

Cura e Cultura del Perineo

A cura di

Claudio Crescini e Chiara Vernier

PICCIN

Opera coperta dal diritto d'autore – tutti i diritti sono riservati.
Questo testo contiene materiale, testi ed immagini, coperto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, distribuito, trasferito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, venduto, prestato a terzi, in tutto o in parte, o utilizzato in alcun altro modo o altrimenti diffuso, se non previa espressa autorizzazione dell'editore. Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata del presente testo, così come l'alterazione delle informazioni elettroniche, costituisce una violazione dei diritti dell'editore e dell'autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla L. 633/1941 e ss.mm.

AVVERTENZA

Indicazioni accurate, effetti indesiderati e dosaggi per i farmaci sono indicati nel libro, ma è possibile che cambino. Il lettore deve esaminare le informazioni contenute nel foglietto illustrativo dei produttori dei medicinali menzionati. Gli autori, curatori, editori o distributori non sono responsabili per errori od omissioni o per qualsiasi conseguenza derivante dall'applicazione delle informazioni di quest'opera, e non danno alcuna garanzia, esplicita o implicita, rispetto al contenuto della pubblicazione. Gli autori, curatori, editori e distributori non si assumono alcuna responsabilità per qualsiasi lesione o danno a persone o cose derivante da questa pubblicazione.

ISBN 978-88-299-3049-4

Stampato in Italia

Presentazione

Quando i curatori di questo interessante libro mi hanno chiesto di scriverne la prefazione, sono stato molto contento, questo libro s'inserisce in quella che sta diventando una piccola ma interessante collana, edita da Piccin, quella dei libri del "gruppo GEO". Si tratta di libri che nascono da una necessità, scritti da medici e ostetriche che lavorano in ospedale e si confrontano quotidianamente con la dimensione del problema di cui scrivono. Questo libro possiede in sé, insieme con le altre, almeno due importanti caratteristiche, che lo differenziano da un testo accademico: la prima è che esso nasce dal bisogno, infatti non vi è un testo esaustivo e fruibile, redatto in lingua italiana, che abbia come oggetto questo interessante argomento, la protezione del pavimento pelvico; la seconda caratteristica prioritaria è che esso è scritto da chi si confronta realmente con la gravidanza del problema. Il gruppo GEO è un gruppo di amici, medici e ostetriche che, senza scopo di lucro e pur nel grande rispetto della libertà di ognuno, condivide una visione buona sulla nascita. La nascita è la più grande opportunità dell'umano, che non esisterebbe senza di essa: "Gli uomini, anche se devono morire, non sono nati per morire, ma per dare inizio a qualcosa di nuovo. Con la creazione dell'uomo il principio del dare inizio è entrato nel mondo – ciò che ovviamente è solo un altro modo di dire che con la creazione dell'uomo il principio della libertà ha fatto la sua comparsa sulla terra."⁽¹⁾ Il rispetto per questo momento che assistiamo quotidianamente è il nucleo centrale attorno al quale ruotano, o hanno ruotato, coloro che hanno fatto parte dell'avventura del gruppo GEO. Il gruppo si occupa di didattica e simulazione da ormai più di un decennio; proprio nell'ambito dei corsi sulla riparazione e cura del pavimento pelvico, magistralmente tenuti dagli autori del libro in Italia e in Svizzera, è nata l'esigenza di un testo agile ed esaustivo, che aiutasse gli operatori della sala parto ad applicare le migliori e collaudate tecniche per proteggere il pavimento pelvico femminile. Il pavimento pelvico femminile è il luogo da cui proveniamo, esso va amato, rispettato e protetto, durante tutta la vita delle donne. Uno dei momenti cruciali è il parto, che lungi dall'essere un momento decontestualizzato, s'inserisce invece in un continuum temporale, che comincia alla nascita della donna e finisce con le possibilità e i problemi dell'età avanzata. Hannah Arendt, citata precedentemente, ci insegna che nascere significa essere liberi, ci auguriamo

che i lettori di questo interessante testo esercitino la libertà che, come sosteneva Gaber⁽²⁾, non è star sopra un albero, ma nel nostro caso assistere, insieme e nel modo migliore possibile, i bambini e le mamme, in particolare il loro perineo.

Consiglio di leggere e studiare questo testo a tutti coloro che in vario modo si occupano di salute al femminile; essi potranno imparare concetti e tecniche, anche grazie ad una ricca iconografia, ma soprattutto il testo li aiuterà a riflettere sull'importanza di un luogo poco conosciuto come il perineo femminile.

