



Ost. G.Bianchini UOC Ostetricia Ginecologia
Ospedale San Lorenzo - Valdagno

Il danno perineale da parto definizione e prevenzione



24/03/2014

D.M.

Nella vita della donna l'esperienza ostetrica costituisce il più importante fattore di rischio per il successivo sviluppo delle disfunzioni perineali

Baessler K.2003

Victoria L.Handa 1996

Thomas L.1980



“(...) il traumatismo del pavimento pelvico è una realtà e non un mito. L'identificazione delle donne ad alto rischio di danno del pavimento pelvico correlato al parto deve essere una priorità per le future ricerche in questo campo.”

HP Dietz

Percorso biologico della donna: pavimento pelvico



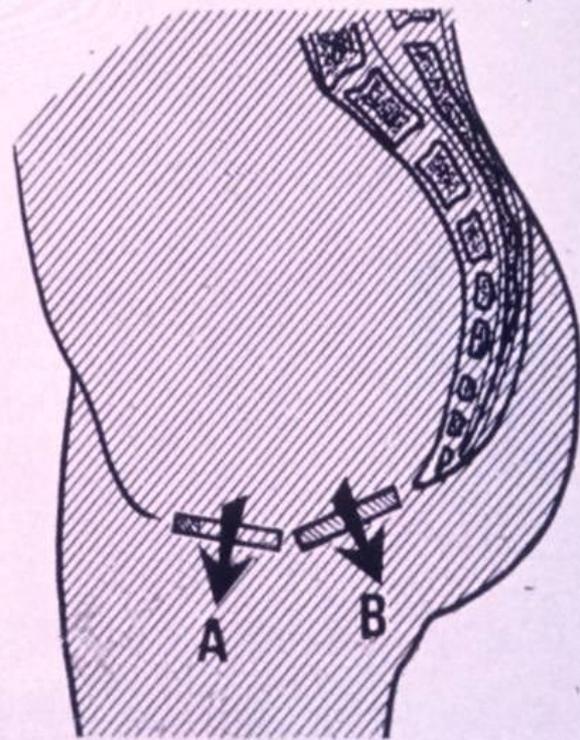
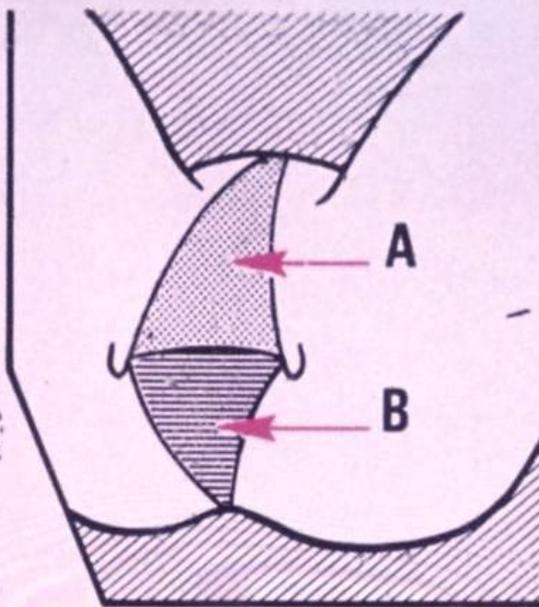
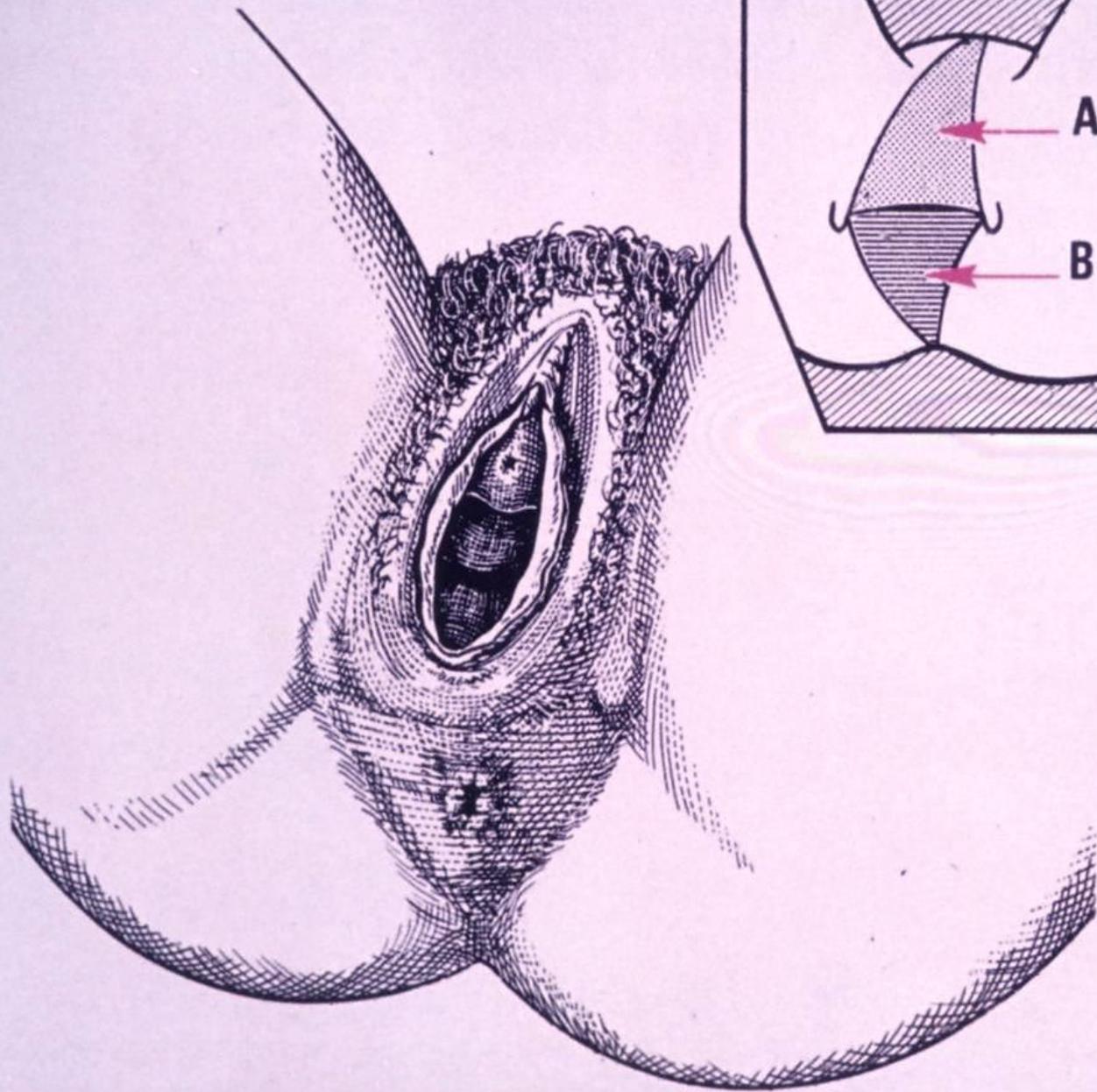
gravidanza

parto

menopausa



Disfunzioni perineali



la muscolatura perineale

il sistema di sostegno pelvico è rappresentato dalla muscolatura del pavimento pelvico che può essere ulteriormente distinta nella componente muscolare del diaframma urigenitale (muscoli ischicavernosi e bulbocavernosi, trasverso superficiale e profondo del perineo)

e nella componente del diaframma pelvico, ove si riconosce lo sfintere striato anale e il muscolo elevatore dell'ano.

Questo è costituito da due strati:

uno esterno (pubococcigeo, ileococcigeo e ischiococcigeo)

