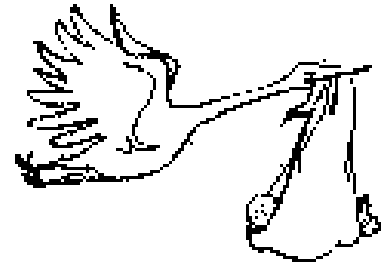




L'EPISIOTOMIA



Ostetrica Fogli Morena - Sala Parto
Ostetrico Naldi Enrico - Ambulatorio Medicina dell'età prenatale
Ostetrica Parma Dila - Sala Parto

Attività 1999

La maggior giustificazione (non scientificamente dimostrata) all'uso dell'episiotomia è che essa previene le gravi lacerazioni perineali e che è più facile da suturare rispetto alle lacerazioni spontanee. Molti medici ed ostetriche usano l'episiotomia nella convinzione che riduca la durata del secondo stadio del travaglio, riduca i rischi al bambino su base metabolica e meccanica, protegga la vescica e prevenga rilassamenti perineali futuri. E' stato dichiarato che essa previene le lacerazioni di terzo grado (che coinvolgono lo sfintere anale) e di quarto grado (che coinvolgono la mucosa rettale). Queste lacerazioni contribuiscono al manifestarsi dell'incontinenza anale.

In realtà l'episiotomia da sola comporta una "lacerazione di secondo grado," poiché taglia i muscoli superficiali del perineo.

Ancora oggi nella letteratura medica, l'interrogativo circa l'episiotomia è spesso rivolto al "come", piuttosto che al "se tagliare". I relativi vantaggi e svantaggi dell'episiotomia mediana rispetto a quella medio laterale o laterale sono stati discussi a lungo ma ancora oggi nessuno studio (Shiono 1990, Coats 1980) ha messo in luce risultati significativi.

Si può affermare che coloro che hanno una visione favorevole dell'episiotomia usano con maggior probabilità tecniche per velocizzare i tempi di travaglio e le loro assistite sono più a rischio di avere un trauma perineale e di essere meno soddisfatte dall'esperienza della nascita. Questa evidenza dimostra che le convinzioni dei sanitari possono influenzare gli esiti sui pazienti ha implicazioni non solo cliniche ma anche di ricerca (Klein 1995).

L'evidenza scientifica ha inoltre dimostrato come l'uso del forcipe e/o della ventosa ostetrica, la posizione litotomica, l'accelerazione del travaglio e l'analgesia peridurale, possono essere causa di un aumento del tasso di episiotomia (Klein 1994, Klein 1995, Jong- Johanson 1997, Klein 1984, Howell 1997) e che le posizioni verticali per il parto dovrebbero essere incoraggiate poiché non solo diminuiscono notevolmente il tasso di episiotomie ma riducono anche il dolore ed i traumi perineali (Jong, Johanson 1997).

Anche oggi, i dati dimostrano che il largo e frequente uso dell'episiotomia è associato a tassi complessivi più alti di traumi perineali (Klein 1994) e che l'uso di questa tecnica chirurgica è più frequente tra i medici che le levatrici (Klein 1995, Harvey 1996, Turnbull 1996). Interessante inoltre notare come uno studio abbia mostrato che gli alti utilizzatori di episiotomie hanno anche più alti tassi di interventi di medicalizzazione (es: Uso di syntocinon, di farmaci analgesici, tagli cesarei, ecc.) Klein 1994.

Infine uno studio volto a determinare i fattori di rischio per le lacerazioni perineali di terzo grado, rivelò che i fattori che più contribuiscono a determinare danni perineali sono: l'episiotomia mediana, l'uso del forcipe ed il peso fetale (Klein 1992).

E' stato dichiarato che l'episiotomia prevenendo lo stiramento del muscolo perineale prevenga anche da conseguenze negative a lungo termine. Sappiamo però che l'episiotomia viene praticata quando la testa fetale ha già prodotto uno stiramento del muscolo perineale ed il taglio coinvolge per lo più il tessuto mucocutaneo. Non esistono evidenze scientifiche che mostrino che lacerazioni perineali di primo e di secondo grado comportino conseguenze a lungo termine per il perineo.

