



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία
No 30
Απρίλιος 2020

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Πώς ορίζονται και πώς ταξινομούνται οι μαιευτικές κακώσεις του περινέου;
- Μπορούν οι μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού να προβλεφθούν;
- Μπορούν οι μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού να προληφθούν;
- Ποιος ο ρόλος της περινεοτομής;
- Πώς μπορεί να βελτιωθεί η διάγνωση και η αντιμετώπιση των κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού;
- Ποια τεχνική είναι προτιμότερη για την αποκατάσταση ρήξεων του σφιγκτήρα του πρωκτού;
- Φροντίδα και πρόγνωση μετά την αποκατάσταση της ρήξης του σφιγκτήρα του πρωκτού.
- Ποια μέθοδος τοκετού είναι προτιμότερη σε μελλοντική κύηση μετά από ρήξη σφιγκτήρα του πρωκτού;

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Εισαγωγή.....	2
II. Ορολογία και ταξινόμηση κακώσεων περινέου	2
III. Παράγοντες κινδύνου	2
IV. Παράγοντες που δρουν προστατευτικά.....	2
V. Διάγνωση κακώσεων 3° – 4°	3
VI. Αποκατάσταση ρήξης 3° – 4°	3
VII. Φροντίδα μετά την αποκατάσταση κακώσεων 3° – 4°	3
VIII. Σύνοψη	4
IX. Βιβλιογραφία.....	4

I. Εισαγωγή

Τραυματισμοί του περινέου κατά τον τοκετό συμβαίνουν συχνά. Οι περισσότεροι αποκαθίστανται εύκολα με ή χωρίς χειρουργική συρραφή και δεν έχουν σημαντικές επιπτώσεις. Σοβαρότερες είναι οι ρήξεις του σφιγκτήρα του πρωκτού και του βλεννογόνου του ορθού διότι είναι περισσότερο δυσχερές η αναγνώριση και η αποκατάστασή τους, συσχετίζονται με μακροπρόθεσμες επιπλοκές και μπορεί να έχουν ιατρονομικές συνέπειες.

Ρήξη του σφιγκτήρα του πρωκτού (μερική ή ολική που αφορά στον έξω ή και στον έσω σφιγκτήρα) συμβαίνει στο 2,9% (0-8%) των τοκετών στο Ηνωμένο Βασίλειο και είναι συχνότερη στις πρωτοτόκες (6,1%) σε σχέση με τις πολυτόκες (1,7%) (1,2). Τις τελευταίες δεκαετίες καταγράφεται αύξηση της επίπτωσης των κακώσεων αυτών που δεν αντικατοπτρίζει πλημμελή μαιευτική φροντίδα αλλά βελτίωση της ικανότητας διάγνωσης και αποκατάστασης τέτοιων βλαβών (1,3,4). Μακροπρόθεσμα συσχετίζονται με ανεπάρκεια του σφιγκτηριακού μηχανισμού που εκδηλώνεται κυρίως με ακράτεια αερίων και κοπράνων.

Η Πανελλήνια Εταιρία Ουρογυναικολογίας και η ΕΜΓΕ προχώρησαν στην έκδοση του παρόντος με σκοπό να προσφέρουν ενημέρωση και τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση των μαιευτικών κακώσεων του περινέου και κυρίως αυτών που περιλαμβάνουν ρήξη του σφιγκτήρα του πρωκτού.

II. Ορολογία και ταξινόμηση

➤ Πώς ορίζονται και πώς ταξινομούνται οι μαιευτικές κακώσεις του περινέου;

Διεθνώς έχει καθιερωθεί η κατάταξη των ρήξεων του περινέου στους εξής βαθμούς (1,5,6,7).

- 1^ο Τραυματισμός στον βλεννογόνο και/ή το δέρμα.
- 2^ο Τραυματισμός των μυών του περινέου χωρίς συμμετοχή του σφιγκτήρα του πρωκτού.
- 3^ο Τραυματισμός που περιλαμβάνει τον σφιγκτήρα του πρωκτού.
 - 3α. Ρήξη που αφορά σε λιγότερο από το 50% του έξω σφιγκτήρα
 - 3β. Ρήξη που αφορά σε περισσότερο από το 50% του έξω σφιγκτήρα

3γ. Ρήξη του έξω και του έσω σφιγκτήρα

4^ο Ρήξη του περινέου που περιλαμβάνει τον σφιγκτήρα και τον ορθοπρωκτικό βλεννογόνο.

Οι ρήξεις 3^ο και 4^ο αναφέρονται στην αγγλοσαξωνική βιβλιογραφία συνολικά ως Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS). Σε περίπτωση που δεν είναι απόλυτα σαφής η έκταση της βλάβης προτείνεται η ταξινόμησή της στην μεγαλύτερη παρά στην μικρότερη κατηγορία.

Σε περιπτώσεις που υπάρχει ρήξη στον βλεννογόνο του ορθού αλλά ο σφιγκτήρας είναι ανέπαφος δεν πρόκειται για ρήξη 4^ο αλλά για ρήξη «δίκην κουμπότρυπας» που αποτελεί ανεξάρτητη κατηγορία.

III. Παράγοντες κινδύνου

➤ Μπορούν οι μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού να προβλεφθούν;

Αν και δεν είναι εφικτό να προβλέψει κανείς την ρήξη 3^ο-4^ο, οι παρακάτω παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα να συμβεί. (1,3,8)

- Πρωτοτόκος (RR 6.97)(1,8).
- Μεγάλο βάρος εμβρύου >4kg (OR 2.27)(1,3).
- Δυστοκία ώμων (OR 1.9)(1,3).
- Ινιακή οπισθία θέση (RR 2.44)(1,8).
- Παράταση του δευτέρου σταδίου (RR 1.47-2.02) (1,8).
- Επεμβατικός τοκετός (1,3)
 - Αναρροφητική εμβρυουλκία (OR 1.89).
 - Μεταλλικοί εμβρυουλκοί (OR 6.53).

IV. Παράγοντες που δρουν προστατευτικά

➤ Μπορούν οι μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού να προληφθούν;

➤ Ποιος ο ρόλος της περινεοτομής;

Αν και οι ρήξεις 3^ο – 4^ο συχνά είναι αναπόφευκτες, κάποιες τεχνικές συσχετίζονται με μείωση του κινδύνου (1,5,6,7)

- Υποστήριξη του περινεϊκού σώματος όταν αυτό διατείνεται και ταυτόχρονη αναχαίτιση της κεφαλής λειτουργούν προστατευτικά.

- Οι θερμές κομπρέσες στο περίνεο κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού επιδρούν προστατευτικά.
- Σχετικά με την χρήση της περινεοτομής τα υπάρχοντα δεδομένα επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων, χωρίς αυτά να είναι απόλυτα (1,5,6,7).
 - Η συστηματική χρήση της περινεοτομής κατά τον τοκετό φαίνεται να αυξάνει τους τραυματισμούς του περινέου (1^ο και 2^ο βαθμού) χωρίς να τεκμηριώνεται ότι μειώνει τις ρήξεις 3^ο-4^ο.
 - Η μέση περινεοτομή είναι πιο εύχρηστη αλλά εμφανίζει αυξημένα ποσοστά ρήξης 3^ο-4^ο συγκριτικά με την μεσοπλάγια.
 - Η μεσοπλάγια περινεοτομή φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα ρήξης 3^ο - 4^ο σε περίπτωση εμβρυολκίας και κατά κύριο λόγο στις πρωτοτόκες.

Συνεπώς είναι προτιμότερο η περινεοτομή να χρησιμοποιείται επιλεκτικά και να αποφεύγεται όταν δεν κρίνεται απαραίτητη. Μπορεί να γίνει κατά την κρίση του θεράποντος όταν απαιτείται η επίσπευση του τοκετού όπως σε περίπτωση εμβρυικής δυσχέρειας, και σε περιπτώσεις όπως επεμβατικός τοκετός, δυστοκία ώμων, μακροσωμία και όπου διαφαίνεται σοβαρός τραυματισμός του περινέου. Η μεσοπλάγια περινεοτομή είναι μάλλον προτιμότερη της μέσης και γίνεται όταν το περίνεο είναι διατεταμένο (στέψη) με γωνία 45-60° από την μέση γραμμή.

V. Διάγνωση κακώσεων 3^{ου}- 4^{ου}

- *Πώς μπορεί να βελτιωθεί η διάγνωση και η αντιμετώπιση των κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού;*

Σε κάθε περίπτωση κάκωσης του περινέου κατά τον τοκετό υπάρχει πιθανότητα ρήξης του σφιγκτήρα και του ορθοπρωκτικού βλεννογόνου. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται ενδελεχής κλινική εξέταση υπό κατάλληλες συνθήκες, συμπεριλαμβανομένης της δακτυλικής εξέτασης από το ορθό. (1,5,6,7)

Οι ρήξεις του σφιγκτήρα δεν μπορούν πάντα να διαγνωστούν κλινικά, όμως η αυξημένη εγρήγορση και η στοχευμένη εκπαίδευση αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά κλινικής διάγνωσης (1,9).

