

Sfinkterruptur ved fødsel kan forebygges, resultatene av primæroperasjonen kan bli bedre og grundig oppfølging og eventuelt sekundæroperasjon kan høyne livskvaliteten til kvinner med anal inkontinens

## For mange fødende får sfinkterruptur

Anal inkontinens er en sjelden, men alvorlig og sosialt invaliderende komplikasjon etter vaginale fødsler. Det er påfallende hvor liten oppmerksomhet som har vært viet slike obstetriske sfinkterskader.

De første artiklene om resultater etter langtidsoppfølging av kvinner med sfinkterruptur etter vaginal forløsning kom i 1980-årene. I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Annelill Valbø & Marit Kristoffersen resultatene av en etterundersøkelse av kvinner med denne typen skade (1). Omtrent 30 % hadde anal inkontinens av varierende grad, de fleste i form av ufrivillig flatusavgang. Dette er langt færre enn i to andre tilsvarende undersøkelser. I en studie fra midten av 1990-årene hadde 57 % anal inkontinens (2), og i en spørreskjemaundersøkelse fra Møre og Romsdal angav 59 % anal inkontinens (3). Det er sannsynlig at de beste resultatene oppnås av erfarne operatører, og at primærsutur av sfinkterruptur helst bør gjøres på operasjonsstuen (1).

Forekomsten av ruptur ved fødsel bør regnes i forhold til antall vaginale fødsler. Denne viktige kvalitetsindikatoren ble først nylig registrert i Medisinsk fødselsregister. I 1970-årene var forekomsten av ruptur ved Rikshospitalet 0,8 % (4), og i årene rundt 1990 ved Regionssykehuset i Trondheim 0,5 %. Nå viser tall fra Medisinsk fødselsregister fra 2002 at 4,3 % av de fødende i Norge får sfinkterruptur.

Vi har innhentet tall fra diagnoseregistrene og fødselsregistrene i de andre nordiske land. Fra Danmark (2003) og Sverige (2002) rapporteres tall på henholdsvis 3,2 % og 3,8 % for ruptur av 3. og 4. grad, og fra begge land rapporteres det om økt forekomst. Denne økningen har skjedd til tross for en dramatisk økning i keisersnittsfrekvensen og en vesentlig reduksjon av risikofaktorene episiotomi og tangforløsning. Andelen store barn har økt, men dette kan neppe forklare økningen i antall rupturer. Finland har tilsynelatende unngått økningen i forekomsten av sfinkterskader. I 2002 fikk 0,5 % av kvinner som fødte vaginalt, ruptur; risikoen for 3. eller 4. grads ruptur er altså nesten ti ganger større i Norge. Forklaringen er sannsynligvis at finsk obstetriske tradisjon har holdt på gamle tradisjonelle manuelle ferdigheter med å støtte perineum under fødselen og å sørge for en kontrollert utskjæring av hodet (5).

Mange finske leger og jordmødre som arbeider ved norske fødeavdelinger, er blitt engasjert i internundervisning for å lære sine norske kolleger om slike teknikker. Dette er meget positivt. Etter det landsomfattende tilsynet ved norske fødeavdelinger i 2004 har Statens helsetilsyn slått fast at det skjer for mange sfinkterskader, og at behandlingen ikke alltid er i samsvar med forsvarlig praksis (6). Profylaksen er som vanlig det viktigste, og det er ingen grunn til at vi ikke skal ha samme lave forekomst som i Finland.

Når sfinkterskaden etter en fødsel først har skjedd, er det viktig at primæroperasjonen er vellykket. Det er også viktig at kvinner som får anal inkontinens etter en forløsningsskade, blir fulgt opp, utredet og behandlet korrekt. Anal inkontinens er på mange måter et skjult medisinsk problem – bare en femdel av dem som sliter med problemet, søker medisinsk hjelp (2).

Sekundæroperasjon gir vellykket resultat hos 60–90 % (7). Det er således gode behandlingsmuligheter og derfor viktig at pasienter

med dårlig resultat etter primæroperasjonen eller med mistenkte skjulte sfinkterskader, blir henvist til en gastrokirurgisk avdeling hvor man har ekspertise på feltet. Denne type kirurgi drives ved få norske avdelinger, og slik bør det også være, for resultatene må antas å være best når operasjonen utføres av operatør med stor erfaring med metoden. Tidsforbruk og kostnader, både når det gjelder operasjonstid og liggetid i sykehus, er lav, men gevinsten av et vellykket kirurgisk resultat er høy for den enkelte pasient.

Analssfinkterfunksjonen kan forandre seg i tiden etter forløsningen (8) og kan evalueres først fire måneder post partum. Alle pasienter med erkjent ruptur bør undersøkes klinisk, tidligst fire måneder post partum. Transanal, eller eventuelt vaginal, ultralydundersøkelse er et godt hjelpemiddel for å kartlegge skade på sfinkter. I den senere tid har det kommet flere studier som viser at langtidseffekten av sekundærplastikk kan avta med årene; i én studie var andelen kontinente ti år etter operasjonen redusert til 40 % (7). Det er derfor behov for bedre behandlingsmetoder for å bedre langtidsresultatene. De psykososiale konsekvenser av sfinkterskader, inkludert arbeidsevne, bør også kartlegges, for analinkontinens fører utvilsomt til nedsatt livskvalitet.

### Bjørn Backe

*bjorn.backe@ntnu.no*

### Ylva Sahlin

*ylva.sahlin@sykehuset-innlandet.no*

*Bjørn Backe (f. 1947) er dr.med. og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Han arbeider som professor ved NTNU og som overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim med klinisk, kvalitetsrelatert forskning som faglig hovedinteresse.*

*Ylva Sahlin (f. 1953) er dr.med. og spesialist i gastroenterologisk kirurgi og har spesiell interesse for proktologi. Hun er avdelingsoverlege ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset Innlandet Hamar.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Valbø A, Kristoffersen M. Sfinkterskade ved vaginal forløsning. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 591–3.
2. Gjessing H, Backe B, Sahlin Y. Third degree obstetric tears: outcome after primary repair. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 736–40.
3. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C et al. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 989–94.
4. Magnus Ø, Haugen G. Totalruptur i tilslutning til fødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1117–8.
5. Pirhonen J, Grenman S, Haadem K et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland: results of difference in manual help to the baby's head. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 974–7.
6. Statens helsetilsyn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 11/2004. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/oppsummering\\_tilsyn\\_2004\\_foedeinstitusjoner\\_rapport\\_112004.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/oppsummering_tilsyn_2004_foedeinstitusjoner_rapport_112004.pdf) (18.1.2005).
7. Gutierrez A, Madoff R, Lowry A et al. Long term results of anterior sphincteroplasty. Dis Colon Rectum 2004; 47: 727–32.
8. Nazir M, Stien R, Carlsen E et al. Early evaluation of bowel symptoms after primary repair of obstetric perineal rupture is misleading: an observational cohort study. Dis Colon Rectum 2003; 46: 1245–50.