

LE MALATTIE DELLE DONNE
TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE

109

IL CORPO FISICO

7. CUORE DI DONNA

Perché bisogna parlare oggi di un cuore al femminile?
Come riconoscere i sintomi dell'infarto?
Che cosa raccomandare a una donna che ha avuto un infarto?
Quali sono allora i presidi di una buona prevenzione?

8. L'INTESTINO "IRRITATO"

Le donne soffrono di più di disturbi gastrointestinali?
Esiste una relazione causale tra violenza subita e disturbi gastrointestinali?
È sempre necessario sottoporsi a esami diagnostici?
Perché se una donna soffre di sindrome dell'intestino irritabile corre un maggiore rischio di essere operata?

9. DONNE CON FEGATO

Quali sono le patologie epatiche più frequenti?
Vi sono differenze tra i sessi?
Quali sono i problemi del fegato in gravidanza?

10. LA TIROIDE CHE SI AMMALA DI PIÙ È QUELLA DELLE DONNE

Perché donne e tiroide sono così legate?
Quali sono le patologie tiroidee più comuni?
Perché lo iodio è così importante?
Che cosa devono sapere le donne su trattamenti e fattori di rischio?

11. OSSA FRAGILI?

Che cos'è l'osteoporosi? Quali sono i fattori di rischio?
Perché è importante prevenirla e come si può prevenire?
Quali sono i compiti del medico di famiglia?

Perchè bisogna parlare oggi di un cuore al femminile?

Nonostante si sia sempre assimilato il cuore all'essere donna, intendendo per esso la zona fragile dei sentimenti rispetto alla zona forte del cervello e della razionalità, nella medicina ufficiale il cuore biologico è sempre stato un organo pensato al maschile.

La malattia cardiovascolare rimane, nella letteratura e nell'immaginario comune, la "malattia che rende la donna vedova": ne deriva che la donna non ritiene la malattia di cuore una sua possibile malattia.

La donna, tradizionalmente, vede e incontra come suo unico interlocutore l'ostetrico-ginecologo, come "curatore" spesso superficiale e distratto delle sue possibili problematiche, tutte focalizzate sulla triade utero/ovaio e mammelle. Accetta dai ginecologi (a partire dagli Anni '70), l'impostazione "cieca" di mantenere con gli estrogeni, in via sostitutiva, la propria giovinezza. Wilson (ginecologo americano) lanciò negli anni 1970-75 l'aforisma "*Feminine for Ever*". Viene immortalata nella copertina di "Time" una bambolona pseudogiovanone, senza una ruga che garantisce "*pelle da ventenne, mucose lubrificate, ossa di ferro, connettivo miracolosamente sostenuto, vampate refrigerate*", con il costo di un aumento iperbolico del cancro della mammella e dell'utero.

Nasce in quell'epoca la terapia ormonale sostitutiva con la "dimenticanza" della necessità di usare, nella donna non isterectomizzata, il progesterone che si oppone all'iperplasia dell'endome-

trio, con la conseguenza di una degenerazione displasica e poi neoplastica dello stesso.

In questa apoteosi ormonale cresce anche la terapia anticoncezionale che, probabilmente mal testata e sperimentata, vede, come conseguenza, i primi casi di infarto del miocardio in età fertile, accanto a una preoccupante crescita di trombosi venosa profonda e di embolia polmonare in giovani donne.

Perché tutto quello che attiene al pianeta donna è sempre stato così disatteso e sconosciuto?

Fondamentalmente perché la donna è sempre stata studiata come corollario dell'uomo e mai nella sua centralità, come l'uomo. La mancanza di studi appropriati sulle donne, come la mancata misurazione dei vasi e delle arterie femminili, più piccoli di quelle maschili, ha comportato fino a dieci anni fa, problemi nella pratica interventistica (angioplastica e *by-pass* coronarico), con tassi più elevati di insuccesso terapeutico e più elevato rischio di morte.

