



## **RACCOMANDAZIONI PER LE OSTETRICHE**

### **PREVENZIONE, CURA, TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO NELLA DONNA**

**(Settembre 2016)**

L'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.) con l'intento di valorizzare e potenziare il percorso assistenziale delle Ostetriche in ambito uro-ginecologico, ha istituito al suo interno il GOIPP (Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico).

Nascono quindi le nostre *Raccomandazioni per la prevenzione, la cura ed il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico nella donna*, uno strumento di **Midwifery best practice** per le Ostetriche, immediatamente applicabile alle attività professionali.

# RACCOMANDAZIONI AIO PER LE OSTETRICHE

## PREVENZIONE, CURA, TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO NELLA DONNA

A. Marchi, E. Del Bo, A.M.Cristiani, A. Cavalieri

### INDICE

Presentazione a cura del Prof. Paolo Di Benedetto	pag. 3
1. Definizione di pavimento pelvico	pag. 4
2. Fisiopatologia del pavimento pelvico e aspetti di prevenzione (fattori di rischio per il danno perineale)	pag. 5
2.1 Gravidanza, travaglio e parto: fattori di rischio perineale	pag. 6
3. Aspetti di prevenzione e cura in gravidanza	pag. 7
3.1 Condizione fisiologica	pag. 7
3.2 Condizione limite	pag. 8
3.3 Condizione patologica	pag. 9
4. Aspetti di prevenzione e cura del perineo durante il travaglio ed il periodo espulsivo del parto	pag.10
5. Aspetti di prevenzione e cura del perineo durante il puerperio	pag.11
6. Valutazione, rieducazione e riabilitazione nel trauma perineale dopo il parto	pag.12
7. Algoritmo tecniche rieducative-riabilitative (Linee guida ICI 2009 – gestione iniziale) e gestione delle principali disfunzioni vescico-sfintero-perineali (prolasso genitale, incontinenza urinaria e anale, ritenzione urinaria e fecale, disfunzioni sessuali femminili, dolore pelvico cronico)	pag. 15
8. Qualità di vita nella donna in menopausa: prevenzione e trattamento dei disordini perineali	pag. 19
Legenda	pag. 21
Bibliografia	pag. 21
Altre fonti	pag. 22

## Presentazione

Il riconoscimento della dignità scientifica della Riabilitazione Perineale nell'incontinenza urinaria femminile ad opera della International Continence Society (ICS) alla fine degli anni '90 ha permesso una diffusione delle tecniche riabilitative ed ha stimolato l'approfondimento della fisiopatologia delle disfunzioni perineali.

Contemporaneamente, di necessità, anche l'Ostetrica è stata stimolata a *guardare* con occhio diverso il perineo, ben a conoscenza che le lesioni funzionali dovevano essere valutate correttamente e precocemente sì da poter attuare tutte le misure preventive e terapeutiche al fine di garantire una ottimale funzionalità vescico-sfinterica e retto-anale, oltre ad una buona qualità di vita sessuale.

La gravidanza e il parto e la menopausa, ancorché eventi fisiologici, rappresentano nella donna momenti particolari di *rischio* per il perineo, rischio che può essere attenuato con una loro corretta e personalizzata gestione. Nel contesto delle tecniche più propriamente "riabilitative" si associano a consigli generici ed a procedure specifiche.

Per questo motivo è importante che l'Ostetrica abbia un *background* culturale in tema di fisiopatologia ed educazione-rieducazione perineale che le permetta 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.

Le raccomandazioni sviluppate in questo documento sono semplici, ma indispensabili suggerimenti per prevenire e trattare le disfunzioni perineali, nella consapevolezza che le lesioni funzionali asintomatiche o pauci-sintomatiche, debbano essere necessariamente considerate e trattate onde evitare il loro aggravamento e, di conseguenza, la necessità di ricorrere ad interventi chirurgici che non sempre possono ripristinare tutte le funzioni perineali.

Paolo Di Benedetto, Udine

## 1. Definizione di pavimento pelvico

Il pavimento pelvico (PP) è senza dubbio un'importante struttura muscolare, molto complessa, sia dal punto di vista anatomico che da quello funzionale.

Le strutture muscolo-fascio-connettivali del pavimento pelvico chiudono in basso il bacino, costituendo così il fondo della cavità addomino-pelvica, sul quale appoggiano la vescica, l'utero e il sistema anoretale. Le stesse fibre muscolari si inseriscono anteriormente a livello del nucleo fibroso centrale, centralmente alle strutture ossee del cingolo pelvico, posteriormente al rafe ano-coccigeo. E' importante ricordare, inoltre, come la regione centrale del perineo sia il fulcro dinamico per il sostegno delle pareti vaginali, della regione cervico-trigonale e dell'utero, mentre il sistema di sospensione della vagina e della cervice viene garantito dai legamenti cardinali e da quelli utero-sacrali.

I muscoli del PP sono disposti su tre strati:

A. Il primo strato è lo strato più profondo e prende il nome di diaframma pelvico: uno strato muscolare ampio ma sottile, a forma di imbuto, a concavità superiore che si estende tra pube, coccige e ischio. Può essere identificato con il muscolo elevatore dell'ano che è costituito da:

- muscolo pubo-coccigeo: origina a livello del pube e si dirige verso il coccige
- muscolo ileo-coccigeo: segue latero-posteriormente il muscolo pubo-coccigeo e termina a livello del coccige e del rafe ano-coccigeo (punto di inserzione delle due metà posteriori del muscolo elevatore dell'ano)
- muscolo ischio-coccigeo: origina dalle spine ischiatiche e termina a livello dell'osso sacro e del coccige
- muscolo pubo-rettale: parte dal pube e nel suo percorso iniziale non è facilmente distinguibile dal muscolo pubo-coccigeo. Forma una sorta di fionda che circonda il retto insieme al muscolo pubo-coccigeo (il cosiddetto angolo della continenza tra retto e canale anale). E' situato nella zona di passaggio tra strato profondo e strato superficiale

I muscoli pubo-coccigeo, ileo-coccigeo e ischio coccigeo sono coinvolti nel supporto dei visceri pelvici (vescica, utero e retto) funzionando come un pavimento, mentre il muscolo pubo-rettale provvede alle funzioni di apertura e chiusura di uretra, vagina e canale anale.

B. Lo strato intermedio, invece, è formato dal diaframma urogenitale o trigono urogenitale. Si tratta di una robusta membrana muscolare che si estende dalla sinfisi pubica alle tuberosità ischiatiche estendendosi in tutto il triangolo anteriore del PP.

