

Management clinico della gravidanza post-termine

S. BANDIERA, S.G. VITALE, A. ALOISI, M.G. MATARAZZO, R. MORELLO, G. RACITI,
G. GIUNTA, A. CIANCI

RIASSUNTO: Management clinico della gravidanza post-termine.

S. BANDIERA, S.G. VITALE, A. ALOISI, M.G. MATARAZZO,
R. MORELLO, G. RACITI, G. GIUNTA, A. CIANCI

Secondo la definizione internazionale approvata dalla World Health Organization (WHO) e dall'International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), con il termine di gravidanza post-termine viene indicata una gravidanza che si protrae per un tempo maggiore o uguale a 42 settimane di amenorrea (oppure 294 giorni di amenorrea). Senza nessun intervento ostetrico si stima che approssimativamente il 10% (range 3-14%) di tutte le gravidanze continui oltre le 42 settimane, ed il 4% oltre le 43 settimane complete. L'eziologia di tale condizione clinica è sconosciuta anche se sono state individuate specifiche condizioni predisponenti. Il meccanismo patogenetico è da ricondurre probabilmente ad anomalie dei fattori in causa nell'iniziare il travaglio di parto. Il management delle gravidanze post-termine è estremamente controverso: vanno considerati l'età gestazionale, i risultati dei test antenatali fetali, le condizioni del collo uterino, oltre alle preferenze espresse dalla madre dopo esauriente spiegazione dei rischi e benefici connessi alle alternative possibili, costituite dall'induzione contro l'attesa con monitoraggio. Attualmente la maggior parte dei ginecologi induce il travaglio tra la 41^a e la 42^a settimana, e quasi tutti non permettono che la gravidanza perduri oltre la 43^a settimana di gestazione.

SUMMARY: Management of post-term pregnancy.

S. BANDIERA, S.G. VITALE, A. ALOISI, M.G. MATARAZZO,
R. MORELLO, G. RACITI, G. GIUNTA, A. CIANCI

According to the international definition approved by the World Health Organization (WHO) and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), post term pregnancy is pregnancy that lasts for a period of time equal or longer than 42 weeks of amenorrhea (or 294 days). It is estimated that 10% of all pregnancies continue beyond 42 weeks (the range is 3-14%) and 4% continue beyond 43 completed weeks, without any obstetrical intervention. Etiology of this clinical condition is unknown even if many specific predisposing conditions have been identified. Pathogenetic mechanism is probably related to some anomalies of factors that are involved in labor beginning. Post-term pregnancies management is extremely controversial. Many elements have to be considered: gestational age, antenatal fetal tests results, neck of uterus conditions, mother's opinion after an exhaustive explanation of risks and benefits concerning both possible managements, labor induction versus attending management. Currently many gynecologists induce labor between 41 and 42 weeks, and nearly all do not allow pregnancy to extend beyond 43 weeks of gestation.

KEY WORDS: Gravidanza post-termine - Management - Induzione del travaglio - Monitoraggio.
Post-term pregnancy - Management - Induction of labour - Surveillance.

Premessa

Secondo la definizione internazionale approvata dalla World Health Organization (WHO) e dall'International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), con il termine di gravidanza post-termine viene

indicata una gravidanza che si protrae per un tempo maggiore o uguale a 42 settimane di amenorrea (oppure 294 giorni di amenorrea).

Senza nessun intervento ostetrico si stima che approssimativamente il 10% (range 3-14%) di tutte le gravidanze continui oltre le 42 settimane, ed il 4% oltre le 43 settimane complete (1).

L'eziologia della gravidanza post-termine è generalmente sconosciuta. Il meccanismo patogenetico è da ricondurre probabilmente ad anomalie dei fattori in causa nell'iniziare il travaglio di parto. La primiparità e la presenza di precedenti gravidanze oltre il ter-

Università degli Studi di Catania
Ospedale Santo Bambino
Dipartimento di Scienze Microbiologiche e Scienze Ginecologiche
P.O. S. Bambino

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

mine sono condizioni predisponenti piuttosto comuni. Inoltre il ripetersi di più gravidanze protratte in alcune donne può far supporre l'esistenza di una predisposizione genetica (2).

