

LINEE-GUIDA SIGO SULLA GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO

Restrizione della crescita fetale (FGR)



LA RESTRIZIONE DELLA CRESCITA FETALE

è definita come una condizione in cui il feto non raggiunge il suo potenziale di crescita e nella maggior parte dei casi consegue a un quadro di insufficienza placentare¹. Essa si associa a un aumento della mortalità e morbilità perinatale oltre che a complicanze a lungo termine. La diagnosi si basa su parametri biometrici e Doppler velocimetrici, i quali sono essenziali al fine di per distinguere tra una restrizione della crescita patologica e i feti cosiddetti costituzionalmente piccoli^{2,3}. La gestione della restrizione della crescita fetale si basa su un attento monitoraggio comprendente ecografia, velocimetria Doppler e cardiocografia e su una programmazione individualizzata del parto, bilanciando i rischi legati alla prematurità e quelli legati all'insufficienza placentare^{3,4}.



PROF. ANDREA DALL'ASTA
Professore Associato in
Ostetricia e Ginecologia,
Università Degli Studi di
Parma

Diagnosi di restrizione della crescita fetale

RACCOMANDAZIONE	FORZA E DIREZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE	LIVELLO/QUALITÀ DELLE EVIDENZE
Nelle donne con un feto a rischio di restrizione della crescita fetale (FGR), si suggerisce l'uso di criteri biometrici e della velocimetria Doppler a scopo diagnostico al fine di migliorare gli esiti materni, fetali, neonatali e infantili (Box).	Positiva condizionata	Basso

Sintesi dei risultati

Le evidenze provenienti da studi clinici randomizzati e meta-analisi dimostrano che l'integrazione della velocimetria Doppler (arteria ombelicale, arteria cerebrale media e dotto venoso) con la biometria fetale migliora significativamente l'accuratezza diagnostica e la gestione rispetto alla sola biometria nelle gravidanze a rischio di restrizione della crescita fetale. Questo approccio combinato consente un'identificazione più precoce dei feti a rischio di ipossia ed esiti avversi e una migliore individualizzazione della gestione clinica e del monitoraggio^{5,6}. Nelle gravidanze ad alto rischio, l'uso dell'ecografia in associazione alla velocimetria Doppler è associato a una riduzione della mortalità perinatale di circa il 25-30% e a un miglioramento degli esiti neonatali, tra i quali una riduzione del tasso di acidemia e di ricovero in terapia intensiva neonatale. La valutazione Doppler velocimetrica contribuisce a una stratificazione del rischio più accurata e all'ottimizzazione

del timing del parto, riducendo sia gli interventi tardivi sui feti in stato di distress secondario all'insufficienza placentare sia i parti prematuri non necessari^{7,8}.

La procedura è non invasiva, sicura e ben tollerata, e non sono noti effetti avversi materni o fetali. Tuttavia, la sua accuratezza e riproducibilità dipendono dall'esperienza dell'operatore e da una formazione adeguata, in particolare per parametri avanzati quale è il caso della velocimetria Doppler del dotto venoso⁹.

Nel complesso, il bilancio tra benefici e rischi è fortemente a favore dell'uso combinato della biometria fetale e della velocimetria Doppler. Questo approccio migliora la precisione diagnostica, supporta una gestione individualizzata e migliora gli esiti perinatali⁸. È fattibile, ampiamente accettato nella pratica clinica e supportato da prove consistenti, il che giustifica una forte raccomandazione nonostante la variabilità nella qualità degli studi.

