

Piccoli diabetici crescono (di numero)

Sia il tipo 1 che il tipo 2 della malattia sono in aumento. Il primo forse per troppa igiene, il secondo per abitudini alimentari sbagliate



Servizio di ADRIANA BAZZI a pagina 37

Allarme dagli Usa Si espande tra i giovani la patologia di tipo 2, legata all'obesità

Il diabete dell'adulto ora è una malattia pediatrica

Anche il tipo 1, d'origine autoimmune, è in aumento

Dal 2001 al 2009 il diabete di tipo 2, fra i ragazzi americani, è cresciuto del 21 per cento, quello di tipo 1 del 23 per cento

Trend

Oggi il 36% dei bambini italiani di otto anni è quantomeno in sovrappeso

Rischio

Già nell'utero materno si può acquisire una predisposizione alla malattia

Il congresso

I nuovi scenari indicati dall'American diabetes association

DAL NOSTRO INVIATO A PHILADELPHIA

Piccoli diabetici crescono. Se fino a qualche anno fa si ammalavano quasi sempre di diabete di tipo 1 (quello che si cura solo con l'insulina), oggi i giovani sono sempre

più colpiti anche dal diabete di tipo 2, una volta chiamato "dell'adulto".

Il fenomeno è in aumento negli Stati Uniti e non ha ancora contagiato l'Italia, ma se è vero, come spesso accade, che l'America anticipa le tendenze in campo medico-sanitario, dovremo cominciare a preoccuparci.

«Dal 2001 al 2009 la prevalenza del diabete di tipo 2 — ha precisato Giuseppina Imperatore, dei Centers for diseases control di Atlanta, all'Ada, il congresso dell'American diabetes association che si è tenuto a Philadelphia — è aumentata del 21 per cento fra i giovani americani sotto i 20 anni, sia maschi che femmine, con qual-

che differenza fra i diversi gruppi etnici (è più elevata fra gli indiani americani e fra i neri non ispanici). Attualmente si contano da noi circa 19 mila casi di malattia: sono dati che emergono dalla prima ricerca condotta negli Stati Uniti sul diabete nell'età giovanile. Anche il tipo 1 è

in espansione: nello stesso periodo è aumentato del 23 per cento. In tutto il mondo il tasso di crescita del diabete 1 nei giovani è del 3 per cento l'anno».

Individuare le cause della nuova epidemiologia del diabete è facile nel primo caso, è più difficile nel secondo.



Uno dei fattori di rischio cruciali per diabete di tipo 2 è l'obesità: questa condizione comporta una ridotta sensibilità delle cellule all'insulina e, quindi, un aumento della glicemia nel sangue. Si capisce, allora, come mai la malattia si stia diffondendo fra i giovani, sempre più obesi e in sovrappeso non solo negli Stati Uniti, ma anche in Italia: basti pensare che il 36 per cento dei bambini italiani di otto anni è obeso o in sovrappeso, un record in Europa. Non solo: la predisposizione può essere acquisita già nel l'utero materno. Dice Dana Dabelea, pediatra all'University of Colorado: «Nascere da una madre obesa o diabetica aumenta la probabilità di sviluppare precocemente la malattia».

Per spiegare, invece, l'aumento del tipo 1, che non è legato allo stile di vita come il tipo 2, ma ha un'origine autoimmune (il sistema immunitario, cioè, aggredisce le cellule del pancreas che producono insulina e le distrugge), i ricercatori avanzano alcune ipotesi.

Una teoria è che i bambini, nella nostra società contemporanea, sono meno esposti a virus e batteri che stimolano il sistema immunitario a difendersi e quindi a maturare, così il sistema immunitario «rimane senza lavoro» e finisce per produrre anticorpi contro l'organismo stesso.

Secondo un'altra ipotesi, oggi i bambini crescono più rapidamente e acquisiscono peso più in fretta rispetto al passato: tutto questo comporta un'eccessiva stimolazione delle cellule beta del pancreas che diventano, quindi, più vulnerabili all'attacco del sistema immunitario. Altri ricercatori, infine, stanno cercando di capire se il tipo di alimenti che vengono via via introdotti durante lo svezzamento può avere qualche influenza. Chiarire i meccanismi di malattia significa anche trovare nuovi sistemi di prevenzione per il tipo 1; per il 2 i metodi si conoscono bene: dieta, esercizio fisico e riduzione delle ore trascorse davanti alla televisione (chi la guarda più

di tre ore al giorno ha un minor controllo della glicemia).

