Diabete gestazionale: quale soglia diagnostica? quale terapia?

Data 24 dicembre 2008
Categoria metabolismo

Due studi pubblicati dal New England Journal of Medicine portano ulteriori conoscenze alla controversa questione del diabetegestazionale.

Il New England Journal of Medicine pubblica due studi sul diabete gestazionale. Nel primo studio 25.505 donne gravide sono state sottoposte a test da carico orale con 75 grammi di glucosio tra la 24° e la 32° settimana di gestazione. I risultati sono rimasti in cieco se la glicemia a digiuno era uguale o inferiore a 105 mg/dL oppure se la glicemia a 120 minuti era uguale a inferiore a 200 mg/dL. L'end-point primario dello studio era la valutazione del peso del neonato rispetto all'età gestazionale, la necessità di eseguire un taglio cesareo, la diagnosi neonatale di ipoglicemia e i livelli di C-peptide nel sangue del cordone ombelicale. Esiti secondari erano il parto prima della 37° settimana, la distocia di spalla o lesioni alla nascita, la necessità di cure neonatali, l'iperbilirubinemia e la pre-eclampsia.
I risultati dell'OGTT rimasero in cieco per 23.316 partecipanti. Venne calcolato il rischio di esiti avversi per ogni deviazione standard di glicemia a digiuno (pari a 6,9 mg/dL) oppure per ogni DS della glicemia a 60 minuti (pari a 30,9 mg/dL) e a 120 minuti (pari a 23,5 mg/dL). Il rischio (espresso in termini di OR) di partorire un neonato con un peso al di sotto del 90° percentile era di 1,38 (1.32-1,44) per ogni DS in più di glicemia a digiuno, di 1,46 (1,39-1,53) per la glicemia a 60 minuti e di 1,38 (1,32-1,44) per la glicemia a 120 minuti. Per livelli di C-peptide nel cordone ombelicale al di sopra del 90° percentile l'OR era rispettivamente di 1,55 (1,47-1,64), 1,46 (1,38-1,54) e di 1,37 (1,30-1,44). Per il taglio cesareo era di 1,11 (1,06-1,15), 1,10 (1,06-1,15) e 1,08 (1,03-1,12); per l'ipoglicemia neonatale era di 1,08 (0,98-1,18), 1,13 (1,03-1,26) e 1,10 (1,00-1,12). Non è stato possibile trovare una soglia al di sopra della quale il rischio aumentava. Associazioni più deboli sono state trovate anche per gli esiti secondari.
Gli autori concludono che vi è una forte associazione di tipo continuo tra i livelli di glucosio nella madre al di sotto della soglia per diagnosi di diabete e aumentato peso del bambino alla nascita e aumentati livelli di C-peptide nel sangue del cordone ombelicale (espressione di ipoglicemia nel bambino).
Nel secondo studio sono state arruolate 751 donne con diabete gestazionale alla 20°-33° settimana di gestazione. Le partecipanti sono state randomizzate al trattamento (in aperto) con metformina (+ insulina se necessario) oppure insulina. L'end-point primario era composto da ipoglicemia neonatale, distress respiratorio, necessità di fototerapia, traumi da parto, score di Apgar a 5 minuti inferiore a 7, prematurità. End-point secondari comprendevano misure antropometriche neonatali, controllo glicemico materno, complicanze ipertensive materne, tolleranza al glucosio post-partum, accettabilità del trattamento. Il 46,3% delle donne nel gruppo metformina ricevette anche insulina. L'end-point primario si verificò nel 23,0% dei casi del braccio metformina e nel 32,2% nel braccio insulina (differenza non significativa). Anche gli end-point secondari non differivano tra i due gruppi. Non si registrarono eventi avversi gravi con la metformina. Rispose che avrebbe rivevuto nuovamente il trattamento assegnato il 76,6% del gruppo metformina e il 27,2% del gruppo insulina.
Gli autori concludono che nel diabete gestazionale la metformina (da sola o con supplementi di insulina) non è associata ad un aumento delle complicanze perinatali rispetto all'insulina.

Fonte:

1. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008;358:1991-2002.
2. Rowan JA et al. for the MiG Trial Investigators. Metformin versus Insulin for the Treatment of Gestational Diabetes. N Engl J Med 2008 May 8; 358:2003-2015

Commento di Renato Rossi

La gravidanza comporta una ridotta tolleranza al glucosio a causa della comparsa di una resistenza all'insulina. Tuttavia il diabete gestazionale è stato oggetto di controversie per anni, a partire dalla sua definizione. In particolare i punti critici sono i deguenti:
1) come si diagnostica un diabete gestazionale? qual è il test da usare?
2) è necessario eseguire uno screening generalizzato in tutte le gravide?
3) quando e come si tratta il diabete gestazionale?
La materia richiede un approfondimento molto articolato e sarà oggetto, pertanto, di una futura pillola alla quale si rimanda.