

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 97 (1999)

Heft: 2

Artikel: Il perineo

Autor: Szynalski, Mireille / Morini, Sandra / Biella-Zaninelli, Cinzia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951324>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Prima, durante e dopo il parto

Il perineo

Resoconto d'un corso con lo scopo seguente: fare in modo che le levatrici possano attuare una prevenzione primaria durante i corsi di preparazione al parto e durante il travaglio e il parto, e secondaria durante il puerperio. In presenza di una situazione patologica, la levatrice indirizza la donna ad uno/a specialista.

Mireille Szynalski e Sandra Morini, in collaborazione con Cinzia Biella-Zaninelli

Basi teoriche

Le basi teoriche sono fondate sul lavoro di dottorato sull'incontinenza urinaria della Dr.ssa Bernadette de Gasquet di Parigi [1, 2, 3]. Il suo punto di partenza per la riflessione è il seguente: su 2000 adolescenti, il 13% ha problemi di incontinenza urinaria da sforzo.

Cause:

- Ø educazione del perineo nella cultura giudeo-cristiana
- pratica di una ginnastica da sforzo, competitiva

Mireille Szynalski, levatrice, formata in rieducazione del perineo a Parigi. Ha lavorato presso l'ospedale Civico di Lugano. Attualmente lavora come levatrice indipendente nel Sottoceneri.

Sandra Morini, fisioterapista, esercita presso l'ospedale Civico di Lugano.

Cinzia Biella-Zaninelli, levatrice presso l'ospedale di Bellinzona, membro del comitato centrale della FSL.

Fattori di predisposizione:

- tessuti particolarmente fragili
- perineo corto

Risultati dello studio

- Nelle primipare, il 26,4% soffre di incontinenza urinaria temporanea, l'8,5% soffre di incontinenza urinaria definitiva.
- Nelle secondipare, il 34% soffre di incontinenza urinaria temporanea.

Cause:

- Kristeller (il 50% da problemi di incontinenza o prollasso dell'utero)
- espulsione prolungata senza rispettare la fisiologia o troppo precoce (prima che la presentazione sia giunta al pavimento pelvico)
- Ø preparazione adeguata al parto

Prerogative negative:

- induzione del parto dove l'intervento farmacologico ha il sopravvento sul decorso naturale
- ricorso all'analgesia peridurale
- bambino grande
- perineo mal cicatrizzato e sfintere anale non suturato accuratamente.

Sensibilizzazione della regione del perineo

Prima che la levatrice inizi a parlare alle donne di quello che significa prevenzione delle lesioni perineali, prevenzione dei prollassi, ecc. è indispensabile che siano sensibilizzate sull'importanza di questa parte del

corpo. Procediamo quindi in un primo tempo a esercizi di contrazione e rilassamento del pavimento pelvico, in modo da sentire/percepire/osservare quali siano gli effetti che questi movimenti provocano sulla muscolatura e sugli organi interni

- assumendo diverse posizioni (effetto della forza di gravità),
- in concomitanza con uno sforzo (tosire, starnutire, sollevare un peso, soffiare il naso, ridere, correre), poiché aumenta la pressione intra-addominale,
- durante l'inspirazione e l'espirazione: i muscoli del pavimento si contraggono all'inspirazione e si rilassano all'espirazione.

Caratteristiche del perineo:

Il muscolo principale del perineo, l'elevatore dell'ano, è inserito e si comporta come una cupola diaframmatica,

- è un tessuto elastico,
- è sottoposto all'influenza della respirazione (del diaframma),
- modifica la propria posizione in funzione della statica del bacino,
- subisce l'effetto della forza di gravità,
- reagisce al riflesso d'evacuazione.

