

PENSIERO

Bimestrale della Casa di Cura S. Pio X - Milano

ABBONAMENTI
CON LEA
CERTIFICATA



Anno IV - n. 19 - Maggio/Giugno 2006

CARDIOLOGIA

DONNA DI CUORE



3 PARLIAMONE
"Questa sera sarai con me in Paradiso"
di Padre Lino Tamanini

4 CARDIOLOGIA
Le donne e le malattie cardiache



11 CARDIOLOGIA
La donna e i suoi ormoni

Direttore responsabile
Padre Giulio Conci

Redazione:
Roberta Cattaneo, Marco Dal Fante, Roberto De Gaspari, Jolanda Ferrera, Luciano Landoni, Sandra Moreschini, Lino Tamanini.

Direzione amministrazione e redazione:
Via Francesco Nava, 31 - 20159 Milano,
tel.: 02.6951.6116 - Fax: 02.6883.345
E-mail: personale.spioxplv@camilliani.net

Fotolito e stampa:
hgfhngfhn dhg fghnfgnh ghnfgh
dgn yhdfg gn fghn fghn g

Registrazione presso il Tribunale di Milano
n.251 del 15 aprile 2003.

Sito Internet
www.camilliani.org/sanpiox

7 ESTRATTO DELLA CARTA DEI SERVIZI

Utile e pratico inserto ricco di informazioni sulle prestazioni offerte





“Questa sera sarai con me in Paradiso”

Andrea è uno dei tanti giovani che sono passati attraverso comunità terapeutiche dedicate al recupero dei tossicodipendenti. Accadeva una quindicina di anni fa, in quel di Modena. Dopo un periodo di difficile inserimento, stimolato da operatori e volontari, Andrea ha iniziato a riprendersi sia fisicamente che psicologicamente. Si è spogliato di pudori e paure per dire e, a volte, per urlare la morte vicina e la voglia di vita. Può essere uno specchio per richiamarci alle tante falsità di vita in cui fingiamo di aver ritrovato il nostro equilibrio.

Questo cammino interiore egli lo ha espresso con delle poesie che gli amici, dopo la sua morte, hanno edito in una raccolta dal titolo eloquente: “Eh no amico mio, non tutti quelli che hanno trentatrè anni si chiamano Gesù”

Un disperato urlo senza confini,
il pianto senza lacrime,
appoggiato al muro, nell'angolo
più sporco di graffi di sangue
e di incomunicabilità, di un uomo,
che vede sciogliersi sui mattoni
anneriti di fumo tutti i sogni
che l'hanno fatto camminare tanto,
per arrivare alla fine della strada
a quel maledetto muro che
non vuole crollare. Dopo aver pregato
un dio sordomuto ora sta
aspettando morta anche l'ultima rabbia, che



gli ha fatto sbattere la testa là contro, di crollare definitivamente col proprio orgoglio e la propria speranza. All'ultimo istante miracolosamente scende da un occhio l'ultima lacrima che aveva dimenticato di avere. L'umile lacrima dello sconfitto che chiede perdono a quel Dio che tanto ha snobbato ed ingiuriato.

Tempo di quaresima, tempo di Pasqua. È il ciclo del cristiano che passa dalla sua invocazione di salvezza alla festa del dono ricevuto: la certezza che anch'io avrò un'eternità felice, dopo una vita realizzata in sintonia con la parola del Vangelo. Dopo aver capito che l'impegno per il bene non si può sempre tramandare ma ognuno lo deve assumere quando ha scoperto la responsabilità dell'amore. È ancora Andrea che ci propone su questo spunto una sua riflessione.

E Cristo, l'uomo disse:
non domani ma Ora vengo
a fare la tua volontà.

p. Lino Tamanini



Le donne e le malattie cardiache

Le malattie cardiovascolari non sono più ritenute patologie tradizionalmente maschili, ma rappresentano la principale causa di morte nelle donne negli USA e in tutti i Paesi industrializzati del mondo, più di tutti i tipi di cancro sommati insieme.

Ogni anno in Italia muoiono per cause cardiovascolari circa 120.000 donne. Eppure vi è una evidente sottostima della percezione del fenomeno e si tende a minimizzare il problema. E dal momento che la malattia coronarica per essere diagnosticata richiede un'attenta storia clinica, i pregiudizi possono alterare la percezione del rischio per cardiopatia ischemica nelle donne.

