

Pavimento Pelvico

Prevenzione

Cura

e Riabilitazione

Ostetrica Stefania Toselli

Salute Donna AUSL FE



La salute perineale incide significativamente e qualitativamente sulla vita della donna in tutte le sue fasi di passaggio; pubertà, menarca, attività sessuale, gravidanza parto, menopausa.

Eventuali alterazioni del pavimento pelvico possono essere motivo di limitazione sociale, sessuale e relazionale.

L'ostetrica è quindi la figura professionale preposta a promuovere-prevenire-curare la salute perineale.

PREVENZIONE PRIMARIA

- La prevenzione primaria è una fase demedicalizzata e fuori dai trattamenti sanitari
- Prevenire una patologia vuol dire incidere in ambito sociale, scolastico, psicologico, lavorativo e familiare, sessuale, sportivo ed economico.

PREVENZIONE PRIMARIA IN GRAVIDANZA

INFORMARE LE DONNE

Fornire strumenti e risorse per la preparazione del perineo al parto

Valutare fattori di rischio preesistenti per guidare la condotta in travaglio di parto

In sala parto.....

- Limitare le induzioni mediche
- Quando è possibile favorire il movimento libero, il suo naturale istinto di risposta al dolore
- Favorire le posizioni libere e considerare le posizioni alternative alla ginecologica
- Valutare con raziocinio la necessità di episiotomia

- Non esercitare pressioni o forzature addominali
- Favorire la minzione spontanea prima dell'espulsivo
- Nel caso di parto difficile, valutare un punteggio di rischio e la prevenzione secondaria

PREVENZIONE SECONDARIA

Età

Tipo di tessuti e primiparità

Peso fetale superiore ai 4000gr

Secondo stadio del parto prolungato

Posizione OP

Parto precipitoso o strumentale

Episiotomia mediana

DANNO OSTERICO PERINEALE

Può essere limitato adottando strategie ed interventi preventivi e terapie integrate

Ma non può essere evitato in quanto 85% dei parti vaginali comporta un trauma perineale che nel 70% richiede un intervento

La puerpera deve essere inserita in un percorso di educazione, diagnosi e riabilitazione

PERINEAL CARE PROGRAM

Riconoscere e trattare precocemente i
soggetti a rischio

Attuare un programma educativo e
preventivo di disfunzioni perineali

PREVENZIONE TERZIARIA

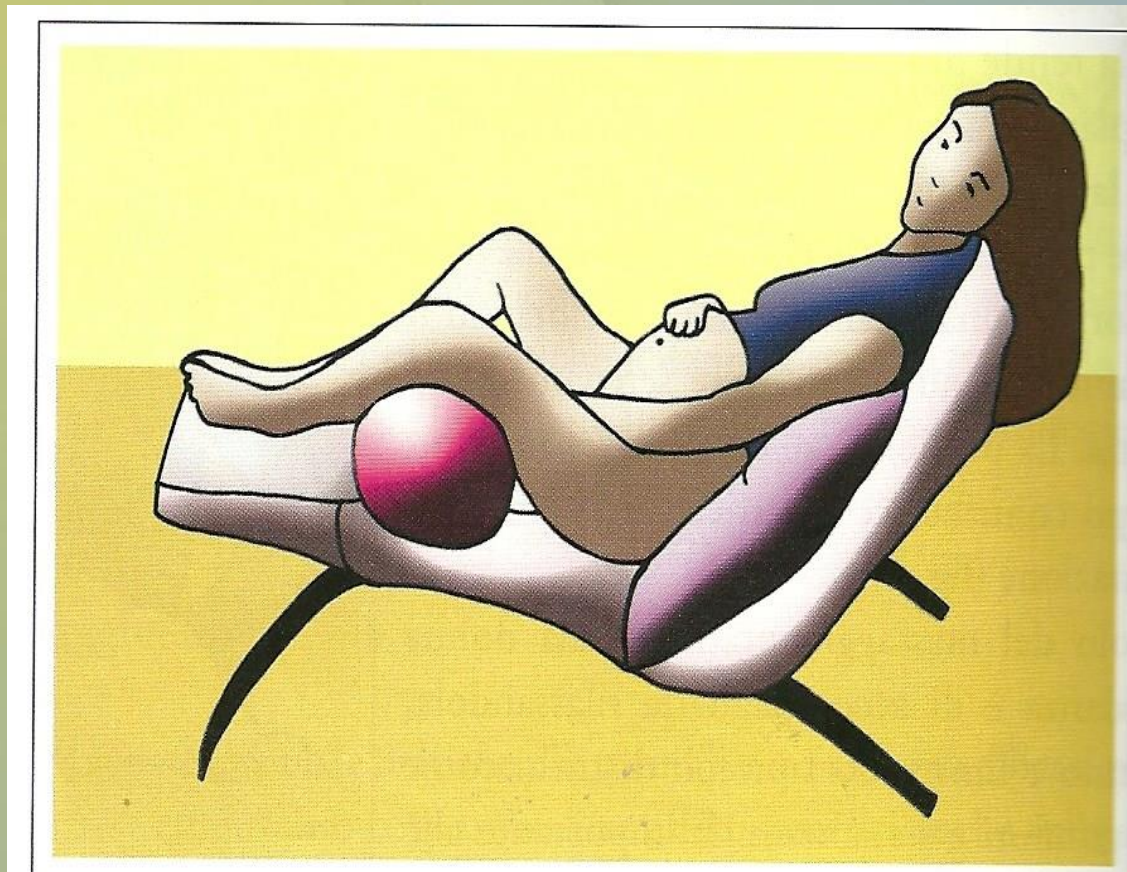
Pianificare interventi di recupero e di riabilitazione delle funzioni perineali

RIABILITARE significa restituire
un'abilità che si presume perduta o
diminuita, ma che si può **RIATTIVARE**

Vantaggi della Riabilitazione del P.P

- Semplicità
- Basso costo
- Assenza di effetti collaterali
- Non interferisce con altri trattamenti

RIABILITAZIONE IN CORSO DI GRAVIDANZA



- PUO' ESSERE NECESSARIA SE IL TESTING PERINEALE E' INSUFFICIENTE
- SE E' PRESENTE I.U.S. NEL 1° 2° TRIMESTRE
- SE E' PRESENTE CISTOCELE
- SI CHINESITERAPIA / SI BIOFEEDBACK

Protocollo riabilitativo in gravidanza

Corsi di preparazione al parto

- Conoscenza e Informazione (utilizzo di immagini di anatomia e fisiologia del perineo)
- Insegnamento dell' automassaggio vaginale, degli esercizi di Chinesiterapia (contrazioni fasiche e toniche)
- Training muscolare di potenziamento per prevenire l'incontinenza

PREPARARE IL PERINEO AL PARTO

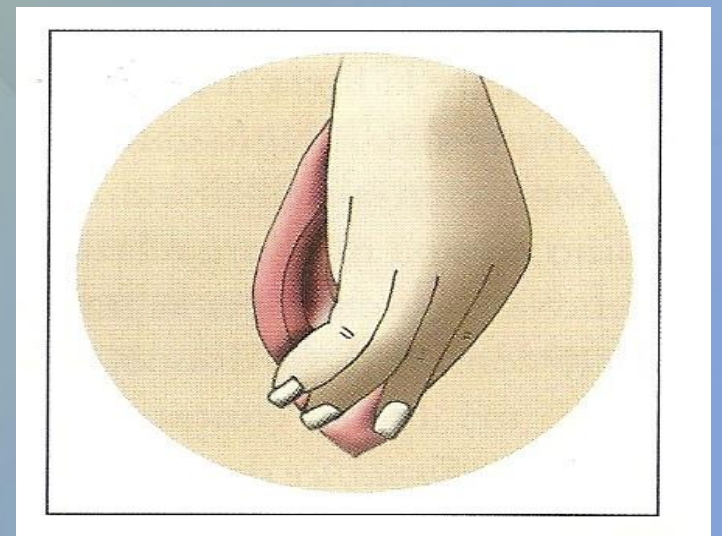
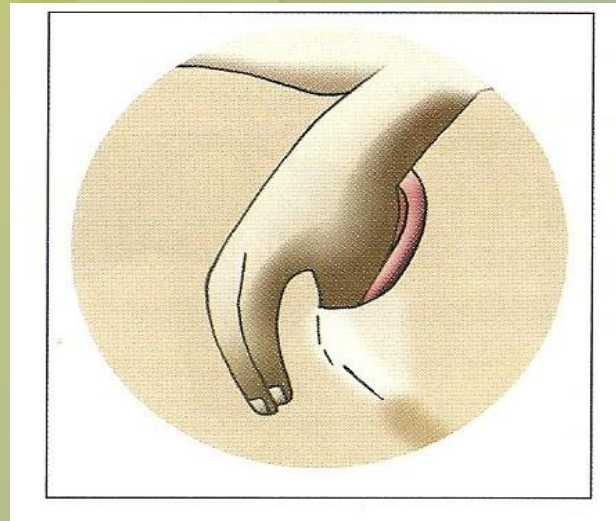
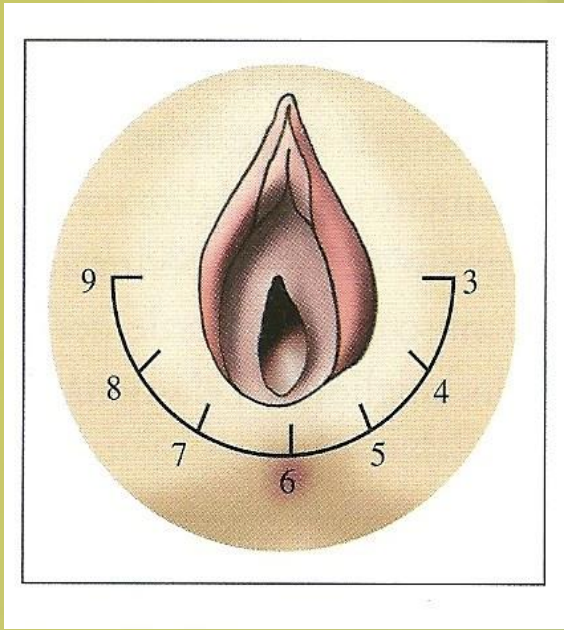
Conoscere questa parte del corpo è fondamentale per tutte le donne

Massaggiare il perineo agevola il parto, previene le lesioni, aiuta nel dopoparto, nella menopausa, contiene un eventuale prollasso uterino.