ANTONIO RAGUSA

*Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Ospedale San Giovanni Calabita
Fatebenefratelli Isola Tiberina; Roma*

1. Hannah Arendt, *Vita activa*, ed. Bompiani, Milano 1991.
2. <http://www.giorgiogaber.it/discografia-album/la-liberta-testo?jjj=1566291970248>.

Perché è necessaria una cultura del perineo

“The achievement of a vaginal delivery at the expense of a woman’s long-term fecal incontinence is not an obstetric success”. JE Dickinson

Dalla metà del XX secolo ad oggi moltissimo è stato fatto in termini di prevenzione e trattamento per ridurre al minimo le conseguenze negative in termini di mortalità e morbilità che in passato avevano da sempre reso la gravidanza un evento estremamente pericoloso. Molte condizioni patologiche come la preeclampsia, il travaglio distocico, l'emorragia, la sepsi sono oggi efficacemente trattate soprattutto nei paesi ad alto reddito e la mortalità e la morbilità materno-neonatale si sono ridotte a percentuali mai raggiunte prima.

Quello che ancora è rimasto sostanzialmente irrisolto sono le conseguenze traumatiche e le lesioni anatomiche del canale del parto causate dal passaggio del feto.

Il problema è da tempo in discussione soprattutto da quando l'alternativa al parto vaginale, cioè il taglio cesareo, è facilmente disponibile e viene ritenuto un intervento sicuro. Ci sono evidenze sufficienti per ritenere che i fattori ostetrici di rischio per un danno al nervo pudendo, al muscolo elevatore dell'ano, alla fascia endopelvica ed allo sfintere anale siano principalmente il parto operativo vaginale, l'eccessiva lunghezza del periodo espulsivo e la macrosomia fetale.

Non vi è invece accordo sulla valutazione di quanto il trauma ostetrico del parto vaginale possa influire a distanza di anni sulla patologia della statica pelvica perché ci sono numerosi fattori sia congeniti che acquisiti come l'obesità, l'età avanzata, e il numero di gravidanze e parti che influiscono su di essa. Probabilmente i metodi di prevenzione (massaggi, rilassamento, impacchi caldi, spinte espulsive contenute, rieducazione del perineo ecc.), l'utilizzo selettivo del parto operativo, le posizioni libere in periodo espulsivo ed il riconoscimento e trattamento appropriato delle lesioni perineali possono ridurre in modo significativo le conseguenze negative del trauma perineale da parto.

Numerosi studi hanno riportato che nel breve periodo incontinenza urinaria e/o fecale e prolasso sono più frequenti nelle donne che hanno partorito per via vaginale rispetto a quelle sottoposte a TC, ma questa differenza tende a scomparire con il passare del tempo.

In ogni caso i dati disponibili fino ad oggi non hanno mai ritenuto giustificabile per la prevenzione dell'incontinenza urinaria e del prolasso genitale l'esecuzione del taglio cesareo e meno ancora è giustificabile attualmente considerando la mole di studi che hanno evidenziato, tra le altre cose, le conseguenze negative dello sviluppo del sistema immunitario e di alcuni aspetti metabolici per il nato da taglio cesareo, per non parlare delle problematiche materne tra le quali l'incremento delle anomalie di placentazione nelle successive gravidanze post TC.

Il passaggio della testa fetale nel canale del parto coinvolge il muscolo elevatore dell'ano e nella fase espulsiva provoca un allungamento di circa tre volte delle fibre del muscolo puborettale che ha un ruolo fondamentale nel meccanismo della continenza.

Manovre di spinta verso il basso del fondo uterino per incrementare la forza propulsiva (manovra di Kristeller) aumentano il traumatismo sul complesso degli elevatori e possono determinare il distacco dal suo ancoraggio all'arco tendineo con aumentato rischio di prolasso genitale e cistocele.

La lunghezza del periodo espulsivo è un altro fattore considerato di rischio per la prolungata compressione a cui verrebbe sottoposto il nervo pudendo con conseguente parziale e transitoria denervazione. È ragionevole pensare che un periodo espulsivo lungo con spinte attive frequenti e prolungate possa provocare un danno al nervo pudendo maggiore rispetto ad un periodo espulsivo di uguale durata ma con spinte più distanziate e discesa lenta e progressiva della testa fetale.

Dobbiamo anche ricordare che molti studi che correlano il danno perineale al parto vaginale sono stati condotti prevalentemente in ambiti ostetrici in cui l'intervento medico accelerativo o comunque non aderente ai tempi dettati dalla fisiologia era prassi corrente.

