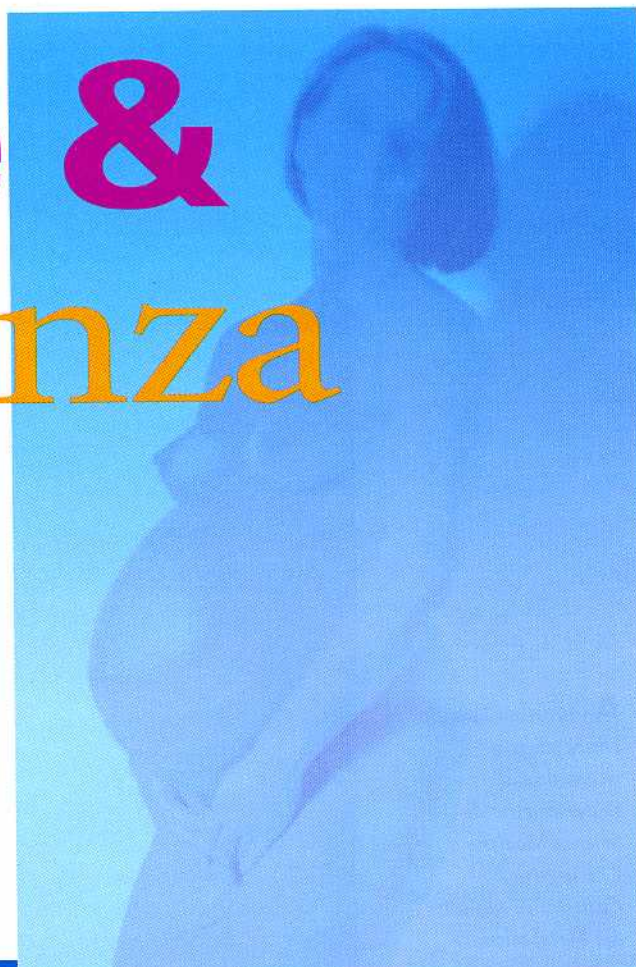


Diabete & gravidanza



Capita a una donna su sette e quasi sempre risulta una sorpresa. Eppure il diabete gestazionale è una condizione frequente, è di gran lunga la più probabile delle sfide che possono caratterizzare una gravidanza. Parliamo di 'sfide' e non di 'seccature' ma nemmeno di serie 'complicanze'. «È difficile trovare un atteggiamento giusto di fronte al diabete gestazionale: da una parte molti ostetrici tendono a sottovalutarlo, dall'altra ci sono madri che si spaventano eccessivamente» commenta Domenico Mannino, responsabile del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'Ospedale di Reggio Calabria.

Il diabete in gravidanza è insomma una 'piccola luce rossa' che si accende sul cruscotto e che impone attenzione sia durante l'attesa sia dopo. Il diabete gestazionale è un vero e proprio diabete: una condizione nella quale l'insulina secreta dal pancreas non basta a controllare il livello degli zuccheri presenti nel sangue; ciò determina frequenti aumenti della glicemia.

Questa condizione si manifesta generalmente nella seconda parte della gravidanza e spesso si risolve dopo il parto.

La diagnosi: facile come bere un bicchiere di acqua e zucchero. Il diabete gestazionale si instaura senza che la madre accusi alcun disturbo particolare; è quindi necessario "stanzarlo" facendo eseguire alle donne in gravidanza un particolare test. A tutte le gravide, quindi, verso la ventiquattresima setti-

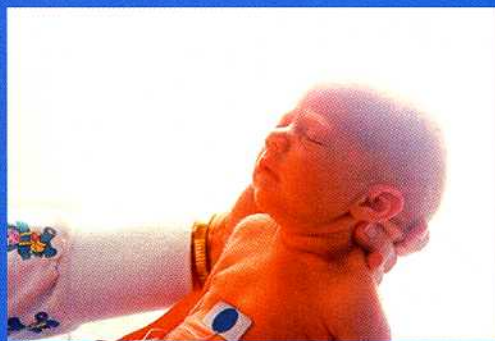
UNA DONNA IN ATTESA SU SETTE SVILUPPA IL DIABETE GESTAZIONALE, UNA CONDIZIONE FACILE DA TENERE SOTTO CONTROLLO CHE SPESSO SI RISOLVE CON IL PARTO MA DEVE INCITARE A UN MUTAMENTO NELLO STILE DI VITA.

mana di gestazione, indipendentemente dall'età e dal numero delle gravidanze, deve essere somministrata una certa quantità di zucchero diluito in un bicchiere di acqua, e deve essere fatta una misurazione della glicemia prima e un'ora dopo l'assunzione della bevanda. Le donne che presentano tale test negativo non hanno probabilità di sviluppare un diabete gestazionale.