E' formato da:

- muscolo trasverso profondo del perineo: un muscolo pari e simmetrico che origina dal ramo ischio-pubico dell'osso dell'anca per andare a congiungersi alla porzione controlaterale in corrispondenza del centro tendineo del perineo
- muscolo sfintere striato dell'uretra: un muscolo impari formato da fibre striate ad andamento circolare che, nella donna, circondano uretra e vagina

C. Lo strato più superficiale è formato dal piano superficiale del perineo. Occupa sia la regione perineale anteriore che quella posteriore e collega il pube al coccige.

E' costituito da:

- muscolo bulbo-cavernoso: le sue fibre decorrono attorno ai due sfinteri, vaginale e rettale, e si incrociano a formare un otto
- muscoli ischio-cavernosi: rivestono, nella donna, la base del clitoride e contribuiscono alla funzione erettile
- muscolo trasverso superficiale del perineo: un muscolo pari che, partendo dalle tuberosità ischiatiche, si congiunge alla porzione controlaterale in corrispondenza del centro tendineo del perineo
- muscolo sfintere esterno dell'ano: un muscolo striato che circonda l'ano

Spesso si usano indistintamente i termini pavimento pelvico e perineo anche se quest'ultimo fa parte del primo e precisamente è la zona compresa tra la commessura vulvare posteriore e l'orifizio anale.

## **2. Fisiopatologia del pavimento pelvico e aspetti di prevenzione (fattori di rischio per il danno perineale)**

Il pavimento pelvico riveste numerose funzioni di seguito elencate:

- esercita sostegno e supporto degli organi pelvici (vescica, utero e sistema anorettale)
- 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 partecipando attivamente alla fase motoria dell'orgasmo
- collabora in sinergia con il muscolo diaframma, durante la respirazione in gravidanza 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 maniera sinergica al bacino, ai muscoli addominali e alla 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

E' bene ricordare che la consistenza delle strutture tendinee e connettivali delle fibre muscolari del pavimento pelvico è modulata dalla quantità di estrogeni e progesterone presenti. Un alterato quadro ormonale, come ad esempio l'ipoestrogenismo, comporta una ripercussione su tutto il pavimento pelvico, predisponendo tale struttura all'insorgenza di disfunzioni pelvi-perineali. A tal proposito, modelli sperimentali hanno dimostrato che l'attività dei fibroblasti può essere modulata dal trattamento con estrogeni.

Le principali disfunzioni vescico-sfintero-perineali sono rappresentate da:

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

- dolore pelvico cronico
- disfunzione perineale strettamente muscolare. Quest'ultima si configura come un'alterazione strettamente muscolare o neuro-muscolare a carico delle fibre fasiche e/o toniche del pavimento pelvico, in particolare del muscolo elevatore dell'ano. L'alterazione muscolare viene definita in termini di ipovalidità (debolezza muscolare) o di contrattura/ipertono muscolare o di forme miste, fra le quali vanno considerate anche quelle forme "dissinergiche" funzionali perineali, quali l'inversione di comando o l'attivazione di altri gruppi muscolari agonisti e antagonisti che interferiscono con la selettività e, quindi, con la capacità di isolare la contrazione perineale. Si parla di inversione di comando quando alla richiesta di effettuare la contrazione perineale si ottiene come unica risposta l'attivazione della muscolatura addominale (si assiste a una esclusiva spinta addominale, l'esatto contrario di quanto richiesto). Nelle forme di dissinergia accade che la paziente cerca di compensare l'ipovalidità muscolare perineale attivando altri *pattern* muscolari disfunzionali (muscoli addominali, glutei, adduttori, etc). Queste forme sono dovute ad una mancata consapevolezza della percezione perineale che porta a deficit muscolari del piano perineale.

## 2.1 Gravidanza, travaglio e parto: fattori di rischio perineale

I fattori di rischio per il danno perineale si possono così riassumere:

- etnia
- età materna (>35 aa. per componente elastica dei tessuti-collagene)
- distanza ano-vulvare (DAV <2 cm)
- nucleo fibroso centrale (NFC) ipotonico o ipertonico
- ipertonia muscoli elevatori dell'ano (perineo da atleta)
- presenza di incontinenza urinaria e/o fecale o di altre disfunzioni perineali in gravidanza
- ipoplasia genitali esterni
- presenza di mutilazioni genitali femminili (MGF)
- primiparità
- incremento ponderale >14 Kg
- traumatismi muscolari da pregressi parti vaginali
- somministrazione di ossitocina
- durata del travaglio
- presentazione podalica del feto
- presentazione distocica
- posizione occipito-posteriore del feto
- posizione litotomica materna nel periodo dilatante ed espulsivo
- uso prolungato dello sgabello da parto
- spinte espulsive intempestive
- pratica dell'episiotomia (in particolare mediana)
- circonferenza cefalica >35 cm
- peso neonatale (macrosomia >4500gr; peso neonatale ridotto)
- applicazione di ventosa
- applicazione di forcipe
- analgesia del parto
- manovra di Kristeller
- manovra di disimpegno della spalla
- distocia di spalle
- parto precipitoso

- lacerazioni perineali
- presenza di lacerazioni perineali
- riparazione per seconda intenzione di lacerazioni perineali

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. I danni che possono derivare dal parto possono essere classificati in:

- danno muscolare: danno miogenico diretto dell'elevatore dell'ano e degli sfinteri
- danno nervoso: lesione delle strutture di innervazione dei muscoli del pavimento pelvico
- danno connettivale: lesione della fascia endopelvica e delle sue connessioni all'elevatore dell'ano, con allargamento dello iato uro-genitale
- danno vascolare: ischemia muscolo-fasciale

### **3. Aspetti di prevenzione e cura in gravidanza**

E' consigliabile effettuare una prima valutazione del pavimento pelvico all'inizio del 2° trimestre ed una rivalutazione all'inizio del 3° trimestre di gravidanza.

La prima valutazione deve comprendere:

- la raccolta dell'anamnesi generale e familiare
- la raccolta dell'anamnesi ostetrica, minzionale, intestinale e sessuale
- l'esame obiettivo che consiste in:
  - valutazione funzionale del pavimento pelvico anteriore, centrale e posteriore
  - ispezione e palpazione pavimento pelvico
  - valutazione dei riflessi (anale, clitorido-anale ed addomino-perineale)
  - stress test
  - valutazione clinica dei muscoli elevatori dell'ano, della postura e dei pattern respiratori
  - test pubo-coccigeo (PC test)
  - valutazione della statica pelvica secondo il metodo di Half Way Sistem in decubito supino e ortostatico
- la diagnosi presunta
- l'individuazione degli obiettivi e la programmazione degli interventi terapeutici e del loro follow-up

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

#### **3.1. Condizione fisiologica**

La prima valutazione funzionale del PP risconterà:

- PP normotonico
- buon grado di consapevolezza del PP
- PC test fasico 3 (scala Oxford)
- PC test tonico 3
- assenza di sintomi e/o disfunzioni pelvi-perineali



In questo caso si darà seguito all'attuazione di un percorso di *prevenzione primaria*: informazione, educazione e prevenzione relative alle strutture perineo-pelviche e rivalutazione clinica all'inizio del 3° trimestre di gravidanza.