- Strizzare una spugna bagnata con i muscoli del perineo
- Infine concludi con un sorriso del perineo
- Visualizza l'ascensore, fallo salire contraendo sempre più il muscolo perineale dal primo al terzo piano. Attenta a non stringere i glutei e tirare le spalle.

Alcuni semplici esercizi per il perineo da eseguire in gravidanza e dopo:

- Con il perineo pensare di mangiare una ciliegia e sputarla
- Immagina di fare l'uovo
- Scrivere il tuo nome in corsivo



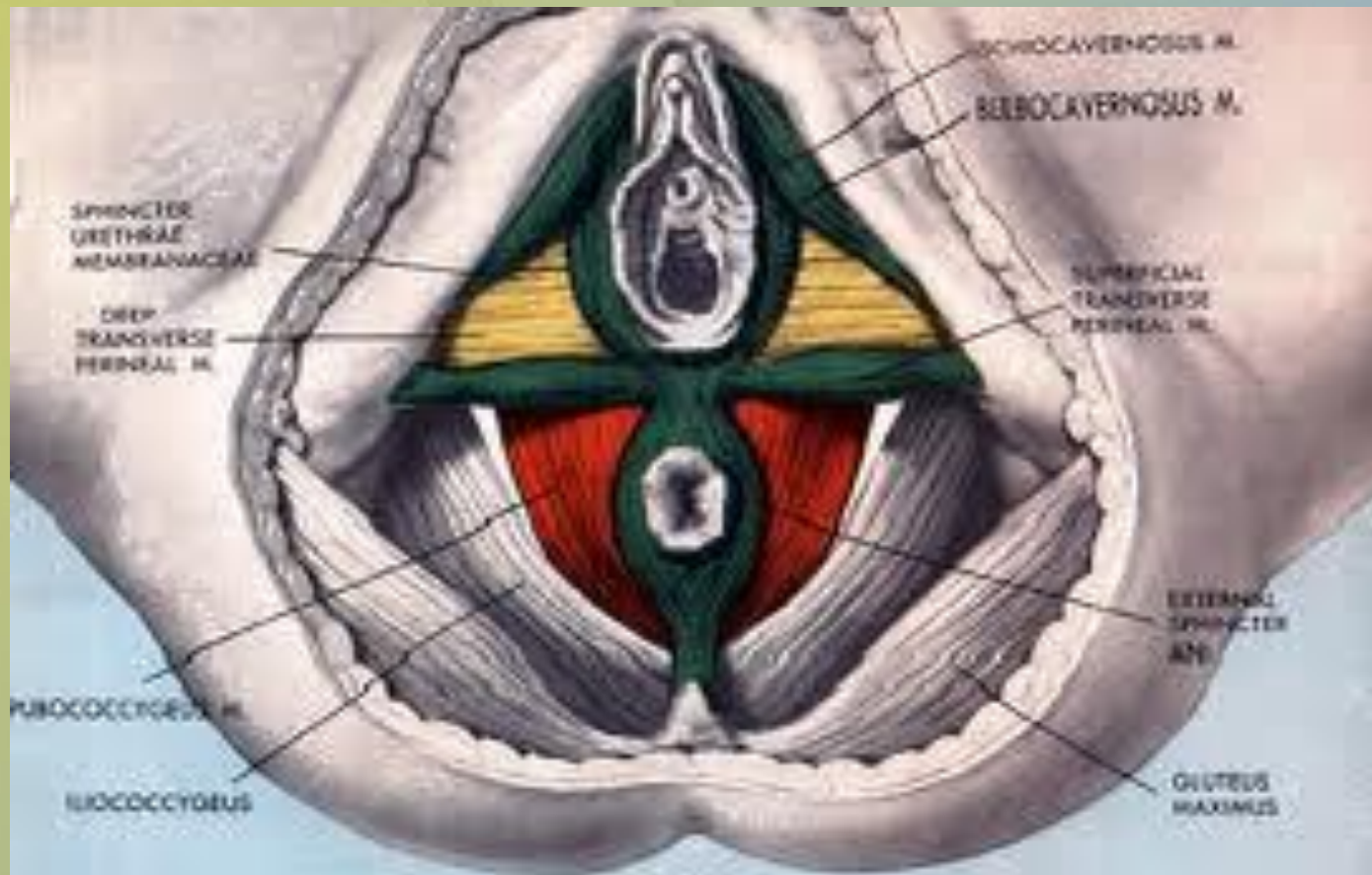
Applicazione della rieducazione del P.P

- Obiettivo ginecologico
- Obiettivo uro-ginecologico
- Obiettivo sessuologico
- Obiettivo colo-proctologico

PIONIERI DELLA RIABILITAZIONE

- **H. KEGEL** anni '50
- **FALL e LINDSTROM** anni '70 pongono le basi neurofisiologiche della F.E.S.
- **BOURCIER e PERRIGOT** (scuola francese) sottolinea la necessità della sequenzialità dell'esercizio terapeutico, anni '80-'90
- **In Italia anni '90** si cominciano ad usare metodiche conservative, nel 1992 la riabilitazione acquista dignità scientifica

Anatomia pp



Tecniche di riabilitazione pelvi-perineale

- Chinesiterapia distrettuale
- Biofeedback distrettuale
- Elettrostimolazione funzionale
- Cinetica toraco-addomino-lombo
pelvica
- Training vescicale

Elettrostimolatore ambulatoriale e domiciliare



Pavimento Pelvico Ipocontrattile Ipotonico

- Incontinenza urinaria da sforzo, mista, e da urgenza
- Incontinenza anale
- POP
- Sindrome perineo discendente

Pavimento Pelvico Ipertonico

- S. vescica iperattiva (urgenza- frequenza)
- Disturbo dello svuotamento (per aumento delle resistenze uretrali o inibizione vescicale)
- Stipsi da ostacolo all' uscita
- Anismo
- Vaginismo e dispareunia
- Dolore (perineal, bladder, anal, pelvic, vulval, vaginal, urethral)

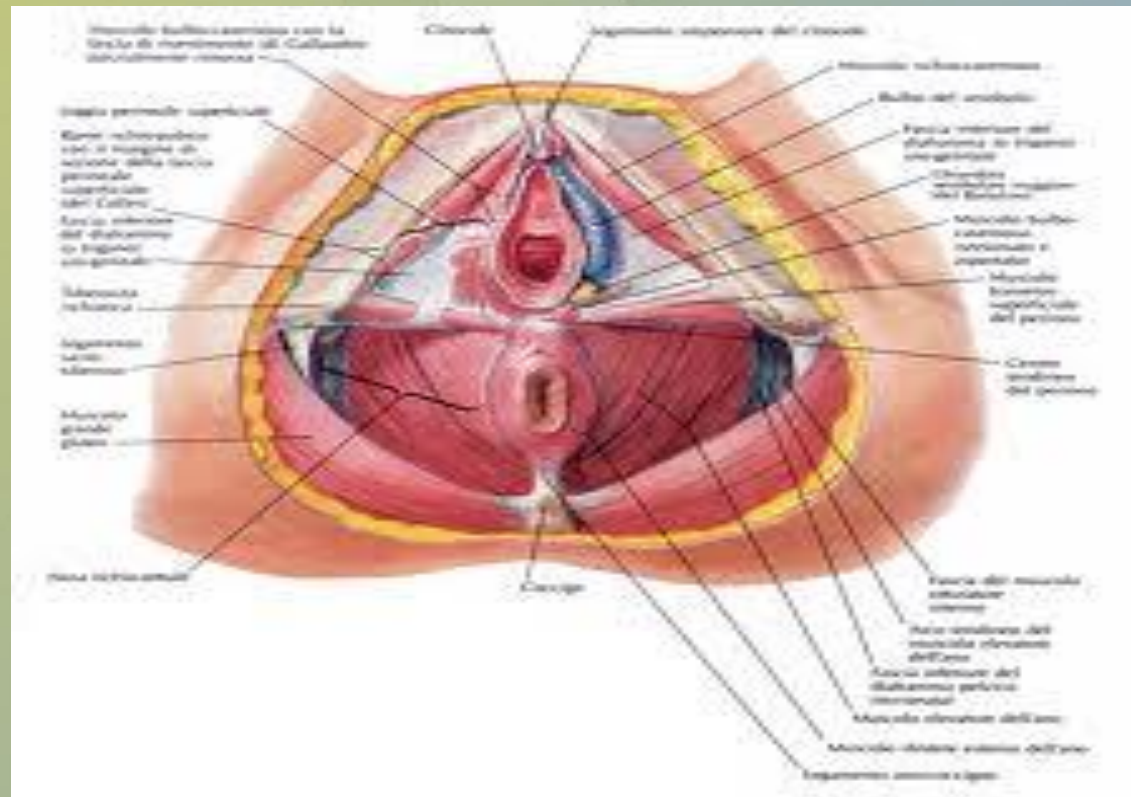
Disfunzione muscolare perineale

• **Ipovalidità**

- denervazione perineale da stiramento del N. Pudendo (parto, prolasso)
- lacerazione perineale con inibizione antalgica
- annullamento del controllo corticale nel puerperio
- interventi chirurgici (esiti cicatriziali, stiramenti, perdita degli angoli pelvici, denervazione.....)
- menopausa (alterazione dei connettivi, della mucosa uretrale , ipotrofia delle fibre fasiche dell'elevatore

Le tecniche riabilitative sono dette
di “**RECUPERO**”
e combinate a seconda dello
specifico problema, hanno
l'obiettivo di migliorare il controllo
volontario e le performances
biomeccaniche dei muscoli
perineali.

