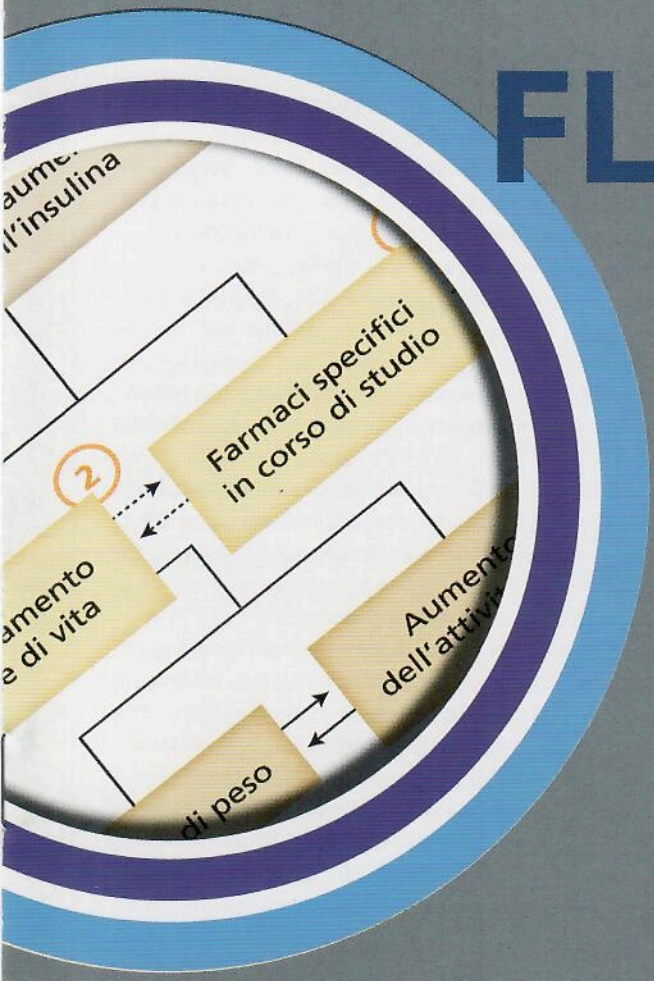
MENSILE - POSTE ITALIANE SPA -SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1

ESTRATTO

# medico e paziente 8

Periodico di formazione e informazione per il Medico di famiglia
Anno XXXII n. 8 ottobre 2006

## SPECIALE
# FLOW CHART




- Diagnosi e terapia del nodulo tiroideo
- Iter diagnostico della sincope nel paziente anziano
- **Le riacutizzazioni infettive nel paziente con BPCO**
- L'insulino-resistenza nel paziente obeso
- Approccio razionale alla malattia emorroidaria

edifarm

# Le riacutizzazioni infettive nel paziente con BPCO

## INDICAZIONI DIAGNOSTICHE E DI TRATTAMENTO

## Introduzione

Lo *Streptococcus pneumoniae*, indicato comunemente come pneumococco, è uno dei batteri che sempre più spesso viene chiamato in causa nell'ambito delle patologie respiratorie infettive. Il batterio, di cui esistono 90 sierotipi differenti ciascuno dei quali presenta specifiche proprietà antigeniche, è ritenuto a livello mondiale uno dei maggiori responsabili di infezioni non solo localizzate come otite, sinusite o polmonite non invasiva, ma anche diffuse e molto gravi, come polmonite invasiva, batteriemia o meningite.

Nel corso degli ultimi anni l'interesse nei confronti di questo patogeno è sensibilmente aumentato dal momento che le complicanze conseguenti all'infezione hanno portato a un aumento delle ospedalizzazioni come anche dei decessi.

I dati circa l'incidenza della polmonite pneumococcica variano in modo significativo a seconda delle aree considerate e soprattutto sono soggetti a errore dovuto al fatto che le forme meno gravi possono passare inosservate, e il test viene solitamente preso in considerazione in caso di patologia invasiva associata a complicanze.

Negli Stati Uniti, secondo i dati, si registrano almeno 500mila casi/anno di polmonite, 3-6mila casi di meningite, 50mila casi di batteriemia e oltre 7 milioni di casi di otite media. Nei Paesi europei le dimensioni del fenomeno sembrano più contenute. In Europa infatti, l'incidenza complessiva delle malattie pneumococciche invasive nella popolazione generale varia tra 5,2 e 15,2 casi/100mila abitanti, con punte di 40/100mila nella fascia di età 0-2 anni e 90/100mila negli "over 80" (Nielsen et al., 1996; Ministero della salute, 2001). Per quel che riguarda il tasso di ospedalizzazione, i dati indicano un aumento in funzione dell'età (FIGURA 1). Analogo trend si osserva anche per il tasso di decesso (FIGURA 2) che subisce un notevole incremento soprattutto negli adulti-anziani al di sopra dei 60 anni.

