

# PREVENZIONE DEI TRAUMI PERINEALI E DEL DOLORE CORRELATO NEL POST PARTO

**Claudio Crescini**

*Vicepresidente Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)*

Vi è oggi un grande interesse da parte degli operatori del mondo ostetrico per le conseguenze traumatiche e le lesioni anatomiche del canale del parto causate dal passaggio del feto durante il parto.

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. Purtroppo i dati relativi alle complicanze e alle conseguenze negative immediate e future per mamma e bambino del taglio cesareo confermano con forza l'opportunità di ricorrervi solo in caso di necessità. In ogni caso, in base ai dati disponibili fino ad oggi, non si è mai ritenuta giustificabile l'esecuzione del taglio cesareo per la prevenzione del trauma perineale e meno ancora è giustificabile attualmente, considerando i numerosi studi che hanno evidenziato, fra 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** fra cui l'incremento delle anomalie di placentazione nelle successive gravidanze *post TC* e il rischio di rottura d'utero.

Ci sono però evidenze sufficienti per ritenere che i **fattori ostetrici di rischio più importanti** per un danno al nervo pudendo, al muscolo elevatore dell'ano, alla fascia endopelvica e allo sfintere anale siano principalmente il parto operativo vaginale, l'eccessiva lunghezza del periodo espulsivo e la macrosomia fetale.

Probabilmente i metodi di prevenzione (massaggi, rilassamento, impacchi caldi, spinte espulsive contenute, rieducazione del perineo, ecc), l'utilizzo selettivo e ragionato del parto operativo, le posizioni libere in periodo espulsivo e il riconoscimento e trattamento appropriato delle lesioni perineali possono **ridurre in modo significativo** le conseguenze negative del trauma perineale da parto.

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 pubo-rettale, 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 prollasso 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 a 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 pubo-rettale 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 pubo-rettale 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 deriva che **la conoscenza dell'anatomia pelvica e della meccanica del parto si deve accompagnare al rispetto dei tempi fisiologici e all'astensione da interventi medici non necessari**, ma ingiustificatamente finalizzati solo ad accelerare il travaglio per ridurre la durata.

Infine non dobbiamo dimenticare che lo stato d'ansia e di paura per una situazione nuova e ignota, gravata da grandi aspettative ma sostanzialmente sconosciuta nella sua realtà, sicuramente induce la produzione di catecolamine, e **uno stato di eccitabilità e contrattura muscolare**, che non favoriscono il tranquillo evolversi del travaglio e del parto. Un'eccessiva contrattura muscolare perineale si oppone alla progressione della parte presentata aumentando di conseguenza il dolore, accrescendo il trauma sul perineo e sottoponendo la testa fetale a una maggiore compressione. Quindi **un'opera di informazione partecipativa** per le gravide e la creazione di **un ambiente sereno e 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 e una gestione rispettosa della fisiologia, si realizza comunque **una lesione perineale**, il compito fondamentale del personale di assistenza consiste nel riconoscerla, valutarla e ripararla subito correttamente in modo indolore, per prevenirne le conseguenze invalidanti.

### **Ridurre al minimo il ricorso all'episiotomia**

L'episiotomia, conosciuta nel linguaggio comune come "tagliettino", consiste in termini medici in un intervento chirurgico con cui si incide con le forbici il perineo quando la testa del feto affiora alla rima vulvare per allargarla e favorirne l'uscita.

Questa incisione chirurgica taglia per una lunghezza di 5-6 centimetri la cute vulvare, la vagina e i muscoli sottostanti e provoca **un istantaneo allargamento del passaggio** (anello vulvare) della testa del feto alla fine del periodo espulsivo.

L'utilità di questa procedura chirurgica è stata **da sempre oggetto di discussione e diatribe**, da una parte con i detrattori che la ritenevano un intervento superfluo e dannoso e dall'altra parte con i sostenitori che pensavano fosse

utile per la mamma per evitare lacerazioni e prolassi e per il bambino per agevolare la nascita allargando la via di uscita.

