

LA RIPARAZIONE DELLE GRAVI LESIONI PERINEALI POST-PARTUM

Dott.ssa Sara Zagonari
sara.zagonari@aosp.bo.it
Bologna, 29.10.2014

NASCERE DUE VOLTE



LACERAZIONI VAGINO-PERINEALI



Si stima che oltre l'85% delle donne che partoriscono per via vaginale subisca qualche grado di traumatismo perineale, che nel 60-70% dei casi richiederà un trattamento riparativo

(RCOG Guidelines, 2003)

DEFINIZIONE

Una lesione perineale grave «major» è definita come UNA LACERAZIONE CHE COINVOLGE LO SFINTERE ANALE

CONSEGUENZE

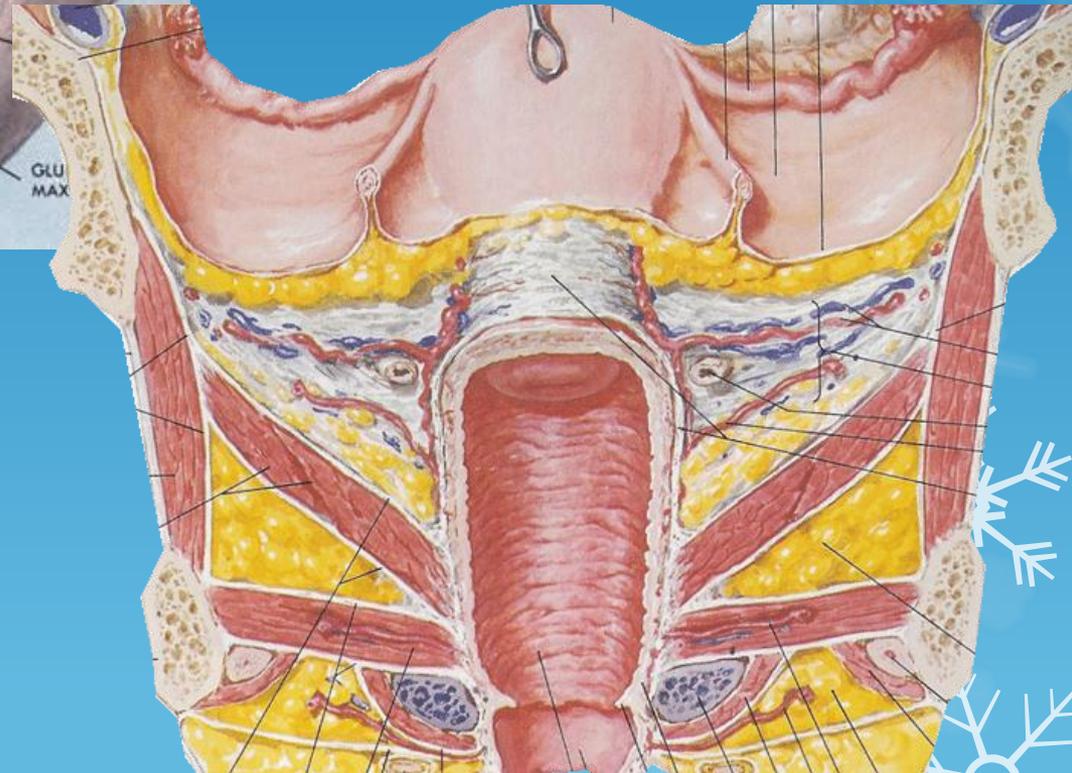
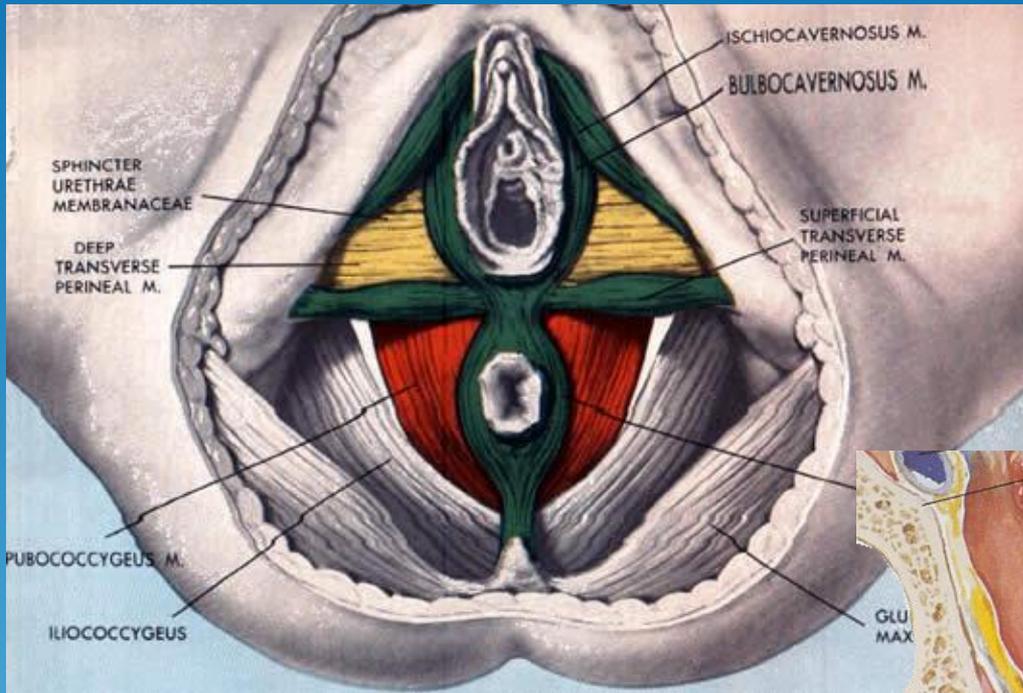
- Incontinenza ai gas: 50%
- Incontinenza a feci liquide: 8%
- Incontinenza a feci solide: 4%
- Sintomi da urgenza: 25%
- Dolore; dispareunia
- Infezioni
- Fistole retto-vaginali



LA PROGNOSE DOPO RIPARAZIONE DELLO SFINTERE ANALE E' BUONA CON 60-80% DI DONNE ASINTOMATICHE A 12 MESI

LA MANCATA RIPARAZIONE DELLA LESIONE SFINTERIALE COMPORTA L'INSORGENZA DI INCONTINENZA ANALE E/O FISTOLE VAGINALI RETTO-VAGINALI IN UNA ELEVATA % DI CASI

