

SCREENING DEL DIABETE GESTAZIONALE: FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI E LA RICLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO

Ida Pastore¹, Eusebio Chiefari², Patrizia Caroleo¹, Alessandra Palazzo¹, Raffaella Vero¹, Antonio Brunetti²

¹SOC di Diabetologia e di Endocrinologia, Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio, Catanzaro

²Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Catanzaro Magna Graecia, Catanzaro

INTRODUZIONE

In Italia lo screening del diabete gestazionale (GDM) è selettivo e si basa sul profilo di rischio individuale. Devono essere sottoposte a screening solo le donne classificate ad alto rischio (almeno una delle seguenti condizioni: precedente GDM, BMI \geq 30, glicemia a digiuno compresa tra 100 e 125 mg/dl) e medio rischio (almeno uno tra: età \geq 35 anni, BMI compreso tra 25 e 29.9, macrosomia in una gravidanza precedente, familiarità per diabete mellito tipo 2, etnia a rischio). Tuttavia, alcuni studi hanno evidenziato che molti casi di possibile GDM non vengono diagnosticati con questo approccio. Peraltro, alcuni fattori predittivi di GDM, come la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), non sono inclusi tra i fattori di rischio.

Partendo da queste considerazioni, il nostro gruppo ha elaborato un algoritmo per la valutazione del rischio, definito indice di Capula, che si basa su alcuni fattori di rischio noti nella nostra popolazione: la presenza di precedente GDM, PCOS, la glicemia a digiuno tra 100 e 125 mg/dl prima della gravidanza, l'età e il BMI pregravidico. Abbiamo dimostrato che l'indice di Capula migliora significativamente l'accuratezza delle linee guida italiane, riclassificando il rischio delle gravide.

DESCRIZIONE DEL CASO

Donna di 30 anni, caucasica, altezza 160 cm, peso pre-gravidico 59 kg, BMI pregravidico=23, primipara. Anamnesi fisiologica: menarca all'età di 12 anni, cicli irregolari dal menarca. Anamnesi patologica remota: PCOS dall'età di 18 anni. Anamnesi familiare negativa per diabete mellito tipo 2. Glicemia a digiuno: 85 mg/dl. Glicemia alla prima visita ginecologica in gravidanza: 82 mg/dl. In base alle attuali Linee Guida la nostra paziente non avrebbe dovuto sottoporsi a screening per GDM, mentre l'indice di Capula indicava un alto rischio per GDM.

La paziente, su consiglio del ginecologo, si sottoponeva a test orale di tolleranza al glucosio alla 26[°] settimana di gestazione che metteva in evidenza la presenza di GDM: glicemia a digiuno 90 mg/dl (v.n. < 92 mg/dl); glicemia dopo 60' 204 mg/dl (v.n. < 180 mg/dl); glicemia dopo 120' 165 mg/dl (v.n. < 153 mg/dl). Pertanto, veniva indirizzata all'ambulatorio di diabete gestazionale.

La paziente veniva informata sui rischi connessi al GDM, veniva istruita alla compilazione del diario glicemico e chetonurico domiciliare e veniva avviata a terapia nutrizionale. L'incremento ponderale dall'inizio della gravidanza risultava essere di 5 Kg, pertanto veniva consigliata una dieta da 2000 Kcal/die. I parametri ecografici di crescita fetale erano compatibili con l'età gestazionale.

Dopo 2 settimane tornava a visita presso l'ambulatorio di diabete gestazionale con le seguenti medie glicemiche domiciliari: glicemia a digiuno 99 mg/dl (v.n. < 95 mg/dl); glicemia dopo 1 ora dalla colazione 138 mg/dl (v.n. < 140 mg/dl); glicemia dopo 1 ora dal pranzo 158 mg/dl (v.n. < 140 mg/dl); glicemia dopo 1 ora dalla cena 162 mg/dl (v.n. < 140 mg/dl). Chetonuria mattutina negativa. Veniva pertanto avviata la seguente terapia: Insulina Lispro 4 U sc a pranzo, Insulina Lispro 4 U sc a cena e Insulina Detemir 5 U sc bedtime.

Dopo due settimane il compenso glicemico risultava nella norma, ma dopo altre due settimane, alla quarta visita (32[°] settimana di gestazione) la glicemia media a digiuno era di 97 mg/dl, la glicemia media dopo colazione 145 mg/dl; la glicemia media dopo pranzo 135 mg/dl e la glicemia media dopo cena 147 mg/dl. Pertanto si modificava la terapia come segue: Insulina Lispro 4 U sc a colazione, Insulina Lispro 4 U sc a pranzo e Insulina Lispro 6 U sc a cena e Insulina Detemir 7 U sc bedtime.

Le visite di controllo successive mettevano in evidenza un buon controllo metabolico, pertanto veniva indotto parto vaginale alla 39[°] settimana di gestazione. Il neonato alla nascita pesava 3,800 Kg e tutti i parametri risultavano essere nella norma.

CONCLUSIONI

La prevalenza del GDM è in continuo aumento, questo in parte è dovuto ad uno stile di vita di tipo occidentale.

Lo screening selettivo, così come suggerito dalle attuali Linee Guida italiane, si basa sulla valutazione del profilo di rischio individuale e circa 1/4 dei casi di GDM non è diagnosticato. Fattori di rischio emergenti dovrebbero essere inclusi nella valutazione del rischio individuale. L'indice di Capula potrebbe rappresentare uno strumento efficace per la classificazione del rischio di GDM. È auspicabile una validazione in altre popolazioni.