Non dimentichiamo l'osservazione, terribilmente vera, di Nanette Wenger, "guru" delle problematiche cardiovascolari della donna (Emory University, Atlanta, Georgia): "tutti gli studi farmacologici delle prime fasi sperimentali (fase I e II) sono stati fatti in campo cardiovascolare sui ratti maschi, per poi essere estesi, nell'ultima fase (fase III), alla popolazione maschile bianca, senza controlli sulle popolazioni di altre etnie o sulla popolazione femminile, con la pretesa, poi, di valere per tutti!"

Quando comincia l'attenzione della comunità scientifica al cuore delle donne?

Alla fine degli Anni '70, quando Bernardine Healy, direttore dell'NIH (*National Institute of Health*) di Bethesda, posizione scomoda e molto prestigiosa per una donna, commenta sul *New England Journal of Medicine*, due articoli sul trattamento decisamente disuguale degli uomini e delle donne con infarto del miocardio, parlando

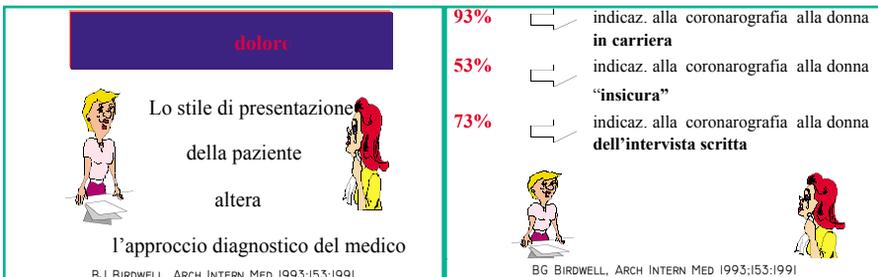
di discriminazione. La Healy intitola il suo editoriale carico di polemica: “La sindrome di Jentl”.

Jentl era una ragazzina ebrea che, volendo diventare rabbino, si rasò il capo e si vestì da maschio per poter studiare per questo ruolo. Di colpo agli inizi degli Anni ‘80 il mondo scientifico e i media cominciarono a catapultarsi sul tema “cuore e donne” con tanta fretta e affanno da far scaturire spesso idee confuse e pseudomiti.

Il pregiudizio contro le donne rappresentato in una ricerca americana

A questo proposito è interessante lo studio americano di Birdwell e colleghi, i quali sottoponevano a tre gruppi di cardiologi una paziente sofferente per frequenti episodi di dolore anginoso tipico. In realtà la paziente era un’attrice che recitava il medesimo copione atteggiandosi a: donna in carriera dinanzi al primo gruppo di cardiologi; donna insicura e impacciata dinanzi al secondo gruppo; il terzo gruppo di medici valutava la sintomatologia in forma scritta, senza cioè essere influenzato dalle caratteristiche della paziente.

I risultati della ricerca mettevano in evidenza come le indicazioni ad approfondire il caso erano sensibilmente più elevate nel primo gruppo di cardiologi e in chi leggeva l’intervista, ciò a indicare come la valutazione del medico fosse influenzata dal tipo di persona che presentava il sintomo. E in questo caso si verificava come fosse sottovalutata la sintomatologia cardiaca, se a presentarla era una donna con aspetti meno simili a quelli del maschio, ovvero una donna “non in carriera”.



Come riconoscere i sintomi dell'infarto?

Se sei una donna, il classico dolore al petto che si irradia al braccio sinistro fino al mignolo, opprimente, che sembra una morsa, ti deve allarmare come allarma l'uomo.

Ma non solo, perché la donna ha più spesso un dolore che si irradia al dorso, alle spalle, a entrambe le braccia e al collo. Spesso è un dolore che va anche alla mandibola e ai denti. Tutte queste irradiazioni non sono casuali, ma sono dovute al fatto che il cuore, il collo, la mandibola e le braccia hanno all'origine un'innervazione comune.

Non ti deve allarmare tuttavia il semplice fastidio o la fitta puntoria in queste zone.

Anche il criterio temporale è estremamente importante. Il dolore cardiaco vero dura più di 20 minuti e al massimo mezz'ora. Può eventualmente ripresentarsi dopo un intervallo libero.

Non sottostimare tuttavia altri sintomi che si accompagnano o meno a queste localizzazioni, quali la nausea, una profonda astenia e sudorazione cui non sei abituata.

