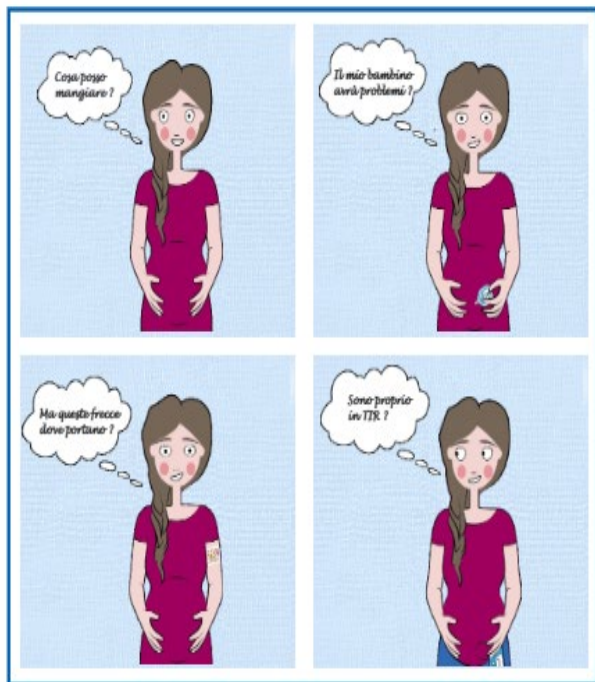


DIABETE IN GRAVIDANZA: ISTRUZIONE PER LA GESTIONE

Sabato 2 Marzo 2024 Unahotels Thotel, Cagliari



Responsabili Scientifici:

Dott.ssa Mariangela Ghiani Consiglio Direttivo SID Italia

Dott.ssa Rosangela Maria Pilosu Presidente Regionale SID Sardegna

Vorrei un bambino : programmare per gestire

Dott.ssa Rosalia Polo e dott.ssa Talia Serra

ASL3 Nuoro

P.O. Zonchello Nuoro

Struttura Complessa Diabetologia

Dichiarazione conflitto d'interessi

Dichiaro di **NON aver ricevuto** negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.)

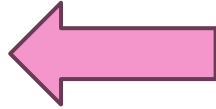
Diabete pregravidico

Sebbene siano stati compiuti progressi significativi , le gravidanze di donne con Diabete Mellito pre-gestazionale , tipo 1 e 2 sono caratterizzate ancora da:

- ▶ un'aumentata incidenza di complicanze **MATERNE** e **FETALI**, rispetto alle gravidanze senza diabete.
- ▶ L'outcome sfavorevole è dovuto nella maggior parte dei casi ad un **compenso glicemico inadeguato**.

Possibili complicazioni di una gravidanza con pre-GDM: fetali - neonatali

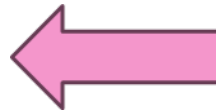
Malformazioni congenite
(anencefalia, microcefalia
malformazioni cardiache,
regressione caudale)



Glicemie non a target nelle prime 10
settimane di gestazione



- LGA - macrosomia con
complicanze durante il parto
(distocia di spalla)
- Ritardo di crescita (IUGR)
- Ipoglicemia neonatale
- Ittero
- Policitemia
- Distress respiratorio
- Ipocalcemia
- MEF



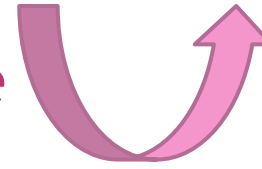
Glicemie non a target II e III trimestre
di gestazione

Complicanze materne

- Aborto spontaneo
- Preeclampsia - eclampsia
- Polidramnios
- Parto pre-termine
- Taglio cesareo



Aumentato numero di gravidanze



Esordio più precoce DMT2

Allungamento fascia di età
della gravidanza (III decade
di vita)

Negli ultimi anni si è osservato un aumentato numero di gravidanze in donne con Diabete Pregravidico, sia di Tipo 1 che di Tipo 2

Problema ancora presente!



Ancora oggi

la popolazione delle donne italiane in età fertile con diabete presenta caratteristiche metaboliche lontane dall'essere nelle condizioni ideali per un potenziale concepimento.

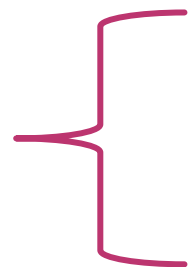
Uno studio effettuato dal Gruppo Annali AMD (raccolta annali AMD 2018) , ha osservato un cluster di donne in età fertile, seguite nei centri diabetologici che partecipano alla raccolta dati , ne è emersa una fotografia di una popolazione con:

- ▶ Emoglobina glicata che non sarebbe a target in caso di gravidanza non programmata per il 48% DM1 e 33,5% DM2;
- ▶ Terapia diabetologica e cardiovascolare non adeguata in caso di concepimento nel 48 %;
- ▶ Alta incidenza di obesità soprattutto associata a DM2 49.1% (rispetto al 7% con DM1).