Tutte le tecniche si rivolgono all' elettiva
utilizzazione del gruppo muscolare dell'
ELEVATORE DELL' ANO
dotato di azione sfinterica ed elevatrice



Fibre muscolari del P.P

Le fibre I e II sono presenti nel muscolo elevatore dell' ano e assicurano:

- Tono muscolare per lunghi periodi (supporto dei visceri pelvici)
- Aumento del livello di contrazione subitaneamente per contrastare l'incremento pressorio intra addominale (attivazione del riflesso addomino perineale)
- Occlusione uretrale in corso di volontaria interruzione del mitto

Distribuzione delle fibre muscolari striate

Sfintere parauretrale: fibre di tipo 1°

Funzione:

Mantenimento della chiusura dell'uretra

Elevatore: fibre di tipo 1° e 2°

Funzione:

Supporto visceri pelvici mediante il mantenimento del tono muscolare per lunghi periodi

Opposizione agli incrementi pressori addominali mediante l'aumento rapido del tono muscolare (tosse, starnuto, spinte)

Riflesso addomino-perineale

Chinesiterapia distrettuale

- La C.P.P rivolgendosi elettivamente all' Elevatore dell' ano persegue finalità specifiche:

- 1 azione di supporto dei visceri pelvici
- 2 sostegno della giunzione vescico- uretrale
- 3 mantenimento della pressione di chiusura uretrale
- 4 sviluppo del riflesso di chiusura perineale allo sforzo
- 5 rinforzo della motricità volontaria sfinterica (uretrale ed anale)
- 6 miglioramento della qualità della vita sessuale

Chinesiterapia

Metodologia

Il percorso chinesiterapico è **sequenziale** ed ha l'obiettivo di facilitare nella donna la presa di coscienza dell'attività muscolare perineale tramite una "corticalizzazione" degli eventi motori di un'area corporea poco rappresentata a livello delle aree primarie corticali, motoria e sensitiva.

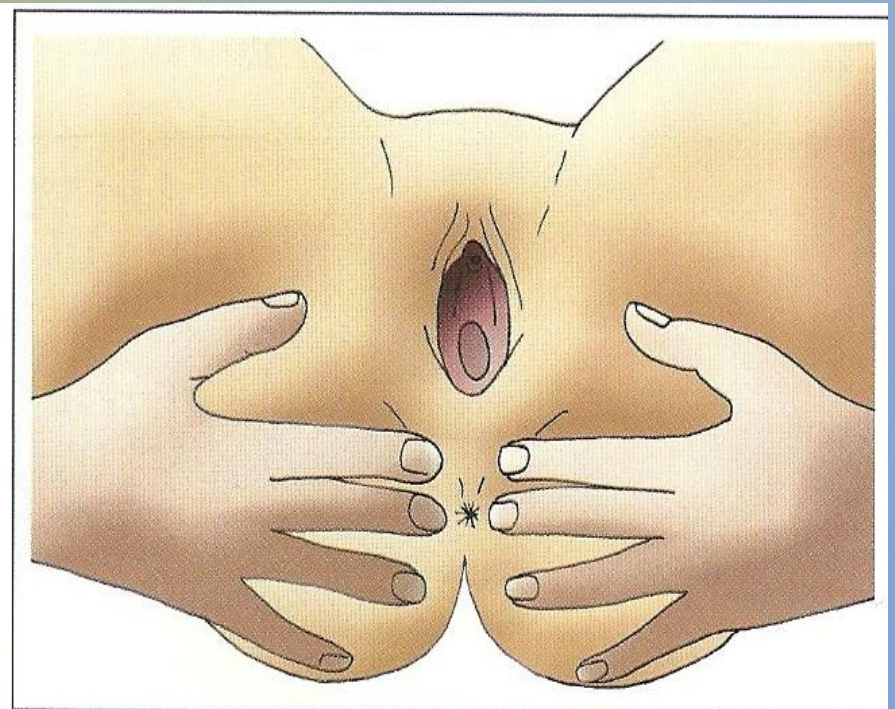
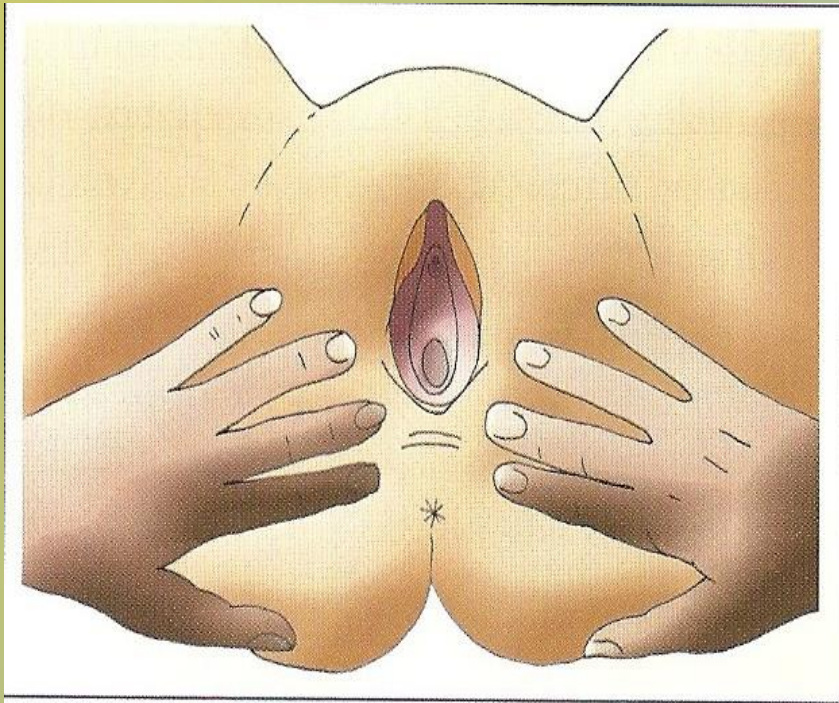
Chinesiterapia Perineale

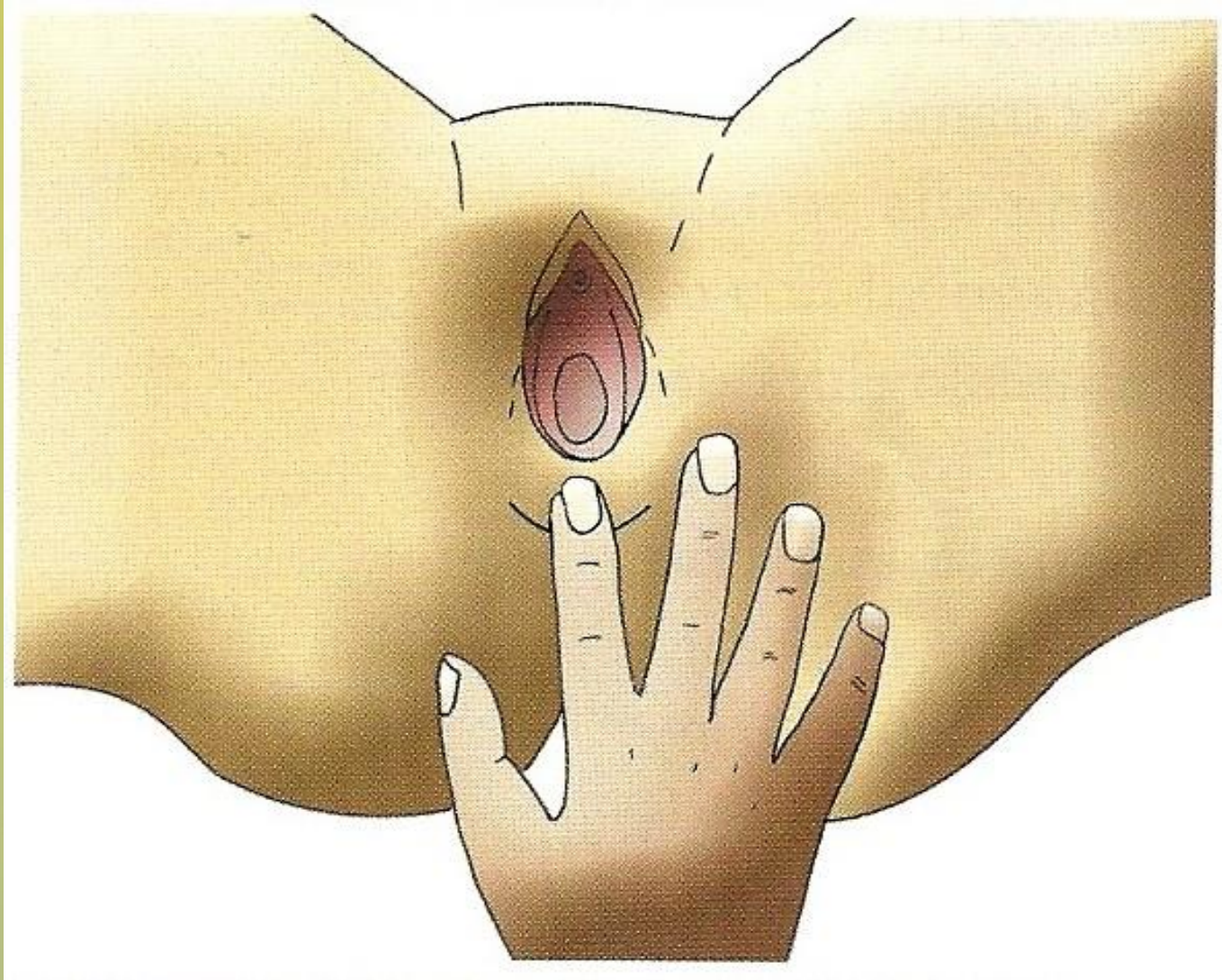
- PRESA DI COSCIENZA
- ELIMINAZIONE SINERGIE AGONISTE ED ANTAGONISTE
- TRAINING MUSCOLARE
 - Individuale
 - A gruppi
- INTEGRAZIONE DELL' ATTIVITÀ MUSCOLARE CON L' ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

