



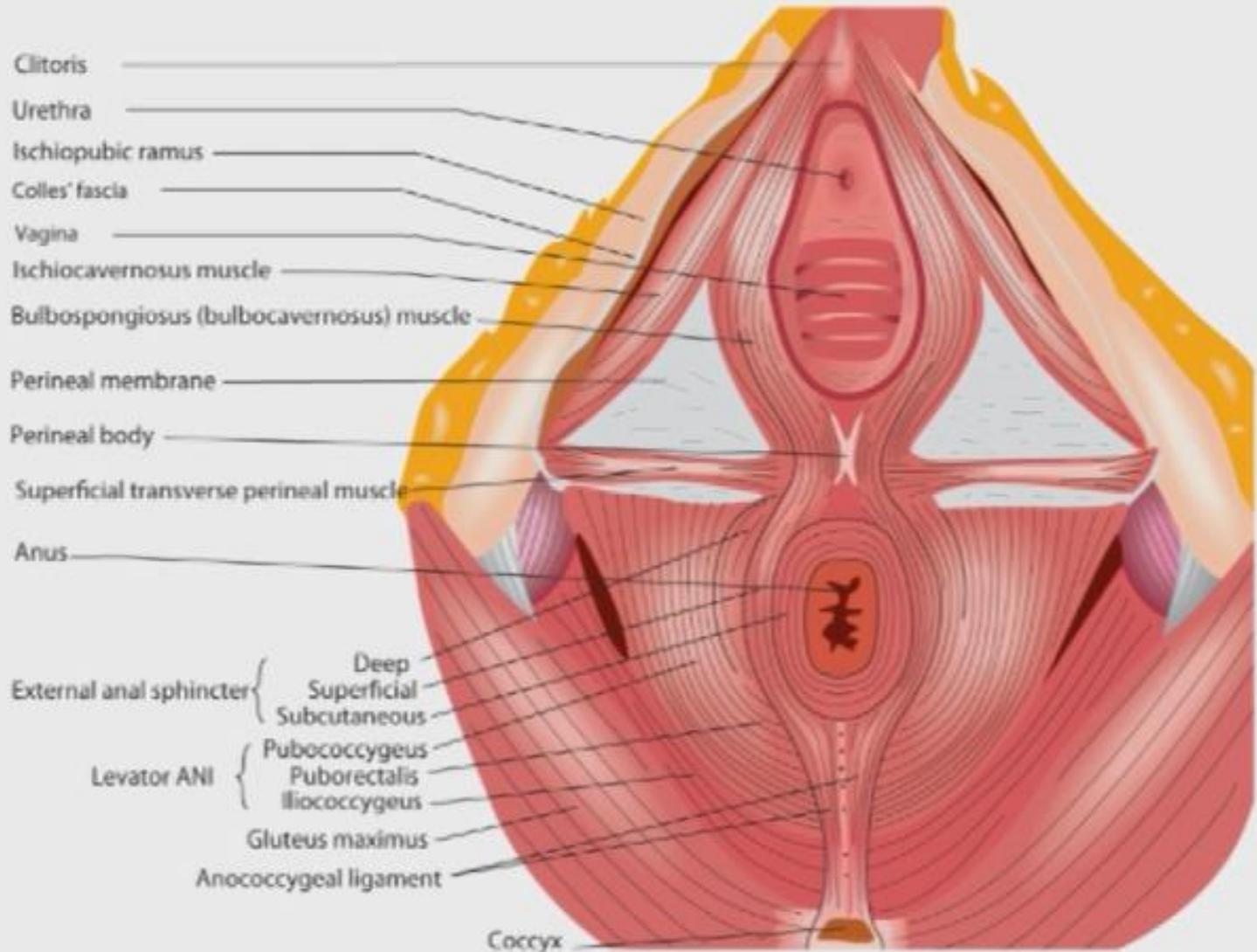
CORSO SIUD TEORICO-PRATICO

“LACERAZIONI PERINEALI OSTETRICHE”

