

6. LA MADRE DOPO IL PARTO

Il puerperio è il periodo dei primi 40 giorni dopo il parto, in cui il corpo della neo-mamma, in particolare l'apparato genitale, torna pian piano allo stato pregravidico.

1. La puerpera in ospedale

*Dopo l'espulsione della placenta, l'utero ritorna alle sue dimensioni normali (**involuzione uterina**), scende dall'ombelico al pube e forma un coagulo di sangue che interrompe l'emorragia del dopo parto (**globo di sicurezza**). Le manifestazioni più evidenti del puerperio sono i crampi e le lochiazioni.*

I **crampi** o spasmi o “morsi” sono contrazioni dell'utero presenti nei primi 5-10 giorni dopo il parto, al fine di ridurre le dimensioni dell'utero e tamponare le perdite di sangue. I crampi sono più intensi nelle pluripare rispetto alle nullipare, e nelle donne che allattano: infatti la suzione favorisce la produzione di ossitocina, ormone in grado di provocare le contrazioni uterine.

Come comportarsi. I crampi sono un evento naturale e dopo 4-5 giorni dal parto l'organismo materno produce una maggior quantità di endorfine, cioè anestetici naturali, che aiutano a tollerare meglio i disturbi del dopo-parto. Comunque, possono essere attenuati assumendo un antidolorifico o un antispastico.

Le **lochiazioni o lochi** sono secrezioni vaginali, composte di sangue e siero, che avvengono per 2-3 settimane

dopo il parto. All'inizio sono costituite da abbondante sangue rosso vivo con coaguli, dopo 10-15 giorni si riducono e diventano più sierose e chiare.

Come comportarsi. È possibile utilizzare assorbenti esterni, mentre sono da evitare i tamponi interni. Gli assorbenti vanno cambiati ogni 4-6 ore e dopo ogni poppata, poiché l'allattamento aumenta le lochiazioni. Per l'igiene intima utilizzare un detergente leggermente acido (pH 5-6) per rispettare l'ecosistema vaginale e i movimenti di pulizia devono andare dalla vagina all'ano e non viceversa, per evitare la diffusione dei germi delle feci ai genitali.

La degenza in ospedale. In caso di parto spontaneo la degenza ospedaliera dura 2 giorni, escluso il giorno del parto.

In caso di parto cesareo, invece, la permanenza è di circa 4 giorni, salvo complicazioni. Nelle ore immediatamente successive al parto cesareo è normale sentirsi un po' intontita e avvertire dolore alla ferita: di solito sono somministrati degli antidolorifici. Se l'intervento è stato eseguito il mattino, la donna può alzarsi, camminare e iniziare un'alimentazione semi-liquida la sera stessa. Il catetere vescicale è rimosso nel pomeriggio (dopo la mobilizzazione) ed entro sei ore riprende la minzione spontanea. Se l'alvo è chiuso alle feci in 4° giornata, si somministra un lassativo o si esegue una peretta. La mamma può tenere il neonato in stanza accanto a se e l'allattamento al seno può svolgersi normalmente. I punti sono rimossi dopo 6-7 giorni dall'intervento.

I disturbi dopo il parto vaginale

Nei primi giorni dopo il parto è comune sentire alcuni disturbi come dolore ai genitali, incontinenza urinaria, stitichezza, emorroidi, varici e gonfiori.

Nelle prime ore dopo il parto è abbastanza normale avvertire un certo **dolore ai genitali**, soprattutto se sono stati dati dei punti di sutura per riparare l'episiotomia o le eventuali lacerazioni perineali.

L'**episiotomia** è una piccola incisione del perineo, che

rimargina nel giro di una settimana. All'inizio si avverte una sensazione di peso e d'indolenzimento che dopo 6-7 giorni scompare. I punti di sutura, in materiale riassorbibile, di solito "cadono" spontaneamente entro 10-15 giorni.

Le **lacerazioni del perineo**, frequenti al momento del parto, richiedono qualche punto di sutura. Di solito provocano irritazione, formicolio, bruciore e un fastidioso indolenzimento: i punti "tirano". I tempi di guarigione sono simili a quelli dell'episiotomia.

Come comportarsi. È importante curare l'igiene intima: i genitali vanno lavati frequentemente con acqua tiepida (mai fredda), senza eccedere con l'uso di detergenti specifici, che devono essere a pH acido. Altrettanto importante è asciugare bene la zona: i punti non si strappano. Per accelerare la cicatrizzazione è possibile applicare pomate che alleviano eventuali gonfiori. Tenere il più possibile aerata la parte indossando mutandine di rete, ideali per il postpartum. Se il fastidio è accentuato, è consigliabile sedersi su una corretta ciambella per evitare il contatto diretto delle zone dolenti con una superficie piatta e rigida.

L'**incontinenza urinaria** è un disturbo transitorio presente nel 20% delle donne dopo un parto vaginale: spontaneamente o dopo un colpo di tosse o una risata, la neo-mamma perde qualche goccia di urina. Tale disturbo è dovuto al trauma subito durante il periodo espulsivo del parto: infatti il feto, attraversando il canale del parto, provoca un indebolimento dei muscoli del perineo con possibilità di generare un danno dello sfintere dell'uretra che può perdere tonicità e contrattilità. Saranno necessarie alcune settimane affinché i tessuti possano riprendere le normali funzioni. Di solito il disturbo scompare dopo qualche mese dal parto.