Influenza della statica umana bipedale sul processo del parto

Il passaggio alla posizione eretta della specie umana ha comportato alcune modifiche anatomiche:

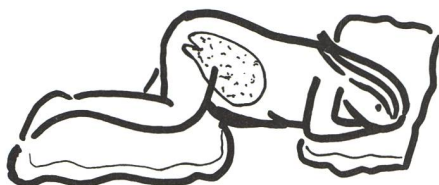
1. diminuzione dei diametri interni del bacino,
2. modifica della posizione degli organi interni (in particolare il rapporto dell'angolo utero-bacino),

3. diminuzione della lunghezza del perineo posteriore,
4. accorciamento della lunghezza del perineo anteriore,

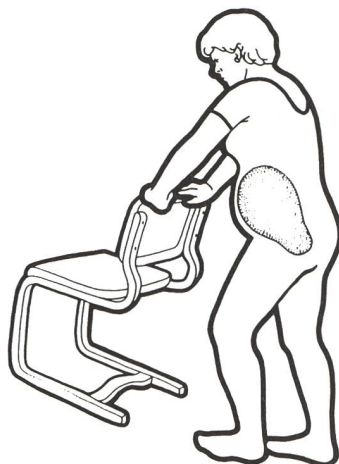
modifiche che rendono il parto relativamente difficoltoso rispetto agli altri mammiferi.

Ciò implica che per favorire il processo del travaglio e del parto, bisogna tenere conto del fatto che l'orientamento dell'utero e quindi dell'asse di spinta, dell'azione di propulsione delle contrazioni, varia a seconda della posizione assunta dalla madre: bisogna fare coincidere l'asse di spinta con l'asse d'uscita del bambino dal bacino.

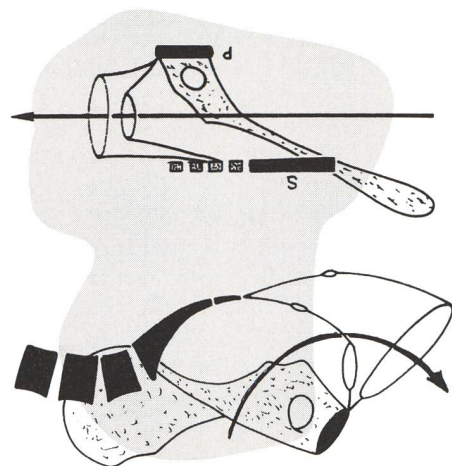
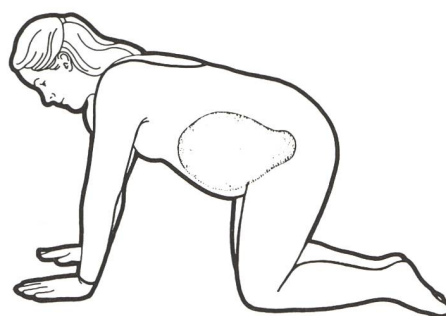
- decubito laterale, con le gambe flesse e un cuscino in mezzo alle gambe, l'angolo tra femore e colonna vertebrale deve essere inferiore a 90°



- camminare appoggiandosi in avanti al momento della contrazione



- 4 zampe



Alcuni casi pratici

1. Inizio del travaglio, testa del bambino non ancora impegnata: favorire l'anteversione del bacino per fare entrare la testa nello stretto superiore del bacino

Posizioni materne possibili:

- seduta su una sedia appoggiandosi in avanti col corpo



Bisogna comunque evitare l'iperlordosi, che fa scontrare la presentazione fetale con la sinfisi materna. Per decidere quale posizione sia meglio adottare al momento, tenere conto inoltre del grado di stanchezza materno e dei desideri della madre. Lasciare che trovi la posizione più antalgica per lei.

2. Testa del bambino impegnata (testa alla spine): rotazione interna delle anche e anteversione del bacino

Posizioni materne possibili:

- posizioni che «sospendono» il bacino sono molto apprezzate
- accovacciata, tenendosi a una sbarra o a una liana



- se a letto, decubito laterale con un cuscino fra le gambe flesse, senza iperlordosi (cf. figura 4)
- È importantissimo lasciare sempre il bacino mobile, ev. coinvolgendo il marito e proporgli di muovere il bacino della moglie durante le pause tra le contrazioni.

3. Discesa e rotazione interna della testa

Posizioni materne possibili:

- 4 zampe
- decubito laterale (facendo sempre attenzione all'angolo tra femore e bacino)
- seduta su cuscini appoggiata in avanti (lasciando il sacro libero)

4. In caso di stimolo a spingere precoce

Prima che la testa sia giunta al pavimento pelvico, proporre alla donna di mettersi:

- in piedi
- accovacciata
- a 4 zampe

5. Espulsione

Retroversione del bacino, liberare il diaframma e effettuare le spinte sul-

l'espiazione (ad. esempio con un grido).