Gli interventi di prevenzione delle strutture perineo-pelviche consistono in:

- educare ad una sana dieta alimentare, all'assunzione di liquidi per favorire il regolare transito intestinale, evitando bevande a base di caffeina e teina; far acquisire l'abilità ad assumere una corretta postura durante la minzione/defecazione e l'abilità di urinare e defecare in modo corretto
- evitare stati di obesità controllando il peso corporeo
- per evitare la tosse, consigliare la sanificazione degli ambienti di vita rispetto alla presenza di sostanze allergizzanti compreso il fumo di sigaretta attivo e passivo;
- raccomandare di non sollevare carichi di peso eccessivo
- consigliare di urinare prima dei rapporti sessuali e praticare una corretta igiene intima (prima e dopo i rapporti) senza eccedere nell'uso dei detergenti
- sconsigliare gli esercizi che comprendono l'interruzione del getto minzionale (stop pipì) in quanto possono essere origine di comportamenti minzionali errati e causa di infezioni urinarie
- raccomandare alla donna in gravidanza di partecipare ai corsi di accompagnamento alla nascita, nell'ambito dei quali vi sia uno spazio dedicato all'educazione alla salute del pavimento pelvico o presso gli ambulatori della gravidanza
- insegnare gli esercizi di Kegel per il controllo del perineo, volti alla consapevolezza ed al mantenimento del benessere perineale (il training muscolare attraverso detti esercizi, deve essere preceduto da una valutazione clinica e deve essere raccomandato in situazioni di ipotonia della muscolatura e non utilizzato indiscriminatamente come strumento di preparazione al parto)
- previa valutazione funzionale, insegnare il massaggio e l'auto-massaggio del pavimento pelvico per preparare i tessuti al travaglio e parto fisiologico
  - PRATICA CORRETTA DEL MASSAGGIO:
    - A. Nella preparazione del perineo, la pratica corretta del massaggio agisce sui muscoli pubo-coccigeo, bulbo-cavernoso, trasverso del perineo ed in parte sulla prima porzione dei muscoli elevatori dell'ano. Questa attività presenta due limiti: il primo è la difficoltà nel raggiungere la muscolatura profonda intesa come diaframma pelvico (piano superiore interno), il secondo è la soggettività della pressione del tocco e la continuità dell'esecuzione nel tempo
    - B. Può essere inoltre utilizzato un balloon gonfiabile o altri dispositivi certificati presenti sul mercato, per effettuare lo stretching della muscolatura profonda

### **3.2. Condizione limite**

La prima valutazione funzionale del PP risconterà:



- Ipovalidità muscolare del PP
- Buon grado di consapevolezza del PP
- PC test fasico 1- 2 (scala Oxford)
- PC test tonico 1- 2
- Assenza di sintomi e/o disfunzioni pelvi-perineali

In questo caso, l'ostetrica pianificherà interventi di *prevenzione secondaria*, ovvero tenterà il recupero della funzionalità muscolare con interventi domiciliari individuali e valutazione degli esiti presso l'ambulatorio dedicato alla rieducazione del pavimento pelvico (follow-up personalizzato). Anche il training di gruppo è finalizzato al recupero della funzionalità muscolare.

Tali interventi consistono in:

- A. valutazione clinica ambulatoriale personalizzata
- B. elaborazione di una scheda domiciliare personalizzata in considerazione del grado di consapevolezza da parte della donna del proprio perineo, della presenza di una situazione di ipovalidità muscolare, di ipertonìa della muscolatura e/o di eventuale presenza di dissinergia pelvi-perineale, che la paziente utilizzerà per annotare il processo di miglioramento
- C. indicazione a comportamenti e stili di vita corretti, indicati nella prevenzione primaria
- D. raccomandazione ad evitare carichi di peso eccessivi in quanto l'aumento di pressione intraddominale sovraccarica ulteriormente il pavimento pelvico già sofferente
- E. esecuzione di follow-up di verifica del risultato della pratica domiciliare ed eventuale rettifica del piano assistenziale con l'inserimento del percorso ambulatoriale
- F. inserimento della paziente in percorsi specifici che prevedano un lavoro perineale di gruppo

### **3.3. Condizione patologica**

La prima valutazione funzionale del PP risconterà:

- PP ipotonico/ipertonico
- Scarsa/assente consapevolezza del PP
- PC test fasico 0-1 (scala Oxford)
- PC test tonico 0-1
- Presenza di sintomi/disfunzioni pelvi perineali

In questi casi si dà seguito a programmi veri e propri di terapia consistenti in un trattamento ambulatoriale, personalizzato e supervisionato, volto al ripristino delle funzioni perineali.

Il programma e la terapia consiste in:

- ciclo di 10-15 sedute con cadenza bisettimanale della durata di circa 1 ora
- utilizzo di metodiche di fisiochinesiterapia (vaginale/anale) associate a tecniche strumentali quali biofeedback. Non è consigliato l'utilizzo di corrente elettrica in gravidanza

- consulenza del fisioterapista per correggere anomalie osteo-articolari/muscolari sistemiche, rilevate nel corso della valutazione iniziale
- consegna della scheda di esercizi per il training domiciliare comprensiva di istruzioni comportamentali e utilizzo di presidi sanitari

Follow-up:

- nel 3° trimestre di gravidanza con indicazioni personalizzate per adottare le strategie durante il travaglio ed il parto
- alla dimissione dall'ospedale valutazione del pavimento pelvico ed inserimento in riabilitazione (collegamento ospedale-territorio)
- a circa 40 giorni dal parto, inizio della riabilitazione
- in caso di insuccesso invio allo specialista di 2° livello