uno interno o elevatore propriamente detto costituito dal muscolo puborettale

fasce e legamenti

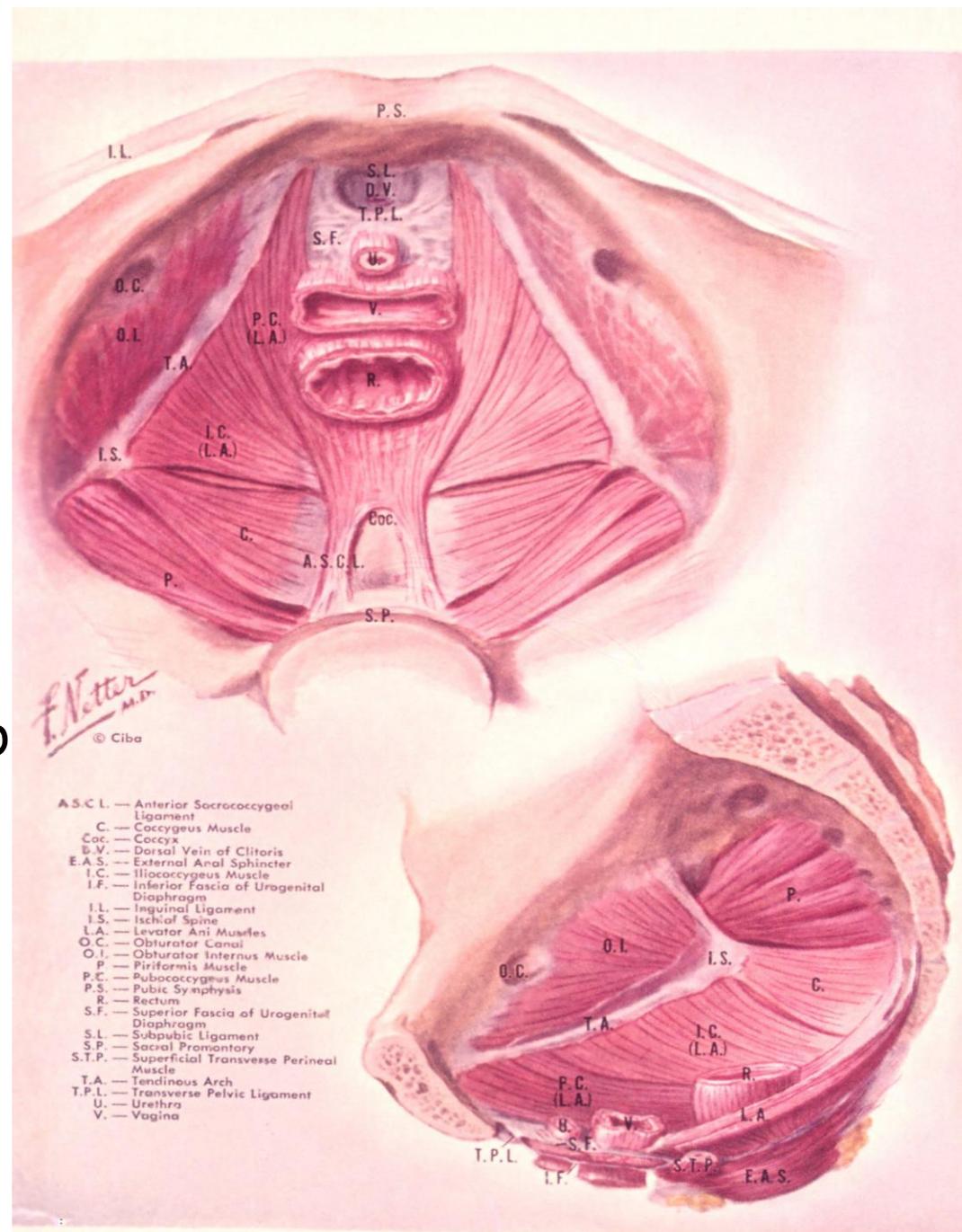
appartengono a questo sistema i legamenti sacrouterini e cardinali, che costituiscono il sistema di aggancio laterale posteriore, i legamenti pubouretrali, vescicopelvici e uretropelvici che rappresentano il sistema di sospensione anteriore

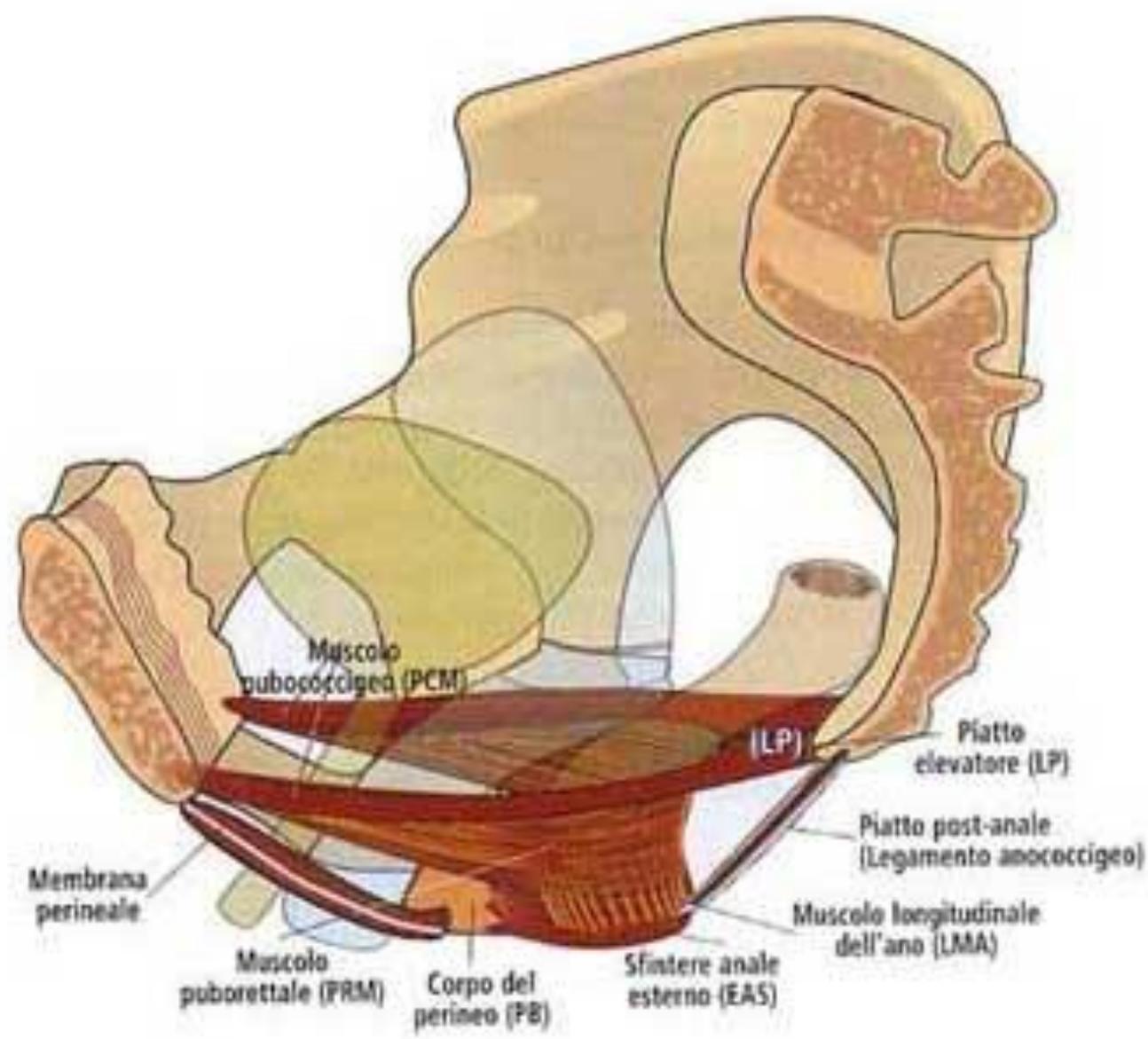
innervazione

a livello midollare, i centri nervosi sono organizzati a doppio sistema (somatico e neurovegetativo) integrati nei mielomeri S2 S3 S4 da cui ha origine il nervo pudendo, tipo misto, che controlla la contrazione volontaria della muscolatura pelviperineale e garantisce l'afferenza ai centri midollari della percezione dello stimolo urinario

muscolo ileo coccigeo e ischio coccigeo:
 formano un piatto muscolare orizzontale che chiude lo spazio pelvico

muscolo pubo-rettale
 forma un nastro intorno agli organi pelvici agendo come loro supporto e come aiuto per la continenza





