

Quando il diabete è donna



Contracezione, fertilità, menopausa ma anche osteoporosi e difficoltà nel mantenere il peso raggiunto con le diete. Nella donna il diabete pone delle sfide particolari. Ma la soluzione, comune a molti di questi problemi, è la stessa: una alimentazione sana e molto esercizio fisico.

Fra maschi e femmine il diabete non fa distinzione. La probabilità di sviluppare il diabete di tipo 2 è più o meno identica e lo stesso vale per il rischio di sovrappeso e obesità. «Le donne però sono favorite», nota Francesca Novara, responsabile dell'ambulatorio di Diabetologia presso l'Azienda USL 9 - Poliambulatorio 2 - di Trapani «perché ingrassano più facilmente sulle cosce e sui fianchi che sul-

la pancia, mentre è il grasso addominale, la 'pancetta' tipica dei maschi, quella più pericolosa per il cuore».

Tipico delle donne è invece il tentativo di dimagrire in poco tempo attraverso una drastica riduzione alimentare, anche se nel 99% dei casi i chili persi vengono recuperati. «Non è casuale: riducendo drasticamente l'alimentazione, il corpo perde sia massa 'grassa' sia massa 'magra', i muscoli insomma. Quando si riprende a mangiare, il grasso si riforma velocemente, i muscoli no», spiega la diabetologa siciliana; «la capacità di dimagrire quindi si riduce dopo ogni dieta, anche perché il digiuno induce il nostro corpo a tesaurizzare il grasso», ricorda Francesca Novara.

«I giornali e i programmi televisivi più seguiti dalle donne parlano spesso di alimentazione, fornendo anche messaggi corretti», ammette

Biografia, di Massimo Campigli (1931).



*Gisella Meloni,
presidente della AMD
Sardegna, diabetologa
presso l'Ospedale Civile
di Lanusei.*

Gisella Meloni del servizio di Diabetologia dell'Ospedale Civile di Lanusei.

«Prima, anche se a volte contraddittori, occorrono molti interventi educativi, soprattutto di gruppo, per sradicare informazioni errate. Se vogliamo ottenere dei risultati, dobbiamo farci coinvolgere, ascoltare, divertirci "stando insieme" ai nostri pazienti».

L'esercizio fisico. «Gli anziani di oggi si muovono pochissimo. Le donne in particolare. I lavori di casa purtroppo non hanno effetti metabolici, anche se sono comunque preferibili alla sedentarietà», spiega Francesca Novara.

Eppure basterebbe una passeggiata di almeno mezz'ora ogni giorno. «Gli effetti positivi sono visibili anche nella donna anziana», ricorda Donatella Zavaroni: «l'esercizio fisico abbassa l'insulinoresistenza, aumenta la massa muscolare e riduce

quella grassa, con una netta diminuzione del rischio vascolare». «In una donna oltre i 50 anni fare esercizio fisico significa migliorare il tono dei muscoli e prevenire le fratture da osteoporosi», interviene Emanuela Orsi, dirigente medico presso l'Unità Operativa di Endocrinologia e Malattie metaboliche dell'Ospedale Maggiore di Milano.

«Per promuovere l'attività fisica è indispensabile impostare una strategia a breve termine: si convince il paziente a iniziare l'attività fisica; a lungo termine si cerca di assicurare l'adesione al programma. La presa di coscienza e la sensazione di fiducia che deve avere il soggetto nella sua reale possibilità di modificare il comportamento sono fondamentali; va anche detto», continua Gisella Meloni, «che in molti contesti purtroppo non è socialmente accettato che una donna faccia una passeggiata ogni giorno per il gusto di farlo».

Effetto 'ciclo'. Il diabete interagisce con diversi aspetti specifici della donna. «In alcune fasi del ciclo mestruale si può osservare una variazione dei livelli glicemici da porre in relazione a modifiche ormonali. Tale condizione si rende più evidente nel caso in cui vi siano alterazioni del ritmo del ciclo mestruale», ricorda Con-

cetta Irace, ricercatore presso il Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Catanzaro.