Come comportarsi. L'incontinenza urinaria si può prevenire e trattare con gli esercizi perineali di Kegel, eventual-

mente con l'aiuto dei coni vaginali di Plevnik, in grado di ridare tono e capacità contrattile ai muscoli del pavimento pelvico. È bene urinare a intervalli regolari, ad es. ogni due ore, per evitare che la vescica si distenda troppo.

L'**incontinenza fecale** è definita come la perdita involontaria di gas e/o feci (solide o liquide), talmente imbarazzante da impedire una normale vita sociale. Il 2-7% della popolazione è affetto da incontinenza fecale, ma il dato aumenta fino al 27 % nelle donne sopra i 50 anni.

Il parto è considerato una delle cause di perdita del controllo intestinale: il 5% delle donne dopo un parto vaginale manifesta un'incontinenza a gas e feci. Durante il periodo espulsivo, il feto, percorrendo la vagina, può lacerare o stirare i muscoli e i nervi vicini al retto, coinvolgendo in particolare gli sfinteri anali.

Come comportarsi. Oggi esistono diverse possibilità mediche, riabilitative e chirurgiche per trattare l'incontinenza fecale. La terapia medica prevede l'impiego di farmaci che aumentano la consistenza e il tempo di transito delle feci nel colon (ad es. loperamide), di agenti che formano massa fecale assorbendo acqua dalle feci e di clisteri evacuativi. La riabilitazione perineale può migliorare il tono dello sfintere esterno, la coordinazione tra i muscoli addominali, lo sfintere anale e i glutei durante la defecazione. Il 50% delle donne ritorna continente e un altro 30% riduce gli episodi di incontinenza. La neuromodulazione sacrale, mediante la stimolazione con un neurostimolatore collegato tramite un elettrodo a livello del 3° e 4° nervo sacrale, permette il ritorno alla continenza al 40-75% delle donne. La terapia chirurgica, infine, propone interventi di ricostruzione e di sostituzione degli sfinteri. In fase di studio è l'impianto di sfinteri artificiali.

La **stitichezza** spesso affligge la mamma già durante la gravidanza, ma può aumentare nei primi giorni dopo il

parto. In questo caso, è favorita dalla sutura dell'episiotomia: la mamma, per paura di sentire dolore, può avere la tendenza a trattenere le feci.

Come comportarsi. Per aiutare l'intestino è importante seguire un'alimentazione ricca di fibre e consumare verdura e frutta cotta (per es. zucchine, prugne) e cruda (pesche e fichi, che hanno proprietà lassative). È consigliabile assumere pane, pasta e riso integrali e biscotti a base di crusca, anch'essi ricchi di fibre. Occorre bere almeno un litro e mezzo di acqua al giorno (anche tè e tisane, spremute e succhi di frutta) e seguire un'alimentazione con molti liquidi, come minestre e zuppe. I liquidi, infatti, rendono le feci più morbide e stimolano l'attività intestinale. L'attività fisica aiuta l'intestino nei suoi movimenti: è sufficiente camminare mezz'ora al giorno o eseguire semplici esercizi ginnici, mirati a tonificare i muscoli addominali. Nei casi resistenti il ginecologo può prescrivere un lassativo, in confetti, sciroppo o supposte, per favorire l'attività intestinale.

Le **emorroidi** sono dilatazioni delle vene dell'ano con conseguente ristagno di sangue. Ne soffre quasi il 70% delle neomamme. Le cause sono diverse: l'azione del progesterone in gravidanza; la compressione dell'utero gravido sulle vene, la stipsi e lo sforzo legato alla fase finale del parto. Compaiono dopo il parto, durano un paio di settimane e in genere guariscono spontaneamente. In 1 caso su 200 vanno incontro a complicazioni, cioè si trombizzano (blocco della circolazione dovuto al restringimento dei vasi e alla coagulazione del sangue). Le emorroidi contribuiscono ad aumentare il prurito e il senso di peso nella zona anale e danno un vivo dolore quando si trombizzano.

Come comportarsi. È bene adottare una dieta ricca di liquidi, frutta e verdura, che favorisca l'attività intestinale. Per alleviare il fastidio si utilizzano pomate a base di ossi-

do di zinco, eparina, escina o estratti vegetali, e soluzioni detergenti. L'acqua dà sollievo: il getto fresco ha un'azione antidolorifica, mentre un bidè di acqua calda rilassa lo sfintere anale, allentando la pressione sulle emorroidi. Anche le pomate lubrificanti sono utili per lenire il dolore e per aiutare l'evacuazione. Se le emorroidi sono trombizzate, la cura più efficace è l'iniezione di anticoagulanti (calcieparina e derivati), che rimuove il sangue rappreso a livello del trombo e riattiva la circolazione. In pochi giorni il dolore scompare, nell'arco di 2-3 mesi si risolve il gonfiore.

I **gonfiore** alle gambe, ai piedi e alle mani persistono o peggiorano dopo il parto. L'organismo, infatti, richiede 10-20 giorni per smaltire i liquidi accumulati nell'attesa. Spesso sono accompagnati da formicolii e crampi.

Come comportarsi. È necessario stimolare la circolazione del sangue. Camminare mezz'ora al giorno. Evitare di stare in piedi a lungo e l'abitudine di accavallare le gambe: il ritorno venoso è ostacolato. Porre un cuscino sotto il materasso, affinché le gambe siano leggermente sollevate rispetto al corpo. È utile controllare l'alimentazione: bere almeno un litro e mezzo di acqua al giorno, per eliminare le tossine accumulate e limitare l'utilizzo del sale, per evitare il ristagno dei liquidi. È possibile utilizzare creme o gel a base di sostanze vegetali come rusco, escina, centella asiatica e mentolo, che stimolano la circolazione del sangue e danno una sensazione di freschezza e leggerezza.