È noto uno studio nel quale un'attrice ed un attore hanno interpretato la parte di pazienti che riferivano gli stessi sintomi e che venivano dallo stesso medico avviati a iter diagnostici e terapeutici completamente diversi in termini di aggressività (ansiolitici alla prima e coronarografia per il secondo). Purtroppo se la diagnosi di cardiopatia ischemica non viene presa in considerazione, ne consegue che anche la terapia è spesso troppo tardiva e perde la possibilità di essere preventiva di forme maggiori. Ecco perché le donne con diagnosi di cardiopatia ischemica sono in genere più anziane e sono colpite da forme più gravi. Tanto si fa per la prevenzione del tumore al seno e tanto poco per la cardiopatia ischemica che è otto volte più frequente.

La quota di mortalità per cardiopatia ischemica è correlata a fattori di rischio tradizionali: è bene allora che le donne prendano in considerazione un'attenta valutazione dei propri fattori di rischio (anche prima della fatidica menopausa) per giocare veramente d'anticipo in una partita che oggi dipende tutta dal controllo di fumo, diabete, ipertensione, dislipidemia e

obesità.

Tutti i fattori di rischio tradizionali hanno un peso prognostico peggiore nelle donne. L'epidemiologia ha dimostrato che il diabete si associa ad un rischio due volte maggiore rispetto agli uomini e che nelle donne l'interazione tra fumo e ipertensione le espone ad un rischio di ictus cerebrale maggiore che negli uomini.

Fattori di rischio cardiovascolare

Esistono numerosi fattori di rischio di aterosclerosi, alcuni costituzionali e non modificabili come la familiarità, l'età ed il

Sesso, altri spesso legati alle abitudini di vita e come tali acquisiti. I principali sui quali si può intervenire sono:

1 Fumo. Il rapporto tra fumo ed aterosclerosi è ben noto. La nicotina determina un'alterazione dell'endotelio vasale (il rivestimento della parete interna dei vasi) favorendo la progressione delle placche aterosclerotiche. Inoltre gli effetti dannosi del fumo sul sistema cardiovascolare sono in rapporto con l'Ossido di Carbonio che si lega all'emoglobina dei globuli rossi riducendone la capacità di trasporto dell'ossigeno. Le donne fumatrici hanno una più elevata probabilità degli uomini a riferire che le sigarette le aiutano a contrastare lo stress emotivo, manifestano una percentuale più alta di dipendenza con maggiore difficoltà a smettere, anche per il potenziale rischio di aumento ponderale.

2 Colesterolo. L'aumento del colesterolo è ben correlabile con l'incidenza delle malattie cardiovascolari. Il controllo



dell'assetto lipidico, da effettuare almeno una volta all'anno dopo i 40 anni, è fondamentale.

3 Dieta e Sovrappeso. Il controllo di colesterolo e peso corporeo avviene attraverso un'adeguata dieta. È noto che l'alimentazione nei Paesi industrializzati è sbilanciata, nel senso che apportano sia colesterolo e grassi insaturi sia calorie in eccesso. L'eccesso di grasso a livello dell'addome è stato associato ad un incremento delle malattie cardiache. La dieta mediterranea, che si basa su olio, legumi e pasta, con scarso uso di grassi animali, è molto importante.

4 Diabete Mellito. Con il diabete il rischio di malattia cardiovascolare è più che raddoppiato, poiché l'eccesso di zuccheri nel sangue danneggia i vasi sanguigni. Le lesioni aterosclerotiche sono molto frequenti nelle persone affette da diabete ed interessano le arterie di tutti gli organi. Le donne diabetiche, anche in età fertile, presentano una percentuale di malattie cardiovascolari simile agli uomini diabetici, pertanto perdono il "vantaggio" di essere donne. Inoltre hanno una più elevata mortalità ospedaliera dopo infarto miocardico e una maggiore incidenza di scompenso cardiaco.

5 Ipertensione Arteriosa. La pressione alta è il fattore di rischio noto da più anni. Una pressione superiore a 140/90 aumenta significativamente il rischio cardiovascolare. Quanto più la pressione del sangue è elevata tanto più le pareti delle arterie tendono a dilatarsi e a perdere la loro elasticità, accumulando nel loro interno il colesterolo.

6 Vita Sedentaria. L'attività fisica non solo rafforza il cuore, ma contribuisce alla riduzione del colesterolo, della pressione arteriosa ed al mantenimento del peso forma. Le persone sedentarie raddoppiano il rischio di contrarre una malattia cardiaca.

