PREVENZIONE E RIABILITAZIONE

Gravidanza, travaglio, parto

fattori di rischio perineale

PREVENZIONE

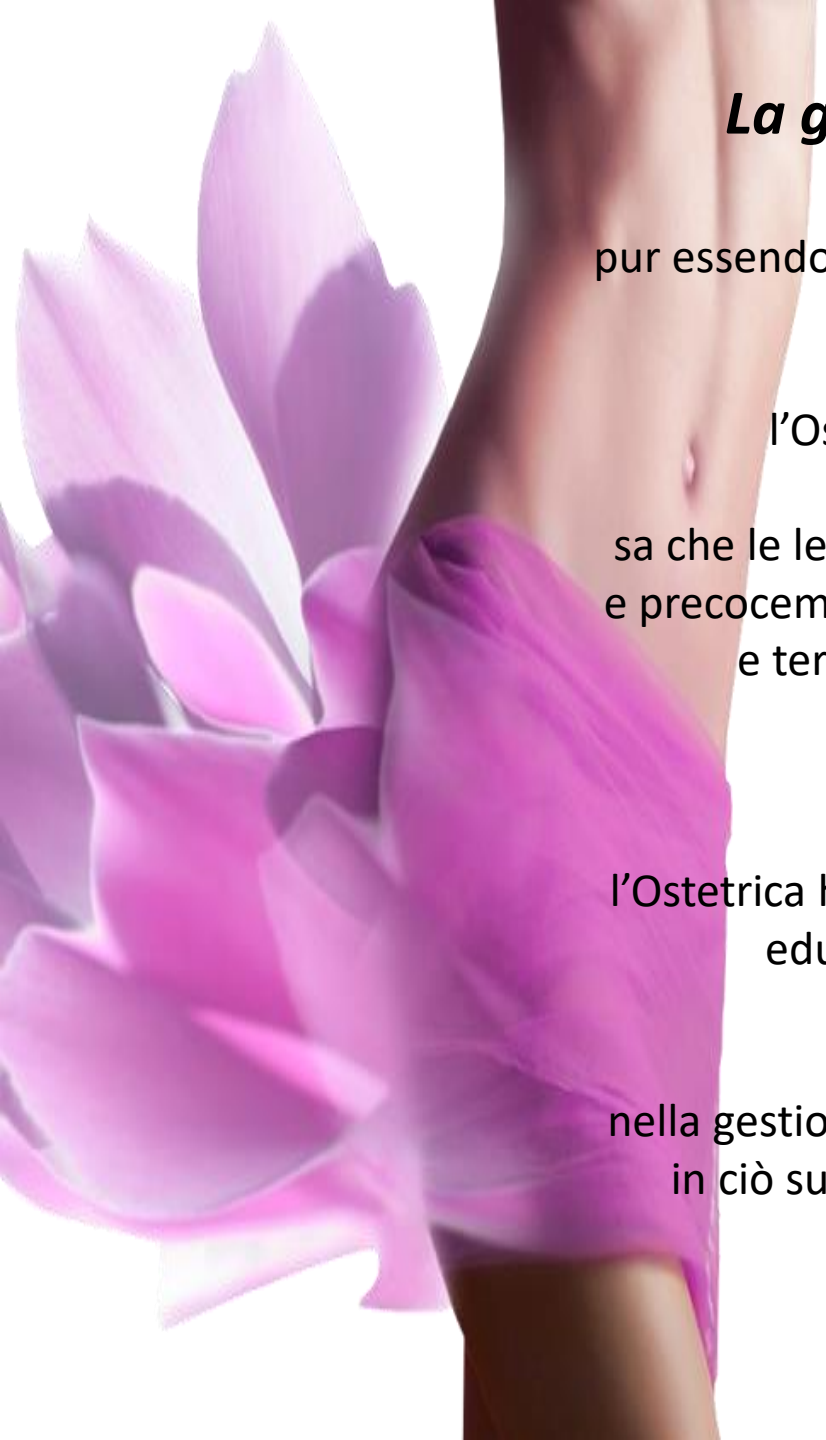
CURA

TRATTAMENTO

DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

NELLA DONNA

Midwifery Best Practice



La gravidanza, il parto e la menopausa

pur essendo eventi fisiologici, rappresentano nella donna momenti particolari di *rischio* per il perineo