Le varici in gravidanza *

Le **varici**, dilatazioni permanenti delle vene degli arti inferiori, costituiscono un problema sintomatologico (pesantezza, dolori, crampi, irrequietezza, prurito, edema)

* di Mario Forzanini, specialista in chirurgia vascolare

ma anche un pericolo per le complicazioni legate alla loro presenza (flebiti, trombosi, embolie polmonari, emorragie, ulcere). Anche i capillari si dilatano, fino a formare grosse ragnatele che spesso sono sede di dolori e bruciori.

La *causa* delle varici non è la gravidanza, ma la gravidanza ne può favorire l'insorgenza per due motivi: la situazione ormonale e l'ingombro dell'utero gravido. La familiarità, il tipo di lavoro, la stipsi cronica, la cellulite, il sovrappeso, l'eccessivo carico di sodio, contribuiscono a facilitarne l'insorgenza.

La **diagnosi** è clinica, basata sulla visita medica, che deve escludere eventuali complicazioni, quali flebiti e trombosi. Chi ha le varici in gravidanza dovrebbe eseguire almeno due controlli: intorno al 4° e al 9° mese di gravidanza.

La *sede* delle varici è generalmente il lato interno di coscia e gamba, ma in gravidanza una localizzazione tipica è quella vulvare e inguinale. Queste varici possono portare a dolori durante e dopo il coito e, in taluni casi, possono rappresentare un'indicazione al parto cesareo per il pericolo di emorragia. Spesso si associa una congestione pelvica delle vene del bacino, con varici uterine e ovariche, che può dare origine a dolori addominali e persistere anche dopo il parto (*varicocele pelvico*).

Non esiste un periodo critico per comparsa delle varici, ma il primo e il terzo trimestre di gravidanza sono i più colpiti.

Spesso lo Specialista prescrive un *esame ecocolor doppler venoso*, soprattutto nei casi dubbi per trombosi delle vene profonde, dove il sangue, per la stasi, tende a coagulare. Questo esame è innocuo per il nascituro e può essere ripetuto senza rischi.

Una volta eseguita la diagnosi, lo Specialista provvede a dare alla gravida alcuni **consigli e terapie** volti a curare i disturbi e a prevenire le complicazioni.

Tra questi va ricordato l'*elastocompressione*, ottenibile con collant elastici muniti di "panciotto" per non comprimere l'addome. Esistono varie gradazioni di contenzione elastica, che variano con i gradi dell'insufficienza venosa. Spesso l'auto-prescrizione non è corretta. La calza elastica va portata per tutta la gravidanza durante il giorno, soprattutto quando si prevede di stare in piedi a lungo.

Altri *consigli* validi, salvo che il Ginecologo non ponga controindicazione sono: sdraiarsi durante la giornata con le gambe in alto; dormire con i piedi sollevati, mettendo un cuscino sotto il materasso; camminare con scarpe comode e leggermente rialzate, a suola morbida e chiuse dietro (non ciabatte); possibilmente nuotare o fare ginnastica in acqua. I *farmaci*, topici e generali, alcuni dei quali testati in gravidanza, non sono controindicati in maniera assoluta, ma vanno prescritti quando la possibilità di una complicazione è grande.

Secondo i casi, lo Specialista potrà consigliare al Ginecologo una terapia farmacologica (generalmente iniezioni) da praticare durante il travaglio di parto e da protrarre per 7-10 giorni dopo il parto, per evitare complicazioni come flebiti, trombosi ed embolie polmonari.

Un lieve edema degli arti inferiori è normale durante la gravidanza. Ma un improvviso edema importante, dolori al polpaccio o all'intero arto inferiore, soprattutto in presenza di varici, non devono essere sottovalutati poiché potrebbe essere espressione di complicazioni che vanno trattate. Meglio eseguire una valutazione inutile che trascurare una trombosi in gravidanza.

Il *trattamento definitivo* delle varici va invece posticipato a parto e, possibilmente, allattamento completati. Raramente si trattano le varici in gravidanza e solo in caso di complicazioni. Il trattamento però si impone prima di una nuova gravidanza, per evitare peggioramenti. Il trattamen-

to definitivo sarà *chirurgico, scleroterapico, laserterapico*, secondo la gravità dell'insufficienza venosa.

Infine, una considerazione estetica e psicologica: tutto ciò che compare in gravidanza e che deturpa le gambe delle giovani mamme non deve spaventare, nemmeno i mariti. Non tutto quello che vedete resterà tale; molte varici tenderanno a sgonfiarsi e molti capillari a regredire. Ma ciò non toglie che il danno alle valvole si sia verificato e che vada trattato, anche a fini estetici. Anche l'occhio del resto vuole la sua parte.

I disturbi dopo il parto cesareo

Come ogni intervento addominale, anche dopo il cesareo si avverte una sensazione di fastidio, dolore e gonfiore al basso addome.

Il **dolore addominale** dipende dalle contrazioni dell'utero che, dopo il parto, inizia a ridursi come in quello vaginale e dalle suture eseguite per chiudere la parete addominale.

