



corso SIUD Teorico-Pratico **Lacerazioni Perineali ostetriche**

Presidenti: Irene celin, Mauro Busacca
Direttore del corso: Marco Soligo

Milano, UNA Scandinavia Hotel
14 Dicembre 2018 | 1° Edizione
15 Dicembre 2018 | 2° Edizione

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Dr.ssa Patrizia Casati



Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Br Med J. 1905 Sep 16; 2(2333): 628–629.

A METHOD OF GUARDING THE PERINEUM IN LABOUR

W. J. Caie

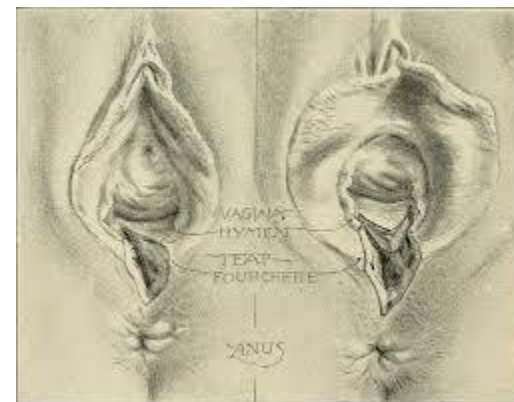
► Copyright and License information [Disclaimer](#)

A METHOD OF GUARDING THE PERINEUM IN LABOUR.

By W. J. CAIE, M.A., M.B.,
Bury St. Edmunds.

Nor the least important part of the second stage of labour is that known as the "guarding of the perineum" against laceration and rupture. There are several time-honoured methods which have received more or less acceptance, notably the direct and indirect methods, but all of these, to which I have given a prolonged trial, seem to me to break down sooner or later, and I therefore venture to put forward one or two suggestions which are the outcome of my own experience, as I hold that, given a reliable method of guarding the perineum, in the hands of a practised accoucheur, rupture ought to be a very rare accident indeed, while I urge that not nearly enough importance is attached to keeping the perineum intact as a certain means of preventing many of the *post-partum* diseases to which women are liable, not to speak of the annoyance caused by suture and subsequent removal of stitches during the puerperium.

I shall enumerate first the points in which, in my opinion



Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità



Obstetric anal sphincter injury: the changing landscape

Swati Jha, Abdul H Sultan

First published: 26 May 2015 | <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13019> | Cited by: 1

In the UK, the National Health Service (NHS) Litigation Authority report 'Ten Years of Maternity Claims' (2012) identified perineal trauma as the **fourth most common indication for claims made in Obstetrics** over a period of 10 years. Perineal trauma accounted for 9% of total obstetric claims, and **£31 million** were awarded in legal payouts for this indication alone.

....Just 14 years ago, however, in the **case of Irene Coffey-Martin** versus Royal Free Hampstead NHS Trust (**2000**; HQ99 02 607), a claim for failure to detect a third-degree tear was dismissed.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità



Obstetric anal sphincter injury: the changing landscape

Swati Jha, Abdul H Sultan

First published: 26 May 2015 | <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13019> | Cited by: 1

In July 2001, guidelines were issued by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) .

.... Failed diagnosis and management should be viewed as negligent.

In October 2001, in the Republic of Ireland case of HM versus Health Service **Executive € 87 400 were awarded in damages for perineal injury** as **'there was a culpable fault by the hospital management** for not making the doctor involved aware of the RCOG guidelines' (the doctor was not held individually responsible).

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology

Vol. 16, No. 1, pp. 99–115, 2002

doi:10.1053/beog.2002.0258, available online at <http://www.idealibrary.com> on IDEAL®



8

Lower genital tract and anal sphincter trauma

Abdul H. Sultan MD, MRCOG

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Ranee Thakar MRCOG

Specialist Registrar

Mayday University Hospital, London Road, Croydon, Surrey CR7 7YE, UK

BMC Health Services Research

Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey

Ruwan J Fernando ^{*1}, Abdul H Sultan ², Simon Radley ³, Peter W Jones ⁴ and Richard B Johanson ¹

