

FERRARA, 21 NOVEMBRE 2015

HOTEL CARLTON

NUOVE ACQUISIZIONI IN TEMA DI
RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E
DIAGNOSI PRENATALE



IL DANNO PERINEALE DA PARTO E POST ISTERECTOMIA.



COLLEGIO DELLE OSTETRICHE DI FERRARA

Dott. Demetrio Costantino
Dirigente Medico I livello
Azienda USL Ferrara
Centro Salute Donna

ANATOMIA DEL PAVIMENTO PELVICO

Il pavimento pelvico rappresenta la chiusura inferiore del bacino e corrisponde all'**area genito-urinaria anale**. In tale zona al di sotto di pelle e mucose, è presente tessuto muscolare. E' costituito oltre che da **muscoli**, organizzati in tre diversi strati più o meno profondi nel bacino, anche da **tessuto connettivo** (legamenti e fascie).

I **visceri pelvici** (vescica e uretra, utero e canale vaginale nella donna, retto e canale anale) sono poggiati sui muscoli e sul connettivo che compongono il pavimento pelvico, che può essere pertanto paragonato ad un'**amaca**.

Inoltre uretra e canale anale nella loro parte finale "attraversano" il pavimento pelvico, che determina quindi intorno ad essi fibre muscolari ad andamento circolare, cioè gli **sfinteri**, rispettivamente uretrale e anale.

Anche il canale vaginale nella sua parte finale è circondato ad anello dalle fibre del pavimento pelvico. □

Il pavimento pelvico si estende dal pube (in avanti) al coccige e al sacro (all'indietro), lateralmente si attacca in parte direttamente alle ossa del bacino, in parte si inserisce su altri muscoli o strutture connettive. Da questi punti di origine, quasi tutte le fibre muscolari prendono contatto con una grossa formazione tendinea facilmente individuabile dall'esterno, situata tra l'ano e la vagina nella donna e tra l'ano e la base del pene nell'uomo, chiamata **centro tendineo del perineo**.

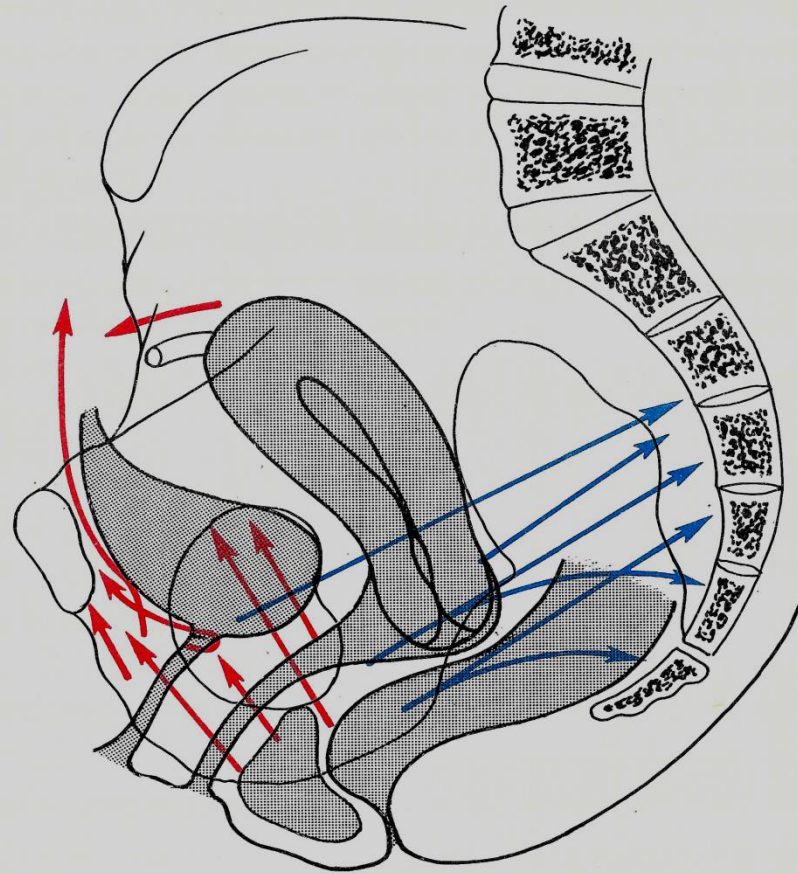


FIG. 220 - La statica uterina; in rosso: sistema di « ancoraggio » anteriore; in blu: sistema di « ancoraggio » posteriore.