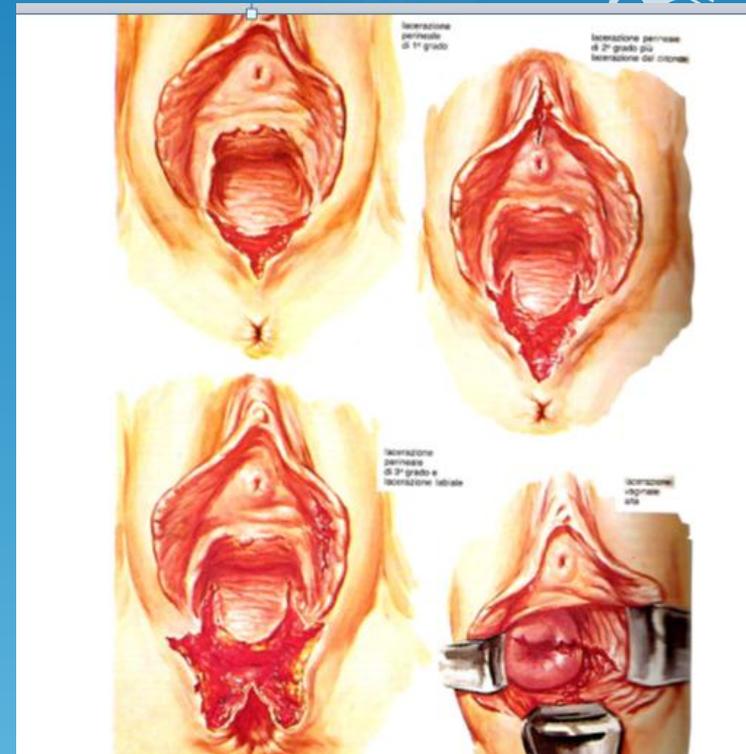
PERINEO



LACERAZIONI PERINEALI

Classificazione di Sultan (1999) accettata dal RCOG

- 1° grado: interessa mucosa vaginale e/o forchetta e/o cute perineale senza interessare i muscoli sottostanti
- 2° grado: sono coinvolti i muscoli perineali ma non lo sfintere anale
- 3° grado: interessa alcune o tutte le fibre dello sfintere anale
 - 3a: < 50% dello spessore sfintere esterno
 - 3b: > 50% dello spessore dello sfintere esterno
 - 3c: anche sfintere interno
- 4° grado: interessa lo sfintere anale e la mucosa rettale



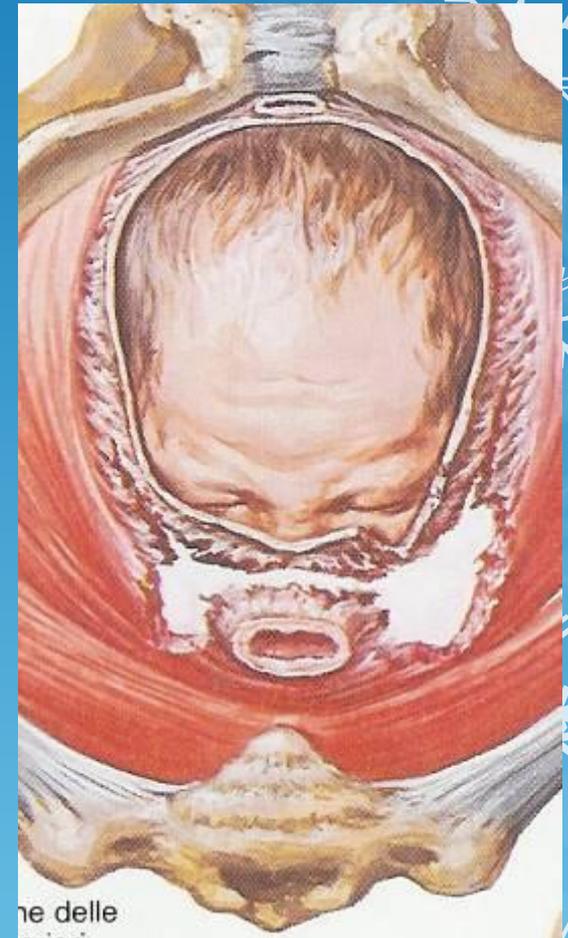
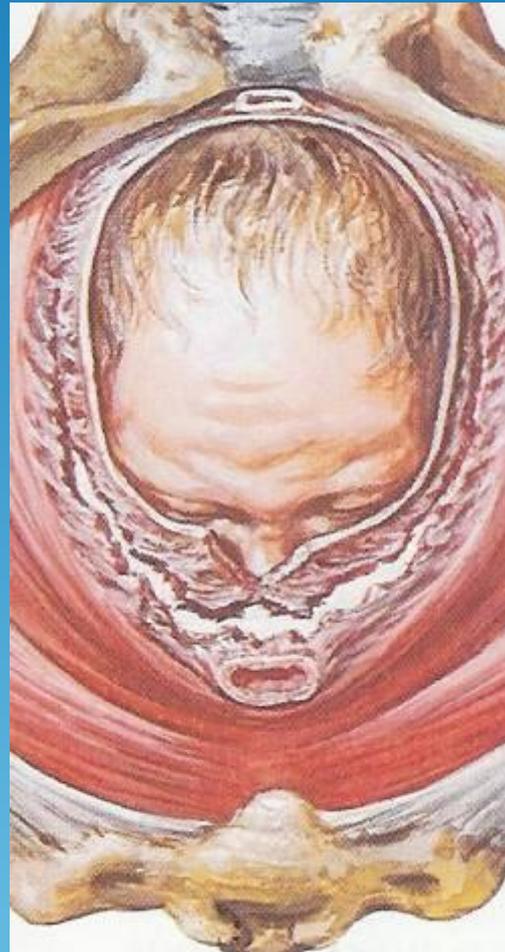
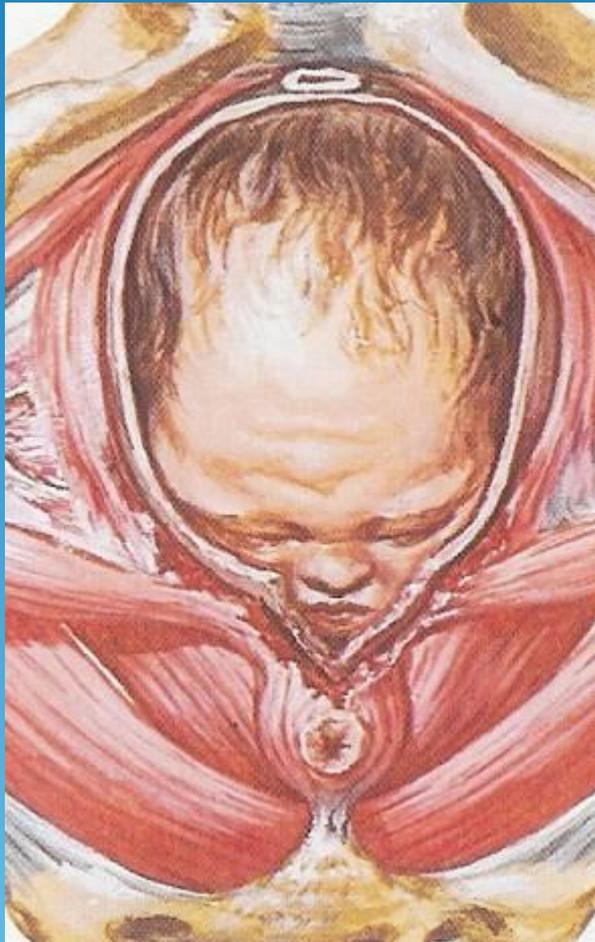
LACERAZIONI PERINEALI

Classificazione di Sultan (1999) accettata dal RCOG

- 1° grado: interessa mucosa vaginale e/o forchetta e/o cute perineale senza interessare i muscoli sottostanti
- **2° GRADO: SONO COINVOLTI I MUSCOLI PERINEALI MA NON LO SFINTERE ANALE**
- 3° grado: interessa alcune o tutte le fibre dello sfintere anale
 - 3a: < 50% dello spessore sfintere esterno
 - 3b: > 50% dello spessore dello sfintere esterno
 - 3c: anche sfintere interno
- 4° grado: interessa lo sfintere anale e la mucosa rettale



