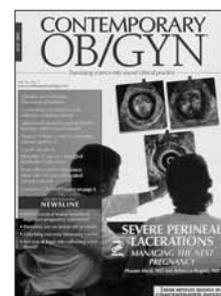


Gestione delle future gravidanze dopo una grave lacerazione perineale

H. ABED, R. ROGERS



Cosa dire ad una paziente gravida con una precedente lacerazione di terzo o quarto grado, nella quale un altro parto vaginale accresce il rischio di una ulteriore lesione? È possibile, in alcune donne, tentare un travaglio perfino in condizioni di sicurezza? Diagnosticare lacerazioni occulte per mezzo dell'ecografia, consigliano gli esperti – ed usarla per valutare gli sfinteri anali di tutte le donne incontinenti.

Il consiglio a una gestante che in una precedente gravidanza ha subito una lacerazione dello sfintere anale può avere una influenza cruciale sulla sua qualità di vita. Con un altro parto vaginale è molto probabile che essa avrà un'altra volta la lacerazione dello sfintere e vedrà ulteriormente aggravati i sintomi della incontinenza anale. Può essere in gioco anche una disfunzione sessuale. Malgrado tutto ciò, non esistono risposte facili, perché sul modo migliore di gestire una successiva gravidanza in una donna con una precedente lacerazione non esiste accordo.

Nel parto vaginale, lacerazioni delle fibre muscolari degli sfinteri si verificano nello 0,7-19,3% dei casi, principalmente nelle primipare (1-4). Cosa consigliare alle pazienti che restano di nuovo incinte? Il nostro obiettivo è quello di rivedere classificazione e complicanze delle lacerazioni dello sfintere anale, nonché gli esiti di un successivo parto vaginale. Presenteremo anche le strategie per la gestione delle gravidanze future.

La conoscenza dell'anatomia del canale ano-rettale è essenziale. Il canale è circondato da un fascio complesso di fibre muscolari che costituiscono gli sfinteri *esterno* e *interno*. I muscoli striati dello sfintere esterno sono sottoposti a controllo volontario e sono responsabili del tono che mantiene ristretto il canale rettale. I muscoli lisci dello sfintere interno, d'altro canto, mantengono il tono a riposo e sono responsabili della continenza fecale minuto per minuto. Entrambi i gruppi muscolari si sovrappongono ad una distanza di 2 cm e si estendono in alto nel canale per 4 cm. Lo sfintere esterno si inserisce sul tendine perineale centrale (corpo perineale) ed è circondato dal muscolo puborettale.

Sebbene entrambi gli sfinteri siano importanti per il mantenimento della continenza, la classificazione delle lacerazioni si basa unicamente sull'entità delle lesioni allo sfintere esterno dell'ano. Le lacerazioni di terzo grado includono la lacerazione parziale o completa, con o senza lacerazione dello sfintere interno (Fig. 1), mentre quelle di quarto grado comprendono la lacerazione completa di entrambi gli sfinteri, con estensione alla mucosa rettale (Fig. 2). La continenza anale non dipende completamente dall'integrità degli sfinteri; importante è anche quella della funzione neuromuscolare, muscolo puborettale e nervo pudendo inclusi. Ciò trova conferma nel fatto che alcune donne con lacerazioni degli sfinteri rimangono continenti.

Le lacerazioni dello sfintere anale sono classificate ulteriormente in "manifeste" e "occulte". Le prime sono identificate e riparate al momento del parto, mentre le seconde, che sono in genere diagnosticate ecograficamente, possono verificarsi al di sotto di un perineo intatto o in presenza di lacerazioni di secondo o di primo grado fin nel 35% dei primi parti (la Figura 3 mostra un reperto normale all'ecografia translabiale; le Figure 4 e 5, invece, lacerazioni occulte visibili all'ecografia translabiale e anale, rispettivamente).

Nelle lacerazioni gravi, i 5 fattori più importanti sono: 1) l'episiotomia mediana, 2) l'applicazione di forcipe o della ventosa ostetrica (quest'ultima meno traumatica del forcipe), 3) una ascendenza asiatica, 4) un alto peso alla nascita, e 5) il primo parto (4, 6, 7).

