

# Sfinkterskade ved vaginal forløsning

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Ruptur av sfinkter ved vaginal forløsning er en av hovedårsakene til anal inkontinens hos kvinner. Det kan gi store psykososiale konsekvenser. Insidens av synlig sfinkterruptur etter vaginal forløsning viser stor variasjon i publiserte rapporter, 0,4–24 %. Definisjoner og klassifikasjoner er ulike. Publikasjoner om kvinnenes subjektive plager etter sfinkterruptur har også vist ulike resultater.

**Materiale og metode.** Alle kvinner med partiell og total sfinkterruptur etter vaginal forløsning ble i en 2 1/2 års periode etterkontrollert seks måneder etter forløsningen. De ble intervjuet om sine subjektive plager etter et strukturert skjema.

**Resultater.** Det var 147 sfinkterrupturer (2,4 %) i registreringsperioden, blant 6 124 vaginale forløsninger. 109 (1,7 %) var partielle, 38 (0,7 %) var totale. 92 (67 %) av de 137 kvinnene som møtte til etterkontroll hadde ingen plager. Fem kvinner (4 %) hadde lekkasje for flytende avføring. Ingen hadde lekkasje for fast avføring.

**Fortolkning.** Vår insidens av sfinkterruptur kan sammenliknes med noen rapporterte tall fra nordiske land, men ikke med de laveste tallene. Den kan muligvis senkes ved bedret forløsnings-teknikk. Forekomsten av subjektive plager ved kontroll seks måneder etter forløsningen er lavere enn forventet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:** Ingen

> Se også side 554

**Annelill Valbø**

*annelill.valbo@sabhf.no*

**Marit Kristoffersen**

Kvinneklinikken

Asker og Bærum sykehus  
1309 Rud

Ruptur av analsfinkter under vaginalforløsning er en velkjent komplikasjon. Mange har antatt at insidensen ligger på rundt 3 %, men en forekomst på opptil 24 % har vært beskrevet (1). Rapporterte tall kan være vanskelige å tolke, bl.a. fordi definisjon og klassifikasjon varierer (2).

Vi har kartlagt insidensen av sfinkterrupturer ved vår avdeling og i tillegg undersøkt hvor mange av kvinnene som hadde subjektivt besvær med analfunksjonen seks måneder etter forløsningen.

Det har vært hevdet, også i vårt land, at primæroperasjonene gjennomgående utføres for dårlig og at registreringen av reell forekomst av plager mer enn tre måneder etter forløsningen er for dårlig dersom denne blir gjort bare med utsendte spørreskjemaer til kvinnene (3–5). Vi innkalte derfor alle kvinnene til intervju for å kartlegge ev. plager etter sfinkterrupturen.

## Materiale og metode

Vi registrerte alle synlige sfinkterrupturer under forløsning ved vår avdeling i perioden 1.1. 2000–30.6. 2003.

Sfinkterskader har gjennom tidene vært inndelt på ulike måter (6–8). Vi har delt sfinkterskadene i to grupper: partiell sfinkterruptur og total sfinkterruptur med eller uten skade av anal-/rektalmucosa. Dette gjør det lettere å sammenlikne våre resultater med tidligere publikasjoner.

Kvinnene er blitt behandlet med ende-til-ende-suturering eller overlappende suturering, utført av erfarne leger. Reparasjonen av sfinkter ble tilstrebet utført på operasjonsstue med narkose, epidural- eller spinalanalogi for å optimalisere arbeidsforholdene for adekvat suturering.

Standardregime i barselavdelingen for disse kvinnene har vært parafinemulsjon 15 ml tre ganger daglig (til måltidene) og diclofenac tabletter i avtrappende dosering fra 200 mg i døgnet til 50 mg i døgnet fjerde dag post partum. Kvinnene har deretter fått avtale om poliklinisk etterkontroll seks måneder etter avreise fra barselavdelingen. De var informert både skriftlig og muntlig om sfink-

terskaden, og at de skulle til etterkontroll med tanke på eventuelle plager. Etterkontrollen har vært gratis og vært gjennomført av to av avdelingens leger (forfatterne). Det ble laget et registreringsskjema der følgende variabler har vært registrert:

Forløsningsmåte: (spontan ved jordmor, vakuumpompe eller tang), forløsningsanalogi: (epidural, spinal, lokalanalogi eller ingen analogi), gradering av sfinkterrupturen (partiell eller total), antall tidligere vaginale forløsninger, ev. tidligere sfinkterruptur.

