

Rolul sarcinii și al nașterii în apariția tulburărilor de statică pelvică

The role of pregnancy and childbirth on pelvic static disorders

Elvira Brătîlă¹,
Simona
Vlădăreanu²,
Costin
Berceanu³,
Monica
Cîrstoiu⁴,
Claudia
Mehedințu⁵,
Diana
Comandașu¹,
Mihai Mitran⁶

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon”, București
2. Departamentul de Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență Elias
3. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Județean de Urgență Craiova
4. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență, București
5. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul de Urgență „Nicolae Malaxa”, București
6. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sirbu” București

Correspondență:
Dr. Elvira Brătîlă
e-mail: elvirabarbu@
gmail.com

Mențiune:
Toți autorii au contribuit
în mod egal la elaborarea
acestui articol.

Abstract

Background. Multiple studies emphasize the consequences of vaginal delivery on the pelvic floor, but the pregnancy itself represents a risk factor for the appearance of static pelvic disorders. **Methods.** Review of specialty literature by studying the articles published in PubMed and Cochrane databases between 1980 and 2010. **Results.** The prevalence of urinary incontinence (UI) is correlated with parity and the way that vaginal delivery is assisted. Although delivery is an independent risk factor for the occurrence of UI, pregnancy plays an important role in its pathophysiology. UI during pregnancy is considered a prediction factor for the subsequent appearance of UI. Damage to the pelvic nerves and muscles during childbirth increases the risk of postpartum urinary retention, the effect of epidural analgesia being controversial. Hormonal influences during pregnancy cause the relaxation of utero-vaginal support systems resulting in the emergence of uterine prolapse, its level increasing in the third trimester. Postpartum fecal incontinence presents as risk factors the external and/or internal anal sphincter lacerations, which have a maximum incidence at first vaginal delivery and the pudendal neuropathy respectively, which is strongly associated with multiparity. **Discussion.** Among the prophylactic factors for the appearance of postpartum perineal disorders we mention avoiding the use of instrumental delivery by forceps application, the correct diagnosis of fetal pelvic disproportion and limiting the duration of the second active phase of labor. **Conclusions.** The majority of pelvic floor disorders occur as a result of the first vaginal delivery. Although cesarean section represents a prophylactic factor for static pelvic disorders, it does not have a protective role when performed in the second stage of labor. **Keywords:** vaginal delivery, cesarean section, urinary incontinence, uterine prolapse, fecal incontinence

Rezumat

Introducere. Multiple studii subliniază consecințele nașterii vaginale asupra planșeului pelvic, însă sarcina în sine reprezintă un factor de risc pentru apariția tulburărilor de statică pelvică. **Material și metodă.** Review al literaturii de specialitate, studiind articolele publicate în bazele de date Pubmed și Cochrane între anii 1980 și 2010. **Rezultate.** Prevalența incontinenței urinare (IU) se corelează cu paritatea și cu modalitatea de asistare a nașterii pe cale vaginală. Deși nașterea reprezintă un factor de risc independent pentru apariția IU, sarcina are un rol important în fiziopatologia sa. IU, pe parcursul gestației, este considerată un factor predictiv pentru apariția ulterioară a IU. Afectarea nervilor și mușchilor pelvini în timpul nașterii crește riscul de retenție urinară în post-partum, efectul analgeziei peridurale fiind controversat. În timpul sarcinii, influențele hormonale determină relaxarea sistemelor de susținere utero-vaginale având ca efect apariția prolapsului uterin, gradul său crescând în trimestrul III. Incontinența fecală apărută post-partum prezintă ca factori de risc lacerările sfincterului anal extern și/sau intern care au o incidență maximă la prima naștere vaginală și respectiv neuropatia pudendală, care este puternic asociată cu multiparitatea. **Discuții.** Dintre factorii de profilaxie ai tulburărilor perineale post-partum enumerăm evitarea utilizării nașterii instrumentale prin aplicație de forceps, diagnosticul corect al disproporției cefalo-pelvice și limitarea duratei fazei a II-a active a travaliului. **Concluzii.** Majoritatea disfuncțiilor planșeului pelvic apar ca urmare a primei nașteri vaginale. Cezariana, deși reprezintă un factor profilactic pentru tulburările de statică pelvică, nu are un rol protectiv atunci când este efectuată în faza a II-a a travaliului. **Cuvinte-cheie:** naștere, operație cezariană, incontinență urinară, prolaps uterin, incontinență fecală

