

Il limite dei 100



Un 'giro vita' superiore a 100 centimetri, aggiunto al diabete di tipo 2 comporta un rischio molto molto alto di ictus e infarti. Anche perché spesso al grasso e al diabete si associano altre componenti della sindrome metabolica. Ma è possibile rovesciare la situazione combattendo uno per uno tutti questi fattori di rischio.

Il limite è circa 100, qualcosa in più per i maschi (102) e di meno per le femmine (88). E rispettarlo non è facile. Non si tratta di chilometri orari, ma di giro vita. Basta prendere un metro da sarta, avvolgerlo all'altezza dell'ombelico e misurare. La circonferenza addominale supera il limite? È probabile. Circa l'80% delle persone con diabete hanno troppo 'tessuto adiposo addominale' popolarmente detto pancia o pancetta.

Diabete e pancetta a loro volta sono collegati ad altre alterazioni metaboliche: trigliceridi alti (sopra i 150 mg/dl), pressione superiore ai valori ottimali (130 mm/hg di massima e 85 di minima) e colesterolo HDL basso (sotto i 50 mg/dl per le femmine e sotto i 40 mg/dl per i maschi).

«La probabilità che una persona con diabete e sovrappeso superi due o più di questi 'limiti' è alta», afferma Andrea Giaccari, docente di Endocrinologia all'Università Cattolica di Roma, «almeno il 75%». Ovviamente non è sfortuna. Nella persona sovrappeso e con diabete tutte queste condizioni hanno una causa comune,

anzi due. La prima è appunto la 'pancetta'. «Esistono due tipi di grasso», spiega Giaccari, co-responsabile scientifico della Giornata del Diabete: «il grasso sottocutaneo che troviamo, magari anche in quantità, sulle cosce, glutei o avambracci è relativamente neutro per l'organismo. Il grasso addominale invece opera come un vero e proprio organo e ha importanti conseguenze negative sia metaboliche che ormonali». Alcune persone tendono più delle

“ Oggi i medici parlano di sindrome metabolica per descrivere il fatto che una serie di condizioni hanno un'alta probabilità di coesistere o di svilupparsi nella stessa persona, soprattutto se questa persona ha il diabete. ”

altre ad 'accumulare' il grasso nella pancia. «Degli studi scientifici suggeriscono che, sotto stress, le calorie assunte in più finiscono più spesso nell'addome distribuite sotto la pelle», rivela Giaccari.

Abbasso la resistenza. Una delle conseguenze della pancetta è l'insulino resistenza, cioè la parziale 'sordità' dei tessuti all'azione dell'insulina. L'insulino resistenza (che può presentarsi anche in individui magri) è una delle cause del diabete di tipo 2. «Ma ha anche effetti diretti o indiretti su altre condizioni; la pressione per esempio: troppa insulina induce i reni a trattenere il sodio con un effetto anti-diuretico», continua Giaccari; «la pancetta poi rilascia acidi grassi che, trasformati in trigliceridi, non si limitano a circolare nei vasi otturandoli ma infiltrano il fegato, il pancreas (che perdono funzionalità) e i muscoli (che diventano più insulino resistenti)».

Se a questo si aggiunge il fatto che trigliceridi e colesterolo 'buono' HDL viaggiano insieme, e



Andrea Giaccari, docente di Endocrinologia all'Università Cattolica di Roma.

quindi a un aumento dei trigliceridi corrisponde una diminuzione del colesterolo buono, è possibile capire perché oggi i medici parlano di sindrome metabolica per descrivere il fatto che una serie di condizioni hanno un'al-

FARE IL TAGLIANDO

Una volta definito il rischio cardiovascolare di ciascuna persona (vedere box a pagina 15) occorre monitorarne l'evoluzione. Questo significa sottoporsi in modo costante a una serie di esami biochimici e strumentali. In alcune strutture bene organizzate questo percorso viene gestito dal Team che ha in cura il paziente e che si preoccupa di fissare appuntamenti periodici. Più spesso è il paziente che deve ricordarsi di farseli prescrivere. Quali esami vanno aggiunti al tradizionale controllo della glicemia (a casa) e dell'emoglobina glicata? In primo luogo un controllo periodico di pressione arteriosa, peso e giro vita (una volta ogni 3 mesi può essere sufficiente).

