

Opinione degli esperti n. 75 (sostituisce la n. 29)

Commissione di garanzia della qualità
 Presidente Prof. Dr. Daniel Surbek

Il pavimento pelvico in gravidanza, parto e puerperio

Autori: V. Viereck, S. Meyer, D. Faltin, D. Perucchini, N. Kimmich, C. Betschart

Associazione svizzera di uroginecologia (AUG) e Accademia di medicina feto-materna (AFMM)

	Livello di evidenza / raccomandazione
<p>Introduzione</p> <p>La gravidanza e soprattutto anche il parto hanno ripercussioni negative sulla funzionalità del pavimento pelvico in circa due terzi delle donne, sia a causa di traumi diretti sul muscolo del pavimento pelvico (m. elevatore dell'ano) sia per i danni a carico dei nervi che lo innervano, in particolare il nervo pudendo. Le conseguenze sono incontinenza urinaria o fecale, pollachiuria, sintomi di urgenza urinaria, prolassi, dispareunia, sindromi dolorose o ripetuti interventi chirurgici, associate a costi elevati per il sistema sanitario. Di seguito vengono discusse le alterazioni in funzione della modalità di parto.</p> <p>Nella presente opinione degli esperti vengono esaminati i seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidenza dei disturbi del pavimento pelvico dopo il parto • Prevenzione primaria e secondaria delle lesioni del pavimento pelvico • Consulenza delle gestanti prima del parto • Importanza delle misure intrapartum per ridurre al minimo i traumi da parto • Raccomandazioni sulla modalità di parto successivamente a un trauma sintomatico subito in un parto precedente • Cure post-partum e terapia dei problemi del pavimento pelvico <p>All'inizio della gravidanza in fase di anamnesi vanno indagati eventuali problemi del tratto urinario, in particolare i disturbi da incontinenza in quanto aumentano il rischio di incontinenza post-partum.</p> <p>Incidenza delle lesioni del pavimento pelvico dopo parto spontaneo</p> <p>Il ventaglio di sintomi e disturbi è molto ampio e dipende dalla coorte di studio, dal momento di osservazione dei sintomi dopo il parto e dal metodo di rilevamento. L'incidenza dell'incontinenza urinaria osservata dopo un parto spontaneo è di conseguenza pari al 3-50%. L'incidenza di lesioni dello sfintere anale dopo un parto vaginale è dell'1-11%, con un ulteriore 10-35% di anomalie occulte non diagnosticate. L'incontinenza fecale (feci/gas) dopo parto spontaneo si manifesta in una percentuale di donne fino al 10%. L'ampia variabilità dei sintomi nei diversi studi è dimostrata anche dai seguenti dati: il tasso di incontinenza fecale era dello 0,22% dopo taglio cesareo e dello 0,37% dopo parto vaginale ($p < 0,0001$), mentre nel gruppo di controllo delle donne nullipare era dello 0,17% ($p < 0,0001$). L'incidenza dei traumi del muscolo elevatore dell'ano (LAM) rilevati mediante ecografia nella donna è del 6-16% dopo parto spontaneo, del 9-35% dopo parto con ventosa ostetrica e del 35-63% dopo parto con forcipe. Le avulsioni dell'elevatore dell'ano sembrano verificarsi soprattutto immediatamente prima dell'espulsione, quando la testa del feto attraversa il piano interspinoso di Hodge +4, poiché è il punto in cui la sovraddistensione dell'elevatore dell'ano e l'area di apertura</p>	<p>Ila/B</p>

dello iato genitale raggiungono i massimi valori. I fattori di rischio per l'avulsione dell'elevatore dell'ano sono l'età materna avanzata al parto, un BMI più basso, un peso fetale più elevato/una maggiore circonferenza della testa, una fase di espulsione protratta, l'uso del forcipe e la presentazione occipito-posteriore. Una lacerazione perineale di III/IV grado può essere un indicatore o un segno di un'associata avulsione dell'elevatore. Tuttavia, in definitiva è probabilmente determinante la meccanica del parto e l'esecuzione tecnica del parto, in particolare del parto vaginale strumentale, piuttosto che la presenza dei singoli fattori in sé. Il trauma dell'elevatore dell'ano è associato in modo significativo ai disturbi da prolasso degli organi pelvici. La difficoltà intrinseca di questi fattori di rischio – a parte l'età e il peso o la circonferenza della testa – è il fatto che si manifestano solo dopo la nascita. **Le lesioni ossee del cinto pelvico** sono più rare, ma nei parti protratti, con peso del bambino superiore a 4000 grammi, sono rilevate in una percentuale di casi fino al 45%. Secondo uno studio basato su un questionario somministrato a 198 primipare, a un anno dal parto soffre di **dispareunia** una percentuale di donne del 37,4% dopo parto spontaneo, del 40% dopo parto con ventosa ostetrica, del 43,6% dopo taglio cesareo secondario e del 23,8% dopo taglio cesareo elettivo.

Questi problemi sono significativamente più frequenti dopo parto spontaneo che dopo parto mediante taglio cesareo, a prescindere che si tratti di taglio cesareo elettivo o secondario.

Incidenza delle lesioni del pavimento pelvico dopo taglio cesareo

Quindici anni dopo il taglio cesareo sono stati rilevati i seguenti disturbi del pavimento pelvico, precisando che, indipendentemente da ciò, anche i cambiamenti legati all'età possono aver contribuito alle lesioni: il 17,5% delle donne soffriva di incontinenza da sforzo, il 14,6% di vescica iperattiva, il 25,8% di incontinenza anale e il 9,4% di disturbi da prolasso. L'incidenza dell'incontinenza urinaria dopo taglio cesareo negli studi con follow-up da 6 settimane a 48 mesi è del 3-10%. Dopo taglio cesareo elettivo non sono descritte avulsioni classiche dell'elevatore dell'ano nell'inserzione sull'osso pubico. In una valutazione del registro svedese delle nascite con 1,4 milioni di donne il taglio cesareo ha mostrato un effetto protettivo sul prolasso genitale. Secondo lo studio di Rogers et al., l'esecuzione di un taglio cesareo secondario nella fase di espulsione ha fatto aumentare il tasso di incontinenza fecale al 13%.

Il numero necessario da trattare (NNT) con taglio cesareo è di 10-15 pazienti per prevenire un'incontinenza urinaria lieve e 110 per prevenire un'incontinenza urinaria grave. Questo vantaggio sembra perdersi nel corso degli anni, cosa che si osserva in particolare nella postmenopausa. In questa opinione degli esperti non saranno discusse le sequele dopo taglio cesareo non correlate al pavimento pelvico con riferimento alle gravidanze successive e all'utero.

Prevenzione primaria e secondaria delle lesioni del pavimento pelvico

L'allenamento del pavimento pelvico e l'attività sportiva prima e durante la gravidanza non hanno effetti positivi né negativi sul decorso del parto vaginale. Le donne con fattori di rischio precedenti al concepimento, come età alla prima gravidanza ≥ 35 anni, BMI pregravidico $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ e incontinenza lieve, hanno presentato incontinenza urinaria *de novo* con frequenza significativamente maggiore durante la gravidanza. I fattori possibilmente modificabili (BMI e incontinenza) vanno discussi prima della gravidanza, motivando la paziente ad affrontarli, ad esempio mediante consulenza nutrizionale e fisioterapia.

La fisioterapia del pavimento pelvico in lezioni individuali a partire dalla 18^a

1a/A

1a/A

settimana di gravidanza previene il rischio di incontinenza urinaria nella gravidanza tardiva e dopo il parto nelle donne originariamente continenti. L'effetto positivo a lungo termine degli esercizi di rieducazione pelvica sull'incontinenza urinaria e fecale post partum è incerto ed è più probabile nei gruppi a rischio (per es. per obesità) e praticando un allenamento specifico. Gli esercizi per il pavimento pelvico non hanno indotto contrazioni premature durante la gravidanza. Per rafforzare il pavimento pelvico si raccomandano esercizi mirati nel corso della gravidanza, da eseguire sotto la guida di fisioterapista od ostetrica, ad esempio nel contesto della preparazione al parto.

In caso di disturbi da prolasso durante la gravidanza possono essere utilizzati, se necessario, pessari speciali (per es. Restifem®). In primo luogo dovrebbero però essere esclusi, come cause dei disturbi, un travaglio precoce o un accorciamento prematuro della cervice.

Consulenza delle gestanti prima del parto

Secondo nuovi studi di Moosdorff-Steinhauser et al., i 2/3 delle donne intervistate riferiscono di soffrire di incontinenza da lieve a moderata nel corso della gravidanza, ma solo una donna su otto cerca aiuto per questo motivo. La maggior parte delle gestanti ritiene che si tratti di un fenomeno temporaneo. Pertanto, è importante trattare l'argomento continenza nel corso della consultazione in gravidanza.

In linea di principio, tutte le gestanti dovrebbero essere informate sulle possibili conseguenze di gravidanza e parto sul pavimento pelvico. La soluzione ideale consiste nel fornire uno specifico opuscolo informativo, che dovrebbe distinguere anche tra fattori non influenzabili (per es. l'anamnesi familiare) e fattori che possono essere modificati dalla donna stessa. Le spiegazioni dovrebbero essere adattate al rischio personale, tenendo conto dei parametri ecografici fetali, della costituzione fisica della donna, dei fattori di rischio anamnestici, delle modalità dei parti precedenti e dei disturbi del pavimento pelvico preesistenti. Essenzialmente si raccomanda di esaminare eventuali traumi del pavimento pelvico subito durante la gravidanza e, a seconda delle esigenze di sicurezza e conoscenza della paziente, di integrare le informazioni con accertamenti da parte di specialisti. Per approfondire ulteriormente la consulenza può essere utilizzato lo strumento di calcolo UR-CHOICE (https://riskcalc.org/UR_CHOICE/).

Le esperte e gli esperti concordano sull'importanza di un'educazione delle pazienti sui problemi del pavimento pelvico dopo il parto. Tuttavia, una recente indagine ha mostrato un'altra pratica, vale a dire che anche gli specialisti in uroginecologia omettono di fornire tali informazioni in quasi il 40% dei casi.

Importanza delle misure pre-partum e sub-partum per ridurre al minimo i traumi da parto

Gli esami per immagini pre-partum delle strutture ossee o dei tessuti molli della gestante non hanno avuto finora alcuna utilità, poiché non esistono valori normali e valori limite indicativi di un parto problematico. Più rilevanti sembrano essere il rapporto tra dimensioni del bambino e canale del parto e le connesse interazioni dinamiche durante il parto, che però è possibile stimare solo in misura limitata nella fase che precede il parto. Determinati interventi pre- e intrapartum come il massaggio perineale, la dilatazione mediante palloncino, le compresse calde, la variazione della posizione della partorientente e il differente uso del torchio addominale mirati a ridurre il trauma del pavimento pelvico sono oggetto di pareri contrastanti. L'applicazione di compresse calde ed eventualmente il massaggio perineale nella fase di espulsione hanno mostrato

IV/A

IIa/B

Ia/A

un effetto favorevole sulle lesioni perineali. Al contrario, l'uso prepartum del dispositivo Epi-No® per il rafforzamento perineale non è in grado di ridurre le lesioni da parto, in particolare le lacerazioni perineali di grado elevato. L'anestesia peridurale ha ridotto il rischio di traumi dell'elevatore dell'ano e, rispetto agli oppioidi, ha aumentato l'incidenza di ritenzione urinaria postnatale. Le diverse strategie di impiego del torchio addominale non mostrano alcuna differenza in relazione al tasso di lacerazione perineale e di episiotomia, nemmeno per quanto riguarda la necessità dell'indicazione per il taglio cesareo o per l'interruzione strumentale del parto o gli endpoint neonatali. **Non ci sono evidenze a favore dell'episiotomia profilattica (eccetto nel parto vaginale strumentale).**

Immediatamente prima del passaggio della testa è opportuno non spingere attivamente, ma solo seguire la respirazione. In tal modo si riesce a ridurre a un terzo il tasso di lesioni dello sfintere anale. Ritardare la pressione comporta infine la riduzione del tempo effettivo delle spinte e l'aumento del tasso di parti spontanei vaginali. Una fase di espulsione più lunga costituisce un fattore di rischio per i traumi del pavimento pelvico. Se la fase di espulsione si protrae e vi è disallineamento (posizione occipito-posteriore), durante il parto può eventualmente essere utile allineare in modo ottimale il feto nel canale del parto, per es. ruotandolo dalla posizione dorso-posteriore a quella dorso-anteriore. La durata ideale della fase di espulsione rimane poco chiara. Il prolungamento del parto comporta una sovradistensione del pavimento pelvico a causa di microtraumi e danni ai nervi, mentre con un parto troppo rapido aumenta il rischio di avulsioni. Per quanto riguarda la posizione per il parto, il decubito dorsale è sfavorevole rispetto alla posizione quadrupedica, al decubito laterale o alla posizione eretta.