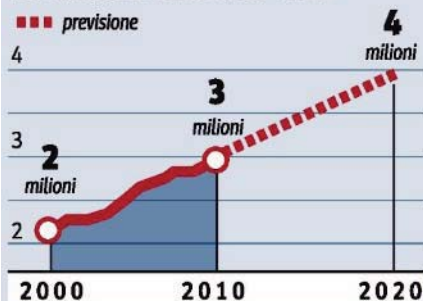
E veniamo al trattamento. Quello per il tipo 1 è codificato: semmai si può discutere di tipi di insulina, di schemi e di modalità di trattamento. Per il tipo 2, invece, la terapia con ipoglicemizzanti orali è ancora da mettere a punto (per ora è approvata solo la metformina e i nuovi farmaci non sono ancora stati sperimentati in queste fasce di età) e dovrebbe tenere conto del diverso tipo di complicanze cui può andare incontro un bambino con diabete 2 rispetto all'1. I primi studi dicono che nel tipo 2 dei giovani c'è una maggiore presenza di proteine nelle urine rispetto all'1, il che fa ipotizzare un maggior rischio di complicanze renali. E sempre nel 2, già all'esordio della malattia, si possono evidenziare segnali di danni ai nervi, in particolare a quelli del sistema nervoso del cuore, che potrebbero portare a malattie cardiovascolari.

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cifre

Andamento della prevalenza del diabete in Italia 2000-2010*



I malati di diabete di tipo 1 e 2 nel mondo



Fonte: *Associazione Medici Diabetologi

Diabete di tipo 1

Si manifesta quando il sistema immunitario dell'organismo attacca le cellule beta del pancreas che producono insulina. Di solito riguarda bambini e giovani e richiede la terapia con insulina

Diabete di tipo 2

Rappresenta il 90% dei casi di diabete. L'organismo non riesce a produrre insulina in quantità sufficiente o le cellule diventano resistenti all'ormone. Il risultato è un aumento del glucosio nel sangue (glicemia)

LE COMPLICANZE DEL DIABETE

- Ictus**
rischio più che doppio del normale con diabete di tipo 2
- Vista**
i danni ai vasi della retina possono portare fino alla cecità
- Malattie cardiovascolari**
rischio 2-6 volte maggiore
- Sistema nervoso**
il danno ai nervi può comportare perdita di sensibilità, con comparsa di ulcere e ferite ai piedi. **Nei giovani altera il ritmo del cuore**
- Insufficienza renale**
è una delle complicanze più frequenti del diabete di tipo 2, **soprattutto nei giovani**

D'ARCO

La polemica

Il business dei controlli post marketing

Il *British Medical Journal* si è posto una domanda in merito agli studi post marketing (cioè condotti dopo la commercializzazione) su certi **farmaci** (fra cui insuline e anti-infiammatori non steroidei): «questione di scienza o di business?».

La risposta l'ha data, sulle pagine della rivista, Edwin Gale, un professore inglese (emerito) della Bristol University: la maggior parte degli studi sulle insuline, condotti nei Paesi a medio o basso reddito, hanno un valore scientifico limitato e finiscono soltanto per promuovere l'uso dei preparati più costosi, con effetti disastrosi sulla spesa sanitaria. Non tutte le compagnie, però, si comportano allo stesso modo. Complessivamente, gli studi sugli analoghi dell'insulina hanno coinvolto all'incirca 400 mila partecipanti in tutto il mondo, ma ben 360 mila sono stati reclutati da una sola azienda.

Terapia

Rene sorvegliato speciale

Il rene è un «sorvegliato speciale» nel diabete. Non solo perché è un organo bersaglio delle complicanze della malattia, ma anche perché sta diventando un bersaglio della terapia.

Il 65 per cento dei pazienti con diabete di tipo 2 è a rischio di declino della funzionalità renale e questo, oltre a portare all'insufficienza dell'organo e a un'augmentata probabilità di andare incontro a danni cardiovascolari, può limitare l'uso di quei **farmaci** antidiabetici che vengono eliminati con le urine.

«Un marcatore precoce di danno renale e di rischio cardiovascolare è la microalbuminuria (eliminazione di albumina da parte del rene) — precisa Stefano Del Prato, Presidente della Società italiana di diabetologia —. Certi nuovi antidiabetici come il linagliptin (che migliora la secrezione di insulina da parte del pancreas) non solo abbassano la glicemia, ma riducono anche la microalbuminuria e il rischio cardiovascolare».

Sul versante della terapia è in fase di sperimentazione una nuova classe di **farmaci**, capostipite l'empagliflozin, che abbassano la glicemia in quanto favoriscono l'eliminazione del glucosio da parte del rene. «Non solo, — ha aggiunto Bernard Zinman dell'University of Toronto — riducono anche il peso corporeo». Con un inconveniente: il rischio di infezioni da funghi dell'apparato genitale.