Gestione della restrizione della crescita fetale

RACCOMANDAZIONE	FORZA E DIREZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE	LIVELLO/QUALITÀ DELLE EVIDENZE
In donne con diagnosi di restrizione della crescita fetale prima della 34a settimana di gestazione, si suggerisce la profilassi prenatale con corticosteroidi quando si prevede un parto prima della 34a settimana ed entro 7 giorni dalla somministrazione.	Positiva condizionata	Basso
In donne con restrizione della crescita fetale in cui è indicato il parto, si dovrebbe considerare il taglio cesareo nei feti con variabilità a breve termine (STV) anomala al CTG computerizzato e/o alterazioni del flusso telediastolico del dotto venoso (onda "a" assente o invertita) e/o flusso telediastolico assente o invertito nell'arteria ombelicale.	Good Practice Statement	
In donne con gravidanza complicata da restrizione della crescita fetale prima della 34a settimana di gestazione, si raccomanda l'invio a centri di riferimento per ottimizzare il monitoraggio e la gestione.	Good Practice Statement	
Nelle pazienti con restrizione della crescita fetale a esordio precoce (<32 settimane) si suggerisce l'esecuzione/la discussione dell'opzione di amniocentesi diagnostica.	Positiva condizionale	Moderato
In donne con feto affetto da restrizione della crescita si suggerisce l'uso della cardiocografia computerizzata, ove disponibile, rispetto alla CTG convenzionale.	Positiva condizionale	Moderato

Sintesi dei risultati

Le evidenze derivanti da studi clinici randomizzati e meta-analisi dimostrano che la somministrazione prenatale di corticosteroidi è associata a miglioramenti sostanziali degli esiti neonatali, tra cui una riduzione del 30-40% della mortalità neonatale e del 40-50% della sindrome da distress respiratorio, nonché una diminuzione dei tassi di emorragia intraventricolare ed enterocolite necrotizzante. Questi benefici sono dimostrati nelle popolazioni ad alto rischio, tra le quali sono comprese le gravidanze complicate da restrizione della crescita fetale. È stato segnalato un aumento relativo dell'incidenza di ipoglicemia neonatale di circa il 20-30%; tuttavia, questo effetto è in genere transitorio e clinicamente gestibile. Il beneficio



PROF. FEDERICO PREFUMO
Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia, IRCCS Istituto Giannina Gaslini

terapeutico è massimo quando il parto avviene entro 7 giorni dalla somministrazione¹⁰⁻¹³.

Nelle gravidanze complicate da restrizione della crescita fetale (FGR) ad esordio precoce con insufficienza placentare di grado severo, quale è il caso di feti FGR che presentano un azzerramento o una inversione del flusso telediastolico a livello dell'arteria ombelicale, la mortalità perinatale può superare il 10-20% in assenza di un intervento tempestivo. In questi casi, il parto cesareo programmato riduce il rischio di ipossia intrapartum e grave morbilità neonatale^{4,8,14}. Diversamente, nei casi di FGR a esordio tardivo, i quali di norma si caratterizzano per una minore severità dell'insufficienza placentare, l'induzione del travaglio è un'opzione praticabile seppur associata a un aumentato rischio di taglio cesareo urgente, il quale è riportato in circa il 20-30% dei casi ed è prevalentemente indicato a seguito di un quadro di distress fetale intrapartum¹⁵.

Evidenze provenienti da studi di popolazione indicano che l'organizzazione dell'assistenza perinatale su base regionale è associata a una riduzione del 20-30% della mortalità neonatale nei neonati molto pretermine o con peso alla nascita molto basso. Sebbene questi dati non siano specifici per la FGR, essi sono considerati applicabili data la sovrapposizione dei profili di rischio. La gestione in centri specializzati consente un monitoraggio fetale avanzato, che include la velocimetria Doppler e la cardiocografia computerizzata (cCTG), e garantisce l'accesso immediato alla terapia intensiva neonatale, contribuendo a migliorare gli esiti perinatali^{16,17}.

La resa diagnostica dei test genetici tramite amniocentesi nella restrizione della crescita fetale a esordio precoce varia dal 5% al 20%, aumentando in presenza di anomalie strutturali associate. Le potenziali complicanze (prevalentemente rappresentate da perdita della gravidanza e rottura delle membrane amniocoriali con prematurità iatrogena) sono infrequenti e stimate intorno allo 0,1-0,3% nei centri con esperienza. Sebbene l'amniocentesi migliori la classificazione eziologica e supporti una consulenza informata, non è stato dimostrato alcun effetto diretto sulla sopravvivenza perinatale¹⁸⁻²⁰.