«Le donne che presentano tale test positivo dovranno sottoporsi a una "curva da carico

Fare un figlio insieme al diabetologo

«Oggi non ci si chiede più 'se' la persona col diabete può fare questo e quello, ma semplicemente 'come' può farlo» afferma Domenico Mannino, diabetologo presso il Servizio di Diabetologia dell'Ospedale di Reggio Calabria «e questo vale anche per la gravidanza». «In passato molti diabetologi e ginecologi sconsigliavano la gravidanza alle pazienti con il diabete di tipo 1» ricorda Giorgio Mello, docente di Medicina Prenatale all'Università di Firenze. Oggi la Diabetologia e la Medicina prenatale propongono per così dire un 'contratto' alla donna con il diabete di tipo 1: se tu ti impegni a programmare il concepimento e a mantenere un ottimo controllo della glicemia per tutta l'attesa, anzi da prima che questa inizi, noi ti garantiamo una gravidanza il più possibile tranquilla con maggiore possibilità di avere un parto normale e un bambino sano. «La prima 'clausola' che sembrerebbe più facile da rispettare è invece quella più spesso ignorata» commenta Annunziata Lapolla, Coordinatrice del Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza della Società Italiana di Diabetologia; «secondo i nostri dati, il 50% delle gravidanze delle donne con il diabete non è programmata e non è 'preannunciata' al Team medico curante». Perché una donna dovreb-



be avvertire il diabetologo che intende avere un figlio? «Se si vuole che tutto vada bene, se non si vuole correre un rischio superiore a quello dalla popolazione normale, bisogna che il concepimento avvenga in una fase di buon controllo glicemico» spiega la docente dell'Università di Padova.

Per cause ancora non ben note, infatti, una glicemia alterata nelle prime settimane dal concepimento, causa un tasso di malformazioni più alto della media. Tutti gli organi più importanti si formano nelle prime 6/8 settimane di vita, «ma perché la loro crescita avvenga normalmente è necessario un buon controllo glicemico sia nel periodo del concepimento sia nelle primissime settimane della gravidanza. Il cattivo controllo glicemico al concepimento, inoltre, era ed è in parte la causa del maggior tasso di aborti spontanei nelle donne con il diabete di tipo 1» ricorda Annunziata Lapolla. In subordine la donna che ha solo il sospetto di aspettare un

Annunziata Lapolla,
Diabetologa e
ricamatrice al
Dipartimento di
Scienze Mediche e
Chirurgiche,
Cattedra di Malattie
del Metabolismo
dell'Università di
Padova.
Coordina
il Gruppo di Studio
Diabete e Gravidanza
della Società Italiana
di Diabetologia.



orale di glucosio» con 100 grammi di zucchero, test che permette di fare diagnosi di diabete gestazionale» afferma Annunziata Lapolla che coordina il Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza della Società Italiana di Diabetologia. «Si tratta di un test semplice, che non comporta nessun rischio e che permette di prevenire non uno ma due casi di diabete» sotto-

linea Giorgio Mello, che è docente di Medicina Prenatale all'Università di Firenze.

Perché? Quali problemi potrebbe avere il nascituro se la mamma ha il diabete gestazionale? «Il glucosio presente in eccesso nel sangue materno sollecita il feto a produrre insulina. Alti livelli di insulina e di glucosio fanno crescere eccessivamente alcuni tessuti» spiega Mello, Coordinatore del Gruppo Diabete e Gravidanza della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. In mancanza di interventi c'è almeno il 40% di possibilità che il bambino nasca macrosomico, vale a dire più grosso – soprattutto nell'addome –



bambino deve subito normalizzare le proprie glicemie. Durante la gravidanza occorre moltiplicare i controlli della glicemia (anche 8 al giorno), e anche le iniezioni di insulina diventano più frequenti.