Ovaio policistico. Diverse donne sperimentano, sia negli anni successivi al menarca sia nel corso della loro vita, casi di oligomenorrea o amenorrea (mestruazioni ritardate o saltate). Si tratta di segni comuni a molte condizioni, ma nella donna in sovrappeso, obesa o con casi di diabete in famiglia, è possibile pensare a una sindrome dell'ovaio policistico. «Questa sindrome si associa frequentemente a una resistenza periferica all'insulina che, accanto all'obesità e a un'alterazione dei lipidi, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari», ricorda Concetta Irace che lavora nel servizio di Diabetologia dell'UOC di Medicina interna del Policlinico Universitario di Catanzaro.

Le giovani donne sono giustamente preoccupate dalla minore fertilità e dal fatto che la sindrome dell'ovaio policistico (detta anche Pcos in sigla inglese) si accompagna a segni antiestetici quali peluria sul viso e su altre zone del corpo. «Ma questi aspetti – ai quali è facile porre rimedio con una adeguata terapia estrogeno-progestinica – non devono far dimenticare l'aspetto metabolico della patologia», ricorda la Irace. «La terapia ormonale ristabilisce un adeguato ritmo del flusso mestruale e controlla alcuni inestetismi della Pcos; ma quando valutabile, è opportuno controllare la causa, vale a



*Emanuela Orsi,
dirigente medico nell'Unità
Operativa di Endocrinologia e
Malattie metaboliche
dell'Ospedale Maggiore
di Milano, è segretario
scientifico della SID.*

dire l'insulinoreistenza, e questo si può fare con certezza perdendo peso» sottolinea Concetta Irace. L'insulinoreistenza precede spesso, infatti, il diabete vero e proprio.

L'esercizio fisico, un'adeguata terapia medica nutrizionale ed eventualmente una terapia farmacologica con insulinosensibilizzanti possono ripristinare la normale risposta all'insulina e scongiurare o ritardare un eventuale diabete. A ciò si associano un riequilibrio ormonale e la possibilità di sospendere la terapia sostitutiva.

Contracezione. «La donna con diabete deve programmare il concepimento in modo da farlo coincidere con un periodo di ottimo controllo glicemico», sottolinea Donatella Zavaroni responsabile della Unità Operativa di Diabetologia e Malattie metaboliche all'Ospedale di Piacenza; «il diabete non è certo un ostacolo all'uso della normale 'pillola'».

Angela Napoli, endocrinologa e internista, auspica però una prescrizione più personalizzata del metodo contraccettivo e un utilizzo più ampio delle tecniche esistenti, soprattutto delle più recenti. «Nella donna che ha 'solo' il diabete la pillola a basso dosaggio di estrogeni (etinil-estradiolo) può essere prescritta purché anche il diabetologo ne sia a conoscenza» afferma. Fra i progestinici più utilizzati nelle associazioni disponibili, «quelli di seconda generazione hanno un ruolo iperglicemizzante maggiore rispetto a quelli di terza generazione, ma minore sulla coagulazione», commenta Angela Napoli, ricercatrice presso la II facoltà di Medicina dell'Università La Sapienza di Roma. «La classica pillola estroprogestinica non andrebbe prescritta alle donne che fumano e sono obese». «Sarebbero da valutare altre strade» continua Angela Napoli che lavora presso la UOC di Diabetologia dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma; «ci sono contraccettivi ormonali a rilascio lento, sottocutanei, impiantabili, anelli intravaginali che rilasciano progestinici o estroprogestinici o pillole solo con progesterone come quelle prescritte alle donne che allattano». L'associazione estroprogestinica non andrebbe prescritta alle donne diabetiche con età maggiore di 40 anni,



Due donne che corrono sulla spiaggia, di Pablo Picasso (1922).

che fumano, sono obese, hanno la pressione alta o altre complicanze vascolari. In questi casi potrebbe essere una valida opzione: nella donna con diabete ben controllato, i dispositivi intrauterini, detti anche Iud o spirale, non comportano un rischio di infezioni maggiore. Sono particolarmente interessanti gli Iud che rilasciano progestinici. «In ogni caso» continua Angela Napoli «la soluzione migliore è quella meglio accettata dalla donna e più vicina alle sue esigenze».

Sei in menopausa? Cammina! Intorno ai 50-52 anni (ma l'età può variare anche di molto) l'attività delle ovaie si interrompe e la donna smette di essere fertile.

La menopausa vera e propria è dichiarata dopo un anno di mancate mestruazioni; è quindi preceduta da una fase più o meno lunga di premenopausa, «e questa fase, dal punto di vista metabolico, ha effetti ancora più importanti della menopausa vera e propria», ricorda Emanuela Orsi.

