

Endocrinologia

Il diabete, i diabeti

Conduzione: Michele Mencacci
 Pediatra di famiglia, Perugia



La Diabetologia Pediatrica è la branca specialistica che si occupa della cronicità più impattante in Pediatria, per numeri assoluti e per qualità di vita. Fino a qualche tempo fa, il diabete in età pediatrica aveva significato pressoché esclusivamente di tipo 1, autoimmune, caratterizzato dalla distruzione delle cellule β pancreatiche. Oggi per il Pediatra di famiglia occuparsi di Diabetologia significa, invece, conoscere, saper sospettare e di conseguenza intercettare tutte le situazioni in cui il bambino può presentare iperglicemia, oltre a occuparsi della gestione della malattia a domicilio e a contribuire all'inserimento del bambino a scuola. Il tutto operando in stretta sinergia con le strutture specialistiche di 2°-3° livello, che garantiscono la massima offerta terapeutica, anche relativamente alle rapidissime evoluzioni in campo tecnologico.

Le relazioni:

Tipo 2: "Primum non movens", prof. Dario Iafusco (Università della Campania)

I risultati dell'indagine "Okkio alla Salute" hanno mostrato il diffondersi della "pandemia" di obesità e sedentarietà, condizioni che rappresentano di per sé malattia in quanto associate, a lungo termine, a incremento di morbilità e mortalità per ogni causa. Di pari passo, si è modificata anche l'epidemiologia del diabete: si assiste, infatti, a un'anticipazione dell'esordio del diabete mellito tipo 1 (T1DM), correlata alla concomitante progressione del processo autoimmune di distruzione delle cellule β , con l'insorgenza dell'insulino-resistenza, propria della condizione di obesità. Questo trend è più evidente nelle Regioni a basso PIL, con gradiente decrescente dal Sud al Nord Italia, ed è legato alla peggior qualità dell'alimentazione (alto contenuto calorico del *Junk Food*) e degli stili di vita (disponibilità di TV in camera, eccessivo utilizzo di videogiochi/dispositivi digitali e conseguenti abitudini alimentari scorrette associate).

Valori di glicemia a digiuno > 100 devono quindi indurre alla ricerca di Auto Ab nel sospetto di T1DM, sia nel bambino magro (fenotipo più rappresentato nelle precedenti decadi), che nel bambino obeso (in cui la resistenza insulinica potrebbe slantizzare prima il processo insulitico). In ogni caso, sia in presenza, che in assenza, degli autoanticorpi, operativamente si devono andare a ricercare:

- familiarità per obesità/diabete mellito tipo 2 (T2DM), ipertensione, condizione di SGA alla nascita;
- presenza di micropolicistosi ovarica nella bambina;
- alterazioni cutanee (*Acanthosis nigricans*);
- alterazione del rapporto circonferenza vita/altezza (obesità "addominale");
- peptide C, insulina, glicemia, HOMA IR.

Laddove si giunga a una diagnosi di insulino-resistenza, vanno attuati in concomitanza interventi dietetici associati all'incremento dell'attività motoria.

Tipo 1: Vademecum quotidiano - dott.ssa Sonia Toni (Centro di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica, Ospedale Pediatrico Meyer)

Il ruolo del Pediatra di famiglia nella gestione del bambino con T1DM è centrale e si articola in più momenti:

- diagnosi: è necessario pensare a una nuova insorgenza di T1DM non solo nella più nota situazione di poliuria/polidipsia, ma anche in ogni occasione di clinica, pur sempre suggestiva, ma meno evidente (disidratazione, dolori addominali, sintomatologia gastro-enterica, alterazioni cutanee). È imperativo intercettare il bambino finché il suo "patrimonio insulare" è ancora parzialmente conservato, e prima che l'insorgenza conduca alla chetoacidosi, condizione più strettamente associata a complicanze a breve/medio termine, inclusa mortalità ed edema cerebrale. Devono pertanto obbligatoriamente rientrare nella strumentazione in dotazione allo studio pediatrico, il glucometro o i multi-stick urine, metodica, quest'ultima, evidentemente non invasiva, ma comunque in grado di evidenziare l'eventuale presenza di glicosuria/chetonuria. Strategicamente è meglio richiedere al genitore di raccogliere le urine a domicilio, potendo risultare difficile la raccolta del campione in ambulatorio in caso di disidratazione;
- gestione della patologia intercorrente: bisogna sostenere la famiglia in tutte quelle situazioni in cui la terapia insulinica necessita di un adeguamento delle dosi per presenza di patologia sovrapposta. Genericamente è spesso necessario incrementare le dosi in caso di sindromi simil influenzali, soprattutto se associate a febbre, mentre può essere necessario ridurle nelle situazioni in cui prevale la sintomatologia gastroenterica, con vomito/malassorbimento glucidico. In ogni caso si devono intensificare i controlli quotidiani della glicemia e **NON VA MAI SOSPESA LA TERAPIA INSULINICA**;
- in caso di ipoglicemia severa con perdita di coscienza va somministrato glucagone, che attualmente è disponibile anche in formulazione spray nasale, adottata nelle Scuole di alcune Regioni, di più semplice somministrazione anche a opera di personale non sanitario.