

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

# RUOLO DEL PERINEO NEL PARTO

# RUOLO DEL PERINEO NEL PARTO

- **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.**
- **Da sempre l'inizio dell'incontinenza urinaria è stato associato in particolare al parto**

# RUOLO DEL PERINEO NEL PARTO

- **incontinenza transitoria post-partum 24-30%**
- **incontinenza urinaria definitiva 3-10%**
- **5-10% incontinenza urinaria in gravidanza continuano a lamentare incompetenza sfinterica.**
- **Prolasso genitale: raro nella donna vergine e nella nullipara.**

# FATTORI ALLA BASE DELL'INCONTINENZA URINARIA E DEL PROLASSO GENITALE

## □ **Fattori predisponenti:**

- ipovalidità muscolare perineale
- dissinergie funzionali perineali

## **Fattori favorenti:**

- parto vaginale

## **Fattori scatenanti:**

- tosse cronica
- attività lavorative pesanti
- dimagrimento
- menopausa.

# EFFETTI GRAVIDANZA SUL COMPLESSO VESCICO-URETRALE

- 1) Incremento del flusso sanguigno nella cavità pelvica
- 2) Aumento fibre collagene
- 3) Ipertrofia muscolatura liscia
- 4) Iperplasia mucose nel basso tratto urinario

## **I cambiamenti anatomici iniziano con l'impegno della parte presentata**

- \* Il collo vescicale e l'uretra prossimale vengono spinti all'indietro della sinfisi pubica**
- \* Compressione della vescica contro la sinfisi**

# LESIONI PERINEALI DURANTE IL PARTO

## Periodo espulsivo:

- la parte presentata viene forzata ad attraversare lo iatus uro-genitale, costringendo il piano muscolare che lo delimita ad uno sfiancamento marcato
- la distanza ano-vulvare aumenta fino a quadruplicarsi
- il perineo posteriore subisce uno stiramento con la dilatazione dello sfintere anale.

# LESIONI PERINEALI DURANTE IL PARTO

## Parto normale - possibili fenomeni patologici:

- stiramento abnorme delle strutture perineali con microlesioni;
- distorsione e successiva riparazione fibrosa dei ventri muscolari degli elevatori con successivo deficit della loro tonicità e contrattilità;
- allungamento patologico delle strutture fibro-legamentose.

# I danni del pavimento pelvico legati al parto: **fattori eziologici**

## **Fattori materni:**

- primiparità
- spinta prima della dilatazione completa
- distanza ano-vulvare < 2cm
- ipertono degli elevatori

## **Fattori fetali:**

- presentazione distocica
- macrosomia

## **Fattori iatrogeni:**

- scorretta assistenza ostetrica
- episiotomia inadeguata
- non idonea riparazione delle lacerazioni

# **PARTO VAGINALE**

## **MODIFICAZIONI MORFOLOGICHE**

- Maggior ampiezza dell'introito vaginale
- Maggiore mobilità della vagina e dell'uretra

