

# Trauma perineal obstétrico: Lacerações de Grau 3 e 4

DIOGO BRUNO, LAURA REIS

PARTICIPAÇÃO: DR.ª ISABEL PEREIRA, DR.º ANDRÉ LADEIRA E DR.ª SARA ALBERTO

# Exemplo de laceração grave



# Classificação

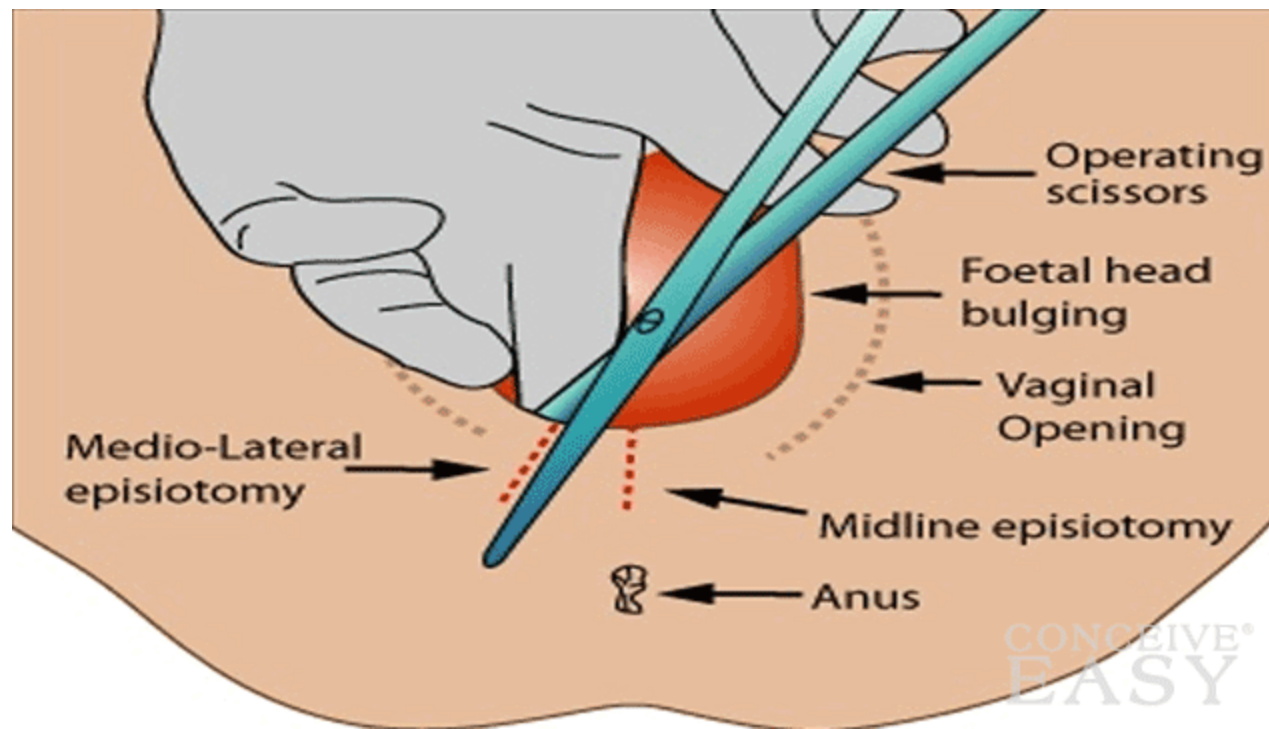
- ▶ Grau 1 – pele e tecido celular subcutâneo do períneo; epitélio vaginal
- ▶ Grau 2 – fáscia e músculos do períneo
- ▶ Grau 3 – esfíncter anal
  - ▶ 3a - < 50% EAE
  - ▶ 3b - > 50% EAE
  - ▶ 3c - EAI (para além de rutura completa do EAE)
- ▶ Grau 4 – mucosa rectal



Lacerações graves

# Episiotomia

- ▶ Incisão cirúrgica no períneo feminino, na altura do parto
- ▶ Tipos
  - ▶ médio-lateral
  - ▶ mediana
  - ▶ outros (lateral, em J, em T)

