

Centro Salute Donna
Azienda USL Ferrara

OSTETRICA e GINECOLOGIA
2024



Il danno perineale da parto e post isterectomia

Rosita Verteramo

12 APRILE

Hotel Astra
Viale Cavour, 55 - Ferrara

DIMENSIONI DEL PROBLEMA

9/10 First-time mothers have a tear, graze or episiotomy

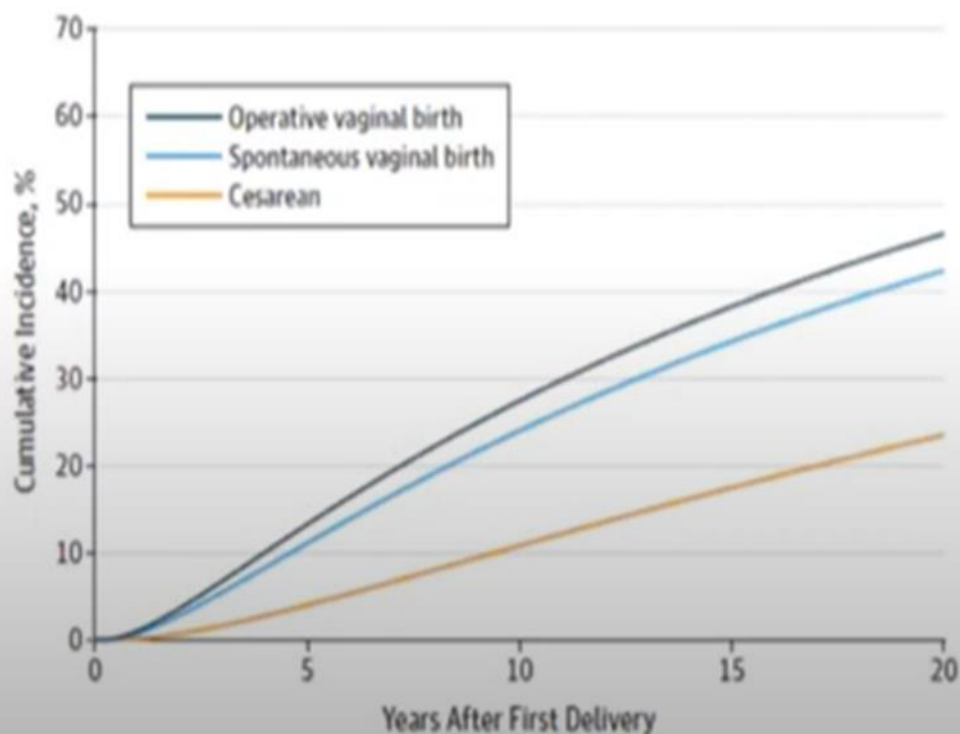


- Il trauma perineale dopo il parto vaginale è comune (circa 9 donne su 10) .
- ~~L'incidenza delle lesioni ostetriche dello sfintere anale è di circa il 3%, con un tasso significativamente più elevato nelle primipare rispetto alle multipare (6% vs 2%).~~
- La lesione ostetrica dello sfintere anale è un fattore di rischio significativo per lo sviluppo dell'incontinenza anale, con circa il 10% delle donne che sviluppano sintomi entro un anno dal parto vaginale.
- Implicazioni medico-legali significative e aumento dei ai costi sanitari.
- È fondamentale concentrarsi sul miglioramento dell'assistenza clinica per ridurre questo rischio e minimizzare lo sviluppo di traumi perineali, in particolare dello sfintere anale
- L'identificazione dei fattori di rischio consente la modifica della pratica ostetrica con l'obiettivo di ridurre il tasso di trauma perineale e la conseguente morbilità associata.

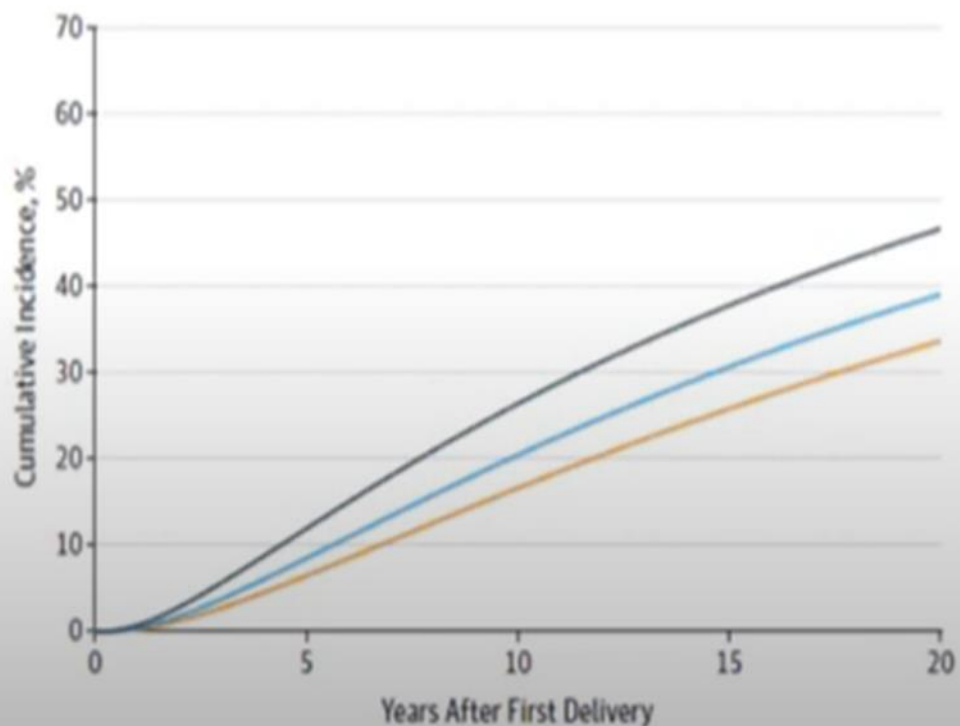
Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders After Childbirth

Joan L. Blomquist, MD; Alvaro Muñoz, PhD; Megan Carroll, MS; Victoria L. Handa, MD, MHS

A Stress urinary incontinence



C Anal incontinence



Le donne e il parto #bastatacere

Indagine Doxa-OVOItalia sulla violenza ostetrica*

Campione rappresentativo di 5 milioni di utenti negli ultimi 14 anni (2003-2017)



99%

Partorisce in ospedale

Per una seconda gravidanza:

14% non ci tornerebbe/non lo sceglierebbe più

14% indeciso se tornare o meno nella stessa struttura



32%

Parti cesarei

15% d'urgenza

14% programmato per indicazione medica

3% scelta personale

Episiotomia 54%



Episiotomia "a tradimento" per 1,6 milioni di partorienti

61% dichiara di non aver dato il consenso informato

15% la considera una menomazione degli organi genitali

13% l'ha vissuta come un tradimento



21% di madri in Italia \approx **1 milione** di donne in 14 anni dichiara di aver subito violenza ostetrica durante il parto

41%



4 donne su 10 dichiarano di aver subito pratiche lesive della propria dignità o integrità psicofisica

33%

delle madri non si sono sentite adeguatamente assistite

6%

di donne non ha voluto altri figli
20.000 bambini non nati ogni anno



Infografica Elena Skoko

*Indagine demoscopica realizzata dalla Doxa in collaborazione con l'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia (OVOItalia), finanziata da La Goccia Magica e CivoLapo Online. Coordinatrici del progetto Alessandra Battisti e Elena Skoko.

CivoLapo

La Goccia Magica

Sostieni l'iniziativa con il tuo contributo!
www.lagocciamagica.it



Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia



#bastatacere
le madri hanno voce

OCTOBER 01, 2018

Atraumatic normal vaginal delivery: how many women get what they want?

Jessica Caudwell-Hall, MBBS (Hons) - Isora Kamisan Atan, MD - Rodrigo Guzman Rojas, MD -
Susanne Langer, RN RM - Ka Lai Shek, MD, PhD - Hans Peter Dietz, MD, PhD

Clinical Opinion

ajog.org

Toward normal birth—but at what cost?

Hans Peter Dietz, PhD; Stuart Campbell, DSc (Med)



10% AI after SVD

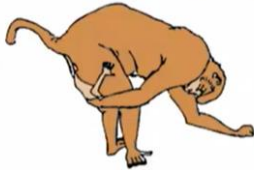
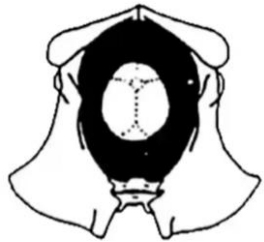
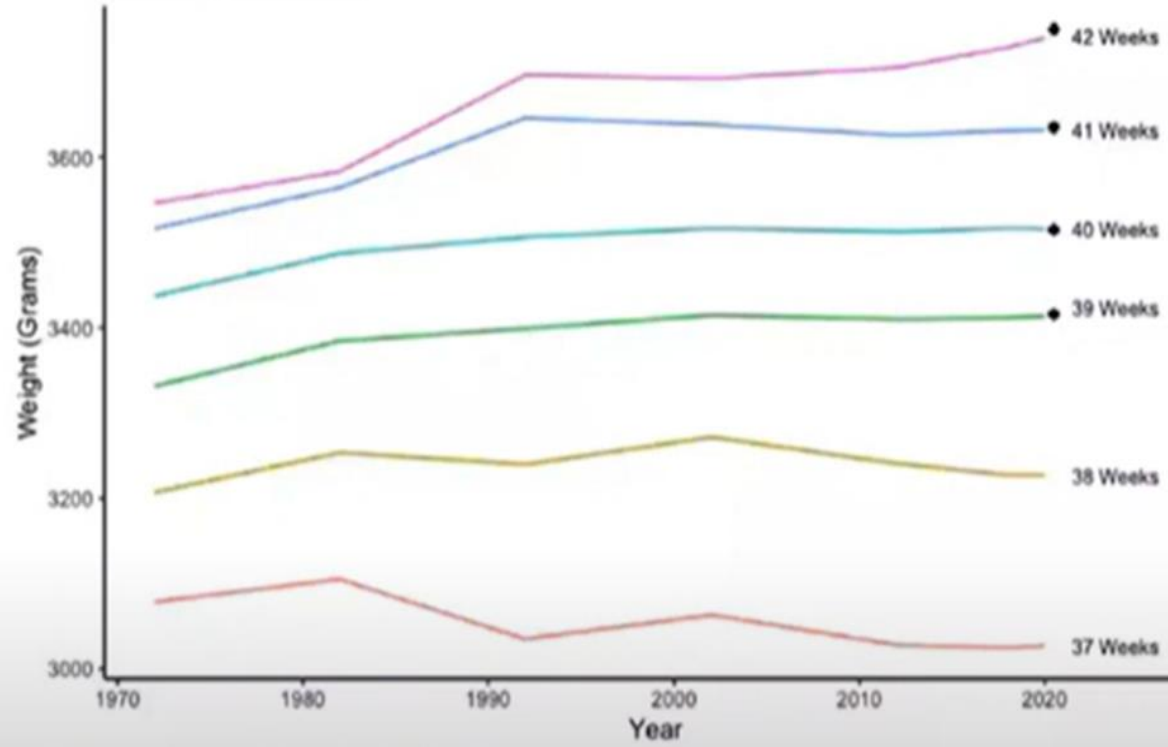
Parto vaginale normale atraumatico: quante donne ottengono ciò che desiderano? Am J Obstet.Gynecol 2018
La prevalenza di traumi significativi del pavimento pelvico dopo il parto vaginale è molto più elevata di quanto generalmente ipotizzato. I tassi di danno ostetrico allo sfintere anale sono spesso sottostimati .
In questo studio meno della metà (33-40%) delle donne primipare ha ottenuto un parto vaginale normale e atraumatico.

Verso una nascita normale, ma a quale costo? Am J Obstet Gynecol 2016

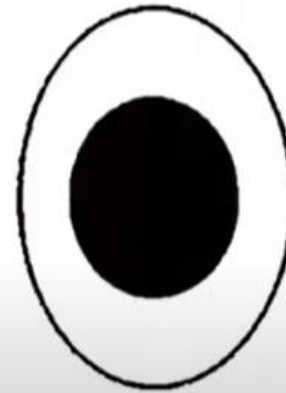
L'accento è posto sulla morbilità materna e sull'autonomia del paziente. Ciò può includere le conseguenze negative di tentativi sempre più rischiosi di parto vaginale dopo parto cesareo, come la rottura dell'utero, tassi più elevati di trauma del pavimento pelvico e dello sfintere anale a causa dell'aumento dei tassi di forcipe e un pregiudizio contro il parto cesareo elettivo su richiesta materna.

