

Le malattie cardiovascolari sono una delle principali cause di morbilità e mortalità nei pazienti diabetici. In base a studi recenti effettuati dall'Osservatorio Nazionale della Sanità il 77% dei ricoveri ospedalieri del soggetto diabetico avviene per complicanze di malattia cardiovascolare, mentre soltanto il 9% è dovuto alle altre cause. Le malattie cardiovascolari sono anche la principale causa di mortalità nel diabete; ogni diabetico diagnosticato come tale dopo 20 anni avrà una probabilità del 60% di morire per accidente cardiovascolare. Bisogna fare una distinzione tra la cardiopatìa che colpisce il soggetto affetto da diabete insulino-dipendente tipo I e quello non insulino-dipendente tipo II. In entrambe le forme però il primo movente e l'aggravarsi della cardiopatìa dipendono dal cattivo controllo del diabete e dalla conseguente prolungata esposizione del diabetico alla iperglicemia cronica. I pazienti diabetici vanno incontro maggiormente ad un processo di indurimento del proprio albero circolatorio vascolare arterioso ( vasculopatìa aterosclerotica ) rispetto ai loro coetanei non malati; La comunità medica internazionale ha ancora pochi dati a disposizione per supportare un nesso causale tra la durata del diabete, il grado di iperglicemia e il grado di estensione della malattia aterosclerotica vascolare. E' comunque accertato che la somma di più fattori di rischio quali fumo, ipertensione, elevato tasso nel sangue di trigliceridi e di colesterolo, possano accelerare l'insorgenza di aterosclerosi dei vasi sanguigni del diabetico, cioè del loro progressivo indurimento. Al giorno d'oggi grazie alla efficacia della terapia sul controllo della glicemia, i pazienti diabetici sopravvivono alla loro malattia e godono di apparente buona salute per lunghi periodi di tempo. Tuttavia, a dispetto dell'apparenza, il cuore e le arterie sono danneggiati in maniera subdola e continua dai processi aterosclerotici solo parzialmente noti. Difatti molto frequentemente accade che, a distanza di 20/30 anni dall'insorgenza del diabete, le manifestazioni cliniche dei danni della vasculopatìa emergano lungo tutto l'albero circolatorio con particolare interessamento dei vasi sanguigni che irrorano il cuore ( cardiopatìa ). Accade che inizialmente il danno alle piccole arterie del cuore produce solo occasionalmente una rilevanza clinica significativa, ad esempio dolore al torace dopo sforzo; solo quando poi il danno arriva ad interessare una grossa arteria coronaria del cuore ( coronaropatìa ) allora si giunge all'infarto. Il dolore al torace in corso di ischemia delle coronarie o di infarto conclamato del cuore, nel diabetico, può anche non essere avvertito perché silente !; questo perché molti diabetici sono affetti anche da "neuropatia autonoma", cioè da un danno di perdita della sensibilità ad avvertire il dolore da parte dei "nervi" che innervano il cuore, danno dovuto alla cronica esposizione alla iperglicemia propria del diabete. Considerata l'elevata frequenza con cui si manifestano questi problemi cardiaci nei diabetici, è necessario che il diabetologo, di fronte ad un sospetto di possibile danno al cuore, invii, al più presto, il diabetico presso il centro cardiologico di riferimento. Oggi è disponibile un'ampia varietà di tests cardiologici per fare diagnosi di cardiopatìa nel soggetto diabetico; nessuno di essi però fornisce la possibilità di studiare direttamente la presenza o l'assenza di alterazioni delle coronarie del cuore. Molto è stato fatto e si sta facendo in ambito cardiologico per migliorare la prognosi del soggetto diabetico colpito da infarto del cuore; numerosi sono gli schemi terapeutici e le terapie innovative introdotte per migliorare la qualità di vita del diabetico nel post-infarto; basti pensare che nel lontano 1956 più di un diabetico su tre decedeva entro un anno dalla dimissione ospedaliera; negli anni novanta questo rapporto si è ridotto a uno su dieci. Punto fermo rimangono le linee guida che ogni cardiologo esperto di problemi cardiaci nei diabetici dovrebbe seguire:

1- ESAME CORONAROGRAFICO in caso di angina instabile o spontanea durante il test da

sforzo

2- INTERVENTO di RIVASCOLARIZZAZIONE mediante BY-PASS o ANGIOPLASTICA La stessa sequenza diagnostico-terapeutica dovrebbe essere applicata al paziente diabetico infartuato