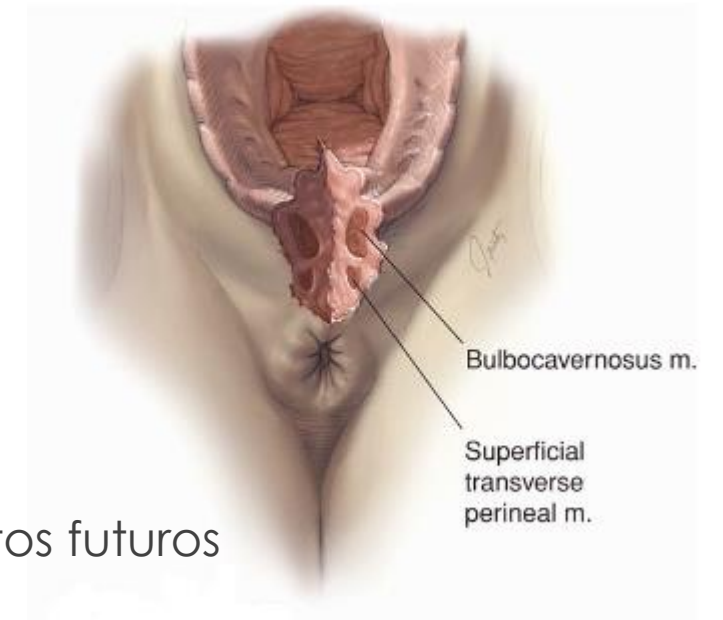


# Episiotomia

- ▶ 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

# 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



# 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
  
- ▶ **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

# Correção cirúrgica e terapêutica

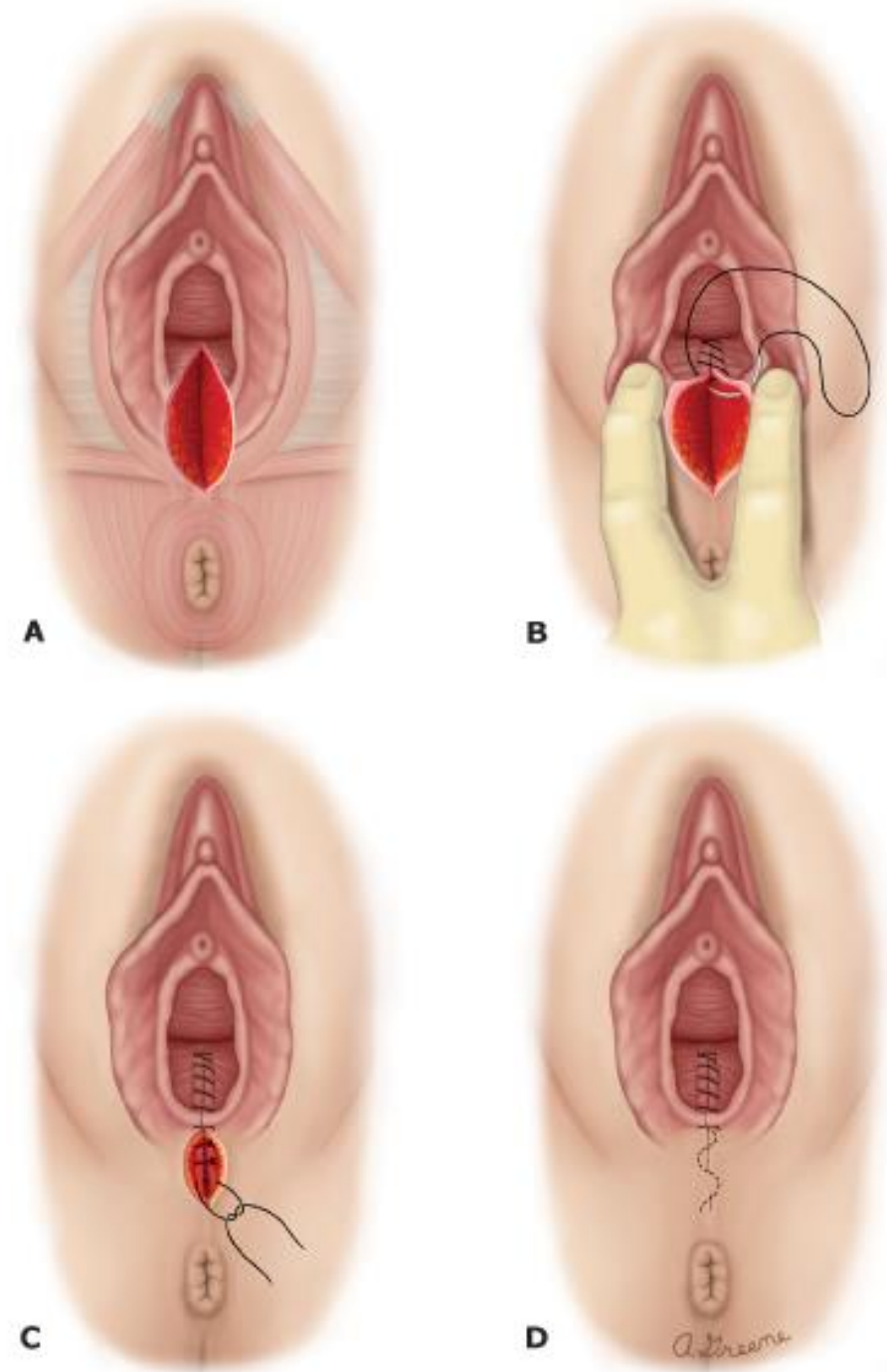
- ▶ Laceração grau 1 (mucosa e tec. cel. subcutâneo)
  - ▶ suturar apenas se hemorragia ativa ou desalinhamento significativo
  - ▶ pontos separados ou sutura contínua
  - ▶ Vicryl Rapide 2/0
- ▶ Lacerações extensas da parede vaginal anterior, peri-uretrais ou envolvendo pequenos lábios/clítoris
  -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



