



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διευθύντρια Προγράμματος: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου



«ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ:

ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ»

*Μεταπτυχιακή εργασία
ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ν. ΠΕΤΡΑΚΗ*



ΑΘΗΝΑ 2020

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ**

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διευθύντρια Προγράμματος: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου

**«ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ:
ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ν. ΠΕΤΡΑΚΗ*

ΑΘΗΝΑ 2020

Στην Οικογένεια Μου...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Βιογραφικό Σημείωμα	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	19
Κεφάλαιο 1: Ιστορική Αναδρομή	21
Κεφάλαιο 2: Ανατομία	29
2.1. Σώμα Περινέου	31
2.2. Πυελικό Έδαφος	32
2.3. Σφιγκτήρας του Πρωκτού	33
ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	35
Κεφάλαιο 3: Εισαγωγή - Ταξινόμηση - Επίπτωση	37
Κεφάλαιο 4: Παράγοντες Κινδύνου	45
4.1. Μητρικοί Παράγοντες Συσχετιζόμενοι με Ρήξεις Περινέου Σοβαρού Βαθμού	48
4.2. Εμβρυϊκοί Παράγοντες Συσχετιζόμενοι με Ρήξεις Περινέου Σοβαρού Βαθμού	51
4.3. Μαιευτικές Παρεμβάσεις και Ρήξεις Περινέου Σοβαρού Βαθμού	53
Κεφάλαιο 5: Κλινική Διάγνωση	57
Κεφάλαιο 6: Πρόληψη	65
6.1. Προστασία του Περινέου	68
6.2. Χειρισμός Ritgen και Τροποποιημένος Χειρισμός Ritgen	70
6.3. Εφαρμογή Θερμών Κομπρεσών	72
6.4. Μασάζ Περινέου	72
6.5. Επισιотоμή	73
Κεφάλαιο 7: Χειρουργική Αποκατάσταση Ρήξεων Περινέου 3 ^{ου} και 4 ^{ου} Βαθμού	85
7.1. Θεραπεία Αποκατάστασης της Ρήξης Περινέου 3 ^{ου} Βαθμού	87
7.2. Θεραπεία Αποκατάστασης της Ρήξης Περινέου 4 ^{ου} Βαθμού	92
Κεφάλαιο 8: Προσέγγιση Μελλοντικού Τοκετού Γυναικών με Ιστορικό Σοβαρού Βαθμού Ρήξεων Περινέου	97
Κεφάλαιο 9: Πρόγνωση	101
ΣΚΟΠΟΣ - ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	105
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	109
Κεφάλαιο 10: Άμεσες Επιπλοκές Κακώσεων Περινέου	111
10.1. Σοβαρός Περινεϊκός Πόνος	113
10.2. Λοίμωξη	113
10.3. Διάσπαση Τραύματος	115
10.4. Αιματώματα	117
10.5. Ανώμαλη Έκκριση	117
ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΠΕΡΙΝΕΟΥ	119
Κεφάλαιο 11: Ακράτεια Κοπράνων - Πρωκτού	121

11.1. Επιδημιολογία	123
11.2. Φυσιολογία της Εγκράτειας Κοπράνων	124
11.3. Αιτιολογία	126
11.4. Διάγνωση	127
11.5. Θεραπεία	133
Κεφάλαιο 12: Χρόνιος Περινεϊκός Πόνος	141
Κεφάλαιο 13: Επιπτώσεις του Περινεϊκού Τραύματος στη Σεξουαλική Λειτουργία Μετά τον Τοκετό	147
Κεφάλαιο 14: Ορθοκολπικά Συρίγγια	159
14.1. Αιτιολογία	161
14.2. Συμπτώματα	163
14.3. Ταξινόμηση	163
14.4. Εξέταση και Διάγνωση	164
14.5. Θεραπεία	166
Κεφάλαιο 15: Ακράτεια Ούρων	173
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	179
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	189
ABSTRACT	193
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	197
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	201

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο : Ευάγγελος Ν. Πετράκης

Ημερομηνία Γέννησης : 08 Απριλίου 1983

Διεύθυνση Κατοικίας : [REDACTED]

Τηλέφωνα Επικοινωνίας : [REDACTED]

Ηλεκτρονική Διεύθυνση : evangelos.petrakis1@gmail.com

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΣΠΟΥΔΕΣ

- 07/05/2019: Απόκτηση Τίτλου Ειδικότητας Μαιευτικής - Γυναικολογίας
- 09^{ος}/2016 έως σήμερα: Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: «Παθολογία της Κύησης», ΕΚΠΑ
- 09^{ος}/2001 - 03^{ος}/2008: Πτυχίο Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών
- 09^{ος}/1998 - 06^{ος}/2001: 1ο Ενιαίο Λύκειο Χαλκίδας
- 05^{ος}/2015: Κάτοχος Πιστοποίησης ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)
- 09^{ος}/2017: Κάτοχος Πιστοποίησης ICOG (Εκπαιδευτής ALSO)

- 09^{ος}/2018 - 06^{ος}/2019: Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης στην Μαιευτική Υπερηχογραφία και Ιατρική Εμβρύου, Μαιευτήριο «Μητέρα»
- 10^{ος}/2014: Σεμινάριο Εκπαίδευσης Προσωπικού στο Μητρικό Θηλασμό Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

ΚΛΙΝΙΚΗ - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- 07/05/2019 έως σήμερα: *Ειδικός Μαιευτήρας - Γυναικολόγος Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ (Έμμισθη απασχόληση)*
- 25/05/2016 - 06/05/2019: *Ειδικευόμενος Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ (Έμμισθη απασχόληση)*
- 03^{ος}/2013 - 11^{ος}/2014: *Ειδικευόμενος Μαιευτικής - Γυναικολογίας Γ.Ν. Χαλκίδας (Έμμισθη απασχόληση)*
- 03^{ος}/2011 - 09^{ος}/2012: *Ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής και Χειρουργικού Τομέα (Χειρουργική, Γυναικολογική, Ορθοπεδική, Ουρολογική, ΩΡΛ και Οφθαλμολογική Κλινική) Γ.Ν. Σύρου "Βαρδάκειο και Πρώιο" (Έμμισθη απασχόληση)*
- 09^{ος}/2012 - 03^{ος}/2013: *Ιατρός Υπαίθρου Π.Ι Φοίνικα Σύρου και Γ.Ν. Σύρου "Βαρδάκειο και Πρώιο" (Έμμισθη απασχόληση)*
- 07^{ος}/2015 - 12^{ος}/2015: *Ιατρός Υπαίθρου Κ.Υ. Γκούρας (Έμμισθη απασχόληση)*

- 03^{ος}/2013 έως σήμερα: Υπεύθυνος Ιατρός Δράσεων - Αποστολών Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Παραρτήματος Χαλκίδας (Κινητός Μαστογράφος, Γυναικολογικός Έλεγχος – Test Pap) (Εθελοντική Απασχόληση)
- 03^{ος}/2016 έως σήμερα: Ενεργό Μέλος ΜΚΟ «Γιατρών Του Κόσμου» (Εθελοντική Απασχόληση)
- 06^{ος}/2015 - 07^{ος}/2015: Ιατρός Πάρκου Νερού Ισθμού Κορίνθου “Waterfun” (Έμμισθη απασχόληση)
- 03^{ος}/2011 έως σήμερα: Ιατρός αγώνων ποδόσφαιρου, καλαθοσφαίρισης, πετοσφαίρισης και άλλων αθλητικών δραστηριοτήτων
- 09^{ος}/2011 - 06^{ος}/2012: Εκπαιδευτής Πρώτων Βοηθειών στην Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή Γ.Ν. Σύρου (Εθελοντική απασχόληση)
- 05^{ος}/2010 - 02^{ος}/2011: Ιατρός Μονάδας στη Μονάδα Ειδικών Δυνάμεων του Ε.Σ. 2^ο Ε.Τ.ΕΘ. Λέσβου
- 07^{ος}/2008 - 08^{ος}/2008: Εκπαιδευόμενος Ιατρός στην Παθολογική Κλινική του Γ.Σ. Πρέβεζας (Εθελοντική απασχόληση)
- 12^{ος}/2008 - 01^{ος}/2009: Εκπαιδευόμενος Ιατρός στην Χειρουργική Κλινική του Γ.Σ. Πρέβεζας (Εθελοντική απασχόληση)
- 12^{ος}/2009 - 01^{ος}/2010: Εκπαιδευόμενος Ιατρός στην Παθολογική Κλινική του Γ.Σ. Χαλκίδος (Εθελοντική απασχόληση)
- 2006 - 2009 (ανά τακτά χρονικά διαστήματα): Βοηθός Φαρμακοποιού στο οικογενειακό φαρμακείο

ΕΙΔΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

- Αγγλικά: First Certificate in English, University of Cambridge (2004)
- Σουηδικά: B1 Level, FolkUniversity of Malmö (2009)

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ

- Μέλος της Υγειονομικής Επιτροπής της Ένωσης Ποδοσφαιρικών Σωματείων Κυκλάδων
- Ενασχόληση με την κολύμβηση και μέλος της κολυμβητικής ομάδας του Ν.Ο. Χαλκίδος από την ηλικία των 7 ετών έως την ηλικία των 13
- Ενασχόληση με την υδατοσφαίριση και αρχηγός της παιδικής και εφηβικής ομάδας υδατοσφαίρισης του Ν.Ο. Χαλκίδος από την ηλικία των 13 ετών έως την ηλικία των 19

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. **Evangelos Petrakis**, Ioannis Chatzipapas, Ioannis K. Papapanagiotou, et al., “A Successful Pregnancy Despite the Presence of an Intrauterine Fetal Bone Fragment,” Case Reports in Obstetrics and Gynecology, vol. 2019, Article ID 3064727, 3 pages, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3064727>.
2. Papapanagiotou IK, Chatzipapas I, Koutroumanis P, Marinopoulos S, Thomakos N, Brozou M, Ntzeros K, **Petrakis E**, Diakosavvas M, Fasoulakis Z,

Morphopoulos G, Loutradis D. Large cyst of the vaginal wall in pregnancy. *Clin Case Rep.* 2019 Aug 8;7(9):1827-1828. doi: 10.1002/ccr3.2370. PMID: 31534769; PMCID: PMC6745383.

3. Papapanagiotou IK, Tsagouri S, Liakou CG, Besharat A, Vogiatzis N, Ntzeros K, **Petrakis E**, Koutroumanis P, Thomakos N, Loutradis D. Pemphigoid gestationis. *Clin Case Rep.* 2018 May 7;6(7):1364-1365. doi: 10.1002/ccr3.1545. PMID: 29988643; PMCID: PMC6028378.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. 2019 EUGA Annual Congress, Tel Aviv

PELVIC ORGAN PROLAPSE CAN BE TREATED WITH LASER THERAPY? PRELIMINARY ANALYSIS OF A RANDOMIZED SINGLEBLINDED CONTROLLED TRIAL.

Eleni Pitsouni (1) - Themistoklis Grigoriadis (1) - **Evangelos Petrakis** (1) - Dimitris Zacharakis (1) - Christos Kalantzis (1) - Stavros Athanasiou (1). Urogynecology Unit, 1st Department of Obstetrics and Gynecology, National and Kapodistrian University of Athens, Alexandra Hospital, Athens, Greece (1)

2. 2018 EUGA Annual Congress, Milan

MICROABLATIVE FRACTIONAL CO₂-LASER IN WOMEN WITH GENITOURINARY SYNDROME OF MENOPAUSE AND URINARY INCONTINENCE: 1-YEAR RESULTS.

Eleni Pitsouni (1) - Themis Grigoriadis (1) - Dimitris Zacharakis (1) - Athanasios Douskos (1) - **Evangelos Petrakis** (1) - Stavros Athanasiou (1). National and Kapodistrian University of Athens, Alexandra Hospital, Athens, Greece (1)

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρογυναικολογίας, Θεσσαλονίκη 2019

CO₂ LASER-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

Καραγιάννης Βασίλης, Πιτσούνη Ελένη, Γρηγοριάδης Θέμος, Ζαχαράκης Δημήτριος, **Πετράκης Ευάγγελος**, Στάθης Ευάγγελος, Κούρα Σοφία, Δουληγέρης Θάνος, Αθανασίου Σταύρος

Ουρογυναικολογικό τμήμα της Α' μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα»

2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρογυναικολογίας, Θεσσαλονίκη 2019

CO₂-LASER ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ: ΔΙΠΛΗ ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Βώρος Χαράλαμπος, Πιτσούνη Ελένη, Γρηγοριάδης Θέμος, Ζαχαράκης Δημήτρης, **Πετράκης Ευάγγελος**, Παπαλιός Θεόδωρος, Αγγέλου Κυβέλη, Κακριδώνη Αναστασία, Αθανασίου Σταύρος

Ουρογυναικολογικό τμήμα της Α' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα»

2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρογυναικολογίας, Θεσσαλονίκη 2019

ΜΠΟΡΕΙ Η ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΕΙ ΜΕ LASER ΘΕΡΑΠΕΙΑ; ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ.

Κυπριώτης Κωνσταντίνος, Πιτσούνη Ελένη, Γρηγοριάδης Θέμος, Ζαχαράκης Δημήτρης, Θανόπουλος Γιάννης, **Πετράκης Ευάγγελος**, Στάθης Βαγγέλης, Παπαλιός Θεόδωρος, Δούσκος Θάνος, Αθανασίου Σταύρος.

Ουρογυναικολογικό τμήμα της Α' μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα»

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Αθήνα, 2018

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΙΕΡΟΚΟΛΠΟΠΕΞΙΑΣ (VALS).

Πετράκης Ε., Ζαχαράκης Δ., Γρηγοριάδης Θ., Πιτσούνη Ε., Πρωτοπαπάς Α., Χατζηπαπάς Ι., Αθανασίου Σ.

Τμήμα Ουρογυναικολογίας, Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα».

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Αθήνα, 2018

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΠΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ER-YAG LASER.

Κυπριώτης Κ., Πιτσούνη Ε., Γρηγοριάδης Θ., Ζαχαράκης Δ., Δούσκος Α., Βογιατζής Ν., **Πετράκης Ε.**, Αθανασίου Σ.

Ουρογυναικολογικό τμήμα της Α΄ μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα».

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Αθήνα, 2018

CO₂-LASER ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ: ΔΙΠΛΗ ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Δούσκος Α., Πιτσούνη Ε., Γρηγοριάδης Θ., Ζαχαράκης Δ., **Πετράκης Ε.**, Κυπριώτης Κ., Κακριδώνη Α., Αθανασίου Σ.

Ουρογυναικολογικό Τμήμα της Α΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα».

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Αθήνα, 2018

ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΖΩΣΗΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΜΒΡΥΚΟΥ ΟΣΤΑΡΙΟΥ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ.

Χατζηπαπάς Ι., Πρωτοπαπάς Α., **Πετράκης Ε.**, Φωτεινόπουλος Π., Παπαπαναγιώτου Ι., Σιέμου Π., Λουτράδης Δ.

Α΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο
Αλεξάνδρα, Τμήμα Ενδοσκοπικής Χειρουργικής

ΟΜΙΛΙΕΣ ΣΕ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρογυναικολογίας, Θεσσαλονίκη 2019

ΚΟΛΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΙΕΡΟΚΟΛΠΟΠΕΞΙΑ (VALS) ΣΕ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΠΥΕΛΙΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΝ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.

Ευάγγελος Πετράκης, Δημήτριος Ζαχαράκης, Θέμος Γρηγοριάδης, Ελένη
Πιτσούνη, Κυπριώτης Κωνσταντίνος, Αθανάσιος Πρωτοπαπάς, Ιωάννης
Χατζηπαπάς, Σταύρος Αθανασίου. Τμήμα Ουρογυναικολογίας, Α΄ Μαιευτική
και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο
«Αλεξάνδρα».

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Αθήνα 2018

ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΖΩΣΗΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ
ΕΜΒΡΥΚΟΥ ΟΣΤΑΡΙΟΥ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ.

Χατζηπαπάς Ι., Πρωτοπαπάς Α., **Πετράκης Ε.**, Φωτεινόπουλος Π.,
Παπαπαναγιώτου Ι., Σιέμου Π., Λουτράδης Δ.

Α΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο
Αλεξάνδρα, Τμήμα Ενδοσκοπικής Χειρουργικής.

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Αθήνα 2018

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΙΕΡΟΚΟΛΠΟΠΕΞΙΑΣ (VALS).

Πετράκης Ε., Ζαχαράκης Δ., Γρηγοριάδης Θ., Πιτσούνη Ε., Πρωτοπαπάς Α.,
Χατζηπαπάς Ι., Αθανασίου Σ.

Τμήμα Ουρογυναικολογίας, Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα».

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

- Παρακολούθηση συνεδρίων ενδιαφέροντος σχετικού με την ειδικότητα της Μαιευτικής - Γυναικολογίας.
- Παρακολούθηση σεμιναρίων.
- Παρακολούθηση μαθημάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

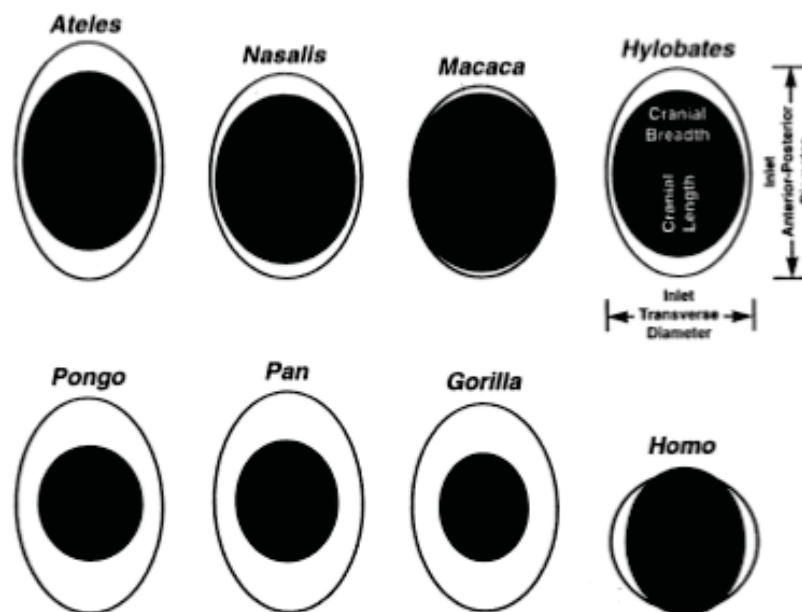
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

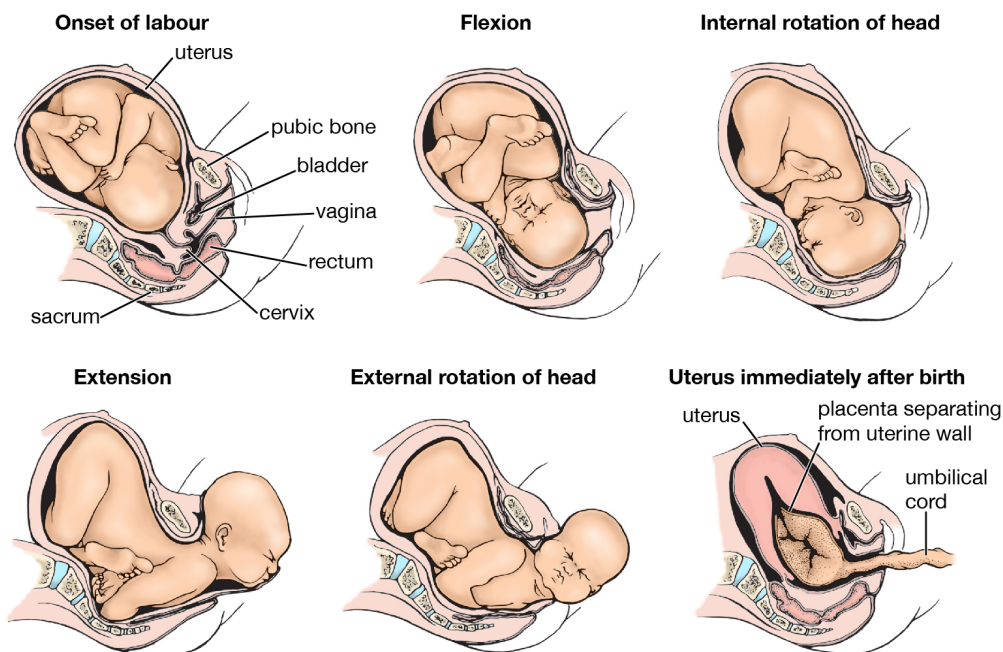
Η ανάπτυξη της σύγχρονης Μαιευτικής στο Δυτικό Κόσμο έχει ως αποτέλεσμα οι γυναίκες των ανεπτυγμένων χωρών να γεννούν τα μωρά τους με σχετική ασφάλεια. Η σύγχρονη Μαιευτική έχει εξελιχθεί σε τομείς όσο αφορά τις μαιευτικές τεχνικές και χειρισμούς, τον επεμβατικό τοκετό (χρήση αναρροφητικών ή μεταλλικών εμβρυουλκών), τους κανόνες υγιεινής και αντισηψίας, τη χορήγηση νεότερων και πιο αποτελεσματικών αντιβιοτικών, της καισαρικής τομής, καθώς επίσης και την εξέλιξη των Επαγγελματιών Υγείας που δραστηριοποιούνται στην Αιθουσα Τοκετών μέσω της συστηματικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης τους. Σε αλληλεπίδραση με την εκβιομηχανοποίηση, την οικονομική ανάπτυξη, την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και διαφόρων οργανώσεων για τα δικαιώματα των γυναικών, ο κίνδυνος της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας έχει μειωθεί δραματικά.¹ Το ποσοστό της μητρικής θνησιμότητας είναι σήμερα περίπου 7/100.000 στην Δυτική Ευρώπη, σε σύγκριση με το 1/200 τον 19^ο Αιώνα. Δυστυχώς, δεν συμβαίνει το ίδιο στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες τόσο η κύηση όσο και ο τοκετός εξακολουθούν να είναι καταστάσεις επικίνδυνες και απειλητικές για τη ζωή της μητέρας και του νεογνού. Έτσι, τα οφέλη της σύγχρονης Μαιευτικής δεν έχουν επιτευχθεί στις γυναίκες των αναπτυσσόμενων χωρών όπου το ποσοστό θνησιμότητας παραμένει σε πολύ υψηλά επίπεδα, 1-2/200 γυναίκες (Υποσαχάρια Αφρική), ακόμα και σήμερα.²

Στον Δυτικό Κόσμο ο τοκετός ενός νεογνού, χάρη στην εξέλιξη της σύγχρονης Μαιευτικής, θεωρείται πλέον μια εξαιρετικά ασφαλής διαδικασία μακριά από καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού. Παρόλο αυτά, εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες προκλήσεις. Η φύση του κοιλιακού τοκετού και η ανατομία του πυελικού εδάφους στις γυναίκες εκθέτουν αναπόφευκτα την ουρογεννητική περιοχή της επιτόκου σε πιθανούς τραυματισμούς και κακώσεις. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί όσο αφορά την σχέση μεταξύ

της εισόδου της μητρικής πυέλου (το επίπεδο που σχηματίζεται από το ακρωτήριο των μαιευτήρων, την τοξοειδή γραμμή των λαγονίων, την κτενιαία ακρολοφία του ηβικού οστού και το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης) και του μεγέθους την νεογνικής κεφαλής, έχουν δείξει ότι το ανθρώπινο κρανίο, σε σχέση με άλλα είδη, είναι μεγαλύτερο από την προσθιοπίσθια διάμετρο της πυελικής εισόδου (Σχήμα 1). Η σχεδόν ταυτόσημη αντιστοιχία της νεογνικής κεφαλής και των διαμέτρων της μητρικής πυέλου (προσθιοοπίσθια, εγκάρσια και λοξή) απαιτεί ένα σύνολο συνδυασμένων κινήσεων με σκοπό την προσαρμογή και τη μετακίνηση του εμβρύου μέσα στο γενετικό σωλήνα της μητέρας με αποτέλεσμα την επιτυχή έξοδο του.³ Τα θεμελιώδη αυτά βήματα είναι τα εξής 7: (α) εμπέδωση, (β) κάθοδος, (γ) κάμψη, (δ) εσωτερική στροφή της κεφαλής, (ε) έκταση της κεφαλής και έξοδός της, (στ) εξωτερική στροφή της κεφαλής και εσωτερική των ώμων και (ζ) έξοδος του κορμού (Σχήμα 2).