ARCO TENDINEO

M. PUBO-RETTALE

M. PUBO-COCCIGEO

lig. inguinale

M. ILEO-COCCIGEO

m. otturatore interno

m. ischio-coccigeo

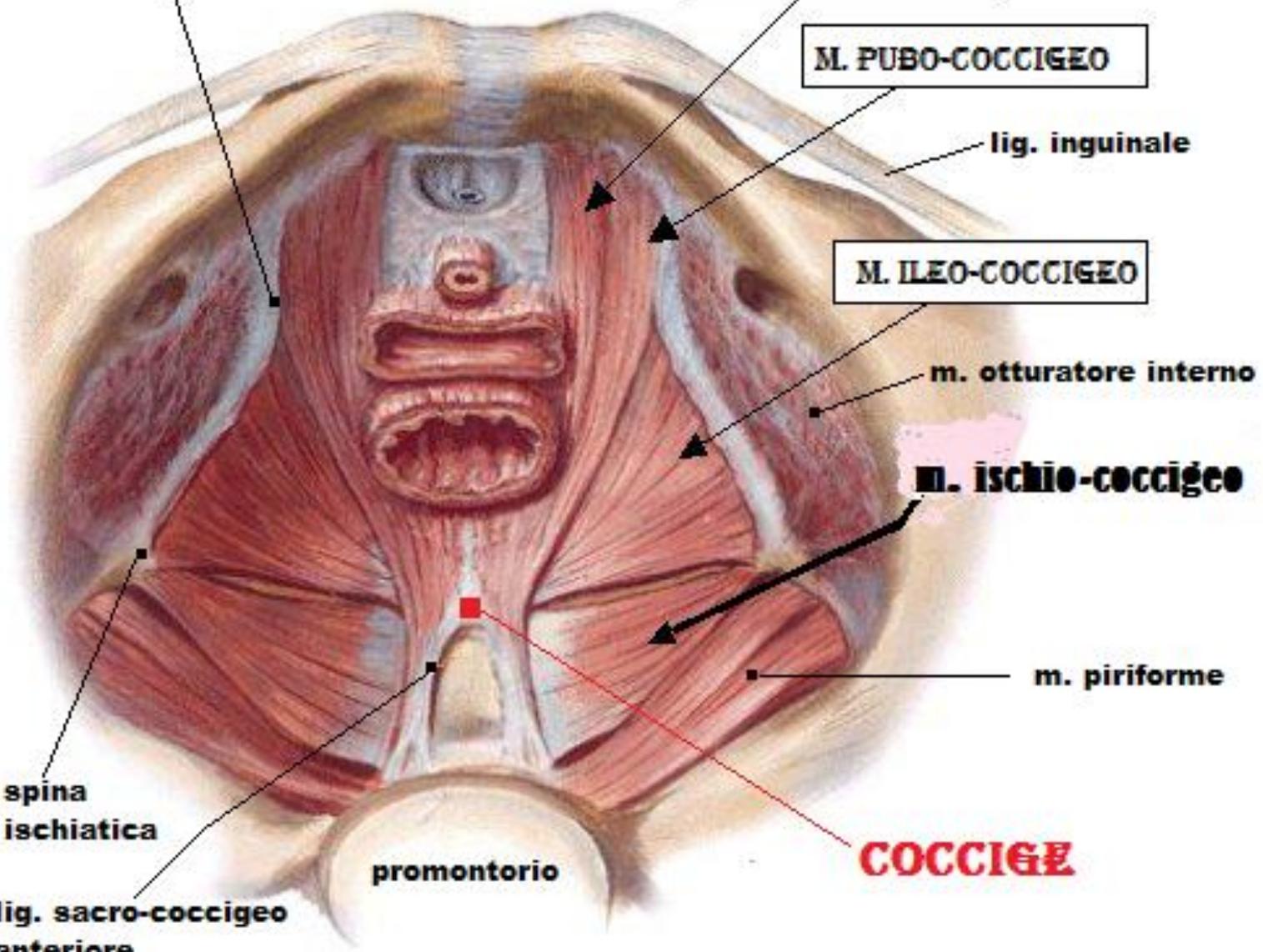
m. piriforme

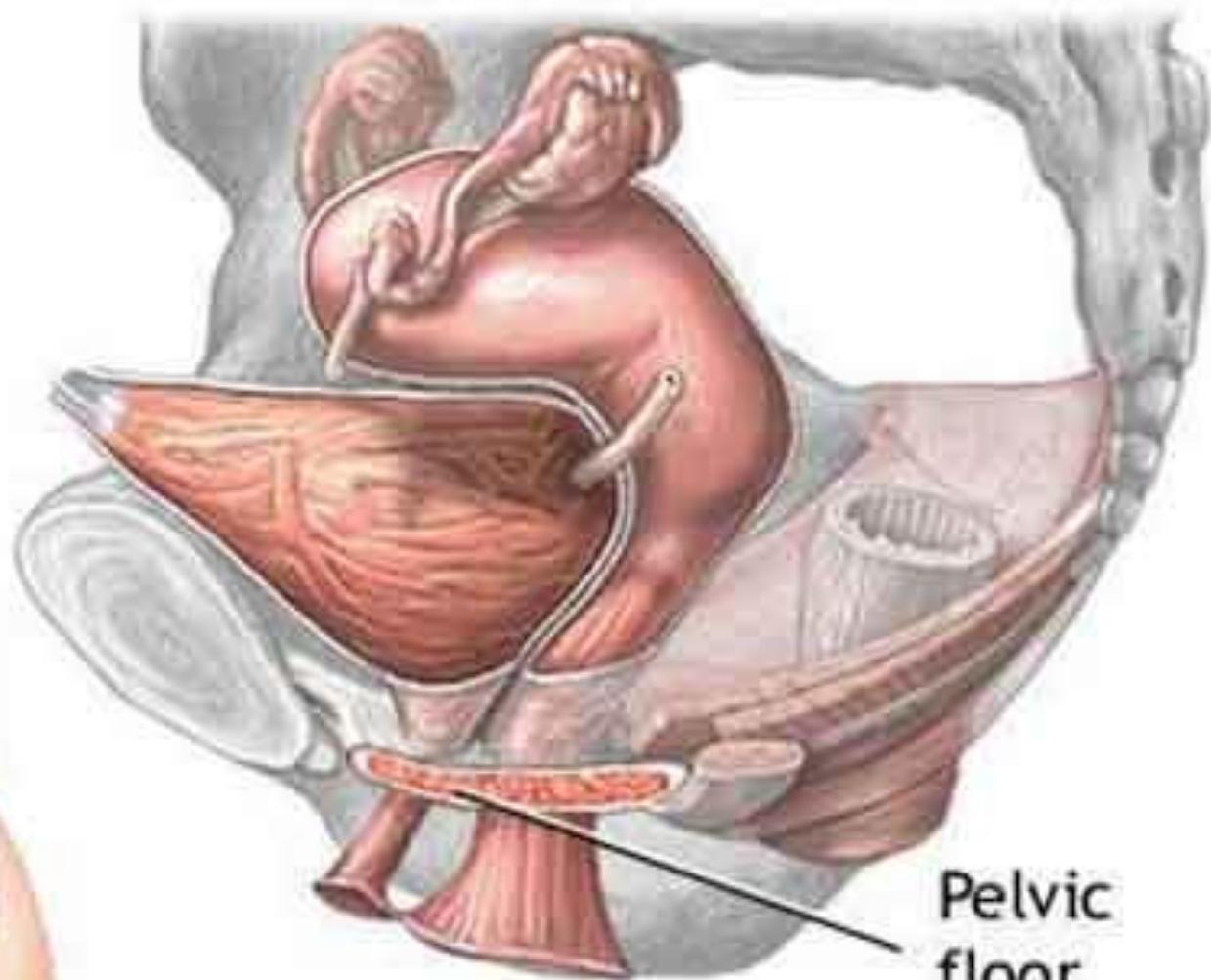
spina ischiatica

promontorio

COCCIGI

lig. sacro-coccigeo anteriore





**Pelvic
floor
muscles**

©ADAM, Inc.

cosa accade a queste strutture
durante il parto spontaneo?

e ancor prima, durante la gravidanza?

ACCADE UN DANNO

**Qual è la dimensione
del problema?**

**85% dei parti vaginali
comporta un trauma perineale che
richiede riparazione nel 60-70% dei casi.**

RCOG Guideline n 23, 2004

EVENTO OSTETRICO E PAVIMENTO PELVICO

Tre sono i principali meccanismi di danno al pavimento pelvico correlato alla gravidanza e al parto

- **Danno meccanico diretto sulla muscolatura**
danno miogenico diretto dell'elevatore dell'ano e sullo sfintere anale
- **Danno Neurologico**
trauma alle strutture di innervazione dei muscoli del pavimento pelvico
- **Danno connetto fasciale**
Sfiancamento dello hiatus uro-genitale

DINAMICA DEL PAVIMENTO PELVICO

Deflessione della parte presentata:

- *fase di maggiore sollecitazione del perineo*
 - *stiramento del **perineo posteriore***
- *allungamento del segmento pre-coccigeo*

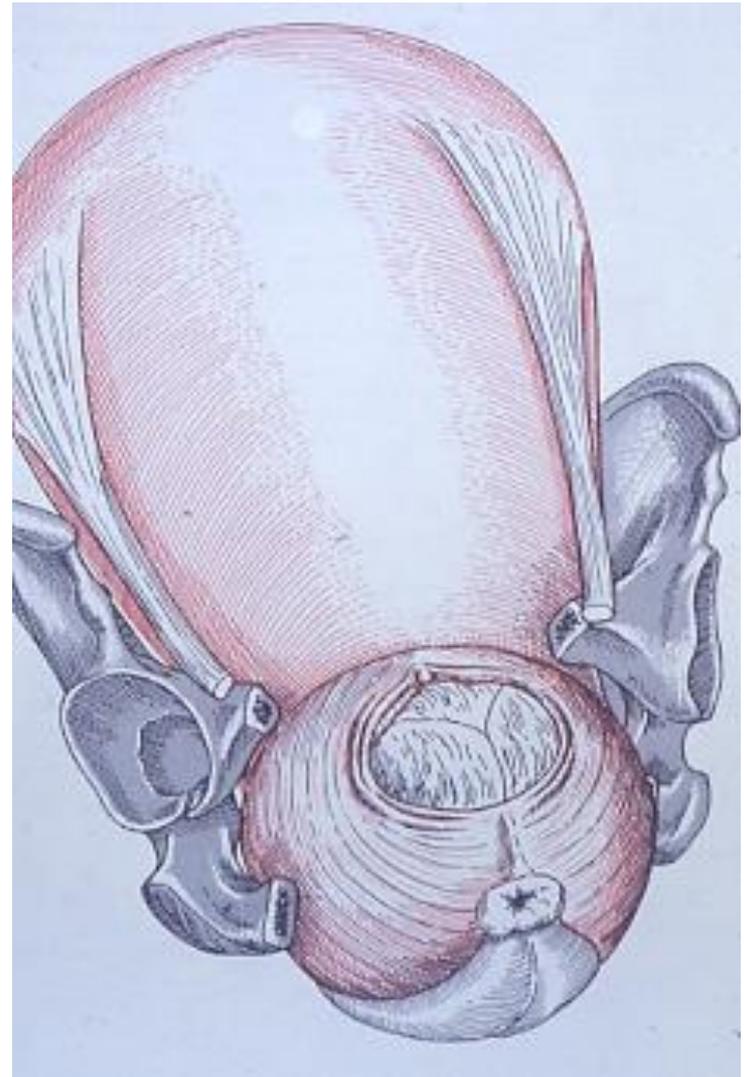
per:

