

Ostetrica

Liliana

Di Nicolantonio



## **4 - ALTERAZIONI STATICA PELVICA E DISFUNZIONI PELVO PERINEALI**

# PROLASSO GENITALE

2

- Si parla di prollasso utero-vaginale o prollasso genitale quando si verifica la discesa delle pareti vaginali di solito associata a quella dell'utero che si abbassa progressivamente all'interno della vagina
- Le pareti vaginali, anteriormente e posteriormente, compaiono alla rima vulvare sino a fuoriuscirne (*colpocele anteriore e/o posteriore*) e così pure la portio uterina (*prollasso uterino*)
- Per solidarietà anatomica fra cervice uterina e tratto superiore della parete vaginale anteriore con la base della vescica, questa segue la discesa della parete vaginale (*cistocele*)
- Lo stesso si verifica per la parete anteriore del retto (*rettocele*)

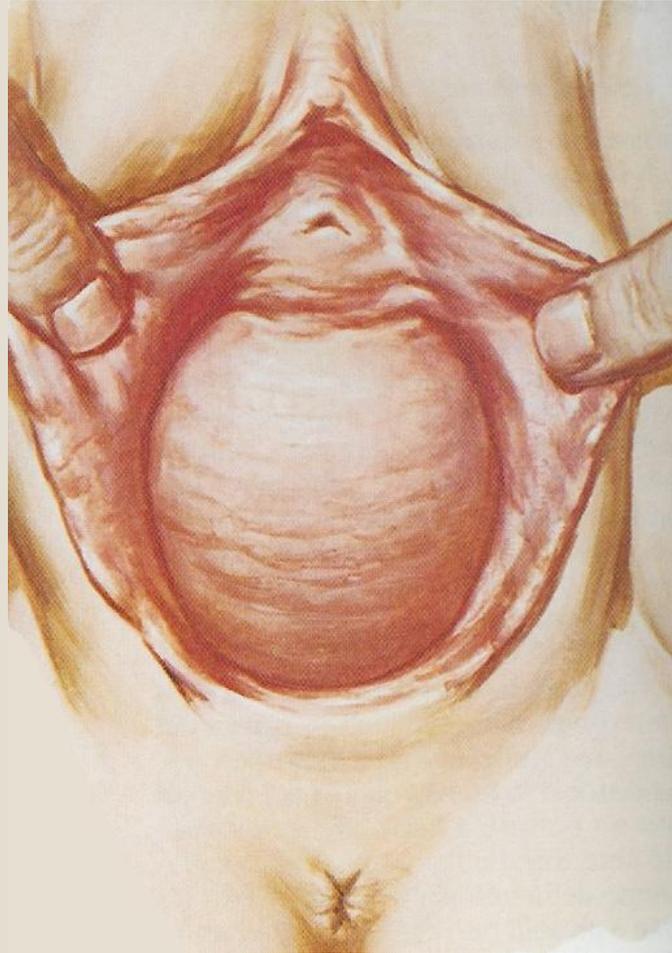
# CISTOCELE

3



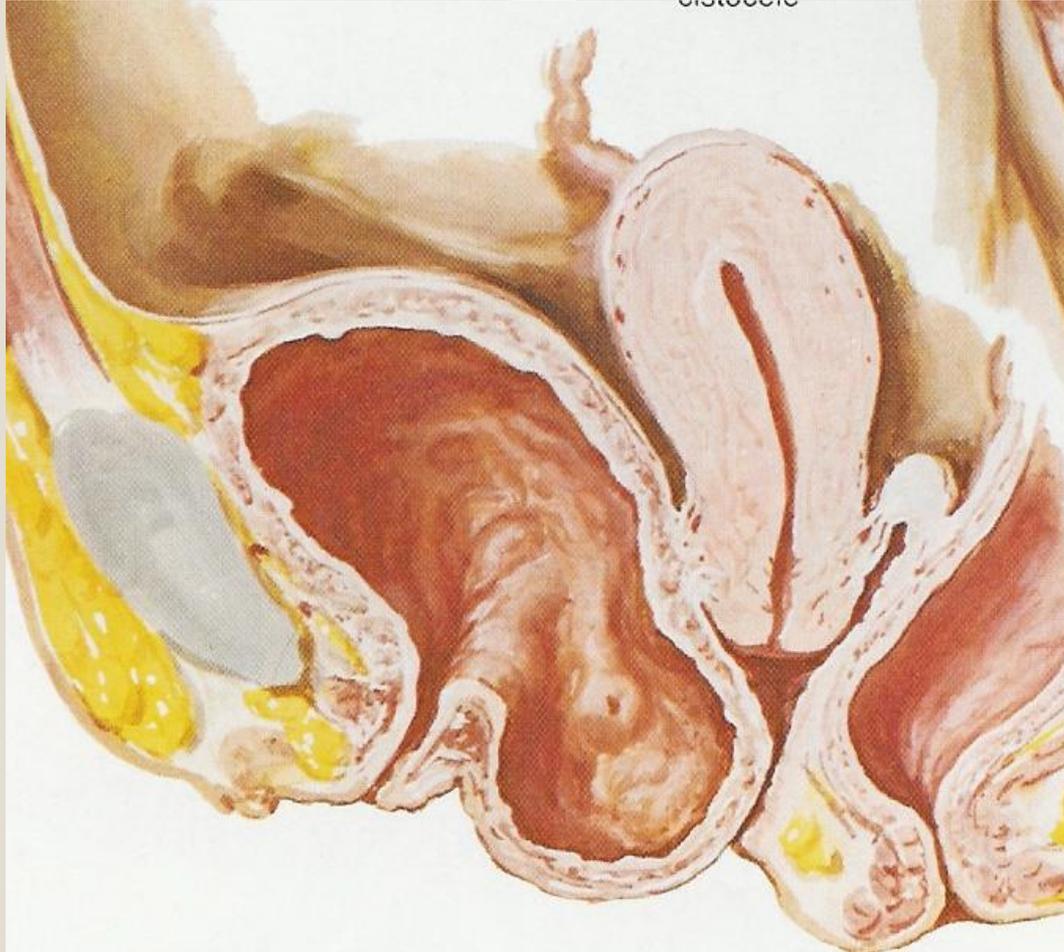
# CISTOCELE

4



# CISTOCELE

5



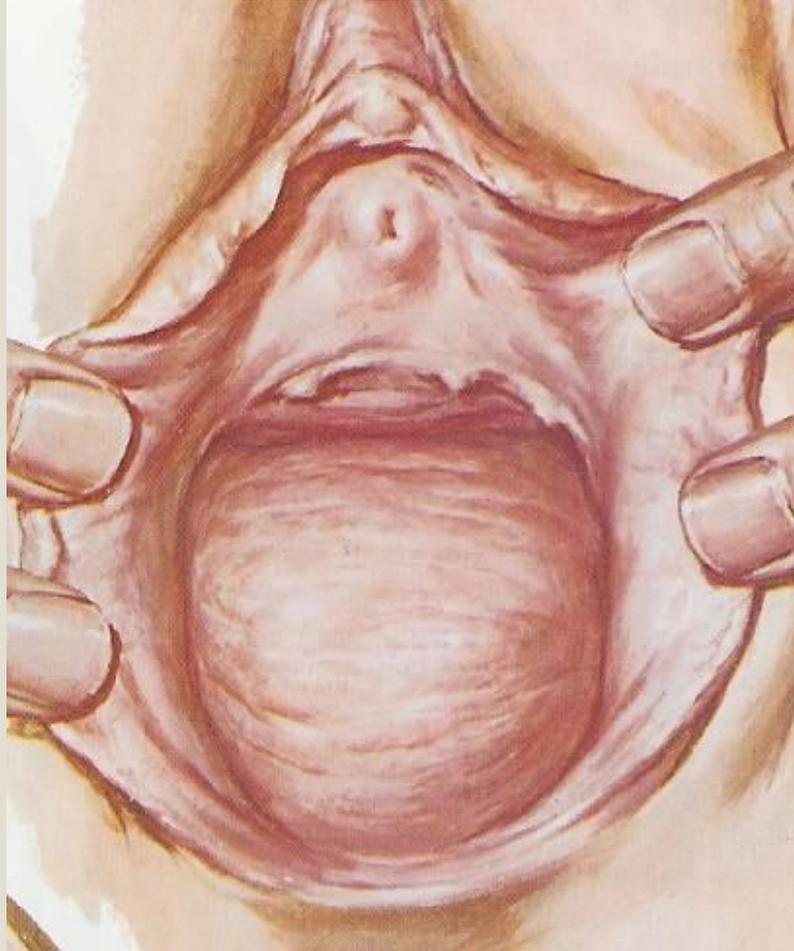
# RETTOCELE

6



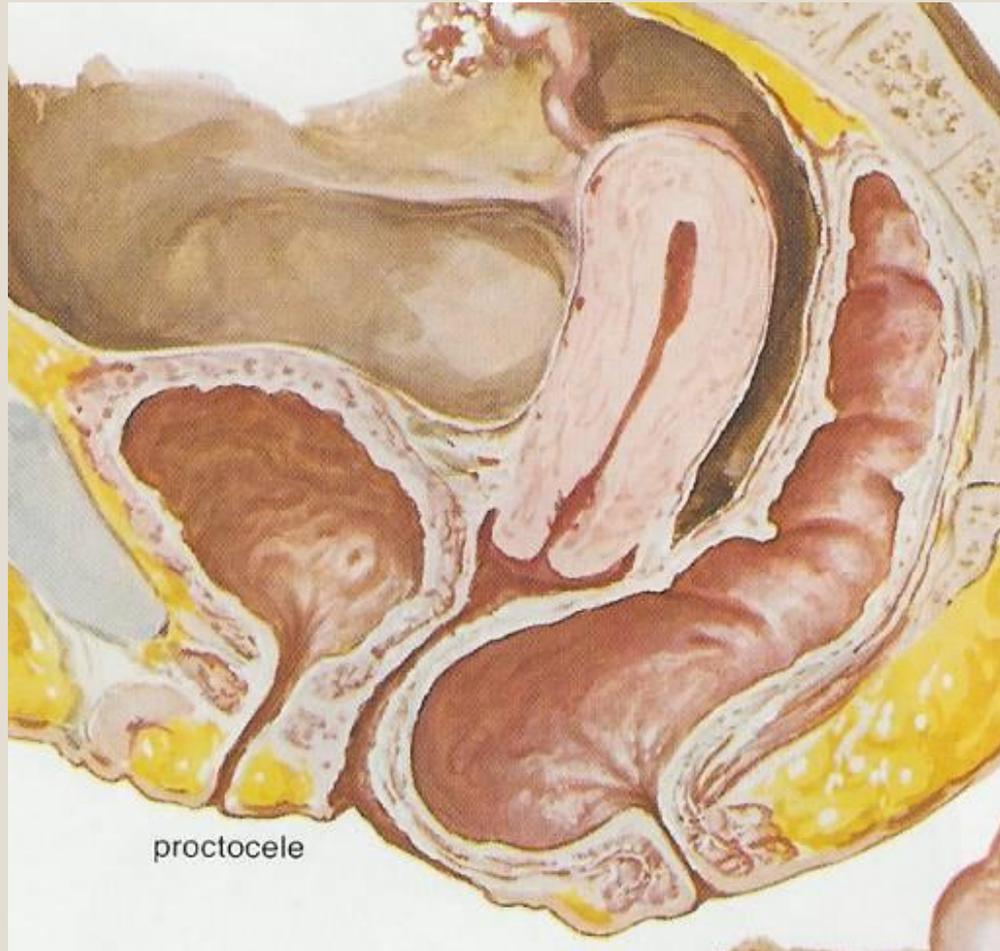