Introducere

Multiple studii subliniază consecințele nașterii pe cale vaginală asupra planșeului pelvic, însă sarcina în sine reprezintă un factor de risc independent pentru apariția tulburărilor de statică pelvică. Prima naștere are cel mai mare impact asupra staticii pelvice, traumatismul obstetrical

acționând în toate cele trei compartimente pelvi-perineale, respectiv asupra celor trei axe perineale: axa urinară, cauzând incontinență urinară, axa sexuală, prin prolapsul uterin generat, respectiv axa anală, prin apariția incontinenței fecale. Cel mai frecvent afectat compartiment este cel posterior, având drept consecință incontinența anală.

Material și metodă

Am realizat un review al literaturii de specialitate, studiind articolele având ca temă rolul sarcinii și al nașterii asupra apariției tulburărilor de statică pelvică, publicate în bazele de date Pubmed și Cochrane între anii 1980 și 2010.

Consecințe urologice - incontinența urinară

Incontinența urinară (IU) la femei este considerată o afecțiune ce recunoaște ca factori etiopatogenici sarcina și respectiv nașterea. Prevalența incontinenței urinare se corelează cu paritatea și cu modalitatea de asistare a nașterii pe cale vaginală. Deși nașterea pe cale vaginală reprezintă un factor de risc independent major pentru apariția incontinenței urinare, sarcina în sine joacă un rol important în fiziopatologia acestei boli.

Studiul lui Rortveit⁽¹⁾ vine în sprijinul acestei afirmații, evidențiind faptul că la pacientele care nu au suferit un traumatism perineal, deoarece s-a ales ca modalitate de naștere operația cezariană, procentul de apariție a IUE a fost de 15,9%, mai mare comparativ cu femeile nulipare, la care s-a raportat o rată de 10%. Deși prevalența incontinenței urinare de efort (IUE) este mai mare la pacientele care au născut prin operație cezariană comparativ cu cele nulipare, prevalența incontinenței prin imperiozitate micțională a fost raportată similar în cele două grupe. Groutz⁽²⁾ a realizat în 2004 un studiu prospectiv asupra prevalenței IUE la un interval de un an post-partum. În cazul primiparelor care au născut pe cale vaginală și al celor care au născut prin cezariană efectuată în faza activă a travaliului, prevalența IUE s-a dovedit a fi similară - 10,3%, respectiv 12%. Cezariana electivă se asociază cu un procent semnificativ mai mic de IUE în post-partum - 3,4%.

IU pe parcursul stării de gestație este considerat ca fiind un factor predictiv pentru apariția ulterioară a IU. Cunoscută fiind frecvența crescută de apariție a simptomelor urinare în perioada sarcinii, acestea pot fi uneori confundate cu aspecte normale asociate gestației. Fenomenele de IU apar în timpul gestației cu o frecvență variabilă de 2,4-85%, fiind corelate cu multipli factori, dintre care menționăm: paritatea, perioada de gestație (fiind mai frecvente în trimestrul al III-lea), vârsta gravidei sau tipul de incontinență urinară apărut - de efort, prin imperiozitate sau mixtă⁽³⁾. Cele mai multe studii susțin impactul primei nașteri asupra mecanismelor de continență urinară. Pe de altă parte, există studii ce susțin corelația dintre IU și paritate, riscul de apariție a pierderilor involuntare de urină crescând începând cu a treia naștere pe cale vaginală.

Au fost efectuate puține studii referitoare la investigații urodinamice în timpul sarcinii și în lăuzie. La pacientele continente s-a evidențiat o creștere a lungimii funcționale a uretrei și a presiunii maxime de închidere uretrală, modificări ce apar ca un mecanism de protecție a mijloacelor de continență⁽⁴⁾. Aceste mecanisme compensatorii nu au fost înregistrate la pacientele însărcinate continente la efort⁽⁵⁾. Studiile epidemiologice raportează prevalența IU în timpul sarcinii cuprinsă între 23% și 67%, în special în trimestrul al III-lea, pe când după nașterea pe cale vaginală este înregistrată cu o frecvență de 6-29%, mai mare în cazul multiparelor⁽⁶⁾.