Come comportarsi. Di solito il dolore scompare spontaneamente in 2-3 giorni, ma, se necessario, si può assumere un analgesico. La sutura richiede normali misure igieniche. I punti sono rimossi dopo 6-7 giorni e la ferita è mantenuta coperta con una garza sterile per alcuni giorni. In seguito può essere deterisa con acqua e sapone dal pH leggermente acido e lasciata scoperta. La rimozione dei punti della sutura è indolore. La cicatrice all'inizio rossastra diventa poi di un colore marrone e infine chiaro simile a quello della pelle entro 1 anno. La zona intorno alla cicatrice è insensibile, spesso sono recisi alcuni nervi per raggiungere l'utero: la sensibilità è recuperata entro 6 mesi.

Il **gonfiore addominale** è dovuto al blocco della peristalsi (movimenti dell'intestino) con accumulo di aria

nell'intestino, che persiste per 2-3 giorni. Il blocco della peristalsi è causato sia dalle manipolazioni subite durante il cesareo sia dai farmaci, anestetici e analgesici, che rallentano il transito intestinale.

Come comportarsi. Il giorno dell'intervento non bere, perché l'acqua contribuisce a mantenere l'intestino atonico (per reidratarsi è sufficiente la flebo). Il giorno dopo il cesareo bere un brodo salato perché il sodio (contenuto nel sale da cucina) aiuta il riassorbimento dei liquidi e accelera la ripresa della peristalsi. È utile massaggiare la pancia in senso circolare per lenire il fastidio dovuto al gonfiore e alla fermentazione gassosa. Non rimanere a letto, ma alzarsi e camminare già qualche ora dopo il cesareo per facilitare la ripresa della motilità intestinale. Durante il riposo favorire la posizione sui fianchi che aiuta la fuoriuscita dei gas.

2. La puerpera a casa

Dopo il parto ci vogliono almeno 6-8 settimane affinché il corpo torni alla normalità e un po' di più per riacquistare l'aspetto e la forma fisica di prima.

In questa fase di transizione è utile porre particolare attenzione all'alimentazione e all'attività fisica.

Utile seguire un'adeguata **alimentazione**, scegliendo cibi sani ed equilibrati per riprendere energia e bevendo molti liquidi per mantenere una corretta idratazione. Il termine dieta deriva dal greco "*diata*" e significa "modo di vivere", un modo salutare e fatto di armonia, senza saltare i pasti o togliere pasta e pane o abolire i grassi. Iniziare a prendere per almeno 6-8 settimane integratori vitaminici o continuare quelli già prescritti durante la gravidanza. In caso di anemia è indicato integrare anche il ferro.

Non pesatevi subito dopo il parto! La maggior parte delle donne non vede l'ora di pesarsi dopo il parto: meglio aspettare qualche

settimana. Infatti, la puerpera spesso si gonfia, soprattutto nei piedi, a causa della ritenzione idrica e quindi acquista peso anziché perderlo. Salire sulla bilancia subito dopo il parto spesso è una delusione.

Prima di riprendere una moderata **attività fisica**, il corpo ha bisogno di un periodo di riposo. Utile ritagliare del tempo supplementare durante la giornata per riposare e legare con il proprio bambino. Limitare sforzi particolari, come sollevare pesi, intraprendere lavori pesanti o praticare attività sportiva per almeno un mese.

Dopo un parto cesareo, invece, evitare di svolgere attività fisica significativa per almeno 2 mesi. Chiedere aiuto a parenti o amici per le faccende di casa, in cucina e per fare la spesa nei primi giorni.

Quale esercizio fisico è indicato nei primi mesi dopo il parto?

Il migliore esercizio, ma anche il più semplice, è camminare. All'inizio 15-20 minuti, assumendo un'andatura tranquilla, poi 30-40 minuti, infine un'ora e più con un passo veloce, ma ogni giorno. L'esercizio fisico costante conduce a risultati migliori, aiuta a stabilire una buona circolazione ematica, a ridare elasticità e tono alle gambe, a bruciare l'eventuale accumulo di grasso sui fianchi.

A casa è bene adottare un'adeguata **igiene personale**. La doccia, non troppo calda, si può fare subito dopo il parto, mentre il bagno quando le perdite ematiche dai genitali sono scomparse. Per l'igiene intima utilizzare acqua fresca dopo ogni minzione, il detergente una sola volta al giorno e cambiare spesso l'assorbente. Evitare l'uso di pancere o bende contenitive, poiché è bene che i muscoli "imparino" a lavorare da soli. È sconsigliato anche l'impiego di tamponi e lavande vaginali.

Dopo un parto cesareo è bene mantenere una perfetta igiene della ferita, che va trattata per qualche giorno con prodotti disinfettanti, e tenerla asciutta, cambiando il cerotto

ma senza medicazione. Per i primi 20 giorni, fino alla guarigione completa della ferita, è bene fare la doccia ma con l'accortezza di asciugarla bene e di cambiare il cerotto, successivamente è possibile fare il bagno nella vasca.

