

PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI NEI DIABETICI

Un rapporto dell'American Heart Association
e dell'American Diabetes Association



Il diabete mellito (DM) è caratterizzato non soltanto da alterazioni del metabolismo glicidico, ma anche da frequenti complicazioni cardiovascolari. È noto, infatti, che il DM si associa a precoce obitus per cause cardiovascolari, quali coronariopatie, arteriopatie periferiche, cardiomiopatie e insufficienza cardiaca congestizia. Negli ultimi anni l'American Heart Association (AHA) e l'American Diabetes Association (ADA) hanno

pubblicato linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nei diabetici e recentemente hanno pubblicato unitamente un aggiornamento di queste linee guida, tenendo presenti le aree in cui i consigli delle due associazioni presentano alcune differenze (**Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, et al. Primary prevention of cardiovascular disease in people with diabetes mellitus. A scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. Circulation 2007; 115: 114.**)

L'AHA e l'ADA rilevano che recenti studi clinici controllati hanno mostrato che nei diabetici il trattamento di iperlipemia, ipertensione e condizioni di ipercoagulabilità e, inoltre, misure di chirurgia cardiaca e di cardiologia interventiva in corso di sindrome coronariche acute, hanno consentito di prolungare la sopravvivenza in assenza di eventi cardiovascolari. Tuttavia minore attenzione è stata rivolta alla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari nei diabetici che non presentano ancora queste malattie, anche se è noto che questi pazienti sono a rischio di infarto miocardico e di ictus cerebrovascolare doppio rispetto alla popolazione generale (**Fox CS, Coady S, Sorlie PD, et al. Trends in cardiovascular complications of diabetes. JAMA 2002; 292: 2495.**)

L'AHA e l'ADA hanno sintetizzato il loro rapporto in alcuni consigli che, sottolineano, sono validi anche per i soggetti non diabetici, ma anche, a motivo del loro più alto rischio, sono particolarmente diretti ai diabetici.

Interventi sulle abitudini di vita

1) Controllo del peso corporeo attraverso riduzione dell'apporto alimentare di lipidi (<30%) e dell'assunzione alimentare totale, con attività fisica regolare; queste misure consentono di ridurre il peso corporeo del 5-7%, unitamente a riduzione della pressione arteriosa (vedi in seguito). Nei pazienti con ipertrigliceridemia e diminuzione della colesterolemia HDL (HDL-C) possono essere utili un migliorato controllo della glicemia, una moderata riduzione del peso con restrizione dei grassi

saturi, un incremento dell'attività fisica e una moderata sostituzione dei carboidrati della dieta con grassi monoinsaturi o polinsaturi.

2) Terapia nutrizionale. È necessario ottenere una riduzione del colesterolo LDL (LDL-C) mantenendo a meno 7% l'apporto dei grassi saturi, di colesterolo a <200 mg pro die e assumendo acidi grassi *trans*-insaturi a <1% dell'apporto energetico totale; quest'ultimo va regolato per ottenere la riduzione del peso. L'apporto totale di grassi deve rappresentare dal 25 al 35% dell'apporto calorico totale e deve consistere principalmente in grassi mono- o polinsaturi (vedi sopra). È consigliato, inoltre, un "ampio" apporto di fibre (≥ 14 g per 1000 calorie al giorno).

Per quanto concerne l'apporto di alcolici l'AHA e l'ADA ne consigliano un uso moderato, specialmente dei superalcolici.

Sia negli ipertesi che nei normotesi per ridurre la pressione è utile ridurre l'apporto di sodio a 1200-2300 g al giorno (3000-4000 g di NaCl).

3) Attività fisica. Per migliorare l'equilibrio glicemico, controllare il peso corporeo e ridurre il rischio cardiovascolare sono consigliati almeno 150 minuti di attività fisica aerobica oppure almeno 90 minuti di esercizio fisico aerobico "vigoroso" alla settimana, distribuiti almeno per 3 giorni alla settimana con non più di 2 giorni consecutivi. Per mantenere a lungo una consistente riduzione di peso sono consigliate 7 ore di esercizio fisico da moderato a vigoroso alla settimana.

Controllo della pressione arteriosa

I pazienti con DM dovrebbero mantenere la pressione sistolica a <130 mmHg e la pressione diastolica a <80 mmHg. I soggetti con pressione sistolica tra 130 e 139 mmHg e pressione diastolica tra 80 e 89 mmHg ("preipertensione") debbono iniziare un trattamento per modificare le abitudini di vita (vedi sopra) per almeno tre mesi; se dopo questo periodo non si ottiene modificazione della pressione, si deve iniziare un trattamento farmacologico.

Nei pazienti con ipertensione ($\geq 140/90$), oltre al controllo delle abitudini di vita, si deve iniziare un trattamento farmacologico che deve comprendere un ACE-inibitore e un bloccante il recettore per l'angiotensina (ARB). Altri farmaci, come beta-bloccanti, calcio-antagonisti e diuretici, possono essere aggiunti secondo necessità. Se si usano ACE-I, ARB e diuretici è necessario controllare la potassiemia e la funzione renale entro i primi tre mesi di terapia. Se i livelli pressori si stabilizzano, questi controlli possono essere eseguiti ogni 6 mesi. Nei diabetici ipertesi anziani la pressione arteriosa va ridotta gradualmente per evitare complicanze. La misura della pressione in ortostatismo va eseguita quando indicato.

