Maria ha una diagnosi di diabete gestazionale in anamnesi

Follow-up? … se sì, quale?

Marco Passamonti
Medico di Medicina Generale;
Collaboratore Area metabolica,
Società Italiana di Medicina Generale

Come leggere il caso clinico

Il caso clinico è presentato in tre blocchi temporali.
Alla fine di ogni fase sono esposti alcuni quesiti, che derivano dall'analisi dei problemi più importanti, emersi con la presentazione del caso.
Il lettore può prospettare le sue personali soluzioni, prima di leggere i commenti e le risposte suggerite dalla redazione di MeDia, sulla base della letteratura disponibile.
Le decisioni operative realmente intraprese dal medico curante, ed esposte nello step successivo, possono in qualche punto anche discostarsi da quelle consigliate dalla redazione.
I casi clinici discussi in questa sezione, per scelta dei redattori, sono reali, ma opportunamente modificati e adattati per la pubblicazione e la legge sulla privacy.

OBIETTIVI

- Acquisire il concetto di fattore di rischio per diabete mellito per la donna a cui è stata posta diagnosi di diabete gestazionale
- Conoscere gli accertamenti da raccomandare per un corretto follow-up alla donna con diabete gestazionale in anamnesi
- Invitare agli accertamenti di follow-up, con una "tempistica" validata

1° step

Maria, 38 anni, è la moglie del farmacista del paese. È casalinga. Anamnesi familiare e patologica sostanzialmente muta, eccetto la comparsa di diabete gestazionale (GDM) nell'ultima gravidanza. Maria, infatti, ha due figli, Lorenzo di 5 anni e Iacopo di 18 mesi. La prima gravidanza è decorsa in modo fisiologico e la diagnosi di GDM, nel corso della seconda gestazione, è stata posta in occasione dell'esecuzione della curva da carico (*Oral Glucose Tolerance Test,* OGTT 75 g) alla 25ª settimana, eseguita come screening per la positività dell'indicatore età ≥ 35 anni [1]. Non ha mai fumato, svolge una regolare attività fisica nella palestra vicina alla farmacia del marito.
Maria si presenta in ambulatorio richiedendo il certificato medico per l'attività fisica e il suo medico di medicina generale (MMG), durante la visita di rito per il rilascio dello stesso, controlla il *Body Mass Index* (BMI), classificandola normopeso (BMI 20,9-1,71 m; 61 kg). La pressione arteriosa è nella norma: 122/78 mmHg. Soggettivamente: assoluto benessere.
Il MMG ricorda a Maria la necessità di un controllo dei valori di glicemia, in conseguenza della precedente GDM e, dopo il consueto counselling, prescrive, non senza difficoltà di accettazione da parte di Maria: glicemia basale, emoglobina glicosilata (HbA_{1c}).

Domanda

Il suggerimento del MMG è appropriato?

Risposta

Le più prestigiose società scientifiche diabetologiche suggeriscono l'appropriatezza dell'esecuzione di una procedura di screening per il diabete mellito tipo 2 (DMT2), solo con una modalità di "screening selettivo" rivolto, cioè, a soggetti ad alto rischio di DMT2 [2]. Anche la recente *Clinical Practice Recommendations dell'American Diabetes Association* [3], così come il documento pubblicato congiuntamente dalle stesse Società Scientifiche diabetologiche Italiane (Associazione Medici Diabetologi, AMD, e Società Italiana di Diabetologia, SID) *Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito* [4], invita all'esecuzione di un test per lo screening del DMT2 in soggetti asintomatici (Tab. I) con la presenza di uno o più fattori di rischio. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di DMT2 c'è la GDM.
La GDM, molto semplicemente, altro non è che una condizione con inizio o primo riconosci-

CORRISPONDENZA
MARCO PASSAMONTI
mpassam@alice.it

Tabella I. Soggetti ad alto rischio di diabete mellito.

IFG o IGT o pregresso diabete gestazionale o HbA_{1c} s-6,49%
Età ≥ 45 anni, specialmente se con BMI ≥ 25 kg/m^2
Età < 45 anni e una o più tra le seguenti condizioni: • inattività fisica • familiarità di primo grado per DMT2 (genitori, fratelli) • appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio • ipertensione arteriosa (≥ 140/90 mmHg) o terapia antipertensiva in atto • bassi livelli di colesterolo HDL (≤ 35 mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi (≥ 250 mg/dl) • nella donna, parto di un neonato di peso > 4 kg • basso peso alla nascita (< 2,5 kg) • sindrome dell'ovario policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'*Acanthosis nigricans* • evidenza clinica di malattie cardiovascolari

mento durante la gravidanza che sottende sia forme di diabete misconosciute preesistenti alla condizione gravidica, sia forme non conclamate, ma in evoluzione, sia, ovviamente, forme che si manifestano durante la gravidanza.
Aspetto di rilevante importanza per il MMG è il sapere che, sebbene nel periodo post-partum, più frequentemente, si assiste a un completo ritorno all'euglicemia, le stesse sono esposte a un elevato rischio, nel corso degli anni successivi, di sviluppare un franco diabete mellito, più frequentemente, tipo 2 [5].
Sebbene l'ADA [3] rimarchi come sia l'HbA_{1c}, la glicemia a digiuno (FPG) e il valore glicemico 2 ore dopo un OGTT-75 g siano i test appropriati per il follow-up specifico, non c'è alcun dubbio che la FPG da sangue venoso rappresenti l'indicatore con il più favorevole rapporto costo/beneficio [2].
Alla luce di queste considerazioni, l'azione del MMG di Maria è appropriato.

