

## Dalla Letteratura

### Prevenzione primaria dell'ictus grazie a uno stile di vita sano

Circulation 2008;118:947-54

Chiuve SE, Rexrode KM, Spiegelman D, Logroscino G, Manson JE, Rimm EB

Harvard School of Public Health, Department of Nutrition, Boston, USA

**Premessa.** L'associazione dei fattori correlati a uno stile di vita sano comporta una riduzione del rischio di coronaropatia, diabete e patologia cardiovascolare totale. Poco si conosce sinora circa l'impatto di svariati fattori inerenti allo stile di vita sul rischio di ictus.

**Metodi e risultati.** Abbiamo condotto uno studio prospettico su una coorte di 43.685 uomini e di 71.243 donne seguiti nell'ambito rispettivamente del Health Professionals Follow-up Study e del Nurses' Health Study. L'alimentazione e altri fattori relativi allo stile di vita sono stati aggiornati con i dati di questionari autocompilati. Abbiamo definito uno stile di vita a basso rischio come assenza di abitudine al fumo, indice di massa corporea < 25 kg/m<sup>2</sup> e pratica di almeno 30 min al giorno di attività moderata, moderato consumo di alcol (uomini, da 5 a 30 g/die; donne, da 5 a 15 g/die), e un punteggio entro il 40% o superiore della scala dell'alimentazione sana. Durante il follow-up sono stati documentati 1559 ictus (853 ischemici, 278 emorragici) tra le donne e 994 ictus (600 ischemici, 161 emorragici) tra gli uomini. Le donne con tutti i 5 fattori di rischio avevano un rischio relativo di 0,21 (intervallo di confidenza [IC] al 95% 0,12, 0,36) per entrambi i tipi di ictus e di 0,19 (IC al 95% 0,09, 0,40) per l'ictus ischemico rispetto alle donne che non avevano neppure uno di questi fattori di rischio. Tra gli uomini, i rischi relativi erano 0,31 (IC al 95% 0,19, 0,53) per entrambi i tipi di ictus e 0,20 (IC al 95%, 0,10, 0,42) per l'ictus ischemico utilizzando lo stesso metodo di paragone. Tra le donne, il 47% (IC al 95% 18 a 69) di entrambi i tipi di ictus e il 54% (IC al 95% 15 a 78) dei casi di ictus ischemico potevano attribuirsi al mancato rispetto di uno stile di vita a basso rischio; tra gli uomini, il 35% (IC al 95% 7 a 58) di entrambi i tipi di ictus e il 52% (IC al 95% 19 a 75) degli ictus ischemici si potevano in realtà prevenire.

**Conclusioni.** Uno stile di vita a basso rischio che si associa a un rischio ridotto di malattia cronica multipla può anche essere di beneficio nella prevenzione dell'ictus, soprattutto di quello ischemico.

### Concentrazioni plasmatiche elevate di proteina-4 legante il retinolo e basse concentrazioni plasmatiche di adiponectina si associano alla gravità dell'intolleranza al glucosio nelle donne con previo diabete gestazionale

J Clin Endocrinol Metab 2008;93:3142-8

Choi SH, Kwak SH, Youn BS, Lim S, Park YJ, Lee H, Lee N, Cho YM, Lee HK, Kim YB, Park KS, Jang HC

Division of Endocrinology and Medicine, Department of Internal Medicine, Seoul National University Bundang Hospital, Bundang-Ku, Sungnam City, South Korea

**Contesto.** Le donne con pregresso diabete gestazionale (pGDM) sono ad alto rischio di sviluppare il diabete mellito di tipo 2 nel tempo successivo. Il ruolo delle adiponectine nelle donne affette da pGDM non è stato stabilito.

**Obiettivo.** Abbiamo indagato se la concentrazione in circolo di adipochine si associ ad alterazione della tolleranza al glucosio nelle donne con pGDM.

**Disegno, contesto, pazienti e principali risultati.** Abbiamo misurato le concentrazioni plasmatiche di proteina-4 legante il retinolo (RBP4), transtiretina (TTR) e adiponectina e i parametri metabolici di quattro gruppi di donne: 17 che mostravano durante una precedente gravidanza una tolleranza normale al glucosio (NGT), 72 con NGT dopo GDM (GDM-NGT), 60 con una tolleranza ridotta dopo GDM (GDM-IGT) e 8 con diabete di tipo 2 dopo GDM.