Devi essere più allarmata da questi sintomi se:

- hai una familiarità positiva per infarto (genitori o parenti stretti che hanno avuto un infarto se maschi in età ≤ 50 anni, se donna in età ≤ 60 anni),
- sei diabetica,
- sei ipertesa,
- hai il colesterolo alto,
- sei fumatrice,
- hai avuto una menopausa precoce, ovvero un'interruzione chirurgica (ovariectomia) o spontanea delle mestruazioni a un'età ≤ 40 anni

E se si è in sovrappeso o obesa?

Innanzitutto bisogna conoscere il proprio indice di massa corporea

che si ottiene dividendo il peso in kg per il quadrato dell'altezza. A questo punto sappi che se il valore che ottieni è:

- 15 - 18.5 sei sottopeso
- 18.5 - 24.9 sei normopeso
- 25 - 29.9 sei in soprappeso
- > 30 sei obesa

In genere la donna obesa è *teoricamente* più protetta della donna magra in postmenopausa perché produce ancora estrogeni, in quanto il tessuto adiposo contiene enzimi che trasformano gli androgeni surrenalici in estrogeni (cosiddetta aromatizzazione). È il motivo tuttavia per cui la donna obesa è più a rischio di tumore della mammella, essendo il suo seno “più bersagliato” dagli estrogeni.

Ma se sei obesa, in postmenopausa, con ipertensione soprattutto diastolica (fortemente correlata al peso corporeo e al cosiddetto indice di massa corporea), con livelli elevati di trigliceridi e iperglicemia (valori da 100 a 130 mg/dl), rientri nel quadro della sindrome metabolica.

Questa è una sindrome, in incremento nel nostro paese, che rappresenta l'anticamera del diabete e che espone fortemente la donna al rischio di malattia cardiovascolare.

Che cosa fare se si ha una sintomatologia molto sospetta?

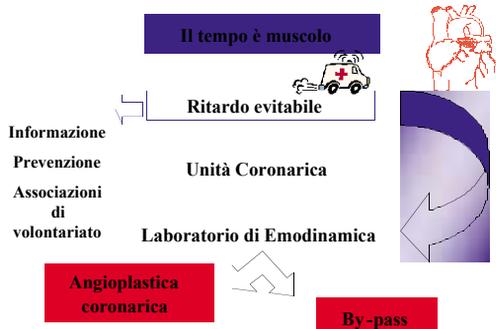
Se il dolore, e in genere la sintomatologia sopra descritta, è davvero allarmante, conviene contattare il medico di famiglia e recarsi al pronto soccorso del più vicino ospedale. In gergo cardiologico si dice che “il tempo è muscolo”, ossia prima si arriva in ospedale, più cuore si salva. Occorre sensibilizzare l'opinione pubblica sulla tempestività del ricovero. Qui potrà essere effettuato immediatamente



un elettrocardiogramma e un prelievo di sangue che permette di testare dei *markers* molto precoci di danno cardiaco che, se negativi entro 3 ore, permettono di escludere tassativamente un problema coronarico.

Se i *markers* sono positivi, consentiranno un ricovero mirato in Cardiologia, dove un intervento precoce può riaprire i vasi in due modi:

- sciogliendo il trombo occlusivo che ha ostruito l'arteria e causato il danno. Oggi i farmaci somministrati alla donna con infarto (trombolisi) vengono calibrati



sulla superficie corporea, per cui non assistiamo più alle clamorose complicanze di circa dieci anni fa, quando la dose “maschile”, somministrata alla donna, causava emorragie nei vari distretti, soprattutto cerebrali, creando un danno alle coronarie;

- oppure ancora la donna potrà beneficiare come l'uomo dell'apertura delle coronarie con il palloncino (angioplastica), senza pagare il prezzo di complicazioni vascolari periferiche e coronariche, dovute a cateteri e palloncini disegnati e realizzati per le arterie maschili, notoriamente di calibro maggiore e meno fragili di quelle femminili.

Ma che cosa deve fare il medico di famiglia di fronte a una donna con sintomi meno importanti?

