



OSTETRICIA e GINECOLOGIA 2014

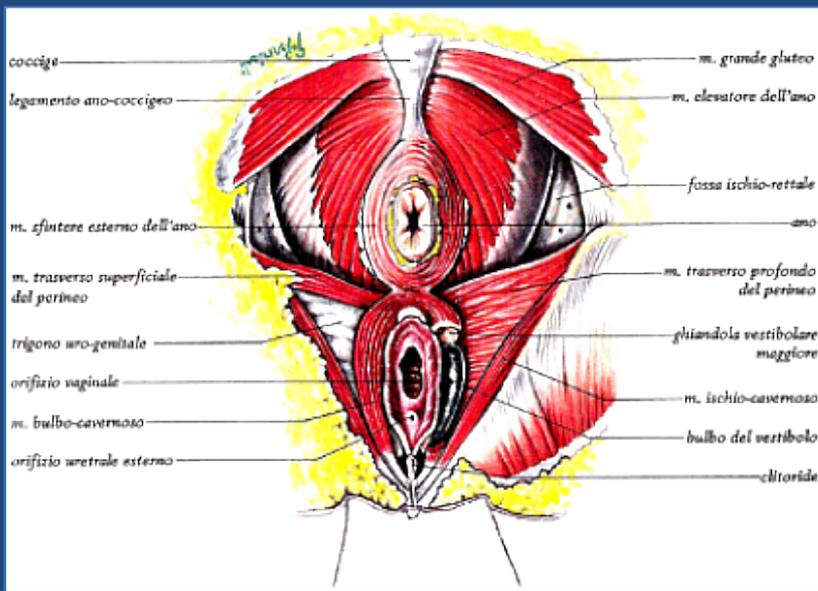
ULSS5 OVEST VICENTINO
U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA VALDAGNO



11 Aprile 2014

Sessione Teorica: Il danno perineale da parto.
Definizione e prevenzione – quanto e cosa è
fattibile in sala parto?

IL PAVIMENTO PELVICO



- ❖ Componente muscolare
- ❖ Componente nervosa
- ❖ Componente mucoso-cutanea

Funzioni:

- Controllo continenza urinaria e fecale
- Sessualità soddisfacente
- Normale evoluzione dell'evento nascita

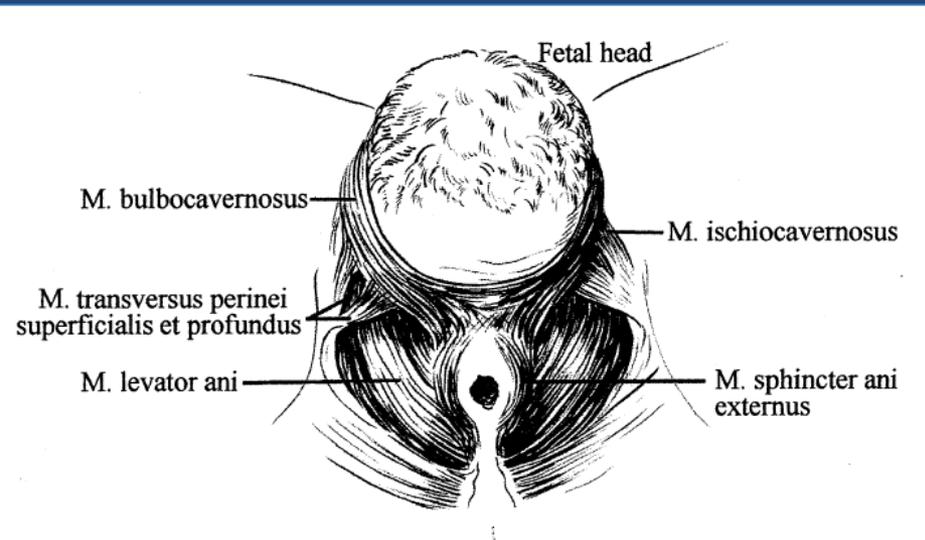
ELEVATORE DELL'ANO

garantisce opposizione alle spinte addominali sul sistema di sospensione proteggendo da incrementi di pressione

accentua gli angoli dei visceri pelvici nella continenza

eleva il centro fibroso del perineo facendolo coincidere con la regione cervico-istimica dell'utero negli aumenti improvvisi di pressione

aumenta l'angolo vagino-pelvico prevenendo l'insorgenza dell'enterocele





Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Ginecologia e Ostetricia - Policlinico G Rossi