FIGURE
US birthweight from 1972 to 2020

Birthweight Per Year



Chimpanzee



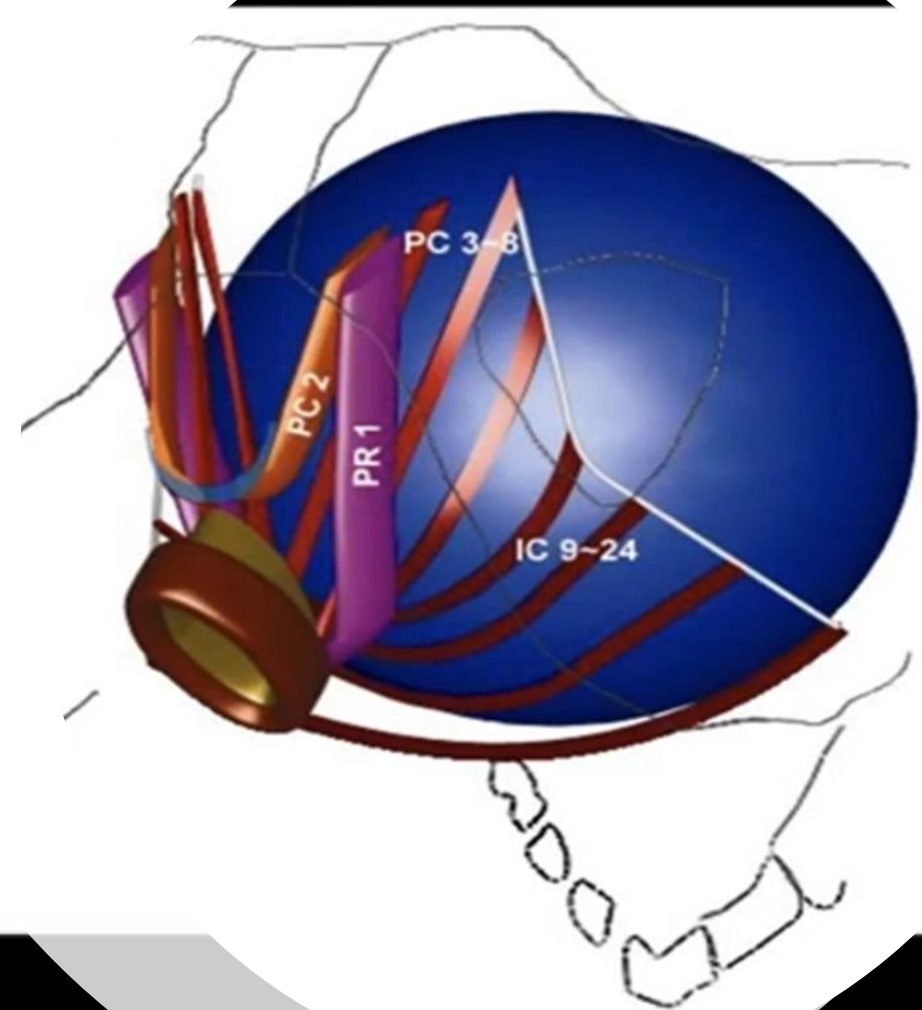
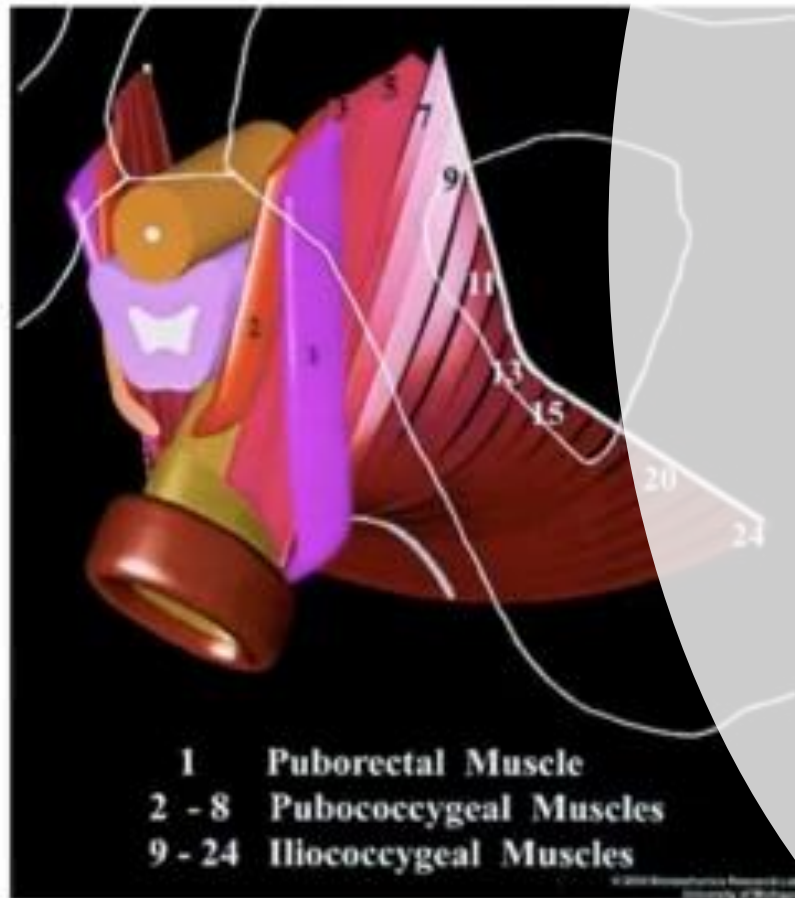
Gorilla

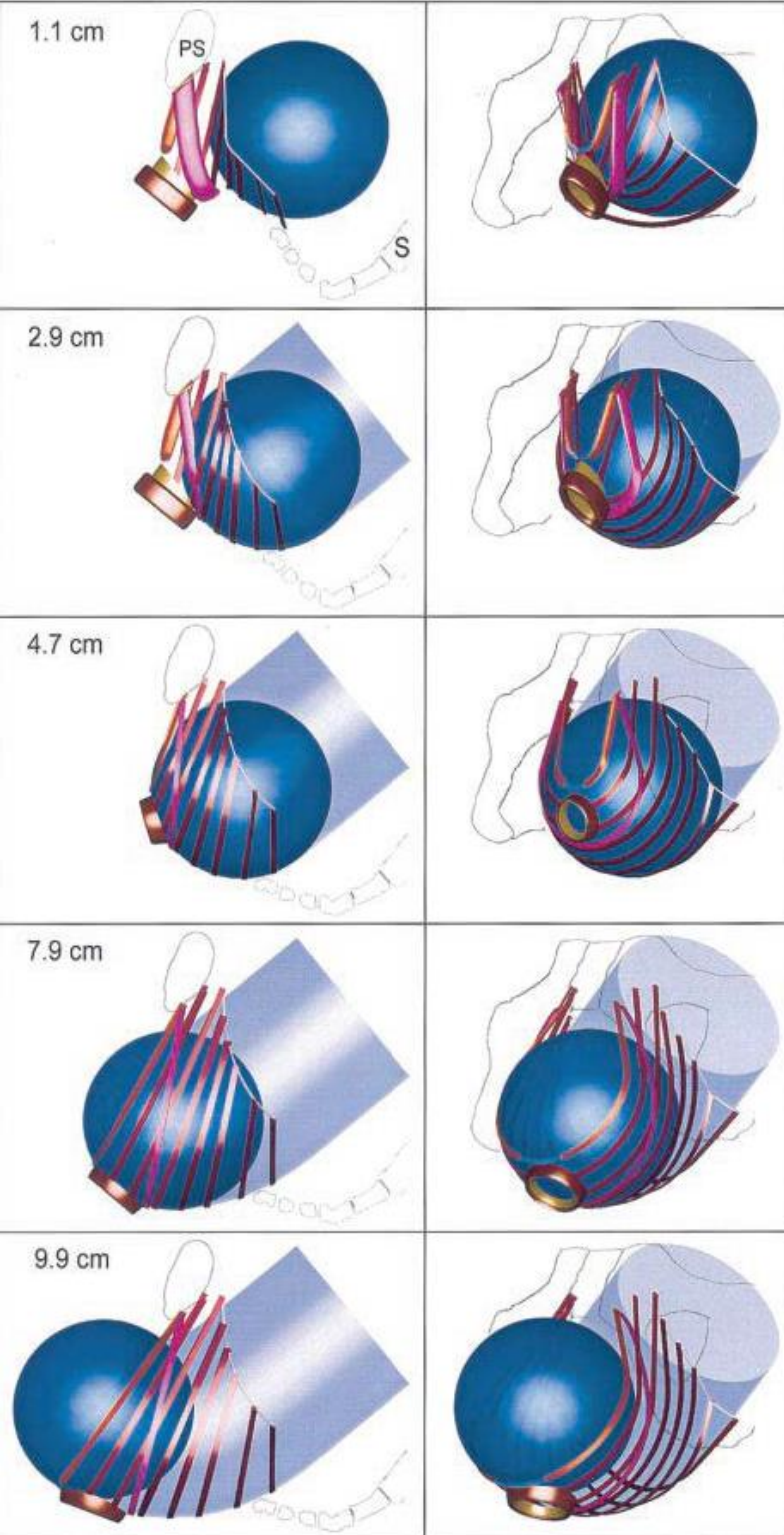


Human

Levator Ani Muscle Stretch Induced by Simulated Vaginal Birth

Kuo-Cheng Lien, MS, Brian Mooney, MS, John O. L. DeLancey, MD, and James A. Ashton-Miller, PhD





Effetto simulato della discesa della testa fetale sui muscoli elevatori dell'ano nella seconda fase del travaglio.

In alto a sinistra, una vista laterale sinistra mostra la testa del feto (*blu*) situata posteriormente e inferiormente alla sinfisi pubica (PS) davanti all'osso sacro (S). La sequenza di cinque immagini a sinistra mostra la testa del feto mentre scende 1,1, 2,9, 4,7, 7,9 e 9,9 cm sotto le spine ischiatiche .

La sequenza di cinque immagini a destra sono viste di tre quarti anteriore sinistra corrispondenti a quelle mostrate a sinistra. © 2003 Laboratorio di ricerca sulla biomeccanica, Università del Michigan, Ann Arbor.

Allungamento muscolare durante la nascita. Obstet Gynecol 2004.

- **SAI**

- Muscolo circolare liscio
- Contrazione tonica
- **50-85% tono a riposo**



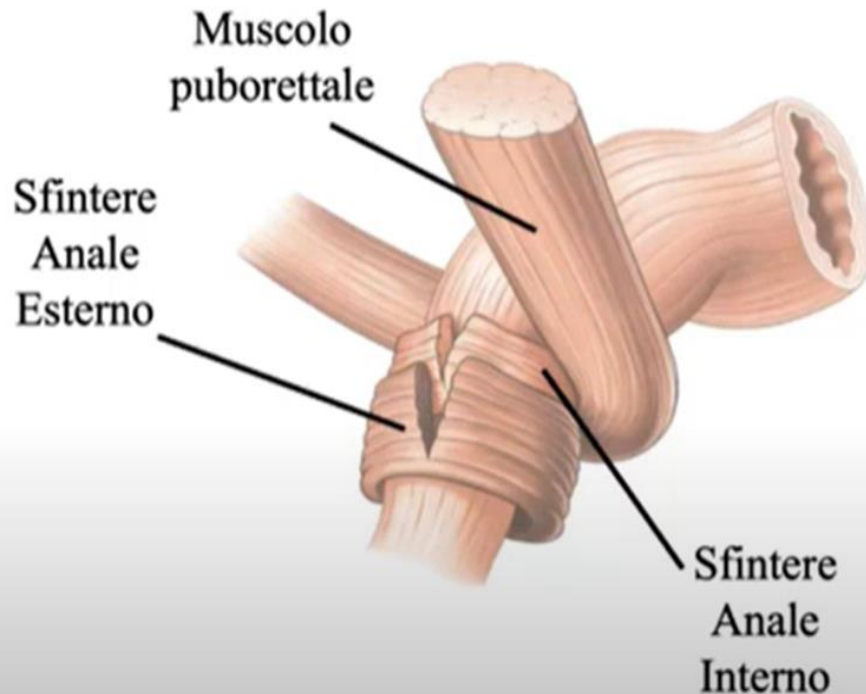
- Soiling **PASSIVO**
- Incontinenza al flatus

- **SAE**

- Muscolo circolare striato
- **Fino al 30% del tono a riposo involontario**
- Arco riflesso



- Incontinenza da urgenza
- Incontinenza a feci solide



SOILING: una perdita di piccole quantità di muco, feci o altra secrezione anale o perianale, inavvertita o in ogni caso non controllabile volontariamente"



Lesione



Disfunzione



SINTOMO

TABLE 1**The Sultan classification of perineal trauma**

Degree	Injury
Intact	No visible tear
First	Perineal skin only
Second	Perineal muscles but not involving the anal sphincter
Third	Anal sphincter complex 3a: <50% of the EAS thickness torn 3b: >50% of the EAS thickness torn 3c: both EAS and IAS torn
Fourth	Anal sphincter complex and anal mucosa
Rectal buttonhole	Isolated rectal buttonhole with or without third-degree tear

EAS, external anal sphincter; IAS, internal anal sphincter.

