

MONTESILVANO: CONGRESSO SU OBESITA' E GRAVIDANZA

20 Maggio 2011

MONTESILVANO – Sono in corso in queste ore gli ultimi interventi al congresso nazionale di Endocrinologia di Montesilvano (Pescara), iniziato lo scorso 18 maggio.

Roberto Vettor, ordinario di medicina interna all'università degli studi di Padova e presidente della società italiana dell'Obesità, ha ricordato diversi dati sullo stato di salute del nostro Paese.

Per gli addetti ai lavori, l'obesità è un fenomeno "epidemico" paragonabile per velocità di diffusione a una malattia infettiva incontrollata, dovuta alla combinazione tra presupposti genetici, ambientali, fisici e psicologici, che ne fanno la più comune patologia cronica del mondo occidentale.

Già nel 2006 (dati Istat), in Italia, la popolazione adulta obesa era pari al 10,2%, cui si aggiungeva il 35% di quella sovrappeso. Il grido di allarme era ed è soprattutto per l'obesità in età pediatrica, tenendo presente che le evidenze scientifiche riconoscono alla patologia "giovane" una forte capacità predittiva dello sviluppo in età adulta.

Solo negli anni 1999-2000 la quota di ragazzi tra i 6 e i 17 anni in eccesso ponderale era pari al 24,1%, pari a circa 1 milione e 700 mila individui".

"L'obesità – ha spiegato Vettor – è divenuta uno dei maggiori problemi di salute del secolo sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. L'Italia si pone tra i primi Paesi in Europa per numero di soggetti coinvolti".

"Non possiamo – ha detto Vettor – considerare l'obesità un banale problema estetico favorendo così il proliferare di terapie e trattamenti clinici spesso inadeguati e il più delle volte somministrati da figure professionali prive delle giuste competenze. La patologia costituisce un serio fattore di rischio per mortalità e morbidità e ad essa si associano di frequente altre patologie, come diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia e osteoartrosi".

"Per quanto riguarda le neoplasie – ha concluso – recenti studi hanno dimostrato un aumento del rischio nel paziente obeso soprattutto per endometrio, mammella, prostata e colon. Questo scenario pandemico deve indirizzare gli sforzi verso una prevenzione efficace, senza la quale ogni mezzo terapeutico risulterebbe vano anche se impiegato su vasta scala".

Come approcciare allora questa pandemia? Per Vettor "la chirurgia bariatrica rappresenta una delle tecniche più efficaci per ottenere e mantenere nel tempo un significativo calo di peso e per ridurre i rischi di mortalità del paziente obeso, aumentati negli ultimi anni. E' stato dimostrato che il calo ponderale conseguente a trattamenti di chirurgia bariatrica contribuisce a ridurre il numero di infarti del miocardio, ad ottenere una remissione del diabete di tipo 2 e a diminuire il numero di malattie neoplastiche nel sesso femminile".

Quale interventi chirurgici? " Gli interventi chirurgici – ha spiegato – possono essere distinti in due gruppi principali: uno di tipo restrittivo, finalizzato alla riduzione della capacità dello stomaco e uno di tipo malassorbitivo, allo scopo di diminuire l'assorbimento dei nutrienti".

Ma i trattamenti medici restano la prima terapia da affrontare? La chirurgia bariatrica è considerata, al momento, una terapia dell'obesità di secondo livello, da valutare solo dopo il fallimento del trattamento medico e solo nei casi di obesità grave (pazienti con un indice di massa corporea maggiore di 40 kg/m² o maggiore di 35kg/ m² se accompagnato da patologie associate). Essa necessita di un attento inquadramento clinico del paziente, necessario a valutare il rapporto rischio/beneficio e la capacità di collaborare al rispetto dei regimi dietetici post operatori.

"L'intervento chirurgico – ha sottolineato Vettor – deve essere considerato l'inizio di un percorso terapeutico e non la fine. Inoltre, il supporto psicologico e nutrizionale sono fondamentali nella gestione del paziente sottoposto a intervento di chirurgia bariatrica, anche perché spesso è necessaria una cura integrativa a base di vitamine e oligoelementi per scongiurare eventuali deficit alimentari".

ENDOCRINOPATIE IN AUMENTO NELLE DONNE IN GRAVIDANZA

Nel corso del congresso è stato affrontato il tema delle endocrinopatie in gravidanza.

Se ne è parlato con il direttore dell'unità di Endocrinologia del Policlinico Gemelli di Roma, Alfredo Pontecorvi, che ha toccato il tema delle principali endocrinopatie in gravidanza, diabete mellito e le malattie della tiroide.