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

CAUSE



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Cause

LACERAZIONE SPONTANEA

Incidenza: 85% (McCandlish 1998)

Lacerazione	
I° grado	mucosa vaginale e/o forchetta e/o cute perineale senza interesse dei muscoli
II° grado	muscoli perineali senza interesse dello sfintere anale
III° grado A	Coinvolgimento inferiore al 50% dello sfintere anale esterno
III° grado B	Coinvolgimento maggiore del 50% dello sfintere anale esterno
III° grado C	Coinvolgimento dello sfintere anale interno ed esterno
IV° grado	Coinvolgimento di tutto lo sfintere anale e della mucosa rettale

La gravità del danno perineale non è sempre proporzionale alla lesione visibile ma a volte possono essere compresenti lesioni profonde

Molti studi dimostrano che l'incidenza delle lesioni visibili è sottostimata.



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Cause

EPISIOTOMIA

incisione della vagina e del perineo atta ad aumentare il diametro dei tessuti molli dell'ingresso pelvico e facilitare l'espulsione della parte presentata

LESIONI STRUTTURALI e NEUROLOGICHE

Integrità dei muscoli e
legamenti della fascia
endopelvica
+
Integrità dell'innervazione



Supporto, sospensione e
posizione anatomica degli
organi pelvici e integrità del
meccanismo della continenza



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Conseguenze

DOLORE PELVICO CRONICO : Sintomatologia dolorosa in zona pelvica, addominale e/o perineale i cui sintomi sono determinati da ipertono involontario dei muscoli del pavimento pelvico.

VULVODINIA : dolore e/o bruciore in sede vestibolare che si può irradiare anche al resto della pelvi, dispareunia, eritema vestibolare di vario grado.

INCONTINENZA URINARIA: Passaggio delle urine attraverso l'uretra non mediato dalla volontà.

INCONTINENZA ANALE: perdita di feci o gas in modo incontrollato.

BREVE,
MEDIO e
LUNGO
TERMINE

PROLASSO : discesa o erniazione di uno o più organi pelvici dentro o fuori dalla vagina

LUNGO
TERMINE



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Continenza urinaria e anale
coesistenza di più fattori:

CONTINENZA URINARIA

- Stabilità del detrusore
- Integrità di struttura, innervazione e vascolarizzazione uretrale
- Stimolazione estrogenica adeguata
- Competenza e tono dello sfintere striato
- Sufficiente quantità di tessuto elastico nello spessore della parete uretrale
- Sinergica attività del diaframma pelvico e urogenitale

CONTINENZA ANALE

- Integrità della parete rettale
- Integrità dell'innervazione del canale anale
- Integrità dell'apparato sfinterico
- Adeguata consistenza fecale



Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Ginecologia e Ostetricia - Policlinico G Rossi



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

FATTORI DI RISCHIO



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Fattori di Rischio

LACERAZIONE SPONTANEA

- etnia asiatica (OR 8.9 IC 4.2 – 18.9)
- primo parto (OR 2.4 IC 1.5 – 3.7)
- posizione occipito posteriore (OR 2.1 IC 1.0 - 4.5)
- parto operativo con ventosa (OR 2.7 IC 1.6 - 4.6)
- elevato peso del neonato (OR 1.001 IC 1 - 1.001)

Am J Obstet Gynecol. 2011 Apr; 204 (4): 347 e 1 – 4. Epub 2010 Dec 22. Third – and fourth degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. Gruptz A, Hasson J, Wengier A, Gold R, Skornick – Rapaport A, Lessing JB, Gordon D.