Updated from Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.²

Okeahialam. *The prevention of perineal trauma during vaginal birth. Am J Obstet Gynecol* 2024.

Expert Review

ajog.org

The prevention of perineal trauma during vaginal birth

Nicola Adanna Okeahialam, MBChB; Abdul H. Sultan, MD, FRCOG; Raneer Thakar, MD, FRCOG

MARCH 2024 **American Journal of Obstetrics & Gynecology**

The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears

Green-top Guideline No. 29
June 2015

Rectal buttonhole tear: If the tear involves the rectal mucosa with an intact anal sphincter complex, it is by definition not a fourth-degree tear. This has to be documented as a rectal buttonhole tear. **If not recognised and repaired, this type of tear may lead to a rectovaginal fistula.**

Obstetric anal sphincter injuries (OASIS) encompass both third- and fourth-degree perineal tears.

Anal incontinence is defined as the complaint of involuntary loss of flatus and/or faeces affecting quality of life.⁸

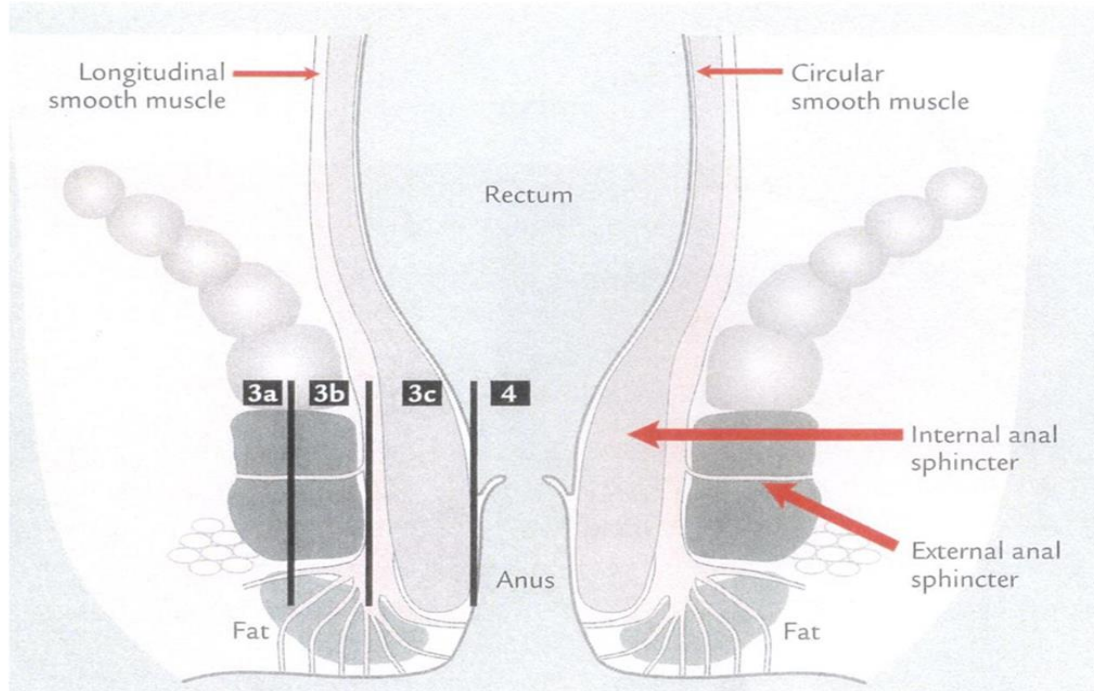
Identification of obstetric anal sphincter injuries

How can the identification of obstetric anal sphincter injuries be improved?

All women having a vaginal delivery are at risk of sustaining OASIS or isolated rectal buttonhole tears. They should therefore be examined systematically, including a digital rectal examination, to assess the severity of damage, particularly prior to suturing.



III grado OASIS



3a < 50% EAS

3b > 50% EAS

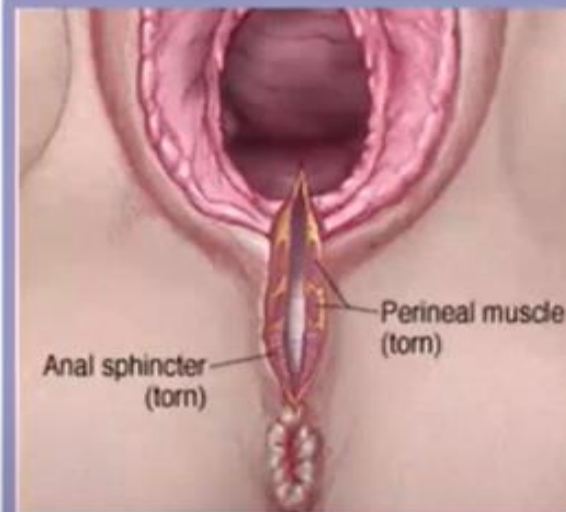
3c IAS



I°: Mucosa / skin



II°: perineal muscles



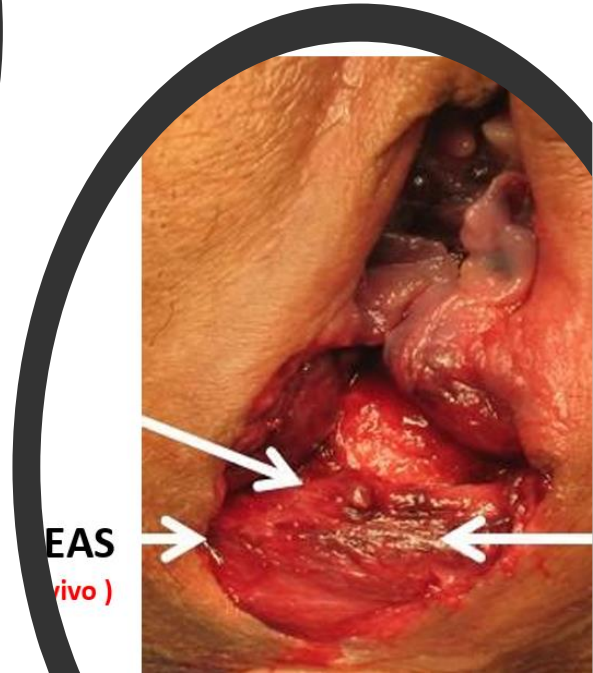
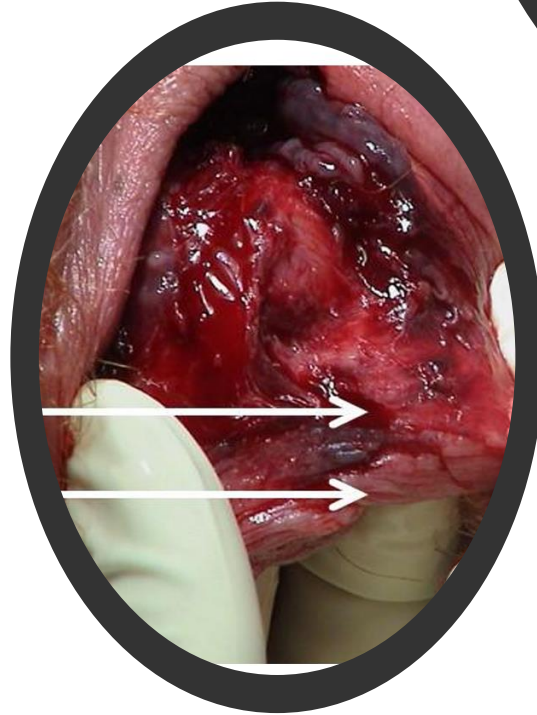
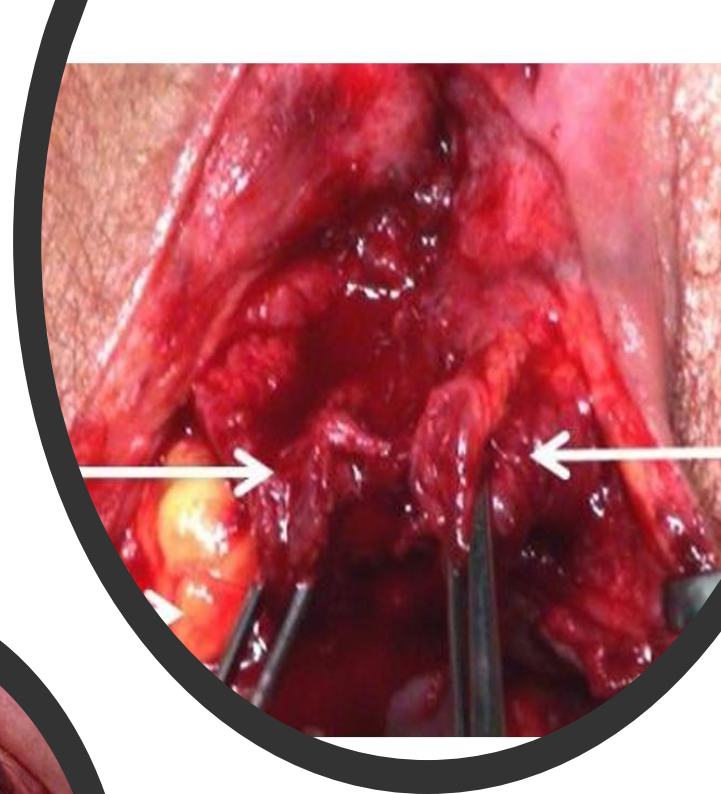
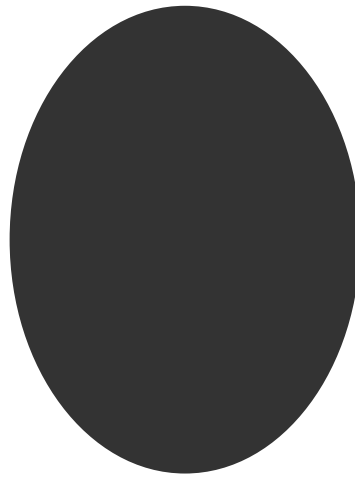
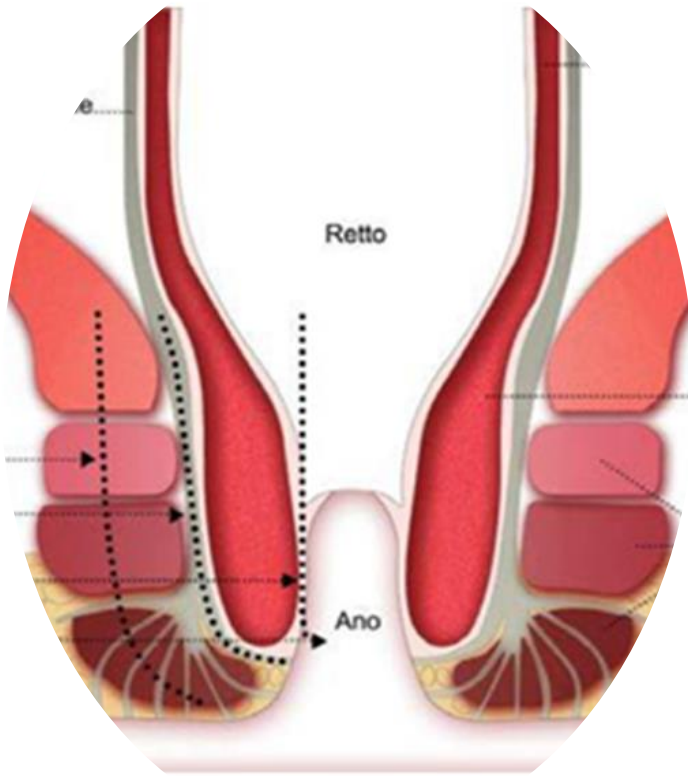
III°: anal sphincter

- 3a <50% EAS torn
- 3b >50% EAS torn
- 3c EAS + IAS torn



IV°: anal sphincter + rectal mucosa





NE CHE INTERESSA LA MUCOSA RETTALE CON COMPLESSO SFINTERIA
GRO (buttonhole tear) .

ON RICONOSCIUTA E RIPARATA CAUSA LA FORMAZIONE DI UNA FISTOLA

EAS
(vivo)

Expert Review

ajog.org

The prevention of perineal trauma during vaginal birth



Nicola Adanna Okeahialam, MBChB; Abdul H. Sultan, MD, FRCOG; Ranee Thakar, MD, FRCOG

MARCH 2024 **American Journal of Obstetrics & Gynecology**

TABLE 2**Risk factors for obstetrical anal sphincter injury**

Assessed variable	Number of studies	Parturient number (severe lacerations/controls)	Effect estimate (95% CI)
Asian ethnicity	11	146,584 (6950/139,634)	RR, 1.87 (1.46–2.39) ^a
Primiparity	29	613,989 (13,253/600,736)	RR, 1.59 (1.45–1.75) ^a
Duration of second stage	7	43,095 (1148/41,947)	MD, 28.46 (22.44–34.48) ^a
Induction of labor	15	501,863 (9924/491,939)	RR, 1.05 (0.97–1.15)
Augmentation of labor	13	76,467 (3536/72,931)	RR, 1.46 (1.32–1.62) ^a
Epidural	23	294,373 (8047/286,326)	RR, 1.21 (1.08–1.36) ^a
Occiput posterior	12	369,427 (8013/361,414)	RR, 2.73 (2.08–3.58) ^a
Mediolateral episiotomy	12	564,247 (12,043/552,204)	RR, 1.55 (0.95–2.53)
Midline episiotomy	11	475,545 (13,531/462,014)	RR, 2.88 (1.79–4.65) ^a
Any type of episiotomy	29	659,640 (17,080/642,560)	RR, 1.54 (1.27–1.86) ^a
Vacuum delivery	17	554,580 (10,890/543,690)	RR, 2.60 (1.78–3.79) ^a
Metallic forceps	14	509,398 (13,293/496,105)	RR, 3.15 (1.91–5.19) ^a
Instrumental delivery (any)	25	637,150 (16,128/621,022)	RR, 3.38 (2.21–5.18) ^a
Infant birthweight	13	257,130 (4960/252,170)	MD, 163.71 (115.37–212.06) ^a

MD in duration of second stage of labor in minutes, MD in neonatal birthweight in grams. Reproduced with permission from Pergialiotis et al.¹⁷

CI, confidence interval; MD, mean difference; RR, risk ratio.

^a Significant risk factors.

Okeahialam. The pr

Prediction and prevention of obstetric anal sphincter injury

The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears

Green-top Guideline No. 29
June 2015

- Asian ethnicity¹ (OR 2.27, 95% CI 2.14-2.41)
- nulliparity¹⁵ (relative risk [RR] 6.97, 95% CI 5.40-8.99)
- birthweight greater than 4 kg¹ (OR 2.27, 95% CI 2.18-2.36)
- shoulder dystocia¹ (OR 1.90, 95% CI 1.72-2.08)
- occipito-posterior position¹⁵ (RR 2.44, 95% CI 2.07-2.89)
- prolonged second stage of labour:¹⁵
 - duration of second stage between 2 and 3 hours (RR 1.47, 95% CI 1.20-1.79)
 - duration of second stage between 3 and 4 hours (RR 1.79, 95% CI 1.43-2.22)
 - duration of second stage more than 4 hours (RR 2.02, 95% CI 1.62-2.51)
- instrumental delivery:¹
 - ventouse delivery without episiotomy (OR 1.89, 95% CI 1.74-2.05)
 - ventouse delivery with episiotomy (OR 0.57, 95% CI 0.51-0.63)
 - forceps delivery without episiotomy (OR 6.53, 95% CI 5.57-7.64)
 - forceps delivery with episiotomy (OR 1.34, 95% CI 1.21-1.49).

Severe obstetric tears: a prospective observational study in an Italian referral unit

STEFANIA LIVIO¹, MARCO SOLIGO¹, ELENA DE PONTI², ILEANA SCEBBA¹,
FEDERICA CARPENTIERI¹, ENRICO M. FERRAZZI¹

¹ *Buzzi Children's Hospital, University of Milan - Obstetric and Gynecology Dept.*

² *AO San Gerardo, Monza - Medical Physics Dept.*

Abstract: Vaginal birth can be accompanied by pelvic complications: vaginal tears, cervical and perineal lacerations, which are commonly classified in four categories with ano-rectal involvement starting from the IIIrd degree. The objective of this study is to analyze the incidence of severe perineal lacerations and to identify possible risk factors within an Italian Tertiary Referral Maternity Hospital. This is a prospective observational cohort study based on women ≥ 32 weeks gestational age who delivered between July 2014-December 2014. Univariate analysis for parameters in relation to severe perineal tears was first performed and then logistic stepwise multivariate analysis was used including all the risk factors significant at univariate analysis (using Stata 9.0, Texas, USA). A total of 1677 women delivered in the period considered: 430 women were excluded, due to gestational age < 32 weeks (6 women) or because of abdominal delivery in 424 cases; 1247 women were included in the study. Integrum perineum was found in 233 women (18.7%), while 676 (54.2%) sustained perineal tears and 338 (27.1%) had an episiotomy. Only 15 women (1.2%) had a severe laceration, among which one IVth degree. The risk factors for severe perineal lacerations emerging in this cohort are: ethnicity, younger age, nulliparity, oxytocin augmentation and orthostatic maternal position at delivery; maternal position is the only independent risk factor emerging as significant in our multivariate logistic stepwise analysis. Above all a 1.2% prevalence rate of severe perineal laceration has been observed in an Italian Tertiary Referral maternity Hospital.

Key words: Vaginal delivery; Severe perineal lacerations; Anal sphincter; Risk factors; Orthostatic position.

TABLE 1. – Distribution of perineal laceration and episiotomy.

Parameter	1247 vaginal deliveries n (%)
Integrum perineum	233 (18.7%)
Episiotomy	338 (27.1%)
Median	12 (3.7%)
Mediolateral	326 (96.3%)
Spontaneous perineal laceration	
I st -II nd degree	661 (53%)
Severe degree	15 (1.2%)*

TABLE 2. – Demographics and obstetrical parameter with univariate analysis.

Parameter		No perineal lacerations +I st and II nd degree (n=1232)	Severe perineal lacerations (≥III rd degree) (n=15)	<i>p</i> -value
Ethnicity	Caucasian	979 (79.8%)	9 (60%)	0.048
	Asiatic	99 (8.1%)	5 (33.3%)	
	South American	81 (6.6%)	1 (6.7%)	
	Middle-Eastern	35 (2.9%)	0	
	African	33 (2.7%)	0	
Age	Average ± SD	32.8 ± 5.3	29.7 ± 6.9	0.013 §
BMI	Average ± SD	26.1 ± 3.8	26.1 ± 3.1	0.499 §
Nulliparity		694 (56.3%)	14 (93.3%)	0.002 *
Mode of Delivery	Vaginal	1022 (83.0%)	11 (73.3%)	0.248 *
	Vacuum extractor	210 (17.1%)	4 (26.7%)	
GA (weeks)	Average ± SD	39.4 ± 1.3	39.7 ± 1.1	0.183 §
Onset of labour	Induction	354 (28.7%)	2 (13.3%)	0.152 *
	Spontaneous	878 (71.3%)	13 (86.7%)	
Length of induction (h)	≤24 h	277 (83.2%)	1 (50%)	0.312 *
	>24 h	56 (16.8%)	1 (50%)	
Pushing second stage > 1h		216 (17.7%)	3 (20.0%)	0.514 *
Oxytocin augmentation		296 (24.0%)	7 (46.7%)	0.048 *
Epidural analgesia		462 (37.5%)	6 (40.0%)	0.519 *
Maternal position	Orthostatic	77 (7.6%)	3 (27.3%)	0.047 *
	Lithotomic	941 (92.4%)	8 (72.7%)	
Neonatal birth weight (g)	Average ± SD	3333 ± 437	3367 ± 223	0.385 §



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

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

Full length article

Incidence and risk factors of third- and fourth-degree perineal tears in a single Italian scenario



Matteo Frigerio^a, Stefano Manodoro^{b,*}, Davide P. Bernasconi^c, Debora Verri^{a,c},
Rodolfo Milani^{a,c}, Patrizia Vergani^{a,c}

^a ASST Monza, Ospedale San Gerardo, Monza, Italy

^b ASST Bergamo, Ospedale Infermi, Bergamo, Italy

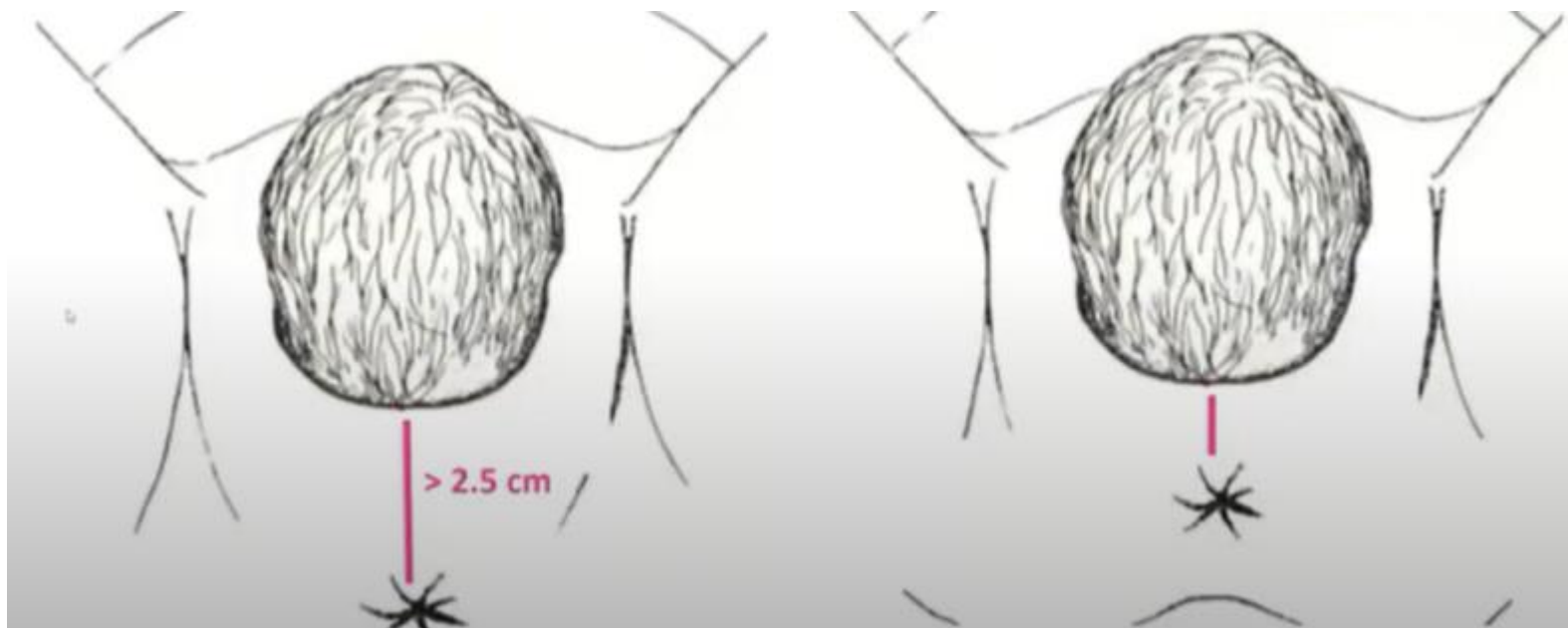
^c School of Medicine and Surgery, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Italy

Multivariate logistic regression. ORs with 95% confidence interval are shown.