l'Ostetrica ***guarda*** con occhio diverso il perineo,

sa che le lesioni funzionali devono essere valutate correttamente e precocemente al fine di poter attuare tutte le misure preventive e terapeutiche a garantire una ottimale funzionalità vescico-sfinterica e retto-anale,
e una buona qualità di vita sessuale

l'Ostetrica ha un *background* culturale in tema di fisiopatologia ed educazione-rieducazione-riabilitazione perineale
che le permette di esercitare l'importante
ruolo che le *compete*
nella gestione della prevenzione, cura e riabilitazione della donna, in ciò supportata al bisogno dalle altre figure presenti in un *team* interprofessionale

Fisiopatologia del pavimento pelvico

Il pavimento pelvico riveste numerose funzioni :

- esercita sostegno e supporto degli organi pelvici
- garantisce la continenza urinaria e fecale
- interagisce nel meccanismo della defecazione
- contribuisce alla statica pelvica mantenendo in sede gli organi pelvici
- garantisce la qualità della vita sessuale
- collabora in sinergia con il muscolo diaframma, durante la respirazione supporta l'utero, la vescica e il retto contrastando attivamente le pressioni endoaddominali
- ***contribuisce attivamente sia nel corso di travaglio di parto che durante il passaggio del feto nel canale molle (vagina)***
- contribuisce in sinergia con il bacino, con i muscoli addominali e con la muscolatura della colonna vertebrale a mantenere un equilibrio stabile del corpo durante i movimenti e le attività quotidiane
- somatizza problemi e disagi psicologici, sessuali e relazionali interagendo con la sfera intima ed emotiva.

Le principali disfunzioni vescico-sfintero-perineali

- incontinenza urinaria (IU) nelle sue varie forme (IU da sforzo, IU da urgenza, IU mista)
- ritenzione urinaria
- stipsi
- incontinenza anale
- alterazione statica pelvica

(prolasso urogenitale e anorettale)

- dolore pelvico cronico
- disfunzione perineale strettamente muscolare.

Gravidanza, travaglio e parto: fattori di rischio perineale

Il parto è un evento naturale non esente da complicazioni a carico delle strutture perineali che sono quindi a *rischio* di lesione/danno con ripercussione funzionale.

