

Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo

Claudio Crescini

Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile - Segretario Regionale AOGOI Lombardia

L'indicazione principale all'accorciamento strumentale del periodo espulsivo è rappresentata:

1. dal sospetto che le **condizioni di benessere fetale siano compromesse** sulla base dei dati della cardiotocografia in periodo espulsivo e che
2. **il parto per via vaginale** possa essere espletato in tempi più brevi rispetto al taglio cesareo.

L'allungamento dei tempi del periodo espulsivo in condizioni di benessere fetale può essere una indicazione al parto operativo vaginale, in base ai valori temporali ritenuti fisiologici nel singolo punto nascita e alle condizioni materne, sia fisiche che psichiche, determinate da un protratto periodo espulsivo.

In presenza di analgesia peridurale va ricordato che i tempi del periodo espulsivo si allungano, senza necessariamente indicare il ricorso a un parto operativo vaginale.

Le azioni che possono ridurre il ricorso al parto operativo vaginale sono:

- l'attivo sostegno della donna durante il travaglio di parto;
- le posizioni verticali rispetto a quelle supine o litotomiche in periodo espulsivo;
- il non avere tempi rigidi di durata "normale" del periodo espulsivo.

Per motivi storici legati alla carenza di un'adeguata formazione ostetrica degli operatori di sala parto nel nostro Paese, il ricorso al parto operativo vaginale è in molte realtà evitato e sostituito dal taglio cesareo in periodo espulsivo.

Qualora si ricorra al parto vaginale operativo, lo strumento adottato è preferibilmente la ventosa ostetrica e non il forcipe.

Negli ultimi anni si è diffusa anche in Italia la ventosa OmniCup (Clinical Innovations Europe Ltd, Abingdon, UK) ideata da Aldo Vacca. Si tratta di una ventosa con coppetta di plastica rigida, monouso, con un indicatore per seguire la rotazione della testa e dotata di un sistema di creazione del vuoto manuale molto semplice, inserito nell'impugnatura. La ventosa OmniCup è utilizzabile sia nelle posizioni occipito anteriori che in quelle occipito posteriori o trasverse, in quanto di facile manovrabilità nel canale del parto. Le ventose morbide con coppetta in silicone sono scarsamente utilizzate poiché, seppur associate a minor trauma sulla testa fetale, hanno un'alta percentuale di fallimento per più facile distacco e possono essere utilizzate solo nelle posizioni occipito-anteriori.

Nell'ambito delle **lesioni materne** sono particolarmente temibili quelle legate all'**inclusione delle pareti vaginali nell'area di applicazione della coppetta**. Se la **parete vaginale anteriore** rimane intrappolata tra coppetta e testa fetale si possono determinare, con la trazione, **lacerazioni vescicali** di grandi dimensioni.

Se viene inclusa la **parete posteriore** si possono determinare **lesioni dell'ampolla rettale**.

Per questo motivo è fondamentale la **verifica digitale dell'area di applicazione della coppetta e della mobilità delle pareti vaginali adiacenti** prima di completare la creazione del vuoto e le trazioni.

Per lungo tempo si è ritenuto che l'esecuzione di un'ampia episiotomia fosse obbligatoria in caso di parto operativo. In realtà, studi successivi (Kudish et al 2006; Robinson et al. 1999) hanno messo in discussione questo assioma. Pertanto oggi anche nel parto operativo l'**episiotomia è selettiva**.

La **morbilità materna da parto operativo**, se comparata a quella da taglio cesareo, risulta comunque minore, sia in termini di **iperpiressia** che di **episodi tromboembolici** (Bashore et al. 1990). Tuttavia le donne che hanno avuto un **parto vaginale operativo** hanno una percentuale più alta di **incontinenza urinaria a 1 e 3 anni dal parto** rispetto alle cesarizzate (Liebling et al. 2004).