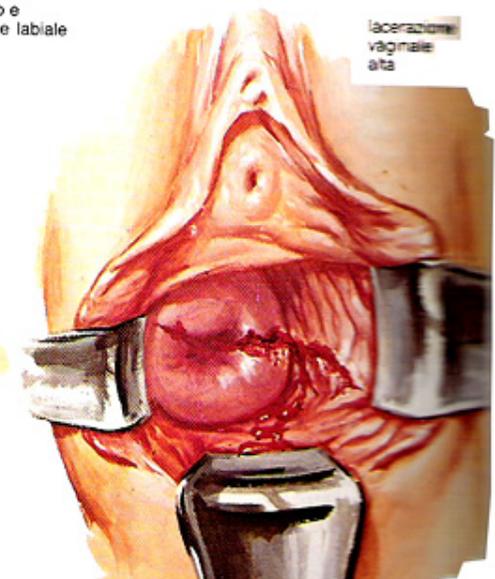
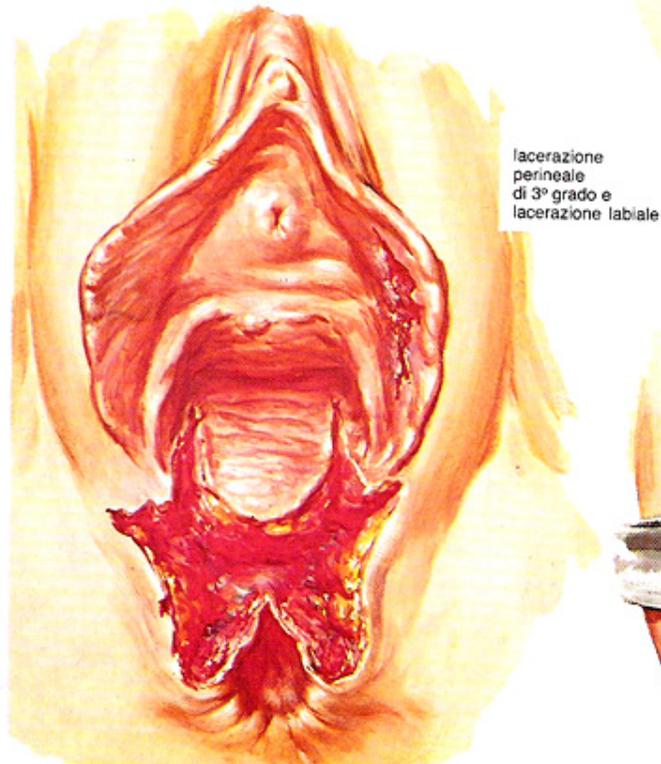
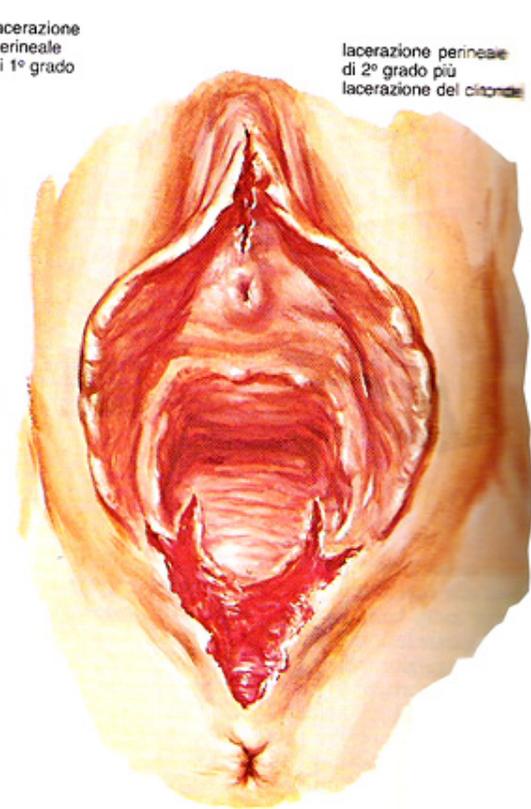
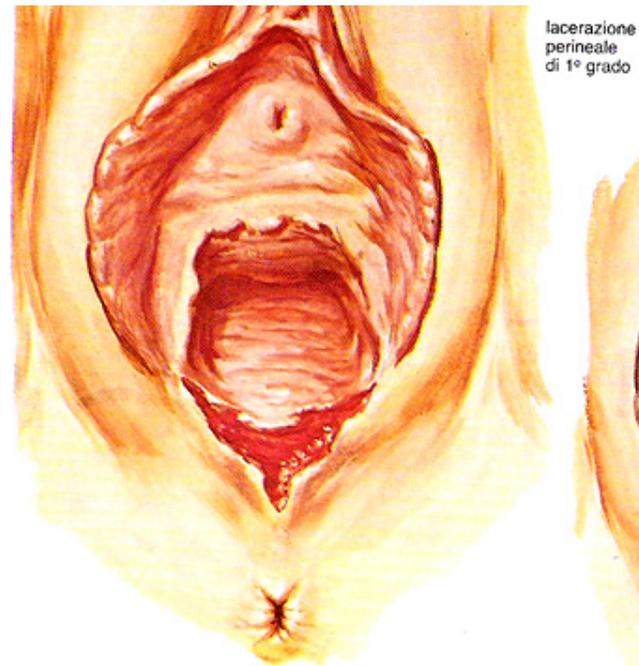
## **ALTERAZIONI FUNZIONALI**

- Riduzione della forza contrattile della muscolatura perivaginale
- Disfunzione del tronco nervoso del pudendo (soprattutto se travaglio prolungato, pluriparità, applicazione di forcipe)