Se si rende necessaria una terminazione strumentale del parto vaginale per un'indicazione fetale o materna, a tutela del pavimento pelvico è da preferire il parto mediante ventosa ostetrica (il sistema della coppa non è rilevante) a quello con forcipe. Per entrambe le varianti è tuttavia determinante l'uso di una tecnica corretta. **Secondo studi recenti, il rischio di una lacerazione perineale di III o IV grado nel corso di un parto vaginale strumentale può essere ridotto mediante episiotomia profilattica medio-laterale o laterale, soprattutto nelle primipare. Se viene eseguita un'episiotomia, va preferita una direzione dell'incisione medio-laterale con un angolo almeno del 60%.** L'episiotomia non ha alcun effetto sulla sovradistensione e sull'avulsione dell'elevatore dell'ano. Vi sono pareri discordi anche sul fatto che l'uso della tecnica di protezione del perineo possa ridurre il tasso di lesioni da parto. Tuttavia, in seguito a programmi di formazione su larga scala concernenti la protezione del perineo è stata dimostrata in Scandinavia una notevole riduzione delle lesioni perineali di grado elevato (dal 4-7% all'1-2,5%) grazie a un'adeguata protezione perineale con modulazione dell'espulsione della testa del bambino. Mediante gli studi si deve ancora verificare se ulteriori ausili (per es. BabySlide®), potenzialmente in grado di prevenire lacerazioni perineali e vaginali di grado inferiore, possano anche ridurre il tasso di lacerazioni perineali di III/IV grado.

Dopo il parto, va eseguita in ogni donna una palpazione rettale per controllare l'integrità dello sfintere anale e trattare eventuali lesioni immediatamente dopo il parto.

Raccomandazioni sulla modalità di parto successivamente a un trauma sintomatico subito in un parto precedente

Nella maggior parte dei casi, il danno al pavimento pelvico viene causato al primo parto. Un eventuale prollasso può aggravarsi dopo ogni ulteriore parto, ma non più nella stessa misura del primo parto.

Secondo le linee guida S2k dell'AMWF (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*, Gruppo di lavoro delle società specialistiche medico-scientifiche), il taglio cesareo elettivo nella

Ila/B

<p>gravidanza successiva, finalizzato alla prevenzione di un'incontinenza fecale permanente, ha una rilevanza di evidenza moderata solo in caso di postumi di lacerazione perineale di III e IV grado e di incontinenza fecale intermittente post-partum. Se dopo una lacerazione perineale di III grado non vi sono segni d'incontinenza, la paziente può di nuovo optare per il parto vaginale senza alcun aumento del rischio di incontinenza fecale. Ciò è stato dimostrato in uno studio controllato randomizzato di recente pubblicazione condotto su secondipare asintomatiche randomizzate in un gruppo con taglio cesareo elettivo vs. un gruppo con parto spontaneo dopo lacerazione perineale di III grado subita al primo parto. Il rischio di recidiva di una lacerazione del perineo di III/IV grado è del 4-8%. L'incontinenza urinaria post-partum non è per motivi medici un'indicazione per il taglio cesareo elettivo finalizzato alla prevenzione di un'ulteriore incontinenza. Tuttavia, si devono prendere in considerazione le aspettative della donna e includere la stessa nel processo decisionale.</p>	<p>Ia/A IIa/B IIa/B</p>
<p>La consultazione e i controlli post-partum sono importanti per diagnosticare le conseguenze del parto spontaneo sulle funzioni della piccola pelvi e, se necessario, trattarle precocemente. L'anamnesi riguardante le funzioni del pavimento pelvico, del tratto urinario e del tratto ano-rettale è, al riguardo, di importanza centrale e può eventualmente offrire il motivo per ulteriori esami e trattamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostica uroginecologica (ecografia del pavimento pelvico, ecografia perineale translabiale 2D o 3D/4D dell'elevatore dell'ano e dello sfintere anale, test del pavimento pelvico, esami urodinamici, RM). • Riabilitazione mirata del pavimento pelvico. • In caso di intervento chirurgico, consultazione di colleghi specialisti in uroginecologia: nelle pazienti giovani va data la preferenza a procedure conservative autologhe dell'utero. 	<p>IIa/B Ia/A Ia/A IV/A</p>
<p>Gli esercizi di rieducazione pelvica e lo sport possono essere ripresi gradualmente dopo il parto e in base alle condizioni della puerpera. Secondo le più recenti raccomandazioni, un'attività fisica precoce o continua è benefica per la salute del pavimento pelvico e il benessere generale.</p>	
<p>Riassunto</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'episiotomia sistematica durante il parto, rispetto all'episiotomia su indicazione, non presenta vantaggi per il pavimento pelvico. • Qualora sia necessario un parto vaginale strumentale, quello mediante ventosa ostetrica va ritenuto più favorevole per il pavimento pelvico rispetto al parto con forcipe. Per entrambe le varianti risulta fondamentale l'uso di una tecnica corretta, che dovrebbe essere ripetutamente esercitata. L'episiotomia medio-laterale riduce il rischio di una lacerazione perineale di grado superiore, specialmente nelle primipare, e dovrebbe essere praticata con un angolo di almeno 60°. • Dopo un parto vaginale si dovrebbe eseguire sistematicamente una ricerca di lesioni dello sfintere anale che devono essere trattate chirurgicamente in condizioni adeguate (analgesia, sorgente luminosa e strumenti ottimali) da un ostetrico esperto. 	

