

Gruppo di Medicina di Genere News n. 1



Presentazione

a cura di Valeria Manicardi
Coordinatore Gruppo Donna
valeria.manicardi@ausl.re.it

Nasce con questo numero de "Il Giornale di Aemmedi" una nuova rubrica dedicata alla Medicina di Genere in Diabetologia e nelle malattie metaboliche, curata dal Gruppo Donna di AMD. La Medicina di Genere non è una nuova specialità medica, ma una nuova dimensione della Medicina che attraversa tutte le specialità e vuole approfondire l'influenza del genere sulla fisiologia, la fisiopatologia e la

patologia umana, ma anche il ruolo che le condizioni sociali e culturali possono avere sulla malattia e sull'approccio alle cure.

Per molti anni le malattie, la loro prevenzione e terapia (in particolare i farmaci), sono stati studiati prevalentemente su casistiche di sesso maschile. Il Gruppo Donna di AMD vuole esplorare le differenze nella manifestazione clinica delle malattie metaboliche e del diabete in entrambi i generi e valutarne le diverse necessità di cura e di organizzazione, per una maggiore appropriatezza terapeutica.

L'intento di questa rubrica è di portare all'attenzione dei lettori della rivista gli studi di maggiore interesse in questo campo, le review, le metanalisi, i trials che possono permettere di mantenere un aggiornamento agile su un tema che oggi è all'attenzione di tutti e offre sicuramente spunti di riflessione di grande interesse.

Gruppo Donna



Valeria Manicardi
Reggio Emilia



Maria Rosaria Cristofaro
Campobasso



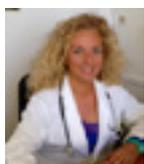
Concetta Suraci
Roma



Maria Franca Mulas
Cagliari



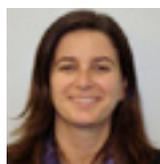
Angela Napoli
Roma



Ada Maffettone
Napoli



Maria Chiara Rossi
CMN Sud, Chieti



Cristina Ferrero
AMD, Roma



Maria Rosaria Improta
Napoli



Maria Filippina Angius
Olbia



Elisabetta Torlone
Perugia



Patrizia Li Volsi
Pordenone



Giuseppina Russo
Messina



Maria Calabrese
Prato



Paola Bianchi
Roma

Differenze specifiche di genere nella prevenzione del diabete: revisione sistematica della letteratura e metanalisi

A cura di Maria Rosaria Improta
per il Gruppo Donna

improtasaria@libero.it

Il trattamento delle persone con prediabete, attraverso le modifiche stile di vita e la terapia ipoglicemizzante, permette prevenire o rallentare la progressione a diabete di tipo 2 (DM2). Sussistono, altresì, differenze di genere nella prevalenza del DM2 in relazione all'età: più alta negli uomini rispetto alle donne di mezza età e più alta nelle donne rispetto agli uomini di età avanzata. Gli studi suggeriscono, inoltre, che gli uomini e le donne con prediabete differiscono anche in insulino-resistenza a sfavore dei primi, anche se sembra essere maggiore la prevalenza di ridotta tolleranza al glucosio nelle donne rispetto agli uomini.

Lo studio pubblicato sull'ultimo numero di Diabetologia (1) ha l'obiettivo di valutare se il trattamento delle persone con prediabete ha diversa efficacia tra gli uomini e le donne nel prevenire il DM2. Gli autori hanno valutato eventuali differenze di genere in risposta al trattamento sull'incidenza del DM2, sulla riduzione della glicemia a digiuno e a 2 ore post-carico di glucosio, sulla perdita di peso corporeo, sulle comorbidità associate al diabete e sulla mortalità.

Rischio di cancro tra persone con diabete di tipo 1 e di tipo 2: distinguere vere associazioni, diagnosi non obiettive, e causalità inverse

A cura di Patrizia Li Volsi
per il Gruppo Donna

patrizia.livolsi@aopn.fvg.it

Le evidenze cliniche indicano un aumento del rischio di tumori nelle persone affette da diabete di tipo 2, particolarmente per il cancro al fegato e al pancreas, seguiti da quello endometriale, al seno postmenopausale, al colon-retto, alla vescica, il linfoma non-Hodgkin's e il tumore al rene. Le prove esistenti per tipologie di tumori più rari e nel diabete di tipo 1 sono limitate. Questo studio esplora il rischio assoluto di incidenza di tipi di cancro sito-specifici e la mortalità tra le persone con diabete di tipo 1 e di tipo 2, confrontate alla popolazione generale australiana.

