

En litteraturgenomgång om metodens för- och nackdelar:

Episiotomi: endast begränsat skydd mot bristningar – dags för revision?

Restriktivitet rekommenderas beträffande episiotomi under förlossning, och en frekvens på 20–30 procent anses vara optimal. Det finns inga hållpunkter för att episiotomi skyddar mot extensiva bristningar inklusive analsfinkterrupturer, skada av bäckenbotten eller urininkontinens, men däremot bristningar framåt introitus, som dock kliniskt är ett mindre problem. Kvinnor med episiotomi blöder signifikant mer än kvinnor med spontana bristningar.

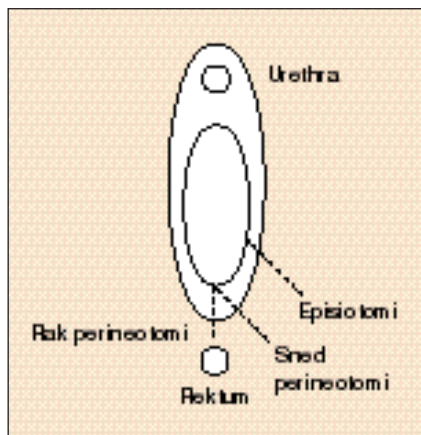
Incision av perineum beskrevs första gången av Ould år 1742 [1]. Den blev lagd från introitus bakre omfång till anus på en kvinna som genomgick en svår förlossning. Sedan dess har olika klipp använts, såsom episiotomi till höger, till vänster eller i båda riktningarna, sned perineotomi eller rak perineotomi (Figur 1).

Även flera små klipp runt hela introitus har beskrivits (upp till 14 stycken!). Dock övergav man metoden på grund av blödningar [2].

Klipp blev populära i början av detta århundrade, och diskussionen fördes huvudsakligen om tekniska aspekter – inte om åtgärden hade något medicinskt värde [1].

I Europa läggs huvudsakligen mediolateral episiotomi medan man i USA lägger rak perineotomi [1, 3]. Förespråkare för rak perineotomi hävdar att det blöder mindre och inte ger så mycket postoperativ smärta. Nackdelen är att man får ett större antal rupturer av analsfinktermuskeln (Figur 2) med risk för sequelae i form av analinkontinens [1, 3].

I fortsättningen används bara beteckningen episiotomi, som är den benäm-



Figur 1. Schematiskt visas hur episiotomi och perineotomi anläggs i introitus. (I artikeltexten används bara benämningen episiotomi, som är den gängse i engelsk litteratur.)

ning som vanligtvis används i litteraturen.

Frekvensen episiotomier

Vid genomgång av litteraturen finner man att frekvensen episiotomier varierar mycket mellan länder och även inom länder. I Tabell I redovisas episiotomifrekvensen i Sverige 1975–1995. Av tabellen framgår att variationen mellan lasarett är stor men att trenden är nedåtgående.