Se l'allungamento di un muscolo è tollerato fino al doppio della sua lunghezza prima della rottura, il muscolo puborettale subisce un allungamento di circa tre volte senza rompersi. È probabile che il processo di allungamento delle fibre muscolari dell'elevatore dell'ano durante la progressione della parte presentata e soprattutto del muscolo puborettale all'incoronamento della testa sia fisiologicamente previsto e tollerato se avviene in modo graduale e progressivo nel tempo in modo tale che i processi di adattamento si possano realizzare e i meccanismi di compenso e recupero possano funzionare.

Da qui ne deriva che la conoscenza dell'anatomia pelvica e della meccanica del parto si devono accompagnare al rispetto dei tempi fisiologici e all'astensione da interventi medici non necessari ma ingiustificatamente finalizzati solo ad accelerare il travaglio per ridurne la durata.

Infine non dobbiamo dimenticare che lo stato d'ansia e di paura per una situazione nuova ed ignota, gravata da grandi aspettative, ma sostanzialmente sconosciuta nella sua realtà, sicuramente induce la produzione di catecolamine ed uno stato di eccitabilità e contrattura muscolare che non favoriscono il tranquillo evolversi del travaglio e del parto. Una eccessiva contrattura muscolare perineale si oppone alla progressione della parte presentata aumentando di conseguenza il dolore, vi è un maggior trauma sul perineo ed anche la testa fetale è sottoposta a maggior compressione. Quindi un'opera di informazione partecipativa per le gravide e la creazione di un ambiente sereno ed accogliente al momento del parto ne favoriscono in generale l'esito e riducono il trauma perineale e le sue conseguenze.

Se nonostante tutti gli interventi preventivi ed una gestione rispettosa della fisiologia si realizza comunque una lesione perineale il compito fondamentale del personale di assisten-

za consiste nel riconoscerla, valutarla e ripararla subito correttamente in modo indolore per prevenirne le conseguenze invalidanti.

Accompagnare una donna, soprattutto, e talvolta anche il suo compagno nel lungo cammino della gravidanza, nel più breve momento del parto e nel lunghissimo e più difficile percorso della crescita del bimbo è una attività molto complessa che richiede grande preparazione e soprattutto passione. Infatti si tratta da una parte di avere particolari doti umane di compassione, di partecipazione e di relazione con una persona che vive un'avventura specialissima da un punto di vista emotivo e che può segnare profondamente il futuro suo e del nuovo essere venuto al mondo, dall'altra di avere competenze scientifiche e mediche estremamente complesse, multidisciplinari ed in continuo aggiornamento.

Lavoro difficilissimo e di grande soddisfazione ma gravato talvolta da stress devastanti, purtroppo non riconosciuto da chi ne ha la responsabilità amministrativa e che quindi mantiene il suo alto livello di qualità solo grazie alla dedizione ed allo spirito missionario di chi lo svolge.

CLAUDIO CRESCINI

Autori

Matilde Bastianello

Medico Chirurgo, Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore, Università degli Studi di Genova

Angela Capizzi

Ostetrica, Ospedale di Prato (FI)

Massimo Stefano Cordone

Ostetrico-Ginecologo, Responsabile Sala Parto, IRCCS Giannina Gaslini, Genova

Claudio Crescini

*Ostetrico-Ginecologo
Direttore Scientifico ASST Bergamo Est
Vicepresidente Nazionale AOGOI*

Gabriele de Tonetti

Anestesista rianimatore, Responsabile Unità Operativa di Anestesia ed Analgesia Ostetrico Ginecologica, IRCCS Giannina Gaslini, Genova

Giuseppe Ettore

*Direttore Dipartimento Materno Infantile
Direttore UOC di Ginecologia e Ostetrica
Arnas Garibaldi Presidio Ospedaliero Nesima,
Catania*

Nellina Ferraro

Ostetrica e Coordinatrice Ostetrica, UOC di Ginecologia e Ostetrica, Arnas Garibaldi Presidio Ospedaliero Nesima, Catania

Sabino Laudadio

*Avvocato, Studio Legale Scopsi e Laudadio,
Milano
Coordinatore nazionale Ufficio Legale
Contenzioso civile A.O.G.O.I*

Marco Maffiolini

Ostetrico-Ginecologo, Mantova

Maria Pia Pisoni

Ostetrico-Ginecologa, già Responsabile Servizio Ecografia, Ospedale Niguarda, Milano

Denise Rinaldo

*Ostetrico-Ginecologa Responsabile Sala Parto
Ospedale Bolognini Seriate (BG) ASST BG EST*

Gabriella Torrisi

*Dirigente Medico, UOC di Ginecologia
e Ostetrica, Responsabile Servizio di
UroGinecologia Arnas Garibaldi Presidio
Ospedaliero Nesima, Catania*

