

PUERPÉRIO PATOLÓGICO: MANEJO DAS LACERAÇÕES E HEMATOMAS PERINEAIS

JAN PAWEL ANDRADE PACHNICKI UFPR ✧ UP ✧ FEPAR

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA





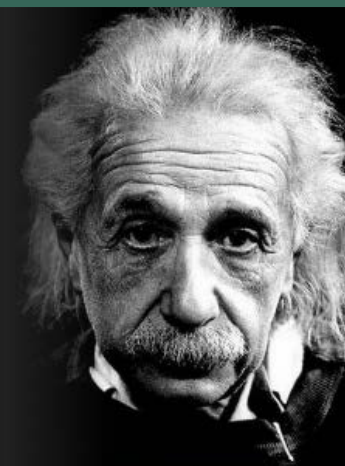
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:

**NORMA 1595/2000 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO RDC 102/2000 DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA**



Uma pessoa
inteligente resolve
um problema, um
sábio o previne.

Albert Einstein



INTRODUÇÃO

- Risco absoluto = 1 % partos vaginais.
- ↑ treinamento
- ↑ detecção da lesão do esfíncter anal
- ↓ morbidade



FATORES DE RISCO

- Peso ao nascimento > 4 kg
- Variedade da apresentação: occipto-posterior
- Nuliparidade
- Indução do trabalho de parto
- Analgesia epidural
- Período expulsivo prolongado
- Distócia de ombro
- Episiotomia medial
- Parto operatório a fórceps

FATORES DE RISCO

- 2014
- Estudo caso-controle
- 19442 partos
- 88 lacerações graves

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 182 (2014) 11–15



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and
Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



Identification of women at high risk for severe perineal lacerations

Thomas Schmitz^{a,b,*}, Corinne Alberti^{b,c,d}, Béatrice Andriss^{c,d}, Constance Moutafoff^{a,b},
Jean-François Oury^{a,b}, Olivier Sibony^{a,b}

^aAP-HP, Hôpital Robert Debré, Service de Gynécologie Obstétrique, 75019 Paris, France

^bUniversité Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, 75019 Paris, France

^cAP-HP, Hôpital Robert Debré, Unité d'Epidémiologie Clinique, 75019 Paris, France

^dInserm, CIE 5, 75019 Paris, France



Conclusions: Instrumental delivery, nulliparity, persistent posterior orientation and increased birth weight are independently associated with severe perineal lacerations. Restrictive use of mediolateral episiotomy protects against severe perineal lacerations especially in case of instrumental delivery.

PREVENÇÃO

- Não basta conhecer os fatores de risco !!!
- Qual o efeito de nossa intervenções?
- Estar atento para as indicações da episiotomia !!!
- < risco \equiv > ângulo da episiotomia medio-lateral



