

# Gestione del paziente diabetico (escluso il diabete gestazionale e il diabete nei bambini)

T. Thierry Nesson Ouattara, M. Raucoules-Aimé

*Il diabete, soprattutto di tipo 2, è un problema di salute pubblica il cui peso umano, sociale ed economico va aumentando. Le sue complicanze ne fanno una malattia per la quale morbilità e ricorso alla chirurgia sono fortemente aumentati rispetto alla popolazione generale. Il rischio operatorio è legato essenzialmente alle complicanze degenerative del diabete, in particolare cardiovascolari o che interessano il sistema nervoso autonomo. Un tasso di emoglobina glicata superiore al 7% è associato a un rischio aumentato di comorbilità e di complicanze nel postoperatorio (infezione del sito chirurgico o cicatrizzazione insoddisfacente, per esempio). La visita di anestesia, oltre al bilancio delle lesioni degenerative, permette di valutare la qualità del controllo metabolico, di identificare i pazienti a rischio di ipoglicemia, di adattare i trattamenti e di richiedere gli esami complementari necessari. In assenza di segni di gastroparesi, il paziente diabetico può trarre beneficio, come ogni altro paziente, di un apporto di liquidi chiari fino a due ore prima dell'intervento chirurgico, perché il suo svuotamento gastrico non è modificato rispetto al soggetto sano. Non vi è alcun agente anestetico indicato o controindicato nel diabetico. I dati della letteratura e le pratiche in anestesia, in particolare nel contesto ambulatoriale, sono a favore dell'anestesia locoregionale (ALR). Un'attenzione del tutto particolare è prestata, nel periodo operatorio, alla protezione dei punti di appoggio. Nel quadro della chirurgia ambulatoriale, la realizzazione dell'intervento all'inizio del programma operatorio deve consentire di assumere uno spuntino all'ora di pranzo e la dimissione del paziente nel tardo pomeriggio, dopo un ultimo controllo glicemico. Per dei pazienti diabetici, le cui comorbilità sono stabilizzate, il mantenimento di una glicemia inferiore a  $10 \text{ mmol l}^{-1}$  ( $1,8 \text{ g l}^{-1}$ ) nel perioperatorio è un obiettivo sufficiente.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Diabete; Valutazione preoperatoria; Rischio operatorio; Anestesia; Complicanze postoperatorie

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	2	■ <b>Gestione anestesologica</b>	9
■ <b>Diagnosi, classificazione ed epidemiologia del diabete</b>	2	Esami complementari	9
■ <b>Ripercussioni della malattia diabetica sulla gestione perioperatoria</b>	2	Istruzioni per il digiuno preoperatorio	9
Principali lesioni degenerative e valutazione preoperatoria	2	Profilassi antibiotica	11
Diabete e rischio chirurgico	4	Premedicazione a scopo ansiolitico	11
Relazioni tra diabete di tipo 2, obesità e sindrome delle apnee ostruttive	7	Scelta del tipo di anestesia	11
■ <b>Adeguatezza dei trattamenti farmacologici del diabete nel perioperatorio</b>	7	Obiettivi glicemici perioperatori	12
Metformina	7	■ <b>Gestione in circostanze particolari</b>	12
Sulfamidici	8	Ambulatorio	12
Nuove molecole che riguardano principalmente il trattamento del diabete di tipo 2	8	In urgenza	12
Terapia insulinica	8	Esami radiologici con mezzi di contrasto iodati	12
In pratica	9	Precauzioni da prendere in occasione di una terapia corticosteroidea	13
		Gestione degli incidenti ipoglicemici	13
		■ <b>Conclusioni</b>	13

## ■ Introduzione

Il diabete costituisce un problema di salute pubblica il cui peso umano ed economico va aumentando. La prevalenza del diabete trattato farmacologicamente in Francia è stimata al 4,7% nel 2013, sommando insieme tutti i regimi di Assicurazione malattia [1], arrivando a più di tre milioni di persone trattate per il diabete. Le sue complicanze lo rendono una malattia per la quale morbilità e ricorso alla chirurgia sono fortemente aumentati rispetto alla popolazione generale. Il rischio operatorio è legato principalmente alle complicanze degenerative del diabete, in particolare cardiovascolari o che interessano il sistema nervoso autonomo.