Differenze I parametri metabolici controllati meno di quanto si faccia negli uomini Le donne hanno più complicanze

La donna che soffre di diabete ha una probabilità di incorrere

in un infarto 3-5 volte maggiore rispetto all'uomo diabetico

Soltanto l'1 per cento delle donne ha una misura di girovita inferiore agli 80 centimetri, cioè sotto la soglia di pericolo per le conseguenze cardiovascolari

Hanno pari opportunità di fronte alle cure, ma non riescono a controllare bene la malattia e hanno più complicanze cardiovascolari rispetto agli uomini: il diabete di tipo 2 discrimina le donne. Secondo dati Istat del 2011, in Italia le donne con diabete sono 1,5 milioni, più o meno come gli uomini, ma rispetto a loro, le connazionali sono meno giovani (il 30 per cento ha un'età superiore ai 75 anni contro il 20 per cento degli uomini) e convivono con la malattia da più tempo, 11 anni rispetto ai 10 dell'uomo. E quanto emerge dal Rapporto sulle differenze di genere nel diabete, redatto dal Gruppo donna dell'Associazione medici diabetologi e fanno riferimento ai pazienti seguiti in oltre 230 servizi di diabetologia (un terzo di quelli italiani) su tutto il territorio nazionale. «Il controllo metabolico della malattia nelle donne — spiega Valeria Manicardi, consigliere del Gruppo donna dell'Associazione medici diabetologi (Amd) — non è accurato nel 58 per cento dei casi, rispetto al 54 per cento degli uomini, e questo vuole dire che l'HbA1c (emoglobina glicosilata, parametro che valuta se la glicemia è sotto controllo) risulta superiore al 7 per cento. Anche colesterolo Ldl e pressione risultano più elevati».

È evidente che questo minor controllo aumenta il rischio di andare incontro alle complicanze della malattia. «Una donna con diabete ha una probabilità di infarto 3-5 volte

maggiore rispetto all'uomo diabetico — spiega Valeria Manicardi — e un rischio di malattie cardiache e disturbi della circolazione di tre volte superiore rispetto a una donna non diabetica di pari età e peso, mentre per l'uomo con diabete questi rischi aumentano "solo" di due volte».

Altri fattori che penalizzano le donne sono il sovrappeso e l'obesità, condizioni che non aiutano nella prevenzione delle complicanze. Il loro indice di massa corporea medio si aggira attorno a 30 contro il

29 degli uomini.

Tutti questi dati sono confermati anche da un altro studio chiamato Riace (*Renal insufficiency and cardiovascular events italian multicenter study*) presentato recentemente al Congresso della Società italiana di diabetologia (Sid).

«È sul girovita che si registrano le differenze più evidenti — aggiunge Stefano Del Prato, presidente della Sid —. Il 20 per cento dei diabetici maschi riesce a mantenere la circonferenza addominale al di sotto della prima soglia di rischio che è pari a 94 centimetri (il limite massimo è 102, oltre il quale il rischio aumenta a dismisura), mentre solo l'1 per cento delle donne ha un girovita inferiore a 80 (è cioè sotto la soglia di pericolo). Tutto questo indica che le diabetiche sono molto più distanti dall'obiettivo di controllo delle conseguenze cardiovascolari della malattia e sono più fragili e difficili da gestire».

Le donne hanno invece la meglio quando si parla di fumo, implicato nel danno ai piccoli vasi sanguigni e, quindi, nelle complicanze microvascolari: solo una su dieci ha questa abitudine, mentre fuma un uomo su cinque. Le donne, però, sono curate come gli uomini anche se fanno qualche esame del sangue in meno (per il colesterolo e trigliceridi, ad esempio, sempre secondo i dati del Gruppo donna).

Come spiegare allora il gap? «È possibile che questo possa dipendere da una diversa risposta di genere ai farmaci — spiega Titti Suraci, consigliere del Gruppo donna Amd —. Ci possono anche essere differenze biologiche nello sviluppo della malattia e delle sue complicanze. Non sembra invece da attribuire a una scarsa aderenza alla cura: le donne, di solito, sono attente a seguire le prescrizioni del medico».

Non è dello stesso parere Giuseppe Pugliese, coordinatore dello studio Riace che puntualizza: «Le donne hanno un ruolo sociale molto impegnativo e questo potrebbe far sì che le terapie, prescritte adeguatamente, non siano seguite accuratamente».

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