«Per quanto riguarda i test biochimici (esami del sangue): colesterolo totale, colesterolo HDL e trigliceridi andrebbero controllati almeno una volta l'anno», afferma Gabriele Forlani, diabetologo dell'Unità Operativa di Malattie del Metabolismo del Policlinico Universitario Sant'Orsola Malpighi di Bologna; «più spesso se sono alterati o se si usano farmaci ipolipemizzanti; vanno controllate anche le transaminasi, che sono indicatori di una sofferenza del fegato di origine metabolica

(la steatosi epatica). Sul fronte dei test strumentali, un elettrocardiogramma di base ogni anno e una ecodoppler delle carotidi ogni due o tre anni sono una buona regola, ma per un paziente che somma diversi fattori di rischio potrebbe essere necessario fare anche di più e più spesso». «Per esempio chi ha il diabete, è in sovrappeso e fuma, o ha trigliceridi e colesterolo alterati dovrebbe tenere sotto stretto controllo il cuore con esami più approfonditi come un elettrocardiogramma sotto sforzo o una ecocardiografia», commenta Forlani, e se le transaminasi sono elevate può essere necessario fare una ecografia addominale e in alcuni casi una biopsia del fegato.

«Alcuni esami, biochimici o strumentali, vanno ripetuti a intervalli regolari anche se sono normali», conclude Forlani, «ma se il compenso glicemico peggiora, si prende peso o compaiono complicanze, può essere necessario affrontare un iter diagnostico più complesso».

*Gabriele Forlani,
diabetologo presso l'Unità
Operativa di Malattie
del Metabolismo del Policlinico
Universitario Sant'Orsola
Malpighi di Bologna.*



“ *Chi ha il diabete,
è in sovrappeso e fuma, o ha trigliceridi
e colesterolo alterati dovrebbe tenere
sotto stretto controllo il cuore con esami
più approfonditi come
un elettrocardiogramma sotto sforzo
o una ecocardiografia.* ”

ta probabilità di coesistere o di svilupparsi nella stessa persona. «Soprattutto se questa persona ha il diabete, anche in forma iniziale», nota il diabetologo romano.

Nessuna di queste condizioni (grasso addominale, insulino resistenza, diabete, pressione moderatamente elevata, trigliceridi alti e colesterolo HDL basso) dà sintomi e nessuna – tranne il diabete – è particolarmente pericolosa in sé.

«Il problema è che tutti gli elementi della sindrome metabolica aumentano in modo importante il rischio di ictus e infarto», sottolinea Giaccari che fa parte del Consiglio scientifico nazionale della Società Italiana di Dia-

betologia. Per capirsi, una persona che ha diabete scompensato è in sovrappeso e ha anche uno solo di questi valori fuori posto corre un rischio di infarti o ictus pari a quello di una persona che è appena uscita da un infarto.

«Non è raro trovare persone che si sentono perfettamente sane e non hanno mai avuto nessun problema al cuore ma che hanno otto possibilità su dieci di avere un infarto o un ictus entro cinque anni», afferma con chiarezza Giaccari. Parole dure che però si impongono in quanto «molte persone continuano a legare il diabete al rischio di complicanze specifiche, temono di perdere la vista o di vedersi amputato il piede. Questo rischio esiste ma in molti casi il vero problema è scongiurare infarto e ictus», nota Giaccari.

Tanto per capirsi, su 100 persone con diabete che si ricoverano in ospedale ogni anno, almeno 80 arrivano con una diagnosi di

infarto o ictus; tutte le altre complicanze non arrivano insieme al 20%.