# L'anatomia del pavimento pelvico in sala parto.

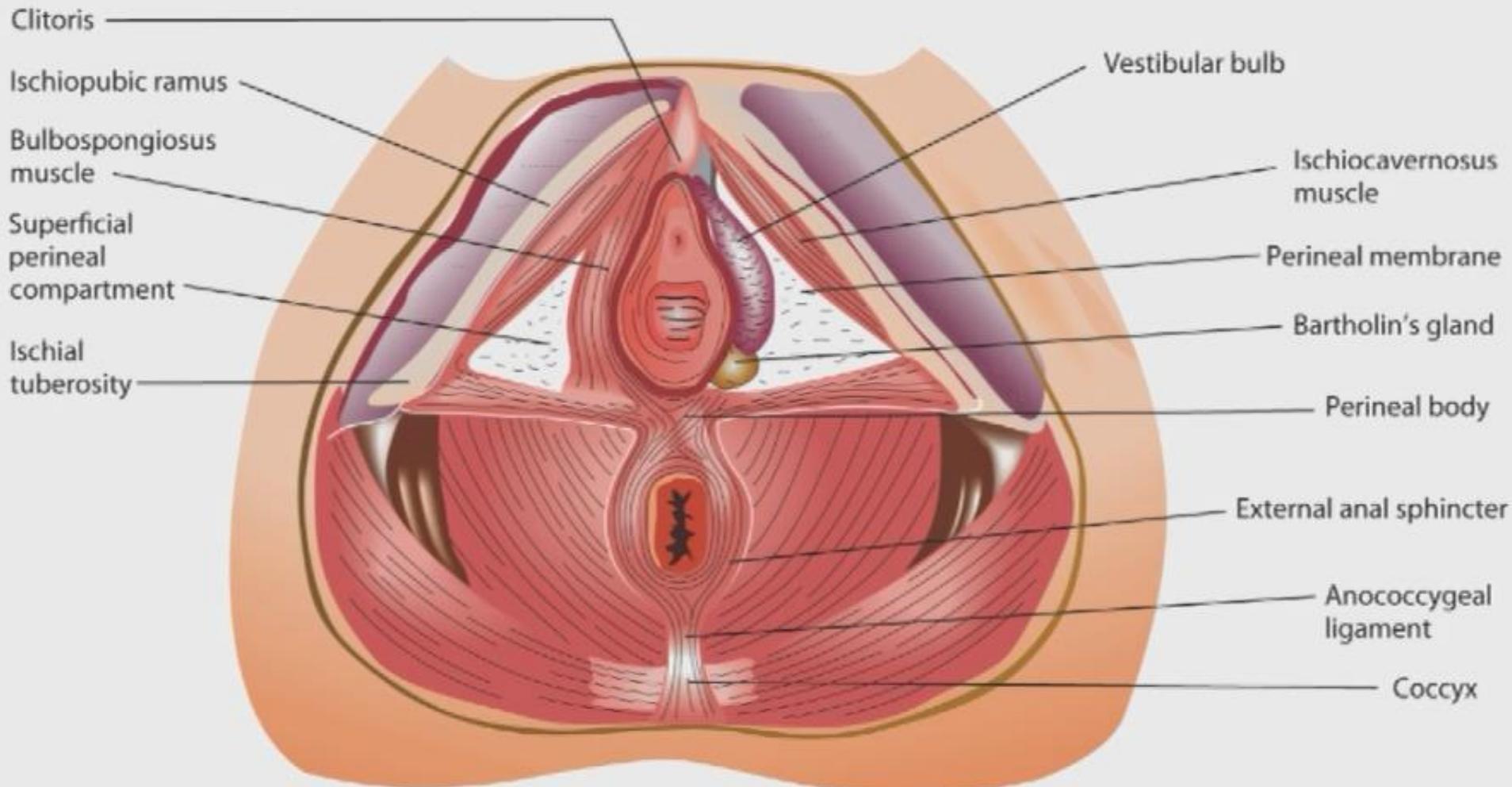
Sistema Socio Sanitario

# Muscoli del perineo



Superficial muscles of the perineum