Published: 13 May 2002

Received: 27 September 2001

BMC Health Services Research 2002, 2:9

Accepted: 13 May 2002

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/9>

© 2002 Fernando et al; licensee BioMed Central Ltd. Verbatim copying and redistribution of this article are permitted in any medium for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology

Vol. 16, No. 1, pp. 99-115, 2002

doi:10.1053/beog.2002.0258, available online at <http://www.idealibrary.com> on IDEAL®



8

Lower genital tract and anal sphincter trauma

Abdul H. Sultan MD, MRCOG

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Ranee Thakar MRCOG

Specialist Registrar

Mayday University Hospital, London Road, Croydon, Surrey CR7 7YE, UK

We identified 65 textbooks on obstetrics on the library shelves that were relevant to perineal tears. As texts in the RCOG library are for reference only, no books were out on loan. The relevant chapters were scrutinized and key words were searched in the index. The results are presented as below.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology

Vol. 16, No. 1, pp. 99±115, 2002

doi:10.1053/beog.2002.0258, available online at <http://www.idealibrary.com> on

IDEAL®

BEST
PRACTICE
& RESEARCH

8

Lower genital tract and anal sphincter trauma

Abdul H. Sultan MD, MRCOG

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Ranee Thakar MRCOG

Specialist Registrar

Mayday University Hospital, London Road, Croydon, Surrey CR7 7YE, UK

- ...It was disappointing to note that most popular reference test made little or **no mention to any classification.**
- There is **lack of consistency of classification of third and fourth – degree tears .**
- Training in perineal anatomy and repair is poorly taught
- Consequently anal sphincter tears are being **missed at delivery and/or inappropriately managed.**

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology
Vol. 16, No. 1, pp. 99-115, 2002
doi:10.1053/beog.2002.0258, available online at <http://www.idealibrary.com> on IDEAL®



8

Lower genital tract and anal sphincter trauma

Abdul H. Sultan MD, MRCOG
Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Ranee Thakar MRCOG
Specialist Registrar

Mayday University Hospital, London Road, Croydon, Surrey CR7 7YE, UK

1993

*William's Obstetrics*²⁵ classifies perineal tears as:

First degree: laceration of the vaginal epithelium or perineal skin only.

Second degree: in addition to first degree, involvement of the perineal muscles and fascia but not the anal sphincters.

Third degree: disruption of the skin, mucous membrane, perineal body and anal sphincter muscles.

Fourth degree: a third-degree tear with disruption of the anal epithelium.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology
Vol. 16, No. 1, pp. 99-115, 2002
doi:10.1053/beog.2002.0258, available online at <http://www.idealibrary.com> on IDEAL®



8

Lower genital tract and anal sphincter trauma

Abdul H. Sultan MD, MRCOG
Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Ranee Thakar MRCOG
Specialist Registrar

Mayday University Hospital, London Road, Croydon, Surrey CR7 7YE, UK

2001

Sultan⁸⁸ has therefore proposed that the following classification be incorporated in the 29th RCOG green top guidelines:

First degree: laceration of the vaginal epithelium or perineal skin only.

Second degree: Involvement of the perineal muscles but not the anal sphincter.

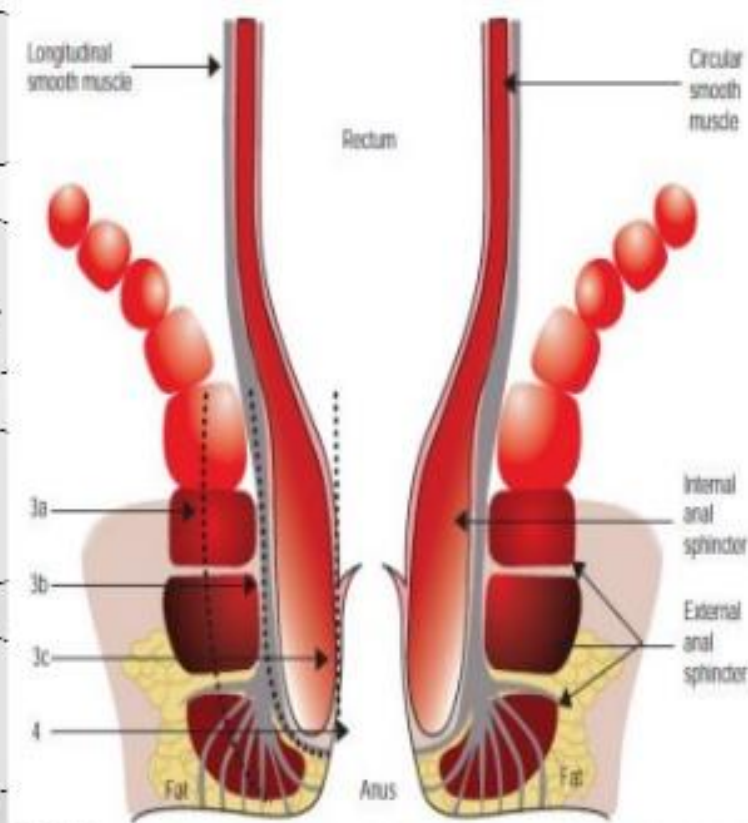
Third degree: disruption of the anal sphincter muscles; this should be further subdivided into:

- 3a: < 50% thickness of external sphincter torn.
- 3b: > 50% thickness of external sphincter torn.
- 3c: internal sphincter torn also.

Fourth degree: a third-degree tear with disruption of the anal epithelium.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

1st Degree	<ul style="list-style-type: none"> Injury to perineal skin and/or vaginal mucosa
2nd Degree	<ul style="list-style-type: none"> Injury to perineum involving perineal muscles but not involving the anal sphincter
3rd Degree	<ul style="list-style-type: none"> Injury to perineum involving the anal sphincter complex <ul style="list-style-type: none"> 3a: Less than 50% of EAS thickness torn 3b: More than 50% of EAS thickness torn 3c: Both EAS and IAS torn
4th Degree	<ul style="list-style-type: none"> Injury to perineum involving the anal sphincter complex (EAS and IAS) and anorectal mucosa



New Classification

Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Radley S, Jones P, O'Brien S, 2006, 'Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries: a randomized trial', Obstet Gynecol : 107 : 1261-8.

Fernando RJ, Williams AA, Adams EJ. The management of third-and fourth-degree perineal tears. RCOG Green-top Guideline. 2007; 29: 1-11

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Sultan classification of 3rd / 4th degree tears collectively known as - Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIs)

- First described by Sultan in 1999
- Now used internationally including RCOG and ACOG:
 - Sultan AH, *Clinical Risk* 1999;5:193-6
 - RCOG Green Top Guidelines 2001-2015
 - International Consultation on Incontinence 2002 – 2017
 - Sultan AH, *Perineal and Anal Sphincter Trauma* 2007
 - NICE 2007-2014
 - ACOG 2014
 - ICS-IUGA Joint Terminology on Female Anorectal Physiology 2017

www.perineum.net

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Ultrasound Obstet Gynecol 2010; 36: 368–374

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.7512

Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter?

A.-M. ROOS, R. THAKAR and A. H. SULTAN

- Compared with women with a minor tear (Grade 3a/3b) , those with a **major one (Grade 3c/4) had a significantly poorer outcome ($p < 0.05$)** with respect to the development of defecatory symptoms and associated QoL as well as anal manometry.
- Women with major tears were significantly more likely to have an **endosonographic isolated internal anal sphincter (IAS) or combined IAS and external anal sphincter (EAS) defect**. Combined defects were associated with a higher risk of **faecal incontinence and lower anal canal pressures**.

Occult anal sphincter injuries—myth or reality?

Vasanth Andrews,^a Abdul H Sultan,^a Ranee Thakar,^a Peter W Jones^b

^a Mayday University Hospital, Croydon, Surrey, UK ^b School of Computing and Mathematics, Keele University, Staffordshire, UK

Correspondence: AH Sultan, Mayday University Hospital, London Road, Croydon, Surrey CR7 7YE, UK.

Andrews V, Sultan A, Thakar R, Jones P. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? BJOG 2006; 113:195–200.