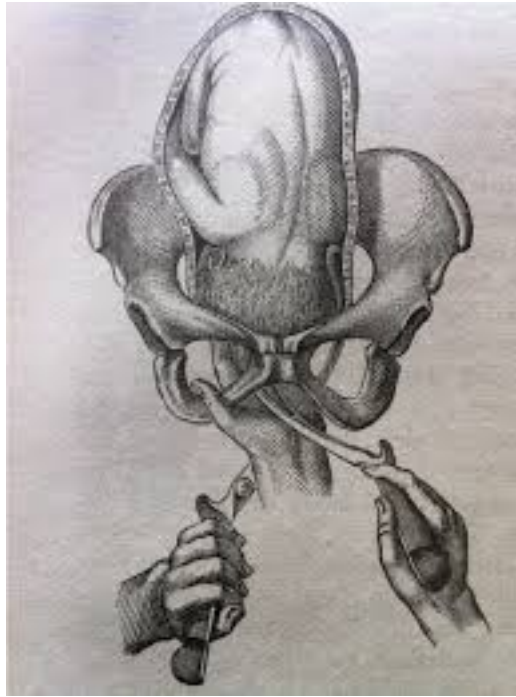
Σχήμα 1. Η σχέση μεταξύ του μεγέθους της εισόδου της μητρικής πυέλου και του μεγέθους της νεογνικής κεφαλής σε διάφορα πρωτεύοντα είδη. Στους πιθήκους (Ateles, Nasalis, Mocaca και Hylobates) οι διαμέτροι του κρανίου του νεογνού είναι ελαφρώς μικρότερες από τις διαμέτρους της πυέλου της μητέρας. Στα είδη Pongo, Pan και Gorilla, η είσοδος της πυέλου είναι σχετικά ευρύχωρη, ενώ στους ανθρώπους η νεογνική κεφαλή είναι μεγαλύτερη από την προσθιοοπίσθια διάμετρο της εισόδου της πυέλου (Rosenberg & Trevathan, BJOG 2002;109:1199).³



© 2015 Encyclopædia Britannica, Inc.

Σχήμα 2. Τα θεμελιώδη βήματα του φυσιολογικού τοκετού. www.britannica.com, 2015.

Έτσι, κατά την διάρκεια χιλιάδων χρόνων, δόθηκε η πρέπουσα σημασία στην περιγεννητική φροντίδα. Πρώιμη απόδειξη αυτής της φροντίδας έχει περιγραφεί από τον Σορανό τον Εφέσιο (98 – 138 μ.Χ.). Ο Σορανός είχε προτείνει την τοποθέτηση ζεστών υφασμάτων εμποτισμένων με λάδι και ζεστά χέρια στο περίνεο ως αποτελεσματικές μεθόδους πρόληψης των κακώσεων του περινέου. Ιατρικές γραπτές αναφορές από τον 11^ο αιώνα περιγράφουν σοβαρά περινεϊκά τραύματα, τα οποία όπως εξηγείται, θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν είχε εφαρμοστεί κάποιου είδους πρόληψη.⁴ Κατά των 18^ο αιώνα πρωτοπαρατηρήθηκε ενασχόληση των ανδρών με την Μαιευτική με αποτέλεσμα την είσοδο περισσότερων τεχνικών και μηχανικών μέσων στον τοκετό. Αυτό οδήγησε στην σταδιακή ανάπτυξη των μεθόδων της Μαιευτικής. Η περινεοτομή, η τομή δηλαδή του περινέου έτσι ώστε να αυξηθεί η έξοδος και να αποφευχθεί το ακούσιο περινεϊκό τραύμα, καθώς και οι εμβρουλκοί, έτυχαν θερμής υποδοχής ως τακτικής στον υποβοηθούμενο τοκετό^{4,5} (Σχήμα 3).



Σχήμα 3. “Die Einfuhrung des rechten Loffels” Scanzoni 1855:818.⁵

Ήδη από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα η βιβλιογραφία τονίζει τη μεγάλη σημασία της αποφυγής του περινεϊκού τραύματος. Ο Flew το 1940⁶ έγραψε το ακόλουθο όσο αφορά τις περινεϊκές κακώσεις:

“Ποια είναι τα πιθανά μειονεκτήματα ενός σχισμένου περινέου; Το μεγαλύτερο είναι μια πλήρης κάκωση του σφιγκτήρα και του βλεννογόνου του πρωκτού, έτσι ώστε να προκληθεί στην ασθενή ακράτεια αερίων και κοπράνων. Αυτό είναι μια καταστροφή....”

Η περινεοτομή έγινε σταδιακά ρουτίνα στην Μαιευτική από το 1940 έως και το 1980 και μάλιστα κάποιοι θα μπορούσαν να πουν ότι το περίνεο είχε αποτελέσει μια ξεχωριστή χειρουργική περιοχή. Τις περισσότερες φορές οι γυναίκες έπρεπε να παραμείνουν ξαπλωμένες σε ύπτια θέση, να τους χορηγηθεί αναισθησία, να ευπρεπιστεί και να καθαριστεί το περίνεο, να καλυφθεί το χειρουργικό πεδίο και να προετοιμαστεί για την χειρουργική επέμβαση που αναπόφευκτα θα ακολουθήσει.⁴

Ωστόσο, ξεκινώντας από τα τέλη της δεκαετίας του '80, η ιατρική παρέμβαση στον φυσιολογικό τοκετό αμφισβητήθηκε εντόνως, θεωρώντας ότι δεν είναι πολλές φορές απαραίτητη η παρέμβαση σε ένα φυσιολογικό τοκετό χαμηλού κινδύνου.^{7,8} Συνεπώς, ένα κίνημα αλλαγής ήρθε κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1980 και 1990, που στόχευσε στην επαναφορά της «παραδοσιακής» μαίας σε πρώτο ρόλο στο φυσιολογικό τοκετό. Βασικά χαρακτηριστικά ήταν η επικέντρωση της προσοχής στην αυτονομία της επιτόκου, αμφισβητώντας την άποψη ότι ο τοκετός και η γέννηση ενός παιδιού αποτελούν παθολογικές καταστάσεις, και η υποστήριξη της μη-ιατρικής περιγεννητικής φροντίδας και παρέμβασης κατά τον τοκετό.⁹ Σε γενικές γραμμές αυτό χαρακτηριζόταν ως κοινωνικό μοντέλο. Η κίνηση αυτή δημιούργησε σε ένα βαθμό μια διαφωνία μεταξύ της επικρατούσας χειρουργικής παράδοσης και του κοινωνικού μοντέλου της φροντίδας του περινέου.⁴ Ένας αυξανόμενος αριθμός ανασκοπήσεων και μελετών διεξήχθη διερευνώντας τις μεθόδους και τις παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού, αμφισβητώντας την χειρουργική παράδοση και το ιατρικό κέρδος έναντι του κόστους. Δύο πεδία έρευνας έγιναν άξονες στην μαιευτική φροντίδα. Η απόδειξη της επισιοτομής έδειξε ότι η επισιοτομή ρουτίνας προκαλούσε περισσότερο σοβαρά τραύματα από μια πιο συντηρητική στάση.¹⁰ Αυτό άλλαξε την πρακτική της επισιοτομής από πρακτική ρουτίνας σε εκλεκτική πρακτική. Περαιτέρω, ερωτήματα σχετικά με το προστατευτικό όφελος της στήριξης του περινέου κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου τοκετού δημιούργησε ένα μικρό αριθμό αναφορών που ανακύρησαν ότι η “hands off” πρακτική έδινε καλύτερα περινεϊκά αποτελέσματα από την “hands on” πρακτική.^{11, 12} Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η προστασία και η στήριξη του περινέου με τα χέρια να μην συστήνεται ειδικά σε καμία από τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της βάσης δεδομένων της Cochrane Pregnancy and Childbirth.¹³ Στις αρχές της νέας χιλιετίας μια σημαντική αλλαγή στην μαιευτική φροντίδα εμφανίστηκε στην Σουηδία. Εναλλακτικές στάσεις της επιτόκου κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενθάρρυνση της γυναίκας να επιλέξει τον τρόπο τοκετού της και εφαρμογή πρακτικών για περινεϊκή προστασία σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με το παρελθόν.¹³

Μια περινεϊκή κάκωση έχει θεωρηθεί ως μια αρνητική εξέλιξη αλλά κάπως αποδεκτή ως μέρος του κολπικού τοκετού.¹⁴ Ωστόσο, ένα αυξανόμενο ποσοστό περινεϊκών τραυματισμών, των μαιευτικών κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού, καθώς και μιας αυξανόμενης γνώσης των πιθανών επιπλοκών των περινεϊκών κακώσεων έθεσαν την προσοχή στην εύρεση μεθόδων προστασίας από τέτοιους τραυματισμούς.^{15,16}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ANATOMIA

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

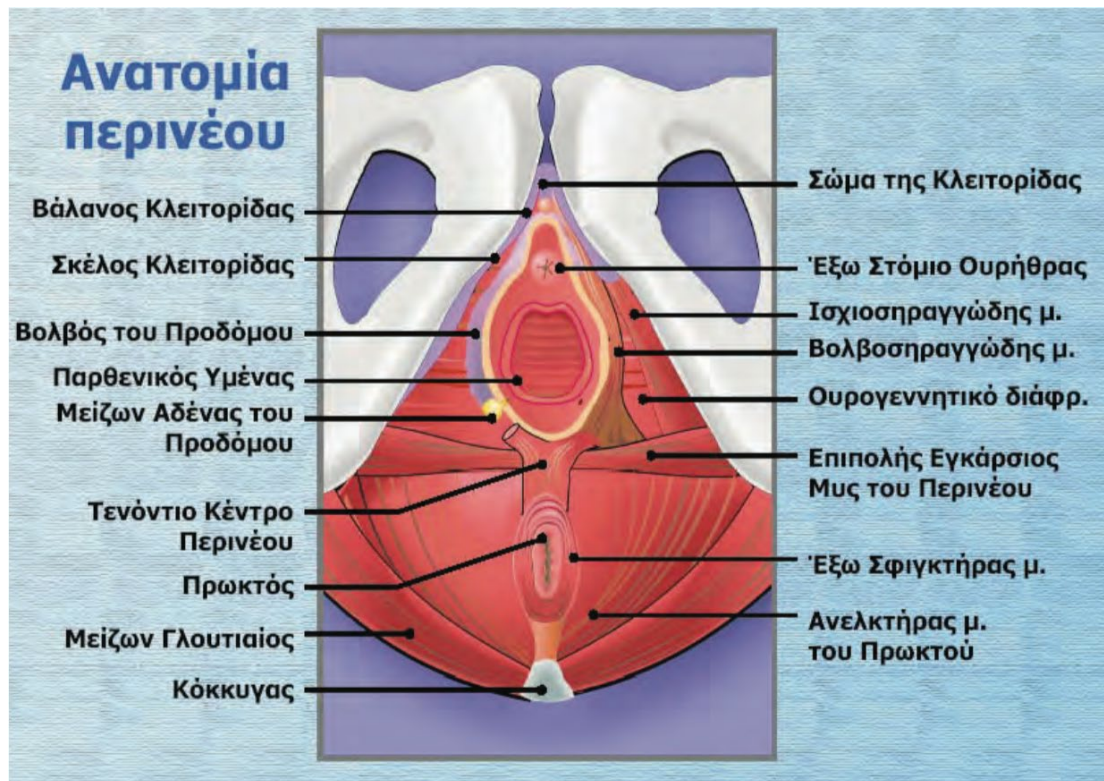
ΑΝΑΤΟΜΙΑ

2.1. Σώμα Περινέου

Το περινεϊκό σώμα, που ονομάστηκε έτσι για πρώτη φορά το 1889,¹⁷ αποτελείται από ένα σύμπλεγμα πολλαπλών στρωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του επιθηλίου και διαφόρων περιτονιών και μυϊκών στρωμάτων, που διαρρηγνύονται κατά τη διάρκεια των σοβαρού βαθμού περινεϊκών κακώσεων. Είναι απαραίτητη η λεπτομερής κατανόηση της ανατομίας του περινέου για την διάγνωση και σωστή επιδιόρθωση των κακώσεων και της αποκατάστασης της περινεϊκής περιοχής.

Από την επιφάνεια προς το βάθος, η ρήξη αφορά το πλακώδες επιθήλιο του περινέου και του κοιλικού βλεννογόνου. Ακριβώς κάτω από αυτή τη στοιβάδα, στο οπίσθιο όριο της εισόδου του κόλπου, βρίσκεται το σώμα του περινέου. Πρόκειται για το τενόντιο κέντρο του περινέου όπου ενώνονται ο βολβοσηραγγώδης μυς με τον επιπολής εγκάρσιο μυ του περινέου και τον έξω σφιγκτήρα μυ του πρωκτού. Το κυριώς σώμα του περινέου έχει τριγωνικό σχήμα όταν φαίνεται σε οβελιαίο επίπεδο. Η βάση του είναι στο περίνεο και η κορυφή του στην κορυφή του κόλπου. Επιπολής και εν τω βάθει σε αυτούς τους μύες είναι τα στρώματα των περινεϊκών ιστών. Κάτω από την εν τω βάθει περιτονία βρίσκεται ο εν τω βάθει εγκάρσιος περινεϊκός μυς και ο ανεκκτήρας μυς του πρωκτού αντίστοιχα. Οπισθίως αυτού, και με κατεύθυνση προς τα κάτω, είναι ο έσω σφιγκτήρας του πρωκτού. Ακριβώς κάτωθεν αυτού βρίσκεται ο βλεννογόνος του ορθού (Σχήμα 4).

Λόγω της δόμης του περινεϊκού σώματος, αποτελούμενο από ένα σύμπλεγμα μυϊκών στρωμάτων και περιτονιών, έχει μεγάλη κλινική σημασία για την ανατομική και μηχανική λειτουργία τόσο της ούρησης όσο και της αφόδευσης (Πίνακας 1).



Σχήμα 4. Ανατομία περινέου. Εγχειρίδιο ALSO, Advanced Life Support in Obstetrics 2017;13:500.

Πίνακας 1. Κλινική σημασία του περινεϊκού σώματος

Στήριξη πρωκτού

Στήριξη κόλπου

Αποτροπή επέκτασης ουρογεννητικού σχίσματος

Παροχή φυσικού φραγμού μεταξύ κόλπου και πρωκτού

Διατήρηση οργασμικής πλατφόρμας (κάτω τριτημόριο κόλπου)

Διατήρηση εγκράτειας ούρων

Νεύρωση από αιδοϊκό νεύρο

Διατήρηση εγκράτειας κοπράνων

Woodman and Graney, Clinical Anatomy 2002;15:321-334.

2.2. Πυελικό Έδαφος

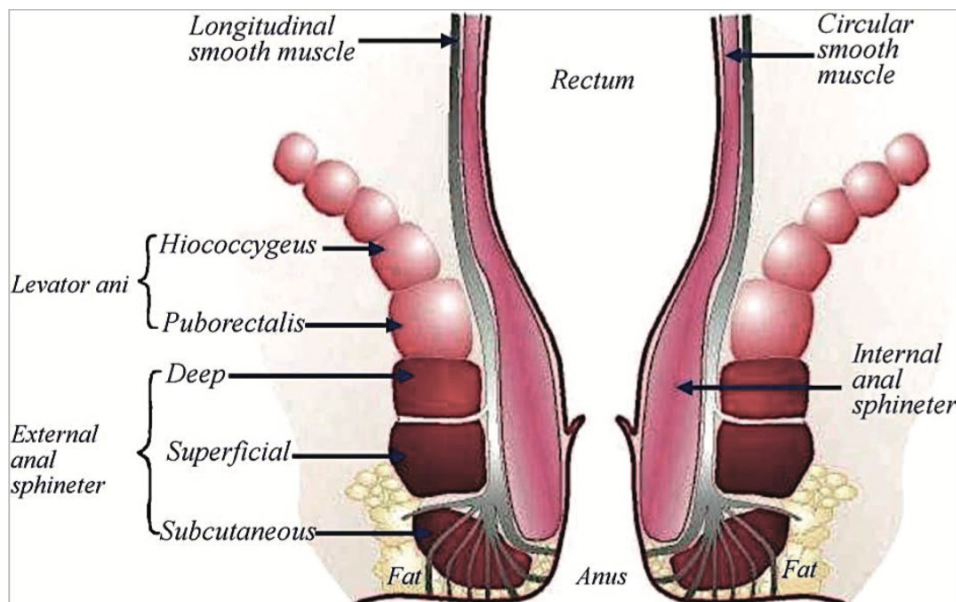
Οι μύες του πυελικού εδάφους μπορεί να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Επιπολής: Βολβοσπογγιώδης μυς, επιπολής εγκάρσιος μυς περινέου και ισchioσπρηαγγώδης μυς.

- Εν τω βάθει: ανελκτήρας μυς του πρωκτού, εν τω βάθει εγκάρσιος μυς περινέου.