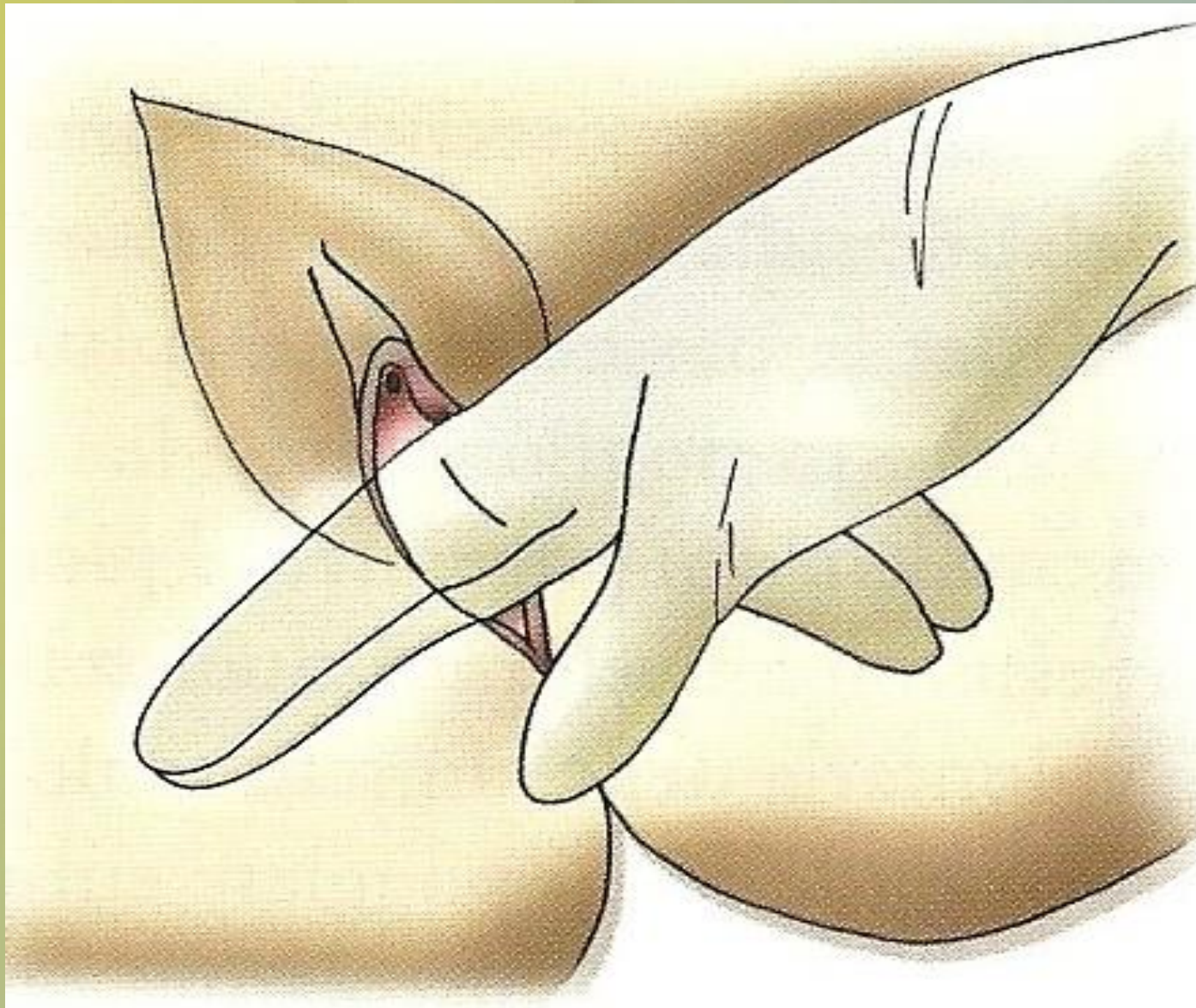
PRIMA FASE: PRESA DI COSCIENZA

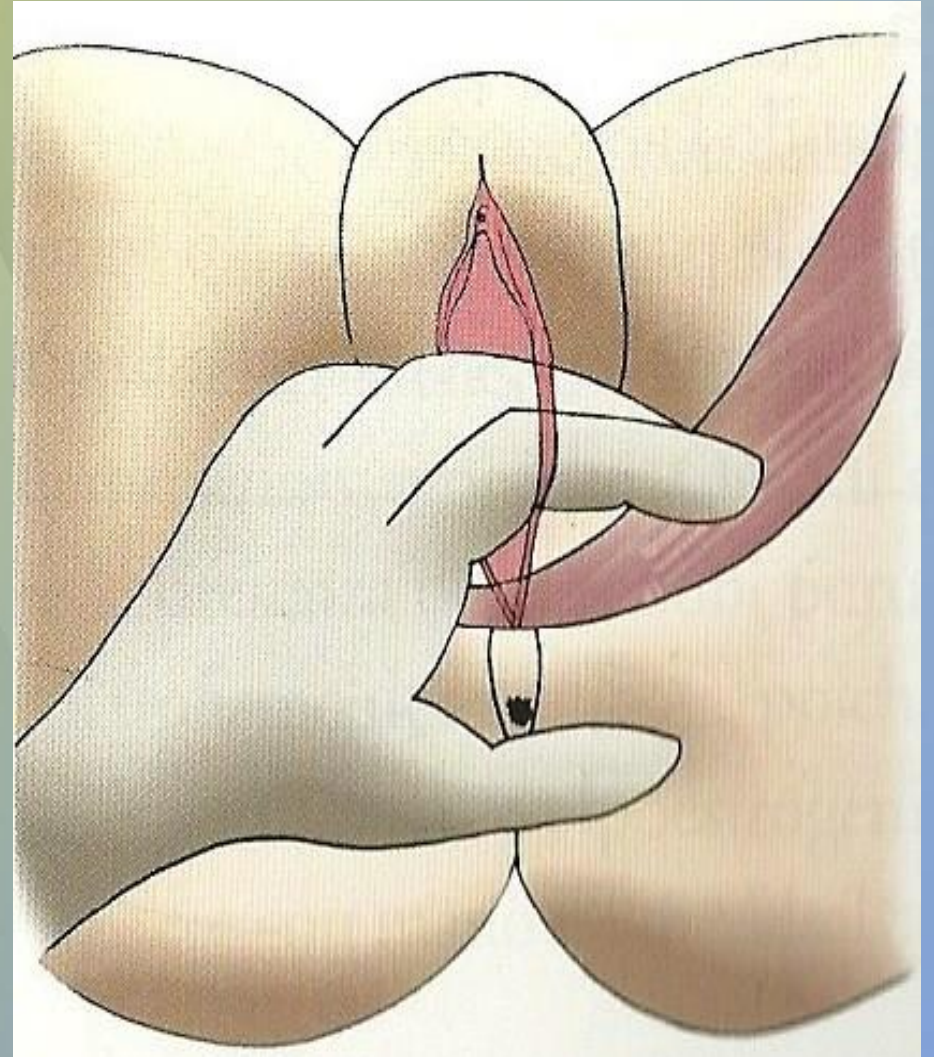
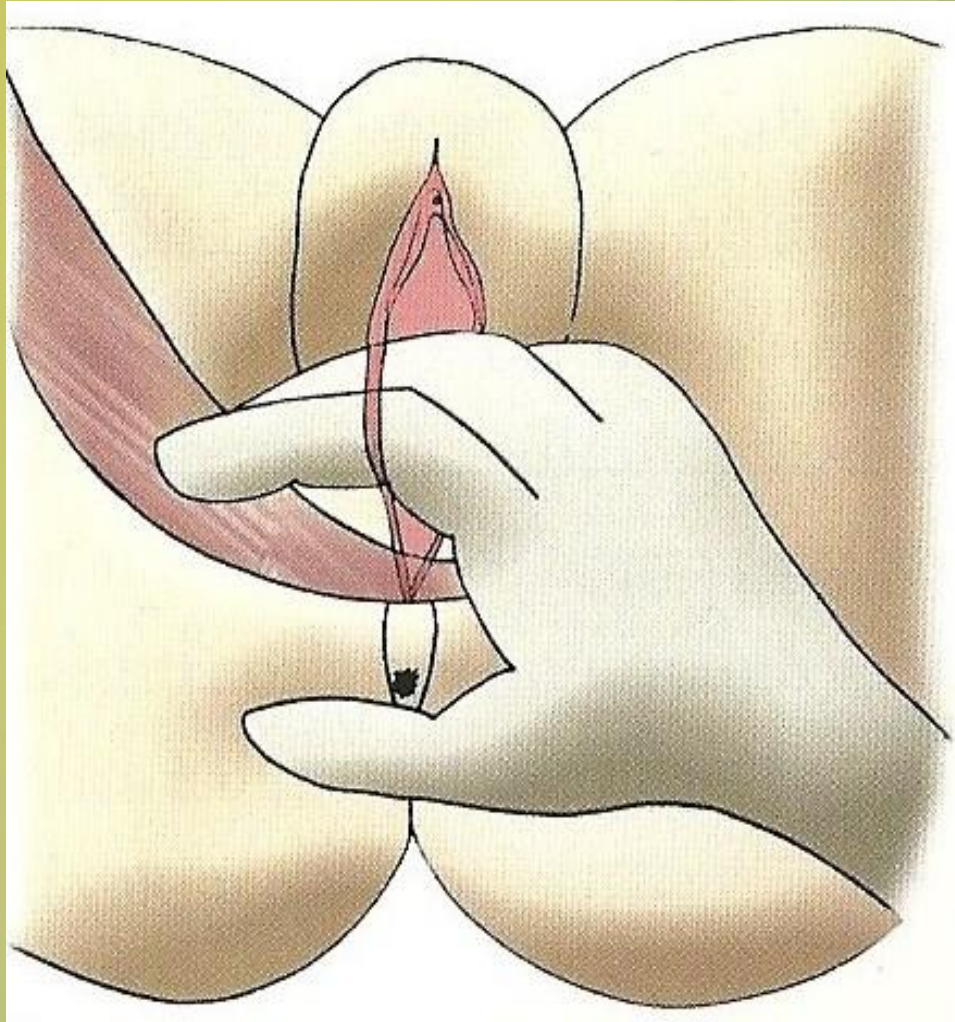
- E' LA FASE PIU' DELICATA DELL'INTERO PROGRAMMA TERAPEUTICO, DA ESSA DIPENDE IN GRAN PARTE IL RISULTATO COMPLESSIVO.
- LA POSIZIONE GINECOLOGICA MODIFICATA E' LA PIU' IDONEA PER LA PAZIENTE AI FINI DI UNA BUONA PERCEZIONE DELL'ELEVATORE DELL'ANO.