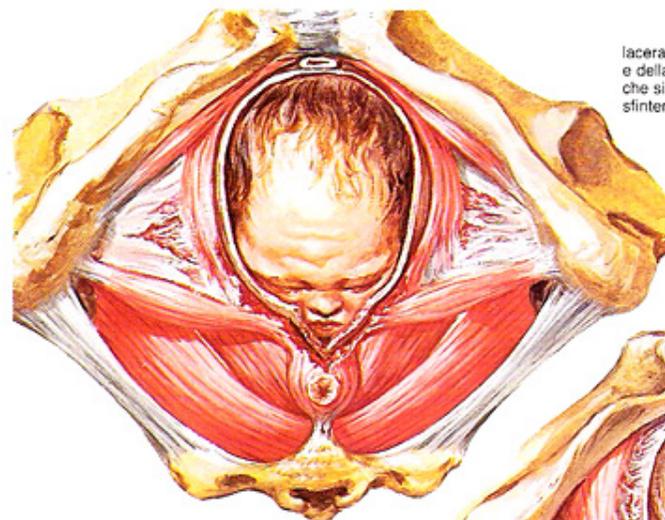
# LACERAZIONI OSTETRICHE

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

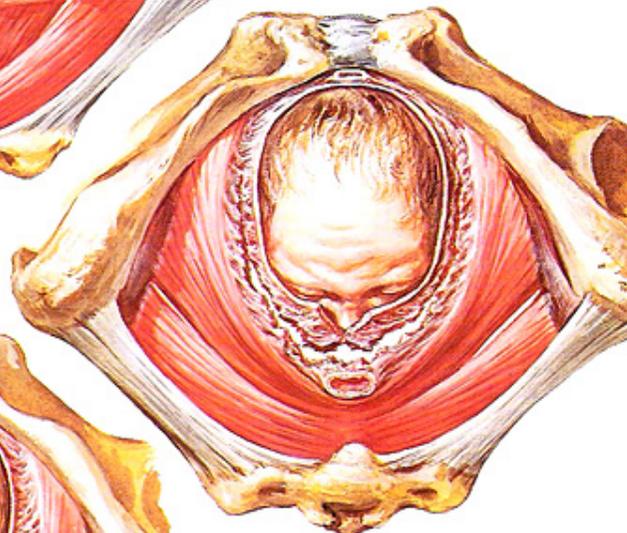
# LACERAZIONI OSTETRICHE



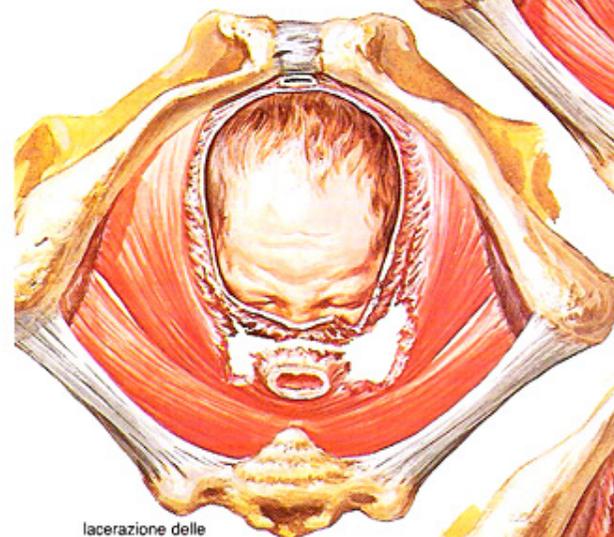
# LACERAZIONI OSTETRICHE



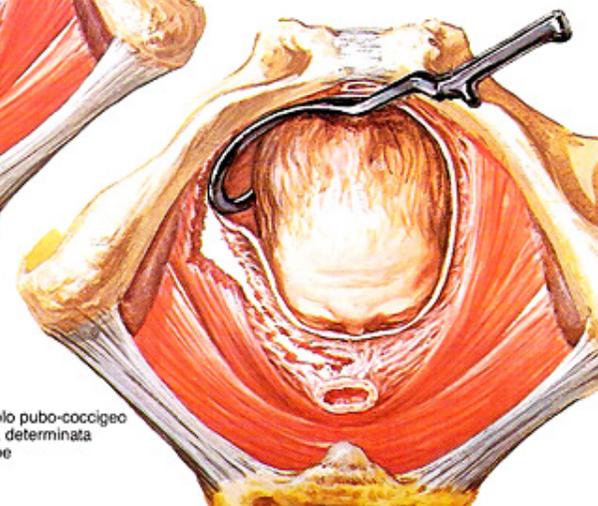
lacerazione del perineo e della muscolatura perineale che si estende fino al muscolo sfintere esterno dell'ano