Factors	OR (95%CI)	p-value
Gestational age >40w	1.245 (0.721;2.151)	0.432
Nulliparity	1.974 (1.091;3.573)	0.025
Moderate/severe obesity	2.844 (1.315;6.149)	0.008
Oxytocin in pushing stage	1.101 (0.601;2.016)	0.755
Vacuum delivery	2.587 (1.191;5.619)	0.016
Lithotomy position	1.87 (0.789;4.431)	0.155
Birth weight (hg)	1.122 (1.055;1.194)	<0.001
Sinciput presentation	2.44 (0.844;7.053)	0.099

OASIS: protective factors

- Black race
- Multiparity
- Perineum length > 2.5 cm



Antenatal perineal massage

- ≥ 34 w to labor, sweet almond oil, 5-10 min daily
- Less perineal trauma at delivery
- Less episiotomy
- Less perineal pain at 3mo

Beckman et al. Cochrane 2013 [4 RCTs; n=2,497]

Consigli per il massaggio perineale

•Bagno caldo

Prima di iniziare, siediti in un bagno caldo. Questo può aiutarti a rilassarti prima del massaggio e a sciogliere i muscoli intorno al perineo.

•Unghie corte

I tessuti della vagina e del perineo sono molto delicati. Assicurati che le unghie siano corte per evitare di graffiare la pelle o di dare fastidio alla zona.

•Posizione comoda

È necessario essere rilassati durante il massaggio, quindi è importante trovare una posizione comoda. Il posto migliore per eseguire questo massaggio è a letto. Sostieniti con dei cuscini per sostenere la schiena e piegare le ginocchia.

•Lubrificante

Utilizzare un lubrificante come olio di vitamina E, olio di mandorle o olio d'oliva.

•Pollici

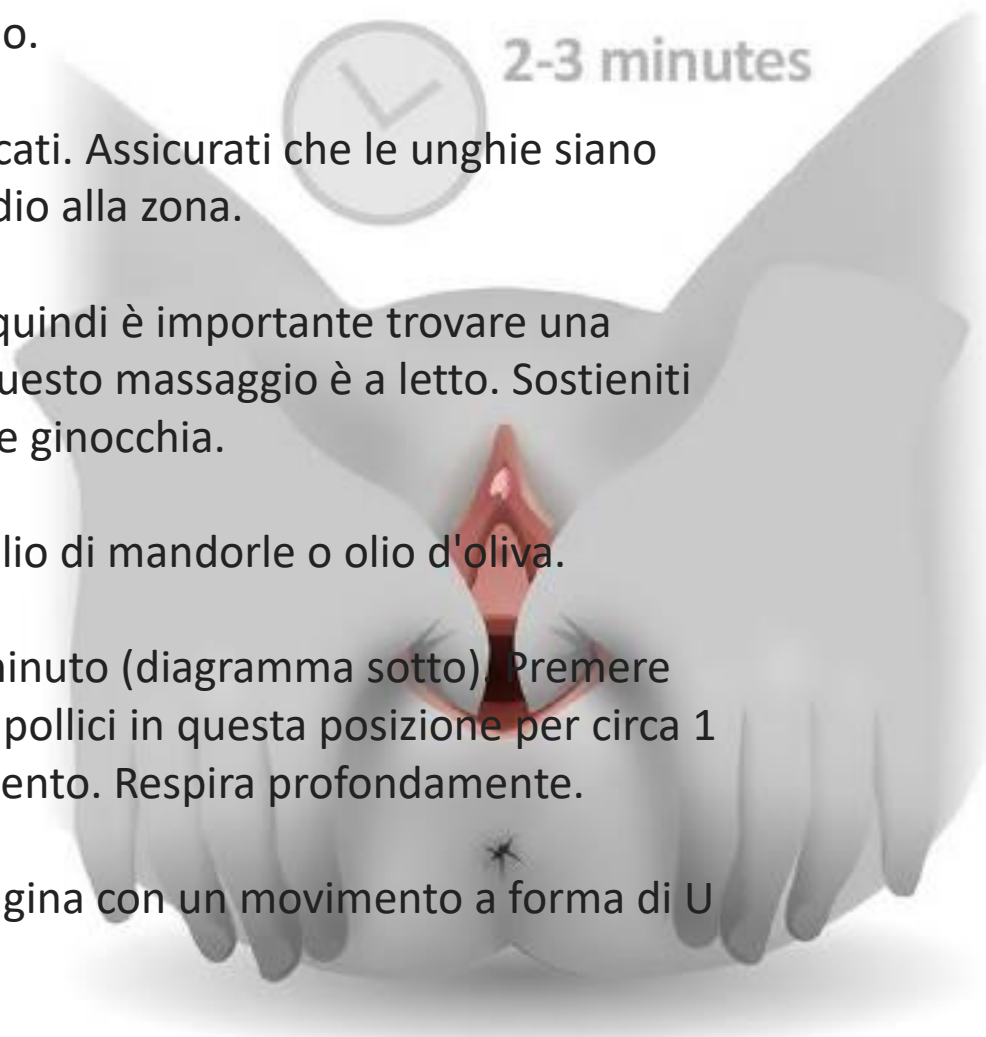
Tieni i pollici nella posizione mostrata per circa 1 minuto (diagramma sotto). Premere verso l'ano e ai lati delle pareti della vagina. Tieni i pollici in questa posizione per circa 1 minuto. Inizierai a sentire una sensazione di stiramento. Respira profondamente.

•Massaggio delicato

Massaggia delicatamente la metà inferiore della vagina con un movimento a forma di U per 2-3 minuti. Ripeti l'operazione 2-3 volte.

•Ripetere ogni giorno o quando possibile.

Potrebbero essere necessarie un paio di settimane di massaggio quotidiano prima di notare una maggiore elasticità nella zona perineale.



From 35 weeks onwards, you may choose to try perineal massage until your baby is born, which has been shown to reduce the risk of tears. This is particularly beneficial for first-time mothers. You may wish to ask your partner to help with this.

Pelvic Floor Muscle Training

- ≥ 1 daily repeated voluntary contractions (eg Kegels)
- Several days /week starting at 32 weeks until labor
- Less pp urinary incontinence



Woodley et al. Cochrane 2017 [38 RCTs; n=9,892]

L'allenamento dei muscoli del pavimento pelvico (PFMT) è comunemente raccomandato durante la gravidanza e dopo la nascita sia per la prevenzione che per il trattamento dell'incontinenza

Perineal Massage

- During 2nd stage
 - Water soluble lubricant
 - ↓ 3rd and 4th degree perineal lacerations



Aquino et al. JMFNM 2020 [9 RCTs; 3,374]
Aashei, Cochrane 2017 [8 RCTs, n=15,181]

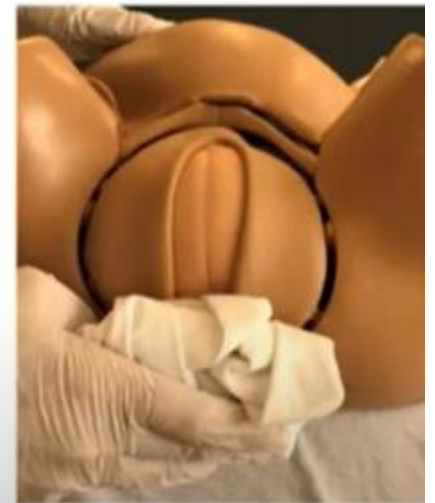
Lubricant

- Started during 1st stage, before active phase
- Water soluble lubricant
- Same length of labor
- Same lacerations

Aquino et al. JMFNM 2020 [9 RCTs; 3,374]

Perineal Warm Packs

- Less severe perineal lacerations
- Less pain
- Quicker onset sexual activity



Magoga et al (Berghella). EJOG 2019 [10 RCTs]
Cochrane [2 RCTs, n=>1,000]

Position - no epidural

- Upright
- ↓ 6 min
- ↓ pain
- ↓ episiotomy
- ↓ NRFHT
- ↓ instrumental vaginal delivery



- Effect of gravity; less aorto-vagal compression; improved fetal alignment; larger AP, transverse pelvic outlets

Gupta, JK. Hofmeyr, GJ. *Cochrane* 2017 [meta-analysis; 32 RCTs; n=9015]

Per secoli si è discusso se stare in posizione eretta (seduti, su sgabelli da parto, sedie, accovacciati, inginocchiati) o sdraiati (posizione laterale), semi-sdraiata, posizione litotomica, posizione di Trendelenburg) presentasse dei vantaggi per le donne che partoriscono. i loro bambini

Implicazioni per la pratica I risultati di questa revisione suggeriscono diversi possibili benefici della postura eretta per le donne senza anestesia epidurale nel II stadio del travaglio, come una piccola riduzione della durata della seconda fase del travaglio (principalmente primigravide), la riduzione dei tassi di episiotomia e i parti assistiti. Tuttavia, esiste un aumento del rischio di perdita di sangue superiore a 500 ml e potrebbe esserci un aumento del rischio di lesioni di secondo grado, sebbene ciò rimanga alquanto incerto

'Hands-on'

- Similar perineal and vaginal tears
- ↑ 3rd degree tears



Pierce-Williams et al (Berghella). EJOG 2019. [5 RCTs, n=7,287]
Califano et al. AJOGMFM 2022 [RCT, n=70] *decrease 1,2 degrees lacerat*

Una delle tecniche impiegate per proteggere il perineo durante un parto vaginale con presentazione cefalica è la seguente. Le dita di una mano sostengono l'occipite fetale mentre l'altra mano esercita una leggera pressione sulla testa per controllarne il rilascio durante il processo di incoronazione.

WHO recommendations
Intrapartum care for
a positive childbirth experience



L'episiotomia routinaria è
fortemente sconsigliata
raccomandazione n. 39
anno 2018

DOI: 10.1111/1471-0528.2005.00835.x
www.blackwellpublishing.com/tbjog

Intrapartum care

Does the angle of episiotomy affect the incidence
of anal sphincter injury?*

M Eogan,^a L Daly,^b PR O'Connell,^c C O'Herlihy^a

Departments of ^aObstetrics and Gynaecology, ^bPublic Health Medicine and Epidemiology and ^cSurgery, University College Dublin, Dublin, Ireland
Correspondence: Professor C O'Herlihy, Department of Obstetrics and Gynaecology, University College Dublin, National Maternity Hospital, Holles
Street, Dublin 2, Ireland. Email: colm.ohherlihy@ucd.ie