Ved etterkontrollen ble kvinnene intervjuet etter et strukturert skjema om de hadde anal inkontinens for luft, flytende avføring, fast avføring, soiling (spor i benklærne); smerter ved defekasjon; urgency (anal); dyspareuni eller om de hadde andre plager. De ble spurt om coitus var gjenopptatt etter forløsningen, og de ble tilbudt videre oppfølging, ev. behandling, om plagene tilsa dette.

## Resultater

I perioden 1.1. 2000 til og med 30.6. 2003 hadde vi 6 124 vaginale forløsninger og fordelingen av operative inngrep er vist i tabell 1. Det var 147 sfinkterrupturer (2,4 %). Av disse var 109 partielle rupturer (1,7 %), og 38 var totale (0,7 %). Fordelingen av rupturer i relasjon til forløsningsmetode fremgår av tabell 1.

Av de 147 kvinnene møtte 137 til etterkontroll (92 %). De ti øvrige kvinnene fikk vi ikke kontakt med på oppgitt adresse. Av disse ti hadde én hatt totalruptur.

Av de 147 var 114 (77 %) førstegangsfødende. Seks kvinner av de multipara hadde tidligere hatt sfinkterskade (18 %).

Av de 137 kvinnene som møtte til etterkontroll, hadde 92 (67 %) ingen plager, verken med sfinkterfunksjonen eller med dyspareuni. 45 kvinner (33 %) hadde plager, og fordelingen i relasjon til grad av sfinkterruptur er fremstilt i tabell 2. Av de seks flergangsfødende som hadde hatt sfinkterruptur ved tidligere fødsel, var det én som hadde



## Hovedbudskap

- En tredel har plager med svekket analfunksjon etter sfinkterruptur ved vaginalforløsning
- Å legge vekt på forebyggende teknikker er en viktig oppgave for fødeavdelinger

**Tabell 1** Fordelingen av sfinkterrupturer i relasjon til forløsningsmetode

Perioden 1.1. 2000 t.o.m. 30.6. 2003	Antall forløsninger	Antall sfinkterrupturer (%)
Spontane fødsler (jordmorforløst)	5 420	77 (1,4)
Vakuumb	652	60 (9,2)
Tang	52	10 (21)
<b>Totalt</b>	<b>6 124</b>	<b>147 (2,4)</b>

noe økt avføringstrang (urgency) og én som hadde noe lekkasje for luft. Det var fem kvinner som hadde lekkasje for flytende avføring, og fire av dem hadde hatt partiell sfinkterruptur. Ingen av kvinnene hadde lekkasje for fast avføring. Én av kvinnene var operert for fisteldanning etter primærsuturingen. Hun er fortsatt plaget og er under oppfølging av spesialist i gastroenterologisk kirurgi. Én kvinne måtte resutureres dagen etter primærsuturingen og har etter dette ikke hatt plager med sfinkterfunksjonen. Ingen av kvinnene ønsket å bli henvist til videre behandling. Av tabell 2 fremgår det at enkelte av kvinnene hadde mer enn én plage. 21 kvinner (15 %) hadde ikke gjenopptatt coitus ved etterundersøkelsen.

**Diskusjon**

Ved vår avdeling hadde vi 2,4 % sfinkterrupturer ved forløsningsene i en 2 1/2 års periode fra januar 2000, 1,7 % var partielle og 0,7 % var totale.

