

Doloroso e difficile da trattare, il cosiddetto “piede diabetico” diventa invalidante, se non curato. Evitiamolo con le semplici regole dettate dall'Ebm



Con i piedi per terra

PROGETTO FORMATIVO A CURA DI **GIOVANNI FILOCAMO**

Responsabile Qualità ISO 9001

Associazione italiana medici di famiglia

e **MAURIZIO MERCOGLIANO**

Medico di famiglia

L piede è una delle parti del corpo più esposta quotidianamente a colpi e sofferenze di ogni genere. Nei diabetici, con il tempo, questi danni ripetuti possono portare a ferite che cicatrizzano lentamente o a infe-

zioni difficili da curare e che, in alcuni casi più gravi, richiedono l'intervento del chirurgo.

A volte, per il paziente diabetico è difficile collegare problemi a carico degli arti inferiori (dolori, o assenza comple-

ta di sensibilità verso il caldo, traumi) con la propria condizione patologica, tanto sembrano diversi.

In realtà, il diabete influisce negativamente sul piede sia perché riduce la circolazione del sangue in quel distretto, soprattutto dal ginocchio al piede a causa del restringimento delle arterie, sia perché ne danneggia i nervi, con conseguente compromissione della sensibilità tattile, dolorifica e termica e della capacità di movimento, che facilita, a sua volta, la comparsa delle lesioni.

OBIETTIVI FORMATIVI

- ◆ Prevenire le complicanze del piede diabetico, ossia ulcere e amputazione, nel caso in cui già ci siano ulcere, con minimi effetti avversi.
- ◆ Il piede diabetico è una condizione favorente l'insorgenza di vari fenomeni infettivi (piede diabetico infetto), sostenuta da gram positivi (*Streptococco Pyogenes* o *Stafilococco Aureo*) mentre fra i gram negativi sono talvolta presenti l'*Escherichia Coli* e lo *Pseudomonas Aeruginosa*.

DEFINIZIONE

Per piede diabetico s'intende la presenza di ulcere con danno a tutto spessore del derma in un soggetto con diabete. Il piede diabetico causa molti disagi in chi ne soffre ed è difficile da risolvere: la prevenzione è quindi di fondamentale importanza. Il primo e miglior modo per curarlo è ottenere un buon controllo della glicemia, attraverso la dieta e la cura farmacologica prescritta dal medico. Secondo la classificazione di Wagner si possono considerare più stadi nella formazione di ulcere.

EPIDEMIOLOGIA

Studi condotti in tutto il mondo riportano un'incidenza annuale di ulcere del piede nella popolazione diabetica del 2,5-10,7 per cento e un'incidenza annuale di amputazione dello 0,25-1,8 per cento. In Italia, l'epidemiologia del piede diabetico non è ben nota, ma si ritiene che circa il 30 per cento di chi soffre di diabete da almeno 10 anni abbia una forma di neuropatia diabetica. Ulcere distali si riscontrano nel 15 per cento dei diabetici ospedalizzati.

GRADO	CLASSIFICAZIONE DELL'ULCERA
1	È superficiale, interessa la cute ma non i tessuti sottostanti
2	È più profonda, penetra sotto i legamenti e i muscoli ma non arriva all'osso, né si accompagna alla formazione di ascessi
3	È profonda, con segni di cellulite o formazione di ascessi, spesso complicata da osteomielite
4	È accompagnata da segni di gangrena localizzata
5	Causa gangrena estesa all'intero piede


FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio a lungo termine per ulcere del piede e amputazioni sono la durata del diabete, lo scarso controllo della glicemia, la presenza di complicanze microvascolari (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e di disturbi vascolari periferici, le deformità del piede e ulcere o amputazioni precedenti, che risultano essere gli indici predittivi più affidabili. Nei diabetici sono spesso associate a insufficienza vascolare e infezioni. L'amputazione è indicata in caso di ulcere gravi che non migliorano con trattamenti conservativi. Oltre a influenzare la qualità della vita, queste complicanze incidono sui costi del trattamento. In soggetti con ulcere del piede curate, infatti, il tasso cumulativo di recidiva a 5 anni è del 66 per cento e quello di amputazione del 12 per cento.

CENNI DI CLINICA

Il piede diabetico può manifestarsi come complicanza della vasculopatia ischemica che interessa l'arteria femorale superficiale e le arterie della gamba (piede diabetico ischemico), oppure può presentarsi come complicanza della neuropatia sovrapposta (piede diabetico neuropatico).

Nel primo caso il paziente ha le classiche manifestazioni ischemiche a carico della gamba e del piede (pallore, cute fredda, dolore alla deambulazione, polsi assenti), mentre nel secondo caso prevale l'aspetto ipercheratosico, discromico, con temperatura cutanea normale o aumentata, polsi presenti. Si ricorda che il piede diabetico, per colpa della neuropatia, è spesso asintomatico. Nel piede diabetico ischemico, l'arteriopatia ostruttiva periferica (AOP) si presenta per la deposizione di placche di lipidi e altre sostanze che restringono il lume del vaso. La neuropatia diabetica colpisce sia i nervi sensitivi (neuropatia sensitiva) sia i nervi motori (neuropatia motoria) sia i nervi vegetativi (neuropatia autonoma).

 **Nel piede neuropatico pertanto si assiste a una modificazione dell'equilibrio muscolare, della percezione degli stimoli e dell'auto-regolazione vegetativa, cioè di tutte e tre le componenti nervose.** Nella neuropatia sensitiva, la conseguenza più temibile è la diminuzione della soglia del dolore che può assumere differenti livelli di gravità. Alcuni pazienti, infatti, perdono a tal punto la sensibilità da poter sopportare un intervento chirurgico senza anestesia. La mancanza di stimoli dolorifici, che a prima vista può sembrare un vantaggio, si rivela in realtà una sciagura, perché il dolore è un sintomo che ci avverte che qualcosa ci sta danneggiando. Molte lesioni del piede si presentano quando il paziente usa calzature non idonee, che provocano fenomeni compressivi e lesioni cutanee, in completa assenza di sintomi.