#### **4. Aspetti di prevenzione e cura del perineo durante il travaglio ed il periodo espulsivo del parto**

##### **Posizioni materne in periodo espulsivo**

**La posizione supina** espone il pavimento pelvico a diverse problematiche:

- le resistenze sono maggiori ed il riflesso espulsivo è assente dunque sia il numero sia i tempi delle spinte possono risultare superiori ad altre posizioni
- le sollecitazioni dei legamenti e di tutto il sistema di sospensione possono aumentare
- la spinta forzata o manovra di Valsalva prevede il sollevamento del capo con conseguente blocco del diaframma e la contrazione della muscolatura addominale, 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, solleva l'addome e produce una spinta sul perineo contratto estroflettendolo
- la posizione del bacino risulta asimmetrica poiché bloccata posteriormente nella zona coccigea, dal lettino da parto: questo induce una asimmetria anche nella contrazione dei muscoli perineali veicolando le forze pressorie sullo iato urogenitale e portando dolore a livello degli orifizi
- una minore mobilità delle articolazioni sacro-iliache è correlata ad una minore mobilità del coccige (retropulsione): ciò comporta un rallentamento della progressione della parte presentata
- il coccige potrebbe essere sottoposto a lussazione in quanto il piano rigido del lettino da parto 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 a livello del nucleo fibroso centrale (centro tendineo). La resistenza che si crea è così importante da determinare uno stiramento del perineo con conseguente possibile aumento delle lacerazioni, ancora più evidenti in caso di ridotta distanza ano-vulvare
- lo sfintere anale è estremamente esposto a possibili danni che pur in assenza di lacerazioni evidenti, possono essere diagnosticati con l'ecografia perineale; una percentuale di donne segnala sintomi dopo il parto di incontinenza ai gas

**La posizione supina e supina laterale** favorisce 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. Allo stesso tempo lo sfintere anale viene protetto dal legamento ano-coccigeo e dal muscolo pubo-rettale.

Lo stesso accade nella **posizione carponi** (particolarmente indicato nelle posizioni fetali posteriori).

**Nelle posizioni verticali** la gravità favorisce la discesa fetale (direzione ombelico-coccigea), 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'espiazione spontanea della donna.

#### **Le raccomandazioni in corso di travaglio e al parto sono:**

- invitare la donna ad urinare frequentemente durante e prima dell'inizio del periodo espulsivo
- rispettare la fase di transizione a dilatazione completa
- attendere l'attivazione del riflesso di Ferguson
- rispettare i premiti spontanei senza dare indicazione alla spinta
- rispettare i tempi fisiologici espulsivi senza dare indicazioni alla spinta
- rispettare la fase di accelerazione e di decelerazione della spinta
- evitare un numero eccessivo di esplorazioni vaginali che possono scatenare una risposta di contrazione del perineo con inversione della peristalsi
- evitare stiramenti passivi sul perineo attraverso l'azione di manovre esterne
- evitare l'uso di olii
- applicare compresse calde a livello del perineo in quanto il calore rilassa la muscolatura, soprattutto in caso di evidente patologia emorroidaria (\*)
- evitare pressioni sul perineo nel tentativo di controllare il disimpegno della testa fetale (*hands off*) ad esclusione dei casi in cui siano indicate (rapido disimpegno della parte presentata)
- attendere il riflesso di eiezione fetale
- evitare trazioni sul corpo fetale
- evitare durante il secondamento il massaggio/spinta dell'utero verso il basso e la manovra di Credé
- 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)\*\*)

(\*) *la sovradistensione dell'utero in gravidanza può essere la causa meccanica di insorgenza delle emorroidi; con questo termine si intende un'ectasia dei plessi venosi del canale anale e del tratto più distale del retto. Causa ed effetto delle emorroidi è l'ipertono dello sfintere anale: esso spinge il plesso emorroidario verso il basso, ne favorisce il prollasso poiché indebolisce il tessuto connettivo di sostegno. L'applicazione del calore agisce rilassando la muscolatura dello sfintere anale che, rilassandosi, permette la retrazione dei vasi emorroidari.*

(\*\*) *se non avviene una minzione spontanea entro 4 ore dal parto procedere con un cateterismo estemporaneo. Iniziare monitoraggio entrata/uscita dei liquidi fino alla ripresa della prima minzione spontanea, a cui farà seguito una valutazione ecografica del residuo vescicale.*

## **5. Aspetti di prevenzione e cura del perineo in puerperio**

Il periodo del puerperio permette di identificare sia le donne che sono a rischio di sviluppare una disfunzione pelvi-perineale che quelle già affette, indirizzandole verso un percorso terapeutico.

**Durante la permanenza in reparto della puerpera, l'ostetrica deve:**

- sorvegliare le eventuali suture, valutare gli edemi, il dolore, il sanguinamento e le emorroidi
- chiedere 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. Si 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
- sconsigliare l'utilizzo della pancera a strappo (eventualmente invitare all'uso di una mutandina contenitiva)
- invitare la donna a una corretta igiene intima
- prevenire la stipsi con un'alimentazione ed idratazione adeguata
- educare ad un corretto svuotamento della vescica, con almeno 5-6 minzioni giornaliere
- far acquisire l'abilità ad assumere una corretta postura durante la minzione (non manovre di Valsalva ma rilassamento del pavimento pelvico)
- suggerire buone posizioni per l'allattamento per non gravare sul perineo

**Prima della dimissione** occorre effettuare una prima valutazione del pavimento pelvico. In particolare è necessario porre attenzione a:

- distanza ano-vulvare (DAV) per la diagnosi di integrità del NFPC (PP profondo)
- beanza vulvare (VO, V1, V2, V3) 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 pelvi-perineali

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.

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.

Nel caso si tratti di dimissioni precoci, l'Ostetrica effettua le valutazioni suddette presso il domicilio della puerpera.

**6. Valutazione, rieducazione e riabilitazione nel trauma perineale dopo il parto**

A partire dalla 6<sup>a</sup>-8<sup>a</sup> settimana dal parto è possibile valutare la paziente per inserirla in un percorso di trattamento adeguato.

La donna considerata *a rischio* per l'insorgenza di patologie pelvi-perineali o che già manifesta sintomatologia correlata deve essere inserita in un percorso riabilitativo.