# RETTOCELE

7



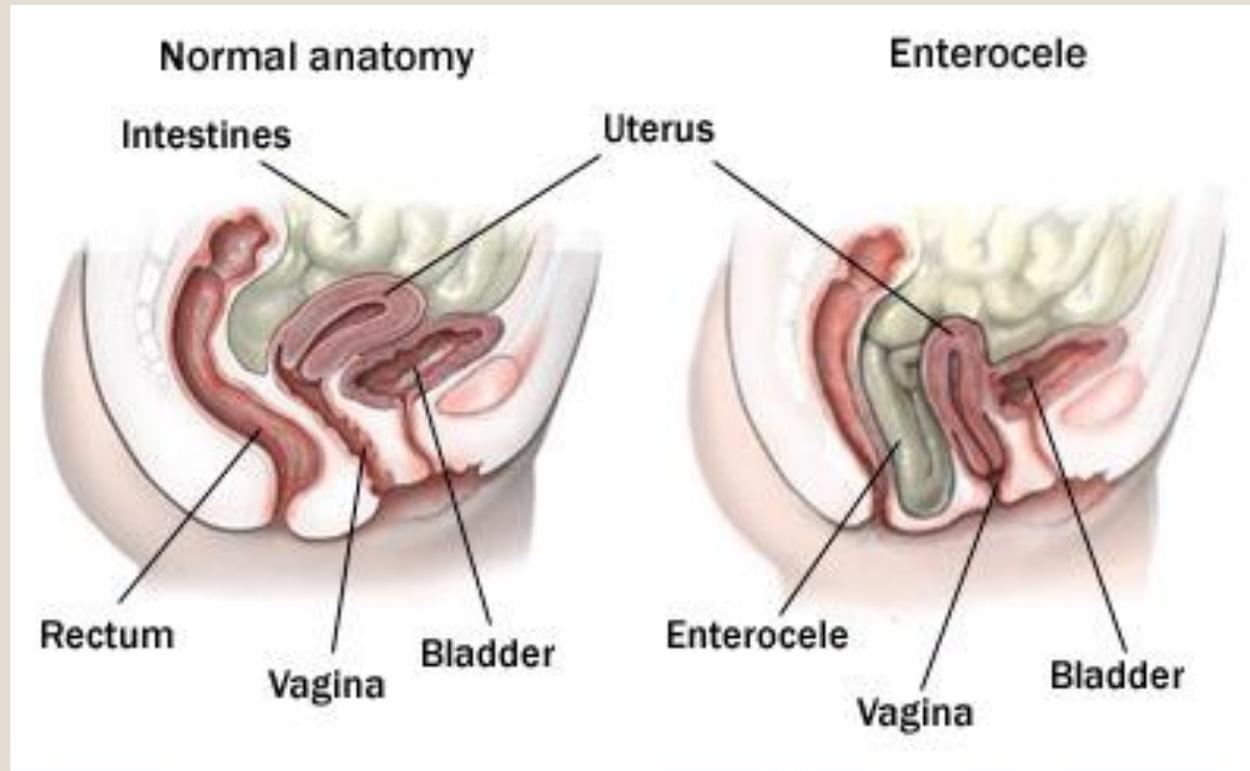
# RETTOCELE

8



# ENTEROCELE

9



# PROLASSO GENITALE - GRADI

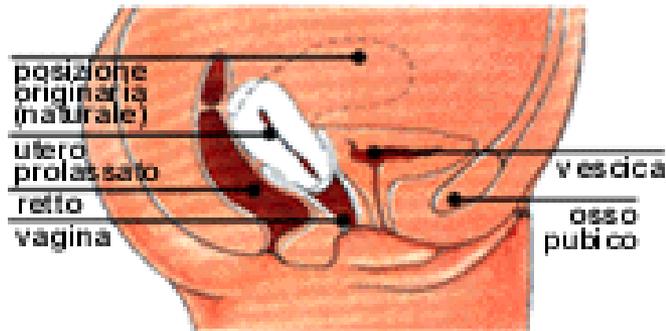
10

- **1° grado**: l'organo è prolassato a metà tra la sua sede normale e ostio vulvare
- **2° grado**: l'organo affiora all'ostio vulvare
- **3° grado**: l'organo è totalmente esteriorizzato rispetto all'ostio vulvare
- **4° grado**: eversione totale dell'organo

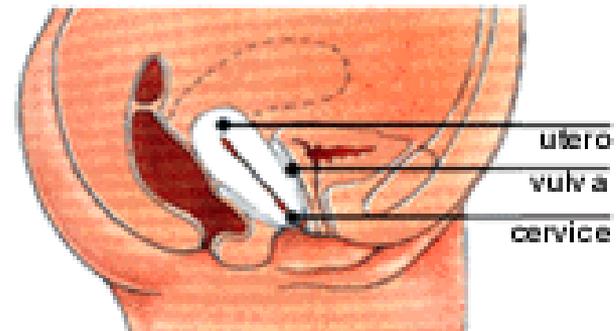
# PROLASSO UTERINO

11

