

La prevenzione va fatta coi piedi

Già nel paziente DM1 adolescente è possibile riscontrare segni precoci di piede diabetico. Uno screening quindi si impone così come un'azione di sensibilizzazione.



Carlo Caravaggi

Responsabile del Centro per lo studio e la cura del piede diabetico del Presidio ospedaliero di Abbiategrasso

Le due complicanze responsabili delle manifestazioni cliniche del piede diabetico sono l'arteriopatia e la neuropatia. Secondo la definizione dell'International Consensus on Diabetic Foot (1999), il piede diabetico mostra alterazioni anatomico-funzionali determinate dall'arteriopatia periferica obliterante e dalla neuropatia diabetica (sensitivo, motoria e vegetativa). Se è vero che è la vasculopatia il fattore indipendente di amputazione, è altrettanto vero che il fattore indipendente di ulcerazione è la neuropatia. E il 15% dei malati di diabete va incontro a una lesione ulcerativa, che nell'84% dei casi porta a un'amputazione.

Vasculopatia e neuropatia non dipendono tanto dal tipo di diabete quanto dal tempo trascorso dall'insorgenza della malattia.

Lo studio cardine su questa materia è quello della Mayo Clinic del 1982, che ha dimostrato come, dopo otto anni dalla diagnosi di diabete di tipo 2, nell'8% dei pazienti vi è assenza di polsi periferici, segno clinico di arteriopatia obliterante, una percentuale che sale a oltre il 45% dopo vent'anni dalla diagnosi.

Medesima osservazione per la neuropatia diabetica: più del 50% dei pazienti ne manifesta i sintomi, a prescindere dal tipo di diabete di cui soffre.

Quindi, se in un paziente il diabete insorge molto precocemente, per esempio all'età di 2 anni, quando questi raggiungerà i 22 anni avrà oltre il 50% di probabilità di accusare una qualche complicanza all'origine del piede diabetico.

Nell'assistenza a un soggetto diabetico di tipo 1, è perciò sempre opportuno verificare se vi siano segni iniziali di complicanze neurologiche o vascolari, anche se il paziente è di giovane età, senza trascurare la valutazione delle estremità inferiori. Ciò allo scopo di comprendere la natura del problema e decidere di intervenire con la riduzione dei fattori di rischio vascolare quali l'ipercolesterolemia e il fumo di sigaretta oppure con l'educazione sanitaria e la prevenzione podologica.

LA DIAGNOSI PRECOCE

Il protocollo per controllare il giovane diabetico rispetto al rischio di piede diabetico è lo stesso che per l'adulto, eseguibile in qualsiasi ambulatorio senza l'ausilio di strumentazioni complesse.

Neuropatia diabetica. Per quanto riguarda il monitoraggio delle condizioni del paziente in funzione della diagnosi precoce di neuropatia periferica, il primo passo è l'ispezione visiva del piede, alla ricerca di segni evidenti di neuropatia diabetica e di piede diabetico, quali la deformazione in griffa delle dita, un cavismo accentuato del piede o zone non dolenti di ipercheratosi plantare, che denunciano un'alterato appoggio plantare, con conseguente aumentato carico pressorio su varie zone della pianta del piede.

Il secondo passo consiste nell'utilizzo del monofilamento, un semplice strumento costituito da un manico sul quale è inserito un filo di nylon; applicato sulla pianta del piede questo filo, quando si piega, esercita una pressione di 10 grammi sulle diverse zone del piede, permettendo di rilevare se il paziente è in grado di avvertire la pressione.

L'assenza di sensibilità consente di svelare la presenza di una neuropatia diabetica clinicamente rile-



Pratiche
e affidabili.



ACCU-FINE®
La qualità.
Prima di tutto.

Sicuri
e funzionali.





Il pentologo del piede in salute

- identificare il piede a rischio
- ispezionare regolarmente ed esaminare il piede a rischio
- educare il paziente, la famiglia e lo stesso personale sanitario
- far indossare calzature idonee
- trattare la patologia non ulcerativa

International Consensus on Diabetic Foot

I richiami motivazionali periodici

Un approccio utile a fini preventivi consiste in richiami periodici del paziente, per educarlo all'importanza della cura dei piedi. Uno studio condotto dal Regenstrief Institute di Indianapolis, su circa 350 pazienti ha evidenziato come, tra quelli sottoposti al programma educativo, le lesioni agli arti inferiori erano significativamente inferiori rispetto al gruppo di controllo, già dopo un solo anno di osservazione. Il programma educativo consisteva in un'approccio comportamentista alla cura della propria qualità di vita, rinforzato con telefonate e cartoline postali.