VARIABILITA' DELLE LESIONI PERINEALI DI 2^ GRADO



ne delle
eriori



LACERAZIONI PERINEALI

Classificazione di Sultan (1999) accettata dal RCOG

- 1° grado: interessa mucosa vaginale e/o forchetta e/o cute perineale senza interessare i muscoli sottostanti
- 2° grado: sono coinvolti i muscoli perineali ma non lo sfintere anale
- **3° GRADO: INTERESSA ALCUNE O TUTTE LE FIBRE DELLO SFINTERE ANALE**
 - 3A: < 50% DELLO SPESSORE SFINTERE ESTERNO
 - 3B: > 50% DELLO SPESSORE DELLO SFINTERE ESTERNO
 - 3C: ANCHE SFINTERE INTERNO
- 4° grado: interessa lo sfintere anale e la mucosa rettale



ERRATA CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI

(Risk factors for Obstetric Anal Sphincter
Injury: A prospectiv study ;
Vasanth A et al, BIRTH 33:2 June 2006)

MANCATO RICONOSCIMENTO:

- 87% delle lesioni di 3[^] grado valutate dalle ostetriche
- 24% delle lesioni di 3[^] grado valutate dal ginecologo



VALUTAZIONE DELLA LESIONE CONGIUNTA



- LA RIPARAZIONE DELLO SFINTERE ANALE INTERNO SPESSO NON E' DESCRITTA NEI TEST STANDARD DI OSTETRICIA
- POICHE' LO SFINTERE ANALE INTERNO GIOCA UN RUOLO FONDAMENTALE NEL MECCANISMO DELLA CONTINENZA, LA SUA IDENTIFICAZIONE E RIPARAZIONE E' RACCOMANDABILE
- L'IDENTIFICAZIONE DELLO SFINTERE ANALE INTERNO NON E' SEMPRE POSSIBILE, MA LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI DANNO ALLO SFINTERE ANALE ESTERNO (> 0 > DEL 50%) DOVREBBE ESSERE POSSIBILE IN TUTTI I CASI
- ESISTONO POCCHI STUDI SULLE TECNICHE DI RIPARAZIONE DELLE LACERAZIONI CHE SUPPORTINO LO SVILUPPO DI UN APPROCCIO «EVIDENCE-BASED» PER LE LACERAZIONI PERINEALI

LACERAZIONI PERINEALI

lesioni associate

- Parete vaginale anteriore
- Tonaca mucosa
- Grandi labbra
- Perforazione vescica
- Avulsione uretra
- Lesioni collo dell'utero

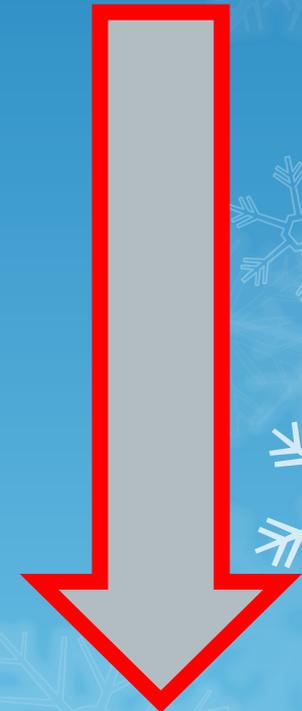
LACERAZIONI PERINEALI DI 3^A E 4^A GRADO

INCIDENZA:

- 3^a grado: circa 1-1,5 % dei parti (variabilità da 0,5 a 3% in Europa, da 5,85% a 8,9% negli Stati Uniti)
- 4^a grado: circa 0,1% dei parti

FATTORI DI RISCHIO:

- Macrosomia
- Utilizzo di forcipe
- Episiotomia mediana
- Primo parto
- Distocia di spalla
- Manovre di Kristeller
- Estrazione con ventosa
- Posizione occipito-posteriore
- Secondo stadio del travaglio > 60 min



LACERAZIONI DI TERZO E QUARTO GRADO

Riparazione

Di solito la riparazione deve essere eseguita immediatamente. Raramente può essere procrastinata al massimo di 12 ore in attesa di uno staff adeguato (alcuni autori suggeriscono anche fino a 24 ore)

RICHIEDE:

- Buona esposizione ed illuminazione, posizionamento di un tampone vaginale
- ABBONDANTI LAVAGGI E DISINFEZIONE !!! (per migliorare la visualizzazione e ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico)
- Strumenti chirurgici e fili di sutura appropriati
- Adeguata analgesia/anestesia
- Efficace assistenza

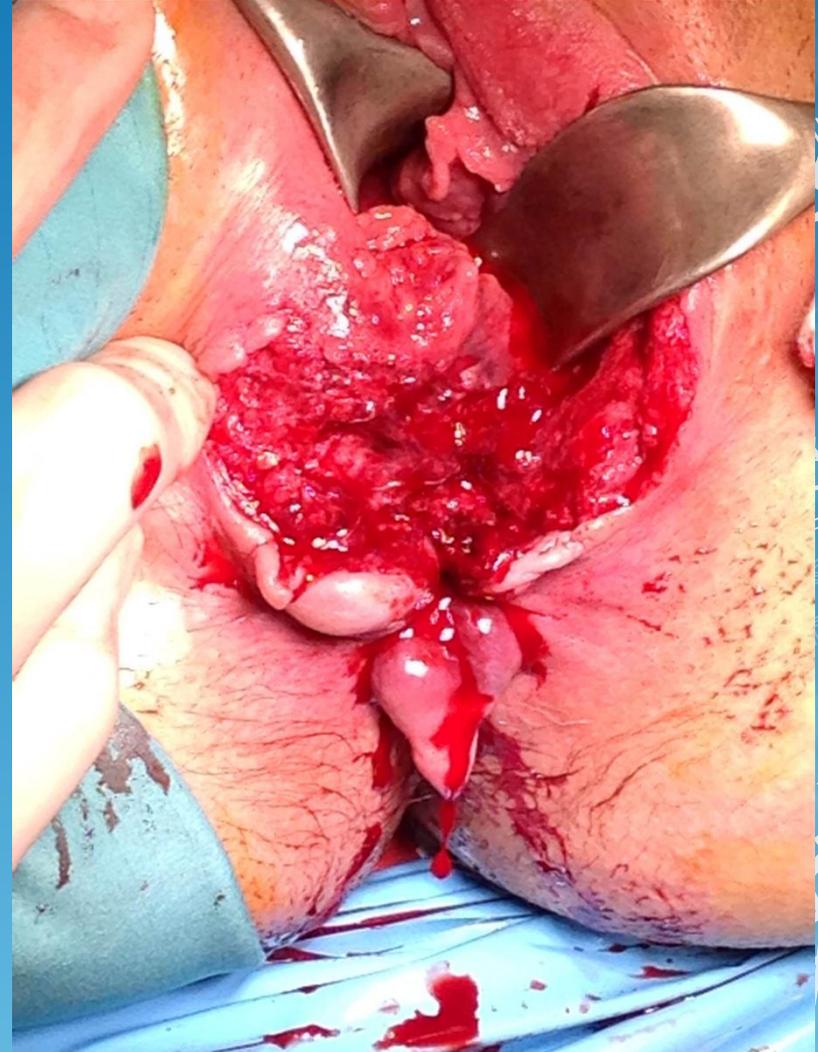
QUALORA NON RISULTI POSSIBILE OTTENERE QUESTE CONDIZIONI IN SALA PARTO, LA RIPARAZIONE DEVE ESSERE EFFETTUATA IN SALA OPERATORIA !!!!

