



Controllo intensivo diabete gestazionale riduce morbilità perinatale

Data 12 settembre 2005
Categoria ostetricia

Un controllo intensivo del diabete gestazionale riduce la morbilità perinatale e migliora la qualità vita della donna.

In uno studio prospettico, 490 donne alla 24-34 settimana di gravidanza affette da diabete gestazionale sono state randomizzate a ricevere un trattamento convenzionale o un monitoraggio intensivo con eventuale somministrazione di insulina, se necessaria. Gli end points primari erano rappresentati dalla morbilità perinatale (morte neonatale, distocia di spalla, fratture e paralisi nervose), ricovero in neonatologia, ittero necessitante di fototerapia, induzione di travaglio, taglio cesareo, ansia e depressione materna e stato globale di salute della madre. Il tasso di complicazioni neonatali importanti è risultato significativamente inferiore nei neonati delle 490 donne sottoposte al programma di sorveglianza intensiva rispetto a quelli delle 510 donne seguite in modo convenzionale (1% vs. 4%; ARR: 0.33; 95% CL: 0.14 - 0.75; P=0.01). Tuttavia un maggior numero di neonati del gruppo con monitoraggio intensivo è stato ricoverato in neonatologia (71% vs. 61%; ARR: 1.13; 95% CL: 1.03 - 1.23; P=0.01). Un maggior numero di donne del gruppo intensivo hanno subito l'induzione del parto rispetto a quelle del gruppo trattato convenzionalmente (39% vs. 29%; ARR: 1.36; 95%: 1.15 - 1.62; P<0.001), mentre il tasso di tagli cesarei è risultato simile (31% e 32% rispettivamente). A tre mesi dal parto l'analisi dei dati circa lo stato dell'umore e di salute generale relativi a 573 donne hanno dimostrato livelli inferiori di depressione ed un miglior stato di salute complessivo nelle donne sottoposte al programma di controllo intensivo del diabete gestazionale.

Fonte: NEJM June 12, 2005(10.1056/NEJMoa042973)

Commento di Renato Rossi

Per diabete gestazionale (DG) si intende un diabete insorto durante la gravidanza in una donna precedentemente non diabetica. E' una situazione a minor rischio rispetto a quella della donna diabetica nota che diventa gravida, tuttavia anche il DG può associarsi ad un aumento del rischio di aborto, macrosomia fetale (con conseguenti rischi durante il parto), proteinuria e ipertensione. Comporta anche un maggior ricorso al taglio cesareo. Generalmente tende a risolversi dopo il parto ma in una certa percentuale di casi (15-20%) può residuare un vero e proprio diabete. E' attualmente discusso sia lo screening, che si effettua tra la 24° e la 28° settimana di gestazione con la cosiddetta minicurva, sia la terapia insulinica in quanto una revisione Cochrane concludeva che non vi è dimostrazione che nelle gravide con iperglicemia asintomatica il trattamento migliori gli outcomes. Per la verità le linee guida dell'American Diabetes association consigliano un approccio abbastanza aggressivo prevedendo la terapia insulinica per glicemie ≥ 95 mg/dL a digiuno e ≥ 120 mg/dL post-prandiali.

Questo studio, randomizzato e controllato, dimostra che l'approccio suggerito dall'ADA potrebbe essere corretto in quanto il monitoraggio dello stato metabolico e la terapia insulinica quando necessaria sono in grado di ridurre le complicanze perinatali e di migliorare la qualità di vita della madre. Vi è da notare tuttavia che nel gruppo trattato in maniera aggressiva si aveva un maggior numero di ricoveri dei neonati e di induzione terapeutica del parto. Questi risultati vanno quindi presi con cautela perchè se è vero che il trattamento intensivo del DG porta a migliori esiti nel contesto sterilizzato degli RCT non è detto che questo sia vero nel mondo reale ove le pazienti sono seguite in modo meno rigoroso e una terapia insulinica esagerata potrebbe portare a episodi ipoglicemici pericolosi per la madre e per il feto.

Bibliografia

1. Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.