Il diabete di tipo 2 è il più comune e il tempo medio tra i primi disturbi laboratoristici e la diagnosi clinica sarebbe, in media, di sette anni. In tali condizioni, le complicanze micro- e macrovascolari iniziano a svilupparsi prima che sia posta la diagnosi di diabete, spiegando in gran parte l'elevata morbilità in questa popolazione. Il diabete di tipo 2 è spesso associato ad altri fattori di rischio come l'obesità (negli Stati Uniti, il 90% dei diabetici di tipo 2 è in sovrappeso) e/o una sindrome da apnea ostruttiva del sonno (SAOS) (il 23% dei pazienti con SAOS ha un diabete di tipo 2), fattori che possono aumentare i problemi nella gestione perioperatoria.

La valutazione preoperatoria è fondamentale. Il ruolo dell'anestesia locoregionale (ALR) è, ora, riabilitato e i livelli di controllo glicemico intra- e postoperatorio sono ben definiti. L'anestesia ambulatoriale è possibile, ma anche desiderabile nei pazienti compensati, poiché una gestione incentrata sul rapido ritorno alla vita normale permette di evitare perturbazioni significative nel corso della malattia.

## ■ Diagnosi, classificazione ed epidemiologia del diabete

Classicamente, la diagnosi di diabete si basa su criteri di glicemia plasmatica: glicemia a digiuno o due ore dopo un carico orale di glucosio di 75 g. Nel 2009, l'uso dell'emoglobina A1C per la diagnosi di diabete è stato raccomandato da un comitato internazionale di esperti (valore soglia di HbA1c > 6,5%) (Tabella 1) [2,3].

Il diabete di tipo 1, in precedenza chiamato diabete insulino-dipendente o diabete giovanile, colpisce circa il 10% dei diabetici ed esordisce abitualmente prima dei 30 anni e il diabete di tipo 2, in precedenza chiamato diabete non insulino-dipendente o diabete dell'adulto, colpisce oltre il 90% dei diabetici (più del 3% della popolazione della Francia metropolitana). Il numero di diabetici non riconosciuti in Francia sarebbe stato vicino a 600-700 000. Il diabete di tipo 1 è legato a un deficit assoluto di insulina a causa della mancata produzione da parte delle cellule  $\beta$  di Langerhans del pancreas. Il tipo 2 si riferisce a un'insulinoresistenza che può evolvere verso un'insulinodeficienza (alterazione degli effetti dell'insulina sui tessuti bersaglio e della secrezione di insulina) quando la secrezione di insulina non è in grado di soddisfare le esigenze. Questi pazienti hanno anche un aumento della produzione di glucosio da parte del fegato e un tasso diminuito di *glucagon-like peptide 1* (GLP-1) [3].

Se il diabete di tipo 1 di solito è riconosciuto di fronte ai sintomi (dimagrimento, poliuria, polidipsia), il diabete di tipo 2

### Tabella 1.

Criteri diagnostici del diabete [2,3].

