

Per anni il "gold standard" nella diagnosi di PP è stata la presenza di modificazioni cervicali alla visita. Tuttavia, il VPP dell'esame digitale non è sufficientemente elevato, soprattutto in pazienti con dilatazione. Studi ecografici sulla cervice, eseguiti con sonda TV, hanno evidenziato l'importanza del collo dell'utero, dimostrando come la continenza cervicale non sia una variabile categorica del tutto o nulla, ma continua, proporzionale alla lunghezza del canale cervicale. Questa scoperta è alla base dell'importanza attribuita alla determinazione ecografica quantitativa della lunghezza cervicale (LC), per la prevenzione del PP in pazienti ad alto rischio. Infatti una LC ≤ 30 mm è associata a un rischio di PP aumentato nel Preterm Prediction Trial. Il rischio aumenta, in modo esponenziale, per piccole variazioni di LC e lo svasamento dell'OUI, ad imbuto (imbutizzazione o funneling), sarebbe un fattore di rischio aggiuntivo, indipendente dalla LC. Ciò conferma i dati di Berghella et al. che eseguendo controlli ecografici più precoci dello studio di Iams, cioè ad un'età gestazionale media di 21,5 settimane, avevano già dimostrato che il grado d'imbutizzazione (la percentuale della LC sostituita dall'imbuto) era proporzionale al rischio di PP. Pertanto, una LC ≤ 30 mm, comportano entrambe un aumento di rischio di PP. Altri Autori pur confermando un aumento del rischio di PP al variare della LC, hanno scelto un valore soglia di 15 mm a 23 settimane, poiché solo da questo limite in poi, il rischio aumenterebbe in modo esponenziale, comportando una probabilità di PP $> 50\%$. Nell'ambito dello screening l'importanza dell'imbutizzazione dell'OUI, come fattore di rischio aggiuntivo di PP, indipendente dalla LC, non è stata confermata.