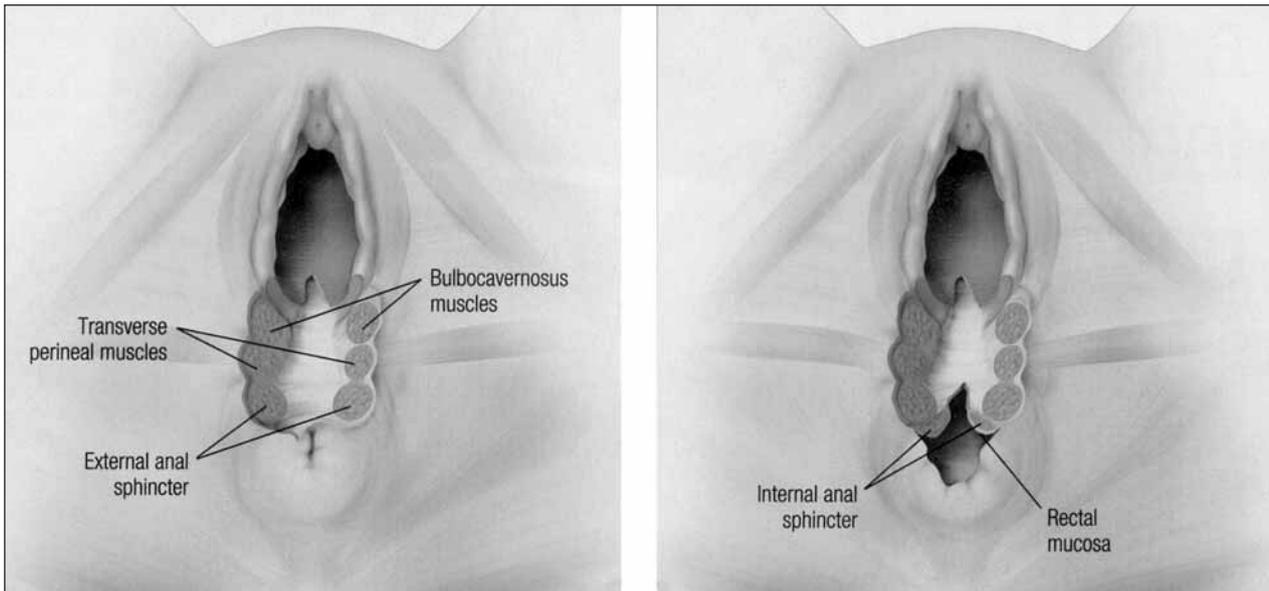


Fig. 1 - Lacerazione perineale di terzo grado.

Fig. 2 - Lacerazione perineale di quarto grado.

Attenzione a queste complicanze

Le complicanze della lacerazione dello sfintere anale comprendono l'incontinenza anale, l'urgenza fecale, il dolore perineale e la disfunzione sessuale. Le statistiche sono allarmanti. L'incontinenza anale, definita come "la perdita involontaria di aria o di feci liquide e solide che costituisce un problema sociale ed igienico", si verifica nel 15-59% delle donne con lacerazioni dello sfintere anale riparate al momento del parto (8). L'urgenza fecale affligge un altro 6-28% di donne. L'incontinenza fecale, la perdita di feci liquide o formate, è meno frequente, verificandosi nel 2-23% dei casi (8). Questi sintomi possono comparire in seguito a lacerazioni manifeste od occulte (5). Follow-up a più lungo termine (5 anni) confermano la persistenza dei sintomi della incontinenza anale, dopo lacerazione ostetrica dello sfintere (9, 10). Inoltre, malgrado la documentata riparazione primaria al momento del parto, fino al 90% delle donne presentano difetti persistenti al follow-up ecografico.