Pierderile involuntare de urină la efort dispar frecvent în post-partum. Debutul IU în timpul sarcinii are valoare predictivă puternică asupra evoluției IU. IU apărută *de novo* în post-partum este o entitate rară, care se menține într-o proporție semnificativă pe termen lung: studiul lui Iosif confirmă IU la mai mult de 6 luni post-partum la 57% dintre paciente, în timp ce Viktrup afirmă prezența IU în 23,8% dintre cazuri la 1 an, proporția acestora la 5 ani fiind de 100%^(7,8).

Rezultatele studiilor lui Rortveit (2003) și Farrell (2001) subliniază faptul că traumatismul perineal ce acompaniază nașterea pe cale vaginală se suprapune riscului asociat sarcinii^(1,9). Analiza lui Rortveit asupra a 15.307 femei a arătat că prevalența IU diferă semnificativ la nulipare - 10%, femei care au născut prin operație cezariană - 15,8% și respectiv femei care au avut cel puțin o naștere vaginală - 24,2%. Farrell a comparat prevalența IU la 6 luni post-partum, aceasta fiind semnificativ mai mică pentru modalitatea de naștere prin operație cezariană - 10%, comparativ cu nașterea vaginală - 22%. Handa afirmă în 2004 că prevalența IUE poate fi redusă cu 40% prin practicarea exclusivă a operației cezariene⁽¹⁰⁾. Reducerea riscului de IUE prin practicarea operației cezariene nu este clar demonstrată pe termen lung, deoarece până în prezent nu există suficiente studii care să dovedească acest lucru. Un studiu efectuat pe 288 de surori gemene arată însă că modalitatea de terminare a nașterii este un factor determinant major pentru apariția IUE. Operația cezariană reduce de trei ori riscul relativ de apariție a IUE.

Fiziopatologia IU

Nașterea pe cale vaginală este implicată în fiziopatologia apariției IU post-partum prin 4 mecanisme majore:

1. Afectarea țesutului conjunctiv de susținere a organelor pelvice, în special în nașterile instrumentale (forcepsul afectând structurile conjunctive mai mult decât ventuza).
2. Afectarea vasculară a structurilor pelvice din cauza compresiunii realizate asupra acestora de către prezența tație.
3. Lezarea nervilor pelvici și a musculaturii pelvice.
4. Afectarea directă a tractului urinar inferior în timpul travaliului și al expulziei.

Conform unui studiu realizat pe un lot de 3.536 de femei, publicat de Melville în 2005, rata apariției IU post-partum a fost diferită nu numai în funcție de modalitatea de naștere, dar și raportată la tipul defectului. Astfel, IUE a apărut într-o proporție de 15% după nașterea vaginală, respectiv 11% după operație cezariană, IU mixtă a fost prezentă în 23% din cazuri după naștere spontană, respectiv în 16% după cezariană, iar IU prin imperiozitate a raportat o frecvență de 5,4% după nașterea vaginală, respectiv 3,7% după nașterea prin cezariană. Se poate afirma astfel că efectul protector al cezarienei este relevant în cazul IUE și IU mixte, nemodificând riscul de apariție a incontinenței prin imperiozitate⁽¹¹⁾.

Dezbaterile continuă în ceea ce privește impactul modalității de desfășurare a nașterii pe cale vaginală și al factorilor asociați intrapartum asupra riscului de apariție a IUE. Există dovezi contradictorii în ceea ce privește impactul travaliului și nașterii asupra apariției IU, de

exemplu durata fazei a II-a a travaliului, analgezia epidurală, nașterea instrumentală, epiziotomia, precum și impactul caracteristicilor fetale, cum sunt greutatea la naștere, circumferința craniană, și a celor materne, cum sunt indicele de masă corporală și câștigul ponderal în sarcină⁽⁹⁾.

Există studii ce susțin creșterea riscului de apariție a IUE în cazul aplicațiilor de forceps, dar literatura medicală citează un număr mai mare de studii ce vin să infirme acest lucru. Comparativ cu nașterea spontană vaginală, vacuum extracția nu crește riscul de apariție a IUE. Rezultate contradictorii sunt publicate și în ceea ce privește durata fazei a II-a a travaliului, fiind imposibil de concluzionat în ceea ce privește efectul asupra planșeului pelvic dacă este mai bine de acceptat prelungirea fazei expulzive sau nașterea cu ajutor instrumental.