«Insomma il diabete deve essere visto in primo luogo come un fattore di rischio cardiovascolare», spiega il diabetologo del Policlinico Gemelli.

Ora tocca a te... Forse non è esagerato dire che una persona con sindrome metabolica ha nelle sue mani la possibilità di aggiungersi o di togliersi 10 o più anni di vita 'sana' (vale a dire senza gli strascichi e le inabilità di un ictus o di un serio infarto).

Già, perché la scelta è nelle mani della persona con diabete. «È possibile, a chiunque e in qualunque momento della sua vita, ridurre anche in modo drastico il rischio cardiovascolare» nota Gabriele Forlani, che lavora presso l'Unità Operativa di Malattie del Metabolismo del Policlinico Universitario Sant'Orsola Malpighi di Bologna; «è vero che esistono farmaci in grado di correggere ciascuna delle componenti della sindrome metabolica, ma la loro efficacia è limitata se il paziente non... smette di essere paziente e sceglie di essere responsabile della propria salute modificando i propri comportamenti dannosi».

Tante persone oggi cercano 'rimedi naturali' per le loro malattie. Questi esistono, sono efficaci e non sono erbe miracolose, si chiamano alimentazione sana, esercizio fisico regolare, astensione dal fumo.

«Occorre mangiare meno grassi, in particolare limitare i grassi di origine animale ed evitare i grassi transidrogenati (margarina), consumare alimenti ricchi di fibre come pane e pasta integrali, legumi, frutta e verdura; questi ultimi in particolare devono essere presenti in ogni pasto», elenca Forlani.

L'esercizio fisico è un'altra 'medicina naturale' di grande importanza. «Esiste per ciascuna persona di ogni età e di ogni condizione di salute un livello di esercizio fisico appropriato; non è necessario scalare montagne o fare corse in bicicletta (che sono comunque splendidi modi di passare il tempo libero): ma anche il semplice camminare 30-60 minuti ogni giorno migliora la nostra fitness cardiorespiratorio».



*Pietro Putignano
responsabile dell'ambulatorio di
Diabetologia presso il Presidio
Territoriale dell'Azienda Ospedaliera
San Gerardo di Monza.*

ria, il nostro benessere psicologico», sottolinea il diabetologo del Sant'Orsola. L'esercizio fisico riduce il grasso addominale e quindi – almeno potenzialmente – i trigliceridi, abbassa la pressione e ha un rapporto così stretto con i livelli di colesterolo buono che è possibile considerarlo la 'glicata dell'esercizio fisico'. Se si aumenta il grado di attività si vede subito un proporzionale aumento del colesterolo HDL», afferma Giacari.

«L'alimentazione sana e l'esercizio fisico svolto regolarmente hanno un effetto protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari», spiega Forlani, «e questo avviene a qualsiasi livello di compenso metabolico e con qualunque condizione di rischio, direi che funzionano soprattutto nei soggetti sfavoriti dal punto di vista metabolico come diabetici, ipertesi, dislipidemici. Alcune persone spesso abbandonano i buoni comportamenti perché non perdono peso o lo perdono in misura minore rispetto

Cosa fare per ridurre il rischio di infarto e ictus, molto alto nei pazienti diabetici specie se hanno 'la pancetta'? «Tra le molte cose da fare ce n'è una che invece non va mai fatta: aspettare che arrivino le complicanze. Quando si parla di una situazione ad alto rischio il medico e il paziente devono allearsi e giocare sempre di anticipo», afferma Pietro Putignano Responsabile dell'ambulatorio di Diabetologia presso il Presidio Territoriale dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza che copre Monza, Cinisello Balsamo e alcuni comuni limitrofi.

Nell'affrontare il primo passo «bisogna prendere le misure della situazione», afferma Putignano, e in senso letterale. Peso e altezza permettono di stimare attraverso l'indice di massa corporea se il paziente è sovrappeso o obeso mentre la circonferenza vita definisce la presenza di grasso addominale.