# Técnica de correção

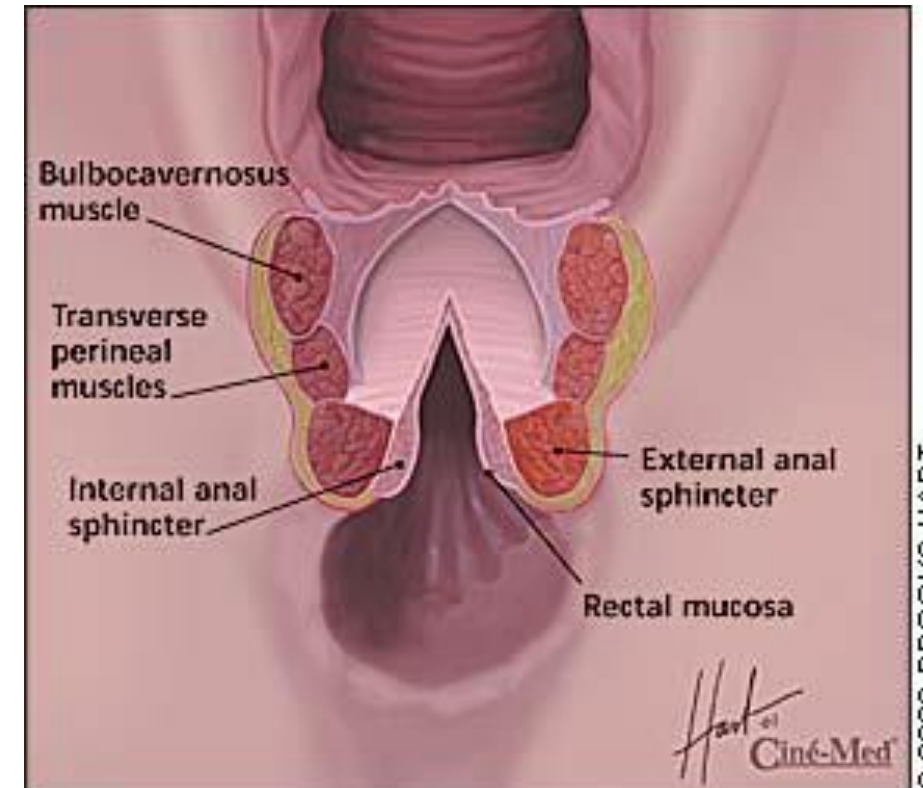
## ► Laceração grau 2 e episiotomia (fáscia e músc. perineais)

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)



# Lacerações Graves (Grau 3 e 4)

- ▶ Fatores de risco
  - ▶ nuliparidade
  - ▶ idade materna avançada
  - ▶ variedade posterior persistente
  - ▶ período expulsivo prolongado
  - ▶ parto vaginal instrumental
  - ▶ peso RN > 4000g
  - ▶ episiotomia mediana



# Técnica de correção

## ► Lacerações grau 3 e 4 (EAE/EAI e mucosa retal)

1. mucosa retal (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)



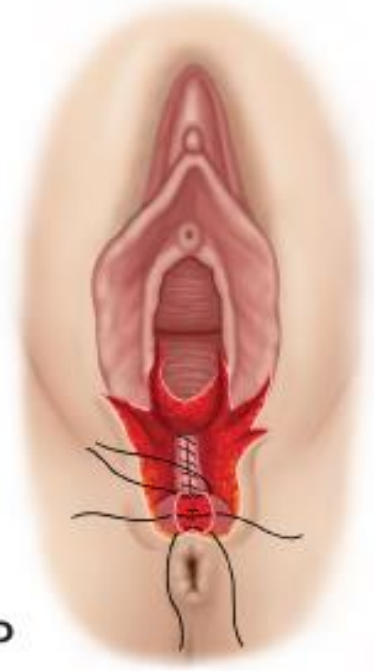
A



B



C



D

# Correção cirúrgica e terapêutica

- ▶ Lacerações grau 3 e 4
  - ▶ **AB profilática** - dose única de AB de largo espectro (cefalosporina 2ª geração; clindamicina)
  - ▶ **Laxantes** (lactulose 30 mL 2-3x/dia, 7-10 dias); não usar microclisteres citrato de sódio
  - ▶ Alta após restabelecimento do trânsito intestinal; **reavaliação às 6-8 semanas pós-parto**

# Casuística do Serviço

Ano	Grau I-II	Grau III	Grau IV
2011 (parcial)	53	<b>3</b>	<b>0</b>
2012	168	<b>8</b>	<b>2</b>
2013	179	<b>5</b>	<b>1</b>
2014	180	<b>22</b>	<b>2</b>
2015 (parcial)	44	<b>1</b>	<b>0</b>
TOTAL	624	<b>39</b>	<b>5</b>

# Casuística das lacerações graves (grau 3 ou 4)

Terapêutica médica específica	Seguimento no puerpério tardio	Cirurgia diferida	Parto distócico	Episiotomia	Peso >4000 g	Variadade posterior
59,1%	27,2%	0%	79,5%	83,7%	11,4%	28,6%

54,5% Ventosa  
25% Fórceps

# Lacerações graves: Prognóstico

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

# Lesão obstétrica do esfíncter anal

- ▶ Lesão obstétrica do esfíncter anal é o principal e mais **modificável** fator de risco para incontinência anal/fecal
  - ▶ incontinência anal 15-59%
  - ▶ incontinência fecal 0-28%
  - ▶ maior risco com lacerações EAI
- ▶ Fatores de risco
  - ▶ parto vaginal instrumental
  - ▶ episiotomia mediana
  - ▶ macrossomia fetal
  - ▶ idade materna avançada