7 Stress. Lo stress fa aumentare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca. Ciò può danneggiare la parete interna dei vasi sanguigni e causare una malattia cardiovascolare.

Su questi fattori di rischio è possibile e doveroso intervenire con azioni di prevenzione e cura.



Esami cardiologici nella donna

Sono gli stessi che vengono eseguiti nell'uomo. In alcuni casi però, gli esami possono avere una diversa attendibilità nella donna per la diversità biologica del suo organismo. Anche i parametri di normalità vanno adeguati alle caratteristiche femminili.

Gli esami cardiologici sono al giorno d'oggi molteplici. Essi comprendono:

- ◆ **esami di base, di I° livello:** esami ematochimici specifici per la cardiologia, elettrocardiogramma (ecg) di base, ecg da sforzo, ecg dinamico delle 24 ore - Holter, ecocardiogramma colordoppler (eco) transtoracico;

- ◆ **esami più complessi, di II° livello:** scintigrafia miocardica da stress e a riposo, ecostress, eco transesofagea;

- ◆ **esami ancora più complessi e invasivi, di III° livello:** cateterismo cardiaco e coronarografia, studio elettrofisiologico.

- ◆ Negli ultimi anni, con il continuo progredire della tecnologia si sono aggiunti esami come la Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN). Questi esami, non invasivi e che quindi non richiedono un ricovero ospedaliero, permettono di visualizzare in modo sempre più accurato strutture un

tempo visualizzabili solo con l'esame coronarografico, l'angiografia e con il cateterismo cardiaco.

Gli esami di I° livello sono quelli più eseguiti. I primi prescritti per identificare la natura dei sintomi riferiti. Sono spesso sufficienti per la diagnosi e per impostare una eventuale terapia. Per quanto riguarda gli esami ematochimici, oltre agli specifici esami enzimatici per la diagnosi di infarto miocardico acuto (CPK, CPK-MB, Troponina, etc) e quelli per individuare patologie associate alle cardiopatie (diabete, patologia renale, etc), è importante il dosaggio dei "grassi" nel sangue. In particolare deve essere studiato il colesterolo con le sue frazioni HDL e LDL ("colesterolo buono" e "colesterolo cattivo") che devono essere mantenuti nei limiti. Nuovi esami sono stati identificati negli ultimi anni quali l'omocisteinemia e i test per valutare la capacità antiossidante. È nota infatti l'associazione tra iperomocisteinemia e patologie cardiovascolari.

L'elettrocardiogramma (ecg) è il test cardiologico classico e più facile da effettuare. Nella donna la presenza dei tessuti delle strutture ghiandolari mammarie possono interferire con il segnale elettrocar-



diografico e quindi renderne più difficile l'interpretazione. Questo è ancora più importante nell'ecg da sforzo che viene eseguito quando è riferita una sintomatologia caratterizzata da dolori-fastidio al petto. Scopo dell'esame è verificare se durante lo sforzo, con l'evocazione della sintomatologia compaiono alterazioni elettrocardiografiche di aspetto ischemico. Nella donna più frequentemente si osservano alterazioni non chiaramente diagnostiche. È inoltre più frequente che non si riesca a condurre a termine un test da sforzo completo. In questi casi il test non è risolutivo e richiede ulteriori approfondimenti come l'esecuzione di un "test di imaging" come l'esame eco-stress o la scintigrafia miocardica da stress (di cui si parlerà successivamente).

L'ecg nella forma di ecg dinamico delle 24 ore (Holter) registra l'elettrocardiogramma continuo di una normale giornata di vita ed è utile nello studio della sintomatologia caratterizzata da palpitazioni, capogiri, dolori-fitte. Questi sintomi sono spesso presenti e sono di natura benigna. Sono solitamente secondari a sporadiche extrasistoli o ad una normale accelerazione del battito cardiaco ("tachicardia sinusale") e sono causati da una situazione di stress, ma spesso anche legati al periodo della menopausa. Bisogna peraltro verificare che non siano espressione di un'aritmia più o meno grave.

L'ecocardiocolordoppler (eco) è una metodica che utilizza gli ultrasuoni e permette di ricostruire e "vedere" il cuore in grande dettaglio e in movimento in tempo reale. La metodica si è ampiamente diffusa ed è diventata fondamentale nello studio delle cardiopatie essendo facilmente ripetibile e sostanzialmente innocua. Con l'eco si diagnostica la presenza di una patologia solitamente "minore" ma spesso presente nella donna longilinea e magra: il prolasso mitralico. Questa patologia in alcuni casi può essere grave e causare importanti alterazioni della valvola, tali da richiedere un intervento cardiocirurgico di riparazione. Solitamente non ha una significativa rilevanza sul funzionamento valvolare ma è spesso associata a sintomi quali palpitazioni e dolori toracici. Spesso causa delle alterazioni elettrocardiografiche aspecifiche.