Inoltre, il parto cesareo primario non fornisce una protezione completa dalla incontinenza anale. Sintomi possono comparire perfino dopo un cesareo programmato, nonostante l'assenza di lacerazione sfinterica (11). Il *Breech Trial*, che ha randomizzato donne al parto cesareo o a quello vaginale, non ha infatti evidenziato differenze tra i due gruppi per quanto riguarda l'incidenza di incontinenza fecale [rischio relativo (RR), 1,10; intervallo di confidenza (IC) al 95%, 0,47-2,58] o di aria (RR, 1,14; IC 95%, 0,80-1,61) (12). Analogamente, le differenze nella incidenza di incontinenza riportate dalle donne con e senza lacerazioni possono attenuarsi con l'avanzare dell'età. Ad esempio, una coorte retrospettiva di trentenni ha mostrato incidenze equivalenti di incontinenza anale nelle donne che avevano avuto un parto vaginale con rottura dello sfintere o episiotomia senza rottura dello sfintere, oppure un cesareo (13).

Sebbene la funzione sessuale dopo rottura dello sfintere sia stata studiata meno bene, si è visto che le donne con lacerazioni di terzo o di quarto grado hanno una probabilità quasi tripla, rispetto a quelle con sfintere integro, di soffrire di dispareunia a distanza di 3 mesi dal parto.

Effetti di un successivo parto vaginale

Sebbene le donne con lacerazioni riferiscano più incontinenza di quelle che ne sono esenti, i sintomi di questa condizione aumentano in entrambi i gruppi con il susseguirsi dei parti. In uno studio prospettico di coorte condotto in 242 donne a distanza di 5 anni dopo un parto vaginale, è stato osservato che età, pregressa lacerazione sfinterica, e successivo parto espletato per via vaginale predicevano i sintomi di incontinenza anale (10).

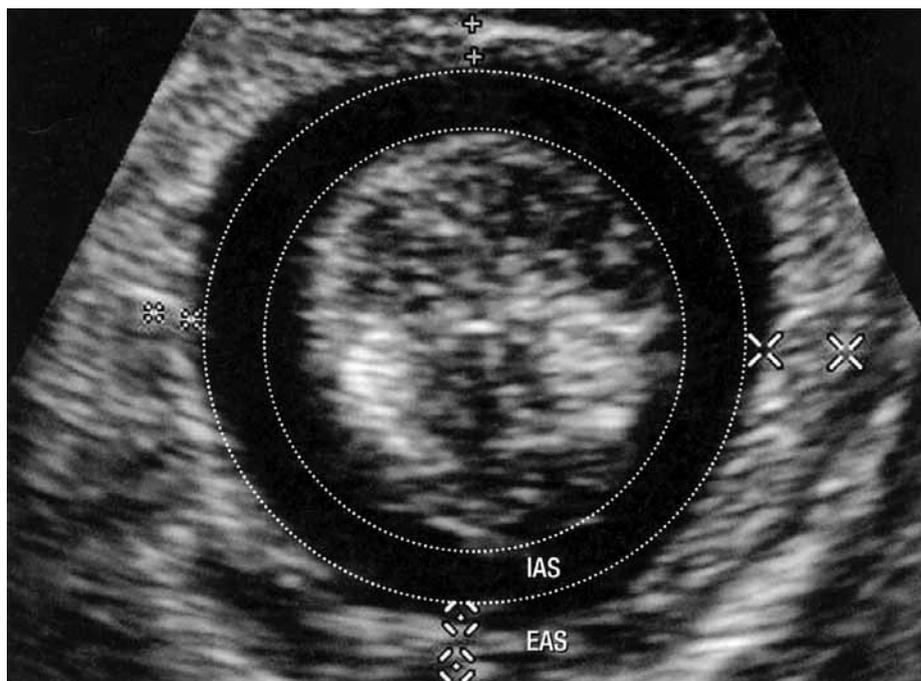


Fig. 3 - Reperto normale alla ecografia translabiale. IAS = sfintere anale interno; EAS = sfintere anale esterno.

