abbiamo bisogno di quattro farmaci: Ace-inibitori,  $\beta$ -bloccanti, sartanici e calcio antagonisti», continua Avogaro; «la glicemia è la più difficile da trattare perché dipende da molti fattori: la resistenza dei tessuti, la funzione  $\beta$ -cellulare e il funzionamento del fegato. In ogni caso è possibile riportare a norma la glicemia anche dopo anni di diabete mal curato». Tutto questo richiede un grande impegno a medico e paziente; «per fortuna il paziente che ha avuto un episodio cardiovascolare è disponibile a collaborare e a tradurre in pratica quelle raccomandazioni che magari da anni si sente fare, è quindi un buon momento per iniziare a fare sul serio», conclude il diabetologo.



*Non esiste una 'gerarchia' dei fattori di rischio. Bisogna intervenire su tutti contemporaneamente. È possibile riportare a norma tutti i valori anche dopo anni di diabete mal curato.*



ANGELO AVOGARO  
DIABETOLOGO PADOVA

## IN SINTESI

- La persona con il diabete, soprattutto se sovrappeso, rischia un evento cardiovascolare esattamente come un cardiopatico che ha già avuto un infarto.
- Moderate alterazioni della glicemia sono sufficienti a danneggiare le arterie.
- Oltre a rendere più probabili l'ischemia, l'infarto o l'ictus, un diabete mal controllato li rende più gravi e più difficili da gestire.
- Con gli interventi farmacologici e invasivi di rivascularizzazione la mortalità dei pazienti che arrivano in Unità Coronarica entro tre ore è ridotta a valori molto bassi, attorno al 6% (percentuale che si avvicina allo 0% per i trattamenti effettuati nella prima ora dall'esordio dei sintomi).
- Sapendo di essere a rischio, la persona con diabete deve ottenere al più presto cure adeguate: l'ideale è chiamare subito un'ambulanza del 118.
- La persona con diabete può arrivare alle cure con un quadro generale compromesso, ma questo non rappresenta una controindicazione ad alcun tipo di terapia di urgenza.
- Risolta la situazione di urgenza, chi ha avuto un infarto o un'ischemia non deve sentirsi 'finito', anzi, spesso sarà stimolato a svolgere una attività fisica maggiore rispetto a prima. Dovrà 'combattere' insieme tutti i fattori di rischio vascolare e assumere con fiducia i farmaci necessari.