La cardiocografia computerizzata fornisce una valutazione oggettiva della variabilità della frequenza cardiaca fetale, con la variabilità a breve termine (STV) che rappresenta un predittore validato di acidemia fetale ed esiti avversi. Nella restrizione della crescita fetale (FGR) ad esordio precoce, l'integrazione della cCTG con la valutazione Doppler del dotto venoso, come dimostrato nello studio RCT TRUFFLE, è associata a migliori esiti neuroevolutivi a 2 anni e a una riduzione della mortalità intrauterina. Rispetto alla cardiocografia convenzionale, la cCTG riduce la variabilità interosservatore e migliora la standardizzazione del monitoraggio fetale.

Nel complesso, la gestione della FGR richiede l'integrazione di molteplici interventi complementari volti a ridurre la mortalità perinatale

e la morbilità a lungo termine. I corticosteroidi prenatali offrono un sostanziale beneficio neonatale nel contesto del parto pretermine. La pianificazione del parto basata sulle condizioni fetali minimizza il danno ipossico, con il parto cesareo preferibile nei casi di grave compromissione fetale. La centralizzazione dell'assistenza migliora gli esiti grazie all'accesso a un monitoraggio specializzato e al supporto neonatale. Strumenti aggiuntivi come la cCTG migliorano la stratificazione del rischio e la tempistica del parto, mentre l'amniocentesi contribuisce alla chiarificazione eziologica in casi selezionati.

Nonostante la predominanza di evidenze indirette ed eterogenee, l'entità e la coerenza degli effetti osservati, unitamente a una solida base fisiopatologica, supportano un bilancio favorevole tra benefici e rischi. L'applicazione clinica deve rimanere individualizzata e guidata da competenze multidisciplinari^{4,21-23}.

Prevenzione della restrizione della crescita fetale

RACCOMANDAZIONE	FORZA E DIREZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE	LIVELLO/QUALITÀ DELLE EVIDENZE
Nelle donne a rischio di restrizione della crescita fetale e basso peso alla nascita, si raccomanda la terapia profilattica con aspirina a basso dosaggio (150 mg), da iniziare prima della 16a settimana di gestazione	Forte a favore	Moderato

Sintesi dei risultati

Evidenze solide derivanti da studi clinici randomizzati controllati e meta-analisi dimostrano che l'aspirina a basso dosaggio riduce l'incidenza di preeclampsia (riduzione del rischio relativo 10-30%), parto pretermine (10-20%), neonati piccoli per l'età gestazionale e restrizione della crescita fetale (10-20%), in particolare se iniziata prima della 16a settimana di gestazione.

L'aspirina è attualmente l'unico intervento farmacologico con evidenze consistenti di beneficio nella prevenzione delle complicanze mediate dalla placenta, inclusa la restrizione della crescita fetale. Altri interventi, come l'integrazione nutrizionale o l'eparina a basso peso molecolare, non hanno dimostrato benefici significativi nella riduzione della restrizione della crescita fetale (FGR) o di esiti correlati²⁴⁻²⁸. Gli effetti avversi sono rari e generalmente lievi. Studi primari comprendenti ampie casistiche e meta-analisi non hanno dimostrato un aumento significativo di sanguinamento materno, complicanze gastrointestinali o eventi emorragici neonatali.

Il rapporto benefici-rischi è fortemente a favore dell'uso di aspirina a basso dosaggio nelle gravidanze ad alto rischio. L'intervento è sicuro, economico, ampiamente disponibile e facilmente implementabile a tutti i livelli di assistenza senza la necessità di un monitoraggio specialistico. La sua efficacia nel ridurre gli esiti correlati alla disfunzione placentare, inclusa la FGR, è supportata da evidenze di alta qualità e coerenti²⁹. L'inizio precoce è fondamentale per massimizzare i benefici²⁴.

