



## Linee guida per l'episiotomia

**Data** 11 aprile 2006  
**Categoria** ostetricia

Episiotomia non di routine ma solo in casi selezionati e per via laterale.

L'American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) ha pubblicato le linee guida che dovrebbero aiutare i medici a decidere quando praticare una episiotomia, una pratica che attualmente viene applicata in oltre un terzo dei parti per via vaginale. Si riteneva che l'episiotomia comportasse benefici sia materni che fetali. Tra i benefici materni si includevano un ridotto rischio di trauma perineale con conseguente riduzione di complicanze quali la disfunzione e il prolasso del pavimento pelvico, l'incontinenza urinaria e fecale, disfunzioni della sfera sessuale. I potenziali benefici al feto includono una seconda fase del parto più rapida e un miglioramento degli outcomes fetali, la protezione del cranio, soprattutto per i neonati prematuri, riduzione dell'asfissia neonatale, dell'acidosi fetale e della distocia di spalla. In realtà le evidenze al proposito sono scarse per cui le linee guida raccomandano che l'episiotomia non sia una pratica di routine, ma si basi sul giudizio clinico del medico che la dovrebbe adottare solo quando vi sono delle indicazioni specifiche come la necessità di accelerare la seconda fase del parto oppure se si ritiene probabile una lacerazione spontanea. Tuttavia viene sottolineato che queste indicazioni si basano sull'opinione di esperti e non su evidenze forti derivanti da trials clinici. Se si decide di procedere per l'episiotomia è preferibile adottare una tecnica mediolaterale piuttosto che mediana in quanto si riesce a creare più spazio perineale per il parto. Il panel di esperti sottolinea che al momento ci sono evidenze insufficienti per raccomandare l'episiotomia di routine e che il giudizio clinico rimane la miglior guida per le decisioni da prendere. In ogni caso sembra che l'episiotomia eseguita solo se esistono indicazioni cliniche abbia più probabilità di ridurre le lacerazioni perineali.

Fonte: Obstet Gynecol. 2006;107:957-962

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida recepiscono in gran parte i dati di una recente revisione sistematica secondo la quale le evidenze a disposizione non confermano i benefici che tradizionalmente si ascrivono alla episiotomia, come per esempio la riduzione della lacerazione perineale, il dolore, l'uso di farmaci antidolorifici, l'incontinenza sfinteriale o il prolasso del pavimento pelvico. Non ci sono neppure prove che l'episiotomia di routine riduca le disfunzioni sessuali e la dispaurenia (anzi sembra che il dolore durante i rapporti sessuali possa essere più frequente con l'episiotomia). Sempre secondo questa revisione non ci sono sufficienti studi per stabilire se sia preferibile una episiotomia mediolaterale o mediana. L'importanza di queste nuove linee guida comunque risiede soprattutto nel fatto che, dopo aver ammesso che non ci sono indicazioni evidence-based per l'episiotomia, riconoscono l'importanza del giudizio clinico del medico. In ogni caso l'episiotomia, le cui complicanze precoci più frequenti sono le emorragie e le infezioni, dovrebbe essere presa in considerazione nei casi in cui vi è un secondo stadio del parto complicato (come per esempio una distocia di spalla o una frequenza del battito cardiaco fetale preoccupante) oppure nei casi in cui si prevede un elevato rischio di lacerazione spontanea perineale. In conclusione l'uso ristretto dell'episiotomia è preferibile alla sua esecuzione di routine e sembra essere associato ad un minor rischio di lacerazioni mentre in uno studio l'episiotomia mediana era il fattore di rischio maggiore per lacerazioni profonde, di terzo e quarto grado.

### Bibliografia

1. JAMA. 2005 May 4; 293:2141-2148.