LACERAZIONI DI TERZO E QUARTO GRADO

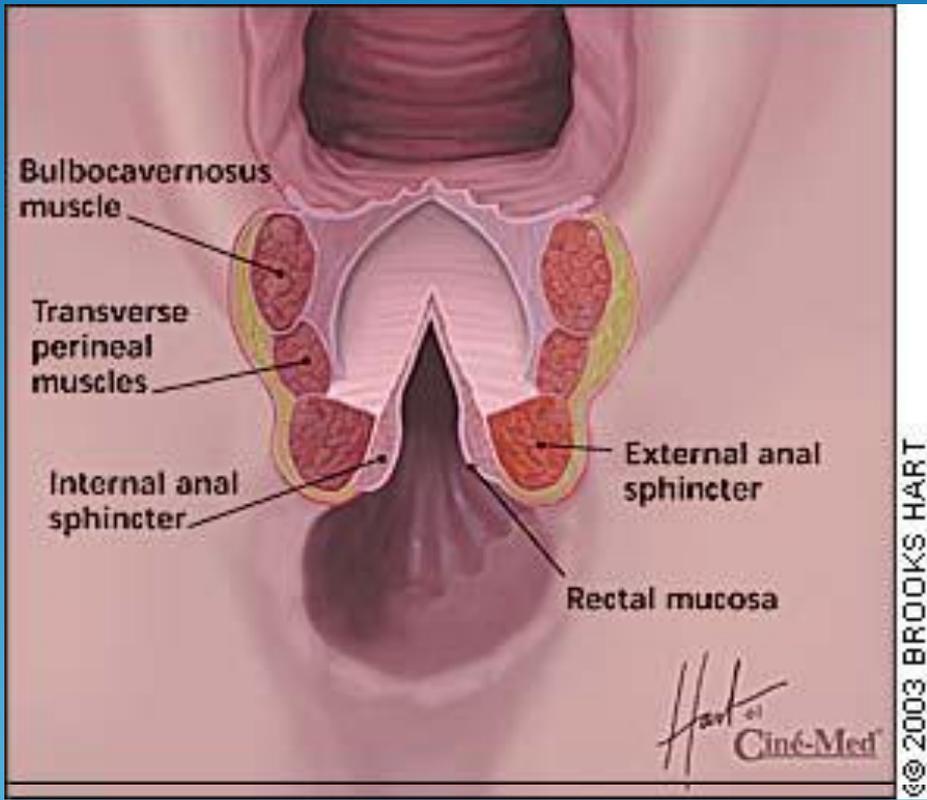
Riparazione

- PROFILASSI ANTIBIOTICA: dose singola di una cefalosporina di seconda o terza generazione e.v prima dell'inizio della procedura
- LESIONI ASSOCIATE: eventuali lesioni del canale cervicale e/o profonde in vagina vanno riparate prima

LESIONI PERINEALI GRAVI



LACERAZIONE PERINEALE DI 4[^] GRADO



LACERAZIONI DI 4[^] GRADO

Riparazione

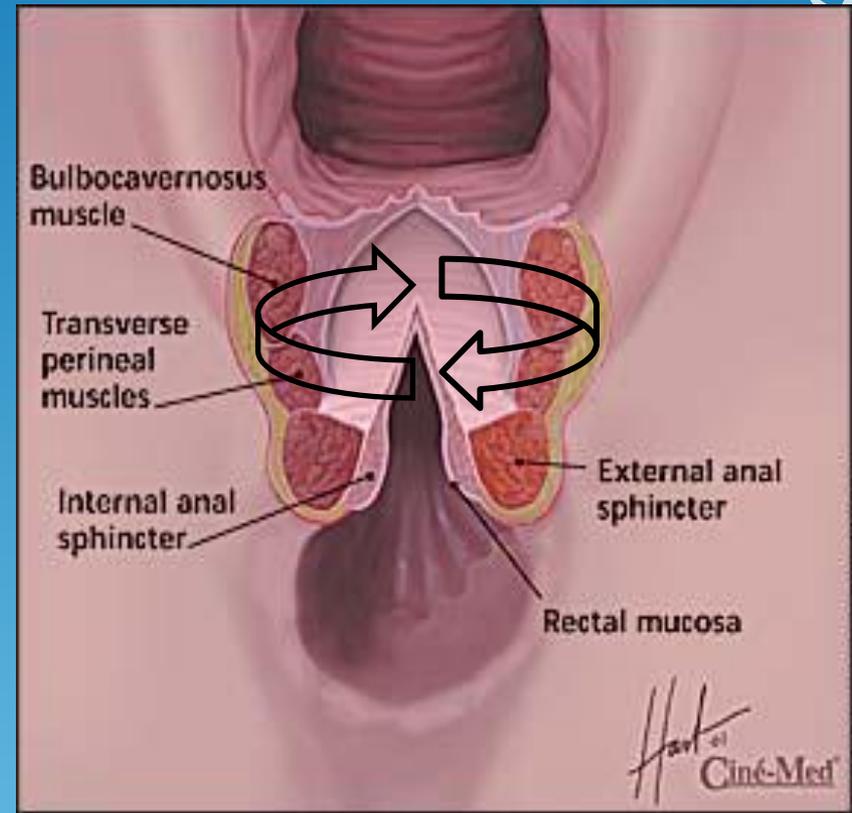
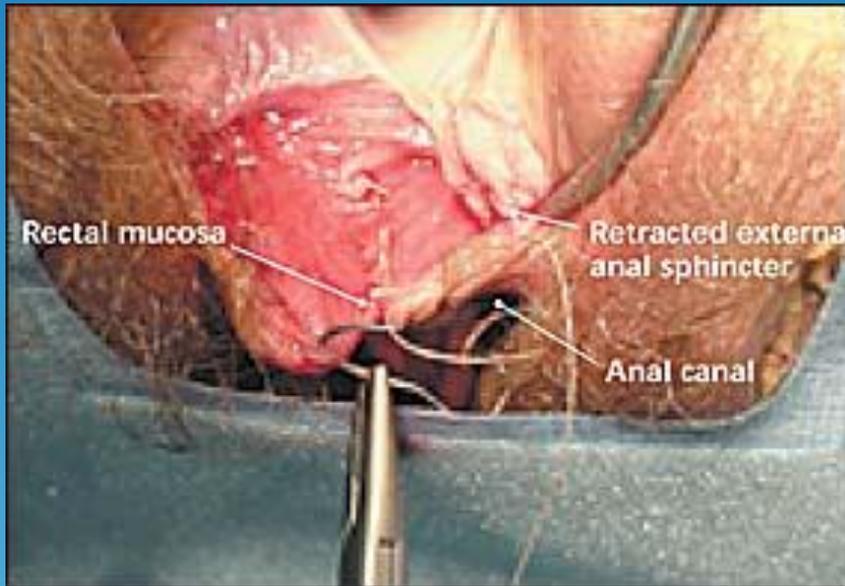