Contrariamente a ciò che viene proposto, mai spingere su inspirazione bloccata!!!

Per proteggere il perineo, bisogna coordinare tre parametri:

1. Controllare sempre che il bacino sia in retro-versione: prestare attenzione a che l'angolo tra bacino e gambe sia uguale o inferiore a 90°, ciò implica che la schiena si distenda (evitando l'iperlordosi) e facendo sì che tutte le forze di spinta agiscano in sinergia.
2. Guidare la respirazione: far spingere all'espiazione dando libero spazio all'innalzamento del diaframma e degli organi interni e rilassando il perineo: la testa del bambino può così disporre di maggior spazio per uscire con un minimo di ostacolo perineale.
3. Stimolare la donna a spingere unicamente in presenza dello stimolo di spinta spontaneo, in modo che l'insieme dei muscoli addominali profondi lavori senza danneggiare il sistema legamentoso.

Esempi di posizione:

- posizione ginecologica adattata
- 4 zampe
- sedia Maya adattata o accovacciata (la donna appoggia la schiena all'indietro, aiutata dal compagno)
- decubito laterale

Prevenzione del prolasso e dell'incontinenza/cure dopo il parto

In sala parto e durante i post-parto immediato:

A seconda del grado di percezione e dello stato fisico della donna, è importante effettuare una prima informazione sulla rieducazione perineale nel post-parto immediato:

- provare a far contrarre e tenere contratto il più a lungo possibile il perineo (non appena l'effetto dell'ev. anestetico è svanito) come se dovesse trattenere una supposta in vagina (quindi con un movimento di «risucchio»). La donna si rende conto che il suo perineo non lavora più come prima: deve essere incoraggiata e sostenuta, poiché è importante che si renda conto che può rieducarlo e che può farlo da sola.
- far notare l'importanza di contrarre il perineo già alla prima alzata e poi,

Résumé

Se basant sur un cours donné au sujet du périnée avant, pendant et après la naissance, cette contribution expose dans un premier temps les fondements théoriques que la spécialiste parisienne de l'incontinence, le docteur Bernadette de Gasquet, a développées dans sa thèse. Un point important du travail avec les femmes enceintes est la sensibilisation à la fonction centrale du périnée, tout comme à son entraînement. Selon le déroulement de la période d'ouverture et de la phase d'accouchement, d'autres positions du corps et du bassin sont recommandées pour protéger le périnée de manière optimale. La dernière partie de l'article décrit des exercices, positions et d'autres mesures pour prévenir prolapsus et incontinence durant le post-partum.

in seguito, prima di ogni sforzo (tosse, sollevare pesi, ecc.), in modo da proteggere la donna dalla sensazione di addome «vuoto», con gli organi interni che si abbassano di colpo e affondano il perineo.

- tempo per riacquistare la sensibilità: variabile secondo il tipo di parto e lo stato del perineo prima del parto.

Nei primi giorni post-parto:

- osservare durante i controlli ostetrici quotidiani, la capacità della donna di contrarre/mantenere la contrazione/rilassare il perineo: contrarre il perineo per 2-3 secondi e rilassare per almeno il doppio del tempo; ripetere per 3-4 volte. Effettuare questi esercizi di preferenza in una posi-

zione comoda e che la liberi dalla forza di gravità (ad esempio sul fianco, supina o prona) in concomitanza con un'altra attività (così se ne ricorderà), come ad esempio dopo l'allattamento