«L'obiettivo è stabilire un eccellente controllo glicemico» ricorda Annunziata Lapolla «e devo dire che in generale otteniamo la massima collaborazione. Il controllo stretto aumenta il rischio di ipoglicemie, ma il monitoraggio frequente delle glicemie materne permette di evitare ipoglicemie gravissime e quindi rischiose per il feto. Le ipoglicemie quindi, a meno che non siano gravissime, non comportano rischi». Nelle donne con diabete di tipo 2 vi è un certo rischio di malformazioni ecco perché esse vanno seguite frequentemente e curate con insulina durante la gravidanza in modo che il loro controllo glicemico sia ottimo; esse vanno perciò seguite come le donne con diabete di tipo 1. «Il problema si pone in termini simili al diabete in gravidanza» nota Mannino.

E il parto? «No problem» assicura Giorgio Mello che col suo Team ha seguito la gravidanza e il parto di almeno 300 donne con diabete di tipo 1. «Ovviamente, per mantenere il corretto livello glicemico durante il travaglio occorre la presenza di un diabetologo che controlli frequentissimamente la glicemia e intervenga somministrando le giuste quantità di glucosio e insulina. Di rado è necessario procedere al cesareo e il decorso post parto è assolutamente normale».

della media. Si parla di macrosomia quando il peso alla nascita è superiore ai 4 chili, Perché è un problema? Prima di tutto perché le dimensioni del bambino rendono il parto più difficile, «si possono determinare fratture alla clavicola del neonato», sottolinea il ginecologo fiorentino che, all'Ospedale di Firenze-Careggi, ha dato vita a un Team di ostetrici specializzati in diabete e gravidanza. Studi di lungo termine dimostrano, poi, che l'incidenza del diabete di tipo 2 è maggiore e più precoce fra gli adulti macrosomici alla nascita.

Terapia: non mangiare per due. La terapia

del diabete gestazionale si concentra in genere sui comportamenti della donna.

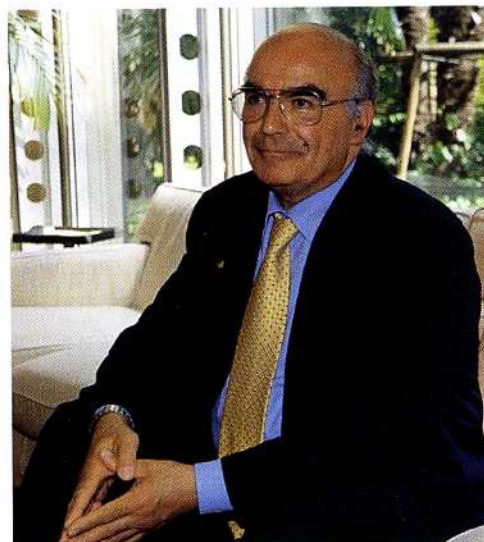
«Il primo passo consiste nel consigliare con forza una alimentazione normale e un esercizio fisico quotidiano» nota Domenico Mannino che fa parte del Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza della Società Italiana di Diabetologia. Generalmente una vita e una alimentazione

sana, perché in questo consiste la nostra 'prescrizione', sono sufficienti: una bella camminata ogni giorno «e soprattutto, per carità, basta con il luogo comune secondo il quale una donna in attesa 'deve mangiare per due'. Una ipernutrizione è solamente negativa, sia per la madre sia per il bambino» sottolinea Mannino, che dirige il servizio dietetico dell'Ospedale di Reggio Calabria. Alle donne in gravidanza viene poi insegnato a effettuare i controlli domiciliari della glicemia.

Parto: il cesareo non è obbligatorio. Per quanto riguarda il parto, «se il diabete è stato ben controllato, le dimensioni del feto nel 92% dei casi sono normali», continua Mello, che è responsabile del Centro di Riferimento Regionale per la Medicina Materna e Fetale all'Ospedale di Careggi. Il parto quindi avviene normalmente. Diverso il discorso per i neonati che – vuoi perché l'intervento è stato tardivo, vuoi perché la madre non ha seguito al meglio le indicazioni, risultano all'ultima ecografia di controllo ancora macrosomici «in qualche caso il cesareo può essere indicato, ma sarebbe sbagliato considerare l'intervento una metodica 'migliore' del parto per vie naturali».