lacerazione delle fibre interdigitate (intercolonnari) e delle espansioni viscerali fibro-muscolari, dovuta alla rottura degli impianti dei muscoli pubo-coccigei per una pressione verso il basso e l'esterno



lacerazione delle parti posteriori dei muscoli pubo-coccigei e delle fibre interdigitate (intercolonnari)



lacerazione del muscolo pubo-coccigeo vicino alla sua origine, determinata da una valva del forcipe

# LACERAZIONI OSTETRICHE: CLASSIFICAZIONE

**I GRADO:** si estende posteriormente verso l'ano interessando la mucosa vaginale e la cute perineale

**II GRADO:** coinvolge cute, tonaca mucosa e muscoli superficiali del perineo

**III GRADO:** coinvolge cute, tonaca mucosa e centro tendineo del perineo, e il muscolo sfintere esterno dell'ano è lacerato anteriormente

**IV GRADO:** si estende lungo la parete anteriore del retto fino a compromettere il mm sfintere esterno dell'ano

# LACERAZIONI OSTETRICHE

## Lesioni associate:

parete vaginale anteriore, tonaca mucosa

perforazione vescica urinaria,

avulsione uretra

Lacerazioni collo utero

# LACERAZIONI OSTETRICHE: conseguenze

Emorragia

Dolore

Incontinenza fecale (III, IV grado)

Dispareunia

Infezioni (lacerazioni collo)

Incontinenza urinaria (stiramento sfintere vescicale interno)