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Fattori di Rischio

EPISIOTOMIA

Indicazioni:

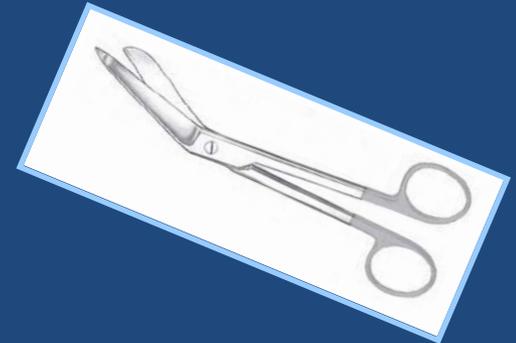
- Parto operativo
- Perineo rigido o cicatriziale
- Indicazione fetale

→ Complicanza

Outcomes of Routine Episiotomy - A Systematic Review

- “No findings of benefits from episiotomy”
- “Trials with strong definitions restricting use to fetal indications have achieved use as low as 8% to 10% (...), but in contemporary practice episiotomy use remains more than 3-fold higher”
- “In the absence of benefit and with a potential for harm, a procedure should be abandoned”

JAMA, May 4, 2005—Vol 293, No, 17

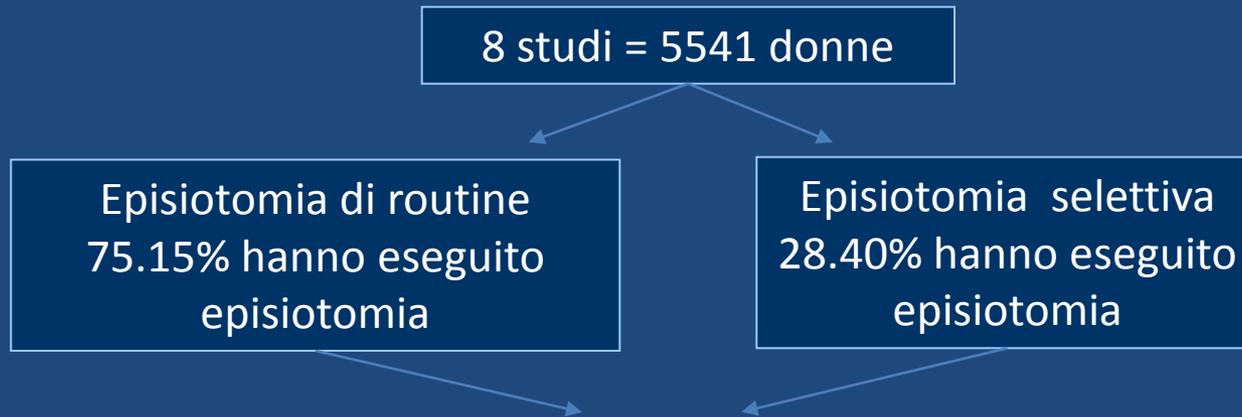


Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21; (1): CD000081 Episiotomy for vaginal birth. 11551 donne randomizzate tra episiotomia selettiva e routinaria: riduzione del rischio di lacerazioni di III° e IV° grado = RR 0.48 IC (0.28 to 0.84)



Studi...

Sistematic review Cochrane database 2011: Dec 7; (12): CD006672



Episiotomia è associata a maggiori traumi anteriori (RR 1.84 IC 1.61 – 2.10)
No differenze per traumi perineali e vaginali maggiori (RR 0.92 IC 0.72 – 1.20)
Dispareunia (RR 1.02 IC 0.90 – 1.16)
Incontinenza Urinaria (RR 0.98 IC 0.79 – 1.20)

Am J Obstet Gynecol Maggio 2012

“The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries.”

Joe de Vogel, MD; et all.