In cosa consiste la ginnastica “intima” della donna? A. Kegel, oltre 60 anni fa, propose una serie di **esercizi perineali** per rafforzare la muscolatura del perineo, in particolare il muscolo pubococcigeo. Inizialmente gli esercizi furono destinati a donne affette da incontinenza urinaria e/o prollasso genitale. Si osservò però un particolare “effetto collaterale”: un aumento del piacere durante l’atto sessuale. In effetti, alcuni dei movimenti degli esercizi corrispondono alle contrazioni dei muscoli vaginali durante l’orgasmo. Già nel 1926, T.H. Van de Velde scriveva, nel suo popolare manuale sessuale “Il matrimonio perfetto”, che il controllo del muscolo pubococcigeo è “una facoltà di grande importanza nella tecnica dell’amplesso”. I muscoli sono individuati interrompendo il flusso di urina durante la minzione, quindi sono allenati con gli esercizi di Kegel, che consistono nel contrarre i muscoli contando fino a 5-10, e rilassarli contando fino a 10-20. Per ottenere dei buoni risultati, comunque limitati al periodo di allenamento, spesso gli esercizi di Kegel vanno effettuati ogni giorno (10 esercizi di seguito, 3-5 volte al giorno) per 4-6 settimane, talvolta per 3 mesi.

Gli esercizi perineali funzionano solo quando sono individuati i muscoli giusti, sono contratti efficacemente e costantemente. Tuttavia molte donne non sanno identificare e poi utilizzare esattamente questi muscoli. Inoltre, nella vita quotidiana non è sempre facile trovare il tempo per eseguire regolarmente questi esercizi. Nel 1985, S. Plevnik ideò una soluzione pratica per individuare e rafforzare i muscoli del perineo: i **coni vaginali**, una serie di pesi uguali per forma e dimensione, ma di peso crescente da 20 fino a 70 grammi. Il funzionamento è semplice e sfrutta la forza di gravità: il cono, introdotto in vagina, tende a scivolare verso il basso per gravità. Il conseguente tentativo a trattenerlo in posizione induce una contrazione dei muscoli attorno al cono stesso: questa contrazione rinforza il perineo. Con un allenamento adeguato di 15 minuti due volte al giorno, per almeno 12 settimane è apprezzabile un miglioramento delle “performances” dell’intero perineo.

La riabilitazione perineale è utile dopo il parto per una ripresa migliore, soprattutto in presenza di un generale indebolimento dei

muscoli. I benefici apportati sono molteplici: prevenzione e trattamento dell'incontinenza urinaria, riduzione della gravità di un prolasso uterino e vaginale e prevenzione dell'incontinenza fecale postpartum. Per quanto riguarda la sessualità, invece, aumentando l'afflusso di sangue ai muscoli di questa regione, la sensibilità vaginale incrementa e l'orgasmo è più intenso e facilmente raggiungibile.

La sessualità dopo il parto

La sessualità è il bene della persona, che si può vivere anche in coppia, all'interno del proprio progetto di vita, nel rispetto di sé e degli altri (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Dopo il parto la sessualità può modificarsi per problemi fisici (alterazioni del pavimento pelvico) e per fattori psichici (depressione postpartum).

Il **perineo**, ultimo ostacolo da superare al momento del parto, è spesso soggetto a lesioni dovute al parto, estese anche ai muscoli sottostanti (pavimento pelvico). Un muscolo resiste meno allo stiramento, quindi anche un perineo apparentemente intatto può nascondere delle lesioni muscolari. Alcuni studi documentano, con l'uso di coni vaginali, una riduzione della forza contrattile dei muscoli perivaginali a 2 mesi dal parto.

Le modificazioni sessuali interessano quasi una donna su due. Nei primi 3-4 mesi dopo il parto, molte donne scoprono un **declino del desiderio** verso i rapporti sessuali, in particolare il 18% delle donne che allattano. Questo dipende dall'incremento della prolattina, l'ormone dell'allattamento, e dalla diminuzione degli estrogeni, gli ormoni della sessualità. Successivamente, il desiderio sessuale ritorna nella normalità entro 6-12 mesi.

Sempre nei primi 2 mesi dopo il parto, è presente anche un calo dell'**eccitazione** che spesso si accompagna a una minore intensità dell'orgasmo. Condizione sempre dovuta alla riduzione degli estrogeni (responsabili della carenza

lubrificazione vaginale), all'aumento della prolattina e all'eventuale episiotomia o lacerazioni perineali al parto. Con il tempo, quando i livelli ormonali ritornano normali e la stanchezza e la tensione emotiva per le cure del neonato si allentano, il problema può risolversi spontaneamente. Il primo **orgasmo** dopo il parto è riferito in media dopo 7 settimane, ma solo il 20% delle donne prova l'orgasmo a 3-6 mesi dal parto.

Dopo il parto, il primo rapporto sessuale è spesso doloroso e poco soddisfacente: il 49% delle donne, infatti, prova **dolore** di varia intensità. Il dolore persiste per 6 mesi nel 3,4-3,5% delle donne dopo un parto cesareo o spontaneo e nell'11-14% dopo un parto con episiotomia e/o lacerazioni perineali, o con forcipe e ventosa.

Come comportarsi. Per una buona ripresa della sessualità dopo il parto, di solito dopo 30-40 giorni, esistono diverse possibilità.

L'uso di **lubrificanti vaginali** aiuta sicuramente a inumidire la vagina, migliorando i rapporti sessuali.

Il **massaggio perineale** permette di ridurre il dolore perineale del postpartum. È indicato in presenza di esiti cicatriziali, poiché permette il recupero dell'elasticità dei tessuti perineali facilitando il ritorno a un'attività sessuale soddisfacente. Un perineo tonico garantisce comfort vaginale con migliore relazione di coppia e quindi qualità di vita. Il massaggio è consigliato dopo un mese dal parto, con la completa cicatrizzazione delle eventuali lesioni o episiotomia, e va continuato per un paio di mesi.

