

EPISIOTOMY FOR VAGINAL BIRTH

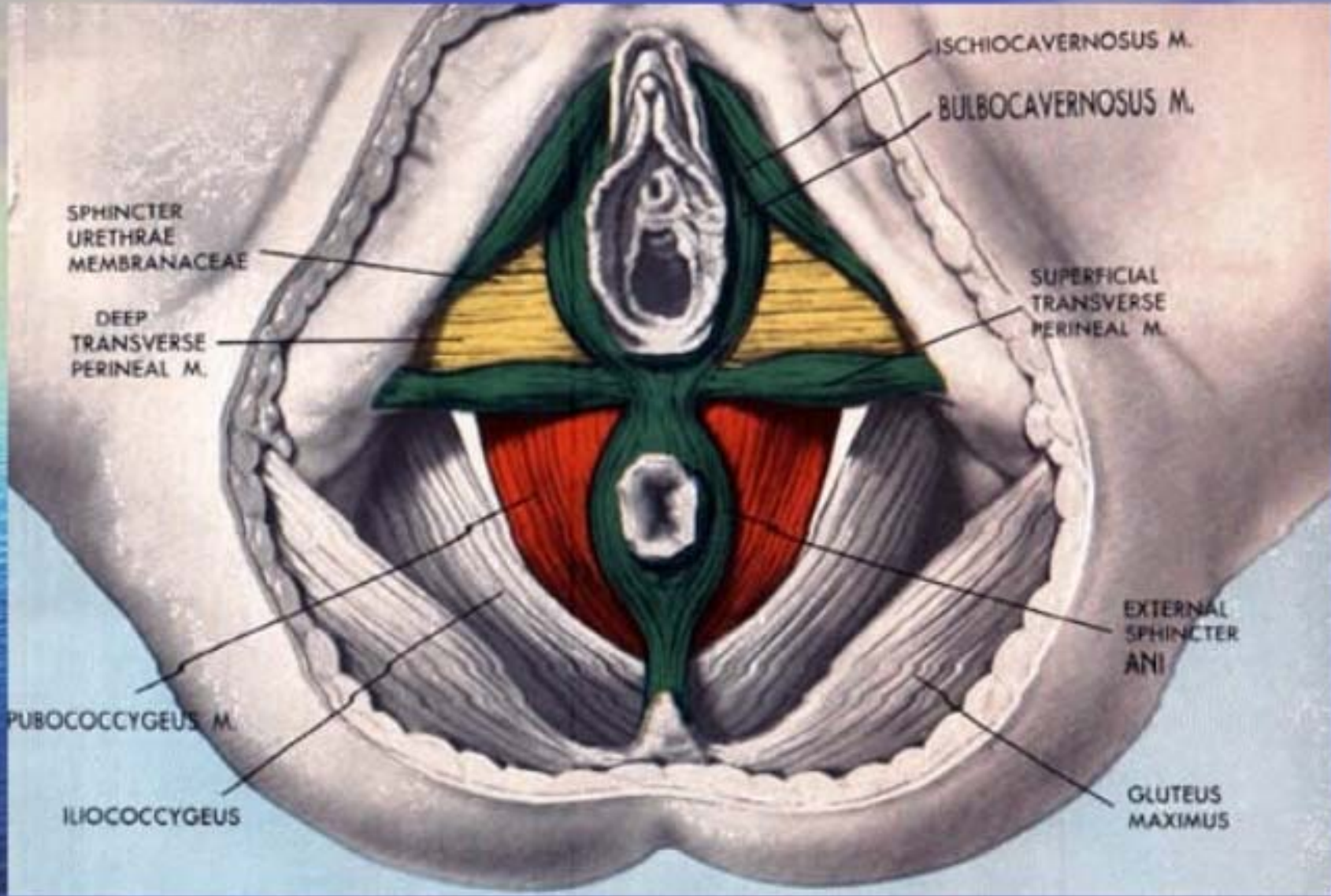
GENOVA, 5.6.2013

Fu praticata per la 1° volta da OULD nel 1742

Il termine EPISIOTOMIA fu introdotto da K. Braun nel 1857

L' **episiotomia** è una **operazione chirurgica** che consiste nell' **incisione chirurgica** (tomia) del **perineo** (episeios), effettuata nell' ultima parte del secondo stadio del travaglio di parto, attuata per allargare il canale del **parto** (vagina) e favorire l' espulsione dell'estremo cefalico , riducendo le lacerazioni vagino – perineali spontanee.

(Thacker – 1983)



ISCHIOCAVERNOSUS M.

BULBOCAVERNOSUS M.

SPHINCTER URETHRAE MEMBRANACEAE

DEEP TRANSVERSE PERINEAL M.