**Oggi prevale l'opinione che l'episiotomia sia sostanzialmente inutile, che si renda necessaria solo in rarissime situazioni e che in un punto nascita si dovrebbe ricorrere ad essa in meno del 5% dei parti.** L'unica situazione in cui può essere indicata l'esecuzione di un'episiotomia è quando durante il periodo espulsivo vi siano **segni di "sofferenza" del feto** che richiedono una nascita più rapida. In questo caso il ricorso al parto operativo vaginale con ventosa ostetrica associato all'episiotomia può evitare la nascita di un bimbo gravemente depresso che potrebbe necessitare di un ricovero in terapia intensiva neonatale o persino avere un danno neurologico.

La prima descrizione dell'episiotomia in un testo di ostetricia è stata attribuita a Sir Fielding Ould nell'anno 1742 al Rotunda Hospital di Dublino, ma la sua diffusione nella pratica ostetrica è avvenuta nel XX secolo quando i parti che prima si svolgevano in casa hanno cominciato ad essere assistiti negli ospedali sotto controllo medico. A ciò si aggiunge che le incisioni chirurgiche come l'episiotomia erano diventate facilmente riparabili grazie alla diffusione dei disinfettanti, degli strumenti e delle moderne tecniche di riparazione chirurgica.

Alla fine del periodo espulsivo la testa fetale dilata l'anello vulvare che rappresenta l'ingresso della vagina e che è composto da numerosi fasci muscolari (tecnicamente questa fase del travaglio si definisce "coronamento"). La testa fetale, che ha un diametro di 10 centimetri ed è costituita da ossa craniche già ben ossificate, deve distendere e allargare questo anello muscolare che è rappresentato dal perineo e si oppone al passaggio. Questo anello è più piccolo della testa fetale e per permetterne l'attraversamento si deve allargare notevolmente. Questo processo di allargamento avviene attraverso **una progressiva forzatura e stiramento dei muscoli del perineo**, che si allungano fino a quasi tre volte la loro normale lunghezza. Vi è uno scontro fra la testa del feto e l'anello muscolare del perineo che cerca di resistere. Alla fine i muscoli dovranno cedere e la vulva si dovrà aprire e dilatare per consentire al bimbo di nascere. Tutto questo fenomeno richiede **tempo e pazienza** se si vuole che si realizzi con il minimo danno e con un dolce e progressivo adattamento dei muscoli all'importante stiramento. L'episiotomia con l'incisione dei muscoli del perineo fa di colpo aprire questo anello, lo fa cedere e immediatamente la testa fetale è libera di uscire. Questa facile e veloce risoluzione chirurgica dell'ultimo ostacolo meccanico alla nascita, che si otteneva con un semplice colpo di forbici, sembrava un'ottima soluzione. Con il tempo, e con studi più accurati e approfonditi, ci si è accorti che questo intervento chirurgico di taglio dei muscoli perineali in realtà aveva più svantaggi che vantaggi e che è causa di gravi conseguenze soprattutto in termini di **dolore durante l'attività sessuale** (dispareunia all'ingresso) per molti mesi dopo il parto. È stata anche meglio compresa la complessa dinamica con la quale il perineo si adatta e si automodella per consentire il passaggio della testa fetale. Queste conoscenze consentono oggi di assistere l'espulsione della testa con una tecnica che riduce il trauma perineale e asseconda la fisiologica dilatazione (protezione del perineo). È risultato abbastanza evidente che **le lesioni perineali sono spesso causate dal transito veloce della testa fetale**, che impedisce il progressivo adattamento distensivo dei tessuti. Purtroppo per alcuni anni in molti ospedali

si è pensato che fosse meglio per mamma e bambino accorciare la durata del parto il più possibile. I metodi utilizzati per alleviare il dolore del parto non erano efficaci e di conseguenza si cercava con i farmaci (ossitocina) e con le manovre ostetriche (Kristeller) di far nascere i bimbi il più presto possibile. Purtroppo questi interventi di accelerazione del parto avevano anche effetti negativi e, fra questi, il trauma dei muscoli perineali. L'incisione chirurgica del perineo (episiotomia) accelerava l'espulsione della testa e riduceva il numero di lacerazioni complesse causate dal troppo veloce transito della testa del feto indotto dalle procedure mediche.