Trialurile randomizate susțin evitarea practicării de rutină a epiziotomiei. Deși în cazul în care nu se practică epiziotomia crește riscul de lezare a perineului anterior și al leziunilor periuretrale, nu există nici o diferență statistică în ceea ce privește apariția ulterioară a IU. Mai mult de atât, presiunea medie maximă de închidere uretrală (MUCP), lungimea uretrei funcționale și forța musculaturii pelvine au fost similare în cele două grupuri⁽⁹⁾.

Datele referitoare la impactul anesteziei epidurale în timpul travaliului sunt contradictorii: unele rezultate susțin ipoteza unui factor de protecție împotriva dezvoltării IUE după nașterea vaginală, în timp ce alți autori nu confirmă aceste rezultate.

Retenția urinară

Incidența retenției urinare post-partum variază de la 0,7% la 17,9%, conform literaturii de specialitate^(12,13). Evenimentele traumatice, cum ar fi deteriorarea nervilor și mușchilor pelvini în timpul nașterii, cresc riscul de retenție urinară în perioada post-partum, efectul analgeziei peridurale în acest sens fiind controversat. Într-un studiu prospectiv recent, incidența nașterii instrumentale, a rupturii sfincteriene și lacerăției perineale de grad înalt a fost crescută în mod semnificativ la pacientele cu retenție urinară în timpul nașterii⁽¹³⁾.

Consecințe ginecologice - prolapsul uterin

Există relativ puține date asupra prolapsului uterin (PU) după nașterea pe cale vaginală sau prin cezariană. În timpul sarcinii, influențele hormonale determină relaxarea sistemelor de susținere utero-vaginale având ca efect apariția PU, gradul acestuia crescând în trimestrul al III-lea.

S-a raportat în 2002 că pentru un lot de 94 de gravide care s-au prezentat la controlul antepartum la 36 de săptămâni de gestație, 46% din nulipare au prezentat prolaps uterin și respectiv 26% au fost diagnosticate cu stadiul 2 de prolaps genital⁽¹⁴⁾. Rezultatele au fost similare pentru O'Boyle, care a descoperit în același an că 47,6% dintre gravidele studiate au prezentat PU stadiul 2, toate pacientele prezentând absența prolapsului sau stadiul 1 înainte de sarcină. Modificările anatomice au avut loc în timpul sarcinii, stadiul PU fiind semnificativ mai mare în al treilea trimestru de gestație comparativ cu primul⁽¹⁵⁾.

Studiile efectuate de O'Boyle în 2005 în perioada post-partum evidențiază grade mai mari de prolaps

la pacientele care au născut pe cale vaginală, comparativ cu cele care au născut prin operație cezariană⁽¹⁶⁾. Procentul de prolaps uterin în post-partum nu este semnificativ diferit, însă, dacă operația cezariană este efectuată după proba de travaliu, conform lui Sze, se raportează rate de 32%, respectiv 35% de prolaps uterin *de novo* la 6 săptămâni după nașterea vaginală, respectiv operație cezariană în faza activă a travaliului⁽¹⁴⁾. Concluzia acestor studii este că operația cezariană efectuată în travaliu și nașterea vaginală au avut efecte similare asupra planșeului pelvin.

Fiziopatologia prolapsului uterin

În fiziopatologia apariției prolapsului organelor pelvine post-partum sunt implicați 3 factori majori:

1. Alterarea suportului realizat de fascia endopelvică prin lezarea sa directă.
2. Injuria musculaturii pelvine în timpul travaliului și în special în expulzie.
3. Denervarea planșeului pelvin prin afectarea integrității filetelor nervoase.

În contrast cu IU și IF, aplicația de forceps și practicarea epiziotomiei nu reprezintă factori de risc independenți pentru apariția PU.

Modificările profilului hormonal în sarcină au efecte structurale și funcționale asupra musculaturii pelvice, în această perioadă scăzând forța de contracție a musculaturii perineale.