241 patients: Examination at delivery: midwife and expert fellow
Repair by consultant

EA US before suturing and 7weeks after delivery

59 OASIS

- % OASIS Prevalence: **11%** midwife → **24.5%** expert fellow
- Missed: **87%** by midwife, **28%** by expert fellow
- EA US: 1.2% occult anal sphincter injuries (only IAS, not clinically detectable)

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Occult anal sphincter injuries—myth or reality?

Vasanth Andrews,^a Abdul H Sultan,^a Ranee Thakar,^a Peter W Jones^b

^a Mayday University Hospital, Croydon, Surrey, UK ^b School of Computing and Mathematics, Keele University, Staffordshire, UK

Correspondence: AH Sultan, Mayday University Hospital, London Road, Croydon, Surrey CR7 7YE, UK.

Andrews V, Sultan A, Thakar R, Jones P. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? BJOG 2006; 113:195–200.

Training in perineal anatomy and recognition of OASIS in order to **increase detection of OASIS** and minimise the risk of consequent anal incontinence.

Following appropriate training, clinical examination can be as accurate as anal US , expensive and time consuming,in the immediate post partum.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Diagnosis and repair of perineal injuries: knowledge before and after expert training – a multicentre observational study among Palestinian physicians and midwives

Kaled Zimmo,^{1,2,3} Katariina Laine,⁴ Åse Vikanes,³ Erik Fosse,^{2,3}
Mohammed Zimmo,^{2,3,5} Hadil Ali,^{2,3,6} Raneer Thakar,⁷ Abdul H Sultan,⁷
Sahar Hassan^{8,9}

Zimmo K, *et al. BMJ Open* 2017;7:e014183. doi:10.1136/bmjopen-2016-014183

Improvement in the level of knowledge on diagnosis and repair of perineal tears was observed for all physicians and midwives who attended the **2 days' expert training**.

Regular ongoing training will serve to maintain the newly acquired knowledge.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Diagnosis and repair of perineal injuries: knowledge before and after expert training – a multicentre observational study among Palestinian physicians and midwives

Kaled Zimmo,^{1,2,3} Katariina Laine,⁴ Åse Vikanes,³ Erik Fosse,^{2,3}
Mohammed Zimmo,^{2,3,5} Hadil Ali,^{2,3,6} Raneer Thakar,⁷ Abdul H Sultan,⁷
Sahar Hassan^{8,9}

Zimmo K, *et al. BMJ Open* 2017;**7**:e014183. doi:10.1136/bmjopen-2016-014183

Lack of understanding for the **indication of episiotomy** and in naming **the muscle that are cut** : indicated **mediolateral 60°** when perineum is **distended** . Significant improvement after training among physicians and midwives.

Improvement of the knowledge regarding **timing for rectal examination: before and after** suturing

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

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.

Analysis showed a **50% relative reduction in risk of sustaining third-degree tear for every 6° away from the perineal midline** that an episiotomy was cut.

Conclusion

mediolateral episiotomy incisions should be made at as large angle as possible to minimise the risk of sphincter disruption

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears

Green-top Guideline No. 29
June 2015

Come migliorare l'identificazione delle OASIS

Tutte le donne, in seguito a parto vaginale, sono potenzialmente a rischio →

Attento esame post-partum, inclusa l'esplorazione rettale prima della sutura

La riparazione deve essere effettuata da un clinico esperto → training!

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears

Green-top Guideline No. 29
June 2015

Come migliorare l'identificazione delle OASIS

Garantire una **buona illuminazione**

Offrire una **adeguata analgesia**

garantire una **adeguata esposizione del trauma** con visualizzazione dell'estensione, dell'apice della lacerazione e valutazione del sanguinamento .

Informare la paziente su come si procede e perché !

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Take home message

- Sensibilizzazione al problema :** Il trauma sfinterico ostetrico non riconosciuto al parto (occult tears) è la causa più importante di **incontinenza anale**.
- Programmi di training intensivi e mirati** (hands-on **workshops** su anatomia perineale e riparazione delle lacerazioni)
- Esame clinico accurato** del perineo e della vagina prima della riparazione per escludere lesioni sfinteriche : **ispezione rettale** (con movimento rotatorio delle dita).
- Check-list pre e post-operatoria** con identificazione precoce e classificazione di lacerazioni severe.