1.Scavini M, Rossi MC, Scardapane M, Nicolucci A, Manicardi V, Russo G, Di Bartolo P, Giorda CB, Musacchio N, Ceriello A, Genovese S, Molinari C, Dozio N. AMD-Annal Study Group. Portrait of women with Type 1 or Type 2 diabetes of childbearing age attending diabetes clinics in Italy: The AMD-Annals Initiative. Acta Diabetologica 55:193-199, 2018.

Analisi dell'esistente in Italia

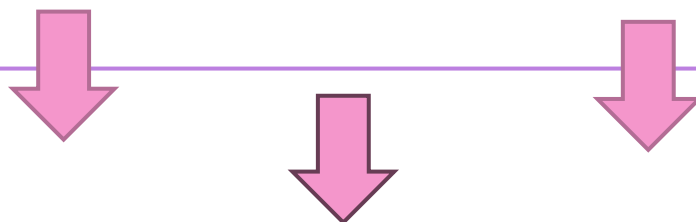
Gravidanze
programmate



< 50% DMT1

< 40% DMT2

La programmazione della gravidanza è una componente **ESSENZIALE** dell'assistenza alle donne affette da diabete in età fertile!



Anche nei paesi ad elevata assistenza sanitaria come l'Italia , l'ottimizzazione degli esiti materno-fetali non è ancora stato raggiunto e fra le cause principali di tale problema sono stati identificati la **MANCATA programmazione** di gravidanza e **CARENZA** di centri di riferimento dedicati e multiprofessionali.

Necessità di **PIANIFICAZIONE** della gravidanza



OBIETTIVO: ottimizzare gli esiti materno-fetali rendendoli simili a quelli di una gravidanza fisiologica.

(Dichiarazione di St Vincent -1989)

Quali strategie?



Se si considera che in Italia il **12/15 %** delle gravidanze è complicato dal diabete e che la quota di gravidanze programmate è circa del **40%**, l'importanza di un setting assistenziale che preveda un percorso strutturato di educazione alla :

PROGRAMMAZIONE

E

COUNSELING

risulta essere condiviso dalle principali linee guida nazionali e internazionali.

Con il termine «**counseling**» si intende un intervento strutturato diretto da esperti in supporto di persone con problematiche di diversa natura, che ha il fine di individuare strategie che portino a scelte o modifiche di vita , al superamento delle difficoltà di adattamento a specifiche situazioni critiche , cercando di stimolare le loro capacità di reazione .



Il **Counseling Pre-Concezionale** (CP) è un intervento multidisciplinare , strutturato che va programmato nel corso della vita della donna in età fertile dall'adolescenza all'età adulta.

Counseling pre-concezionale



Ha un duplice obiettivo :

a) Informare correttamente su potenziali rischi.

b) Sfatare paure ingiustificate,
(la gravidanza è a portata delle
donne con diabete, ma richiede
motivazione e impegno particolari).

COUNSELING PRE-CONCEZIONALE

un percorso :

DEDICATO

STRUTTURATO

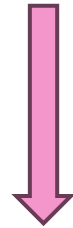
MULTIDISCIPLINARE



Counseling Preconcezionale

Dedicato

Sensibilizzazione dalla PUBERTÀ-ADOLESCENZA



Rinforzo nella TRANSIZIONE

Prosecuzione nell'ETÀ ADULTA

Counseling pre-concezionale

Strutturato

- Colloqui con la paziente;



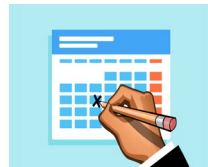
- Incontri singoli o di gruppo;



- Uso di materiale informativo idoneo;

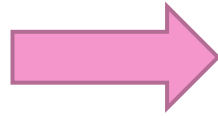


- Cadenza stabilita .



Counseling Preconcezionale

MULTIDISCIPLINARE



INTEGRAZIONE delle competenze in
TUTTE LE FASI DEL PERCORSO

Diabetologo

Dietista

Ginecologo

Infermiere

Psicologo



Counseling Pre-concezionale

principali argomenti trattati :

- ▶ L'**ottimizzazione** del controllo glicemico;
- ▶ l'educazione ad una consapevole **sessualità**;
- ▶ L'aspetto di **pianificazione** familiare;
- ▶ Il tema della **contraccezione** e preparazione ad una **maternità consapevole**;
- ▶ Supplementazione di **ac.folico**;
- ▶ Controllo del **peso** e delle **complicanze**.