LINEE-GUIDA SIGO SULLA GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO

Bibliografia

- Resnik R. Intrauterine growth restriction. *Obstet Gynecol.* 2002 Mar;99(3):490-6. doi: 10.1016/S0029-7844(01)01780-X. PMID: 11864679.
- Lees CC, Romero R, Stampalija T, Dall'Asta A, DeVore GA, Prefumo F, et al. Clinical Opinion: The diagnosis and management of suspected fetal growth restriction: an evidence-based approach. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(3):366-378.
- Gordijn SJ, Beune IM, Thilaganathan B, Papageorghiou A, Baschat AA, Baker PN, Silver RM, Wynia K, Ganzevoort W. Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Sep;48(3):333-9. doi: 10.1002/uog.15884. PMID: 26909664
- Lees CC, Stampalija T, Baschat A, da Silva Costa F, Ferrazzi E, Figueras F, Hecher K, Kingdom J, Poon LC, Salomon LJ, Unterscheider J. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 Aug;56(2):298-312. doi: 10.1002/uog.22134. PMID: 32738107.
- Di Mascio D, Chauhan SP, Ghi T, Khalil A, Martins JG, Sorrenti S, Stampalija T, Zullo F, Figueras F. Consensus and controversies of international guidelines for the diagnosis, surveillance, and management of fetal growth restriction: an updated comparison. *Am J Obstet Gynecol.* 2026 Apr 10;S0002-9378(26)00188-2. doi: 10.1016/j.ajog.2026.04.010. Epub ahead of print. PMID: 41967738
- Alfrevic Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD007529. doi:10.1002/14651858.CD007529.pub4.
- Morris RK, Malin G, Robson SC, Kleijnen J, Zamora J, Khan KS. Fetal umbilical artery Doppler to predict compromise of fetal/neonatal wellbeing in a high-risk population: systematic review and bivariate meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37(2):135-142.
- Lees CC, Marlow N, van Wassenaer-Leemhuis A, Arabin B, Bilardo CM, Brezinka C, et al.; TRUFFLE study group. 2-year neurodevelopmental and intermediate perinatal outcomes in infants with very preterm fetal growth restriction (TRUFFLE): a randomised trial. *Lancet.* 2015;385(9983):2162-2172.
- Zidan Sweid R, Donadono V, Casagrandi D, Sarno L, Attilakos G, Pandya P, Napolitano R. Reproducibility of fetal ultrasound doppler parameters used for growth assessment. *Arch Gynecol Obstet.* 2025 Mar;311(3):669-676. doi: 10.1007/s00404-024-07883-7. Epub 2025 Jan 16. PMID: 39821448; PMCID: PMC11919989.
- Blankenship SA, Brown KE, Simon LE, Stout MJ, Tuuli MG. Antenatal corticosteroids in preterm small-for-gestational age infants: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):100215.
- Saito K, Nishimura E, Ota E, Namba F, Swa T, Ramson J, et al. Antenatal corticosteroids in specific groups at risk of preterm birth: a systematic review. *BMJ Open.* 2023;13(9):e065070. 84
- Sebastian E, Bykersma C, Eggleston A, Eddy KE, Chim ST, Zahroh RI, et al. Cost-effectiveness of antenatal corticosteroids and tocolytic agents in the management of preterm birth: a systematic review. *EclinicalMedicine.* 2022;49:101496
- Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, Tita AT, Reddy UM, Saade GR, et al.; NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *N Engl J Med.* 2016;374(14):1311-1320.
- Bilardo CM, Hecher K, Visser GHA, Papageorghiou AT, Marlow N, Thilaganathan B, Van Wassenaer-Leemhuis A, Todros T, Marsal K, Frusca T, Arabin B, Brezinka C, Derks JB, Diekmert A, Duvetkot JJ, Ferrazzi E, Ganzevoort W, Martinelli P, Ostermayer E, Schlembach D, Valensise H, Thornton J, Wolf H, Lees C; TRUFFLE Group. Severe fetal growth restriction at 26-32 weeks: key messages from the TRUFFLE study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Sep;50(3):285-290. doi: 10.1002/uog.18815. PMID: 28938063
- Familiari A, Khalil A, Rizzo G, Odibo A, Vergani P, Buca D, et al. Adverse intrapartum outcome in pregnancies complicated by small for gestational age and late fetal growth restriction undergoing induction of labor with Dinoprostone, Misoprostol or mechanical methods: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:455-467. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.07.020
- Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-- birth-- weight and very preterm infants: a meta-- analysis. *JAMA Sep 01 2010;304(9):992-1000.* https://doi.org/10.1001/jama.2010.1226