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

DETAILS OF PERINEAL TRAUMA REPAIR ____ Mayday University Hospital

Patient Name: Number: Date:.....

Tick type of perineal trauma **First degree** ☐ **Second degree** ☐

Third degree ☐ , if third degree please specify 3a / 3b /3c **Fourth degree** ☐

Episiotomy ☐ If yes, Please state indication.....

Extent of trauma **tick ALL relevant boxes)** **Unilateral vaginal tear** ☐ **Bilateral vaginal tear** ☐

Labial trauma ☐ **Perineal skin edges down to anal margin**

Anaesthetic for repair **None** ☐ **Epidural** ☐ **Spinal** ☐ **Lignocaine** ☐ _____ mls

Repair details

Time of delivery **Time repair commenced** **Time repair finished**

Method of repair

Vagina	Interrupted / Continuous	Suture used Vicryl / Vicryl Rapide
Perineal muscles	Interrupted / Continuous	Suture used Vicryl / Vicryl Rapide
Perineal skin	Interrupted / Continuous	Suture used Vicryl / Vicryl Rapide
Anal mucosa	Interrupted / Continuous	Suture used Vicryl / Vicryl Rapide
Internal anal sphincter	Interrupted / Mattress	Suture used PDS / Vicryl
External anal sphincter	Overlap / End to end	Suture used PDS / Vicryl

Additional information

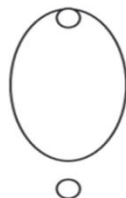
.....

Please complete diagram, mark lacerations and suture repair

Urethra →→→

Vagina →→

Anal sphincter →→→



Rectal examination done before repair **Yes / No** Rectal examination done after repair **Yes / No**

Vaginal examination done **Yes / No** Tampon Removed **Yes / No**

Needle count correct **Yes / No** Swab count correct **Yes / No**

Estimated blood loss **After delivery** mls **After suturing** mls **Total** mls

Repaired by

(Print Name)

Midwife / Doctor

If midwife: grade

If doctor: Consultant / Staff Grade / SpR /

SHO

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

... e le pz sintomatiche dopo il parto ?

- **Accurata raccolta anamnestica** pre e post-partum
- **Rivalutazione clinica ad un mese** : consigli dietetico-comportamentali (stile di vita sano, lassativi, bulking agents)
- **Rivalutazione clinica a due mesi**: Inizio trattamento riabilitativo non appena possibile .
- **Rivalutazione clinica a 6-7 mesi dal parto** con eventuale approfondimento diagnostico e strumentale (**ecografia endoanale e manometria ano-rettale**), in funzione di eventuali terapie invasive.
- **Collaborazione interdisciplinare** colon-proctologo, psicologa dietologo, ostetriche /fisioterapiste
- **Adeguate counselling** per gravidanze future
- (5-7 %rischio lacerazioni 3°-4°)

SIUD PPD card

Carta delle disfunzioni pelviche dopo il parto :

Fornisce informazioni sullo svolgimento del parto e sulle problematiche in area pelvica anche preesistenti

Permette uno screening dopo il parto (3,6,12 mesi)
rilevando la presenza di 5 disfunzioni che costituiscono un danno in area pelvica

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

Nome Cognome _____ Data di nascita: ____/____/____ anni ____

Data del parto : ____/____/____ altezza: ____ cm peso: ____ Kg

Gravidanze: Parti ☐ Ventosa ☐ TC ☐ peso massimo: ____ g

Epidurale SI ☐ NO ☐ Lacerazione Perineale: _____

DISFUNZIONI PREESISTENTI	Prima della gravidanza		Durante la gravidanza attuale		Dopo ultima gravidanza	
Incontinenza urinaria da sforzo (perdita di urina con colpi di tosse, stamuffi, sollevando pesi o, più in generale facendo sforzi fisici?)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Incontinenza urinaria da urgenza (perdita di urina in presenza di un forte stimolo ad urinare)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Incontinenza anale ai gas	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Incontinenza anale alle feci (solide e/o liquide)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Dispareunia (dolore nei rapporti)	SI	NO	SI	NO	SI	NO