Il secondo passo consiste nel ripercorrere le abitudini di vita del paziente: «Per esempio se beve alcolici in eccesso, se fuma, se ha sintomi di insufficienza cardiaca (il fiatone) o di arteriopatia periferica (dal dolore alle gambe durante la deambulazione alla disfunzione erettile). È altresì importante sapere se vi sono stati casi di diabete o di morti premature per eventi cardiovascolari nella famiglia», continua Putignano che ha iniziato la sua carriera di medico e ricercatore presso il Dipartimento di Endocrinologia del St. Bartholomew's Hospital di Londra. Solo dopo aver completato la fase anamnestica si procede all'esame obiettivo per valutare l'eventuale presenza di danni d'organo. Applicando il fonendoscopio sulla regione cardiaca si possono auscultare soffi e toni patologici che possono far pensare a una valvulopatia o a uno scompenso circolatorio, mentre sul collo e sull'addome si possono rilevare eventuali soffi carotidei e paraombelicali, indicatori rispettivamente di stenosi carotidee e delle arterie renali. Si passa poi ai polsi periferici, alla ricerca di alterazioni arteriose circolatorie agli arti inferiori. «Una gamba macchiata con la cute secca, marmorea e priva di peli fa pensare ad una ridotta ossigenazione periferica, possibile conseguenza di una arteriopatia», continua il diabetologo monzese.

Solo a questo punto il medico – sia che si tratti di un medico di Medicina generale, di un diabetologo o di un altro specialista – può riguadagnare la scrivania per richiedere specifici esami strumentali. Se questa è la prima visita dopo la diagnosi di diabete alcuni esami sono 'obbligatori', per esempio quello del fondo oculare e la valutazione della sensibilità vibratoria al piede con diapason, mentre altri dipendono dai rilievi obiettivi riscontrati durante la visita.

«Esami non invasivi e alquanto informativi come l'ecocolordoppler carotideo, l'elettrocardiogramma basale e l'ecocardiogramma si prescrivono quasi sempre nelle prime fasi. Tra l'altro, l'ecocolordoppler dei tronchi arteriosi sovraortici permette di valutare eventuali ispessimenti parietali fino alla presenza di placche aterosclerotiche carotidee che ben correlano con il rischio di ictus e di infarto. Per questi motivi tali indagini possono essere eseguite nella nostra struttura in un'unica giornata in regime di day-service», aggiunge Putignano.

In presenza di un rischio cardiovascolare particolarmente aumentato o se dagli esami precedentemente eseguiti emerge la presenza di danno d'organo, «vale la pena di chiamare in causa il cardiologo, il quale probabilmente prescriverà un elettrocardiogramma da sforzo che svelerà la presenza di deficit delle coronarie (l'ECG viene misurato mentre il paziente corre su un tapis roulant o pedala con un cicloergometro)». In casi più particolari vengono richiesti esami più complessi, invasivi o costosi come l'ecocardiografia da stress con test provocativo (per esempio dopo iniezione di un farmaco che simula gli effetti di uno sforzo o di uno spavento) o una scintigrafia cardiaca, indagini che utilizzano un tracciante radioattivo, fino ad arrivare alla coronarografia», conclude Putignano.



alle attese. A queste persone va detto che alimentazione ed esercizio hanno il loro effetto benefico sulla salute indipendentemente dalla perdita di peso».