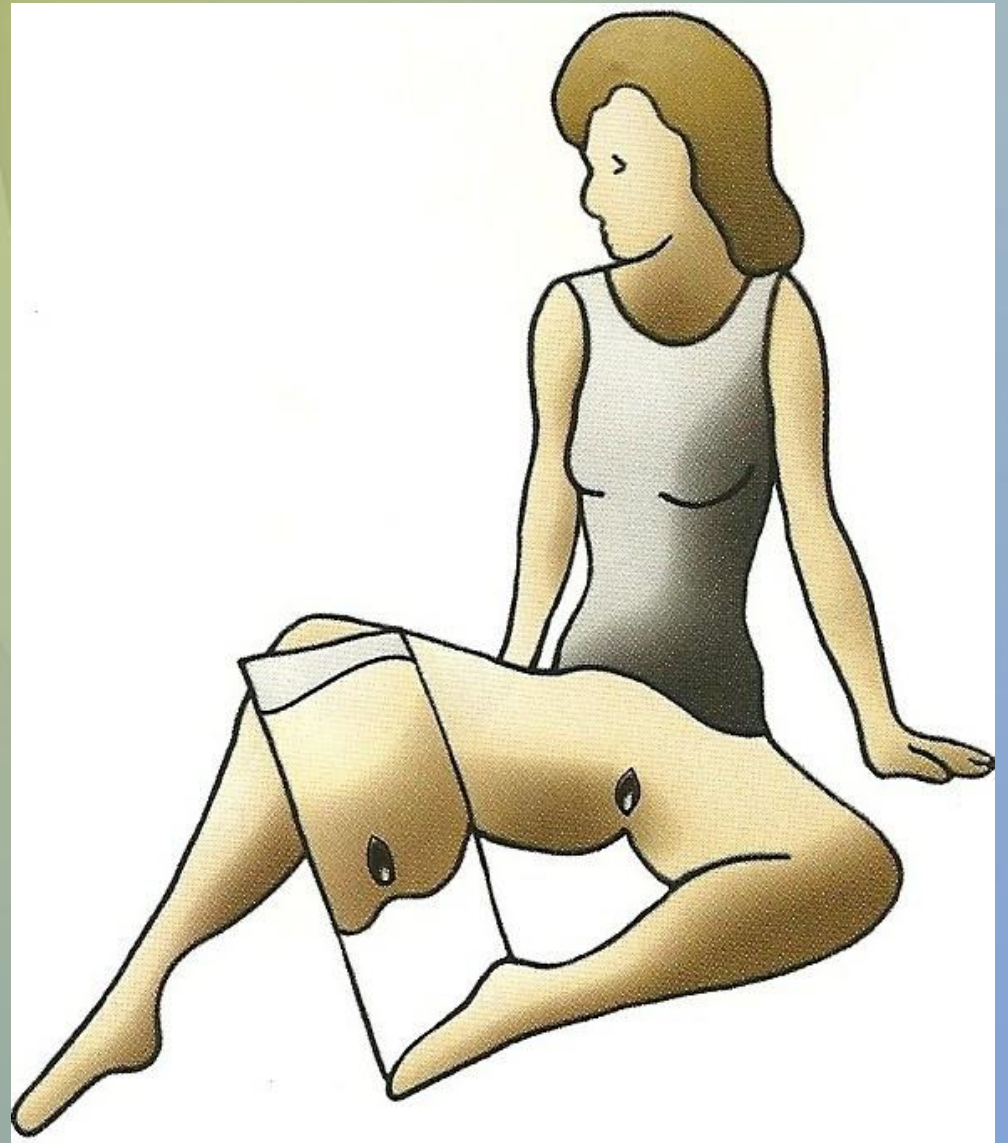
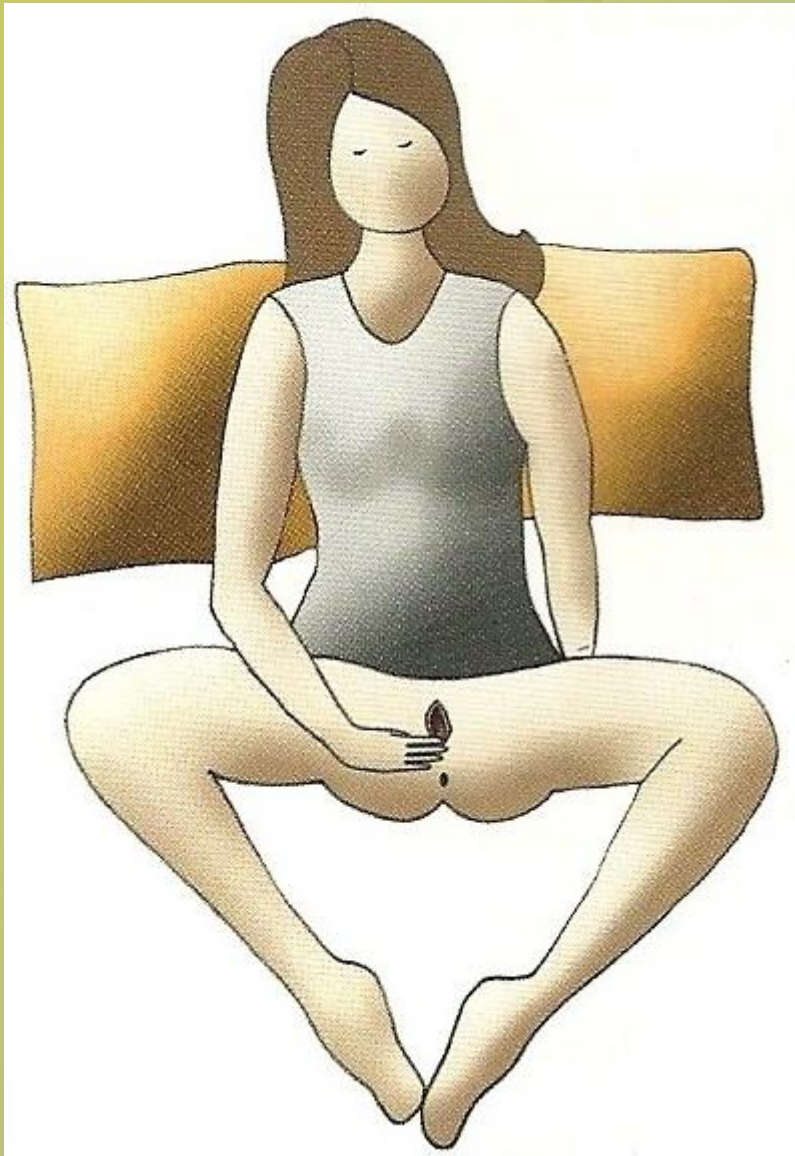
- INDIVIDUATA LA POSTURA DI LAVORO IDEALE PER LA PAZIENTE IL TERAPISTA DA' INIZIO A TECNICHE DI STRETCH REFLEX PERINEALI.