È considerato diabetico un soggetto che presenta:

- una glicemia a digiuno (almeno otto ore di digiuno)  $\geq 7$  mmol l<sup>-1</sup> (1,26 g l<sup>-1</sup>) e controllata due volte
- o la presenza di sintomi del diabete (poliuria, polidipsia, dimagrimento) associati a una glicemia (su plasma venoso)  $\geq 11,1$  mmol l<sup>-1</sup> (2 g l<sup>-1</sup>)
- o una glicemia (su plasma venoso), due ore dopo l'assunzione orale (carico) di 75 g di glucosio  $\geq 11,1$  mmol l<sup>-1</sup> (2 g l<sup>-1</sup>)
- o una HbA1C  $\geq 6,5\%$

è, il più delle volte, asintomatico e diagnosticato per caso, nel corso di un esame del sangue durante un bilancio di routine, soprattutto prima di un intervento chirurgico. Al momento della diagnosi clinica di diabete di tipo 2, la retinopatia è presente nel 10-29% dei pazienti e la proteinuria è rilevata nel 10-37% dei soggetti. Per quanto riguarda le complicanze macrovascolari (coronaropatia, arteriopatia periferica), esse iniziano ancora più precocemente, fin dallo stadio dell'intolleranza al glucosio. Due situazioni sono a rischio di insorgenza di diabete di tipo 2:

- una glicemia a digiuno tra 5,6 mmol l<sup>-1</sup> (1,0 g l<sup>-1</sup>) e 6,9 mmol l<sup>-1</sup> (1,26 g l<sup>-1</sup>) e che espone anche al rischio vascolare;
- la sindrome metabolica, nella quale si inserisce abitualmente il diabete di tipo 2 [3,4].

## ■ Ripercussioni della malattia diabetica sulla gestione perioperatoria

### Principali lesioni degenerative e valutazione preoperatoria

#### Lesione cardiovascolare

##### Coronaropatia del diabetico

Essa è frequente, e la sua prevalenza è superiore a quella della popolazione non diabetica, anche in assenza di altri fattori di rischio. È legata a lesioni il più delle volte multitrunculari e distali, spesso associate a stenosi moderate e ad anomalie del microcircolo coronarico. Una delle caratteristiche del paziente diabetico è la frequenza (dell'ordine del 30%) dell'ischemia miocardica silente (IMS), molto superiore a quella dei pazienti non diabetici, soprattutto quando altri fattori di rischio vascolare sono associati al diabete [5]. Tuttavia, lo screening sistematico nei pazienti di tipo 2 con un elettrocardiogramma (ECG) normale è attualmente discusso per quanto riguarda il suo interesse in clinica e il suo eventuale valore prognostico [6-8].

La presenza di un'IMS deve essere ipotizzata in particolare [9]:

- per gli uomini:
  - diabetici di tipo 2 di età superiore ai 60 anni, arteritici o che hanno avuto un accidente vascolare cerebrale (AVC) con poche sequele. In questi pazienti, una malattia coronarica è diagnosticata nel 50% dei casi
  - diabetici con proteinuria o microalbuminuria il cui rischio coronarico è moltiplicato per 2-3 in un periodo di dieci anni rispetto ai diabetici di tipo 2 che non presentano microalbuminuria
  - che combinano tabagismo, ipertensione arteriosa (HTA) e iperlipidemia,
  - diabetici di tipo 1 di età superiore ai 40 anni e che hanno oltre 15 anni di diabete; lo screening dell'IMS deve essere realizzato in caso di nefropatia e arterite degli arti inferiori o in presenza di un'intossicazione tabagica importante e di vecchia data;
- per le donne oltre i 65 anni, lo screening dell'IMS deve essere praticato:
  - nelle donne con menopausa precoce, senza sostituzione ormonale
  - nelle donne arteritiche o che hanno avuto un AVC
  - in presenza di proteinuria con o senza insufficienza renale.

Per individuare l'IMS, si dispone di diversi metodi non invasivi di indagine. Questi esami devono essere prescritti solo con l'accettazione preliminare del paziente (e quando sono compatibili con i tempi della chirurgia, per esempio in oncologia), che si realizzino una coronarografia ed eventualmente una procedura di rivascularizzazione, in seguito a un test indiscutibilmente positivo:

- la registrazione Holter delle 24 ore ha una buona specificità ma una sensibilità molto bassa per la diagnosi di malattia coronarica e ha poco interesse;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756853>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756853>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)