In rari casi, il protrarsi della gravidanza può associarsi a condizioni fetali come l'anencefalia o a fattori locali come il deficit di solfatasi placentare (3).

La gravidanza post-termine rientra nelle condizioni ad alto rischio ostetrico e fetale, con maggiori conseguenze a carico del feto (aumentato tasso di morte fetale intrauterina, insufficienza utero-placentare, sindrome del post-maturo, IUGR, oligoidramnios, aumentata incidenza di giri di funicolo, maggior viscosità dal liquido amniotico, anomalie del battito cardiaco fetale, sindrome da aspirazione) (4, 5).

La mortalità perinatale nelle gravidanze post-termine risulta comunque modesta, pari a 2-4 gravidanze su 1.000; la frequenza delle morti endouterine è invece compresa tra l'1.24-3.47 ogni 1.000 casi (6).

La prognosi a lungo termine dei neonati post-maturi non evidenzia invece grosse differenze rispetto a quelle della popolazione nata a termine.

I rischi materni sono modesti; si registra comunque una maggior percentuale di interventi ostetrici ed un più elevato numero di parti operativi e tagli cesarei (TC) (incidenza di tagli cesarei 2-3 volte maggiore dopo le 42 settimane gestazionali) (7).

Alcuni casi di gravidanza post-termine derivano dall'incapacità di stimare correttamente la data presunta del parto; da ciò nasce l'esigenza di datare correttamente la gravidanza e minimizzare i falsi positivi.

È possibile calcolare l'epoca presunta del parto mediante l'ultima mestruazione solo nelle donne con cicli mestruali normali e regolari.

Nella diagnosi differenziale tra gravidanze realmente protratte e falsamente protratte è opportuno considerare una possibile anamnesi mestruale inaffidabile a causa di irregolarità del ciclo, allattamento, sospensione di terapie estro-progestiniche, ecc. Quando sussistono dubbi sull'età gestazionale calcolata mediante la data dell'ultima mestruazione si prosegue con una datazione ecografica della gravidanza che prevede la stima della lunghezza fetale durante il primo trimestre mediante CRL e il calcolo del diametro biparietale, della circonferenza cranica e della lunghezza femorale nel secondo terzo trimestre. L'accuratezza ecografica varia a seconda dell'epoca di esecuzione con un intervallo di variabilità possibile di +/- 7 giorni nel primo trimestre, +/- 14 giorni nel secondo trimestre e +/- 21 giorni nel terzo trimestre (2).

Il management delle gravidanze post-termine è estremamente controverso: vanno considerati l'età gestazionale, i risultati dei test antenatali fetali, le

condizioni del collo uterino oltre alle preferenze espresse dalla madre dopo esauriente spiegazione dei rischi e benefici connessi alle alternative possibili, costituite dall'induzione contro l'attesa con monitoraggio (8).

Scopo di questa review è quello di riassumere, in maniera precisa e concisa, basandosi sulla letteratura scientifica nazionale e internazionale, i punti cardine del management della gravidanza post-termine.

Materiali e metodi

Abbiamo effettuato una ricerca su MEDLINE visionando la letteratura scientifica internazionale limitatamente a lavori pubblicati dal 1984 ad oggi, ed utilizzando come parole chiave: *pregnancy, prolonged pregnancy, post-term pregnancy, management post-term pregnancy, guidelines post-term pregnancy, induction of labour post-term pregnancy, expectant management post-term pregnancy, antenatal surveillance*.

La letteratura attualmente consiste fondamentalmente di studi osservazionali, alcuni studi caso-controllo, studi di coorte. Gli studi in letteratura considerati sono quelli col più alto grado di evidenza: Ia) metanalisi, review sistematiche, IIa) studi controllati non randomizzati e studi di coorte; III) studi caso controllo; così come classificati a livello internazionale.

Discussione

Il management delle gravidanze post-termine complicate da diabete gestazionale, ipertensione o altre condizioni ad alto rischio deve seguire le linee guida per tali specifiche condizioni.