Frekvensen episiotomier på förstfö-

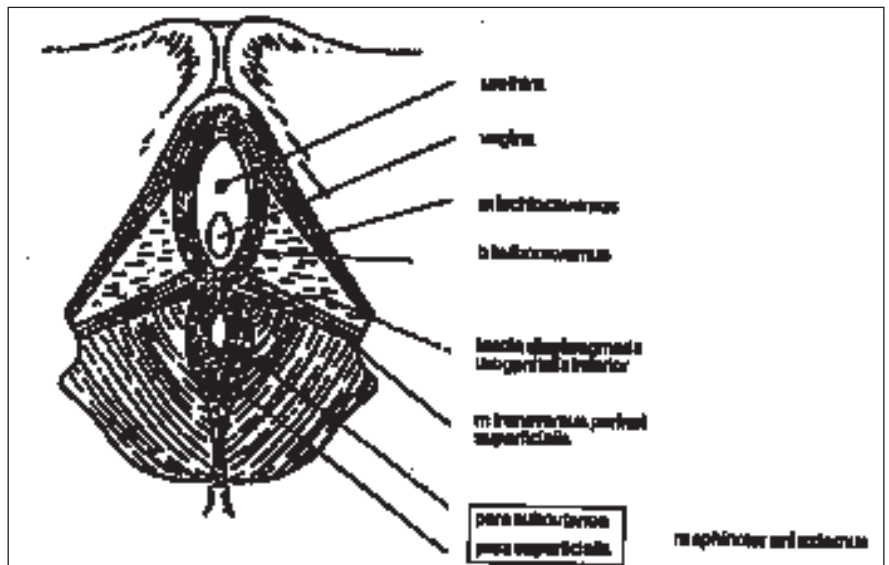
derskor i England år 1984 varierade mellan 14 och 96 procent [4], medan genomsnittsfrekvensen i Belgien år 1995 var 28 procent [5], i Danmark år 1990 56 procent [6] och i USA år 1990 62 procent [7]. Enligt Revision syd [Molin J, Malmö, pers medd 1997] varierar frekvensen episiotomier i Skåne avsevärt, men så även analsfinkterrupturfrekvensen utan att man har funnit någon korrelation mellan dem.

För att utröna om man skall vara frikostig eller restriktiv med episiotomi har prospektiva randomiserade undersökningar utförts [8–10]. I två av studierna [8, 9] anlade man mediolateral episiotomi och i en [10] rak episiotomi. Konklusionen i samtliga studier var att man skall vara restriktiv med klipp och att restriktiviteten inte orsakar ökad frekvens av bristningar. I två av publikationerna [8, 9] undersöktes även frekvensen av analsfinkterruptur (ASR), men man fann inte någon skillnad mellan grupperna.

Wolley [3] har i en översiktsartikel konkluderat att det går att reducera frekvensen episiotomi avsevärt utan att komplikationsfrekvensen ökar.

Henriksen och medarbetare under-

Figur 2. Schematisk framställning av bäckenbotten och olika muskelkomponenter i perineum (efter JG Forsberg, anatomiska institutionen, Lunds universitet).



Författare

KNUT HAADEM

med dr, överläkare, kvinnokliniken, Trelleborgs lasarett, Trelleborg.

Tabell I. Frekvensen episiotomier för förstföderska respektive omföderska i Sverige 1975–1995, i procent, med minimum- och maximumvärden inom parentes.

År	1975	1980	1985	1990	1995
Förstföderska	31 (2–75)	33 (3–70)	22 (3–70)	16 (3–38)	13 (2–47)
Omföderska	10 (2–33)	13 (2–53)	9 (2–32)	5 (1–18)	4 (0–15)

sökte 2 188 kvinnor som blev förlösta av barnmorskor med olika inställning till episiotomi, från liberal till restriktiv [11]. Patienterna blev matchade med hänsyn till paritet, pudendusanalgesi, utdrivningsskedets varaktighet, födelsevikt och gestationssålder. De fann ingen statistiskt signifikant skillnad i frekvensen analsfinkterruptur mellan grupperna. Intakt perineum förekom oftast i den grupp där episiotomi användes restriktivt. Författarna konkluderade att episiotomi skall användas restriktivt och att optimal frekvens är cirka 20 procent.

När läggs episiotomi?

Episiotomi läggs på maternell eller fetal indikation. Förstföderskor kräver oftare episiotomi än omföderskor på grund av att vävnaden, av naturliga skäl, ej är så eftergivlig som hos omföderskor. Vid långdragen förlossning med en uttröttad kvinna läggs ofta episiotomi för att avsluta förlossningen snabbare.

Episiotomi används ofta vid stort barn, prematuritet, abnorma bjudningar, skulderdystoci och rigid perineum. Vid sätesförlossning och instrumentella förlossningar läggs ofta episiotomi liksom vid en hotande ruptur.

