

GRUPPO DI STUDIO INTERASSOCIATIVO AMD-SID DIABETE E GRAVIDANZA

Comitato di Coordinamento

Coordinatore. Ester Vitacolonna

Coordinatore eletto. Elisabetta Torlone

Consiglieri. Camilla Festa, Cristina Lencioni, Marina Scavini, Elena Succurro, Andrea Tumminia

Presidente SID
Francesco Purrello

Presidente AMD
Domenico Mannino

Le Linee Guida Italiane per lo Screening e la Diagnosi di Diabete Gestazionale: criticità e proposte per il miglioramento.

Ester Vitacolonna, Elena Succurro, Annunziata Lapolla, Marina Scavini, Matteo Bonomo, Graziano Di Cianni, Antonino Di Benedetto, Angela Napoli, Andrea Tumminia, Camilla Festa, Cristina Lencioni, Elisabetta Torlone, Giorgio Sesti, Domenico Mannino, Francesco Purrello

Nel 2010 l'International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) ha raccomandato lo screening universale per il Diabete Mellito Gestazionale (GDM) consigliando una procedura a singolo step con curva da carico con 75 g di glucosio da effettuare tra la 24^a-28^a settimana di gravidanza. In Italia c'è stata una rapida implementazione delle indicazioni dell'IADPSG grazie ad una consensus promossa dal Gruppo di Studio Interassociativo Diabete e Gravidanza AMD-SID. L'applicazione delle linee guida IADPSG in tutto il mondo è stata associata ad un incremento della prevalenza del GDM, tale da creare perplessità in relazione all'aumento dei costi legati all'aumento dei casi e dei possibili benefici associati. Per tale motivo, nel 2011 un panel di esperti, insieme a rappresentanti delle società scientifiche SID e AMD, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, ha rivisto quelle indicazioni e redatto le nuove raccomandazioni sulla diagnosi del GDM, incluse nelle Linee guida Nazionali sulla *Gravidanza Fisiologica*. Tali raccomandazioni prevedono uno screening selettivo basato sui fattori di rischio per GDM. L'implementazione di tali raccomandazioni avvenuta nel corso degli ultimi 8 anni ha mostrato, tuttavia, alcune criticità.

Numerose evidenze dimostrano come in Italia non ci sia una adeguata aderenza allo screening selettivo raccomandato dalle linee guida, poichè solo una minoranza delle donne ad alto rischio esegue l'OGTT in epoca precoce di gravidanza e, se negativo, non viene ripetuto. I dati di Letteratura indicano anche che circa il 20% di donne a basso rischio per GDM effettua, invece, lo screening anche se non è indicato dalle stesse Linee guida, e che in una non trascurabile percentuale di queste donne che non avrebbero dovuto effettuare OGTT, vi è poi l'indicazione alla terapia insulinica.

Le attuali linee guida sembrano essere poco sensibili soprattutto nella diagnosi di GDM nelle donne considerate a basso rischio. Infatti, diversi studi dimostrano che, applicando le attuali raccomandazioni, la diagnosi di GDM che necessita anche di terapia insulinica sarebbe persa in circa il 22-26% delle donne a basso rischio, suggerendo così la necessità di riconsiderare la stratificazione del rischio.

Per migliorare l'efficienza dello screening e della diagnosi del GDM vengono proposte di seguito alcune soluzioni.

In accordo con le attuali Linee Guida nelle **donne ad alto rischio** [Obesità- (BMI ≥ 30 kg/m²), pregressa macrosomia o pregresso GDM, glicemia a digiuno tra 100-125 mg/dl all'inizio della gravidanza] si conferma la necessità di eseguire l'OGTT in epoca precoce di gravidanza (tra la 16° e 18° settimana di gestazione) e, se normale, da ripetere tra la 24° e 28° settimana di gravidanza. Alla

luce dei recenti studi, inoltre, vista l'elevata prevalenza del GDM in donne affette da Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), suggeriamo di includere anche PCOS tra i fattori di rischio per il GDM.

Lo **screening universale** potrebbe consentire di fare diagnosi di GDM in quelle donne “a basso rischio” che viceversa non sarebbero diagnosticate con possibili complicanze, quindi, per la madre e per il figlio anche nel corso della vita. E' noto come l'iperglicemia materna durante la gravidanza anche di entità modesta, se non trattata, possa produrre complicanze nel breve e lungo periodo nella madre e nel figlio. Lo screening universale potrebbe incrementare il numero delle diagnosi di GDM con un relativo aumento dei costi sanitari. Tuttavia, identificare queste pazienti, comporterebbe, invece, una riduzione degli outcomes avversi neonatali e materni e, quindi, un miglioramento della salute con conseguente riduzione dei costi a medio e lungo termine (si pensi all'Obesità ed al Diabete di Tipo 2 che sono più frequenti nei figli di donne con pregresso GDM non diagnosticato e non trattato). Per tale motivo ed al fine di intraprendere una prevenzione efficace sin dalla vita intrauterina, si propone di eseguire l'**OGTT tra la 24° e 28° settimana di gravidanza in tutte le donne** (Fig.1).

