

Prevenzione e gestione del piede diabetico in Medicina Generale

Proposta di un modello operativo

Il Mmg rappresenta una figura primaria per lo screening della complicanza piede diabetico volto a ridurre il rischio di amputazioni maggiori, ma non solo: è la figura pro-attiva di congiunzione tra territorio e medicina specialistica

Stefano Riccardi* - Liliana Dulach E. Fava*****

Secundo i dati della Sorveglianza Passi 2015-2018 dell'ISS il 5% della popolazione dai 18 ai 65 anni riferisce una diagnosi di diabete mellito. La prevalenza cresce con l'età, arrivando al 10% fra i 50 ed i 69 anni, nelle fasce socio-economiche più svantaggiate e nelle regioni meridionali, in particolare Campania e Sicilia. La prevalenza non cambia dal 2008. La cura del diabete è complessa, richiede tempo e il coinvolgimento di molti professionisti: il piano di cura deve comprendere un programma di educazione all'autogestione, la consulenza nutrizionale, un intervento intensivo/multifattoriale sui fattori di rischio cardiovascolare e la prevenzione delle complicanze. Queste ultime possono essere elencate in trombo-emboliche, renali, oculari, neuropatiche e piede diabetico.

► Linee Guida dell'IWGDF

Focalizzando lo studio del trattamento della complicanza "piede diabetico" le Linee Guida dell'IWGDF 2015, che si compongono di cinque documenti prodotti da altrettanti gruppi di lavoro rappresentati da esperti internazionali,

forniscono una guida sul piede diabetico in termini di prevenzione, calzature e scarico, malattie delle arterie periferiche, infezioni e riparazione tissutale. Si definisce piede diabetico la presenza di una ulcerazione o la distruzione dei tessuti profondi del piede nel paziente diabetico che si associa ad anomalie neurologiche ed a vari gradi di vasculopatia periferica. Rappresenta la prima causa di amputazione non traumatica degli arti. Si stima che in Europa la prevalenza di lesioni ulcerative al piede nei diabetici sia intorno al 5.5%. Nei Paesi sviluppati la prevalenza di ricoveri per piede ulcerato è del 2% e di questi annualmente l'1% esita in amputazione. Le amputazioni degli arti inferiori nell'85% dei casi sono precedute da un'ulcera. Il piede diabetico rappresenta una fonte di grande sofferenza per il paziente e di costi sociali per il servizio sanitario. I fattori più importanti alla base dello sviluppo di ulcere del piede sono la neuropatia sensitiva periferica, le deformità del piede legate alla neuropatia motoria, i traumi minori del piede e l'arteriopatia obliterante periferica. La lesione ulcerativa, suscettibile di infezione, può rappresentare un'urgenza medica. Solo 2/3 delle ulcere del piede guariscono mentre il 28% può richiedere la necessità di amputazione,

minore o maggiore, degli arti inferiori. Le lesioni del piede diabetico insorgono spesso in pazienti che hanno contemporaneamente due o più fattori di rischio in cui la neuropatia diabetica periferica gioca un ruolo centrale. Perdita di sensibilità, deformità del piede e limitata mobilità articolare possono causare anomalie del carico biomeccanico sul piede producendo un ispessimento della cute (callo). Di conseguenza si avrà un ulteriore aumento del carico anomalo, spesso con emorragie sottocutanee e ulcera sottostante. Il 50% dei pazienti con ulcera del piede diabetico presenta arteriopatia obliterante periferica (PAD), generalmente causata da aterosclerosi precoce. La maggior parte delle ulcere del piede sono neuro-ischemiche e i sintomi possono essere assenti nonostante la grave ischemia distale; solo una minoranza delle ulcere del piede sono puramente ischemiche e sono di solito dolenti e provocate da un trauma minore. Gli operatori sanitari coinvolti nella cura del diabete debbono quindi porre in atto una serie di azioni coordinate, efficaci ed efficienti mirate innanzitutto alla prevenzione della complicanza. La prevenzione del piede diabetico, come da linee guida IWGDF 2015, si fonda su:

- Identificazione del piede a rischio

* Medico di medicina generale, Specialista in Wound Care - ASL RM 6 Distretto H1

** Infermiera ambulatorio di Medicina Generale

*** Infermiere (Elaborazione grafici e tabelle)

- Ispezione periodica ed esame del piede a rischio
- Educazione dei pazienti, familiari e sanitari
- Uso di calzatura adeguata
- Trattamento delle lesioni pre-ulcerative.

