

Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista

Giovanna Valentini

Anestesista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano, Milano

Il tentativo di controllare il dolore durante il parto ha origini molto antiche, e già ne troviamo traccia in epoca romana, quando le donne utilizzavano pozioni di erbe per potere partorire senza dolore. Con l'avvento del Cristianesimo si diffuse la convinzione che il travaglio di parto fosse un evento assolutamente naturale e quindi vi era l'accettazione del dolore che lo accompagnava. Nel Medioevo si iniziò a interpretare il dolore da parto come una giusta punizione divina finalizzata all'espiazione di qualche colpa. Le donne perciò hanno da sempre accettato il dolore da parto come qualcosa di ineluttabile che, accompagnando un evento naturale, avrebbe dovuto essere accettato.

Possiamo affermare che la moderna analgesia ostetrica ebbe inizio nel 1847, in Inghilterra, con l'utilizzo del cloroformio. La stessa Regina Vittoria si fece somministrare l'analgesia con cloroformio in occasione del travaglio dei figli. Risale al 1885 la prima analgesia epidurale (Cornig), ma è solo negli anni '40-'50 che si assiste a una diffusione delle tecniche analgesiche e anestesologiche, finalizzate al controllo del dolore in corso di travaglio di parto, con un notevole incremento di studi scientifici.

Il controllo del dolore da parto rimane tuttavia un problema molto controverso, poiché molti sono i fattori che contribuiscono alla percezione algica della donna e pochi gli studi che cercano di definire sia quantitativamente che qualitativamente il dolore associato al parto (Capogna et al 2009; Stirparo et al 2008a; Stirparo et al 2008b). Parliamo infatti di un tipo di dolore molto particolare, di origine multifattoriale, e che si distacca dagli altri tipi di dolore che proviamo durante la nostra esistenza (Capogna et al 2009; Stirparo et al 2008a; Stirparo et al 2008b).

Il **dolore da parto** ha infatti una **connotazione molto particolare**, poiché è comunque collegato a un evento positivo, e non è sintomo di alcuna malattia. E' un dolore finalizzato a un evento fisiologico importantissimo, e come tale sicuramente accettato dalla donna, ma è un'esperienza estremamente influenzata dallo stato affettivo, dal livello socio-culturale e dalle precedenti esperienze. Lo scopo dell'analgesia del parto è di ridurre il dolore e anche l'ansia della paziente, al fine di garantire il benessere materno-fetale e una corretta progressione del travaglio, senza interferire con i tempi e con la corretta evoluzione del travaglio stesso.

Il **dolore da parto** ha una **componente viscerale** e una **componente somatica**:

- durante il **primo stadio del travaglio** prevale la componente strettamente **viscerale**, dovuta alla dilatazione del collo uterino e allo stiramento del

segmento uterino inferiore (Capogna et al 1995; Hawkins 2010).

- E' un tipo di **dolore viscerale, sordo, diffuso, mal localizzabile**. Durante questa prima fase del travaglio il dolore è veicolato da fibre sensitive simpatiche, provenienti dal corpo e dal collo dell'utero, che afferiscono ai dermatomeri T10-L1.

- Durante la **fase iniziale** del primo stadio (early) il dolore è più percepito come **discomfort**.

- Con il **progredire della dilatazione del collo dell'utero** e con l'**aumentare dell'intensità e della frequenza delle contrazioni uterine**, il dolore diviene più **severo, acuto** e con caratteristiche crampiformi.

• la **seconda fase del travaglio**, ha inizio quando la **dilatazione del collo dell'utero è completa**.

- E' caratterizzata da un **dolore di tipo somatico**. Questo tipo di dolore è un **dolore più intenso, più definito e meglio localizzabile**.

- La seconda fase del travaglio di parto è caratterizzata dalla **discesa della parte presentata**, solitamente la **testa del feto**, e le caratteristiche somatiche del dolore sono dovute alla **pressione esercitata dalla testa fetale sugli organi pelvici e alla distensione e allo stiramento del pavimento pelvico, della vagina e del perineo** (Capogna et al 2009).

- I metameri interessati durante la seconda fase del travaglio sono i metameri lombosacrali, da L1 a S2, S3, S4 (Capogna et al 1995).

I **fattori che influenzano l'intensità del dolore percepito** sono molteplici:

- parità della donna;
- dimensioni del feto;
- tipo di presentazione;
- intensità e durata delle contrazioni;
- rapidità della dilatazione del collo dell'utero.