2.3. Σφιγκτήρας του Πρωκτού

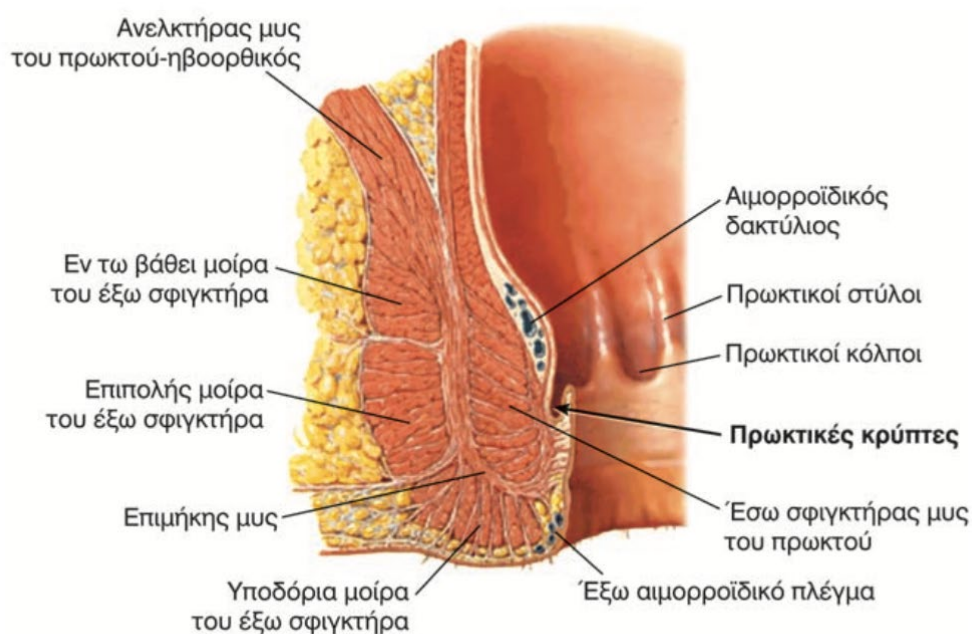
Ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού έχει σχήμα ελλειπτικού κυλίνδρου, πάχους 6-10 χιλ. Αποτελείται από γραμμωτές μυϊκές ίνες και δέχεται σωματική νεύρωση. Για διδακτικούς λόγους περιγράφονται 3 μοίρες: (α) η εν τω βάθει (συνέχεται με τον ηβοορθικό μυ), (β) η επιπολής (προσφύεται στον κόκκυγα με τον πρωκτοκοκκυγικό σύνδεσμο), και (γ) η υποδόρια (προσφύεται στο δέρμα) (Σχήμα 5). Ωστόσο αυτή η υποδιαίρεση είναι δύσκολη να απεικονιστεί κατά την διάρκεια της χειρουργικής αποκατάστασης των σοβαρών ρήξεων του περινέου, και γι' αυτό δεν περιγράφεται σε όλα τα εγχειρίδια της βιβλιογραφίας. Περιβάλλεται από την επιπολής περιτονία του ευθυϊσχιακού βόθρου και υποδόρια από το λίπος του περινέου. Νευρώνεται από το κάτω αιμορροϊδικό νεύρο, κλάδος του έσω αιδοϊκού νεύρου (από το ιερό πλέγμα). Στο 1/3 υπάρχει και επιπλέον περινεϊκός κλάδος από το 4ο ιερό νεύρο.



Σχήμα 5. Elsevier B.V. ScienceDirect. (Reviews in Gynaecological Practice 3. 2003, 188-195).

Ο έσω σφιγκτήρας είναι συνέχεια της κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας του ορθού, απαρτίζεται από λείες μυϊκές ίνες και έχει πάχος 1-5 χιλ. Περιβάλλει τον πρωκτικό σωλήνα μέχρι 1,5 εκ. περιφερικότερα της οδοντωτής γραμμής και δέχεται νεύρωση από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Τέλος, μεταξύ του έσω και έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, που τους χωρίζει και δημιουργεί το διασφιγκτηριακό διάστημα βρίσκεται ο κοινός καταφυτικός επιμήκης μυς. Είναι συνέχεια της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας του ορθού (μαζί με ίνες του ανελκτήρα του ορθού και του ηβοορθικού). Οι ίνες του διασχίζουν τους σφιγκτήρες και καταλήγουν στο δέρμα ή στο επιθήλιο του πρωκτικού σωλήνα (Σχήμα 6).



Σχήμα 6. Μύες πρωκτού. Α. Μιχαλόπουλος, Σ. Αποστολίδης, Σ. Νέττα, Χειρουργικές παθήσεις παχέος εντέρου και πρωκτού, σελ. 15-22.

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΕΠΙΤΩΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΕΠΙΠΤΩΣΗ

3.1. Εισαγωγή

Οι πρώτες ένδειξεις σοβαρού περιγεννητικού τραύματος που προκλήθηκε κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού προέρχονται από τη μούμια του Henhenit, μια Αιγύπτια γυναίκα περίπου 22 ετών από το χαρέμι του βασιλιά Μεντουχότεπ II της Αιγύπτου το 2050 π.Χ. Η πύελος της γυναίκας αυτής είχε ανώμαλο σχήμα και υπήρχε μια ρήξη του κόλπου επεκτεινόμενη στην ουροδόχο κύστη και τον πρωκτό. Πιθανολογείται ότι για αυτούς τους σοβαρούς περιγεννητικούς τραυματισμούς ευθύνεται μια σοβαρή κεφαλοπυελική δυσαναλογία.¹⁹

Στις κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού εμπλέκεται ο πρωκτικός σωλήνας. Η ανατομική αυτή δομή είναι περίπου 2-5 εκ.²⁰ μήκος και περιβάλλεται, όπως προαναφέρθηκε, από τον έξω και έσω πρωκτικό σφιγκτήρα. Οι μαιευτικοί τραυματισμοί ταξινομούνται αναλόγως το βαθμό του περινεϊκού ιστού και του σφιγκτήρα που εμπλέκονται στο τραύμα.²¹ Οι σοβαρού βαθμού κακώσεις του περινέου αποτελούν τον κυριότερο αιτιοπαθογόνο μηχανισμό για την ακράτεια κοπράνων και αερίων στις γυναίκες. Η ακράτεια κοπράνων και αερίων συναντάται στο 30-50% των γυναικών που υπέστησαν σοβαρού βαθμού κακώση περινέου, παρόλο την αρχική επιδιόρθωση.²²⁻²⁴

3.2. Ταξινόμηση

Τρία είναι τα βασικά συστήματα ταξινόμησης των κακώσεων περινέου που είναι ευρέως γνωστά (Πίνακας 2):

- Ταξινόμηση Martius
- Ταξινόμηση Williams Obstetrics Textbook
- Ταξινόμηση Sultan

Πίνακας 2. Σύγκριση ταξινομήσεων μαιευτικών περινεϊκών κακώσεων.

	Martius	Williams Obstetric	Sultan/RCOG
Τραυματισμός της δερματικής επιφάνειας ή/και του βλεννογόνου του κόλπου	1	1	1
Τραυματισμός που αφορά στους μύες του περινέου	2	2	2
Ρήξη <50% του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού	2	3	3A
Ρήξη ≥50% του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού	3	3	3B
Ρήξη του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού	3	3	3C
Ρήξη του σφιγκτήρα του πρωκτού και του βλεννογόνου του ορθού	3	4	4

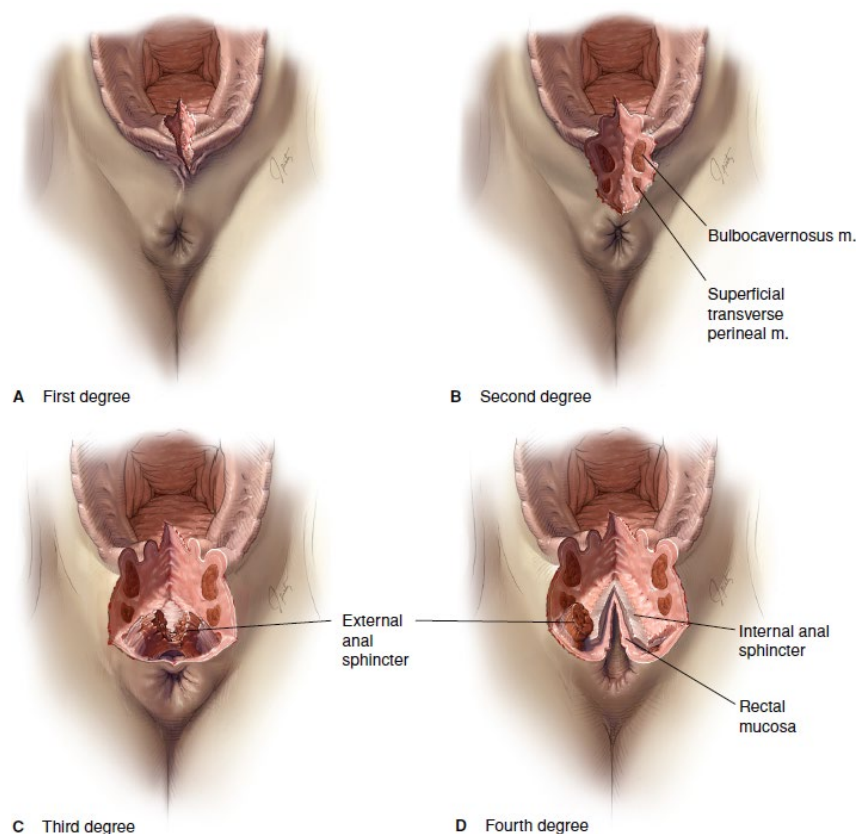
Το σύστημα Martius ταξινομεί το περινεϊκό τραύμα σε τρεις βαθμούς, ενώ τα συστήματα Williams Obstetrics Textbook και Sultan χρησιμοποιούν τέσσερις βαθμούς. Επιπλέον, στο σύστημα Sultan, η 3^{ου} βαθμού περινεϊκή ρήξη υποδιαιρείται σε τρεις επιπλέον βαθμούς.²⁵⁻²⁹

Η 1^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου ορίζεται ίδια και στις τρεις ταξινομήσεις, και αναφέρεται στον τραυματισμό της δερματικής επιφάνειας του περινέου ή/και του βλεννογόνου του κόλπου. Η ρήξη 2^{ου} βαθμού κατά Martius περιλαμβάνει μερική ρήξη του πρωκτικού σφιγκτήρα, ενώ η 3^{ου} βαθμού ρήξη περιλαμβάνει την πλήρη ρήξη του σφιγκτήρα. Στις ταξινομήσεις Williams Obstetrics Textbook και Sultan, η 2^{ου} βαθμού ρήξη περιλαμβάνει τους επιπολείς μύες του περινέου αλλά όχι τον πρωκτικό σφιγκτήρα. Η 3^{ου} βαθμού ρήξη στην ταξινόμηση Williams καλείται μερική ρήξη και περιλαμβάνει οποιαδήποτε ρήξη του πρωκτικού σφιγκτήρα, ενώ η ρήξη 4^{ου} βαθμού αναφέρεται στην ρήξη του βλεννογόνου του ορθού και καλείται πλήρης ρήξη. Στην ταξινόμηση Sultan (Πίνακας 3), η ταξινόμηση 3^{ου} βαθμού υποδιαιρείται σε τρεις υποκατηγορίες (3A, 3B και 3C), ενώ η ρήξη 4^{ου} βαθμού περιλαμβάνει κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού και του βλεννογόνου του ορθού (Σχήμα 7). Η

ταξινόμηση επινοήθηκε από τον Sultan το 1999, η οποία υιοθετήθηκε από το Royal College of Obstetrics and Gynaecology (RCOG) και πλέον χρησιμοποιείται διεθνώς. Στην ταξινόμηση κατά Sultan, αν υπάρχει αμφιβολία στην τελική διάγνωση, θα πρέπει να επιλέγεται η υψηλότερη ταξινόμηση βλάβης.

Πίνακας 3. Ταξινόμηση Μαιευτικών Κακώσεων κατά Sultan. Λουτράδης, Μαιευτική και Γυναικολογία, 116: 970-974, 2018.

1 ^{ου} βαθμού	Τραυματισμός της δερματικής επιφάνειας ή/και του βλεννογόνου του κόλπου
2 ^{ου} βαθμού	Τραυματισμός που αφορά στους μύες του περινέου, αλλά όχι στο σφιγκτήρα του πρωκτού
3 ^{ου} βαθμού	Τραύμα στο περίνεο συμπεριλαμβανομένου του σφιγκτήρα του πρωκτού
	3A: ρήξη <50% του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού
	3B: ρήξη ≥50% του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού
	3C: ρήξη του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού
4 ^{ου} βαθμού	Κάκωση 3 ^{ου} βαθμού και ρήξη του βλεννογόνου του ορθού



Σχήμα 7. Ρήξεις περινέου. www.accessmedicine.mhmedical.com.

3.3. Επίπτωση

Η συχνότητα εμφάνισης των ρήξεων περινέου σοβαρού βαθμού (3^{ου} και 4^{ου}) κυμαίνεται από 0,6 έως 10,2%.^{15,30,31} Είναι πραγματικά δύσκολο να εκτιμηθεί η πραγματική επίπτωση των ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου}. Υπάρχουν σφάλματα στα αναφερόμενα αποτελέσματα, και αυτό συμβαίνει λόγω της ύπαρξης μεγάλης ποικιλίας διαφορετικών τρόπων προσέγγισης, εξετάσεων και εργαλείων για την αναγνώριση των σοβαρών ρήξεων. Μελέτες cohort από τις Η.Π.Α. αναφέρουν μια επίπτωση που κυμαίνεται από 2,8 έως 23,0%^{32,33} σε πρωτότοκες γυναίκες ενώ η επίπτωση στην Ευρώπη, μέσα από μελέτες, έδειξαν ότι κυμαίνεται από 0,4 έως 25,0%.^{24,30,34,35} Ωστόσο, μια μετα-ανάλυση και μια προοπτική μελέτη cohort αναφέρουν ότι η πραγματική συχνότητα εμφάνισης των ρήξεων περινέου σοβαρού βαθμού, 3^{ου} και 4^{ου}, είναι 27,0-28,0% στις πρωτότοκες γυναίκες και 8,5% στις πολύτοκες όταν χρησιμοποιείται 3D/4D υπερηχογραφία στην διαγνωστική προσέγγιση.^{36,37} Όσο αφορά στοιχεία από τις αναπτυσσόμενες χώρες, αυτά είναι λίγα και πτωχής ποιότητας. Σε μια μελέτη που διερευνά την επίπτωση των ρήξεων σοβαρού βαθμού σε 24 αναπτυσσόμενες χώρες, οι οποίες βρίσκονται στην Αφρική, Ασία και Λατινική Αμερική, βρέθηκαν εξαιρετικά υψηλές μεταβολές στον αναφερόμενο επιπολασμό.³⁸ Σε ένα σύνολο 372 κέντρων που συμμετείχαν στη μελέτη, 142 από αυτά (38,1%) δεν ανέφεραν καμία περίπτωση περινεϊκών κακώσεων σοβαρού βαθμού (3^{ου} και 4^{ου}), ενώ αντίθετα κάποια άλλα κέντρα ανέφεραν επίπτωση πάνω από το 60%. Φαίνεται δηλαδή ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχει είτε υποδιάγνωση είτε υπερδιάγνωση των ρήξεων,³⁸ με αποτέλεσμα το μέγεθος του προβλήματος να παραμένει άγνωστο. Όσο αφορά τις Αραβικές χώρες, δεν υπάρχουν καθόλου αναφορές.

Υπάρχουν καλές και αξιόπιστες μελέτες από τις Σκανδιναβικές χώρες. Αυτό συμβαίνει λόγω της άρτιας λειτουργίας του συστήματος υγείας σε αυτές τις χώρες, καθώς και στη καταγραφή όλου του μαιευτικού ιστορικού στο ηλεκτρονικό μητρώο των ασθενών. Το 2004, η επίπτωση των σοβαρών περινεϊκών ρήξεων στη Νορβηγία ήταν στο 4,1%, στη Σουηδία στο 5,2% και στη Δανία στο 3,6%, ενώ στη Φιλανδία το ποσοστό ήταν μόλις στο 0,6%.³⁹

Συνολικά, μελέτες που εξετάζουν την συχνότητα εμφάνισης των σοβαρού βαθμού περινεϊκών ρήξεων με βάση τη WHO's International Classification of Diseases⁴⁰ αναφέρουν ποσοστό εμφάνισης κυμαινόμενο μεταξύ 4% έως 6,6% όλων των κολπικών τοκετών⁴¹⁻⁴⁴ με υψηλότερα ποσοστά στους υποβοηθούμενους κολπικούς τοκετούς (6%) σε σχέση με τους φυσιολογικούς τοκετούς (5,7%).⁴⁵

Συνήθως, οι ρήξεις περινέου σοβαρού βαθμού υποδιαγιγνώσκονται κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά του τοκετού από τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται με την Μαιευτική. Μια μελέτη αναφέρει ότι το συνολικό ποσοστό των περινεϊκών ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού που δεν διαγιγνώσκονται κυμαίνεται μεταξύ 26% έως 87%.⁴⁶ Σε αυτή τη μελέτη, όλες οι πρωτότοκες γυναίκες εξετάστηκαν από έναν ειδικευόμενο ιατρό αμέσως μετά ακολούθησε η εκτίμηση και ταξινόμηση από έναν ειδικευμένο Μαιευτήρα, ενώ είχε επιβεβαιωθεί ο βαθμός της ρήξης με τη χρήση ενδοορθικού υπερηχογραφήματος (αποτελεί το gold standard της διάγνωσης). Όταν ακολουθείται αυτός ο τρόπος συστηματικής διαγνωστικής προσέγγισης (κλινική εκτίμηση και ενδοορθικό υπερηχογράφημα) πριν την επιδιόρθωση της ρήξης σε όλες της γυναίκες, μόλις το 1,6% των περιπτώσεων (3/182 γυναίκες) δεν διαγιγνώσκεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου για τις σοβαρού βαθμού ρήξεις περινέου μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- Μητρικοί
- Εμβρυϊκοί
- Μαιευτικοί
- Διαχείρισης τοκετού και προσωπικοί παράγοντες

Παράλληλα, οι παράγοντες κινδύνου θα μπορούσαν να ταξινομηθούν και ως τροποποιήσιμοι ή μη τροποποιήσιμοι παράγοντες, καθώς και τρόπος ενέργειας και παρέμβασης. Τα χαρακτηριστικά τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου είναι ως επί το πλείστον μη τροποποιήσιμα, όπως ο αριθμός προηγούμενων τοκετών της μητέρας, η ηλικία της, καθώς και το μέγεθος του εμβρύου. Τα χαρακτηριστικά αυτά έχουν μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό ως παράγοντες κινδύνου για ρήξεις περινέου 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού, όπως επίσης έχουν μελετηθεί ο επεμβατικός τοκετός, η χρήση δηλαδή είτε σικουλικίας είτε μεταλλικών εμβρυουλκών, η επισιотоμή και η επισκληρίδιος αναισθησία. Πολλοί παράγοντες ή ιατρικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με τη διαχείριση του 2^{ου} σταδίου τοκετού, του σταδίου της εξώθησης, μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση σοβαρού βαθμού ρήξεων περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού, όπως η θέση τοκετού της επιτόκου κατά την έξοδο του εμβρύου, διάφοροι μέθοδοι εξώθησης του εμβρύου, η πίεση στον πυθμένα της μήτρας από έναν βοηθό κατά τη διάρκεια της ωδίνας ενώ ταυτόχρονα η γυναίκα εξωθεί (χειρισμός Kristeller), η προετοιμασία του περινέου κατά τη διάρκεια του τοκετού και η υποστήριξη αυτού κατά την έξοδο τόσο της κεφαλής όσο και του κορμού του εμβρύου, και τέλος, η τέλεση επισιотоμής και ο τρόπος τέλεσής της. Οι παράγοντες αυτοί είναι δύσκολο να μελετηθούν λόγω της «πρόκλησης» για ακριβή τεκμηρίωση και αντικειμενική καταγραφή των γεγονότων και παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η «πρόκληση» αυτή μπορεί να έχει συμβάλλει έτσι ώστε να υπάρχουν

ελάχιστες μελέτες για αυτές τις παρεμβάσεις κατά διάρκεια του 2^{ου} σταδίου τοκετού ως παράγοντες κινδύνου κακώσεων του περινέου. Είναι σημαντικό ότι οι μαιευτικές παρεμβάσεις μπορούν να τροποποιηθούν, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμού, σε αντίθεση με τα χαρακτηριστικά της μητέρας και του εμβρύου, τα οποία αποτελούν μη τροποποιήσιμοι παράγοντες.

4.1. Μητρικοί Παράγοντες Συσχετιζόμενοι με Ρήξεις Περινέου Σοβαρού Βαθμού.

Οι μητρικοί παράγοντες περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά της μητέρας τα οποία δεν μπορούν να τροποποιηθούν τη στιγμή του τοκετού. Τα χαρακτηριστικά της μητέρας αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι όσο αφορά την εκτίμηση του κινδύνου πιθανής ρήξης του περινέου, και η πρωτοτοκία είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τις περινεϊκές κακώσεις.

Αριθμός Προηγούμενων Τοκετών (parity)

Οι πρωτότοκες γυναίκες έχουν αναμφισβήτητα μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρού βαθμού περινεϊκές κακώσεις σε σχέση με τις πολύτοκες με προηγούμενους κολπικούς τοκετούς. Μεγάλες μελέτες καταλήγουν ότι οι πρωτότοκες έχουν 2-7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τις πολύτοκες.^{47,48,49,50} Αυτή η προσαύξηση του κινδύνου στις πρωτότοκες είναι η μεγαλύτερη αύξηση που έχει σημειωθεί από όλους τους μητρικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί. Αντίστοιχα, ο κίνδυνος μειώνεται καθώς αυξάνεται ο αριθμός των τοκετών μιας γυναίκας.^{48,50} Ωστόσο, γυναίκες με προηγηθείσες καισαρικές τομές μόνο, χωρίς ιστορικό κολπικών τοκετών, έχουν υψηλότερο κίνδυνο για σοβαρές περινεϊκές κακώσεις σε σχέση με άτοκες γυναίκες που πρόκειται να γεννήσουν πρώτη τους φορά.^{47,48,51,52}

Ηλικία της Μητέρας

Γυναίκες μεγαλύτερες σε ηλικία έχουν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές περινεϊκές κακώσεις σε κάποιο βαθμό. Στη μελέτη του Gerdin et al., η επίδραση της ηλικίας της

μητέρας ήταν σημαντική για σοβαρού βαθμού ρήξεις του περινέου, μόνο όταν το βάρος γέννησης του εμβρύου ήταν άνω των 4.000 γραμ. Σε μια πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση, η επίδραση του βάρους γέννησης υπερέβη την επίδραση της ηλικίας της μητέρας.⁵³ Στη μελέτη του Ampt et al. η συσχέτιση μεταξύ των 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού περινεϊκών ρήξεων και αυξανόμενης ηλικίας της μητέρας ήταν ασήμαντη μεταξύ των ομάδων αναλόγως τον αριθμό των τοκετών της κάθε γυναίκας και των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων.⁵¹ Στη μελέτη του Landy et al. η αύξηση της ηλικίας ήταν ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου μόνο μεταξύ των άτοκων γυναικών.⁵⁴

Η επίδραση της νεαρής ηλικίας της μητέρας στις ρήξεις του περινέου διαφέρουν σε διάφορες μελέτες. Στις περισσότερες μελέτες, οι γυναίκες κάτω των 20 ετών έχουν μειωμένο κίνδυνο,^{47,48,49,51} αλλά σε κάποιες μελέτες οι νεαρότερες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο ρήξεων.^{55,56}

Δείκτης Μάζας Σώματος της Μητέρας, Ύψος, Βάρος και Αύξηση Βάρους κατά την Κύηση

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος της μητέρας (ΔΜΣ) έχει μελετηθεί ελάχιστα, πιθανώς λόγω ότι το βάρος και το ύψος δεν καταγράφονται σε όλα τα ιστορικά των γυναικών.