Per quanto concerne invece il management delle gravidanze post-termine non complicate da tali condizioni fondamentale è attenzionare: l'accurata determinazione dell'età gestazionale nelle prime fasi della gravidanza, la sorveglianza strumentale del benessere fetale e l'induzione del parto (se il travaglio spontaneo non avviene tempestivamente). Di tutto ciò si occuperà nel dettaglio la nostra trattazione.

1. Accurata determinazione dell'età gestazionale

Un'accurata stima della data del parto dovrebbe essere effettuata già nelle primissime fasi della gravidanza. Come già accennato nella premessa, ciò potrebbe basarsi sulla data dell'ultima mestruazione, qualora questa sia conosciuta con certezza, e comunque soltanto in donne che abbiano cicli mestruali regolari. Nel caso in cui ci fossero incertezze su tale datazione è necessario effettuare la datazione ecografica

dell'età gestazionale. Molti studi clinici suggeriscono che l'esame ecografico effettuato di routine precocemente diminuirebbe il numero delle gravidanze considerate post-termine e di conseguenza minimizzerebbe il numero di interventi ostetrici inappropriati (9). Attualmente negli Stati Uniti questo non è raccomandato come approccio routinario nell'ambito delle cure prenatali (10, 11).

2. Sorveglianza strumentale del benessere fetale

La gravidanza post-termine è universalmente riconosciuta essere un'indicazione al monitoraggio strumentale del feto (12,13). Tuttavia la validità di questo approccio non è stata confermata scientificamente da trials prospettici randomizzati.

Le tecniche di monitoraggio utilizzate includono: la valutazione ecografica del liquido amniotico (l'AFI o *Amniotic Fluid Index* è la tecnica maggiormente utilizzata per quantificare il liquido amniotico nelle gravidanze protratte), *non stress test* (NST), *contraction stress test* (CST), profilo biofisico fetale (BPP) e il Doppler ombelicale (soprattutto nei feti piccoli per l'epoca gestazionale o SGA) (14).

In letteratura non c'è accordo sulla frequenza ed il tipo di sorveglianza da adottare nelle gravidanze post-termine: solitamente vengono adottate diverse misure combinate fra loro, anche se non raggiungono una maggiore accuratezza. Nessun metodo considerato singolarmente si è dimostrato migliore e non ci sono evidenze che supportino un protocollo di monitoraggio rispetto ad un altro (15).

Il management, in caso di anomali risultati dei test prenatali, dovrebbe prendere in considerazione l'intera situazione clinica.

Un NST non reattivo o un BPP dubbio dovrebbero essere seguiti da un *contraction stress test* (CST). Un BPP dubbio (un punteggio da 8 a 10 è considerato normale; tra 6 e 7 è dubbio; inferiore a 6 è da considerarsi patologico) è da considerarsi normale se il NST è reattivo e l'AFI è maggiore di 5. Se invece il NST non è reattivo o l'AFI è pari a 5 o inferiore, il BPP dubbio è considerato patologico.

Un CST effettuato utilizzando la stimolazione del capezzolo o l'infusione endovenosa di ossitocina può essere usato per determinare la presenza o l'assenza di decelerazioni tardive del battito fetale. Un CST positivo (se il 50% o più delle contrazioni è seguito da decelerazioni tardive) suggerisce che la non reattività del NST sia il risultato dell'acidosi indotta dall'ipossia; esso indica l'incapacità del feto a tollerare lo stress del travaglio. Un CST negativo (se le contrazioni non sono seguite da decelerazioni tardive o decelerazioni variabili) fa pensare ad altre ragioni che spieghino le anomalie del NST, come ad esempio cicli di sonno fetale, esposizioni a taluni farmaci, o un danno neu-

rologico preesistente; esso indica la capacità del feto a sostenere il travaglio (16).

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) raccomanda che la sorveglianza strumentale del benessere fetale debba essere iniziata alla 42^a settimana di gestazione, senza una specifica raccomandazione riguardo la tipologia del test da utilizzare o la sua frequenza. (12). Molti ricercatori sono dell'avviso che la determinazione del volume del liquido amniotico vada effettuata due volte a settimana (13). Il Doppler ombelicale non presenta benefici nel monitoraggio del feto post-termine e non è dunque raccomandato (13, 17). Non ci sono sufficienti evidenze scientifiche che dimostrino che iniziare la sorveglianza strumentale del benessere fetale alla 40^a piuttosto che alla 42^a settimana possa migliorare l'outcome della gravidanza o apportare alcun beneficio per il feto (18,12).