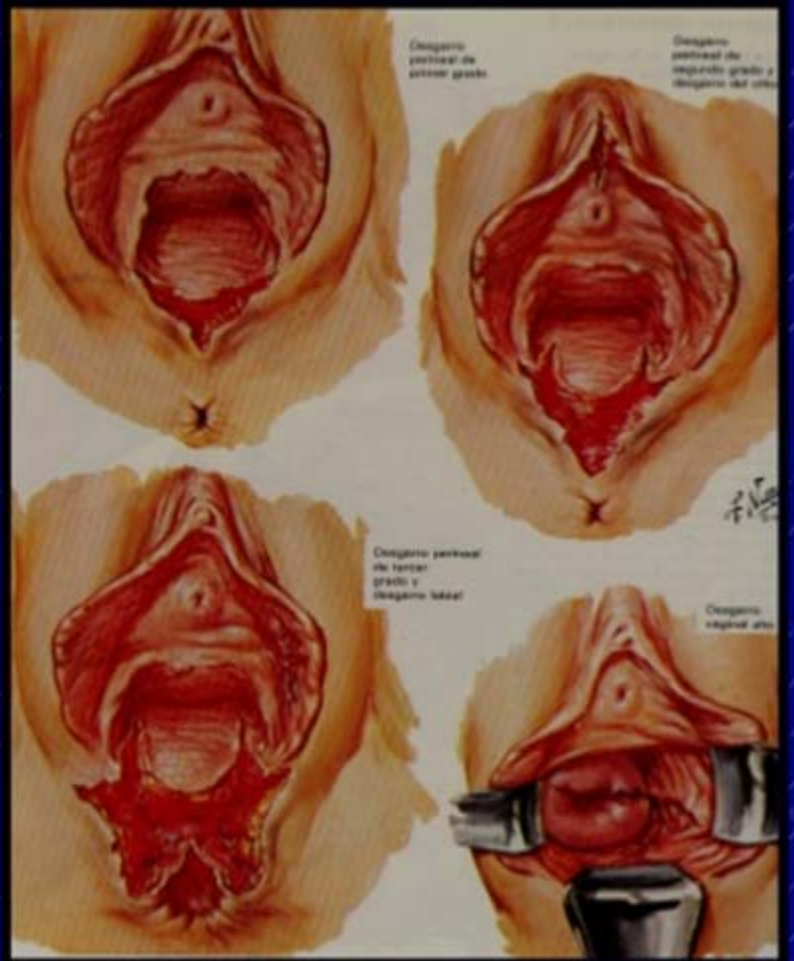
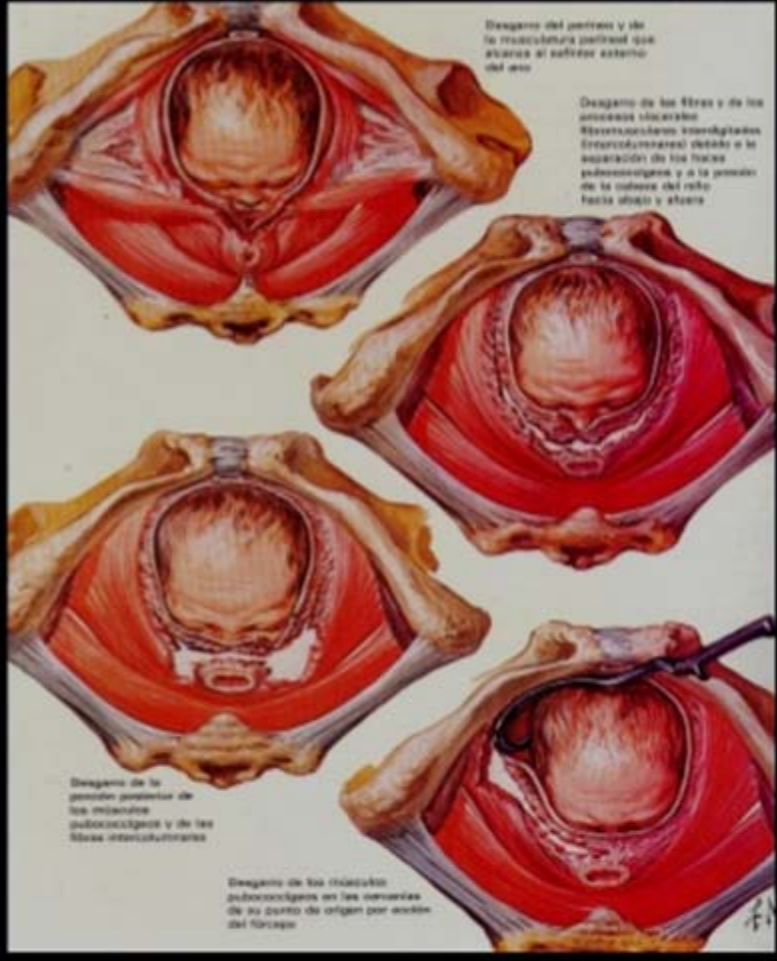
SUPERFICIAL TRANSVERSE PERINEAL M.

EXTERNAL SPHINCTER ANI

PUBOCOCCYGEUS M.

ILOCOCOCCYGEUS

GLUTEUS MAXIMUS



Indubbiamente **la gravidanza e il parto** rappresentano due momenti chiave per lo sviluppo di alterazioni della statica pelvica e per l'instaurarsi di turbe vescico-sfinteriche.

LACERAZIONI OSTETRICHE

Sono più comuni e più estese nelle nullipare, nelle quali la muscolatura del canale del parto e del perineo non è stata distesa precedentemente.

Cochrane Review 2011

INCONTINENZA URINARIA

- **Incontinenza transitoria post-partum 24-30 %.**
- **Incontinenza urinaria definitiva 3-10%.**
- **Prolasso genitale e/o IUS: rari nella donna virgo e nella nullipara.**

INCONTINENZA ANALE

- **Danni allo sfintere anale sono frequenti dopo parto vaginale (25%).**
- **A 5 mesi dal parto, 2% donne hanno sintomi di incontinenza fecale e il 25% incontinenza ai gas.**

PREVENZIONE DELLE COMPLICAZIONI DOVUTE AL PARTO

- individuare i feti macrosomici;
- evitare di far spingere la gravida prima della dilatazione completa;
- sostenere adeguatamente il perineo;
- fare una episiotomia adeguata e tempestiva;
- eseguire una corretta episiorrafia;
- ricorrere all'estrazione strumentale del feto quando il periodo espulsivo si prolunga eccessivamente.

CONCLUSIONI

La parità ha un ruolo decisivo nello sviluppo di alterazioni a carico della statica pelvica e della continenza urinaria.

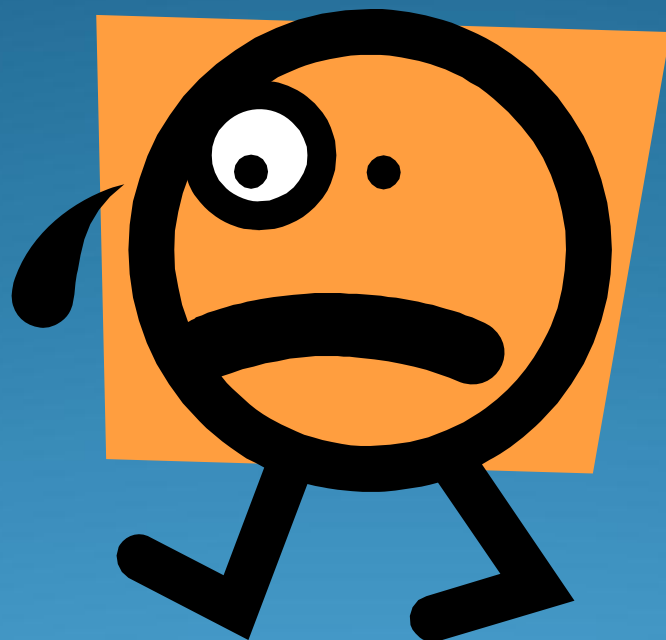
La prevenzione deve riguardare soprattutto le primipare perché è in esse che si instaura il danno primario e/o fondamentale.

EPISIOTOMIA



E' SEMPRE NECESSARIA ?

NO.....



ANZI !!!

