

RIDUZIONE DEL RISCHIO DEL DANNO PERINEALE POST PARTUM MEDIANTE INDIVIDUAZIONE DI CLASSI DI GRAVIDE A RISCHIO E TRATTAMENTO PREVENTIVO IN GRAVIDANZA.

Introduzione. Nella vita della donna l'esperienza ostetrica costituisce il più importante fattore di rischio per il successivo sviluppo delle disfunzioni perineali. Tra le disfunzioni perineali l'incontinenza urinaria rappresenta la disfunzione perineale più frequente nel post partum (24%) seconda solo al prolasso pelvico (32%), seguono dispareunia (23%), dolore pelvico (10%) e incontinenza fecale (3-10%). Le cause di queste disfunzioni si possono ritrovare nella modificazione e nell'indebolimento della muscolatura del pavimento pelvico con conseguente ipotonicità del collo vescicale (funneling), alterazione della mobilità uretrale e incompetenza sfinterica uretrale.

Scopo dello studio è individuare classi ecografiche di gravide a rischio per lo sviluppo di incontinenza urinaria da sforzo (IUS) postpartum mediante la determinazione di 2 classi di rischio per indirizzarle ad una specifica terapia preventiva riabilitativa.

Materiali e metodi. Tra settembre 2015 e settembre 2016 abbiamo selezionato 40 pazienti gravide primipare continenti a 30 w di gestazione con BMI medio 26.5, ed età 32,4 media anni ed abbiamo effettuato ad esse una ecografia perineale con valutazione di segni ecografici di rischio per incontinenza urinaria da sforzo.

L'ecografia perineale è uno specifico esame ecografico eseguito per via transvaginale, transperineale e transrettale che permette di ottenere, ad integrazione della visita uroginecologica, informazioni sull'anatomia e la funzione pelvipерineale. La sua indicazione principe è la valutazione anatomico funzionale degli organi pelvici, in prima istanza i difetti della fase di riempimento/svuotamento vescicale (incontinenza-ritenzione /ostruzione) e in seconda istanza il difetto degli organi pelvici.

Nello specifico per lo studio dell'incontinenza urinaria da sforzo abbiamo valutato 3 parametri ecografici: il funneling del collo vescicale in Valsalva ossia la dilatazione del collo vescicale in Valsalva, in letteratura infatti si descrive una correlazione tra la dilatazione del collo vescicale e il rischio di incontinenza urinaria; in seconda istanza valutiamo l'angolo uretro vescicale posteriore che in Valsalva, se conservato, misura 90-110°, e si è visto che una sua apertura in Valsalva (aumento dell'angolo) correla con il rischio di incontinenza urinaria da sforzo; in terza istanza valutiamo il Δ angolare della mobilità tra riposo e Valsalva ossia la differenza dell'angolo uretro vescicale anteriore (angolo che si forma tra la retta passante per il margine inferiore della sinfisi pubica e la parete anteriore dell'uretra) a riposo e in Valsalva.

Esaminando la letteratura abbiamo scelto i seguenti cut-off per i suddetti parametri:

- Funneling del collo vescicale in Valsalva > 5 mm
- Angolo uretro vescicale posteriore in Valsalva $>130^\circ$
- Δ mobilità uretrale riposo-Valsalva $>35^\circ$

Quindi, abbiamo sottoposto le 40 pazienti gravide a 30 w , ad ecografia perineale con apparecchio SAMSUNG SONOVIEW H 60 utilizzando sonda Convex 3,5 mHz opportunamente coperta con pellicola igienica , posizionandola sul perineo nel modo mostrato in figura 1

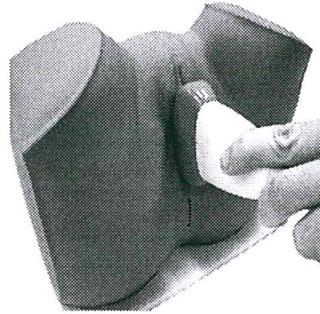


Figura 1. Posizionamento di sonda convex sul perineo.

