

Protocol Totaalruptuur in anamnese

Definitie

Men spreekt van een totaalruptuur indien bij de partus één of beide anale sfincters zijn gelaedeerd. Voor de indeling van totaalrupturen wordt gebruikt gemaakt van de indeling van Sultan.

- 3A: minder dan 50% van de externe sfincter diameter is beschadigd
- 3B: meer dan 50% van de externe sfincter diameter is beschadigd
- 3C: naast de externe sfincter is ook de interne sfincter beschadigd
- 4: beschadiging van de externe en interne sfincter en het rectum slijmvlies

Doel

Het is van groot belang om sfincterletsel goed te herkennen en te herstellen omdat er op lange termijn morbiditeit kan optreden. Afhankelijk van het sfincterletsel en het herstel kan een advies gegeven worden ten aanzien van de partus.

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog

Risicofactoren

- Toenemende maternale leeftijd
- Primipariteit
- Etniciteit (Aziatisch, Afrikaans)
- Inductie van de baring
- Langere uitdrijvingsduur (> 25 min, toename in risico per 15 minuten)
- Liggingsafwijking
- Vacuümextractie/ Forcipale extractie
- Toenemend kindsgewicht

Counseling

De incidentie van een recidief totaalruptuur na een vaginale baring bij vrouwen met een totaalruptuur in anamnese heeft een spreiding tussen de 4,4% en 7,9%. De belangrijkste risicofactor voor een recidief totaalruptuur is een totaalruptuur in anamnese (OR 4.2- 5.9). De risicofactoren die een rol gespeeld hebben bij het ontstaan van de totaalruptuur, spelen ook een belangrijke rol voor het optreden van een recidief totaalruptuur. Het is wel belangrijk de risicofactoren tijdig te onderkennen, de risicofactoren kunnen opstapelen en zo je beleid beïnvloeden.

Vrouwen met een totaalruptuur in anamnese moeten worden ingelicht over het risico van het optreden van fecale incontinentie, het verergeren van bestaande klachten of permanent worden van bestaande klachten.

In de counseling wordt de partusmodus besproken, men dient terughoudend te zijn met het verrichten van een primaire sectio caesarea uitsluitend op basis van een totaalruptuur in anamnese aangezien niet vast staat dat een primaire sectio de klachten van fecale incontinentie kan voorkomen.

Beleid

Bij anamnese uitvragen of klachten bestaan van totaalruptuur, denk aan fecale incontinentie, flatus incontinentie en/of soiling.

Bespreek cliënte bij het MDO of verzorg een consult gynaecoloog bij 30 en 36 weken voor counseling en bespreken partusmodus dan wel beleid durante partu (primaire epi, geen VE, korte uitdrijvingsduur, primaire sectio). De verwachting is dat de operateur in zijn/haar brief een advies heeft gegeven ten aanzien van een volgende partus.

In principe kan de partus in de 1^e lijn plaatsvinden, evt. B-D.

De recidiefkans van een totaalruptuur bij de volgende baring bij vrouwen met een totaalruptuur in anamnese ligt tussen de 4% en 8%. Er zijn geen goede onderzoeken naar het beschermend effect van een episiotomie op een recidief totaalruptuur. Echter men is van mening dat een episiotomie laagdrempelig toegepast kan worden bij dreiging van een ruptuur bij iemand met een totaalruptuur in anamnese.

Vrouwen met klachten van fecale incontinentie en/of aangetoond persisterend sfincterdefect na een totaalruptuur worden verwezen naar een bekkenbodempysiotherapeut. In dien dit niet voldoende werkt, kan verwezen worden naar een centrum met expertise op het gebied van fecale incontinentie.

Bronnen

- Verloskundige IndicatieLijst 2003
- Richtlijn Totaalruptuur, NVOG 2013

Protocol gemaakt door	Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige
Besproken met	Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Mieke Oostveen, 1 ^e lijns verloskundige Ageeth in 't Veld, 1 ^e lijns verloskundige Gardy Laurijssen, 1 ^e lijns verloskundige Arnine van Helden, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Bert Meershoek, gynaecoloog Nienke van Heesewijk, gynaecoloog Hans Versendaal, gynaecoloog - perinatoloog
Goedgekeurd op	