



## Inutile lo screening del diabete gestazionale

**Data** 29 dicembre 2005  
**Categoria** ostetricia

Lo screening del diabete gestazionale non apporterebbe benefici tangibili per il feto o la madre.

Circa il 7% delle gravidanze è complicato da diabete, nel 90% dei casi si tratta di diabete gestazionale (cioè di diabete insorto durante la gravidanza e non pre-esistente ad essa).

Una ricerca su vari database elettronici, estesa poi a varie linee guida, ha cercato di sintetizzare lo stato dell'arte sull'argomento. I punti che seguono ne riassumono i risultati :

1) Alcuni autori negano che il diabete gestazionale sia un' entità nosografica a sè, sarebbe piuttosto semplicemente l'espressione di un' insulino-resistenza di base slatentizzata dallo stato gravidico e un fattore di rischio per lo sviluppo successivo di diabete tipo 2.

2) Anche sullo screening esistono delle incertezze. Alcuni raccomandano di limitare lo screening solo alle donne ad alto rischio (età  $\geq$  35 anni, BMI  $>$  30, uso di corticosteroidi, storia personale o familiare di diabete, appartenenza a gruppi etnici a rischio); altri consigliano lo screening in tutte le gravidanze tra la 24° e la 28° settimana.

3) Non vi è accordo in letteratura sugli effetti avversi che il diabete gestazionale potrebbe comportare nè sulla efficacia di vari protocolli per il suo trattamento.

4) E' noto che l'iperglicemia, nelle prime 10 settimane di gestazione (cioè durante l'organogenesi) è teratogena e aumenta il rischio di malformazioni fetali e aborti da 2 a 3 volte: uno screening effettuato tra la 24° e la 28° settimana però non identifica l'iperglicemia precocemente, proprio nel periodo in cui è invece più pericolosa.

5) A partire dalla 12° settimana di gravidanza le cellule beta fetali sono in grado di produrre insulina e quindi se la glicemia materna è elevata si ha un' iperinsulinemia fetale che può portare a macrosomia (peso alla nascita  $>$  4 kg), che si verifica in circa il 20% dei casi. Il trattamento comporta una riduzione non significativa di questa percentuale mentre la diagnosi di diabete gestazionale induce un aumento dei tagli cesarei. In alcune regioni del Canada dove lo screening del diabete gestazionale è stato sospeso, la percentuale di macrosomia fetale non è cambiata.

5) Diversamente dalle donne con pre-esistente diabete, il diabete gestazionale non è associato ad un aumento delle malformazioni congenite rispetto alla popolazione generale. Anche la mortalità perinatale delle donne con diabete gestazionale varia molto da studio a studio ma le stime più recenti suggeriscono che essa sia paragonabile a quella delle pazienti di controllo senza diabete.

6) Nel 60-95% dei casi il diabete gestazionale può essere trattato adeguatamente con la sola dieta. Negli altri l'insulina riduce la macrosomia e i parti cesarei ma aumenta il rischio di ipoglicemia materna e neonatale. Vi sono inoltre poche evidenze che abbiano paragonato vari regimi di terapia insulinica. Recentemente è stata usata in alcuni RCT la gliburide, un antidiabetico orale che non passa la barriera placentare e che sembra ottenere risultati simili all'insulina quando iniziata alla 11° settimana di gravidanza. Anche gli outcomes gravidici sembrano buoni. Studi più datati suggeriscono che la metformina potrebbe essere sicura ed efficace e si attendono i risultati di nuovi trials.

Gli autori della revisione concludono che lo screening del diabete gestazionale ne aumenta surrettiziamente la prevalenza, ma non esistono prove conclusive che ciò si traduca in un miglioramento degli esiti. Alcune risposte potranno venire dallo studio HAPO in cui sono state arruolate circa 25.000 donne gravide.

Fonte: Can Fam Physician 2005;51:688-95.

### Commento di Renato Rossi

Uno studio recente , randomizzato e controllato, concludeva che la terapia intensiva del diabete gestazionale migliora gli outcomes perinatali rispetto alla terapia convenzionale, a scapito però di un maggior numero di ricoveri dei neonati e di induzione terapeutica del parto. Inoltre, come si faceva notare nella pillola relativa e a cui si rimanda per maggiori dettagli, i risultati nella pratica reale potrebbero essere inferiori di quelli realizzati nel contesto di uno studio controllato e portare a pericolose ipoglicemia sia nella madre che nel feto.

Questa revisione della letteratura conferma che vi sono numerose incertezze sul diabete gestazionale, financo a partire dalla sua stessa definizione di entità nosografica distinta.

Esistono inoltre incertezze sia sulla utilità di uno screening generalizzato da effettuare tra la 24° e la 28° settimana, sia sulle varie opzioni di terapia che dovrebbe privilegiare, in prima istanza, provvedimenti non farmacologici come la dieta e l'attività fisica, riservando i farmaci ai casi di iperglicemia che non risponde alle misure dietetiche e comportamentali.

### Bibliografia

1. N Engl J Med 2005 Jun 16; 352: 2477-2486