

Chi lavora coi piedi



Il 'piede diabetico' nasce da una diabolica alleanza fra la neuropatia – che riduce o altera la sensibilità della gamba e del piede – e la vasculopatia periferica, la chiusura progressiva delle arterie e dei capillari dal ginocchio in giù. Non 'sentendo' il piede, la persona con diabete lo appoggia male, favorendo la comparsa di arrossamenti e calli, e soprattutto non si accorge di tagli, ulcere e ustioni. I capillari delle zone interessate ricevono poco sangue, e quindi poco ossigeno e globuli bianchi. Come ambulanze bloccate in un ingorgo, i farmaci stentano ad arrivare in soccorso. Se non si interviene in tempo, un'infezione rischia di far precipitare il delicato equilibrio dei tessuti del piede, i tessuti muoiono e infettano quelli vicini. È la gangrena. Il resto lo si conosce. Da diversi anni la Medicina dispone

Il piede diabetico si deve prevenire e si può curare. A ogni livello della malattia, dal primo arrossamento fino all'amputazione, la Medicina ha a disposizione armi, quasi tutte recenti, che permettono di arrestare o rallentare l'evoluzione del problema.

di armi che permettono di intervenire a ogni livello, dal primo segno di sofferenza del piede fino all'amputazione. «Oggi possiamo fare molto, moltissimo», commenta Roberto Mingardi responsabile del servizio di Diabetologia e dell'Unità del Piede diabetico e Medicina vascolare presso la casa di cura Villa Berica di Vicenza. Mingardi cita quattro armi: «La chirurgia endovascolare, cioè i 'palloncini' e gli stent che liberano l'arteria periferica dalle ostruzioni ripristinando un normale flusso di sangue al piede; nuove conoscenze in materia di terapia antibiotica sistemica delle infezioni;



Roberto Mingardi responsabile del servizio di Diabetologia e dell'Unità del Piede diabetico e Medicina vascolare presso la casa di cura Villa Berica di Vicenza.

“ *Le tecniche di rivascularizzazione che – applicate alle coronarie – hanno salvato la vita a milioni di persone ad alto rischio di infarto sono quindi state applicate con successo per riaprire le arterie della gamba: i risultati sono sensazionali sia nei pazienti ad alto rischio sia in casi di ulcerazioni anche infette.* ”

i plantari e ‘stivaletti a scarico totale’ che permettono di suddividere il peso del corpo su tutta la superficie del piede e le tecniche avanzate di medicazione delle ulcere». «Ci muoviamo su più direzioni», conferma Antonino Lo Presti, responsabile dell’Ambulatorio per la Prevenzione e cura del piede diabetico del servizio di Diabetologia dell’Ospedale di Marsala, uno dei Centri diabetologici più antichi d’Italia, creato nel 1979, «da una parte la prevenzione primaria e secondaria, dall’altra il ‘salvataggio dell’arto’».

Come riaprire le arterie del piede. «Fino a pochi anni fa», riprende Mingardi, che è stato consigliere nazionale della Associazione Medici Diabetologi, «si pensava che i capillari del piede si ‘ammalassero’ per colpa del diabete. Oggi sappiamo invece che i capillari del piede soffrono a causa della chiusura – a monte – delle arterie medie e grandi». Le tecniche di rivascularizzazione che – applicate alle coronarie – hanno salvato la vita a milioni di persone ad alto rischio di infarto sono quindi state applicate con successo per riaprire le arterie della gamba: ‘palloncini’ che liberano gli ostacoli al flusso del sangue, stent medicati sulle pareti interne dei vasi ammalati. «I risultati sono sensazionali sia nei pazienti ad alto rischio sia in casi di ulcerazioni anche infette», nota Mingardi.

Evitare che le ulcere diventino gangrene. Il secondo fronte, anch’esso a cavallo fra prevenzione e gestione del piede diabetico, è quello delle calzature. «Prima di tutto i pazienti a rischio – ma io direi tutte le persone con diabete, perché non è mai troppo presto per acquisire buone abitudini – dovrebbero portare scarpe ‘idonee’, vale a dire comuni ma scelte con attenzione: comode, larghe e senza cuciture all’interno», suggerisce con forza Lo Presti che coordina il Gruppo di studio sul piede diabetico della AMD siciliana della quale è vicepresidente; «il presidio ortopedico va adot-

tato laddove si notano anche i primi segni di deformità. Inutile attendere: va subito ordinato un plantare confezionato su misura facendo il calco del piede del paziente». Le possibilità sono molte, dal plantare fino alla struttura rigida. Le ulcere si evitano facendo appoggiare tutta la superficie del piede sul terreno; per questo i plantari servono a evitare che superfici di maggiore pressione creino calli o duri che poi si ulcerano. I gambaletti gessati servono a evitare di far appoggiare tessuti ulcerati sul terreno. «Al gambaletto abbiamo sostituito dei tutori che il paziente tiene durante il giorno e stacca la sera», nota Mingardi che è direttore sanitario della clinica vicentina, «l’obiettivo è appunto lo ‘scarico totale’, vale a dire evitare che una parte del piede debba sopportare un peso superiore alle sue possibilità». Il paziente neuropatico infatti tende a ‘camminare male’, poggiando il peso dove non dovrebbe.