Το ύψος της μητέρας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τον κίνδυνο ρήξεων του περινέου.^{55,56} Η μελέτη του Räisänen et al. έδειξε ότι ο Δείκτης Μάζας Σώματος δεν συσχετίζεται με τον κίνδυνο πρόκλησης ρήξεων περινέου σοβαρού βαθμού εάν έχουν ρυθμιστεί υπόλοιποι παράγοντες κινδύνου.^{55,56} Η μελέτη του Landy et al. έδειξε μειωμένο κίνδυνο για γυναίκες με Δείκτη Μάζας Σώματος > 30, όταν πρόκειται για άτοκο. Μεταξύ πολύτοκων γυναικών δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ Δείκτη Μάζας Σώματος και ρήξεων περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού.⁵⁴ Τέλος, υπέρβαρες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο μακροσωμικού εμβρύου, ο οποίος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τις κακώσεις του περινέου.

Εθνικότητα της Μητέρας

Μερικές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι Ασιάτισσες έχουν αυξημένο κίνδυνο για περινεϊκές κακώσεις κατά την διάρκεια του τοκετού,^{47,51,54} ενώ αντιθέτως οι Αφροαμερικάνες και Λατίνες έχουν μειωμένο κίνδυνο σε σύγκριση με τις Λευκές.⁴⁷ Η μελέτη του Baghestan et al. έδειξε αυξημένο κίνδυνο για περινεϊκές κακώσεις σοβαρού βαθμού τόσο στις Αφροαμερικάνες όσο και στις Ασιάτισσες συγκρινόμενες με τις Ευρωπαίες.⁴⁸ Ωστόσο, η επισκόπηση από τους Wheeler et al. κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ασιατική καταγωγή δε συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για περινεϊκές κακώσεις.⁵⁷ Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να εξηγηθούν με τους διαφορετικούς ορισμούς του όρου “ασιατική εθνικότητα” μεταξύ των μελετών.

Προηγούμενη Κάκωση Περινέου Σοβαρού Βαθμού και Κίνδυνος Επανεμφάνισης σε Επόμενο Τοκετό

Η κάκωση του σφιγκτήρα του ορθού σε προηγούμενο τοκετό αυξάνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης σε επόμενο τοκετό σύμφωνα με μελέτες κατά 4,2-5,9 φορές^{58,59} και κατά 4,3 φορές.⁶⁰ Ο κίνδυνος επανεμφάνισης κάκωσης του περινέου αυξάνεται αναλόγως της αύξησης του βάρους γέννησης του νεογνού,⁵⁸⁻⁶⁰ κατά 10 φορές όταν το βάρος είναι άνω των 4.000 γραμ., και κατά 23,6 φορές όταν το βάρος γέννησης είναι άνω των 5.000 γραμ. Ένας μετέπειτα επεμβατικός τοκετός αυξάνει τον κίνδυνο κάκωσης κατά πολύ, 5 φορές, και επίσης μία 4^{ου} βαθμού κάκωση του περινέου στον πρώτο τοκετό της γυναίκας αυξάνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης της κάκωσης.⁵⁸⁻⁶⁰

Τύπος Μητρικού Ιστού, Ανωμαλία Κολλαγόνου και Κίνδυνος Περινεϊκών Ρήξεων

Έχει προταθεί ένας τύπος μητρικού ιστού ο οποίος προδιαθέτει σε κακώσεις και σχετίζεται με περινεϊκές κακώσεις σοβαρού βαθμού. Ωστόσο, μια τέτοια υπόθεση είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, καθώς ο τύπος του ιστού δεν είναι τόσο εύκολο να μετρηθεί ή να καθοριστεί. Μερικές μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της πρόπτωση των πυελικών οργάνων, της ακράτειας ούρων και τον τύπο του ιστού,

αλλά σπανίως διερευνάται η κακωση 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού του περινέου σε αυτές τις μελέτες.

Το σύνδρομο υπερκινητικότητας των αρθρώσεων, ή αλλιώς σύνδρομο καλοήθους υπερεφυλγισίας των αρθρώσεων (BJHS) χαρακτηρίζεται από μυοσκελετικά συμπτώματα συνδεόμενα με γενικευμένη υπερεφυλγισία των αρθρώσεων, χωρίς όμως υποκείμενα συγγενή σύνδρομα ή ανωμαλίες του συνδετικού ιστού, πιστεύεται ότι υποδηλώνει ανωμαλία του κολλαγόνου και οι Knoerr et al. έχουν περιγράψει μια προστατευτική επίδραση του συνδρόμου έναντι των περινεϊκών ρήξεων.⁵¹ Το κάπνισμα μειώνει τον κίνδυνο ρήξεων του περινέου κατά 28% για όλες τις ομάδες βάρους γέννησης. Η βιολογική εξήγηση είναι ότι το κάπνισμα επιδρά στη σύνθεση του κολλαγόνου και ως εκ τούτου προκαλεί αλλαγές στους περιγεννητικούς ιστούς.^{48,62}

4.2. Εμβρυικοί Παράγοντες Συσχετιζόμενοι με Ρήξεις Περινέου Σοβαρού Βαθμού.

Τα χαρακτηριστικά του εμβρύου που αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για ρήξεις του περινέου σοβαρού βαθμού είναι ως επί το πλείστον μη τροποποιήσιμοι, όπως το βάρος γέννησης του εμβρύου, η ανώμαλη προβολή ή η δυστοκία ώμων.

Βάρος Γέννησης του Εμβρύου

Το βάρος γέννησης του εμβρύου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τις σοβαρού βαθμού ρήξεις περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού, όπως αυτό συμπεραίνεται από πολυάριθμες μελέτες. Η μακροσωμία εμβρύου, όπως αυτή ορίζεται ως γέννηση εμβρύου με βάρος > 4.000 γραμ. σχετίζεται με σοβαρού βαθμού περινεϊκές κακώσεις, τόσο των σφιγκτήρων του πρωκτού, έξω και έσω, τόσο και του βλεννογόνου του ορθού με άυξηση του κινδύνου κατά 2.17 έως 9,2.^{47,48,49,54} Σε γεννήσεις εμβρύου με βάρος γέννησης > 4.500 γραμ. ο κίνδυνος εμφάνισης περινεϊκών κακώσεων αυξάνεται ακόμα περισσότερο, κατά 10,5-13,6 φορές.⁵⁴

Το βάρος γέννησης του εμβρύου αποτελεί, όπως προαναφέρθηκε, έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τις σοβαρού βαθμού ρήξεις περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού. Ωστόσο, η μεγάλη πλειοψηφία, 70-90%, των περινεϊκών κακώσεων εμφανίζεται σε τοκετούς εμβρύων με βάρος γέννησης μικρότερο των 4.000 γραμ.^{47,51,54,63,64,65} ενώ σε ένα ποσοστό 52-56% εμφανίζονται σε τοκετούς εμβρύων κάτω των 3.500 γραμ.^{51,54,65}

Ανώμαλη Προβολή του Εμβρύου

Όταν ένα έμβρυο γεννιέται σε οπίσθια ινιακή προβολή, αυτό σημαίνει ότι η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου έχει μεγαλύτερη διάμετρο σε σχέση με την πρόσθια ινιακή προβολή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ασκείται μεγαλύτερη πίεση στις περινεϊκές δομές. Μια εμμένουσα οπίσθια ινιακή προβολή αυξάνει τον κίνδυνο για περινεϊκές κακώσεις κατά 1,73-3,2 φορές.^{49,50} Ωστόσο, λόγω της χαμηλής συχνότητας εμφάνισης της οπίσθιας ινιακής προβολής, μόλις στο 2%, η ανώμαλη αυτή προβολή ευθύνεται για ένα πολύ μικρό ποσοστό σοβαρών περινεϊκών κακώσεων.^{49,66} Πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό εμβρύων σε οπίσθια ινιακή προβολή γεννιούνται με υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό, χρήση είτε μεταλλικών εμβρυουλκών είτε αναρροφητικής εμβρυουλκίας, γεγονός που αυξάνει ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο εμφάνισης περινεϊκών κακώσεων.⁶⁶

Δυστοκία Ώμων

Η δυστοκία ώμων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών ρήξεων του περινέου με αύξηση του σχετικού κινδύνου κατά 2,0-2,67.^{47,50} Αυτή η σοβαρή μαιευτική επιπλοκή, με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα, είναι σπάνια, με ποσοστό εμφάνισης μόλις σε 0,5-2% του συνόλου των κολπικών τοκετών, με αποτέλεσμα να ευθύνεται για ένα μικρό ποσοστό περινεϊκών κακώσεων σοβαρού βαθμού. Μάλιστα σε μερικές μελέτες που αξιολογούνται οι περινεϊκές κακώσεις, οι περιπτώσεις κακώσεων λόγω δυστοκίας ώμων εξαιρούνται.^{54,63}

Εμβρυϊκή Δυσχέρεια και Περινεϊκές Κακώσεις

Ο μη καθησυχαστικός εμβρυϊκός καρδιακός παλμός μπορεί να αποτελέσει αίτιο βεβιασμένης περάτωσης του τοκετού, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο σοβαρών ρήξεων του περινέου. Το ζήτημα αυτό έχει μελετηθεί ελάχιστα. Οι Handa et al. βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της εμβρυϊκής δυσχέρειας και των σοβαρών περινεϊκών ρήξεων, με αύξηση του σχετικού κινδύνου κατά 1.13.⁴⁷ Η μελέτη των Sheiner et al. επίσης έδειξε αύξηση του σχετικού κινδύνου για περινεϊκές ρήξεις κατά 11,7 αλλά η αύξηση αυτή δεν ήταν σημαντική σε πολυπαραγοντικές μελέτες.

4.3. Μαιευτικές Παρεμβάσεις και Ρήξεις Περινέου Σοβαρού Βαθμού

Γυναίκες χωρίς άλλον κολπικό τοκετό στο ιστορικό τους χρειάζονται περισσότερες μαιευτικές παρεμβάσεις από τις πολύτοκες, και συνήθως η μια παρέμβαση οδηγεί σε άλλη παρέμβαση. Δεν είναι εύκολο να διευκρινιστεί η αιτιολογική σχέση μεταξύ της πρωτοτοκίας και των μαιευτικών παρεμβάσεων και επεμβάσεων.

Τύπος Τοκετού

Οι επεμβατικοί τοκετοί σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για ρήξεις περινέου σοβαρού βαθμού σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό. Σύμφωνα με το συμπέρασμα ανασκοπήσης της Cochrane η οποία βασίστηκε σε 10 τυχαιοποιημένες μελέτες,⁶⁷ οι μεταλλικοί εμβρυουλκοί παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για περινεϊκές κακώσεις από ότι η σικουλικία. Ομοίως, σε άλλες μεγάλες μελέτες, η επίπτωση των περινεϊκών ρήξεων είναι υψηλότερη (8,1-16%) όταν γίνεται χρήση των μεταλλικών εμβρυουλκών για την περάτωση του τοκετού, σε σύγκριση με την επίπτωση των ρήξεων, 6,0-15,5% όταν χρησιμοποιείται αναρροφητική εμβρυουλκία.^{47,48,51} Επίσης, όπως φαίνεται από την μελέτη των Dandolu et al., η επίπτωση των σοβαρών περινεϊκών ρήξεων λόγω χρήσης μεταλλικών εμβρυουλκών αυξάνεται όσο υψηλότερη είναι η θέση της προβάλλουσας μοίρας όταν

εφαρμόζεται η εμβρυουλκία. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι όταν εφαρμόζεται χαμηλή εμβρυουλκία με μεταλλικούς εμβρυουλκούς, η επίπτωση των 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού ρήξεων περινέου είναι 20%, επί μέσης εμβρυουλκίας είναι 23% και όταν εφαρμόζεται υψηλή εμβρυουλκία η επίπτωση αυξάνεται σημαντικά στο 75%.⁶⁸

Επισκληρίδιος Αναισθησία

Η χρήση επισκληριδίου αναισθησίας κατά τον κολπικό τοκετό πιθανώς δεν προδιαθέτει για σοβαρού βαθμού ρήξεων περινέου, αν και τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα σε διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η επίδραση της επισκληριδίου αναισθησίας στην επίπτωση των σοβαρών περινεϊκών ρήξεων είναι είτε αδιάφορη,⁴⁹ είτε αυξάνει τον κίνδυνο,⁴⁸ είτε τον μειώνει, είτε καμία επίδραση μετά και την εφαρμογή και άλλων παραγόντων κινδύνου για περινεϊκές κακώσεις.⁴⁷

Διάρκεια Δεύτερου Σταδίου Τοκετού

Το παρατεταμένο δεύτερο στάδιο τοκετού (>60 λεπτά) αποτελεί έναν ανεξάρτητο προδιαθεσικό παράγοντα για σοβαρού βαθμού περινεϊκές κακώσεις, με αύξηση του σχετικού κινδύνου κατά 1,49-5,4^{47,49,54} και είναι ένας παράγοντας ο οποίος σχετίζεται ισχυρά με την πρωτοτοκία, το μεγάλο βάρος γέννησης του εμβρύου και τις ανώμαλες προβολές. Οι Landy et al. ταξινόμησαν τη διάρκεια του δευτέρου σταδίου τοκετού σε τέσσερις κατηγορίες, και έδειξαν ότι ο κίνδυνος για σοβαρού βαθμού περινεϊκές ρήξεις αυξάνεται σε κάθε κατηγορία καθώς αυξάνεται η διάρκεια του σταδίου της εξώθησης (δεύτερο στάδιο τοκετού).

Μέθοδοι Εξώθησης Κατά το Δεύτερο Στάδιο Τοκετού

Η εκούσια εξώθηση της γυναίκας κατά τη διάρκεια της ωδίνας στο δεύτερο στάδιο τοκετού με κλειστή τη γλωττίδα (μέθοδος Valsalva) φαίνεται να μην επηρεάζει την επίπτωση εμφάνισης περινεϊκών ρήξεων σοβαρού βαθμού.⁶⁹ Ωστόσο, σε αυτή τη τυχαιοποιημένη μελέτη, ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που συμμετείχαν δεν

είχαν την ικανότητα να χρησιμοποιήσουν τη μέθοδο της εκούσιας εξώθησης. Το 15% των γυναικών δεν μπορούσε να εξωθήσει με κλειστή τη γλωττίδα, και ένα 34% γυναικών που τυχαιοποιήθηκαν να εξωθήσουν αυθόρμητα με ανοιχτή γλωττίδα, τελικά έσπρωχναν με μέθοδο Valsalva (κλειστή γλωττίδα). Έτσι, η «επιμόλυνση» της μελέτης ήταν πρόβλημα και στα δύο στοιχεία της μελέτης, και σίγουρα αυτό έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα της μελέτης.

Πρόκληση Τοκετού και Ωδινοποίηση με Ωκυτοκίνη

Τα αποτελέσματα από τις μελέτες πάνω στην επίδραση της πρόκλησης του τοκετού και της ωδινοποίησης με ωκυτοκίνη στον επιπολασμό των περινεϊκών ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού είναι αντικρουόμενα, και πιθανώς να μην έχουν καμία επίδραση.^{48,49,51} Η πρόκληση και η ενίσχυση των ωδινών με ωκυτοκίνη μπορεί να αποτελέσουν συνεργικοί προδιαθεσικοί παράγοντες για τις περινεϊκές ρήξεις όταν συνδυαστούν με άλλους μαιευτικούς παράγοντες, όπως η πρωτοτοκία, ο παρατεταμένος τοκετός, ο επεμβατικός τοκετός ή το μεγάλο βάρος γέννησης του εμβρύου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πρώιμη διάγνωση μιας μαιευτικής κάκωσης του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού είναι πολύ σημαντική,⁷⁰ διότι μια μη διορθωμένη ρήξη 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ακράτειας κοπράνων ή και πρωκτού στο μέλλον.⁷¹⁻⁷⁴

Δεν διαγιγνώσκονται όλες οι ρήξεις του σφιγκτήρα του πρωκτού αμέσως μετά τον τοκετό. Οι ρήξεις του σφιγκτήρα οι οποίες δεν ανιχνεύονται με την κλινική εξέταση ρουτίνας που πραγματοποιείται μετά τον τοκετό ονομάζονται «κεκαλυμμένες» κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού, και περιλαμβάνουν κακώσεις σε γυναίκες που έχουν ταξινομηθεί λάθος ως ρήξεις περινέου 2^{ου} βαθμού, σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης του Sultan. Πριν το Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) στη Μεγάλη Βρετανία υιοθετήσει το σύστημα ταξινόμησης των περινεϊκών ρήξεων που είχε προτείνει ο Sultan, μια έρευνα το 2002 που περιλάμβανε 672 ειδικευμένους μαιευτήρες αποκάλυψε ότι το 33% αυτών είχαν ταξινομήσει λάθος στο παρελθόν μια ρήξη του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού (ρήξη 3^{ου} βαθμού) ως ρήξη δευτέρου βαθμού.⁷⁵

Με την αυξανόμενη διαθεσιμότητα του ενδοπρωκτικού υπερηχογραφήματος ώστε να εκτιμηθεί και να αξιολογηθεί η ακεραιότητα του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού μετά από μια μαιευτική κάκωση, έχει πραγματοποιηθεί μια σημαντική έρευνα όσο αφορά την επίπτωση των κεκαλυμμένων κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, δημοσιευμένη το 2007, περιλάμβανε 19 μελέτες που διερευνούσαν το ποσοστό των ρήξεων περινέου σοβαρού βαθμού οι οποίες διεγιγνώστηκαν με τη χρήση ενδοπρωκτικής υπερηχογραφίας και όχι με την κλινική εξέταση αμέσως μετά τον τοκετό.⁷⁶ Οι αναφερόμενες συχνότητες των κεκαλυμμένων περινεϊκών ρήξεων ήταν: 29,2% μεταξύ όλων των πρωτότοκων γυναικών, 21,7% μεταξύ των πρωτότοκων γυναικών χωρίς επεμβατικό τοκετό, 32,3% όλων των πολύτοκων γυναικών, και 47,7% του συνόλου των πολύτοκων

γυναικών που γέννησαν με επεμβατικό τοκετό. Η αναφορά των συμπτωμάτων δεν αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης στην ανασκόπηση, και οι συγγραφείς δηλώνουν ότι η πραγματική κλινική σημασία και φυσική ιστορία των κεκαλυμμένων ρήξεων 3ου και 4ου βαθμού του περινέου είναι αβέβαιη.⁷⁶

Η τρέχουσα κατευθυντήρια οδηγία του Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) για την διαχείριση των περινεϊκών ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού αναφέρει:

“Όλες οι γυναίκες που είχαν κολπικό τοκετό με ένδειξη για τραύμα των γεννητικών οργάνων θα πρέπει να εξεταστούν συστηματικά ώστε να εκτιμηθεί η σοβαρότητα της κάκωσης πριν την συρραφή της. Όλες οι γυναίκες που είχαν επεμβατικό τοκετό ή έχουν στο ιστορικό του περινεϊκή κάκωση σε προηγούμενο τοκετό θα πρέπει να εξεταστούν από έναν έμπειρο Επαγγελματία Υγείας με εκπαίδευση στην αναγνώριση και διαχείριση περινεϊκών τραυμάτων.”⁷⁷

Μια ανασκόπηση της Cochrane σημειώνει ότι η εκτίμηση και αναγνώριση των περινεϊκών κακώσεων αμέσως μετά τον τοκετό μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά λόγω έλλειψης καλού φωτισμού ή μη επαρκούς αναλγησίας της ασθενούς.⁷⁸ Μια κατευθυντήρια οδηγία στη Μεγάλη Βρετανία σημειώνει ότι αυτοί οι παράγοντες, τόσο ο καλός φωτισμός όσο και η επαρκής αναλγησία στην ασθενή, θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα και παράλληλα να δίνεται στη γυναίκα μια πλήρης εξήγηση όσο αφορά την κατάσταση της.⁷⁹

