

Protocol obstetrisch sfincterletsel

Definitie

Men spreekt van een sfincterletsel indien bij de partus één of beide anale sfincters zijn beschadigd. Voor de indeling van sfincterletsels 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

In Nederland ontstaat bij ongeveer 2 procent van de bevallingen een sfincterletsels.

Doel

Een obstetrisch sfincterletsel is een complicatie van een vaginale bevalling die op lange termijn kan leiden tot morbiditeit zoals fecale incontinentie en dyspareunie. Het doel van dit protocol is om een overzicht te geven omtrent de zorg voor patiënten met een obstetrisch sfincterletsel.

Betrokkenen

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

Risicofactoren

- Toenemende maternale leeftijd
- Primipariteit
- Etniciteit (Aziatisch, (Oost-)Afrikaans)
- Inductie van de baring
- Langere uitdrijvingsduur (> 25 min, toename in risico per 15 minuten)
- Afwijkende stand caput
- Vaginale kunstverlossing, 2x zo groot risico bij forcipale extractie in vergelijking met vacuümextractie
- Fundusexpressie
- Toenemend kindsgewicht/ toenemend neonatale hoofdomtrek
- Schouderdystocie

Interventies

Volgende interventies kunnen overwogen worden om het risico op het optreden van obstetrisch sfincterletsel tijdens de bevalling te verlagen:

- Zeker in de aanwezigheid van risicofactoren hier tijdens de uitdrijving rekening mee houden tav keuze kunstverlossing/ hands-on perineumsteun naar analogie van Laine (Noors).
- Bij uitvoering kunstverlossing is vacuümextractie middel van eerste keuze. Een medio-laterale episiotomie onder een hoek van minimum 60 graden is de standaard, hier kan alleen in uitzondering van worden afgewogen.
- Antenatale perineummassage en de EPI-NO zijn niet zinvol in het voorkomen van een obstetrisch sfincterletsel

Onderzoek sfincterdefecten

Iedereen die een baring begeleidt moet getraind zijn in het herkennen en het classificeren van een sfincterletsel.

Bij beoordeling laagdrempelig rectaal toucher verrichten om de ruptuur en het al dan niet ontstane sfincterdefect goed te beoordelen.

Bij twijfel of verdenking op een sfincterletsel: overname tweede lijn voor beoordeling/ hechten onder optimale omstandigheden door een gynaecoloog.

Beleid postpartum

Starten met laxermiddel om harde ontlasting/spanning op de wond te voorkomen, en continueren tot in elk geval 6 weken post partum.

Patiënte informeren over mogelijke complicaties die op kunnen treden, advies leefwijze, dieet.

Na periode van wondgenezing, patiënte een verwijzing aan te bieden naar geregistreerd bekkenfysiotherapeut. Indien dit niet voldoende werkt en patiënten 6-12 maanden postpartum fecale incontinentie klachten hebben, dient patiënte verwezen te worden naar een centrum met expertise op het gebied van fecale incontinentie.

Advies tav modus partus bij vrouwen met obstetrisch sfincterletsel ia

De incidentie van een recidief sfincterletsel na een vaginale baring bij vrouwen met een graad 3-4 ruptuur in anamnese heeft een spreiding tussen de 4,4% en 7,9%. De belangrijkste risicofactor voor een recidief sfincterletsel is een graad 3-4 ruptuur in anamnese (OR 4.2- 5.9). De risicofactoren die een rol gespeeld hebben bij het ontstaan van de sfincterletsel, spelen ook een belangrijke rol voor het optreden van een recidief sfincterletsel. Het is wel belangrijk de risicofactoren tijdig te onderkennen, de risicofactoren kunnen opstapelen en zo je beleid beïnvloeden.

Vrouwen met een sfincterletsel 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 na een volgende vaginale bevalling.

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

Beleid bij sfincterletsel ia

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

Bespreek patiënte bij het MDO of verzorg een consult gynaecoloog in de zwangerschap bij graad 3B/graad 4 ruptuur in voorgeschiedenis voor counseling inclusief al dan niet met endo anale echo (Ikazia) en bespreken modus partus, 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 het Ikazia zal tijdens het consult een endo-anale echo gemaakt worden. Dit graag in de verwijzing vermelden dat zal direct een juist consult gepland worden.

Een recent onderzoek van Nederlandse landelijke registratie data heeft laten zien dat een episiotomie een beschermend effect heeft op een recidief obstetrisch sfincterletsel. Bij een gewone vaginale baring is de OR 0.4 (NNT 22) en bij een kunstverlossing is het beschermende effect nog iets groter met een OR van 0.2 (NNT 8).

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

Bronnen

- Verloskundige IndicatieLijst 2003
- Richtlijn Totaalruptuur, NVOG 2013
- Van Bavel et al. The effect of a mediolateral episiotomy on the recurrence of obstetrical anal spincter injury(OASI): an analysis of a national registry. BJOG 2019

Protocol gemaakt door	
Besproken met	
Goedgekeurd op	