

EPISIORRAFIA, ASPETTI DI TECNICA CHIRURGICA. SUTURA CONTINUA E SUTURA CON PUNTI STACCATI A CONFRONTO

Paolo Croce; Donatella Perotti; Silvia Zanchi; Antonella Frigoli

Dirigente Medico A. O. Lodi - Italia

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Paolo Croce

Dirigente Medico A. O. Lodi - Italia

Via Pio Rossi 19/E, 26863 Orio Litta (LO) Italia

tel: +39 3934681527; fax: +39 0377465412; e-mail: paolo.croce@ao.lodi.it

ABSTRACT

Summary purpose: The objective of this study was to compare two techniques for repair of episiotomy: one with interrupted sutures and one with continuous nonlocking sutures. Were evaluated: the pain of the wound, the outcomes of the wound and the difficulty of execution. **Methods:** 310 patients undergoing selective episiotomy, were allocated to two groups. The patients of group "A" was performed continuous nonlocking sutures, with a single thread and intradermal suture without end node; in group "B" the vaginal mucosa was sutured with continuous nonlocking sutures, then muscle and skin were closed by interrupted sutures. After delivery the participants were questioned in the first day, in the third day and after one month. **Results:** The pain in the first and in the third day was judged by the group "A" absent / mild in 100% of cases; in group "B" 12 women (7.59%) in the third day reported moderate/severe pain. There was no significant difference of perineal pain during suturing and at 1 month postpartum. The aesthetic and functional outcome at 1 month was not different between the two groups. The amount of the material used was greater with the interrupted sutures. **Conclusions:** The continuous nonlocking suture with a single thread without end node, that includes the intradermal suture has been less painful in the first and third day, showed a better aesthetic outcome in third day, was easy to perform, needed less suture material and also was well accepted by mothers.

Key words: *episiorraphy; perineal repair*

RIASSUNTO

Riassunto Obiettivo: l'obiettivo di questo lavoro è stato quello di confrontare l'episiorrafia a punti staccati e quella in continua. Si sono studiati: il dolore della ferita, gli esiti e la difficoltà di esecuzione. **metodi:** 310 pazienti sottoposte ad episiotomia selettiva, sono state suddivise in due gruppi. Alle pazienti del gruppo "A" è stata praticata una sutura continua, con unico filo, cute con intradermica senza nodo finale, alle pazienti del gruppo "B" la ferita è stata suturata con punti staccati. Le puerpere sono state controllate in I° giornata, in III° giornata e a 1 mese dal parto. Il dolore e gli esiti della ferita sono stati studiati con scala analogico visiva. **risultati:** Il dolore avvertito in I° e III° giornata è stato giudicato dal gruppo "A" assente/lieve nel 100% dei casi; nel gruppo "B" 12 donne (7.59%) in III° giornata hanno riferito un dolore moderato/grave, $P < 0,001$. Non si è riscontrata alcuna differenza significativa tra i due gruppi per quanto riguarda il dolore durante l'episiorrafia ed a 1 mese dal parto. L'esito estetico e funzionale a 1 mese non era differente nei due gruppi. Il consumo di materiale usato con la sutura a punti staccati è stato maggiore rispetto a quello usato per la sutura continua. **conclusioni:** la sutura continua con unico filo senza nodo finale che comprende l'intradermica sulla cute si è dimostrata meno dolorosa in I° e III° giornata, con esito estetico migliore in III° giornata, di facile esecuzione, necessita di minor materiale di sutura ed ben accettata dalle puerpere.

Parole chiave: *episiorrafia; perineorrafia*

INTRODUZIONE

Tutte le donne al parto subiscono un trauma perineale più o meno grave che nel 60-70 % dei casi necessita di sutura (1). Per ridurre il trauma perineale si fa ricorso all'episiotomia o perineotomia. Questa tecnica eccezionalmente era già in uso nel XVIII° secolo, anche se la ferita non veniva

suturata; in Francia nel XIX° secolo venne raccomandata da eminenti chirurghi come il prof. Tarnier e il prof. Crédé. Attualmente è il più comune atto chirurgico ostetrico (2). Le indicazioni all'episiotomia sono sia fetali che materne (Tab.1). Un uso esteso dell'episiotomia non apporta alcun vantaggio rispetto ad un uso selettivo (3) (4) ; per questo motivo si è cercato di ridurre l'applicazione facendo uso di

accorgimenti che sollecitano meno il perineo rendendolo più compiacente ed elastico al passaggio del feto (5) (Tab.2).