Risolvere le ulcere croniche difficili da guarire. All’interno delle calzature, le callosità, così come le unghie mal tagliate, possono portare alla formazione di ulcerazioni. «È fondamentale che il paziente se ne accorga in tempo. E, visto che spesso per la neuropatia non prova dolore, deve ispezionare il piede ogni giorno con attenzione», ricorda Lo Presti. Segnalata

UNA SFIDA DA RACCOGLIERE METTENDO

Un percorso di prevenzione e gestione

TERRITORIO

Medici di Medicina generale e personale delle case di cura possono controllare il piede delle persone a rischio identificando precocemente situazioni problematiche. Negli Ambulatori e nei piccoli Centri di diabetologia si possono eseguire screening della neuropatia e vasculopatia oltre a continui interventi di educazione.

per tempo e ben seguita, l'ulcera ha ottime possibilità di guarigione. «Abbiamo acquisito una serie di conoscenze, che ci permettono di preparare il 'letto' della ferita, pulendo con pazienza l'ulcera e rimuovendo tessuti 'morti' e detriti», nota Lo Presti, laureato a Palermo e specializzato a Messina.

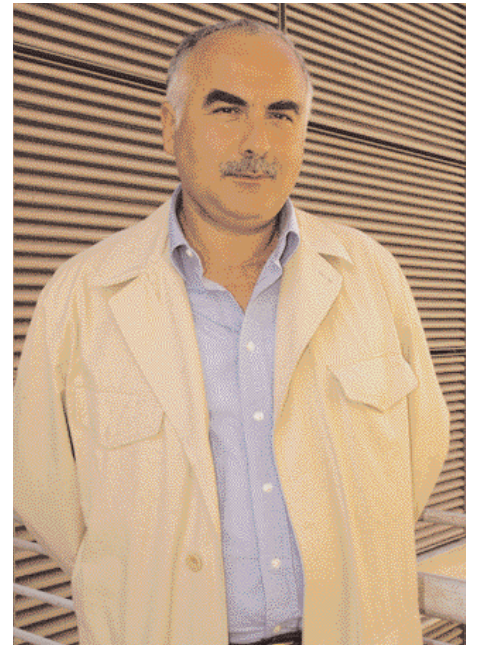
«Inoltre abbiamo a disposizione medicazioni avanzate utili se la ferita è vasta: colture di fibroblasti, pappe piastriniche, impianto di cheratociti, interventi locali per riaprire capillari e arteriole... possiamo arrivare, ma non è detto che sia sempre necessario o ottimale, a fare autotrapianti di pelle», elenca Mingardi.

Come guarire da un'infezione. Un'ulcera medicata si infetta assai di rado. Ma purtroppo accade che un paziente poco attento arrivi dal medico con un'ulcera infettata. L'infezione va presa molto sul serio e 'stadiata' per vedere se è superficiale o profonda, se ha interessato i tessuti ossei e quanto.

L'intervento avviene a diversi livelli. «Abbiamo conoscenze infinitamente maggiori sulle infezioni, abbiamo dei principi attivi come i chinolonici che possono essere presi per bocca ed esercitano la loro azione anche su un piede diabetico», ricorda Mingardi.

Le forme più gravi di infezione sono quelle che interessano i tessuti ossei e le situazioni nelle

quali, per mancanza di sangue e quindi di ossigeno e globuli bianchi, il tessuto muore e va in gangrena. «Ma anche nei casi più gravi con osteomielite e gangrena le tecniche di amputazione sono molto più conservative, meno invalidanti e sono 'disegnate' con l'obiettivo di garantire il recupero funzionale dell'arto» continua il diabetologo siciliano. «Con le conoscenze di cui disponiamo ora potremmo quasi azzerare gli interventi di amputazione necessari in una popolazione diabetica» interviene Mingardi; «oggi sono 6-8 all'anno per ogni mille diabetici. Di fatto invece questi interventi aumenteranno. C'è da sbattere la testa contro il muro! La risposta scientifica l'abbiamo, esistono alcune persone e Centri che fanno cose ottime in questo campo. Si tratta ora di dare una risposta in termini di assistenza» sintetizza Mingardi. Della stessa idea è Lo Presti che ha iniziato a occuparsi di piede diabetico nel 1985 per iniziativa dell'allora primario, il decano della diabetologia italiana, Giacomo Angileri: «Sono nati in Italia diversi Centri di



Antonino Lo Presti, responsabile dell'Ambulatorio per la Prevenzione e cura del piede diabetico del servizio di Diabetologia dell'Ospedale di Marsala.

IN RETE CONOSCENZE E RISORSE

PAZIENTE

È il protagonista. Deve ricevere le informazioni e la motivazione necessarie per trattare con grande cura il suo piede, usare scarpe adatte, evitare traumi o tagli al piede e identificare subito situazioni a rischio.