In base ai segni ecografici suddetti abbiamo individuato 2 classi di rischio ecografico per incontinenza urinaria da sforzo, assegnando uno score in base alla presenza di uno o più fattori ecografici suddetti:

- R1 BASSO (score 0-1)
- R2 MEDIO-ALTO (score 2-3)

Scopo dell'individuazione di classi di rischio è stabilire la terapia preventiva-riabilitativa per l'incontinenza da sforzo.

La terapia riabilitativa di cui noi ci siamo avvalsi per queste classi di gravide si fonda essenzialmente sulla *Chinesiterapia pelvi-perineale*. Essa consiste nell'esecuzione di esercizi di contrazione e rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico, al fine di facilitare la presa di coscienza e di rinforzare il sistema di sostegno degli organi pelvici. Tale terapia si fonda sull'esercizio terapeutico dei muscoli del pavimento pelvico (soprattutto il muscolo pubo-coccigeo e l'elevatore dell'ano)..

Tra le pazienti considerate il 70 % delle pazienti (n.22) è stato considerato appartenente alla classe di rischio R1, il 30 % delle pazienti (n.18) è stato considerato appartenente alla classe di rischio R2 (figura 2).

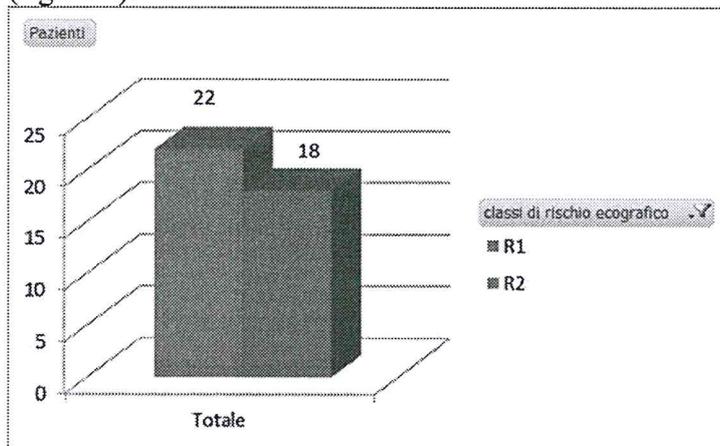


Figura 2. Classi di rischio ecografico

Per tutte le classi di rischio si è proceduto a 35 w a fornire nozioni di riabilitazione del pavimento pelvico nell'ambito del corso pre partum. Mentre, per la classe di rischio R2, si è provveduto a creare un gruppo di 9 pazienti a cui sono state fornite lezioni di riabilitazione di gruppo da 32 w

coinvolgendo il gruppo fisiatico-fisioterapistico e un gruppo confronto di pari numero che non ha usufruito delle lezioni.

Le lezioni di riabilitazione di gruppo si articolano in vari momenti. Il primo passo è quello di rendere cosciente la paziente della propria area perineale (presa di coscienza). Una volta, infatti, che la persona ha la consapevolezza che il proprio perineo esiste e riesce a "muoverlo", si verifica l'eventuale interferenza di muscoli accessori quali i glutei, gli addominali, gli adduttori che durante l'attività perineale devono essere inibiti. In questa prima fase, è utile capire il rilassamento e il tipo di respirazione della persona e, una volta coordinata l'area perineale, si può iniziare la parte attiva di rinforzo muscolare. Si tratta di eseguire una serie di esercizi mirati a incrementare la forza dei muscoli del pavimento pelvico. Le aree da trattare, a seconda delle varie situazioni locali, sono la vagina, l'ano o entrambi. Le sedute successive vengono utilizzate per cercare di creare l'automatizzazione dei muscoli del perineo: durante le attività quotidiane, in relazione a movimenti o incrementi pressori, si deve attivare automaticamente il gruppo muscolare del pavimento pelvico (terapia comportamentale). Il lavoro muscolare (training) domiciliare è d'obbligo sia in corso di terapia per garantirne il successo, che dopo, come sostegno dopo per mantenere nel tempo i risultati. Il rinforzo sfinterico-muscolare perineale porta giovamento a tutto l'apparato uro-ginecologico e anale, perché l'aumento del trofismo del muscolo, permette un buon sostegno dei visceri pelvici.