- Healy P, Gordijn SJ, Ganzevoort W, Beune IM, Baschat A, Khalil A, Kenny L, Bloomfield FH, Daly M, Kirkham J, Devane D, Papageorghiou AT. A Core Outcome Set for the prevention and treatment of fetal growth restriction: deVeloping Endpoints: the COSGROVE study. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Oct;221(4):339.e1-339.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.039. Epub 2019 May 29. PMID: 31152710
- Mellis R, Oprych K, Scotchman E, Hill M, Chitty LS. Diagnostic yield of exome sequencing for prenatal diagnosis of fetal structural anomalies: a systematic review and meta-analysis. *Prenat Diagn.* 2022;42(6):662-685. doi:10.1002/pd.6115.
- Mone F, Mellis R, Gabriel H, Baptiste C, Giordano J, Wapner R, Chitty LS. Should we offer prenatal exome sequencing for intrauterine growth restriction or short long bones? A systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(4):409-417.e4. doi:10.1016/j.ajog.2022.09.045.
- Pauta M, Martinez-Portilla RJ, Meler E, Otaño J, Borrell A. Diagnostic yield of exome sequencing in isolated fetal growth restriction: systematic review and meta-analysis. *Prenat Diagn.* 2023;43(5):596-604. doi:10.1002/pd.633
- Wolf H, Arabin B, Lees CC, Oepkes D, Prefumo F, Thilaganathan B, et al.; TRUFFLE group. Longitudinal study of computerized cardiotocography in early fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(1):71-78. doi:10.1002/uog.17215.
- Lees C, Marlow N, Arabin B, Bilardo CM, Brezinka C, Derks JB, et al.; TRUFFLE Group. Perinatal morbidity and mortality in early-onset fetal growth restriction: cohort outcomes of the trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe (TRUFFLE). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;42(4):400-408. doi:10.1002/uog.13190.
- Graupner O, Ortiz JU, Haller B, Wacker-Gussmann A, Oberhoffer R, Kuschel B, et al. Performance of computerized cardiotocography-based short-term variation in late-onset small-for-gestational-age fetuses and reference ranges for the late third trimester. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;299(2):353-360. doi:10.1007/s00404-018-496
- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med.* 2017;377(7):613-622. doi:10.1056/NEJMoa1704559.
- Hoffman MK, Goudar SS, Kodkany BS, Metgud M, Somannavar M, Okitawutshu J, Lokangaka A, Tshetu A, Bose CL, Mwapule A, Mwenechanya M, Chomba E, Carlo WA, Chichu J, Figueroa L, Garcés A, Krebs NF, Jessani S, Zehra F, Saleem S, Goldenberg RL, Kurhe K, Das P, Patel A, Hibberd PL, Achieng E, Nyongesa P, Esamai F, Liechty EA, Goco N, Hemingway-Foday J, Moore J, Nolen TL, McClure EM, Koso-Thomas M, Miodovnik M, Silver R, Derman RJ; ASPIRIN Study Group. Low-dose aspirin for the prevention of preterm delivery in nulliparous women with a singleton pregnancy (ASPIRIN): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2020 Jan 25;395(10220):285-293. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32973-3. Erratum in: *Lancet.* 2020 Mar 21;395(10228):e53. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30569-9. PMID: 31982074; PMCID: PMC7168353
- Askie LM, Duley L, Henderson-Smart DJ, Stewart LA; PARIS Collaborative Group. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet.* 2007;369(9575):1791-1798. doi:10.1016/S0140-6736(07)60712-0.
- Roberge S, Bujold E, Nicolaidis KH. Aspirin for the prevention of preeclampsia in women with abnormal uterine artery Doppler: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(5):438-446. doi:10.1016/j.ajog.2018.01.034. 94 4.
- Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2 Pt 1):402-414. doi:10.1097/AOG.0b013e3181e9322a.
- Rodriguez-Sibaja MJ, Galvez-Rubalcava N, Hagerman-Sucar G, Alcocer-Gonzalez Camarena P, Gomez-Woodworth JR, Villalpando-Juarez MI, Acevedo-Gallegos S, Velazquez-Torres B, Ramirez-Calvo JA, Copado-Mendoza DY, Lumbreras-Marquez MI. Maternal, fetal, and neonatal serious adverse events associated with low-dose aspirin during the first trimester of pregnancy: A secondary analysis of the Aspirin Supplementation for Pregnancy Indicated Risk Reduction In Nulliparas (ASPIRIN) trial. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2025 Nov;7(11):101768. doi: 10.1016/j.ajogmf.2025.101768. Epub 2025 Aug 18. PMID: 40835027