CENTRI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E DI RIFERIMENTO

Strutture interspecialistiche nelle quali operano Team diabetologici, Team ortopedici e chirurghi vascolari e ortopedici. Intervengono sui casi più complessi in una logica di continuità assistenziale e coordinano gli interventi di formazione e l'aggiornamento.

AMBULATORI

PER IL PIEDE DIABETICO

I Servizi più organizzati possono creare al loro interno ambulatori nei quali gestire i pazienti ad alto rischio, il ricorso a ortesi, e la terapia di gran parte delle ulcere anche infette.

CONSIGLI CON I PIEDI PER TERRA

- comprate calze di cotone o lana;
- scegliete scarpe piuttosto larghe senza cuciture o rigidità;
- evitate i tacchi, le scarpe a punta e quelle aperte sul davanti;
- non usate zoccoli, sandali e infradito;
- non girate mai a piedi nudi;
- non calzate mai il piede nudo;
- non avvicinate i piedi a stufette o camini.

Ogni giorno controllate i piedi cercando:

- tagli, ferite, arrossamenti e abrasioni;
- aree più calde, gonfie o arrossate;
- calli o deformazioni del piede;
- funghi o anomalie negli spazi fra le dita;
- lavate i piedi con acqua non bollente;
- usate un sapone di Marsiglia;
- non state troppo a lungo nell'acqua;
- asciugate i piedi con attenzione;
- controllate spesso le piante dei piedi;
- provate la temperatura dell'acqua con il gomito.

L'ideale è affidare a specialisti la cura del piede, comprese le operazioni più di routine.

Se ciò non è possibile:

- tagliandovi le unghie non seguite troppo la rotondità della punta ma non lasciate neppure spigoli che potrebbero ferire le altre dita, possibilmente usate una lima;
- evitate forbici e oggetti taglienti per la cura delle unghie, dei calli o dei duroni;
- non togliete mai i calli;
- evitate pediluvii, disinfettanti e alcol.

eccellenza nell'ambito del piede diabetico, è necessario che continuino a operare e aumentino, soprattutto nel Meridione. Ma fondamentale rimane il lavoro degli specialisti ambulatoriali e dei Medici di Medicina generale per quel che riguarda la prevenzione e lo screening, mentre la gestione dei casi più complessi dovrà avvenire in Centri dedicati al piede diabetico». Questo non esime però i Medici di Medicina generale dal controllare a ogni visita il piede del paziente diabetico.

Gli ambulatori e i Centri antidiabetici. Ormai in molti servizi di Diabetologia è prassi fare uno screening cioè controllare periodicamente tutte le persone con

diabete per scorgere eventuali segni di neuropatia (con l'esame del monofilamento e del biotesiometro) e di vasculopatia periferica (con il mini-doppler o l'ossimetria).

«Sono compiti che possono essere tranquillamente affidati a personale infermieristico», osserva Mingardi; «se poi si nota qualcosa il paziente potrà essere inviato a fare esami più specifici come un eco color doppler, un'elettromiografia, una valutazione

podologica e una da parte del tecnico ortopedico». Ovviamente ad ambulatori e Centri di diabetologia spetta il compito importantissimo di fare educazione sui pazienti a rischio: «Le regole sono poche e semplici ma vanno ripetute sempre assicurandosi che il paziente le abbia recepite», insiste Mingardi.

Ambulatori del piede diabetico e Centri specializzati. Non si può chiedere di più a un piccolo ambulatorio che magari è aperto solo poche ore alla settimana o ha appena un medico e una infermiera dedicati.

Una valutazione accurata (diagnostica) e un intervento (ortesi, gestione delle ulcere) devono essere demandati a strutture più organizzate. «Ci dovrebbe essere un ambulatorio specializzato di secondo livello ogni 400-500 mila abitanti» afferma Lo Presti.

I Centri di riferimento regionali. I casi più seri richiedono la collaborazione organica e continua di vari reparti. «Devono quindi esistere strutture che hanno nella loro missione esplicita l'assistenza al piede diabetico. Questi Centri inoltre dovranno avere un ruolo formativo, promuovendo una cultura della gestione e della prevenzione presso tutti i diabetologi e i Medici di Medicina generale», nota Lo Presti. «Essenziale è che fra tutti questi livelli si crei una continuità assistenziale: sono necessari percorsi e occorre estendere la coscienza del problema dalla comunità dei diabetologi ad ambiti più vasti» conclude Mingardi.

IN SINTESI

Le nuove 'armi' della Medicina

- Nuovi principi attivi, anche orali, consentono di intervenire sulle ulcere infette e le infezioni dell'osso.
- Interventi poco invasivi con 'palloncini' e 'stent' liberano le arterie della gamba dalle occlusioni ripristinando il flusso di sangue ai capillari del piede.
- Plantari personalizzati, scarpe speciali e 'stivaletti' asportabili permettono di scaricare il peso del corpo sul piede in maniera corretta.
- Vari tipi di medicazioni avanzate consentono di risolvere e rimarginare ulcere e ferite.