“La gravidanza – ha detto Pontecorvi – comporta numerosi cambiamenti endocrini e metabolici, che derivano da alterazioni fisiologiche al confine tra madre e feto. L'interfaccia feto-placentare è un importante sito di produzione e secrezione di proteine ed ormoni che regolano secondo meccanismi di feed-back l'intero sistema di ghiandole endocrine ed il metabolismo. Tra le principali e più diffuse alterazioni di questo complesso meccanismo annoveriamo quelle che riguardano la funzione della tiroide e la regolazione della glicemia. Durante la gravidanza, infatti, si assiste ad aumentate richieste di ormoni tiroidei, necessari per lo sviluppo fetale; questo rende conto dell'alta percentuale di future mamme in cui si riscontrano alterazioni degli ormoni tiroidei. Anche il metabolismo del glucosio subisce un profondo cambiamento, con l'instaurarsi una condizione di insulino-resistenza relativa che può modificare il costante apporto di substrati energetici fondamentali per lo sviluppo fetale”.

Ci si chiede se le gravidanze che presentano endocrinopatie sono aumentate negli ultimi anni e in che percentuale, considerando anche quali sono le cause.

“Secondo le ultime statistiche nazionali – ha spiegato il professore – le endocrinopatie sono in aumento durante la gestazione. Questo incremento può rendere conto sia di una reale aumentata incidenza sia di una migliore e precoce diagnosi. Tra queste ricordiamo l'ipotiroidismo subclinico in pazienti con precedente diagnosi di tiroidite di Hashimoto. In aumento appare anche il diabete gestazionale, una forma di diabete che viene con la gravidanza e termina con il parto, a causa di un'incrementata incidenza di obesità e sindrome metabolica in epoca pre-gestazionale, quindi in una parte di popolazione già con fattori di rischio per patologia diabetica”.

“Come prima accennato, dato che obesità e sindrome metabolica sono fattori di rischio e condizioni 'predittive' di diabete mellito – ha quindi aggiunto Pontecorvi – l'incidenza di diabete gestazionale raggiunge livelli importanti, come complicanze mediche materno-fetali ma anche costi economici e sociali, in Paesi con maggiore presenza di popolazione obesa, come appunto Stati Uniti ed alcune regioni italiane, come la Campania e la Calabria”.

Molto importante, per Pontecorvi, tra le altre cose, considerare i sintomi che avverte una donna in gravidanza affetta da endocrinopatie, anche se, spiega, “come si assiste anche nel diabete mellito diagnosticato in età adulta, tale patologia è asintomatica. I sintomi compaiono soltanto quando la patologia è in stadi avanzati, cioè quando sono presenti complicanze. Da qui, appare fondamentale effettuare screening a tutte le future mamme, soprattutto in quelle con fattori di rischio e familiarità positiva per diabete mellito. Così come alcune endocrinopatie compaiono con la gestazione, a completamento della stessa si esauriscono i meccanismi che hanno portato alla comparsa delle patologie a carico delle ghiandole endocrine. Questo si verifica per quasi tutte le condizioni come per esempio l'ipotiroidismo subclinico che può andare in remissione per riduzione del fabbisogno degli ormoni tiroidei. Ugualmente per il diabete gestazionale, ma la cui comparsa rappresenta un consistente campanello d'allarme per il futuro”.

Su quali conseguenze ci sono per il feto, Pontecorvi afferma che “la terapia ormonale sostitutiva in corso di tiroidite cronica o ipotiroidismo, per esempio, se non praticata correttamente o diagnosticata tardivamente, può determinare iposviluppo fetale, deficit neurologici nella maggior parte dei casi irreversibili. Nello stesso modo, se l'iperglicemia cronica non è corretta adeguatamente, può causare macrosomia fetale e patologie ginecologiche dell'ultimo trimestre ed ostetriche”, mentre, se è plausibile che le cure farmacologiche per le endocrinopatie in gravidanze arrechino danno al feto, “le terapie effettuate di routine in caso di endocrinopatie non sempre possono essere impiegate con sicurezza in gravidanza, ma bisogna valutare gli effetti che esse hanno sul feto, il grado di passaggio placentare e di potenziali danni fetali che essi possono causare. Bisogna, in definitiva, effettuare un'accurata valutazione del rapporto rischi e benefici della somministrazione di tali terapie alle donne in gravidanza, prendendo soprattutto in considerazione gli eventuali effetti teratogeni dei farmaci utilizzati nel trattamento delle endocrinopatie. La maggior parte, però, rappresentano solo la sostituzione di ormoni, quindi non si tratta di farmaci ma di sostituire gli stessi 'naturali' che mancano, non solo non arrecano danni ma anzi ne salvaguardano la salute”.

Si possono prevenire le endocrinopatie in gravidanza? E in che misura?