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Fattori di Rischio

INCONTINENZA URINARIA

- Età materna superiore ai 35 anni (HR 2.1 IC 1.0 - 2.8)
- BMI della madre (HR 1.3 IC 1.1 – 1.6)
- Storia familiare positiva per l'incontinenza urinaria (HR 1.7 IC 1.3 - 2.2)
- Parità (OR 2.0 IC 2.0 - 2.2)

L'incontinenza urinaria durante la gravidanza presenta OR 3.71 (IC 1.95 – 7.06) per la persistenza dell'incontinenza dopo il parto



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Fattori di Rischio

INCONTINENZA ANALE

- Lacerazioni di terzo e quarto grado
- Parti operativi



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Fattori di Rischio

PROLASSO

Multiparità

Ipotonia muscolare pelvica

Parto vaginale (OR 2.55 IC 1.98 – 3.28)

Alto peso alla nascita > 4000 gr (OR 2.06 IC 1.19 – 3.55)

Attuale BMI > 25 (OR 1.03 IC 1.02 – 1.05)

“Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery.” Gyhagen et all. BJOG 2013 doi: 10.1111/1471_0528.12020. Epub 2012 Nov 2.



IL DANNO PERINEALE DA PARTO

Fattori di Rischio

DOLORE PELVICO
CRONICO

VULVODINIA

Ipertono dei muscoli pelvici

Fattori di rischio di danno del nervo pudendo:

- multiparità
- parto operativo
- aumento durata del secondo stadio
- lacerazioni perineali di terzo e quarto grado
- elevato peso alla nascita



INTERVENTI DI PREVENZIONE

Cosa si può fare?



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Cochrane database Syst Rev. 2011 Dec 7; (12): CD 006672

Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma

8 trials = 11651 donne randomizzate per le tecniche perineali



- Hands off VS Hands on
- Impacchi caldi VS controllo
- Massaggio perineale VS controllo
- Manovra di Ritgen VS cure standard



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Massaggio perineale

Cochrane 2011

Riduzione significativa delle lacerazioni di terzo e quarto grado
(RR 0.52 95% CI 0.29 to 0.94)

Cochrane 2013

Il massaggio perineale eseguito a partire dalle 35 settimane di gestazione riduce del 9 % il rischio di avere lacerazioni da suturare
(RR 0.91 95% CI 0.86 to 0.96)

L'incidenza di episiotomia si riduce del 16 %
(RR 0.84 95% CI 0.74 to 0.95).



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Massaggio perineale

Costantini Giulia: *L'EFFETTO DEL MASSAGGIO PERINEALE IN GRAVIDANZA SULLE LACERAZIONI INTRA-PARTUM DEL PERINEO. STUDIO DI COORTE*

**350 DONNE NULLIPARE
CONTATTATE**

	Trattate (n° 73)	Non Trattate (n°69)	
ESITI PERINEALI	n° (%)	n° (%)	P value
Perineo integro	23 (31,5)	10 (14,5)	<u>0.018</u>
Lacerazioni			<u>0.003</u>
I Grado	20 (27,4)	13 (18,8)	-
II Grado	21 (28,8)	21 (30,4)	-
Episiotomia	9 (12,3)	25 (36,2)	<u>0.001</u>



Una persona non trattata ha un rischio **del 25%** in più di avere lesioni perineali rispetto ad una donna trattata. (RR 1.25 IC 1.03 – 1.49)

MASSAGGIO PERINEALE è un valido strumento preventivo delle lacerazioni:

Nelle NULLIPARE:

Aumento pari a più del doppio della percentuale di **perinei integri** (P= 0.018)

Diminuzione tasso **episiotomie** di circa tre volte (P= 0.001)

In particolare traggono maggior beneficio:

- le donne con **età >30 anni** (P= 0.043) Shipman et al. 1997
- le donne con periodo **espulsivo \geq 60 minuti** (P=0.007)



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Posizioni e gestione del travaglio

Cochrane 2012

“Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia”

Gupta JK. et all.

Diversi possibili vantaggi per le posizioni verticali in donne senza peridurale (riduzione di episiotomie, parti operativi) ma con la possibilità di un aumento del rischio di perdita di sangue superiore a 500 ml e di lacerazioni di secondo grado.