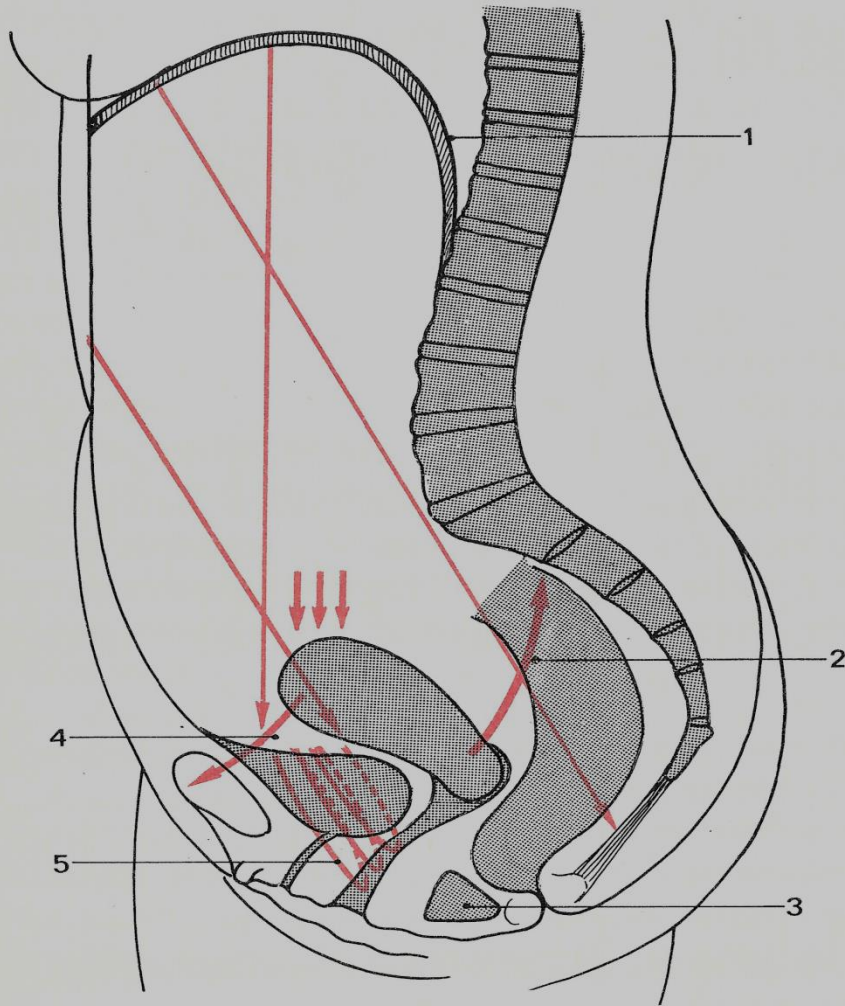
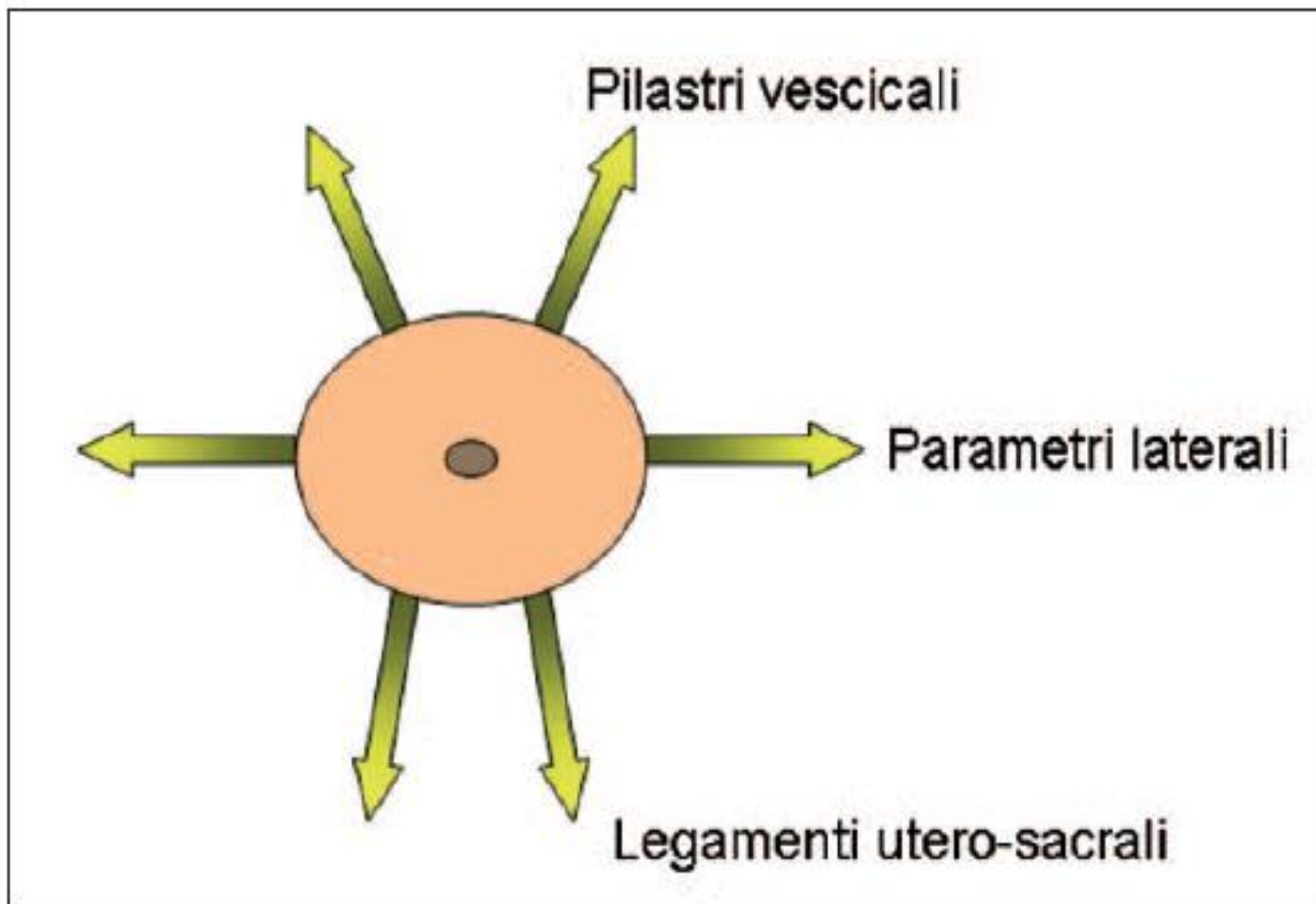


FIG. 221 - La statica uterina, schema delle pressioni intraddominali. 1 diaframma; 2 legamento utero-sacrale; 3 nucleo fibroso centrale del perineo; 4 legamento rotondo; 5 fascio elevatore degli erettori.

Figura 1 - Sistemi di ancoraggio dell'utero



FUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

FUNZIONE URINARIA E PAVIMENTO PELVICO

Le funzione urinaria è svolta dalle alte (reni e ureteri) e dalle basse (vescica e uretra) vie urinarie.

La vescica è il “serbatoio” dell’urina, mentre l’uretra è un condotto tubulare in continuità con la vescica e che sbocca all’esterno.

Il pavimento pelvico circondando l’uretra con le sue fibre muscolari, costituisce lo sfintere uretrale interno e lo sfintere uretrale esterno; il primo involontario mentre il secondo è sottoposto al controllo volontario del soggetto e ci permette di trattenere l’urina spostando a piacimento e in condizioni socialmente accettabili la minzione.

FUNZIONE FECALE E PAVIMENTO PELVICO

La funzione fecale è svolta fundamentalmente dal tratto terminale del tubo digerente.

Il riempimento dell'ampolla rettale provoca il rilasciamento dello sfintere anale interno (involontario) consentendo quindi al materiale fecale di passare nella parte inferiore del retto (il canale anale). Qui le cellule sensitive (recettori) presenti consentono il riconoscimento della natura del materiale (solida o gassosa). La contrazione od il rilasciamento dello sfintere anale esterno (volontario) e del puborettale (parzialmente volontario) apre o chiude l'ano, consentendo od impedendo così alle feci di uscire. Quando il soggetto decide di defecare al rilasciamento dei muscoli della continenza si associa un aumento della pressione addominale (realizzato dai muscoli della parete addominale e dal diaframma respiratorio, che vengono a costituire il "torchio addominale").

La continenza delle feci è quindi assicurata dal sistema sfinteriale, dal muscolo puborettale, dalle proprietà elastiche del retto, che si adatta al contenuto fecale, dalla consistenza delle feci. □

FUNZIONE SESSUALE E PAVIMENTO PELVICO

La sessualità è una funzione complessa e coinvolge l'aspetto fisico-biologico e quello psico-relazionale.

In entrambi i sessi i diversi eventi della funzione sessuale vengono distinti in quattro fasi: desiderio, eccitazione, orgasmo, risoluzione / soddisfazione. I muscoli del pavimento pelvico sono coinvolti nella **funzione sessuale femminile**: essi, circondando il canale vaginale, permettono la penetrazione vaginale, lasciandosi distendere durante tale momento.

