

«Prevenzione
per la mamma e per il bambino!»

A cura di
Diabetesschweiz

Cos'è il diabete gestazionale?

Si diagnostica un diabete gestazionale quando i valori della glicemia sono elevati, costatati per la prima volta nel corso di una gravidanza in stato avanzato.

Questa forma di diabete colpisce probabilmente dal 10 al 15% delle donne incinte; è pertanto una delle complicanze più frequenti della gravidanza.

Il diabete gestazionale scompare immediatamente dopo il parto per praticamente tutte le donne, ma un diabete di tipo 2 si manifesterà successivamente per il 25 fino al 50% di esse.

Il diabete compare quando l'organismo non è più in grado di produrre insulina in quantità sufficiente. L'insulina è un ormone prodotto dal pancreas; essa regola il metabolismo glucidico nell'organismo. Il glucosio presente nel sangue fornisce l'energia al corpo. Le modifiche ormonali legate alla gravidanza aumentano il fabbisogno d'insulina della futura mamma. Quando il pancreas non produce abbastanza insulina, si verifica un aumento della glicemia (tasso di zucchero nel sangue): ecco il diabete gestazionale. Quando la glicemia della madre è elevata, il glucosio attraversa la placenta e arriva al feto. Questo reagisce aumentando la propria produzione d'insulina. Ma quest'insulina, contrariamente al glucosio, non può superare la barriera della placenta. La quantità d'insulina più elevata che ne deriva stimola, nel feto, la crescita e l'accumulo di grassi. Il beb  nasce di conseguenza con dimensioni e peso troppo elevati.

Chi fa parte del gruppo a rischio?

Il rischio di sviluppare un diabete gestazionale è pi  elevato in caso di:

- Sovrappeso importante (obesit ) con un IMC > 30 kg/m²
- Diabete gi  presente nella famiglia (genitori o fratelli/sorelle)
- Diabete gestazionale nel corso di una gravidanza precedente
- Origine africana, asiatica o sudamericana
- Et  superiore ai 30 anni
- Aborti ripetuti in fase avanzata della gravidanza
- Parto precedente di un beb  di pi  di 4 kg

Si raccomanda alle donne appartenenti al gruppo a rischio di farsi testare sin dal primo controllo di gravidanza. Se la glicemia a digiuno   inferiore a 5,1 mM, occorre effettuare un test orale della tolleranza al glucosio con 75g di glucosio tra la 24a e la 28a settimana di gravidanza.

Malgrado ci , dal 30 al 50% delle donne incinte non presentano nes-

uno dei fattori di rischio menzionati. Per semplicit , si consiglia di sottoporre al test OGTT tutte le donne incinte tra la 24a e la 28a settimana di gravidanza.

Malgrado ci , dal 30 al 50% delle donne incinte non presentano nes-

Sintomi e diagnosi del diabete gestazionale

La maggior parte delle donne colpite dal diabete gestazionale non accusa alcun disturbo, ossia non presenta i segni tipici del diabete (per es. forte sete, necessit  di urinare frequentemente).

Spesso, il diabete si manifesta con alcuni sintomi non specifici, come un aumento della tendenza a sviluppare infezioni alle vie urinarie, un'elevata pressione arteriosa, un aumento del liquido amniotico o la presenza di zucchero nell'urina.

Un diabete gestazionale non trattato pu  comportare le seguenti conseguenze per il bambino:

- Aumento delle dimensioni e del peso al momento della nascita (oltre i 4 kg)
- Disturbi nella maturazione degli organi (in particolare dei polmoni)
- Complicazioni alla nascita
- Ipoglicemie dopo il taglio del cordone ombelicale
- Elevato tasso di bilirubina nel sangue (itterizia del neonato)

Se il diabete gestazionale   ben trattato, non   il caso d'inquietarsi per la salute del beb !

I rischi per la mamma sono:

- tossiemia gravidica associata ad ipertensione, edema, disfunzioni renali (pre-eclampsia)
- Complicazioni al momento del parto (il parto con taglio cesareo   pi  frequente)
- Lesioni durante il parto.

Test di tolleranza con carico orale di glucosio

Questo test consiste nel determinare le glicemie della mamma a digiuno, un'ora,

rispettivamente due ore, dopo aver ingerito una soluzione di glucosio (75 g). Un diabete gestazionale viene diagnosticato quando si manifestano valori superiori ai valori limite (a digiuno: > 5,1 mmol/l, dopo 1 h: > 10mmol/l, dopo 2 h: > 8,5 mmol/l).

Essere «a digiuno» significa che a partire da mezzanotte, durante la notte che precede il test, non si deve più:

- ® mangiare
- ® bere bibite zuccherate ® bere succhi di frutta
- © esclusivamente l'acqua è permessa

Come viene trattato il diabete gestazionale?

Nell'85% dei casi, il diabete gestazionale viene trattato efficacemente con una modifica delle abitudini alimentari. Le prime misure consistono nel fare diversi piccoli pasti al posto di pochi pasti importanti e, in caso di sovrappeso (indice di massa corporea IMC superiore a 25), nel ridurre leggermente l'apporto calorico.

In ogni caso, un'alimentazione corretta, gestita secondo le istruzioni di una consulente dietista, è fondamentale nel trattamento del diabete gestazionale.

La futura mamma, praticando un'attività fisica regolare (nuotare, camminare, salire le scale), adatta al suo stato e priva di rischi, permetterà alle sue cellule di reagire meglio all'insulina prodotta dal suo organismo.

Se l'alimentazione e l'attività fisica non hanno un effetto sufficiente, si dovrà procedere alla somministrazione d'insulina tramite iniezioni.

Per ottenere un controllo ottimale del diabete, la donna incinta deve sorvegliare lei stessa la sua glicemia a domicilio.

Gli antidiabetici orali (medicamenti che servono per abbassare la glicemia) non sono in genere autorizzati.

Normalmente, il diabete gestazionale scompare già poco l'espulsione della placenta. Per alcune donne, tuttavia, il disturbo del

metabolismo persiste anche dopo il parto. Presso il 25 fino al 50 % delle donne con un diabete gestazionale, un diabete di tipo 2 si manifesta entro i 5 o 10 anni dal parto.

È per questo motivo che gli specialisti consigliano di effettuare un controllo della glicemia circa 6 settimane dopo il parto e in seguito ogni anno.

Controllo della glicemia eseguito autonomamente durante la gravidanza

I valori della glicemia che ci si prefigge in caso di diabete gestazionale (Raccomandazioni della Società Svizzera di Endocrinologia e Diabetologia)

Prima dei pasti principali	< 5.3 mmol/
1 ora dopo i pasti principali	< 8.0 mmol/
2 ore dopo i pasti principali	< 7.0 mmol/

Autocontrollo della glicemia nell'ambito del trattamento basato:

sull'adeguamento alimentare:

4 volte al giorno

- a digiuno prima della colazione
- esattamente 1 o 2 h dopo la fine della colazione
- esattamente 1 o 2 h dopo la fine del pranzo
- esattamente 1 o 2 h dopo la fine della cena

sulla somministrazione d'insulina:

6 volte al giorno

- a digiuno prima della colazione
- esattamente 1 o 2 h dopo la fine della colazione
- prima del pranzo e esattamente 1 o 2 h dopo la fine del pranzo
- prima della cena e esattamente 1 o 2 h dopo la fine della cena

Osservazione:

Se vengono superati ripetutamente i valori limite indicati, vale a dire se si verificano 2 o più glicemie troppo elevate al giorno per due giorni nell'arco di una settimana, è necessario contattare il medico curante o il centro di diabetologia.