MEGLIO LA SEGNALAZIONE


Gli accertamenti da suggerire sono l'ecocolordoppler, la radiografia della caviglia e del piede, l'elettromiografia. Alla presenza di materiale necrotico è auspicabile una detersione chirurgica della lesione previa esecuzione di un antiobiogramma delle secrezioni e terapia antibiotica adeguata. Alla presenza di neuropatia sensitiva bisogna premunirsi di visionare con frequenza il piede, e valutare l'idoneità delle scarpe, è utile controllare la temperatura dell'acqua del pediluvio col gomito ed evitare di andare a piedi nudi sulla sabbia. È bene mostrare al medico ogni piccola ferita al piede o alle unghie, anche insignificante e parlare con lui se compare dolore ai piedi, o sensazione di formicolio, se si avverte una sensazione di sensibilità diversa tra un piede e l'altro, se camminando per strada si sente la necessità di fermarsi per attendere che passi il dolore ai polpacci. In caso di ferita, lavarla con una saponetta disinfettante, applicarvi del mercurocromo, coprire con una garza sterile e un cerotto di carta; infine mostrarla al medico appena possibile.

Indicazioni per l'utente

- ◆ Evitare l'uso di forbici o di oggetti taglienti per la cura delle unghie, dei calli o dei duroni, è preferibile una lima, sia quella classica sia quella elettrica di tipo professionale;
- ◆ evitare le fonti di calore diretto sul piede, tipo scaldini per il letto;
- ◆ lavare ogni giorno i piedi con acqua tiepida e sapone, avendo cura di asciugarli bene, soprattutto tra le dita, mantenendoli sempre asciutti e puliti;
- ◆ usare creme idratanti, per evitare che si formino tagli e ferite nella pelle secca, tranne negli spazi interdigitali;
- ◆ usare scarpe comode a pianta larga, chiuse, possibilmente in pelle, non sandali o zoccoli;
- ◆ usare calze di cotone o di lana, non in fibra sintetica;
- ◆ se necessario, utilizzare plantari morbidi che ridistribuiscono il peso sui piedi mentre si cammina;
- ◆ evitare l'uso di medicazioni ingombranti o di cerotti che possano essere irritanti per la pelle.

LA NEUROPATIA SENSITIVO-MOTORIA

La polineuropatia dolorosa (PPN) è una forma di dolore neuropatico piuttosto comune; ne è un classico esempio quella diabetica. Inizialmente il paziente può non avvertire dolore, tuttavia, con il progredire della malattia, si possono presentare disestesie sulla superficie plantare del piede causate dalla demielinizzazione delle fibre nervose, quali algie distali, simmetriche, a insorgenza spontanea o conseguenti a stimolazione.

 **Nonostante la maggioranza dei pazienti possa lamentare una certa varietà di sintomi fastidiosi, un dolore profondo e persistente è il singolo sintomo algico più frequente. Il primo trattamento medico è il controllo dei valori glicemici.** L'American Diabetic Association raccomanda, per il controllo del dolore diabetico, l'uso di antidepressivi triciclici (amitriptilina 10-150 mg la sera), desipramina o nortriptilina (75-150 mg nei pazienti intolleranti all'amitriptilina), duloxetina (60-120 mg), pregabalin, ossicodone, gabapentin (300-1.800 mg), carbamazepina, fenitoina. La capsaicina allo 0,075 per cento può essere utilizzata come analgesico topico.

Sulla base degli studi clinici di classe I, i farmaci che presentano provata efficacia, secondo l'Ebm, nel trattamento del dolore nella PPN (tranne che per le forme HIV-correlate) sono i TCA, duloxetina, venlafaxina, gabapentin, pregabalin, gli oppiacei e il tramadolo.

CONCLUSIONI

Molto generalmente possiamo dire che il piede diabetico con una lesione ulcerativa può non guarire, o avere un ritardo di guarigione, a causa di fattori locali o sistemici. Nello specifico, i fattori locali possono essere la presenza di un'infezione, di tessuto necrotico, di corpi estranei o detriti, di un'arteriopatia che crea ischemia locale, di traumi ripetuti (si pensi per esempio alle ulcere neuropatiche plantari non scaricate). È evidente che se si vuole portare a guarigione una ferita, bisogna riconoscere la presenza di uno o più di questi fattori e rimuoverlo, per esempio rivascolarizzare un piede ischemico, trattare con antibiotico un piede infetto, eccetera. Per quanto riguarda invece i fattori sistemici si annoverano tra le cause più frequenti l'insoddisfatto controllo del diabete, la malnutrizione non infrequente nel paziente anziano, l'uso di farmaci che contrastano con la normale riparazione tissutale (quali steroidi, antiproliferativi). In ogni caso, il farmacista può svolgere un'importante attività educativa e informativa su molti pazienti diabetici, con la finalità di ridurre al minimo l'incidenza di questo disturbo.

Fonti:

www.guidausodeifarmaci.it
www.piedediabetico.it
www.paginemediche.it
<http://aifa.clinev.it>

V. Caimi e M. Tombesi. *Il diabete mellito. In Medicina Generale. Ed. Utet, 2003*

N. Attal e coll. *Linee guida EFSN sul trattamento farmacologico del dolore neuropatico. European J Neurology, 2006*

P. Paulmann e coll. *Taylor's Manual of Family Medicine. Ed. Wolkers-Kluver, 2008*