La presenza di neuropatia, vasculopatia, deformità distali, anamnesi di ulcera e/o amputazione permetterà di individuare la categoria di rischio e la relativa frequenza di screening preventivo. In un paziente con diabete è necessario trattare qualsiasi condizione pre-ulcerativa del piede, calli, vesciche, unghe incarnite o ispessite, infezioni micotiche fino a completa risoluzione della patologia.

Il trattamento necessita una organizzazione in cui dovrebbero essere presenti almeno tre livelli di gestione del piede diabetico:

► **Livello 1:** medico di medicina generale, podologo, infermiere.

► **Livello 2:** diabetologo, chirurgo, podologo, infermiere, tecnico ortopedico.

► **Livello 3:** un centro di Livello 2 specializzato nella cura del piede diabetico, con più esperti di diverse discipline che lavorano insieme e che funge da centro di riferimento.

Se non è possibile creare una squadra completa fin dall'inizio, l'obiettivo può essere quello di costruire un team step-by-step introducendo le varie discipline possibili. Questa squadra deve essere prima di tutto un team che agisce con reciproco rispetto e comprensione e che abbia almeno un membro a disposizione per la consultazione o valutazione del paziente in ogni momento.

Un accurato screening per il piede diabetico, che consenta di trattare precocemente le lesioni eventualmente presenti, è in grado di ridurre il rischio di amputazioni maggiori (The 2015 IWGDF Guidance documents; IDF 2017): questo rappresenta un compito ed un obiettivo primario della medicina generale.

► Materiali e metodi

Sulla base di queste premesse è stato utilizzato il format semplice per lo screening delle complicanze relative al piede diabetico (LG 2015 IWGDF) sui pazienti affetti da diabete mellito iscritti nell'elenco del Dottor Stefano Riccardi (1.500 scelte), Mmg della ASL RM 6.

I pazienti venivano invitati dall'Infermiera dell'ambulatorio di medicina generale, Sig.ra Liliana Dulach, a prendere appuntamento per l'esame clinico del piede. L'esame del piede consisteva nella valutazione anamnestica di pregresse ulcere e amputazioni, l'ispezione della cute e di eventuali deformità ossee, la palpazione dei polsi, la valutazione della alterazione delle capacità di protezione e difesa, la percezione della pressione (con il monofilamento di Semmes-Weinstein da 10 g) e della vibrazione (con diapason 128 Hz) come da indicazione "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018, evidenza 1A".

Il modello operativo proposto per la Medicina Generale si fonda sui seguenti punti:

1) Selezione e reclutamento dei pazienti diabetici all'interno del proprio bacino di assistiti diabetici.

2) Rilascio del consenso informato e della liberatoria per l'uso di immagini fotografiche.

3) Ispezione ed esame del piede.

4) Identificazione del piede a rischio.

5) Trattamento della lesione pre-ulcerativa.

6) Scelta operativa in base all'esito dell'esame del piede.

► Risultati e discussione

Sono state prenotate 18 visite: 13 pazienti sono regolarmente venuti a studio mentre 5 pazienti non si sono presentati alla visita prenotata (figura 1). I pazienti sono rappresentati da 10 don-

ne ed 8 uomini (figura 2), con età media di 68.6 anni (range 41-84) (figura 3). Da sottolineare che l'anno di comparsa della malattia, indipendentemente dall'anno di nascita, si colloca principalmente dopo l'inizio del nuovo millennio (figura 4).

L'esame del piede mediante format ha fatto rilevare i seguenti parametri:

- 4 pazienti avevano già effettuato esame del piede;
- nessun paziente presentava ulcera a tutto spessore, mentre 10 pazienti avevano fattori di rischio per ulcera;
- la valutazione della neuropatia ha evidenziato la complicanza presente in 3 pazienti attraverso l'uso del monofilamento, in 3 pazienti mediante l'uso del diapason ed in 3 pazienti attraverso il batuffolo di cotone. Un paziente diabetico era paraplegico e di conseguenza non è stato possibile ef-

Figura 1

Partecipazione alla ricerca

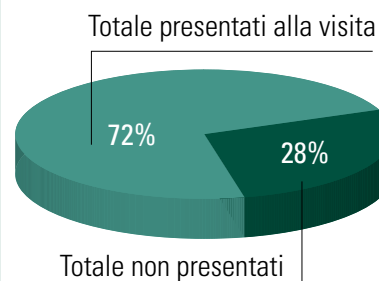


Figura 2

Pazienti suddivisi per sesso

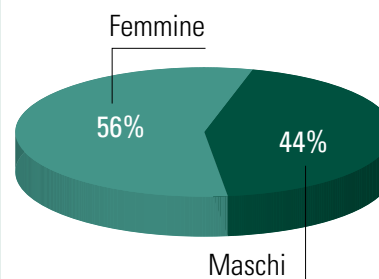


Figura 3

Età dei pazienti (media 68.6)

