

LA DONNA E LE CARDIOPATIE

Studi recenti riferiscono che il cuore delle donne si comporta in modo diverso rispetto a quello maschile. Il cuore femminile resiste alle malattie cardiovascolari in età fertile, per poi cedere nel periodo della menopausa. I tentativi di eseguire la terapia ormonale sostitutiva nella menopausa non hanno permesso di ridurre il "rischio cardiovascolare". Nel periodo fertile, il cuore è protetto poichè il quadro ormonale (*componente estrogena*) influenza l'evoluzione della malattia aterosclerotica modulando i fattori di rischio coronarici. La presenza degli estrogeni favorisce un profilo lipidico sfavorevole alla formazione della placca aterosclerotica. Il calo estrogenico che fa seguito alla menopausa produce, invece, un aumento del colesterolo totale e LDL, cui si associano una riduzione della frazione HDL ed una ridotta sensibilità all'insulina (*che a sua volta condiziona un maggior rischio di sviluppare diabete mellito*). Il quadro ormonale postmenopausale si associa inoltre ad un aumento significativo della pressione arteriosa e del peso corporeo. Il pannicolo adiposo si ridistribuisce secondo un modello androide (*con aumento del rapporto vita/fianchi*) aumentando la resistenza insulinica e favorendo l'insorgenza di eventi cardiaci (*facilitata anche dalla comparsa di disfunzione endoteliale*). La relazione tra genere e disfunzione endoteliale è stata valutata nel microcircolo periferico di donne sane e ipertese, dimostrando che, mentre nel sesso maschile l'invecchiamento è costante e omogeneo all'insorgenza della disfunzione endoteliale, nelle donne la funzione

endoteliale inizia a **deteriorarsi rapidamente a partire dall'insorgenza della menopausa.** La donna "raggiunge" per così

dire l'uomo solo dopo circa 20 anni dalla comparsa della menopausa stessa, provato dal fatto che, **dopo i 70 anni, la mortalità per infarto miocardico acuto è simile nei due sessi.** Ciò spiega anche perché l'insorgenza di un infarto in una donna ancora in età fertile abbia una prognosi assai più sfavorevole. Il miocardio della donna, sprovvisto di quel "condizionamento" tanto importante nel sesso maschile, è impreparato all'insulto ischemico e spesso risponde a esso con l'insufficienza ventricolare sinistra. Nella donna sono inoltre molto più frequenti **l'angina precoce postinfartuale** e complicazioni letali come la **rottura di cuore.** Spesso, poi, l'infarto nella donna giovane è problematico anche dal punto di vista terapeutico. E' frequente, infatti, che l'occlusione coronarica non sia dovuta alla classica fissurazione di placca complicata da trombosi, quanto piuttosto ad un'erosione superficiale e, talvolta, ad una dissecazione della coronaria. Questo evento, devastante per l'arteria è tipico, per non dire esclusivo, delle giovani donne, anche gravide, e sembra risentire di influenze ormonali. E ancora, specifici studi anatomo-patologici sulla struttura della placche aterosclerotica nei due sessi hanno dimostrato che la placca femminile presenta una significativa ipercellularità con caratteristiche di iperplasia neointimale rispetto a quella maschile. Per contro, nella placca femminile la sclerosi (*indicata dal tessuto fibroso denso*) è alquanto inferiore rispetto alla placca maschile. La placca femminile appare più "giovane" di quella maschile. All'insorgenza della malattie vascolari contribuiscono anche il diabete, il fumo (*che tra l'altro è in aumento nel sesso femminile*), l'ipertensione, l'obesità, ma anche l'anorexia, la depressione, la gravidanza. **Per proteggersi è sempre opportuno condurre un corretto stile vita:** mangiare senza grassi, fare attività fisica, non fumare, e per quanto possibile, cercare di auto-proteggersi dallo stress della vita quotidiana!



Dott. Raffaele Luise Specialista in Cardiologia

Viale J.F.Kennedy 86, Pescara Tel. 085.4711542 luiraf@webzone.it