**Risultati.** La concentrazione plasmatica di RBP4 era significativamente maggiore nelle donne con GDM-DM, GDM-IGT, e GDM-NGT rispetto a quelle con NP. La concentrazione di RBP4 si correlava in modo positivo con la concentrazione di TTR, con le concentrazioni di glucosio a digiuno, insulina e trigliceridi, con la pressione sanguigna, con un accumulo di grasso addominale e con la valutazione del modello di omeostasi della resistenza all'insulina. La concentrazione plasmatica di TTR era più elevata nelle donne con GDM-DM rispetto agli altri gruppi. Al contrario, la concentrazione di adiponectina era la più bassa nel gruppo con GDM-DM e si correlava in modo inverso con i parametri della resistenza all'insulina. La concentrazione di resistina era più elevata solo nei gruppi GDM-NGT e GDM-IGT, mentre non vi era nessuna differenza tra i gruppi per quel che riguardava la leptina. Le concentrazioni plasmatiche di RBP4 e adiponectina si correlavano in modo inverso.

**Conclusioni.** La gravità dell'intolleranza al glucosio nelle donne con pGDM si associa a elevate concentrazioni di RBP4 e ridotte concentrazioni di adiponectina.

### Rischio di amputazione non traumatica degli arti inferiori nei pazienti affetti da diabete di tipo 1 – Uno studio di coorte basato sulla popolazione in Svezia

Diabetes Care 2008;31:1536-40

Jonasson JM<sup>2</sup>, Ye W<sup>1</sup>, Sparén P<sup>1</sup>, Apelqvist J<sup>3</sup>, Nyrén O<sup>1</sup>, Brismar K<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; <sup>2</sup>Department of Molecular Medicine and Surgery, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; <sup>3</sup>Department of Internal Medicine, University Hospital, Lund, Sweden

**Obiettivo.** Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare i rischi di amputazione non traumatica degli arti inferiori (AAI) nei pazienti affetti da diabete di tipo 1.

**Disegno dello studio e metodi.** Abbiamo identificato 31.354 pazienti affetti da diabete di tipo 1 (15.001 donne e 16.353 uomini) nel registro svedese dei ricoveri tra il 1975 e il 2004. L'incidenza delle AAI non traumatiche è stata seguita fino al 31 dicembre 2004 facendo riferimenti crociati con il registro dei ricoveri e i registri dei decessi e delle migrazioni. Si è utilizzato il modello di regressione di Poisson per paragonare i rischi di AAI non traumatiche durante diversi periodi temporali del follow-up, facendo correzioni sia per il sesso sia per l'età raggiunta nel follow-up. Sono stati usati rapporti di incidenza standardizzati (*standardized incidence ratios*, SIR) per valutare i rischi relativi (RR) all'età e al sesso, e si è usato come riferimento la popolazione generale svedese durante un uguale periodo di tempo. La probabilità cumulativa di AAI non traumatiche è stata calcolata con il metodo Kaplan-Meier.

**Risultati.** In totale, 465 pazienti affetti da diabete di tipo 1 sono stati sottoposti a AAI non traumatiche. Il rischio era inferiore durante il periodo più recente (2000-2004) rispetto a quello prima del 2000 (RR 0,6 [IC al 95% 0,5-0,8]). Tuttavia, anche in questo periodo più recente, il rischio di AAI non traumatiche tra questi pazienti relativamente giovani era 86 volte superiore rispetto a quello della popolazione generale presa a paragone (SIR 85,8 [72,9-100,3]). All'età di 65 anni, la probabilità cumulativa di essere sottoposti a una AAI non traumatica era dell'11% nelle donne affette da diabete di tipo 1 e del 20,7% negli uomini affetti da diabete di tipo 1.

**Conclusioni.** Anche se i rischi sembravano essere diminuiti negli ultimi anni, i pazienti affetti da diabete di tipo 1 hanno ancora un rischio molto elevato di essere sottoposti ad AAI non traumatiche.

### Trend temporali nell'incidenza del diabete di tipo 1 nei bambini finlandesi: uno studio di coorte

Lancet 2008;371:1777-82

Harjutsalo V, Sjöberg L, Tuomilehto J

Diabetes Unit, Department of Health Promotion and Chronic Disease Prevention, National Public Health Institute, Helsinki, Finland

**Premessa.** La Finlandia presenta il tasso di incidenza di diabete di tipo 1 più elevato al mondo, che negli anni '90 è stato stimato pari a 40 su 100.000 persone all'anno. Il nostro obiettivo è quello di valutare il trend temporale dell'incidenza del diabete di tipo 1 dal 2000 in poi nei bambini finlandesi al di sotto dei 15 anni e di prevedere il numero di casi di diabete di tipo 1 nel futuro.