Il **dolore può essere percepito amplificato in relazione a** (Capogna et al 2009; Stirparo et al 2008a; Stirparo et al 2008b):

- età della partorientente;
- fattori psicologici;
- livello socioculturale;
- esperienze dolorose precedenti;
- affaticamento;
- ansia;
- mancanza di sonno.

Qualora molto intenso, e mal sopportato dalla donna, il **dolore del travaglio e del parto può assumere una connotazione negativa**, alterando la fisiologia e l'omeostasi materna, influenzando negativamente il benessere del feto e la progressione del travaglio stesso (Capogna et al 1995). Infatti, durante il travaglio, il dolore percepito dalla donna, induce una iperincrezione di catecolamine (adrenalina e noradrenalina). Queste ultime possono causare una vasocostrizione dei vasi ombelicali, con una conseguente riduzione del flusso placentare e una diminuzione degli scambi materno-fetali (Capogna et al 1995). Ciò può arrivare a provocare una

sofferenza fetale, che si può evidenziare da alterazioni del tracciato cardiocografico. Inoltre un'**inappropriata increzione di catecolamine può causare l'insorgere di un parto distocico, poiché l'adrenalina diminuisce l'attività contrattile dell'utero: è infatti un tocolitico.**

Un dolore molto intenso, o come tale percepito e mal tollerato dalla donna, può dunque alterare il normale progredire del travaglio di parto. L'**analgesia ha quindi lo scopo di ridurre il dolore e l'ansia della paziente**, normalizzando l'iperventilazione della madre, l'iperincrezione di catecolamine, con effetti positivi sulla circolazione placentare, sul benessere fetale e sull'evoluzione fisiologica del travaglio.

L'analgesia del parto deve in ogni caso essere condotta in maniera assolutamente personalizzata sulla paziente e sul suo travaglio, e l'anestesista deve avvalersi dell'aiuto e del consiglio dei ginecologi e delle ostetriche presenti in sala parto. Una buona analgesia epidurale è senz'altro frutto di un lavoro di équipe, che deve nascere dall'esperienza di tutti, allo scopo di garantire alla donna un'esperienza positiva, senza alterazione alcuna della fisiologia del travaglio. In altre parole, l'**epidurale deve attenuare la sensazione algica, senza in alcun modo interferire con il progredire del travaglio.**

TECNICHE DI ANALGESIA PER IL TRAVAGLIO

Varie sono attualmente le tecniche che si possono utilizzare in sala parto (2,3).

Analgesia epidurale:

- a boli intermittenti;
- infusione continua;
- analgesia controllata dalla paziente (PCA).

Analgesia sub aracnoidea

Analgesia combinata subaracnoidea-peridurale

FARMACI

Anestetici locali

Bloccano la conduzione dello stimolo algico, in modo reversibile e prevedibile a seconda della concentrazione e del volume utilizzati.

Sono classificati in base a potenza, durata d'azione e tempo di latenza (onset).

I più utilizzati sono la bupivacaina, la ropivacaina e la levobupivacaina.

Utilizzando basse concentrazioni di anestetici locali si bloccano prevalentemente le fibre sensitive che trasportano la sensazione dolorosa, e non si interferisce con l'attività delle fibre nervose propriocettive (fibre afferenti, responsabili della percezione tattile e della voglia di spingere) e delle fibre motorie (fibre efferenti, responsabili dell'attività motoria della spinta).

Le fibre propriocettive e motorie, più spesse, richiederebbero una maggiore concentrazione e un maggior volume di anestetico locale. Una buona analgesia, perciò, dovrebbe limitarsi a togliere il dolore, senza privare la donna delle sensazioni utili all'espletamento del parto, della percezione della voglia di spingere e della capacità di spingere.

Opioidi

In anestesia ostetrica gli oppioidi sono ampiamente utilizzati, da soli o in associazione con gli anestetici locali.

Fungono da adiuvanti, contribuendo a un ottimale controllo del dolore, e permettendo un minore utilizzo di anestetici locali (Capogna et al 1995; Hawkins 2010).

Controindicazioni all'esecuzione dell'analgesia epidurale (Capogna et al 1995; Ruppen e Derry 2006):

- rifiuto della paziente;
- sepsi severa, infezione nel punto di inserzione dell'ago;
- grave compromissione cardiovascolare;
- problemi di coagulazione/terapia con anticoagulanti ad alte dosi;
- sindromi neurologiche;
- allergie note ad anestetici locali;
- pregressi interventi alla colonna vertebrale o condizioni anatomiche particolari;
- travaglio di parto con condizioni non rassicuranti.

