

**CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO
PER
RACCOMANDAZIONI E IMPLEMENTAZIONE DELLE NUOVE LINEE
GUIDA PER LO SCREENING E LA DIAGNOSI DEL DIABETE
GESTAZIONALE (GDM)**

La Conferenza Nazionale di Consenso per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale, convocata dal Gruppo di Studio “Diabete e Gravidanza” SID-AMD, composta dai delegati di tutte le società scientifiche e professionali e dagli esperti interessati alla cura e allo studio del diabete gestazionale a tergo riportati, riunita a Roma in data 27 marzo 2010

Premesso che:

- 1) Lo screening, la diagnosi e il trattamento del diabete gestazionale risultano efficaci in termini di costi-benefici;
- 2) I criteri attualmente in uso per lo screening e la diagnosi del GDM non sono univoci ed i più noti sono stati stabiliti sulla base del rischio di sviluppare diabete dopo il parto nelle donne affette da GDM e non sulla base dell’outcome materno e fetale;
- 3) Lo studio HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome), condotto in cieco su circa 25.000 donne in 15 centri distribuiti nelle varie nazioni del mondo, ha messo in evidenza che vi è una relazione lineare tra i livelli di glicemia registrati a digiuno e dopo 1 e 2 ore dal carico orale con 75 grammi di glucosio e l’aumento della frequenza degli outcomes primari e secondari avversi;
- 4) L’ “International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups” (IADPSG), nel Giugno 2008 ha organizzato a Pasadena (USA) una “International Workshop Conference on Gestational Diabetes - Diagnosis and Classification” cui hanno partecipato 225 studiosi di 40 paesi che hanno analizzato i risultati dello studio HAPO e di altri studi pubblicati sull’argomento, per stabilire i nuovi criteri di screening e diagnosi del GDM. Successivamente, il Consensus Panel del IADPSG sulla base dei risultati della Consensus di Pasadena ha pubblicato le nuove proposte in materia di screening e diagnosi di GDM;
- 5) I criteri proposti dall’IADPSG risultano condivisi da questa Conferenza Nazionale, che li giudica idonei e applicabili nel nostro territorio nazionale

Formula le seguenti raccomandazioni:

1) Per lo screening e la diagnosi di GDM si raccomanda di utilizzare una procedura in fase unica, così come quella adottata nell'HAPO Study.

2) La procedura in due fasi ("minicarico glucidico" + OGTT nei casi con minicarico positivo) attualmente in uso è da considerarsi superata e pertanto non raccomandata.

3) Alla prima visita in gravidanza deve essere valutata la presenza di un diabete manifesto mediante la determinazione della glicemia plasmatica a digiuno.

*Il riscontro ripetuto in due occasioni di un valore glicemico ≥ 126 mg/dl permette di porre diagnosi di diabete manifesto.

*La diagnosi di diabete manifesto può avvenire anche mediante l'esecuzione di una glicemia random (eseguita in qualsiasi momento della giornata). Il riscontro di un valore glicemico ≥ 200 mg/dl, permette di porre diagnosi di diabete manifesto, dopo conferma con glicemia plasmatica a digiuno ≥ 126 mg/dl

I valori che permettono la diagnosi di diabete manifesto sono di seguito riportati:

A. Diagnosi di Diabete manifesto in gravidanza	
Glicemia a digiuno (FPG)	≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) <i>2 riscontri</i>
Glicemia Random (RPG)	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) da riconfermare con glicemia plasmatica a digiuno (≥ 126 mg/dl)

4) Le gestanti con diagnosi di diabete manifesto devono essere prontamente avviate ad un monitoraggio metabolico intensivo, così come raccomandato per il diabete pre-gestazionale.

5) Se il valore della glicemia alla prima visita in gravidanza risulta ≥ 92 mg/dl (5,1 mmol/l) e < 126 mg/dl (7,0 mmol/l) si pone diagnosi di Diabete Gestazionale.

6) Tutte le gestanti con glicemia a digiuno alla prima visita inferiore a 92 mg/dl e/o senza precedente diagnosi di Diabete manifesto, indipendentemente dalla presenza di eventuali fattori di rischio per diabete gestazionale, devono eseguire un carico orale di glucosio (OGTT) tra la 24 e la 28 settimana di gestazione.

7) L'OGTT dovrà essere eseguito con 75 grammi di glucosio e prelievi venosi ai tempi 0', 60' e 120' per la determinazione della glicemia su plasma. Si pone diagnosi di GDM quando uno o più valori risultano uguali o superiori a quelli soglia .

