

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome****data di nascita**

Quali sono le sue condizioni di salute?	<p>La rottura prematura delle membrane ad epoche gestazionali precoci (pPROM) prima della 24^a settimana è una complicanza non comune della gravidanza e la sua frequenza si aggira intorno a 4 casi su 1000 gravidanze.</p> <p>È associata ad un'alta percentuale di morbidità e mortalità fetale e neonatale.</p> <p>La patogenesi è multifattoriale, è stato ipotizzato un fatto infiammatorio interessante le membrane e studi retrospettivi hanno identificato alcuni fattori di rischio, come emorragie antepartum, pregresso episodio di rottura delle membrane a bassa epoca, cerchiaggio cervicale, amniocentesi, uso di tabacco, ma il loro valore predittivo rimane comunque basso.</p> <p>La rottura può essere iatrogena, cioè conseguente a manovre invasive come amniocentesi e cerchiaggio, oppure spontanea ed improvvisa.</p> <p>La rottura iatrogena conseguente ad amniocentesi (1:1600 procedure) è quella a quella prognosi migliore: ha un'alta probabilità di regredire sia spontaneamente, sia dopo amniopatch con concentrato piastrinico materno introdotto nella cavità amniotica.</p> <p>A cattiva prognosi è invece la rottura conseguente ad un cerchiaggio cervicale (procedura chirurgica che prevede il posizionamento di una benderella in modo da tenere la cervice chiusa).</p> <p>La diagnosi deve essere confermata con riscontro di liquido amniotico in vagina e con la misurazione ecografica della falda massima di liquido amniotico che deve essere inferiore a 2 cm.</p> <p>La gravidanza può procedere anche dopo la rottura delle membrane con un intervallo di 3-152 giorni ed una mediana di 13 giorni.</p>
Trattamento proposto:	<p>Poiché non ci sono evidenze su quale sia la conduzione più appropriata nelle pPROM ad epoca gestazionale inferiore alla 24^a settimana, esistono due possibili percorsi:</p> <p>1) condotta di attesa con monitoraggio seriato clinico e strumentale del benessere materno-fetale</p> <p>2) interruzione volontaria della gravidanza sec. Legge 194/78 entro i termini di legge previsti (22 settimane + 3 giorni)</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>Pur offrendo la possibilità dell'interruzione della gravidanza (legge 194/78 comma b) per il presunto rischio materno di sepsi e per l'outcome neonatale sfavorevole, può essere scelto un atteggiamento di attesa che ha dimostrato di essere relativamente sicuro per la madre e di portare alla sopravvivenza una parte dei feti.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>È differente il management delle pazienti in caso di pPROM prima della vitalità del feto "previabile pPROM" (14-22.6w). Ad epoche gestazionali così precoci è attesa l'interruzione spontanea della gravidanza entro una settimana nel 30-40% dei casi, specie quando l'eziologia è infettiva, ma il tempo di latenza può arrivare oltre le cinque settimane nel 60-70% delle pazienti.</p> <p>La probabilità di sopravvivenza varia dal 15 al 50% ed è correlata alla durata della latenza e alla quantità di liquido amniotico residuo. In Italia la mortalità infantile nel primo anno di vita è pari al 3,7 %, nel 71,2% dei casi è dovuta a decessi in età neonatale (1-28 giorni di vita). Oltre il 90% di questi decessi colpisce soggetti nati pretermine.</p> <p>Attualmente a sopravvivere è oltre il 95 per cento dei nati con peso superiore a 1.000 grammi e/o di età gestazionale superiore alle 31 settimane.</p>

Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>I <u>rischi materni</u> legati alla prosecuzione della gravidanza sono principalmente infettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corionamniosite 35% - Distacco placenta 18% - Endometrite 15% - Sepsi materna 1% - Morte materna legata principalmente alla sepsi 0.1% <p>I <u>rischi fetali</u> sono legati soprattutto al difficoltoso sviluppo dei polmoni per il liquido scarso, a malposizione degli arti e a infezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distress respiratorio 65% - Morte fetale e neonatale 50% - Ipoplasia polmonare 19% - Sepsi neonatale 18% - Deformazioni scheletriche 1.5-38% (risolvibili con fisioterapia) <p>I <u>tassi di mortalità neonatale</u> italiani nelle classi di età gestazionale a maggior rischio sono tra i più bassi del mondo.</p> <p>La morte neonatale è strettamente legata all'epoca gestazionale alla nascita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 22 settimane → nessuna sopravvivenza - 22 settimane → limitate possibilità (6%) - 23-24 settimane → 10-55% con sequele maggiori del 20-30% (paralisi cerebrale, idrocefalo, sordità, cecità, deficit cognitivo) - 25-26 settimane → 50-80% di sopravvivenza con sequele maggiori nel 10-25% dei casi <p>La <u>prematurità</u> pone sul piano assistenziale tre ordini di problemi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) adattamento alla vita extrauterina di un organismo non ancora preparato 2) impatto che la causa della prematurità può avere sullo stato di salute del neonato 3) numerosi fattori di rischio presenti in un ambiente decisamente ostile, quale è quello fortemente medicalizzato delle terapie intensive, che inevitabilmente influenzano sia le condizioni del neonato in fase acuta, che le prospettive evolutive dell'intero organismo in seguito. <p>Nei <u>fortemente prematuri</u> sopravvissuti attualmente i tassi di disabilità severa sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 23 settimane 42,9% - 24 settimane 21,4% - 25 settimane 16.3% - 26 settimane 14.1% - 27 settimane 10.3% - 28 settimane 7.1%
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Il personale Medico della Struttura Semplice di Medicina Materno Fetale

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO