



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino
Clinica Ginecologica Ostetrica
Direttore : Prof. G.B.Nardelli

LACERAZIONI PERINEALI OSTETRICHE DI III E IV GRADO

Dott.ssa Francesca Viganò

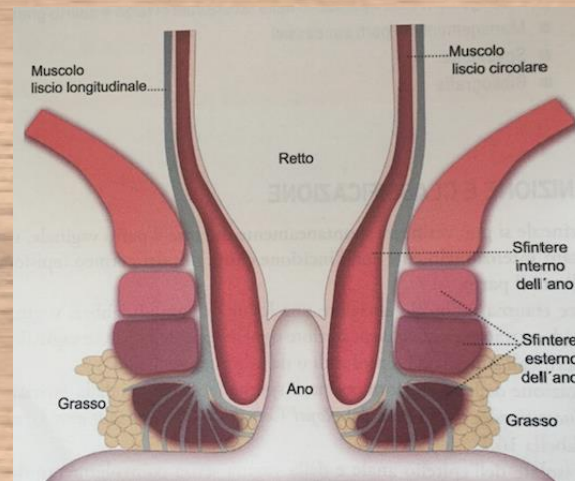
Scuola di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia



CLASSIFICAZIONE DELLE LACERAZIONI PERINEALI



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists



- PRIMO GRADO

Lesione della vagina o della cute perineale (cute e tessuto sottocutaneo del perineo anteriore o posteriore, mucosa vaginale, combinazione delle precedenti)

- SECONDO GRADO

Lesione dei muscoli perineali che non coinvolge lo sfintere dell'ano

-TERZO GRADO

Lacerazione dei muscoli dello sfintere dell'ano (OASIS)

- III A: < 50 % dello spessore dello sfintere esterno
- III B: > 50 % dello spessore dello sfintere esterno
- III C: lacerazione anche dello sfintere interno

-QUARTO GRADO

Lacerazione di III grado con coinvolgimento della mucosa ano-rettale

N.B. Se la lacerazione coinvolge la mucosa rettale ma lascia intatto lo sfintere anale non è un IV grado. Viene definita come lacerazione "ad asola" (button hole). Va riconosciuta e riparata perché può portare ad una fistola retto-vaginale.

EPIDEMIOLOGIA

- Circa l'85% delle donne sostengono un trauma perineale durante il parto
- L'incidenza delle lesioni sfinteriali anali è del 2,9% (0-8%)
- Nelle primipare incidenza del 6,1%, nelle pluripare 1.7%

EPIDEMIOLOGIA

Incidenza degli OASIS in aumento negli ultimi anni!



Effettivo ↑ delle lacerazioni?



Miglior accuratezza diagnostica?

Ecografia endoanale: traumi occulti dello sfintere nel 35% delle primipare!

FATTORI DI RISCHIO



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

- Nulliparità (RR 6,97)
- Dimensioni fetali aumentate (peso fetale > 4 kg)
- Posizione occipitoposteriore
- Durata del secondo stadio superiore a due ore
- Distocia delle spalle
- Parto vaginale strumentale (forcipe > ventosa)
- Etnia materna (razza caucasica > razza nera)

DIAGNOSI

Prerequisiti:

- Buona illuminazione
- Analgesia adeguata che permetta l'esame obiettivo non ostacolato dal dolore
- Buona esposizione della lesione
- Consenso informato verbale della paziente all'esecuzione della visita vaginale e rettale

Procedura diagnostica:

-Valutazione visiva dei genitali esterni

-Esame vaginale

Divaricare le grandi labbra per stabilire l'estensione della lacerazione vaginale e l'identificazione dell'apice

-Visita rettale, per escludere lesioni della mucosa rettale e dello sfintere anale.

La visita rettale consente anche di escludere lacerazioni isolate della mucosa rettale come le lacerazioni ad asola.



- Palpazione dello sfintere anale

Dev'essere effettuata inserendo l'indice nel canale anale ed il pollice nella vagina sopra lo sfintere anale in modo da palpare fra due dita lo sfintere che ha uno spessore di 2-2,5 cm, percorrendolo da ore 9 a ore 3 per apprezzarne l'integrità.



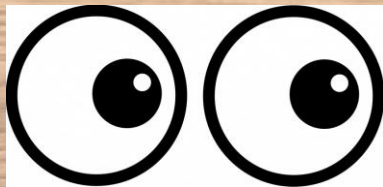
- Far contrarre lo sfintere anale alla paziente

Se c'è una lesione si vedrà anteriormente un "vuoto" nella contrazione del muscolo; se la cute perineale è integra si noterà un'assenza del raggrinzimento della cute perianale anteriormente.