PREVENÇÃO

Arch Gynecol Obstet (2012) 286:1369–1373

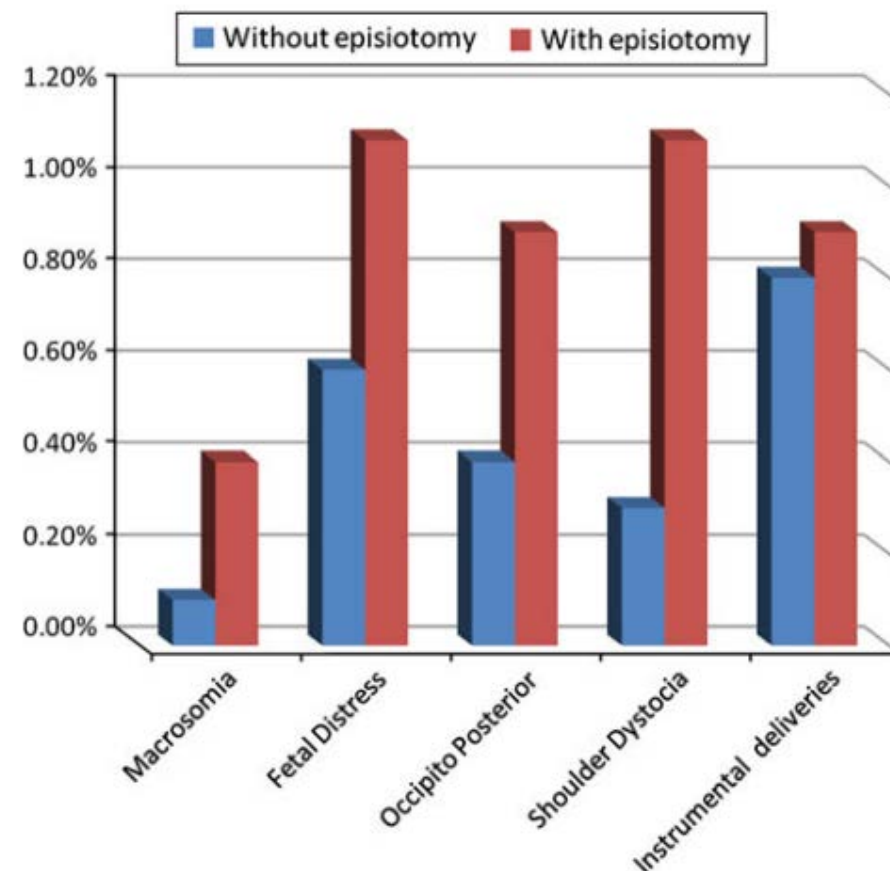
DOI 10.1007/s00404-012-2460-x

MATERNAL-FETAL MEDICINE

Episiotomy: the final cut?

**Naama Steiner · Adi Y. Weintraub · Arnon Wiznitzer ·
Ruslan Sergienko · Eyal Sheiner**

Conclusions Mediolateral episiotomy is an independent risk factor for 3rd or 4th degree perineal tears, even in critical conditions such as shoulder dystocia, instrumental deliveries, occiput-posterior position, fetal macrosomia, and NRFHR. Prophylactic use of episiotomy in these conditions does not seem beneficial if performed to prevent 3rd or 4th degree perineal tears.



Percent of 3rd and 4th degree perineal tears in selected critical conditions

PREVENÇÃO

Journal of Midwifery & Women's Health

Original Review

Volume 60, No. 1, January/February 2015

Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis

Allison LaCross, DNP, CNM, Meredith Groff, DNP, AGPCNP-BC, Arlene Smaldone, PhD, CPNP, CDE

Quick Points

- ◆ There is a significant association between obstetric anal sphincter injury and anal incontinence, which, to date, has not been validated in a study of high quality and rigor.
- ◆ Women who undergo an episiotomy are 1.74 times more likely to have anal incontinence than women who do not have an episiotomy (pooled odds ratio [OR], 1.74; 95% confidence interval [CI], 1.28-2.38). Women who sustain a third- or fourth-degree perineal laceration are 2.66 times more likely to have anal incontinence than women who do not have a third- or fourth-degree laceration (pooled OR, 2.66; 95% CI, 1.77-3.98).
- ◆ Studies of a higher quality, and that include standardized definitions of perineal trauma and anal incontinence, are needed in order to clarify the association between perineal trauma and anal incontinence. Additionally, high-quality studies are needed to identify effective interventions for health care providers to prevent perineal trauma.

PREVENÇÃO

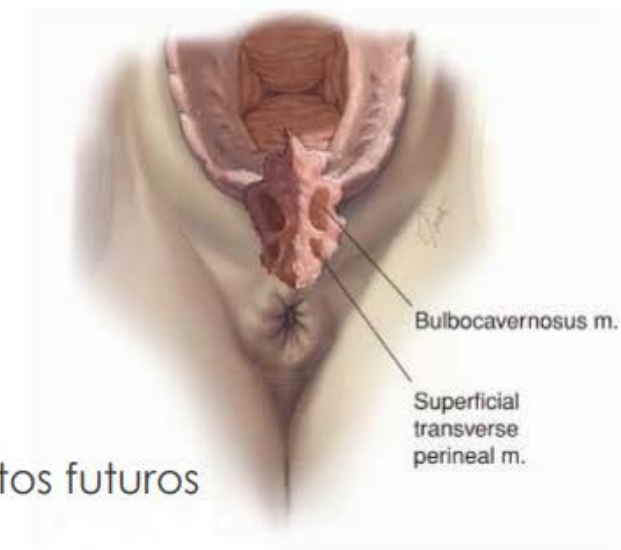
Episiotomia

- ▶ Objetivo: aumentar o diâmetro de saída do canal de parto
- ▶ Benefícios teóricos
 - ▶ prevenção de lacerações perineais
 - ▶ reparação e cicatrização mais fácil
 - ▶ preservação do suporte muscular do pavimento pélvico
 - ▶ redução do traumatismo neonatal
 - ▶ extração fetal mais rápida

PREVENÇÃO

Episiotomia

- ▶ Riscos e complicações
 - ▶ extensão da incisão
 - ▶ hemorragia
 - ▶ dor pós-parto
 - ▶ disfunção sexual
 - ▶ infecção e deiscência
 - ▶ possível aumento do risco de laceração perineal em partos futuros
 - ▶ resultado anatômico não satisfatório



PREVENÇÃO

Episiotomia por rotina

- ▶ não há evidência que previna lacerações graves ou relaxamento do pavimento pélvico
- ▶ maior risco de traumatismo posterior do períneo e complicações da cicatrização
- ▶ sem benefício na diminuição do período expulsivo e sofrimento fetal
- ▶ menor risco de traumatismo anterior do períneo

PREVENÇÃO

Episiotomia por rotina

- ▶ **Não** há benefício na realização por rotina de episiotomia → **uso RESTRITO**
 - ▶ de acordo com a situação e julgamento clínico do operador
 - ▶ necessidade de abreviar o período expulsivo ou de maior espaço para realizar intervenções obstétricas

PREVENÇÃO

- E então ??? Quando faço episiotomia ???

Journal of Obstetrics and Gynaecology, July 2008; 28(5): 469–473

REVIEW

The role of episiotomy in instrumental delivery: Is it preventative for severe perineal injury?

G. HUDELIST^{1,2}, H. MASTOROUDES¹ & M. GORTI¹

Department of Obstetrics and Gynecology, ¹Worthing Hospital, UK, ²Villach Medical Center, Villach, Austria, and Division of Special Gynaecology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

- Considere em:
 - Partos operatórios...
 - Períneos muito curtos...
 - Partos taquíócicos...

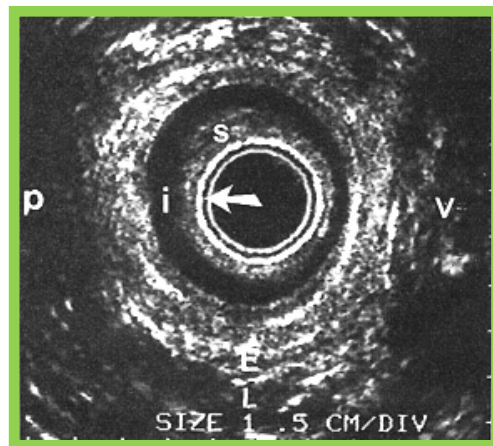
CLASSIFICAÇÃO E TERMINOLOGIA

- 1º. Grau Lesão envolvendo apenas pele
- 2º. Grau Lesão envolvendo músculos perineais
- 3º. Grau Lesão envolvendo o complexo do E.A.
 - 3a: < 50% esfíncter anal externo
 - 3b: > 50% esfíncter anal externo
 - 3c: ambos, esfínteres anais externo e interno
- 4º. Grau Lesão envolvendo a mucosa anal

Lacerações graves!

IDENTIFICAÇÃO DA LESÃO

- Exame físico rigoroso e sistemático antes da sutura.
- Toque retal !!!
- Atenção especial aos partos operatórios e fatores de risco apresentados.
- Ultrassonografia endoanal (?!)



PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS

- Iluminação e visualização



Leeman, Spearman & Rogers, 2003

PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS

- Iluminação e visualização
- Material cirúrgico adequado



PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS

- Iluminação e visualização
- Material cirúrgico adequado
- Material de sutura apropriado
 - CATGUT E CROMADOS = > deiscência e dor pós-parto
 - ESCOLHA = PDS 3-0 OU VICRYL 2-0



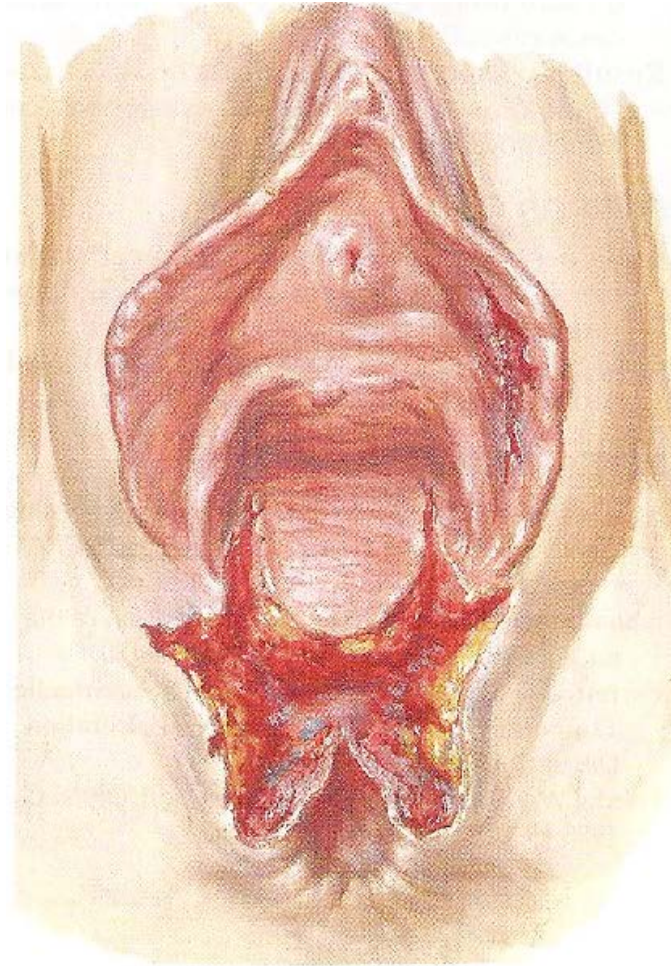
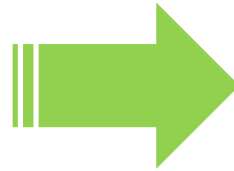
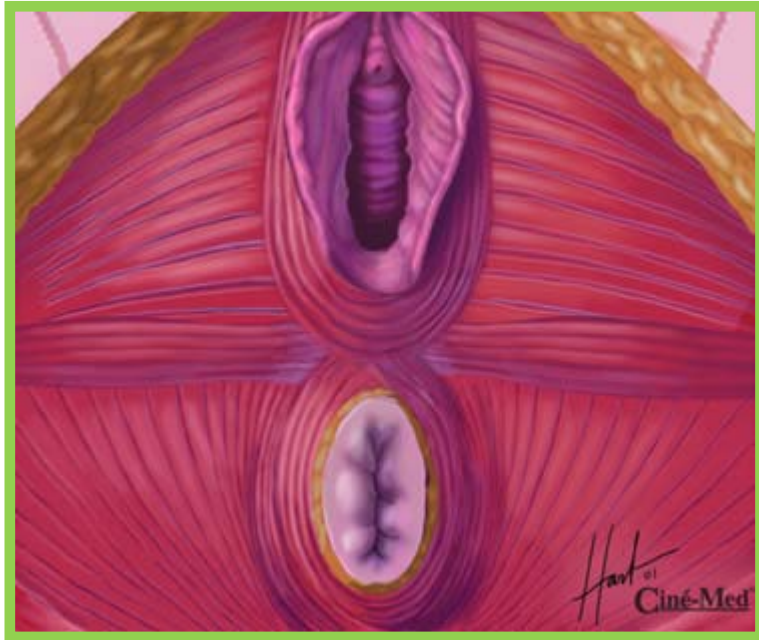
PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS

- Iluminação e visualização
- Material cirúrgico adequado
- Material de sutura apropriado
- Analgesia adequada
 - ANESTESIA LOCAL ✓
 - ANESTESIA GERAL OU BLOQUEIO REGIONAL ✓ ✓ ✓

PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS

- Iluminação e visualização
- Material cirúrgico adequado
- Material de sutura apropriado
- Analgesia adequada
- Prevenção de infecção
 - IRRIGAÇÃO CONTÍNUA
 - CEFALOSPORINA II OU III GERAÇÃO DOSE ÚNICA

TÉCNICA CIRÚRGICA

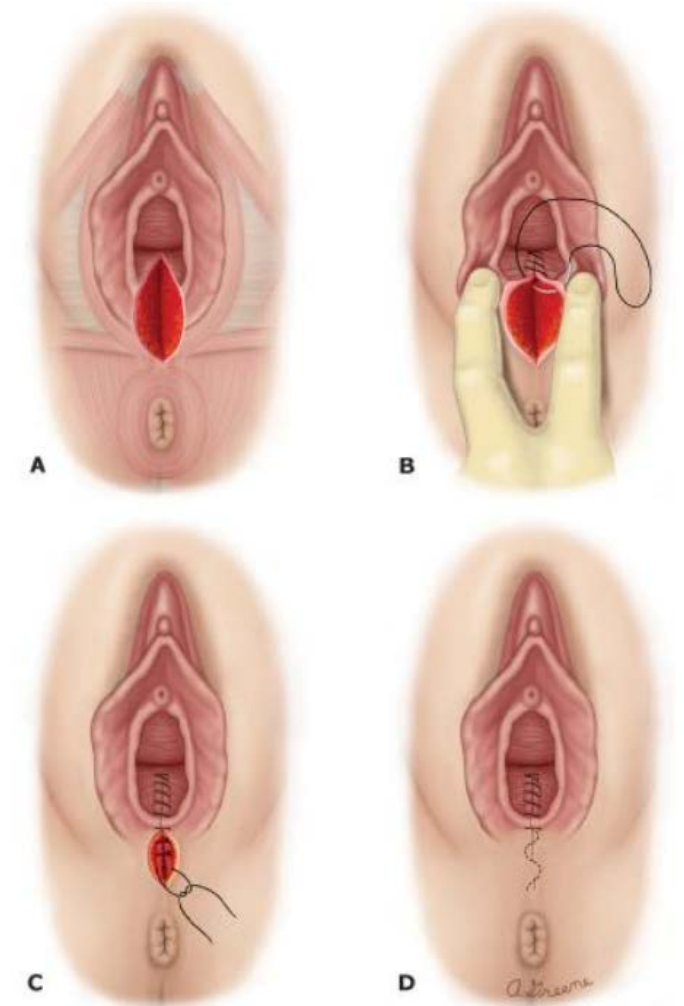


CORREÇÃO CIRÚRGICA E TERAPÊUTICA

- ▶ Laceração grau 1 (mucosa e tec. cel. subcutâneo)
 - ▶ suturar apenas se hemorragia ativa ou desalinhamento significativo
 - ▶ pontos separados ou sutura contínua
 - ▶ Vicryl Rapide 2/0
- ▶ Lacerações extensas da parede vaginal anterior, peri-uretrais ou envolvendo pequenos lábios/clítoris
 - ▶ considerar manter algaliação 24h