Με χρήση ενδοπρωκτικού υπερηχογραφήματος έχουν ανιχνευθεί (κεκαλυμμένες) βλάβες του σφιγκτήρα του πρωκτού μετά από κολπικό τοκετό σε ποσοστό μέχρι και 33% (1,10), ωστόσο η προσθήκη της υπερηχογραφίας στην καθημέρα κλινική πράξη δεν θεωρείται απαραίτητη. (1,11)

VI. Αποκατάσταση ρήξης 3^{ου}-4^{ου} (1,5,6,7)

- *Ποια τεχνική είναι προτιμότερη για την αποκατάσταση ρήξεων του σφιγκτήρα του πρωκτού;*

Για την αποκατάσταση των ρήξεων 3^ο-4^ο απαιτείται επαρκής κατάρτιση και εμπειρία, κατάλληλος εξοπλισμός, καλός φωτισμός και αναλγησία.

Για την σωστή συρραφή των σφιγκτήρων συχνά βοηθά η χειρουργική παρασκευή των άκρων προ της συρραφής.

Για την συρραφή του έσω και του έξω σφιγκτήρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ράμματα 3-0 μονόκλωνα πολυδιοξανόνης (PDS) ή 2-0 πολυκλωνα πολυγλακτίνης (Vicryl) με συγκρίσιμα αποτελέσματα.

Οι ραφές σε σχήμα «8» καλό είναι να αποφεύγονται διότι προκαλούν σχετική ισχαιμία στους ιστούς. Προτιμώνται οι ραφές σε σχήμα «Π».

Σε ρήξη 4^ο ο βλεννογόνος του ορθού συρράπτεται πρώτος με συνεχόμενες ή μεμονωμένες ραφές χρησιμοποιώντας απορροφήσιμα ράμματα πολυγλακτίνης (Vicryl) 3-0.

Σε ρήξη 3γ ο έσω σφιγκτήρας συρράπτεται ξεχωριστά με μεμονωμένες ραφές που μπορούν να γίνουν σε σχήμα «Π» χωρίς εφίππευση των δύο άκρων.

Σε ρήξη ολικού πάχους του έξω σφιγκτήρα, η συρραφή μπορεί να γίνει τελικοτελικά ή με εφίππευση των άκρων, καθώς οι δύο τεχνικές έχουν συγκρίσιμα αποτελέσματα. Σε μερική ρήξη γίνεται τελικοτελική συρραφή.

Με το πέρας της συρραφής καλό είναι να γίνει δακτυλική εξέταση από το ορθό για εντοπισμό τυχόν ράμματος στον βλεννογόνο ώστε να αφαιρεθεί.

VII. Φροντίδα μετά την αποκατάσταση κακώσεων 3^{ου}-4^{ου} (1,5,6,7)

- *Φροντίδα και πρόγνωση μετά την αποκατάσταση της ρήξης του σφιγκτήρα του πρωκτού.*

➤ Ποια μέθοδος τοκετού είναι προτιμότερη σε μελλοντική κύηση μετά από ρήξη σφιγκτήρα του πρωκτού;

Μετά την αποκατάσταση ρήξεων 3^ο-4^ο συνιστάται προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών για την αποφυγή λοίμωξης και διάσπασης του τραύματος.

Η δυσκοιλιότητα καλό είναι να αποφεύγεται με χρήση λακτουλόζης επί ένα δεκαήμερο.

Μετά από εύλογο χρονικό διάστημα (6-12 εβδομάδες) καλό είναι να γίνεται επανεκτίμηση. Σε ακράτεια κοπράνων ή αερίων μπορεί να χρειαστεί φυσικοθεραπεία ή περαιτέρω εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

Ποσοστό 60-80% των γυναικών αναμένεται να είναι ασυμπτωματικές στους 12 μήνες μετά την (άμεση) αποκατάσταση της ρήξης σφιγκτήρα. (1)

Η πιθανότητα επιδείνωσης της εγκράτειας μετά από επόμενο κολπικό τοκετό είναι 17% (1,12), ενώ η πιθανότητα νέας ρήξης σφιγκτήρα 5-7% (1,13,14). Συνεπώς, σε μελλοντικές κυήσεις θα πρέπει να συζητηθεί η επιλογή της καισαρικής τομής έναντι του κολπικού τοκετού, λαμβάνοντας υπ' όψιν την συμπτωματολογία, τις εργαστηριακές εξετάσεις και την υποκειμενική προτίμηση. (1,5,6,7)

VIII. Σύνοψη

Οι μαιευτήρες θα πρέπει να έχουν επίγνωση των παραγόντων που προδιαθέτουν σε ρήξη του σφιγκτήρα του πρωκτού κατά τον τοκετό.