# Lesão obstétrica do esfíncter anal

- ▶ Futuro obstétrico
  - ▶ Risco de recorrência em parto vaginal subsequente 3.6 - 7.2%
  - ▶ Impacto de parto vaginal subsequente na continência anal é controverso: parto vaginal posterior parece aumentar o risco de incontinência fecal persistente a curto-prazo
  - ▶ teriam que ser realizadas 2 - 23 cesarianas eletivas para prevenir uma recorrência
  - ▶ não há evidência de qualidade suficiente para criar recomendações relativas à via de parto futura

# Lesão obstétrica do esfíncter anal: Prevenção

- ▶ Evidência científica limitada
  - ▶ **cesariana eletiva** APENAS SE incontinência fecal persistente ou alterações significativas da função do esfíncter anal
  - ▶ **preferir ventosa** se IG  $\geq$  34s e probabilidade de sucesso elevada
  - ▶ uso restrito da **episiotomia**
  - ▶ **massagem perineal** nas semanas anteriores ao parto NÃO é eficaz (revisão Cochrane)
  - ▶ **gel Elastolabo®** aumenta a extensibilidade e elasticidade do períneo (efeito na prevenção das lacerações?)

# Pontos-chave

- ▶ **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** no HFF
- ▶ Embora pouco frequentes, as lacerações de grau 3 e 4 **têm complicações potencialmente graves**
- ▶ **Não existem técnicas de prevenção eficazes** das lacerações graves



# Incontinência Anal por Lacerações Traumáticas do Períneo Associadas ao Parto

Sara Folgado Alberto

Consulta de Proctologia do Serviço de Gastrenterologia

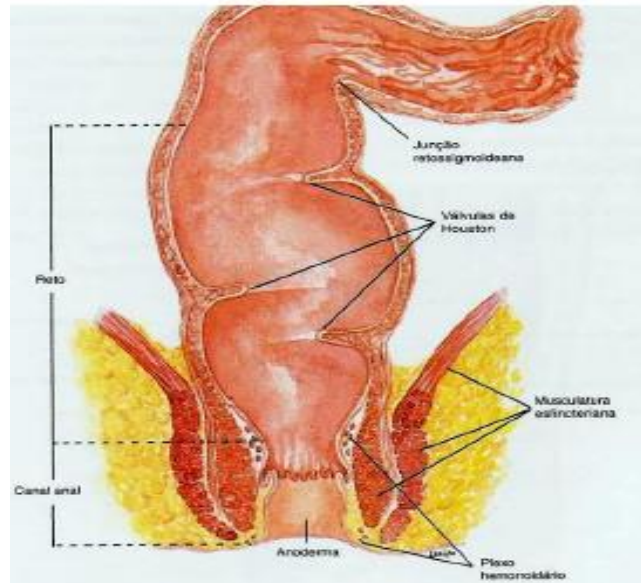
# Incontinência anal - Anatomia

## Esfíncter Anal Interno

- Musculo Liso
- Inervação do SN Autônomo
- Contração tónica (ânus fechado)
- 70-85% da pressão basal

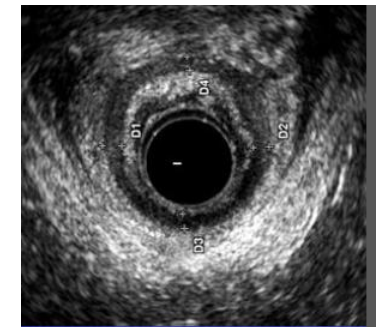
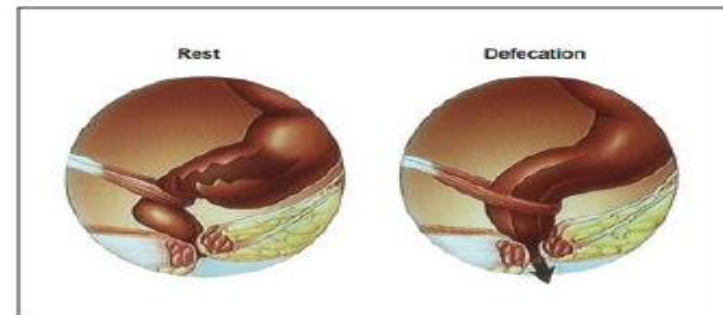
## Esfíncter Anal Externo

- Musculo Estriado
- Inervação pelo n. Pudendo
- Responsável pela Contração voluntário e pelo adiar da defecação



## Músculo Pubo-rectal

- Músculo estriado em forma de U
- Com o EAE responsável pela contracção voluntária e fecha do canal anal
- Pode manter a continência na ausência do EAE