Percorso Educativo

In considerazione delle diverse fasi di crescita di una donna e delle differenze , si possono identificare tre fasi della programmazione :



Percorso Educativo



A. FASE INFORMATIVA (pubertà -adolescenza)

CONOSCENZA



CONSAPEVOLEZZA

Temi di approfondimento :

- La correlazione tra ciclo ormonale e metabolismo glicemico e significato delle **variazioni del fabbisogno insulinico** in risposta ai fisiologici cambiamenti ormonali;
- Importanza della programmazione e informazione sui **rischi secondari al concepimento** in iperglicemia;
- Approfondimento del tema della **contraccezione**, come evitare una gravidanza non programmata (supportato da consulenza ginecologica).

Percorso Educativo



B. FASE FORMATIVA (giovani donne/continua)

Elaborazione informazioni → messa in atto di comportamenti adeguati

OTTIMIZZAZIONE
DELLE **COMPETENZE**



OTTIMIZZAZIONE DEL
COMPENSO GLICEMICO

- Rinforzo educativo su gestione della terapia insulinica;
- Rinforzo su appropriato utilizzo dell'autocontrollo (valutazione del supporto della tecnologia es. FGM, CGM, microinfusori ecc.);
- Consolidamento della gestione dei carboidrati (rinforzo su Carbo-counting);
- Rinforzo educativo su stile di vita (peso , esercizio fisico ecc.)
- Rinforzo pianificazione familiare e significato di genitorialità

Percorso educativo

C. PROGRAMMAZIONE (attiva) : giovani adulte

- Desiderio di gravidanza nel breve-medio termine;
- Presuppone :
 - a) Consolidamento delle fasi precedenti,
 - b) Del percorso di consapevolezza alla maternità ;
 - c) Raggiungimento di compenso metabolico adeguato;

Si valutano :

- Obiettivi metabolici;
- Valutazione supporto tecnologico;
- Complicanze;
- Terapia in corso
- Valutazione psicosociale , stato relazionale (coniugale e non coniugale).

Percorso Educativo

C. **PROGRAMMAZIONE** (Interventi da attuare prima del concepimento)

Esclusione controindicazioni:

Si considerano controindicazioni alla gravidanza:

- ☐ malattia ischemica coronarica;
- ☐ retinopatia in fase attiva non trattata;
- ☐ ipertensione arteriosa grave;
- ☐ insufficienza renale cronica severa (creatinina >3 mg/dl, eGFR stimato <30 ml/min);
- ☐ gastroparesi diabetica.

Programmazione

Interventi comportamentali da attuare prima del concepimento

DIETA	Ottimizzazione dello stile alimentare, della gestione dei carboidrati e degli alimenti, riduzione del consumo di alcolici
ACIDO FOLICO	Supplementazione con 400 mcg/die da almeno 3 mesi prima del concepimento, prima della sospensione della contraccezione
FUMO	Sospensione del fumo di sigaretta
PESO	Controllo del peso corporeo per iniziare la gestazione in condizione di normopeso
ESERCIZIO FISICO	Da proseguire anche dopo il concepimento secondo indicazioni personalizzate

Programmazione

Target metabolici

PARAMETRI	TARGET
HbA1c	<6,5% o 48 mmol/mol 6,5%-7,0% o 48-54 mmol/mol se alto rischio ipoglicemico
Glicemia	<90 mg/dl a digiuno, <130 mg/dl dopo un'ora, <120 mg/dl dopo due ore
TSH	<2,5 μ UI/ml; controllo di Autoanticorpi in caso di malattie autoimmuni
BMI	<25 Kg/m ²

Programmazione

Valutazione clinica: **complicanze**

RETINOPATIA	Follow up prima del concepimento In caso di RD nota valutarne la stabilizzazione prima del concepimento
NEFROPATIA	Sconsigliata la gravidanza nel caso di insufficienza renale severa Valutazione nefrologica per eGFR<45 ml/min o proteinuria
CARDIOVASCOLARE	Screening pre-concepimento Supporto cardiologico se cardiopatia ischemica nota
TIROIDE E CELIACHIA	Dosaggio TSH e Ac Anti transglutaminasi IgA

Programmazione

Valutazione clinica: **terapia**

Terapia diabetologica non insulinica	Sospensione a favore di terapia insulinica
Insulina	Analogo rapido: Aspart, Lispro Analogo basale: Detemir, Glargine
Farmaci ipolipemizzanti	Sospensione
Farmaci antipertensivi	Sospensione sartani o ace inibitori, valutazione farmaci consentiti (es metildopa)
Farmaci antiaggreganti	ASA da valutare in base al rischio ostetrico

Punti di riflessione

- ▶ **Counseling** e **programmazione** sono essenziali per un'ottimizzazione dell'outcome della gravidanza nelle donne diabetiche.
- ▶ Necessaria sensibilizzazione dei **Diabetologi** e **Ginecologi** a contatto con le giovani donne diabetiche in età fertile .
- ▶ Programmazione alla gravidanza strutturata in **Centri dedicati**.
- ▶ Situazione ancora **insoddisfacente** in Italia e nel mondo.