(Litzelman DK, Slemenda CW, Langefeld CD, Hays LM, Welch MA, Bild DE, Ford ES, Vinicor F.; Ann Intern Med; 1993; 119)

vante, a cui consegue un elevato rischio di ulcerazione del piede. Dal punto di vista clinico non sono utili indagini più approfondite come l'elettromiografia, che mantengono invece la loro utilità nei casi dubbi (diagnosi differenziale con altre forme di neuropatia). Uno studio di MJ Young e coll. del Manchester Diabetes Center aveva dimostrato già nel 1994 che la soglia di percezione delle vibrazioni è un affidabile mezzo predittivo per il rischio di ulcerazioni al piede in pazienti diabetici e può anche essere efficacemente impiegata per migliorare la consapevolezza dei pazienti circa la propria igiene e al controllo.

Vasculopatia. L'esame più semplice e sufficiente per individuare segni precoci di vasculopatia è la ricerca dei polsi periferici. Un paziente che presenti l'assenza della pulsilità a livello dell'arteria dorsale del piede e della tibiale posteriore, indipendentemente dalla sua età, deve essere senz'altro avviato a un Centro per la cura del piede diabetico, per una valutazione più approfondita (ecocolordoppler e arteriografia).

LA PREVENZIONE

L'identificazione dei pazienti ad alto rischio, unita all'educazione e al follow-up sono gli strumenti principali per la prevenzione primaria delle ulcere e delle amputazioni, così come la

prevenzione secondaria è indispensabile per i pazienti che abbiano già avuto un'ulcera. La frequenza dei controlli dipende dalla classe di rischio del paziente. Un soggetto che non presenti deformità al piede, né segni di neuropatia o vasculopatia (classe di rischio 0) può essere controllato annualmente. Ai primi segni di neuropatia o in presenza di deformità (classe di rischio 1) il controllo deve invece essere effettuato semestralmente, mentre quando vi sia

stata in precedenza una lesione ulcerativa o vi sia stata un'amputazione (classe di rischio 2), la frequenza dei controlli deve diventare mensile. Tale controllo periodico, registrato regolarmente in cartella clinica, permette di seguire l'evoluzione della situazione clinica e di intervenire per tempo con consigli e prescrizioni.

In un bambino un intervento di profilassi del piede diabetico è senza dubbio prematuro e può diventare controproducente, mentre in un adolescente di 16-18 anni l'educazione sanitaria diventa necessaria ed efficace. È il caso di cominciare a parlare ai giovani pazienti del piede diabetico anche in assenza di segni evidenti a scopo preventivo, fornendo informazioni di massima sulle vasculopatie, sul rischio legato al fumo di sigaretta e sulla necessità di un'igiene scrupolosa e prudente del piede.

La scelta della scarpa giusta è un caposaldo della prevenzione, data l'importanza di indossare scarpe comode, di evitare che il piede sia sottoposto a frizione o a compressione, ma non è obiettivo facile da conseguire con gli adolescenti. A questo proposito va ricordato (anche ai genitori) che le scarpe da jogging sono tra le più indicate, perché hanno un plantare ad assorbimento d'urto, e possono essere indossate per lunghi periodi di tempo.

I PROBLEMI PSICOLOGICI

Nella scelta delle scarpe da usare, è meglio evitare di prescrivere una scarpa ortopedica, esteticamente troppo insoddisfacente, ma al tempo stesso suggerire al ragazzo di indossare le scarpe 'di moda' ma non appropriate solo per il tempo necessario per andare a ballare, proprio per evitare l'insorgere di quelle deformità che poi saranno responsabili del piede diabetico e delle sue gravissime conseguenze. L'importante, ai fini della prevenzione, è adottare il registro di comunicazione più adatto. Se con gli adulti si può 'fare leva' sulla paura dell'amputazione, con i ragazzi è meglio discutere e cercare di capire quali sono gli eventuali problemi o impedimenti, informare e avvertire senza colpevolizzare e, soprattutto, mostrando come ogni prescrizione ha l'esclusivo obiettivo di migliorare la loro qualità della vita.

(1) Litzelman DK, Slemenda CW, Langefeld CD, Hays LM, Welch MA, Bild DE, Ford ES, Vinicor F.; Ann Intern Med; 1993;119(1):36-41

(2) Rith-Najarian SI, Stolusky T, Gohdes DM; Diabetes Care; 1992;15(10):1386-9

(3) Young MJ, Breddy JL, Veves A, Boulton AJ; Diabetes Care; 1994; (6):557-60