Nonostante una corretta riparazione chirurgica della ferita episiotomica **possono intervenire alcune complicanze**, tra cui la formazione di un ematoma, la successiva riapertura della cicatrice per cedimento della sutura e soprattutto la formazione di una cicatrice fibrosa che può rendere dolorosi i rapporti sessuali anche per lungo tempo. Qualcuno aveva anche ipotizzato che l'episiotomia potesse ridurre il rischio di avere incontinenza urinaria e prolasso genitale dopo il parto, ma studi più completi non hanno confermato questa supposizione. Abbiamo quindi avuto un lungo periodo in cui l'episiotomia nei punti nascita italiani, e anche di altre nazioni, **veniva eseguita routinariamente** soprattutto nelle primigravide, con una frequenza del 60-70% di tutti i parti. Oggi, anche grazie alla presa di posizione dell'OMS, l'episiotomia viene eseguita in meno del 5% dei parti e solamente in caso di applicazione di ventosa per sofferenza fetale, per guadagnare dai 5 ai 10 minuti di tempo e far nascere il bimbo più rapidamente, come è previsto in questi casi.

Altri grandi cambiamenti migliorativi nell'assistenza alla nascita in ospedale hanno favorito l'abbandono di questo intervento oggettivamente non giustificato. Oltre al rispetto dei tempi fisiologici della nascita, un grande merito lo si deve soprattutto all'abbandono della posizione litotomica obbligatoria per il parto. Oggi vengono favorite e caldeggiate **posizioni più vantaggiose**, come quella a carponi o accovacciata o in vasca.

### **Il dolore da episiotomia**

È importante che la donna che viene dimessa con un'episiotomia **sia ben informata in merito alla condotta da tenere nei giorni successivi** per favorire la guarigione delle ferite chirurgiche, controllare il dolore e riconoscere tempestivamente eventuali complicanze.

Trattandosi di una ferita chirurgica riparata con materiale di sintesi (fili) riassorbibili, richiede del tempo per guarire, e anche in condizioni ottimali (assenza di infezione) può comportare *discomfort* e dolore per qualche settimana. Si può rendere necessario un trattamento antalgico che, anche durante l'allattamento, sarà ottenuto in prima istanza con paracetamolo e successivamente con ibuprofene. Sono consigliabili a scopo antalgico anche le applicazioni di ghiaccio sul perineo, purché avvolto in un tessuto e non a contatto diretto con la cute. Anche l'esposizione della ferita all'aria ambientale ne facilita la guarigione, mentre l'uso di cuscini "a ciambella" o la contrattura delle cosce e dei glutei possono rendere meno dolorosa la posizione seduta.

Anche gli esercizi perineali mediante contrattura ritmica dei muscoli elevatori dell'ano possono favorire il processo di guarigione.

Il dolore *post-episiotomia* ha una durata che generalmente non supera le due-tre settimane: se persiste è opportuno rivolgersi al personale sanitario. È necessario combattere la stitichezza e curare un'attenta e costante igiene perineale.

La donna deve essere inoltre informata che, in presenza in sede episiotomica di una cute particolarmente arrossata, tesa e dolente, o in presenza di perdite maleodoranti o purulente, oppure di un dolore persistente poco controllabile dai farmaci, deve immediatamente rivolgersi alla struttura presso la quale ha partorito, o al proprio medico curante o a una ostetrica di fiducia.