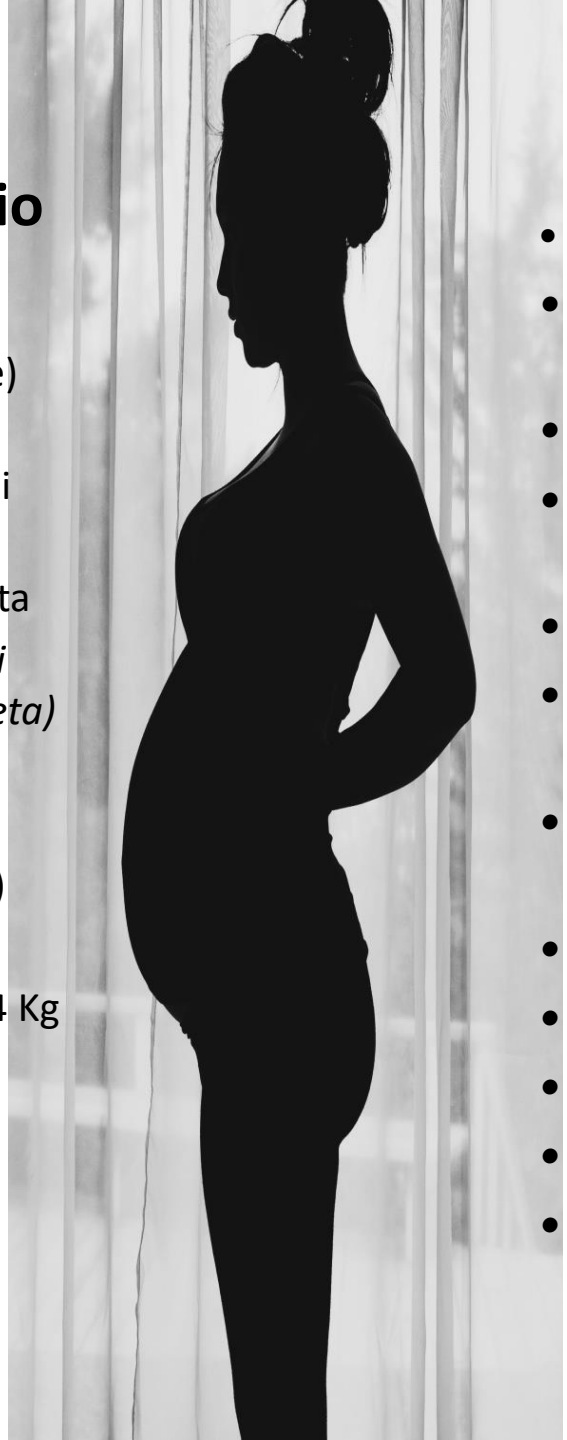
L' 85% dei parti comporta un danno perineale.

I danni che possono derivare dal parto possono essere classificati in:
1 connettivale (alle strutture di supporto)
2 vascolare
3 muscolare e nervoso: lacerazioni, neuropatia del pudendo, denervazione sfinterica
4 diretto sul tratto urinario

Con il taglio cesareo il rischio di disfunzioni perineali è 1 volta superiore,
con il parto spontaneo è 3 volte superiore,
con il parto operativo è 5 volte superiore.
il fattore di rischio più importante per lo sviluppo di prolasso è la parità

I fattori di rischio

- etnia (etnia asiatica ha un rischio 8 volte superiore)
- età materna (>35 aa. per componente elastica dei tessuti-collagene)
- distanza ano-vulvare ridotta
- *ipertonia muscoli elevatori dell'ano (perineo da atleta)*
- ipoplasia genitali esterni
- presenza di mutilazioni genitali femminili (MGF)
- primiparità
- incremento ponderale >14 Kg



I fattori di rischio in travaglio

- *uso prolungato dello sgabello da parto*
- *somministrazione di ossitocina- durata del travaglio*
- *presentazione podalica del feto*
- *postura litotomica materna nel periodo dilatante ed espulsivo*
- *spinte espulsive intempestive*
- *pratica dell'episiotomia (in particolare mediana)*
- *circonferenza cefalica >35 cm e peso neonatale > 4.500 gr*
- *applicazione di ventosa / forcipe*
- *manovra di Kristeller*
- *manovra di disimpegno della spalla*
- *parto precipitoso*
- *lacerazioni perineali*

Prevenzione e cura in gravidanza

È consigliabile effettuare una prima valutazione del pavimento pelvico all'inizio del 2° trimestre di gravidanza (13°/24°sett.) e una seconda valutazione nel 3° trimestre (24/40 sett)

- la raccolta dell'anamnesi generale e familiare
- la raccolta dell'anamnesi ostetrica, minzionale, intestinale e sessuale
- l'esame obiettivo che consiste in:

1) valutazione funzionale del PP anteriore, centrale e posteriore
2) ispezione e palpazione PP
3) valutazione dei riflessi
4) stress test
5) valutazione dei muscoli elevatori dell'ano, della postura e dei pattern respiratori
6) test pubo-coccigeo (PC test)
7) valutazione della statica pelvica
8) la diagnosi presunta
9) la programmazione degli interventi terapeutici e del loro follow-up

L'esito della prima valutazione del PP all'inizio del 2° trimestre di gravidanza permette di attivare percorsi appropriati.

