

Maria Grazia Modena

Cattedra di Cardiologia, Women's Clinic, Azienda Ospedaliera Policlinico, UNIMORE, Modena

Il profilo di rischio nella donna italiana in menopausa.

Circa il 70% delle donne in post-menopausa è affetto da ipertensione arteriosa, e circa 1/3 ha dislipidemia. Per quello che riguarda lo stile di vita, il 48% delle donne in menopausa non svolge attività fisica durante il tempo libero ed il 14% fuma in media 12 sigarette al giorno. Il 30% delle donne in menopausa è obeso, il 40% è in sovrappeso. Il 10% è diabetico (glicemia uguale o superiore a 126 mg/dl. Il 33% è affetto da sindrome metabolica.

Nelle patologie cardiovascolari, ed in particolare nella cardiopatia ischemica, è ormai acclarato il ruolo patogeno di un'alimentazione ricca in grassi saturi ed ipercalorica, del fumo di sigaretta attivo e passivo, e della sedentarietà. Dalla sproporzione che si è così venuta a determinare tra calorie consumate per procurare il nutrimento e calorie assunte è dovuto principalmente l'incremento di malattie aterogene quali diabete mellito, ipercolesterolemia, obesità ed ipertensione nelle civiltà "occidentali". Nonostante i notevoli sforzi di tipo farmacologico e tecnologico realizzati nei paesi industrializzati, vi è oggi consapevolezza che i maggiori progressi nella salute pubblica per prevenire la cardiopatia ischemica saranno raggiunti attraverso il controllo dei fattori di rischio piuttosto che con l'utilizzo di farmaci e procedure.

Le differenze di genere, anche per quanto riguarda la sedentarietà, dipendono sia da diversità biologiche che comportamentali riferibili ai differenti ruoli sociali: le donne tendono ad essere leggermente meno attive fisicamente sul piano lavorativo, dedicandosi alla cura dei figli, degli anziani non autosufficienti e della casa, praticando nel contempo meno dei maschi attività *ricreative* e *sportive*. L'attività fisica nelle popolazioni femminili sembrerebbe alterare in maniera indipendente il rischio di cardiopatia ischemica. Infatti l'allenamento all'attività fisica determina una serie di cambiamenti nella composizione corporea e nella capacità ossidativa muscolare: si ottiene una riduzione del grasso corporeo, specialmente nella regione addominale, un miglioramento della capacità di utilizzo del glucosio e la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari associati. Se l'esercizio è aerobico, di lunga durata e ripetuto costantemente nel tempo, determina una iperplasia muscolare migliorando anche la sensibilità all'insulina, in associazione al miglioramento della dislipidemia, dell'ipertensione e della ipercoagulabilità, con conseguenti effetti benefici nel miglioramento della malattia cardiovascolare aterosclerotica. Le caratteristiche dell'attività fisica devono essere la regolarità e la costanza; tutte le linee-guida raccomandano l'effettuazione di esercizio aerobio (camminata veloce, bicicletta, nuoto, ecc.) per almeno 45 minuti per almeno tre volte alla settimana, e possibilmente tutti i giorni.

Ipertensione

L'ipertensione arteriosa costituisce uno dei principali fattori di rischio che predispone ad infarto miocardico acuto, tanto da assumere nella donna la connotazione di un marcatore di disfunzione endoteliale. Una terapia eziologica basata sull'acquisizione di uno stile di vita più salutare e sulla riduzione dello stress ossidativo vascolare mediante farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina appare, al momento, la strategia maggiormente accolta dalla comunità internazionale per ottenere una efficace prevenzione dell'infarto miocardico nel sesso femminile.

Quale terapia anti-ipertensiva utilizzare nel sesso femminile?

L'impostazione di una terapia anti-ipertensiva, nell'ottica di prevenire l'infarto miocardico femminile, non può prescindere dalla necessità di antagonizzare l'aumentato stress ossidativo vascolare e le alterazioni aterogeniche che da esso derivano. È, inoltre, importante che il trattamento venga incominciato precocemente e che il target pressorio da raggiungere sia fissato a valori <120/80 mmHg, ossia inferiori a quelli della pre-ipertensione, indipendentemente dalla presenza di

altri fattori di rischio cardiovascolare. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, molecole in grado di ridurre l'entità dello stress ossidativo determinato dall'attivazione del sistema renina-angiotensina (ACE-inibitori e sartani) rappresentano la classe farmacologica di scelta per la prevenzione di eventi cardiovascolari maggiori in pazienti ipertese.

Dislipidemie

Anche la dislipidemia rappresenta un importante fattore di rischio nella donna.

La dimostrazione di efficacia dei farmaci ipolipemizzanti in termini di prevenzione cardiovascolare nella donna è limitata quasi esclusivamente alle statine, ed anche per questa classe di farmaci i dati disponibili negli studi randomizzati riguardano un numero di donne inferiore (talora di molto) rispetto agli uomini. Le statine sono efficaci nel ridurre il rischio cardiovascolare nella donna in prevenzione primaria (nei soggetti ad alto rischio) ed in prevenzione secondaria (sempre). Ben dimostrati sono i benefici delle statine nelle donne affette da coronaropatia; meno supportati da studi clinici, ma pur sempre dimostrati, i benefici delle statine nelle donne con altre vasculopatie o diabete mellito.

L'alimentazione nella prevenzione della cardiopatia ischemica

Gli studi epidemiologici mostrano che l'assunzione giornaliera media di calcio con la dieta è inferiore rispetto ai livelli raccomandati.

Nella popolazione femminile, soprattutto se in menopausa, l'alimentazione deve essere finalizzata non solo al controllo della colesterolemia, ma anche alla prevenzione dell'osteoporosi. Una regolare attività fisica, non solo di tipo aerobico, ma anche di rinforzo muscolare, migliora l'azione di controllo della dieta sia sul metabolismo lipidico (e, quindi, sul rischio cardiovascolare), che sulla massa ossea (e, quindi, sul rischio di osteoporosi).