ISTRUZIONE OPERATIVA

RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO IN PUERPERIO E POST PARTUM

INDICE di REVISIONE	00	
DATA di AGGIORNAMENTO	24/02/2023	
DESCRIZIONE MODIFICHE INTEGRAZIONI	Emissione	
REDAZIONE Data 05/01/2023	Carla Foppoli – Coordinatrice ginecologia ostetricia P.O. Sondalo Federica Casati – Ostetricia P.O. Sondalo Paola Mazzella – Fisioterapista ambulatorio riabilitazione del Piano Perineale di Tirano	Firma _____ Firma _____ Firma _____
PRE-VERIFICA Data: 20/02/2023	Ambra Tarabini – Amministrativa gruppo di lavoro medicina di genere	Firma _____
VERIFICA Data 21/02/2023	Lina Porta – Psicologa referente Medicina di Genere Nicola De Marco – Neurochirurgia Claudia Marchetti – Anestesia Rianimazione Milena Pedrini – Psicologia Clinica Silvia Bellini – Coordinatrice ginecologia ostetricia P.O. Sondrio Francesca Antoniazzi – Oncologia Francesca Pontiggia – Ostetricia consultorio	Firma _____ Firma _____ Firma _____ Firma _____ Firma _____ Firma _____ Firma _____
APPROVAZIONE Data 24/02/2023	Giuseppina Ardemagni – Direttore Sanitario	Firma _____

INDICE

SCOPO……..	**p. 3**
CAMPO DI APPLICAZIONE……	**p. 3**
RESPONSABILITA'……..	**p. 3**
TERMINI E DEFINIZIONI……	**p. 3**
CODICI PRESTAZIONI…..	**P. 3**
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI……	**p. 3**
ALLEGATI…….	**p. 3**
PREMESSA……..	**p.4**
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' e PERINEAL CARD……..	**p.4**
PERCORSO FISIOTERAPICO NELLA PAZIENTE POST PARTUM……	**p. 5**
TECNICHE RIABILITATIVE ……	**p. 5**
FLOWCHART……	**P. 6**

SCOPO

Il pavimento pelvico, o perineo, è l'insieme di muscoli, legamenti e nervi che chiude inferiormente il bacino e che sorregge tutti gli organi pelvici contenuti nella cavità addominale (l'utero, la vescica ed il retto) e il diaframma respiratorio.

Spesso, dopo il parto ma anche in gravidanza, il pavimento pelvico si indebolisce e provoca alla paziente incontinenza e/o urgenza minzionale/fecale, prolasso e dolore.

Una corretta riabilitazione de pavimento pelvico aumenta la consapevolezza e la percezione di questa regione anatomica e della sua attività muscolare, migliora il rapporto con il proprio corpo, rinforza e mantiene tonica la muscolatura perineale e la sua capacità di rilassamento, previene e/o tratta l'incontinenza urinaria e/o fecale, anche a lungo termine, prevenire e/o ridurre il prolasso degli organi pelvici e i disturbi pelvi-perineali e aiuta a riprendere la vita sessuale dopo il parto, senza dispareunia.

Il danno perineale in gravidanza e parto non può essere completamente evitato, ma possono essere messe in atto opportune strategie preventive e terapeutiche partendo dalla corretta informazione della donna in gravidanza, da una prevenzione ostetrica delle lacerazioni durante il parto e da una corretta gestione del perineo nel post parto e durante il puerperio. A tal fine risulta molto importante la collaborazione tra tutti gli specialisti ginecologi, ostetriche, urologi, proctologi e riabilitatori che prendono in carico la donna dalla gravidanza al puerperio.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica alle pazienti che dalla gravidanza al puerperio manifestano patologie perineali disfunzionali quali incontinenza e/o urgenza minzionale/fecale, dolore pelvico, stipsi, prolasso genitale.

RESPONSABILITÀ

Il personale ostetrico, il personale medico (ginecologi, urologi, proctologi, fisiatri) e il personale tecnico della riabilitazione sono responsabili della corretta individuazione delle pazienti che necessitano dell'inserimento in un percorso di rieducazione/riabilitazione del pavimento pelvico.