- *retropulsione del coccige*
- *trazione in avanti e in alto
del NFCP*

DINAMICA DEL PAVIMENTO PELVICO

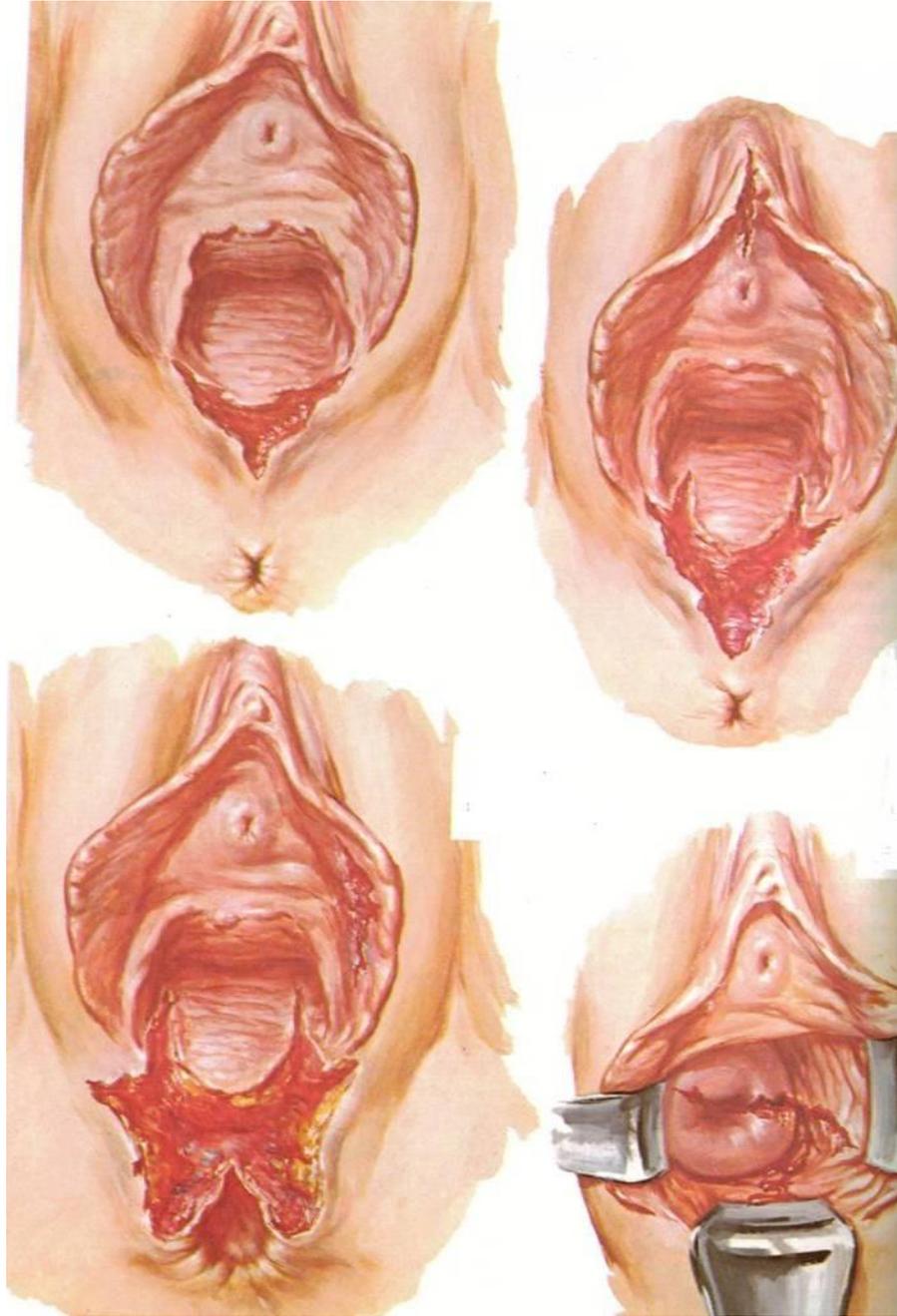
Deflessione della testa fetale

- **Stiramento del perineo posteriore**
- **Allungamento precoccigeo**
- **Trazione in avanti e in alto del NFCP**