Sebbene in passato siano stati proposti lo stretching e il massaggio perineale durante il periodo espulsivo per ridurre i danni perineali da parto (Enkin et al. 2000), uno studio randomizzato successivo non ne ha dimostrato l'efficacia (Stamp et al. 2001)

Le recenti linee guida ACOG relative all'episiotomia riportano:

1. l'**episiotomia** deve essere selettiva e non di routine, e questo sembra ridurre l'incidenza di lacerazioni;
2. il più grande fattore di rischio per le lacerazioni di 3° e 4° grado è l'**episiotomia mediana**;
3. non vi sono evidenze che l'**episiotomia** riduca il danno al supporto pelvico;
4. non vi sono dati circa l'utilità dell'**episiotomia** nel risolvere la distocia di spalle o nell'essere vantaggiosa per il neonato;
5. l'**episiotomia** è associata a una maggiore perdita di sangue;
6. l'**episiotomia** è indicata in caso di distress fetale o quando ci si aspetta una "difficoltà nell'espletare il parto".

Bibliografia

Bashore RA, Phillips WH , Jr, Brinkman CR., A comparison of the morbidity of midforceps and cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 1990;162:1428–1434. discussion 1434–1435

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al., editors. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press; 2000

Liebling RE, Swingler R, Patel RR, et al. Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:4–10

Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG, et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. Am J Obstet Gynecol. 2006;195:749–754.

Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, et al. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 1999;181:1180–1184

Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial BMJ. May 26, 2001; 322(7297): 1277–1280

*Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini*

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

**Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura**

MILANO, 6 GIUGNO 2014



**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus**
www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

08.00 - 08.45	Registrazione dei partecipanti
08.45 - 09.00	Introduzione e obiettivi del corso <i>Alessandra Graziottin</i> <i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano</i>
	<i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario Regionale AOGI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Lettura inaugurale Infiammazione e dolore in ostetricia. Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.30 - 11.20	SIMPOSIO: SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA <i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i>
09.30 - 09.50	Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.50 - 10.10	Semeiotica del dolore in gravidanza <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> <i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i>
10.10 - 10.30	Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo <i>Claudio Crescini (Treviglio)</i>
10.30 - 10.50	Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica <i>Walter Costantini (Milano)</i> <i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i>
10.50 - 11.20	Discussione
11.20 - 11.40	Coffee break
11.40 - 13.15	SIMPOSIO: BIOFILM E INFESIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUEPERIO <i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i>
11.40 - 12.00	Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
12.00 - 12.20	Infesioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i>
12.20 - 12.40	Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura <i>Valeria Dubini (Firenze)</i>
12.40 - 13.00	Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio <i>Franco Vicariotto (Milano)</i> <i>Ospedale San Pio X, Milano</i>

13.00 - 13.15	Discussione
13.15 - 14.00	Pranzo
14.00 - 14.30	Lettura Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
14.30 - 16.30	SIMPOSIO: IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA <i>Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini</i>
14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbilità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URL-Urological Research Institute,</i> <i>Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i> <i>Fisioterapista - Consulente in Sessuologia</i>
15.10 - 15.30	Semeiotica del dolore in puerperio <i>Filippo Murina (Milano)</i>
15.30 - 15.50	Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesiista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesiista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano</i>
15.50 - 16.10	Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione <i>Franco Vicariotto (Milano)</i>
16.10 - 16.30	Discussione
16.30 - 17.30	SIMPOSIO: RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE IN OSTETRICIA <i>Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia</i>
16.30 - 16.50	Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i>
16.50 - 17.10	Terapia della vulvodinia post partum <i>Filippo Murina (Milano)</i>
17.10 - 17.30	La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo <i>Giorgio Piubello (Verona)</i> <i>Specialista in Andrologia</i>
17.30 - 18.00	Discussione plenaria e Take Home Messages
18.00 - 18.30	Conclusioni e Valutazioni ECM <i>Alessandra Graziottin, Claudio Crescini</i>

INDICE

Infiammazione e dolore in ostetricia	pag. 05
Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico	pag. 15
Semeiotica del dolore in gravidanza	pag. 25
Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo	pag. 33
Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o	pag. 37
Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate	pag. 43
Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere	pag. 55
Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza	pag. 59
Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio	pag. 63
Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza	pag. 67
Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali	pag. 81
Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista	pag. 87
Semeiotica del dolore in puerperio	pag. 95
Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista	pag. 99
Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione	pag. 103
Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista	pag. 107
Terapia della vulvodinia post partum	pag. 115
La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo	pag. 119