

Gruppo di Studio Neuropatia Diabetica

Relazione attività biennio 2011-2012

La neuropatia diabetica è una complicanza ancora misconosciuta e poco studiata e valutata nelle strutture diabetologiche italiane.

È considerata la più diffusa complicanza del diabete ed è la sua principale causa di morbilità (e mortalità). La prevalenza è di circa il 30% e l'incidenza annuale è del 4-6%. Circa 1/3 dei pazienti con neuropatia ha sintomi più o meno severi che riducono sia la qualità di vita sia la capacità lavorativa. La neuropatia diabetica è implicata nel 50-70% delle amputazioni non traumatiche. La sua diagnosi è complessa e presenta bias legati a comorbilità del paziente diabetico che possono mimarne i sintomi e i segni. Proprio per questo motivo la recente Consensus di Toronto 2009 (Tesfaye S, et al. *Diabetes Care* 33: 2285-2293, 2010) ha puntualizzato le varie problematiche diagnostiche, identificando diverse tipologie di presentazione:

- a. tipica, cioè simmetrica, sensitivo-motoria, lunghezza-dipendente, ad andamento cronico (da porre in relazione a danno metabolico o microvascolare per iperglicemia cronica);
- b. atipica, cioè focale, radicolare, ad andamento fluttuante (da porre in relazione anche ad altro agente causale verso cui il diabete può essere anche causa).

Viene quindi considerata la diagnosi con *grading* di probabilità:

- a. possibile: presenza di sintomi o segni;
- b. probabile: presenza di una combinazione di sintomi e segni;
- c. confermata: anormalità di conduzione nervosa (o indagine sulle piccole fibre) associata a sintomi o segni (uno o più);
- d. subclinica: assenza di sintomi e segni con presenza di anormalità di conduzione nervosa (o indagine sulle piccole fibre).

Viene presa in esame la gravità:

- grado 0: assenza di anormalità di conduzione nervosa, di sintomi, di segni;
- grado 1a: anormalità di conduzione nervosa, in assenza di sintomi e segni;

- grado 1b: anormalità di conduzione nervosa, presenza di segni (tipici di DSPN) ma assenza di sintomi;
- grado 2a: anormalità di conduzione nervosa, assenza o presenza di segni ma presenza di sintomi;
- grado 2b: anormalità di conduzione nervosa con segni di debolezza motoria (es. riduzione del 50% di dorsoflessione della caviglia), indifferentemente dalla presenza di sintomi.

Di fronte a un problema così imponente l'impegno del GdS della neuropatia diabetica, in continuità con il percorso dei precedenti due bienni, si declinerà su 3 fronti:

1. Implementazione sistematica della diagnosi di neuropatia diabetica tramite:
 - l'identificazione certificata dalle varie strutture sanitarie italiane diabetologiche di uno spazio temporale (scaricabile amministrativamente come prestazione specifica) per l'esecuzione dei vari test diagnostici per la neuropatia diabetica (minimali e non) che si dovrebbero fare periodicamente, in accordo con le linee guida e consensus italiane e internazionali (SID, ADA, EASD);
 - la valutazione conoscitiva, a 12 anni dall'ultima effettuata, della situazione reale per quanto riguarda la diagnostica della neuropatia periferica e autonoma nei centri antidiabetici italiani (in collaborazione con l'AMD), da presentare al prossimo congresso SID 2014;
 - la diffusione di sussidi didattici in *slide-kit* dei meeting del GdS svoltisi a Venezia nel 2009 e nel 2011, come approfondimento dei due moduli ECM sulla diagnosi della neuropatia periferica e autonoma (2011-2012) già consultabili sul portale SID;
 - l'organizzazione di nuovi ECM residenziali nel 2013 (alla luce del successo di quelli fatti a diffusione nazionale nel 2010) e del Meeting Biennale, tradizionale appuntamento del nostro GdS a fine 2013;
 - l'utilizzo della cartella computerizzata per la neuropatia diabetica (messa a punto con un lungo e comune lavoro da parte del comitato direttivo del gruppo) che si intende collegare all'attuale cartel-

- la informatica generale già usata nei vari centri antidiabetici italiani;
 - la formazione del personale medico e infermieristico con corsi regionali accreditati;
 - l'elaborazione di linee guida nazionali circa la valutazione della neuropatia per il certificato medico legale della patente di guida.
2. Puntualizzazione della diagnosi di neuropatia dolorosa che verificherà:
- l'uso di protocolli diagnostici più accreditati (presenti e utilizzabili già nella cartella computerizzata della neuropatia) dalle società scientifiche neurologiche e della terapia del dolore;
 - la realizzazione di un registro nazionale di forme di neuropatia diabetica dolorosa rare e di difficile controllo, con la creazione regionale e nazionale di una rete collaborativa tra varie professionalità che insistono sul problema;
 - l'impostazione di protocolli di ricerca scientifica interdisciplinari sull'etiopatogenesi della neuropatia (genetica, infiammazione), in accordo con i gruppi della Società Italiana di Neurologia e di quella dello Studio del Sistema Neurovegetativo.
3. Implementazione dei rapporti con altri gruppi di studio e società scientifiche:
- per la neuropatia anestetica e lo *Charcot* con il gruppo del piede diabetico;

- per la cardiopatia silente con il gruppo di studio dell'aterosclerosi;
- per la disfunzione erettile e i disturbi eiaculatori del maschio e le problematiche sessuali femminili con le società di andrologia e ginecologia.

Inoltre, è stato presentato un nuovo report per la cartella diabetologica usata nei centri antidiabetici con un minquestionario anamnestico dedicato alla salute del maschio.

Conclusioni

Riteniamo che, in considerazione di tutte queste problematiche sia assistenziali sia scientifiche, le possibilità di una adeguata ed efficace concretizzazione possano passare solo con un reale coinvolgimento di tutti i colleghi, ma soprattutto delle nuove generazioni di colleghi diabetologi verso le quali continueremo a focalizzare il nostro compito formativo che in questi ultimi anni ha primariamente impegnato il nostro Gruppo di Studio.

Gruppo di Studio Neuropatia Diabetica

Giuseppe Bax (*coordinatore eletto*)

Federico Bellavere (*coordinatore uscente*)