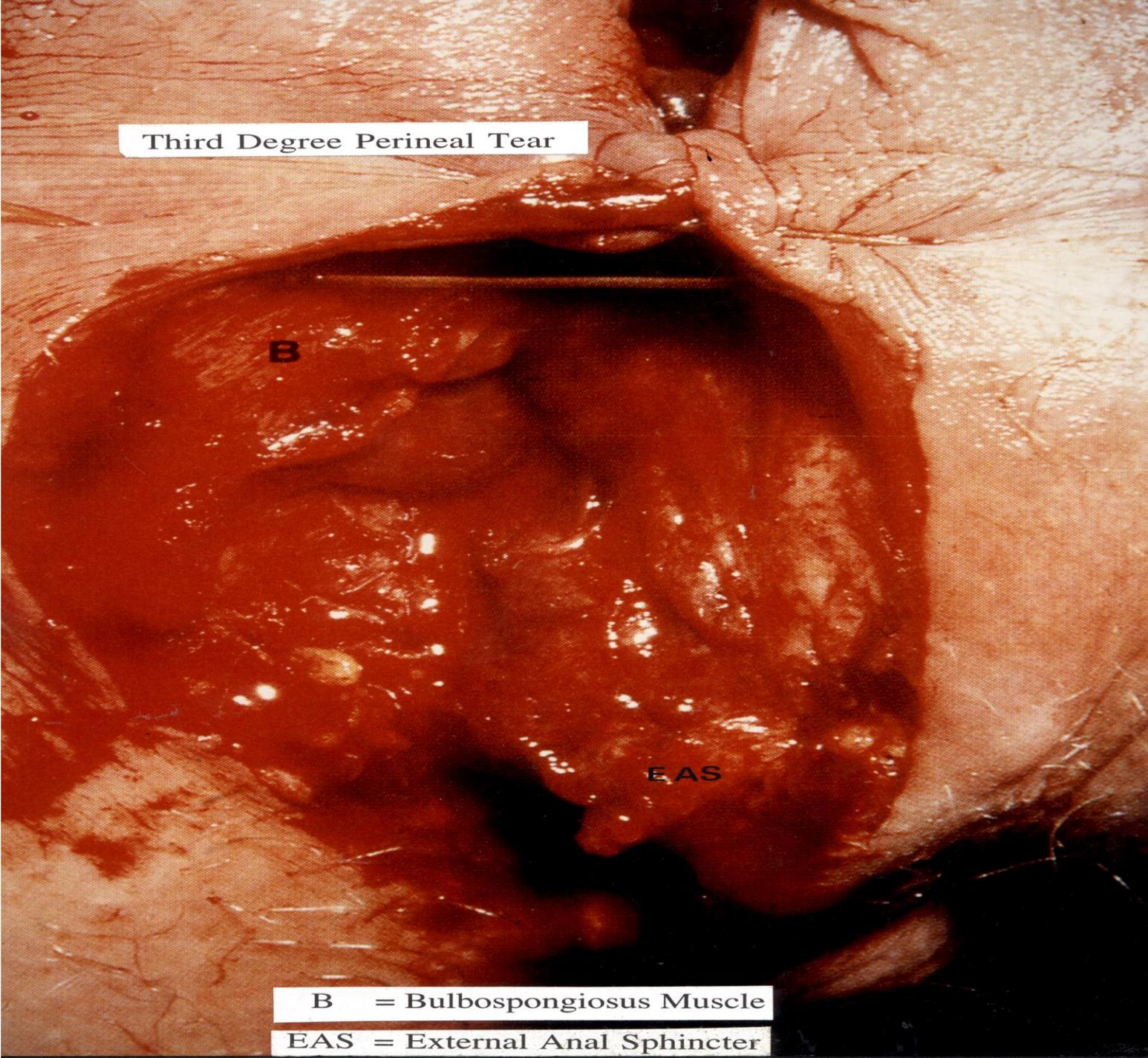








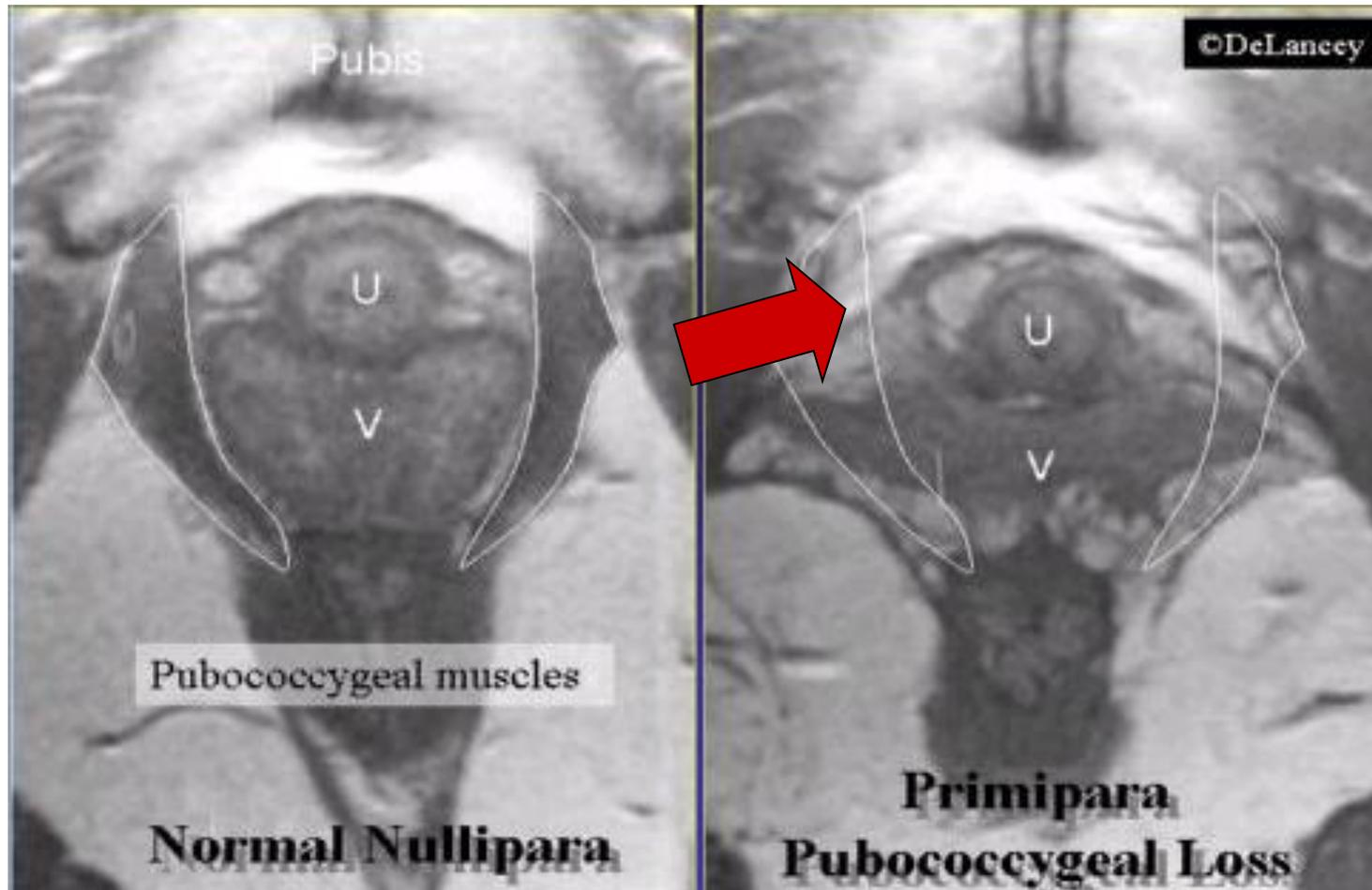
Third Degree Perineal Tear



B = Bulbospongiosus Muscle

EAS = External Anal Sphincter

RMN, variazione dell'area compresa tra i ventri mediali dei muscoli elevatori, corrispondente allo hiatus uro-genitale: si passa dai valori di 6-32cm² nelle nullipare, a valori di 70-90cm² nelle pluripare, con allungamento di oltre 3 volte del tratto inferiore e mediano del muscolo elevatore.



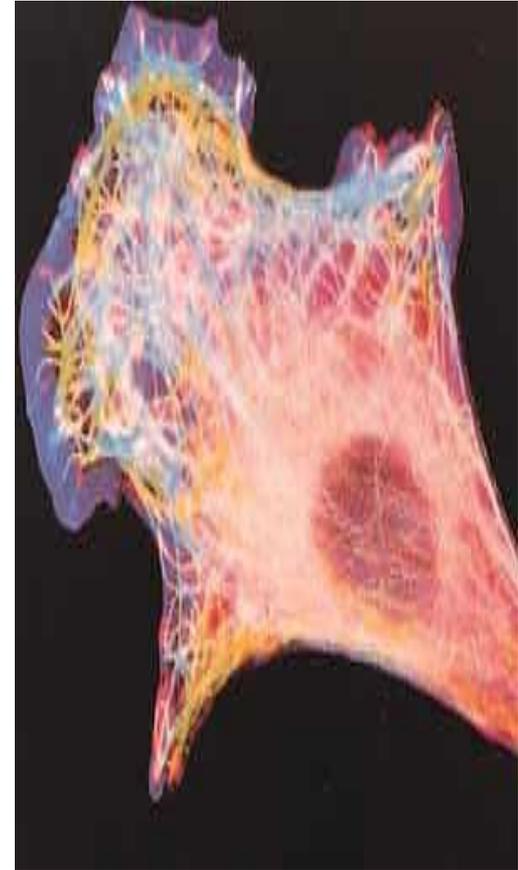
DANNO CONNETTIVALE

***Stiramento e compressione del
complesso fasciale pelvico***

**Ridotta proprietà tensile per effetto
ormonale**

(< collagene, > glicosaminoglicani)

Suscettibilità individuale



Modifiche biochimiche a carico del connettivo

Effetto ormonale

Progesterone

Relaxina

Maggiore elasticità

Ridotta forza tensile



DANNO NEUROGENO

*lesione tronculare
(canale di Alcock)*

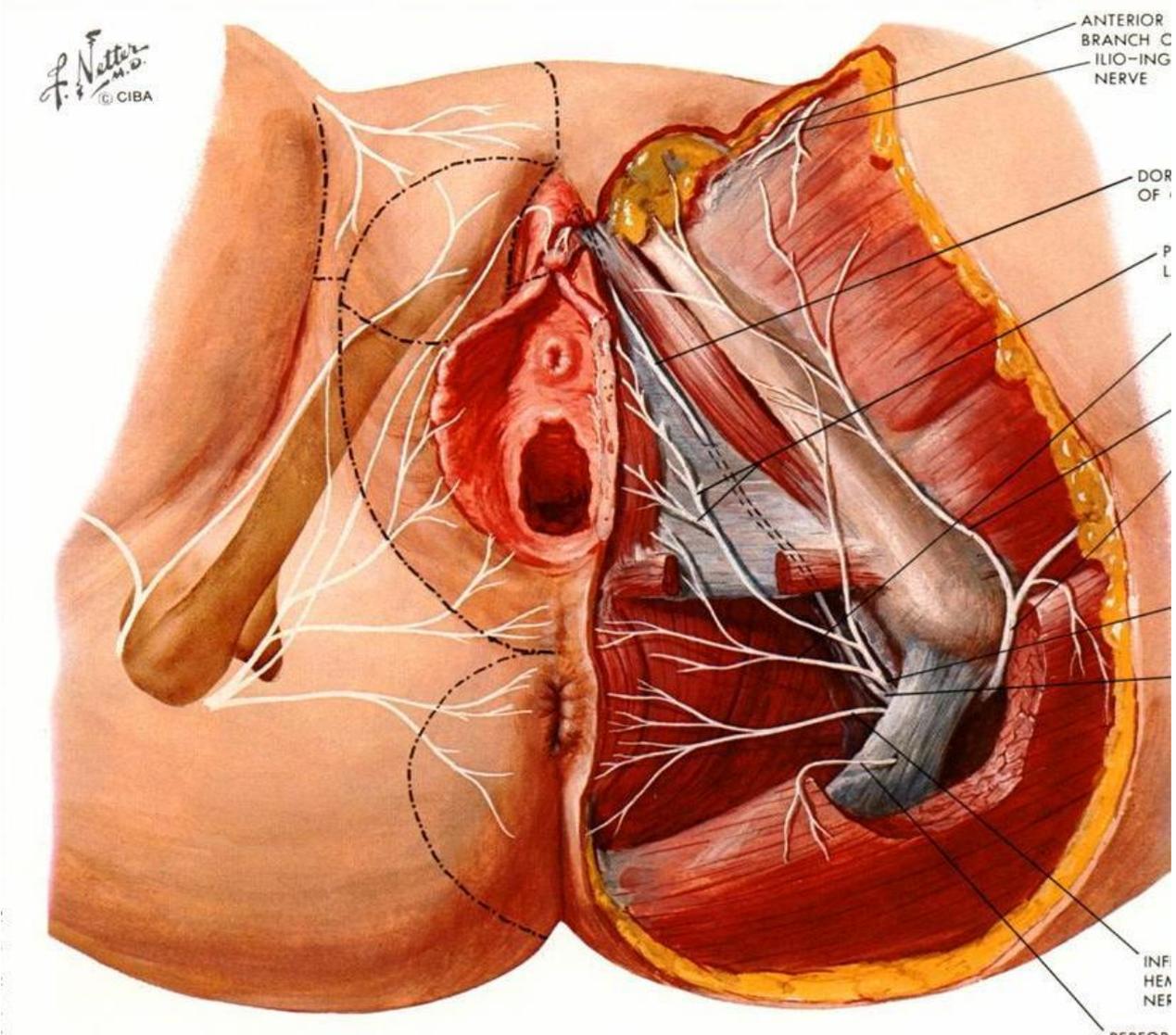
Nervo pudendo



lesione terminale

Branche pelviche del plesso sacrale

NERVO PUDENDO



— SENSORY FIBERS FROM BODY AND FUNDUS OF UTERUS (SYMPATHETIC)