Accepted 9 November 2005

DOI: 10.1111/1471-0528.2012.02835.x
www.bjog.org

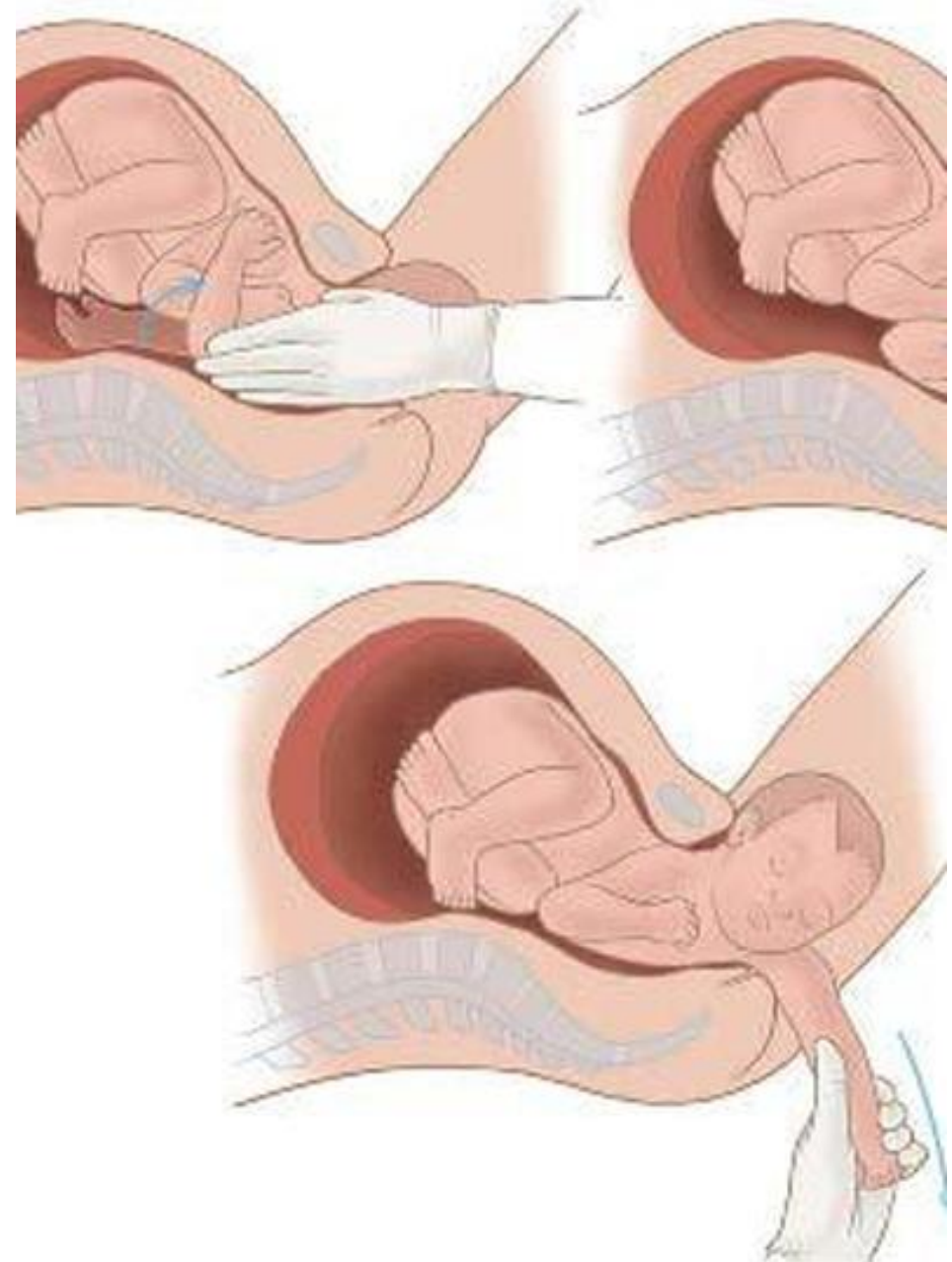
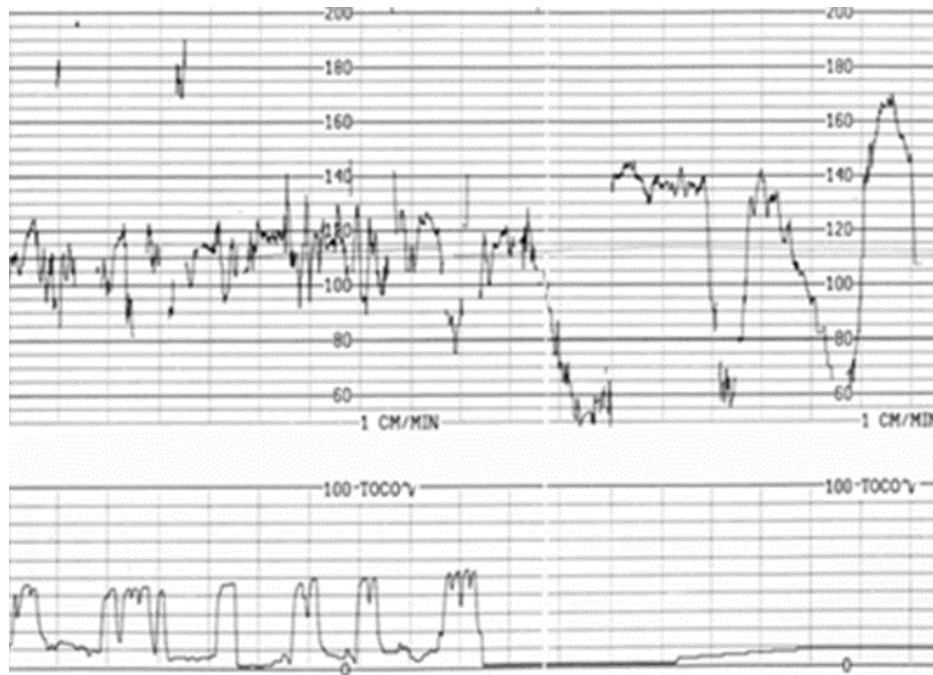
General obstetrics

Episiotomy characteristics and risks for obstetric
anal sphincter injuries: a case-control study

M Stedenfeldt,^{a,b} J Pirhonen,^a E Blix,^{c,d} T Wilsgaard,^e B Vonen^{b,f}, P Oian^{b,g}

^aThe Norwegian Confidence and Pelvic Floor Centre, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway; ^bDepartment of Clinical
Medicine, Faculty of Health Science, University of Tromsø, Tromsø, Norway; ^cDepartment of Clinical Research, University Hospital of North
Norway, Tromsø, Norway; ^dDepartment of Health and Caring Sciences, Faculty of Health Science, University of Tromsø, Tromsø, Norway
^eDepartment of Community Medicine, Faculty of Health Science, University of Tromsø, Tromsø, Norway; ^fNordland Hospital Bodø, Bodø,
Norway; ^gDepartment of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of North Norway Tromsø, Norway

Correspondence: Dr M Stedenfeldt, The Norwegian Confidence and Pelvic Floor Centre, PO Box 96, N-9058 University Hospital of North
Norway, Norway. E-mail: monastedenfeldt@un.no



Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology
 Vol. 16, No. 1, pp. 17-30, 2002
 doi:10.1053/beog.2002.0252, available online at <http://www.idealibrary.com>

2

Vacuum-assisted delivery

Aldo Vacca* MB, BS, FRANZCOG, FRCOG, GCE
 Director of Obstetric Services, Associate Professor of Obstetrics
 Caboolture and Redcliffe Hospitals, The University of Queensland

Evidence has accumulated that liberal use of episiotomy does not cause severe vaginal or perineal trauma and, as a result, a restrictive perineal episiotomy is now being advocated.⁵¹ For operative vaginal deliveries, clear whether episiotomy is preferable to lacerations that may otherwise occur terms of blood loss, pain, and time or difficulty of repair.⁷¹ Because it has been significantly associated with higher rates of severe perineal lacerations, it would appear preferable to perform mediolateral episiotomy, it would appear preferable to perform mediolateral episiotomy as the method of choice when used in conjunction with instrument:

Episiotomy



- No episiotomy
 - ↓ posterior perineal trauma
 - ↓ suturing
 - ↓ healing complications
 - Similar later pain, dyspareunia, urinary incontinence
- There are no clear indications for episiotomy
- **“Episiotomy should be avoided if at all possible”**

Jiang H et al. Cochrane 2017, [12 RCT's, n = 6117]

La revisione dimostra quindi che credere che l'episiotomia di routine riduca il trauma perineale/vaginale non è giustificato dalle prove attuali. Ulteriori ricerche sulle donne in cui è previsto il parto strumentale possono aiutare a chiarire se l'episiotomia di routine sia utile in questo particolare gruppo.

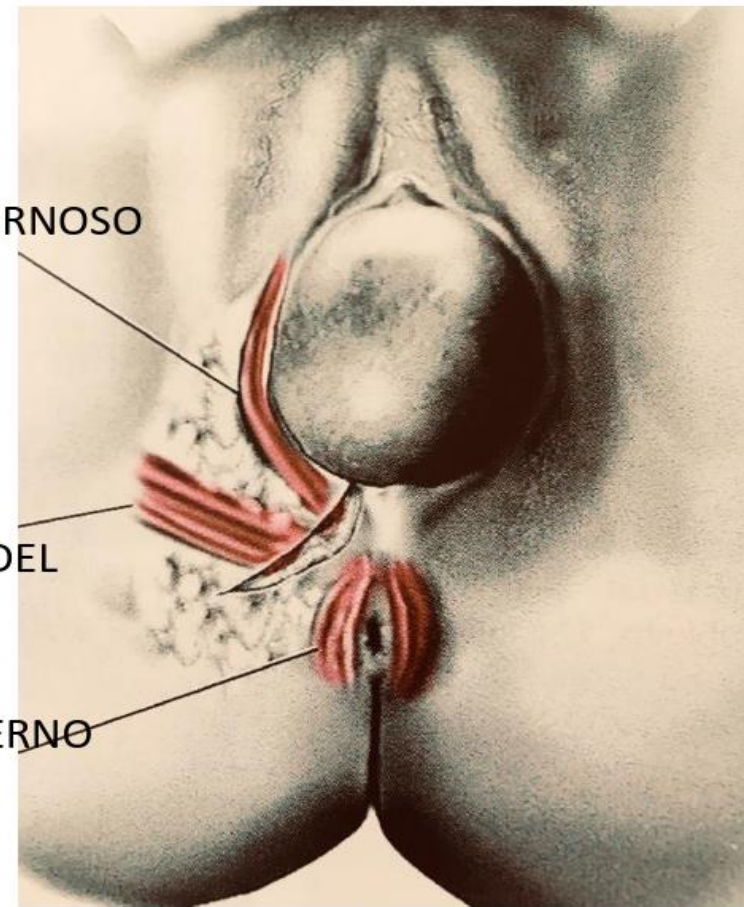
EPISIOTOMIA TECNICA DI ESECUZIONE

Attualmente si ritiene che l'episiotomia, se indicata, dovrebbe essere esclusivamente la mediolaterale che deve iniziare ad una distanza non superiore a 3 mm dalla linea mediana della forchetta.

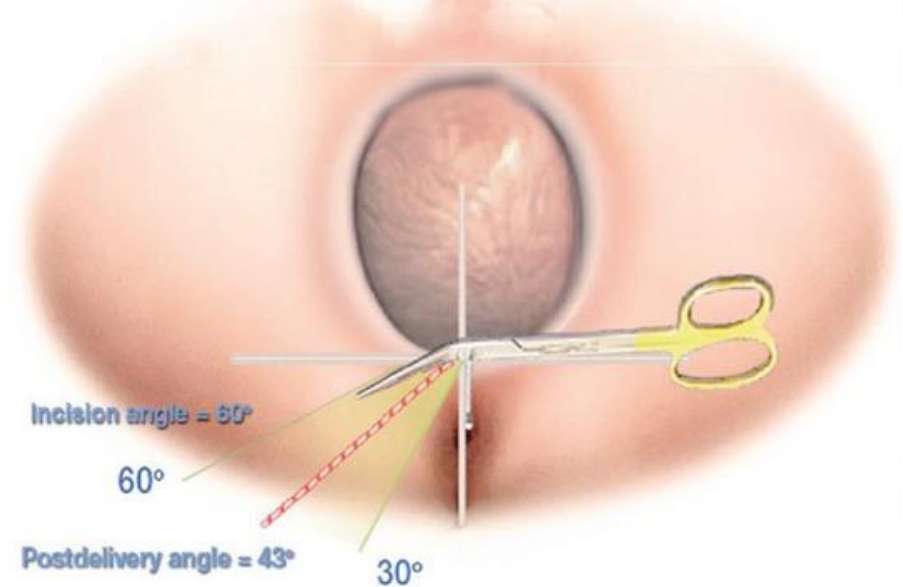
M. BULBOCAVERNOSO

M. TRASVERSO
SUPERFICIALE DEL
PERINEO

SFINTERE ESTERNO
DELL' ANO



Incisione con una angolazione non superiore a 60° nella direzione verso la tuberosità ischiatica. L'angolo di incisione rappresenta un fattore di rischio per le lesioni sfinteriali, minore è l'angolo maggiore è il rischio.