Inoltre sono coinvolti nella fase dell'orgasmo con l'attivazione riflessa di contrazioni ritmiche ripetute.

FUNZIONE RIPRODUTTIVA E PAVIMENTO PELVICO

Il ruolo del pavimento pelvico nella funzione riproduttiva è relativo al parto. Durante tale evento i muscoli di questa zona si lasciano distendere per permettere la fuoriuscita del feto. Inoltre essi sono parte attiva nel promuovere la fuoriuscita del neonato attraverso una buona capacità contrattile. E' pertanto utile che in occasione di questo importante evento, i muscoli del pavimento pelvico possiedano una buona capacità elastica.

FUNZIONE STATICA E PAVIMENTO PELVICO

Consiste nella capacità di mantenere in sede gli organi della bassa pelvi (vescica e uretra, utero e canale vaginale, retto e canale anale) rispetto sia alla forza di gravità, sia agli aumenti di pressione intraddominale che si verificano normalmente durante le attività quotidiane (tossire, flettere il busto per raccogliere un oggetto, sedersi, alzarsi, ecc.).

La funzione relativa alla statica pelvica viene realizzata dal pavimento pelvico, sia con la porzione muscolare, sia con quella connettivale.

FUNZIONE BIOMECCANICA E PAVIMENTO PELVICO

Il pavimento pelvico appartiene al cingolo pelvico, costituito da diverse strutture biomeccaniche: ossa del bacino, muscoli, legamenti. Questi elementi cooperano insieme per assicurare stabilità al corpo, insieme alle strutture muscolo scheletriche del tronco, come la colonna vertebrale.

Ogni volta che un arto superiore o inferiore si muove (es.: camminare, afferrare un oggetto, ecc.), le strutture biomeccaniche del cingolo pelvico e/o del tronco si attivano per fare da “contrappeso” alla parte che si muove. Così il movimento diventa armonico, preciso e funzionale. In alcune condizioni funzionali, come afferrare un oggetto con le mani, si contraggono anche i muscoli del cingolo pelvico, compreso il pavimento pelvico.

QUALI SONO I DISTURBI

DISTURBI DEL COMPARTO ANTERIORE

A. DISTURBI DELLA FASE DI RIEMPIMENTO VESCICALE.

Ne soffrono in Italia circa 3 milioni di individui, per la maggior parte donne.

Vengono distinte tre forme:

□l'incontinenza urinaria da sforzo o da stress, che si verifica durante uno sforzo intenso come tossire, starnutire, soffiarsi il naso, sollevare un peso, oppure lieve, come camminare o fare le scale, tipica dei soggetti di sesso femminile e si presenta frequentemente nel periodo post partum e nella menopausa.

□l'incontinenza urinaria da urgenza, presente in concomitanza di un impellente ed improcrastinabile bisogno di mingere e tale da impedire al soggetto di raggiungere la toilette in tempo utile.

□l'incontinenza urinaria mista, dove sono presenti i sintomi di entrambe le forme.

B. DISTURBI DELLA FASE DI SVUOTAMENTO VESCICALE

Sono collegati alle difficoltà riferite dal soggetto nel momento della minzione: quando è **difficile iniziarla**, oppure il manifestarsi di **flusso urinario debole e/o intermittente** durante tale momento od infine la **necessità di utilizzare la forza dell'addome per spingere fuori l'urina**.

C. DISTURBI DELLA FASE POST-MINZIONE

Il senso di incompleto svuotamento vescicale e del gocciolamento post minzionale (perdita involontaria di urina immediatamente successiva al termine della minzione, solitamente dopo aver lasciato la toilette).

DISTURBI DEL COMPARTO MEDIO

Disfunzioni sessuali

Le disfunzioni sessuali colpiscono entrambi i sessi e consistono nella difficoltà o impossibilità ad avere rapporti sessuali, nella mancata soddisfazione durante questi e/o nel dolore che ad essi si può accompagnare.

Il pavimento pelvico può essere causa o conseguenza di queste, oppure essere uno degli elementi che mantiene questa complessa disfunzione in quanto i muscoli del pavimento pelvico sono coinvolti nella penetrazione vaginale, nella fase dell'orgasmo e nel meccanismo di erezione e di eiaculazione.

DISTURBI DEL COMPARTO POSTERIORE

L'incontinenza ai gas e/o alle feci

È la perdita involontaria di gas e/o feci solide o liquide.

E' un sintomo altamente invalidante per la qualità di vita ed è probabilmente più frequente di quanto si possa ipotizzare

Sindrome da defecazione ostruita

Disturbo della defecazione caratterizzato da prolungato ponzamento, sensazione di incompleta evacuazione e necessita di ricorrere a digitazioni o clisteri per evacuare.

In Italia ne è affetta circa 1 donna su 4-5 sopra i 40 anni.

**LE PRINCIPALI ALTERAZIONI ANATOMICHE ALLA BASE
DELLE PATOLOGIE DEL PAVIMENTO PELVICO SONO:**

- A. ISTEROCELE / COLPOCELE**
- B. CISTOCELE**
- C. RETTOCELE**
- D. ENTEROCELE / SIGMOIDOCELE**
- E. PROLASSO DEL RETTO**



QUANDO?

COME?

PERCHE'?

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

Indubbiamente **la gravidanza e il parto** rappresentano due momenti chiave per lo sviluppo di alterazioni della statica pelvica e per l'instaurarsi di turbe vescico-sfinteriche.

Cosa accade a queste strutture durante il parto spontaneo ed ancor prima, durante la gravidanza ? **UN INSULTO E/O 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 sull'elevatore dell'ano e sullo sfintere anale
- **Danno Neurologico**
trauma delle strutture di innervazione dei muscoli del pavimento pelvico
- **Danno connetto fasciale**
Sfiancamento dello hiatus uro-genitale

FATTORI DI RISCHIO PER DANNO PERINEALE

MATERNI

- primiparità
- incremento ponderale > 14Kg
- ipoplasia dei genitali esterni
- ipertonìa muscoli elevatori (perineo da atleta)
- cattiva presa di coscienza dei muscoli perineali
- distanza anovulare < 2 cm
- spinte espulsive intempestive
- traumatismi muscolari da parti pregressi

FETALI

- presentazione distocica
- elevato peso fetale
- circonferenza cefalica > 35 cm
- distocia di spalla
- parto precipitoso
- rotazione sacrale occipite

IATROGENI

- analgesia epidurale
- eccessiva lunghezza fase 2 del travaglio
- applicazione di forcipe
- applicazione ventosa
- episiotomia
- manovra di Kristeller
- manovra di disimpegno della spalla
- lacerazioni perineali
- cattiva riparazione delle lacerazioni

LACERAZIONE SPONTANEA

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.