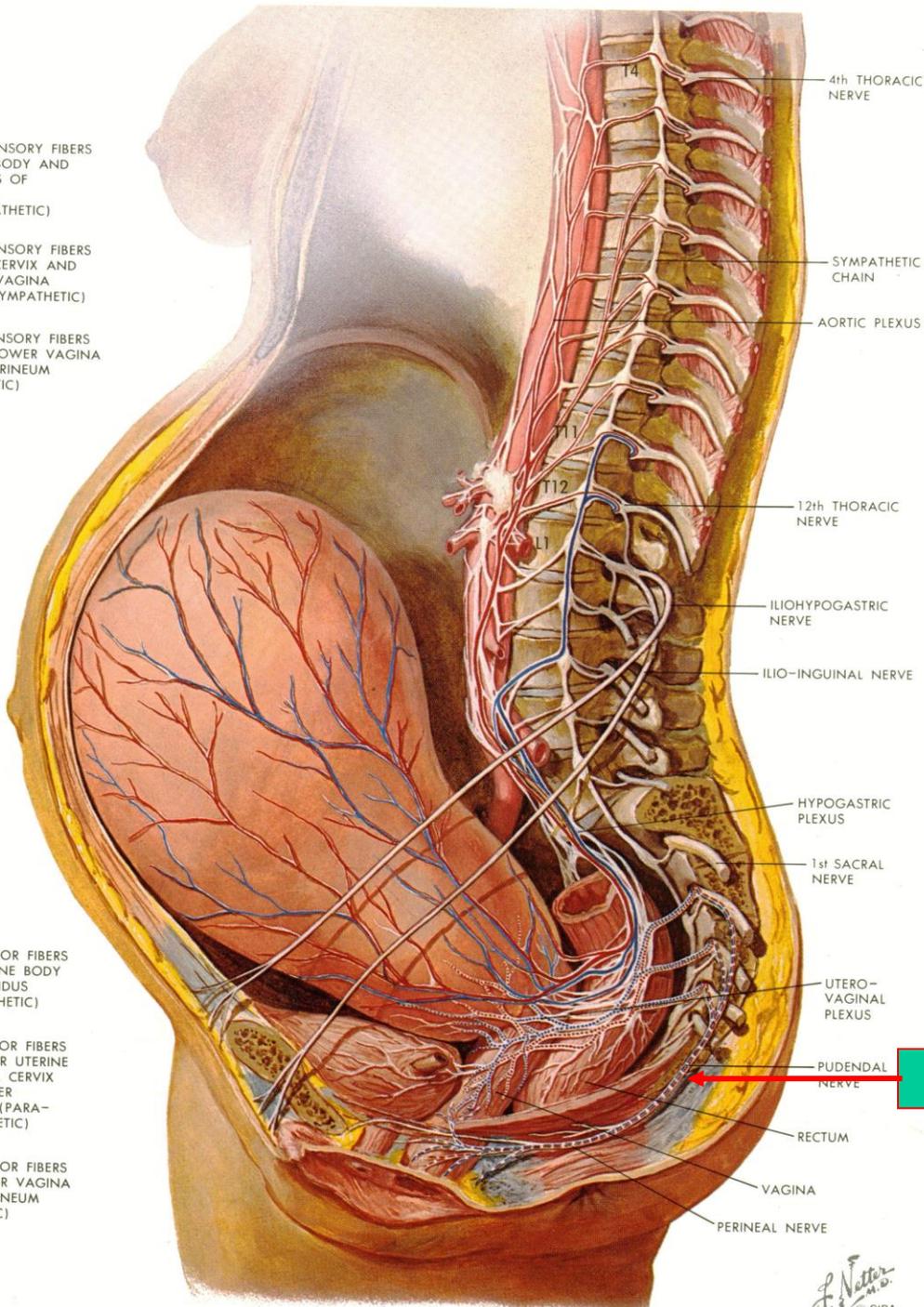
..... SENSORY FIBERS FROM CERVIX AND UPPER VAGINA (PARASYMPATHETIC)

--- SENSORY FIBERS FROM LOWER VAGINA AND PERINEUM (SOMATIC)

— MOTOR FIBERS TO UTERINE BODY AND FUNDUS (SYMPATHETIC)

..... MOTOR FIBERS TO LOWER UTERINE SEGMENT, CERVIX AND UPPER VAGINA (PARASYMPATHETIC)

--- MOTOR FIBERS TO LOWER VAGINA AND PERINEUM (SOMATIC)



4th THORACIC NERVE

SYMPATHETIC CHAIN

AORTIC PLEXUS

12th THORACIC NERVE

ILIOHYPOGASTRIC NERVE

ILIO-INGUINAL NERVE

HYPOGASTRIC PLEXUS

1st SACRAL NERVE

UTERO-VAGINAL PLEXUS

PUDENDO NERVE

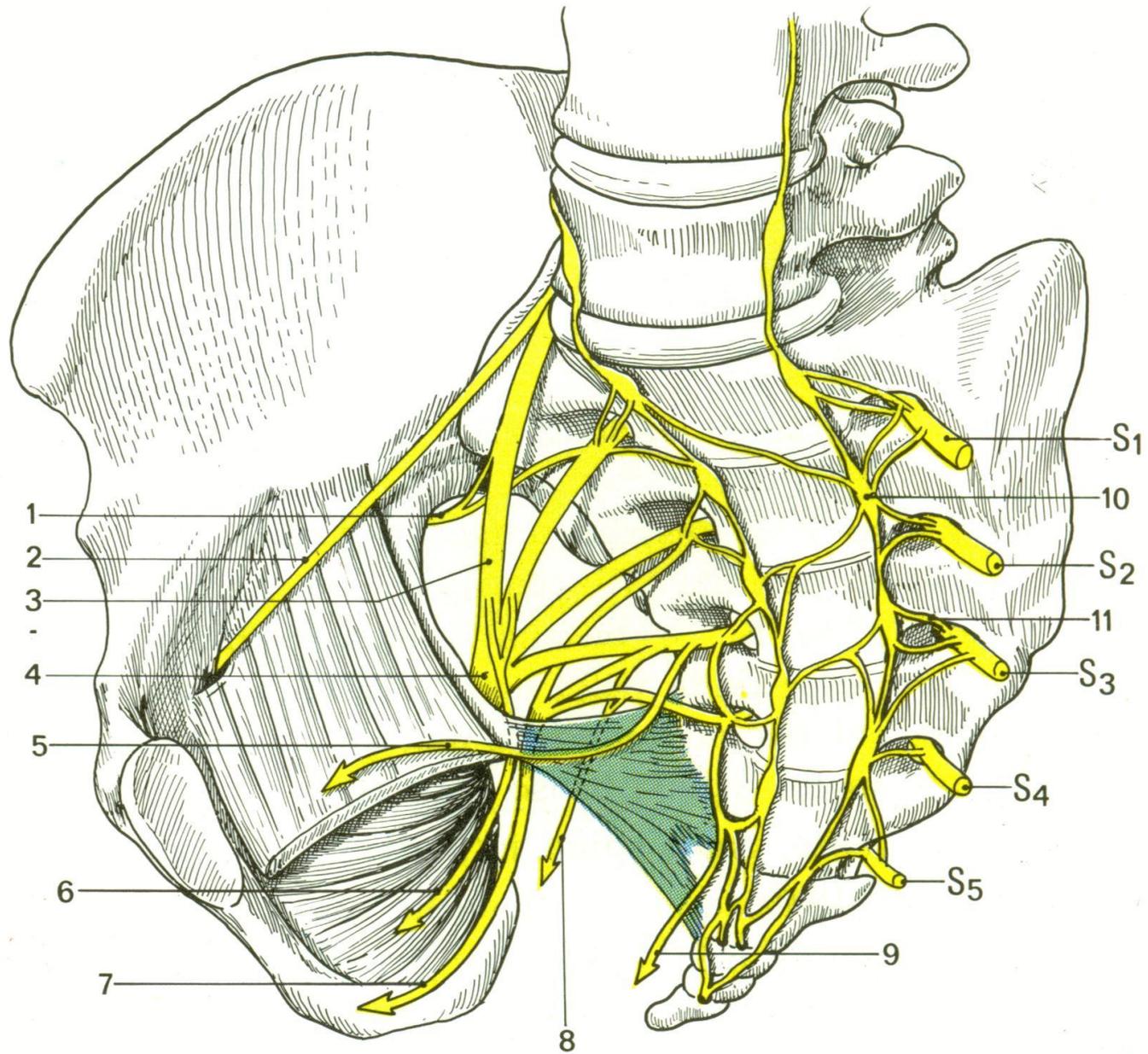
RECTUM

VAGINA

PERINEAL NERVE

Nervo PUDENDO

F. Netter M.D.
© CIBA



NEUROPATIA OSTETRICA DEL NERVO PUDENDO

85% DELLE PUERPERE (ps)

dimostrazione EMG e istologica

60% ripristino normalità a due mesi

40% alterazioni a 5 anni anche asintomatiche

non alterazioni EMG dopo TC

DANNO NEUROLOGICO

La neuropatia del pudendo è ritenuta il primo passo verso il prolasso pelvico e/o l'incontinenza urinaria da sforzo

Allen RE Br J Obstet Gynaecol 1990

Ricordiamo anche un DANNO VASCOLARE...