TERMINI E DEFINIZIONI

CHINESITERAPIA: esercizio terapeutico
TRIGGER POINTS: aree di iperirritabilità muscolare (terapia manuale)
BFB: Biofeedback vaginale ed anale
SEF: elettrostimolazione funzionale
TTNS: Elettrostimolazione del Nervo Tibiale Posteriore
PERINEAL CARD: strumento di valutazione del rischio perineale
IUS: incontinenza da sforzo
KRISTELLER:pratica ostetrica di pressione sul fondo uterino

CODICI PRESTAZIONI

VALUTAZIONE	93042	93041	
	93.11.2	93.11.4	30'
	93.19.1		60'
ELETTROSTIMOLAZIONE	93.39.7		30'

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

GOIPP: gruppo ostetriche italiane pavimento pelvico

ALLEGATI

Modulo MO DS 332 rev. 0 "SCHEDA PERINEAL CARD"

PREMESSA

Il pavimento pelvico, come del resto ogni altra parte del nostro organismo, può essere soggetto a problematiche che possono avere maggiore o minore gravità, ma che devono comunque essere, tenute sotto controllo e riabilitate perché possono influenzare lo stile di vita e la percezione del proprio corpo creando disagio, dolore o imbarazzo.

Il perineo è anche legato alle principali funzioni neurovegetative: mantenerne l'integrità e una buona funzionalità aiuta a prevenire e correggere alcuni disturbi uroginecologici e ano-rettali.

Il pavimento pelvico ha sei funzioni principali: quella urinaria ed escretoria, quella sessuale e quella riproduttiva, quella posturale, di statica pelvica e di respirazione, quella biomeccanica.

Da qui ne consegue che quando sorge un problema ci possono essere situazioni contraddistinte da incontinenza urinaria o, al contrario, di ritenzione dell'urina, ci può essere incontinenza fecale o di gas e ci possono essere problematiche che si generano a seguito del parto, con lesioni di muscoli e nervi da cui si possono generare disfunzioni anche a lungo termine, come ipotono dei tessuti e muscoli perineali, prolasso, dolore durante il rapporto sessuale, ipertono.

Durante la gravidanza il pavimento pelvico subisce le pressioni e i cambiamenti ormonali in vista del parto e viene stressato dall'aumento del peso e delle forze dell'utero, con il liquido amniotico e il feto. Durate il parto, poi, il perineo può subire delle pressioni inadeguate e conseguenti lacerazioni. I problemi che si possono generare sono la tensione muscolare, l'indebolimento muscolare o della cavità vaginale o la lacerazione dei muscoli.

Dopo il parto il sintomo più frequente è quello dell'incontinenza da sforzo (IUS), che può provocare perdita involontaria di urina dopo sforzi, come un colpo di tosse, uno starnuto, un salto o anche semplicemente quando si alza la voce. Un altro sintomo è la cosiddetta dispareunia, cioè il dolore che si prova durante i rapporti sessuali. Sono situazioni che possono essere contenute e riabilitate con attività di rieducazione e riabilitazione del pavimento pelvico, ma prima di tutto ci deve esserci la consapevolezza del proprio corpo e di cosa è normale e cosa no.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' e COMPILAZIONE DELLA PERINEAL CARD

Il percorso di rieducazione/riabilitazione della partoriente inizia dalla visita di controllo di bilancio di salute materno che viene eseguita 40-60 giorni dopo il parto. In tali occasioni il personale medico (ginecologo, proctologo, urologo, fisiatra) e ostetrico dell'ASST procede con una valutazione del pavimento pelvico e, in base alle eventuali problematiche riscontrate e/o disfunzioni perineali, prende in carico la paziente e la inserisce in un percorso di rieducazione/ riabilitazione.

In fase di valutazione l'ostetrica dedicata compila la PERINEAL CARD (all. 1), strumento validato dalle società scientifiche uro-ginecologiche, per fare una stratificazione del rischio e quindi stabilire il percorso più appropriato per la donna.

La PERINEAL CARD prende in considerazione fattori anamnestici generali, fattori uroginecologici e fattori ostetrici attribuendone un punteggio.

Tra i fattori di rischio generali troviamo principalmente quelli che hanno determinato un sovraccarico della muscolatura perineale pre-gravidica quali la presenza di bronchiti ricorrenti con conseguente tosse cronica, l'attività lavorativa pesante con movimentazione di gravi e l'attività sportiva ad alto impatto.

Tra i fattori uro-ginecologi invece rientrano la presenza di incontinenza urinaria prima della gravidanza, tra due gravidanze e durante il primo trimestre di gravidanza, stipsi severa prima della gravidanza e in gravidanza e incontinenza a gas o feci prima della gravidanza.

Nei fattori ostetrici ritroviamo la primiparità, episiotomia, parto operativo, macrosomia fetale maggiore di 4000 gr, circonferenza cranica del neonato maggiore di 36 cm, presentazione anomala, lacerazioni ematomi e infezioni perineali, aumento ponderale maggiore di 14 kg, Kristeller, parto precipitoso, periodo espulsivo maggiore di 60 minuti, cateterismo.