A differenza del diabete di tipo 1, che anticipa sia l'inizio che la fine dell'età fertile, il diabete di tipo 2 non incide sull'appuntamento con la menopausa. E in senso stretto non la rende nemmeno più veloce o più 'destabilizzante' per l'organismo: vampate di calore, secchezza, sbalzi di umore sono egualmente probabili nelle donne con e senza diabete. È

Concetta Irace, ricercatore presso il Dipartimento di Medicina interna dell'Università di Catanzaro, lavora presso il servizio di Diabetologia dell'UOC di Medicina interna del Policlinico Universitario di Catanzaro.



Donna che si asciuga un piede, di Edgar Degas.



possibile invece un peggioramento o un'instabilità del controllo glicemico. «Chi è in terapia insulinica o con secretagoghi potrebbe scambiare gli effetti della premenopausa per segni di ipo o iperglicemia e viceversa», sottolinea Emanuela Orsi, «ma il vero problema sono le conseguenze metaboliche: di questa fase la premenopausa e la menopausa rappresentano un colpo di acceleratore nell'invecchiamento metabolico».

«La menopausa ha un effetto diabetogeno: aumenta la probabilità di sviluppare il diabete», ricorda Donatella Zavaroni; «il calo degli estrogeni modifica la distribuzione del tessuto adiposo». Anche la sua composizione cambia: «si liberano acidi grassi e la quantità di insulina, di glucosio e di trigliceridi presenti nel sangue aumenta assai velocemente». «Col calo degli estrogeni», sottolinea Emanuela Orsi, «si modifica la distribuzione del tessuto adiposo, che tende ad accumularsi a livello addominale periviscerale. Questa è la zona più pericolosa perché predispone all'insulinoresistenza e agli eventi cardiovascolari». «Fino alla menopausa possiamo dire che le femmine godono di una 'protezione' dovuta agli estrogeni, che si traduce in un rischio di ictus e infarti significativamente inferiore a quello dei maschi», riassume Donatella Zavaroni; «nelle donne con diabete questa protezione non esiste. Il loro

rischio è in tutte le età simile a quello dei maschi». «Le donne con diabete presentano un aumentato rischio, anche in età fertile, rispetto alle non diabetiche», ammette Emanuela Orsi. «Inoltre, con la menopausa la produzione di radicali liberi, responsabili degli effetti di invecchiamento dei vasi, aumenta nettamente con la riduzione degli estrogeni».

Intervenire è possibile. Per fortuna è possibile contrastare, se non la perdita della fertilità, tutte le altre conseguenze della premenopausa e della menopausa. La regola d'oro ancora una volta è: camminare. «Un esercizio fisico costante fa consumare calorie, migliora la sensibilità all'insulina, favorisce il mantenimento e lo sviluppo della massa muscolare, contrasta l'aumento di massa grassa e aiuta a riequilibrare il colesterolo: in menopausa infatti si riduce l'Hdl e aumentano sia l'Ldl sia le poco note e 'cattivissime' Lpa» elenca Emanuela Orsi che è segretario scientifico della SID (Società Italiana di Diabetologia).

La terapia sostitutiva. Esiste anche una risposta farmacologica. Come nota Concetta Irace, «le cosiddette terapie sostitutive – si tratta di pillole a base di equivalenti sintetici degli ormoni che con la menopausa vengono a mancare – non hanno dimostrato una riduzione di infarto e ictus nelle donne trattate», non si tratta quindi di una soluzione da consigliare a tutte. «La terapia sostitutiva ha vantaggi e svantaggi», commenta Emanuela Orsi che all'Università di Pavia si è specializzata anche in Geriatria. «Può aumentare il rischio di tumore dell'utero e, in donne predisposte, quello della mammella. Tuttavia la terapia ormonale sostitutiva ha effetti positivi: riduce il rischio di tumori al colon, contrasta l'osteoporosi, riduce la secchezza della mucosa vaginale e soprattutto riduce il problema delle vampate e migliora il tono dell'umore». «Anche se è possibile ottenere alcuni di questi effetti con terapie ad hoc», sottolinea Donatella Zavaroni.

