



Il Focus di questo numero di Glunews dà l'avvio ad una serie di approfondimenti in cui verranno affrontati nella maniera più chiara possibile, argomenti tanto temuti, quanto misconosciuti, da chi soffre di diabete: le complicanze croniche.

Semplicemente per fare un accenno e per chiarire le idee, le complicanze a lungo termine del diabete possono essere schematicamente suddivise in complicanze microvascolari (dei piccoli vasi arteriosi) come la retinopatia, la nefropatia e la neuropatia e macrovascolari (dei grossi vasi arteriosi) che provocano un aumentato rischio di patologie vascolari cerebrali, cardiache e agli arti inferiori. Mentre le prime sono una causa importante di invalidità (cecità ed insufficienza renale, ma anche molti altri disturbi legati alla neuropatia), le complicanze macrovascolari (tema del presente Focus), rappresentano la prima causa di mortalità nel paziente con diabete.

Ma, che cosa sono e quanto incidono sulla salute queste malattie cardiovascolari? Facciamo un esempio per chiarirci le idee: chi ha il diabete ha un rischio di avere un infarto o un ictus cerebrale da 2 a 4 volte superiore rispetto a chi non ce l'ha e il rischio è praticamente sovrapponibile a quello di un paziente non diabetico che però ha già avuto una di queste malattie. In altre parole, avere il diabete è quasi come aver già avuto un infarto, con tutti i rischi

che questo comporta. Con una sostanziale differenza; chi ha già avuto un infarto, ad esempio, ricorda bene cosa ha passato (dolore incontrollabile, ricovero immediato, manovre mediche o chirurgiche per liberare le arterie occluse, panico in tutta la famiglia, lavoro) e, per questo, farà di tutto per evitare di riaverlo.

È spaventato, ha molti motivi per mettere veramente in atto tutte le raccomandazioni imposte dal medico.

Chi ha il diabete ha spesso (direi per fortuna) una malattia senza sintomi, soprattutto se ben curata; e questo porta a sottovalutare i consigli e le raccomandazioni del medico che non fanno altro che aggiungersi alle mille raccomandazioni già ricevute.

Il comportamento è dunque sostanzialmente diverso; eppure il rischio di infarto è praticamente identico.

Diabete e malattie cardiovascolari sono quindi strettamente associati, tanto che potremmo dire che esse sono due facce di una stessa medaglia, due aspetti della stessa malattia.

Come fare quindi per prevenire queste complicanze, e le malattie cardiovascolari in generale?

Le complicanze croniche del diabete possono essere prevenute o se ne può rallentare la progressione attraverso uno stretto controllo di tutti i fattori di rischio correlati. Numerosi sono ormai le evidenze scientifiche che ci dicono, senza ombra di dubbio, che un buon controllo metabolico (e quindi della glicemia) è indispensabile per prevenire l'insorgenza di complicanze.

Cerchiamo ora di capire cosa si intende per "buon controllo metabolico".

Tutti voi che ci leggete saprete (o almeno tutti voi dovrete sapere!) che i livelli medi di glicemia possono essere valutati mediante la misurazione dell'emoglobina glicosilata (che spesso trovate indicata con la sigla HbA1c) che esprime la media dei valori della glicemia degli ultimi 2-3 mesi. L'emoglobina è una sostanza che serve a trasportare l'ossigeno nel sangue, è normalmente contenuta nei globuli rossi (se avete fatto un'analisi che si chiama emocromo la troverete anche lì dentro, ma non c'entra nulla col diabete) e normalmente circola nel sangue per circa due mesi, poi viene "cambiata". In generale le complicanze del diabete si sviluppano perché la glicemia alta fa sì che il troppo glucosio si "attacchi" a tutte le molecole del nostro corpo, alterandone la struttura.

Anche all'emoglobina: dunque, poiché l'emoglobina dura due mesi, se la glicemia dei due mesi precedenti è stata alta troveremo alta l'emoglobina glicosilata.

Ormai tutte le ricerche cliniche hanno stabilito che per evitare le complicanze croniche l'emoglobina glicosilata (HbA1c) deve essere inferiore al 7%. Tutti i diabetologi pongono sempre come obiettivo per i loro pazienti affetti da diabete questo valore, che deve essere mantenuto sempre al di sotto del 7% per poter parlare di "buon controllo metabolico".