Gli iscritti al Registro nazionale diabete (953.382) tra il 1997 e il 2008 vennero linkati ai registri nazionali dei deceduti e a quelli del registro tumori riportando sia l'incidenza standardizzata che il tasso standardizzato di mortalità. Questa è la prima analisi che esclude la presenza di cancro antecedente alla segnalazione nel registro diabete.

Per il diabete di tipo 1, sono state osservate incidenze standardizzate significativamente elevate per il pancreas, il fegato, l'esofago, il colon-retto (casi relativi alla sola popolazione femminile indicati con [F]): stomaco (F), tiroide (F), cervello (F), polmoni (F), endometrio e ovaie, melanoma e prostata (rischio inferiore). Tassi standardizzati di mortalità significativamente aumentati sono stati osservati per il pancreas, il fegato e i reni (solo per quanto riguarda

È stata condotta una revisione sistematica sui dati cumulativi di oltre 5.500 uomini e 7.400 donne di dodici studi randomizzati controllati. La popolazione di interesse comprendeva persone con prediabete (definizione secondo criteri ADA/OMS) in età compresa tra 45 e 60 anni ed etnicamente diversificate. Gli interventi sullo stile di vita comprendevano informazioni sul diabete, su una corretta alimentazione e esercizio fisico e la consulenza di una dietista. Un gruppo di 122 soggetti, tra 1.000 con prediabete, non ha mostrato progressione al DM 2 con il solo intervento sullo stile di vita, rispetto al trattamento con ipoglicemizzanti orali. Non è stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa tra uomini e donne. La differenza di peso corporeo ha mostrato tra i due sessi differenze trascurabili a 1 anno ma più marcate a 3 anni. Uomini e donne hanno ottenuto riduzioni sovrapponibili della glicemia a digiuno e a 2 ore dal carico di glucosio, sia a 1 che a 3 anni. Il caso di IMA in un maschio, considerando le comorbidità e mortalità, ha un valore trascurabile.

Messaggio Chiave

I dati riportati confermano l'importanza delle modifiche dello stile di vita nella prevenzione del DM2, senza differenze di genere nelle persone con prediabete. Rafforzano, inoltre, la necessità di un impegno professionale ampio, che parte dalle cure primarie e coinvolge le istituzioni fino agli specialisti, per ottenere una riduzione dei nuovi casi di diabete.

Glechner A, Harreiter J, Gartlehner G, Rohleder S, Kautzky A, Tuomilehto J et al. Sex-specific differences in diabetes prevention: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 58(2):242-54, 2015.

la popolazione maschile), il linfoma non Hodgkin, il cervello (F) e l'endometrio. Per il diabete di tipo 2, incidenze standardizzate significative sono state osservate per quasi tutti i tumori sito-specifici, con incidenze standardizzate massime per fegato, pancreas e rene (come negli studi precedenti anche in questo studio è stato riscontrato un eccesso di rischio per il cancro di rene, stomaco, colecisti, linfoma di H e NH) e rischi minori per prostata e melanoma.

Tassi standardizzati di mortalità significativi sono stati osservati per fegato, pancreas, reni, linfoma di Hodgkin, colecisti (F), stomaco (F), e linfoma non Hodgkin (F). Il rischio di cancro è stato significativamente elevato per tutto il periodo di follow-up, ma molto più elevato nei primi 3 mesi successivi all'iscrizione nel registro, suggerendo la presenza di diagnosi non obiettive e/o di causalità inversa.

Il diabete di tipo 1 e quello di tipo 2 sono entrambi associati ad un aumento del rischio di incidenza e di mortalità per tutti i tipi di cancro (anche se lieve, 10-20%), compreso un certo numero di tumori sito-specifici; ciò è solo parzialmente spiegabile con effetti confondenti. Considerando le diverse eziologie di queste malattie gli autori ritengono che il collegamento tra diabete e cancro sia l'iperglicemia ("hyperglycemia hypothesis") e non l'insulino-resistenza come finora supposto.

Messaggio Chiave

Lo studio australiano – rilevante per la numerosità della popolazione – suggerisce di rafforzare l'attenzione ad uno screening dei tumori nei pazienti affetti da diabete già dalla diagnosi, ma soprattutto la necessità di mantenere un controllo metabolico attento per limitare i danni dell'iperglicemia; esistono differenze genere specifiche che possono guidarci in indagini differenziate uomo-donna.

Harding JL, Shaw JE, Peeters A, Cartensen B, Magliano DJ. Cancer risk among people with type 1 and type 2 diabetes: disentangling true associations, detection bias, and reverse causation. *Diabetes Care*. 2015;38(2):264-70. doi: 10.2337/dc14-1996. Epub Dec 8 2014.