Al fine di migliorare la consapevolezza sull'importanza della diagnosi e del trattamento del Diabete Gestazionale, occorrerebbe effettuare **campagne di sensibilizzazione** rivolte alla popolazione, che coinvolgano anche i Medici di Medicina Generale ed le diverse figure di operatori sanitari e coordinate, secondo le specifiche competenze, dal Ministero della Salute, dalle Società Scientifiche, dai Diabetologi, dai Ginecologi.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- AMD- SID. STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO 2018.
- Linea-guida Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011. Diagnosi del diabete gestazionale, pag 13 169-173. Accessibile al: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf
- American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2019 Diabetes Care 2019;42(Suppl 1):S13-S28
- Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, Hadden DR, McCance DR, Hod M, McIntyre HD, Oats JJ, Persson B, Rogers MS, Sacks DA. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 8;358:1991-2002
- Carpenter MW, Coustan DR. Criteria for screening tests for gestational diabetes. Am J Obstet Gynecol 1982;144:768-773
- Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC, Roura LC, McIntyre HD, Morris JL, Divakar H. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. Int J Gynaecol Obstet 2015;131 (Suppl 3):S173-S211
- Bianchi C, De Gennaro G, Romano M, Battini L, Aragona M, Corfini M, Del Prato S, Bertolotto A. Italian national guidelines for the screening of gestational diabetes: Time for a critical appraisal? Nutr Metab Cardiovasc Dis 2017;27:717-722
- Vitacolonna E, Lencioni C, Festa C, Scavini M, Succurro E, Tumminia A, Napoli A, Torlone E. The FIGO document: an opportunity for the management of hyperglycemia in pregnancy. Comment by the “Diabetes and pregnancy” AMD-SID Study Group. G It Diabetol Metab 2017;37:7-11
- Di Cianni G, Galdani E, Berni C, Meucci A, Roti L, Lencioni C, Lacaria E, Seghieri G, Francesconi P. Screening for gestational diabetes in Tuscany, Italy. A population study. Diabetes Res Clin Pract 2017;132:149-156

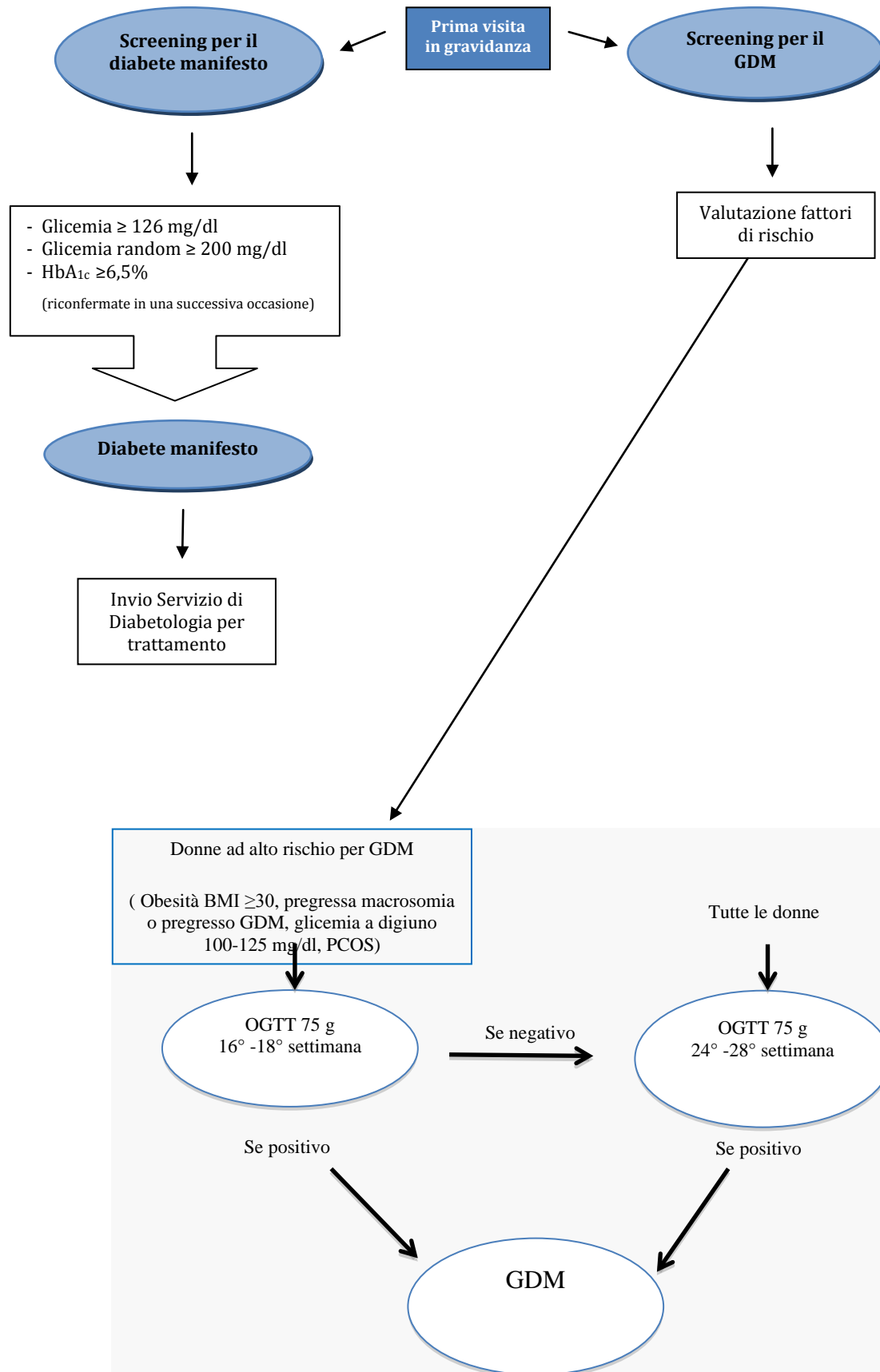


FIG.1 PROPOSTA DI MODIFICA