Combs och medarbetare [12] redovisade ett material på 2 832 kvinnor som genomgått instrumentell förlossning, och i det materialet fick 30 procent tredje- eller fjärdegrads analsfinkterruptur. De fann följande riskfaktorer för ASR: episiotomi, förstföderska, stillestånd i förlossningen, vidöppen bjudning, tång, lokalanestesi samt kvinna av asiatiskt ursprung.

Fetala indikationer för episiotomi är främst manifest eller hotande asfyxi samt risk för intrakraniella blödningar.

Vid hotande rupturer har episiotomi ansetts vara fördelaktigt därför att det gör det så mycket lättare att suturera än vid spontan bristning. Ingen har dock visat detta vetenskapligt, och om saken berörs i litteraturen sker det bara i bisatser. Torp och medarbetare [13] har ändå i sitt arbete angett att spontana bristningar var enkla att sy.

I sin avhandling »Reconsideration of the use of episiotomy in primiparas» jämförde Röckner 205 förstföderskor med episiotomi respektive spontana bristningar [14]. Episiotomigruppen bestod av 157 kvinnor varav åtta hade partiell sfinkterruptur, och gruppen med spontana bristningar utgjordes av 48

kvinnor varav tre hade partiell och två total sfinkterruptur.

Kvinnorna med episiotomi var mer besvärade av smärtor, de perineala komplikationerna var mer uttalade och varade längre, och färre kvinnor var i stånd till att delta i post partum-gymnastik. Dessutom läkte såret i episiotomigruppen sämre och dessa kvinnor använde mer analgetika post partum än gruppen med spontana bristningar. Besvären kvarstod i minst tre veckor, och vid 3-månaderskontroll hade episiotomerade kvinnor fortfarande mer besvär än kontrollgruppen. Larsson [15] har funnit liknande resultat under de tre första dagarna post partum, medan andra inte funnit någon skillnad vad gäller smärta [6].

Röckner och medarbetare [14] har även undersökt den tid det tog för kvinnorna att återuppta samlivet. De fann ingen skillnad mellan gruppen med episiotomi och gruppen med spontana bristningar. Andra har vid enkätundersökning funnit att kvinnor med episiotomi har mer dyspareuni efter 8–12 veckor än kvinnor med spontan ruptur post partum [15].

I en prospektiv argentinsk undersökning [9] blev kvinnor randomiserade till episiotomi på antingen restriktiv eller liberal indikation. Man fann mer läkningsproblem i den grupp som fick episiotomi liberalt. Antalet sårinfektioner och hematom skilde sig inte signifikant åt mellan grupperna.

Litteraturen visar dock entydigt att episiotomi skyddar mot bristningar framåt i introitus mot urethra [3]. Dessa bristningar ger emellertid sällan besvär och är kliniskt ett relativt litet problem jämfört med bristningar i övrigt.

Röckner och medarbetare [14] fann att blodförlust >600 ml oftare förekom efter episiotomi än efter spontana bristningar. Combs och medarbetare [16] har undersökt blodförlust med hjälp av hematokrit före och efter förlossning samt blodtransfusionsbehov. De fann att den viktigaste variabeln bland flera var mediolateral episiotomi med oddsratio 4,67 för ökad blodförlust. Rak episiotomi hade oddsratio 1,58 och operativ förlossning och oxytocin en oddsratio på 1,66.

Ger episiotomi skydd mot analsfinkterruptur?

Ett av argumenten för episiotomi har varit att den skyddar mot analsfinkter-

ruptur. Vetenskapliga hållpunkter saknas dock. Frikostig användning av episiotomi har inte lett till reduktion av frekvensen analsfinkterrupturer, och restriktivt bruk av episiotomi har inte orsakat någon ökning av frekvensen analsfinkterrupturer [1, 3]. Studier har visat att kvinnor ofta får sequelae efter analsfinkterruptur [17–19].