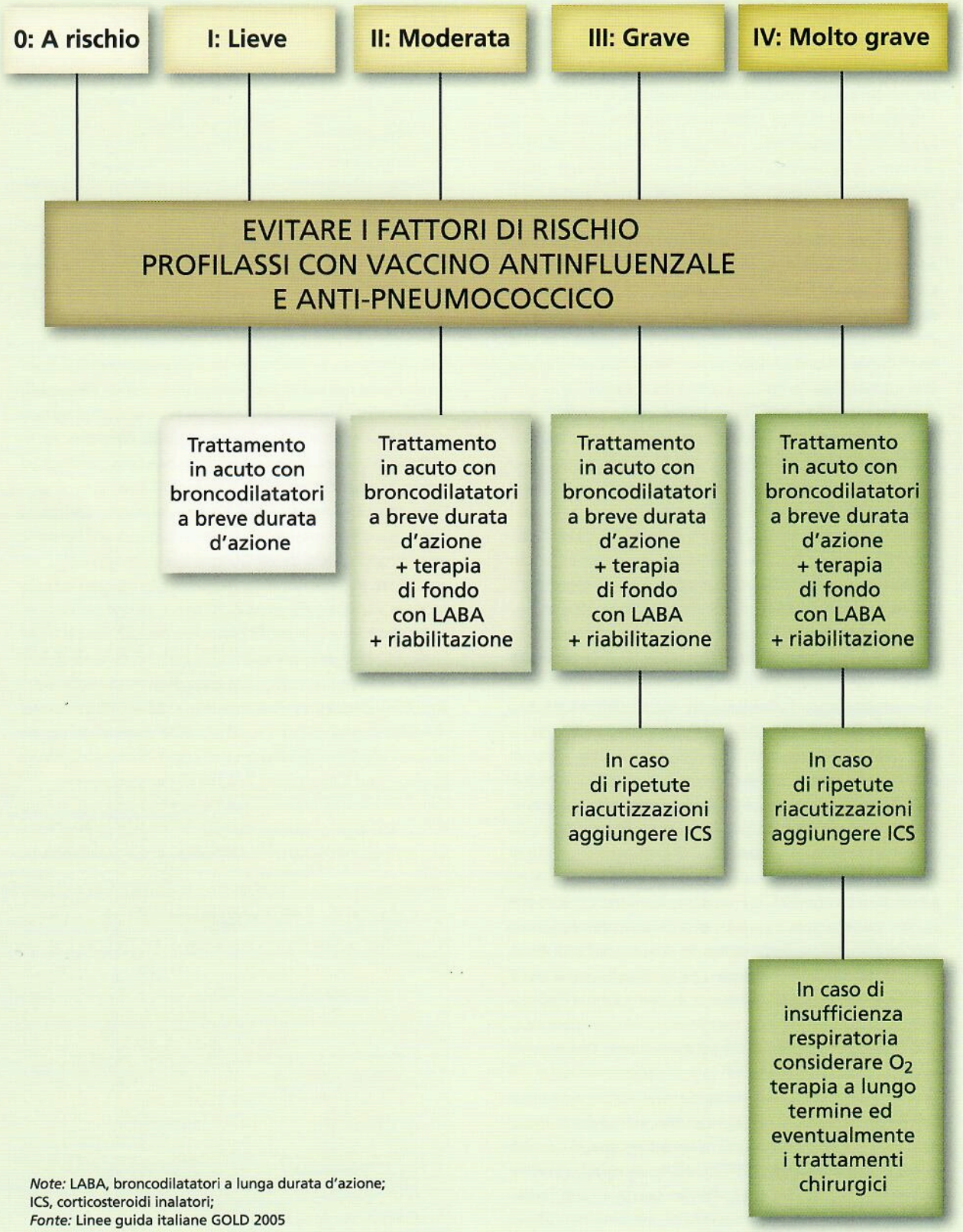
## Fattori di rischio per l'infezione da pneumococco

*S. pneumoniae* è un batterio ubiquitario, colonizza il faringe e circa il 30-50 per cento dei soggetti ne è portatore asintomatico.

La trasmissione dello pneumococco avviene per via aerea e dal nasofaringe per contiguità l'infezione può diffondersi all'orecchio medio o ai seni paranasali oppure attraverso le basse vie respiratorie può raggiungere il polmone, provocando la polmonite non invasiva.

