

PROFESSIONE



Tutte le donne che partoriscono per via vaginale vanno incontro ad un distress del perineo e circa l'85% di esse subisce una lesione che può variare dalla semplice lacerazione della mucosa vaginale e della cute perineale (lacerazione di 1° grado) spesso con guarigione spontanea senza esiti, alla lesione della muscolatura perineale (muscoli, trasverso superficiale del perineo, bulbocavernoso, puborettale), che richiede una semplice riparazione chirurgica, per giungere infine più raramente ad un grave danno dello sfintere anale deputato alla contenzione dei gas intestinali e delle feci (lacerazioni di 3° e 4° grado) che richiede una correzione chirurgica più complessa

Cura e cultura del perineo

Come prevenire, diagnosticare e riparare le lesioni ostetriche dello sfintere anale



CLAUDIO CRESCINI
Vicepresidente Aogoi

LE LESIONI DELLA MUSCOLATURA dello sfintere anale (sfintere esterno e sfintere interno) sono definite di grado 3 con le sottoclassi a, b, c, mentre la lacerazione completa del perineo con apertura della mucosa anale è classificata come grado 4. Osis (Obstetrical Anal Sphincter Injuries) è l'acronimo utilizzato a livello internazionale per definire le lacerazioni dello sfintere anale (1).

L'incidenza delle Osis è molto variabile in letteratura perché numerose sono le diversità nella gestione del travaglio e del parto nelle singole realtà. Si può ritenere che l'incidenza complessiva delle Osis con prevalenza del grado minore (3° a) sia mediamente nel 3% dei parti con maggior frequenza nel parto operativo con ventosa o forcipe (2).

Le lesioni dello sfintere anale si associano ad una elevata comorbilità tra cui l'incontinenza ai gas ed alle feci, la formazione di fistole retto-vaginali, la sintomatologia dolorosa persistente, la disparesunia ed una riduzione complessiva della qualità della vita. A ciò si associa la eventuale richiesta di risarcimento del danno mediante l'attivazione di un contenzioso medico-legale.

Per questi motivi è necessario servirsi di tutti i mezzi a nostra disposizione per ridurre al minimo le Osis ed innanzitutto i loro esiti invalidanti. Disponiamo di tecniche che applicate in gravidanza consentono di giungere al momento del

parto con una muscolatura perineale più compiacente al passaggio del feto.

Secondo molti Autori (3) il massaggio perineale eseguito a partire dalla 32ª settimana di gravidanza fino al parto e l'allenamento muscolare del pavimento pelvico potrebbero avere un ruolo efficace per la prevenzione del danno perineale da parto.

Inoltre sono state proposte numerose azioni da eseguire durante il travaglio ed in particolare nel periodo espulsivo per ridurre il danno perineale, alcune delle quali hanno forti prove di evidenza oltre meno.

Tra i vari consigli i principali sono: incoraggiare sempre la donna in travaglio ad assumere la posizione che trova spontaneamente più confortevole in quel momento; utilizzare le posture ostetriche solo se necessario per facilitare la meccanica del parto; incoraggiare la donna ad assecondare la sensazione di premito ed evitare se possibile la spinta guidata.

Sono inoltre consigliati gli impacchi caldi sul perineo per migliorare l'ossigenazione e il rilassamento dei tessuti e le manovre di flessione sulla testa per mantenere la minima circonferenza cefalica durante il suo disimpegno.

Controverse sono le proposte di interventi manuali di protezione del perineo (metodo viennese, metodo finnish, manovra di Ritgen, ecc.) ri-

PROFESSIONE

LACERAZIONI PERINEALI
DI 3° E 4° GRADO

3% dei parti

L'infografica che viene qui presentata è tratta dai capitoli del testo sul perineo edito da Piccin (9) a cui si rimanda e rappresenta solo un mezzo semplificato per richiamare alla mente gli step principali per la prevenzione e la gestione delle Oasis.



spetto alla tecnica di astensione (hands off) (4-5). L'uso routinario dell'episiotomia per la prevenzione del danno perineale è stato completamente abbandonato ed oggi si ritiene che la percentuale ottimale di episiotomie in un punto nascita debba essere inferiore al 10 % (6).

PER QUANTO RIGUARDA la prevenzione delle Oasis in presenza del maggior fattore di rischio rappresentato dal parto operativo vaginale l'Oms nella raccomandazione n. 39 (6) dichiara che il ruolo dell'episiotomia nelle emergenze ostetriche che richiedono un parto operativo rimane da stabilire mentre un gruppo di Autori (7) sostiene che l'episiotomia mediolaterale nel parto operativo vaginale deve sempre essere eseguita anche per la ventosa.

È RAGIONEVOLE PENSARE che in un parto operativo vaginale la cui indicazione sia un distress fetale e quindi la rapidità di estrazione sia elemento fondamentale, l'episiotomia rappresenti un efficace intervento di riduzione delle Oasis. Non altrettanto si può affermare quando l'indicazione è correlata ad una mancata o rallentata progressione della testa fetale che giunta con la ventosa al coronamento non richiede ulteriori trazioni e consente l'attesa e l'esecuzione delle manovre di protezione del perineo senza l'episiotomia (8). Infine dobbiamo dedicare tempo e mezzi adeguati alla formazione degli operatori di sala parto per il riconoscimento delle Oasis, per la loro corretta stadiazione, per una meticolosa riparazione chirurgica e per una adeguata gestione del postoperatorio e del follow up a distanza. Per raggiungere questi obiettivi, oltre alla preparazione teorica sui numerosi testi largamente fruibili, è estremamente utile esercitarsi sui simulatori oggi ampiamente disponibili e raccogliere la propria casistica per una valutazione critica finalizzata al miglioramento continuo.



Dedicare tempo e mezzi adeguati alla formazione degli operatori di sala parto per il riconoscimento delle Oasis, per la loro corretta stadiazione, per una meticolosa riparazione chirurgica e per una adeguata gestione del postoperatorio e del follow up a distanza



Per saperne di più

- Sultan AH, Thakar R, Fenner D. Perineal and anal sphincter trauma. London: Springer. 2007
- Frigerio M, Manodoro S, Bernasconi DP, Verri D, Milani R, Vergani P. Incidence and risk factors of third- and fourth-degree perineal tears in a single Italian scenario. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Volume 221, Pages 139-143 February 2018
- Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. Midwifery. 2017 Jul;50:72-77
- Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. Jun 13;6. 2017
- Rebecca AM, Pierce-Williams RAM, Saccone G, Berghella V. Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Matern Fetal Neonatal Med. Jun 3:1-9. 2019
- Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018
- Sultan A. H. et al. / The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 240 (2019) 192-196
- Crescini C., Ragusa A., Svelato A. Prevention of perineal trauma during vacuum assisted vaginal delivery. Intrapartum Ultrasonography for labor management. Malvasi A. Editor. Springer 2021
- Crescini C., Vernier C. Cura e cultura del perineo, Piccin 2020