Un studiu prospectiv recent electromiografic realizat de Fleming⁽¹⁷⁾ pe un lot de 102 femei a furnizat date obiective despre caracteristicile planșeului pelvin înainte și după naștere. Comparativ cu scorurile electromiografice realizate antepartum, cele mai bune performanțe post-partum au fost înregistrate în următoarea ordine: după operația cezariană, perineul intact, lacerăția perineală gradul I, lacerăția perineală gradul II sau III și, în cele din urmă, epiziotomia. În plus, deși toate grupurile au prezentat creșterea funcției musculare perineale la 6 luni post-partum, femeile cu epiziotomie la naștere au avut o pierdere medie netă a performanței musculare perineale după naștere.

În concluzie, deși forța de contracție a musculaturii pelvice scade semnificativ după nașterea pe cale vaginală, în aproximativ două luni de la naștere se revine la tonusul normal în majoritatea cazurilor fără epiziotomie. Revenirea la geometria normală a mușchilor ridicători anali la aproximativ două săptămâni post-partum este sugerată de ascensiunea corpului perineal și respectiv diminuarea ariei hiatusului urogenital.

Consecințe ano-rectale - incontinența fecală

Incidența incontinenței fecale (IF) după nașterea pe cale vaginală a fost raportată în diferite studii cu rate diferite, între 4% și 44%. Incontinența fecală apărută post-partum prezintă ca factori de risc lacerățiile sfincterului anal extern și/sau intern, care au o incidență maximă la prima naștere vaginală, și respectiv neuropatia pudendală, care este puternic asociată cu multiparitatea. Doar 4% din multipare dezvoltă noi lacerății ale sfincterului anal extern, însă doar 3-14% din lacerățiile sfincteriene sunt recunoscute în timpul nașterii.

Tabelul 1 IU în funcție de paritate, tipul de defect și momentul raportat la sarcină

Autori, An	Număr	Paritate	Tip de IU	IU înaintea sarcinii	Trimestrul 1	Trimestrul 2	Trimestrul 3
Francis 1961	222	primigeste	IUE	?	IUE în sarcină: 53%		
Francis 1961	178	multigeste	IUE	?	IUE în sarcină: 85%		
Stanton 1980	93	nulipare	IUE	0%	6,1%		34,6%
			IU de imperiozitate	4,2%	2,4%		9,8%
Stanton 1980	98	multipare	IUE	9,8%	26,5%		41,7%
			IU de imperiozitate	3,2%	5,1%		12,5%
Iosif 1981	1.411	orice paritate	IUE		22,7%		
Cutner 1991	47	orice paritate	IUE		14,9%		
			IU de imperiozitate		19,1%		
Cutner 1992	28	orice paritate	IUE			32%	
			IU de imperiozitate			43%	
Chiarelli 1997	304	orice paritate	Orice tip de IU		64%		
			IUE		20%		
			IU de imperiozitate		7%		
			IU mixtă		37%		
Wijma 2001	117	nulipare	Orice tip de IU		16% la 12-16 săptămâni		30% la 28-30 săptămâni 35% la 36-38 săptămâni
Hvidman 2002	352	nulipare	Orice tip de IU	5,4%	Prevalența IU: 19,9%		
	290	multipare	Orice tip de IU	34,8%	Prevalența IU: 24,8%		
Eason 2004	949	orice paritate	IUE	16,5%			36,5%

Lacerările obstetricale de sfincter anal intern reprezintă o cauză de pierdere involuntară pasivă a materiilor fecale, în timp ce lacerările sfincterului anal extern se asociază cu imperiozitatea fecală. 30% dintre pacientele cu defecte

ale sfincterului anal prezintă simptome de incontinență și respectiv imperiozitate fecală. Leziuni ale sfincterului anal au fost întâlnite într-o proporție de 100% la pacientele cu incontinență fecală.

Tabelul 2 IUE conform modalității de naștere (vaginală sau operație cezariană): studii de cohortă

Autor An	Număr	Follow-up în post-partum	% IUE în caz de naștere vaginală	% în caz de operație cezariană
Wilson 1996	345 primipare	3 luni	24,5%	5,2%
Hannah 2002	1.596 orice paritate	3 luni	7,3%	4,5%
Eason 2004	571 primipare	3 luni	31,2%	11,5%
	479 primipare fără IU în sarcină	3 luni	20,6%	6,6%
Groutz 2004	363	1 an	10,3%	3,4% - cezariană electivă 12% - cezariană în travaliu
Schytt 2004	2.390	1 an	23,4%	10,6%
Hannaah 2004	917 orice paritate	2 ani	17,8%	21,8%
Fritel 2004	307 primipare	4 ani	30%	19%

