

Ospedale S. Croce e Carle
S.C. Ostetricia e Ginecologia
Dir. Dr. E. O. Volpi



Diabete Gestazionale Inquadramento ostetrico- ginecologico: complicanze materno-fetali

Cuneo 30 ottobre 2016
Dott. Antonio Guelfi

Le gravidanze complicate da diabete nel mondo sono il 3-5% di tutte le gravidanze.

- **USA 150 mila – 160 mila / anno**
- **Europa 150 mila / anno**
- **Italia 30 mila – 40 mila /anno**



- **La percentuale di gravidanze pianificate è inferiore al 50% nelle donne con diabete tipo 1 e al 40% in quelle con diabete tipo 2.**
- **Questo può spiegare come l'incidenza di complicanze (aborto, eccessivo incremento ponderale, infezioni genitali, macrosomia, parto pretermine, distocia di spalla, taglio cesareo, difetti metabolici neonatali con i problemi associati) nella popolazione diabetica sia 5-10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale**

Diabete tipo 1

Diabete tipo 2

**Diabete gestazionale: è la forma
diagnosticata per la prima volta
in gravidanza.**



PROTOCOLLO DIABETE GESTAZIONALE

Diabete preesistente: glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl, o glicemia random ≥ 200 mg/dl, o emoglobina glicata $\geq 6,5\%$

Fattori di rischio nella gravidanza fisiologica:

Diabete gestazione in una gravidanza precedente

BMI pregravidico ≥ 30

Valori di glicemia tra 100 e 125 mg/dl

OGTT 75 g a 16-18 settimane, da ripetere a 28 settimane se normale

A 28 settimane deve essere consigliato OGTT 75 g alle donne che presentano:

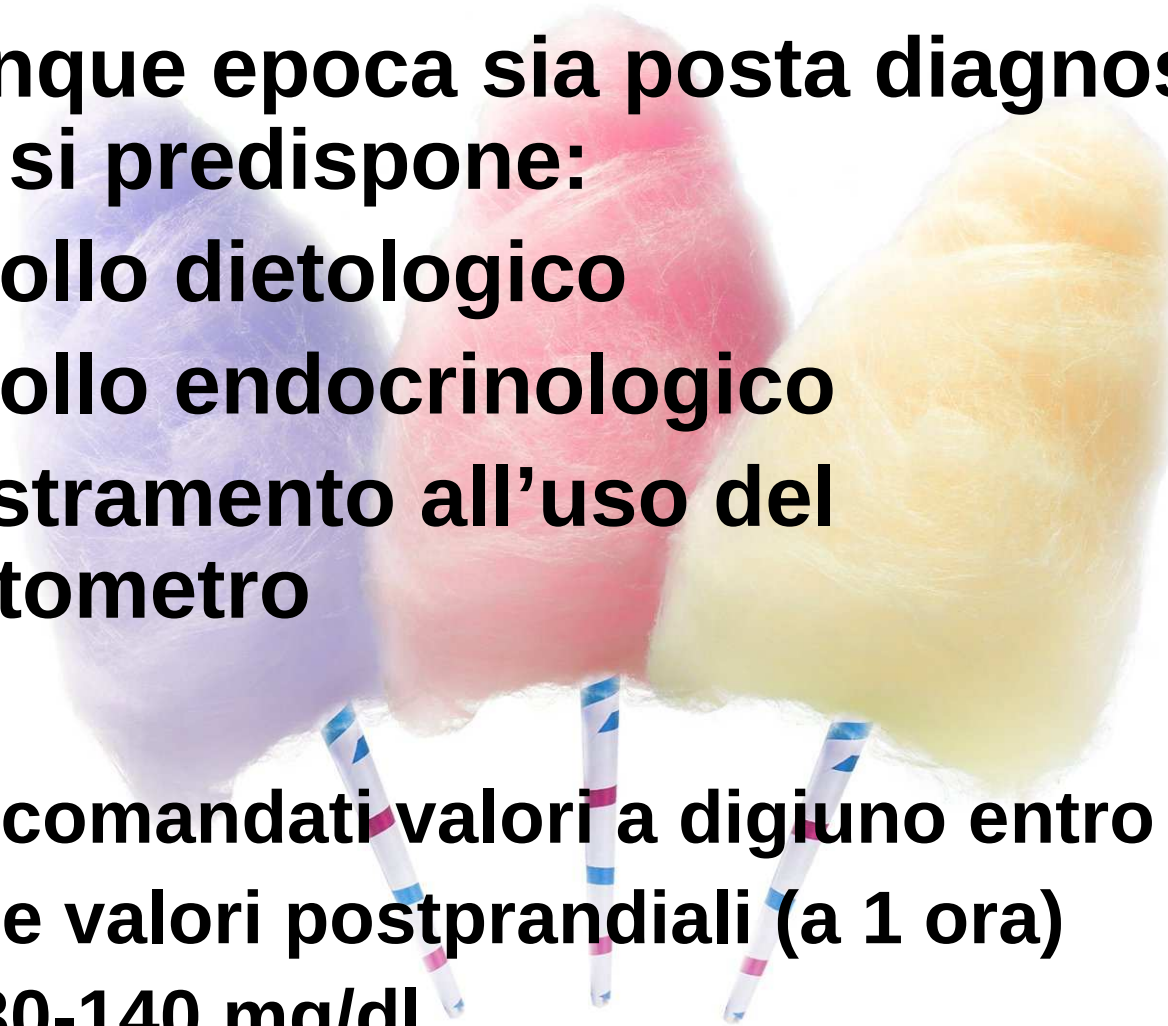
- a) Età ≥ 35 anni
- b) BMI pregravidico ≥ 25
- c) Macrosomia pregressa ($\geq 4500\text{gr}$)
- d) Diabete gestazione in una gravidanza precedente (con OGTT normale a 16 settimane)
- e) Anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2)
- f) Famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete



In qualunque epoca sia posta diagnosi di GMD si predispone:

- **controllo dietologico**
- **controllo endocrinologico**
- **addestramento all'uso del riflettometro**

Sono raccomandati valori a digiuno entro i 95 mg/dl e valori postprandiali (a 1 ora) entro i 130-140 mg/dl.



Il profilo assistenziale prevede:

DIETA fornita dal servizio di Dietologia

Terapia insulinica se necessaria

CONTROLLO ECOGRAFICO

Per escludere o riconoscere Malformazioni, Macrosomia, Polidramnios

CONTROLLO CLINICO

Per valutare il Compenso Glicidico, l'insorgenza di Ipertensione ed eventuali Infezioni vaginali



Complicanze neonatali

**Parto pretermine: 13% se presente
polidramnios - 6,1% senza polidramnios.**

**Maladattamento metabolico: improvvisa
privazione di certi livelli di zuccheri
(ipoglicemia), prematurità, ritardo della
maturità polmonare, ipocalcemia,
iperbilirubinemia, poliglobulia, emorragia
cerebrale, ipomagnesemia, asfissia e
mortalità neonatale.**

Morte intrauterina: causata da preeclampsia, diabete gestazionale scompensato, trombofilia ereditaria e malformazioni congenite.

Spesso la causa è sconosciuta: si ipotizza l'ipossia cronica intrauterina



**Grazie
per l'attenzione**