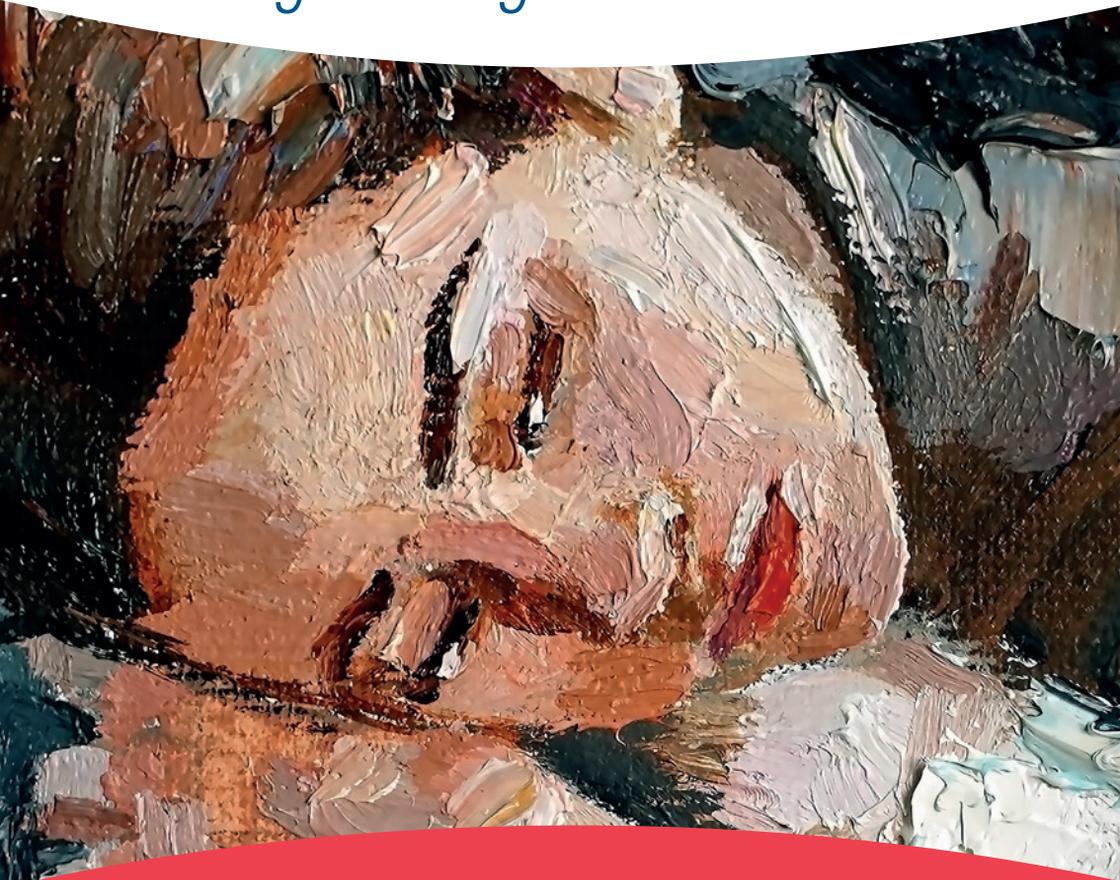
Non è generalmente normale la presenza di una sintomatologia dolorosa in sede episiotomica che persista oltre le due o tre settimane.

Anche l'attività sessuale, generalmente, è ostacolata per alcuni mesi dall'episiotomia, che può rendere la penetrazione estremamente dolorosa; in questi casi si farà uso di sostanze lubrificanti, a esclusione della vaselina che può irritare la mucosa vaginale.

### **Bibliografia**

- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2016 Jul;128(1):e1-e15. doi: 10.1097/AOG.0000000000001523
- Crescini C. Gravidanza e parto. Tutto quello che la futura mamma deve sapere. Seconda edizione ampliata. Piccin-Nuova Libreria, 2022
- Crescini C, Vernier C. Cura e cultura del perineo. Piccin-Nuova Libreria, 2021
- Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post partum. Carocci, 2014
- WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. PMID: 30070803 Bookshelf. ID: NBK513809. ISBN-13: 978-92-4-155021-5

# **DOLORE, INFIAMMAZIONE E COMORBITÀ** *in ginecologia e ostetricia*



**MILANO** 23 Novembre 2022

**ATTI E APPROFONDIMENTI  
DI FARMACOLOGIA**

*A cura di Annamaria Colao, Alessandra Graziottin, Stefano Uccella*

# PROGRAMMA

08:00-08:30	Registrazione dei partecipanti
08:30-09:00	Presentazione del Corso Annamaria Colao (Napoli), Alessandra Graziottin (Milano), Stefano Uccella (Verona)