I tipi di episiotomia più comunemente usati sono: quella mediana che consiste in un taglio di circa 4 centimetri, dalla forchetta verso l'ano e quella medio-laterale con un taglio di 6 centimetri circa, che iniziando dalla forchetta si dirige con angolo di 45° verso la regione ischiatica (6). La sutura della ferita viene praticata dopo infiltrazione locale con anestetico, anche quando la paziente ha usufruito dell'analgesia epidurale. Le complicanze legate all'episiotomia possono essere precoci: ematoma, dolore, edema, deiscenza, infezione di ferita; oppure tardive: dolore cronico, dispareunia, cisti della ghiandola del Bartolini, endometriosi, fistole con organi vicini o con la cute.

Nella nostra divisione ostetrica si pratica l'episiotomia selettiva e la sutura della ferita viene eseguita con due tecniche: a punti staccati oppure sutura continua senza nodo finale. In entrambi i casi si pratica un'analgesia della regione interessata con anestetico locale. Nello studio si sono confrontate queste due metodiche per valutarne il dolore, gli esiti precoci, a distanza di un mese e la facilità di esecuzione.

MATERIALI E METODI

Dal maggio 2007 al maggio 2011, sono state reclutate 350 puerpere che hanno avuto un parto fisiologico, con feto unico per il vertice e che sono state sottoposte a perineotomia medio-laterale-destra. La rafia è stata eseguita da quattro operatori esperti, due hanno fatto solo episiorrafie a punti staccati e due solo con continua. Quaranta donne sono uscite dallo studio perché non si sono presentate al controllo dopo un mese; le rimanenti 310 pazienti sono state suddivise in base al tipo di sutura in due gruppi omogenei (tab.III).

Nel gruppo A (152 pazienti) la riparazione della ferita è stata eseguita con sutura continua senza nodo finale, nel gruppo B (158 pazienti) si è utilizzata la tecnica di Blair-Donati (7). In entrambi i gruppi l'episiotomia è stata praticata nel momento del coronamento perineale della parte presentata, all'apice della contrazione uterina e del pre-

Tabella I: Episiotomia: indicazioni materne e fetali

Indicazioni materne	Indicazioni fetali
Perineo corto	Presentazione fetale anomala
Perineo edematoso	megalosomia
Perineo cicatriziale	Sofferenza fetale
Prevenzione di prolasso genitale	prematùrità
Prevenzione di lesioni dello sfintere anale	Parto operativo con forcipe
Prevenzione di fistole retto-vaginali	Parto operativo con ventosa
Prevenzione di incontinenza urinaria	Distocia di spalle

Tabella II: Accorgimenti per ridurre il trauma perineale

- * Praticare il massaggio perineale con lubrificanti negli ultimi mesi di gravidanza
- * Incoraggiare la posizione laterale e le posizioni antalgiche o più comode per la madre, evitando l'eccessiva tensione perineale
- * A dilatazione completa attendere il premito materno prima di far iniziare le spinte della madre
- * Rispettare gli sforzi espulsivi spontanei della paziente, lasciando alla donna la decisione dei modi e dei tempi
- * Evitare spinte prolungate con manovra di Valsalva nel II stadio del travaglio a meno che esistano chiare ragioni per accelerare il parto
- * In situazioni selezionate per il confort della paziente, utilizzare il massaggio perineale con olio o compresse con acqua tiepida
- * Praticare l'episiotomia in modo selettivo
- * Accompagnare l'espulsione della testa fetale con l'aiuto della mano

Tabella III: Pazienti

CARATTERISTICHE	GRUPPO A	GRUPPO B
N° puerpere	152	158
Eta' media	32,4 anni	31,0 anni
Primipara	66%	71%
Incremento del peso a termine	12,4 kg	13,1 kg
Varici II°-III°	9,2 %	7,5 %
Durata del periodo espulsivo	32 minuti	38 minuti
Peso neonato	3432 gr	3310 gr
APGAR	> 7	> 7
Analgesia epidurale	26 donne	23 donne

mito materno. Sono state escluse dallo studio le pazienti che oltre alla perineotomia presentavano altre lacerazioni perineali, o patologie vulvari infettive e cicatriziali.

La sutura è stata eseguita in anestesia locale con ropivacaina cloridrato 2mg/ml nel gruppo A e lidocaina cloridrato 20 mg/ml nel gruppo B. Il dolore al taglio e alla sutura è stato valutato con scala analogico visiva (Fig.1).

Nel gruppo A la sutura è stata praticata con filo di 90 cm Vicryl Rapid* "0" (poliglactin 910) ago FSL 30 mm 3/8 di cerchio. Si è iniziato dall'apice superiore della ferita vaginale con un nodo, quindi con sutura continua semplice a soprappiglio sino all'imene, sempre con lo stesso filo si sono avvicinati i muscoli del perineo e il sottocute ritornando verso l'imene; infine si è praticata la sutura intradermica e il filo è stato fatto uscire a circa 1 cm dall'apice della ferita tagliandolo a raso della cute, senza nodo finale.

Nel gruppo B utilizzando un filo di 90 cm Vicryl Rapid* "0" (poliglactin 910) ago CT plus 40 mm 1/2 di cerchio, si è suturata la vagina con continua semplice a soprappiglio sino all'imene, poi 3-4 punti staccati sui muscoli e 3-4 punti sulla cute secondo Blair-Donati.

Il controllo della ferita con scala analogico visiva (Fig.2) è stato fatto in III° giornata e ad un mese dal medico valutando: la vascularizzazione, il colore, i cheloidi, la diastasi, la simmetria della vulva. In I° giornata, in III° giornata e a un mese dal parto il dolore alla ferita è stato rilevato con scala analogico visiva (fig.3).

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando il test Chi-quadrato per l'indipendenza, con un grado di libertà e un livello di significatività del 5 %.

RISULTATI

Tutte le donne sono state sottoposte ad episiotomia senza anestesia locale, all'apice della contrazione. Hanno fatto analgesia epidurale: nel gruppo A 26 donne (17,1%), nel gruppo B, 23 donne (14,5%). E' stato riferito un moderato dolore al taglio da 52 pazienti (19,9%) senza epidurale e da 2 pazienti (4%) fra quelle che avevano in corso l'analgesia epidurale; Il gruppo sottoposto ad episiotomia con analgesia epidurale ha mostrato una percezione del dolore significativamente inferiore rispetto al gruppo

Figura 1: Scheda per la rilevazione del dolore in sala parto

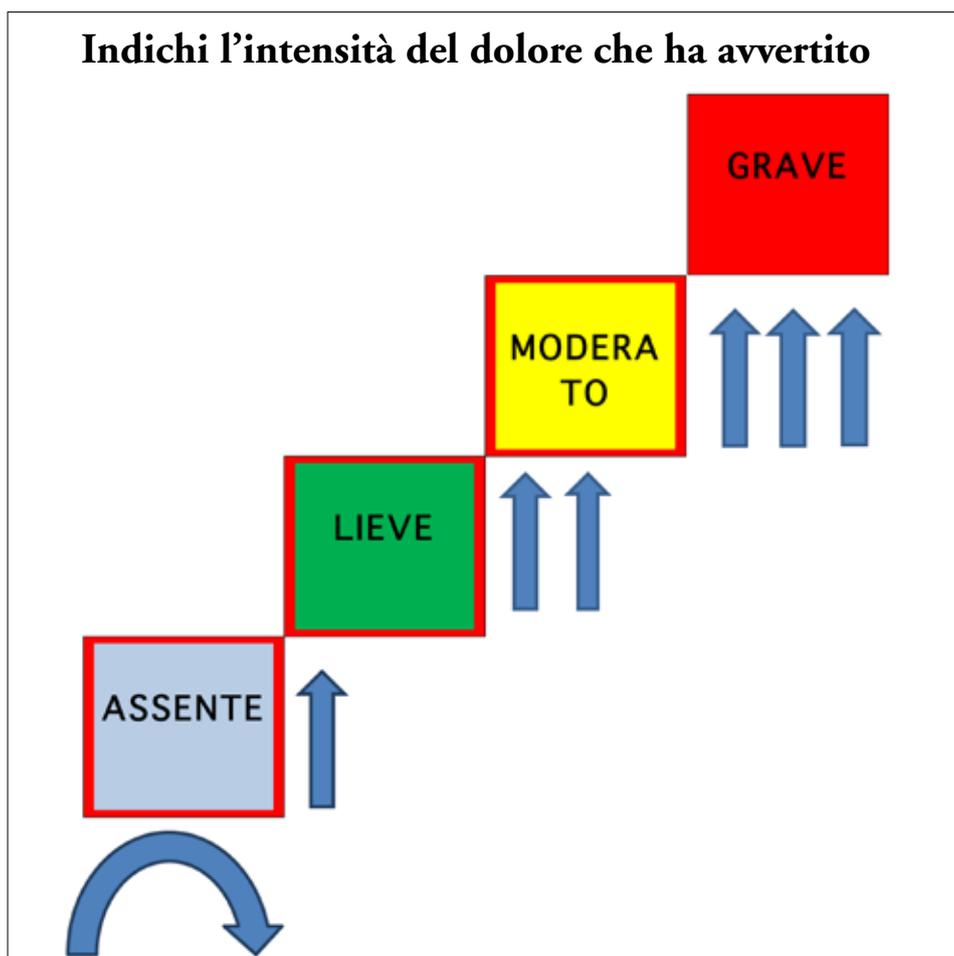


Figura 2: Scheda per la valutazione della ferita

PESSIMO		SUFFICIENTE			DISCRETO			BUONO		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vascularizzazione:

scarsa "0" - discreta "1" - buona "2"