Mello insiste su questo punto in quanto le statistiche mostrano una netta preferenza degli ostetrici e dei medici per risolvere con il cesareo i casi di diabete gestazionale.

Dopo il parto: gestire il rischio. Come detto



All'Ospedale di Firenze-Careggi Giorgio Mello, docente di Medicina Prenatale, ha dato vita a un team di ostetrici specializzati in diabete e gravidanza.

Domenico Mannino, diabetologo presso il Servizio di Diabetologia dell'Ospedale di Reggio Calabria.

prima, entro poche ore dal parto, la madre ristabilisce normalmente i suoi livelli glicemici. Sei settimane dopo il parto o a termine del periodo di allattamento viene effettuato un nuovo test da carico.

«Che solo in una piccola percentuale dei casi dà un esito positivo» sottolinea Annunziata Lapolla, ricercatore presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Padova, «dopodiché l'esame viene ripetuto una volta all'anno per alcuni anni e poi con cadenza triennale». Questi controlli sono necessari perché il diabete gestazionale 'passa', «ma esiste un'alta correlazione fra il diabete gestazionale e l'insorgenza nella mamma di un diabete di tipo 2», sottolinea Annunziata Lapolla. Per l'esattezza circa la metà delle donne che hanno avuto il diabete gestazionale sviluppa il diabete di tipo 2. «Il diabete gestazionale è quindi un avvertimento. Essendo il diabete una malattia sottodiagnosticata, questo 'avvertimento' può essere una circostanza fortunata» nota Annunziata Lapolla. La donna che ha avuto il diabete gestazionale dovrà, da una parte sottoporsi a cadenza periodica, almeno



una volta all'anno, a un test della glicemia (meglio se in ambulatorio) ma anche prevenire gli stadi iniziali del diabete, l'insulinoreistenza e la ridotta tolleranza glucidica. Come? Per esempio non perdendo l'abitudine all'esercizio fisico acquisito durante la gravidanza e, soprattutto, mantenendo il peso forma «nessuno dovrebbe ingrassare e non certo solo per questioni estetiche» afferma la dottoressa Lapolla, «ma meno di tutti una donna 'avvisata' dal diabete

gestazionale».

Purtroppo, per far scattare il diabete non è necessaria l'obesità, basta essere un po' in sovrappeso. Sotto accusa è soprattutto il grasso addominale che, al contrario del grasso che si accumula negli altri tessuti (glutei, natiche, fianchi), favorisce una minore efficacia dell'azione dell'insulina.

«Controllandosi una volta ogni tanto, facendo un regolare esercizio fisico e alimentandosi in maniera sana una donna può prevenire una patologia 'pesante' come il diabete: e tutto questo... grazie a quel messaggio di avvertimento che è il diabete gestazionale» conclude la Coordinatrice del Gruppo di Studio su Diabete e Gravidanza. Il primo dei tanti 'regali' che riceverà dal proprio figlio.

Modus

Periodico di medicina, salute e vita pratica per diabetici e non

N° 8 - ottobre 2001

Editore: Roche Diagnostics S.p.A.

Direttore responsabile: Dr. Giuseppe Minola

Direttore scientifico: Dr. Umberto Valentini

Segreteria di redazione: Paola Grossi. Tel. 039 2817.271

Direzione e amministrazione: via G.B. Stucchi, 110 - 20052 Monza (MI)

Coordinamento editoriale: In Pagina - Milano

Impaginazione: Telli & Brizzi

Testi: Alberto Pattono, Flavio Soriga, Paolo Valenti

Disegni: Gigi Vitale

Fotografie: Nadia Scanziani, Michele Tabozzi, Ag. ICP, Contrasto.

Stampa: In-Print - Baranzate di Bollate (MI)

Registrato presso il tribunale di Milano l'11 aprile 1981, con numero 138

Omaggio di Roche Diagnostics S.p.A.