- Individuazione dell'apice della lacerazione
- Sutura della mucosa rettale iniziando dall'apice con punti staccati introflettenti (nodo all'interno del lume rettale !!)
- Filo 3-0 Vicryl* o 4-0 PDS a lento riassorbimento. Ago atraumatico

*(Vicryl 3-0 26 mm round bodied needle W9120)

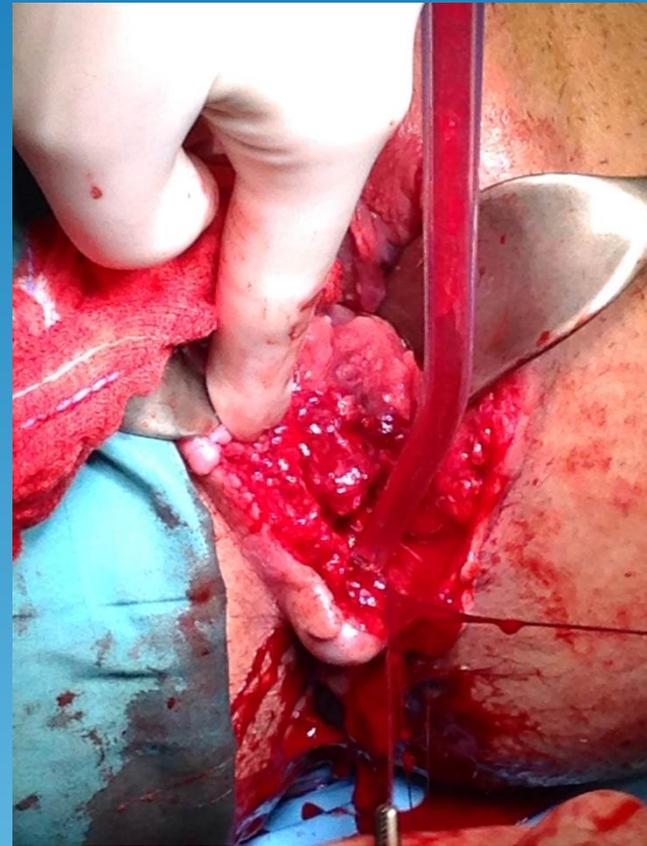
LACERAZIONI DI 4[^] GRADO

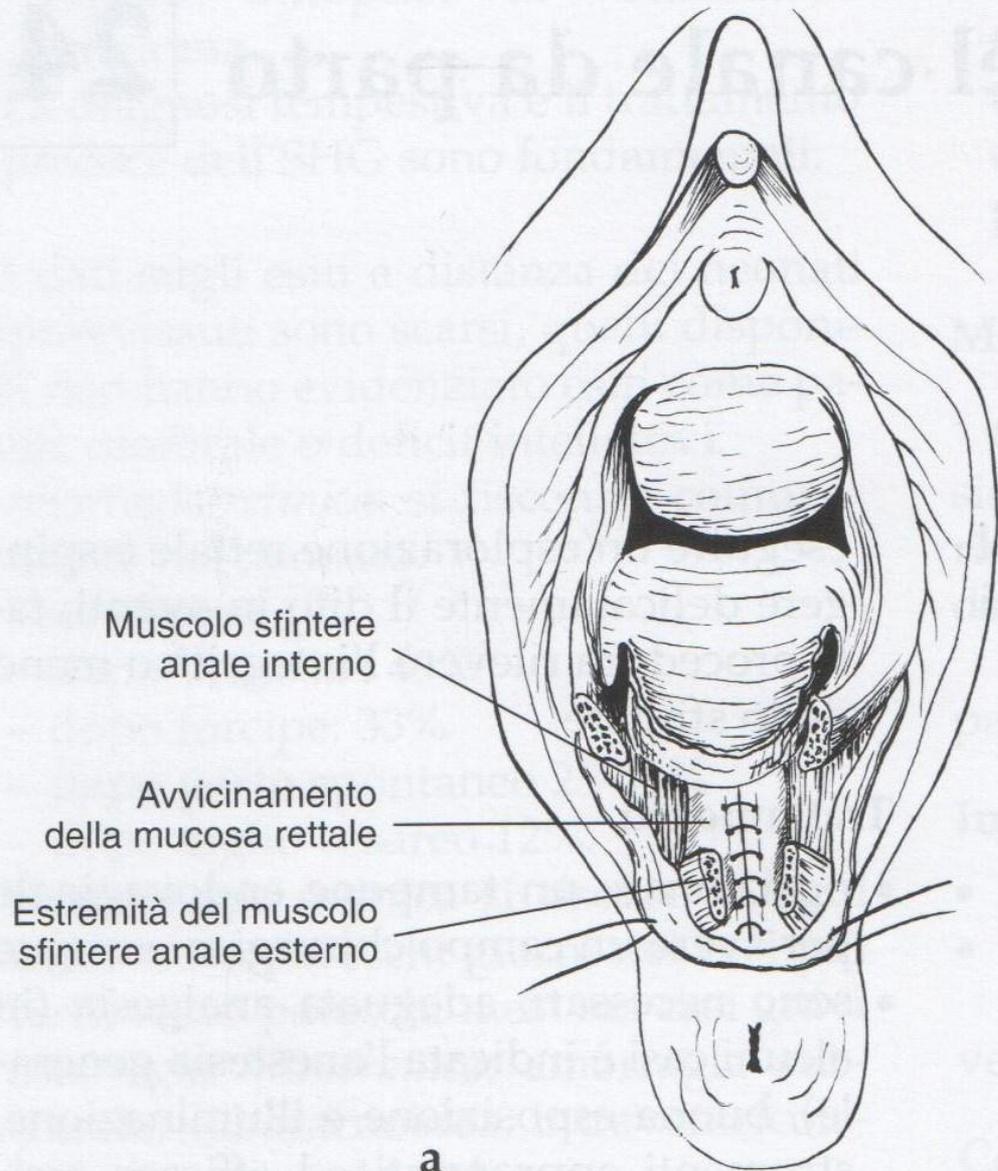
Riparazione



LACERAZIONI DI 4[^] GRADO

Riparazione





Muscolo sfintere anale interno

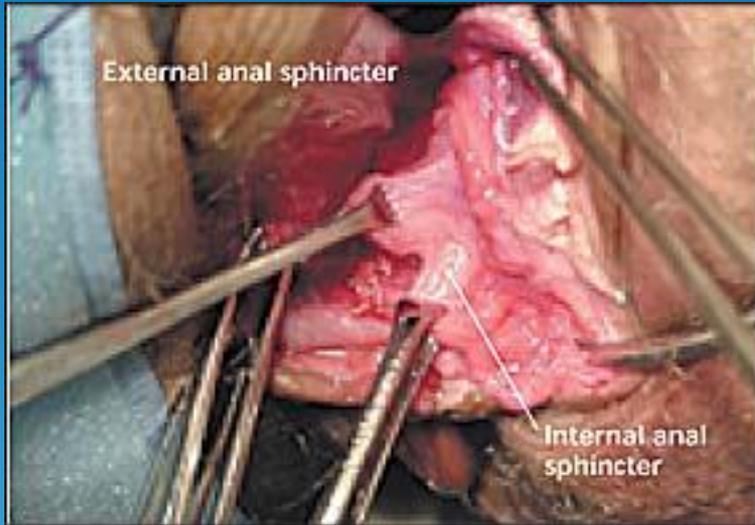
Avvicinamento della mucosa rettale

Estremità del muscolo sfintere anale esterno

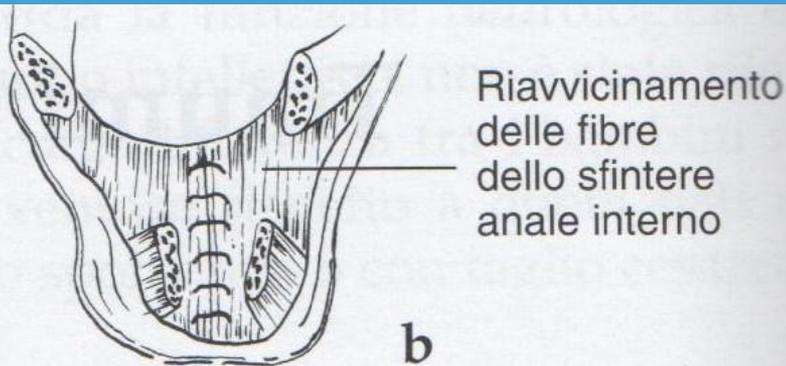
a



RIPARAZIONE DELLO SFINTERE ANALE



- Ricercare le fibre dello sfintere anale interno
- Il muscolo è spesso retratto lateralmente ed appare come un tessuto bianco lucente
- Il posizionamento di Allis può facilitare la riparazione
- Accostare le fibre con punti staccati o con una continua non incavigliata
