

Studio osservazionale degli outcome materno-fetali in gravide italiane o immigrate con diabete gestazionale (GDM)

**G. Silvani ¹, F. Donadio ¹, A. Albonetti ², P. Zanasi ², S. Acquati¹,
L. Buci ¹, R. Manini ¹, S. Taroni ¹, M. Nizzoli ¹**

***U.O. di Endocrinologia, Ospedale G.B. Morgagni–L. Pierantoni,
Forlì ¹; Servizio Salute Donna, Azienda-U.S.L. di Forlì ²***

Background (1): considerazioni generali

- ❑ Dopo lo studio HAPO (2008) e la pubblicazione di nuovi criteri per lo screening e la diagnosi di GDM da parte dell'IADPSG nel 2010, la Conferenza Nazionale di Consenso del Gruppo di Studio SID-AMD "Diabete e Gravidanza" ne ha condiviso le linee guida e ne ha raccomandato la generale applicazione (Roma, 27/3/2010).
- ❑ Glicemia a digiuno alla prima visita in gravidanza e, se <92 mg/dl, OGTT con 75 g di glucosio e prelievi a t₀, 60' e 120' tra la 24° e la 28° settimana di gestazione con cut-off 92, 180 e 153 mg/dl e diagnosi di GDM se almeno una glicemia uguale o superiore
- ❑ Pregi: impiego di un unico test e precoce identificazione del GDM con conseguente precocità del trattamento (Lapolla, 2010; Wysham e Kirkman, 2011).
- ❑ Criticità: maggior n° di gravide diagnosticate come GDM, modesti benefici di outcome (Ryan, 2010) a fronte di maggiori costi per il sistema sanitario (Basevi, 2011).

Background (2): situazione locale

- ❑ Anche nel nostro Servizio di Diabetologia i nuovi criteri hanno comportato, nell'intervallo aprile 2010 – marzo 2011, un numero di diagnosi di GDM superiore di quasi il **35%** a quello dell'anno precedente.
- ❑ La prevalenza di neo-madri è stata soprattutto elevata fra le donne immigrate, **29.7%** nel 2010, nonostante la percentuale di stranieri nel comprensorio dell'Azienda – USL di Forlì sia soltanto del **9.6%**.
- ❑ L'incidenza cumulativa di GDM dal 2009 al 2010 è stata a sua volta molto più elevata nelle immigrate, **22.4%** vs **9.0%** nelle italiane.

Scopo dello studio

Lo scopo del nostro studio è stato quello di confrontare le caratteristiche materne e gli outcome materno-fetali di due coorti di gravide, 87 italiane e 98 immigrate, con GDM o “ridotta tolleranza glucidica (IGT) in gravidanza” secondo i criteri di Carpenter e Coustan e, dopo la conferenza di consenso del IADPSG, con GDM secondo i nuovi criteri, assistite dal nostro Servizio dal gennaio 2009 al dicembre 2010.

Casistica e metodi (1)

Le gestanti immigrate costituiscono una popolazione multi-etnica:

- ❑ **48.9 %** dal Nord Africa (Marocco e Tunisia);
- ❑ **21.4 %** dall'Europa dell'Est (Romania e Albania);
- ❑ **14.3 %** dalla Cina Popolare;
- ❑ **12.2 %** dall'Africa subsahariana (Nigeria);
- ❑ **2.1 %** da altre nazioni asiatiche e **1.1 %** dall'America Latina.

Casistica e metodi (2)

Le due coorti (87 : 98) erano comparabili per età, BMI pre-gravidico, HbA1c alla diagnosi, eventuale necessità di terapia insulinica e modalità del parto.

Sono stati poi confrontati altri parametri quali: l'epoca di gestazione alla diagnosi e al momento del parto, HbA1c prima del parto, l'aumento di peso materno, il peso fetale alla nascita e la percentuale di "LGA (large for gestational age) infants".

Alle gravide è stata prescritta una dieta iso- o moderatamente ipocalorica e ipoglicidica; sono state addestrate all'autocontrollo domiciliare con 2 automisurazioni giornaliere e profili glicemici "a scacchiera"; per l'eventuale terapia insulinica è stato prescritto l'analogo rapido *aspart* in 2-3 somministrazioni/dì.

Parametri a confronto (1)

	gravide italiane	gravide immigrate	p
N°	87	98	ns
Età (anni)	33.2±4.8	32.9±5.8	ns
BMI pre-gravidico (kg/mq)	27.2±6.4	28.6±5.5	ns
HbA1c alla diagnosi (%)	4.9±0.5	5.2±0.7	ns
Terapia insulinica (%)	19.7	21.4	ns
Parto cesareo (%)	32.2	35.7	ns

Parametri a confronto (2)

■

	gravide italiane	gravide immigrate	p
Epoca gestazionale alla diagnosi (settimane)	24.3±4.8	27.5±5.1	<0.01
Epoca del parto (settimane)	39.5±1.7	38.3±1.6	<0.05
HbA1c prima del parto (%)	5.2±0.4	5.8±0.4	<0.01
Aumento di peso (kg)	8.57±3.68	12.14±3.87	<0.05
Peso fetale alla nascita (g)	3423±455	3676±652	<0.05
LGA infants (%)	8.1	12.3	<0.05

Discussione

I nostri dati sono parzialmente antitetici a quelli di un precedente studio osservazionale in cui gli outcome materno-fetali di gravide immigrate erano sovrapponibili a quelli di una popolazione italiana di controllo (Dalfrà, 2010).

La maggiore incidenza di GDM nelle gravide immigrate può essere giustificata più per stili di vita e abitudini alimentari dissimili da quelle dei paesi d'origine che non per una maggiore predisposizione etnica.

Conclusioni

Nella nostra comunità le gestanti immigrate partono da condizioni pre-gravidiche pressochè sovrapponibili a quelle delle gestanti italiane ma hanno esiti materno-fetali anche molto differenti, verosimilmente imputabili a fattori socio-economici e a barriere culturali, nonostante sia loro teoricamente garantito l'accesso ai medesimi "percorsi" e prestazioni del nostro sistema sanitario pubblico.