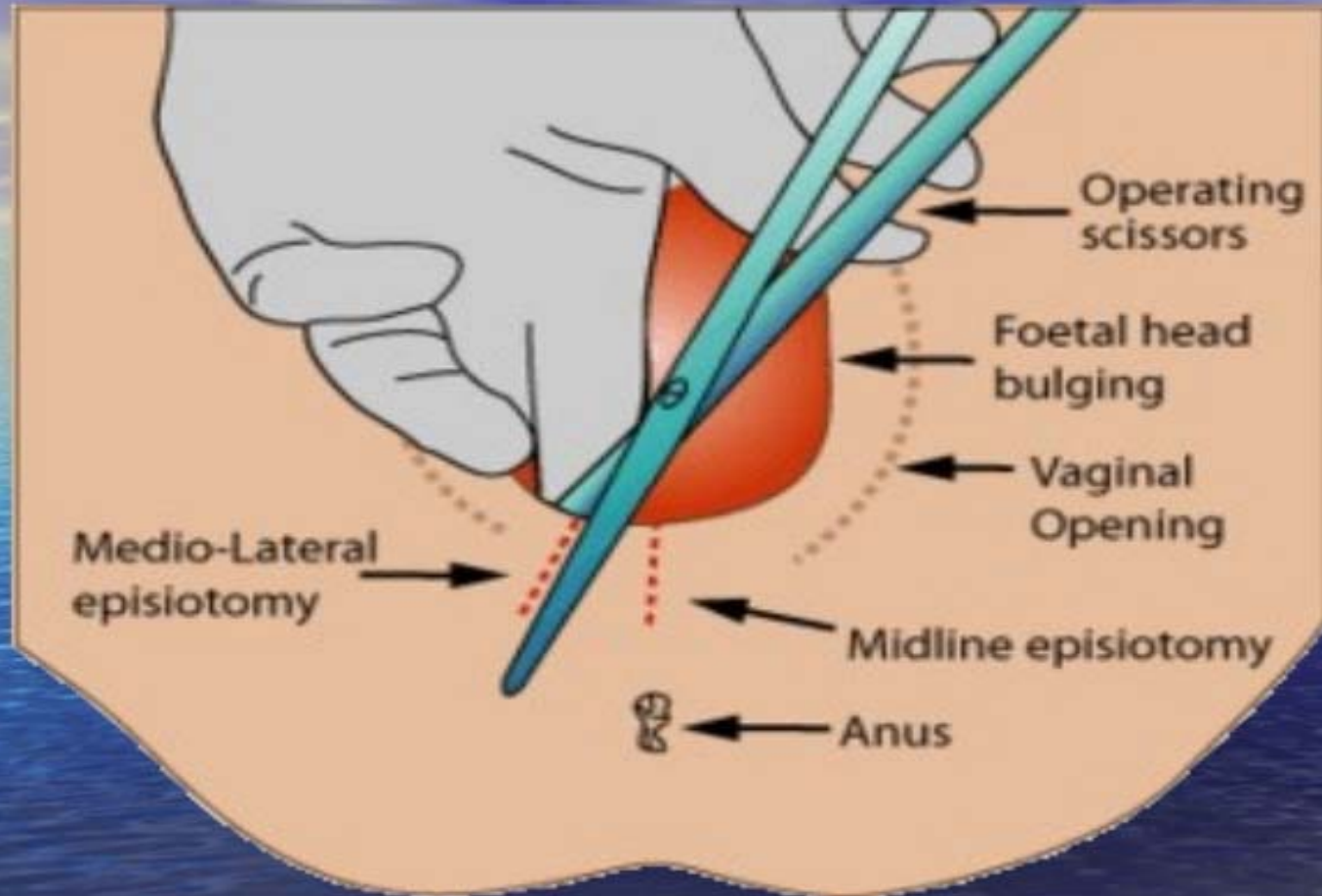
Le percentuali di episiotomia ancora oggi riportate in letteratura variano dal **9,5 %** in Svezia al **90 %** in America Latina.

ITALIA

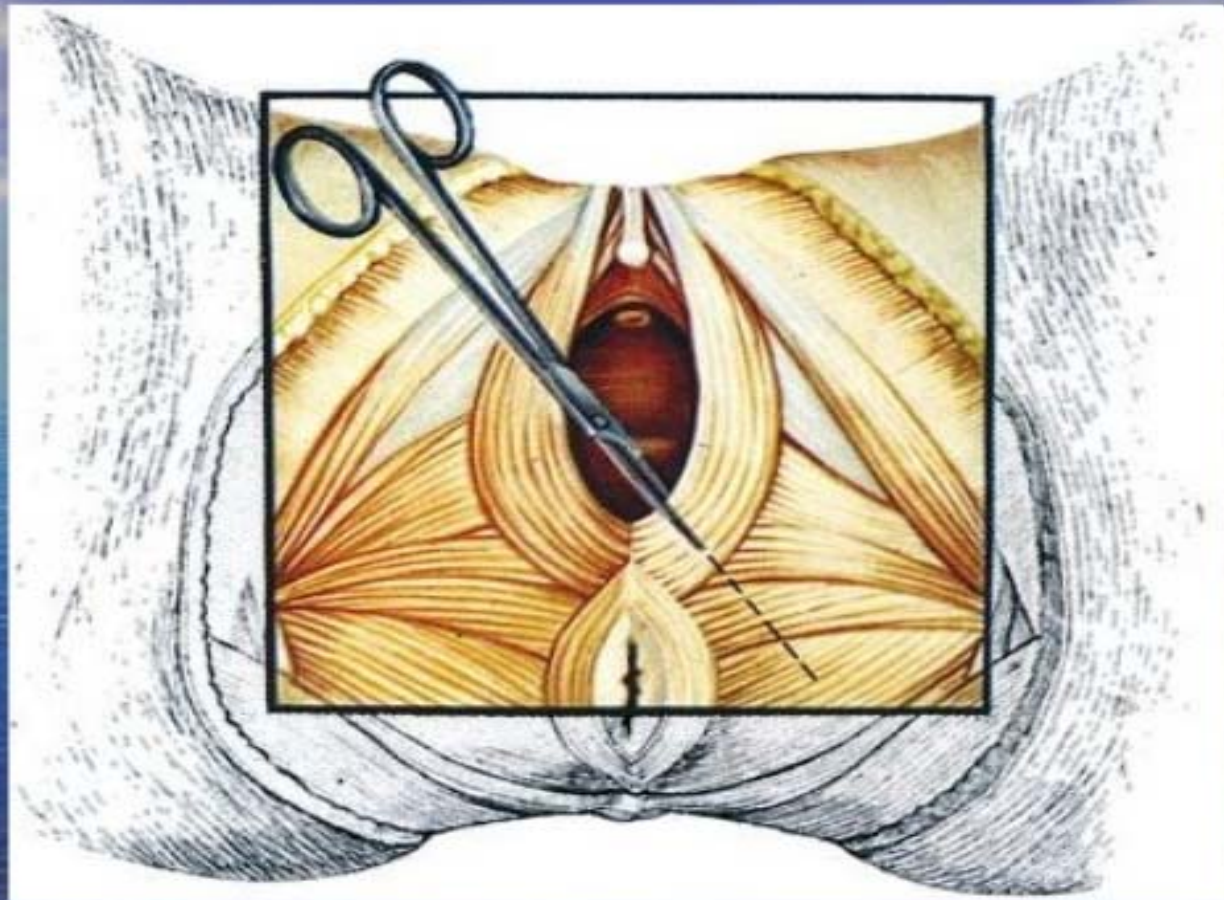


50% – 60%

TIPI DI EPISIOTOMIA



EPISIOTOMIA SINISTRA



L'episiotomia può essere effettuata lungo la **linea mediana** (rafe vulvo-anale) o con un **certo angolo** rispetto ad essa.



Laterale

Bilaterale !!!

Angolo delle episiotomie ML (60° per definizione)

L'angolo risulta essere 60° al momento del taglio, di 45° al momento della sutura e di 48° dopo 6 mesi

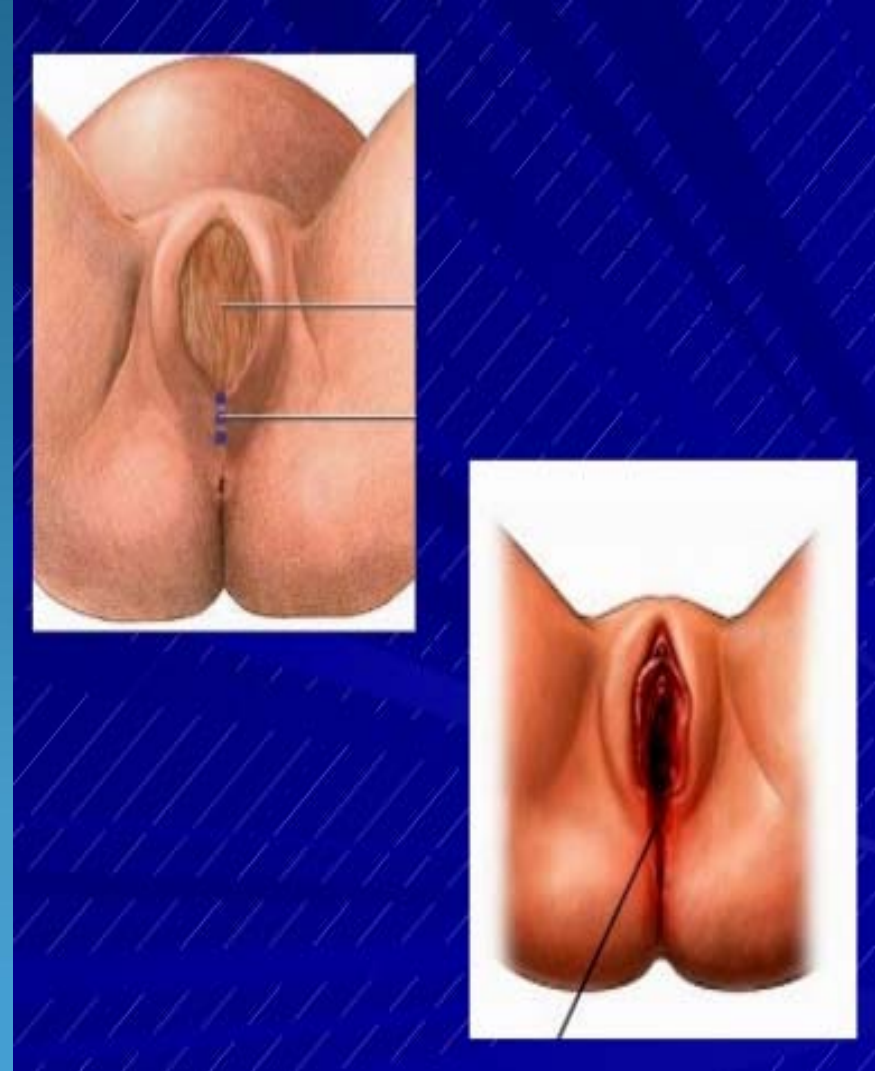
Kalis V (2011)

ROKITA Z. (2008): in 50 casi di episiotomia mediolaterale, con angolo di 50° – 60° ha osservato che a sutura completata, l'angolo si era dimezzato $> 25^{\circ}$ - 30° .

VANTAGGI E SVANTAGGI DELL' EPISIOTOMIA MEDIANA

- 😊 FACILE DA REALIZZARE
- 😊 NON INCIDE FIBRE MUSCOLARI
- 😊 FACILE DA SUTURARE
- 😊 BUONA CICATRIZZAZIONE
- 😊 SCARSO DOLORE PUERPERALE
- 😊 SCARSA DISPAREUNIA
- 😊 BUON RISULTATO ESTETICO

- ☹️ MAGGIOR RISCHIO DI LACERAZIONI III°- IV° GRADO

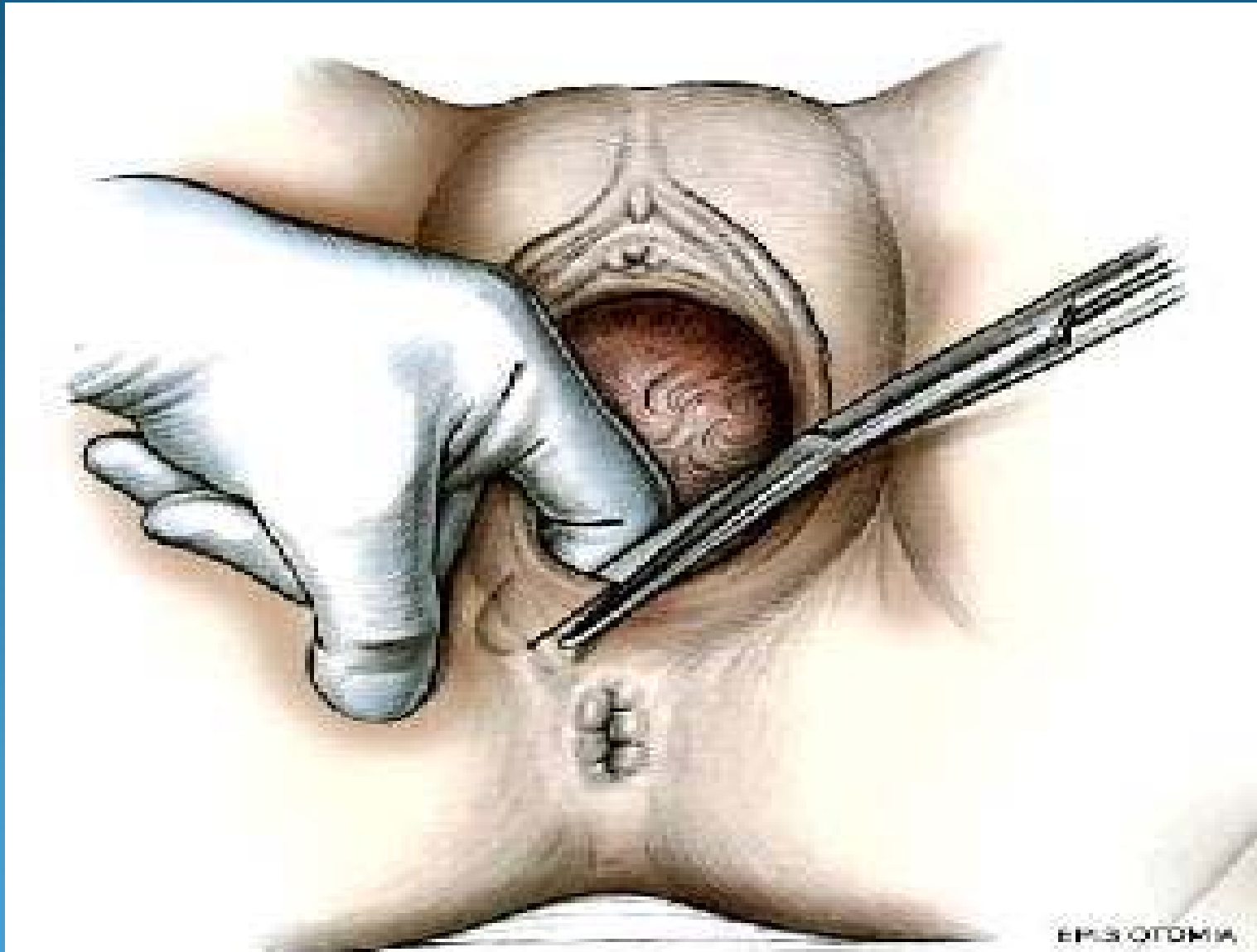


VANTAGGI E SVANTAGGI DELL' EPISIOTOMIA M. L.