# Muscoli del perineo



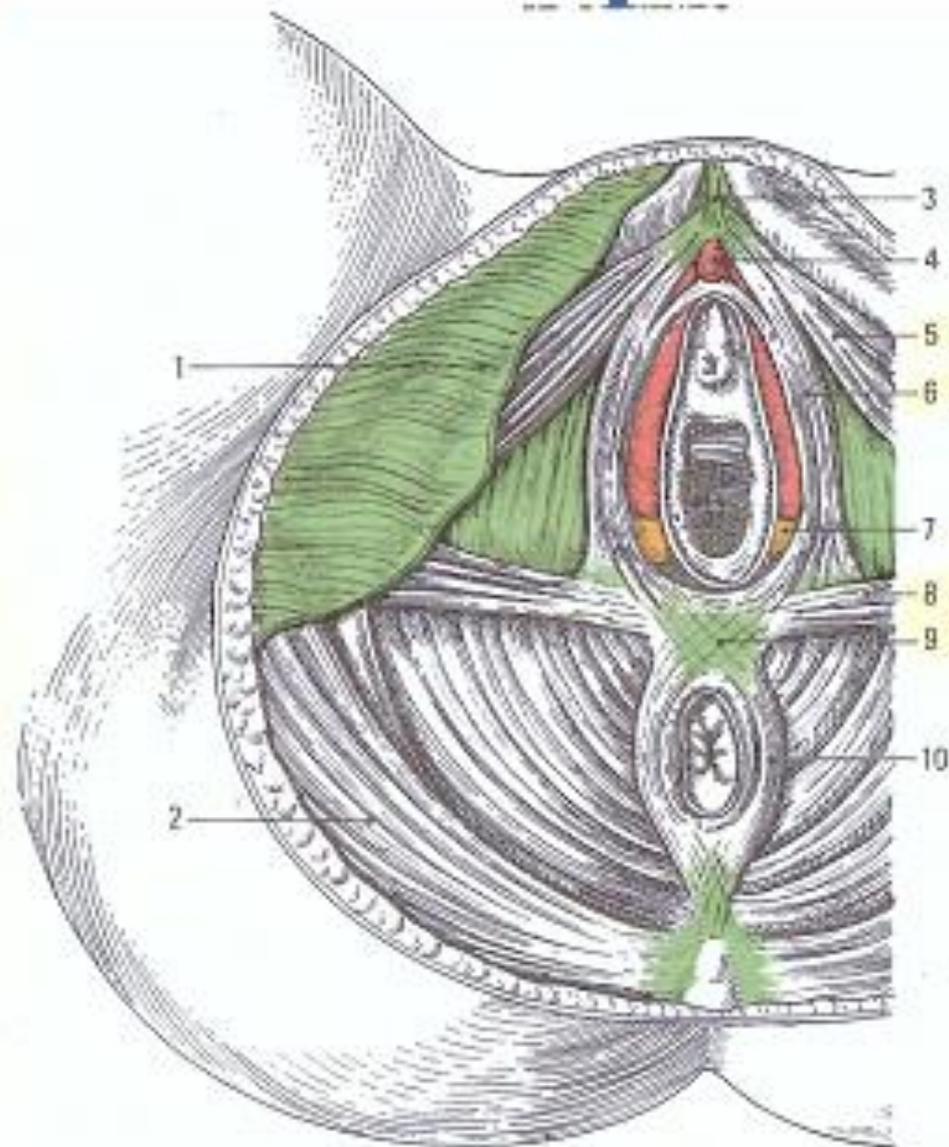
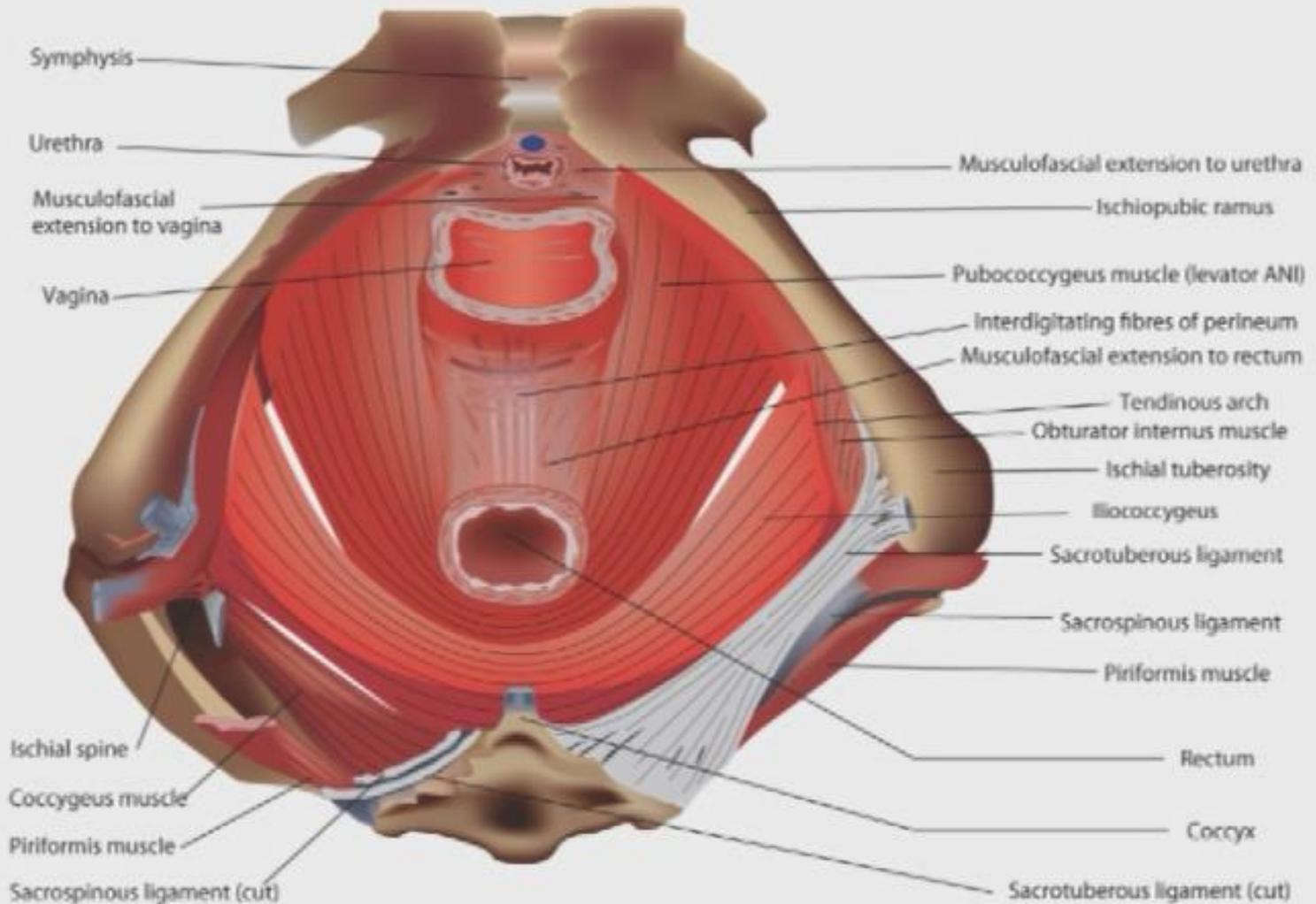
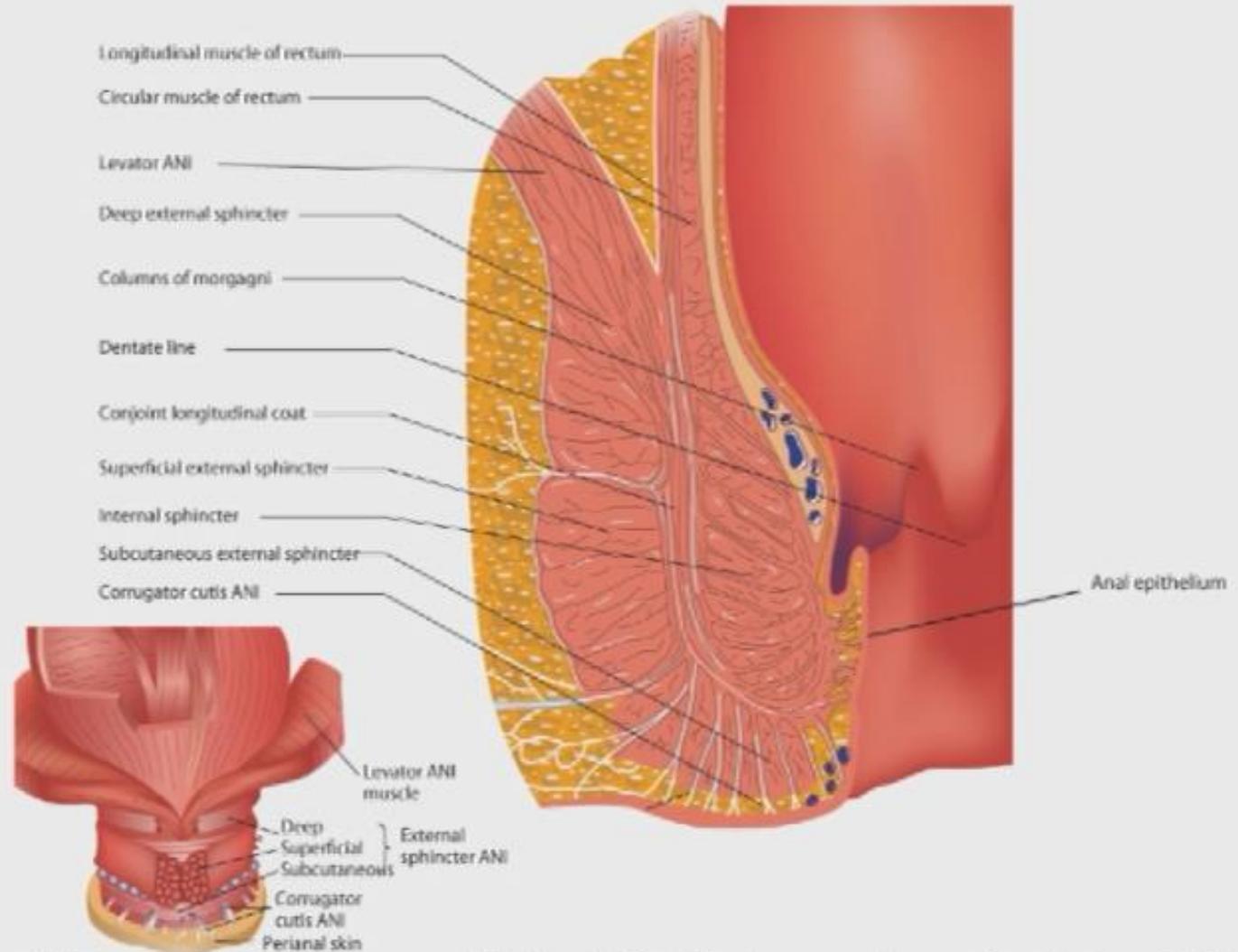