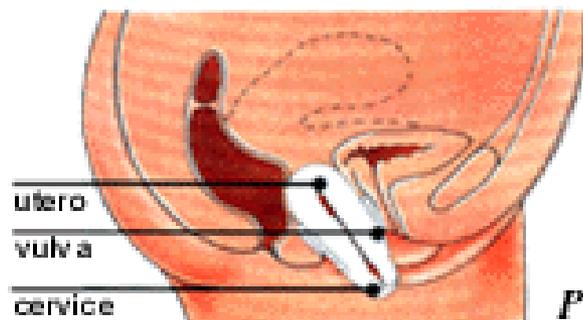
## GRADI DI PROLASSO UTERINO



*Prolasso lieve*



*Prolasso medio*



*Prolasso severo*

# PROLASSO GENITALE - SINTOMI

12

- Dolore variabile più o meno accentuato in zona lombo sacrale
- Senso di peso e ingombro
- Fuoriuscita dei genitali dalla rima vulvare in ortostatismo
- Sintomi urinari (pollachiuria, incontinenza)
- Sintomi rettali (incontinenza ai gas ed alle feci)

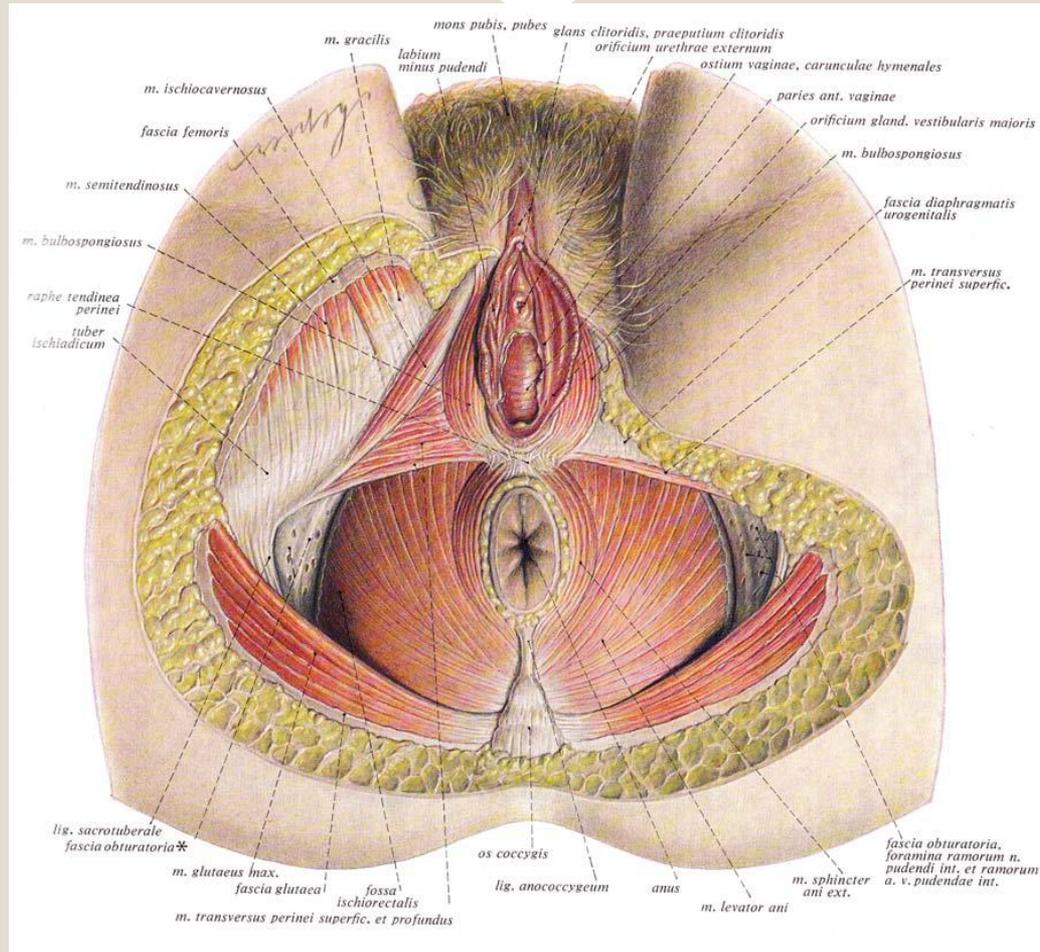
# DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

13

- Influiscono negativamente sulla sessualità femminile:
  - Dispareunia
  - Anorgasmia
  - Disagio, rinuncia all'attività sessuale
- Influiscono sulla qualità della vita:
  - Incontinenza da sforzo
  - Urgenza
  - depressione; disistima personale; apatia; negazione; senso di perdita di controllo sulle funzioni sfinteriche; sentimenti di dipendenza, paura di avere uno sgradevole odore di urina
  - limitazione o rinuncia alle attività fisiche
  - necessità di mappare le toilette

# PAVIMENTO PELVICO

14



# CONTINENZA

15

- La continenza urinaria è definita come: **capacità di rinviare a piacimento l'atto minzionale** ed è strettamente **correlata con l'integrità anatomica e funzionale delle vie urinarie inferiori**.
- Nella donna la continenza è assicurata fin quando la **pressione uretrale è maggiore della pressione vescicale** sia a riposo che in corso di attività; inoltre il collo vescicale deve rimanere chiuso e la vescica urinaria deve essere sotto il controllo della volontà (Di Benedetto, 2004).

# INCONTINENZA URINARIA

16

**DEFINIZIONE:** qualsiasi perdita involontaria di urina.

Si tratta di un sintomo della fase di riempimento della vescica che si verifica quando **la pressione intravesicale supera la pressione di chiusura dell'uretra**

(Società Internazionale di Continenza, 2008)

## CLASSIFICAZIONE

- **Da SFORZO:** perdita di urina con lo sforzo, esercizio fisico, starnuto, tosse
- **Da URGENZA:** perdita di urina accompagnata o immediatamente preceduta da urgenza
- **MISTA:** perdita di urina in cui si associano urgenza e sforzo
- **Enuresi; Incontinenza coitale; fughe post-minzionali**

(Linee Guida Internazionali, Carone, 2009)

# EPIDEMIOLOGIA

17

## PREVALENZA (Europa):

- 10-15% popolazione femminile fertile (Legendre, 2010)
- A 3 mesi dal parto: 30% (Thom, 2010)
- A 6 mesi dal parto: 31% (Wesnes, 2009)

Sul totale dei casi di incontinenza urinaria, la distribuzione delle diverse forme è:

- 50% Incontinenza da sforzo
- 10-15% Incontinenza da urgenza
- 35-40% forme miste

ITALIA: le donne affette da IU sono circa 2 milioni

(Società Italiana di Urodinamica)

# FATTORI DI RISCHIO

18

## PRINCIPALI:

- **Gravidanza:** ormoni, stress delle strutture di sostegno (4,2% pre-grav. → 37,5% a 36 sett Ching, 2011)
- **Parto:** modalità del parto, peso del neonato (sup. 3500 gr.)
- **Chirurgia demolitiva**
- **Radioterapia**

## SECONDARI:

- **Obesità**
- **Tabagismo**
- **Età > 35 anni**
- **Etnia:** caucasica

**COFATTORI:** alterazioni alvo, stipsi ostinata, eccessivo dimagrimento, bronchite cronica, menopausa

# FATTORI DI RISCHIO COSTITUZIONALI

19

- Scarsa tonicità/elasticità del tessuto connettivo (poco collagene):
  - ernia inguinale, ombelicale o altro
  - seni cadenti
  - varicosità
- Predisposizione genetica: familiari con IUS o prolasso
- Incapacità a contrarre volontariamente i muscoli perineali
- Ipotrofia della muscolatura perineale per il «non-uso»
- Tosse (asma, allergie, bronchite cronica)
- Lavori o sport «fisicamente pesanti»
- Ginnastica addominale senza serrare il perineo
- Stipsi
- Fumo
- Obesità