TRATTAMENTO



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists



Necessaria accurata e precoce diagnosi delle lesioni sfinteriali per un trattamento tempestivo.



L'identificazione dei capi muscolari spesso è difficoltosa a causa della loro retrazione.

Può essere difficile distinguere IAS da EAS.

TRATTAMENTO



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

- **LACERAZIONE MUCOSA RETTALE:**

Sutura in continua non incavigliata con nodi esterni al lume anale

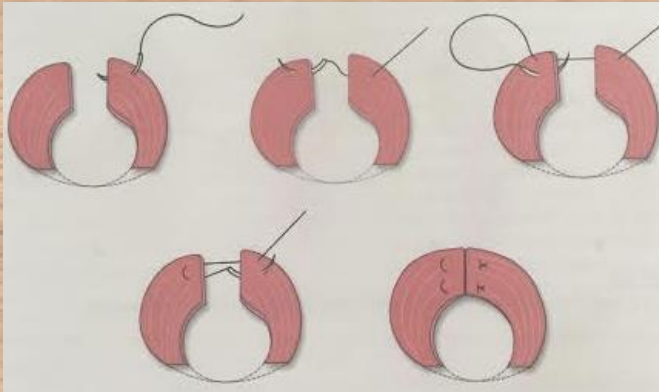
Filo: Vycril 3/0 (intrecciato, resistenza tensile al 50% dopo 3 settimane)

- **LACERAZIONE SFINTERE ANALE INT:**

TECNICA END TO END

Confezionamento di punti a materassoio a U orizzontale. I due capi lacerati del muscolo vengono così giustapposti lungo il margine mediale.

Filo: PDS 3/0 (monofilamento, resistenza tensile al 50% dopo 3 mesi)



TRATTAMENTO

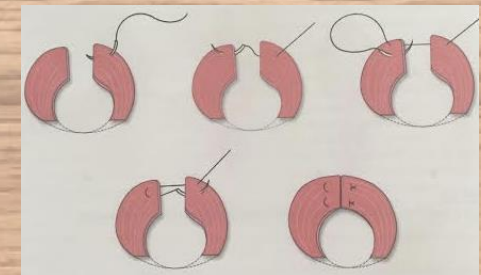
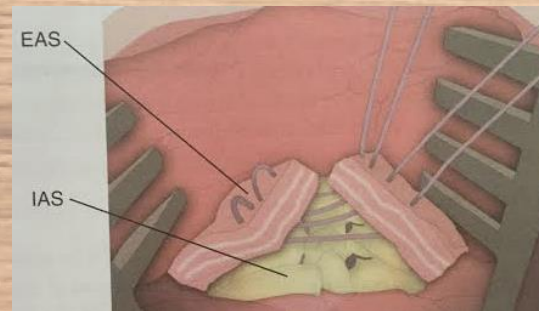


Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

• LACERAZIONE SFINTERE ANALE EST: TECNICA END TO END

TECNICA END TO END

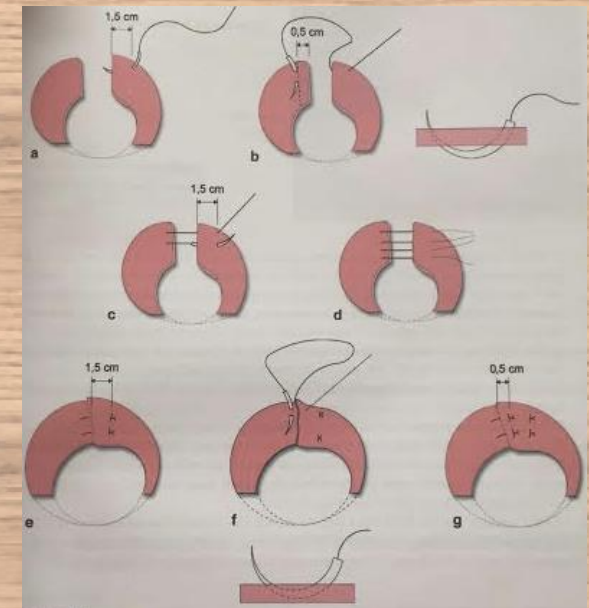
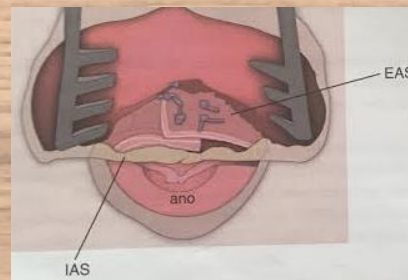
Filo: PDS 3/0