- ☺ MAGGIORE SPAZIO VAGINALE
- ☺ MINORE RISCHIO LACERAZIONI III° E IV° GRADO
- ☹ INCIDE FIBRE MUSCOLARI
- ☹ MAGGIOR PERDITA EMATICA
- ☹ MAGGIOR DOLORE PUERPERALE
- ☹ MAGGIORE DISPAREUNIA
- ☹ PEGGIOR RISULTATO ANATOMICO ED ESTETICO
- ☹ CICATRIZZAZIONE PIU' DIFFICILE



EPISIOTOMIA M.L. CORRETTA



EPISIOTOMIA

LACERAZIONI OSTETRICHE

I ° GRADO: si estende posteriormente verso l'ano interessando la mucosa vaginale e la cute perineale

II ° GRADO: coinvolge cute, tonaca mucosa e muscoli superficiali del perineo

III ° GRADO: coinvolge cute, tonaca mucosa e centro tendineo del perineo e il muscolo sfintere dell' ano :

III°A Sfintere esterno < 50%

III°B Sfintere esterno > 50%

III°C Sfintere esterno ed interno

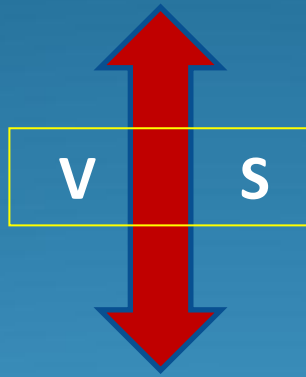
IV ° GRADO: si estende lungo la parete anteriore del retto fino a compromettere lo sfintere esterno dell'ano

LACERAZIONI OSTETRICHE

Lesioni associate:

- pareti vaginali anteriore e/o laterali etc...;
- perforazione vescica urinaria;
- avulsione uretra;
- lacerazioni collo utero;

EPISIOTOMIA



LACERAZIONE SPONTANEA

Esiste una grande casistica che evidenzia come l'episiotomia non previene i traumi al perineo e che il suo uso **routinario** è associato ad un maggior rischio di lacerazioni vaginali di alto grado.

(Thorp JM 1987, Walker MPR 1991, Helwig JT 1993, Klein MC 1994, Sultan AH 1997, Hudalist 2005, Barbier 2007, et al..)

EPISIOTOMIA : DIMOSTRATO

- Previene le lacerazioni di III° e IV° grado (che possono causare incontinenza sfinteriale).
- Molto di rado si accompagna a lesioni vescicali.
- Amplia il canale da parto.
- Accorcia il periodo espulsivo di almeno 10 min.
- Riduce la compressione sulla testa fetale.

Di norma **l'episiotomia** guarisce senza particolari complicazioni.

La lacerazione spontanea guarisce prima.

L'OMS raccomanda di limitare l'episiotomia ai casi necessari, ma purtroppo in molti reparti è ancora praticata in oltre l'80% dei parti contro il 5 – 10% raccomandato dall'OMS.

EPISIOTOMIA



INDICAZIONE ASSOLUTA



EVIDENZA DI SOFFERENZA FETALE

EPISIOTOMIA AD HOC

- Periodo espulsivo è **precipitoso**
- Parto **gemellare**
- **Iperdistensione** perineale
- La testa fetale è **troppo grande**
- Rotazione **sacrale** dell'occipite
- Pregressa **episiotomia**
- Nella distocia > **spalle, ventosa o forcipe**

EPISIOTOMIA SELETTIVA

- **Testa troppo grossa**
- **Parto podalico**
- **Perineo rigido**
- **Pregresso TCC**
- **Parto pre - termine**

EPISIOTOMIA



L'episiotomia restrittiva non serve e può essere prua di - o - poppa a lacerazioni gravi

TECNICA DELLA EPISIOTOMIA

Disinfezione genitali

Anestesia locale (5 – 10 cc)

Forbici robuste



Stadler

Ferguson



Taglio in un solo colpo onde evitare bordi a zig-zag



fig. 1 - forbici di Braun-Stadler



fig. 2 - forbici di Ferguson

TECNICA EPISIOTOMIA MEDIANA

(Michaelis)

- Piano perineale ben disteso.
- Due dita fra perineo e PP (a protezione).
- Incisione verticale lungo il rafe tendineo vulvo – anale.
- Il taglio deve arrivare a 0,5 -1 cm dallo fintere esterno.

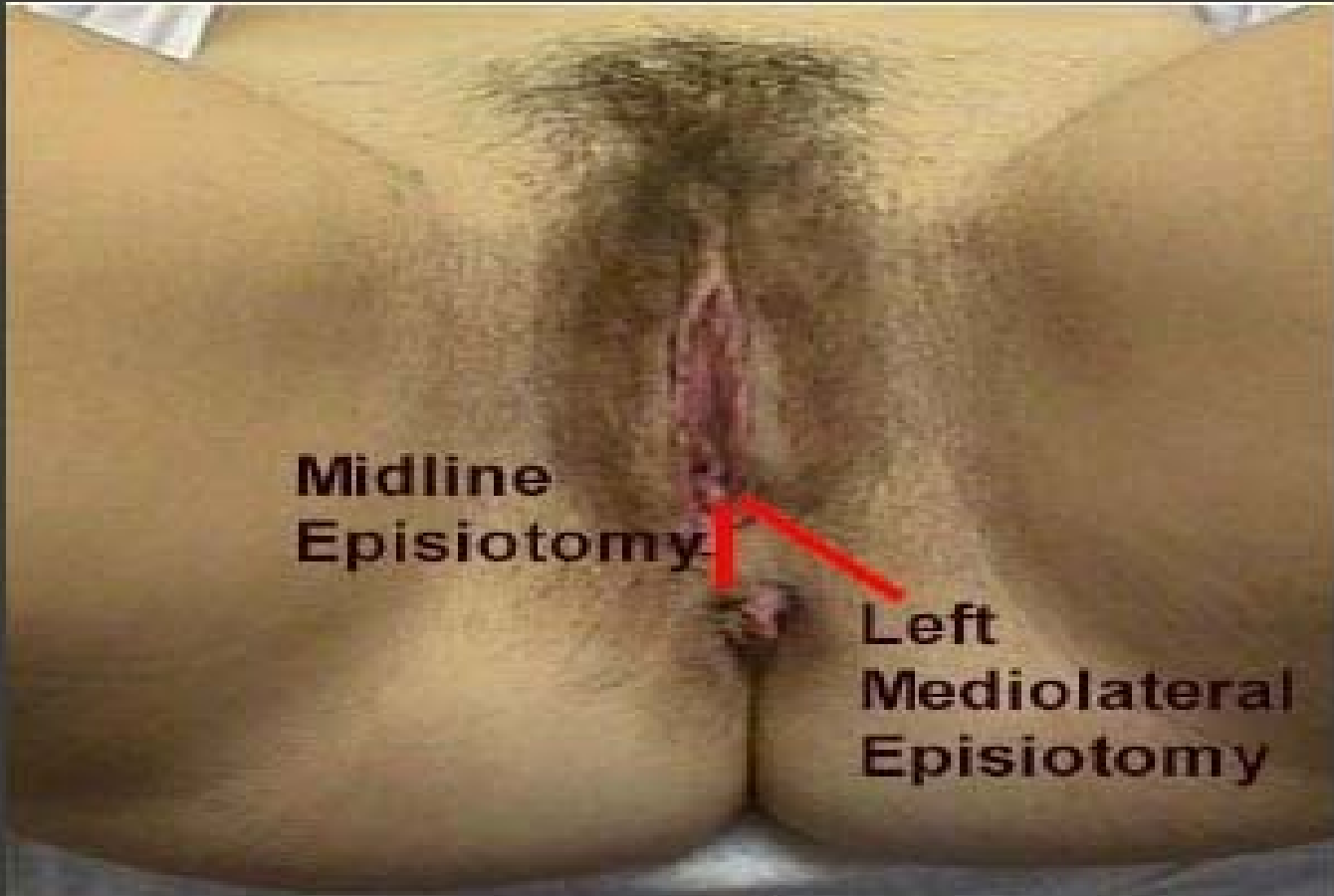
L'episiomia mediana va evitata se la distanza fra forchetta ed ano , a perineo disteso, è inferiore a 3 cm.