Chiara Vernier

*Ostetrico-Ginecologa, Ospedale Vicenza
ULSS 8 Berica*

Federica Zendoli

*Ostetrico-Ginecologa, Ospedale Di Miccoli,
Barletta ASL BAT*

Anna Zilioli

*Coordinatrice Ostetrica, Ospedale Bolognini,
Seriate (BG) ASST BG EST*

Indice generale

- 1 Anatomia dei genitali esterni, del perineo e dello sfintere anale 1**
Marco Maffiolini
Premessa, 1 ■ Il bacino osseo, 2 ■ Considerazioni sulle strutture legamentose pelviche e sull'organizzazione dei loro connettivi, 3 ■ Cenni anatomici, 4 ■ Spazi anatomico-chirurgici del perineo, 10 ■ Bibliografia, 15
- 2 Epidemiologia del danno perineale ostetrico 17**
Chiara Vernier
Premessa, 18 ■ Fattori di rischio, 19 ■ Bibliografia, 22
- 3 Profilassi del danno perineale in gravidanza 25**
Angela Capizzi
Premessa, 25 ■ Percorso di prevenzione e cura del pavimento pelvico in gravidanza, 27 ■ Il massaggio perineale, 28 ■ Specificità, 30 ■ Bibliografia, 30
- 4 Strategie per ridurre il trauma perineale ostetrico nel secondo stadio del travaglio di parto 31**
Anna Zilioli
Protezioni biologiche, 32 ■ Posizioni, 34 ■ Spinta spontanea e spinta guidata, 35 ■ Impacchi caldi, 36 ■ Manovre di flessione, 37 ■ Manovre di protezione e sostegno del perineo, 37 ■ Procedure nelle donne con mutilazione dei genitali femminili, 44 ■ La relazione di “sharing” (partecipazione/scambio) e il sostegno durante il parto, 47 ■ Bibliografia, 48
- 5 Profilassi del danno perineale da malposizione e malpresentazioni fetali 51**
Massimo Stefano Cordone
Introduzione, 51 ■ Il danno perineale da malposizione o malpresentazione, 52 ■ Conseguenze della malposizione o malpresentazione sul perineo, 53 ■

Profilassi primaria, 53 ■ Profilassi secondaria (al parto), 54 ■ Specificità, 57 ■
Bibliografia, 58

6 Come si diagnostica e si classifica il danno perineale ostetrico 61

Chiara Vernier

Classificazione e diagnosi, 61 ■ I traumi “occulti”, 69 ■ Conclusioni, 70 ■
Bibliografia, 70

7 Ruolo dell'ecografia nella valutazione del danno perineale da parto 71

Maria Pia Pisoni

Valutazione ecografica del perineo, 71 ■ Endosonografia transvaginale (TVUS)
2D/3D, 73 ■ Ecografia transperineale (TPUS) 2D/3D/4D, 79 ■ Bibliografia, 86

8 Episiotomia (perineotomia): uso routinario versus selettivo 89

Claudio Crescini

Premessa, 89 ■ Indicazioni all'episiotomia, 90 ■ Uso routinario e complicanze
dell'episiotomia, 93 ■ Cosa si intende per uso selettivo, 95 ■ Specificità, 97 ■
Bibliografia, 98

9 Tecniche di esecuzione e di riparazione dell'episiotomia 99

Claudio Crescini

Tecnica di esecuzione, 99 ■ Tecnica chirurgica di riparazione (due nodi un
filo), 102 ■ Il dolore da episiotomia, 104 ■ Specificità, 105 ■ Bibliografia, 106

10 Ematoma genito-puerperale 107

Claudio Crescini

Introduzione, 107 ■ Ematomi vagino-perineali, 109 ■ Ematomi a sviluppo nel
legamento largo e/o nel retroperitoneo, 110 ■ Specificità, 111 ■ Bibliografia, 111

11 Trattamento chirurgico delle lesioni perineali di primo e secondo grado 113

Claudio Crescini

Introduzione, 113 ■ Riparazione delle lacerazioni, 114 ■ Specificità, 115 ■
Bibliografia, 115