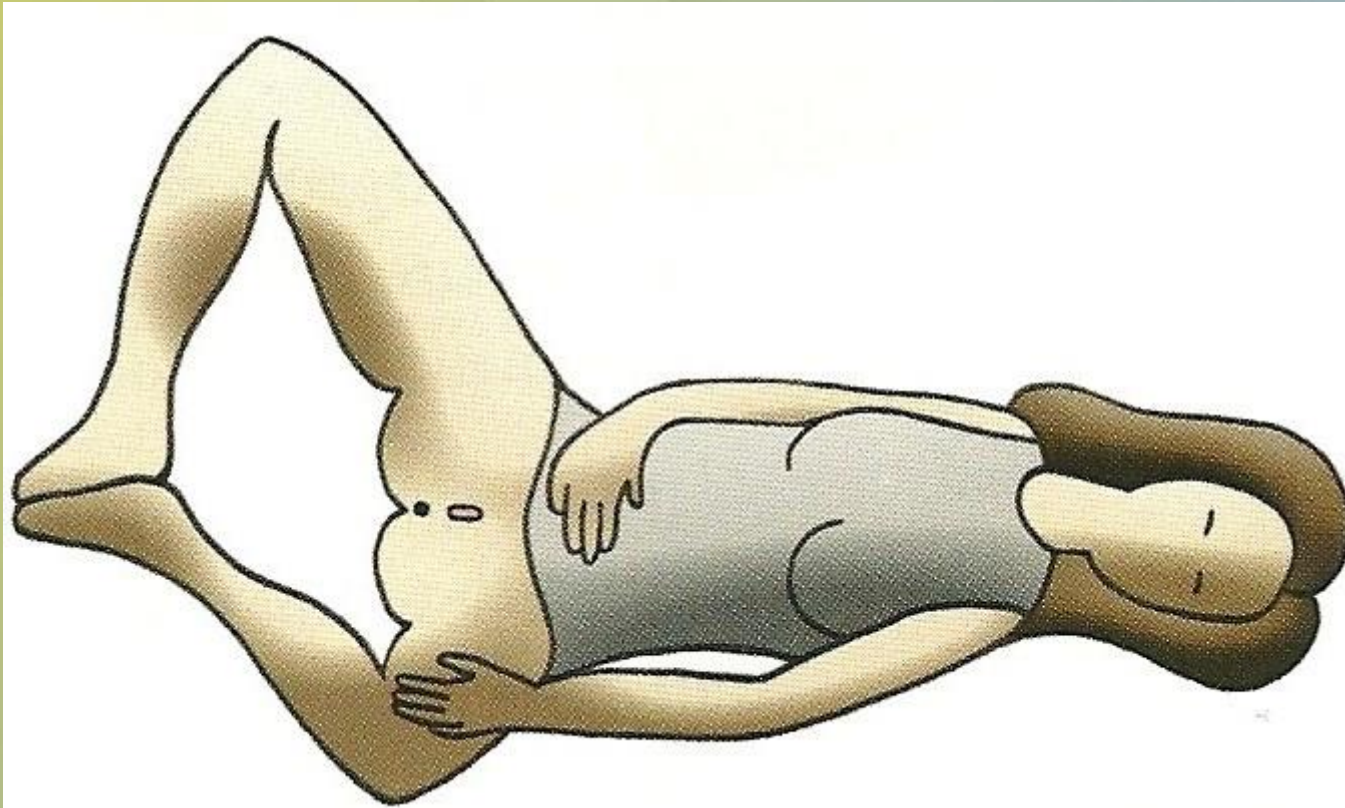




SECONDA FASE: ELIMINAZIONE DELLE SINERGIE AGONISTE ED ANTAGONISTE

Questa fase del programma è indissociabile dalla precedente, la donna dopo aver acquisito consapevolezza dell'esistenza anatomica del perineo e della possibilità di muoverlo (corticalizzazione) deve verificare l'interferenza di pattern disfunzionali quali glutei ed adduttori (muscoli agonisti) e addominali e diaframma (muscoli antagonisti).

Che durante l'attività perineale
devono essere inibiti



Nei casi più complessi di inversione del comando è utile ricorrere all'utilizzo di apparecchiature di Biofeedback.

Quando la paziente è in grado di effettuare una contrazione isolata del Pubo Coccigeo si passa alla fase successiva.

TERZA FASE: TRAINING MUSCOLARE PERINEALE

Questa fase è il cardine del trattamento riabilitativo, il training agisce sull'elevatore dell'ano, incrementando la forza, la resistenza allo sforzo e la velocità di accorciamento del muscolo, modificando la sua estensibilità e elasticità.

In che modo?

Agendo sulle fibre fasiche e toniche.

Il programma prevede sia
esercizi **isotonici** finalizzati
allo sviluppo delle fibre
fasiche o rapide
che esercizi **isometrici**
finalizzati allo sviluppo delle
fibre toniche o lente.

Gli esercizi isotonici consistono in rapide contrazioni del P. Coccigeo, seguite da un periodo di riposo doppio rispetto al periodo di contrazione,

generalmente
**3sec. di contrazione e
6 sec. di riposo.**

Questi esercizi possono essere facilitati dallo stretch reflex e dalla massima resistenza opposta dal terapeuta.

L'attivazione dei motoneuroni fasici richiede il massimo sforzo (massima tensione-massima velocità).

In questo modo si aumenta la contrazione fasica dell'elevatore dell'ano importante nei casi di aumenti della pressione endo-addominale.

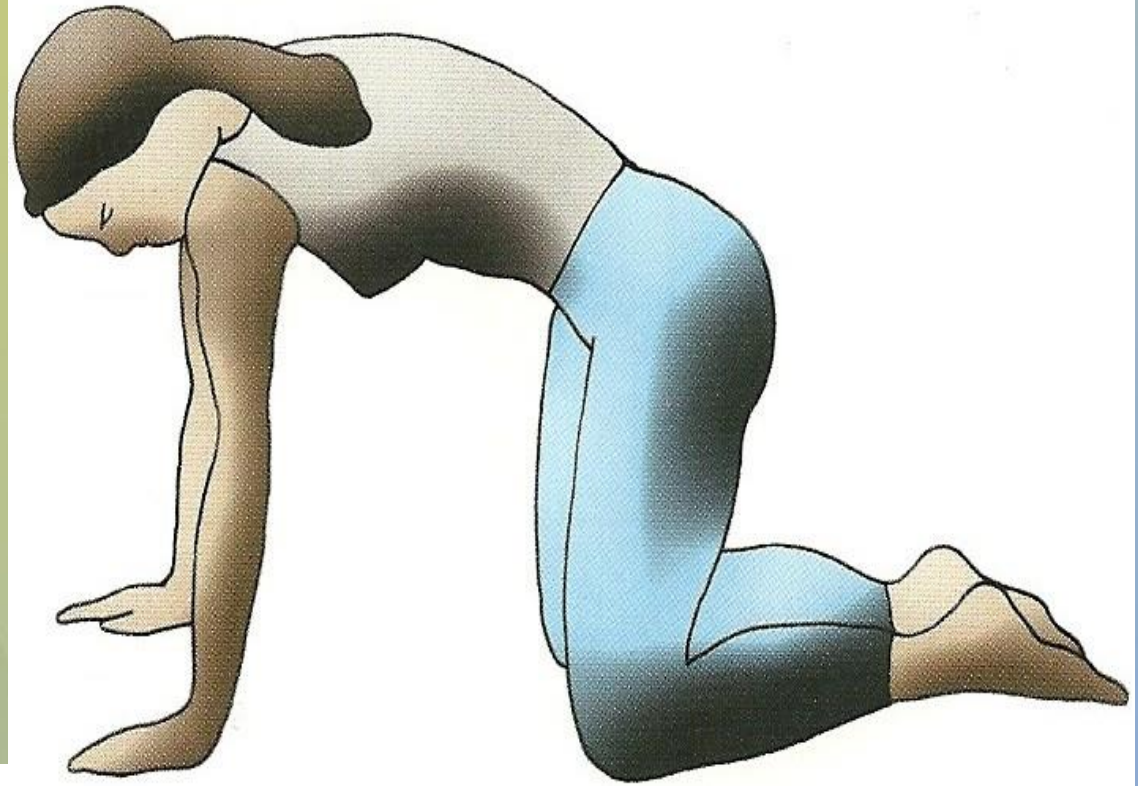
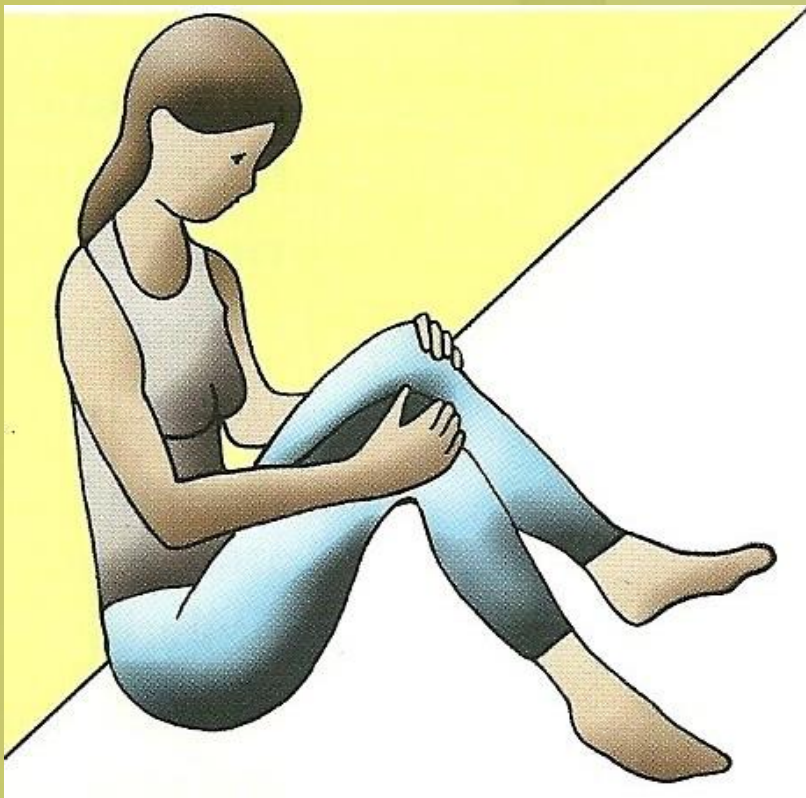
ESERCIZI ISOMETRICI

Migliorano la performance delle fibre toniche, si basano su carichi medi e numerose ripetizioni.

Si caratterizzano per il mantenimento della contrazione muscolare per 5-6, sec sviluppando una forza compresa tra il 50% 75% della forza massimale.

Si richiedono **numerose ripetizioni** di ciascuna contrazione intervallata da **adeguati periodi di riposo** (durata doppia del tempo di contrazione).