Cirka 50 procent av kvinnorna klagar över besvär med analinkontinens, huvudsakligen inkontinens för gas men även avföring. Symtom på analinkontinens har först på senare tid uppmärksamats, och kvinnorna har ofta lidit i det tysta utan att söka hjälp. Hälsopersonal har varit otillräckligt informerade om diagnos och behandling. Kvinnor har blivit socialt isolerade och exempelvis ej kunnat gå ut bland andra av rädsla för att det skulle hända en olycka. Samlivet har lidit.

Tyvärr har frekvensen analsfinkterruptur stigit [opubl data] från 0,6 till 3 procent, vilket skulle kunna tyda på att problemet ökar. Orsaken till den ökande frekvensen av analsfinkterruptur i samband med förlossning är oklar, men vid undersökning av kvinnor som förlöses i förlossningssäng jämfört med i mjuk säng har man inte funnit någon skillnad när man justerat för riskfaktorer såsom födelsevikt, paritet, vakuumentextraktion etc [opubl data].

En hypotes som skulle kunna förklara ökningen är att perinealskyddet, som tidigare utfördes mycket noggrant, nu »glömts bort». Ett återupptagande av denna skyddsåtgärd skulle i så fall kunna stävja utvecklingen. Det är därför angeläget att undersöka detta.

Episiotomi och urininkontinens

Frekvensen sena besvär som exempelvis urininkontinens har visat sig vara beroende av om man använder episiotomi frikostigt eller restriktivt [20]. Röckner och medarbetare [20] fann i sin undersökning urininkontinens hos 36 procent av kvinnorna vid en enkätundersökning fyra år post partum. Det var ingen skillnad mellan gruppen med episiotomi och gruppen med spontana bristningar. Författarna konkluderade att episiotomi ej skyddar för urininkontinens senare i livet.

Sleep och medarbetare [4, 21] har undersökt kvinnor med hänsyn till om episiotomi skyddar mot framtida besvär av urininkontinens. Vid enkätundersökning tre månader respektive tre år efter förlossningen fanns ingen skillnad mellan grupperna som fått episiotomi på liberal respektive restriktiv indikation.

Viktrup [22] frågade via en enkät 305 förstföderskor, sent under graviditeten samt några dagar respektive tre månader post partum, om symtom på

stressinkontinens. Vid symtom på stressinkontinens tre månader post partum följdes kvinnorna upp efter ett år. Bland dem som fått stressinkontinens på nytt efter förlossningen fann man en högre frekvens bland kvinnor med mediolateral episiotomi än hos dem som inte genomgått ingreppet.

Kritik har rests mot denna studie på grund av att man inte tagit hänsyn till att kvinnorna som fått episiotomi hade ett längre utdrivningsskede än den andra gruppen. Vid efterkontrollen var skillnaden ej statistiskt signifikant, och författaren konkluderade därför att risken för stressinkontinens var övergående.

Torpe och medarbetare [23] har undersökt bäckenbottenmuskulaturen hos 13 kvinnor med fecesinkontinens och samtidiga symtom från urinvägarna. Författarna reser frågan huruvida en svag puborektalmuskel kan vara förorsakad av skador på nervus puborectalis i samband med förlossningen och att det skulle kunna förklara symtomen.

Neurologiska studier av bäckenbotten är i sin linda, och vilka konsekvenser som förlossning och åldrande har på de sensoriska fibrerna i bäckenbotten vad gäller betydelsen för urin- och analinkontinens är fortfarande otillräckligt känt.

Allen [24] gjorde neurofysiologiska mätningar av förändringar av perineala muskulaturen sent under graviditeten och fram till två månader post partum på 96 förstföderskor. 80 procent av kvinnorna uppvisade denervationstecken vid tiden för förlossningen. Resultatet visade en reduktion i maximal kontraktionsförmåga av bäckenmuskulaturen efter förlossning, och denna hade ej normaliserats fullständigt två månader post partum. Det var ingen skillnad mellan kvinnor med episiotomi respektive spontan bristning.