- posizioni di protezione durante gli sforzi addominali: contrarre il perineo, tenere il perineo con la mano, mettere una mano sulla pancia per verificare che gli addominali non restino contratti, mettersi a 4 zampe
- evacuazione delle feci: NON SPINGERE!!! Aspettare lo stimolo d'evacuazione ed espirare in modo prolungato
- Per la maggior parte delle donne, questa regione è molto sensibile dopo il parto e il solo pensare di dovere andare di corpo è fonte di tensione: sdrammatizzare, largo uso di emollienti delle feci (quantità di liquidi sufficiente, supposte di glicerina, olio di paraffina).
- test di autocontrollo, da effettuarsi al massimo settimanalmente: stop pipì; fermare il getto dell'urina 2 secondi dopo l'inizio della minzione, trattenere le urine qualche secondo e poi svuotare
- ricordare alla donna di informare il medico curante nel corso della prima visita post-parto sullo stato del perineo, dell'incontinenza. ◀

Résumé

Basierend auf einem Kurs über das Perineum vor, während und nach der Geburt geht der Beitrag vorerst auf die theoretischen Grundlagen ein, welche die Inkontinenzspezialistin Dr. med. Bernadette de Gasquet, Paris, in ihrer Dissertation erarbeitet hat. Ein wichtiger Punkt bei der Arbeit mit Schwangeren ist die Sensibilisierung für die zentrale Funktion des Perineums sowie dessen Training. Je nach Verlauf der Eröffnungsperiode und der Geburtsphase empfehlen sich andere Körper- und Beckenpositionen, um das Perineum optimal zu schützen. Der letzte Teil des Artikels beschreibt Übungen, Positionen und weitere Massnahmen zur Prolaps- und Inkontinenzprävention während des Postpartums.

Bibliografia e immagini

- [1] B. de Gasquet, L'incontinence urinaire, in: «Dossiers de l'obstétrique», n° 220, août-septembre 1994.
- [2] B. de Gasquet, Les positions pour l'accouchement, in: «Dossiers de l'obstétrique», n° 232, octobre 1995.
- [3] B. de Gasquet, Bien-être et maternité, Implexe Editions, 1996.
- [4] Y. Malinas, M. Favier, Mécanique obstétricale, Editions Masson, 1979.

► Gebärzwang ist Gewalt an Frauen

Zu SH 12/98, Forum

Die heute verfügbaren Verhütungsmittel haben dazu geführt, dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bzw. der damals massenhaft vorkommenden illegalen Abtreibungen gegenüber der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts drastisch gesunken ist. Trotzdem kann es auch heute noch jeder Frau passieren, dass sie ungewollt schwanger wird. Das für alle Situationen passende und hundertprozentig sichere Verhütungsmittel gibt es nicht. Eine ungewollt schwangere Frau per Strafgesetz zum Austragen und Gebären zu zwingen, ist ethisch nicht zu vertreten, ist Gewalt an Frauen.

Die Behauptung schwerwiegender psychischer Folgen und enormer Folgekosten des Schwangerschaftsabbruchs ist unhaltbar. Die umfangreiche seriöse Fach-

literatur belegt, dass ernste körperliche und psychische Folgen selten sind. In mindestens 95 Prozent der Fälle entstehen daher keine Folgekosten – im Gegensatz zu ungewollten Geburten. Falsch ist auch die Behauptung, in den USA sei die Zahl der Abbrüche nach Einführung der Fristenregelung angestiegen. Nur die legalen Eingriffe haben zugenommen, die früheren illegalen Abtreibungen sind entsprechend zurückgegangen. In bezug auf Holland ist die Aussage des Experten Evert Ketting unanfechtbar, wonach dieses Land die niedrigste Abbruchrate der westlichen Welt aufweist. Die statistische Erfassung wurde nicht geändert (wie dies Frau Häfliger behauptet), sondern war und ist absolut zuverlässig und vollständig.

Wir sind uns alle einig, dass ungewollte Schwangerschaften nach Möglichkeit ver-

mieden werden sollten. Ohne Zweifel kann mit verstärkten Anstrengungen zur Prävention die Zahl der Abbrüche in der Schweiz noch gesenkt werden. Sie wird sich aber nie auf Null reduzieren lassen. Schon gar nicht dadurch, dass wir an der Fassade eines überholten und kaum mehr beachteten Gesetzes festhalten. An einem Gesetz, das Frauen kriminalisiert und bevormundet. Wir sind uns bewusst, dass niemand Freude hat, bei Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken. Zu jedem Beruf, namentlich im Gesundheitswesen, gehören auch weniger erfreuliche und schwierige Arbeiten. Ausnehmend schwer ist es ohne Zweifel für die Hebammen, die ja bei den besonders belastenden – zum Glück aber relativ seltenen – Spätabbrüchen zugezogen werden.