Deve ascoltarla attentamente e indagare la sua storia come fa con il paziente di sesso maschile, indagare il suo stile di vita e i suoi fattori di rischio, l'età della menopausa, se già non la conosce. E sarà il medico di famiglia a decidere se inviarla o meno dal cardiologo.

Che cosa deve fare il cardiologo davanti a una donna con sintomi?

Indagare i suoi sintomi accuratamente, sapendo che spesso la donna non ha il dolore “tipico dell’uomo”.

- Dovrà poi indicare come primo *test* una prova da sforzo massimale, ammesso tuttavia che la paziente riesca ad effettuarlo. Non dimentichiamo infatti che la donna spesso non riesce a completarlo, perché molto meno avveza all’attività fisica di quel tipo o per disturbi artrosici e di osteoporosi che la limitano. E una prova da sforzo interrotta non ha alcuna accuratezza diagnostica.

- Se la donna non completa o non è in grado di effettuare il *test* da sforzo, il cardiologo dovrà scegliere un *test* di *imaging* che sarà o l’eco-stress o la scintigrafia con *stress* farmacologico.

- Davanti a una donna con fattori di rischio e sintomi sospetti e/o *test* positivi o dubbi, il cardiologo dovrà raccomandare la coronarografia come farebbe per l’uomo.

La donna che fa terapia ormonale sostitutiva dovrà informare il cardiologo, per il fatto che gli estrogeni possono conferire delle pseudoalterazioni dell’elettrocardiogramma.

Che cosa raccomandare a una donna che ha avuto un infarto, un’angina o un intervento di rivascolarizzazione (angioplastica o by-pass)?

L’assunzione completa e costante dei farmaci sotto periodico controllo cardiologico, ma coadiuvati da uno stile di vita mirato a ridurre il peso, astenendosi dal fumo e seguendo una dieta corretta; l’attività fisica dovrà essere costante e calibrata. La donna soprattutto deve essere rassicurata che la vita non cambia per un evento coronarico, ma anzi può migliorare se l’evento diviene occasione per modificare uno stile di vita evidentemente poco adeguato al benessere personale.

Vi è un collegamento tra eventi cardiovascolari e lo stress della vita quotidiana?

Il collegamento è molto stretto perché il sistema cardiocircolatorio è quello che più prontamente risponde agli stimoli che agiscono sul sistema nervoso centrale, con la specifica finalità di preparare l'organismo umano all'attacco o alla difesa. È noto che ogni mutamento di stato funzionale del cervello si accompagna a mutamenti funzionali del sistema cardiocircolatorio.

Ne consegue che condizioni di attivazione cronica (ripetuta o costante per lungo periodo) del sistema nervoso centrale possono tradursi in condizioni di attivazione cronica del sistema cardiovascolare o comunque in modificazioni dell'attività fisica di quest'ultimo di fronte a stimoli stressanti di varia natura e peso.

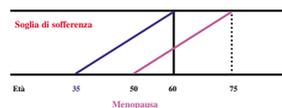
Lo *stress*, soprattutto quello cronico che si prolunga nel tempo, è in definitiva un fattore di rischio importante per la patologia cardiovascolare e per l'infarto. D'altra parte è noto che le coronaropatie e gli eventi cardiovascolari sono in aumento nel sesso femminile, anche in età fertile, proprio perché lo *stress* quotidiano (il doppio lavoro ad esempio) cui le donne sono soggette è oggi in evidente aumento.

Sapersi quindi orientare tra i vari stimoli stressanti, imparando anche a proteggersi da loro, sottraendosi ad essi quando ciò è necessario, è importante per vivere meglio e imparare a prevenire alcuni eventi cardiovascolari.

E la donna che non ha mai avuto eventi coronarici?

Occorre premettere un concetto epidemiologico e fisiopatologico: la malattia aterosclerotica è il fisiologico invecchiamento dei nostri vasi; va da sé che la genetica e i fattori di rischio intervengono per accelerare o frenare questo processo. Tuttavia le

IPOTESI della FORMAZIONE della PLACCA



La DONNA diventa SIMILE all'uomo all'età di circa 75 anni

placche dell'uomo crescono più insidiosamente e lentamente dai 30 anni in poi facilitando un processo di adattamento (angiogenesi) a livello dei vasi cardiaci e periferici, il cosiddetto “precondizionamento”, che protegge l'uomo.