Lacerazioni manifeste

Il rischio di lacerazioni durante un secondo parto in donne che ne avevano già avuta una in precedenza aumentava di 2-5 volte, rispetto a quello di donne senza storia di lacerazione manifesta (2, 15, 16). Il rischio di recidiva è massimo quando il secondo parto è espletato per via vaginale [odds ratio (OR), 6,5; IC 95%, 1,5-9,4] o con episiotomia (OR, 17,4; IC 95%, 7,5-51) (16). Uno studio su popolazione ha trovato un rischio del 4,4% di recidiva di lacerazione dello sfintere in occasione del parto successivo, e ha concluso che per prevenire il ripetersi di una singola lacerazione sarebbero necessari 23 cesarei (17).

Un successivo parto vaginale influenza anche la gravità dei sintomi di incontinenza. In uno studio condotto in 117 donne con lacerazioni di terzo o quarto grado si è visto che 43 di esse, sottoposte a un altro parto vaginale, avevano un rischio aumentato (RR, 1,6; IC 95%, 1,1-2,5) di incontinenza anale, rispetto alle 74 che dopo la prima riparazione non avevano avuto altri parti per 10 anni (18). Una lacerazione primaria di quarto grado causa probabilmente sintomi più gravi di incontinenza anale che lacerazioni di terzo grado (19). In una casistica di 117 donne con lacerazione dello sfintere anale, incontinenza anale grave era riferita più spesso, dopo un secondo parto, da quelle che nel loro primo parto avevano subito una lacerazione di quarto grado, rispetto alle donne con sole lacerazioni di terzo grado (P = 0,043) (20).

Un altro fattore che influenza il rischio di incontinenza anale in un successivo parto è la *gravità* dei sintomi dopo il parto incidente. Su 56 donne con lacerazione completa dello sfintere esterno dell'ano, 23 (41%) avevano avuto incontinenza transitoria, e 4 (7%) incontinenza persistente, dopo il loro primo parto. Tra le 23 con incontinenza transitoria, i sintomi ricomparvero in 9 (39%) in occasione di un parto successivo, ed in 4 (17%) divennero permanenti (21).

Non tutti gli studi supportano la conclusione che un parto successivo contribuisce alla incontinenza anale. Uno studio che ha messo a confronto, 14 anni dopo il loro primo parto, 125 donne con lacerazioni di terzo e quarto grado e 125 soggetti di controllo ha identificato la lacerazione dello sfintere quale fattore di rischio indipendente di incontinenza fecale (RR, 2,54; IC 95%, 1,45-4,45). Tuttavia, i successivi parti vaginali *non* si accompagnavano ad un aumento del rischio di incontinenza (RR, 2,32; IC 95%, 0,85-6,33) (22). Alcuni ricercatori hanno analizzato retrospettivamente le interviste telefoniche sulla incontinenza eseguite in 234 donne che avevano subito una lacerazione completa di terzo grado. In questa coorte non sono state rilevate differenze tra le donne con nessuno, 1 o 2 parti successivi, né tra quelle che avevano riportato ulteriori lacerazioni di terzo grado e quelle che in seguito non avevano avuto altri parti (23). Questi studi fanno sorgere l'interrogativo se gli aumenti della incontinenza anale siano dovuti a successivi parti vaginali o ad altre influenze, quali l'età.



Fig. 4 - Lacerazioni occulte evidenziate per mezzo della ecografia trasversale. EAS = sfintere anale esterno; IAS = sfintere anale interno.