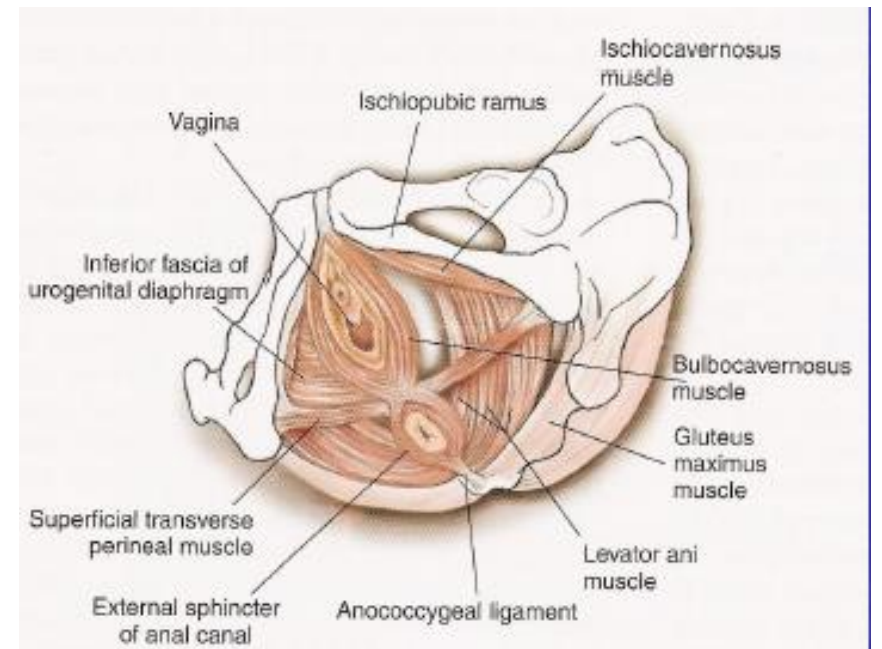


# Incontinência Anal - Definição

- ▶ **Incontinência fecal** – perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas
- ▶ **Incontinência anal** – perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas e ou gases
- ▶ **Incontinência passiva** - perda involuntária de fezes ou gases de forma passiva, sem vontade de evacuar => lesão do EAI
- ▶ **Incontinência com urgência** - perda involuntária de fezes ou gases, sem controle da evacuação => lesão do EAE

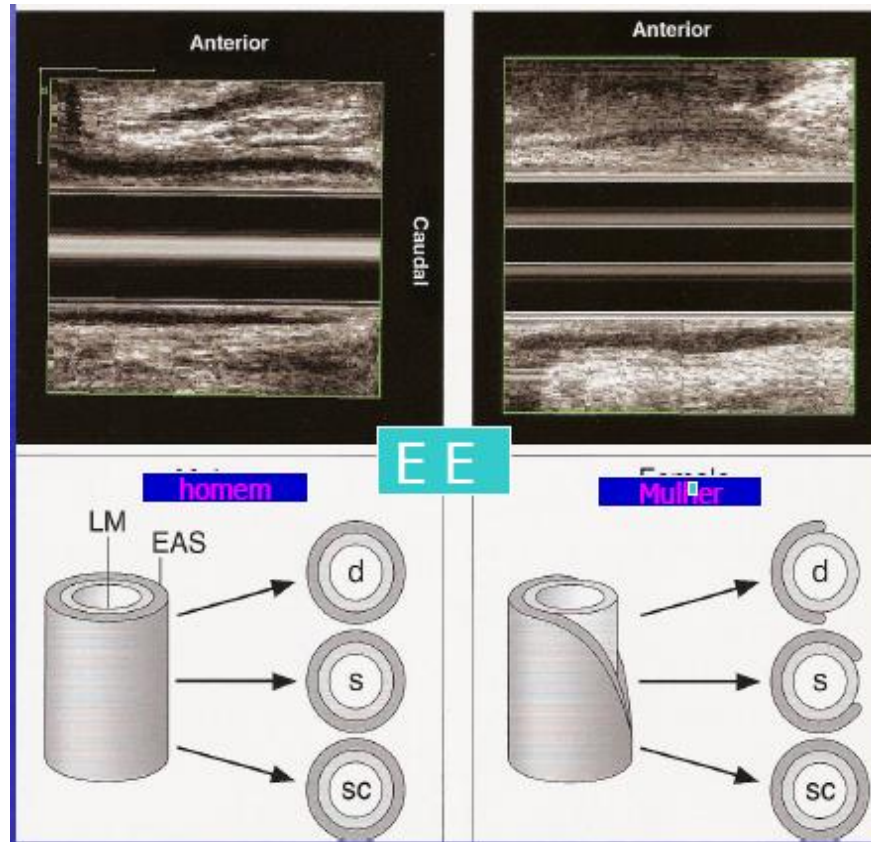
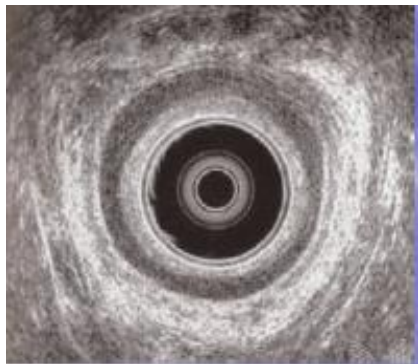
# Incontinência Anal

- ▶ Laceração ou defeitos dos esfíncteres anais e músculo pubo-rectal
- ▶ Traumatismo do nervo pudendo
- ▶ Imediata
- ▶ Tardia