La donna invece è protetta fino alla menopausa fisiologica che avviene intorno ai 50 anni, poi l'ombrello protettivo ormonale si chiude più o meno bruscamente, e la donna è esposta ad una malattia accelerata che può avere effetti negativi.

Si sa che la donna muore molto più spesso dell'uomo per “rottura di cuore”, essendo il suo cuore impreparato. L'allarmismo che questa parola potrebbe creare, va tuttavia smorzato alla luce di quanto detto fino ad ora: la sensibilizzazione al problema, una diagnostica e una terapia tempestive, accanto a una buona prevenzione, argineranno il problema attuale, ossia che si muore di infarto fuori dall'ospedale, mentre chi viene ricoverato tempestivamente in unità coronaria, ha ottime probabilità di “salvarsi il cuore”.

Si può infatti affermare che i progressi diagnostici e terapeutici in campo cardiovascolare rappresentano in medicina forse il massimo esempio del successo del trattamento e della riduzione di una patologia.

Vi è un rischio menopausa da tenere sotto controllo?

La menopausa non può essere considerata in sé fattore di rischio perché non è una patologia dell'organismo, ma una sua normale tappa fisiologica.

Il rischio cardiovascolare è presente sia per gli uomini sia per le donne; esso è la risultante di una serie di fattori che comprendono: l'età, l'alimentazione, il movimento fisico, i ritmi lavorativi, oltre la concomitanza di altre patologie.

L'obiettivo di una medicina attenta alle differenze di genere è proprio quello di sviluppare una valutazione dello stato di salute della persona, inglobando anche le informazioni diverse e specifiche sul suo organismo, sulle sue tappe evolutive e sulle sue interazioni con l'ambiente esterno.

D'altra parte la menopausa è un tema estremamente controverso, in quanto non si hanno ancora idee chiare su quale sia l'apporto biologico al rischio, legato alla carenza estrogenica, e quale quello ascrivibile all'aumento dell'età, o ad altri fattori.

Ma se la donna perde la protezione ormonale...

Il problema è che si parla della salute cardiovascolare della donna solo a partire dalla menopausa e non prima, come sarebbe più corretto fare.

La protezione nell'età fertile è demandata all'ombrello ormonale, non valutando alla fine che ciò può costituire a lungo termine, e paradossalmente, un *handicap* per la donna. Infatti mentre l'organismo maschile, come si è detto si "precondiziona" alla placca, quello femminile non gode di questa preparazione. Proprio per questo, più attenzione o pari attenzione dovrebbe essere data alla prevenzione del rischio cardiovascolare della donna prima della menopausa, nella così detta età fertile.

Due dovrebbero essere gli obiettivi di questa prevenzione:

- inserire nello stile di vita della donna, il più precocemente possibile, comportamenti che a lungo termine siano in grado di fronteggiare quegli eventi cardiovascolari che, per l'impreparazione dell'organismo femminile, rischiano di essere più gravi di quelli maschili;
- ridurre l'impatto di altre patologie che favoriscono l'emergere della malattia cardiovascolare, come l'ipertensione e il diabete.

Qual è allora la strada giusta per la donna in menopausa?

Più che di strada giusta della donna in menopausa bisogna parlare della strada giusta della donna in età fertile. Qui vale la favola della cicala e della formica: come le formiche bisogna pensare a non disperdere risorse nell'età buona, ma imparare a capitalizzare il vantaggio per le altre età. Così nell'età fertile non bisogna comportarsi

come se l'organismo fosse protetto da uno "scudo stellare" e sentirsi quindi libere di accumulare una serie di fattori di rischio senza alcuna cura del proprio benessere personale futuro.

Ad esempio: alimentazione, movimento e *stress* sono fattori da tenere sempre sotto controllo, perché se in questa età si accumula peso, *stress*, e non solo, ma anche patologie come diabete e ipertensione, è chiaro che ci si presenterà all'appuntamento con la menopausa in situazioni problematiche e di maggiore rischio per la patologia cardiovascolare.