<ul style="list-style-type: none"> • L'anestesia peridurale sembra avere un effetto protettivo sull'elevatore dell'ano rispetto al parto in sua assenza. • L'allenamento del pavimento pelvico durante la gravidanza, sotto la guida di una fisioterapista o levatrice adeguatamente formata, sembra essere di beneficio alle donne continenti. Anche gli esercizi di rieducazione pelvica nella fase post-partum sembrano (essere in grado di) apportare vantaggi nella prevenzione e nella terapia dell'incontinenza urinaria e fecale, anche se questo vantaggio si affievolisce negli anni successivi. La riabilitazione del pavimento pelvico dovrebbe però essere condotta in modo mirato e con una guida adeguata. • In quasi tutti gli studi, il parto con taglio cesareo elettivo per proteggere il pavimento pelvico mostra, rispetto al parto spontaneo, un'incidenza significativamente inferiore di prolasso di organi pelvici e incontinenza urinaria. • In linea di principio, tutte le gestanti dovrebbero essere informate sulle possibili conseguenze di gravidanza e parto sul pavimento pelvico. Il mezzo ideale per questo scopo è la consegna di un apposito opuscolo informativo. L'informazione individuale dovrebbe essere adattata al rischio. 	
--	--

Data: 19.04.2021

Livello di evidenza	Grado di raccomandazione
Ia Evidenza ottenuta da metanalisi di studi controllati e randomizzati.	A In letteratura, che deve essere globalmente di buona qualità e coerente, esiste almeno uno studio controllato e randomizzato che abbia condotto alla raccomandazione in questione (livello di evidenza Ia, Ib).
Ib Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato e randomizzato.	B Sull'argomento della raccomandazione sono disponibili studi clinici ben controllati, ma non randomizzati (livello di evidenza IIa, IIb, III).
IIa Evidenze ottenute da almeno uno studio controllato, condotto correttamente, ma senza randomizzazione.	C Esistono evidenze basate su rapporti o pareri di gruppi di esperti e/o sull'esperienza clinica di specialisti rinomati. Non sono disponibili studi clinici di alta qualità direttamente applicabili (livello di evidenza IV).
IIb Evidenze ottenute da almeno uno studio condotto correttamente, di un altro tipo, quasi sperimentale.	Punto di buona pratica <input checked="" type="checkbox"/> La buona pratica raccomandata sulla base dell'esperienza clinica del gruppo di esperti che ha redatto l'opinione degli esperti / la linea guida.
III Evidenze ottenute da studi descrittivi condotti correttamente, non sperimentali, come studi comparativi, studi di correlazione o studi di casi.	
IV Evidenze ottenute da rapporti o opinioni di esperti e/o da esperienza clinica di specialisti rinomati.	

Dichiarazione di conflitti di interessi:

- V. Viereck: nessuno
 S. Meyer: nessuno
 D. Faltin: nessuno
 D. Perucchini: nessuno
 N. Kimmich: nessuno
 C. Betschart: nessuno

Bibliografia

Disponibile presso gli autori.

La Commissione di garanzia della qualità di ginecologia svizzera SSGO elabora linee guida e opinioni degli esperti con la massima cura; tuttavia, la Commissione di garanzia della qualità di ginecologia svizzera SSGO non può assumersi la responsabilità dell'esattezza e dell'eshaustività del contenuto. Le informazioni dei produttori devono essere rispettate in tutti i casi, in particolare le indicazioni relative alla posologia.

Dal punto di vista della Commissione, le direttive e le opinioni degli esperti corrispondono allo stato attuale delle conoscenze scientifiche nel momento della loro stesura. Le modifiche sopravvenute nel frattempo devono essere tenute da conto da parte degli utilizzatori.