Le ostetriche, nella compilazione della Perineal Card, assegnano un punteggio ad ogni voce andando ad individuare una stratificazione del rischio (basso, intermedio, elevato).

1) RISCHIO BASSO

A tutte le donne con un rischio stimato basso (R1, Perineal Card 0-3) in dimissione vengono rilasciate dalle ostetriche dei servizi di ostetricia e ginecologia aziendali indicazioni e suggerimenti sullo stile di vita da tenere così da potenziare fattori utili per la salute perineale e allontanare o correggere fattori causali dei disturbi del pavimento pelvico. Vengono inoltre fornite informazioni che riguardano alcuni sintomi come incontinenza urinaria a tre mesi dal parto, dolore pelvico e dispareunia che rappresentano campanelli di allarme e che devono suggerire alla donna la necessità di una valutazione specialistica uroginecologica.

2) RISCHIO INTERMEDIO

Le donne che ad una valutazione presso l'ambulatorio ostetrico di rieducazione del pavimento pelvico presentano un rischio medio (R2, Perineal Card 4-8) intraprendono nello stesso ambulatorio, un programma di rieducazione del P.P. Se ad una successiva valutazione emergono ulteriori necessità saranno indirizzate agli ambulatori di riabilitazione del Piano Perineale di Tirano, Morbegno.

3) RISCHIO ELEVATO

Le donne che ad una valutazione presso l'ambulatorio ostetrico di rieducazione del pavimento pelvico presentano un rischio elevato (R3, Perineal Card >8) saranno inviate a valutazione specialistica per poter intraprendere un percorso di riabilitazione presso gli ambulatori di riabilitazione del Piano Perineale di Tirano, Morbegno.

PERCORSO FISIOTERAPICO DELLA PAZIENTE NEL POST PARTUM

Nel Post-partum la donna considerata a rischio medio alto viene inviata dallo Specialista (Ginecologo, Proctologo, Urologo o Fisiatra) al Fisioterapista che si occupa di Riabilitazione del Pavimento Pelvico ed inserita direttamente all'interno di un percorso riabilitativo individuale. Il percorso riabilitativo si articola in un ciclo di 10 sedute ambulatoriali, spesso bisettimanali, con la possibilità, dopo confronto dello Specialista con il Terapista, di effettuare un secondo ciclo.

Il Fisioterapista che prende in carico la paziente effettuerà inizialmente una valutazione sia del Pavimento Pelvico Anteriore che Posteriore attraverso un'ispezione vaginale ed anale.

Da questa iniziale valutazione otterrà informazioni sullo stato disfunzionale del pavimento pelvico della paziente e potrà stabilire su cosa e come procedere durante il ciclo riabilitativo.

Il fisioterapista valuterà il pattern respiratorio della paziente, la sua statica pelvica ed effettuerà un esame neuro-muscolare che gli permetterà di stilare un programma riabilitativo adatto alla neo mamma; richiederà inoltre alla paziente la compilazione di un diario minzionale e/o fecale, utile anch'esso per definire il percorso riabilitativo da intraprendere.

PRINCIPALI TECNICHE RIABILITATIVE

Chinesiterapia pelvi-perineale

Esercizi respiratori e di rilassamento, di mobilità e allungamento muscolare, di ricerca di una corretta postura e corretto pattern respiratorio, in quanto un'alterata dinamica del bacino e del tratto lombo-sacrale associati a schemi respiratori alterati con ridotta escursione diaframmatica possono influenzare la statica pelvica nel suo ruolo di sostegno e sospensione viscerale.

Esercizi di rinforzo e automatizzazione dei muscoli del pavimento pelvico (pelvic floor muscle training)