Per tutte le classi di rischio ecografiche si è effettuato follow up nel post partum in ambulatorio di uroginecologia . A 3 mesi dal parto quindi tutte le pazienti sono state sottoposte a visita uroginecologica, alla compilazione del questionario ICIQ-UI_SF, all' ecografia trasperineale e alla conferma successiva mediante esame urodinamico.

Risultati. Nessuna paziente appartenente al gruppo R1 ha presentato incontinenza urinaria. Nel gruppo che ha partecipato alle lezioni (n.9) a 3 mesi dal parto solo una paziente ha presentato incontinenza (11.1 %) . Invece nel gruppo confronto (n.9) 4 pazienti (44.4 %) hanno presentato incontinenza urinaria (figura 3)

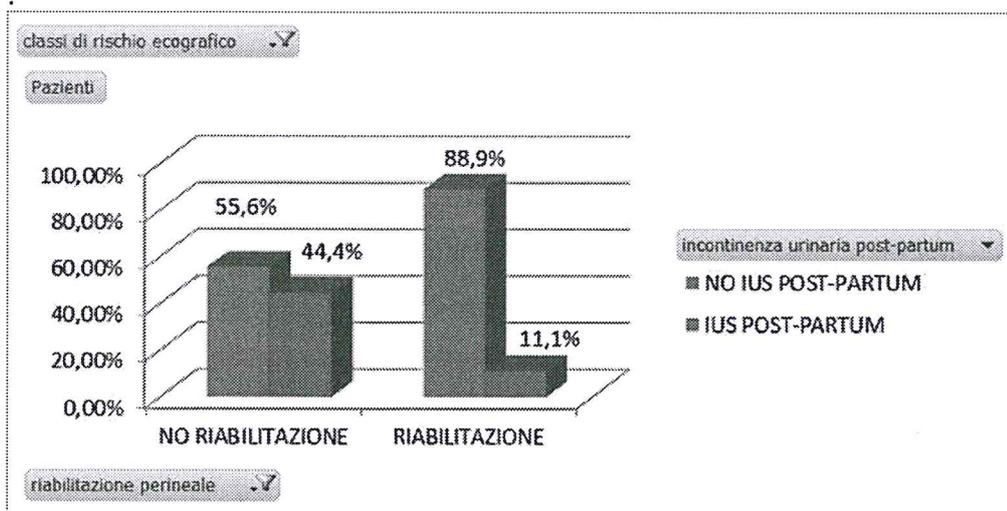


Figura 3. Classi di rischio R2 sottoposte a terapia riabilitativa e gruppo confronto.

In conclusione, l'individuazione di classi di rischio ecografiche a 30 w di gestazione e il trattamento riabilitativo di gruppo hanno portato ad una riduzione del 75 % del rischio di sviluppare incontinenza urinaria nel post partum.

Questo ha come immediato risvolto un miglioramento delle condizioni di vita delle donne nel post partum e una riduzione della spesa pubblica volta ad effettuare trattamenti non conservativi di riparazione delle disfunzioni perineali.

Bibliografia

P.Abrams, L.Cardozo, S.Khoury,A. Wein, INCONTINENCE 2013

Orietta Dalpiaz and Pierpaolo Curti ,Role of Perineal Ultrasound in the Evaluation of Urinary Stress Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review ,Department of Urology, University of Verona, Italy Neurourology and Urodynamics 25:301^306 (2006)

Bussara Sangsawang & Nucharee Sangsawang, Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment, Int Urogynecol J (2013) 24:901–912

R. Tunn, et al. Interdisciplinary S2k Guideline: Sonography in Urogynecology*, Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014.

Torino, 21/11/2016

Il Direttore della SCU di Ginecologia ed Ostetricia
Prof. Guido Menato

Dott.ssa Lorita Cito
Specialista in Ginecologia ed Ostetricia