CRITERI BIOMETRICI E DOPPLER VELOCIMETRICI (in assenza di anomalie congenite)

FGR PRECOCE <32+0 settimane

1 o più criteri tra i seguenti:

CA < 3° centile

PFS < 3° centile

Diastole assente o invertita in AO

oppure

2 o più criteri tra i seguenti:

CA o PFS < 10° centile

Indice di pulsatilità medio AAUU > 95° centile

Indice di pulsatilità in AO > 95° centile

FGR TARDIVO >32+0 settimane

1 o più criteri tra i seguenti:

CA < 3° centile

PFS < 3° centile

oppure

2 o più criteri tra i seguenti:

CA o PFS < 10° centile

Diminuzione della misurazione della CA o del PFS di almeno due quartili (50 centili)

CPR < 5° centile o indice di pulsatilità in AO > 95° centile

PARTO pretermine

IL PARTO PRETERMINE RAPPRESENTA UNA DELLE PRINCIPALI CAUSE di morbilità e mortalità nei neonati, associato a complicanze significative a breve e lungo termine¹. Può verificarsi spontaneamente oppure essere indotto da fattori medici legati a condizioni materne o fetali. La valutazione del rischio, che include la misurazione della lunghezza cervicale e l'anamnesi ostetrica, è fondamentale per identificare le donne a maggior rischio. Strategie preventive come la somministrazione di progesterone, insieme a interventi tempestivi quali corticosteroidi, tocolisi e solfato di magnesio, sono cruciali per migliorare gli esiti neonatali. Fondamentale, inoltre, è l'adozione di una gestione personalizzata basata sull'epoca di gestazione, sul quadro clinico e sui fattori di rischio al fine di ottimizzare l'outcome perinatale^{1,2}.

Diagnosi e profilassi in donne ad alto rischio

RACCOMANDAZIONE	FORZA E DIREZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE	LIVELLO/QUALITÀ DELLE EVIDENZE
In donne con un precedente parto pretermine spontaneo, l'ecografia transvaginale per la valutazione della lunghezza cervicale dovrebbe essere offerta tra la 16+0 e la 23+6 settimane di gestazione	Positiva condizionata	Basso
In donne ad alto rischio di parto pretermine con evidenza di cervice corta all'ecografia, il progesterone vaginale è raccomandato per la prevenzione del parto pretermine	Forte a favore	Moderato
In donne con pregressa storia di parto pretermine prima della 37 settimana di gestazione, la somministrazione di progesterone vaginale è consigliata al fine di ridurre il rischio di ricorrenza	Positiva condizionata	Basso
In donne sottoposte a cerchiaggio cervicale per raccorciamento della cervice, il prosieguo della terapia con progesterone vaginale è raccomandato	Forte a favore	Moderata
In donne con pessario cervicale, non vi sono sufficienti evidenze per raccomandare o sconsigliare l'uso associato del progesterone	Neutra	