Attenzione però, non esiste solo l'Emoglobina glicosilata! Se è vero, come è stato dimostrato negli studi che abbiamo accennato in precedenza, che la riduzione dell'emoglobina glicosilata si associa ad una riduzione del rischio di complicanze, questa relazione è più marcata per gli eventi microvascolari, come a dire che per l'infarto e per l'ictus esiste qualcosa in più della emoglobina glicosilata (che comunque rimane un indicatore importantissimo). Alcuni scienziati ritengono che questo "qualcosa in più" possa essere l'oscillazione della glicemia nel corso della giornata, anche chiamata "variabilità glicemica".

Cerchiamo di spiegarne il significato in termini più semplici. Facciamo l'esempio di un paziente che fa insulina e che, misurandosi la glicemia con il glucometro durante la giornata, ha i seguenti valori: al risveglio 70, dopo pranzo 200, prima di cena 80, dopo cena 210. Alla fine di questa giornata tipo la sua glicemia media è 140 (che corrisponderebbe ad un discreto valore di emoglobina glicosilata, 6,8%); un altro paziente ha invece i seguenti valori: al risveglio 100,

dopo pranzo 170, prima di cena 110, dopo cena 180; anche per questo paziente la glicemia media è di 140, l'emoglobina glicosilata di 6,8% ma la sua variabilità glicemica è di gran lunga inferiore.

La variabilità glicemica è dunque la variazione della glicemia dai valori più bassi a quelli più alti, e l'ampiezza di questa variazione sembra essere associata ad un aumento del rischio di malattie cardiovascolari. Ed è per questo che spesso i diabetologi chiedono ai loro pazienti di misurare, almeno per brevi periodi, la glicemia durante la vita di tutti i giorni, tante volte durante il giorno: per valutare la variabilità glicemica ed eventualmente modificare la terapia per ridurla.

Abbiamo detto che le complicanze croniche del diabete si possono prevenire o, per chi già ne è affetto, fermarne la progressione, attraverso il buon controllo metabolico. Almeno per le complicanze più specifiche del diabete, quelle che sopra abbiamo chiamato macrovascolari.

Meno certo era l'effetto del buon controllo metabolico sul rischio di complicanze macrovascolari, anche perché alla loro insorgenza concorrono molte cause, come la pressione alta o il colesterolo. Anzi, i primi dati sembravano dimostrare che, in fondo, l'effetto della glicemia sul rischio di queste complicanze fosse sostanzialmente nullo.

Ormai 25 anni fa un gruppo di ricercatori inglesi aveva cercato di dimostrare questo effetto del controllo della glicemia, confrontando anche diverse terapie, per vedere se il buon controllo metabolico fosse in grado di prevenirne l'insorgenza. Dopo 15 anni di controlli i risultati dimostrarono che il controllo "intensivo" della glicemia era in grado di prevenire le complicanze macrovascolari, ma senza alcun effetto su quelle microvascolari (tranne che per i pazienti che assumevano metformina: è per questo che da allora la metformina viene prescritta a tutti i pazienti).

Al termine dello studio, per ovvi motivi etici, tutti i pazienti vennero trattati in modo intensivo, con risultati sul controllo sostanzialmente identici. Dopo altri 10 anni gli stessi ricercatori hanno studiato gli stessi pazienti, per capire cosa fosse loro successo.

Ebbene, i pazienti con diabete che raggiungevano precocemente l'obiettivo di emoglobina glicata (inferiore al 7%), indipendentemente dal tipo di terapia con cui lo avevano raggiunto, risultarono protetti nei confronti delle malattie cardiovascolari. In altre parole, chi era stato in buon controllo metabolico fin dalla diagnosi era stato "premiato" con un minore rischio cardiovascolare, come a dire che esiste una "memoria metabolica" che premia chi è stato "bravo" all'inizio.