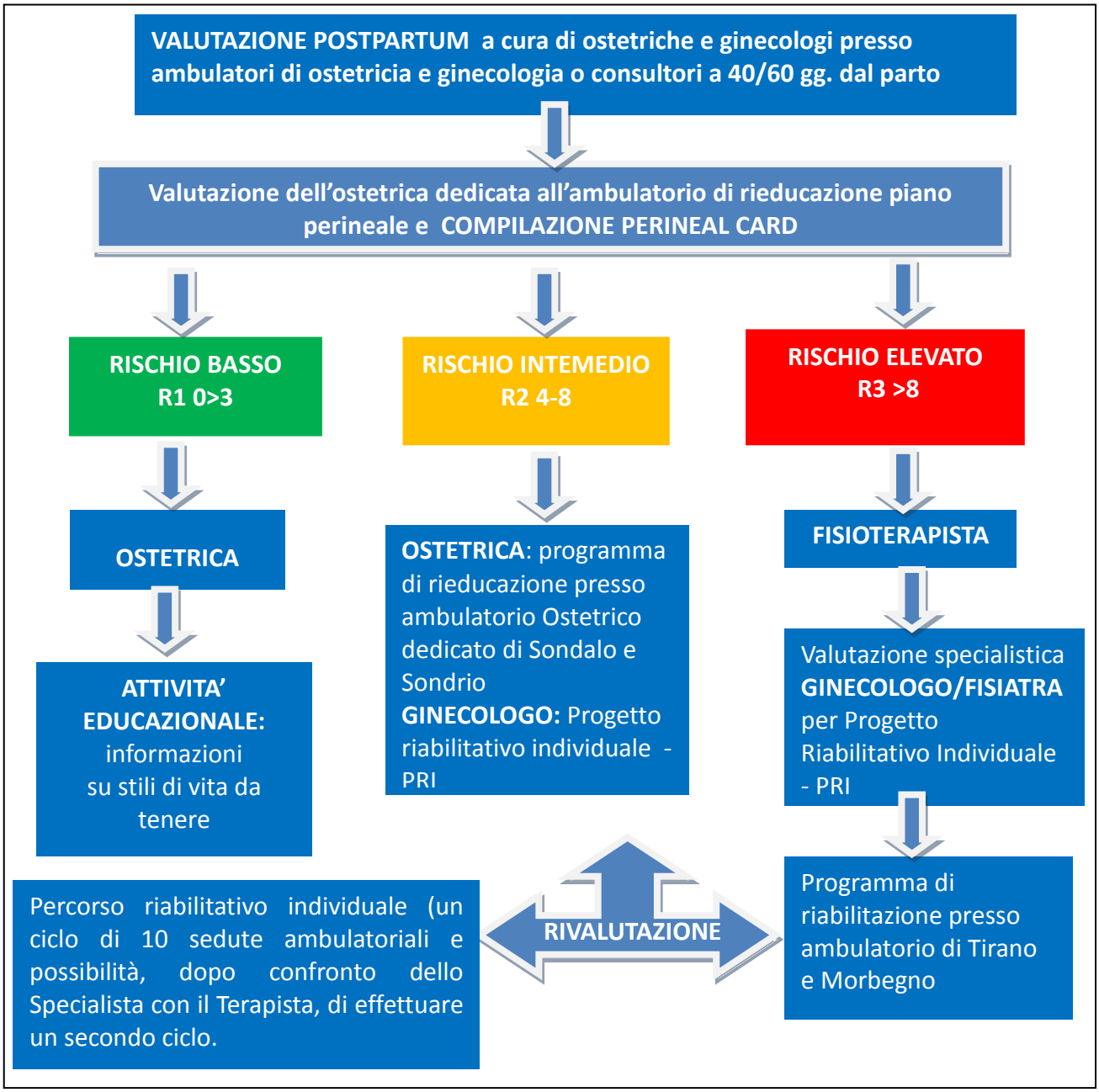
Trattamento dei trigger-points esterni ed interni

Il terapista una volta individuati i trigger points, agisce su di essi con pressioni che serviranno a ridurre il dolore, tratterà i muscoli, stirandoli per ridurre la loro contrattura (terapia manuale)

Biofeedback vaginale ed anale (BFB) con l'utilizzo di una sonda endocavitaria

Tecnica che facilita l'apprendimento motorio attraverso un dispositivo che restituisce un'informazione immediata, precisa ed obiettiva, dell'attività motoria di cui la paziente in condizioni normali ha poca o addirittura alcuna consapevolezza; permette inoltre di acquisire un miglior controllo volontario della muscolatura del pavimento pelvico.

Elettrostimolazione funzionale (SEF) con l'utilizzo di una sonda endocavitaria
E' una stimolazione della contrazione della muscolatura perineale; il pavimento pelvico viene stimolato a contrarsi passivamente.

Elettrostimolazione (neuromodulazione) del Nervo Tibiale Posteriore TTNS)
E' una forma di stimolazione elettrica che utilizza elettrodi di superficie (transcutanei).
Lo scopo di tale tecnica è quello di risalire attraverso i nervi periferici (nervo tibiale posteriore-nervo sciatico- nervo pudendo) verso il midollo spinale al fine di resettare il sistema nervoso parasimpatico. Questa tecnica viene utilizzata sia nell'urgenza minzionale che fecale.

FLOWCHART