Uno studio che mirò a valutare la forza del pavimento pelvico attraverso il posizionamento di appositi coni vaginali mostrò che le donne sottoposte ad episiotomia avevano meno forza che coloro che ebbero lacerazioni spontanee (Rockner 1991). Studi elettromiografici eseguiti in donne nullipare al secondo e terzo giorno dopo il parto e poi ripetuti dopo due mesi mostrano che il parto per via vaginale provoca un parziale danneggiamento alle terminazioni nervose del pavimento pelvico nella maggior parte delle donne. La severità di questo tipo di danneggiamento risulta essere per lo più legata alla lunghezza del secondo stadio del travaglio e al peso del bambino, nessuna relazione è stata ritrovata con l'episiotomia o le lacerazioni spontanee.

Due studi randomizzati controllati sull'episiotomia interessano gli esiti a lungo termine. Un controllo a distanza tre mesi dopo il parto di 697 donne che parteciparono ad uno studio randomizzato controllato sono state esaminate, secondo il metodo "Intention to treat analysis" (in cui vengono esaminate tutte le donne appartenenti ai gruppi in cui sono state randomizzate, anche se si sono verificati possibili errori per completare il tipo di intervento scelto oppure anche nei casi in cui è stato eseguito il tipo sbagliato di intervento). Questo studio non ha messo in evidenza nessuna differenza tra i diversi gruppi di studio né per ciò che riguarda il dolore perineale post partum, né nella perineometria elettromiografica, né per ciò che concerne la sintomatologia urinaria o del pavimento pelvico o la funzionalità sessuale. Le donne nelle quali il perineo rimase intatto o che presentarono lacerazioni vaginali spontanee si verificò un ripristino delle funzioni sessuali prima di coloro che avevano subito una episiotomia, inoltre, riferirono meno dolore nella ripresa dei rapporti sessuali ed erano sessualmente più soddisfatte.

Un altro controllo fatto su donne che parteciparono ad uno studio randomizzato controllato che mise a confronto l'uso restrittivo dell'episiotomia medio-laterale con l'uso routinario della stessa, dimostrò che non vi era nessuna differenza tra i due gruppi a 3 mesi di distanza dal parto per ciò che riguarda il dolore perineale e la dispareunia. Comunque le donne appartenenti al gruppo dell'uso restrittivo dell'episiotomia, riferirono in maggior percentuale il ripristino dei rapporti sessuali dopo un mese dal parto.

Il rapporto sessuale doloroso dopo l'episiotomia è raramente menzionato nella letteratura ostetrica, ma i pochi studi mostrano che esso è abbastanza comune. Uno studio mostrò che il 19% delle donne che subiscono episiotomia hanno rapporti dolorosi per più di 3 mesi dopo il parto, paragonate con l'11% delle donne che hanno una lacerazione (Thacker e Banta 1983).

In relazione all'incontinenza urinaria ed i prolapsi anteriori, la maggior incidenza di lacerazioni vaginali anteriori e di lacerazioni delle grandi e piccole labbra nel gruppo dell'uso restrittivo dell'episiotomia, fa sorgere la possibilità che l'episiotomia possa avere un effetto protettivo più specifico sulla vescica. Uno studio osservazionale di due gruppi di

donne mise in luce che le donne sottoposte ad episiotomia presentavano meno lacerazioni delle grandi e piccole labbra e meno cistoceli (Sleep 1984, Argentina 1993). Comunque uno studio durato 3 anni (Brendsel 1985) nel West Berkshire, osservò che il 34% di donne appartenenti al gruppo dell'uso restrittivo dell'episiotomia ed il 36% delle donne appartenenti al gruppo del libero uso di episiotomia riferivano perdite involontarie di urine. Questo stesso studio inoltre dimostrava che le donne assegnate al gruppo dell'uso restrittivo di episiotomia necessitavano di meno suture dopo i parti successivi.

L'infezione è una complicazione riconosciuta di qualsiasi procedura chirurgica, episiotomia inclusa. Non abbiamo trovato in letteratura lavori sul tasso di infezione direttamente attribuibile alle conseguenze dell'episiotomia, sebbene uno studio abbia trovato colture positive nel 76% delle episiotomie, nonostante l'uso delle tecniche sterili (Thacker e Banta, 1983).