Ma il diabete e le malattie cardiovascolari non sono legati solo alle alterazioni della glicemia; esistono altri fattori di rischio importanti che dobbiamo conoscere, controllare ed eventualmente trattare. Tra questi i più importanti sono il colesterolo e la pressione arteriosa.

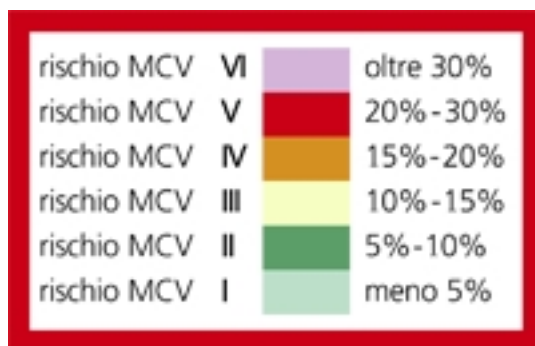
In allegato a questo Focus potrete trovare le "Carte del rischio cardiovascolare" del "Progetto cuore" che, come potrete vedere, sono delle schede che hanno lo scopo di valutare la probabilità di andare incontro ad un evento cardiovascolare (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Utilizzare la carta del rischio è piuttosto semplice (vi suggeriamo comunque di farvi aiutare e consigliare dal vostro medico curante), basta identificare la carta corrispondente al sesso e allo stato di diabete (uomo diabetico, uomo non diabetico, donna diabetica, donna non diabetica) e per ognuna di queste le carte sono suddivise per fumatori e non fumatori. A questo punto identificate il decennio di età e posizionatevi nella casella in cui ricadono i vostri valori di colesterolo e pressione arteriosa e otterrete un colore a cui corrisponde un numero percentuale di rischio.

Il rischio cardiovascolare è espresso in sei categorie di rischio MCV: la categoria di rischio indica quante persone su 100 con quelle caratteristiche avranno una malattia cardiovascolare nei 10 anni successivi.

Facciamo un esempio: Antonio ha 50 anni, è diabetico, è un fumatore, ha un valore di colesterolo totale di 220 mg/dl e una pressione sistolica ("la massima") di 160. Il colore ottenuto incrociando tutti questi dati è il rosso che come potete vedere qui sotto corrisponde ad un rischio cardiovascolare del 20-30%. Dette in parole semplici Antonio ha un rischio del 20-30% di avere un evento cardiovascolare (come un infarto o un ictus) nei prossimi 10 anni.

Livello di Rischio a 10 Anni



| | | |
|-------------|-----|-----------|
| rischio MCV | VI | oltre 30% |
| rischio MCV | V | 20%-30% |
| rischio MCV | IV | 15%-20% |
| rischio MCV | III | 10%-15% |
| rischio MCV | II | 5%-10% |
| rischio MCV | I | meno 5% |

In sostanza le carte del rischio cardiovascolare riassumono in maniera piuttosto semplice, a nostro parere efficace, ciò che abbiamo detto finora ossia:

- **Essere affetti da diabete aumenta di per sé il rischio cardiovascolare**
- **L'ipercolesterolemia e l'ipertensione arteriosa sono importanti fattori di rischio**
- **Il fumo aumenta in maniera importante il rischio cardiovascolare.**

Per chi ha il diabete, le malattie cardiovascolari sono la causa più importante di morte e di invalidità. Primo obiettivo del medico (ma soprattutto vostro) è prevenirle, ed è dunque importantissimo conoscere e riconoscere tutti i fattori di rischio al fine di trattarli in maniera precoce ed intensiva. Si tratta di malattie multifattoriali, cioè determinate dalla presenza e coesistenza di più fattori di rischio che vanno combattuti sinergicamente.

Non serve a niente avere una ottima emoglobina glicosilata se si ha 300 di colesterolo o una

Le Malattie Cardiovascolari

Scritto da Andrea Giaccari

pressione arteriosa non controllata. Così come il diabete, anche la pressione ed il colesterolo alti possono essere considerate malattie croniche. Così come non ci sogneremmo mai di sospendere l'insulina quando vediamo che i nostri valori di glicemia sono buoni, allo stesso modo non dobbiamo sospendere il farmaco per il colesterolo o per la pressione quando i valori sono rientrati nella norma.