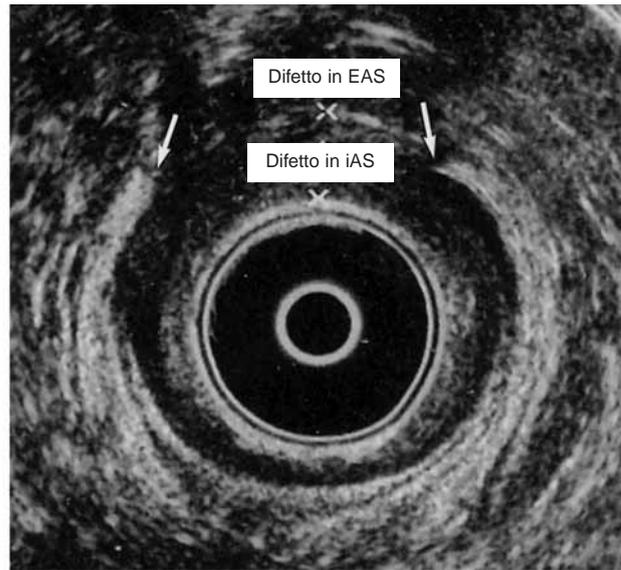


Fig. 5 - Lacerazioni occulte evidenziate per mezzo della ecografia trasversale. EAS = sfintere anale esterno; IAS = sfintere anale interno.

Lacerazioni occulte

Sebbene le lacerazioni occulte siano associate alla incontinenza anale postpartum, la gestione appropriata delle successive gravidanze resta oggetto di discussione. La riparazione immediata rispetto a quella successiva delle lacerazioni occulte comporta differenze di esiti? Un gruppo di ricercatori ha randomizzato 752 donne con lacerazioni di secondo grado o all'esame clinico e alla riparazione, o all'indagine ecografica. Se all'ecografia si sospettava una lacerazione dello sfintere, tutte queste donne venivano sottoposte a esplorazione chirurgica per la riparazione della stessa. Delle 21 lacerazioni sospettate ecograficamente, 16 furono identificate per mezzo dell'esplorazione chirurgica e riparate. Al follow-up a 1 anno, nel gruppo sottoposto a ecografia postpartum e ad immediata riparazione di una lacerazione occulta dello sfintere, la probabilità di sviluppare una grave incontinenza anale era minore che in quello non sottoposto a ecografia (3,3% vs 8,7%; $P = 0,03$) (24). Gli Autori concludevano quindi che l'ecografia era indicata per diagnosticare le lacerazioni occulte, la cui riparazione immediata comportava un minor numero di incontinenze anali.

In un altro studio prospettico di coorte di donne con lacerazioni occulte dello sfintere è stato osservato che i sintomi di incontinenza anale aumentavano in quelle sottoposte a un successivo parto vaginale, rispetto a quanto si verificava invece nelle donne senza storia di lacerazioni o di un secondo parto (RR, 11,2; IC 95%, 1,4-86,2) (9).

Strategie per la gestione delle successive gravidanze

Dopo la lacerazione dello sfintere, i clinici possono solo determinare il miglior metodo di espletamento del parto in una successiva gravidanza, discutendone con la paziente. Di fondamentale importanza è documentare, dopo il parto precedente, la comparsa di sintomi di incontinenza anale transitoria o permanente. Vanno documentati l'aspetto dell'orifizio anale e l'esito della esplorazione rettale, ed esclusa l'eventuale presenza di una fistola retto-vaginale (che dopo lacerazione dello sfintere anale si verifica fin nel 3% dei casi) (25). La valutazione ecografica degli sfinteri anali può essere indicata in tutte le donne incontinenti. È anche utile consigliarla a tutte le donne che hanno una storia di pregressa lacerazione ma che rimangono continenti.

Al momento del counseling, occorre informare le donne dell'aumentato rischio di nuove lacerazioni in un altro parto vaginale. Le donne continenti hanno una minore probabilità di sviluppare una incontinenza, rispetto a quelle che precedentemente avevano presentato sintomi di incontinenza anale transitoria o persistente. Le pazienti con incontinenza transitoria hanno un significativo rischio di sviluppare sintomi permanenti, sintomi che