---

## 09:00-11:00 **Lecture introduttive - Lo scenario del dolore nella donna. Stato dell'arte**

Moderatori: Nicoletta Di Simone (Milano), Stefano Uccella (Verona)

09:00-09:25 **Genomica e dolore: che cosa ci può rivelare lo studio del DNA?**  
Sabrina Rita Giglio (Cagliari)

09:25-09:50 **Ginecologia endocrino-metabolica: i trigger negletti di infiammazione e dolore nella donna**  
Annamaria Colao (Napoli)

09:50-10:15 **Che cosa c'è dentro il dolore pelvico? Dalla fisiopatologia al razionale di cura**  
Alessandra Graziottin (Milano)

10:15-10:40 **Intestino, microbiota e cervello viscerale: la prima regia del dolore**  
Vincenzo Stanghellini (Bologna)

10:40-11:00 Discussione

11:00-11:15 Coffee Break

---

## 11:15-13:40 **Sessione - Endometriosi e dolore: la sfida della diagnosi precoce e le strategie di cura**

**- PRIMA PARTE: Endometriosi e dolore in comorbilità: impatto sulla sessualità. Consensus di Strasburgo 2022**

Moderatori: Marcello Ceccaroni (Verona), Annamaria Colao (Napoli)

11:15-11:30 **Endometriosi, dolore e sessualità: come superare le persistenti omissioni diagnostiche?**  
Alessandra Graziottin (Milano)

11:30-11:45 **Dismenorrea e cicli mestruali abbondanti: sono predittivi di endometriosi e disfunzioni sessuali?**  
Angela Cuccarollo (Verona)

11:45-12:00 **Endometriosi: dolore sessuale e disfunzioni sessuali femminili in comorbilità**  
Elisa Maseroli (Firenze)

12:00-12:15 **Terapia medica per endometriosi, prima e dopo chirurgia: la sfida di proteggere salute e sessualità**  
Silvia Baggio (Verona)

**- SECONDA PARTE: Endometriosi e dolore: strategie di cura**

Moderatori: Sabrina Rita Giglio (Cagliari), Vincenzo Stanghellini (Bologna)

12:15-12:30 **Contracezione ormonale e controllo del dolore pelvico nell'adolescente**  
Metella Dei (Firenze)

12:30-12:45 **Progestinici e controllo del dolore: come personalizzare la scelta**  
Annamaria Paoletti (Cagliari)

12:45-13:00 **LARC ed endometriosi: ragioni della scelta**  
Giovanni Grandi (Modena)

13:00-13:25 **Lettura - Il dolore pelvico da endometriosi: quando come e perché interviene il ginecologo chirurgo**  
Marcello Ceccaroni (Verona)

13:25-13:40 Discussione

13:40-14:30	Lunch
<b>14:30-15:30</b>	<b>Sessione - Dolore pelvico e comorbidità</b> Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Annamaria Paoletti (Cagliari)
14:30-14:55	<b>Letture - Il dolore vulvare: visione e strategie terapeutiche</b> Filippo Murina (Milano)
14:55-15:00	Discussione
15:00-15:25	<b>Letture - Il dolore genitale oncologico: quando, come e perché interviene il ginecologo oncologo</b> Stefano Uccella (Verona)
15:25-15:30	Discussione
<b>15:30-17:30</b>	<b>Sessione - Il dolore genitale e sessuale dopo il parto</b> Moderatori: Roberta Anniverno (Milano), Claudio Crescini (Bergamo)
15:30-15:45	<b>Prevenzione del dolore in Ostetricia: focus sulla gravidanza</b> Nicoletta Di Simone (Milano)
15:45-16:00	<b>Prevenzione dei traumi perineali e del dolore correlato nel post parto</b> Claudio Crescini (Bergamo)
16:00-16:15	<b>Diagnosi e cura del dolore sessuale dopo il parto</b> Alessandra Graziottin (Milano)
16:15-16:30	<b>Testimonianza - L'allattamento materno: le vulnerabilità da proteggere</b> Cecilia C.
16:30-16:45	<b>Depressione e dolore dopo il parto</b> Roberta Anniverno (Milano)
16:45-17:00	<b>Valorizzare l'allattamento in un puerperio senza dolore</b> Fabiana Giordano (Napoli)
17:00-17:15	<b>Il ruolo dell'ossigenoterapia antidolore in puerperio</b> Dania Gambini (Milano)
17:15-17:30	Discussione
<b>17:30-18:40</b>	<b>Sessione - Il dolore in postmenopausa tardiva</b> Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Paola Salzano (Napoli)
17:30-17:55	<b>Il dolore osteomuscolare dopo la menopausa: diagnosi e strategie terapeutiche</b> Andrea Giusti (Genova)
17:55-18:10	<b>Sindrome genito-urinaria della menopausa: dalla fisiopatologia al ruolo degli androgeni</b> Dania Gambini (Milano)
18:10-18:25	<b>Sindrome genito-urinaria della menopausa: quando usare l'ospemifene</b> Novella Russo (Roma)
18:25-18:40	Discussione
18:40-19:00	<b>Conclusioni e compilazione questionario ECM</b>