- Utilizzare un filo con ago atraumatico 3-0 PDS preferibilmente*
- Si crea un secondo strato sopra il precedente



(* PDS 3-0 26 mm round bodied needle W9124T)

RIPARAZIONE DELLO SFINTERE ANALE



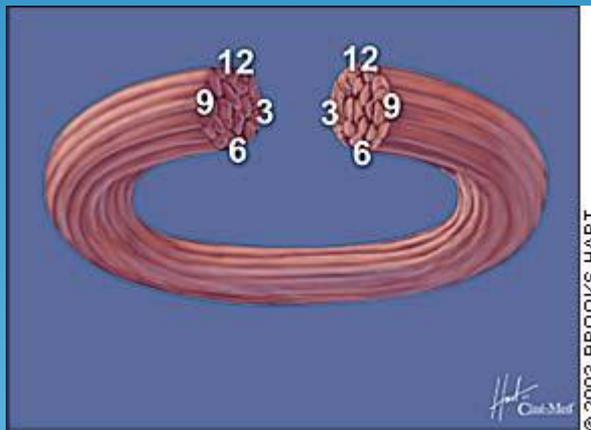
- Ricercare le estremità dello sfintere anale esterno (solitamente almeno uno dei 2 capi è retratto) con pinze di Allis
- Accostarle con punti staccati
- Utilizzare un filo con ago atraumatico 2-0 o PDS 3-0 (o 2-0) a lento riassorbimento (la scelta fra filo intrecciato o monofilamento è lasciata alla preferenza del chirurgo)
- Apporre il primo punto il più cranialmente e profondamente possibile

TECNICHE DI RIPARAZIONE DELLO SFINTERE ANALE ESTERNO



«END-TO-END»

4 punti staccati che trasfiggono la capsula ed il muscolo



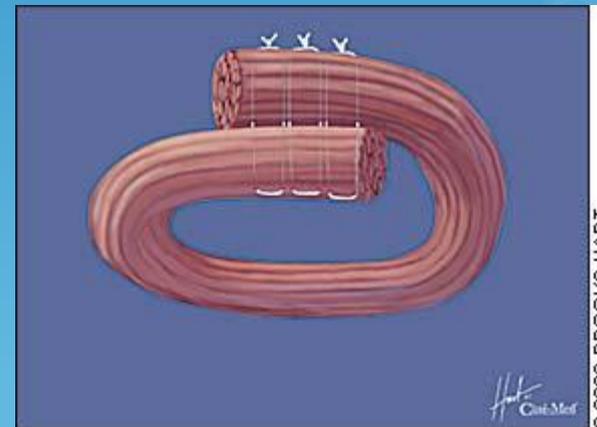
«OVERLAPPING»

Punti staccati che attraversano il muscolo dall'alto al basso e viceversa

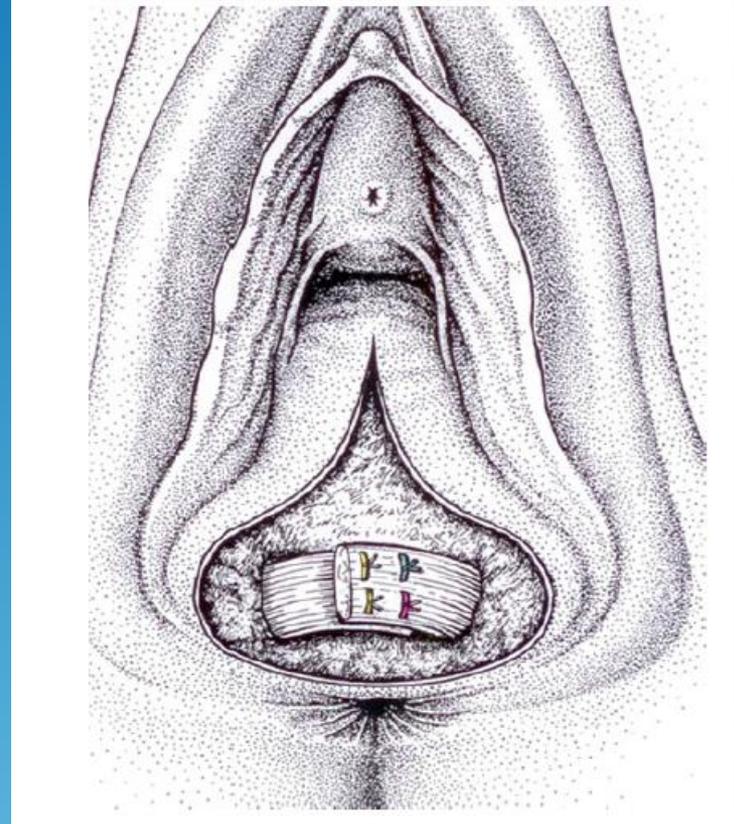
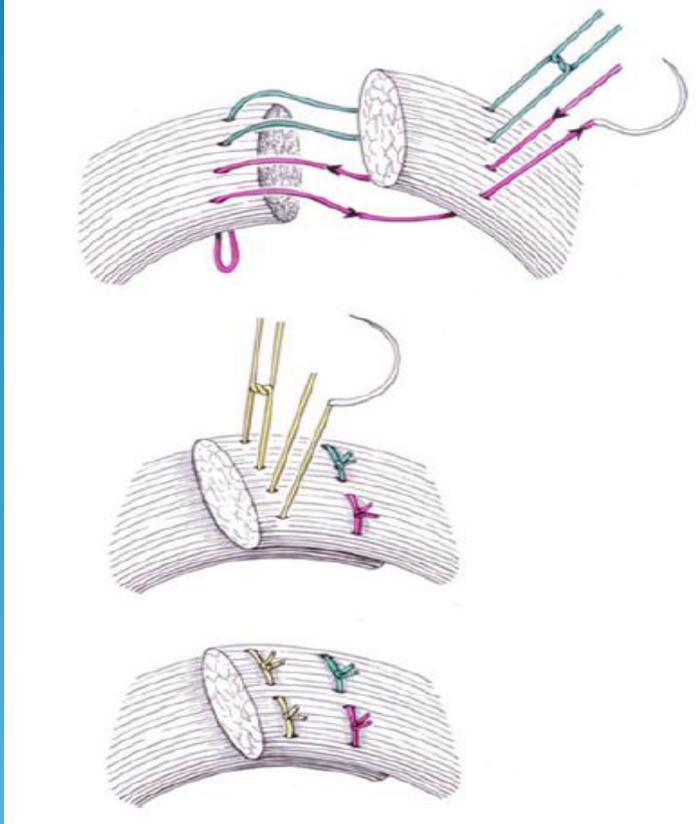
Posizionati 2 o 3 punti