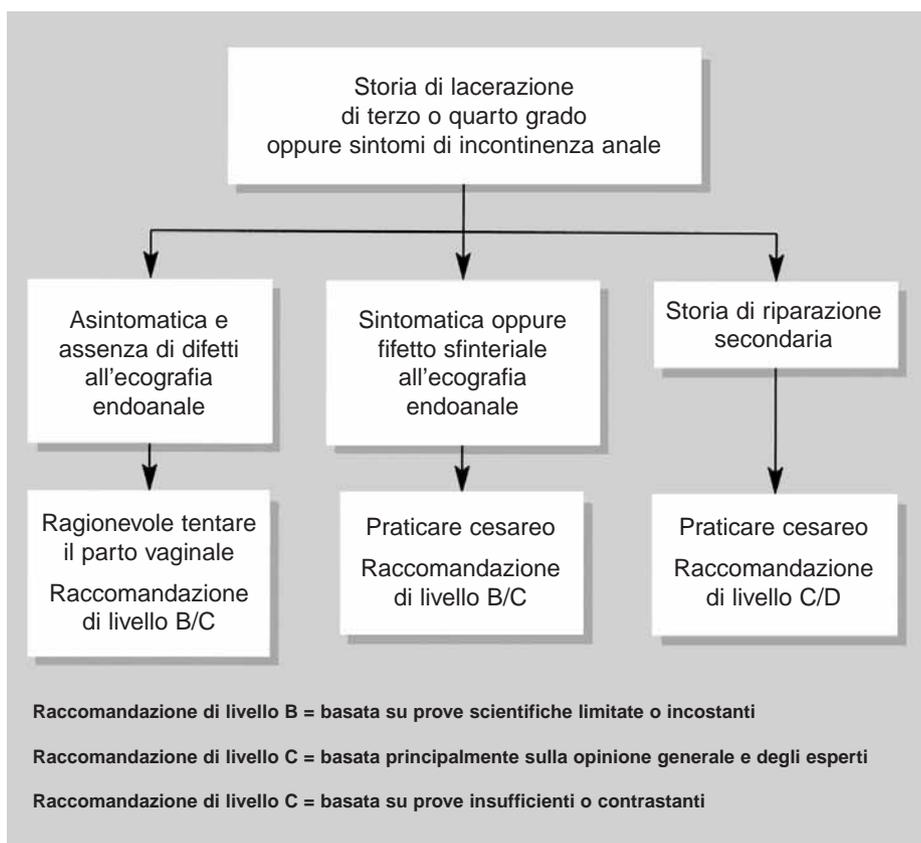


Fig. 6 - Algoritmo per decidere la modalità del parto nella successiva gravidanza.

possono essere peggiori di quelli accusati in occasione del primo parto. Quasi tutte le donne con incontinenza anale avvertiranno un peggioramento dei loro sintomi. Tutti questi esiti sono aggravati dalla episiotomia e dal parto operativo, che aumentano il rischio di nuove lacerazioni e di successiva incontinenza anale. Di questo modo di vedere si trova un'eco nell'*ACOG Practice Bulletin*, che afferma: "I migliori dati disponibili non suffragano l'uso libero o routinario dell'episiotomia (26). Non è chiaro se i sintomi a lungo termine dopo un ripetuto parto vaginale nelle donne con precedenti lacerazioni degli sfinteri siano differenti da quelli delle donne senza storia di lacerazioni, e questo aspetto va quindi ulteriormente studiato. Vanno anche discussi i rischi del parto cesareo. Sebbene il problema non sia stato oggetto di studi, alle donne con una storia di riparazione dello sfintere a distanza di tempo dal parto viene quasi universalmente offerto, nelle successive gravidanze, un cesareo.

Conclusioni

È più probabile che le donne con storia di lacerazioni dello sfintere anale sviluppino, con un altro parto vaginale, nuove lacerazioni e aggravamento dei sintomi di incontinenza. Un tentativo di travaglio in donne con storia di lacerazione dello sfintere anale ma che sono asintomatiche, che non mostrano difetti all'esame ecografico, e non sono state sottoposte a riparazione secondaria dello sfintere, può non influenzare i sintomi di incontinenza. Parto operativo ed episiotomia vanno evitati, perché in tutte queste donne aggravano il rischio di un ulteriore danno. Dopo un'approfondita discussione sui rischi e sui benefici del tentare un nuovo parto vaginale, nelle donne sintomatiche è opportuno un cesareo in elezione.