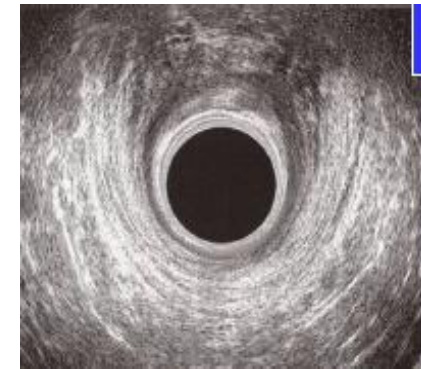


# Incontinência anal – Anatomia feminina

**Homem**



**Mulher**



Canal anal mais curto  
Anel completo na p. inf do canal  
anal médio



# Incontinência Anal

- ▶ Laceração dos esfíncteres anais é a factor de risco melhor estabelecido no risco de incontinência anal após parto vaginal
- ▶ A laceração mais comum é do EAE ou EAE+EAI
- ▶ A laceração dos EA pode não ser detectada no parto (lesões ocultas)
  - ▶ Parto eutócico (9-36% tinha lesões ocultas)
  - ▶ Ventosa (0-21%)
  - ▶ Fórceps (80-83%)
- ▶ Só 1/3 são sintomáticas
- ▶ Discrepância grande entre as lesões encontradas e o início dos sintomas

# Incontinência anal

- ▶ Estudo comparativo (6152) risco de Incontinência anal foi de 76% no parto vaginal vs 24% na cesariana, se tiver ocorrido laceração ou instrumentação no parto vaginal
- ▶ O risco de Incontinência Anal varia entre 9-28% em mulheres com lesão de esfíncteres
- ▶ 6 semanas após o parto
- ▶ Em mulheres com laceração de esfíncteres no 1º parto, o risco de uma nova laceração num 2º parto aumenta 2 a 7X

# Como estudar uma Incontinência anal ?

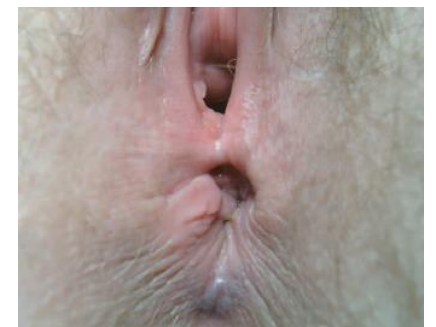
- ▶ **Perguntar à doente se tem queixas de perda involuntária de gases ou fezes**
- ▶ > 3 meses após o parto
- ▶ Consulta de Proctologia
- ▶ Exame objectivo
- ▶ Avaliação da Morfologia
  - ▶ Ecografia Ano-rectal
  - ▶ RM
- ▶ Avaliação Funcional
  - ▶ Manometria ano-rectal
  - ▶ Electromiografia
  - ▶ Tempo de latência do nervo pudendo

# Como estudar uma Incontinência anal ?

## EXAME OBJECTIVO:

- ▶ **INSPECÇÃO:** Lesões cutâneas, Perda ou assimetria das pregas, Cicatrizes , Distância ano-vulvar
- ▶ **PALPAÇÃO:** Reflexos perianais , Defeitos de esfíncter
- ▶ **TOQUE RECTAL:** Tônus basal (EAI), Qualidade da contracção anal (EAE), Contracção do pubo-rectal, Perda da continuidade do esfíncter
- ▶ Scores de Incontinência

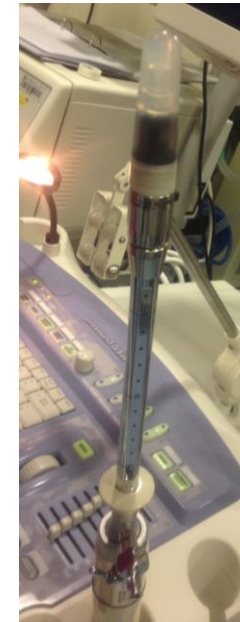
	Nunca	<1x/semana	>1x mês <1x semana	>1x semana <1x dia	>1xdia
Incontinência fezes SÓLIDAS	0	1	2	3	4
Incontinência fezes LÍQUIDAS	0	1	2	3	4
Incontinência GASES	0	1	2	3	4
Utilização de penso anal	0	1	2	3	4
Alteração da qualidade de vida	0	1	2	3	4



# Como estudar uma Incontinência anal ?

## Ecografia Ano-rectal

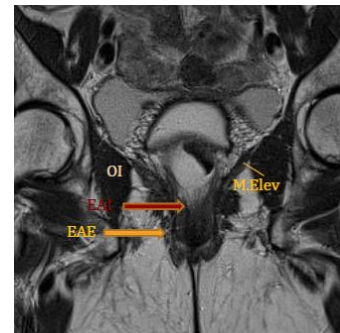
- ▶ Bem tolerada e acessível
- ▶ Boa correlação entre etiologia/clínica/lesões
- ▶ Mapa das lesões (EAI, EAE, PR) e Medições