In particolari circostanze il batterio può spingersi fino alle meningi (meningite) oppure si riversa nel torrente circolatorio (batteriemia). L'elevata carica batterica, attraverso il sangue, inoltre potrebbe raggiungere il tessuto polmonare dando luogo alla polmonite invasiva. Oltre ai bambini di età inferiore ai 5 anni, le categorie a più alto rischio di infezione e complicanze sono rappresentate da anziani al di sopra dei 65 anni (per esempio i soggetti con età pari a 80 anni mostrano un aumentato rischio rispetto a quelli di età pari a 50 anni, con un odds ratio corrispondente a 4,3), pazienti con patologie croniche quali cardio- e vasculopatie, diabete, nefropatie, epatopatie, soggetti immunocompromessi (per infezione da HIV, leucemie o linfomi) come anche le persone con asplenia anatomica o funzionale. Anche le patologie respiratorie croniche, asma e soprattutto broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) costituiscono un fattore per aumentato rischio di infezioni (TABEL-

# ALGORITMO PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON BPCO




*Note:* LABA, broncodilatatori a lunga durata d'azione;
ICS, corticosteroidi inalatori;
*Fonte:* Linee guida italiane GOLD 2005

# L'insulino-resistenza nel paziente obeso

## DIAGNOSI E TRATTAMENTO

## Introduzione

**Tra i problemi di salute pubblica che più premono sul prossimo futuro, le condizioni di sovrappeso e obesità destano un allarme particolare. Le ragioni sono almeno due.**

**Innanzitutto, la loro prevalenza è in continua crescita tanto da avere assunto l'andamento e le proporzioni di una pandemia. In Europa quasi il 50 per cento della popolazione è in sovrappeso e il 30 per cento è obeso. In Italia secondo i recenti dati Istat la prevalenza dell'obesità è del 9,7 per cento, mentre è sovrappeso il 20 per cento della popolazione. Inoltre, circa il 4 per cento dei bambini italiani è obeso mentre il 20 per cento è in sovrappeso.**

**Alle due condizioni, inoltre, si accompagnano importanti alterazioni metaboliche strettamente correlate al rischio di sviluppare diabete tipo 2 e a un aumento del rischio di mortalità e morbilità cardiovascolare. Le prime alterazioni del metabolismo glucidico, che definiscono la condizione di "pre-diabete" IGT (Impaired Glucose Tolerance), ad alto rischio di malattie cardiovascolari, compaiono già nei 10 anni che precedono la diagnosi di malattia, che si svilupperà in oltre la metà dei casi. Questo dato può fornire utili strumenti di prevenzione, soprattutto in considerazione del fatto che l'IGT, nonostante sia molto frequente, è una condizione ampiamente sottovalutata.**