Controllo dell'equilibrio lipidico

Negli adulti la lipidemia dovrebbe essere misurata almeno un volta l'anno, ma più frequentemente quando si debbano raggiungere determinati obiettivi; negli adulti di età inferiore ai 40 anni e a basso rischio la misura della lipidemia può essere ripetuta ogni due anni. Per "basso rischio" l'AHA e l'ADA intendono valori di colesterolo LDL <100 mg/dL, di colesterolo HDL >50 mg/dL e di trigliceridi <150 mg/dL.

In tutti i diabetici hanno essenziale importanza le modificazioni delle abitudini di vita, con particolare riguardo all'apporto di colesterolo e di grassi saturi e del peso corporeo (qualora indicato) unitamente all'aumento dell'apporto di fibre e all'attività fisica.

Nei diabetici di età superiore ai 40 anni e senza cardiopatie clinicamente conclamate, ma con uno o più fattori di rischio, l'obiettivo principale è un livello di LDL-C <150 mg/dL; in queste evenienze possono essere usati farmaci che riducono questo livello. In questi soggetti i più importanti fattori di rischio sono il fumo di tabacco, l'ipertensione ($\geq 140/90$ mmHg) o l'uso di farmaci antipertensivi, un livello di HDL-C <40 mg/dL e un'anamnesi familiare di precoci malattie cardiovascolari (≤ 55 anni negli uomini e ≤ 65 anni nelle donne).

Nei diabetici di età inferiore ai 40 anni e senza malattie cardiovascolari clinicamente conclamate, ma a rischio cardiovascolare, deve essere preso in considerazione un trattamento ipolipemizzante qualora siano prive di effetto le modificazioni delle abitudini di vita.

L'AHA e l'ADA consigliano differenti approcci di fronte al rischio cardiovascolare associato a basso HDL-C e aumento di trigliceridi. L'AHA ritiene che un obiettivo secondario nei soggetti con trigliceridemia tra 200 e 490 mg/dL sia costituito da una colesterolemia "non HDL-C" (cioè colesterolemia totale meno HDL-C) del ≤ 130 mg/dL; se la trigliceridemia è ≥ 500 mg/dL è consigliato di un trattamento con fibrati o niacina, prima di trattamento diretto a ridurre il livello di LDL-C e dei trigliceridi; inoltre, se possibile, si deve raggiungere un livello di ≤ 130 mg/dL di "non HDL-C". L'ADA consiglia di aumentare il livello di HDL-C a >40 mg/dL negli uomini e a >50 mg/dL nelle donne. AHA e ADA concordano nel ritenere necessario raggiungere questi obiettivi ricorrendo a statine, fibrati e niacina. Peraltro si sottolinea che i risultati in questo campo non sono stati valutati in studi clinici controllati sul decorso di queste condizioni, sia per quanto riguarda l'efficacia che l'innocuità.

Controllo del fumo di tabacco

AHA e ADA concordano nel ritenere che a tutti i diabetici debba essere sconsigliato il fumo di tabacco qualunque sia il tipo di tabacco usato; a questo fine è necessario controllare la volontà di sospendere il fumo di ciascun soggetto; in questa evenienza i diabetici debbono essere assistiti, anche organizzando programmi di de-suefazione.

Terapia anti-piastrinica

L'aspirina, alle dosi da 75 a 172 mg pro, die dovrebbe essere consigliata nella prevenzione primaria dei diabetici a rischio cardiovascolare e soprattutto in quel-

li oltre i 40 anni con anamnesi familiare di malattie cardiovascolari, ipertensione, fumo di tabacco, dislipidemia e albuminuria. I soggetti con allergia ad aspirina, o tendenza alle emorragie, o in terapia anticoagulante, o con recenti emorragie digestive o con epatopatie clinicamente conclamate non possono essere trattati con aspirina; in questi casi si ricorre ad altri farmaci anti-piastrinici. Inoltre l'aspirina non può essere usata in soggetti di età inferiore a 21 anni per il pericolo della sindrome di Reye. AHA e ADA riferiscono che su questo argomento non vi sono studi su soggetti di età tra 21 e 30 anni.

Metabolismo glicidico

AHA e ADA concordano nel ritenere che l'obiettivo da raggiungere è un livello di emoglobina glicata (A_{1c}) inferiore al 7%, senza provocare ipoglicemia.

Diabete mellito tipo 1 (DM1)

AHA e ADA concordano nel ritenere che le misure consigliate per il DM2 siano adeguate anche ai diabetici con DM1.

Quasi contemporaneamente a questo rapporto dell'AHA e dell'ADA, il Framingham Heart Study ha pubblicato uno studio che ha dimostrato che la percentuale di malattie cardiovascolari attribuibili al diabete è aumentata negli ultimi 50 anni, nonostante la marcata riduzione della morbilità e della mortalità cardiovascolare osservata in questo periodo negli Stati Uniti. A questo riguardo è stato rilevato che l'aumento della prevalenza del diabete verificatosi negli ultimi anni ha "minacciato" di rallentare la diminuzione complessiva delle malattie cardiovascolari, tenendo presente che l'aumentato rischio cardiovascolare associato al diabete è rimasto costante nel tempo. Questi dati del Framingham Heart Study rimarcano la necessità di accentuare gli sforzi per prevenire il diabete e inoltre di trattare "aggressivamente" e controllare i fattori di rischio cardiovascolare presenti nei diabetici (Fox CS, Coady S, Sorlie PD, et al. **Increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus. The Framingham Heart Study. Circulation 2007; 115: 1544**).