Limitação: Limitação e medição dos bordos do EAE

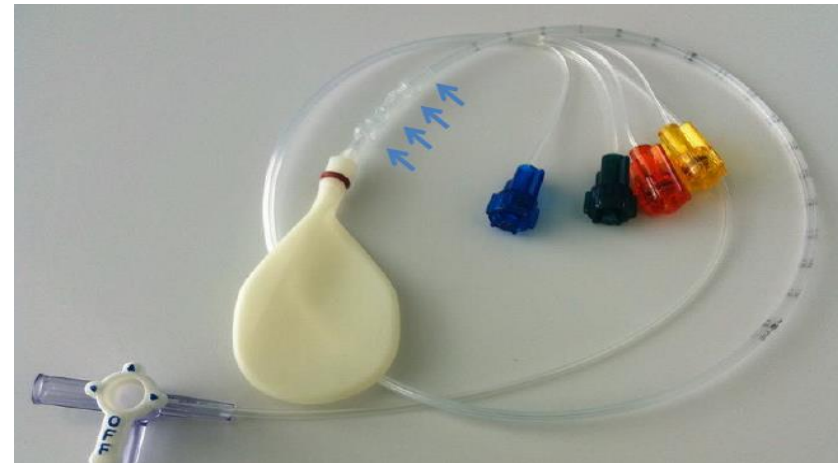
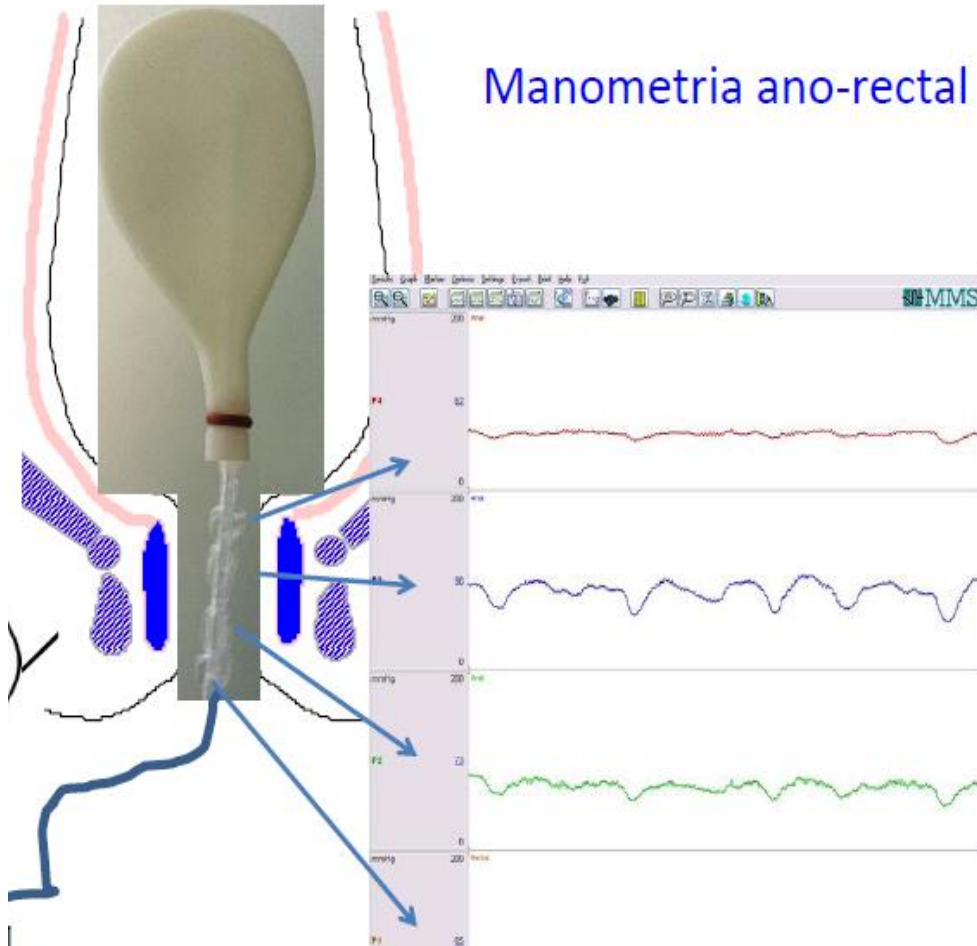
## Ressonância magnética pélvica

- ▶ Melhor para os bordos do EAE
- ▶ Avaliação Dinâmica
- ▶ Estudo mais amplo da cavidade pélvica



# Como estudar uma Incontinência anal ?

Manometria ano-rectal



# Como estudar uma Incontinência anal ?

- ▶ **Perguntar à doente se tem queixas de perda involuntária de gases ou fezes**
- ▶ > 3 meses após o parto
- ▶ Consulta de Proctologia
- ▶ Exame objectivo
- ▶ Avaliação da Morfologia
  - ▶ Ecografia Ano-rectal
  - ▶ RM
- ▶ Avaliação Funcional
  - ▶ Manometria ano-rectal
  - ▶ Electromiografia
  - ▶ Tempo de latência do nervo pudendo

# Quem enviar para a consulta de Proctologia?

- ▶ Incontinência Anal
- ▶ Suspeita de lesão oculta
- ▶ Lacerações grau 1 e 2
- ▶ Lacerações grau 3



- Tratamento Médico
  - Correção da obstipação associada
  - Correção dos assincronismos pélvico/ reeducação anal
- Medicina Física e Reabilitação
- Correção Cirúrgica