Purtroppo nessuno ha mai considerato i postumi emotivi dell'episiotomia. Le prove aneddotiche suggeriscono che le donne possono sentirsi aggredite sessualmente e traumatizzate. Forti dolori, rapporti sessuali sofferti, infezioni o una vagina deformata possono avere un effetto importante sulla vita di una donna altrimenti in salute, particolarmente quando è responsabile delle cure a un nuovo bimbo e, spesso, per mantenere un buon rapporto con il partner.

Controversa è la relazione tra l'analgesia epidurale e episiotomia. E' dimostrato come l'analgesia epidurale sia correlata in modo direttamente proporzionale agli interventi ostetrici, ad un aumentato tasso di tagli cesarei, di parti operativi e quindi anche di episiotomie), ciononostante uno studio del 1996 (Asselineau, 1996), ha indicato come la deambulazione nei travagli in analgesia epidurale sia associata ad un ridotto numero di parti cesarei, estrazioni strumentali e di episiotomie.

Conclusioni

Esistono chiare evidenze scientifiche per raccomandare un uso restrittivo dell'episiotomia. Solo in casi estremi, come in presenza di gravi rischi per il feto o la madre, o uno stadio espulsivo molto prolungato in cui il perineo è apparentemente responsabile dell'assenza di progressi, è giustificata l'esecuzione dell'episiotomia.

Si può dunque concludere che non esiste evidenza scientifica che dimostri come l'uso routinario dell'episiotomia abbia benefici effetti; al contrario, esiste chiara evidenza che questa pratica possa provocare diversi danni tra i quali una ridotta funzionalità sessuale e che rappresenta una spesa sanitaria non indifferente. In considerazione dell'evidenza oggi disponibile, l'uso routinario dell'episiotomia dovrebbe essere abbandonato e percentuali del 30% di episiotomie effettuate non sembrano essere giustificate.

BIBLIOGRAFIA

- Caroli G- Belizan J- Stamp G (Revisione sistematica Cochrane 1997) "Episiotomy for vaginal birth". Harvey-S; Jarrell-J; Brant-R; Stainton-C; Rach-D 1996

- *Care in a birth room versus a conventional setting: a controlled trial* Klein-MC; Papageorgiu A; Westreich R; Spector-Dunsky L; Elkins V; Kramer MS; Gelfand MM; Can. Med. Assoc. J. **1984** 1461-1466
- *Is routine episiotomy necessary?* Harrison RF; Brennan M; North PM; et al Br. Med. Y. **1984** 1971-1975
- *Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation?* Klein-MC; Gauthier RJ; Jorgensen-SH; Robbins-JM; Kaczorowsky-J; Johnson B; Westreich R; Waghorn K; Gelfand MM; Online J. Curr. Clin. Trials **1992** 6019
- *Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine episiotomy trial collaborative group.* Lancet **1993**
- *Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation.* Klein-MC; Gauthier RJ; Robbins JM; Kaczorowski J; Jorgenson SH; Franco ED; Johnson B; Waghorn K; Gelfand MM; Guralnick MS; Luskey GW; Joshi AK; Am. J. Obstet. Gynecol. **1994**; 171:591-598
- *Physicians' beliefs and behaviour durin a randomized controlled trial of episiotomy: consequence for women in their care* Klein-MC; Kaczorowsky J; Robbins-JM; Gauthier RJ; Jorgensen-SH; Joshi-AK; CMAJ **1995** 769-779
- *Studying episiotomy: when beliefs conflict with science* Klein-MC; **1995** J. Fam. Pract.
- *Is routine use of episiotomy justified?* Lede R; belizan J; Carroli G; Am. J. Obstet. Gynecol. **1996**; 1399-1402
- *Randomised, controlled traia of effiacy 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**
- *Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial* Shipman MK; Boniface DR; Tefft ME; McCloghry F Br. J. Obstet. Gynaecol. **1997**
- *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
- *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
- *Episiotomy and severe perineal trauma* Elewa ME; CMAJ **1997** 156;811-3