Quali sono allora i presidi di una buona prevenzione?

Gli stessi di quelli che deve osservare un uomo, anzi con una maggiore cura nell'osservarli, tenendo conto dei rischi che la donna, più degli uomini, corre a livello dello *stress* della vita quotidiana.

LINEE GUIDA

Una moderata intensità di esercizio fisico per almeno trenta minuti al giorno più volte alla settimana, preferibilmente tutti i giorni, riduce del 30% il rischio di eventi cardiocircolatori

Un corretto stile di vita in termini di abitudine, sarà il miglior *elisir* per la protezione del nostro apparato cardiovascolare. È importante che le donne, come gli uomini, conoscano l'importanza dell'attività fisica. Un recente studio comparso sul *New England Journal of Medicine* (l'unico sulle donne fino ad ora pubblicato), ha dimostrato su un numero ampissimo di donne che un'attività fisica moderata di 30 minuti 3 volte/settimana, protegge da eventi cardio-

vascolari in modo clamoroso.

Questo ha abbattuto il concetto storico dell'utilità, per il sistema cardiovascolare, di sport impegnativi e continuativi. Non dimentichiamo infatti che i fattori di rischio non nuocciono singolarmente, ma in quanto strettamente connessi (cosiddetto *clustering*): chi è obeso è spesso dislipidemico, iperteso (essendo la pressione correlata all'indice di massa corporea), fuma per dimagrire, ma mangia scorrettamente perché depresso, iperglicemico perché l'obesità dà insuli-

no-resistenza. E nessuno come la donna è più rispondente a questo insieme di fattori di rischio.

L'esercizio fisico è dimostrato che:

- migliora il tono dell'umore perché attiva le endorfine cerebrali,
- permette di controllare il peso,
- riduce la pressione arteriosa,
- aumenta il colesterolo HDL,
- riduce l'insulina resistenza e pertanto la glicemia.

Bisogna però ricordare alle donne che **l'esercizio fisico non coincide con l'attività domestica, ovvero con il fare i lavori di casa.** Questi non costituiscono in nessun caso il movimento fisiologico idoneo alla protezione del sistema cardiovascolare!

L'attività fisica migliore è il camminare con passo adeguato senza sentire i sintomi della fatica, e senza fretta. Ciò vuol dire che se io cammino, ma ho fretta e sono in ansia per andare a lavorare o per qualsiasi altro impegno perdo il vantaggio del movimento con lo svantaggio della tensione psichica.



UN ORIENTAMENTO PER I MEDICI

RISCHIO CARDIOVASCOLARE E ALTRE PATOLOGIE

Studi anatomopatologici dimostrano come, nell'uomo, le placche cominciano a comparire intorno all'età di 30 anni sulle pareti arteriose; esse crescono in maniera proporzionale al livello sierico di colesterolo e al numero di sigarette fumate e raggiungono la "criticità" all'età di 60-65 anni (storia naturale della cardiopatia ischemica nell'uomo). Nelle donne, invece, la presenza del periodo fertile (ricco di estrogeni) posticipa la data di comparsa della placca, la quale cresce in relazione alla storia di diabete e di ipertensione di cui è più spesso affetta la paziente di sesso femminile.

Diabete, ipertensione, e ipercolesterolemia, nel campo delle patologie concomitanti, si candidano a fattori di rischio maggiori per la patologia cardiovascolare.

L'ottimale controllo di queste tre condizioni di rischio può evitare dal 70% al 90% eventi coronarici nel tempo. Il rimanente 10%-30% di riduzione del rischio può verificarsi controllando l'obesità e smettendo di fumare.

DIABETE

Va ricordato che il diabete è il più importante fattore di rischio per eventi cardio e cerebrovascolari ed è 4 volte più rischioso per la donna rispetto all'uomo.

