

**Considerazioni
sui primi cento casi osservati
presso la Clinica diabetologica
di Mosta**

NAZARENE AZZOPARDI, *M.D., D.A.*

Estratto da **MINERVA MEDICA**

Vol. 64 - N. 1 - Pag. 12-13 (6 Gennaio 1973)

Considerazioni sui primi cento casi osservati presso la Clinica diabetologica di Mosta

NAZARENE AZZOPARDI, M.D., D.A.

Questa moderna clinica, situata nel Centro Civico di Mosta, è una derivazione di quella istituita sei anni or sono presso il Reparto ambulatoriale del St. Luke Hospital; il Dipartimento medico-sanitario e l'Ordine di S. Giovanni hanno contribuito in stretta collaborazione al personale ed alle attrezzature.

I pazienti osservati provengono soprattutto dalla zona nord-occidentale di Malta, ma la clinica è aperta a tutti. I controlli e le prove di laboratorio sono gratuiti per tutti, ma le medicine sono fornite gratuitamente soltanto ai pazienti non paganti assistiti dal « Social Welfare Office ». I pazienti sono indirizzati alla clinica dal medico di famiglia e, accertata la gravità delle loro condizioni, vengono fornite le opportune indicazioni e si prescrive il trattamento necessario. Dei pazienti, 55 erano nuovi casi, mentre 45 provenivano dalla St. Luke Clinic.

L'età media dei pazienti osservati era di 62 anni, con estremi di 78 e 2,5 anni. Il sesso maschile prevaleva su quello femminile con un rapporto di 3 : 1.

Il diabete è stato confermato in 97 casi seguendo come criterio lo standard dell'O.M.S. di una glicemia di due ore superiore a 140 mg %. Sembra utile ricordare che i reagenti per la glicemia in uso presso la clinica sono specifici solo per il glucosio (Boehringer Biochemia TCM I).

Solo 12 pazienti erano di peso normale; 32 presentavano un eccesso ponderale del 30 %, 26 del 20 % e 30 del 10 %. Il tipo di diabete più comunemente riscontrato era quello a comparsa tardiva; questo fatto, associato alla scarsa accuratezza nella terapia da parte di molti pazienti anziani, spiega l'elevata incidenza delle complicazioni arteriose osservate.

Come ha scoperto la malattia gran parte dei pazienti? Di essi, 72 si sono presentati al medico con la diagnosi già formulata, in quanto erano già stati sottoposti ad esame

dell'urina che aveva evidenziato la presenza di sostanze riducenti. Altri 24 si sono rivolti al medico per disturbi banali quali cefalea, irrequietezza o tumefazioni falangee resistenti agli impacchi caldo-umidi; nel corso dell'esame obiettivo è stata evidenziata la glicosuria. Tra le pazienti in cui era stata accertata la presenza di una sostanza riducente nell'urina, 3 erano gravide. Solo il paziente di 2,5 anni presentava un coma diabetico.

L'eredità è importante nel determinare la incidenza del diabete. Solo 22 pazienti hanno riferito di non avere parenti glicosurici; è tuttavia possibile che in questa zona rurale i genitori dei nostri pazienti anziani possono aver sofferto di una glicosuria non diagnosticata prima della morte per cause quali apoplezia o insufficienza cardiaca. Gli altri 88 hanno ammesso di avere un parente diabetico (39 madre diabetica, 17 padre diabetico, 3 ambedue i genitori e 29 uno zio o una zia o un fratello).

Le donne pre-diabetiche sono molto fertili: 35 delle nostre pazienti erano grandi pluripare, spesso con una parità di 12. Una elevata percentuale ha ammesso che le dimensioni dei figli aumentavano da una gravidanza all'altra; non è stato però possibile stabilire cifre esatte, in quanto i parti sono stati espletati a domicilio, ed i neonati non erano stati pesati.

Le complicazioni incontrate erano principalmente a genesi arteriosa. Una parziale perdita della capacità visiva è stata messa in rilievo dai consulenti oculistici del St. Luke Hospital in 25 casi, 16 con retinopatia allo stadio II, mentre 9 presentavano una cataratta unilaterale. Segni di insufficienza vascolare sono stati confermati, in 5 pazienti il cui sintomo principale era costituito da claudicazione intermittente, mediante esame oscillometrico. Altri 5 pazienti lamentavano la sensazione di camminare

« come su un terreno di lana » e la loro neuropatia è stata confermata dall'assenza di sensibilità vibratoria ed ipo- o areflessia. La neuropatia diabetica quasi sempre interessa gli arti inferiori in modo simmetrico. In 2 femmine e 3 maschi è stata riscontrata una retrazione di Dupuytren. Albuminuria è stata evidenziata in 7 pazienti, ma solo in uno esisteva un'iperazotemia. Solo in 2 pazienti sono state osservate ferite infiltrate, che sono rapidamente guarite dopo un opportuno trattamento antidiabetico.

Ritengo che non sia fuori luogo soffermarci, in queste considerazioni, sugli aspetti del trattamento antidiabetico. Di questi 100 casi, 29 seguivano unicamente una dieta, mentre i rimanenti seguivano una dieta associata ad insulinoterapia, oppure una dieta con farmaci per via orale, in una proporzione di 4:6. Il punto principale del trattamento è la dieta, e soltanto quando il paziente è stato pienamente convinto dell'importanza di seguire una dieta opportuna è possibile ottenere un effettivo progresso nel controllo della malattia. E' pure molto importante l'attività, che purtroppo viene seguita raramente. Molti pazienti hanno concetti errati sulla dieta che dovrebbero seguire, e presso la clinica vengono tenute lezioni in cui l'infermiera anziana spiega la dieta diabetica ai pazienti, distribuisce foglietti illustrativi a quelli che sanno leggere, e risponde alle domande degli altri.

In 30 casi è stata usata insulina di tipo lento mentre altri 3 pazienti sono stati meglio controllati con insulina « rapitard » (tipo bovino o porcino). Viene consigliata un'unica iniezione quotidiana. Lo scopo del dia-

betologo è di trattare il paziente, e non di assicurargli un'urina persistentemente aglicosurica lasciando il paziente in condizioni di astenia. Nei casi resistenti viene seguita la saggia prescrizione di Tolstoi (1950), e si consiglia una piccola dose costante quotidiana di insulina, a prescindere dal grado di glicosuria.

Presso la clinica, 33 pazienti sono trattati con dieta e compresse. Non è stata osservata una notevole differenza tra sulfoniluree, biguanidi e derivati glimidenici. Un'unica dose quotidiana è consigliata per due motivi, in modo che il paziente non dimentichi di prendere le sue compresse, e per fornire sufficiente tempo agli isolotti pancreatici di riempirsi di granuli di insulina.

E' stato sostenuto in altra sede che il diabete mellito è una malattia nazionale, e che il 20 % degli abitanti di Malta e Gozo sono probabilmente affetti da diabete. Un saggio governo ha istituito due cliniche per aiutare queste migliaia di cittadini. Il diabete può essere controllato e reso così meno pericoloso se trattato con accuratezza, sotto la guida di prove di laboratorio. Le terapie non ben dosate, con un'occasionale prova glicemica saranno infruttuose, tranne che nei casi molto lievi, che dopo tutto possono essere trattati con un rigoroso controllo dietetico.

Ringraziamento. — L'Autore desidera ringraziare il Prof. J. E. Debono che ha permesso la pubblicazione di queste considerazioni.

BIBLIOGRAFIA

Tolstoi E.: Med. Clin. N. Am., 34, 545, 1950.

[Indirizzo dell'Autore:

N. Azzopardi
II Preca Street
Lija (Malta)]