**Metodo.** Sono stati inclusi nello studio tutti i bambini nei quali tra il 1985 e il 2000 in Finlandia è stato diagnosticato diabete di tipo 1 e che sono stati inseriti nel registro del diabete del Sistema Sanitario Nazionale, nel registro centrale dei farmaci e nel registro delle dimissioni ospedaliere. Abbiamo escluso i pazienti affetti da diabete di tipo 2, con diabete secondario ad altre condizioni, come l'uso di steroidi, la sindrome di Down e le malformazioni congenite del pancreas.

**Risultati.** Durante il periodo 1985-2000 il diabete di tipo 1 è stato diagnosticato in 10.737 bambini (5816 maschi e 4921 femmine) di età inferiore a 15 anni. L'incidenza media standardizzata per l'età era di 42,9 per 100.000 all'anno (IC al 95% 42,6-44,3) durante questo periodo, con un aumento da 31,4 per 100.000 all'anno nel 1980 a 64,2 per 100.000 nell'anno 2005. I tassi età-specifici per 100.000 all'anno erano rispettivamente 31,0, 50,5 e 50,6 alle età di 0-4 anni, 5-9 anni e 10-14 anni. Abbiamo notato una significativa componente non lineare del trend temporale ( $p < 0,0003$ ). Nei bambini di età 0-4 anni vi è stato l'aumento maggiore, raggiungendo un 4,7% in più di bambini colpiti ogni anno. Il rapporto globale dell'incidenza maschi/femmine era di 1,1; all'età di 13 anni, era di 1,7 (1,4-2,0). Il numero cumulativo previsto di nuovi casi di diabete di tipo 1 prima dei 15 anni di età tra il 2006 e il 2020 è di circa 10.800.

**Interpretazione.** L'incidenza del diabete di tipo 1 nei bambini finlandesi sta aumentando ancora più velocemente di quanto osservato in precedenza. Il numero dei nuovi casi diagnosticati prima o all'età di 14 anni raddoppierà nei prossimi 15 anni e l'età dell'insorgenza si abbasserà (0-4 anni).

**Screening dei lipidi e salute cardiovascolare nell'infanzia**

Pediatrics 2008;122:198-208

Daniels SR, Greer FR; Committee on Nutrition; Greer FR, Bhatia JJ, Daniels SR, Schneider MB, Silverstein J, Stettler N, Thomas DW, Blum-Kemelor D, Marchand V, Grummer-Strawn L, Hubbard RA, Silverman BM, Burrowes D

Questo rapporto clinico sostituisce il *policy statement* del 1998 dell'Accademia Americana dei Pediatri sul colesterolo nell'infanzia, che è stato ritirato. Questo rapporto acquisisce nuova urgenza considerando l'attuale epidemia di obesità infantile con il conseguente aumento del rischio di diabete mellito di tipo 2, di ipertensione e di malattia cardiovascolare nei bambini più grandi e negli adulti. Un approccio che prevede lo screening di bambini e di adolescenti con valutazione del profilo lipidico a digiuno è considerato ottimale. I bambini in sovrappeso appartengono a una speciale categoria di bambini a rischio e necessitano dello screening del colesterolo a prescindere dalla storia familiare e da altri fattori di rischio. Questo rapporto enfatizza la necessità di prevenzione della malattia cardiovascolare seguendo le Linee Guida sull'Alimentazione per gli Americani e l'aumento dell'attività fisica, e inoltre comprende una revisione degli agenti farmacologici e le indicazioni per trattare la dislipidemia nei bambini.

*La pubblicazione dell'articolo ha suscitato diverse prese di posizione, poiché le nuove raccomandazioni costituiscono un notevole cambiamento rispetto alla precedente pratica consolidata. Il Comitato di esperti, infatti, oltre a proporre l'attuazione di uno screening più esteso e sottolineare la necessità di migliorare la qualità dei lipidi della dieta più che ridurre il consumo, ha suggerito di abbassare da 10 a 8 anni l'età nella quale la terapia farmacologica può essere iniziata e di includere le statine tra i farmaci potenzialmente di prima scelta nel bambino con dislipidemia. Su quest'ultimo controverso punto sono focalizzati gli editoriali pubblicati sul British Medical Journal (Baur LA. Tackling obesity in children and adolescents. 2008;337:a1037) e sul New England Journal of Medicine (de Ferranti S, Ludwig DS. Storm over statins – The controversy surrounding pharmacologic treatment of children. 2008;359:1309).*