Numerosi studi hanno dimostrato che nella donna il diabete rappresenta il primo e più importante fattore di rischio per malattia cardiovascolare, dopo l'età. Dallo studio Rancho Bernardo è emerso che il rischio relativo di malattia cardiovascolare nelle donne diabetiche è da 3 a 7 volte maggiore rispetto alle donne non diabetiche. Inoltre le alterazioni dell'assetto lipidico spesso associate al diabete (bassi valori di colesterolo HDL e ipertrigliceridemia) risulterebbero fattori predittivi negativi in misura maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

Il diabete mellito rimuove o annulla tutte le differenze legate al sesso nella prevalenza di cardiopatia ischemica, quindi già in premenopausa costituisce un fattore di rischio indipendente di coronaropatia.

IPERTENSIONE

L'ipertensione costituisce un altro importante fattore di rischio per la patologia cardiovascolare, se consideriamo che le donne ipertese presentano un'incidenza di malattie cardiovascolari almeno 4 volte maggiori rispetto a quelle normotese.

L'ipertensione è una patologia di cui le donne soffrono a parità degli uomini anche nella fascia di età 25-54 anni (dati ISTAT). La pressione arteriosa va quindi tenuta sotto controllo già nell'età fertile.

In particolare, nell'ambito di una corretta prevenzione è estremamente importante raccomandare alle donne, soprattutto in postmenopausa, ma non solo, un controllo seriato della pressione arteriosa e, in caso di riscontro di elevati valori pressori, controlli ripetuti, e indicazioni ad una modifica dello stile di vita e delle abitudini alimentari.

OBESITÀ E SOVRAPPESO CORPOREO

L'obesità è da lungo tempo riconosciuta come un importante fattore in grado di determinare la concentrazione dei lipidi plasmatici; gli effetti poi dell'obesità nella donna sembrano essere simili a quelli osservati nell'uomo. Molti studi evidenziano che il peso corporeo è risultato positivamente correlato alla colesterolemia totale. L'obesità è risultata significativamente e inversamente correlata con le HDL in entrambi i sessi; questa correlazione poi è risultata indipendente dall'età, dal consumo di sigarette, di alcol e dall'uso di estrogeni. Ci sono anche numerose indicazioni che dimostrano come nelle donne un'obesità di tipo "centrale" (caratterizzata da una distribuzione di maggiore tessuto adiposo nel tronco rispetto alle estremità) si associ a ridotti livelli di HDL, indipendentemente dalla quantità totale di grasso corporeo.

Anche l'effetto della riduzione del peso corporeo sui livelli lipidici plasmatici si è dimostrato essere molto simile negli uomini e nelle donne. Numerosi studi clinici hanno dimostrato come il controllo del peso corporeo si accompagni ad un miglioramento del profilo lipidico, in particolare un aumento dei livelli del colesterolo HDL.

Una particolare informazione ai medici circa il ruolo giocato dalla inattività fisica nella patologia cardiovascolare

Uno dei maggiori problemi è che l'inattività fisica, che negli Stati Uniti riguarda circa il 28% degli uomini, interessa però una percentuale molto maggiore, ma non quantificabile, di donne. Gli individui che sono in condizioni sociali ed economiche più basse, inoltre, hanno una percentuale maggiore di inattività fisica dovuta probabilmente ad una minor educazione alla salute. C'è sicuramente relazione tra attività fisica e rischio cardiovascolare: un programma regolare di esercizio associato ad una dieta bilanciata porta ad una riduzione dell'aterosclerosi.

Una moderata intensità di esercizio fisico per almeno 30 minuti al giorno più volte alla settimana, preferibilmente tutti i giorni, riduce del 30% il rischio di eventi cardiovascolari. Tale affermazione trova evidenza in un recente studio di quasi 6 anni che è stato condotto su 73.423 donne in postmenopausa e che ha dimostrato che le attività di *walking* e di *vigorous exercise* sono associate ad una sostanziale riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari.

L'esercizio fisico infine si è dimostrato efficace nel ridurre l'ipertrigliceridemia, mentre non sono ancora sicuri i dati circa l'effetto sul colesterolo LDL.

L'esercizio fisico non deve però essere un intervento isolato, ma deve essere associato a una dieta adeguata e, quando necessario, a una corretta terapia medica.

Che cosa devono fare i medici? Il ruolo della medicina generale e l'osservazione dei fattori di rischio nelle donne in età fertile.