Οι επίτοκες θα πρέπει να είναι ενήμερες ότι οι κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού κατά τον τοκετό συχνά είναι απρόβλεπτες και αναπόφευκτες.

Στον τοκετό ενδείκνυται η υποστήριξη του περινέου και η αναχαίτιση της κεφαλής.

Η επιλογή για προφυλακτική χρήση της περινεοτομής κατά τον τοκετό παραμένει αμφιλεγόμενη και εμπειρική.

Η μεσοπλάγια περινεοτομή συσχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά ρήξεων 3^ο - 4^ο συγκριτικά με την μέση.

Σε όλους του κολπικούς τοκετούς υπάρχει πιθανότητα ρήξης 3^ο - 4^ο και πρέπει να γίνεται επιμελής κλινική εξέταση του περινέου για την διάγνωσή τους προ της συρραφής.

Η συρραφή του έσω και του έξω σφιγκτήρα γίνεται χωριστά, χρησιμοποιώντας απορροφήσιμα ράμματα και ραφές τύπου «Π». Η τελικοτελική συρραφή του έξω σφιγκτήρα είναι συγκρίσιμη με την εφίππευση των άκρων.

Μετά από μαιευτικές κακώσεις 3^ο - 4^ο συνιστάται βραχυπρόθεσμη προφύλαξη και μακροπρόθεσμη παρακολούθηση. Σε μελλοντική κύηση είναι συζητήσιμη η κατ' επιλογήν καισαρική τομή.

Ομάδα Σύνταξης

Λιτός Μιχαήλ, Αθήνα

Γρηγοριάδης Θεμιστοκλής, Αθήνα

Κούκουρα Ουρανία, Λάρισα

Μίκος Θεμιστοκλής, Θεσσαλονίκη

Πανταζής Κωνσταντίνος, Θεσσαλονίκη

Λιάλιος Γεώργιος, Λάρισα

Αθανασίου Σταύρος, Αθήνα

Ομάδα συντονισμού

Αθανασιάδης Απόστολος, Θεσσαλονίκη

Δαγκλής Θεμιστοκλής, Θεσσαλονίκη

Μπεναρδής Παναγιώτης, Αθήνα

Περγαλιώτης Βασίλειος, Αθήνα

IX. Βιβλιογραφία

1. RCOG Green-top Guideline No.29. The management of third and fourth degree perineal tears. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, June 2015.
2. Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *Int Urogynecol J* 2014;25:1621-7.
3. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG* 2013;120:1516-25.
4. Baghurst PA. The case for retaining severe perineal tears as an indicator of the quality of obstetric care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013;53:3-8.
5. SOGC Clinical Practice Guideline No. 330. Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): Prevention, recognition and repair. Canadian Society of Obstetrics & Gynecology, December 2015.

6. ACOG Practice Bulletin Number 198. Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists, September 2018.
7. NICE Clinical Guideline 190. Intrapartum Care. National Institute of Health and Care Excellence, December 2014, updated February 2017.
8. McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25:586–93.
9. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;101:19–21.
10. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905–11.
11. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG* 2006;113:195–200.
12. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99:724–6.
13. Scheer I, Thakar R, Sultan AH. Mode of delivery after previous obstetric anal sphincter injuries (OASIS)—a reappraisal? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1095–101.
14. Harkin R, Fitzpatrick M, O’Connell PR, O’Herlihy C. Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:149–52.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες εγκρίθηκαν από μεικτή ομάδα εξειδικευμένων ιατρών στον προγεννητικό έλεγχο και κλινικών γενετιστών, οι οποίοι συμμετείχαν στο 3^ο Forum προγεννητικού ελέγχου, που διοργανώθηκε από την Ελληνική εταιρεία υπερήχων στην Μαιευτική και Γυναικολογία.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες συντάσσονται με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και δεν απηχούν απαραίτητα τις προσωπικές απόψεις των συντακτών τους. Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.