# Reabilitação do pavimento pélvico nas complicações pós parto: Lacerações do Períneo

Isabel Pereira, André Ladeira

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

# Reabilitação do pavimento pélvico nas complicações pós parto

## LACERAÇÕES DO PERÍNEO

- ▶ Grau 2 – fáscia e músculos do períneo
- ▶ Grau 3 – esfíncter anal

- ▶ 3a - < 50% EAE

- ▶ 3b - > 50% EAE



Músculo estriado

Sem benefício com reabilitação

- ▶ 3c envolve EAI



Músculo liso

# Reabilitação do pavimento pélvico nas complicações pós parto

## LACERAÇÕES DO PERÍNEO

- ▶ Exercícios de preparação para o parto
  - ▶ Devem incluir programas de consciencialização da contração do períneo
  - ▶ Ensino dos exercícios de fortalecimento muscular
- ▶ Objetivos
  - ▶ Tonificar os músculos perineais
  - ▶ Conseguir aprendizagem dos exercícios corretos antes do trauma de parto



# Reabilitação do pavimento pélvico nas complicações pós parto

## LACERAÇÕES DO PERÍNEO

- ▶ INCONTINÊNCIA URINÁRIA e/ou ANAL
- ▶ Medidas comportamentais
  - ▶ Reeducação alimentar
  - ▶ Hábitos diários
- ▶ Reabilitação do Pavimento Pélvico

Consciencialização do movimento dos músculos perineais

Ganho de tonicidade e força muscular

# Reabilitação do pavimento pélvico nas complicações pós parto LACERAÇÕES DO PERÍNEO

## **FORTALECIMENTO MÚSCULO ESTRIADO**

Músculos do Pavimento pélvico

Esfíncter Anal Externo

- ▶ Técnicas manuais
- ▶ Estimulação elétrica
- ▶ Biofeedback

# Reabilitação do pavimento pélvico nas complicações pós parto

## LACERAÇÕES DO PERÍNEO

### ▶ TÉCNICAS MANUAIS

- ✓ Ensino da correta contração do pavimento pélvico
- ✓ Contração confirmada e corrigida através do toque retal

Dificuldade ou ausência de contração

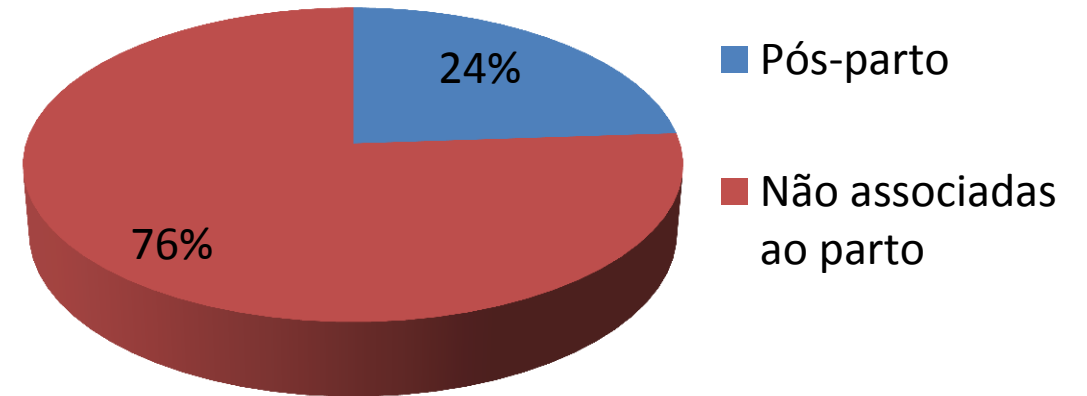
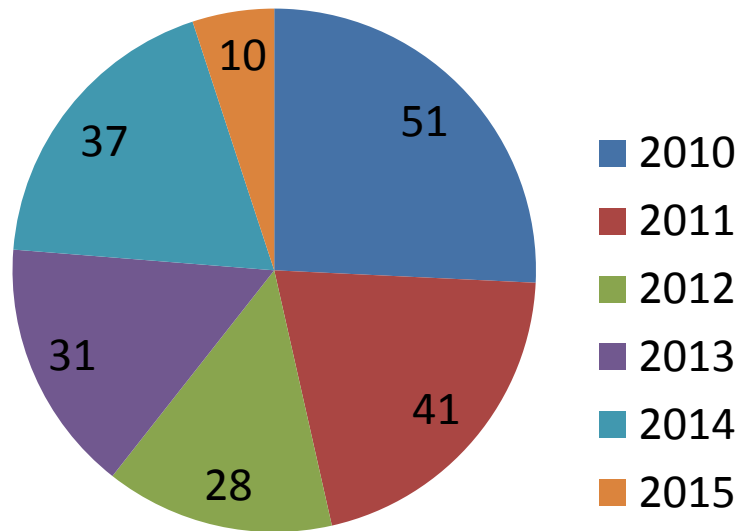
**Estimulação elétrica**  
**Biofeedback**

# Reabilitação do pavimento pélvico nas complicações pós parto

## LACERAÇÕES DO PERÍNEO

- ▶ SEM INDICAÇÃO PARA REABILITAÇÃO
  - ▶ EAE com desenervação total
  - ▶ EAE com lesão completa de fibras musculares
  - ▶ Ausência de colaboração/motivação da paciente

# Nº DE DOENTES COM IU E IA OBSERVADAS 2010-2015



Incontinência	Urinária de Esforço	Urinária de Imperiosidade	Urinária Mista	Anal	Urinária + Anal
Total	78	18	74	8	10
Pós-Parto	20 (25,6%)	0	19 (25,7%)	2 (25%)	4 (40%)



FIM

Obrigado!