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2006 κατέδειξε ότι σημαντικό ρόλο στην διάγνωση των περινεϊκών ρήξεων σοβαρού βαθμού παίζουν οι κλινικές δεξιότητες και εμπειρία που έχει ο εκάστοτε μαιευτήρας που πραγματοποιεί την διερεύνηση και εκτίμηση της περινεϊκής κάκωσης. Όταν οι πρωτότοκες γυναίκες είχαν επανεξεταστεί από έναν έμπειρο μαιευτήρα αμέσως μετά τον τοκετό, η μελέτη των Andrews et al. έδειξε ότι το 87% των κακώσεων του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού δεν είχε διεγνωσθεί από τη μαία και το 27% των κακώσεων δεν είχε διεγνωσθεί από τον μαιευτήρα που εκτέλεσε τον τοκετό χωρίς όμως εμπειρία στην

αναγνώριση περινεϊκών ρήξεων.⁸⁰ Η μη αναγνώριση των περινεϊκών ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού μπορεί να οδηγήσουν σε ακατάλληλη αποκατάσταση με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπιστεί επαρκώς το έλλειμμα του πρωκτικού σφιγκτήρα και αυτό να έχει κλινικές, επιδημιολογικές και ιατρονομικές επιπτώσεις.⁸¹

Ενώ η πλειοψηφία των παλαιότερων εγχειριδίων Μαιευτικής συστήνουν εξέταση από το ορθό αμέσως μετά την επιδιόρθωση των περινεϊκών ρήξεων, πολύ λίγα εγχειρίδια αναφέρουν την ανάγκη ότι η εξέταση αυτή πρέπει να πραγματοποιηθεί αμέσως μετά τον τοκετό και πριν την επιδιόρθωση της ρήξης.⁸⁰ Οι πρόσφατες, όμως, κατευθυντήριες οδηγίες σε διάφορες χώρες (Αυστραλία, Ολλανδία) όσο αφορά την διαχείριση των περινεϊκών ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού συστήνουν εξέταση από το ορθό ώστε να γίνει μια συστηματική εκτίμηση του περιγεννητικού τραύματος.^{79,82,83}

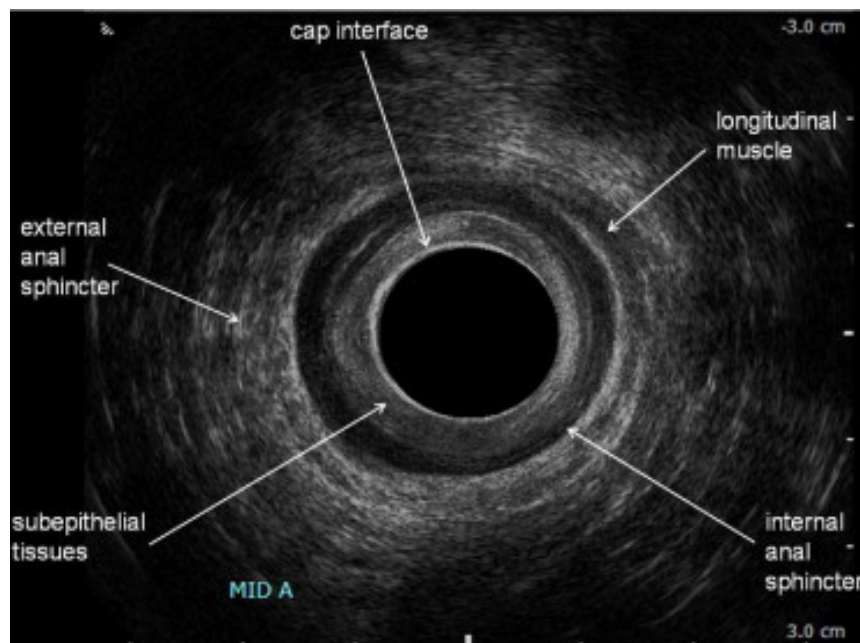
Η επιδιόρθωση του τραύματος πρέπει να πραγματοποιηθεί αμέσως μετά τον τοκετό.⁷⁹ Μάλιστα, η άμεση επιδιόρθωση έχει τονιστεί στην μελέτη των Andrews et al. διότι μια γυναίκα με ρήξη του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, η οποία δεν επιδιορθώθηκε, είτε λόγω μη αναγνώρισης είτε λόγω κακής επιδιόρθωσης, “έχει χάσει την ευκαιρία για μια επιτυχημένη επιδιόρθωση” διότι όπως αναφέρουν και οι εξειδικευμένοι χειρουργοί παχέος εντέρου ότι είναι σχεδόν αδύνατο για μια όψιμη επιδιόρθωση του έσω σφιγκτήρα.⁸⁴

Επομένως, όπως γίνεται ευκόλως κατανοητό, είναι πολύ σημαντική η πρώιμη διάγνωση των ρήξεων του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού αμέσως μετά τον τοκετό. Αυτό μπορεί να συμβεί μόνο όταν η κλινική εξέταση ακολουθείται από υπερηχογραφική απεικόνιση του σφιγκτήρα του πρωκτού σε όλες τις περινεϊκές κακώσεις που πιθανώς να υπάρχει και σφιγκτηριακή συμμετοχή, έτσι ώστε να επιβεβαιώνονται οι διεγνωσμένες ρήξεις και να μειώνονται τα ποσοστά των κεκαλυμμένων ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού.

Ο κλασσικός τρόπος εκτέλεσης του ενδοπρωκτικού υπερηχογραφήματος Endoanal ultrasonography – EAUS) περιλαμβάνει τη χρήση δισδιαστατού (2D) ηχοβολέα με

περιστρεφόμενη κεφαλή 7-10 MHz (εύρος εστίασης 5-45 mm), 12-17 mm σε διάμετρο, η οποία πληρούται με νερό, από το οποίο έχει αφαιρεθεί ο αέρας, επιτρέποντας την περιστροφική (360°) απεικόνιση του πρωκτικού σωλήνα. Η ασθενής τοποθετείται σε αριστερή πλάγια θέση ή σε θέση λιθοτομής, με προτιμότερη την δεύτερη θέση.

Η ενδοσκοπική κεφαλή, καλυπτόμενη με προφυλακτικό με λιπαντικό, εισάγεται σε βάθος περίπου 6 εκ. στο ορθό και καθώς αποσύρεται προοδευτικά προς την έξοδο του πρωκτικού σωλήνα αναδεικνύονται και απεικονίζονται ο ηβοορθικός μυς, το πρωκτικό επιθήλιο, η υποβλεννογόνια στοιβάδα, ο έσω σφιγκτήρας του πρωκτού, η μεσοσφιγκτηριακή στοιβάδα και ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού (Σχήμα 8).



Σχήμα 8. Απεικόνιση του συμπλέγματος του σφιγκτήρα του πρωκτού με δισδιάστατο ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα (EAUS).⁸⁵

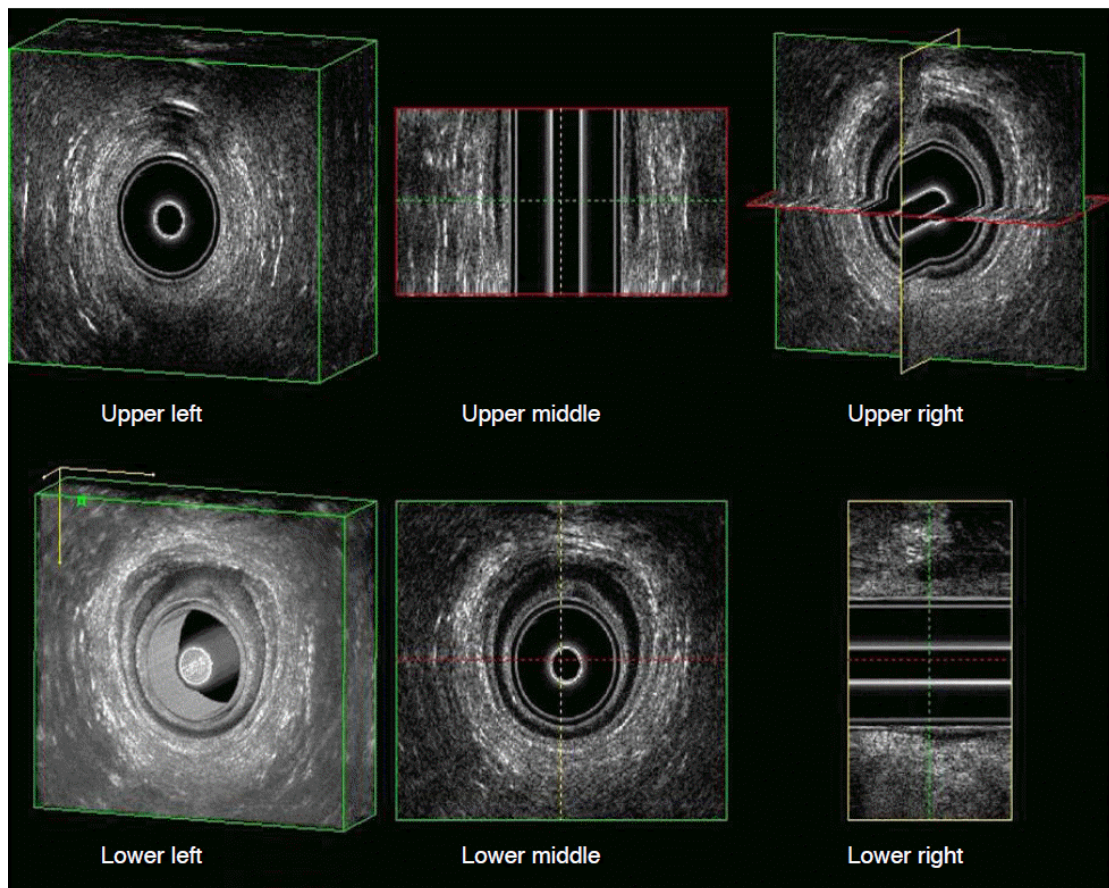
Οι υπερηχογραφικές στοιβάδες ενός φυσιολογικού πρωκτικού σωλήνα εμφανίζονται σαν υπερηχογενή ή υποηχογενή στοιχεία. Ξεκινώντας από τα έσω και προχωρώντας προς τα έξω, το πρώτο επίπεδο είναι υπερηχογενές και αντιστοιχεί στο σημείο επαφής της κεφαλής του ηχοβολέα με την επιφάνεια του πρωκτικού

βλεννογόνου. Το δεύτερο στρώμα παρουσιάζει μέτρια ηχογένεια και αντιπροσωπεύει την υποβλεννογόνια στοιβάδα που αποτελείται από συνδετικό ιστό και λείο μυ, ενώ το τρίτο επίπεδο αντιστοιχεί στον έσω σφιγκτήρα που είναι υποηχογενής, δίνοντας την εντύπωση ενός δακτυλιοειδούς σχηματισμού που περιβάλλει την υποβλεννογόνια στοιβάδα. Σε ουραία κατεύθυνση ο έσω σφιγκτήρας δεν επεκτείνεται πέραν του έξω σφιγκτήρα. Το τέταρτο στρώμα είναι υπερηχογενές και αντιπροσωπεύει τον επιμήκυ μυ. Το επίπεδο του επιμήκους μυός είναι ορατό μόνο στο 40% των γυναικών, καθώς έχει παρόμοια ηχογένεια με τις εφαπτόμενες στοιβάδες. Το πέμπτο επίπεδο αντιστοιχεί στον έξω σφιγκτήρα που συνήθως εμφανίζεται υπερηχογενής με ετερογένη απεικόνιση η οποία οφείλεται στη διαφορετική κατεύθυνση ορισμένων μυϊκών ινών του (Σχήμα 8).

Οι Stack et al. επινόησαν ένα σύστημα βαθμολόγησης των μαιευτικών κακώσεων περινέου 3^{ου} βαθμού που στηρίζεται στη λήψη εικόνων 2D-EAUS ανά 5 mm. από το επίπεδο του ηβοορθικού μυός μέχρι το κάτω άκρο του πρωκτικού σωλήνα. Το σύστημα αυτό βασίζεται στην εκτίμηση του μήκους, του βάθους και του πάχους των ελλειμμάτων του έσω και έξω σφιγκτήρα (Πίνακας 4). Το συνολικό score μπορεί να κυμαίνεται από 0, που ισοδυναμεί σε απουσία βλάβης, έως 16 που αντιστοιχεί στην μέγιστη βλάβη του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού.

Πίνακας 4. Υπερηχογραφικό score αξιολόγησης των μαιευτικών κακώσεων του περινέου 3 ^{ου} βαθμού κατά Starck. Λουτράδης, Μαιευτική και Γυναικολογία, 116: 970-974, 2018.				
Χαρακτηριστικά κάκωσης περινέου	Score			
	0	1	2	3
Έξω σφιγκτήρας				
Μήκος κάκωσης	Καμία	Κάτω του 50%	Άνω του 50%	Όλο το μήκος
Βάθος κάκωσης	Καμία	Μερική	Πλήρης	-
Έκταση κάκωσης	Καμία	≤90°	91°-180°	≥180°
Έσω σφιγκτήρας				
Μήκος κάκωσης	Καμία	Κάτω του 50%	Άνω του 50%	Όλο το μήκος
Βάθος κάκωσης	Καμία	Μερική	Πλήρης	-
Έκταση κάκωσης	Καμία	≤90°	91°-180°	≥180°

Πρόσφατα, περιγράφηκε το τρισδιάστατο ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα (3D-EAUS) το οποίο δημιουργεί ογκομετρικές εικόνες που μπορούν να αναλυθούν σε πολυεπίπεδες (μετωπιαίες, εγκάρσιες και οβελιαίες) ή τομογραφικές εικόνες (Σχήμα 9).



Σχήμα 9. Απεικόνιση του συμπλέγματος του σφιγκτήρα του πρωκτού με τρισδιάστατο ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα (3D-EAUS).⁸⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΔΗΨΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού αποτελεί έναν δείκτη ασφάλειας των ασθενών και ποιότητας στις ανεπτυγμένες χώρες, συμπεριλαμβάνοντας μια υπόθεση ότι οι κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού μπορούν να μειωθούν.⁸⁷

Η πρόληψη των μαιευτικών κακώσεων του περινέου και η μείωση της επίπτωσης τους πιθανώς να οδηγεί σε μείωση της εμφάνισης ακράτειας του πρωκτού μετά από έναν τοκετό. Πολλά χαρακτηριστικά τόσο από την μητέρα όσο και από το έμβρυο, όπως ο αριθμός τοκετών της μητέρας, η ηλικία της, το βάρος γέννησης του νεογνού καθώς και άλλα, αποτελούν μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου για τις μαιευτικές κακώσεις του περινέου και του σφιγκτήρα του πρωκτού, οι οποίοι και προφανώς δεν μπορούν να αλλάξουν κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η διαχείριση του δεύτερου σταδίου τοκετού, του σταδίου της εξώθησης είναι τροποποιήσιμο, και η εφαρμογή πολλών μαιευτικών παρεμβάσεων μπορεί να βελτιστοποιηθεί.

Λίγες μελέτες έχουν περιγράψει το τρόπο τροποποίησης και βελτίωσης παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού και οι οποίες θα μπορούσαν να μειώσουν σημαντικά την συχνότητα εμφάνισης των μαιευτικών κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού.⁸⁸⁻⁹¹ Οι μελέτες αυτές έχουν περιγράψει διάφορες ενέργειες οι οποίες θα συνέβαλαν στην μείωση του ποσοστού των μαιευτικών κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού:

- Βελτιωμένοι χειρισμοί κατά τον τοκετό χρησιμοποιώντας και τα δύο χέρια
 - Υποστήριξη του περινέου με το ένα χέρι
 - Αναχαίτιση της κεφαλής του εμβρύου με το άλλο χέρι
- Εκπαιδύοντας την μητέρα να μην εξωθεί μετά την έξοδο της κεφαλής του εμβρύου και πριν την έξοδο του υπόλοιπου κορμού του.

- Επιλέγοντας μια θέση τοκετού η οποία θα επιτρέπει στον μαιευτήρα να επιβλέπει το περίνεο κατά την έξοδο του εμβρύου.
- Επιλογή αναρροφητικών εμβρυουλκών έναντι των μεταλλικών όταν πρέπει να περατωθεί άμεσα ο τοκετός με τη χρήση εμβρυουλκών.
- Βελτιώνοντας την τεχνική της περινεοτομής αποφεύγοντας την περινεοτομή μέσης γραμμής.

6.1. Προστασία του Περινέου

Οι τεχνικές προστασίας του περινέου δεν καταγράφονται στους ιατρικούς φακέλους και στο μαιευτικό ιστορικό της γυναίκας, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να μελετηθούν και να διερευνηθούν σε μια μεγάλη κλίμακα πληθυσμού. Δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για τις τεχνικές της προστασίας του περινέου κατά τη διάρκεια του τοκετού και επομένως η κατανόηση των τεχνικών και της μεθοδολογίας των τεχνικών αυτών ποικίλλει μεταξύ των παρευρισκομένων στον τοκετό. Η προστασία του περινέου θα μπορούσε για κάποιους Επαγγελματίες Υγείας να σημαίνει η χρήση του ενός χεριού στην κεφαλή του εμβρύου έτσι ώστε να γίνει αναχαίτιση αυτής κατά τη γέννησης της, για άλλους η προστασία να σημαίνει ότι απλά ακουμπάμε το περίνεο για την υποστήριξη του, ενώ για άλλους θα μπορούσε η προστασία του περινέου να σημαίνει συνδυασμός των παραπάνω δύο τεχνικών με χρήση και των δύο χεριών.

Διαφορετικές τεχνικές προστασίας του περινέου φαίνεται να έχουν ως αποτέλεσμα και διαφορετικούς κινδύνους για μαιευτικές κακώσεις του περινέου και του σφιγκτήρα του πρωκτού. Μια μελέτη η οποία σύγκρινε δύο ομάδες σε Φιλανδία και Σουηδία έδειξε πενταπλάσια διαφορά στην συχνότητα εμφάνισης των μαιευτικών κακώσεων του σφιγκτήρα, με χαμηλότερη συχνότητα στην ομάδα που χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές προστασίας του περινέου κατά τον τοκετό.⁹²

Επίσης, η εκπαίδευση του προσωπικού της αίθουσας τοκετού πάνω στην προστασία του περινέου φαίνεται να μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης μαιευτικών

κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού. Δύο αναφορές από την Νορβηγική Εθνική Καμπάνια για την μείωση της συχνότητας εμφάνισης των μαιευτικών κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού έχουν δημοσιευτεί, που περιλάμβανε πέντε νοσοκομεία με μείωση 40-70% του κινδύνου εμφάνισης των περινεϊκών ρήξεων σοβαρού βαθμού, 3^{ου} και 4^{ου}, μετά την εφαρμογή των τεχνικών προστασίας του περινέου.^{88,89} Σε μια μελέτη από την Σουηδία, στην οποία δεν εφαρμόζεται η προστασία του περινέου από την πλειοψηφία των μαιευτήρων, η μη εφαρμογή αυτή αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης μαιευτικών κακώσεων του περινέου και του σφιγκτήρα του πρωκτού.⁹³ Στην μελέτη των Parnell et al. αξιολογήθηκαν διάφορες τεχνικές προστασίας του περινέου κατά την διάρκεια του δευτέρου σταδίου τοκετού, η χαλάρωση του περινέου σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο για μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού. Ο όρος «χαλάρωση του περινέου» που συμπεριλαμβανόταν μεταξύ άλλων στις τεχνικές προστασίας του περινέου, δεν εξηγήθηκε ή δεν καθορίστηκε από τη μελέτη.⁹⁴

Φαίνεται ότι οι τεχνικές προστασίας του περινέου χρησιμοποιώντας τα χέρια κατά τη διάρκεια του τοκετού έχει ξεχαστεί ή εγκαταληφθεί σε πολλές χώρες σήμερα. Για παράδειγμα, μια έρευνα για τις μαίες στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι περισσότερες από τις μισές Βρετανίδες μαίες προτιμούν τις τεχνικές “hands-off” στον τοκετό, ακόμα και στις περιπτώσεις γυναικών υψηλού κινδύνου με προηγούμενο ιστορικό μαιευτικών κακώσεων σφιγκτήρα του πρωκτού, ή σε πρωτότοκες γυναίκες με μεγάλο έμβρυο.⁹⁵

Λίγες τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν δημοσιευτεί πάνω στην προστασία του περινέου, και μόνο μια από αυτές έχει ως πρωτεύον αποτέλεσμα τις μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού. Σε αυτή τη μελέτη, ο χειρισμός Ritgen (Σχήμα 10) συγκρίθηκε με τη συνήθη αντιμετώπιση του δευτέρου σταδίου τοκετού και κυρίως τις συνήθεις τεχνικές που χρησιμοποιούνται κατά την έξοδο της κεφαλής και του κορμού του εμβρύου, και καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στον κίνδυνο μαιευτικών κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού μεταξύ των ομάδων παρατήρησης. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε αυτή την μελέτη η “hands-off” τεχνική δεν μελετήθηκε.⁹⁶ Στις άλλες τρεις δημοσιευμένες μελέτες τα αποτελέσματα