La **riabilitazione perineale**, tramite esercizi di Kegel e coni di Plevnik, è in grado di ripristinare la tonicità vaginale, ridurre la sensazione di lassità muscolare del perineo e attenuare le sequele sessuali. Gli **esercizi perineali** sono una serie di contrazioni e rilasciamenti dei muscoli che circondano la vagina e sostengono l'utero. I **coni va-**

ginali, invece, sono una serie di pesi uguali per forma e dimensione, ma di peso diverso, che inseriti in vagina e trattenuti esercitano una contrazione dei muscoli vaginali e perivaginali. Con la riabilitazione perineale la donna otterrà il controllo specifico della forza muscolare vaginale, ritrovando una preziosa opportunità per ri-animare la propria intimità. In letteratura, gli studi sulla riabilitazione perineale postpartum sono scarsi. Uno studio, comunque, riporta il trattamento di 83 donne a 8 settimane dopo il parto: un primo gruppo si esercitava con 120-160 contrazioni perineali al giorno, un secondo utilizzava coni vaginali da trattenere in vagina 15 minuti 2 volte al giorno. I risultati sono stati buoni, anche se lievemente migliori nel secondo gruppo.

Che cos'è la chirurgia correttiva del postpartum? Spesso, dopo un parto naturale, l'apertura vaginale può rimanere beante (per il rilassamento muscolare) o asimmetrica (per gli esiti cicatriziali) con ripercussioni negative sulla salute sessuale. Nei casi particolarmente compromessi una chirurgia correttiva può riportare in condizioni normali l'apertura della vagina, il tono muscolare e asportare eventuali cicatrici, spesso dolorose.

L'intervento di vaginal tightening (cioè restringimento vaginale) ha come obiettivo l'incremento della sensibilità durante i rapporti sessuali, in altre parole il miglioramento della gratificazione sessuale. L'intervento prevede la correzione della parte più esterna della vagina (quella più sensibile), dell'introito vaginale e allo stesso tempo del perineo. In breve, è eliminata la mucosa vaginale ridondante e sono ridotti i circostanti muscoli rilassati. Il risultato è la diminuzione del diametro e dell'orifizio esterno della vagina e l'aumento del tono e della forza muscolare della vagina. Secondo Master e Johnson la gratificazione sessuale è correlata alla forza frizionale (attrito) generata durante la penetrazione: l'intervento può ripristinare una forza frizionale ottimale. La procedura riprende le tecniche impiegate per il trattamento del rilassamento vaginale. Di solito richiede l'anestesia generale e una notte di ricovero. Le suture, riassorbibili, scompaiono dopo 2-3 settimane. Il gonfiore, spesso fastidioso, e piccoli lividi, talvolta visibili, possono persistere per 7-10 giorni. Indicato astener-

si dai rapporti sessuali per 4-6 settimane. Sebbene la percentuale di soddisfazione sia alta, il risultato e la sua durata non sono prevedibili perché valutati solo su base soggettiva, quindi non è possibile garantire con certezza, prima dell'intervento, un effettivo incremento della sensibilità. Infine non dimentichiamo i possibili rischi, tipici di ogni intervento, quali: infezioni, emorragie e alterazioni delle sensazioni.

Qualora la coppia percepisca delle difficoltà nel ritrovare un'intimità soddisfacente in tempi relativamente brevi è opportuno richiedere una **consulenza sessuale** per affrontare il problema.

Quando contattare il ginecologo o l'ospedale? Dopo un parto è meglio rivolgersi al ginecologo o all'ospedale in caso di:

- febbre superiore a 38° C, misurazione inguinale e non ascellare!
- perdite vaginali maleodoranti;
- sanguinamento vaginale abbondante o presenza di grossi coaguli ematici;
- improvviso dolore perineale dove sono stati messi i punti di sutura con eventuale fuoriuscita di pus;
- arrossamento e dolorabilità al seno con eventuali sintomi di tipo influenzale;
- gonfiore, arrossamento e dolore a una gamba.

Inoltre, dopo un parto cesareo, in caso di:

- improvviso dolore addominale, come dolenzia o bruciore;
 - improvviso dolore nella zona di incisione con eventuale fuoriuscita di materiale purulento.
-

La contraccezione dopo il parto

La prima mestruazione dopo il parto (capopto) in genere arriva dopo 6-8 settimane dal parto. In caso di allattamento al seno, invece, le mestruazioni riprendono più tardi, anche dopo 5-6 mesi.

Sebbene durante l'allattamento la fertilità sia ridotta, la gravidanza è possibile. L'allattamento non è un buon metodo contraccettivo: una donna che allatta ha delle ovulazioni anche se meno frequenti. È chiaro che, se non si desidera una nuova gravidanza, è opportuno considerare

un metodo contraccettivo.

La **contraccezione** consiste nell'utilizzo di metodi destinati a evitare una gravidanza non desiderata in modo temporaneo. Un buon metodo è d'uso semplice, di costo accessibile, di facile reperibilità, di non interferenza con il rapporto e non comporta effetti collaterali importanti.