Gli esami più complessi e invasivi, di II° e III° livello, vengono effettuati ovviamente meno frequentemente, quando vi è il sospetto di una cardiopatia grave. L'eco-stress e la scintigrafia miocardica da stress vengono utilizzati per la diagnosi



di ischemia miocardica quando non è sufficiente la storia clinica né l'ecg da sforzo, che come precedentemente segnalato specialmente nella donna può non essere risolutivo. L'eco-stress è un esame eco eseguito durante la somministrazione di un farmaco (dipiridamolo o dobutamina) che causa uno stress al cuore evidenziando una alterazione del movimento di una parete del ventricolo sinistro indicativo di ischemia.

La scintigrafia miocardica utilizza sostanze radioattive che vengono iniettate nell'organismo e che raggiungono il cuore. La presenza di una alterazione di una arteria coronarica impedisce alla sostanza radioattiva di raggiungere la zona di miocardio irrorata da quella coronarica. L'eco intraesofageo è un esame eco che utilizza una particolare sonda introdotta per via transesofagea, come per la gastroscopia. Per la maggiore vicinanza al cuore senza l'ostacolo del torace, consente una migliore qualità delle immagini. Questa metodica è molto utile nello studio delle protesi valvolari e per la ricerca di focolai emboligeni nei casi di ictus cerebrali.

Il cateterismo cardiaco, la coronarografia, lo studio elettrofisiologico sono esami invasivi. Attraverso un catetere introdotto solitamente dall'arteria o dalla vena femorale viene raggiunto il cuore per visualizzare le arterie coronariche o per studi-

are aritmie cardiache gravi. Sono esami estremamente importanti che vengono eseguiti in previsione di procedure terapeutiche quali l'angioplastica coronarica, il by-pass coronarico, l'ablazione di gravi aritmie.

I nuovi esami che si stanno sviluppando negli ultimi anni sono la Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN). Queste metodiche, sempre più accurate e veloci da eseguire, si possono effettuare ambulatorialmente non essendo invasive.

La TC utilizza i raggi X come per le normali radiografie ma, con l'aiuto del computer e di particolari programmi, riesce a visualizzare le arterie coronariche in pochi minuti. Tutto ciò senza la necessità di un ricovero ospedaliero e con la semplice iniezione di una piccola quantità di mezzo di contrasto attraverso una vena del braccio.

La RMN utilizza campi magnetici prodotti da un grande e potente magnete al cui interno viene introdotto il paziente. Vengono così ricostruite in modo assai preciso le immagini delle varie strutture dell'organismo e in particolare delle strutture cardiache.



La donna e i suoi ormoni

GRAVIDANZA

Modificazioni fisiologiche del sistema cardiovascolare

È intuitivo: un aumento di peso si traduce in un aumento di lavoro per il cuore. Ma la gravidanza e il puerperio si accompagnano ad importanti modificazioni cardiocircolatorie che fisiologicamente si realizzano già prima che il peso cominci a crescere. Queste modificazioni possono essere attribuite almeno in parte all'attività ormonale tipica della gestazione.

Nella tabella 1 sono esemplificate le modificazioni emodinamiche "normali" della gravidanza.

Il volume del sangue circolante aumenta a partire già dalla 6a settimana e, sebbene sia variabile nelle singole pazienti (20-100%) l'aumento medio è pari al 50% rispetto al volume precedente. Poiché la parte fluida del sangue aumenta più rapidamente rispetto alla parte corpuscolata (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine) si crea una sorta di emodiluizione che noi chiamiamo "anemia fisiologica della gravidanza".

L'aumentato volume determina un aumento della gettata cardiaca che raggiunge il massimo tra il II e il III trimestre per poi mantenersi stabile fino al parto. Nell'ultimo trimestre anche i cambiamenti di posizione del corpo possono determinare consistenti variazioni della gettata cardiaca: per esempio in posizione supina la compressione della vena cava da parte dell'utero gravido può ridurre il ritorno venoso e quindi la gettata cardiaca generando, a volte, un fenomeno tipico della gravidanza: la "sindrome ipotensiva supina della gravidanza".