**Sala Parto:
Corretta
esecuzione della
sutura**

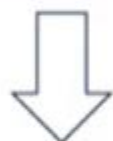
**Post Partum:
Corretta gestione
della sutura**

**Dimissione
ospedaliera:
Counselling ed
identificazione
pazienti a rischio**

**Percorsi
riabilitativi
adeguati**

3 Step:

VISITA DI DIMISSIONE:



Porre particolare attenzione a:

Distanza ano vulvare

Beanza vulvare

Qualità della cicatrice

Presenza di incontinenza anale/urinaria o di altre disfunzioni pelvi perineali

PERINEAL CARD



Tramite cui ogni donna viene valutata in base ai propri fattori di rischio ed inserita all'interno di un programma di recupero della funzionalità perineale

PELVIC CARE PROGRAM



Rivalutazione:

Dopo 6/8 settimane



PERINEAL CARD TOPP-AIUG

COGNOME E NOME :DATA DI NASCITA :

TELEFONO : DATA DEL PARTO:

SETTIMANA DI GRAVIDANZA:

IN SALA PARTO	punteggio
Iperono muscolo elevatore	1
Spinte espulsive intempestive	1
Eccessiva lunghezza fase espulsiva (>90')	1
Lacerazione di 1°	1
Lacerazione di 2°	2
Lacerazione di 3°	4
Lacerazione di 4°	8
Episiotomia	3
Presentazioni cefaliche anomale	2
Posizione parto: ginecologica/sgabello	2
Posizione parto: accovacciata	1
Parto vaginale in presentazione podalica	2
Ipoplasia genitali esterni	1
Parto operative	4
Parto precipitoso	2
Manovre di Kristeller	2
Distanza anovulvare <2 cm	1

PERINEAL CARD TOPP-AIUG

COGNOME E NOME :DATA DI NASCITA :

TELEFONO : DATA DEL PARTO:

SETTIMANA DI GRAVIDANZA:

IN DIMISSIONE	punteggio
Parto gemellare	1
Incremento Ponderale ≥ 14 Kg	1
Primiparità	1
IUS in gravidanza	2
Incontinenza ai gas in gravidanza	2
Incontinenza alle feci in gravidanza	3
Feto di peso elevato (>4000 gr)	2
Circonferenza cefalica > 35 cm	1
Ematoma perineale	2
Ritenzione urinaria nel post parto >12 h	6

A 3 MESI DALPARTO	punteggio
IUS dopo il parto	4
Incontinenza ai gas dopo il parto	3
Incontinenza alle feci dopo il parto	4

PERINEAL CARD RISK FACTORS

≤10 Score	11 - 30 Score	31 - 70Score
BASSO Rischio	MEDIO Rischio	ALTO Rischio

Risultati: 15 studi primari randomizzati e controllati, 3.265 pazienti sono stati randomizzati al parto cesareo programmato e 3.353 al parto vaginale programmato.

Il parto cesareo programmato è stato associato a:

- **Tassi più bassi sono stati osservati nel gruppo con parto cesareo programmato per incontinenza urinaria sia a ≤ 3 mesi (8,7% vs 12,2%; rischio relativo, 0,71; intervallo di confidenza al 95%, 0,59-0,85) che a 1-2 anni (16,9% vs 22% ; rischio relativo, 0,77; intervallo di confidenza al 95%, 0,67-0,88) e per un perineo doloroso a 2 anni (4% vs 6,2%; rischio relativo, 0,64; intervallo di confidenza al 95%, 0,47-0,87) rispetto al parto vaginale programmato.**
- Tra le gravidanze singole, il parto cesareo programmato era associato a un tasso inferiore di morte perinatale (0,69% vs 1,81%; rischio relativo, 0,45; intervallo di confidenza al 95%, 0,21-0,93).

The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears

Green-top Guideline No. 29
June 2015

Future deliveries

What advice should women be given following an obstetric anal sphincter injury concerning future pregnancies and mode of delivery?

All women who sustained OASIS in a previous pregnancy should be counselled about the mode of delivery and this should be clearly documented in the notes.



The role of prophylactic episiotomy in subsequent pregnancies is not known and therefore an episiotomy should only be performed if clinically indicated.



All women who have sustained OASIS in a previous pregnancy and who are symptomatic or have abnormal endoanal ultrasonography and/or manometry should be counselled regarding the option of elective caesarean birth.



REVIEW ARTICLE

Gynecology

Risk factors for obstetric anal sphincter injury recurrence: A systematic review and meta-analysis

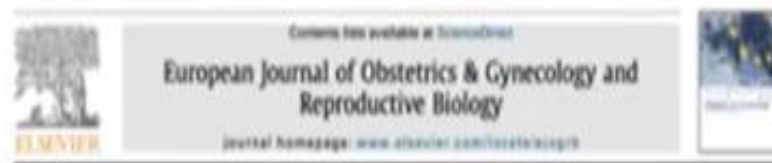
Marta Barba¹ | Davide P. Bernasconi² | Stefano Manodoro³ | Matteo Frigerio⁴

The meta-analysis showed that maternal age, gestational age, occiput posterior presentation, oxytocin augmentation, operative delivery, and shoulder dystocia are associated with the risk of recurrent OASIs in the subsequent delivery. Episiotomy is not protective and should only be performed if clinically indicated.

RISCHIO DI RICORRENZA OASIs: X 5

Harkin 2003, Edozien 2014, Dandolu 2005

Conclusion: This study highlights the importance of individualised antenatal assessment in patients with a previous ASI. They may have a personal preference when considering their mode of delivery. A specialist clinic affords them the opportunity for a detailed discussion. In this study, 86.5% of women who delivered their subsequent baby vaginally did not sustain an ASI, while 13.4% had a repeat ASI following vaginal birth. It is therefore important to counsel regarding the incidence of repeat ASI, but also to emphasise that it is generally impossible to confidently predict recurrence antenatally.



Delivery outcomes and events in subsequent pregnancies after previous anal sphincter injury

Amazida Ali^{1*}, Kate Glemton², Colin Kirkham², Seifeldin Yousif², Marve Ergon²

¹Wexham Hospital, Princes Street, Slough, Ireland

²Department of Obstetrics and Gynaecology, Wexham Hospital, Princes Street, Slough, Ireland





- L'isterectomia rimane un intervento ginecologico comune
- Si stima che all'età di 60 anni, più di un terzo di tutte le donne subiscono un'isterectomia, in gran parte per condizioni benigne, come fibromi, sanguinamento uterino anomalo, endometriosi e prolasso uterino. -Queste indicazioni principali così come gli approcci all'isterectomia sono cambiati negli ultimi decenni, gli approcci vaginali e laparoscopici hanno superato quello addominale.
- L'isterectomia può contribuire alla debolezza del pavimento pelvico modificando l'anatomia e l'apporto nervoso. Sembra aumentare il rischio di prolasso degli organi pelvici (POP).
- Molti altri fattori, come l'età, l'obesità, il parto vaginale, la parità e l'indicazione all'isterectomia sembrano influenzare il rischio POP dopo l'isterectomia.

Il ruolo dell'isterectomia nello sviluppo della disfunzione del pavimento pelvico (PFD) rimane ampiamente controverso.

La prima controversia è che sebbene molti studi retrospettivi riportino una correlazione tra isterectomia e aumento del rischio di incontinenza urinaria da stress (SUI) o prollasso degli organi pelvici (POP), gli studi prospettici spesso non riescono a replicare questi risultati, portando alcuni a concludere che non esiste alcuna associazione.

La maggior parte degli studi prospettici non seguono un periodo di tempo sufficiente per tenere conto della lunga latenza della PFD e non possono dimostrare unilateralmente l'assenza di un'associazione.

La seconda fonte di controversia è l'assenza di un meccanismo plausibile per spiegare come l'isterectomia possa predisporre le pazienti alla PFD.

Qualsiasi distinzione attuale tra risultati dell'esame obiettivo "normali" e risultati "anormali" che costituiscono un prolasso è arbitraria, poiché mancano dati che correlino i sintomi con i risultati fisici.

Molte donne che possono essere classificate come “fallimenti anatomici” sono, in effetti, soddisfatte dei risultati postoperatori, Si auspica successivo affinamento di queste definizioni per tenere conto del sollievo dei sintomi e della soddisfazione del paziente, nonché dei risultati anatomici.

Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, Fischer J, Hull T, Nygaard I, Weidner AC. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12(3):178-86. doi: 10.1007/pl00004033. PMID: 11451006; PMCID: PMC2815805.

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Pelvic organ prolapse after hysterectomy: A 10-year national follow-up study

Tea Kuittinen¹  | Sari Tulokas¹  | Päivi Rahkola-Soisalo¹ | Tea Brummer² |
Jyrki Jalakanen³ | Eija Tomas⁴ | Juha Mäkinen⁵ | Jari Sjöberg¹ | Päivi Härkki¹ |
Maarit Mentula¹

Abstract

Introduction: Hysterectomy may have an effect on the pelvic floor. Here, we evaluated the rates and risks for pelvic organ prolapse (POP) surgeries and visits among women with a history of hysterectomy for benign indication excluding POP.

Material and methods: In this retrospective cohort study 3582 women who underwent hysterectomy in 2006 were followed until the end of 2016. The cohort was

Key message

After benign hysterectomy, the risk of POP operation was reported in only 1.6% patients without prior POP. The risk for POP was associated with the approach of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy, vaginal deliveries and concomitant stress urinary incontinence operations.

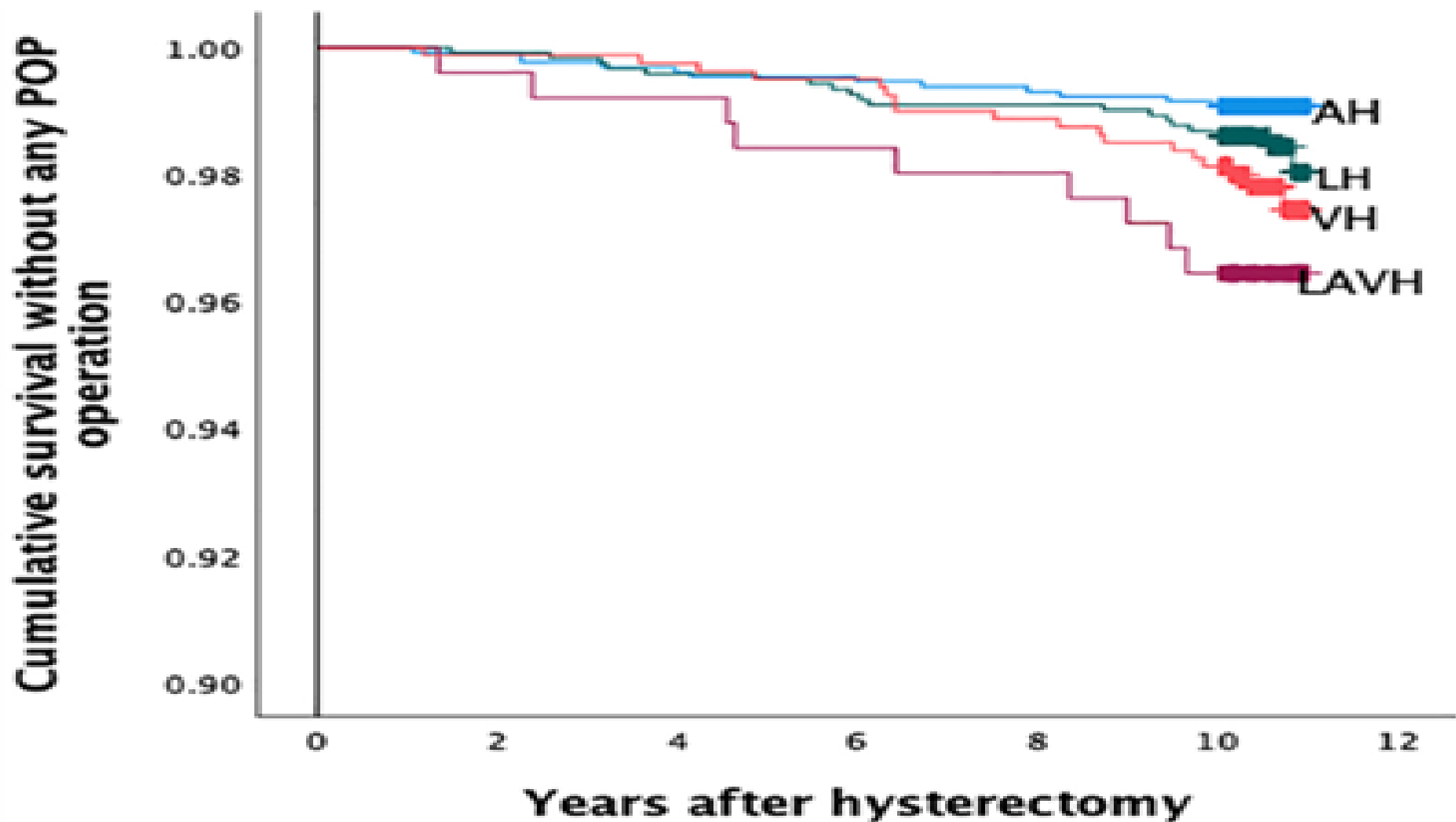


FIGURE 2 Kaplan–Meier cumulative survival without any pelvic organ prolapse (POP) operation after hysterectomy during more than 10 years of follow-up time. AH, abdominal hysterectomy; LAVH, laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy, LH, laparoscopic hysterectomy; VH, vaginal hysterectomy.