# GRAVIDANZA

20

Tra i fattori specifici rientrano i cambiamenti ormonali, del tessuto connettivo e le modificazioni fisiche:

- Il **progesterone** riduce il tono degli ureteri, della vescica e dell'uretra.
- La **relaxina**, prodotta da decidua e corion, influenza il metabolismo del collagene ed è responsabile del rilassamento dei legamenti interpubici ed ileo-sacrali, dell'alterazione della funzionalità degli sfinteri e della lassità connettivale
- L'aumento di pressione, dovuto all'utero gravido e al peso del feto, può produrre lo spostamento e lo stiramento della vescica.
- IUS è la forma di Incontinenza Urinaria che si correla maggiormente alla gravidanza

# PARTO

21

- Lo stato di continenza urinaria in gravidanza è predittivo dello stato di continenza dopo il parto: il 48% delle donne incontinenti in gravidanza lo è ancora a 6 mesi dal parto (Wesnes, 2009)
- Il Taglio Cesareo non è protettivo se eseguito a dilatazione completa. Nel caso di Taglio Cesareo Elettivo, la prevalenza di Incontinenza a 6 mesi si dimezza rispetto al PS.
- L'uso restrittivo dell'episiotomia sembrerebbe correlato ad un maggior rischio di trauma a carico delle strutture perineali anteriori (lacerazioni di ninfe, parete vaginale anteriore, uretra e clitoride) (Carroli,2009)

# ANAMNESI

22

## **L' anamnesi ostetrica e uro-ginecologica e' fondamentale:**

- numero di gravidanze e aumento ponderale
- numero dei parti vaginali e peso del neonato più grosso
- durata del periodo espulsivo
- manovre di Kristeller, manovre di Valsalva
- operatività al parto: Taglio cesareo, Ventosa Ostetrica, Episiotomia mediana, Lacerazioni perineali

# ESAME CLINICO

23

## **Segni e sintomi che possono indicare una disfunzione del perineo:**

- Difficoltà o incapacità di interrompere la minzione
- Perdita di urina sotto sforzo (tosse, starnuto, sollevamento di pesi)
- Insoddisfazione sessuale, dolore durante i rapporti
- Sensazione di pesantezza ed instabilità nella zona perineale
- Difficoltà a mantenere in sede un assorbente interno o l'anello vaginale
- Fuoriuscita di acqua dalla vagina dopo il bagno
- Rumori di aria dalla vagina (per esempio durante esercizi Yoga)
- Difficoltà a trattenere gas intestinali e feci
- Emorroidi
- Stipsi, malgrado un'alimentazione adeguata e sufficiente apporto di liquidi

# ESAME CLINICO

24

## **Pad Test:**

- Invitare a bere 500 ml di acqua, stando in posizione seduta
- Invitare ad indossare un assorbente asciutto, dopo averlo pesato
- Prima mezz'ora: invitare a camminare, anche salendo le scale
- Seconda mezz'ora: da seduta, alzarsi per 10 volte, poi tossire, con forza, 10 volte, correre sul posto per 1 min., chinarsi 5 volte a raccogliere da terra un piccolo oggetto
- Pesare nuovamente l'assorbente

**Il Test è da considerare positivo per diagnosi di IU se il peso è  $\geq 2$  grammi**

# ESAME CLINICO

25

- **Caratteristiche della mucosa vulvare:** soffice, idratata, secchezza, retrazione, esiti cicatriziali, perineorrafie e piccoli traumi spontanei con cicatrizzazioni spontanee
- **Caratteristica dei genitali esterni rispetto alla parità**
- Presenza di emorroidi, disarmonie anatomiche dell'apparato genitale esterno
- **Valutazione dei genitali esterni:**
  - sensibilità superficiale e profonda
  - riflessi: anale, bulbo-cavernoso, clitorido-anale
  - distanza ano-vulvare
  - beanza vulvare

# ESAME CLINICO

26

- **Cicatrici perineali:** valutare le caratteristiche
- **Statica pelvica:** presenza di prolasso utero-vaginale e grado
- **Consistenza** del Centro Tendineo del perineo
- **Tonicità** vaginale e tenuta della contrazione dell'elevatore dell'ano
- Test degli elevatori o **test del pubo-coccigeo (PC-test)**
- Eventuale **dolore perineale**, localizzazione ed intensità