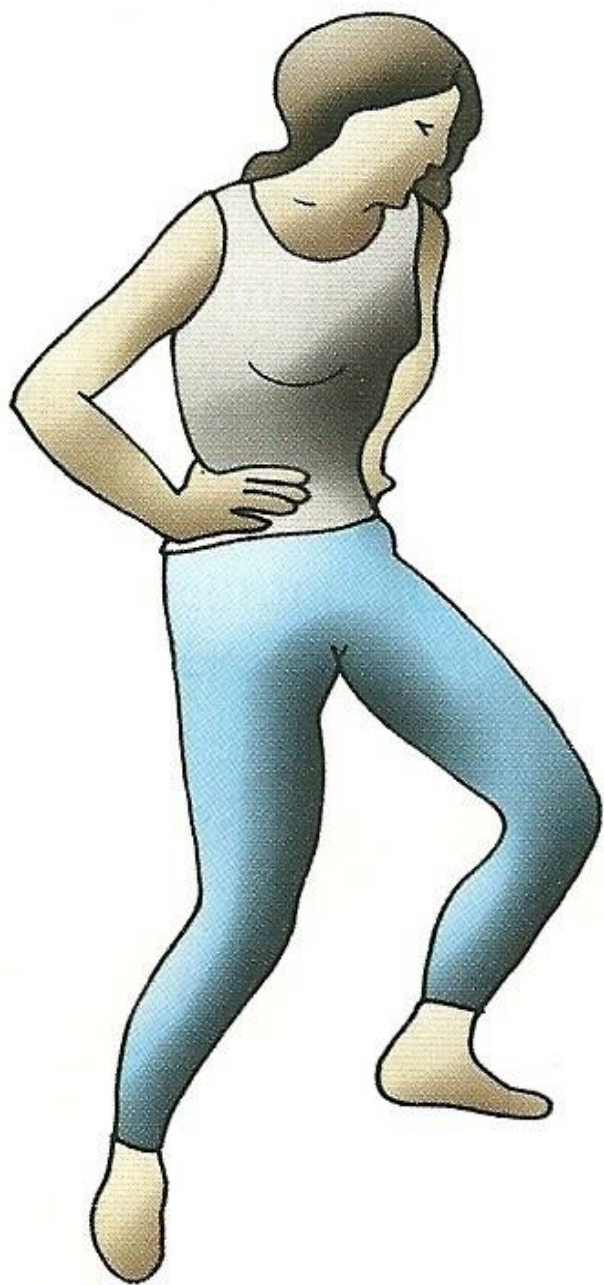
Questi esercizi aumentano il tono di base dell'elevatore dell'ano, riducendo l'affaticabilità del muscolo stesso (migliorano l'endurance) e quindi la continenza a riposo.



QUARTA FASE: AUTOMATIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ MUSCOLARE PERINEALE DURANTE L'ATTIVITÀ QUOTIDIANA.

Consiste in esercizi in cui le attività motorie perineali si integrano con la contemporanea attivazione della muscolatura agonista ed antagonista al fine di mimare situazioni tipiche della vita quotidiana.

Per eseguire questi esercizi è necessario un alto grado di integrazione corticale che permetta di associare o dissociare l'attività dei gruppi muscolari dedicati.



Questa fase finale per quanto non raggiunta da tutte le pazienti deve rappresentare il traguardo del training perineale nelle donne affette da I.U.S.

Competenza e sinergia di funzionamento

Il pavimento pelvico viene ritenuto competente quando è in grado di sviluppare una forza adeguata alle diverse esigenze funzionali.

RIEPILOGO

Le fibre muscolari striate normalmente non si contraggono in assenza di stimolazione nervosa.

- **Fibre di tipo I=fibre toniche=slow twitch fibres**

contrazione lenta

tensione elevata

ridotta affaticabilità

metabolismo prevalentemente aerobico

diametro minore

**fibre di tipo II= fibre fasiche=fast
twitch fibres:fibre bianche a funzione
fasica**

contrazione rapida

tensione elevata

elevata affaticabilità

metabolismo anaerobico glicolitico

diametro maggiore

**Alle fibre fasiche è affidata la
continenza sotto sforzo**

LIMITI DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

- ERRORE DIAGNOSTICO
- DISTENSIONE TESSUTALE IMPORTANTE
 - ELEVATO GRADO DI INCONTINENZA
- INSUFFICIENTE COLLABORAZIONE DELLA PAZIENTE

SCORE PREDITTIVO DI SUCCESSO TERAPEUTICO

- Età
- Stato estrogenico
- Assenza di deficit sfinterico intrinseco e di instabilità detrusoriale
- Una modesta ipermobilità dell'uretra
- Buona compliance della paziente al trattamento

L'insuccesso terapeutico è strettamente correlato

- presenza di denervazione perineale completa
- scarsa collaborazione
- grave incontinenza urinaria da sforzo
- non corretta valutazione uro-ginecologica.

La rieducazione del prolasso genitale isolato

GRADO 1

Mai operatorio, sempre rieducativo

GRADO 2

Spesso operatorio, ma spesso rieducativo

GRADO 3

Sempre operatorio, mai rieducativo

Rieducazione post -operatoria

PROLASSO GENITALE ISOLATO

- Risultato anatomico poco soddisfacente o ricomparsa dei disturbi funzionali:

Ripresa della riabilitazione

- Risultati anatomici soddisfacenti ma donna molto sportiva:

Prosiego cadenzato di sedute individuali secondo il testing dei muscoli E.A.

RIEDUCAZIONE POST OPERATORIA

- Azione antalgica
- Rimozione ponti di fibrina
- Riattivazione della muscolatura perineale
- Mantenimento della funzione di sostegno

- Indicazioni comportamentali:

graduazione degli sforzi

modulazione della direzione delle forze

riduzione delle pressioni del pavimento pelvico

EFFETTUAZIONE DEL PC-TEST

Testa l'attività del muscolo elevatore dell'ano.

In un primo momento viene testata la tonicità vaginale, poi si saggia la forza contrattile degli elevatori.

E' indispensabile valutare sia l'elevatore di dx che di sx per le non infrequenti asimmetrie.

La paziente viene invitata a contrarre:

- 0) nessuna contrazione visibile o palpabile
- 1) contrazione molto debole avvertita come un fremito dalle dita dell'esaminatore
- 2) contrazione debole ma avvertita senza alcun dubbio

- 3) la contrazione è avvertita senza possibilità di opporre resistenza
- 4) contrazione più forte ma la forza che si oppone non è intensa
- 5) contrazione massima che si oppone a una forte resistenza

- **AFFATICABILITA'**: la contrazione deve poter essere ripetuta con la stessa intensità e con una buona tenuta 5 volte
- **TENUTA**: la contrazione deve essere mantenuta con una forza uguale a 5 sec.
- **INVERSIONE** del comando ICP: 8% la donna spinge invece di contrarre

Valutazione neuro-fisiatica perineale

La valutazione del perineo femminile contempla l'evidenziazione di molti parametri e il loro assemblamento con i dati anamnestici e strumentali.

I parametri da valutare sono:

- La consistenza del nucleo fibroso centrale del perineo
- La beanza vaginale
- L'esistenza di sinergie muscolari perineali

- La tonicità vaginale
- Test dell'elevatore dell'ano e del pubo coccigeo
- La tenuta della contrazione dell'elevatore dell'ano
- La distanza ano-vulvare

- La mobilità viscerale pelvica
- L'affaticabilità dell'elevatore dell'ano
- I riflessi (anale, clitorido-anale, addomino perineale)
- La statica lombare (in posizione ortostatica grado di antiversione del bacino)

ANAMNESI
diario
minzionale

PAD TEST
Q TIP TEST

ESAME
OBIETTIVO
STRUTTURATO

SINTOMATOLOGIA
frequenza-urgenza
nicturia ecc.

Presa visione di
eventuali
esami urodinamici

F.E.S.

STIMOLA LE VIE EFFERENTI MOTORIE:

- Produce contrazione muscolare
- Aumenta l'eccitabilità dei motoneuroni
- Riattiva le sinapsi funzionalmente disattive
- Facilita la contrazione volontaria

STIMOLA LE VIE AFFERENTI SENSITIVE:

Direttamente

Indirettamente
(tramite i recettori muscolari, attivati dalla contrazione)

INDICAZIONI ALLA F.E.S.

- Sequele di episiotomia (antalgica)
- Ipovalidità muscolare con o senza incontinenza
- Presa di coscienza

- Instabilità detrusoriale e uretrale
- Pollachiuria
- Urgenza detrusoriale e sensitiva
- Esiti cicatriziali post chirurgia vaginale
- Vestiboliti (pelvic cronic pain)

INDICAZIONI ALLA F.E.S. 2

- Sindrome frequenza urgenza
- Preparazione ad interventi chirurgici per via vaginale
- Lo IUD non rappresenta una controindicazione

Effetti della stimolazione elettrica

- Aumento del tono -trofismo muscolare:
miglioramento della irrorazione distrettuale
reclutamento passivo delle unità motorie
- Inibizione detrusoriale

- Miglioramento del trofismo delle mucose
- Presa di coscienza del distretto favorendone la corticalizzazione
- Azione antalgica

F.E.S. controindicazioni

- Denervazione perineale completa
- Gravidanza
- Mestruazione
- Infezione urinaria

- Reflusso uretrale
- Vaginite
- Distrofia vaginale
- Prolasso di grado elevato
- Protesi metalliche

Riabilitazione dell'incontinenza 1

• **INCONTINENZA DA SFORZO**

definizione: perdita di urina contemporanea ad uno sforzo

scopi: miglioramento della competenza muscolare

tecniche: esercizi muscolari:

contrazioni fasiche (massimali)

contrazioni toniche (sottomassimali)

Riabilitazione dell'incontinenza 2

- B.F.B.
- F.ES. 10-50 Hz
- Tecniche globali
- Tecniche comportamentali
- Adeguata gestione delle attività fisiche

RIABILITAZIONE DELL' INCONTINENZA

• **INSTABILITA' VESCICALE I.U.U.**

definizione : contrazioni detrusoriali non
inibite (vescica iperattiva)

scopi: attivazione del riflesso inibitore
perineo-detrusoriale,
miglioramento del controllo
centrale

RIABILITAZIONE DELL' INCONTINENZA 2

tecniche:

- esercizi muscolari- contrazioni valide prolungate
- B.F.B.
- F.E.S. 10-30 Hz
- Tecniche globali
- Tecniche comportamentali
- Tecniche di rilassamento
- Tecniche particolari- B.F.B. vescicale

RIABILITAZIONE DELL'INCONTINENZA

• **INCONTINENZA SFINTERIALE**

definizione: ipotonia dello sfintere

scopi: aumento della forza muscolare e
della competenza sfinteriale

tecniche: esercizi muscolari:
contrazioni fasiche
(mass.rapide)
contrazioni toniche
(sottomassimali)

Riabilitazione dell'incontinenza 2

- B.F.B.
- F.E.S. 10-50 Hz
- Tecniche globali
- Tecniche comportamentali (gestione dei liquidi (carta minzioni)

INCONTINENZA URINARIA MISTA

definizione: associazione di incontinenza da sforzo e da instabilità

terapia: trattamento riabilitativo dell'incontinenza di origine vescicale

- se residua incontinenza da sforzo di grado lieve-medio proseguire con la rieducazione
- se residua importante difetto di trasmissione o deficit sfinteriale—
terapia chirurgica

BIOFEEDBACK 1

- Consiste nella presa di coscienza obiettiva di una funzione fisiologica non rilevata a livello di coscienza

Il BFB è quindi un mezzo in grado di registrare alcune attività fisiologiche non apprezzabili a livello cosciente in condizioni normali o divenute tali per un processo patologico.