ήταν περινεϊκός πόνος μετά τον τοκετό ή περινεϊκό τραύμα, συμπεριλαμβανομένου όλους τους βαθμούς (1^{ος} έως 4^{ος}) και όχι μόνο περινεϊκές κακώσεις σοβαρού βαθμού και ρήξεις του σφιγκτήρα του πρωκτού.⁹⁷⁻⁹⁹ Τρεις από αυτές τις μελέτες συμπεριλάμβαναν όλες τις ομάδες τοκίας. Και οι τέσσερις μελέτες είχαν ως σκοπό τη διερεύνηση των μαιευτικών κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών συχνά παρερμηνεύονται, και ειδικά τα αποτελέσματα της μελέτης HOOP⁹⁷ που αναφέρεται ότι προωθεί τις τεχνικές “hands-off” στον τοκετό. Η μελέτη HOOP, ωστόσο, δεν κατέληξε ποτέ στο συμπέρασμα ότι συνιστάται η μέθοδος “hands-off” ως τεχνική ρουτίνας ή ως αποδεκτή μέθοδος τοκετού.^{100,101}

6.2. Χειρισμός Ritgen και Τροποποιημένος Χειρισμός Ritgen

Η εφαρμογή των μαιευτικών χειρισμών και τεχνικών πρόληψης θα μπορούσαν να μειώσουν την συχνότητα εμφάνισης των περινεϊκών κακώσεων και των συσχετιζόμενων με αυτών βλαβών και επιπλοκών. Ένας από αυτούς τους χειρισμούς αποτελεί ο χειρισμός Ritgen (Ritgen’s Maneuver) ο οποίος περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1855 από τον Ferdinand August Maria Franz von Ritgen. Ο χειρισμός αυτός περιλαμβάνει την έκταση (ανύψωση) προς τα εμπρός του εμβρυϊκού πηγουνιού όταν αυτό φτάσει στο πυελικό έδαφος, δηλαδή μεταξύ του πρωκτού και του κόκκυγα της μητέρας χρησιμοποιώντας τα δάκτυλα (Σχήμα 10).¹⁰²

Ο τροποποιημένος χειρισμός Ritgen (Σχήμα 11) περιλαμβάνει την στήριξη της εμβρυϊκής κεφαλής με το αριστερό χέρι του εκτελούντος τον τοκετό έτσι ώστε να αναχαιτίσει την κεφαλή καθώς εξέρχεται από τον κόλπο με δύναμη η οποία προκαλείται από την ωδίνια και την εκούσια εξώθηση της επιτόκου και να αποτρέψει την βίαιη έξοδος της κεφαλής, ενώ ο αντίχειρας του δεξιού χεριού του Μαιευτήρα εκτείνεται στην δεξιά πλευρά του αιδοίου και του περινέου με γάζα καλύπτοντας τον πρωκτό αλλά αφήνοντας ορατή την περιοχή για τυχόν κακώσεις. Με αυτόν τον τρόπο, το εμβρυϊκό πηγούνι μετακινείται σταδιακά πάνω από το οπίσθιο περίνεο προς τα άνω με τον δείκτη και τα υπόλοιπα δάκτυλα να

συγχρονίζονται για τον τοκετό με το αριστερό χέρι. Μια τέτοια τοποθέτηση των δακτύλων αποτρέπει την πλήρη τάση στο περίνεο και αντιθέτως χαλαρώνει τον περίνεο καθώς ανυψώνεται η κεφαλή διατηρώντας έτσι την ελαστικότητα του. Ο ίδιος ακριβώς χειρισμός εφαρμόζεται και στην έξοδο του οπισθίου ώμου.¹⁰⁴



Σχήμα 10: Χειρισμός Ritgen.¹⁰³



Σχήμα 11. Τροποποιημένος χειρισμός Ritgen.¹⁰⁴

6.3. Εφαρμογή Θερμών Κομπρεσών

Μια αναδρομική μελέτη της Cochrane έδειξε ότι η εφαρμογή θερμών κομπρεσών στο περίνεο κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού έχει σημαντικό αντίκτυπο στην μείωση των περινεϊκών κακώσεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού.¹⁰⁵ Η ανάλυση, που περιλάμβανε δύο μελέτες (1.525 γυναίκες), έδειξε ότι οι θερμές κομπρέσες μείωσαν σημαντικά τον κίνδυνο για ρήξεις περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού. Η ενέργεια αυτή περιλαμβάνει την διατήρηση της θερμής κομπρέσας στο περίνεο συνεχώς κατά την διάρκεια του τοκετού, ακόμα και μεταξύ των ωδινών.

6.4. Μασάζ Περινέου

Το μασάζ του περινέου κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της εγκυμοσύνης έχει προταθεί ως πιθανός τρόπος ώστε το περίνεο να καθίσταται ικανό να διαταθεί

περισσότερο εύκολα κατά τον τοκετό. Η αναδρομική μελέτη της Cochrane¹⁰⁶ τεσσάρων μελετών 2.497 γυναικών έδειξε ότι το περινεϊκό μασάζ, που αναλάμβανε να πραγματοποιήσει η γυναίκα ή ο σύντροφος, συσχετίζεται με μια συνολική μείωση της συχνότητας εμφάνισης του περινεϊκού τραύματος που απαιτεί συρραφή. Οι γυναίκες που πραγματοποιούν περινεϊκό μασάζ έχουν λιγότερες πιθανότητες να υποστούν επισιοτομή κατά τον τοκετό τους. Αυτά τα ευρήματα ήταν σημαντικά για τις γυναίκες χωρίς προηγούμενο ιστορικό κολπικού τοκετού. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη συχνότητα των περινεϊκών ρήξεων 1^{ου}-2^{ου} βαθμού ή 3^{ου}-4^{ου} βαθμού.

Τα δεδομένα σχετικά με την προστατευτική επίδραση του περινεϊκού μασάζ κατά το δεύτερο στάδιο τοκετού είναι ασαφή. Μια μικρή τυχαιοποιημένη μελέτη έδειξε ότι τα ποσοστά των άθικτων περινέων, 1^{ου} και 2^{ου} βαθμού περινεϊκών ρήξεων και επισιοτομών ήταν παρόμοια στην ομάδα του μασάζ και στην ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα του μασάζ υπήρχαν λιγότερες κακώσεις περινέου σοβαρού βαθμού, 3^{ου} ή 4^{ου}, αν και η μελέτη ήταν ανεπαρκής για να υπολογίσει αυτό το αποτέλεσμα.^{105,107}

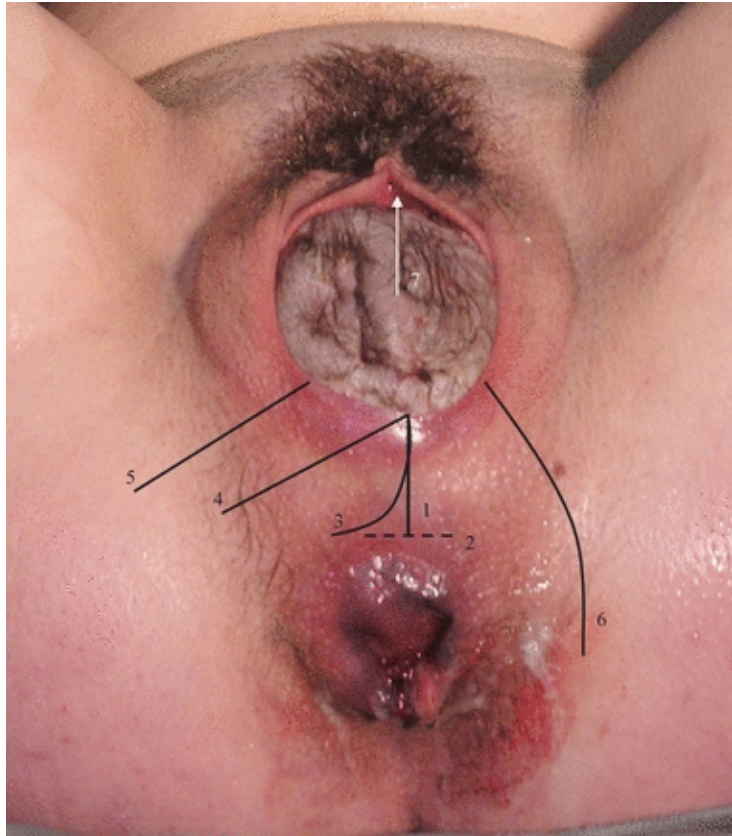
6.5. Επισιοτομή

Η επισιοτομή αποτελεί μια χειρουργική παρέμβαση που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του δευτέρου σταδίου τοκετού και λίγο πριν την γέννηση της κεφαλής του εμβρύου, η οποία εισήχθη στην μαιευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια του 18^{ου} αιώνα. Η μαιευτική αυτή παρέμβαση περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1746 από τον Sir Felding Ould.³³ Σκοπός της επισιοτομής είναι είτε για να μεγιστοποιηθεί το άνοιγμα του κόλπου έτσι ώστε να διευκολυνθεί η έξοδος της κεφαλής του εμβρύου, είτε να υπάρξει χώρος εντός του κόλπου έτσι ώστε να τοποθετηθούν οι μεταλλικοί εμβρυουλκοί σε περίπτωση ανάγκης άμεσης περάτωσης του τοκετού, είτε, τέλος, για να αποφευχθεί η πρόκληση περινεϊκού τραύματος.⁶ Αρχικά, οι προτεινόμενες τεχνικές ήταν να γίνονται πολλαπλές μικρές τομές περιμετρικά γύρω από το άνοιγμα του κόλπου ή να πραγματοποιούνται δύο κάθετες τομές αμφοτερόπλευρα στο προδομό του κόλπου.³³ Το 1799 ο Michaelis πρότεινε να γίνεται μόνο μια τομή

στη μέση γραμμή (μέση επισιοτομή), η οποία είχε πολλούς υποστηρικτές στα τέλη του 18^{ου} αιώνα. Η μεσοπλάγια επισιοτομή υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά από τον DeLee το 1915.¹⁰⁸ Ο DeLee σκέφτηκε ότι με την μεσοπλάγια επισιοτομή θα μπορούσε να διατηρηθεί η πυελική ακεραιότητα ενώ ταυτόχρονα θα μειώνεται η τάση στο περίνεο και θα επισπευθεί η γέννηση τόσο της κεφαλής όσο και του υπολοίπου κορμού του εμβρύου. Έτσι, αυτή η τεχνική θα ήταν ευεργετική για το παιδί και με περισσότερα πλεονεκτήματα για την μητέρα.^{6,108}

Σήμερα συναντάμε επτά τύπους επισιοτομών οι οποίοι περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Σχήμα 12). Στην καθημερινή μαιευτική πράξη χρησιμοποιούνται τρεις τύποι επισιοτομών πιο συχνά: η μέση, η μεσοπλάγια και η πλάγια επισιοτομή.^{109,110} Η μέση επισιοτομή χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο στις Η.Π.Α., ενώ η μεσοπλάγια επισιοτομή είναι συχνότερη στην Ευρώπη. Η πλάγια επισιοτομή εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο στις σκανδιναβικές χώρες.

Παρόλο που περιγράφονται συγκεκριμένες τεχνικές επισιοτομής, υπάρχουν επίσης και μεμονωμένες περιγραφές.¹¹¹⁻¹¹⁴ Οι Tincello et al. απέδειξε ότι η μεσοπλάγια επισιοτομή γινόταν διαφορετικά από τις μαίες σε σχέση με τους μαιευτήρες και οι Kalis et al.¹¹¹ απέδειξαν ότι υπάρχει ξεκάθαρα έλλειψη ομοφωνίας στην εφαρμογή της επισιοτομής όταν σε 122 διαφορετικά νοσοκομεία ερωτήθηκαν οι Επαγγελματίες Υγείας το πώς εκτελούν την μεσοπλάγια επισιοτομή: το 19% του συνόλου των νοσοκομείων δεν είχαν κάποια κοινή πρακτική, δηλαδή ένα συγκεκριμένο ορισμό της μεσοπλάγιας επισιοτομής, το 17% είχαν έναν ορισμό, χωρίς όμως αυτός να είναι ακριβής, και το 61% των νοσοκομείων χρησιμοποιούσε ένα σύνολο 16 διαφορετικών ορισμών. Μια άλλη πρόκληση είναι ότι η τεχνική της επισιοτομής είναι συνήθως ελλιπώς καθορισμένη στην βιβλιογραφία.¹⁰⁹



Σχήμα 12. Τύποι επισιτοτομής. 1: μέση επισιτοτομή, 2: τροποποιημένη μέση επισιτοτομή, 3: επισιτοτομή σε σχήμα “J”, 4: μεσοπλάγια επισιτοτομή, 5: πλάγια επισιτοτομή, 6: ριζική πλάγια επισιτοτομή (τομή Schuchardt), 7: πρόσθια επισιτοτομή (λευκό βέλος). Kalis et al. BJOG 2012;119:522.

Ο Ρόλος της Επισιτοτομής

Ο ρόλος της επισιτοτομής έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης για πολλά χρόνια. Το 1940 ο Flew⁶ δήλωσε:

«Οι ενδείξεις για επισιτοτομή πρέπει να εξεταστούν. Σε γενικές γραμμές, σε κάθε περίπτωση κατά την οποία το περίνεο καθυστερεί τη γέννηση της προβάλλουσας μοίρας, ή υπάρχει η ανάγκη για ενδοκολπικό χειρισμό ή επεμβατικό τοκετό με μεταλλικούς εμβρυουλκούς σε όλες τις πρωτότοκες και σε κάποιες πολύτοκες, μια επισιτοτομή πρέπει να πραγματοποιηθεί.»

Η άποψη της συχνής χρήσης της επισιτοτομής κέρδισε ευρείας αποδοχής, οδηγώντας σε μια αύξηση των επισιτοτομών στις ανεπτυγμένες χώρες. Στις Η.Π.Α. η χρήση της επισιτοτομής στους κολπικούς τοκετούς αυξήθηκε από το λιγότερο από το

5% το 1915 στο 64% των κολπικών τοκετών το 1979.³³ Στη Μεγάλη Βρετανία το ποσοστό των επισιοτομών αυξήθηκε από το 21% το 1958 σε ποσοστό έως και το 90% των κολπικών τοκετών σε κάποια νοσοκομεία το 1978. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό σε αυτό το χρονικό σημείο ήταν μόλις στο 8% των κολπικών τοκετών που γινόνταν στην Ολλανδία, όπου περισσότερο από το 40% των γυναικών γεννούν τα παιδιά τους στο σπίτι.³³

Η θεωρία που υποστήριζε ότι η επισιοτομή αποτελεί προστατευτικό μέτρο έναντι των ρήξεων περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού αμφισβητήθηκε όλο και περισσότερο στις αρχές της δεκαετίας του '80. Από τους πρώτους που αμφισβήτησαν εντόνως την επισιοτομή ήταν οι Thacker et al. το 1982.³³ Μέσα από την ανασκόπηση 33 μελετών που είχαν πραγματοποιηθεί μεταξύ 1919 και 1980, οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η επισιοτομή αποτελεί ένα ωφέλιμο μέτρο όσο αφορά την μείωση της συχνότητας εμφάνισης περινεϊκών ρήξεων, όμως αμφισβητήθηκε η πρακτική της επισιοτομής ρουτίνας που εφαρμοζόταν από το σύνολο των μαιευτήρων της εποχής, ως προληπτικό μέτρο, διότι υπήρχε ο κίνδυνος του μετεγχειρητικού πόνου του περινέου και των λοιμώξεων της περιοχής.³³

Κατά συνέπεια, στη δεκαετία του 1980 και 1990, αρκετές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCT) και μεγαλύτερες cohort μελέτες προσπάθησαν να καταρτίσουν στοιχεία και αποδείξεις έτσι ώστε να υποστηρίξουν ή να αναιρέσουν τη χρήση της επισιοτομής.¹¹⁵ Συστηματικές ανασκοπήσεις και πρόσφατες αναφορές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η πρακτική της περιορισμένης χρήσης της επισιοτομής είναι σαφώς αποτελεσματικότερη με λιγότερα περινεϊκά τραύματα, σε σύγκριση με την πρακτική της επισιοτομής ρουτίνας.^{10,74-76}

Δεδομένου ότι η πρακτική της περιορισμένης χρήσης της επισιοτομής πλέον έχει κερδίσει έδαφος, υπάρχει μια σταθερή μείωση του ποσοστού των επισιοτομών σε Η.Π.Α., Ευρώπη και Σκανδιναβία. Εθνικά δεδομένα από τις Η.Π.Α. έδειξαν μια σταθερή πτώση των επισιοτομών από το 64% στο 35% μεταξύ 1979 και 1997, και περαιτέρω μείωση στο 24% το 2004.^{118,119} Τα μητρώα γεννήσεων στις Σκανδιναβικές χώρες, Νορβηγία, Φινλανδία και Σουηδία, έχουν δείξει ότι το ποσοστό των

επισιοτομών μειώθηκε από 23% το 1999 στο 19% το 2013 στη Νορβηγία, από 80% το 1997 στο 22% το 2011 στη Φιλανδία και τέλος, από το 12% το 2000 στο 6% το 2011 στη Σουηδία.¹²⁰

Ένα άλλο σημαντικό μέρος της συζήτησης είναι πώς η μέση και η μεσοπλάγια επισιοτομή επηρεάζουν τον κίνδυνο για μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού και την λειτουργία του πυελικού εδάφους. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η μέση επισιοτομή σχετίζεται περισσότερο με αυξημένο κίνδυνο για ρήξεις περινέου σοβαρού βαθμού, 3^{ου} και 4^{ου},^{115,121,122} ενώ τα αποτελέσματα για την μεσοπλάγια επισιοτομή δεν ήταν τόσο σαφή.¹²² Σε μια προοπτική μελέτη που συμμετείχαν 241 γυναίκες σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Αγγλία, η μεσοπλάγια επισιοτομή ήταν ένας ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου για πρόκληση περινεϊκής κάκωσης.³⁰ Ωστόσο σε δύο άλλες μεγάλες cohort μελέτες από Νορβηγία και Φιλανδία, καθώς και μια αναδρομική μελέτη από Αγγλία, η μεσοπλάγια επισιοτομή φάνηκε να αποτελεί προστατευτικό μέτρο έναντι των ρήξεων του σφιγκτήρα του πρωκτού σε κολπικούς τοκετούς πρωτότοκων γυναικών, αλλά χωρίς να συμβαίνει το ίδιο σε δευτεροτόκες ή πολυτόκες.^{15,123,124}

Ο ρόλος της επισιοτομής στον επεμβατικό τοκετό έχει εκτιμηθεί συγκεκριμένα σε αρκετες μελέτες. Το ίδιο πρότυπο έχει βρεθεί. Ενώ η μέση επισιοτομή έχει μια σταθερή συσχέτιση με την αύξηση του κινδύνου για κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού στον επεμβατικό τοκετό,^{122,125-127} τα στοιχεία για την μεσοπλάγια επισιοτομή ήταν πολύ πιο ασαφή. Μερικές μελέτες αναφέρουν ότι η μεσοπλάγια επισιοτομή αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού,¹²⁵ άλλες μελέτες ότι είναι ουδέτερος παράγοντας,¹²⁸ και κάποιες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μεσοπλάγια επισιοτομή αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι των κακώσεων περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού.¹²⁹⁻¹³¹

Ωστόσο, τα στοιχεία έδειξαν ότι υπάρχουν μεμονωμένες ερμηνείες του πώς οι επισιοτομές πραγματοποιούνται. Αυτό έχει θέσει το σημαντικό ερώτημα: η μεσοπλάγια επισιοτομή είναι στην πραγματικότητα μεσοπλάγια; Μερικές μελέτες έχουν εξετάσει συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά των επισιοτομών και πώς αυτές

πιθανώς να μπορούσαν να συσχετιστούν με τον κίνδυνο για ρήξη του πρωκτικού σφιγκτήρα. Οι Andrews et al.¹¹² μέτρησαν τα χαρακτηριστικά των επισιοτομών όπως η γωνία, το μήκος και το βάθος αμέσως μετά την αποκατάσταση και κατέδειξε ότι οι επισιοτομές με γωνία περισσότερο οξεία συσχετίζονται περισσότερο με αύξηση του κινδύνου για κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού (Σχήμα 12). Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίχθηκε από μια μελέτη case-control. Οι συγγραφείς μέτρησαν τα χαρακτηριστικά των επισιοτομών τρεις μήνες μετά των τοκετό και βρήκαν ότι μια μεγάλης γωνίας επισιοτομή συσχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο για ρήξεις περινέου 3^{ου} βαθμού.¹¹³

Τρόπος Εκτέλεσης της Επισιοτομής

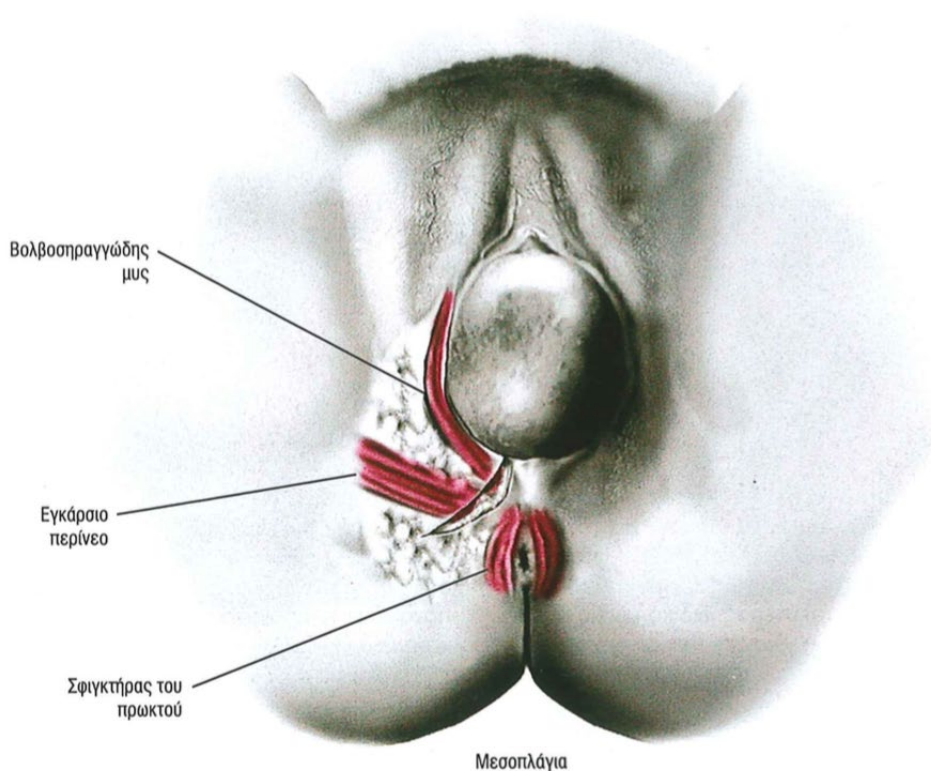
Αν και η τέλεση μια επισιοτομής είναι μια «επέμβαση», τα ιστορικά της χαρακτηριστικά μπορούν να περιγραφούν ως αδρά, και η επιδιόρθωση της χαρακτηρίζεται ως επέμβαση ρουτίνας. Και γι'αυτήν την επέμβαση πρέπει να πληρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις όπως και για κάθε άλλη χειρουργική επέμβαση. Δηλαδή: γνώση της ανατομίας, τεχνική που να πληρεί τις συνθήκες αντισηψίας, προσεκτικό χειρισμό των ιστών, οξείες τομές, ελάχιστα τραυματικές, έλεγχος της αιμορραγίας, αποφυγή της ιστικής νέκρωσης και ανατομική - φυσιολογική αναδόμηση.