Bibliografia

Capogna G. Camorcia M. Stirparo S. et al. Multidimensional evaluation of pain during early labour: a comparison of nulliparous and multiparous women. *Int J of Obstetr Anesth*, 2009

Capogna G. Celleno D. Zangrillo A. Analgesia e anestesia epidurale per il parto, Mosby Editore, 1995

Hawkins J.L. Epidural analgesia for labour and delivery. *The New England Journal of Medicine*, 2010, 362: 1503- 10

Ruppen W. Derry S. Incidence of epidural hematoma, infection and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anaesthesia. *Anesthesiology*, 2006, 105-394-9

Stirparo S. Camorcia M. Valentini G. et al. Psychological and physiological factors affecting the assessment of labour pain. *Eur J Anaesth*, 2008, 44: 160

Stirparo S. Camorcia M. Valentini G. et al. Parity and cervical dilation affect the quality and intensity of McGill Questionnaire's pain descriptors. *Eur J Anaesth*, 2008, 44: 160

*Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini*

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

**Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura**

MILANO, 6 GIUGNO 2014



**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus**
www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

08.00 - 08.45	Registrazione dei partecipanti
08.45 - 09.00	Introduzione e obiettivi del corso <i>Alessandra Graziottin</i> <i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica,</i> <i>H. San Raffaele Resnati, Milano</i> <i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale</i> <i>di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario</i> <i>Regionale AOGOI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Letture inaugurale Infiammazione e dolore in ostetricia. Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.30 - 11.20	SIMPOSIO: SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA <i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i>
09.30 - 09.50	Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.50 - 10.10	Semeiotica del dolore in gravidanza <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> <i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i>
10.10 - 10.30	Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo <i>Claudio Crescini (Treviglio)</i>
10.30 - 10.50	Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica <i>Walter Costantini (Milano)</i> <i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i>
10.50 - 11.20	Discussione
11.20 - 11.40	Coffee break
11.40 - 13.15	SIMPOSIO: BIOFILM E INFEZIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUERPERIO <i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i>
11.40 - 12.00	Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
12.00 - 12.20	Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare</i> <i>Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i>
12.20 - 12.40	Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura <i>Valeria Dubini (Firenze)</i>
12.40 - 13.00	Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio <i>Franco Vicariotto (Milano)</i> <i>Ospedale San Pio X, Milano</i>

13.00 - 13.15

Discussione

13.15 - 14.00

Pranzo

14.00 - 14.30

Lettura

Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza

Alessandra Graziottin (Milano)

14.30 - 16.30

SIMPOSIO:

IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA

Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini

14.30 - 14.50

**Semeiotica del dolore vescicale:
sintomi, segni e comorbidità**

Andrea Salonia (Milano)

UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele

URI-Urological Research Institute,

Istituto Scientifico San Raffaele

14.50 - 15.10

**Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo
elevator dell'ano: il ruolo della fisioterapista**

Arianna Bortolami (Padova)

Fisioterapista - Consulente in Sessuologia

15.10 - 15.30

Semeiotica del dolore in puerperio

Filippo Murina (Milano)

15.30 - 15.50

**Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia:
il ruolo dell'anestesista**

Giovanna Valentini (Milano)

Anestesista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano

15.50 - 16.10

**Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza
e puerperio: strategie di prevenzione**

Franco Vicariotto (Milano)

16.10 - 16.30

Discussione

16.30 - 17.30

SIMPOSIO:

**RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE
IN OSTETRICIA**

Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia

16.30 - 16.50

**Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico
e ipotónico: dal punto di vista della fisioterapista**

Arianna Bortolami (Padova)

16.50 - 17.10

Terapia della vulvodinia post partum

Filippo Murina (Milano)

17.10 - 17.30

**La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto:
il ruolo dell'andrologo**

Giorgio Piubello (Verona)

Specialista in Andrologia

17.30 - 18.00

Discussione plenaria e Take Home Messages

18.00 - 18.30

Conclusioni e Valutazioni ECM

Alessandra Graziottin, Claudio Crescini

INDICE

Infiammazione e dolore in ostetricia	pag. 05
Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico	pag. 15
Semeiotica del dolore in gravidanza	pag. 25
Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo	pag. 33
Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o	pag.37
Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate	pag. 43
Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere	pag. 55
Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza	pag. 59
Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio	pag. 63
Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza	pag. 67
Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali	pag. 81
Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista	pag. 87
Semeiotica del dolore in puerperio	pag. 95
Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista	pag. 99
Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione	pag. 103
Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista	pag. 107
Terapia della vulvodinia post partum	pag. 115
La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo	pag. 119