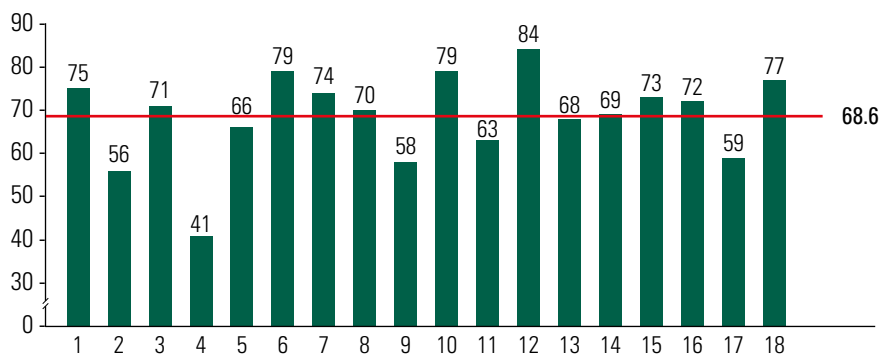


Figura 4

Anno di comparsa di malattia

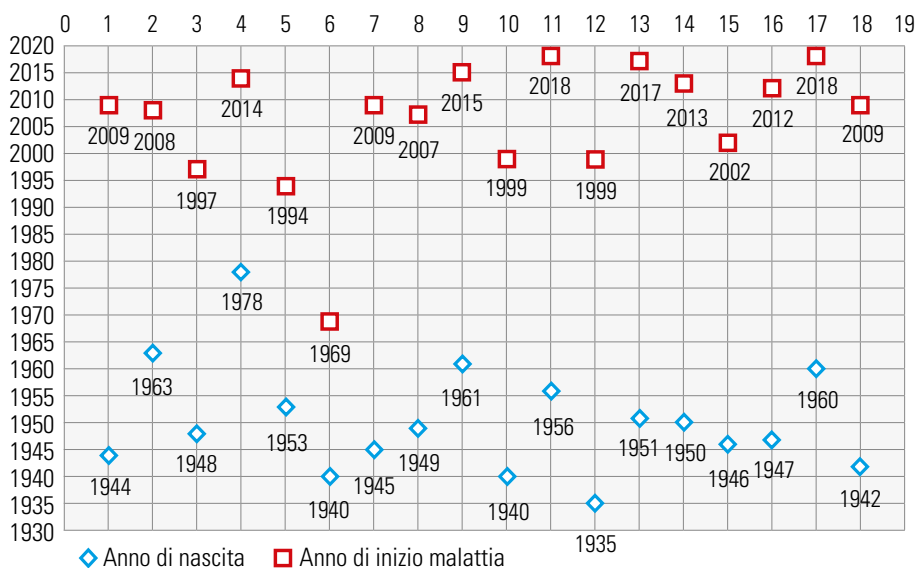


Figura 5 - Esame del piede con rilievo di callosità e dita a martello

Conclusioni

Il Mmg rappresenta una figura primaria per lo screening della complicanza piede diabetico: è un compito che necessita idonea formazione, congruo tempo ed una opportuna organizzazione dello studio nell'ambito della normale attività quotidiana. Per questo motivo dovrebbe essere considerato parte integrante della convenzione ed essere opportunamente retribuito. Naturalmente la prevenzione non si esaurisce con l'esame clinico del piede: il Mmg deve essere una figura pro-attiva che dopo aver valutato le lesioni rilevate, richiede gli esami e le consulenze specialistiche per il trattamento più corretto.

fettuare la sopradescritta valutazione;

- l'esame dei polsi periferici ha mostrato assenza di onda sfigmica in 5 pazienti;
- l'ispezione del piede ha fatto rilevare deformità e/o prominenze ossee in 6 pazienti e segni di alterata pressione plantare in 7 pazienti; 3 pazienti erano affetti da onicomicosi (figura 5).

Dopo l'esame clinico del piede il paziente è stato inviato dallo specialista

per il trattamento dell'onicomicosi e per il corretto scarico delle zone di pressione. Ai pazienti con iposfigmia dei polsi è stato prescritto un ecocolordoppler, mentre ai pazienti con neuropatia un esame elettromiografico. Non appena si avranno gli esiti di tali esami si passerà al livello superiore di prevenzione e cura del piede diabetico inviando il paziente allo specialista di competenza.