2° step

Maria ritorna mostrando i valori degli accertamenti prescritti: FPG 88 mg/dl, HbA_{1c} 5,3%.
Il MMG, pur giudicandoli normali, invita Maria a sottoporsi a una valutazione dell'assetto lipidico (colesterolo totale, trigliceridi e colesterolo-HDL) e ricontrolla la pressione arteriosa che si conferma nel range della normalità. La paziente assicura di non essere fumatrice. BMI immodificato.

Domanda

Gli ulteriori accertamenti sono giustificati?

Risposta

La risposta è, con fermezza, affermativa. Sarebbe stato più corretto se gli accertamenti che il MMG suggerisce nel 2° step fossero stati già effettuati con il primo. C'è infatti unanimità, da parte delle Società Scientifiche, circa la correttezza, in tutti i soggetti asintomatici, ma con presenza di fattori di rischio per la comparsa di DMT2, di identificare e, se necessario, trattare gli altri fattori di rischio cardiovascolare [3].
Le evidenze emergenti [6] nella letteratura internazionale suggeriscono che semplici accertamenti, quali la glicemia, la misurazione della pressione arteriosa, la valutazione/calcolo del LDL-colesterolo, la raccolta del dato circa il fumo di sigaretta e la determinazione del BMI, siano più che sufficienti per intraprendere, se necessario, un consono intervento al fine di prevenire o diagnosticare e quindi trattare sia il DMT2 che gli eventi cardiovascolari maggiori.

3° step

L'assetto lipidico permette di calcolare il colesterolo-LDL che risulta 96 mg/dl. Il MMG rassicura Maria, la esorta a continuare l'attività fisica e lo stile di vita in corso e raccomanda un accertamento ematochimico annuale con dosaggio della FPG, glicemia post-prandiale, assetto lipidico.

Domanda

È corretta la "temporizzazione" della frequenza dello screening indicata dal MMG?

Risposta

Sicuramente l'aspetto comportamentale circa la frequenza dello screening è di rilevante importanza per l'operatività del MMG.
Per rispondere a questa necessità pratica sarebbe importante avere dati di incidenza della malattia nei soggetti normoglicemici. In letteratura ci sono, invece, pochi studi con questo obiettivo, quelli disponibili indicano una progressione annuale che varia dallo 0,6 al 1,2%. Sulla base di questi dati epidemiologici l'*American Diabetes Association* [3] raccomanda lo screening selettivo a intervalli di 3 anni, mentre la *British Diabetic Association* (ora *Diabetes UK*) [7] ogni 5 anni in tutta la popolazione di età tra 40 e 75 anni, e ogni 3 anni in presenza di fattori di rischio. Secondo gli *Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito* [4], in caso di normalità al test di screening, i soggetti dovrebbero essere riesaminati dopo 2-3 anni.
Quindi, forse, risulta eccessivamente "aggressiva" la tempistica del MMG nei confronti di Maria.

Commento

Il setting della Medicina Generale è unanimemente riconosciuto la "sede" più adatta per la realizzazione di programmi di screening per la diagnosi precoce del DMT2. Sebbene non ci siano evidenze dirette circa il beneficio a lungo tempo, in termini di mortalità, diminuzione o più tardiva comparsa delle complicanze specifiche della malattia, nei soggetti sottoposti a screening, c'è, nel mondo scientifico, un consenso comune nell'invitare alla realizzazione di politiche sanitarie che incentivino programmi di screening per il DMT2. Il caso clinico presentato ne è un manifesto esempio, atto a sensibilizzare il MMG alla consueta sua applicazione.

Bibliografia

1 Linea Guida Gravidanza Fisiologica. Aggiornamento 2011. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf

2 Passamonti M. *Screening del diabete mellito tipo 2 nel setting della Medicina Generale*. Aggiornamento Medico 2008;32:22-9.

3 *Standards of Medical Care in Diabetes – 2012*. Diabetes Care 2012;35:S11-63.

4 *Screening del diabete tipo 2*. In: Associazione Medici Diabetologi (AMD), Diabete Italia, Società Italiana di Diabetologia (SID), editors. *Standard italiani per la cura del diabete mellito*. Torino: Infomedica 2010, pp. 18-20.

5 Mannino D. *Il Diabete Gestazionale 2*. In: Documento Associazione Medici Diabetologi – AMD, Diabete Italia, Società Italiana di Diabetologia – SID, editors. *La prevenzione del diabete mellito tipo 2. Dalle evidenze alle strategie di implementazione*. Napoli: Idelson-Gnocchi 2011, p. 25.

6 Eckel RH, Kahm R, Robertson RM, et al. *Preventing cardiovascular disease and diabetes. A call to action from the American Diabetes Association and the American Heart Association*. Diabetes Care 2006;29:1697-9.

7 Paterson KR. *Population screening for diabetes mellitus*. Diabet Med 1993;10:777-81.