Lacerazioni Ostetriche: Cochrane Review 2011

Sono più comuni e più estese nelle nullipare nelle quali la muscolatura del canale del parto e del perineo non è stata distesa precedentemente

Il Termine Episiotomia fu introdotto da K. Braun nel 1857, ma fu praticata la prima volta da Ould nel 1742.

L' **episiotomia** è una **operazione chirurgica** che consiste nell' **incisione chirurgica** (tomia) del **perineo** (episeios), effettuata nell' ultima parte del secondo stadio del travaglio di parto, attuata per allargare il canale del **parto** (vagina) e favorire l' espulsione dell'estremo cefalico , riducendo le lacerazioni vagino – perineali spontanee.

(Thacker – 1983)

EPISIOTOMIA

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)**

EPISIOTOMIA



E' SEMPRE NECESSARIA ?

NO.....



ANZI !!!

L'OMS raccomanda di limitare l'episiotomia ai casi necessari, ma purtroppo in molti reparti è ancora praticata in oltre l'80% dei parti contro il 5 – 10% raccomandato dall'OMS.

Le percentuali di episiotomia ancora oggi riportate in letteratura variano dal 9,5 % in Svezia al 90 % in America Latina.

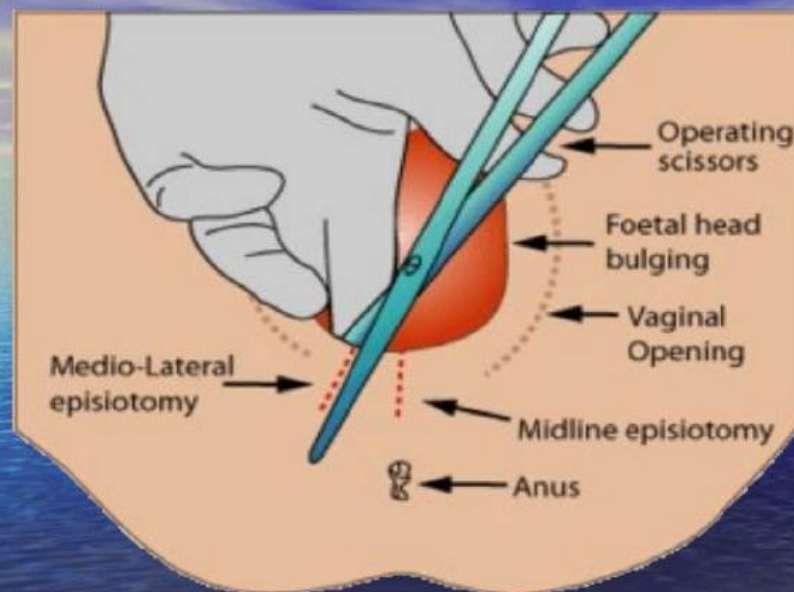
ITALIA



50% – 60%

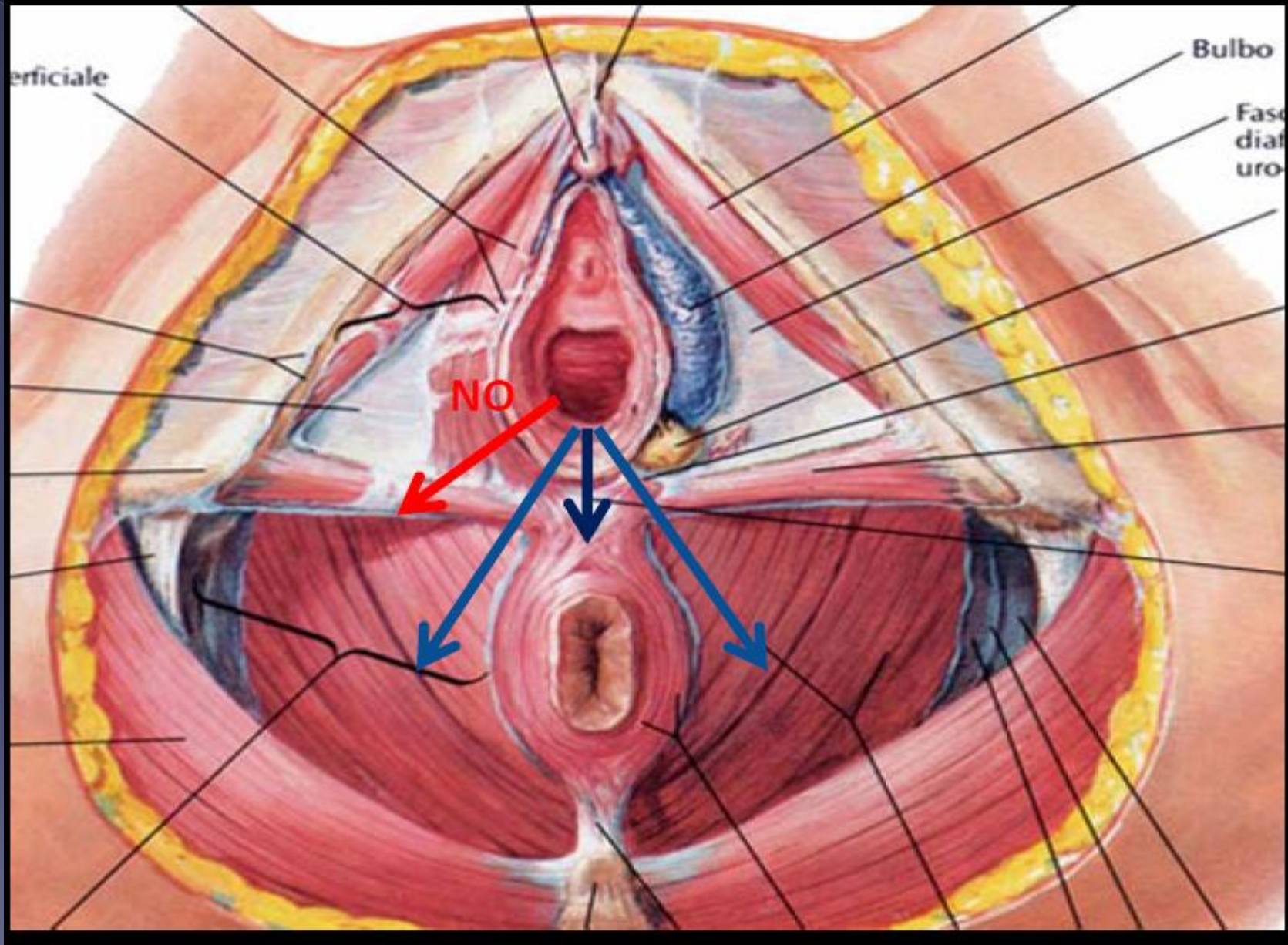
L'episiotomia può essere effettuata lungo la **linea mediana** (rafe vulvo-anale) o con un **certo angolo** rispetto ad essa.

TIPI DI EPISIOTOMIA



Laterale

Bilaterale !!!



