

## Ruolo chiave del laboratorio nella diagnosi del diabete gestazionale: forse la prevalenza è sotto-stimata

Andrea Mosca<sup>1</sup>, Martina Montagnana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Fisiopatologia medico-chirurgica e dei trapianti, Università degli Studi di Milano

<sup>2</sup>Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università degli Studi di Verona

Il diabete gestazionale è una condizione di alterata tolleranza ai carboidrati che si manifesta per la prima volta in gravidanza. È una condizione abbastanza comune con prevalenze variabili dal 4 al 10% a seconda dei centri, e si stima che interessi in tutto il mondo oltre 18 milioni di gravidanze. È importante riconoscere per tempo il diabete gestazionale, che è associato a rischio di esiti avversi materno-fetali quali preeclampsia, taglio cesareo, ipoglicemia neonatale ed altri problemi, non ultimo il rischio che le madri ed i loro figli sviluppino il diabete di tipo 2 in futuro.

Le linee guida italiane per la gravidanza fisiologica hanno declinato una procedura di screening che non è universale, e che viene effettuata sulle donne in base a fattori di rischio (1, 2), ma è in discussione una proposta per ritornare a renderlo obbligatorio per tutte le gravidanze, perché di fatto l'aderenza alle attuali raccomandazioni non è ottimale.

La curva da carico orale di glucosio ha un ruolo chiave nel percorso per la diagnosi del diabete gestazionale, e grande attenzione va posta alla standardizzazione di tutti gli aspetti, tra i quali sicuramente uno dei più importanti riguarda il tipo di anticoagulante da utilizzare per la misura della glicemia. Il gruppo di studio inter-societario SIBioC SIPMeL sul diabete aveva recentemente raccomandato che, per ottenere una misura corretta della glicemia, laddove non sia possibile effettuare il trattamento "gold standard" (raccolta del campione di sangue con eparina, immersione della provetta in un bagnetto di acqua e ghiaccio, e centrifugazione entro 30 minuti dal prelievo) si debba utilizzare una miscela ternaria contenente sodio fluoruro, tampone citrato ed EDTA (3).

In questo numero di *Biochimica Clinica* compaiono due pubblicazioni (4,5) che testimoniano come l'utilizzo della miscela ternaria può impattare in maniera importante sullo screening del diabete gestazionale, col risultato complessivo che il numero di nuove diagnosi potrebbe ragionevolmente raddoppiare. Occorre dunque che tutta la comunità dei laboratori, dei ginecologi e di tutti gli altri operatori interessati alla gravidanza sia sensibilizzata su questo aspetto ed adeguatamente preparata. Ci auguriamo che la lettura di questi contributi serva da stimolo per una discussione più ampia, approfondita e che esiti in azioni uniformemente concordate e condivise.

### BIBLIOGRAFIA

1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:2231-64.
1. Sistema nazionale per le linee guida. Gravidanza fisiologica. Linea Guida 20. SNLG-ISS, Roma 2010. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1436\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf). (ultimo accesso: aprile 2020)
2. Lapolla A, Mosca A. Screening e diagnosi del diabete gestazionale: definite le raccomandazioni. *Biochim Clin* 2012;36:12-4.
3. Bonetti G, Carta M, Lapolla A, Miccoli R, Testa R, Mosca A in qualità di delegati SIBioC, Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio (SIPMeL) e Società Italiana di Diabetologia (SID) e per il Gruppo di Studio SIBioC-SIPMeL Diabete Mellito. Raccomandazioni per l'ottimizzazione della fase pre-analitica per una corretta determinazione della glicemia in ambito diabetologico. *Biochim Clin* 2018;42:263-5.
4. Bonetti G, Giavarina D, Urbani D et al. Il tipo di campione per la curva da carico orale di glucosio è fondamentale per una corretta identificazione del diabete mellito gestazionale. *Biochim Clin* 2020;44:143-8.
5. Carta M, Giavarina D, Bonetti G. Impatto delle variabili preanalitiche e analitiche sulla diagnosi di diabete mellito gestazionale. *Biochim Clin* 2020;44:206-8.

Corrispondenza a: Andrea Mosca, Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano, Via Fratelli Cervi 93, 20090 Segrate, Milano, E-mail [andrea.mosca@unimi.it](mailto:andrea.mosca@unimi.it)

Ricevuto: 02.04.2020

Revisionato: 03.04.2020

Accettato: 03.04.2020

Pubblicato on-line: 01.06.2020

DOI: 10.19186/BC\_2020.037