Cochrane 2013

“Maternal position and morbidity during first stage labour”

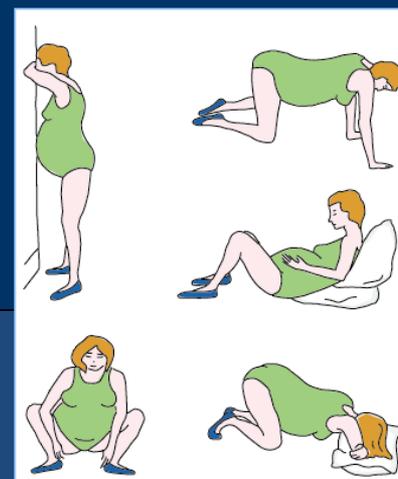
Lawrence A. et all.

Le posizioni verticali e il movimento riducono la durata del travaglio, il rischio di TC, la necessità di epidurale. Non risulta associato un aumento di interventi o effetti negativi su mamma e bambino.

PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Posizioni e gestione del travaglio

- Incoraggiare la spinta solo a dilatazione completa;
- Rispettare i tempi fisiologici del periodo espulsivo anche se prolungati;
- Favorire le posizioni libere anche durante il periodo espulsivo del parto;
- Favorire le spinte libere;
- Evitare la manovra di Kristeller





PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Impacchi caldi durante il periodo espulsivo

Cochrane database Syst Rev. 2011 Dec 7; (12): CD 006672

- Assenza di differenze significative rispetto l'incidenza di episiotomie (RR 0.93 95% CI 0.62 to 1.39)
- Assenza di differenze significative rispetto all'incidenza di perineo integro (RR 1.05 95% CI 0.86 to 1.26)
- Riduzione significativa delle lacerazioni di terzo e quarto grado (RR 0.48 95% CI 0.28 to 0.84).



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

“Hands on VS Hands off”

Cochrane database Syst Rev. 2011 Dec 7; (12): CD 006672

- Assenza di differenze significative rispetto all'incidenza di lacerazioni di terzo e quarto grado (RR 0.73 95% CI 0.21 to 2.56)
- Assenza di differenze significative rispetto all'incidenza di perineo integro (RR 1.03 95% CI 0.95 to 1.12)
- Riduzione significativa dell'incidenza di episiotomie (RR 0.69 95% CI 0.50 to 0.96).



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Manovra di Ritgen VS cure standard

Cochrane database Syst Rev. 2011 Dec 7; (12): CD 006672

Nessun risultato statisticamente significativo per lacerazioni perineali spontanee ed episiotomia

Uso dell'acqua

Cochrane 2009 "Immersion in water in labour and birth"

L'immersione in acqua nella prima fase del travaglio riduce l'uso di analgesia epidurale / spinale. Non vi è alcuna evidenza di aumento degli effetti avversi per il feto / neonato e la donna. (parti operativi, TC, traumi perineali o infezioni materne o fetali)



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Episiotomia

- Massaggio perineale a partire dalle 35 settimane di gravidanza
- Uso selettivo
- Valutazione del perineo durante il travaglio



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Danno strutturale e nervoso

- Corretta gestione del secondo stadio
- Prevenzione delle lacerazioni perineali



PREVENZIONE LACERAZIONI PERINEALI

Alto peso alla nascita

- Gestione corretta di gravide con diabete
- Gestione corretta delle pazienti con alto peso stimato



TAGLIO CESAREO VS PARTO VAGINALE?

Neurourol Urodyn. 2004; 23 (1): 2-6 Caesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery.

Groutz A, Rimon E, Peled S, Glod R, Pazner D, Lessing JB, Gordon D.

Il parto cesareo VS parto vaginale (OR 0.47 IC 0.04 – 5.69)

...ma...

Pediatric and Perinatal Epidemiology 2007; 21: 98 – 113 “ Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates Ana P. Bertran et all.



Taglio cesareo riduce le lesioni del pavimento pelvico ma
aumenta la mortalità materna



CONCLUSIONI

PREVENZIONE IN GRAVIDANZA

- Identificare le donne a rischio
- Adeguata preparazione del perineo con massaggio

PREVENZIONE DURANTE IL PARTO

- Rispetto dei tempi
- Adozioni in posizioni libere e verticalizzanti durante il parto
 - Evitare spinte a glottide chiusa
 - Assistere on approccio "hands off"