VANTAGGI E SVANTAGGI DELL' EPISIOTOMIA MEDIANA

- 😊 FACILE DA REALIZZARE
 - 😊 NON INCIDE FIBRE MUSCOLARI
 - 😊 FACILE DA SUTURARE
 - 😊 BUONA CICATRIZZAZIONE
 - 😊 SCARSO DOLORE PUERPERALE
 - 😊 SCARSA DISPAREUNIA
 - 😊 BUON RISULTATO ESTETICO
-
- ☹️ MAGGIOR RISCHIO DI LACERAZIONI III°- IV° GRADO



VANTAGGI E SVANTAGGI DELL' EPISIOTOMIA M. L.

- ☺ MAGGIORE SPAZIO VAGINALE
- ☺ MINORE RISCHIO LACERAZIONI III° E IV° GRADO
- ☹ INCIDE FIBRE MUSCOLARI
- ☹ MAGGIOR PERDITA EMATICA
- ☹ MAGGIOR DOLORE PUERPERALE
- ☹ MAGGIORE DISPAREUNIA
- ☹ PEGGIOR RISULTATO ANATOMICO ED ESTETICO
- ☹ CICATRIZZAZIONE PIU' DIFFICILE



EPISIOTOMIA : DIMOSTRATO

- **Previene le lacerazioni di III° e IV° grado (che possono causare incontinenza sfinteriale).**
- **Molto di rado si accompagna a lesioni vescicali.**
- **Amplia il canale da parto.**
- **Accorcia il periodo espulsivo di almeno 10 min.**
- **Riduce la compressione sulla testa fetale.**

Cochrane review 2009

EPISIOTOMIA

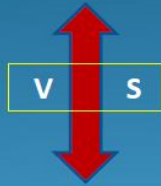


INDICAZIONE ASSOLUTA



EVIDENZA DI SOFFERENZA FETALE

EPISIOTOMIA



LACERAZIONE SPONTANEA

È stato dimostrato che l'episiotomia in **ELEZIONE** non protegge il perineo dal trauma. Il 50% delle lacerazioni di 3° grado sono associate ad episiotomia.

Esiste una grande casistica che evidenzia come l'episiotomia non previene i traumi al perineo e che il suo uso **routine è associato ad un maggior rischio di lacerazioni vaginali di alto grado.**

(Thorp JM 1987, Walker MPR 1991, Helwig JT 1993, Klein MC 1994, Sultan AH 1997, Hudalist 2005, Barbier 2007, et al..)

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.

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

BREVE,
MEDIO e
LUNGO
TERMINE

LUNGO
TERMINE

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

Incontinenza urinaria

- 23-50% gravide
- Tende a risoluzione spontanea
- 10% permanente
- Aumenta con la parità
- Si associa a diminuzione della forza muscolare (22-35%)

CISTOCELE



Incontinenza anale

- Danni allo sfintere anale sono frequenti dopo parto vaginale (35%)
- A 5 mesi dal parto, 2% donne hanno sintomi di incontinenza fecale e il 25% incontinenza ai gas

FATTORI DI RISCHIO:

- LACERAZIONI DI 3° e 4°
- PARTI OPERATIVI

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)

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*

Episiotomy for vaginal birth (Review)

Carroli G, Mignini L



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2009, Issue 1

Main results

We included eight studies (5541 women). In the routine episiotomy group, 75.15% (2035/2708) of women had episiotomies, while the rate in the restrictive episiotomy group was 28.40% (776/2733). Compared with routine use, restrictive episiotomy resulted in less severe perineal trauma (relative risk (RR) 0.67, 95% confidence interval (CI) 0.49 to 0.91), less suturing (RR 0.71, 95% CI 0.61 to 0.81) and fewer healing complications (RR 0.69, 95% CI 0.56 to 0.85). Restrictive episiotomy was associated with more anterior perineal trauma (RR 1.84, 95% CI 1.61 to 2.10). There was no difference in severe vaginal/perineal trauma (RR 0.92, 95% CI 0.72 to 1.18); dyspareunia (RR 1.02, 95% CI 0.90 to 1.16); urinary incontinence (RR 0.98, 95% CI 0.79 to 1.20) or several pain measures. Results for restrictive versus routine mediolateral versus midline episiotomy were similar to the overall comparison.

Authors' conclusions

Restrictive episiotomy policies appear to have a number of benefits compared to policies based on routine episiotomy. There is less posterior perineal trauma, less suturing and fewer complications, no difference for most pain measures and severe vaginal or perineal trauma, but there was an increased risk of anterior perineal trauma with restrictive episiotomy.

Episiotomy for vaginal birth (Review)

Carroli G, Mignini L

EPISIOTOMIA DI ROUTINE

- ⊙ > TRAUMI PERINEALI POSTERIORI

EPISIOTOMIA RESTRITTIVA

- ❖ > TRAUMI PERINEALI ANTERIORI
- ❖ MENO SUTURE
- ❖ GUARIGIONE MIGLIORE

NESSUNA DIFFERENZA :

- ❖ INCONTINENZA URINARIA
- ❖ DISPAREUNIA
- ❖ DANNI VAGINOPERINEALI GRAVI

ORIGINAL ARTICLE

Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section

Guri Rortveit, M.D., Anne Kjersti Daltveit, Ph.D., Yngvild S. Hannestad, M.D., and Steinar Hunskaar, M.D., Ph.D., for the Norwegian EPINCONT Study

Table 1. Characteristics of the Women in Each Study Group.*

Characteristic	No Deliveries (N=3339)	Cesarean Sections (N=669)	Vaginal Deliveries (N=11,299)
Age (yr)	31.0±12.0	36.0±8.3	39.8±8.4
Body-mass index	25.0±4.6	26.2±4.8	25.4±4.2
No. of deliveries	—	1.7±0.8	2.2±0.8
Yr since last delivery	—	7.7±6.4	12.1±8.0
Birth weight (g)†	—	3396±743	3542±570
Gestational age (wk)†	—	39.1±2.5	40.0±2.4

* Plus-minus values are means ±SD.

† Data are for all births in each group.

Studio epidemiologico su **15.700 donne** norvegesi di età < 65 anni con l'obiettivo di **valutare la correlazione fra il parto naturale o cesareo e l'insorgenza di incontinenza urinaria.**

N Engl J Med 2003;348:900-7.