È importante che il medico di medicina generale, raccolga le informazioni sulla differenza di genere nel campo delle patologie cardiovascolari per non sottovalutare questo rischio nelle donne. È impor-

tante che dia le giuste indicazioni per la prevenzione, anche prima della menopausa, informando la donna che il rischio in menopausa può essere efficacemente controllato, adottando nell'età fertile opportuni comportamenti, senza affidarsi esclusivamente all'ombrello ormonale.

Le indicazioni sul movimento divengono così basilari per una buona prevenzione. Ma non solo questo. Sappiamo che la donna è soggetta a maggiori *stress* nella sua vita: il doppio lavoro, i multipli ruoli, il doppio carico di responsabilità, che hanno un peso sul suo apparato cardiovascolare.

Le indicazioni di riduzione della pressione del carico di lavoro complessivo (domestico ed extradomestico) sono quindi utili anche per la prevenzione del rischio cardiovascolare nella sua correlazione con lo *stress* lavorativo.

Infine, in mancanza di studi finalizzati allo studio dei fattori di rischio dei disturbi cardio-vascolari nel corso della vita della donna, come invece vi sono per l'uomo, si può sviluppare un orientamento all'osservazione di alcune sindromi subcliniche nell'età fertile.

Se le ipertensioni e il diabete, o l'aumento di peso per così dire si manifestano nella menopausa, che cosa succede prima? Quali sono i segni prepatologici da evidenziare e su cui intervenire preventivamente?

La tendenza ad ingrassare, l'alimentazione non equilibrata possono essere già segni precursori di fattori di rischio per la patologia cardiovascolare, anche se non sono presenti i valori di un'obesità vera e propria.

E ancora, una tendenza all'innalzamento abituale dei valori pressori, in presenza di stati emotivi particolari, non va sottovalutata ed addebitata *tout court* allo stato nervoso della paziente, senza considerarla anche come potenziale fattore di rischio, soprattutto se collegata ad eventi stressanti cronici presenti nella vita quotidiana.

Infine, anche per il diabete è forse possibile prendere in considerazione, nell'età fertile, un valore glicemico ai limiti, o una familiarità, come oggetto di intervento preventivo per evitare che si manifesti in seguito, in epoca menopausale, la patologia vera e propria.

E per concludere sulla differenza uomo-donna

127

Le specificità fisiologiche degli uomini e delle donne fanno sì che gli uomini siano esposti al rischio cardiovascolare in modo continuo e progressivamente crescente con l'età; le donne, invece, per una fase biologica, quella dell'età fertile, sono protette dall'ombrello ormonale. E ciò alla fine paradossalmente si trasforma in svantaggio per le donne, perché l'organismo maschile ha necessità di organizzare da subito le sue difese, mentre quello femminile, inizialmente più protetto, risulta nel tempo meno preparato a fronteggiare il rischio cardiovascolare.

Ma non è solo un problema di “preparazione dell'organismo”. Vi è anche un problema della medicina che vogliamo qui sottolineare. La scienza medica infatti stenta a prendere, nei confronti delle donne, la giusta strada, che sarebbe quella di attivare la prevenzione anche nell'età fertile, visto che successivamente la protezione ormonale femminile si trasforma in uno svantaggio.

Ma ciò non succede o non succede con la dovuta estensione e capillarità, perché la medicina preferisce concentrarsi sull'età menopausale e studiare tecniche di prolungamento della protezione ormonale. A parte il fatto che vi sono molte controindicazioni e non tutte le donne possono accedere alla terapia ormonale sostitutiva (TOS), a parte il fatto che la TOS non può essere fatta per sempre e che quindi vi sarà sempre un momento in cui la donna si troverà esposta “naturalmente” al rischio cardiovascolare, questa strada non è la via maestra per affrontare il problema dal punto di vista della prevenzione.

Ci aspettiamo che in futuro la medicina, come strategia preventiva, allerti la donna, già nell'età fertile e in presenza della protezione ormonale, a dispiegare quei comportamenti e stili di vita, riconosciuti da tutti come adeguati a fronteggiare il rischio cardiovascolare e a scongiurare gli eventi più gravi.