Ο σκοπός του μαιευτήρα, σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι η τέλεση της επισιοτομής μόνο όταν αυτή είναι απαραίτητη και θα διευκολύνει την περάτωση του τοκετού, ώστε να επιτυγχάνεται απλός, ατραυματικός τοκετός, ελαχιστοποιώντας παράλληλα τον κίνδυνο ρήξης 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού. Η περιέργη τακτική του να κάνουμε μια επισιοτομή στη μέση γραμμή και να την επεκτείνουμε μέχρι το ορθό πρέπει να αναφέρεται μόνο για λόγους ιστορικούς.

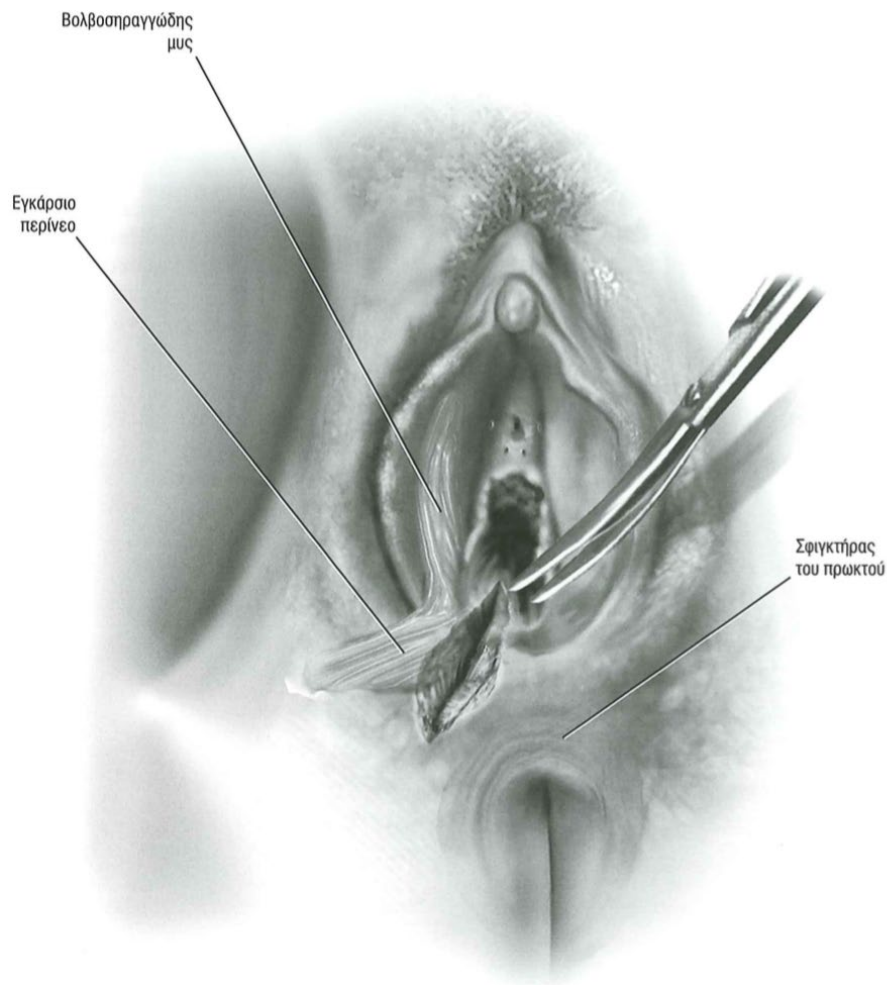
A) Μέση-πλάγια Επισιοτομή

Με αυτή την επέμβαση δημιουργείται μια τομή που κατευθύνεται από την κατώτερη δεξιά ή αριστερή πλευρά του κόλπου (στο επίπεδο του υμενικού δακτυλίου), μέσω του προδρόμου, και μέσω του κατώτερου χείλους των μεγάλων

χειλέων, όπου ενώνεται με το περίνεο, και μέσα στην ορθοϊσχιακή περιτονία. Η επέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει κάθε τμήμα των δομών που ήδη αναφέραμε. Πορεύεται σε μια κατεύθυνση περίπου 45-50° από τη μέση γραμμή και μπορεί να περιλαμβάνει όλες τις παραπάνω δομές (Σχήμα 13). Το κατώτερο τμήμα του βολβοσηραγγώδους μυός κόβεται πάντα, και αν η τομή εκτείνεται, ο εγκάρσιος περινεϊκός μυς θα κόβεται επίσης (Σχήμα 14). Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κάθε μια από αυτές τις δομές έχει εξαιρετική αιματική παροχή. Έτσι, τα κομμένα αγγεία στους υποδόριους ιστούς, στην περιτονία, και στους μύες μπορούν να αιμορραγήσουν σοβαρά και έτσι πρέπει να απολινώνονται και να ράβονται ώστε να αποφεύγεται ήπια ή και πιο σοβαρή απώλεια αίματος.



Σχήμα 13. Μέση-πλάγια τομή. Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 918.

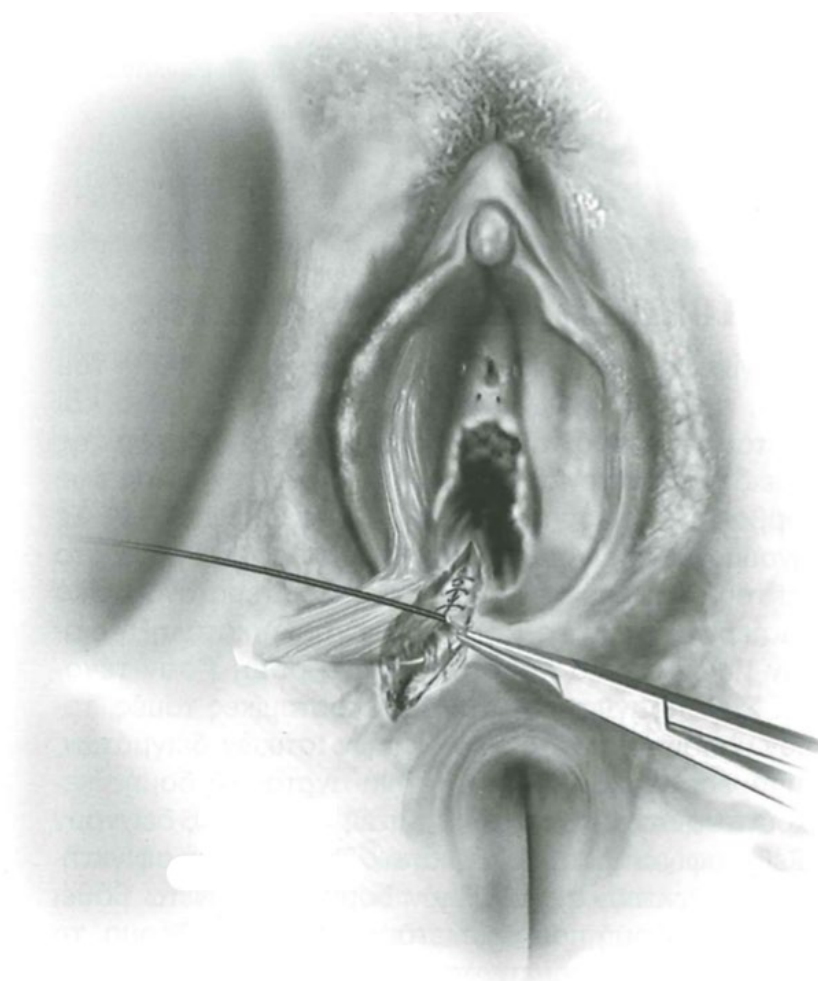


Σχήμα 14. Έχει διεξαχθεί δεξιά μέση-πλάγια επισιτομή. Ο βολβοσπρηγγώδης και ο εγκάρσιος μυς του περινέου έχουν διανοιχθεί, λόγω της κατεύθυνσης της τομής. Εάν η επισιτομή επεκταθεί θα κατευθυνθεί προς τον ισχιορθικό βόθρο και όχι προς τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού. Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 919.

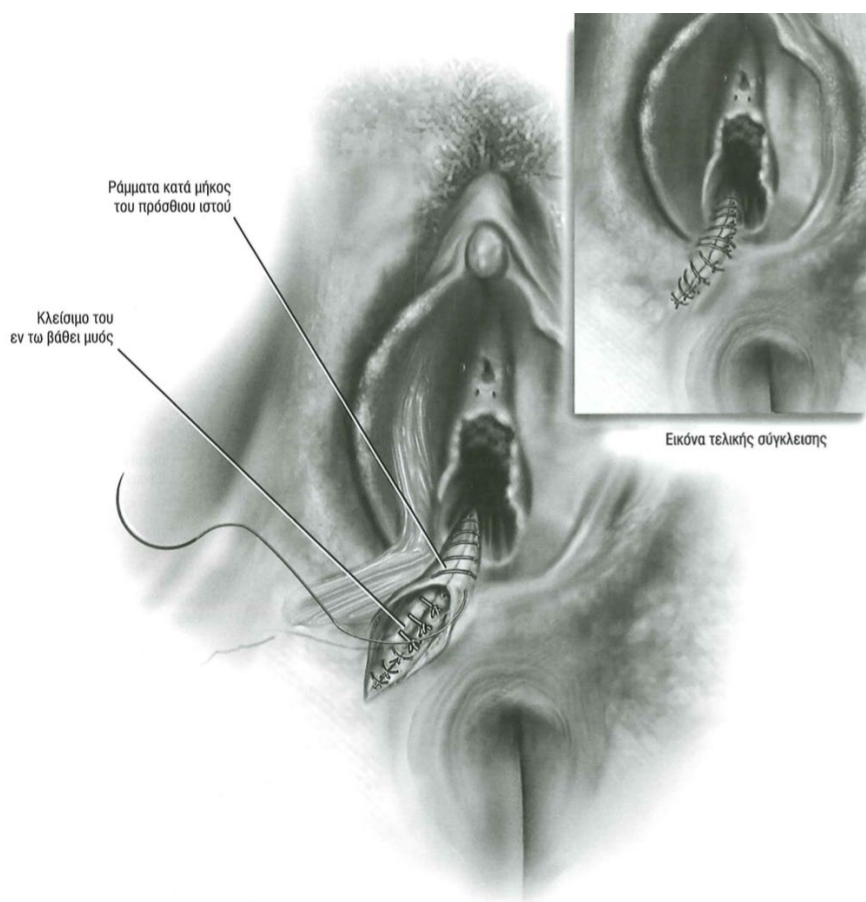
Η επισιτομή συνήθως γίνεται με τη χρήση ψαλιδιού. Τα δάκτυλα του χειρουργού πρέπει να εισέρχονται μεταξύ του κόλπου/προδρόμου και του κεφαλιού του παιδιού, ώστε να προστατευτεί από τραυματισμό.

Η τομή, εάν γίνεται σωστά και με τις προαναφερθείσες οδηγίες, δεν θα προκαλέσει κανένα τραυματισμό στο σφιγκτήρα του πρωκτού, στους μύες και στο ορθό, αφού κατευθύνεται μακριά από αυτές τις δομές.

Μετά τον τοκετό και ενόσω αναμένεται η αποκόλληση του πλακούντα, η τομή πρέπει να ταμπονάρεται με πίεση μέσω κάποιου επιθέματος (π.χ. τολύπιο). Τα αγγεία τα οποία αιμορραγούν πρέπει να απολινώνονται με ράμματα Vicryl 3-0. Τα άκρα του κομμένου βολβοσηραγγώδους μυός πρέπει να πιάνονται και να ασφαρίζονται με λαβίδες Allis. Τα άκρα της περιτονίας, στο επίπεδο του εγκαρσίου περινεϊκού μυός, πρέπει να ασφαρίζονται με λαβίδες Allis. Από τη στιγμή που έχει εξέλθει και ο πλακούντας, το τραύμα κλείνεται με ράμματα Vicryl 2-0 ή 3-0, με τα οποία συμπλησιάζονται ο μυς και η περιτονία. Η περιτονία του Colles κλείνει με ράμματα Vicryl 3-0 και ο υποδόριος ιστός και το δέρμα κλείνουν με ράμματα Vicryl 3-0 διακεκομμένα ή συνεχή (Σχήματα 15 και Σχήμα 16).



Σχήμα 15. Οι διατμηθέντες μύες έχουν συρραφεί με διακεκομμένα ράμματα 2-0 Vicryl. Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 919.

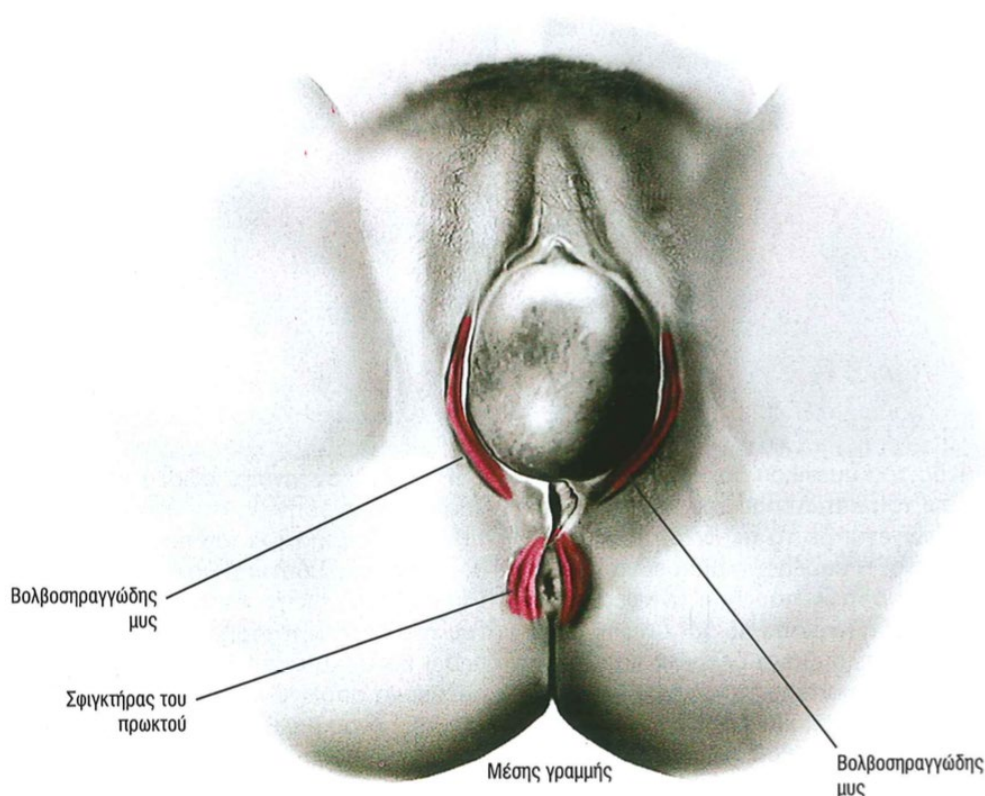


Σχήμα 16. Η περιτονία του Colles συρράφεται με συνεχή ράμματα 3-0 Vicryl. Το δέρμα συρράφεται είτε με διακεκομμένο ή συνεχές ράμμα 3-0 Vicryl. Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί υποδόρια ραφή. Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 920.

Β) Επισιτομή Μέσης Γραμμής

Η τομή γίνεται στην οπίσθια, κατώτερη μέση γραμμή του κόλπου, αμέσως πάνω από τον υμενικό δακτύλιο και εκτείνεται μέσα από τον πρόδομο μέχρι το επίπεδο της σκαφοειδούς περιτονίας, μέσου της οπίσθιας γωνίας έως τη συμβολή περινέου-προδόμου (**Σχήμα 17**). Σε προηγούμενες περιγραφές, η τομή επεκτείνεται μέσα στο “σώμα του περινέου”, το οποίο τα παλαιότερα ανατομικά βιβλία περιγράφουν ως η μεγάλη κεντρική κατάληξη διαφόρων μυών σε μια καλά οριζόμενη δομή (“σαν τένοντας”). Στην πραγματικότητα, σε νεκροτομικές τομές, τόσο μονιμοποιημένων όσο και νωπών ιστικών δειγμάτων, δε μπόρεσε να καταδειχθεί τέτοια ανατομική

δομή, “κεντρικού τένοντα” ή “σώματος”. Αυτές οι εκτομές δείχνουν ότι ο έξω σφιγκτήρας και σε κάποιο βαθμό και ο σφιγκτήρας του πρωκτού, σχηματίζουν δομικά την εν τω βάθει περινεϊκή υποδομή που βρίσκεται κάτω από το δέρμα, το επιφανειακό λίπος και την περιτονία του Colles. Αναπόφευκτα, σε μια επισιτομή της μέσης γραμμής, θα κοπεί ένα τμήμα του έξω σφιγκτήρα στο πρωκτού. Εάν αυτή η τομή περιοριστεί σε λίγες ίνες, τότε το λειτουργικό αποτέλεσμα είναι ελάχιστο. Εάν κοπεί ένα μεγαλύτερο κομμάτι του έξω σφιγκτήρα, χωρίς η βλάβη να αναγνωριστεί επί τόπου, τότε ο ασθενής θα έχει κάποιου βαθμού απώλεια του ελέγχου του σφιγκτήρα του πρωκτού, π.χ. έλεγχο των κενώσεων ή διαφυγή κοπράνων. Εάν κόβεται το 50% ή και περισσότερο του σφιγκτήρα, η ασθενής θα έχει ακράτεια των κοπράνων μέσου-σοβαρού βαθμού. Πλήρης διατομή θα οδηγήσει σε σοβαρότατη ακράτεια κοπράνων.



Σχήμα 17. Μέση επισιτομή. Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 918.