Table 3. Observed Prevalence and Age-Standardized Prevalence of Urinary Incontinence, According to Mode of Delivery.*

Variable	All Women	Any Incontinence	Moderate or			Mixed-Type Incontinence
			Severe Incontinence	Stress Incontinence	Urge Incontinence	
<i>number of women (percent)</i>						
Any age						
No deliveries	3,339 (21.8)	338 (10.1)	125 (3.7)	158 (4.7)	52 (1.6)	104 (3.1)
Cesarean sections	669 (4.4)	106 (15.8)	37 (5.5)	47 (7.0)	15 (2.2)	37 (5.5)
Age-standardized		(15.9)	(6.2)	(6.9)	(2.2)	(5.3)
Vaginal deliveries	11,299 (73.8)	2732 (24.2)	1173 (10.4)	1664 (14.7)	203 (1.8)	768 (6.8)
Age-standardized		(21.0)	(8.7)	(12.2)	(1.8)	(6.1)
20–29 Yr						
No deliveries	2,134 (55.6)	168 (7.9)	59 (2.8)	67 (3.1)	32 (1.5)	53 (2.5)
Cesarean sections	155 (4.0)	21 (13.5)	8 (5.2)	9 (5.8)	2 (1.3)	7 (4.5)
Vaginal deliveries	1,548 (40.3)	283 (18.3)	111 (7.2)	163 (10.5)	27 (1.7)	82 (5.3)
30–39 Yr						
No deliveries	448 (10.0)	38 (8.5)	11 (2.5)	19 (4.2)	2 (0.4)	15 (3.3)
Cesarean sections	309 (6.9)	40 (12.9)	12 (3.9)	18 (5.8)	7 (2.3)	12 (3.9)
Vaginal deliveries	3,741 (83.2)	794 (21.2)	316 (8.4)	476 (12.7)	60 (1.6)	220 (5.9)
40–49 Yr						
No deliveries	363 (7.1)	72 (19.8)	34 (9.4)	34 (9.4)	10 (2.8)	24 (6.6)
Cesarean sections	156 (3.1)	31 (19.9)	10 (6.4)	14 (9.0)	2 (1.3)	14 (9.0)
Vaginal deliveries	4,593 (89.8)	1230 (26.8)	545 (11.9)	790 (17.2)	82 (1.8)	322 (7.0)
50–64 Yr						
No deliveries	394 (21.2)	60 (15.2)	21 (5.3)	38 (9.6)	8 (2.0)	12 (3.0)
Cesarean sections	49 (2.6)	14 (28.6)	7 (14.3)	6 (12.2)	4 (8.2)	4 (8.2)
Vaginal deliveries	1,417 (76.2)	425 (30.0)	201 (14.2)	235 (16.6)	34 (2.4)	144 (10.2)

* For age standardization, 10-year categories of age were used, and nulliparous women served as the reference category. The sum of women with the various types of incontinence does not equal the total with any incontinence, because the category "other types" is not shown.

Table 4. Odds Ratios for Incontinence According to Mode of Delivery.

Comparison	Any Incontinence	Moderate or Severe Incontinence	Stress Incontinence	Urge Incontinence	Mixed-Type Incontinence
<i>odds ratio (95 percent confidence interval)</i>					
Cesarean sections as compared with no deliveries					
Univariable analysis	1.7 (1.3–2.1)	1.6 (1.1–2.3)	1.6 (1.1–2.2)	1.5 (0.9–2.8)	1.9 (1.3–2.8)
Age-adjusted analysis	1.5 (1.2–1.9)	1.4 (1.0–2.1)	1.4 (1.0–2.0)	1.4 (0.8–2.6)	1.7 (1.2–2.5)
Vaginal deliveries as compared with no deliveries					
Univariable analysis	2.8 (2.5–3.2)	3.3 (2.7–4.0)	3.7 (3.1–4.4)	1.4 (1.0–1.9)	2.6 (2.1–3.2)
Age-adjusted analysis	2.3 (2.0–2.6)	2.6 (2.1–3.1)	3.0 (2.5–3.5)	1.2 (0.9–1.6)	2.1 (1.7–2.6)
Vaginal deliveries as compared with cesarean sections					
Univariable analysis	1.7 (1.4–2.1)	2.1 (1.5–2.9)	2.3 (1.7–3.1)	0.9 (0.5–1.5)	1.4 (1.0–1.9)
Multivariable analysis*	1.7 (1.3–2.1)	2.2 (1.5–3.1)	2.4 (1.7–3.2)	0.9 (0.5–1.6)	1.3 (0.9–1.9)

* Analysis was adjusted for age, parity, years since last delivery, and body-mass index.

CONCLUSIONS

The risk of urinary incontinence is higher among women who have had cesarean sections than among nulliparous women and is even higher among women who have had vaginal deliveries. However, these findings should not be used to justify an increase in the use of cesarean sections.

La nostra esperienza, la pratica clinica, gli studi epidemiologici riconfermano il parto per via vaginale come il principale agente eziologico per le disfunzioni perineali. L'evento ostetrico deve però essere inserito in un contesto di fattori predisponenti e altri fattori di rischio fenotipici.

L'obiettivo da porsi per il futuro è quello di poter quantificare il grado con cui ciascuno di questi fattori contribuisce allo sviluppo delle disfunzioni perineali al fine di migliorare la prevenzione (primaria e secondaria) e la conseguente strategia di trattamento.

L'isterectomia addominale è ancora l'intervento più frequentemente eseguito dal ginecologo. Negli USA si praticano circa 600.000 isterectomie all'anno, di cui, approssimativamente, 400.000 sono isterectomie addominali .

L'esecuzione della prima isterectomia addominale della storia della medicina è attribuita a Charles Clay di Manchester, nel 1843, ma la paziente morì nell'immediato postoperatorio.

Dieci anni dopo, nel 1853, Ellis Burnham di Lowell, nel Massachusetts, portò a termine il primo intervento di isterectomia addominale con paziente sopravvissuta. In questi, e negli altri pionieristici interventi che seguirono, veniva eseguita una isterectomia sopracervicale.

La mortalità era altissima, intorno al 70%, dovuta principalmente a complicanze emorragiche, peritonite e sepsi (epoca preantibiotica).

Thomas Keith, in Scozia introdusse la cauterizzazione del moncone cervicale, riducendo le complicanze emorragiche ed abbattendo la mortalità all'8% circa.

Negli anni '30 Richardson introdusse l'isterectomia addominale totale, distinguendo tra approccio intrafasciale ed extrafasciale, secondo una tecnica che si è tramandata sino ai giorni nostri senza sostanziali modifiche.

Tuttavia, sino agli anni '60, l'isterectomia sopracervicale o subtotale ha rappresentato l'intervento standard per la rimozione dell'utero in presenza di patologie benigne.

Il successivo report di una percentuale di carcinomi del moncone cervicale residuo ad intervento di isterectomia subtotale dello 0.3 - 1.9%, in una epoca di scarsa sensibilizzazione e diffusione dello screening citoncoologico, determinarono tuttavia, proprio in quegli anni, l'affermazione della isterectomia totale come intervento da preferire anche per le patologie benigne del corpo dell'utero, ritenendosi più importante la prevenzione di un carcinoma del moncone cervicale rispetto alla conservazione di una normale statica pelvica ed alla integrità del complesso cervicovaginale .