FIG. 107 - I muscoli del perineo. 1 aponeurosi superficiale; 2 muscolo grande gluteo; 3 legamento sospenditore del clitoride; 4 clitoride; 5 muscolo ischio-cavernoso; 6 muscolo bulbo-cavernoso; 7 ghiandola di BARTOLINO; 8 muscolo trasverso superficiale; 9 nodo centrale del perineo; 10 sfintere anale.

# L'elevatore dell'ano visto dal basso



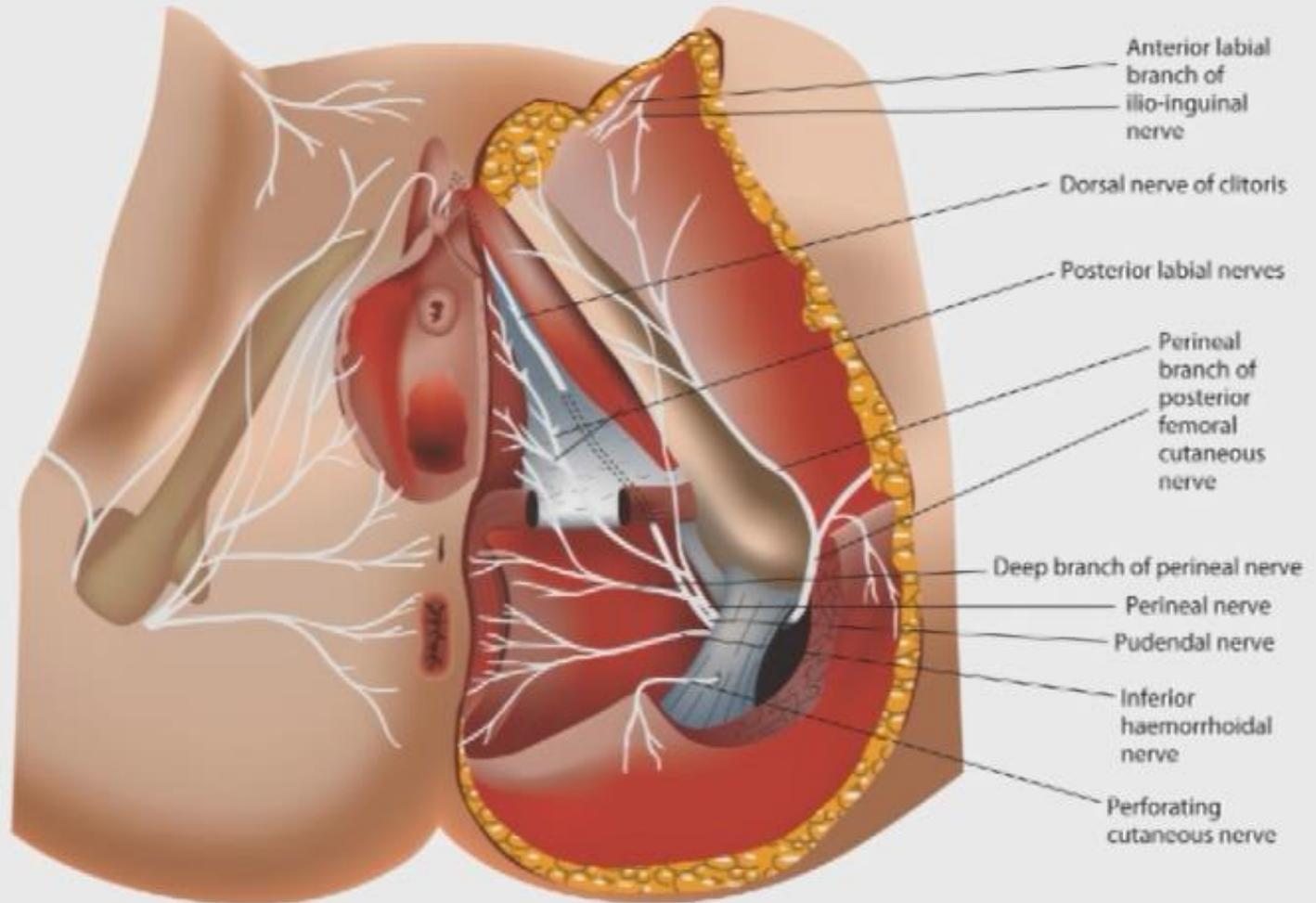
# Anatomia dello sfintere dell'ano



(a) Coronal section of the anal sphincter

(b) Anal Sphincter and Levator Ani Slide 4

# Innervazione dal nervo pudendo



Terminal branches of the Pudendal nerve

# Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears (Review)



2010



1. RICHIESTA DI ANALGESICI RR 0.57

2. RIMOZIONE DI MATERIALI RR 0.24

3. LIEVI DEISCENZE RR 1.67

4. DOLORE A BREVE TERMINE

5. DOLORE A LUNGO TERMINE

6. DISPAREUNIA



NON DIFFERENZE SIGNIFICATIVE



# Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears (Review)



2009

1. DOLORE A BREVE TERMINE

6 studi, RR 0.70 → 0.65

2. RIMOZIONE MATERIALI

3 studi, RR 0.54

3. DOLORE A LUNGO TERMINE

4. DISPAREUNIA

5. DEISCENZA



NON DIFFERENZE SIGNIFICATIVE



Nella riparazione delle lacerazioni perineali la tecnica di sutura in continua a tensione libera (non incavigliata) consente una riduzione del dolore a breve termine e una minor necessità di rimozione dei materiali.

La tecnica di sutura in continua consente una riduzione dei materiali utilizzati e dei tempi necessari per la riparazione della lacerazione.

L' utilizzo di Vicryl Rapide riduce la richiesta di analgesici da parte della paziente nel post partum.

# Suture Materials

*Kettle C, Dowsell T, Ismail K 2010*

➤ Cochrane systematic review of 9 RCTs (n= 4017)  
Absorbable synthetic materials (*Dexon and Vicryl*)  
versus catgut

↓ Perineal pain  
↓ Analgesic use  
↓ Dehiscence wounds  
↓ Resuturing

} *Dexon and Vicryl*

# Vicryl Rapide vs Vicryl Suture Material

*Kettle C, Dowsell T, Ismail K 2010*

- 5 RCTs (n=2349 women)
  - Similar rates of short and long term pain
  - Fewer women in the rapidly absorbing suture group reported the need for pain relief at 10 days
  - More women in the standard suture material group required suture removal

# Repair Techniques

*Kettle C, Ismail K 2010*

- Cochrane systematic review - 7 RCT's (n= 3822) found that continuous stitches compared to interrupted is associated with:-
  - Less short term pain at 10 days
  - Reduction in analgesia use
  - Reduction in suture removal
- Reduction in pain is even greater if continuous technique used for all layers compared to skin only

# Recommended material and technique 2nd degree tears or episiotomy

Level 1a evidence

Vicryl Rapide suture material

&

The continuous non-locking technique  
for perineal repair - all layers

**TECNICA DI SUTURA IN  
CONTINUO, UN-LOCKED,  
TENSION FREE!**

## Prior to commencing the repair

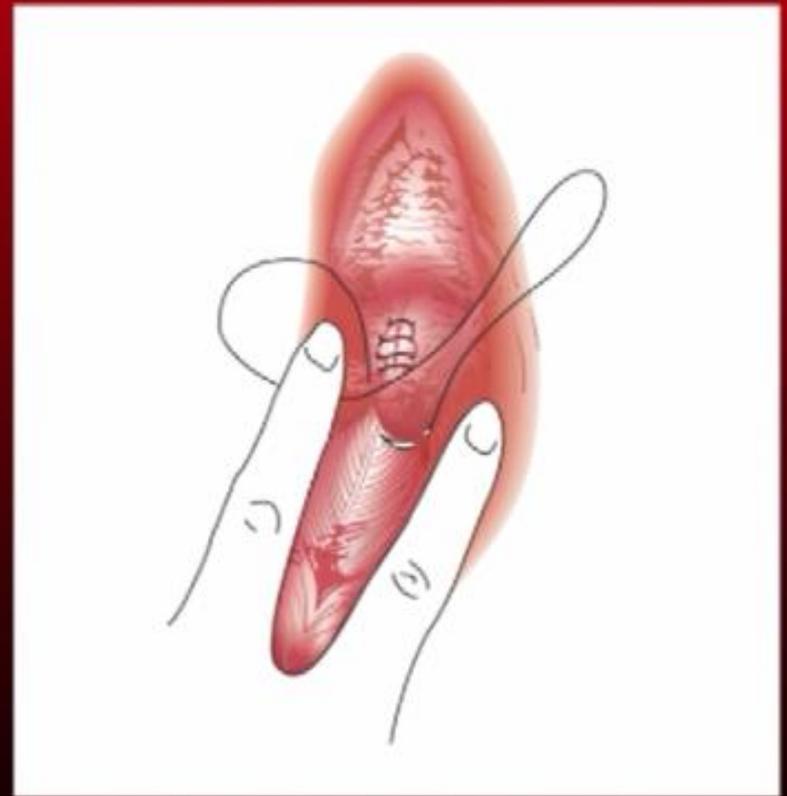
- Check extent of perineal trauma - perform per vaginal and per rectal examination to exclude anal sphincter rectal injury
- Check equipment - suture pack, materials
- If needed ensure that appropriate supervision/support is available prior to commencing the repair
- Adequate lighting
- Ensure that the wound is adequately anaesthetised (10-20mls Lignocaine 1%)

- Good lighting
- Adequate analgesia
- Good exposure
- Verbal consent



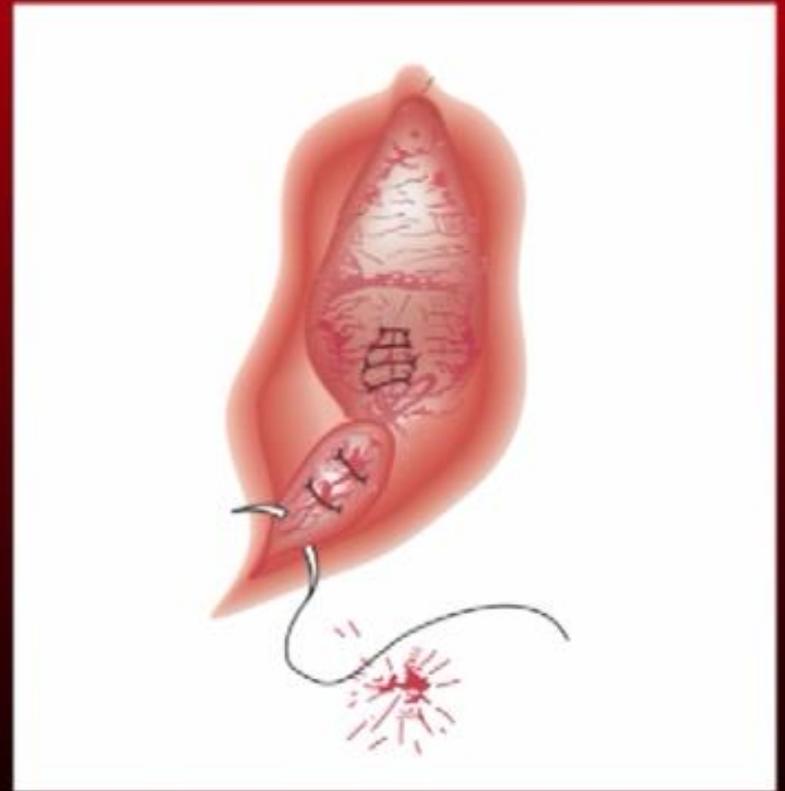
# Step 1 - Suturing the vagina

- Identify the apex of the vaginal wound
- Close the vaginal skin with a loose continuous stitch
- Continue to suture the vagina until the hymenal remnants are reached and re-approximated
- At the fourchette insert the needle through the skin to emerge in the centre of the perineal wound