La 'Banda Bassotti'. Come ridurre il rischio di ictus e di infarti? Per intenderci, possiamo pensare alla sindrome metabolica come a una sorta di Banda Bassotti, una associazione a delinquere fra singole condizioni di rischio. Tutti i libri polizieschi ci insegnano che per sgominare una banda organizzata (la sindrome metabolica) la cosa migliore è seguirne i componenti e cercare di arrestare i capi. I 'capi' nella sindrome metabolica sono due: il grasso addominale e l'iperglicemia. Il primo obiettivo è riportare sotto controllo il diabete. «Se riporto in equilibrio la glicemia», spiega Giaccari, «oltre a togliere di mezzo uno dei più gravi fattori di rischio in sé (e a ridurre la probabilità di complicanze) ottengo effetti importanti su tutti gli altri parametri».

Ma subito dopo bisogna intervenire anche sugli altri parametri se non sono rientrati.

Quasi tutte le misure consigliate per il diabete hanno effetti diretti sugli altri parametri della sindrome metabolica. L'esercizio fisico, una alimentazione sana e moderata ma anche farmaci come la metformina (un farmaco che proprio in questi mesi compie i 50 anni dalla sua 'scoperta' e che è tuttora considerato tra i migliori per diminuire l'insulino resistenza) e i glitazoni, che trasformano il grasso addominale 'cattivo' in grasso sottocutaneo 'buono'.

L'estetica non ci guadagna e la bilancia sembra dare cattive notizie ma il rischio di infarto e ictus diminuisce, e questo è quello che conta.

«Un intervento sullo stile di vita è in grado di riportare verso la normalità trigliceridi elevati, basso colesterolo HDL, ipertensione, iperglicemie e obesità viscerale» aggiunge Forlani, marchigiano di origine ma residente da tempo a Bologna dove si è laureato e specializzato.

«Spesso però è necessario ricorrere anche alla terapia farmacologica. I trigliceridi si riducono se si modera l'apporto di grassi, di alcol e di zuccheri semplici e se si abbandona la sedentarietà. Esistono farmaci che possono dare un aiuto decisivo, in particolare i fibrati, le statine

e gli acidi grassi omega-3. Per elevare significativamente bassi livelli di colesterolo HDL una medicina sicuramente efficace è l'attività fisica e, anche se non esiste al momento un farmaco specifico, le statine e i fibrati in qualche misura esplicano un effetto positivo. Per portare la pressione all'ambizioso obiettivo di 130 di massima e 80 di minima, consigliato alle persone con diabete, oltre a una alimentazione povera di sale e a una attività fisica regolare, è spesso necessario ricorrere a farmaci e in particolare agli ace-inibitori e sartanici. Infine è importante per un paziente con un alto rischio di eventi cardiovascolari una terapia antiaggregante piastrinica, la classica aspirina a basso dosaggio».

Troppe pillole? Parliamone! Sommando una terapia all'altra, succede che una persona con diabete e sindrome metabolica debba prendere ogni giorno una mezza dozzina o una decina di pillole. «Si tratta di farmaci ben sopportabili e privi di effetti collaterali seri se usati in modo appropriato; in generale non succede nulla di grave se per un giorno ci si dimentica di assumere il farmaco per la pressione o per il colesterolo, ma è importante seguire la terapia con regolarità», ricorda il diabetologo di Bologna, «perché la prevenzione del danno cardiovascolare si basa sulla assunzione continuativa dei farmaci nel corso degli anni. Si tratta certamente di una routine un po' noiosa ed è difficile rassegnarsi a seguirla per tutta la vita pur in assenza di sintomi».

Forlani sa bene che, se la persona con diabete e il suo medico non si parlano con chiarezza, è molto probabile che il paziente finirà prima o poi per non rispettare la terapia, si autoridurrà il dosaggio o smetterà di assumere uno o più dei farmaci prescritti.

«Bisogna quindi creare un clima di ascolto e fiducia. Al medico il compito di spiegare il problema, in altre parole quali sono i vantaggi e gli svantaggi di fare o non fare una certa terapia, quale è l'obiettivo da raggiungere con quel farmaco e perché quell'obiettivo è importante. Il paziente deve invece confidarsi con il medico e riferire tutte le proprie perplessità e le difficoltà che incontra nel seguire la terapia».