Esistono oggi quattro vie e tre tecniche principali per eseguire un intervento di isterectomia semplice:

LE VIE

- A. Laparotomica.**
- B. Vaginale.**
- C. Laparoscopica.**
- D. Minilaparotomica.**

LE TECNICHE

- A. Sopracervicale.**
- B. Extrafasciale.**
- C. intrafasciale.**

Un intervento di isterectomia può anche essere eseguito con approccio combinato: laparoscopico e vaginale, minilaparotomico e vaginale, laparoscopico e minilaparotomico .

ISTERECTOMIA : INDICAZIONI

- ⦿ PATOLOGIA MALIGNA DI UTERO ED ANNESSI
- ⦿ IPERPLASIA ENDOMETRIALE ATIPICA (IN DONNE IN MENOPAUSA O NON PIU' DESIDEROSE DI PROLE)
- ⦿ CARCINOMA IN SITU DELLA PORTIO (IN DONNE IN MENOPAUSA O NON PIU' DESIDEROSE DI PROLE)
- ⦿ EMORRAGIA INARRESTABILE DEL POSTPARTO
- ⦿ INFEZIONI UTERO-ANNESSIALI NON RISPONDENTI A TERAPIA MEDICA
- ⦿ FIBROMI UTERINI
- ⦿ SANGUINAMENTI UTERINI NON TRATTABILI CON TERAPIA MEDICA
- ⦿ ENDOMETRIOSI DIFFUSA/ADENOMIOSI
- ⦿ PROLASSO GENITALE

❑ L'isterectomia può danneggiare le naturali strutture di sostegno e aumentare l'ampiezza dello iato genitale, attraverso cui potrebbe successivamente farsi strada un'erniazione.

❑ L'intervento, inoltre, può rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza di incontinenza urinaria da stress.

❑ Altri significativi problemi associati all'isterectomia includono disfunzioni sessuali, prolasso della volta, problemi di natura psicologica .

❑ La chirurgia perineale, l'obesità, la stipsi, la tosse cronica, alcune occupazioni a rischio possono contribuire all'indebolimento del pavimento pelvico e al verificarsi di vari tipi di prolasso.

❑ L'isterectomia spesso non riesce a colmare le carenze di base del pavimento pelvico che causano il prolasso utero-vaginale. Infatti, fino al 40% delle donne sottoposte ad isterectomia presenta successivamente prolasso della volta vaginale .

TEORIE ANATOMO FUNZIONALI SULLA STATICA PELVICA

Emilio Imparato, Franco Viazzo

Clinica Ostetrica e Ginecologica IRCCS San Matteo - Pavia

Indirizzo per corrispondenza: Prof. Emilio Imparato
Clinica Ostetrico Ginecologica IRCCS Policlinico San Matteo
P.le Golgi 2, 27100 Pavia
tel: +39 0382 501215; fax: +39 0382 503255; e-mail: e.imparato@smatteo.pv.it

RIASSUNTO

Il tessuto fasciale e muscolare del bacino femminile, costituiscono un'unità funzionale che controlla la statica e dinamica dei visceri pelvici. Il fulcro del sistema fasciale sembra essere l'istmo uterino, il quale risulta ancorato alla parete pelvica tramite sei linee di forza. Tale sistema necessita di un supporto muscolare robusto, costituito dall'elevatore dell'ano. Le curvature della colonna vertebrale e la conformazione del bacino aiutano a scaricare in senso laterale le forze determinate dall'aumento di pressione addominale. Inoltre, l'aumento della pressione addominale determina un'attivazione dei centri nervosi che contraendo gli sfinteri garantiscono la continenza. In caso di danno fasciale, muscolare o neurologico i ripetuti aumenti di pressione addominale determinano un progressivo cedimento fino al prolasso completo dei visceri. Ne deriva che nella chirurgia del prolasso la ricostruzione fasciale e muscolare debba essere quanto più minuziosa possibile. Per quanto riguarda la fascia, poiché spesso non sono identificabili i margini della lesione, bisogna spingersi lateralmente nella dissezione, in modo da raffrontare tessuti meccanicamente meno esposti ai traumi. Per la ricostruzione muscolare ci appare riduttivo il riavvicinamento dei fasci dorsali dell'elevatore. Sono necessari ulteriori studi che permettano di identificare un approccio più funzionale nella ricostruzione muscolare analogamente a quanto avvenuto per la ricostruzione fasciale.

L'isterectomia può aumentare il rischio di insufficienza sfinterica

Sono state selezionate 67 pazienti sottoposte ad isterectomia per cause benigne e confrontate con 67 donne facenti parte di un gruppo controllo.

Tutte le donne arruolate nello studio risultavano essere incontinenti. Nel 48% delle donne sottoposte ad isterectomia è stata riscontrata una insufficienza sfinterica, solo nel 24% nel gruppo controllo.

Dall'analisi dei pazienti e dei soggetti di controllo si è individuato, eliminando gli altri fattori di rischio per insufficienza sfinterica quali, storia di chirurgia pelvica o problemi spinali nella regione lombare, un sottogruppo di 88 donne 29 sottoposte ad isterectomia e 53 no. In questo gruppo il 52% delle donne sottoposte ad isterectomia presentò insufficienza sfinterica contro solamente il 21% delle donne controllo. Da questo studio emerge che l'insufficienza sfinterica può essere una delle principali complicanze dell'isterectomia.

(Morgan JL et al, J Urol 2000; 164: 767-769)

Esiti ad un anno dopo isterectomia addominale subtotale o totale

Non è noto se l'isterectomia addominale subtotale comporti una migliore funzione vescicale , intestinale o sessuale rispetto all'isterectomia totale.

Uno studio clinico ha confrontato i due approcci chirurgici in 279 donne affette da malattia benigna. La maggior parte delle donne era in premenopausa .

La percentuale di urgenza urinaria (necessità di urinare più di 7 volte al giorno) è risultata del 33% nel gruppo sottoposto ad isterectomia subtotale e del 31% nel gruppo con isterectomia totale, prima dell'intervento chirurgico ed è scesa al 24% e al 20% , rispettivamente, a 12 mesi.

La riduzione della nicturia e dell'incontinenza da stress ed il miglioramento della capacità vescicale sono risultati simili per entrambi i gruppi.

La frequenza dei sintomi intestinali (costipazione ed uso di lassativi) e le misure della funzione sessuale (la frequenza di coito ed orgasmo ed il giudizio sulla qualità del rapporto sessuale con il partner) non sono risultati significativamente modificati in entrambi i gruppi dopo l'operazione chirurgica.

Le donne sottoposte ad isterectomia subtotale hanno presentato una minore permanenza in ospedale (5,2 giorni versus 6 del gruppo dell'isterectomia totale; $p=0,04$) ed una minore incidenza di febbre (6% versus 19%, $p<0,001$).

Dopo isterectomia addominale subtotale , il 7% delle donne presentava sanguinamento ciclico ed il 2% ha presentato prolasso della cervice.