**La valutazione clinico-anamnestica** prevede:

- A. l'anamnesi

- a.1 diario della minzione e dell'evacuazione
- B. la valutazione funzionale del pavimento pelvico (ispezione, palpazione, esame neuro-muscolare, valutazione della statica pelvica, pattern respiratorio)
- C. la valutazione della frequenza minzionale (entità di eventuali perdite) e dell'evacuazione (score-diari)

## **A. Anamnesi**

Anamnesi generale: pregressi interventi o traumi alla colonna o al bacino, patologie uro-ginecologiche, patologie intestinali, utilizzo di farmaci, peso, età, abitudini alimentari, stili di vita

Anamnesi ginecologica: menopausa e pregressi interventi

Anamnesi ostetrica: parità, modalità ed epoca gestazionale del parto, episiotomia e lacerazioni, peso del figlio, perdite di urina in gravidanza o in puerperio

Anamnesi minzionale: caratteristiche e frequenza delle minzioni, perdite di urina, entità e frequenza della perdita, tipo di sforzo sufficiente per determinare una perdita urinaria, sintomi da urgenza con o senza fughe, infezioni urinarie

Anamnesi proctologica: dolore anale, rettale, sacrale, incontinenza anale, tipo di perdite anali, prolasso, altro (prurito, flatulenza, meteorismo, tenesmo rettale), l'impatto della problematica anale sulla qualità di vita, caratteristiche dell'alvo (questionario stipsi-Wexner, incontinenza fecale-AMS)

Anamnesi sessuale: dispareunia o difficoltà nei rapporti, eventuali episodi di incontinenza durante l'atto sessuale

a.1 diario della minzione e dell'evacuazione: utile strumento di valutazione e di verifica dei risultati per l'annotazione oraria di minzioni, perdite urinarie e quantità, introduzione di liquidi, stimolo; un'analoga annotazione viene svolta per l'evacuazione trascrivendo la frequenza e la quantità di defecazione, perdite anali, consistenza delle feci

## **B. La valutazione funzionale del pavimento pelvico (ispezione, palpazione, esame neuro-muscolare, valutazione della statica pelvica, pattern respiratorio)**

L'ispezione consente di valutare il pavimento pelvico anteriore e posteriore.

*Il pavimento pelvico anteriore* viene valutato attraverso l'esame vulvare e vaginale pertanto si osservano:

- colorito e trofismo dei genitali esterni
- beanza vaginale (V0, V1, V2, V3)
- qualità della eventuale cicatrice da episiorrafia o sutura di lacerazione
- distanza ano-vulvare (DAV normale = 3 cm)
- valutazione della contrazione perineale al colpo di tosse (riflesso di protezione perineale) ed eventuale presenza di fuga di urina
- prolasso uro-genitale a riposo o sotto sforzo (esame della statica pelvica in clino e ortostatismo, a riposo e sotto sforzo)

Un'ulteriore valutazione della statica pelvica (prolassi e grado I, II, III, IV) si esegue con uno speculum secondo il metodo di misurazione Pop-Q (Half Way System- Baden & Walker). Viene valutata la presenza di:

- Colpocele anteriore
- Ipermobilità uretrale
- Uretrocele
- Cistocele
- Isterocele
- Colpocele posteriore
- Enterocele
- Rettocele

Per quanto riguarda l'esame muscolare occorre valutare a riposo:

- tono del nucleo fibroso centrale
- tono muscolare di base con valutazione endovaginale e anale (aumentato o diminuito)
- trigger point

Per una ulteriore valutazione occorre sollecitare l'attivazione muscolare:

- testing elevatore dell'ano (PC TEST-ATTIVITA' FASICA)
- tenuta della contrazione (10") (PC TEST-ATTIVITA' TONICA-ENDURANCE E1)
- affaticabilità E2 (10 contrazioni consecutive)
- valutazione asimmetrie dei muscoli elevatori dell'ano
- presenza di sinergie o di inversione di comando
- pattern respiratorio durante la contrazione
- riflesso della contrazione al colpo di tosse

*Il pavimento pelvico posteriore* viene valutato attraverso l'esplorazione anale al fine di permettere un approccio terapeutico globale.

L'esplorazione ano-rettale si esegue nella posizione di SIMS ( paziente sul fianco laterale sinistro con flessione degli arti inferiori).

Durante l'ispezione dell'ano è importante valutare:

- la forma dell'orifizio anale
- la simmetria e le cicatrici
- la presenza di muco, sangue, pus o feci
- la presenza o assenza del riflesso anale
- la presenza o assenza di edemi
- la sensibilità perianale
- il tono di base dello sfintere anale esterno (SAE) e del muscolo puborettale
- la contrazione fasica e tonica dello SAE e del muscolo puborettale
- la contrazione paradossa al ponzamento
- la presenza di dissinergia pelvi-perineale o di inversione di comando
- la valutazione del coccige (posizione, dolore alla palpazione, mobilizzazione)

*Il pattern respiratorio* viene valutato osservando il tipo di respirazione effettuata dalla paziente; la respirazione corretta è quella addominale.

- *Test del colpo di tosse-ballonnement:*

La paziente viene invitata ad effettuare un colpo di tosse per verificare la direzione delle pressioni addominali: se il ventre rientra avremo un corretto controllo delle pressioni senza ripercussioni sul pavimento pelvico; nel caso di protrusione della parete addominale verso l'alto, le forze interesseranno il pavimento pelvico spingendolo verso il basso.

Quando l'addome viene spinto verso l'esterno a causa di un aumento di pressione intra-addominale come per esempio durante uno sforzo (tosse, stranuto...), oppure nella condizione di iperlordosi lombare come ad esempio in gravidanza, il muscolo trasverso dell'addome non lavora correttamente e le pressioni, che dovrebbero direzionarsi sul pavimento pelvico posteriore (fra sacro e coccige), si ripercuotono sullo iato urogenitale causando a lungo termine disfunzioni uro-ginecologiche (incontinenza urinaria, prolassi...).

**C. La valutazione della frequenza minzionale** (entità di eventuali perdite) e dell'evacuazione (score-diari)

Per diagnosticare l'entità del problema, sarebbe consigliabile utilizzare scale di valutazione convalidate (AMS score per incontinenza anale, Wexner score per stipsi, scala VAS per il dolore).



La riabilitazione del pavimento pelvico rappresenta una terapia efficace per trattare l'incontinenza urinaria da sforzo ed è raccomandata anche in presenza di prolasso degli organi pelvici (GdR A) e nel trattamento conservativo dell'incontinenza fecale (GdR B). Tutte le tecniche riabilitative hanno come obiettivo il miglioramento della performance muscolare perineale.

Le principali tecniche riabilitative sono rappresentate da:

- la chinesiterapia pelvi-perineale (CPP)
- il Biofeedback vaginale e anale (BFB)
- l'elettrostimolazione funzionale (SEF)

Il percorso riabilitativo è arricchito da altri elementi rieducativi/riabilitativi; il trattamento rieducativo comportamentale (bladder training, corretto apporto di fibre e di liquidi, corretta postura alla minzione e alla defecazione) è fondamentale per ottenere e mantenere un buon risultato.

Fondamentale è il lavoro in team con una visione interdisciplinare, come ad esempio la collaborazione con il fisioterapista, il nutrizionista e lo psicologo.