Vengono quindi chiusi senza stringere eccessivamente

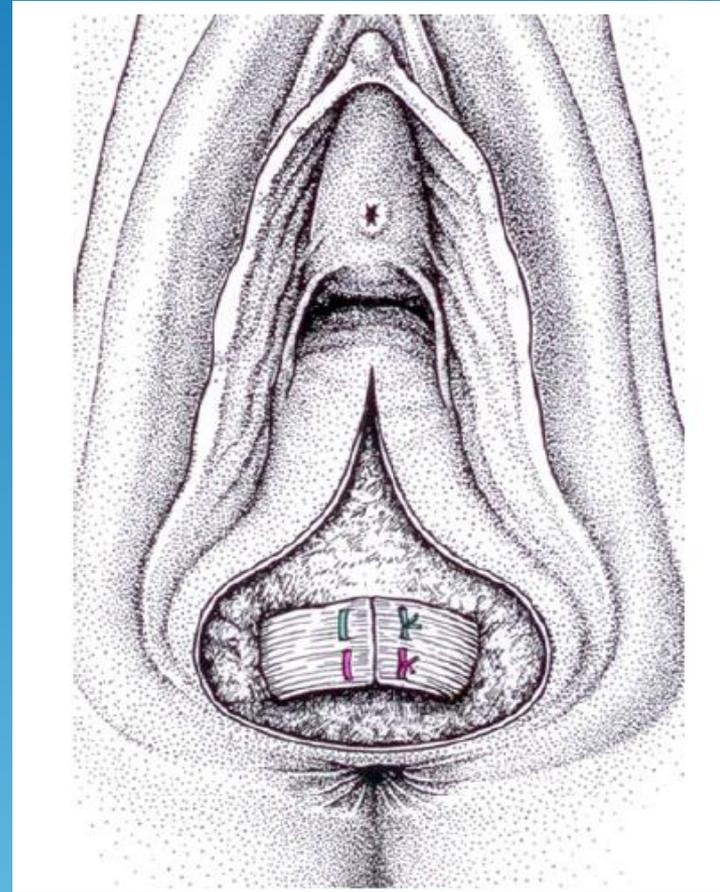
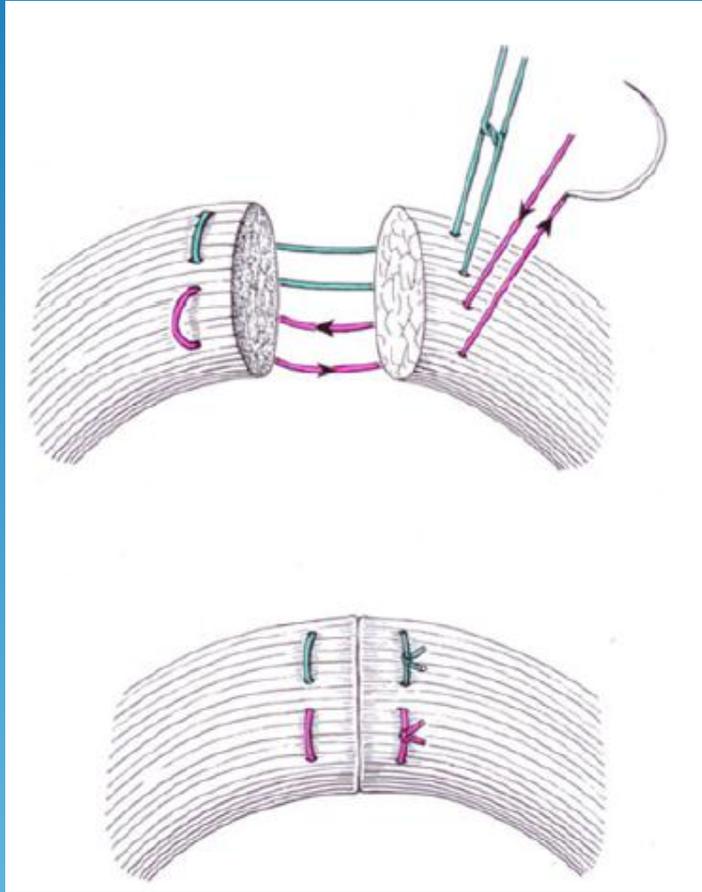
I nodi sono verso l'alto



«OVERLAPPING»