Tabelul 3 IUE conform modalității de naștere (vaginală sau operație cezariană): studii longitudinale

Autor An	Număr	Vârstă (ani)	% IUE în caz de naștere vaginală	% în caz de operație cezariană
Peyrat 2002	1.318 orice paritate	20-62	15%	6,1%
Rortveit 2003	11.968 orice paritate	20-64	12,2%	6,9%
	1.703 orice paritate	20-29	10,5%	5,8%
	4.050 orice paritate	30-39	12,7%	5,8%
	4.749 orice paritate	40-49	17,2%	9%
	1.466 orice paritate	50-64	16,6%	12,2%
Foldspang 2004	1.232 primipare	20-59	28,3%	12%
	642 multipare	20-59	31,3%	17,9%

Printre factorii predispozanți pentru apariția tulburărilor sfincterine post-partum menționăm: multiparitatea, nașterea instrumentală, practicarea epiziotomiei, analgezia epidurală, prelungirea fazei a II-a a travaliului, macrosomia, vârsta maternă peste 30 de ani, distocia de umeri, prelungirea travaliului, circumferința craniană fetală crescută. Multiparitatea cauzează afectare sfincteriană printr-o predispoziție crescută pentru neuropatie pudendală

generată de lezarea repetată a inervației pelvine. Nașterea instrumentală crește de 8 ori riscul relativ de injurie a sfincterului anal, iar aplicația de forceps poate spori riscul de apariție a neuropatiei. Epiziotomia se asociază cu un număr mai mare de lacerări oculte ale sfincterului anal și cu o musculatură pelvină cu forță de contracție scăzută în post-partum, însă totodată cu o incidență redusă a lacerărilor perineului anterior. Prolungirea fazei a II-a a

travaliului crește riscul de apariție a neuropatiei. Analgezia epidurală determină prelungirea fazelor I și a II-a ale travaliului, creșterea numărului aplicațiilor de forceps și a epiziotomiei, favorizând neuropatia pudendală.

Fiziopatologia IF

Incontinența fecală de origine obstetricală recunoaște drept cauze lacerarea sfincteriană în 29% din cazuri și neuropatia pudendală izolată în 14% din cazuri, restul de 57% fiind generate de o afectare mixtă⁽¹⁸⁾.

Electromiografia planșeului pelvin post-partum decelează o creștere a timpului de latență al terminațiilor motorii ale nervului rușinos (PNTML), ca o consecință a pierderii continuității fibrelor groase mielinizate cu conducere nervoasă rapidă ale nervului rușinos, injuria nervului rușinos fiind mai frecventă pe partea stângă. La primipare apare însă reinervarea musculaturii planșeului pelvin cu normalizarea PNTML la 6 luni post-partum într-o proporție de 80% după naștere⁽¹⁹⁾. Neurofiziologia nervului rușinos pare să prezinte un declin progresiv odată cu înaintarea în vârstă și numărul de nașteri vaginale⁽²⁰⁾.

Afectarea nervului rușinos, cu prelungirea consecutivă a PNTML, apare în aceeași măsură și în cazul nașterii prin operație cezariană efectuată tardiv în faza I sau în faza a II-a a travaliului. Astfel, Fynes afirmă că cezariana efectuată în timpul travaliului avansat nu prezintă efecte protective asupra sfincterului anal, însă injuria în acest caz este mai degrabă neurologică decât mecanică⁽²¹⁾. Neuropatia pudendală recunoaște aceiași factori de risc ca și în cazul leziunilor sfincterului anal.

Mijloacele de prevenție a incontinenței anale derivă din excluderea factorilor de risc, care sunt reprezentați de limitarea nașterii instrumentale, în special aplicația de forceps, utilizarea restrictivă a epiziotomiei, evitarea prelungirii fazei a II-a a travaliului, nașterea prin operație cezariană și o bună pregătire în diagnosticarea și tratarea lacerățiilor de sfincter anal.

Consecințe sexuale

Un review sistematic publicat de Signorello în 2001⁽²²⁾ a sugerat o asociere puternică între nașterea vaginală asistată și un anumit grad de disfuncție sexuală. Cele mai multe studii pe această temă au arătat că riscurile de apariție a întârzierii în reluarea actului sexual, dispareuniei, durerii perineale și dificultăților sexuale s-au corelat cu nașterea vaginală asistată. Funcția sexuală a fost compromisă în mod semnificativ la femeile cu lacerății perineale de gradele III și IV. Epiziotomia a conferit același profil al rezultatelor sexuale ca și lacerățiile perineale spontane.