I **contraccettivi ormonali** (pillola, cerotto transdermico e anello vaginale) non possono essere utilizzati durante l'allattamento. Se la donna non allatta al seno meglio usarli dopo la prima mestruazione. Sono composti da estrogeni e progestinici e agiscono bloccando l'ovulazione. L'indice d'insuccesso è dello 0,02-0,8%. Le controindicazioni sono le malattie epatiche in atto, l'ipercolesterolemia, le flebiti e tromboflebiti, i tumori della mammella. Altre controindicazioni ma relative sono l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, il fumo di sigaretta. Gli effetti collaterali (ad es. mal di testa, nausea, tensione mammaria, ritenzione idrica, riduzione della libido) di solito sono ben tollerati e transitori. I contraccettivi ormonali presentano anche dei benefici non contraccettivi: mestruazioni regolari e senza dolore, riduzione dell'acne e del rischio di cisti ovariche.

La **minipillola**, formata da solo progesterone, è consentita durante l'allattamento. Può essere iniziata sei settimane dopo il parto ed è efficace dopo 48 ore dall'inizio dell'assunzione. Tuttavia con una certa frequenza causa qualche sanguinamento irregolare dai genitali.

La **pillola del giorno dopo**, composta di solo progestinico, può essere usata in caso di emergenza durante l'allattamento. Ma non è da considerare come metodo contraccettivo.

Il **preservativo**, profilattico o condom è una valida scelta per le prime settimane dopo il parto. È una guaina di lattice che, applicata sul pene, impedisce il passaggio degli spermatozoi in vagina. L'insuccesso è del 7-15%. La rottura del profilattico avviene nello 0,5-1% dei casi, talvolta

accadono fenomeni di allergia al lattice.

Il **dispositivo intrauterino** (IUD) o spirale può essere inserito dopo 4-6 settimane dal parto, meglio se è ricomparsa la mestruazione. Può essere applicata durante l'allattamento. La spirale è un dispositivo di plastica a forma di T o 7, avvolto da un filo di rame e dotato di due fili di nylon. Agisce rendendo l'endometrio inadatto all'annidamento dell'embrione, inoltre il rame esercita un'azione tossica sugli spermatozoi riducendone la motilità e la vitalità. La spirale una volta inserita nell'utero, è mantenuta in sede per 3-5 anni. L'indice d'insuccesso è dell'1-2%. Le controindicazioni all'uso della spirale sono: tumori del tratto genitale, emorragie genitali di natura da diagnosticare, infezioni pelviche, allergia al rame. La spirale è consigliata per le donne che hanno partorito. Può essere necessario rimuoverla per mestruazioni abbondanti e dolorose o per infezioni dei genitali. L'espulsione spontanea è possibile, mentre la perforazione dell'utero è rara. È segnalata una riduzione della fertilità dopo 5 anni di uso.

I **metodi naturali** che si basano sull'astinenza dai rapporti durante il periodo dell'ovulazione (metodo del calendario, del muco cervicale e della temperatura basale) non sono affidabili in questa fase poiché risulta difficile stabilire il momento esatto dell'ovulazione, essendo i cicli ancora irregolari. Anche il **coito interrotto**, metodo naturale più utilizzato, è poco efficace. L'indice d'insuccesso dei metodi naturali è del 20-30%.

La **sterilizzazione chirurgica** è un metodo definitivo. Sia la sterilizzazione femminile sia quella maschile non influiscono sulla salute e sulla sessualità futura.

La sterilizzazione femminile consiste nella sezione delle tube ed è effettuata in laparoscopia, in anestesia generale e richiede un giorno di ricovero. La sterilizzazione maschile consiste nella legatura dei condotti deferenti (vasectomia). È effettuata in anestesia locale ambulatorialmente. L'efficacia non è immediata e va accertata a distanza.

La depressione postpartum

Per nove mesi la futura mamma è stata sottoposta a intensi e prolungati sforzi non solo fisici ma anche psichici. È comprensibile, quindi, che la donna provi stanchezza e malinconia.

Dopo 3-4 giorni dal parto, quasi il 70% delle neomamme manifesta una forma lieve di depressione, chiamata “baby blues” come riferimento allo stato di tristezza e/o malinconia (blues), che tende generalmente a scomparire nel giro di pochi giorni. È una reazione caratterizzata da facili crisi di pianto senza motivi apparenti, alterazioni dell’umore, irritabilità, ansia e insonnia. In alcuni casi, i sintomi diventano più gravi e perdurano per un anno intero configurando una vera e propria depressione postpartum. È caratterizzata dalla presenza per 2 settimane di almeno 5 dei seguenti sintomi: umore depresso, perdita di piacere e interesse nelle attività abituali, alterazioni del sonno, disturbi dell’appetito con variazioni del peso, agitazione psicomotoria o rallentamento, stanchezza o perdita di energia, sensazione di inutilità o eccessiva e inadeguata colpevolezza, diminuzione della capacità di pensare o di concentrarsi, pensieri ricorrenti di morte.

I fattori che concorrono alla comparsa della depressione postpartum sono diversi:

- fisici: giovane età, fatica del parto, stanchezza dai ritmi imposti dal bambino, calo degli estrogeni e del progesterone, aumento della prolattina;
- psicologici: nuovo ruolo della donna nell’ambito sociale, timore per le imminenti responsabilità, preoccupazioni per il proprio aspetto fisico, inesperienza e scarso aiuto e sostegno, nutrire attese irrealistiche sull’essere madre o sul bambino.

Con la nascita, si interrompe il rapporto di dipendenza reciproca tra madre e figlio. Durante la gravidanza la donna

è appagata dalla sensazione di essere un punto di riferimento insostituibile per il nascituro. Dopo la nascita può subentrare, quindi, un senso di svuotamento, associato alla sensazione di aver perso quel rapporto unico. Ben presto la mamma comincerà, però, a percepire che il neonato avrà bisogno delle sue cure, delle sue attenzioni e del suo affetto e quell'impressione di svuotamento e di inutilità scomparirà.

