

LA DIAGNOSI DI DIABETE GESTAZIONALE: TRATTA BENE IL PRELIEVO!

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

È quanto emerge da un recentissimo studio irlandese (1). Si tratta di uno **studio prospettico osservazionale**, comprendente **155 donne gravide** (età gestazionale: 24-32 settimane) sottoposte a OGTT con 75 g di glucosio per lo *screening* di diabete gestazionale (GDM) secondo i criteri stabiliti (2) dall'*International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG).

I prelievi sono stati effettuati in doppio:

- un *set* di provette, contenente un inibitore della glicolisi, trattato secondo le raccomandazioni ADA (3): provetta in ghiaccio, separazione del plasma entro 30' dal prelievo, analisi immediata di ogni singolo campione senza attendere il completamento della curva;
- un *set* in condizioni *standard*: provetta a temperatura ambiente, trasporto in laboratorio senza refrigerazione, analisi dei tre campioni solo a completamento della curva.

RISULTATI

Diagnosi di GDM (criteri IADPSG): **2.7 volte maggiore** con procedure ADA vs procedure *standard* (38.1% vs 14.2%, $p < 0.001$).

Numero di prelievi: seguendo le procedure ADA, **tutti i GDM sono stati trovati con il prelievo entro un'ora dal carico (86% con il prelievo basale, 14% con il prelievo a 1 h, nessun caso con il prelievo a 2 h)**.

Tempi prelievo/analisi: i tempi di esecuzione dell'OGTT (dal prelievo al risultato) sono stati significativamente più brevi con le procedure ADA rispetto alle procedure *standard* ($p < 0.0001$).

COMMENTI

Punti di forza. Le condizioni estremamente standardizzate delle modalità di prelievo, trasporto e conservazione e l'esecuzione dei dosaggi in un unico laboratorio con un unico metodo hanno consentito di aderire strettamente alle raccomandazioni, evitando possibili variabili di confondimento. Inoltre, è sicuramente di maggior impatto clinico correlare i risultati alla diagnosi di GDM che non al semplice dato della glicemia.

Cosa era già noto

Gli effetti della glicolisi in vitro sull'attendibilità dei valori glicemici, da soli o nel corso di OGTT, sono noti da molto tempo (4), ma gli studi finora riportati si riferivano a piccoli gruppi di soggetti non in gravidanza e con risultati espressi solo in termini di glicemia.

Cosa aggiunge questo studio

Lo studio riguarda l'impatto della procedura sulla diagnosi finale e non sul singolo risultato analitico. Inoltre, ha preso in considerazione una popolazione di gravide, rappresentativa della popolazione generale.

IMPLICAZIONI POSSIBILI:

1. Una più stretta aderenza alle raccomandazioni ADA aumenta certamente la sensibilità diagnostica dell'OGTT nella diagnosi di GDM, con importanti implicazioni in tema di prevenzione delle complicanze ostetriche e perinatali.
2. **È necessaria una maggiore consapevolezza da parte dei clinici, in particolare dei ginecologi, dell'importanza di rispettare le procedure raccomandate per prelievo, trasporto e conservazione dei campioni ematici dell'OGTT.**
3. Se i risultati di questo lavoro fossero confermati, sarebbe possibile ottenere un consistente risparmio di tempo e risorse per pervenire a una diagnosi, poiché in condizioni ottimali è ampiamente sufficiente limitare la durata del test a un'ora, e in molti casi è possibile addirittura evitare il carico orale di glucosio.



Marco Caputo (marco.caputo@ulss20.verona.it)
Laboratorio Chimica Clinica ed Ematologia, Ospedale G. Fracastoro,
Azienda USL 20, Verona

BIBLIOGRAFIA

1. Daly N, Flynn I, Carroll C, et al. Impact of implementing preanalytical laboratory standards on the diagnosis of gestational diabetes mellitus: a prospective observational study. *Clin Chem* [2016, 62: 387-91](#).
2. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* [2010, 33: 676-82](#).
3. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care* [2011, 34: e61-99](#).
4. Ladenson JH. Nonanalytical sources of variation in clinical chemistry results. In: Sonnenwith A, Jaetr L, editors. *Clinical laboratory methods and diagnosis*. St. Louis, MO: CV Mosby; 1980: 149 –92.