Colore:

molto pallido/ipercromico "0" - appena pallido/ipercromico "1" - come la cute circostante "2"

Cheloide:

ben evidente "0" - lieve "1" - assente "2"

Diastasi:

> 5 mm "0" - >1 mm "1" - </= 1 mm "2"

Asimmetria della vulva:

marcata "0" - appena evidente "1" - simmetrica "2"

senza epidurale $P < 0,01$ (Tab.IV). Nel gruppo A 100 pazienti (79%) senza epidurale ma in anestesia locale con ropivacaina cloridrato hanno giudicato la sutura indolore; 26 donne (21%) hanno segnalato un dolore lieve. Nel gruppo B senza epidurale ma in anestesia locale con lidocaina cloridrato, 95 pazienti (70%) hanno giudicato la sutura indolore; 40 donne (30%) hanno segnalato un dolore lieve. La percezione del dolore all'episiorrafia nei due gruppi presentava una differenza non significativa. (Tab.V)

Il tempo di sutura è stato in media di 7 <4-9> minuti nel gruppo A e 10 <7-12> minuti nel gruppo B. Si è usato un filo unico di sutura nel gruppo A e tre fili nel gruppo B. Entrambe le tecniche sono state giudicate di facile esecuzione dagli operatori coinvolti nello studio.

Tabella IV: dolore all'episiotomia

dolore	Assente-Lieve		Moderato		P-value
	Con epidurale	Senza epidurale	Con epidurale	Senza epidurale	
pazienti	47	209	2	52	<0,01

Tabella V: Dolore all'episiorrafia senza epidurale con anestesia locale

Dolore	Assente		Lieve		P-value
	A	B	A	B	
Pazienti	100	95	26	40	0,095

Il dolore alla ferita è stato giudicato assente/lieve in I° giornata da 295 pazienti ed in III° giornata da 298 pazienti. Quindici puerpere del gruppo B avevano dolore moderato/grave in I° giornata e 12 moderato/grave in III° giornata; ad un mese dal parto tutte le pazienti hanno riferito di poter camminare e di potersi sedere senza avvertire dolore. Il dolore avvertito alla ferita era minore nel gruppo A sia in I° che in III° giornata $P < 0,001$; ad un mese dal parto la differenza non era significativa. (tab.VI). Si è registrata una deiscenza parziale di ferita nel gruppo A in 7° giornata. Si sono rimossi alcuni punti di sutura a 8 pazienti del gruppo B perché causa di dolore in III° giornata. Le pazienti del gruppo A in terza giornata erano soddisfatte di non avere punti da rimuovere; nel gruppo B 78 (49.3%) puerpere, pur non avendo punti da rimuovere, hanno espresso apprensione per la presenza di punti cutanei avvertiti al tatto. Non sono state riscontrate infezioni di ferita. L'esito della ferita in III° giornata è stato giudicato dal sanitario migliore nelle pazienti del gruppo A, con una differenza statisticamente significativa $P < 0,001$; mentre a distanza di un mese l'esito cicatriziale non presentava significative differenze tra i due gruppi (tab.VII).

DISCUSSIONE

Il parto per vie naturali è l'evento più bello della vita di una donna, ma è associato ad un trauma perineale che può comportare esiti sfavorevoli precoci o tardivi in un numero considerevole di donne. Per questo si cercano sempre nuove tecniche per ridurre al minimo gli effetti traumatici che il parto comporta sul pavimento pelvico. In questo lavoro l'episiotomia medio-laterale-destra è stata eseguita in modo selettivo per i vantaggi che questa scelta comporta, come ampiamente documentato dai dati della letteratura (8). Questo studio ha voluto confrontare la tecnica di sutura con unico filo dalla parete vaginale alla cute senza nodo finale e la tecnica a punti staccati secondo Blair-Donati. In accordo con la letteratura, si è usato un filo sintetico riassorbibile polyglactin 910 che sembra dare una minor incidenza di dolore perineale precoce ed evita il disagio della rimozione dei punti. Si è usato il Vicryl Rapid* che ha dimostrato di aver meno problemi di riassorbimento rispetto ad altri fili intrecciati anche se sembra causare una maggior frequenza di discesa di ferita (9). Nel gruppo A ci si è limitati ad un unico nodo e non si è incavigliato il filo per ridurre al minimo il danno ischemico, la flogosi ed il dolore. Per diminuire il disagio alla paziente, l'infiltrazione dell'anestetico è stata fatta molto lentamente, lungo tutta la ferita permettendo una sutura quasi indolore. Nei primi giorni del post-partum il dolore era più intenso e frequente nelle pazienti che avevano punti staccati sulla ferita rispetto al gruppo con intradermica (Tab.VI), così come è segnalato in letteratura (11); Il dolore sembra essere causato dai nodi che creano tensione sulla cute sollecitando le termi-