TECNICA EPISIOTOMIA MEDIO-LATERALE

(Tarnier)

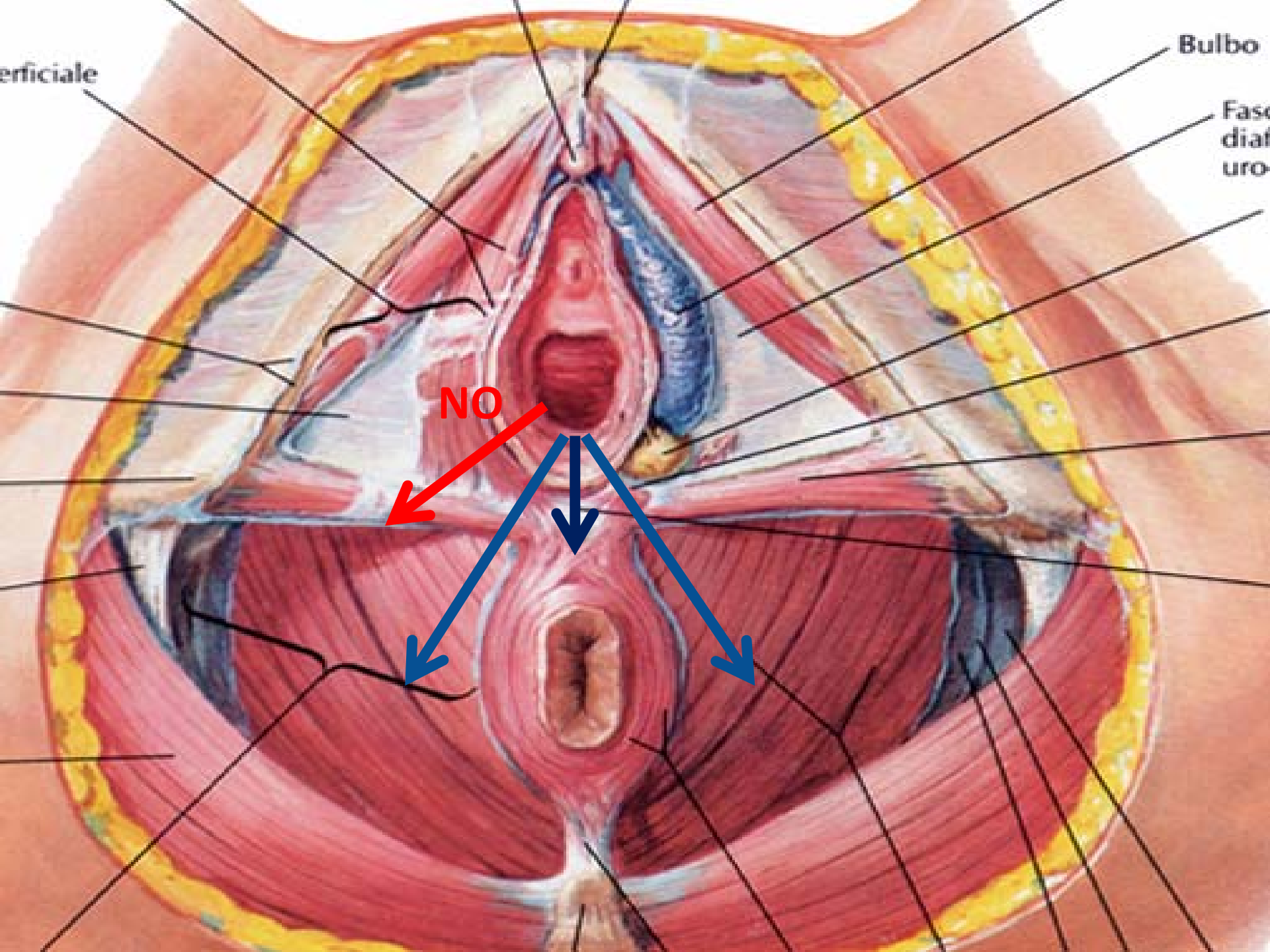
- Piano perineale ben disteso.
- Una o due dita fra perineo e PP.
- Da 0 - 1 cm dal rafe mediano, angolo 50°–60°, punta forbici verso la tuberosità ischiatica, sotto la ghiandola di Bartolini.

Lunghezza media episiotomia  5 cm



**Midline
Episiotomy**

**Left
Mediolateral
Episiotomy**



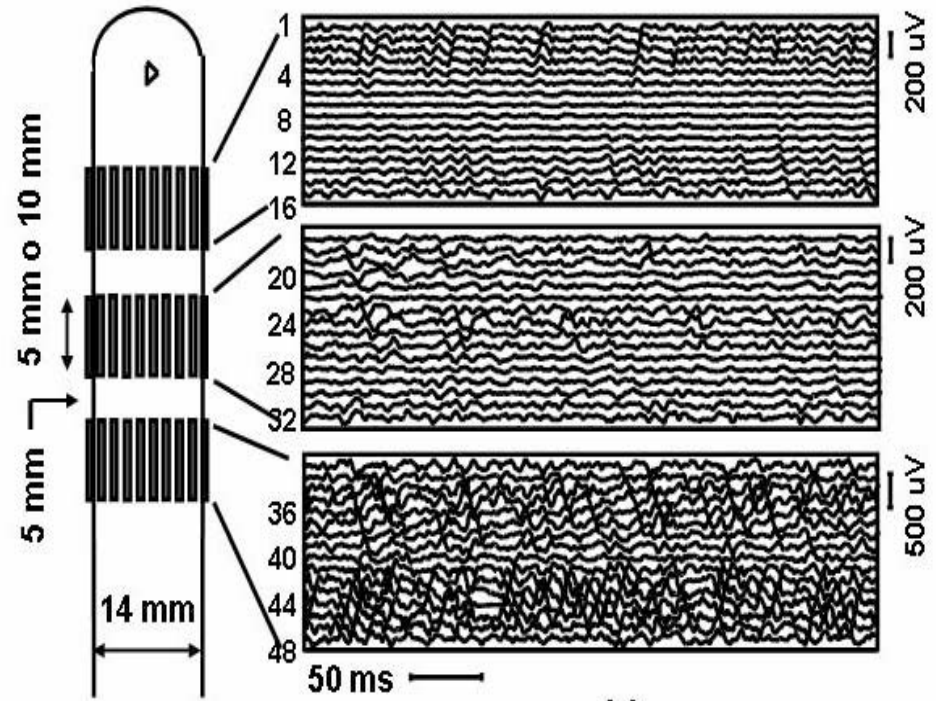
IL PIANO PERINEALE E' BEN DISTESO QUANDO
LA TESTA AFFIORA DALLA RIMA VULVARE CON
DIAMETRO DI ALMENO 3 – 4 CM.