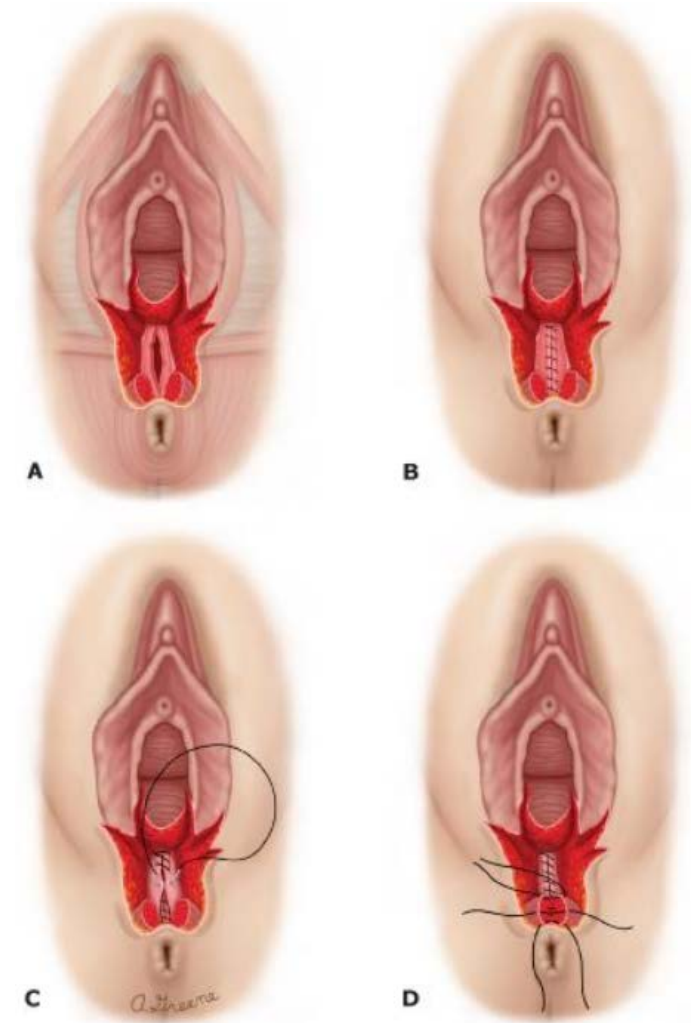
CORREÇÃO CIRÚRGICA E TERAPÊUTICA

- ▶ Laceração grau 2 e episiotomia (fáscia e músc. perineais)
 1. sutura da mucosa vaginal (contínua, não cruzada; início acima do vértice da lesão, terminando na fúrcula; Vicryl Rapide 2/0)
 2. sutura do plano muscular (pontos separados ou sutura contínua não cruzada, evitando tração excessiva; Vicryl Rapide 0)
 3. sutura da pele (pontos separados ou sutura contínua intradérmica, em direção à vagina; Vicryl Rapide 2/0)

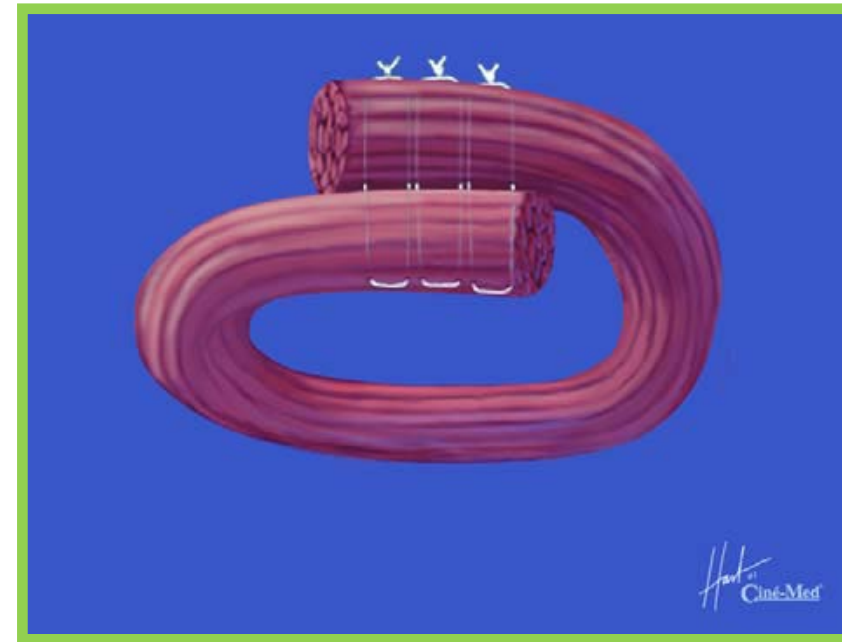
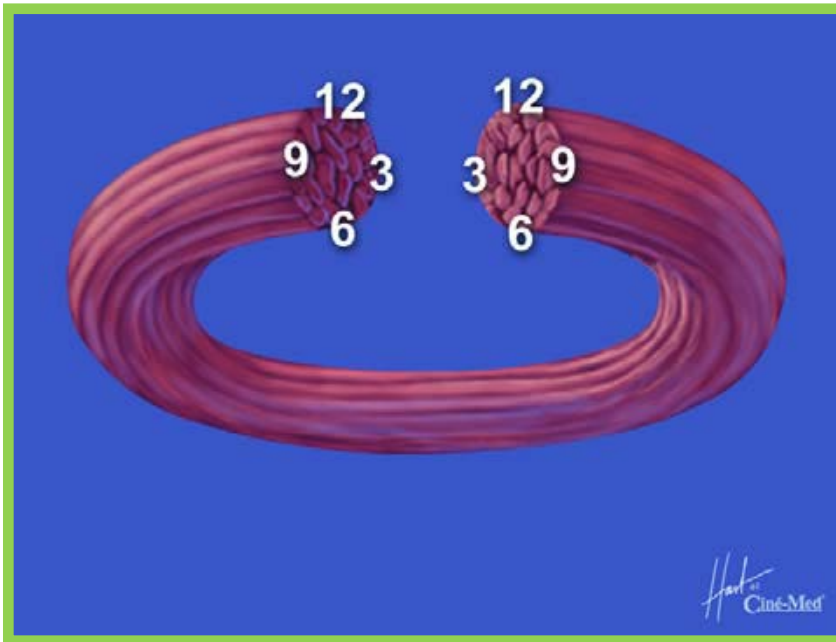