3. Tempistica del parto

L'induzione del parto è tipicamente raccomandata quando i rischi per il feto derivanti dal protrarsi della gravidanza sono maggiori di quelli che si avrebbero con l'induzione stessa. Nelle pazienti ad alto rischio non si dovrebbe permettere che la gravidanza si prolunga oltre il termine poiché in tali gravidanze la valutazione dei rischi induce ad optare per un'induzione del parto già intorno alla 38^a/39^a settimana. Il management delle gravidanze a basso rischio è più controverso e la sua gestione è molto complessa.

I fattori che devono essere considerati sono:

- Risultati del monitoraggio strumentale pre-partum;
- Condizioni della cervice;
- Preferenze della paziente dopo una discussione sui rischi e i benefici del management di attesa *versus* induzione del travaglio;
- Controindicazioni all'induzione del travaglio;
- Tempistica della condotta ostetrica in relazione all'età gestazionale.

Monitoraggio strumentale pre-partum

L'induzione del parto dovrebbe essere immediatamente effettuata se ci fosse evidenza di compromissione fetale o oligoidramnios (19, 20).

L'oligoidramnios può essere causato da un'insufficienza fetoplacentare e può portare alla compressione del cordone ombelicale, che a sua volta porta alla ipossiemia fetale intermittente, passaggio di meconio nel liquido amniotico, e/o aspirazione di meconio. Un monitoraggio frequente appare importante perché il liquido amniotico si può ridurre drasticamente in 24/48ore (21).

I parametri di monitoraggio del liquido amniotico che devono essere considerati includono: la più

larga *Vertical Fluid Pocket* >2-3cm in profondità, *l'Amniotic Fluid Index* <5, e il prodotto lunghezza x larghezza x profondità della tasca più larga <60 (20, 22, 23).

Condizioni della cervice

Condizioni cervicali favorevoli

Il travaglio viene generalmente indotto nelle gravidanze post-termine nelle quali le condizioni cervicali sono favorevoli, poiché il rischio di fallimento dell'induzione e il conseguente taglio cesareo è basso. Non ci sono sufficienti evidenze scientifiche per determinare quale tra l'induzione del travaglio e il management d'attesa abbia un migliore outcome (24). Comunque, intuitivamente, l'induzione del travaglio appare indicata quando il rischi per la madre e/o per il feto sono inferiori a quelli che si avrebbero se si adottasse un management di attesa.

Condizioni cervicali sfavorevoli

Sia il management di attesa che l'induzione del travaglio sono associati ad una bassa incidenza di complicazioni nella gravidanza post-termine a basso rischio. Nei casi in cui le condizioni cervicali siano sfavorevoli, sembra esserci un piccolo vantaggio a favore dell'induzione del travaglio alla 41^a settimana di gestazione usando farmaci che inducano la maturazione cervicale, a prescindere dalla parità o dal metodo di induzione. L'introduzione della pre-induzione nella maturazione cervicale ha avuto come risultati un minore numero di fallimenti e induzioni ripetute, una minore morbilità fetale e materna, un tempo di degenza più breve, una più bassa spesa sanitaria e possibilmente una più bassa frequenza di tagli cesarei nella popolazione ostetrica generale (12, 25, 26).