ATTENZIONE AL TUMORE DA PARTO

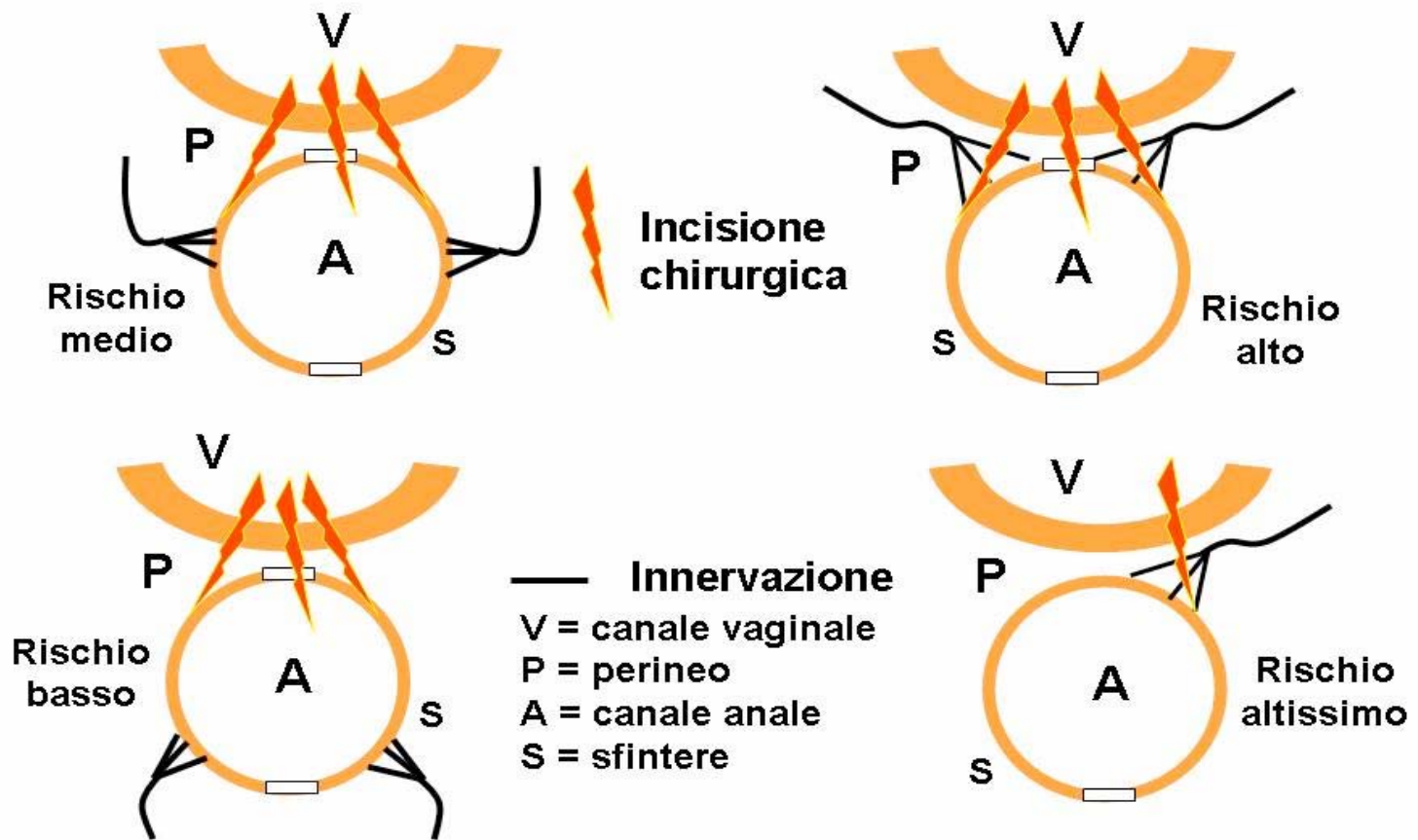
**POLITECNICO DI
TORINO**



a)



b)



Roberto Merletti, Prof. Ordinario di Ingegneria del Sistema Neuromuscolare al Politecnico di Torino.

EPISIOTOMIA E/O LACERAZIONE: SUTURA

- **RUOLO DELL' OSTETRICA**
- **TECNICA**
- **MATERIALI**

RUOLO DELL' OSTETRICA

- Preparare il campo ed i materiali
- Fare la raffia



**Parere tecnico condiviso ad unanimità dal Comitato Centrale – FNCO
13 ottobre 2012**

**In conclusione l'ostetrica/o è abilitata/o ad effettuare
l'episiotomia, l'episiorrafia e la sutura perineale semplice
secondo le normative vigenti (L.42/99).**

ALTRO RUOLO DELL' OSTETRICA

➤ Porsi alla sinistra del medico



➤ Aiuto sutura



IL 75% DELLE DONNE CHE PARTORISCE PER VIA VAGINALE VA INCONTRO A LACERAZIONI PERINEALI CHE RICHIEDONO SUTURA.

E' IMPORTANTE MINIMIZZARE LA MORBILITA' A BREVE E LUNGO TERMINE.

(dolore, ricorso ad analgesici, deiscenze, disuria, dispareunia)

A CIO': TESSUTI PAZIENTE
ABILITA' OPERATORE
TECNICA DI SUTURA
MATERIALE UTILIZZATO

ANESTESIA

(E' bene non superare i 20 – 25 cc di anestetico)

Locale , lungo i bordi della ferita

Blocco dei pudendi  Parziale
Totale

Controllo del canale da parto

Collo



Lacerazioni tessutali
Lacerazioni vascolari

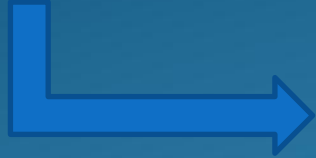
Vagina



Lacerazioni tessutali (buchi)
Ematomi

FONDAMENTALE L' APPORTO OSTETRICO

CONTROLLO COLLO



**SUO PERIPLO CON ALMENO
DUE PINZE AD ANELLI**

CONTROLLO FORNICI



**CHIUDERE IL COLLO CON
ALMENO DUE PINZE AD
ANELLI E SOSPINGERLO
SUL FONDO ED AI LATI
DELLA VAGINA**

EPISIORRAFIA

(LACERAZIONI VAGINALI)

Sutura > continua
> punti staccati > singoli
> doppi

N.B.: La vagina sopporta bene i punti doppi,
non così la forchetta ed il perineo.