BIOFEEDBACK 2

- Esso è costituito da un trasduttore “fisiologico”, un amplificatore, un elaboratore del segnale e un evidenziatore per il soggetto ricevente l'informazione (Basaglia 1984).

Il paziente può interferire attivamente su di esse migliorandone il controllo.

E' utile nel caso in cui esista una ridotta “coscienza” di un'area o di una funzione. 91

Biofeedback 3

- Va evitato un atteggiamento eccessivo di dipendenza dal dispositivo di BFD che può portare il paziente a privilegiare lo stimolo artificiale rispetto a quello naturale.

E' quindi necessario associare un intervento di tipo chinesiológico, che permette il mantenimento di una adeguata stimolazione propriocettiva fisiologica

Biofeedback Perineale

- La contrazione perineale viene registrata ed elaborata per poi essere presentata alla paziente sotto forma di impulsi sensoriali, visivi o uditivi
- Facilita la presa di coscienza
- Facilita la dissociazione del perineo da altri muscoli (agonisti-antagonisti)
- Facilita il training di rinforzo muscolare

**Ambulatorio di
Riabilitazione del
Pavimento Pelvico
SALUTE DONNA Ferrara**

Il trattamento riabilitativo è rivolto a donne che presentano problemi:

a)Incontinenza urinaria da stress-urgenza-mista

b)Prolasso utero vaginale di 1° 2° grado

c)Ipotonia muscolare asintomatica

Ogni ciclo riabilitativo comprende 8 incontri con prescrizione medica

Il primo incontro è fondamentale per sviluppare una “alleanza terapeutica” e per ottenere dati essenziali sullo stato psicofisico della donna stessa e sulla sua qualità di vita.

Enfatizzare l'obiettivo del trattamento, che spesso non coincide con la guarigione completa, migliorando comunque la qualità di vita.

L'anamnesi deve essere ostetrico-ginecologica, urologica e fisiologica con lo scopo di valutare se esistono stili di vita o abitudini che possano interferire con la normale funzione del basso tratto urinario. (fumo, abuso di cioccolato, caffeina e alcool)

Anamnesi generale remota e prossima

Patologia respiratoria cronica

Patologia del rachide

Ipertensione arteriosa

Insufficienza cardiaca

Stitichezza cronica

Diabete

Obesità patologie neurologiche

(con coinvolgimento sia centrale che periferico)

Anamnesi ostetrico-ginecologica

Numero di gravidanze e modalità di espletamento del parto

Menopausa

Anamnesi urologica

Sintomi di incontinenza urinaria

Sintomi irritativi

Sintomi ostruttivi

Sintomi dolorosi

Sintomi associati al prolasso

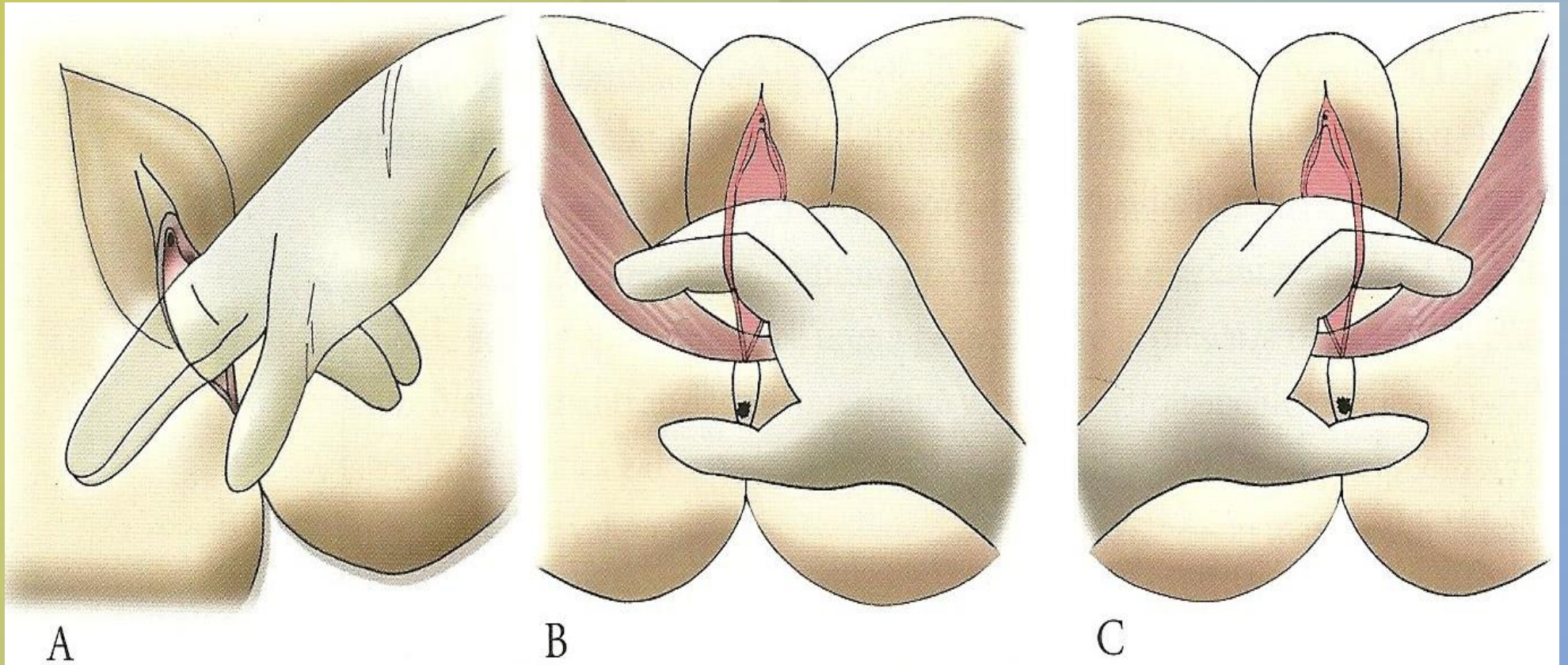
Esame obiettivo

Ispezione dei genitali esterni

Ispezione della vagina

Test di elevazione del trigono test di mobilità dell'uretra

Esplorazione vaginale, test del pubo-coccigeo, riflessi perineali.



POST PARTUM

CONTROLLO A 6/8 SETTIMANE DAL PARTO

- VALUTAZIONE ANAMNESTICA
- VALUTAZIONE CLINICA

FATTORI DI RISCHIO

- Parto per vie naturali
- Primiparità
- IUS nel 1° 2° trimestre di gravidanza
- Pavimento pelvico deficitario

- Grosso neonato
- Periodo espulsivo prolungato
- Manovre ostetriche
- Lacerazioni perineali
- Parti operativi

materni	fetali	iatrogeni
• Primiparità • Incremento ponderale • Ipertonica muscoli elevatori • Distanza anovulare < 2 cm • Spinte espulsive intempestive • Cattiva presa di coscienza dei muscoli perineali • Traumatismi muscolari da parti pregressi	• Presentazione distocica • Elevato peso fetale • Distocia di spalla • Parto precipitoso • Rotazione sacrale dell'occipite • Circonferenza cefalica > 35 cm	• Analgesia epidurale • Applicazione forcipe • Applicazione ventosa • Manovra di Kristeller • Lacerazioni perineali • Cattiva riparazione delle lacerazioni • Eccessiva lunghezza fase 2 del travaglio

R1	R2	R3
basso	medio	alto
Score	score	score
0-3	4-8	>8
Nessuna terapia	Riabilitazione perineale di gruppo	Riabilitazione perineale individuale

INCONTINENZA POST PARTUM

- **30% I.U.S. Transitoria**
- **2-5% I.U.S. permanente**

CRITERI di INTERVENTO

Segnali di danno

- Incontinenza urinaria ancora presente dopo le prime 4 settimane
- Incontinenza anale ancora presente dopo la prima settimana

- Dolore persistente in sede perineale di entità superiore al lieve
- Prolasso vaginale superiore al 1° sec HWS
- Testing perineale inferiore a 2 anche se monolateralmente

Corsi di preparazione al parto

- Training Muscolare di rilassamento di preparazione al parto



- Insegnamento delle posizioni da assumere durante il travaglio-parto, delle modalità di spinta durante il periodo espulsivo (per prevenire i danni sul perineo)

Corso di preparazione al parto

- Favoriamo un processo di **APERTURA**



- (obiettivo principale: perineo rilassato)

CORSO POST PARTO

- LAVORIAMO VERSO UN PROCESSO DI



CHIUSURA

DOLORE PERINEALE POSTPARTUM

- Il perineo dopo il parto può essere la sorgente di notevole disagio e dolore, non solo nell'immediato postpartum, ma anche fino a tre mesi di distanza.
- **Un “confort perineale” si raggiunge in 4-8 settimane.**

Conclusioni

**La Riabilitazione Perineale ha nel
contesto delle disfunzioni perineali
un ruolo PREVENTIVO e
TERAPEUTICO**

PRINCIPI DELLA CHIRURGIA e RIABILITAZIONE

- Nessun trattamento chirurgico può restituire ad un muscolo striato una funzione perduta
- Nessun trattamento riabilitativo può ricostituire l'integrità anatomica di una fascia lesionata

GRAZIE PER L'ATTENZIONE