## **7. Algoritmo tecniche rieducative-riabilitative (linee guida ICI 2009 – gestione iniziale). Gestione delle disfunzioni vescico-sfintero-perineali (prolasso genitale, incontinenza urinaria e anale, ritenzione urinaria e fecale, disfunzioni sessuali femminili, dolore pelvico cronico)**

### **Incontinenza urinaria**

Secondo le linee guida ICI 2009 per le pazienti affette da incontinenza urinaria da sforzo, da urgenza e mista, il trattamento iniziale deve includere interventi mirati a modificare lo stile di vita, le terapie fisiche e comportamentali quali programmazione delle minzioni (bladder training). In particolare sarebbe consigliabile:

- suggerire una riduzione della caffeina e una riduzione del peso corporeo
- insegnare esercizi della muscolatura del pavimento pelvico eseguiti con la supervisione ed uso di coni vaginali per donne con incontinenza da sforzo
- praticare la ginnastica vescicale (rieducazione minzionale) con la supervisione per pazienti con la sindrome della vescica iperattiva

La valutazione clinica è eseguita dall'ostetrica; in caso di riscontro di prolasso, residuo post-minzionale significativo, incontinenza urinaria "complicata" associata a dolore, ematuria, infezioni ricorrenti, disturbi di svuotamenti, radioterapia pelvica, chirurgia pelvica radicale, sospetta fistola l'ostetrica richiede l'intervento del medico.

### **Incontinenza anale non neurogena**

Il parto rappresenta una delle cause principali di insorgenza di incontinenza anale a causa del danno del nervo pudendo e/o trauma diretto a carico dello sfintere anale.

In caso di lacerazione di 3 o 4 grado la paziente deve essere sottoposta ad accertamenti specialistici ed inserita in un percorso di riabilitazione del pavimento pelvico posteriore.

La gestione dell'incontinenza anale è di competenza medica poiché occorre escludere la possibilità che siano presenti altre patologie ano-rettali che necessitano di un percorso terapeutico diverso.



Una volta esclusa una malattia locale o sistemica la gestione da parte dell'ostetrica include:

- consigli dietetici: regolazione dell'apporto di fibre escludendo cibi che abbiano un'azione di stipsi; introduzione di fermenti lattici (*Lactobacillus casei* o *Saccharomyces boulardii*); apporto idrico adeguato (da 1,5-2 litri di liquidi al giorno)
- riabilitazione multimodale: riabilitazione volumetrica, elettrostimolazione, biofeedback, chinesiterapia pelvi perineale, esercizi di respirazione, esercizi domiciliari di supporto alla terapia ambulatoriale ad indirizzo di rinforzo sfinterico
- irrigazioni con acqua (utile in una piccola percentuale di pazienti)
- collaborazione con altri professionisti sanitari

Quando l'incontinenza anale non risponde al trattamento iniziale si invia la paziente allo specialista che richiederà indagini specialistiche ed eventualmente un consulto chirurgico.

### **Prolasso**

Se durante la valutazione clinica del pavimento pelvico l'ostetrica rileva la presenza di un prolasso, invia la paziente allo specialista. A seconda dell'entità dei sintomi e del grado di alterazione della qualità di vita percepita dalla paziente, verrà stabilito il percorso terapeutico. Il trattamento conservativo prevede:

- la riabilitazione del pavimento pelvico (utilizzata per ridurre i sintomi del prolasso urogenitale e prevenire o rallentare il peggioramento)
- l'inserimento di un pessario fissando un successivo incontro di follow up per la sostituzione periodica

### **Ritenzione urinaria**

Il meccanismo della minzione avviene per mezzo della contrazione vescicale e per diminuzione delle resistenze uretrali. Il meccanismo fisiopatologico più frequente della ritenzione urinaria è la riduzione della contrattilità vescicale, probabilmente secondaria ad alterazioni strutturali della parete vescicale che possono instaurarsi con l'età oppure essere favorite da eventi morbosi; il tutto porta ad una incapacità di svuotare la vescica. L'eziologia della ritenzione urinaria può essere:

- su base ostruttiva: stenosi uretrali, cistocele, masse pelviche
- su base neurogena: pudendopatie, lesioni del motoneurone superiore (LMNS) e lesioni del motoneurone inferiore (LMNI), lesioni della cauda equina, dei nervi pelvici e lesioni sensitivo motorie (morbo di Parkinson, tumori cerebrali, trauma spinale, sclerosi multipla, neuropatia diabetica)
- su base psicogena: depressione, problemi psico-sociali, schizofrenia
- su base post-chirurgica: stress chirurgico, trauma da parto, interventi pelvici
- su base idiopatica, farmacologica, infettiva

Nella donna le cause principali di ritenzione urinaria sono il prolasso vaginale, la cistite, le vaginiti e le complicanze dovute ad interventi chirurgici pelvici (ad es: interventi per l'incontinenza urinaria da stress, TOT e TVT, taglio cesareo)

Tali patologie sono di competenza medica e necessitano di un percorso specialistico, pertanto se l'ostetrica ne sospetta la presenza, deve inviare la paziente al medico specialista il quale procederà ad effettuare gli esami diagnostici-strumentali necessari. L'ostetrica durante la prima visita deve porre attenzione ai seguenti sintomi:

- flusso urinario debole con frequenti interruzioni (disuria)
- forte stimolo ad urinare e mancato svuotamento della vescica
- senso di tensione dolorosa al basso ventre associato ad un gocciolamento incontrollabile di urina (erroneamente confuso con l'incontinenza urinaria)
- sforzo per urinare (minzione con manovra di Valsalva)
- sensazione di non aver svuotato completamente la vescica (senso di incompleto svuotamento)
- incapacità di urinare (difficoltà/blocco all'avvio della minzione)

Nel post partum l'ostetrica potrebbe trovarsi ad assistere casi clinici di ritenzione urinaria acuta (stupore vescicale) che spesso si risolvono spontaneamente o in seguito a cateterismo estemporaneo.

### **Ritenzione fecale**

Fisiologia della defecazione

I meccanismi della defecazione possono essere così riassunti:

- Regolare motilità del grosso intestino
- Sufficiente contenuto rettale
- Buona contrazione rettale
- Assenza di situazioni ostruttive, funzionali e/o organiche

La defecazione, una volta avvertito lo stimolo ano-rettale, inizia con la contrazione del torchio addominale, il rilassamento dello sfintere anale interno e l'abbassamento del pavimento pelvico.