I sintomi di questa condizione vanno dalla debolezza, svogliatezza e nausea fino allo svenimento e alla sincope, ma sono sintomi che scompaiono rapidamente quando si abbandona la posizione supina.



La frequenza cardiaca aumenta raggiungendo il massimo nel corso del terzo trimestre. L'aumento medio è di 10-20 bpm.

La pressione arteriosa: generalmente si riducono i valori della pressione minima mentre la pressione massima tende a non modificarsi.

La pressione venosa: aumenta progressivamente e nei soggetti predisposti può

determinare più o meno precocemente la comparsa di edemi declivi, ectasie venose specie degli arti inferiori e dei plessi emorroidari.

Non è una malattia ma ha i suoi segni e sintomi

Durante la gravidanza, le normali modificazioni anatomiche e funzionali del sistema cardiovascolare possono determinare segni o sintomi che possono simulare o nascondere una cardiopatia. La gravidanza normale si accompagna spesso a sintomi quali facile stancabilità, riduzione della capacità fisica, dispnea, stordimento e raramente anche perdita di coscienza.

La respirazione è spesso superficiale e frequente e può essere erroneamente ritenuta una vera dispnea. In più la tensione delle vene giugulari dovute all'aumento del volume sanguigno e l'edema degli arti inferiori che spesso si osserva nelle fasi più avanzate della gravidanza potrebbero condurre ad una erronea diagnosi di insufficienza cardiaca o ad una sopravvalutazione della sua gravità.

Nella maggior parte delle gravide possono essere ascoltati soffi sistolici innocenti: essi sono la conseguenza della circolazione ipercinetica tipica del periodo gestazionale e sono da considerarsi privi di significato patologico.

Gravidanza nella donna cardiopatica

Unitamente all'incremento ponderale, i cambiamenti fisiologici dell'apparato cardiocircolatorio possono, nella donna cardiopatica, alterare la stabilità del quadro

Tabella 1

PARAMETRI	1° TRIM.	2° TRIM.	3° TRIM.
VOLUME DEL SANGUE	↑	↑↑	↑↑↑
GETTATA CARDIACA	↑	↑↑a↑↑↑	↑↑a↑↑↑
GETTATA PULSATORIA	↑	↑↑↑	↑↔↓
FREQUENZA CARDIACA	↑	↑↑	↑↑↑
PRESSIONE MASSIMA	↔	↓	↔
PRESSIONE MINIMA	↓	↓↓	↓
RESISTENZE PERIFERICHE	↓	↓↓↓	↓↓
↑ aumento lieve - ↑↑ aumento moderato - ↑↑↑ aumento consid-↔ nessun cambiamento			



clinico. Così il trattamento delle donne affette da cardiopatia dovrebbe cominciare prima del concepimento.

La maggior parte delle gravidanze in donne con cardiopatia congenita ha esito favorevole sia per la madre sia per il feto. Fanno eccezione le pazienti affette da sindrome di Eisenmenger, patologie ostruttive del circolo polmonare e sindrome di Marfan con interessamento aortico per le quali è molto importante il counseling preconcezionale. In tutti i casi le donne affette da cardiopatia restano a rischio di complicanze quali lo scompenso cardiaco e/o aritmie.

L'ipertensione gestazionale, sia insorta de novo sia come accentuazione di una ipertensione arteriosa pre-esistente è responsabile di circa il 15% di tutta la mortalità materna se non correttamente trattata.

Cardiomiopatia peripartum

È una forma di cardiomiopatia dilatativa con disfunzione sistolica di vario grado la cui diagnosi viene effettuata mediante ecocardiogramma colorDoppler e può manifestarsi dal terzo trimestre di gravidanza ai sei mesi successivi al parto. I sintomi sono solitamente quelli dell'insufficienza cardiaca e il trattamento farmacologico deve adeguarsi all'epoca gestazionale della donna. La buona notizia è che la disfunzione ventricolare sinistra può essere reversibile se trattata farmacologicamente in maniera energica.

Iipertensione arteriosa in gravidanza

Si devono distinguere diversi tipi di rialzo pressorio:

1 ipertensione arteriosa pre-esistente: anche definita ipertensione cronica, da distinguere poi se ipertensione essenziale o secondaria.

2 Iipertensione gestazionale senza proteinuria e altre condizioni avverse detta anche ipertensione indotta dalla gravidanza o ipertensione transitoria benigna.