Cistocele, uretrocele

Proctocele, eneterocele

# Incontinenza urinaria

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

# 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

# CISTOCELE

PARTO



Distensione e lacerazione sostegni muscolari della  
vagina

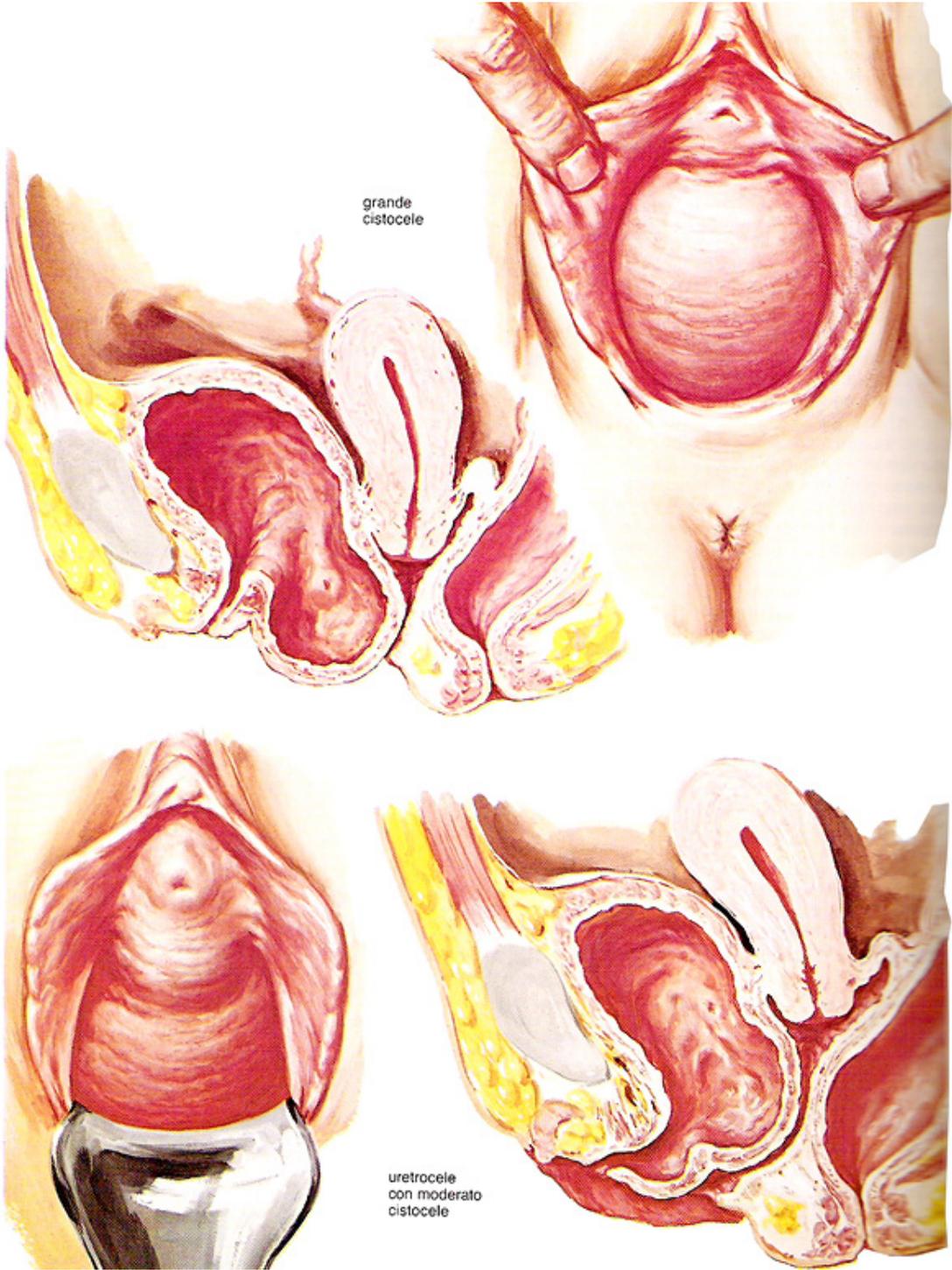
Rottura della fascia pelvica



Spostamento in avanti ed in basso vescica

CISTOCELE

# CISTOCELE

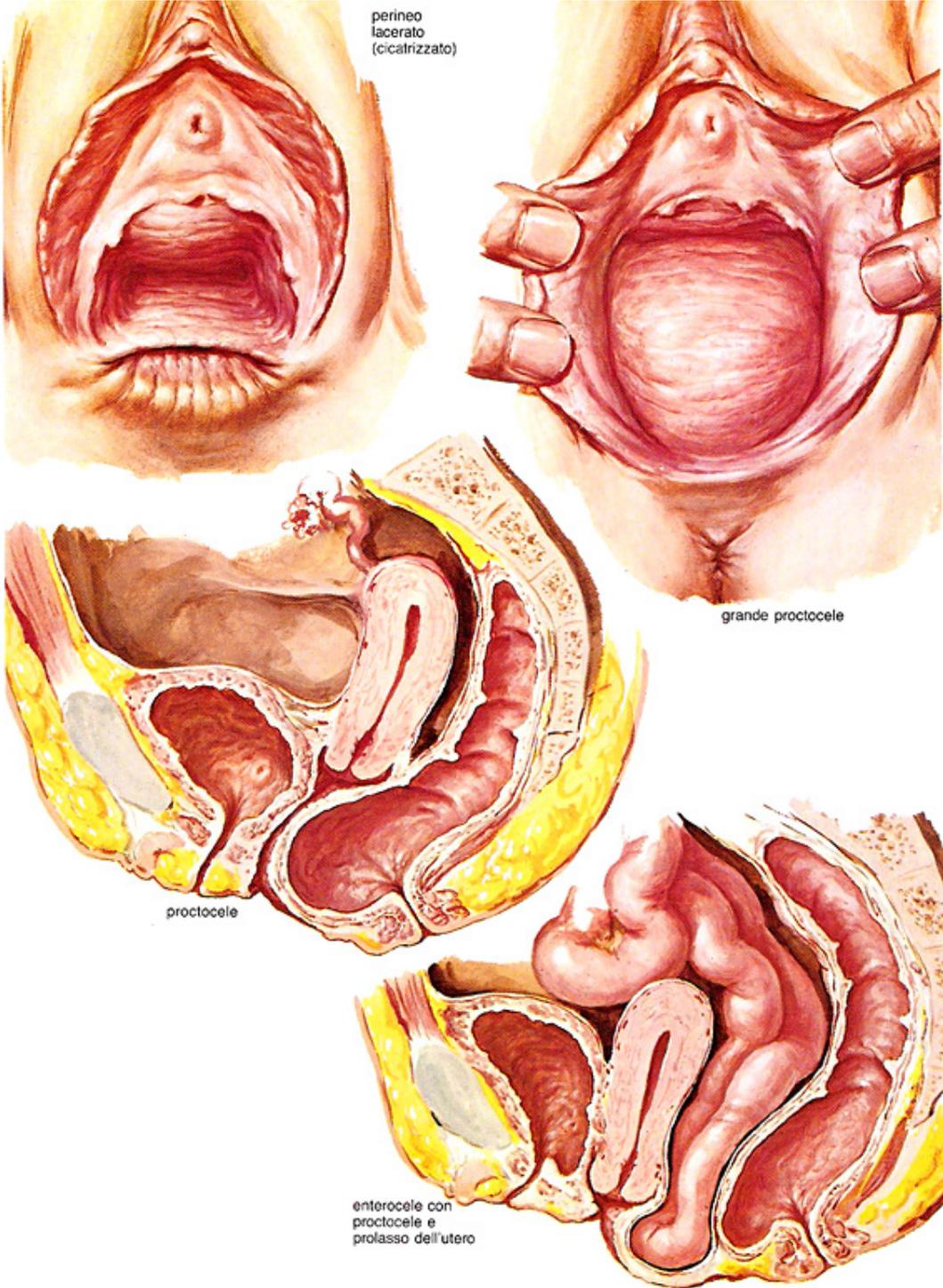


# PROCTOCELE

Lacerazione ostetrica posteriore non riparata  