B. Diagnosi di Diabete Gestazionale mediante OGTT da eseguire alla 24^{ma}-28^{ma} settimana *		
Glicemia	Valori soglia di concentrazioni di glucosio⁺	
	mg/dl	mmol/l
FPG	92	5,1
1-hr PG	180	10,0
2-hr PG	153	8,5

**Carico glucidico: si raccomanda di somministrare 75 grammi di glucosio anidro sciolti in 300 ml di acqua.*

8) Le donne affette da diabete gestazionale dovranno rivalutare la tolleranza glucidica mediante OGTT (2 ore -75 grammi) a distanza di 8-12 settimane dal parto.

9) Il percorso per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale ed il successivo monitoraggio delle donne affette sia da diabete manifesto che gestazionale, devono essere eseguiti da un team multidisciplinare che veda coinvolte le diverse figure professionali interessate, secondo protocolli di gestione condivisi

C. Strategie proposte per la diagnosi delle condizioni di iperglicemia in gravidanza
<i>Prima Visita in Gravidanza</i>
Valutare FPG o RPG in tutte le donne
Se i risultati indicano un diabete manifesto: Trattamento e follow-up come per diabete pre-gestazionale
Se i risultati non indicano un diabete manifesto, ma: * FPG ≥ 92 e <126 mg/dl: diagnosi di diabete gestazionale * FPG < 92 mg/dl: eseguire OGTT tra 24 ^{ma} -28 ^{ma} settimana
<i>24^{ma} – 28^{ma} settimana di Gestazione</i>
OGTT 2 ore 75 g: In tutte le donne non precedentemente diagnosticate come GDM o diabete manifesto nel corso dell'attuale gravidanza.
<ul style="list-style-type: none"> • GDM se 1 o più valori superano la soglia diagnostica • Normale se tutti i valori dell'OGTT sono inferiori alla soglia diagnostica

Invita

Tutti i soggetti interessati a diffondere le nuove raccomandazioni in materia di screening e diagnosi del diabete gestazionale, per far sì che queste trovino pronta applicazione presso tutte le strutture pubbliche e private-accreditate presenti su tutto il territorio nazionale.

Letto, approvato e sottoscritto

Lapolla Annunziata (Referente Consensus)

Mannino Domenico (Referente Consensus)

Di Cianni Graziano (Segretario Consensus)

Gentile Sandro (Presidente AMD)

Cavallo-Perin Paolo (Presidente SID)

Aiello Antimo (Direttivo AMD)

Alberico Salvatore (Delegato FIOG)

Bonomo Matteo (Esperto)

Branca Maria Teresa (Delegata OSDI)

Bruno Alberto (Direttivo SID)

Cali Giuseppe (Delegato SIGO)
Carta Mariarosa (Delegata SIMeL)
Cignarelli Mauro (Direttivo SID)
De Micheli Alberto (AMD Comunicazione)
Di Benedetto Antonino (Coordinamento GdS Diabete e Gravidanza)
Disoteo Olga (Delegata AME)
Dotta Francesco (Direttivo SID)
Dubini Valeria (Delegata AOGOI)
Fedele Domenico (Esperto)
Foglini Paolo (Direttivo AMD)
Franzetti Ivano (Coordinamento Gds Diabete e Gravidanza)
Fresa Raffaella (Esperta)
Genna Maria Ludovica (Delegata AIPaCMeM)
Gentile Lugi (Gruppo Scuola AMD)
Gentile Francesco (Direttivo AMD)
Giorgino Francesco Libero (Delgato FIOG)
Greco Pantaleo (Delgato FIOG)
Guana Miriam (Fed.Naz.Collegio Ostetriche)
Magiar Alice Valeria (Gruppo Clinical Governance AMD)
Manicardi Valeria (Direttivo AMD)
Medea Gerardo (Delegato SIMG)
Mello Giorgio (Delegato AGUI)
Menato Guido (Delegato AGUI)
Mosca Andrea (Delegato SIBioC)
Mulas Maria Franca (Direttivo AMD)
Napoli Angela (Esperta)
Paciotti Vincenzo (Direttivo AMD)
Pisanti Paola (Rappresentante Ministero Salute)
Pizzini Andrea (Delegato FIMMG)
Pugliese Giuseppe (Direttivo SID)
Romeo Nicola (Delegato SIN)
Rossi Francesco (AIPaCMeM)
Sciaccia Laura (Coordinamento GdS Diabete e Gravidanza)
Suraci Concetta (Direttivo AMD)
Taddei Fabrizio (Delegato SIGO)

Testa Roberto (Delegato SIMeL)

Toniato Rosanna (Delegata OSDI)

Tonutti Laura (Coordinamento GdS Diabete e Gravidanza)

Torlone Elisabetta (Coordinamento GdS Diabete e Gravidanza)

Tortato Elena (Direttivo AMD)

Vitacolonna Ester (Coordinamento GdS Diabete e Gravidanza)

Zaninotto Martina (Delegata SIBioC)