Quando il bolo fecale giunge dal sigma al retto si attivano due riflessi: il riflesso retto sfinterico eccitatore (RRSE) e il riflesso retto sfinterico inibitore (RRSI):

- A. la distensione dell'ampolla determina il rilasciamento dello sfintere anale interno (RRSI)
- B. il bolo fecale stimola anche un'area del canale anale che contiene recettori sensitivi somatici, questo attiva la percezione dello stimolo e permette di discriminare il contenuto rettale (gas, feci liquide e feci solide)
- C. nel contempo avviene una contrazione riflessa del muscolo pubo-rettale e dello sfintere anale esterno (RRSE): questo garantisce la continenza fino a quando la donna avrà deciso di evacuare (quando rinviando la defecazione manteniamo la contrazione volontaria del muscolo sfintere anale esterno e del muscolo pubo-rettale ed attiviamo nuovamente la contrazione tonica dello sfintere anale interno poiché si esaurisce il RRSI)
- D. quando la donna decide di evacuare viene mantenuto il rilasciamento dello sfintere anale interno (RRSI attivo) e viene inibito il RRSE poiché lo sfintere anale esterno e il muscolo pubo-rettale si rilassano aprendo l'angolo ano-rettale (a riposo è di 90°)
- E. infine, la pressione creatasi all'interno dell'ampolla (data dalla contrazione della parete del retto e dalla pressione intraddominale) supera quella del canale anale permettendo l'espulsione del contenuto fecale

Nel caso di ritenzione fecale la valutazione è di competenza medica e l'ostetrica collabora con lo specialista all'interno dei vari percorsi terapeutici.

La ritenzione fecale/costipazione/stipsi è un problema comune nelle donne. Non esiste una definizione univoca ma si è giunti a definire la stipsi come insoddisfacente defecazione. Ciò significa che una donna può evacuare anche due-tre volte al giorno ed avere una evacuazione non soddisfacente.

Secondo i criteri di Roma III per stipsi cronica idiopatica si intende la presenza di due o più dei seguenti sintomi da almeno 1 anno (in assenza di ricorso a lassativi):

- meno di 3 defecazioni spontanee a settimana
- ponzamento abnorme in più del 25% delle defecazioni
- senso di incompleto svuotamento in più del 5% delle defecazioni
- feci dure o caprine in più del 25% delle defecazioni
- senso di ostacolo alla defecazione
- digitazioni

E' indispensabile prima di diagnosticare una stipsi cronica indagare sul lungo periodo, sulle abitudini dietetiche e il ricorso a lassativi.

La stipsi può essere di due tipi: da rallentato transito e terminale (ODS: sindrome da defecazione ostruita).

Quando ci troviamo di fronte a casi di stipsi di natura funzionale è opportuno procedere con un trattamento conservativo: la sindrome da defecazione ostruita ne è un esempio. Quest'ultima può essere causata da una diminuita sensibilità del retto, da dissinergia pelvi perineale (contrazione paradossa del muscolo puborettale/anismo, dissipazione del vettore di forza in quanto la pressione addominale non riesce a convogliare il bolo fecale verso il canale anale ma lo indirizza verso il setto retto-vaginale, possibile causa di rettocele) e dalla sindrome del perineo discendente (ipotonia del pavimento pelvico, danni causati da gravidanza-parto o da chirurgia pelvi perineale).

L'ostetrica, in questi casi, interviene attraverso:

- *informazione e modificazioni dello stile di vita*
  - aumentare apporto di fibre
  - introdurre un adeguato apporto di liquidi
  - incentivare attività fisica regolare (è sufficiente una camminata veloce di 30 minuti ogni giorno)
  - invitare a defecare quando effettivamente è presente lo stimolo e non rinviare
  - rieducare alla corretta postura durante la defecazione (posizione sul wc: seduta comoda con la pianta dei piedi ben appoggiata a terra, torace spostato leggermente in avanti)
- *riabilitazione del pavimento pelvico posteriore*
  - effettuare la riabilitazione volumetrica/biofeedback, la fisiochinesiterapia,
  - l'elettrostimolazione funzionale
  - correggere i pattern respiratori e la mancata coordinazione tra i muscoli addominali ed il pavimento pelvico
- *altri interventi conservativi*
  - collaborare con altri professionisti sanitari per ulteriori approcci terapeutici (fisioterapista, osteopata, dietista, psicologo, altri)

### **Disfunzioni sessuali femminili**

In caso di presenza di disfunzioni sessuali femminili, l'ostetrica deve avere un approccio multidisciplinare poiché sono interessati i fattori biologici, psicologici, culturali e relazionali.

L'ostetrica dovrà programmare un percorso personalizzato sia per la donna che per la coppia; le opzioni terapeutiche possono essere farmacologiche, psicologiche, chirurgiche e di riabilitazione. E' di competenza dell'ostetrica il trattamento riabilitativo conservativo. Situazioni di dolore vaginale portano a ipertono dei muscoli perineali instaurando la cosiddetta mialgia tensiva del pavimento pelvico.

Il trattamento riabilitativo conservativo prevede:

- massaggi vaginali decontratturanti con allungamento (stretching) dei muscoli perineali
- dilatazioni vaginali (dilatatori, balloon)
- fisioterapia del pavimento pelvico
- biofeedback
- elettrostimolazione (decontratturante/antalgica)
- uso di lubrificanti durante i rapporti
- correzione del pattern respiratorio (tecniche di rilassamento)
- correzione posturale (di competenza del fisioterapista)
- approccio psicoeducativo/rieducativo
- incontri rivolti alla coppia

Sono fondamentali per la buona riuscita di qualsiasi trattamento riabilitativo:

- la corretta informazione sull'anatomia del perineo e fisiopatologia della minzione e della defecazione
- l'adeguata presa di coscienza della muscolatura perineale
- la motivazione della donna ad effettuare la terapia
- il grado di comprensione della paziente
- l'empatia che si instaura con la terapeuta

## **8. Qualità di vita nella donna in menopausa: prevenzione e trattamento dei disordini perineali**

La menopausa viene definita come la cessazione dei cicli mestruali per esaurimento della funzione follicolare ovarica da almeno un anno.

La maggior parte delle disfunzioni perineali in menopausa sono da attribuire alla condizione di ipoestrogenismo e alla riduzione del collagene.

L'integrità anatomico-funzionale della struttura perineale è correlata al vissuto della donna: la storia ostetrica, la storia chirurgica, il background relazionale-sociale-lavorativo

I principali disturbi pelvi perineali che la donna può manifestare in menopausa sono:

- secchezza vaginale
- bruciore
- senso di peso vaginale
- dispareunia
- vaginismo
- disturbi urinari (IU da urgenza, IU da sforzo, IU mista, vescica iperattiva, altri sintomi LUTS, cistiti post-coitali)
- stipsi da rallentamento del transito e da defecazione ostruita (ODS)

- dolore pelvico cronico

I principali fattori di rischio per l'instaurarsi delle disfunzioni pelvi-perineali in menopausa sono:

- per i disturbi bulbo-vaginali: bassi livelli di estrogeni, infezioni vaginali pregresse, farmaci, allergie chimiche (sapone e lavaggi frequenti), pessari o IUD, patologia vulvare pregresse con prurito vulvare, diabete, malattie infiammatorie intestinali (Chron)
- per l'incontinenza urinaria: età, numero gravidanze, caratteristiche dei parti, obesità, isterectomia, attività fisica, fumo, diabete, alterazione statica pelvica, disturbi urinari recidivanti
- per le disfunzioni pavimento pelvico: etnia, lesioni perineali per traumi ostetrici, ipoestrogenismo, qualità del tessuto connettivale, obesità, stipsi, malattie polmonari croniche

La gestione delle problematiche delle disfunzioni a carico del pavimento pelvico in menopausa deve avere un approccio multidisciplinare coinvolgendo più figure professionali (ostetriche, fisioterapisti, fisiatristi, ginecologi, urologi, chirurghi del colon-retto, psicologi, nutrizionisti, geriatri).