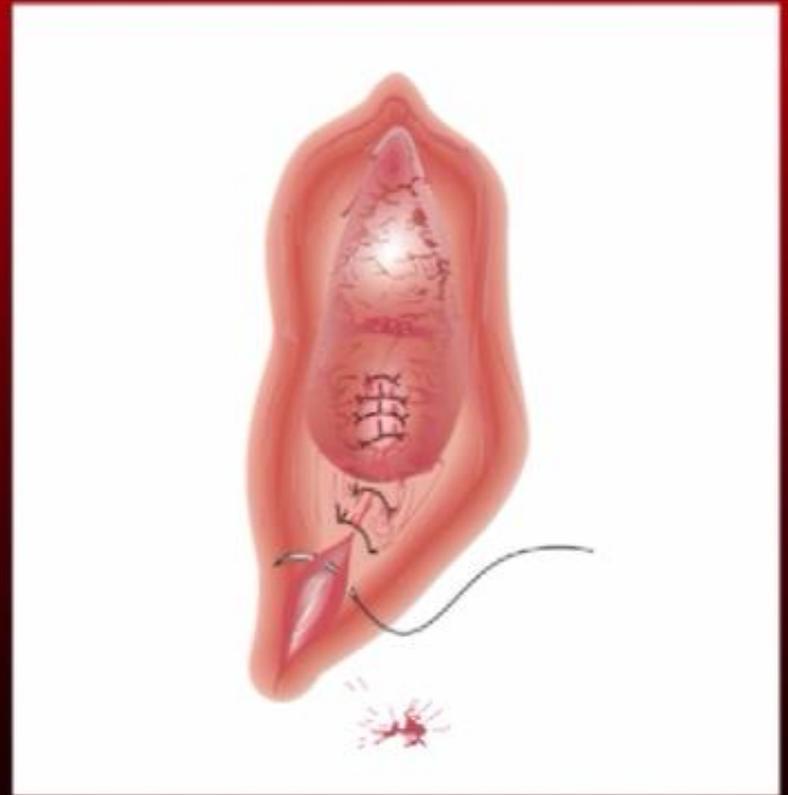
## Step 2 - Suturing the muscle layer

- Check the depth of the trauma - it may be necessary to insert two layers of sutures
- Continue to close the perineal muscle with a continuous non-locking stitch taking care to close the dead space



## Step 2 - Suturing the perineal skin

- At the inferior end of the wound bring the needle out under the skin surface
- The stitches are placed below the skin surface in the subcutaneous layer
- Continue taking bites of tissue from each side of the wound until the hymenal remnants are reached
- Secure the finished repair with a loop knot tied in the vagina



## Finally

- Check the finished repair is anatomically correct
- Ensure haemostasis
- Repeat vaginal and rectal examination to check that no tears have been missed
- Check number of swabs, needles & instruments
- Complete documentation