nazioni nervose sensitive cutanee. Gli operatori coinvolti, come segnalato anche da altri studi (10), non hanno avuto difficoltà nell'esecuzione della sutura con entrambe le tecniche. In questo studio l'unica evidente differenza tra le due tecniche è stato il dolore alla ferita nei primi giorni dopo il parto, minore nel gruppo A con sutura continua. Altri studi concordano con questi risultati (12), valutando il dolore alla ferita sia durante la deambulazione che in posizione seduta; la differenza tra le due tecniche emerge soprattutto quando si utilizza un filo unico per vagina, muscoli e cute (13). Tuttavia altri autori non concordano con questa affermazione e non hanno trovato differenze significative tra le due tecniche (4). I sanitari, hanno dichiarato un risultato estetico migliore nella sutura con intradermica, più evidente in terza giornata (Tab.VII).

CONCLUSIONE

La sutura fatta in anestesia locale non è avvertita come dolorosa in entrambe le tecniche, tuttavia la ferita suturata a punti staccati si è dimostrata in maniera statisticamente significativa $P < 0,001$, più dolorosa sia in I° che III° giornata. Con la sutura a punti staccati si è utilizzato più filo rispetto alla sutura continua e la durata dell'intervento è stata maggiore. L'esito estetico è sembrato migliore nella ferita suturata con intradermica e ha destato minor apprensione nelle pazienti grazie all'assenza di punti esterni. Infine il lavoro ha evidenziato che la sutura intradermica, con filo unico dalla vagina alla cute, con unico nodo vaginale iniziale, è una tecnica che da buoni esiti estetici, è poco dolorosa, facile da eseguire, con meno materiale di sutura e viene accettata favorevolmente dalle pazienti.

Tabella VI: Dolore percepito dalla paziente

Dolore	Assente-Lieve		Moderato-Grave		P-value
	A	B	A	B	
I° giorno	152	143	0	15	<0,001
III° giorno	152	146	0	12	<0,001
I mese	152	158	0	0	N.S.

Tabella VII: Valutazione della ferita fatta dal sanitario

Esito	Sufficiente-Discreto		Buono		P-value
	A	B	A	B	
III° giorno	41	100	111	58	<0,001
I mese	7	12	145	146	0,27

BIBLIOGRAFIA

1. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, Garcia J, Renfrew M, Elbourne D. A randomized controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labor. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 105(12): 1262-72.
2. Stepp K, Siddiqui N, Emery S, Barber MD. Textbook recommendations for preventing and treating perineal injury at vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology* 2006; 107: 361-365.
3. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy. A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293(4): 2141-2148.
4. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005; 32: 307-321.
5. Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2007; 52(3):246-253
6. Cleary-Goldman J, Robinson JN. The role of episiotomy in current obstetric practice. *Semin Perinatol.* 2003; 27:3-12.
7. Isager-Sally L, Legarth J, Jacobsen B, Bostofte E. Episiotomy repair. Immediate and long-term sequelae. A prospective randomized study of three different methods of repair. *Br J Obstet Gynecol* 1986; 93:420-425
8. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:364-368
9. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent L, Marpeau L. techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35(suppl. au n°1): 1S40-1S51
10. Flemming N. Can the suturing method make a difference in post-partum perineal pain. *J Nurse Midwifery* 1990; 4:65-69
11. Kokanali D, Ugur M, Kokanali M K, Karayalcin R, Tonguc E. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 284:275-280
12. Kettle C, Hills R K, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002; 359:2217-2223
13. Kettle C, Hills R K, Ismail K M K. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art.No.: CD000947. DOI: 10.1002/14651858. CD000947.pub2.
14. Valenzuela P, Saiz Puente M, Valero J, Azorin R, Ortega R, Guijarro R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomized controlled trial. *BJOG* 2009; 116:436-441.