3 Iipertensione gestazionale con proteinuria o altre condizioni avverse altrimenti definita come preeclampsia, eclampsia, sindrome di HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low platelets).

1 L'incremento gestazionale dei valori tensivi può essere sovrapposto ad una preesistente condizione ipertensiva, con-

dizione che magari non era nota e viene smascherata per la prima volta durante la gravidanza. In questi casi il monitoraggio pressorio deve essere scrupoloso. Non deve spaventare l'eventuale aumento o inizio della terapia antipertensiva, anche se è comprensibile; in realtà è più pericoloso tenersi l'ipertensione arteriosa magari perché "non si sente niente" o peggio "sono anni che è così...". In gravidanza questa condizione se tenuta sotto controllo non crea particolari problemi e dopo il parto si tornerà gradualmente alle condizioni precedenti il concepimento.

2 Ci sono forme benigne di ipertensione gestazionale che compaiono solo durante la gravidanza e che se ben controllate si risolvono post-partum.

3 Infine la preeclampsia: questa è l'evenienza pericolosa che dobbiamo tentare di scampare. La sua origine fisiopatologica è diversa rispetto alle altre forme ipertensive: in questo caso l'ipertensione è infatti una conseguenza e non la causa della sindrome clinica. Concorrono a determinarla anche disfunzioni placentari

Attività fisica e gravidanza

Se non ci sono controindicazioni (vedi tabella 1), l'attività fisica in gravidanza è sicuramente da consigliare, conserva un buon tono muscolare (che sarà utile durante il parto), attiva la motilità intestinale, aiuta a non ingrassare troppo e a mantenere il buon umore. Le linee guida e le raccomandazioni dei medici dello sport sono tuttavia molto precise e rigorose circa le modalità di esecuzione dell'attività fisica, pertanto, in qualsiasi caso, la futura mamma si deve rivolgere ad uno specialista per la stesura del programma e farsi seguire da un professionista durante l'eventuale attività sportiva o di fitness.

L'esercizio più semplice e raccomandato è il cammino, per un totale di 30 minuti, moderato, e per almeno tre sedute la settimana. Lo stretching è assai utile per mantenere la confidenza con il corpo e perché consente un'attivazione muscolare alle esigenze della gestante. I corsi pre-parto comprendono esercizi per la colonna vertebrale, la muscolatura addominale, respiratoria e quella del perineo. Il nuoto è consigliato assieme a tutte le attività acquatiche

per cui i normali adattamenti cardiocircolatori - aumento del volume plasmatico e diminuzione delle resistenze periferiche - non avvengono. Vi è una ridotta perfusione placentare, epatica, renale e cerebrale a cui in parte consegue una disfunzione endoteliale e il conseguente accumulo di tossine vasoattive. Queste ultime sono responsabili della maggior parte se non della totalità delle manifestazioni cliniche.

Conclusioni

In ogni caso i valori pressori in gravidanza vanno tenuti entro un range di normalità che le recenti linee guida definiscono <140/90mmHg. Al di sopra di tali valori l'ipertensione va trattata farmacologicamente perché, anche se asintomatica, predispone sia la mamma sia il feto a complicanze anche temibili.

proprio perché in acqua si riduce il peso articolare per una diminuzione della forza di gravità.

Le attività sportive che comportano corsa, scatti e salti (running, tennis, atletica, ginnastica aerobica di medio e alto impatto) in linea di massima dovrebbero essere evitate, così come tutte le attività che determinano un incremento dell'acido lattico e della pressione intra-addominale (sport di potenza e velocità). I punti essenziali raccomandati dall'AGOG sono riportati nella tabella 2.

Complicanze nel parto: nuovo indicatore di rischio cardiovascolare

La premessa: le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte nelle donne.

Recentissima è l'indicazione che l'esito del parto rappresenta una specie di "test precoce di stress naturale"; come dire un pic-



colo indizio che sommato agli altri aumenta la nostra capacità predittiva nei confronti delle malattie cardiovascolari. Non può essere solo un caso che nelle donne reduci da eclampsia gravidica la concentrazione di Proteina C Reattiva (PCR) sia il doppio più alta rispetto alle donne che hanno avuto un parto normale. La PCR è un marker infiammatorio che negli ultimi anni è sempre più strettamente associato al rischio cardiovascolare. Tanto più che altri fattori di rischio cardiovascolare sono legati ad alti livelli di PCR (per esempio le alterazioni del profilo glicolipidico).