# PREVENZIONE DISFUNZIONI PAVIMENTO PELVICO

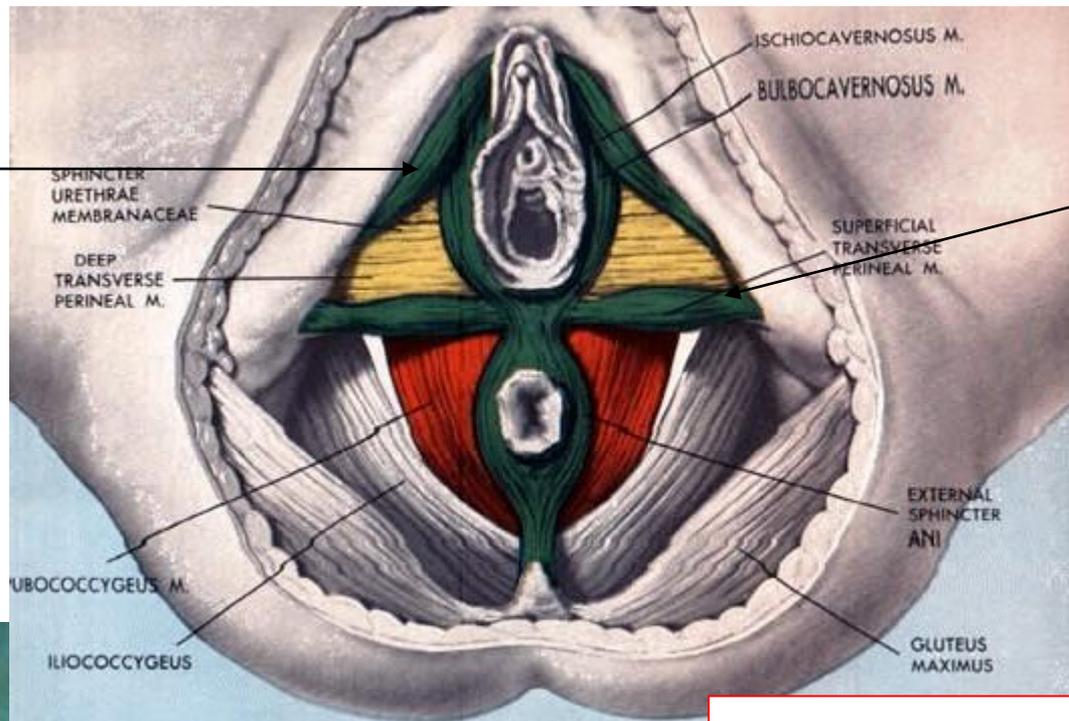
27

- In gravidanza:
  - Conoscenza e informazione
  - Presa di coscienza del perineo
  - Esercizi di rilassamento e contrazione dei muscoli perineali
  - Massaggio del perineo

# MODIFICAZIONI PERINEALI DURANTE IL PARTO

28

bulbocavernoso

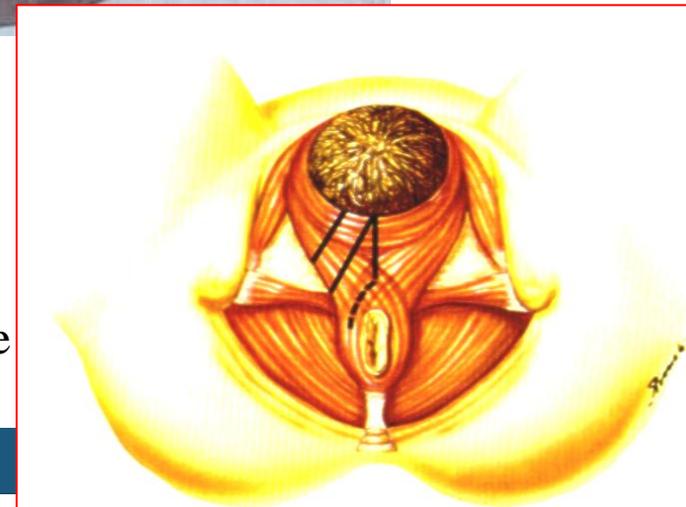


Trasv sup

quando la PP raggiunge il trasv. sup. l'attività contrattile si intensifica



quando la PP preme sul bulbocavernoso (coronamento) le fibre muscolari sono completamente distese sottoposte alla massima tensione