Come comportarsi. È possibile prevenire o attenuare i sintomi della “baby blues” agendo soprattutto a livello psicologico. La madre potrebbe, anzi dovrebbe:

- mantenere un atteggiamento realistico nei confronti di se stessa e del bambino e avere la consapevolezza di una situazione con alti e bassi che però finirà nell'arco di qualche giorno;
- riposare adeguatamente cercando di dormire nelle stesse ore in cui riposa il neonato;
- chiedere aiuto quando ne sente il bisogno, soprattutto se ci sono altri figli: è normale non riuscire a far tutto da sola e quindi delegare a una parente o un'amica le faccende di casa, come la spesa e il bucato, o prendere una baby-sitter per accudire il bimbo;
- ritagliare del tempo per sé, uscire da casa per una passeggiata, incontrare un'amica e parlare con altre neomamme;
- parlare con il partner che spesso, in veste di neopapà, prova gli stessi sentimenti di inadeguatezza e disorientamento.

Il partner e i familiari possono aiutare la neomamma mostrando disponibilità ad ascoltare e a offrire sostegno.

Quando i sintomi sono di una depressione grave la neomamma dovrà essere trattata a livello medico mediante:

- assunzione di farmaci ansiolitici e antidepressivi;
- psicoterapia con eventuale partecipazione a terapie di gruppo.

Esiste la depressione postpartum maschile? La depressione postpartum interessa circa il 10,4% dei papà nel periodo perinatale, quasi il doppio del tasso medio di depressione che riguarda la popolazione maschile, che è pari al 5%. La nascita di un figlio è l'inizio di grandi cambiamenti, anche stressanti, con un impatto rilevante sulla vita quotidiana. Le possibili "spie" di una depressione postpartum paterna in arrivo sono: stato d'animo triste o malinconico, perdita di interesse per le attività che usualmente piacciono, affaticamento, disturbi del sonno, perdita di appetito e irritabilità.

Estetica e post-gravidanza *

Alcuni consigli per prevenire i mutamenti dell'organismo legati alla gravidanza.

La gravidanza rappresenta un periodo unico nella vita di una donna. Accanto alla felicità per il lieto evento esiste talvolta il timore per i mutamenti subiti dall'organismo, alcuni del tutto reversibili, altri destinati a lasciare una traccia indelebile nel corpo. Durante il periodo di gestazione si assiste a un inevitabile e progressivo aumento ponderale che dipende dall'incremento dell'utero, dalla ritenzione idrica e spesso anche da un vero e proprio aumento del peso corporeo. A questo si accompagnano un incremento del volume delle mammelle e un allargamento delle ossa del bacino; il complesso areola capezzolo diviene più scuro, i capelli appaiono più folti e lucenti e l'aumento della vascolarizzazione cutanea produce una pelle più rosea e idratata.

Al termine della gravidanza e dell'allattamento non tutto ritorna come prima: l'areola rimane più scura, talvolta residua qualche chilo di troppo, il seno è più svuotato e meno tonico, in alcuni casi si evidenziano smagliature e solo nelle signore più fortunate la pelle dell'addome torna a essere tonica. Nella maggior parte delle donne il carico emotivo di questo evento è tale da sminuire ogni altro aspetto, ma in qualche caso que-

* di Enrico Motta, specialista in chirurgia plastica ed estetica

sti mutamenti determinano problemi di non accettazione del proprio corpo e sempre più spesso il chirurgo plastico diventa una tappa già preventivata nel percorso di recupero della forma nel post gravidanza.

Il miglior suggerimento che si possa dare a una donna è di limitare preventivamente il più possibile i danni con un corretto controllo del peso e un'adeguata idratazione della cute. Al termine della gravidanza e dell'allattamento l'edema se ne va spontaneamente e il tono muscolare si recupera con un minimo di attività fisica. Una mammella svuotata si compensa con la mastoplastica, ma varrebbe la pena posticipare l'intervento se ci fosse in programma un'altra gravidanza che ne vanificherebbe l'esito. Nei casi più lievi è possibile una correzione ricorrendo al lipofilling che permette un recupero contenuto di volume con un impianto di grasso autologo. Un addome particolarmente segnato con un eccesso importante di cute o con numerose smagliature o con una diastasi dei muscoli retti può essere migliorato attraverso l'addominoplastica, ma in questo caso è ancora più valida l'indicazione di attendere la fine del ciclo riproduttivo. Differente è la condizione più comune di un modesto eccesso di cute a ridosso della cicatrice del taglio cesareo che si corregge con una mini addominoplastica. Nei casi più modesti è possibile recuperare parzialmente il tono della cute sottoponendosi a sedute di radiofrequenza.

Quando eseguire la visita dopo il parto? Dopo 4-6 settimane dal parto è consigliabile una visita di controllo per verificare:

- la cicatrizzazione dell'episiotomia, delle lacerazioni vulvo-vaginali o della ferita in caso di parto cesareo,
- le secrezioni vaginali anomale,
- le dimensioni dell'utero,
- il peso corporeo e la pressione arteriosa.

Durante questa consultazione è il caso di parlare di una eventuale contraccezione, anche se la donna allatta, poiché in molti casi l'ovulazione riprende prima della fine dell'allattamento.

APPENDICE