TABLE 5 Risk factor analysis for POP operations and POP visits after hysterectomy for two-category variables.

	No POP oper	Any POP oper	Crude OR (95% CI)	Adjusted HR (95% CI)	p-value
n (%)	n = 3524 (98.4)	n = 58 (1.6)			
LAVH					
No	3280 (91.5)	49 (1.4)	Reference	Reference	
Yes	244 (6.8)	9 (0.3)	2.4 (1.2–4.9)*	2.2 (1.1–4.6)*	0.03
Vaginal deliveries					
No	1089 (30.4)	5 (0.1)	Reference	Reference	
Yes	2435 (68.0)	53 (1.5)	4.7 (1.9–11.7)*	4.4 (1.7–11.0)*	<0.01
SUI operation^a					
No	3506 (97.9)	51 (1.4)	Reference	Reference	
Yes	18 (0.5)	7 (0.2)	22.3 (10.1–49.2)*	11.9 (4.3–32.7)*	<0.01
	No POP visit	Any POP visit	Crude OR (95% CI)	Adjusted HR ^a (95% CI)	p-value
n (%)	3490 (97.4)	92 (2.6)			
LAVH					
No	3249 (90.7)	80 (2.2)	Reference	Reference	
Yes	241 (6.7)	12 (0.3)	2.0 (1.1–3.7)*	1.8 (1.0–3.4)*	0.05
Vaginal deliveries					
No	1089 (30.4)	5 (0.1)	Reference	Reference	
Yes	2435 (68.0)	53 (1.5)	4.1 (2.1–8.2)*	3.9 (2.0–7.8)*	<0.01
SUI operation^a					
No	3472 (96.9)	88 (2.5)	Reference	Reference	
Yes	18 (0.5)	4 (0.1)	13.4 (6.2–29.0)*	7.2 (2.7–20.0)*	<0.01

Note: Adjusted with each other, body mass index (continuous) and age (continuous).

Abbreviations: CI, confidence interval; HR, hazard ratio; LAVH, laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy; OR, odds ratio; POP, pelvic organ prolapse; SUI, stress urinary incontinence.

^aConcomitant SUI operation.

*Significant.

Il rischio di interventi POP e visite ambulatoriali per sintomi POP nelle donne isterectomizzate senza un precedente POP sembra essere piccolo almeno 10 anni dopo l'isterectomia.

La storia di LAVH, i parti vaginali e le concomitanti operazioni di incontinenza urinaria da stress hanno aumentato il rischio di operazioni POP dopo l'isterectomia.

Questi dati possono essere utilizzati per consigliare le donne che considerano l'isterectomia per indicazione benigna.



Stress urinary incontinence after hysterectomy: a 10-year national follow-up study

Sari Tulokas¹ · M. Mentula¹ · P. Härkki¹ · T. Brummer² · J. Jalkanen³ · T. Kuittinen¹ · J. Mäkinen⁴ · J. Sjöberg¹ · E. Tomas⁵ · P. Rahkola-Soisalo¹

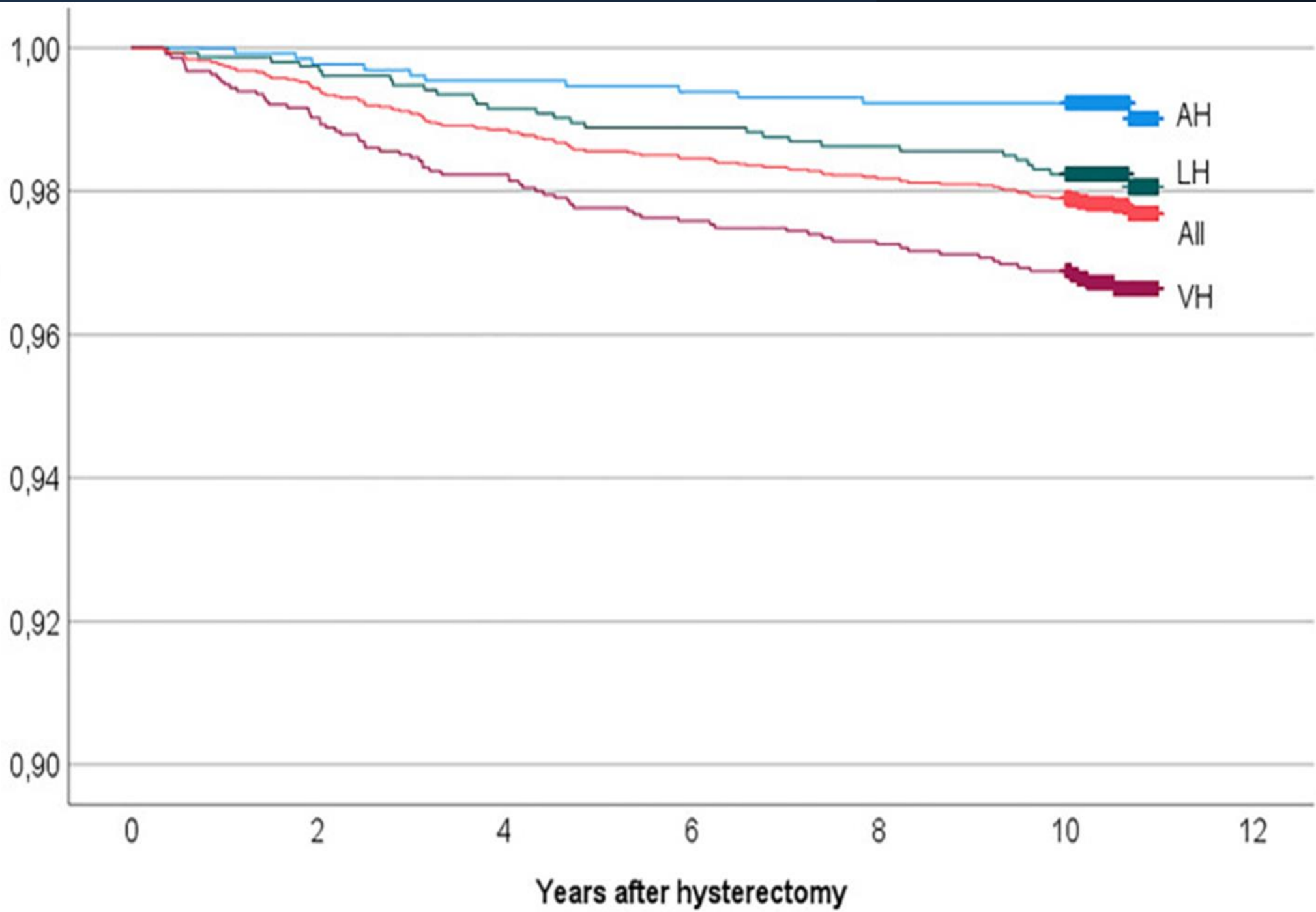
Metodi

Abbiamo seguito 5000 donne senza precedente incontinenza urinaria (IU) sottoposte a isterectomia in uno studio prospettico di coorte. L'esito principale erano gli interventi di IUS, mentre gli esiti secondari erano le visite ambulatoriali per l'IU e la loro associazione tra paziente preoperatorio e fattori operatori.

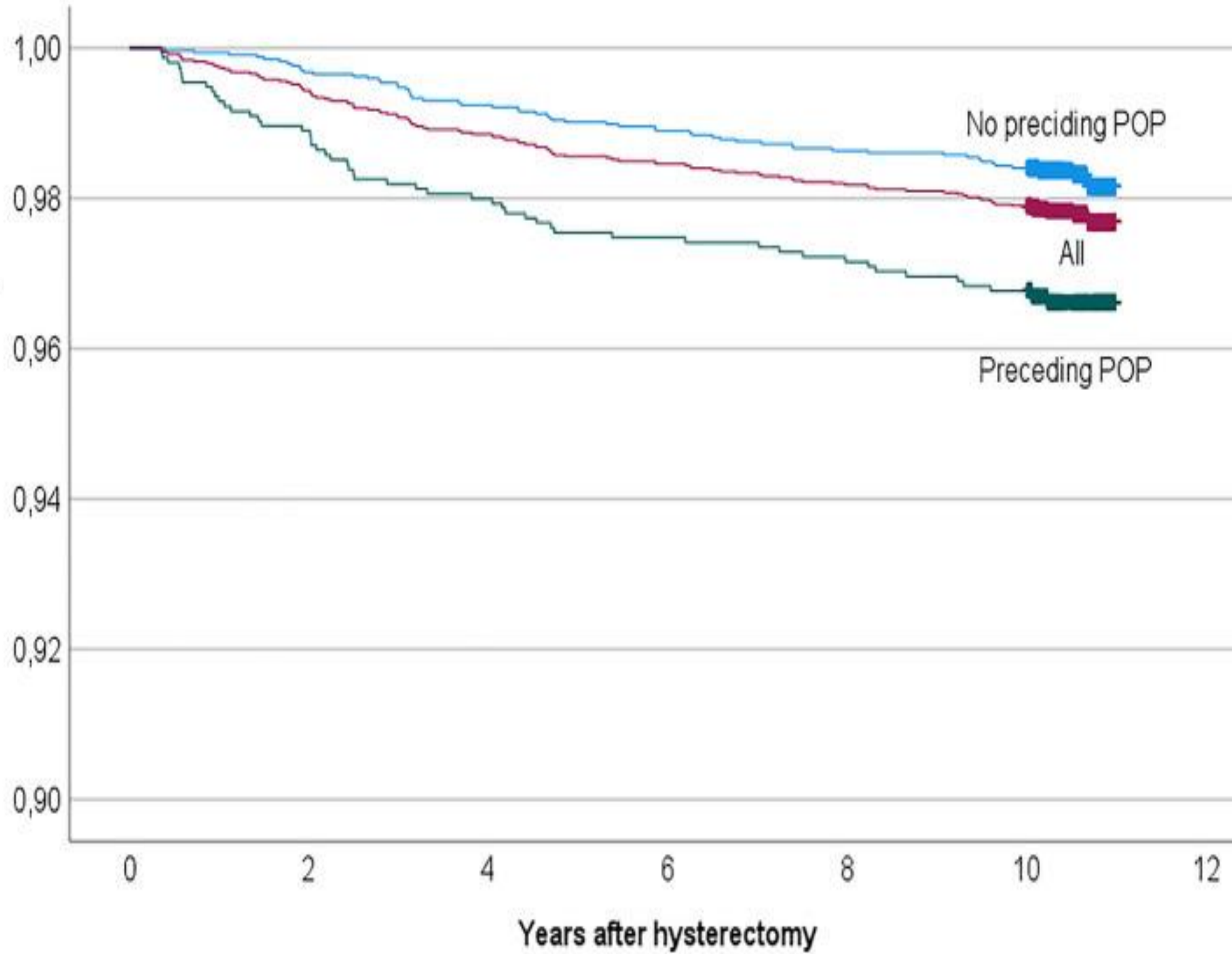
Conclusione

Dopo l'isterectomia, il 2,2% delle donne è stata sottoposta a trattamento chirurgico per IUS. Il numero di interventi di IUS è stato più che doppio dopo l'isterectomia vaginale rispetto all'isterectomia addominale, ma la POP precedente spiegava in parte questo rischio aggiuntivo. Un precedente POP e tre o più parti vaginali erano indipendentemente associati a visite di IU dopo isterectomia.

Cumulative survival without SUJ operation



Cumulative survival without SUJ operation



- INFORMARE LE DONNE –
- FORNIRE STRUMENTI E RISORSE PER LA PREPARAZIONE DEL PERINEO AL PARTO
- -VALUTARE FATTORI DI RISCHIO PREESISTENTI PER GUIDARE LA CONDOTTA DEL TRAVAGLIO DI PARTO
- ESSERE DEI BUONI CLINICI
- CONOSCERE L'ANATOMIA CHIRURGICA
- NON FARE INTERVENTI NON NECESSARI
- SCEGLIERE LA TECNICA PIU' CORRETTA PER QUELLA PATOLOGIA E PER QUELLA DONNA.





Grazie per l' attenzione