Anne-Marie Rey,
Zollikofen,

Schweiz. Vereinigung für
Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

► Unzufriedene Kolleginnen

Zu SH 10/98, Fristenregelung

Als Mitglieder des Schweizerischen Hebammenverbandes und Hebammen, die sich für das werdende Leben einsetzen, sind wir gegen die Fristenlösung. Wir fühlen uns übergangen mit Ihrer allgemeinen Meinung in der Öffentlichkeit. Wir erwarten, dass bei so wichtigen Entscheidungen nicht nur eine Minderheit darüber entscheidet. Hinter uns stehen viele unzufriedene Kolleginnen, die gleicher Meinung sind wie wir.

Wir bitten Sie, andere Meinungen anzuhören und zu respektieren. Für uns hat ein jedes werdende Leben, wenn noch so klein, durch Gott einen besonderen Sinn und das Recht auf Leben. Ich persönlich lebe gerne!

Lydia Schenk, Hanni Stähli,
Anni Bucher, Lotti Bühler,
Anni Wäfler, Sandra Berger,
Vreni Oppliger

► Präzisierung

Zu SH 11/98, «Standpunkt»

Wir möchten uns nicht zum Beitrag von Marie-Claude Monney Hunkeler über eine mögliche universitäre Ausbildung für Hebammen äussern, sondern wir sind an den Daten ihrer Karriere-Beschreibung hängengeblieben. Frau Monney erwähnte unter anderem zehn Jahre Schulleiterin an der Hebammenschule Bern. Unseres Wissens wurde Frau Monney im November 1990 offiziell als Schulleiterin bestätigt. Wohl wurde sie knapp zwei Jahre zuvor als Nachfolgerin gewählt, konnte aber die zwei Jahre als Einarbeitung und Vorbereitung auf die neue Position nutzen. Unsere Bemerkung liegt fern jeder Kritik,

aber als direkt Beteiligte konnten wir nicht widerstehen, die «zehn Jahre Schulleiterin» etwas zu präzisieren.

AM. Huggenberger,
M. Lüthi, Bern

Stellungnahme

Ich danke Frau Huggenberger und Frau Lüthi für die Präzisierung betreffend die «zehnjährige» Schulleiterinnen-tätigkeit. Ich möchte nicht auf die Qualität dieser sogenannten «zweijährigen» Einarbeitungs- und Vorbereitungszeit eingehen; es geht hier um eine formelle oder eben informelle Sichtweise dieser Zeitspanne.

Vielmehr möchte ich auf die Zeit eingehen, welche nötig

war, um folgende Hauptprojekte zum Abschluss und Erfolg zu bringen:

- Entwicklung eines völlig neuen Ausbildungsprogramms
- Entwicklung eines fachkompetenten und professionellen Ausbildungerteams
- rechtliche, administrative, organisationelle und personalpolitische Integration der Hebammenschule in die Inselstiftung
- Umzug der Schule in das Inselareal

Wenn ich zehn Jahre Schulleiterinnen-tätigkeit angebe, dann nur aus diesen Gründen, denn dafür war diese Zeitspanne sehr kurz.

Marie-Claude
Monney Hunkeler

Die Stellungnahme des Schweizerischen Hebammenverbandes für die Fristenregelung bei Schwangerschaftsabbruch (SH 10/97, S. 15) entspricht der Meinung einer grossen Mehrheit im Verband und kam wie folgt zustande: Den Entwurf über die Änderung des Strafgesetzbuches, der einen straffreien Schwangerschaftsabbruch in den ersten vier Monaten vorschlägt (parlamentarische Initiative Haering Binder), haben wir im Sommer 1997 an alle Sektionen zur Vernehmlassung verschickt. Mit Ausnahme einer Sektion wurde der Entwurf von allen Sektionen gutgeheissen. Aufgrund dieser Vernehmlassungsantworten hat der Zentralvorstand die Stellungnahme verfasst.