Discuții

Utilizarea de rutină a epiziotomiei nu prezintă avantaje în ceea ce privește incidența dispareuniei și a incontinenței urinare post-partum. Mai mult decât atât, epiziotomia are efecte negative asupra performanțelor musculaturii perineale post-partum⁽²³⁾.

Dintre factorii de profilaxie a tulburărilor perineale post-partum enumerăm evitarea utilizării nașterii instrumentale prin aplicație de forceps, diagnosticul corect al disproporției cefalo-pelvice și limitarea duratei fazei a II-a active a travaliului⁽²⁴⁾.

Concluzii

Etiologia incontinenței urinare de efort, a prolapsului uterin și a incontinenței fecale de cauză obstetricală recunoaște multipli factori de risc. La aceștia se adaugă și factorii de risc asociați sarcinii, dintre care enumerăm: anomalile de colagen, ereditatea, indexul de masă corporală, paritatea și stilul de viață.

Majoritatea disfuncțiilor planșeului pelvic apar ca urmare a primei nașteri vaginale. Operația cezariană, deși reprezintă un factor profilactic pentru tulburările de statică pelvică, nu are un rol protectiv atunci când este efectuată în faza a II-a activă a travaliului. ■

Bibliografie

1. Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pazuza D, Lessing JB, Gordon D, Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*, 2003; 348: 900-907.
2. Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pazuza D, Lessing JB, Gordon D, Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *NeuroUrol Urodyn*, 2004; 23: 2-6.
3. Wijma J, Weis Potters AE, de Wolf BT, Tinga DJ, Aarnoudse JG, BJOG, Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. 2001; 108: 726-732.
4. Stanton SL, Kerr-Wilson R, Harris VG. The incidence of urological symptoms in normal pregnancy. *BJOG*, 1980; 87: 897-900.
5. Chiarelli P, Campbell E, Incontinence during pregnancy. Prevalence and opportunities for continence promotion. *Aust NZJ Obstet Gynecol*, 1997; 37: 66-73.
6. Cutner, A., Cardozo, L.D. The lower urinary tract in pregnancy and the puerperium. *Int Urogynecol J*. 1992; 3:317-323.
7. Iosif S, Henriksson L, Ulmsten U. Postpartum incontinence. *Urol Int*, 1981; 36: 53-58.
8. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K., The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol*, 1992; 79: 945-949.
9. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF, Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol*, 2001; 97: 350-356.
10. Handa VL, Harvey L, Fox HE, Kjerulff KH., Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 191: 463-469.
11. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K., Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Intern Med*. 2005; 165:537-542.
12. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY., Postpartum urinary retention. *J Am Board Fam Pract*, 1991; 4: 341-344.
13. Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J*, 2003; 14: 119-121.
14. Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM., Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 2002; 100: 981-986.
15. O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, Davis GD, Swift SE., Pelvic organ support in nulliparous pregnant and nonpregnant women: a case control study. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 187: 99-102.
16. O'Boyle AL, O'Boyle JD, Calhoun B, Davis GD., Pelvic organ support in pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2005.
17. Fleming N, Newton ER, Roberts J., Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *J Midwifery Womens Health*, 2003; 48: 53-9.
18. Deen KII, Oya M, Ortiz J, Keighley MR., Randomized trial comparing three forms of pelvic floor repair for neuropathic faecal incontinence. *Br J Surg*. 1993 Jun; 80(6):794-8.
19. Allen REI, Hosker GL, Smith AR, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990 Sep; 97(9):770-9.
20. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM., Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg*. 1990 Dec; 77(12):1358-60.
21. Fynes M, Donnelly VS, O'Connell PR, O'Herlihy C., Obstet Cesarean delivery and anal sphincter injury. *Gynecol* 1998, 92:496-500.
22. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT., Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 2001; 184: 881-890.
23. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C., Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: the influence on the urethral pressure profile, analmanometric and other pelvic floor findings-follow-up study of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84: 65-71.
24. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I., West Berkshire perineal management trial. *Br Med J*, 1984; 289: 587-590.