Condizione fisiologica

- PP normotonico
- buon grado di consapevolezza del PP
- PC test buono
- assenza di sintomi e/o disfunzioni pelvi-perineali

prevenzione primaria: *informazione, educazione* e *prevenzione*

- Stili di vita
- raccomandare alla gravida di partecipare agli IAN
- insegnare il massaggio e l'auto-massaggio del PP per preparare i tessuti al travaglio e parto fisiologico

Condizione limite

- ipovalidità muscolare del PP
- buon grado di consapevolezza del PP
- PC test scadente
- assenza di sintomi e/o disfunzioni pelvi-perineali

prevenzione secondaria, educare alla consapevolezza e al recupero della funzionalità muscolare , con interventi da far eseguire anche a domicilio (follow-up personalizzato)

- valutazione degli esiti presso l'ambulatorio dedicato alla rieducazione

Condizione patologica

- PP ipotonico/ipertonico
- scarsa/assente consapevolezza del PP
- PC test scadente
- presenza di sintomi/disfunzioni pelvi perineali

- programmi di terapia ambulatoriale, personalizzati e supervisionati volto al ripristino delle funzioni perineali.
- Ciclo di 8-10 sedute con cadenza mono o bisettimanale della durata di circa 1 ora
- Consulenza del fisioterapista per correggere anomalie osteoarticolari/muscolari sistemiche
- Utilizzo di metodiche di fisiochinesiterapia (vaginale/anale) Non è consigliato l'utilizzo di corrente elettrica in gravidanza

Follow-up: nel 3° trimestre di gravidanza (28°/40° sett.) per adottare strategie durante il travaglio ed il parto

-alla dimissione dall'ospedale valutazione del PP ed inserimento in riabilitazione (collegamento ospedale-territorio)

- a circa 40 giorni dal parto inizio della riabilitazione
- in caso di insuccesso invio all'ostetrica esperta di 2° livello (GOIPP/TOPP)

la postura durante il travaglio e parto espone il pavimento pelvico a diverse problematiche **“ Prevenzione e cura del perineo”**

La postura supina

- le resistenze sono maggiori ed il riflesso espulsivo è assente
- la spinta forzata o manovra di Valsalva sposta l’utero verso l’esterno e può favorire la diastasi del muscolo grande retto. L’unica forza che resta disponibile è il volume di aria toracica che spinge il diaframma verso il basso, producendo una spinta sul perineo contratto estroflettendolo
- la posizione del bacino risulta asimmetrica poiché bloccata posteriormente nella zona coccigea, dal lettino da parto: questo porta una asimmetria anche nella contrazione dei muscoli perineali veicolando le forze pressorie sullo iato uro-genitale e portando dolore a livello degli orifizi
- una minore mobilità delle articolazioni sacro-iliache comporta una minore mobilità del coccige (retropulsione) causando un rallentamento della progressione della parte presentata
- il piano rigido del lettino da parto potrebbe sottoporre il coccige a lussazione, in quanto ne impedisce la retropulsione; in questo caso il feto non occupando la concavità del sacro è obbligato a progredire in spazi ridotti determinando un iper-stiramento del perineo , *con conseguenza di possibile aumento delle lacerazioni, ancora più evidenti in caso di ridotta distanza ano-vulvare*

La **postura supina laterale** favoriscono l’allontanamento delle spine ischiatiche, l’apertura graduale del perineo verso il comparto posteriore evitando così lo stiramento anteriore, senza comprimere il centro tendineo perineale.

postura carponi particolarmente indicato nelle posizioni fetali posteriori

La **postura verticale** la gravità favorisce la discesa fetale, l’osso sacro è libero di effettuare la nutazione sotto l’effetto della spinta, l’utero è fisso contro il rachide, i muscoli addominali lavorano in maniera automatica, il perineo si sblocca e si apre coadiuvato dall’espirazione spontanea della donna.

