

rischio. Ma deve agire presto, con costanza e con serietà».

Complicanze 'microvascolari'. Come si è detto prima, oltre a collaborare in una vera 'associazione a delinquere' ai danni del cuore, ciascuno dei 'killer' provoca dei danni 'specifici'. Nel caso del diabete queste si chiamano complicanze 'microvascolari'. Sul lungo termine (molti e molti anni) l'iperglicemia danneggia i capillari, i micro-vasi attraverso i quali il sangue irrorava determinati tessuti: la retina (retinopatia diabetica, vedere box), i reni (nefropatia diabetica), i nervi (neuropatia diabetica) e la parte del corpo più lontana dal cuore, i piedi (piede diabetico).

«Oggi sappiamo molto su queste patologie definite complicanze 'specifiche' o microvascolari», afferma Di Pietro, «siamo in grado di rilevarle con grande anticipo e disponiamo di farmaci e metodologie specifiche che possono ridurre l'evoluzione o 'tamponare' certi effetti». La battaglia però è tutt'altro che vinta. «Si vive più a lungo di una volta», ricorda Pipicelli, «questo significa che il diabete 'dura di più' e il problema delle complicanze microvascolari rischia di aumentare nei prossimi decenni».

Nefropatia. Un semplice test delle urine permette di rilevare la microalbuminuria che 'annuncia' con decenni di anticipo la possibile comparsa di un danno ai reni. Un buon autocontrollo della glicemia (insieme alla normalizzazione della pressione arteriosa) è spesso sufficiente a invertire o a fermare l'evoluzione della malattia che altrimenti distrugge i 'filtri' presenti nei reni e costringe alla dialisi o al trapianto. In aggiunta si consigliano diete povere di proteine e terapie con Ace-inibitori e sartani.



Massimo Porta
docente di Medicina
Interna all'Università
di Torino,
Responsabile del
Centro Retinopatia
Diabetica delle A.O.
Molinette.

OCCHIO ALL'OCCHIO

La retinopatia è la più frequente fra le complicanze del diabete. Ma è anche la più facile da controllare: purché la sua prevenzione attraverso lo screening inizi per tempo. Anche per questo, a livello mondiale, la Giornata del diabete 2002 è dedicata soprattutto alla retinopatia diabetica.

«Nei paesi avanzati la retinopatia diabetica è la prima causa di cecità legale in età lavorativa», afferma Massimo Porta, docente di Medicina interna all'Università di Torino, Responsabile del Centro Retinopatia Diabetica dell'Ospedale Le Molinette di Torino. La retinopatia inizia nella forma 'non proliferante'. Se si riesce a intervenire sulla malattia quando, in fase avanzata, sta diventando o minaccia di diventare proliferante è possibile arrestarne la progressione con la fotocoagulazione laser.

«In ogni caso è essenziale un controllo periodico e attento del fondo dell'occhio», continua Porta, che è fra i promotori di Diabete Italia. In un soggetto diabetico il fondo oculare dovrebbe essere esaminato alla diagnosi e ogni due anni, più spesso se il diabete è mal compensato.

«Studi condotti su una popolazione diabetica indifferenziata suggeriscono che sottoporsi ogni anno a una retinografia possa ridurre fino al 90% i casi di cecità o di riduzioni gravi del visus. Bisogna farsi vedere per... non perdere la vista».

Neuropatia. Nella forma periferica comporta sintomi di tipo diverso: senso di debolezza muscolare, formicolio, dolore (anche intenso) difficoltà di deambulazione. Nella forma autonoma si esprime in generale attraverso una minore velocità dell'individuo nel rispondere agli stimoli esterni e in particolare con problemi di digestione. Alla neuropatia può essere fatta risalire una conseguenza non infrequente del diabete non controllato: la minore sensibilità delle zone erogene (genitali) e nell'uomo il deficit di erezione.

Piede diabetico. È l'effetto 'incrociato' della neuropatia periferica (che toglie o altera la sensibilità del piede) e della progressiva ostruzione dei capillari. Una callosità, una vescica, un taglio non avvertiti e non medicati prontamente degenerano in infezioni (difficilmente controllate dall'organismo) che evolvono nella necrosi dei tessuti.