SUTURA

- Iniziare 1 cm sopra l'apice dell' episiotomia
- Non infiggere in larghezza più di 1 cm di vagina
- Ampliare curvatura ago sotto il bordo vaginale
- Comprendere più tessuto laterale che mediale
- Non lasciare spazi vuoti



SUTURA

- Se il taglio non supera i 2 cm di profondità è preferibile usare del “00 rapid”.
- Il lembo mediale dell’episiotomia è sempre più lungo del laterale: tale differenza va ridistribuita su tutta la sutura.
- Ciascun piano va affrontato correttamente col proprio corrispettivo, controlaterale.
- La sutura continua è bene sia a tensione libera, cioè non incavigliata (riduce il dolore a breve termine).

SUTURA

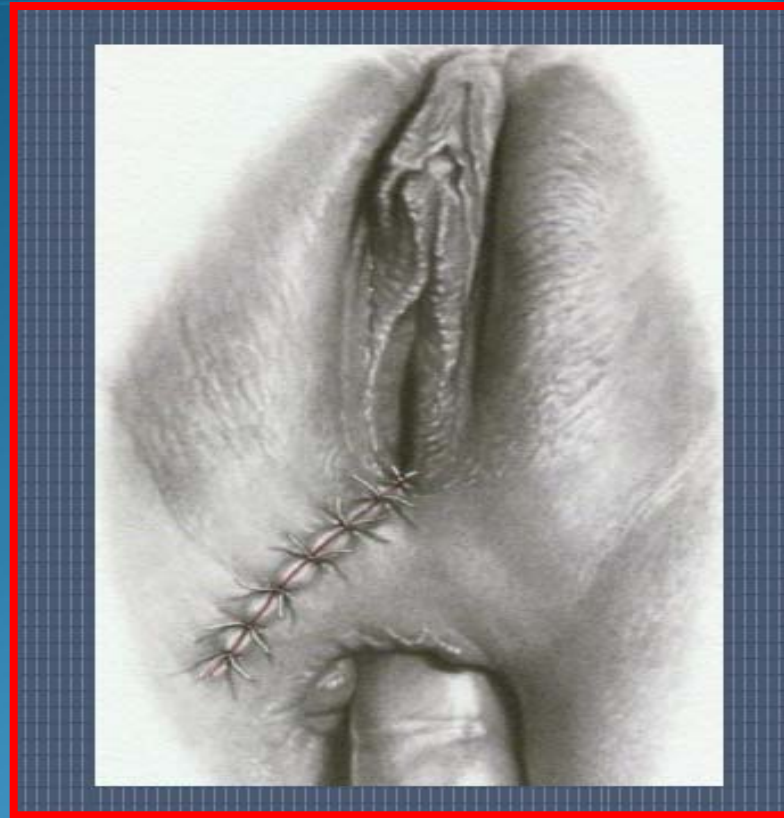
- **Non stringere troppo i nodi sulla forchetta.**
- **Meglio evitare il Polysorb per la forchetta e per la cute .**
- **La sutura intradermica riduce il dolore**

SUTURA CONTINUA



E' PIU' VELOCE

RIDUCE NOTEVOLMENTE LA
MORBILITA' PUERPERALE



Controllo integrità rettale a fine sutura

MATERIALI

LA STRAGGRANDE MAGGIORANZA DEI LAVORI



VICRYL rapide

Cochrane review database 2010

COMPLICAZIONI

- **Emorragia**
- **Lacerazioni perineali**
- **Ematoma**
- **Dolore**
- **Deiscenza**
- **Infezione**
- **Fascite necrotizzante e mionecrosi**
- **Endometriosi**
- **Fistole**
- **Lesione Bartolini**

EMATOMA POST - EPISIORRAFIA



LACERAZIONE 4° GRADO INCOMPLETA





GRAZIE !!!!

BIBLIOGRAFIA

1. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;1:CD000081.
2. Episiotomy. [ACOG](#) Practice Bulletin No.71. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006;107:957-62.
3. G, Belizan 11. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200:573.e1-573.e7.
4. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. *Outcomes of routine episiotomy: a [systematic review](#)*. [JAMA](#) 2005;293:2141-8. [PMID 15870418](#).
5. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. *Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study*. [BMJ](#) 2000;320:86-90. [PMID 10625261](#).
6. Weber AM, Meyn L. *Episiotomy use in the United States, 1979-1997*. *Obstet Gynecol* 2002;100:1177-82. [PMID 12468160](#).

7. Mandersen Wagner “La macchina del parto.Limiti,rischi e alternative della moderna tecnologia della nascita.” RED Edizioni, 19985.1.
8. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women Charles W. Nager, MD, and Jason P. Helliwell, MD, San Diego, Calif Volume 185, Number Am J Obstet Gynecol
9. Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher – FEBRASGO, Ministério da Saúd5.2. Carroli G, Belizan J.
10. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.e 2002
11. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB: Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol 115(4):472-9; 2008.
12. La valutazione clinica della Funzione Neuromuscolare in patologie da Incontinenza” (TIFNI, 2006-2008).

13. Fernando RJ, Sultan AHH, Kettle C, Thakar R, Radley S: Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. Cochrane Database Syst Rev 3: CD002866; 2006-8
14. Mackrodt C, Gordon B, Fern E, Ayers S, Truesdale A, Grant A: The Ipswich Childbirth Study: 2. A randomised comparison of polyglactin 910 with chromic catgut for postpartum perineal repair. Br J Obstet Gynaecol 105(4):441-5; 1998
15. Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A, Ayers S: The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. Br J Obstet Gynaecol 108(1):34-40; 2001
16. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R: Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet 359:2217-23; 2002
17. "On Asymmetry in Sphincters" (OASIS, 2002-2004). Italo-Tedesco
18. "Technologies for Anal Sphincter analysis and Incontinence" (TASI-1, 2005-2008 e TASI-2 ,2009-2012).

18. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-manager care Turnbull D; Holmes A;

Shields N; Cheyne H; Twaddle S; Gilmour WH; McGinley M; Reid M; Johnstone I; McIlwaine G; Lunan CB; Lancet 1996

19. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised

controlled trial Shipman MK; Boniface DR; Tefft ME; McCloghry F Br. J. Obstet. Gynaecol. 1997

20. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth Klein MC; Janssen PA; Mac William L; Kaczorowsky J; Johnson B; Am. J. Obstet.

Gynecol. 1997 403-410

21. Randomised trial comparing the upright and supine position for the second stage of

labour De Jong Pr; Johanson RB; Adrians VD; Van Der Westhuisen S; Jones PW; Br. J. Obstet. Gynaecol. 1997 567-571

22. Episiotomy and severe perineal trauma Elewa ME; CMAJ 1997 156;811-3