“Le endocrinopatie in gravidanza – dice – non si prevengono, piuttosto si diagnosticano precocemente. Le uniche per cui si può parlare di reale beneficio della prevenzione è l'ipotiroidismo, con la valutazione dell'assetto degli ormoni tiroidei

soprattutto in epoca pre-gestazionale, e il diabete mellito, valutando familiarità, fattori di rischio presenti e stile di vita, come alimentazione e attività fisica”.

Poim uno sguardo agli studi delle endocrinopatie in gravidanza.

“Le ultime novità, purtroppo, non riguardano nuove prospettive terapeutiche – conclude Pontecorvi – bensì la possibilità di trattare adeguatamente e precocemente soggetti a rischio. In tal senso nel 2010 sono state pubblicate le nuove linee guida per la diagnosi del diabete gestazionale, strumento efficace e di facile diffusione per la diagnosi e la terapia delle alterazioni del metabolismo glucidico”.

PREVENIRE OBESITA' E DIABETE ABBASSA RISCHIO TUMORI

È stato dimostrato che obesità e diabete si associano a un aumentato rischio (da 1.5 a 3 volte) di sviluppare tumori maligni di vario istotipo, quali tumori del colon, del fegato, del pancreas, della mammella, dell'endometrio ed altri.

L'allarme pandemia diabete mellito di tipo 2 e il crescente numero di obesi è ormai noto e sempre più di frequente si evidenziano i rischi legati a queste patologie.

“Nonostante si conosca da tempo – illustra Antonino Belfiore, endocrinologo all'università di Catanzaro – che il diabete si associa a importanti complicanze croniche, quali quelle cardiovascolari, renali e oculari, solo recentemente è stato dimostrato quanto queste due patologie si associano a un aumentato rischio di sviluppare tumori maligni”.

“Inoltre – specifica – nel paziente neoplastico, obesità e diabete si associano spesso a una prognosi peggiore”.

“Una serie di studi, sia epidemiologici che sperimentali – spiega Belfiore – ha portato alla conclusione che questo aumentato rischio per la patologia neoplastica è dovuto principalmente all'aumento dell'insulina circolante (iperinsulinemia) conseguente a una resistenza periferica all'azione dell'insulina che si verifica sia nei pazienti obesi che nei pazienti con diabete di tipo 2”.

“L'iperinsulinemia promuove – sottolinea lo studioso – la crescita cellulare in maniera sia diretta che indiretta. In maniera diretta, perché l'insulina ha non solo effetti sul metabolismo del glucosio, ma è anche un fattore di crescita; in maniera indiretta, perché l'iperinsulinemia aumenta la biodisponibilità dei fattori insulino-simili (IGF-I ed IGF-II) che sono tra i più potenti fattori di crescita per le cellule normali e neoplastiche”.

“Studi del nostro gruppo – aggiunge – hanno evidenziato che le cellule tumorali sono particolarmente sensibili all'azione dell'insulina perché esprimono alti livelli di recettore insulinico e specialmente della sua isoforma fetale (isoforma A o IR-A). Infatti, questa isoforma è più attiva nel mediare effetti proliferativi sia dall'insulina che dai fattori insulino-simili, mentre gli effetti metabolici sono principalmente mediati dalla isoforma B (IR-B), che è maggiormente espressa nell'adulto dai tessuti bersaglio dell'insulina, quali il fegato, il tessuto adiposo ed il muscolo”.

“Le cellule staminali maligne – afferma ancora Belfiore – che sono quelle che danno inizio al tumore, esprimono livelli ancora più alti di IR-A”.

Al professore è stato chiesto se prevenire l'obesità e il diabete riduce anche il rischio neoplastico, cosa occorre fare a livello terapeutico?

“A livello terapeutico, nella cura dei pazienti diabetici si dovrà cercare di ridurre, per quanto possibile, l'iperinsulinemia e preferire le terapie che riducono l'insulino-resistenza. Le aziende che producono analoghi dell'insulina dovranno prestare molta attenzione alla possibilità che queste insuline modificate non abbiano un alterato rapporto tra capacità proliferativa e metabolica, che possono derivare da un'aumentata affinità per IR-A, o per il recettore dell'IGF-I, che ha somiglianze strutturali con quello dell'insulina”.

“Per quanto riguarda i pazienti neoplastici – conclude – bisogna considerare che sia l'iperinsulinemia che l'iperespressione di recettore insulinico da parte delle cellule neoplastiche, riducono l'attività di terapie oncologiche tradizionali, quali la chemioterapia, la radioterapia e le terapie ormonali. Questi nuovi meccanismi molecolari possono quindi rappresentare altrettanti bersagli per terapie oncologiche mirate”.

“Bersagli per terapie oncologiche mirate” registrato presso il Tribunale dell'Aquila con decreto n°501 del 2 settembre 2003
Iscrizione al ROC n. 26362 - P.IVA 01812420667
Direttore responsabile Berardo Santilli