durante il parto

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

# PROCTOCELE

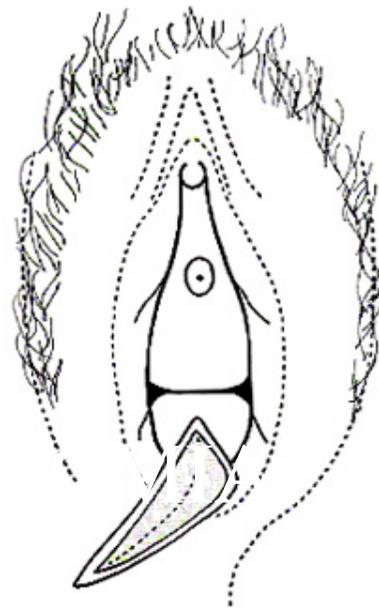


# EPISIOTOMIA

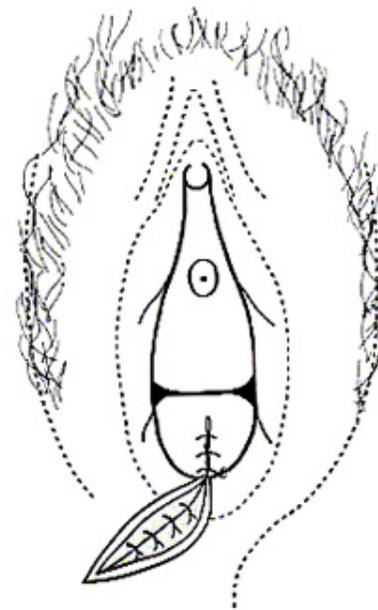
**CREDENZE** (non scientificamente dimostrate):

- Previene le gravi lacerazioni perineali
- E' più facile da suturare rispetto alle lacerazioni spontanee
- Riduce la durata del secondo stadio
- Riduce i rischi al bambino
- Previene lo stiramento del muscolo perineale
- Previene da conseguenze negative a lungo termine