- **Significativo aumento CPK nel PV vs TC**
- **Secondo stadio prolungato associato a significativo aumento CPK**

**È stato dimostrato che l'episiotomia
in elezione
non proteggere il perineo dal trauma**

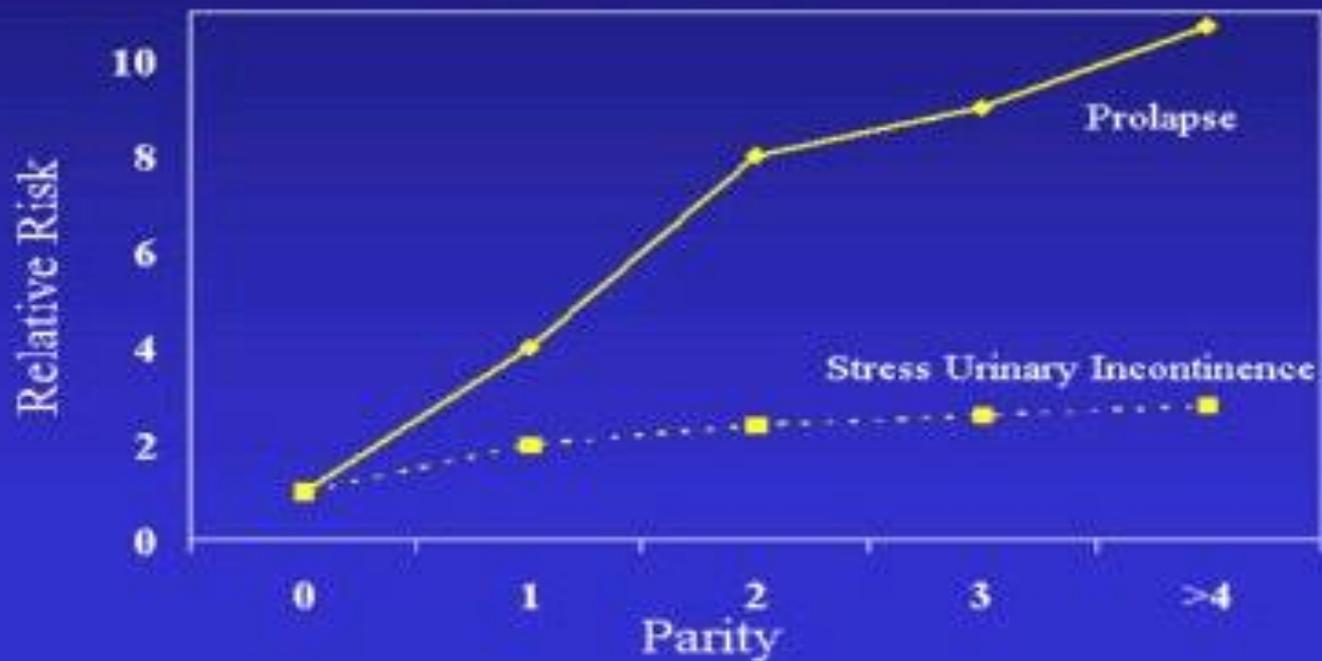
**Il 50% delle lacerazioni di 3° grado sono
associate a episiotomia.**

TAGLIO CESAREO E PAVIMENTO PELVICO

- **Il taglio cesareo elettivo non protegge il pavimento pelvico in modo assoluto quanto si è sempre ritenuto**
 - **PV : IUS 10%**
 - **TC : IUS 3,4%**
- tale danno potrebbe essere ricondotto allo stress sul perineo anteriore durante la gravidanza.... *Toozs-Hobson 2008*

Vaginal Parity and Relative Risk of Surgery for Prolapse or Symptoms of Stress Incontinence

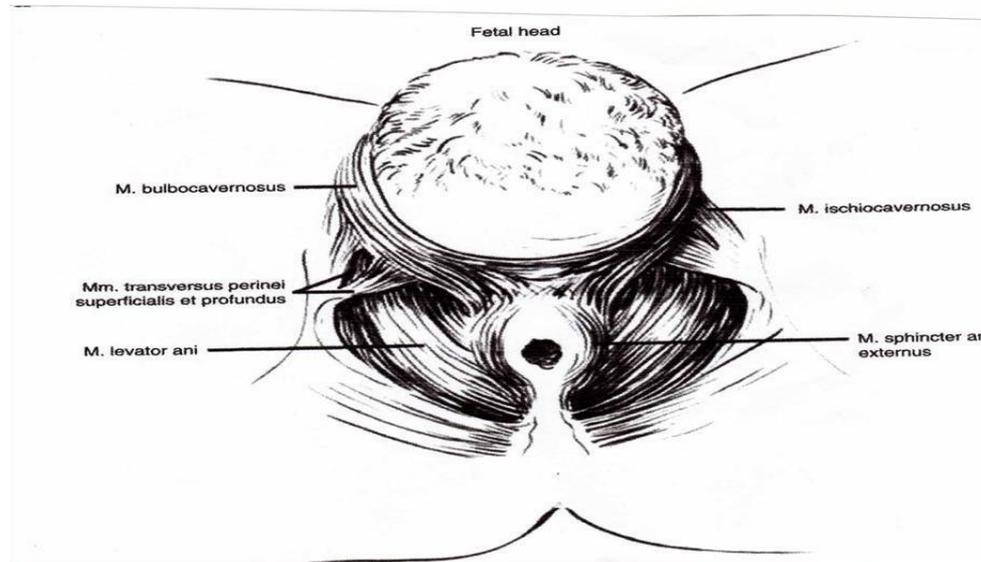
Mant J. Br J Obstet Gynecol 1997; 104: 579-85
Rortveit G et al. NEJM 2003;348:900



EPINCONT

	IU	IU grave	IUS	Urge	IU mista
Nullipare	10.1%	3.7%	4.7%	1.6%	3.1%
TC	15.9%	6.2%	6.9%	2.2%	5.3%
PV	21%	8.7%	12.2 %	1.8%	6.1%

The New England Journal of Medicine march 2003, G. Rortveit



FATTORI DI RISCHIO PER danno PERINEALE da PARTO

Multiparità

Forcipe

Rotazione sacrale occipite

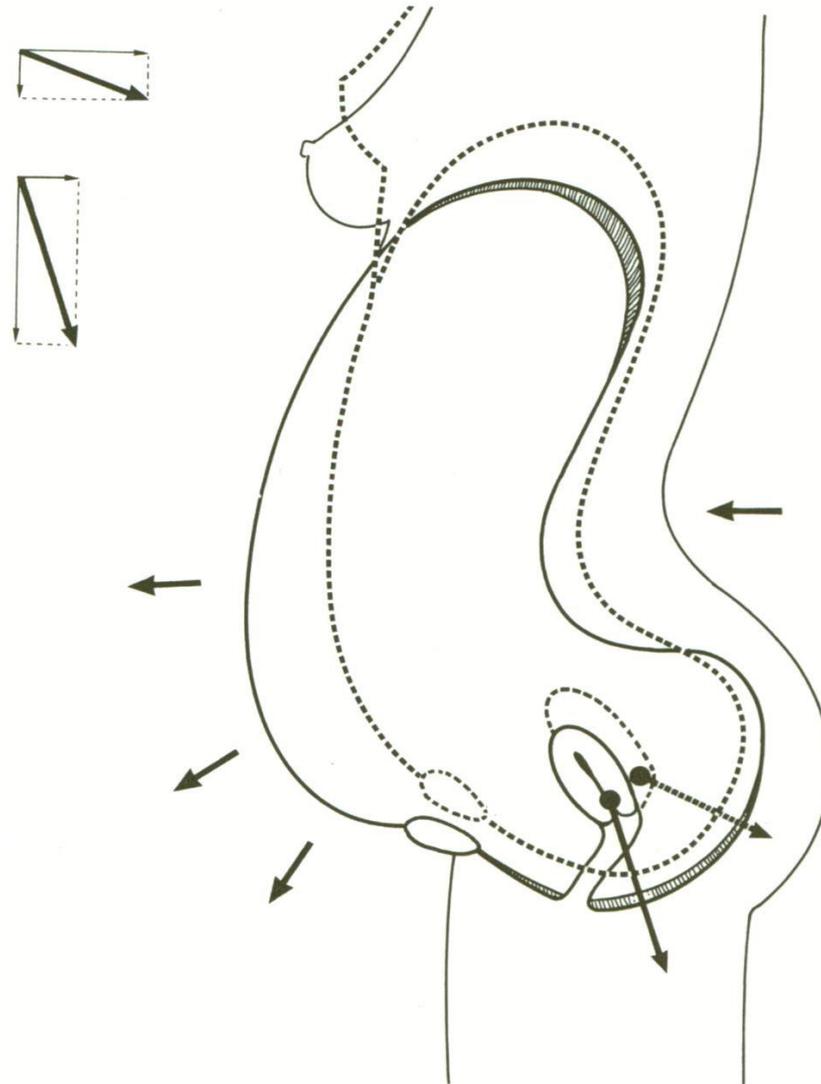
Prolungata durata del II stadio del travaglio(espulsivo)

Partoanalgesia epidurale

Lacerazioni perineali di III grado

Peso fetale alla nascita > 4000g

il danno si origina in gravidanza?