L'ostetrica, essendo la professionista della salute, ha un ruolo fondamentale nel counselling e quindi nell'informare, educare, attuare la prevenzione e la cura.

In particolare l'ostetrica può:

- fornire informazioni comprensibili sulle modificazioni anatomo-funzionali che avvengono in peri-menopausa e in menopausa e che possono avere ripercussioni sul pavimento pelvico
- illustrare le principali problematiche che la donna può riscontrare (prolassi, incontinenza urinaria, incontinenza anale, dispareunia e alterazioni a carico dell'alvo)
- indicare le varie opzioni di trattamento con attenzione al percorso conservativo educativo/rieducativo/riabilitativo
- assistere la donna nel trattamento riabilitativo individuale (fisiochinesiterapia, biofeedback, elettrostimolazione funzionale, altro) e raccomandare i follow-up regolari
- attivare gruppi di sostegno al fine di preservare/mantenere una buona salute perineale
- collaborare con il medico durante il percorso chirurgico uro-ginecologico, ginecologico, colonproctologico (assistenziale nel pre, intra e post operatorio)

Il counselling che l'ostetrica deve fornire per il benessere perineale della donna in peri-menopausa e in menopausa prevede le seguenti indicazioni:

- una sana alimentazione per mantenere l'adeguato peso corporeo
- incremento dell'apporto di vitamina D: alcuni studi dimostrano che un adeguato livello di vitamina D associato al pelvic floor muscles training (PFMT) migliora l'outcome del trattamento conservativo nell'incontinenza anale
- corretto apporto di liquidi
- eliminazione o limitazione dell'assunzione di alcool e di bevande contenenti caffeina e teina
- eliminazione o limitazione del fumo soprattutto in presenza di bronchite cronica
- riduzione delle situazioni di stress che possono sfociare in sindrome ansioso-depressiva

- regolare attività fisica (non utilizzo dei muscoli addominali retti ma attivazione del muscolo trasverso dell'addome responsabile del contenimento viscerale). Consigliabili pilates, yoga, camminata sostenuta, nuoto
- eliminazione dell'uso di assorbenti sintetici ed invitare la donna ad affrontare il problema incontinenza con lo specialista di riferimento
- educazione al corretto utilizzo dei detergenti intimi sia in termini di numero di lavaggi giornalieri, quantità e qualità del prodotto utilizzato
- lubrificazione dei genitali interni con gel-creme vaginali
- pessario vaginale: in via transitoria, nelle situazioni di ipovalidità muscolare correlate a prolasso urogenitale entro il secondo grado, per "liberare" il pavimento pelvico dal peso dello stesso

### **LEGENDA (da terminare)**

PC - test dell'elevatore dell'ano

PP – Pavimento Pelvico

OP – Occipito-posteriori

I.A. – Incontinenza anale

I.U.- Incontinenza urinaria

### **Bibliografia**

Aasheim V. Nilsen AB. Lukasse M. Reinar LM. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma* Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD006672. doi:10.1002/14651858.CD006672.pub2

Baden WF. Walker T. *Grading support loss: the halfway system* In: Baden and Walker (eds). *Surgical repair of vaginal defects* Philadelphia: JB Lippincott Company 1992; 13-23

Beckmann MM. Stock OM. *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.* Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;4:CD005123.

Candace Y. Parker-Autry & Jonathan L. Gleason & Russell L. Griffin & Alayne D. Markland & Holly E. Richter *Vitamin D deficiency is associated with increased fecal incontinence symptoms* Int Urogynecol J. 2014

Di Benedetto P. *Riabilitazione Uro-ginecologica* II edizione. Edizioni Minerva Medica 2004

De Gasquet B. *Perineo Fermiamo il massacro! Come prevenire e riabilitare le disfunzioni del pavimento pelvico* Edi-ermes 2014

Douloulin C. *4th-5th consultation on incontinence 2009-2013* Cochrane database Sist. Rev. May 2014

Dudding TC. Valzey CJ. Kamm MA. *Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management* Ann Surg. 2008

Dumoulin C. Hay-Smith EJ. Mac Habée-Séguin G. *Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women* See comment



in PubMed Commons below Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 14;5:CD005654. doi: 10.1002/14651858.CD005654.pub3

Francisco AA, de Oliveira SM, Leventhal LC, de Bosco CS. *Cryotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature* Rev Esc Enferm USP. 2013 Jun;47(3):555-61

Papparella P. *Pavimento pelvico femminile: fisiologia e disfunzioni* Poletto editore 2004

Petrocnik P, Marshall J. *Hands-on or hands-poised: what does the evidence say?* Pract Midwife. 2015 Jul-Aug;18(7):10-2

Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggle P, Pedlar F. *Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises* BJOG. 2014 Dec;121 Suppl 7:58-66. doi: 10.1111/1471-0528.13213.

Thom D, Rortveit G. *Systematic Review* Acta Obstet Gynecol Scand 2010

Visco AG, Figuers C. Nonsurgical management of pelvic floor dysfunction. In: Bump RC, Cundiff GW (eds). *Urogynecology and pelvic floor dysfunction*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 1998;849-65.

Wainstein C. et al. Results of pelvi-perineal rehabilitation in patients with pelvic floor dyssynergia. Cir Esp. 2014 Feb;92(2):95-9. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.03.015. Epub 2013 Nov 12.

Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery *L'efficacia di un programma di esercizi del muscolo del pavimento pelvico nell'incontinenza urinaria dopo il parto* Vol. 9, Issue 2, 2005 ISSN 1329-1874

### **Altre fonti**

Linee Guida sull'Incontinenza 4<sup>a</sup> Consultazione Internazionale sull'Incontinenza, Raccomandazioni ICI 2009

Linee guida AOGOI. Raccomandazioni clinico-pratiche in peri-postmenopausa e terza età. Progetto menopausa Italia 2007