# Classificazione delle lacerazioni da parto

1st degree = vaginal epithelium  
+

2nd degree = perineal muscles  
+

3rd degree = anal sphincter

3a = <50% external sphincter thickness

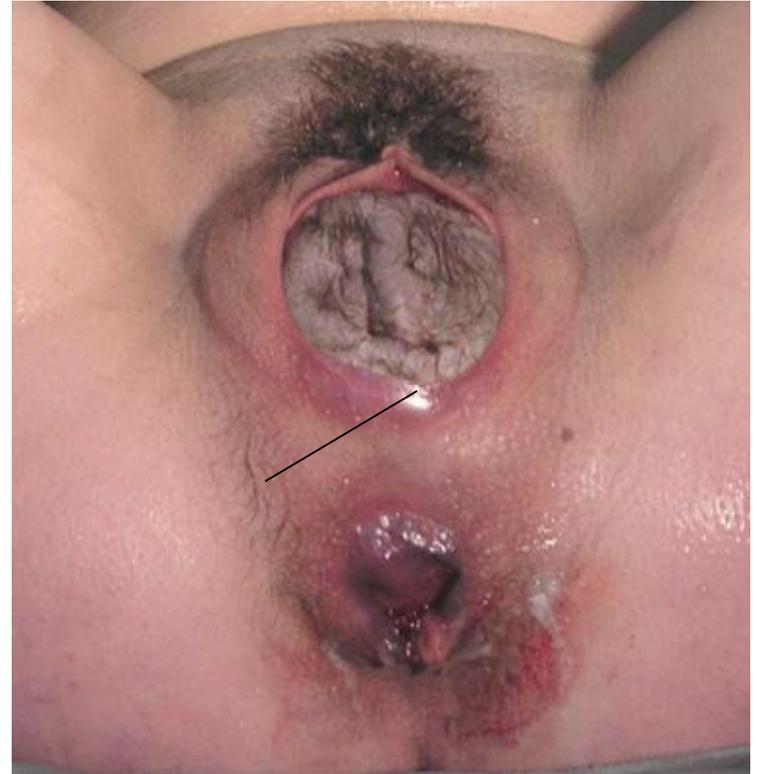
3b = >50% external sphincter thickness

3c = internal sphincter torn  
+

4th degree = anal epithelium torn

# EPISIOTOMIA MEDIOLATERALE

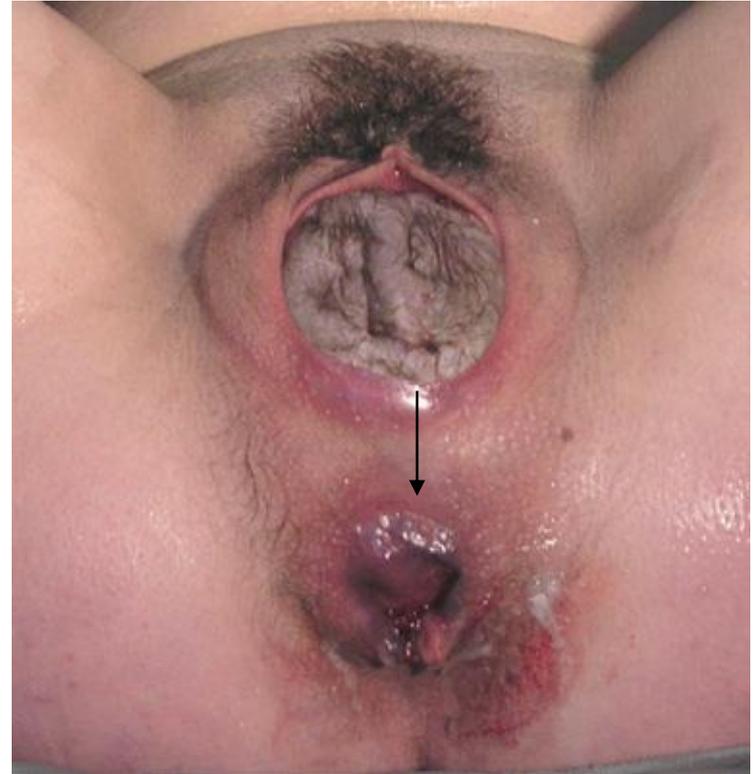
- ◆ Parte dalla forchetta e si dirige lateralmente e verso il basso, allontanandosi dal retto, con angolo di almeno  $60^\circ$



**La più frequentemente praticata in Europa**

# EPISIOTOMIA MEDIANA

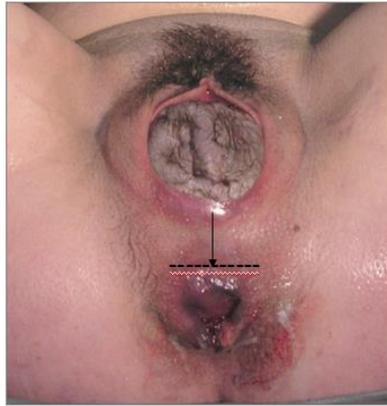
- ◆ Parte dalla forchetta e si dirige lungo la linea mediana del corpo del perineo
- ◆ La lunghezza dell'incisione arriva a metà della lunghezza del perineo



**Comunemente praticata in USA e Canada**

## EPISIOTOMIA MEDIANA modificata

- ◆ 2 incisioni trasversali appena sopra lo sfintere anale
- ◆ Perpendicolari alla linea mediana a formare T rovesciata di circa 2-5 cm
- ◆ Aumenta il diametro dell'introitus dell'83%



## EPISIOTOMIA a forma di J

- ◆ Parte dalla forchetta come e. mediana e poi curva lateralmente per evitare l'ano
- ◆ Con forbici curve si incide fino a 2-5 cm dall'ano e poi si direziona l'incisione verso la tuberosità ischiatica



## EPISIOTOMIA LATERALE

- ◆ Parte dall'introitus a 1 o 2 cm dalla linea mediana e si dirige verso il basso e verso la tuberosità ischiatica del lato corrispondente



Molto raramente citata in letteratura

## LATERALE RADICALE

- ◆ Incisione di Schuchardt, non ostetrica
- ◆ Praticata all'inizio dell'isterectomia vaginale per consentire un facile accesso al parametrio



Occasionalmente in parti complicati





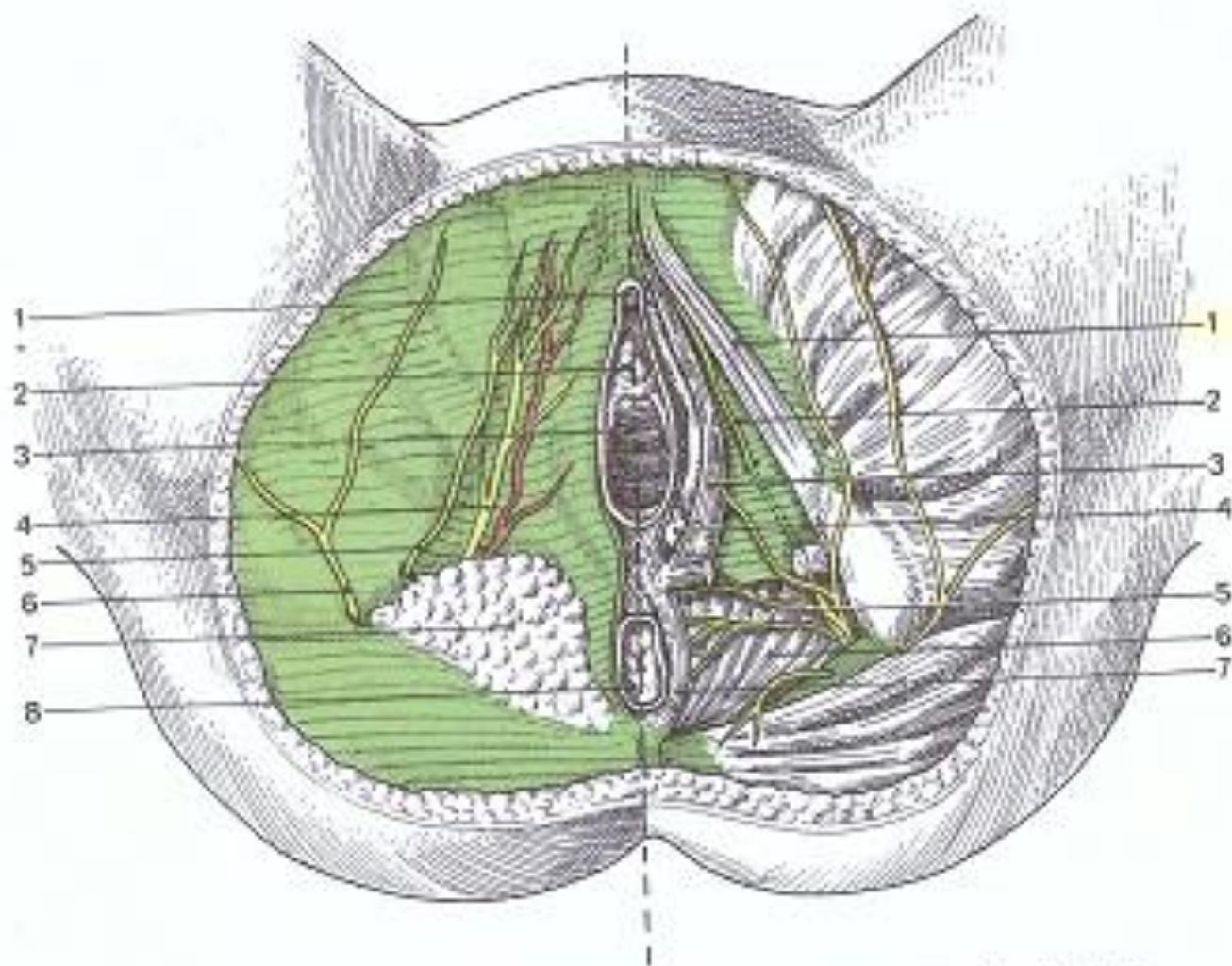
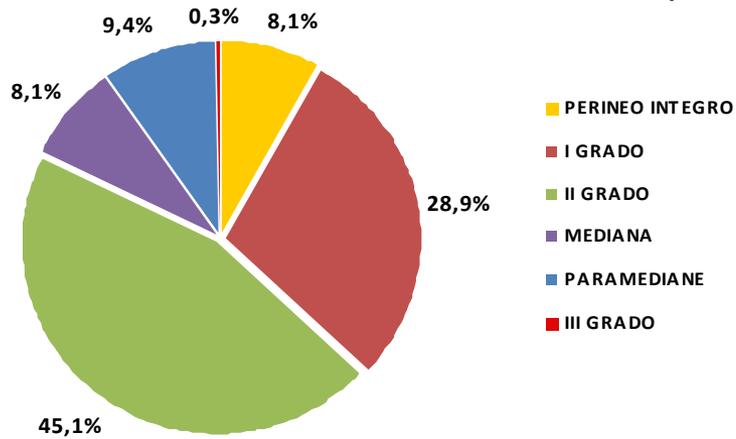


