

ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE A TERMINE DI GRAVIDANZA : INFORMAZIONI PER LA PAZIENTE

La rottura prematura delle membrane a termine si verifica dalla 37 sg, nel 10 % circa delle gravidanze, prima che insorga il travaglio di parto.

Nella nostra Sala Parto in caso di rottura delle membrane a termine con tampone per SGB positivo, non noto o urocoltura positiva per SGB nel corso della gravidanza, viene proposta l'induzione del travaglio di parto ed iniziata adeguata copertura antibiotica. L'induzione del travaglio è indicata dalle principali linee guida nazionali e internazionali. L'incidenza di sepsi neonatale precoce da streptococco beta emolitico è scesa da 1,8 neonati per 1000 nati vivi nel 1990 a 0,23 nel 2015 in conseguenza dell'implementazione della copertura antibiotica e dell'induzione del travaglio di parto.

In caso di SGB negativo, in assenza di altri dati clinici sospetti, la paziente potrà scegliere se procedere direttamente all'induzione o proseguire con una condotta di attesa di travaglio spontaneo fino ad un massimo di 24 ore. Dopo 24 ore infatti circa il 60% delle pazienti è in travaglio spontaneo.

Dai dati presenti in letteratura e in particolare da una metanalisi pubblicata nel 2017 pare che i rischi infettivi, per i quali non vi sono test o esami di laboratorio veramente predittivi, aumentino dopo le 24 ore in pazienti senza terapia antibiotica. In particolare:

- nelle pazienti indotte si riconosce una diminuzione del rischio infettivo (corioamnionite ed endometrite) rispetto alle pazienti che scelgono l'attesa
- sembra ci sia una tendenza alla diminuzione dei casi di sepsi neonatale nelle pazienti indotte ma senza raggiungere la significatività statistica.
- nel confronto tra induzione e condotta di attesa non vi è un aumento della percentuale di tagli cesarei .

Alla luce di questi dati ad esempio nel mondo anglosassone si è deciso di offrire la latenza di 24 ore e anche le recenti linee guida AOGOI sull'induzione del travaglio di parto ritengono ragionevole , non essendo disponibili evidenze conclusive, una condotta di attesa valutate le condizioni cliniche permettenti, in relazione anche al desiderio della donna, senza comunque stabilire un tempo preciso. Nella nostra sala parto, una prima valutazione per chi sceglierà la condotta di attesa avverrà a 12 ore dalla rottura delle membrane e in caso di reperto ostetrico sfavorevole o immutato rispetto all'ingresso si proporrà l'inizio dell'induzione.

Nel caso di pazienti con pregresso taglio cesareo che scelgono il parto vaginale sarà favorita un'attesa di 24 ore, per ridurre la probabilità di induzione con ossitocina, che a sua volta aumenta il rischio di deiscenza della cicatrice uterina.

A 12 ore inizierà anche la terapia antibiotica: anche in questo caso non si riconoscono opinioni univoche ma si fa riferimento ad una metanalisi del 2015 che rileva una diminuzione delle infezioni materne e una possibile anche se non statisticamente significativa riduzione delle infezioni neonatali nelle pazienti che si sottopongono a terapia antibiotica con membrane rotte da più di 12 ore.

Per il metodo di induzione scelto si rimanda all'informativa sull'induzione che vi verrà consegnata .

Data _____

In caso di SGB negativo desidero

- induzione immediata

- condotta di attesa

Firma paziente _____ Firma medico _____