CORREÇÃO CIRÚRGICA E TERAPÊUTICA

- ▶ Lacerações grau 3 e 4 (EAE/EAI e mucosa retal)
 1. mucosa rectal (sutura contínua não cruzada ou pontos separados da submucosa; Vicryl 3/0 ou 4/0)
 2. EAI (sutura topo a topo, com pontos em U; Vicryl 3/0)
 3. EAE (sutura topo a topo ou sobreposição de bordos; pontos separados em U; Vicryl 2/0 ou 3/0)
 4. Proceder como para as lacerações grau 2/episiotomia (mucosa vaginal, plano muscular, pele)



CORREÇÃO CIRÚRGICA E TERAPÊUTICA



“END-TO-END” X “OVERLAPPING”

Sultan *et al*, 1999

Leeman, Spearman & Rogers, 2003

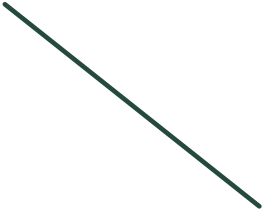
Fernando, Williams & Adams, 2007

SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO

- Antibioticoterapia prolongada e laxativos = sem evidências científicas.
- Fisioterapia e exercícios para assoalho pélvico = 6 – 12 semanas após o reparo.
- Reavaliação em 6 – 12 semanas = bom prognóstico !!!
- Se incontinência ou dor intensa = US Endoanal e Manometria anorretal (coloproctologia).

PROGNÓSTICO

- Sequelas a curto e longo-prazo...
 - incontinência anal/fecal
 - incontinência urinária
 - fístulas retovaginais
 - dor perineal
 - dispareunia



Lesão obstétrica do esfíncter anal é o principal e mais modificável fator de risco para incontinência anal/fecal !!!

TAKE HOME MESSAGE

- Não há benefício na realização por rotina de episiotomia (na realidade, aumenta o risco...) ➔ uso **RESTRITO !!!**
- As lacerações graves ainda são subnotificadas e abordadas de modo subótimo pelos obstetras...
- Embora pouco frequentes, as lacerações de grau 3 e 4 têm complicações potencialmente graves...
- Não existem técnicas de prevenção eficazes das lacerações graves ➔ neste caso, o **CONHECIMENTO** é nossa principal arma !!!



OBRIGADO!

janpawel@ufpr.br