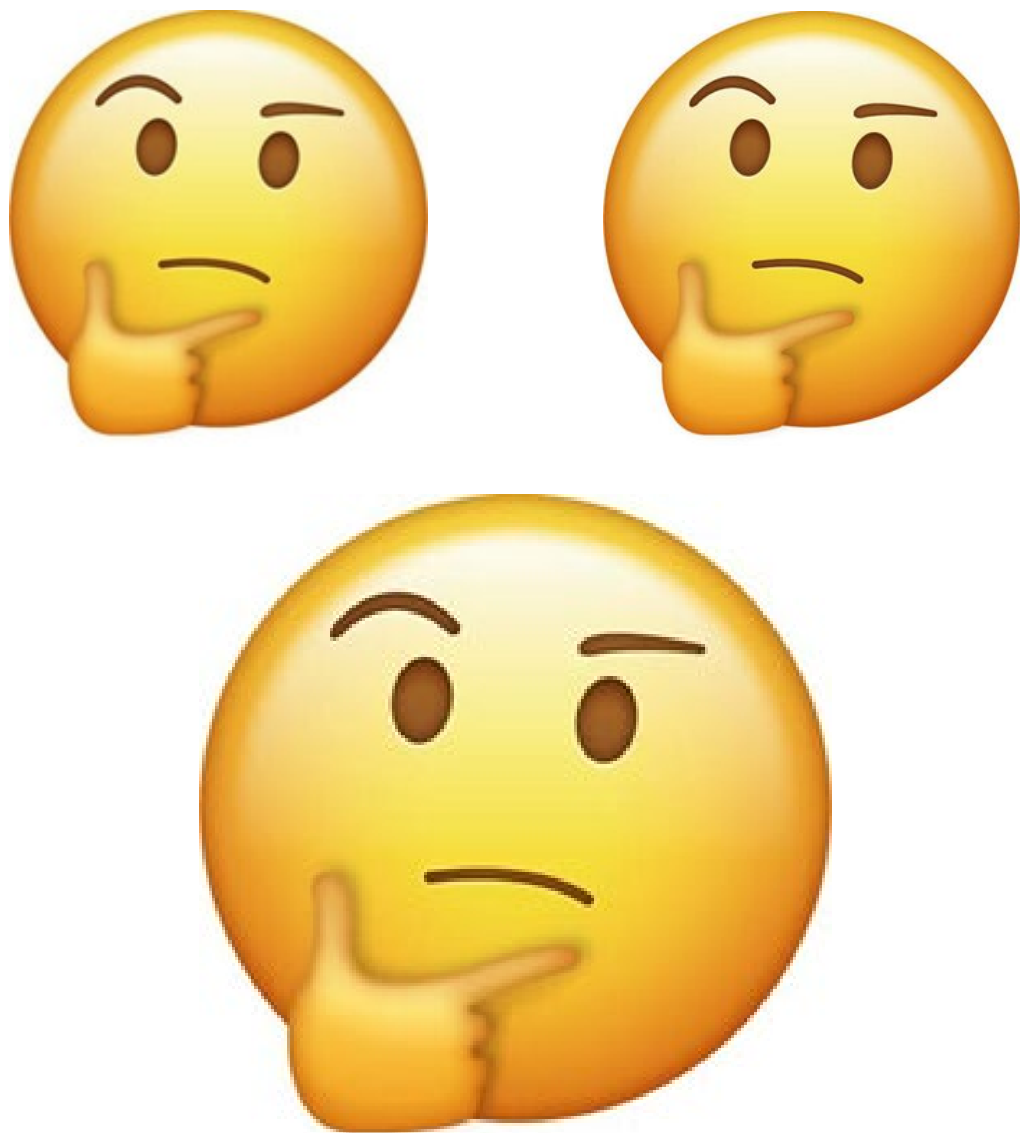
Ruolo del medico

Diabetologo



Ginecologo

- Importanza della COMUNICAZIONE
- Informazione equilibrata (non fare terrorismo, non sminuire i rischi)
- Empatia
- Coinvolgimento attivo della paziente



Ruolo del TEAM DIABETOLOGICO Spunti di riflessione

- ▶ Organizzato
- ▶ Proattivo
- ▶ Multiprofessionale



«Malgrado le molte possibili complicazioni della gravidanza, la donna diabetica può aspettarsi la sopravvivenza di un bambino sano in una percentuale superiore al 95%, se è disposta a partecipare ad un rigoroso programma di gestione e di controllo in un moderno Centro perinatale. Non c'è dunque motivo di scoraggiare una gravidanza in queste donne»

Kitzmiller, 1982

Grazie per l'attenzione