Le donne con parto complicato e PCR persistentemente elevata sembrano dunque maggiormente a rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e necessitano di un precoce intervento sugli stili di vita e quindi su tutti i fattori di rischio modificabili così da avere anni per poter contribuire a ridurre il rischio cardiovascolare globale.

Disturbi del sonno e gravidanza

I disturbi del sonno sono frequenti in gravidanza.

Il cardiologo deve fare alcune considerazioni quando invece si verifica la cosiddetta sindrome dell'apnea ostruttiva notturna, essendo l'unica condizione che alcuni associano all'incremento del rischio di ipertensione arteriosa e preeclampsia. Il sintomo più frequente può essere il russare. La causa più frequente è l'obesità.

Quando questa venga accertata sarà necessario controllare scrupolosamente i valori pressori, le modificazioni della frequenza cardiaca durante le 24 ore e le eventuali aritmie; indispensabile una dieta e il controllo del peso corporeo.

Fumo e gravidanza

Una novità: fumare in gravidanza predispone il nascituro al sovrappeso. Se possibile, si aggiunge un nuovo elemento di danno da fumo di sigaretta; dopo il rischio di nascere sottopeso o di avere difetti di sviluppo, il bambino nato da madre fumatrice ha maggior rischio di ritrovarsi in sovrappeso. Questo rischio è proporzionale al numero di sigarette fumate dalla mamma durante la gravidanza, con un incremento del 17% ogni 10 sigarette fumate al giorno.

Tabella 1

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ESERCIZIO IN GRAVIDANZA

- Gravi patologie cardiache e aritmie
- Patologie vascolari periferiche
- Ipertensione arteriosa insorta in gravidanza
- Incontinenza cervicale
- Due o più aborti spontanei in gravidanze precedenti
- Pre-eclampsia o eclampsia
- Malnutrizione
- Gravidanza gemellare

Tabella 2

RACCOMANDAZIONI PER LA CORRETTA PRATICA DI FITNESS E GINNASTICA DURANTE LA GRAVIDANZA

- Svolgere idoneo riscaldamento per innalzare la temperatura corporea in maniera graduale e idratarsi prima dell'esercizio
- Evitare sport che possono comportare trauma addominale
- Evitare specialità sportive o di fitness troppo impegnative
- Evitare gli sforzi isometrici e i sovraccarichi
- Dopo la 20a settimana evitare gli esercizi da sdraiata (decubito supino)
- Dopo l'esercizio effettuare un adeguato riposo della durata almeno pari all'allenamento
- Sono vietate la sauna e i bagni turchi



L'ETÀ D'ORO DELLA DONNA

Un fattore che gioca a sfavore delle donne è la fine dell'età fertile con la perdita del cosiddetto "ombrello estrogenico". L'importanza della menopausa in sé come fattore di rischio, tuttavia, deve essere ancora definita. Sappiamo che in menopausa aumenta il livello di colesterolo totale e in particolare della frazione "cattiva" LDL, si riduce la sensibilità all'insulina con secondario aumento di peso ed esposizione al diabete, tuttavia uno studio recente ha osservato che solo le donne fumatrici in menopausa hanno un reale aumento aggiuntivo del rischio di cardiopatia ischemica.

Probabilmente questo periodo va tenuto presente poiché coincide con una serie di alterazioni che stanno alla base dei fattori di rischio classici. Infatti l'invecchiamento porta a maggiore sedentarietà che a sua volta produce aumento ponderale. Questa modifica del proprio aspetto può essere causa di depressione e questa, riscontrata due volte di più nelle donne che negli uomini, è in grado di modificare l'incidenza di eventi coronarici e nei soggetti con infarto miocardico è un predittore significativo di mortalità a 6 mesi. In teoria, se pensiamo

che storicamente le donne in età fertile erano state considerate poco "affidabili" attribuendo al ciclo mestruale la responsabilità di una serie di alterazioni comportamentali e di eccessive variazioni dell'umore (è nota a tutti la derivazione del termine "isterico" da "hysteron", utero in greco), dovremmo guardare alla menopausa come ad un periodo ottimale, invece non è così. Ecco perché la ricerca clinica si è dedicata a valutare l'effetto di una terapia sostitutiva ormonale che ripristinasse l'effetto protettivo nei confronti di malattie infiammatorie, osteoporosi, sintomatologia vasomotoria (le note "vampate"), ma soprattutto per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Menopausa e terapia ormonale sostitutiva