I en oversikt over internasjonale rapporter der bare de med mer enn 1 000 pasienter er inkludert, viste en spredning på 0,1–13,5 % (2). I rapporter fra nordiske land har insidensen varierer rundt 2–3 %, med enkelte unntak: I en rapport fra 1998 påviste man stor forskjell i insidens av sfinkterruptur mellom sykehusene i Malmö og i Turku, henholdsvis 2,7 % og 0,4 %. Fordelingen av rupturere (partiell og total), var henholdsvis 2,5%/0,2 % og 0,4%/0,01 % ved de to sykehusene. Kvinnegruppene ved de to sykehusene var sammenliknbare med hensyn til de andre registrerte variablene. Man konkluderte med

at denne forskjellen kunne skyldes forskjell i fødselshjelperens måte å støtte barnehodet på under utskjæringen (9). Fra Malmö ble det imidlertid rapportert en insidens for ruptur (partiell og total) på 0,4 % for perioden 1971–76 (10). I en annen svensk rapport fra 2003 fra Helsingborg, registrerte man kun 1,9 % sfinkterrupturer i et fem års materiale, og fordelingen av partiell versus total ruptur var 1,7%/0,2 % (1).

Magnus & Haugen rapporterte i 1986 at det ved Rikshospitalet i perioden 1972–81 var 0,7 % partielle sfinkterrupturer og 0,1 % totale (11). I et materiale fra Trondheim i 1998 fant man en insidens av total rupturer på 0,8 % (partielle rupturer ikke oppgitt) i en femårsperiode fra 1990 (4).

Vi har ikke funnet andre godt dokumenterte tiltak som gir færre sfinkterrupturer enn det å støtte barnets hode slik at utskjæringen av hodet kontrolleres og dermed ikke går så raskt at ikke perinealområdet får tid til å tøyes noe, slik det ble beskrevet i undersøkelsen fra Turku og Malmö.

**Plager etter sfinkterruptur**

De vanligste plagene relatert til dysfunksjon av analsfinkter er økt avføringstrang (urgency), inkontinens for luft, for flytende og/eller fast avføring. Plager med sfinkterfunksjonen har bakgrunn både i mekaniske og nevrologiske forhold, og mange studier har målt og påvist redusert muskelkontraksjonskraft, redusert nerveledningshastighet og redusert sfinktertykkelse ved ultralydundersøkelse etter sfinkterruptur (11–13). Flere studier har vist at det ikke er direkte relasjon mellom påvist grad av sfinkterskade per partum og subjektivt besvær (5, 14). Okkulte sfinkterskader, der det ikke har foreligget synlig skade i perinealområdet, har også vært påvist ved hjelp av anal ultralydundersøkelse (15, 16). Opptil en tredel av alle kvinner som føder vaginalt, kan ha okkult sfinkterskade (17). Ryhammer og medarbeidere fant i 1995 5 % analinkontinens blant kvinner som hadde født vaginalt uten synlig sfinkterskade, ved intervju av 242 kvinner (14). Analsfinkterruptur hevdes å være den vanligste grunnen til at kvinner utvikler analinkontinens (18). Det har også vært hevdet at bare

en liten del av de kvinnene som får vedvarende plager etter sfinkterruptur, har kontaktet helsevesenet for dette, og at det derfor foreligger en underrapportering og et skjult problem (1).

I undersøkelsen fra Trondheim i 1998 hadde 57 % av kvinnene plager etter suturert sfinkterruptur, og andelen med alvorlige plager (inkontinens for flytende og fast avføring) var 23 %. Observasjonstiden var ett til fem år etter forløsningsen (4). Haadem og medarbeidere undersøkte 59 kvinner med sfinkterruptur og fant at mens 63 % hadde plager tre måneder etter forløsningsen, hadde 48 % fortsatt plager vel tre år senere (18). Haadem og medarbeidere viste også at den tekniske profilen av sfinkter bedret seg de tre første månedene etter reparasjonen, men at ingen forandring kunne ses senere (19).

I Magnus & Haugens rapport fra 1986 der 23 kvinner som hadde hatt total sfinkterruptur ble etterundersøkt, fant de at 87 % hadde subjektive plager mer enn to år etter skaden (11). I en svensk studie fra 1997 hevdes det at plager forekommer også 20 år etter at skaden oppstod, og at det er signifikant mer plager etter sfinkterruptur enn i en kontrollgruppe (10). I en annen svensk studie fant man at 50 % hadde anal inkontinens ved etterkontroll mer enn fem måneder etter forløsningsen (20). Til sammenlikning oppgav 42 % i en dansk studie at de hadde anal inkontinens mer enn to år etter forløsningsen (21). Det har vært hevdet at reparasjonsteknikken bør forbedres for å redusere kvinnenes plager etter skaden (4, 17, 20).