INCONTINENZA URINARIA

SI ☐ NO ☐

Tipo: Sforzo ☐ Urgenza ☐ Mista ☐ Altro ☐

ICIQ-SF Nelle ultime 4 settimane :

- Con quale frequenza le accade di perdere urina?
 - ☐ 0 mai
 - ☐ 1 circa una volta alla settimana
 - ☐ 2 due o tre volte alla settimana
 - ☐ 3 circa una volta al giorno
 - ☐ 4 più volte al giorno
 - ☐ 5 continuamente
- Qual è l'entità delle sue perdite di urina? Secondo la sua personale opinione quanta urina perde comunemente?
 - ☐ 0 Non perdo urina
 - ☐ 2 Perdo piccole quantità di urina
 - ☐ 4 Perdo modeste quantità di urina
 - ☐ 6 Perdo abbondanti quantità di urina
- Nel complesso, in che misura le perdite di urina interferiscono con la sua vita quotidiana?
 - ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 - ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
 - [0 = per niente - 10 = moltissimo]

INCONTINENZA ANALE

WEXNER SCORE

INCONTINENZA	Mai	Raro meno di 1/mese	Qualche volta più di 1/mese meno di 1/sett	Abituale più di 1/sett meno di 1/di	Sempre 1 o più di 1/di
Feci solide	0	1	2	3	4
Feci liquide	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso di pannolini per incontinenza fecale	0	1	2	3	4
Alterazione stili di vita	0	1	2	3	4

Score totale

Classificazione delle lacerazioni perineali: cenni storici e attualità

DOLORE PERINEALE E DISPAREUNIA

	SI	NO
1- Dolore perineale		
2- Se sì lo considera un problema nella sua vita?		
3- Dispareunia		
4- Se sì lo considera un problema nella sua vita?		
5- Ripresa dei rapporti		
6- Se sì dopo quante settimane dal parto		

Dolore perineale
VISUAL ANALOGIC SCALE (0-10)

Dispareunia
VISUAL ANALOGIC SCALE (0-10)

Ridotta sensibilità al rapporto (rispetto a prima)
(0-10)

SCALA DI MARINOFF per la dispareunia

0- Non dispareunia

1- Causa fastidio ma non interferisce con la

frequenza del rapporto

2- A volte impedisce il rapporto

3- Impedisce completamente il rapporto

PROLASSO GENITALE

POP-Q STAGING

STADIO	Descrizione
STADIO 0	Nessun prollasso
STADIO 1	Porzione più distale del prollasso a meno di -1 cm
STADIO 2	Porzione più distale del prollasso ≥ -1 cm ma ≤ -1 cm
STADIO 3	Porzione più distale del prollasso a più di +1 cm ma non più di (tv1-2) cm
STADIO 4	Porzione più distale a più di (tv1-2) cm

Specificare quale è la porzione più distale

☐ anteriore

☐ centrale

☐ posteriore

TESTING PERINEALE

OXFORD score modificato

0 = zero (nessuna contrazione muscolare rilevabile)

1 = **fremito** (si sente un fremito o una pulsazione sotto il dito dell'esaminatore)

2 = **debole** (si rileva un aumento di tensione, senza alcun rilevabile sollevamento del ventre muscolare)

3 = **moderata** (la tensione muscolare è ulteriormente aumentata e caratterizzata dal sollevamento del ventre muscolare e anche elevazione della parete vaginale posteriore. Un grado 3 o maggiore può essere osservato come un rientramento del perineo e dell'ano)

4 = **buona** (sono presenti un incremento di tensione e una buona contrazione che sono in grado di elevare la parete vaginale posteriore contro resistenza)

5 = **forte** (può essere applicata una forte resistenza alla parete vaginale posteriore; il dito dell'esaminatore viene stretto e tirato dentro la vagina)

VALORE

Se asimmetrico:

SX

DX

Corpo perineale: _____

... e le pz sintomatiche dopo il parto ?

...La presa in carico delle disfunzioni pelviche post-partum è parte integrante del processo che definiamo **ASSISTENZA AL PARTO**

Corso SIUD Teorico-Pratico
Lacerazioni Perineali Ostetriche
14 Dicembre 2018 | 1° Edizione
Milano, 15 Dicembre 2018 | 2° Edizione