Prefazione	<i>Pag. 06</i>
Ringraziamenti	<i>Pag. 09</i>
Genomica e dolore: che cosa ci può rivelare lo studio del DNA?	<i>Pag. 10</i>
Ginecologia endocrino-metabolica: i <i>trigger</i> negletti di infiammazione e dolore nella donna	<i>Pag. 14</i>
Che cosa c'è dentro il dolore pelvico cronico: dalla fisiopatologia al razionale di cura	<i>Pag. 18</i>
Intestino, microbiota e cervello viscerale: la prima regia del dolore	<i>Pag. 23</i>
Endometriosi, dolore e sessualità: come superare le persistenti omissioni diagnostiche?	<i>Pag. 28</i>
Dismenorrea severa e cicli mestruali abbondanti: sono predittivi di endometriosi e disfunzioni sessuali?	<i>Pag. 38</i>
Endometriosi: dolore sessuale e disfunzioni sessuali femminili in comorbilità	<i>Pag. 49</i>
Terapia medica per endometriosi, prima e dopo chirurgia: la sfida di proteggere salute e sessualità	<i>Pag. 57</i>
Contracezione ormonale e controllo del dolore pelvico nell'adolescente	<i>Pag. 68</i>
Progestinici orali e controllo del dolore: come personalizzare la scelta	<i>Pag. 69</i>
LARC ed endometriosi: ragioni della scelta	<i>Pag. 75</i>
Il dolore pelvico da endometriosi: quando, come e perché interviene il ginecologo chirurgo	<i>Pag. 80</i>
Il dolore genitale oncologico: quando, come e perché interviene il ginecologo oncologo	<i>Pag. 85</i>
Prevenzione del dolore in ostetricia: focus sulla gravidanza	<i>Pag. 89</i>
Prevenzione dei traumi perineali e del dolore correlato nel post parto	<i>Pag. 95</i>

Diagnosi e cura del dolore sessuale dopo il parto	<i>Pag. 100</i>
Depressione e dolore dopo il parto	<i>Pag. 110</i>
Valorizzare l'allattamento in un puerperio senza dolore	<i>Pag. 115</i>
Il ruolo dell'ossigenoterapia antidolore in puerperio	<i>Pag. 117</i>
Il dolore osteomuscolare: diagnosi e strategie terapeutiche	<i>Pag. 120</i>
Sindrome genito-urinaria della menopausa: dalla fisiopatologia al ruolo degli androgeni	<i>Pag. 126</i>
Sindrome genito-urinaria della menopausa: quando usare l'ospemifene	<i>Pag. 131</i>

## **APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA**

Salute e igiene perineale, vulvare e vaginale: una visione dinamica e integrata	<i>Pag. 139</i>
Ospemifene: le evidenze sul fronte del dolore	<i>Pag. 148</i>
Estetrolo e drospirenone: sinergie e vantaggi nella contraccezione orale	<i>Pag. 155</i>
Fibromi uterini sintomatici: nuove opportunità terapeutiche	<i>Pag. 161</i>