Raccomandazioni in corso di travaglio e parto

- **rispettare** la fase di transizione a dilatazione completa
- rispettare i tempi fisiologici del periodo espulsivo senza dare indicazioni alla spinta
- rispettare i premiti spontanei senza dare indicazione alla spinta
- rispettare la fase di accelerazione e di decelerazione della spinta

- **da evitare**

un numero eccessivo di esplorazioni vaginali che possono scatenare una risposta di contrazione del perineo con inversione della peristalsi

- stiramenti passivi sul perineo attraverso l'azione di manovre esterne
- pressioni sul perineo nel tentativo di controllare il disimpegno della testa fetale ad esclusione dei casi in cui siano indicate (rapido disimpegno della parte presentata)
- trazioni sul corpo fetale
- durante il secondamento il massaggio/spinta dell'utero verso il basso e la manovra di Credé

- **da fare**

- invitare la donna ad urinare frequentemente durante e prima dell'inizio del periodo espulsivo
- *applicare compresse calde a livello del perineo in quanto il calore rilassa la muscolatura, soprattutto in caso di evidente patologia emorroidaria*
- attendere il riflesso di eiezione fetale
- verificare il livello del fondo uterino e la minzione spontanea dopo le due ore

del post partum (la vescica potrebbe essere iperdistesa a causa di una transitoria ipoestesia)

Raccomandazioni durante la permanenza in reparto della puerpera

l'ostetrica :

- **Chiede** alla donna di mobilizzare il perineo durante le giornate di degenza e non eseguire gli esercizi di Kegel (contrazioni perineali) con lo scopo di allenare il pavimento pelvico poiché l'obiettivo è quello di riattivare la muscolatura perineale dopo il parto.

  invita perciò la donna a "chiudere e rilassare la vagina" senza forzare, ma delicatamente, ripetendo 3-4 movimenti consecutivamente per 4 volte nell'arco della giornata

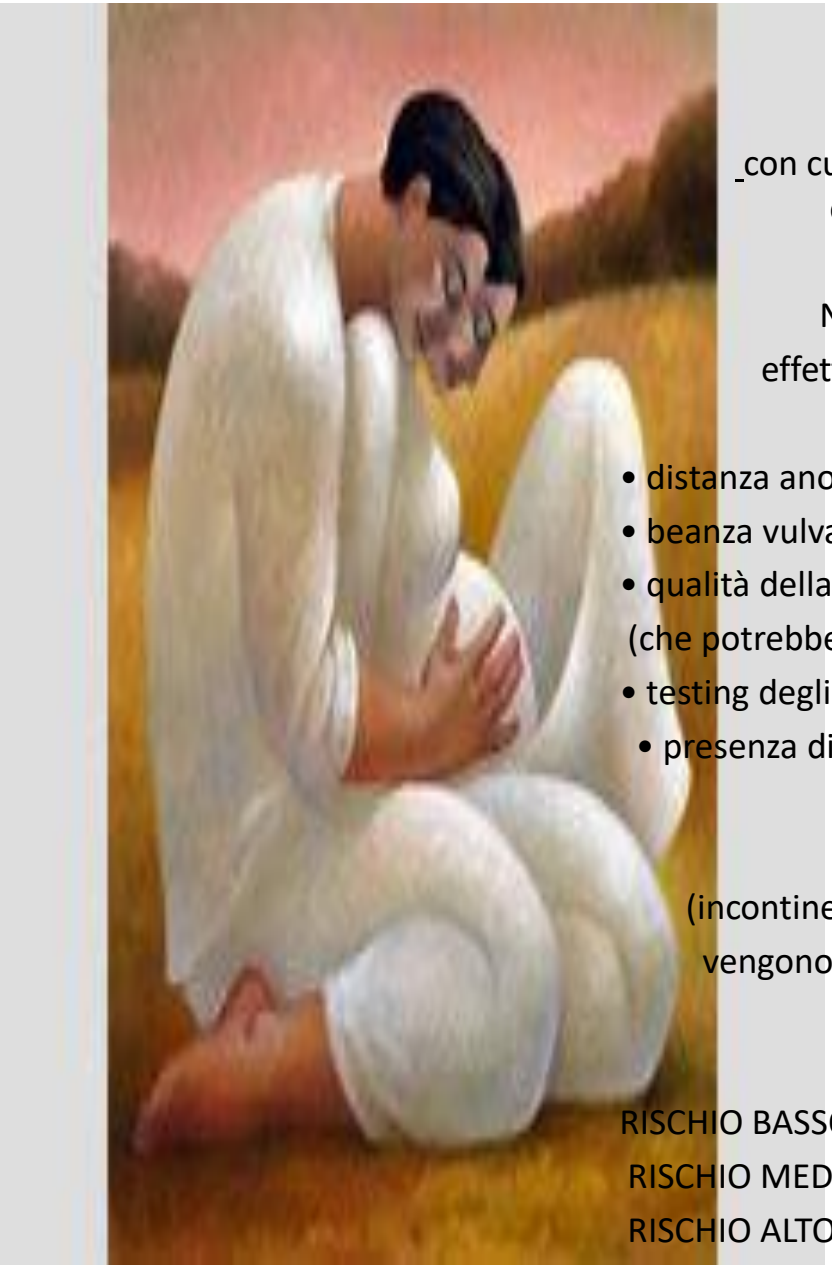
- **Sconsiglia** l'utilizzo della pancera a strappo (eventualmente invitare all'uso di una mutandina contenitiva)