Sultan [25] undersökte ledningshastigheten i nervus pudendus under graviditet och två veckor post partum. Han fann en signifikant ökning av nervledningshastigheten post partum, men icke någon skillnad med avseende på föregående episiotomi eller spontan bristning.

Snooks och medarbetare [26, 27] har undersökt bäckenbottens muskulatur i flera arbeten och påvisat nervskada efter vaginalförlossning, men ej efter kejsarsnitt. Inte heller de fann någon skillnad efter episiotomi respektive spontan bristning.

Röckner och medarbetare [28] undersökte bäckenbotten med vaginala koner på 87 kvinnor med okomplicerad graviditet, i vecka 36 och åtta veckor post partum. Kvinnorna blev indelade i tre grupper: episiotomi, spontana bristningar och intakt perineum. Kontrollgruppen bestod av kvinnor med planerat sectio. Bäckenbotten var svagare

hos kvinnor som fått episiotomi än hos kvinnor med eller utan spontana bristningar. Konklusionen blev således även här att episiotomi ej skyddar bäckenbotten.

Hur förhindra komplikationer till episiotomi?

Vid genomgång av litteraturen har man ej funnit hållpunkter för att episiotomi skall anläggas frikostigt, utan den skall användas restriktivt [3]. En frekvens på 20–30 procent har rekommenderats [9, 11, 29], men den är dessbättre lägre vid många svenska lasarett.

Episiotomi har använts för att skydda mot extensiva bristningar och för att erhålla en ren sårta som är lätt att åtgärda. Det finns dock inga vetenskapliga hållpunkter för att så är fallet.

Att värdera om en hotande bristning föreligger kräver lång erfarenhet. Förlossningsassistans inkluderar skydd av perineum, styrning av huvudet vid genomskärning av introitus och verbal kontakt med kvinnan under framfödan. Krystning skall avpassas så att huvudet framföds försiktigt med minimalt trauma mot perineum och därmed också minskad risk för bristningar. Det är viktigt att denna förlossningsskicklighet bibehålls och utvecklas så att såväl tidiga som sena komplikationer kan undvikas.

Behandling

Intrakutana suturer anses ge mindre besvär postoperativt än enstaka suturer. Fördelen med enstaka suturer är att man kan klippa en eller flera suturer i fall av blödning eller infektion.

Den senare tidens kliniska erfarenhet visar att kirurgisk åtgärd ej behöver göras omedelbart, utan kan vänta några timmar [Rossel Goffeng A, Göteborg, Wegnelius G, Stockholm, pers medd 1998]. Den nyblivna moderns önskan om att få vara tillsammans med sitt barn tillfredsställs, och operativa åtgärder mitt i natten kan anstå till morgonen och utföras av dagpersonalen. Ökad infektionsrisk eller insufficiell plastik har ej noterats.

Vid större bristningar rekommenderas att åtgärda skadan på operationsavdelningen där man kan få bättre assistans och där de praktiska förhållandena är mer tillrättalagda. Patienten skall vara väl smärtstillad, helst i narkos, och det är en fördel att använda infiltrationsanestesi med adrenalin för att få mindre blödning och bättre översikt över anatomin.

Vid sfinkterruptur fiskas muskeländarna, som ofta är retarderade, upp med s k »fransyskor», och med ett finger i rektum kan man kontrollera att man har fattat rätt muskelände. När man drar i »fransyskan» känner man drag runt

fingeret som vid knip. »8-suturer» eller enstaka har rekommenderats. Det viktigaste är sannolikt att man får med sig hela sfinktermuskeln och adapterar ändarna utan diastas.