Il più vasto trial che compara l'induzione del parto al management di attesa assegnava in maniera ran-

domizzata 3.407 pazienti a basso rischio con gravidanza non gemellare non complicate alla 41^a settimana di gestazione all'induzione del travaglio (con o senza l'utilizzo di farmaci per la maturazione cervicale) o al management di attesa fino alla 44^a settimana (27). L'induzione elettiva comportò un minor numero di tagli cesarei (21,2% vs 24,5%). Una successiva analisi dei costi riportò che la strategia consistente nell'induzione del travaglio risultava meno costosa rispetto al management di attesa (\$2,939 e \$3,132, rispettivamente) (28). Inoltre una metanalisi di 19 trials sull'induzione routinaria del travaglio versus induzione selettiva nelle pazienti post-termine dimostrò come l'induzione routinaria dopo 41 settimane era associata ad un più basso tasso di mortalità perinatale e nessun incremento di tagli cesarei (29). Questi dati suggeriscono che l'induzione routinaria alla 41^a settimana di gestazione presenta benefici per il feto senza aumentare i rischi per la madre dovuti ad una più alta frequenza di tagli cesarei (30). Comunque questa conclusione non è stata universalmente accettata (31).

Controindicazioni all'induzione del travaglio

Prima di raccomandare l'induzione del travaglio il ginecologo dovrebbe essere certo che non vi siano controindicazioni a questo tipo di intervento. Molte controindicazioni sono state descritte; le principali sono riassunte nella Tabella 1.

Tempistica della condotta ostetrica in relazione all'età gestazionale

Sebbene la gravidanza post-termine sia definita come una gravidanza di 42 o più settimane di gestazione, i due più grandi studi multicentrici randomizzati sul management della gravidanza protratta riportano outcomes favorevoli con l'induzione di travaglio

TABELLA 1 - CONTROINDICAZIONI ALL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO.

<i>Controindicazioni assolute all'induzione del travaglio di parto</i>	<i>Controindicazioni relative all'induzione del travaglio di parto</i>
Controindicazioni materne Herpes genitale attivo Gravi patologie croniche Sproporzione cefalo-pelvica assoluta (come ad esempio nelle donne con anomalie del canale da parto)	Controindicazioni materne Carcinoma cervicale Pluriparità Iperdistensione uterina (ad esempio a causa di polioidramnios o di gravidanza gemellare)
Controindicazioni fetali Malpresentazione Diagnostica fetale non rassicurante (<i>fetal distress</i>)	Controindicazioni fetali Macrosomia fetale
Controindicazioni uteroplacentari Prolasso del cordone Placenta previa Vasa previa	Controindicazioni uteroplacentari Inserzione bassa di placenta Sanguinamenti vaginali inspiegati

routinaria non appena sia raggiunta la 41^a settimana di gestazione (27, 32). Attualmente la maggior parte dei ginecologi induce il travaglio tra la 41^a e la 42^a settimana, e quasi tutti non permettono che la gravidanza perduri oltre la 43^a settimana di gestazione.

Conclusioni

La gravidanza post-termine rappresenta una condizione di difficile gestione clinica per il ginecologo, in quanto necessita della presa in considerazione e la

fine valutazione di numerosi parametri tra di essi collegati.

Diversi approcci possono essere seguiti nel management di tale condizione; ad ogni modo è fondamentale tenere presente che i rischi per la madre e per il feto aumentano con l'età gestazionale, come mostrato da numerosi studi scientifici (33-35).

Una buona comunicazione tra il ginecologo e la paziente, insieme ad una valutazione dei rischi e dei benefici connessi al management adottato, è fondamentale per far sì che la paziente possa prendere una decisione corretta e consapevole.