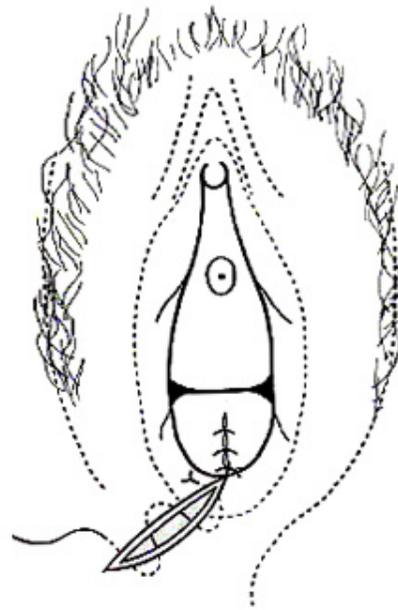
# EPISIOTOMIA



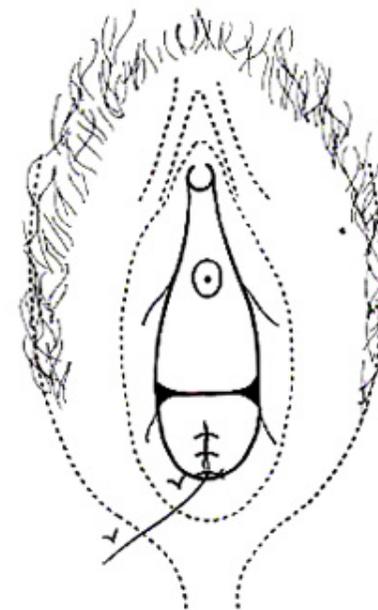
(a)



(b)



(c)



(d)

# EPISIOTOMIA

## DIMOSTRATO:

- Previene le lacerazioni di terzo grado (che coinvolgono lo sfintere anale) e di quarto grado (che coinvolgono la mucosa rettale) – contribuiscono al manifestarsi dell'incontinenza anale.
- Non esistono evidenze scientifiche che mostrino che lacerazioni perineali di primo o di secondo grado comportino conseguenze a lungo termine per il perineo

# EPISIOTOMIA

## FATTI

- L'episiotomia da sola comporta una “lacerazione di secondo grado” poiché taglia i muscoli superficiali del perineo.
- L'episiotomia viene praticata quando la testa fetale ha già prodotto uno stiramento del muscolo perineale ed il taglio coinvolge per lo più il tessuto mucocutaneo

# EPISIOTOMIA

## FATTORI CONTRIBUENTI

- uso di forcipe/ventosa
- posizione litotomica
- accelerazione del travaglio
- analegesia epidurale

Le posizioni verticali per il parto dovrebbero essere incoraggiate poiché:

- diminuiscono il tasso di episiotomie
- riducono il dolore ed i traumi perineali.

# EPISIOTOMIA

## ESITI A LUNGO TERMINE

Studio confronto tre gruppi:

- a) episiotomia
- b) lacerazione spontanea
- c) perineo intatto

Risultati:

- Ripristino delle funzioni sessuali più precoce (gruppo b – c)
- Meno dolore nella ripresa dei rapporti sessuali (gruppo b – c)
- Maggiore soddisfazione sessuale (gruppo b – c)

***19% donne che subiscono episiotomia hanno rapporti dolorosi per più di 3 mesi dopo il parto paragonate con 11% delle donne che hanno una lacerazione.***

# EPISIOTOMIA

Studio Sleep 1984, Argentina 1993)

- Donne sottoposte ad episiotomia presentavano meno lacerazioni delle grandi e piccole labbra e meno cistoceli.

Altre complicanze:

- Infezione
- Vagina deformata
- Postumi emotivi ????

# EPISIOTOMIA

## CONCLUSIONI

- Esistono chiare evidenze per raccomandare un uso restrittivo dell'episiotomia:
- presenza di gravi rischi per il feto e per la madre
- stadio espulsivo prolungato

# PREVENZIONE DELLE COMPLICAZIONI DOVUTE AL PARTO

- Attenta condotta ostetrica durante il periodo dilatante ed espulsivo del parto
- Adeguata preparazione della gravida fin dai primi mesi di gestazione

# PREVENZIONE DELLE COMPLICAZIONI DOVUTE AL PARTO

- impedire eccessivo aumento ponderale
- individuare i feti macrosomici
- evitare di far spingere la gravida prima della dilatazione completa
- sostenere adeguatamente il perineo
- eseguire una episiotomia adeguata e tempestiva (anche se i dati di letteratura non supportano a pieno questo ruolo profilattico)
- eseguire una corretta episiorrafia
- ricorrere all'estrazione strumentale del feto qualora il periodo espulsivo si prolunghi eccessivamente

## CONCLUSIONI

- La parità ha un ruolo decisivo nello sviluppo di alterazioni a carico della statica pelvica e della continenza urinaria
- La prevenzione deve quindi riguardare soprattutto le primipare e tutte coloro che presentano fattori di rischio in gravidanza e durante il parto