Clara Bucher,
Zentralpräsidentin

Die Heilerinnenschule
Hortense Pollatschek
(seit 1994)

nimmt
neue Frauen
auf



Info-Matinée

So 7. März 99 um 11⁰⁰

So 9. Mai 99 um 11⁰⁰

Bollwerk 35, 3011 Bern

Auskunft: Lucia Dumont
Tf. 032 677 26 35

Neue
Qualität
Ihrem
Baby
zuliebe!

BABY LIFE®

Die wachsende Windel

- kein Abfallberg
- keine Hautprobleme (Baumwolle)
- patentiertes Produkt
- Sie sparen über Fr. 2000.-
- kochecht
- wird mit dem Baby grösser

Bei Preisvergleichen bitte beachten, dass nur eine Grösse angeschafft werden muss! Sehr gut für die Breitwickelmethode geeignet.

Das Windelhöschen ist so einfach anzuwenden wie die Wegwerfwindel. Nach der viereckigen Stoffwindel die preiswerteste Methode. Diverse Farben.

Erhältlich im Babyfachhandel, in Drogerien, Apotheken und Ökoläden.

Info: Lifetex AG
Bachstrasse 95, 5001 Aarau
Telefon 062 822 35 89



OXYPLASTIN®

Schützt die
zarte Babyhaut
vor der Nässe
der Windeln
und verhindert
damit
Rötungen,
die zum
Wundsein
führen.



1 g Salbe enthält: Zinkoxyd 460 mg,
weisses Wachs 1 mg, Geraniumöl 1,2 mg,
Thymianöl 1,2 mg, Verbenenöl 1,2 mg,
Wollfett, Rizinusöl, Wasser.



Dr. Wild & Co. AG Basel

Gratis OXYPLASTIN®-Muster
für die Mütterberatungsstellen

Bitte einsenden an: Dr. Wild & Co. AG, Postfach 4644, 4002 Basel

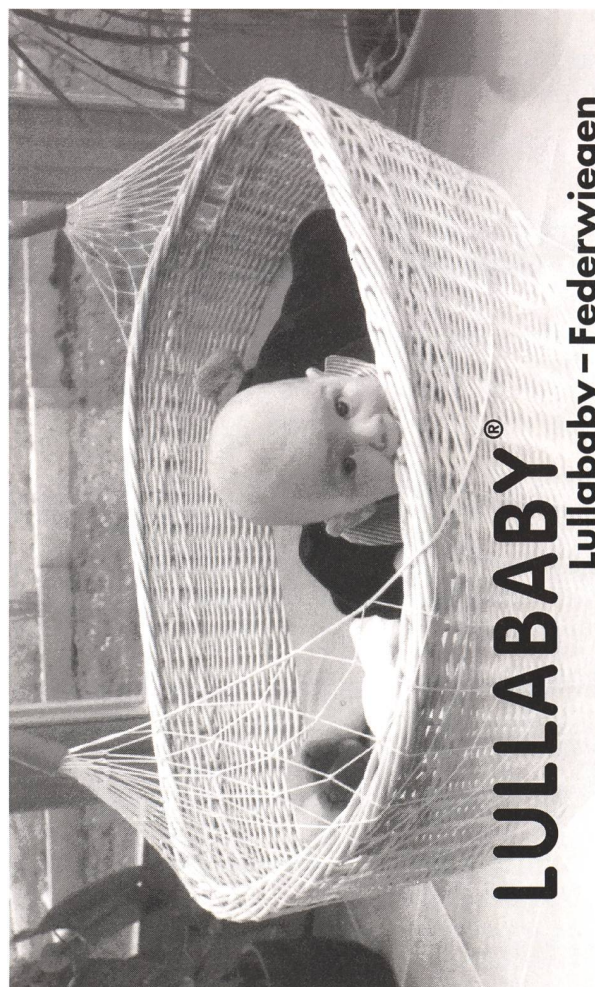
Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____

Mütterberatungsstelle: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____



LULLABY®

Lullababy – Federwiegen

Daniel Ihly, Wasserwerkstrasse 7, 3011 Bern, Telefon: 031 312 6 312, Fax 031 312 6 324