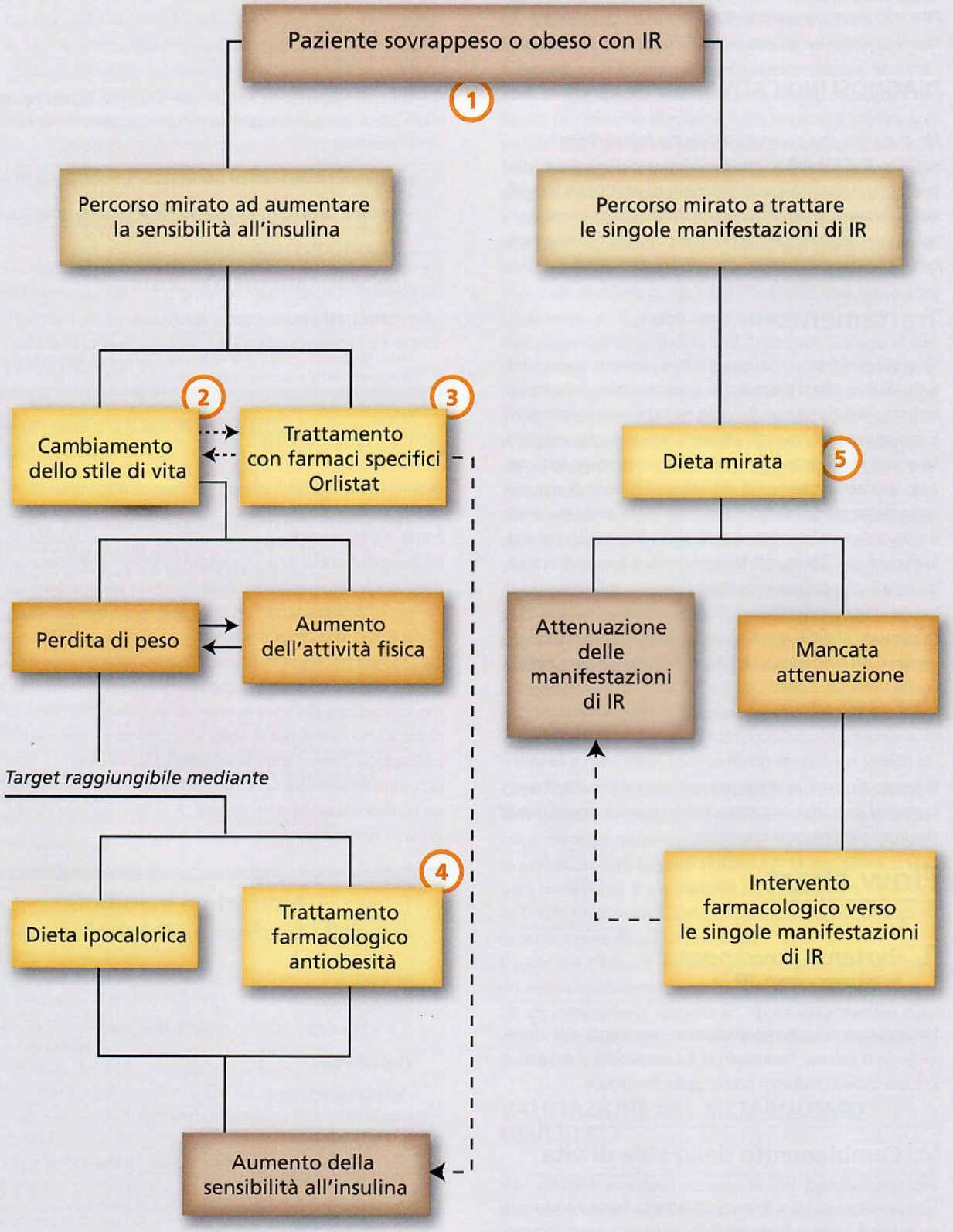
**Il sovrappeso e l'obesità sono problemi che affliggono circa il 90 per cento dei soggetti diabetici; la prevalenza dell'alterazione glucidica è tre volte maggiore negli adulti obesi rispetto ai normopeso oltre che essere direttamente correlata all'indice di massa corporea (BMI). La probabilità di sviluppare la patologia, infatti, aumenta in modo "dose-dipendente" all'aumentare dell'indice di massa corporea e si è visto che nei soggetti con BMI superiore ai 35 kg/m$^2$ il rischio è 20 volte maggiore rispetto ai soggetti con valori compresi tra 18,5 e 24,9 kg/m$^2$ (FIGURA 1).**

**Questa relazione spiega perché, di pari passo con l'aumento dell'obesità e del sovrappeso sia andata aumentando, in modo continuo, anche la prevalenza del diabete. Alla base delle due condizioni, infatti, è presente una condizione comune: l'insulino-resistenza, che influenza in modo negativo la disponibilità di glucosio insulino-mediata.**

### L'INSULINO-RESISTENZA

L'insulino-resistenza (IR) è una condizione caratterizzata dall'incapacità dell'insulina di produrre i suoi effetti biologici a livello cellulare a causa della diminuita sensibilità che i tessuti manifestano nei confronti della sua azione. L'organismo reagisce con un aumento compensatorio nella secrezione di insulina. Questa disfunzione metabolica è correlata con diverse condizioni cliniche come il diabete mellito tipo 2 e la sindrome dell'ovaio policistico, l'ipertensione arteriosa e la steatosi epatica non alcolica, oltre che con elevato rischio di malattie cardiovascolari (CVD).

La presenza dell'IR e del diabete non è "automaticamente" consequenziale, e la maggior parte degli individui con IR, anzi, non sviluppa il diabete tipo 2 (FIGURA 2), sebbene sia esposta a un aumentato rischio di eventi cardiovascolari e altri disturbi. Le componenti di IR e di deficit secretivo a livello β cellulare sono co-presenti nel diabete mellito tipo 2, anche se nell'80-85 per cento dei pazienti prevale il primo difetto descritto. La transizione da una normale a una ridotta tolleranza ai carboidrati (IGT) e dall'IGT al diabete è segnata dal peggioramento della funzione β cellulare, responsabile anche del progressivo deterioramento del controllo glicemico. Infatti, è dimostrato che alla diagnosi di diabete è funzionale circa il 40 per cento della massa β cellulare iniziale.

**Testi a cura di**
**Emanuela Orsi**
U.O. Endocrinologia, Ospedale Maggiore Policlinico IRCCS
Milano

# TRATTAMENTO DELL'IR NEL PAZIENTE SOVRAPPESO O OBESO