Bibliografia

1. AIKINS MURPHY P, FEINLAND JB. *Perineal outcomes in a home birth setting*. Birth. 1998;25:226-234.
2. PELEG D, KENNEDY CM, MERRILL D, et al. *Risk of repetition of a severe perineal laceration*. Obstet Gy-

- necol. 1999;93:1021-1024.
3. HANDA VL, DANIELSEN BH, GILBERT WM. *Obstetric anal sphincter lacerations*. *Obstet Gynecol*. 2001;98:225-230.
 4. HUDELIST G, GELLE'N J, SINGER C, et al. *Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy*. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192: 875-881.
 5. SULTAN AH, KAMM MA, HUDSON CN, et al. *Anal-sphincter disruption during vaginal delivery*. *N Engl J Med*. 1993;329:1905-1911.
 6. JONES KD. *Incidence and risk factors for third degree perineal tears*. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000;71:227-229.
 7. ANGIOLI R, GOMEZ-MARIN O, CANTUARIA G, et al. *Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience*. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:1083-1085.
 8. ABRAMS P, CARDOZO L, KHOURY S, et al, eds. *Incontinence: 2nd International Consultation on Incontinence*. 2nd ed. Plymouth, UK: Health Publication, 2002.
 9. FALTIN DL, SANGALLI MR, ROCHE B, et al. *Does a second delivery increase the risk of anal incontinence?* *BJOG*. 2001;108:684-688.
 10. POLLACK J, NORDENSTAM J, BRISMAR S, et al. *Anal incontinence after vaginal delivery: a five-year prospective cohort study*. *Obstet Gynecol*. 2004;104:1397-1402.
 11. LAL M, H MANN C, CALLENDER R, et al. *Does cesarean delivery prevent anal incontinence?* *Obstet Gynecol*. 2003;101:305-312.
 12. HANNAH ME, WHYTE H, HANNAH WJ, et al. *Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial*. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:917-927.
 13. NYGAARD IE, RAO SS, DAWSON JD. *Anal incontinence after anal sphincter disruption: a 30-year retrospective cohort study*. *Obstet Gynecol*. 1997;89:896-901.
 14. SIGNORELLO LB, HARLOW BL, CHEKOS AK, et al. *Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women*. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:881-888.
 15. HARKIN R, FITZPATRICK M, O'CONNELL PR, et al. *Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable?* *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;109:149-152.
 16. PAYNE TN, CAREY JC, RAYBURN WF. *Prior third- or fourth-degree perineal tears and recurrence risks*. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999;64:55-57.
 17. ELFAGHI I, JOHANSSON-ERNSTE B, RYDHSTROEM H. *Rupture of the sphincter ani: the recurrence rate in second delivery*. *BJOG*. 2004;111:1361-1364.
 18. POEN AC, FELT-BERSMA RJ, STRIJERS RL, et al. *Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair*. *Br J Surg*. 1998;85:1433-1438.
 19. FENNER DE, GENBERG B, BRAHMA P, et al. *Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States*. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:1543-1549.
 20. SANGALLI MR, FLORIS L, FALTIN D, et al. *Anal incontinence in women with third or fourth degree perineal tears and subsequent vaginal deliveries*. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000;40:244-248.
 21. BEK KM, LAURBERG S. *Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear*. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;99:724-726.
 22. DE LEEUW JW, VIERHOUT ME, STRUIJK PC, et al. *Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:830-834.
 23. SZE EH. *Anal incontinence among women with one versus two complete third-degree perineal lacerations*. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;90:213-217.
 24. FALTIN DL, BOULVAIN M, FLORIS LA, et al. *Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial*. *Obstet Gynecol*. 2005;106:6-13.
 25. HOMSI R, DAIKOKU NH, LITTLEJOHN J, et al. *Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula*. *Obstet Gynecol Surv*. 1994;49:803-808.
 26. ACOG Practice Bulletin. *Episiotomy. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists*. Number 17. April 2006. *Obstet Gynecol*. 2006;107:957-962.

(Da Contemporary Ob/Gyn 2006; 51 (n. 5): 34-40. Copyright 2006 Advanstar Communications)