- **invita** la donna a una corretta igiene intima / prevenire la stipsi con un'alimentazione ed idratazione adeguata

- **educa** ad un corretto svuotamento della vescica, con almeno 5-6 minzioni giornaliere

- **fa acquisire** l'abilità ad assumere una corretta postura durante la minzione (non manovre di Valsalva ma rilassamento del pavimento pelvico)

- **suggerisce** buone posizioni per l'allattamento per non gravare sul perineo



Alla Dimissione

Sarebbe opportuno attuare il programma

"perineal card"

con cui ogni donna viene valutata in base ai propri fattori di rischio perineali e inserita all'interno di un programma di recupero perineale

Nel caso di dimissioni precoci, l'Ostetrica effettua le valutazioni presso il domicilio della puerpera si valuta:

- distanza ano-vulvare (DAV) per la diagnosi di integrità del PP profondo
- beanza vulvare per la valutazione della tonicità del perineo superficiale
- qualità della eventuale cicatrice da episiorrafia o sutura di lacerazione (che potrebbe nel tempo creare una dispareunia)
- testing degli elevatori dell'ano (PC test) e il rilievo di eventuali sinergie
- presenza di incontinenza urinaria e/o anale o di altre disfunzioni

Le pazienti che già manifestano in questa fase patologie disfunzionali perineali (incontinenza urinaria, prolasso, incontinenza anale, dolore, altro) vengono inserite direttamente all'interno di un percorso riabilitativo adeguato ,a partire dalla 6a-8a settimana dal parto

. Calcolo dello score e valutazione del rischio:

RISCHIO BASSO 30-40% Raccomandazioni, trattamento comportamentale

RISCHIO MEDIO 40-50% Rivalutazione a 3 mesi

RISCHIO ALTO 10-20% Trattamento riabilitativo individuale/ gruppo

La riabilitazione
funzionale pelvi-perineale
dovrebbe sempre rappresentare
il PRIMO APPROCCIO TERAPEUTICO

La validità scientifica delle tecniche riabilitative del basso tratto urinario è stata sancita nel 1990
dall' International Continence Society (ICS)

Recupero del pavimento pelvico

benessere del corpo e dell' anima

GRAZIE