12 Trattamento chirurgico delle lesioni perineali di terzo e quarto grado 117

Denise Rinaldo

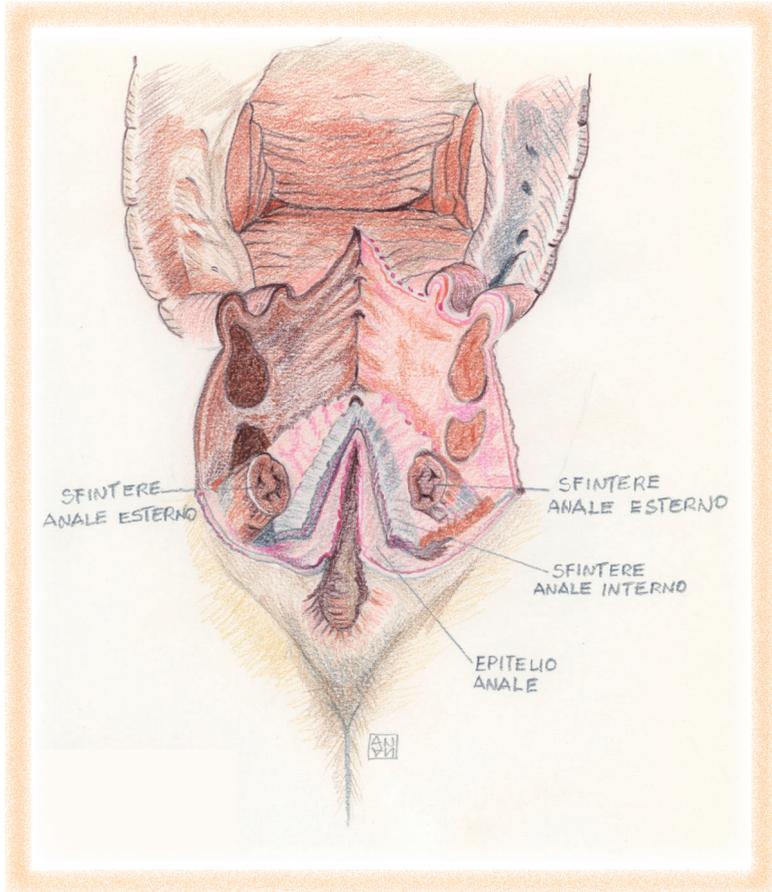
Introduzione, 117 ■ Principi chirurgici di base, 119 ■ Riparazione delle lesioni di
terzo e quarto grado, 120 ■ Specificità, 127 ■ Bibliografia, 127

13 Gestione postchirurgica delle lesioni perineali 129

Chiara Vernier

Management postoperatorio, 129 ■ Management dei parti successivi, 134 ■
Bibliografia, 136

- 14 Counseling delle pazienti con pregressa lacerazione di terzo e quarto grado 137**
Federica Zendoli
Introduzione, 137 ■ Counseling della paziente con OASIS, 140 ■
Conclusioni, 145 ■ Bibliografia, 146
- 15 Il servizio ambulatoriale di rieducazione perineale 149**
Nellina Ferraro, Gabriella Torrisi, Giuseppe Ettore
Introduzione, 149 ■ Proposta organizzativa per un ambulatorio di rieducazione perineale, 151 ■ La programmazione terapeutica riabilitativa perineale, 155 ■
Conclusioni, 156 ■ Bibliografia, 157
- 16 Tecniche di anestesia locale e locoregionale nella chirurgia riparativa del perineo 159**
Matilde Bastianello, Gabriele de Tonetti
Premessa, 159 ■ Cenni di terapia del dolore, 160 ■ Cenni sui principali farmaci impiegati per il controllo del dolore, 161 ■ Tecniche di analgesia, 162 ■ Gestione del dolore postoperatorio, 173 ■ Bibliografia, 173
- 17 Problematiche medico-legali in tema di danno perineale ostetrico 175**
Sabino Laudadio
Premessa, 175 ■ Sintetica disamina della legge Gelli-Bianco, 177 ■ Linee Guida e buone pratiche assistenziali nella Legge Gelli-Bianco e nella Giurisprudenza, 180 ■ La cartella clinica come strumento di sicurezza e prevenzione nel contenzioso sanitario, 183 ■ Il consenso informato - evoluzioni giurisprudenziali - la legge 219/2017 - spunti di riflessione in tema di trauma perinatale ostetrico, 188 ■ Bibliografia, 196
- 18 Il training su simulatore per la chirurgia riparativa delle lesioni ostetriche perineali 197**
Claudio Crescini, Anna Zilioli
Premessa, 197 ■ Simulatore per eseguire correttamente una episiotomia mediolaterale, 198 ■ Simulatore sintetico per episiorrafia e riparazione delle lesioni di 2° grado, 199 ■ Simulatore sintetico per lesioni di 3° e 4° grado, 200 ■
Simulatore organico per lesioni di 3° e 4° grado, 203 ■ Bibliografia, 206
- Indice analitico 207**



Lacerazione perineale di 4° grado.