TECNICA OVERLAP

Si può eseguire solo quando la lacerazione coinvolge l'intero spessore dello sfintere anale esterno, non è indicata nelle lacerazioni parziali

Filo: PDS 3/0





MANAGEMENT POSTOPERATORIO



- Antibiotici a largo spettro per ridurre il rischio di infezioni e di deiscenza di sutura
(Cefuroxima 1,5 g + Metronidazolo 500 mg ev da continuare per os x 10 giorni)
- Lassativi per ridurre il rischio di deiscenza della sutura
(Lattulosio + Psyllium x 10-14 giorni)
- Eventuale fisioterapia postparto
- Rivalutazione dopo 6-12 settimane dal parto
- Se incontinenza valutazione presso un chirurgo proctologo con ecografia transanale

PROGNOSI

Dopo 12 mesi dal parto e dalla riparazione dell'EAS **60-80 %** pazienti sono asintomatiche!

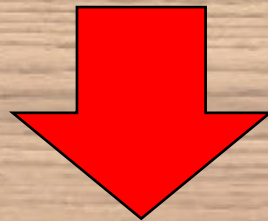
Cosa consigliare per le future gravidanze?



- Ci sono studi controversi riguardo alla modalità del parto dopo OASIS trattate e asintomatiche (recidiva OASIS 5-7%, peggioramento sintomi rispetto al parto precedente 17%)
- Tutte le donne che hanno subito OASIS in una precedente gravidanza e che sono sintomatiche o hanno ecografia e / o manometria endoanale anormale devono essere indirizzate al taglio cesareo elettivo!

LESIONI OCCULTE

Fino al **28%** delle lacerazioni di II grado sono in realtà III gradi occulti!



Di queste il **37%** determinerà incontinenza a tre mesi!

Un intervento secondario ha un'efficacia minore
(50% vs 70% di una riparazione immediata)

LESIONI OCCULTE

Diagnosi con ecografia transanale

Sensibilità 98,8%



Lesione completa anterolaterale sinistra dello sfintere esterno ed interno

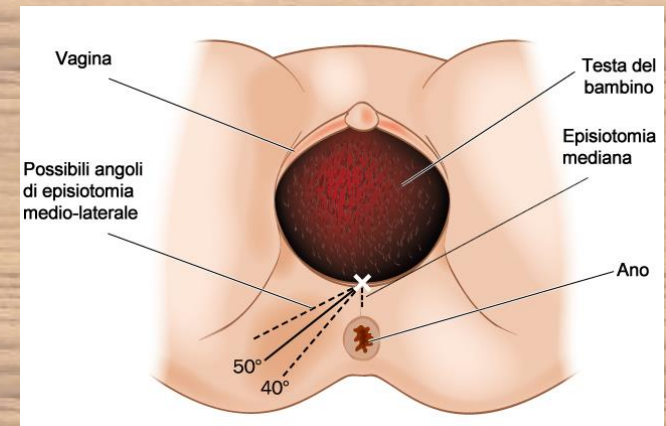
L'ecografia transanale ha un ruolo anche dopo la riparazione per valutare il danno residuo, l'eventuale ricorso a una chirurgia secondaria e il management in caso di successiva gravidanza.

PREVENZIONE

Non ci sono chiare evidenze di manovre protettive!

Episiotomia mediolaterale destra (angolo di sutura $45-60^\circ$)

- Dati contrastanti nei parti eutocici
- Protettiva nei parti operativi



PREVENZIONE

POSIZIONE E GESTIONE DEL TRAVAGLIO:

- Incoraggiare la spinta a dilatazione completa
- Rispettare i tempi fisiologici del periodo espulsivo
- Favorire le posizioni libere anche in periodo espulsivo
- Favorire le spinte libere
- Evitare la manovra di Kristeller

PREVENZIONE

Protezione perineale



Utilizzo di garze calde

Massaggio perineale
ante partum e nel secondo
stadio del travaglio



TAKE HOME MESSAGE

In tutti i parti complessi è buona norma verificare sempre l'integrità rettale per un'identificazione precoce di eventuali lesioni.

E' necessario un opportuno training degli operatori al fine di garantire standard diagnostici e di riparazione anale elevati così da ridurre la morbidità associata a lesioni dello sfintere.



Grazie!