Da questo confronto si evince che a 12 mesi né l'isterectomia totale né l'isterectomia subtotale influenzano negativamente la funzione degli organi pelvici.

Thakar R et al, N Engl J Med 2002 ; 347 : 1318-1325

TECNICA OPERATIVA AGGIUNTIVA
NELL'ESECUZIONE DI ISTERECTOMIE ADDOMINALI

F. FARINA
R. CAPUCCI

D. COSTANTINO
A. BARBERIO

R. BOLOGNESI
A. GIANELLI

RIASSUNTO Gli Autori descrivono un accorgimento di tecnica operatoria rivolto al trattamento del sistema di sostegno del moncone vaginale.

SUMMARY - The Authors reported a highly successful operating device for treating the vaginal stump support system.

INTRODUZIONE

L'allungamento della durata media della vita umana ha determinato un aumento delle pazienti anziane con affezioni benigne o maligne che devono sottoporsi a trattamento chirurgico.

Di fronte ad una patologia genitale, anche di media entità, in età peri- e post-climaterica, si è sempre più propensi ad intervenire in senso demolitore; questo anche grazie ai progressi fatti nel campo della chirurgia ginecologica ed alle elevate garanzie offerte dalle tecniche anestesiológicas e di rianimazione, che hanno ridotto la mortalità e la morbilità chirurgica e post-chirurgica a livelli una volta ritenuti impossibili.

L'utero può essere asportato per via addominale o vaginale; la scelta è spesso dettata, fatta eccezione per alcune patologie, più da motivi soggettivi del chirurgo che non da ragioni obiettive.

Tra le due tecniche non sussistono grosse differenze per quanto riguarda la mortalità e la morbilità, tuttavia, a distanza di tempo, con entrambi i metodi possono sopravvenire delle complicanze, come il prolasso della cupola vaginale preso da noi in esame.

Gli Autori, in considerazione del riscontro del prolasso della cupola vaginale, propongono l'introduzione di una tecnica operatoria aggiuntiva che, pur rendendo sempre spedito l'intervento, evita la comparsa di tale affezione.

DESCRIZIONE DELLA TECNICA

Asportato l'utero, e suturato il fondo vaginale, ciascun angolo della vagina viene ancorato al moncone del ligamento rotondo omolaterale. La legatura viene effettuata sui capi del punto di sutura in materiale non riassorbibile applicato precedentemente sulla cupola vaginale, la scelta dei punti di sutura a cui ancorare il moncone del ligamento rotondo varia a seconda della tensione che si ritiene più opportuno esercitare sulla cupola vaginale. Si procede quindi alla peritoneizzazione, che risulta particolarmente agevole e completa.

CONCLUSIONI

Tra le numerose tecniche esistenti quella da noi scelta è presumibilmente la più semplice, comunque non abbiamo mai riscontrato casi di prolasso vaginale dopo isterectomia totale con annessiectomia bilaterale se trattati con tale tecnica, né tantomeno nei controlli a distanza è emersa una sintomatologia dolorosa addominale o inguinale secondaria a trazioni troppo energetiche sui legamenti, o infine casi di dispareunia.

Riteniamo, infine, che questa metodica possa modificare positivamente anche la dinamica uro-vescicale in quei soggetti caratterizzati da una particolare lassità del pavimento pelvico.

BIBLIOGRAFIA

- BALL T.L.: *Gynecologic surgery and urology*. 2ª ed., C.V. Mosby Company, St. Louis, 1963.
- PARSONS L., ULFELDER H.: *Atlante delle Operazioni Pelviche*. S.E.U., pag. 42, Roma, 1972.
- STOESSER F.G.: *Construction of a sacrocervical ligament for uterine suspension*. Surg. Gynecol. Obstet., 101: 638, 1955.
- TRAINA V.: *Particolari di tecnica operatoria nell'esecuzione di isterectomie addominali*. Min. gin., 31: 605, 1979.
- WILLIAMS B.F.P.: *Surgical treatment for uterine prolapse in young women*. Am. J. Obst. Gynec., 95: 967, 1966.

CONCLUSIONI

LA ISTERECTOMIA, QUALUNQUE SIA LA TECNICA DEVE ESSERE CONSIDERATA UNA IMPORTANTE CONQUISTA DELLA CHIRURGIA GINECOLOGICA.

LE TECNICHE CHIRURGICHE IN CONTINUA EVOLUZIONE E IL SUPPORTO ANESTESIOLOGICO HANNO RIDOTTO NOTEVOLMENTE LA MORTALITA' E LA MORBILITA' .

L'ABUSO CHE SI E' FATTO NEI DECENNI PRECEDENTI, CONSIDERANDO ANCHE L'ASSENZA DI TERAPIE MEDICHE EFFICACI PER TALUNE PATOLOGIE BENIGNE, SI E' NOTEVOLMENTE RIDOTTO.

I PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI FANNO SI CHE SEMPRE MENO DONNE ARRIVINO AL LETTINO OPERATORIO PER INTERVENTI DEMOLITIVI.

LA RIDUZIONE, QUINDI DELLE ISTERECTOMIE A RIDOTTO NOTEVOLMENTE TUTTE LE COMPLICANZE A BREVE MEDIO E LUNGO TERMINE.

PER POTER FARE UN ULTERIORE SALTO DI QUALITA' E' NECESSARIO:

■ ESSERE PRIMA DI TUTTO DEI BUONI CLINICI .

■ CONOSCERE L'ANATOMIA CHIRURGICA

**■ NON IMPROVVISARSI CHIRURGI, O PEGGIO ANCORA
LAPARASCOPISTI, COME LA MODA RICHIEDE.**

■ NON FARE INTERVENTI NON NECESSARI,

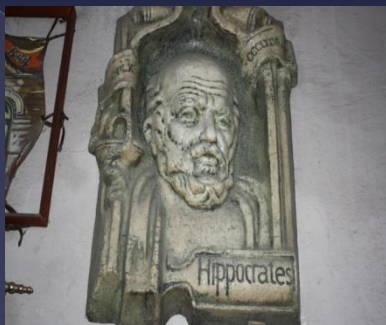
**■ SCEGLIERE LA TECNICA PIU' CORRETTA PER QUELLA
PATOLOGIA E PER QUELLA DONNA.**

**■ FARE QUELLO CHE E' NECESSARIO RISPETTANTO
L'ANATOMIA.**

**■ FARE DELLA BUONA CHIRURGIA PER FARE DEL BENE
E NON PER DIVENTARE FAMOSI.**

E PER IL DANNO PERINELE DA PARTO?

- 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
- LIMITARE LE INDUZIONI MEDICHE AL TRAVAGLIO
- QUANDO POSSIBILE, FAVORIRE IL MOVIMENTO LIBERO IN TRAVAGLIO.
- 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



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



SCUSATE MA VADO DI CORSA