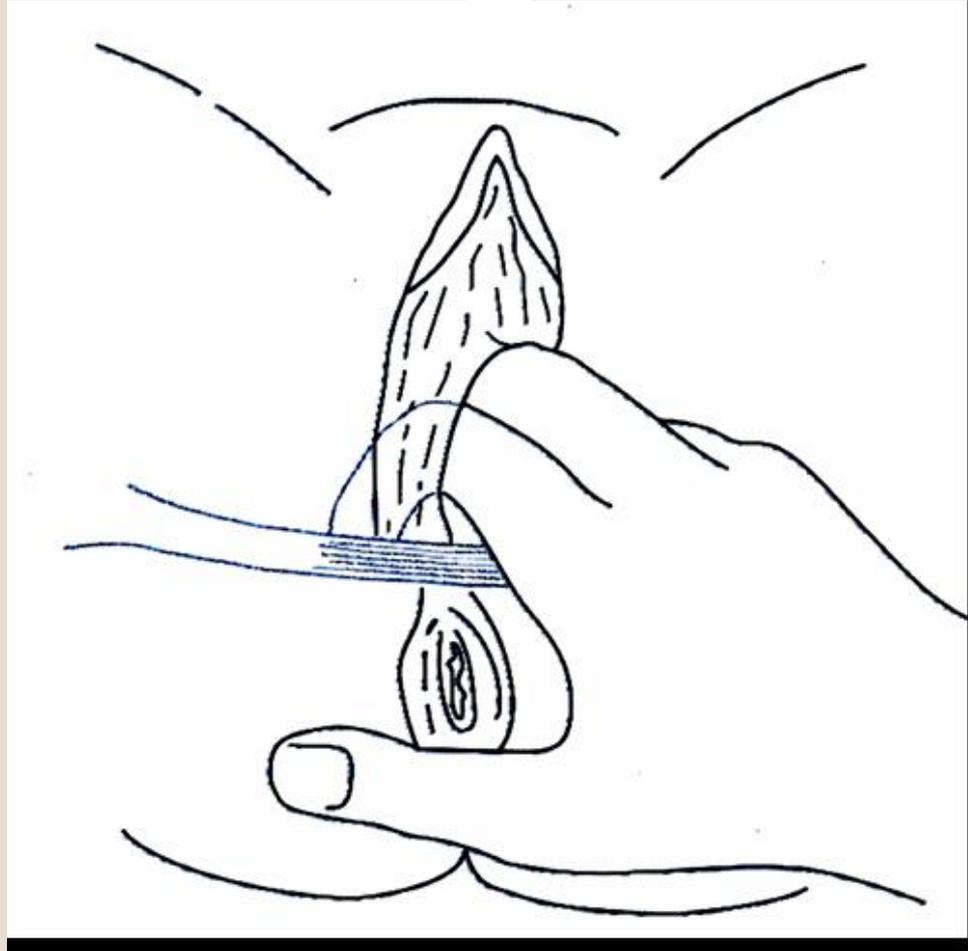
# PREVENZIONE DISFUNZIONI PAVIMENTO PELVICO

29

- **Nel Post Partum:**
  - Conoscenza e informazione
  - Presa di coscienza del perineo
  - Esercizi di rilassamento e contrazione dei muscoli perineali
  
- **PC TEST: Valutazione del muscolo pubo coccigeo:**
  - Forza, intensità della contrazione muscolare
  - Affaticabilità
  - Durata, tenuta della contrazione muscolare
  - Resistenza

# PC TEST

30



# PC TEST

31

**Tabella 4.3** Valutazione della contrazione fasica dei muscoli pubo-cocci-geo e sfintere anale esterno

- 0 = nessuna contrazione
- 1 = debolissima contrazione
- 2 = moderata contrazione
- 3 = buona contrazione

# PC TEST

32

## **Tabella 4.5** Valutazione dell'affaticabilità dei muscoli pubo-coccigeo e sfintere anale esterno

- 0 = meno di 2 contrazioni volontarie massimali (CVM)
- 1 = da 2 a 5 CVM
- 2 = da 5 a 9 CVM
- 3 = oltre 9 CVM

# PC TEST

33

**Tabella 4.4** Valutazione della contrazione tonica dei muscoli pubo-cocci-geo e sfintere anale esterno

0 = meno di 2 secondi

1 = da 2 a 5 secondi

2 = da 5 a 9 secondi

3 = oltre 9 secondi

# TRATTAMENTO RIABILITATIVO

34

- Accoglienza
- Tecniche chinesiterapiche:
  - Training muscolare sequenziale (Thure Brandt e Kegel)
  - Bio-feedback (tattile, visivo, manometrico)
  - Elettrostimolazione funzionale
  - Bladder retraining (diario minzionale)
  - Psicoterapia
  - Coni vaginali (Plevnik)
  - Rieducazione posturale
  - Ruolo del bacino e della muscolatura lombopelvica

# TRATTAMENTO RIABILITATIVO

35

La Rieducazione perineale è la prima misura terapeutica per l'incontinenza urinaria e le disfunzioni del pavimento pelvico a tutti i livelli:

- non ci sono effetti collaterali
- i risultati sono buoni
- l'opzione chirurgica non è compromessa

# EDUCAZIONE SANITARIA

36

## ● MINZIONALE:

- Svuotare la vescica solo quando è piena, 6/8 volte al giorno
- Non trattenere l'urina oltre il secondo segnale di bisogno
- Sedersi correttamente sul w.c. attendendo il rilassamento della muscolatura pelvica
- Non spingere per accelerare la minzione, il mito o per terminare
- Svuotare completamente la vescica

## ● INTESTINALE:

- Curare l'alimentazione che deve essere ricca di fibre
- Assicurarsi una buona idratazione
- Durante l'evacuazione evitare la manovra di Valsalva

# CORTECCIA SOMATOSENSORIALE

37

## Corteccia somatosensoriale – sistema di riconoscimento