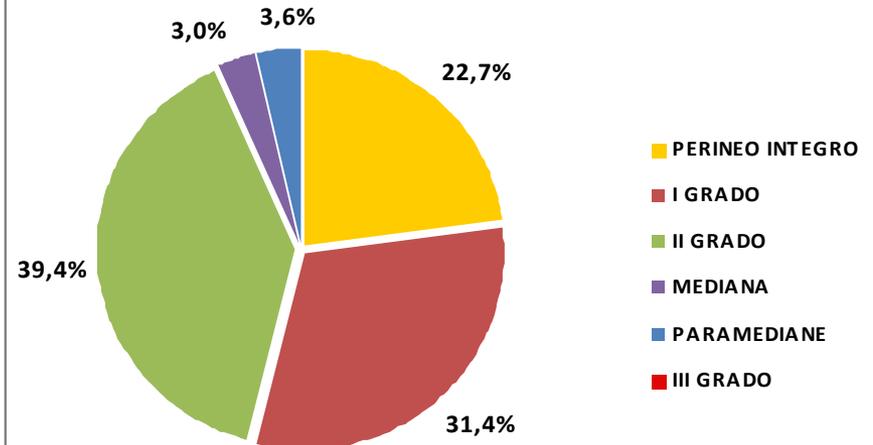
FIG. 104 - Perineo. A) piano superficiale sottocutaneo. 1 clitoride; 2 meato uretrale; 3 vagina; 4 arteria e nervo perineale superficiale; 5 ramo perineale esterno; 6 ramo perineale del piccolo sciatico; 7 tessuto adiposo della fossa ischio-rettale; 8 B) piano profondo (l'aponeurosi superficiale è stata sezionata). 1 muscolo ischio-cavernoso; 2 nervo bulbo-uretrale (perforante la lamina fissatrice); 3 muscolo costrittore della vulva; 4 ghiandola di Bartholin; 5 nervo anale; 6 muscolo elevatore dell'ano; 7 sfintere anale.

# Esiti Perineo Basso Rischio Ospedale V. Buzzi

nullipare



pluripare



**OSPEDALE  
V.BUZZI**  
Percorsi ed esiti  
ostetrici:  
l'assistenza al  
parto a basso  
rischio in  
autonomia  
ostetrica

**PATIENTS RECRUITED**  
2010/09/01 – 2011/08/31  
**3487**

**ADMISSION**  
RISK POSITIVE  
**LOW RISK - 1788**

**RISK POSITIVE # 1699** (SINGLE WORST)

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| TERM-POST TERM INDUCTION     | 47% |
| ELECTIVE SURGICAL ABDOM.DEL. | 24% |
| MEDICAL /OB HISTORY          | 23% |
| <37 WEEKS                    | 6%  |

LOW RISK - LABOUR  
AND DELIVERY  
ATTENDED BY  
MIDWIFES ONLY

**RISK POSITIVE # 317** (SINGLE FIRST)

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| STAINED A.F.          | 43,5 % |
| CTG CLASS 2-3         | 23,1 % |
| OX PERFUSION          | 12,9 % |
| Medical Collaboration | 9,7 %  |
| PROTOCOL VIOLATION    | 10,8 % |

**1st STAGE**  
RISK POSITIVE  
**LOW RISK - 948**

**EPIDURAL # 523**

**2nd STAGE**  
RISK POSITIVE  
**LOW RISK - 798**

**RISK POSITIVE # 150** (SINGLE FIRST)

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| STAINED A.F.          | 38 %   |
| CTG CLASS 2-3         | 26,7 % |
| OX PERFUSION          | 18,7 % |
| Medical Collaboration | 16,6 % |

**798 VAGINAL  
DELIVERIES**

**511 SUTURE  
IN AUTONOMIA  
OSTETRICA**