Bibliografia

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Diagnosis and management of post-term pregnancy*. ACOG technical bulletin no. 130. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1989.
2. GHI T, ARCANGELI T, MOLLO F, MORANDI R, CERA E, PELUSI G. *Monitoraggio della gravidanza post termine* Riv. It. Ost. Gin. 2005; Vol. 8; 460:463.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Management of post-term pregnancy*. Practice Patterns No. 6. Washington, DC: ACOG, 1997.
4. SURESH V, STANLEY KP. *Prolonged pregnancy*. Curr Op Obstet Gynaecol 2002; 12:59-64
5. OLESEN AW, WESTERGAARD JG, OLESEN J, et al. *Perinatal and maternal complications related to post-term delivery: a national register-based study*. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:222-7
6. SANCHEZ RAMOS L, BERNSTEIN S, KAUNITZ AM, et al. *Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review*. Obstet Gynecol 2002;100(5):997-1002
7. MARCHESINI D, DRIUL L, VERONESE P, MAGRINI F, DELLA MARTINA M, CAPODICASA V. *La gravidanza protratta e l'outcome fetale presso la clinica di ostetricia e ginecologia di Udine*. Riv. It. Ost. Gin. - 2006 -Vol. 12
8. *Management of Post-term Pregnancy*. ACOG Practice Bulletin No. 55. American College Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2004; 104:639-46
9. NEILSON JP. *Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy*. The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Ultrasonography in pregnancy. Technical bulletin number 187*. Washington, DC; ACOG, 1993.
11. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*. Washington, DC; AAP and ACOG, 1997.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Management of post-term pregnancy*. Practice Patterns No. 6. Washington, DC: ACOG, 1997.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Antepartum fetal surveillance*. Practice bulletin number 9. Washington, DC; ACOG, 1999.
14. CROWLEY P. *Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term*. Cochrane Database Syst Rev 2004;(3):CD000170.
15. CROWLEY P. *Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane review)*. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
16. ACOG practice bulletin. *Antepartum fetal surveillance. Number 9, October 1999. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists*. Int J Gynaecol Obstet 2000;68:175-85.
17. STOKES HJ, ROBERTS RV, NEWNHAM JP. *Doppler flow velocity waveform analysis in postdate pregnancies*. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1991; 31:27.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Diagnosis and management of post-term pregnancy*. Technical Bulletin No. 130. Washington, DC: ACOG, 1989.
19. PHELAN JB, PLATT LD, YEH SY, et al. *The role of ultrasound assessment of amniotic fluid volume in the management of the postdate pregnancy*. Am J Obstet Gynecol 1985; 151:304.
20. CROWLEY P, O'HERLIHY C, BOYLAN P. *The value of ultrasound measurement of amniotic fluid volume in the management of prolonged pregnancies*. Br J Obstet Gynaecol 1984; 91:444.
21. CLEMENT D, SCHIFRIN BS, KATES RB. *Acute oligohydramnios in postdate pregnancy*. Am J Obstet Gynecol 1987; 157:884.
22. HASHIMOTO B, FILLY RA, BELDEN C, et al. *Objective method of diagnosing oligohydramnios in postterm pregnancies*. J Ultrasound Med 1987; 6:81.
23. CHAMBERLAIN PF, MANNING FA, MORRISON I, et al. *Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume. The relationship of marginal and decreased amniotic fluid volumes to perinatal outcome*. Am J Obstet Gynecol 1984; 150:245
24. COTZIAS CS, PATERSON-BROWN S, FISK NM. *Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: Population based analysis*. Br Med J 1999; 319:287.
25. KEIRSE MJNC, CHALMERS I. *Methods for inducing labour*. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
26. XENAKIS EM, PIPER JM, CONWAY DL, LANGER O. *Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix*. Obstet Gynecol 1997; 90:235.
27. HANNAH ME, HANNAH WJ, HELLMANN J, et al. *Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Postterm Pregnancy Trial Group*. N Engl J Med 1992; 326:1587.
28. GOEREE R, HANNAH M, HEWSON S. *Cost-effectiveness*

- of induction of labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian Multicentre Post-term Pregnancy Trial.* CMAJ 1995; 152:1445.
29. CROWLEY P. *Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term.* The Cochrane Library, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
30. RAND L, ROBINSON JN, ECONOMY KE, NORWITZ ER. *Post-term induction of labor revisited.* Obstet Gynecol 2000; 96:779.
31. ALEXANDER JM, MCINTIRE DD, LEVENO KJ. *Forty weeks and beyond: Pregnancy outcomes by week of gestation.* Obstet Gynecol 2000; 96:291.
32. *A clinical trial of induction of labor versus expectant management in post-term pregnancy.* The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. Am J Obstet Gynecol 1994; 170:716.
33. OLESEN AW, WESTERGAARD JG, OLESEN J. *Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993.* Am J Obstet Gynecol 2003;189:222-7.
34. HOLLIS B. *Prolonged pregnancy.* Curr Opin Obstet Gynecol 2002;14:203-7.
35. NEILSON JP. *Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy.* Cochrane Database Syst Rev 2004;(3): CD000182
-