

# Mange sfinkterskader kan forebygges

Forekomsten av skader i endetarmens lukkemuskel under fødsel i Norge er halvert, men det er store forskjeller mellom sykehusene.

Til tross for adekvat kirurgisk reparasjon av obstetrisk analsfinkterskade i forbindelse med fødsel, får mange kvinner langtidspilager med inkontinens av luft og avføring. Forekomsten av lukkemuskelskader i Norge økte fra 1 % av vaginale fødsler i 1970-årene til over 4 % i 2004. Årsaken til denne økningen samt hvilke forløsningsmetoder som er gunstigst for å redusere risikoen for sfinkterskade har vært mye diskutert.

Vi har nylig publisert en oversikt over de siste års endringer i forekomst av obstetriske sfinkterskader i Norden (1) samt en studie som viser resultater fra vårt eget sykehus (2).

## Reduksjonen varer over tid

Vi mener at praksisendringen i Norge fra 1990-årene, med mindre bruk av perineumstøtte under utdrivningsfasen, var en vesentlig årsak til den ugunstige utviklingen. «Hands-off»-filosofien, med økende bruk av alternative fødestillinger med dårligere oversikt over perineum og manglende mulighet til perineumstøtte i utdrivningsfasen, sto sterkt. Endringene i forløsningspraksis i Norge er dårlig dokumentert, og det er vanskelig retrospektivt å vurdere effekt av fødestilling eller perineumstøtte på sfinkterskadefrekvensen. Forløsnings-teknikken i Finland gjennomgikk ikke de samme endringer, og Finland har ligget mye lavere i forekomst av sfinkterskade enn de andre nordiske landene.

Helsetilsynet kritiserte fødeinstitusjonene for høy forekomst av analsfinkterskader, og en nasjonal handlingsplan for å redusere antall skader ble utarbeidet i 2006. Andelen sfinkterskader skulle reduseres fra 4,1 % til 2 % i løpet av to år (3). Nasjonal handlingsplan anbefalte «fokusering på støtteteknikker både ved spontane og operative forløsninger» (3), og ved mange norske fødeinstitusjoner ble forløsningsrutinene endret. Seks fødeavdelinger i Norge har de siste årene publisert samme markante reduksjon i frekvens av analsfinkterskade etter gjennomføring av et intervensjonsprogram. Intervensjonen besto av aktiv ledelse av fødselens annet stadium med standardisert perineumstøtte og redusert forløsningshastighet av hodet samt nøye instruksjon av og kommunikasjon med kvinnen ved alle vaginale forløsninger (1, 4, 5).

I Norge har det fra 2004 til 2011 vært en stor nedgang i forekomsten av sfinkterskader, fra 4,1 % til 2,1 % av alle vaginale fødsler. Dette innebærer at 4 600 færre kvinner har fått skade under fødselen her i landet i løpet av de siste sju årene sammenliknet

med situasjonen slik den ville vært uten et slikt dramatisk fall i skadeforekomst. Imidlertid registrerer Medisinsk fødselsregister at forekomsten varierer mye mellom syke-

«Standardisert forløsnings-teknikk bidrar til å redusere antall sfinkterskader»

husene, med tre ganger så høy frekvens av sfinkterskader ved sykehus med høyeste forekomst som ved sykehus med laveste forekomst. Medisinsk fødselsregister viser at reduksjonen i forekomst av sfinkterskader, der dette er oppnådd, varer over tid (1).

## Vet nok til å handle

Det er umulig å forutsi hvilke enkeltpasienter som får sfinkterskade. Stort barn er en risikofaktor. Likevel føder de fleste kvinner som får sfinkterskade et normalvektig barn. Verken endringer i selve fødepopulasjonen

eller i diagnostisering og rapportering av sfinkterskader kan forklare at det bare tok fire år å halvere forekomsten i Norge. Vi hevder at det er endringer i forløsnings-teknikk som forklarer hoveddelen av både økningen (fra 1970-årene til 2004) og reduksjonen (etter 2004) i forekomst samt forskjellen i forekomst mellom fødeinstitusjoner i Norge og mellom de nordiske landene.

Tidstrendene i Norden indikerer at forekomsten av analsfinkterskade kan påvirkes av endringer i forløsnings-teknikk, og at (gjen)innføring av bedre forløsnings-teknikker, med aktiv ledelse av fødselens annet stadium, er nødvendig for å holde frekvensen av sfinkterskade lav. Motforestillingen mot perineumstøtte hos enkelte leger og jordmødre har vært at det mangler randomiserte studier som viser at rutinemessig støtte er bedre enn at fødselshjelperen bruker perineumstøtte etter subjektive vurderinger. Vi mangler gode randomiserte studier. Slike lar seg heller neppe gjøre i dag, av både etiske og praktiske årsaker (1). Vi vil på tross av manglende randomiserte studier hevde at data fra de nordiske fødselsregistrene tyder på at standardisert forløsnings-teknikk bidrar til å redusere antall sfinkterskader.



Perineumbeskyttelse – fødselshjelperens venstre hånd bremser hodet i utskjæringen mens høyre hånd støtter perineum og løfter barnets hake. Foto S. Sahlstein

De fødeavdelinger som ikke har oppnådd tilsvarende reduksjon i forekomst av sfinkterskader som de beste avdelingene i Norge, bør hente erfaring fra andre avdelingers rutineendringer. Data fra Medisinsk fødselsregister tyder på at fødekvinne ikke får samme fødselshjelp ved alle fødeenheter her i landet. Fremdeles er det over tusen norske kvinner som får denne fødselskomplisjonen årlig. Det burde være mulig for alle fødeenheter å oppnå like gode resultater som man har klart i sykehusene med lavest forekomst av sfinkterskader.

Vår samlede innsats vil kunne bidra til at enda flere kvinner slipper å gjennomgå en smertefull fødselsskade. Ved siden av mindre plager i barseltiden vil sfinkterbeskyttende forlønningsteknikk også redusere risikoen for senere analinkontinensplager samt muligens redusere behovet for påfølgende keisersnitt.

**Annetine Staff**

*annetine.staff@ous-hf.no*

**Katariina Laine**

Annetine Staff (f. 1962) er overlege ved Kvinne- og barneklubben ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Hun er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Katariina Laine (f. 1962) er overlege ved Kvinne- og barneklubben ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og klinisk lektor og ph.d.-stipendiat ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? - Large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012. E-publisert 4.10.
2. Laine K, Skjeldstad FE, Sandvik L et al. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open* 2012; 2: e001649.

3. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan. 2006. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sfinkterskader-ved-fodselsbor-reduseres-i-norge/Publikasjoner/sfinkterskader-ved-fodselsbor-13.10.2012.pdf> (13.10.2012).
4. Hals E, Øian P, Pirhonen T et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 901-8.
5. Laine K, Pirhonen T, Rolland R et al. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1053-7.

*Mottatt 8.10. 2012 og godkjent 18.10. 2012. Medisinsk redaktør Erlend Hem.*



Publisert først på nett 2.11. 2012



Engelsk oversettelse på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)