La risposta ancora una volta è la personalizzazione. «Ogni donna presenta da una parte un suo profilo di rischio e dall'altra determinate esigenze e stili di vita», commenta Angela Napoli; «la scelta della terapia sostitutiva dipende

Donatella Zavaroni,
responsabile della U.O.
di Diabetologia e Malattie
metaboliche all'Ospedale di
Piacenza.



quindi dallo stato metabolico della donna, dalla presenza di altre patologie – per esempio un assetto trombofilico spesso svelato da una storia di flebiti ricorrenti che rendono controindicata la terapia – e dalla anamnesi familiare: in pratica quali malattie hanno avuto i suoi genitori quali per esempio la familiarità per il carcinoma della mammella e infine dallo stile di vita che la donna intende condurre».

Osteoporosi. La terapia ormonale sostitutiva contrasta almeno in parte una delle conseguenze più serie della menopausa: la perdita di elasticità e di resistenza da parte delle ossa. Anche in questo caso la menopausa accelera un processo naturale. L'osso non si forma una volta per tutte. Le sue cellule nascono e si distruggono continuamente. Una leggera riduzione della massa ossea si riscontra già dal terzo decennio di vita ma la menopausa accelera questo fenomeno. «Soprattutto l'osso perde elasticità», spiega Concetta Irace, e questo trasforma più facilmente un trauma in una frattura. Non ci sono evidenze che il diabete di tipo 2 influenzi l'osteoporosi, mentre nel diabete di tipo 1 la carenza di insulina riduce la massa ossea; «tuttavia una persona con diabete e decenni di cattivo controllo glicemico perde più facilmente l'equilibrio per colpa della neuropatia o della riduzione dell'acuità visiva (retinopatia). Cadendo di più, rischia più degli altri di fratturarsi», chiarisce Emanuela Orsi. «Le persone obese sono meno a rischio di osteoporosi e in generale risentono meno delle conseguenze della menopausa ma in compenso il maggior peso corporeo aumenta il carico delle ossa e rende più facile una frattura», nota Donatella Zavaroni.

«Molte donne tentano di contrastare l'osteoporosi assumendo calcio, ma l'esercizio fisico è una risposta ancora migliore perché in questo modo l'osso si mantiene in forma e perché con il movimento migliora la flessibilità dei muscoli e la capacità di rispondere a un imprevisto senza rischiare una frattura», ricorda Francesca Novara.

Avvertite per lettera raccomandata. In questo articolo non parliamo della gravidanza nelle donne con diabete: *Modus* ha affrontato il

tema diverse volte, ribadendo come sia necessario, sia per la persona con diabete di tipo 1 che per la persona con diabete di tipo 2, iniziare e continuare la gravidanza in una condizione di perfetto equilibrio glicemico. Molte donne però conoscono durante la gravidanza una situazione di iperglicemia, il diabete gestazionale, che va controllato attraverso l'alimentazione, l'esercizio fisico e, se necessario, con insulina (i farmaci orali non sono prescritti in gravidanza). «La donna che ha avuto un diabete gestazionale rischia molto più delle altre di sviluppare prima o poi un diabete vero e proprio», nota Donatella Zavaroni. Occorre quindi effettuare, sia poche settimane dopo il parto sia a intervalli regolari negli anni seguenti, quel piccolo test, la curva da carico orale da glucosio, che aveva permesso di diagnosticare il diabete gestazionale.

«Si tratta di un'opportunità: un piccolo vantaggio offerto alle femmine che al contrario dei maschi sono 'preavvertite per lettera raccomandata' del diabete e possono quindi scongiurarlo», sottolinea Gisella Meloni. Nella sua Asl da poco tempo, con un considerevole sforzo organizzativo, tutte le donne in gravidanza sono sottoposte a un test. «Possiamo quindi identificare e seguire tutti i casi di diabete gestazionale». La compliance delle donne è altissima, ma dura finché dura l'attesa o poco più, «al primo controllo dopo la gravidanza tornano tutte, ma negli anni seguenti l'attenzione si riduce. Eppure basterebbe mantenere l'educazione alimentare e l'attenzione all'esercizio fisico che erano state apprese e messe in pratica durante la gravidanza», conclude Gisella Meloni.



Francesca Novara, responsabile dell'ambulatorio di Diabetologia presso l'Azienda USL 9 Poliambulatorio 2 di Trapani.

Angela Napoli, ricercatrice presso la II facoltà di Medicina dell'Università La Sapienza di Roma, lavora nella UOC di Diabetologia dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma.