I vårt materiale var det 33 % som hadde plager, og dette er noe færre enn forventet når vi sammenlikner med andres resultater. Ettersom alle de 137 kvinnene ble intervjuet etter et strukturert skjema, mener vi at vi har fanget opp de reelle plagene hos disse kvinnene, og at våre tall derfor kan sammenliknes med dem i siterte undersøkelsene. De kvinnene som angav lekkasje av luft som eneste plage, gav oftest uttrykk for at dette ikke reduserte deres livskvalitet til daglig og derfor ikke utgjorde noe stort problem. Dette ble imidlertid ikke målt eller undersøkt med en validert livskvalitetsregistrering. Det var få i vår undersøkelse som hadde lekkasje av flytende avføring, sammenliknet med resultatene i de siterte publikasjonene. Men for mange er kompromittert sfinkterfunksjon en plage med psykososiale konsekvenser. Siden aldri kan svekke sfinkterfunksjonen ytterligere, kan disse kvinnene tenkes å få et større problem med tiden. Informasjon og systematisk oppfølging slik at de som trenger tilleggsbehandling kan få det, optimalisering av kirurgisk teknikk sammen med tiltak for å redusere insidensen av sfinkterskade, bør fortsatt være viktig for alle fødeavdelinger.

**Tabell 2** Plager etter sfinkterruptur, relatert til grad av ruptur (enkelte pasienter hadde mer enn en plage)

	Partiell sfinkterruptur (n = 100)	Total sfinkterruptur (n = 37)	Totalt (N = 137)	
			Antall	(%)
Ingen plager	65	27	92	(67)
Lekkasje for luft	24	7	31	(30)
Lekkasje for flytende avføring	4	1	5	(4)
Lekkasje for fast avføring	0	0	0	
Avføringstrang (urgency)	12	2	14	(10)
Smerter ved defekasjon	2	0	2	(1,5)
Spor i benklærne (soiling)	2	2	4	(3)
Dyspareuni	2	0	2	(1,5)

>>>

**Litteratur**

1. Wagenius J, Laurin J. Clinical symptoms after anal sphincter rupture: a retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 246–50.
2. Hordnes K, Bergsjø P. Severe lacerations after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 413–22.
3. Sultan A, Kamm M, Hudson C et al. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 308: 887–91.
4. Gjessing H, Backe B, Sahlin Y. Third degree obstetric tears: outcome after primary repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 736–40.
5. MacArthur C, Bick D, Keighley M. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 46–50.
6. Martius G. *Geburtshilfliche Operationen*. Jena: Georg Thieme, 1967.
7. Pitchard J, MacDonald P, Gant N. *Williams obstetrics*. 17. utg. Connecticut: Appleton-Century-Croft, 1985.
8. Referensgrupp SFfOoGA-o. Anal inkontinens hos kvinner. Utredning och behandling. Rapport nr. 46. Stockholm: SFOG-Kanseliet, Svenska Läkaresällskapet. 2001.
9. Pirhonen J, Grenman S, Haadem K et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland: result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 974–7.
10. Haadem K, Gudmundsson S. Can women with intrapartum rupture of anal sphincter still suffer after-effects two decades later? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 601–3.
11. Magnus Ø, Haugen G. Totalruptur i tilslutning til fødsel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986; 106: 1117–8.
12. Allen R, Hosker G, Smith A et al. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 770–9.
13. Sultan A, Kamm M, Hudson C. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 22–8.
14. Ryhammer A, Bek K, Laurberg S. Multiple vaginal deliveries increase the risk of permanent incontinence of flatus and urin in normal premenopausal women. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1206–9.
15. Sultan A, Kamm M, Hudson C et al. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905–11.
16. Frudinger A, Bartram C, Spencer J et al. Perineal examination as a predictor of underlying external anal sphincter damage. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1009–13.
17. Sultan A. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 979–82.
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 J, Lingmann 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.
20. Zetterström J, López A, Holmström B et al. Obstetric sphincter tears and anal incontinence: an observational follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 82: 921–8.
21. Tetzschner T, Sørensen M, Lose G et al. Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1034–40.