Il "Women Health Initiative" è il più ampio studio sull'invecchiamento mai approvato; ha arruolato donne tra i 50 e i 79 anni. In questo studio, randomizzato, controllato, la commissione per il monitoraggio sulla sicurezza dello studio ha formato il gruppo



che riguardava l'associazione estrogeno e progestinico nel 2002 perché, dopo 5,2 anni di follow up, il rischio totale per la salute è stato maggiore rispetto al beneficio, in particolare per eventi cardiovascolari (infarto, ictus ed embolia polmonare). Un altro studio (HERS) di prevenzione secondaria non ha dimostrato alcun beneficio cardiovascolare della terapia ormonale e un rischio maggiore di eventi trombotici venosi. A questo punto le Linee Guida nazionali rivedendo i risultati di questi studi hanno promosso altre modalità per la prevenzione della malattia cardiaca nelle donne.

Anche la "Position Statement" della Società Internazionale della Menopausa del 2004 raccomanda la terapia estroprogestinica, o solo estrogenica nelle donne isterectomizzate, per la cura della sintomatologia vasomotoria ("vampate") e urogenitale (secchezza delle mucose), per la prevenzione della perdita ossea e delle fratture ad essa correlate, dell'atrofia del tessuto connettivo e degli epiteli, ma non si esprime sulla prevenzione cardiovascolare né neuroprotettiva.

Cosa fare

in menopausa?

Innanzitutto porre maggiore attenzione ai propri fattori di rischio. Solo una donna su tre, secondo una recente indagine, è attenta alla prevenzione anche quando può essere molto semplice: movimento e astensione dal fumo. Le donne sono disponibili, attente e precise nell'accompagnare i figli in piscina, palestra e a proporre qualsiasi programma atto alla loro crescita armoniosa, ma non trovano il tempo per dedicare a se stesse un'attività fisica costante (bastano 30 minuti al giorno di cammino a passo sostenuto, 4-5 km/h) che, come rilevato dall'OMS riduce il rischio di infarto e ictus del 30%, migliorando anche il tono dell'umore.

In conclusione, il mondo accademico e scientifico ha sottovalutato sinora l'importanza della malattia cardiovascolare nella donna, ma sono attualmente in corso grossi studi clinici al femminile promossi dai maggiori Istituti americani (National Institute of Health e Food and Drug Administration) che daranno risposte più chiare. Compito di ogni donna è non sottovalutare i propri fattori di rischio (per esempio curando l'ipertensione e non attribuendola solo all'ansia) e sottoporsi quando si è nel dubbio a visite e ai test diagnostici più idonei perché seppur costruite bene (tanto da sopportare il grande carico ormonale ed emodinamico di una gravidanza) e più longeve degli uomini, la maggior parte delle donne oggi conduce una vita lavorativa simile a quella degli uomini e il controllo dello stress non sempre è ottimale. Non si può difendere il proprio diritto alla salute senza la personale consapevolezza di aver fatto quanto è possibile per prevenire la malattia cardiovascolare, la più importante per la donna di oggi.



CARDIOLOGIA Responsabile

Dr.ssa Silvana Scarpini

Équipe

Dr. Roberto Corno

Dr.ssa Margherita Dell'Orto

Dr. Giovanni Marinelli

Dr. Alessandro Dabalà

Dr. Davide Girola

Dr. Walter Sesana

Dr. Enrico Triulzi

5 per
mille

Con la tua firma e il
codice fiscale **97301140154**
della Fondazione PRO.SA onlus
dona il 5 x mille delle tue tasse
ai progetti delle
**MISSIONI
CAMILLIANE**



SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMATA, in UNO degli spazi sottostanti)

Scegliere dal volontariato, dalle organizzazioni non lucrative di utilità sociale,
dalle associazioni di protezione sociale, dalle associazioni e fondazioni

Finanziamento
della ricerca scientifica e delle università

FIRMA

Codice fiscale del
beneficiario (eventuale)

97301140154

codice fiscale della PRO.SA onlus
per sostenere i progetti CAMILLIANI

Finanziamento
della ricerca sanitaria

Attività sociali svolte dal contribuente o in misura
del contribuente

FIRMA

Codice fiscale del
beneficiario (eventuale)

FIRMA

In aggiunta a quanto spiegato nell'informativa sul trattamento dei dati, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

AVVERTENZE

Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Per alcune

delle finalità il contribuente ha la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

PRO.SA
ONLUS
FONDAZIONE PER
LA PROMOZIONE UMANA
E LA SALUTE

Per informazioni: tel. 02.67100990 - www.fondazioneprosa.org