Postoperativt har rekommenderats slaggfattig kost (ej astronautkost) de första 5–7 dagarna för att undvika avföring och därmed belastning av vävnaden. Vid utskrivning från BB skall patienten undersökas av gynekolog liksom åtta veckor post partum. Om patienten fortfarande har symtom på analinkontinens tre månader post partum kan ytterligare ökning i analtrycket ej förväntas [15], men en viss symptomatisk förbättring anses fortfarande kunna äga rum [Rossel Goffeng A, Göteborg, Wegnelius G, Stockholm, pers medd 1998].

Referenser

1. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860–1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38: 322–38.
3. Woolly RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 806–35.
4. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. *BMJ* 1987; 295: 749–51.
5. Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and third-degree tears. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 820–3.
9. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: A randomized controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517–8.
11. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 950–4.
12. Combs CA, Robertsson PA, Laros RK. Risk factors for third and fourth degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 100–4.
13. Thorp JM, Bowes WA, Brame RG, Cefalo R. Selected use of midline episiotomy: Effect on perineal trauma. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 260–2.
14. Röckner G, Henningsson A, Wahlberg V, Olund A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. *Scand J Caring Sci* 1988; 284: 595.
15. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallstern G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991; 31: 213–6.
16. Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 69–76.
17. Haadem K, Dahlstrom, Lingman G. Anal sphincter function after delivery: A prospective study in women with sphincter rupture and controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 35: 7–13.
18. Haadem K, Ohrlander S, Lingman G. Long-term ailments due to anal sphincter rupture caused by delivery – a hidden problem. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988; 27: 27–32.
19. Haadem K, Dahlstrom JA, Ling L, Ohrlander S. Anal sphincter function after delivery rupture. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 53–6.
21. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, ►

ANNONS

- Spencer J, Chalmers I. West Berkshire, perineal management trial. *BMJ* 1984; 289: 587-90.
22. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed KL. The symptom of stressincontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 945-9.
24. Allen RE, Hosker G, Smith AR, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: A neurophysical study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 770-9.
25. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: Prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 22-8.
28. Röckner G, Jonasson A, Ölund A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 51-4.
29. Möller Bek K, Laurberg S. Intervention during labor: Risk factors associated with complete tear of the anal sphincter. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71: 520-4.

En fullständig litteraturlista kan erhållas från Knut Haadem, Kvinnokliniken, Trelleborgs lasarett, 231 85 Trelleborg.

Summary

The pros and cons of episiotomy reviewed; provides only limited protection against tears – time to revise our approach?

Knut Haadem

Läkartidningen 1998; 95: 4354-8

A review of the literature on the pros and cons of episiotomy suggests that it should be used restrictively. Although there is a general agreement that episiotomy is protective against anterior perineal tears, no evidence has been found to support the belief that it is protective against anal sphincter muscle tears, pelvic muscle damage or urinary incontinence in the parturient or intracranial haemorrhage or intrapartum asphyxia in the newborn. Women undergoing episiotomy are characterised by greater blood loss in conjunction with delivery, and there is a risk of improper wound healing and increased pain during the early puerperium. The prevalence of episiotomy in Sweden has been declining over the past 20 years, and is now approximately five per cent among multiparae and fifteen per cent among primiparae.

Correspondence: Dr Knut Haadem, Senior Consultant, Dept of Obstetrics and Gynaecology, Trelleborgs lasarett, S-231 85 Trelleborg, Sweden.

SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

■ TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. **90 kr.**

■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. 80 sidor. **75 kr.**

■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. **95 kr.**

■ ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. **55 kr.**

■ LUNGCANCER

Kunskaperna om lungcancers biologi har ökat väsentligt på senare år, vilket innebär nya möjligheter för både prevention och behandling. Kombinationen av flera terapeutiska principer innebär bot, eller lindring, för fler patienter. Sex artiklar ger överblick över möjligheter och begränsningar med dagens terapimetoder. 36 sidor. **60 kr.**

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer

..... ex Missöden, misstag, missbruk

..... ex Våld och aggressivitet

..... ex Lungcancer

..... ex Enligt min erfarenhet

Namn

Adress

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19