Modificazione delle forze endoaddominali in gravidanza

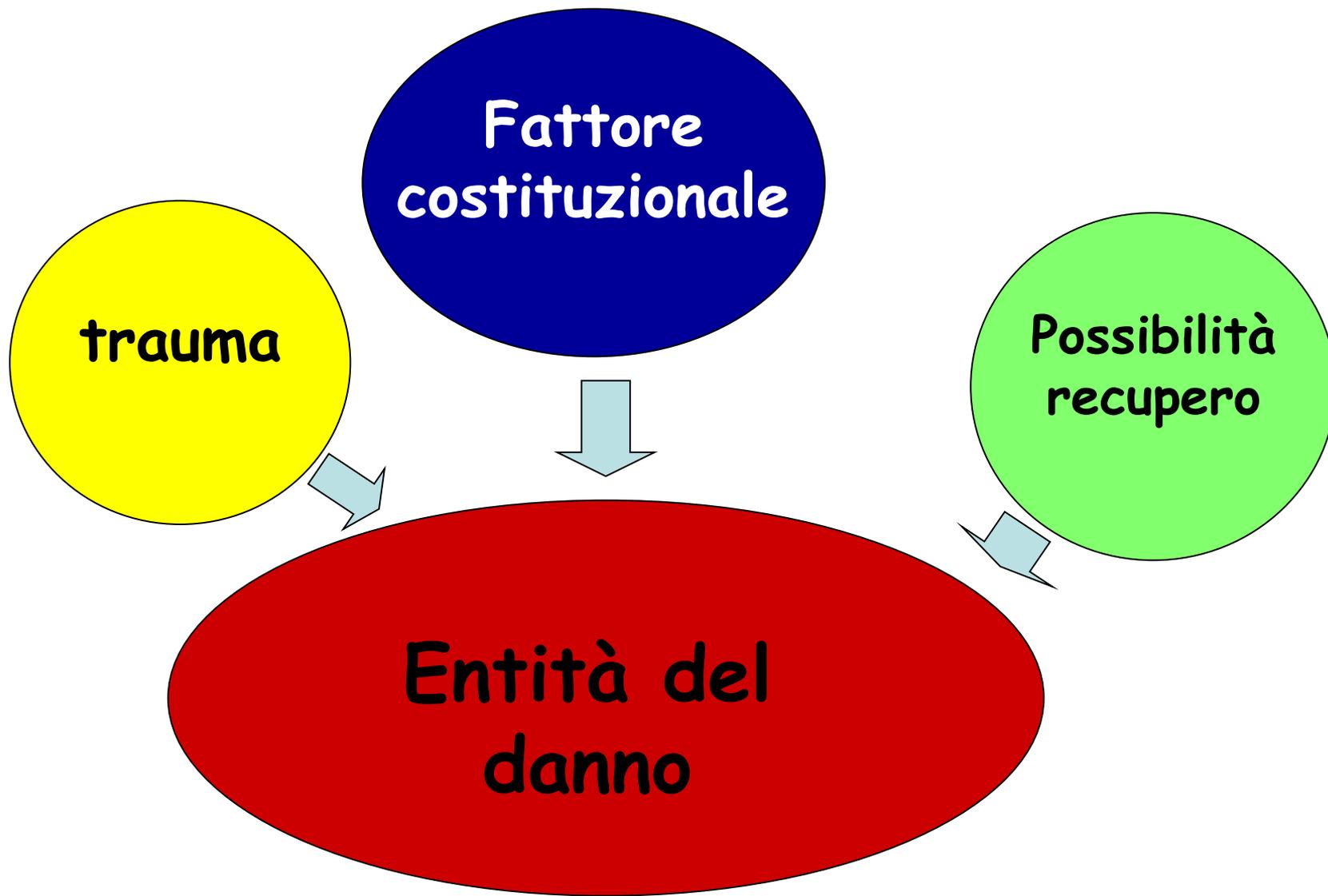
Antiversione del bacino

(in gravidanza)

**Situazione sfavorevole alla capacità di
contrazione e/o di rilasciamento
muscolare pelvi-perineale**



**Il vettore pressorio si esaurisce
soprattutto sul **versante anteriore** del
pavimento pelvico (iato-urogenitale)**



trauma

**Fattore
costituzionale**

**Possibilità
recupero**

**Entità del
danno**

PARTO VAGINALE: SI PUO' CAMBIARE ?



**Il danno ostetrico perineale
non può essere evitato,
ma può essere limitato,
adottando strategie preventive e
terapie integrate**

DANNO INEVITABILE

DANNO EVITATO

- *Migliorare l'assistenza ostetrica*
- *Identificare i fattori di rischio perineale*
- *Riabilitare*

La puerpera deve essere inserita in un percorso articolato in varie tappe :

Prevenzione

Educazione

Diagnosi

Terapia e riabilitazione

Prevenzione PRIMARIA

IN GRAVIDANZA

- **Informare le donne**
- **Fornire strumenti e risorse per la preparazione del perineo al parto**
- **Valutare (anamnesi) fattori di rischio preesistenti per guidare la condotta del travaglio di parto**

...in sala parto...

- **Limitare le induzione mediche al travaglio**
- **Quando possibile, favorire il movimento libero in travaglio, guidare la gravida verso il suo naturale istinto di risposta al dolore, sostenere**
- **Favorire le posizioni libere in travaglio e nel periodo espulsivo considerare le alternative alla posizione “ginecologica”**
- **Utilizzare “l'idroterapia” (docce o bagni caldi) per rallentare periodi ipercinetici**
- **Favorire coscienza sul metodo di respirazione**

- **Valutare con raziocinio la necessità di episiotomia**
- **Non esercitare pressioni o forzature addominali**
- **Ricordarsi di favorire sempre la minzione spontanea prima dell'espulsivo**
- **Nel caso di parto difficile, valutare sempre un punteggio di “rischio” e la prevenzione secondaria**

PREVENZIONE SECONDARIA

FATTORI DI RISCHIO PER DANNO PERINEALE

Età

Tipo di tessuti

Primiparità

Peso fetale alla nascita >4000 gr

Secondo stadio del parto prolungato

Posizione OP

Parto precipitoso

Parto strumentale

Episiotomia mediana

PREVENZIONE TERZIARIA

Pianificare interventi di recupero e di riabilitazione delle funzioni perineali

**PCP:
PERINEAL CARE PROGRAM**

OBIETTIVI

- **ATTUARE UN PROGRAMMA EDUCATIVO-PREVENTIVO**
- **RICONOSCERE E TRATTARE PRECOCEMENTE I SOGGETTI A RISCHIO**

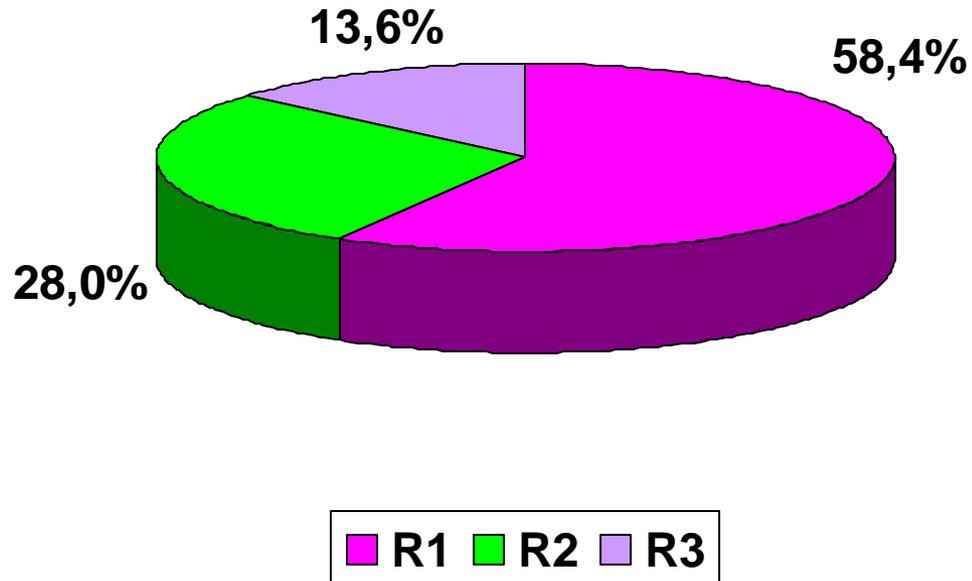
FATTORI DI RISCHIO PER DANNO PERINEALE

MATERNI	FETALI	IATROGENI
<ul style="list-style-type: none">• primiparità• incremento ponderale > 14 Kg• ipoplasia dei genitali esterni• ipertonia muscoli elevatori (perineo da atleta)• cattiva presa di coscienza dei muscoli perineali• distanza anovulvare < 2 cm• spinte espulsive intempestive• traumatismi muscolari da parti pregressi	<ul style="list-style-type: none">• presentazione distocica• elevato peso fetale• circonferenza cefalica > 35 cm• distocia di spalla• parto precipitoso• rotazione sacrale occipite	<ul style="list-style-type: none">• analgesia epidurale• eccessiva lunghezza fase 2 del travaglio• applicazione di forcipe• applicazione ventosa • manovra di Kristeller• manovra di disimpegno della spalla• lacerazioni perineali• cattiva riparazione delle lacerazioni

CLASSI DI RISCHIO E RIABILITAZIONE PERINEALE

R1 Basso score 0 – 3 Nessuna terapia	R2 Medio score 4 – 8 Riabilitazione perineale di gruppo	R3 Alto score >8 Riabilitazione perineale individuale
--	--	--

Gruppi di rischio perineale



Suddivisione in base al rischio perineale

RICADUTA

- **Personale**
- **Sociale**
- **Economica**

Molta strada è stata percorsa ma molta rimane da percorrere. Non possiamo accontentarci di limitare i danni che conosciamo! Dobbiamo trovare delle risposte ad un bisogno di aiuto che crescerà con le nuove generazioni!



altopiano della Lessinia

GRAZIE