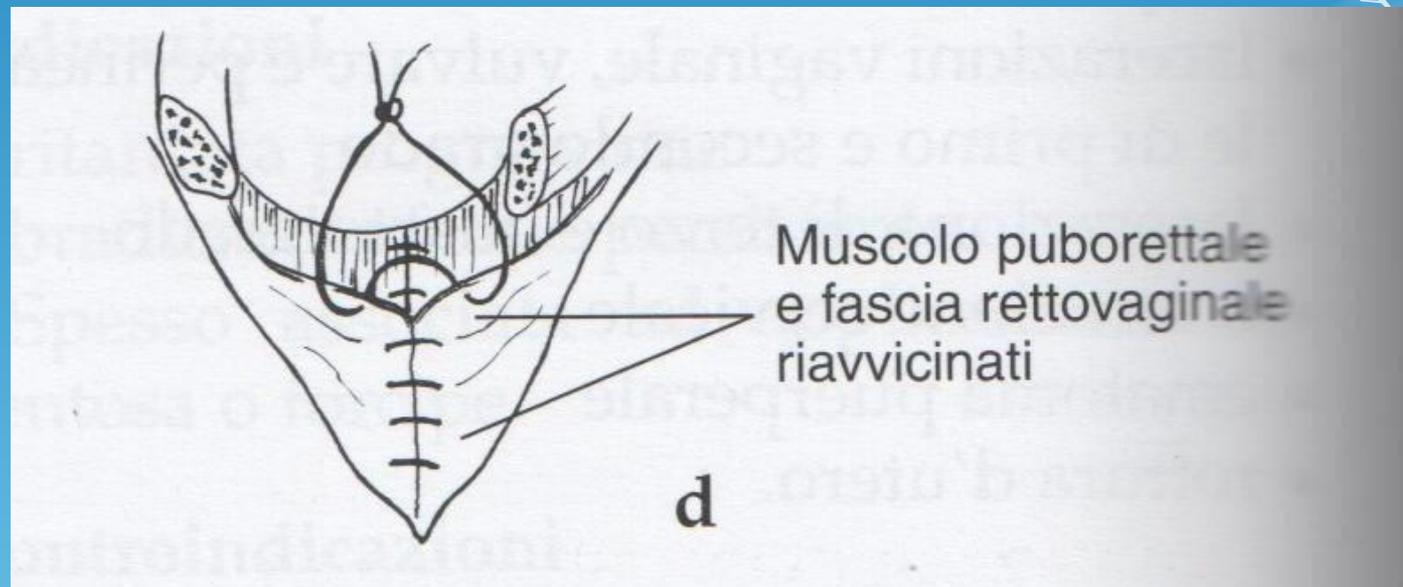
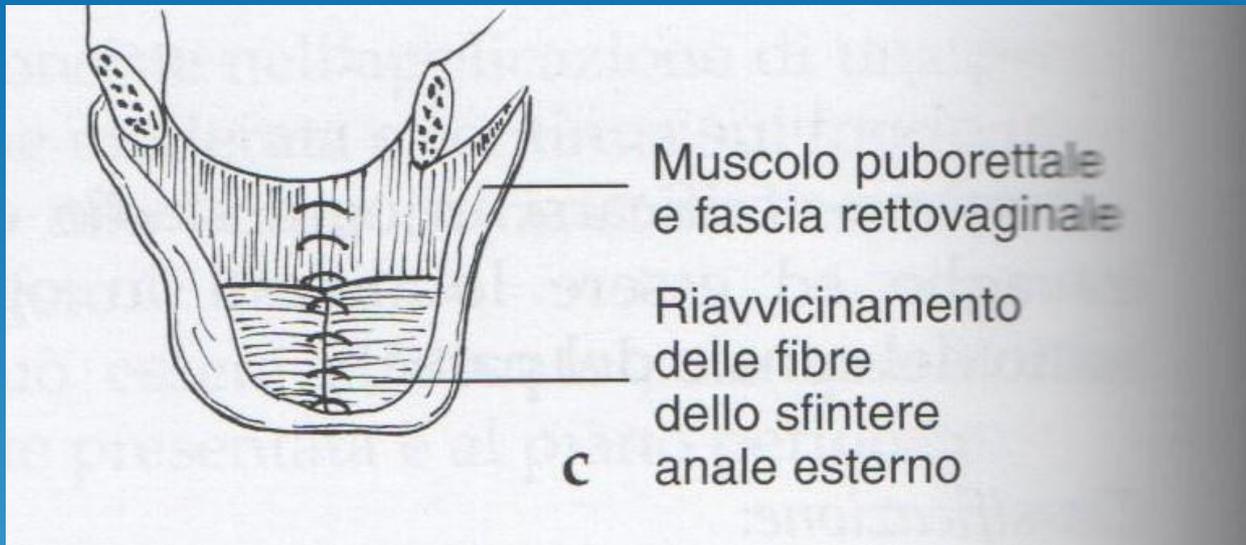
«END-TO-END»



«OVERLAP» vs «END-TO-END» REPAIR

The Cochrane Collaboration

- 6 trials; 588 casi
- Considerevole eterogeneità
- Non differenze a 12 mesi:
 - DOLORE PERINEALE
 - DISPAREUNIA
 - INCONTINENZA AI GAS
- Minor incidenza con la tecnica «overlap» di:
 - URGENZA FECALE
 - INCONTINENZA FECALE
 - MINOR RISCHIO DI DETERIORAMENTO DEI
SINTOMI DA INCONTINENZA ANALE DOPO I 12 MESI



LACERAZIONI DI TERZO E QUARTO GRADO

Riparazione

- Completare la riparazione come una lacerazione di secondo grado a strati: muscolo perineale con filo a rapido riassorbimento (Vicryl rapido 2-0 35 mm tapercut needle W9124)
- Per la riparazione della cute la tecnica preferibile è intradermica con filo 3-0 a rapido riassorbimento
- Al termine della riparazione è opportuno eseguire una esplorazione rettale per vedere che non ci siano ulteriori danni
- Nel caso di una riparazione di lacerazione di 3[^] grado l'esplorazione rettale è volta anche alla esclusione di eventuale trasfissione della mucosa ano-rettale. IN QUEL CASO I PUNTI VANNO RIMOSSI PER RIDURRE AL MINIMO I RISCHI DI FISTOLE RETTO-VAGINALI

LESIONI PERINEALI GRAVI

Gestione

PUERPERIO:

- Raccomandato l'uso postoperatorio di antibiotici a largo spettro (che possibilmente includa l'impiego di metronidazolo), ma non è basato su evidenze cliniche
- La somministrazione orale di lattulosio riduce il dolore al momento della defecazione e lo stress della stessa sulla riparazione (consigliato l'impiego da 3 a 10 giorni)
- Non incide sul dolore postoperatorio, il rischio di infezione, la continenza, la dispareunia
- RIVALUTAZIONE A 6-12 SETTIMANE con offerta di un programma di riabilitazione
- Se persistono incontinenza o dolore al follow-up dovrebbero essere eseguite ecografia endoanale e manometria anorettale e rivalutazione specialistica (eventuale reintervento di riparazione secondaria dello sfintere)

LESIONI PERINEALI GRAVI

Gestione

GRAVIDANZE SUCCESSIVE:

- Il rischio di lesioni sfinteriali aumenta da 2 a 7 volte dopo precedente lacerazione di 3[^] o 4[^] grado
- Una seconda lesione aumenta notevolmente il rischio di persistenza di incontinenza fecale
- Un taglio cesareo elettivo dovrebbe essere proposto in particolare in presenza di
 - Persistenza di incontinenza fecale
 - Diminuita funzione sfinteriale
 - Macrosomia fetale

LESIONI PERINEALI GRAVI

Raccomandazioni

- La riparazione delle lesioni a carico dello sfintere anale dovrebbe essere eseguita da medici adeguatamente addestrati
- UN CORSO FORMALE SULLE TECNICHE DI RIPARAZIONE DELLE LESIONI DELLO SFINTERE ANALE E' RACCOMANDATO QUALE PARTE INTEGRANTE DELLA FORMAZIONE DEL GINECOLOGO-OSTETRICO

LESIONI PERINEALI GRAVI

Raccomandazioni

- Documentare sempre: estensione del difetto, metodo di riparazione e materiali di sutura
- Consenso informato scritto
- UNA LESIONE DELLO SFINTERE ANALE POSTPARTUM NON E' CONSIDERABILE «MAL PRACTICE» POICHE' E' UNA COMPLICANZA NOTA DEL PARTO VAGINALE
- IL MANCATO RICONOSCIMENTO DI UN DANNO SFINTERIALE PUO' INVECE ESSERE FONTE DI CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE POICHE' COMPORTA IN UNA ELEVATA PERCENTUALE DI CASI INCONTINENZA ANALE E/O FISTOLE RETTO/VAGINALI

GRAZIE