Τέλος, ο κίνδυνος επιδείνωσης της βλάβης στο σφιγκτήρα και της επέκτασης μέσω του προσθίου τοιχώματος του ορθού είναι μεγάλος με την επισιοτομή της μέσης γραμμής αφού η σημαντική πίεση που δημιουργείται από το κεφάλι που εξέρχεται από τον κόλπο μπορεί να αυξήσει και να επεκτείνει ανεξέλεγκτα τη μέση τομή, κάτι που πλήττει άμεσα τον έξω σφιγκτήρα, το ορθό και τον πρωκτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΡΗΞΕΩΝ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΚΑΙ
ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΡΗΞΕΩΝ

ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

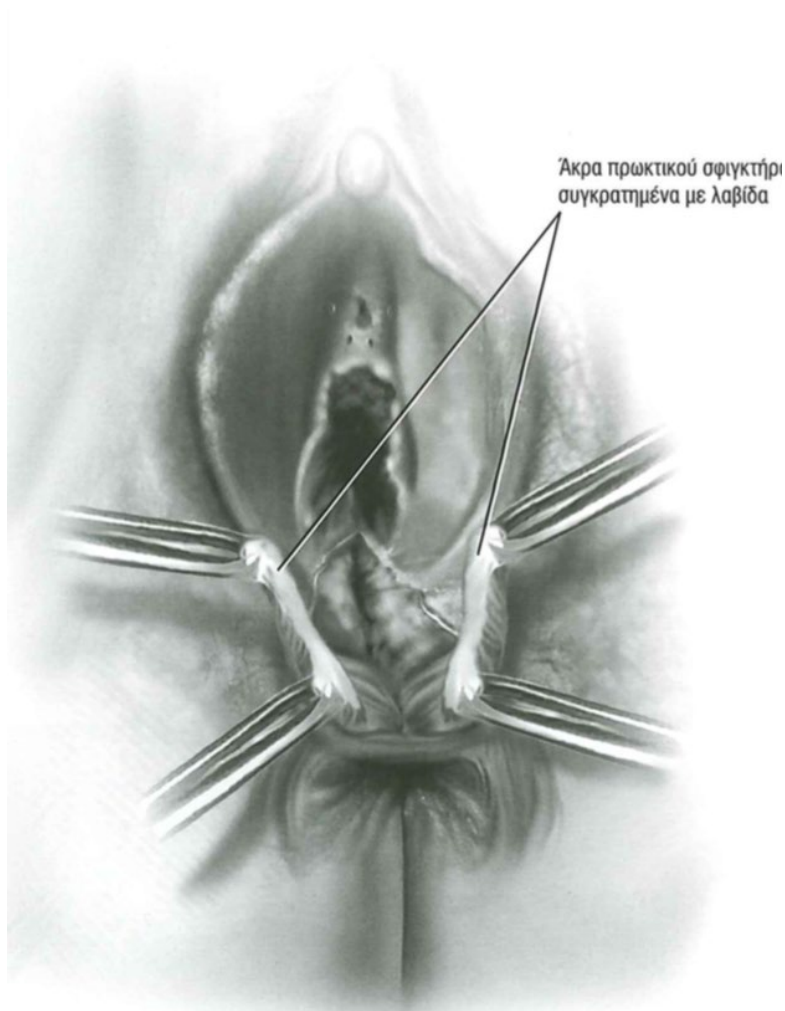
7.1. Θεραπεία Αποκατάστασης της Ρήξης Περινέου Τρίτου Βαθμού

Για να είναι επιτυχημένη η αποκατάσταση των ρήξεων περινέου 3^{ου} βαθμού, δηλαδή η ύπαρξη κάκωσης του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού, ο μαιευτήρας πρέπει να έχει σαφή και βαθειά γνώση της ανατομίας της περιοχής του περινέου. Ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού είναι μια ευρεία αλλά σχετικά λεπτή δομή *in vivo*. Ο έσω σφιγκτήρας είναι στην πραγματικότητα το πιο εξωτερικό τμήμα της μυϊκής στοιβάδας του ορθού στο επίπεδο του πρωκτού και της κατώτατης μοίρας του ορθού. Η ανατομική εκτομή του πρωκτικού σφιγκτήρα καταδεικνύει ότι το πλάτος του έξω σφιγκτήρα είναι 1 ίντσα.

Η αναγνώριση των ανατομικών περιοχών που έχουν υποστεί κάκωση πρέπει να αναγνωρίζονται πριν από κάθε προσπάθεια αποκατάστασης. Η αιμόσταση πρέπει να είναι το πρωταρχικό μέλημα, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η αναγνώριση των ιστικών δομών και η βελτιστοποίηση του χειρουργικού πεδίου. Η αιμόσταση αυτή επιτυγχάνεται με τη χρήση λαβίδων Pean ή Mosquito και ραμμάτων Vicryl 3-0. Πρέπει να γίνεται προσεκτική επισκόπηση του τραύματος, ώστε να αναγνωρίζεται ο βαθμός κάκωσης του σφιγκτήρα, και να γίνεται σαφές ότι ο βλεννογόνος του πρωκτού και του ορθού δεν έχει υποστεί κάκωση.

Μετά, οι απομακρυσμένες άκρες του έξω σφιγκτήρα συλλαμβάνονται και συγκρατούνται με λαβίδες Allis (Σχήμα 19). Ο μαιευτήρας πρέπει να φορά διπλό ζευγάρι γάντια και να τοποθετεί το δείκτη του μέσα στο ορθό ενώ παράλληλα ο βοηθός πρέπει να κρατά αντίσταση με τις λαβίδες Allis. Ο μαιευτήρας πρέπει να αισθάνεται το σφιγκτήρα να σφίγγει όσο ο βοηθός ασκεί έλξη στις λαβίδες Allis με

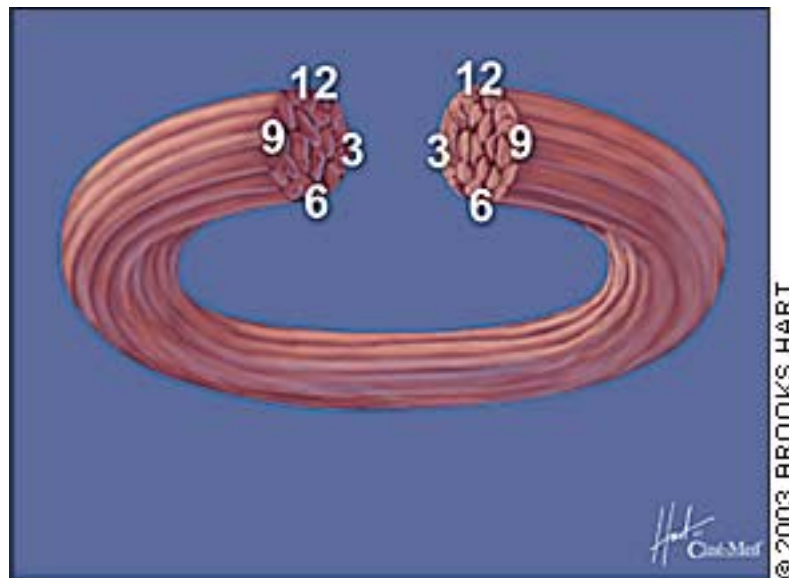
έναν χειρισμό σαν επιχιασμό. Ο σφιγκτήρας ράβεται ενώ έχουμε ένα δάκτυλο στον πρωκτό.



Σχήμα 19. Εφαρμογή των λαβίδων Allis στα άκρα του σφιγκτήρα και ανάδειξη των άνω και κάτω ορίων του τραύματος. *Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 921.*

Η παραδοσιακή συρραφή του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού είναι η τελικο-τελική αναστόμωση κατά την οποία ενώνουμε τα δύο κομμένα άκρα του σφιγκτήρα με τη σειρά στις ώρες 6^η, 3^η 12^η και 9^η (**Σχήμα 20**) με μεμονωμένες ραφές. Το ράμμα που χρησιμοποιείται είναι PDS ή Vicryl 2-0. Το πρώτο ράμμα τοποθετείται στην 6^η ώρα (Posterior) των δύο τεμνόμενων άκρων του έξω σφιγκτήρα. Το δεύτερο ράμμα τοποθετείται στην 3^η ώρα (Interior) του κάθε άκρου. Ακολουθεί η τοποθέτηση του τρίτου ράμματος στη 12^η ώρα (Superior) και του τέταρτου ράμματος στην 9^η ώρα

(Anterior). Τα ράμματα δένονται για να συμπλησιάσουν τα άκρα του σφιγκτήρα και όχι να στραγγαλίσουν τους ιστούς, ενέργεια που θα προκαλέσει ισχαιμία στην ιστική δομή. Έχει επινοηθεί το ακρονύμιο PISA (Πίνακας 7) ώστε ο μαιευτήρας να ακολουθεί τη σωστή σειρά συρραφής των σημείων (ωρών) των δύο άκρων του έξω σφιγκτήρα.



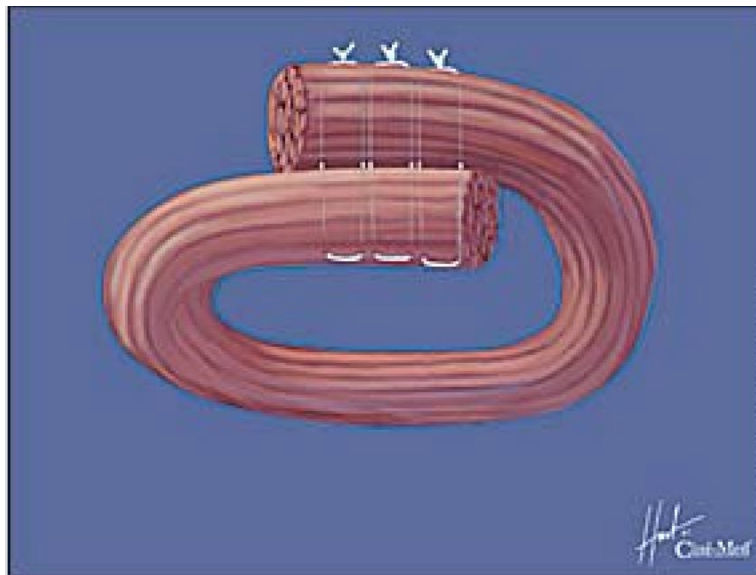
Σχήμα 20. Τελικο-τελική συρραφή έξω σφιγκτήρα του πρωκτού. LAWRENCE LEEMAN, M.D., M.P.H., MARIDEE SPEARMAN, M.D., and REBECCA ROGERS, M.D., University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, New Mexico, *Am Fam Physician*. 2003 Oct 15;68(8):1585-1590.

Πίνακας 7. Ακρονύμιο PISA για την τελικο-τελική συρραφή των άκρων του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού.

P (Posterior)	Οπίσθιο	6 ^η ώρα
I (Interior)	Έσω	3 ^η ώρα
S (Superior)	Πρόσθιο	12 ^η ώρα
A (Anteriorr)	Έξω	9 ^η ώρα

Μια εναλλακτική συρραφή του έξω σφιγκτήρα είναι η αλληλοεπικάλυψη (overlapping) των τεμνομένων άκρων του. Τοποθετούμε 3 ράμματα όπως φαίνεται στο (Σχήμα 21) χρησιμοποιώντας και σε αυτή την τεχνική ράμμα PDS ή Vicryl 2-0. Το

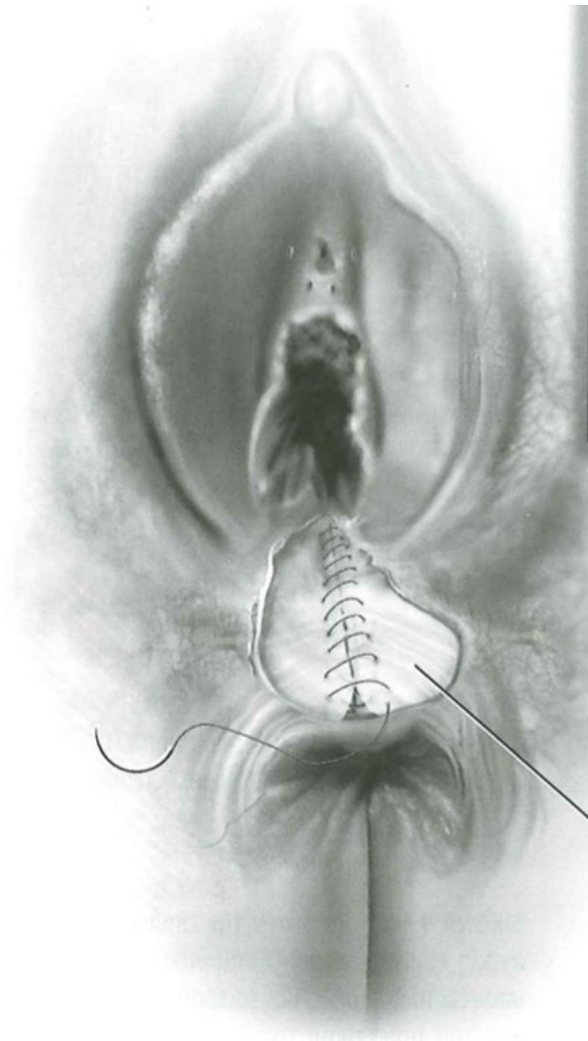
πρώτο ράμμα τοποθετείται από πάνω προς τα κάτω στο αριστερό άκρο του σφιγκτήρα που θα τοποθετηθεί πάνω από το δεξί άκρο και στη συνέχεια το ράμμα περνάει από πάνω προς τα κάτω στο δεξί άκρο του σφιγκτήρα. Η ραφή συνεχίζεται από κάτω προς τα πάνω στο δεξί άκρο του σφιγκτήρα και στη συνέχεια από κάτω προς τα πάνω στο αριστερό σκέλος του σφιγκτήρα. Το ράμμα τοποθετείται με τον παραπάνω τρόπο ώστε το ένα άκρο να επικαλύπτει το άλλο άκρο του σφιγκτήρα. Το πρώτο ράμμα που τοποθετείται το συγκρατούμε, χωρίς να το δέσουμε, με μια λαβίδα Pean ή Mosquito. Ακολουθεί έλξη των λαβίδων Allis ώστε να γίνει έλεγχος της τοποθέτησης του ράμματος, καθώς και ότι το άκρο του σφιγκτήρα αλληλοεπικαλύπτει το άλλο. Το δεύτερο και τρίτο ράμμα τοποθετούνται με την ίδια τεχνική. Τα ράμματα δένονται αφού πρώτα έχου τοποθετηθεί και τα τρία ράμματα ενώ ο μαιευτήρας έχει το γαντοφορεμένο δάκτυλο στο ορθό ώστε να μπορεί να αισθανθεί το σφίξιμο του σφιγκτήρα μετά τη σύγκλειση του τραύματος. Έτσι εξασφαλίζεται η αποφυγή της υπερδιόρθωσης.



Σχήμα 21. Overlapping τεχνική συρραφής των άκρων του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού. Ciné-Med, Inc., 127 Main St. N, Woodbury, CT 06798-2915. Copyright © Ciné-Med, Inc.

Μετά την επιδιόρθωση του σφιγκτήρα, το δάκτυλο του μαιευτήρα απομακρύνεται από τον πρωκτό, και το εξωτερικό διπλό γάντι αφαιρείται και απομακρύνεται. Η

περιτονία του Colles κλείνεται με διακεκομμένα ράμματα Vicryl 3-0. Το υποδόριο λίπος της περιοχής κλείνεται με συνεχή ραφή Vicryl 3-0 ή 4-0 (Σχήμα 22). Το δέρμα συρράφεται με διακεκομμένα ράμματα Vicryl 3-0 (Σχήμα 23). Εναλλακτικά, το δέρμα μπορεί να κλείσει με συνεχής ενδοδερμική ραφή.



Σχήμα 22. Σύγκλειση περιτονίας με συνεχές 3-0 Vicryl. Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. *Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery*, 2nd ed. 2006. p. 923.



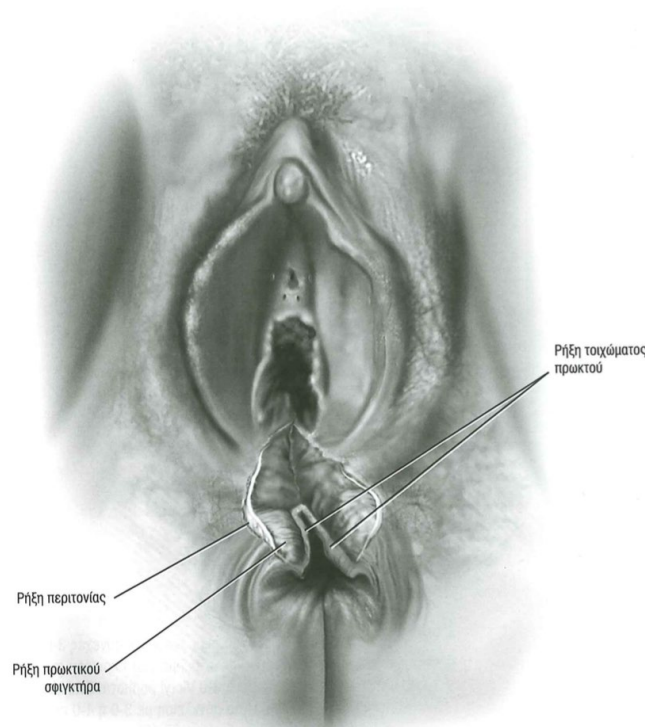
Σχήμα 23. Συρραφή δέρματος περινέου με συνεχές ράμμα Vicryl 3-0. *Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 923.*

Μετεγχειρητικά, δεν τοποθετείται τίποτα στο ορθό. Η ασθενής λαμβάνει σαφείς οδηγίες να μην χρησιμοποιήσει υποκλυσμό, υπόθετα και να μην ασκεί μεγάλη πίεση κατά την αφόδευση. Της συστήνεται να παίρνει μια μεζούρα Duphalac δύο φορές την ημέρα και να καθαρίζει επιμελώς το τραύμα με άφθονο φυσιολογικό ορό και Betadine. Τέλος, συστήνεται να καταναλώνει τουλάχιστον 4-6 ποτήρια νερό την ημέρα και να τηρεί μια δίαιτα υψηλή σε ίνες και φρούτα.

7.2. Θεραπεία Αποκατάστασης της Ρήξης Περινέου Τετάρτου Βαθμού

Η ρήξη 4^{ου} βαθμού ενέχει σημαντικό κίνδυνο για τη δημιουργία ορθοκολπικού συριγγίου. Απαιτείται προσεκτική αποκατάσταση για να αποφεύγεται αυτή η σοβαρή επιπλοκή.

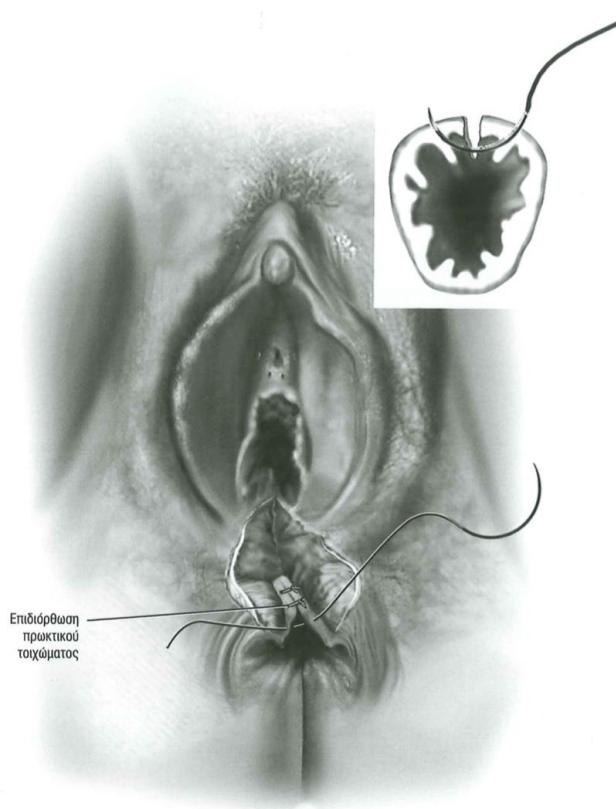
Όπως και με την 3^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου, η προσεκτική επισκόπηση για την αναγνώριση των ιστικών δομών της περιοχής πριν την επέμβαση είναι σημαντικό βήμα για την επιτυχή επιδιόρθωση (Σχήμα 24). Η αιμόσταση πρέπει να είναι πλήρης πριν την έναρξη της επισκόπησης. Η σύλληψη με λαβίδες και ράμματα είναι η καλύτερη μέθοδος για την επίτευξη αιμόστασης και την αποφυγή ιστικής νέκρωσης. Οι κομμένες άκρες του πρωκτοορθικού βλεννογόνου συλλαμβάνονται με λαβίδες Babcock, ξεκινώντας από την άκρη που βρίσκεται προς τον πρωκτό, συνεχίζοντας προς τα πάνω (κρανιακά) έως την ένωση με τον ακέραιο ορθικό βλεννογόνο.



Σχήμα 24. Πλήρης σχάση του περινέου. Ο έξω και έσω σφιγκτήρας του πρωκτού έχουν υποστεί πλήρη ρήξη και το τραύμα επεκτείνεται σε όλο το πάχος του πρωκτικού τοιχώματος, συμπεριλαμβανομένου του πρωκτικού βλεννογόνου. *Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 924.*

Μετά την καλή έκθεση, χρησιμοποιούνται ράμματα 2-0 ή 3-0 chromic catgut με λεπτή βελόνα για να επιτευχθεί συμπλησίαση του βλεννογόνου του ορθού με διακεκομμένη ραφή. Το αρχικό ράμμα συγκράτησης τοποθετείται τουλάχιστον 0,5 εκ. πάνω από την κορυφή της ρήξης ως «ράμμα-οδηγός». Εν συνεχεία, το ορθό επιδιορθώνεται με μια μόνο στοιβάδα ραμμάτων ή μια στοιβάδα διακεκομμένων

ραμμάτων τύπου chromic catgut 2-0. Το κάθε ράμμα τοποθετείται μέσω της κοιλότητας του τοιχώματος του ορθού και δένεται (Σχήμα 25). Όταν το τοίχωμα του ορθού έχει ολοκληρωτικά επισκευαστεί, ο έξω σφιγκτήρας πιάνεται με λαβίδες Allis και επισκευάζεται όπως έχει προηγουμένως περιγραφεί με τη χρήση ραμμάτων Vicryl 3-0. Τελικά η περιτονία του Colle's, το λίπος και το δέρμα επισκευάζονται με τη χρήση ραμμάτων Vicryl 3-0. Με μια τελική δακτυλική εξέταση επιβεβαιώνεται το άρτιο της επιδιόρθωσης.



Σχήμα 25. Αφού διασφαλιστούν τα άνω και κάτω όρια του τραύματος, τοποθετούνται διακεκομμένα 2-0 chromic ράμματα πλήρους πάχους στο ορθοπρωκτικό τοίχωμα. Το τραύμα συγκλείνεται χωρίς τάση κατά μήκος της γραμμής συρραφής. *Baggish MS. Episiotomy. In: Baggish MS, Karram MM, editors. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery., 2nd ed. 2006. p. 925.*

Μετά την αποκατάσταση, τίποτα δεν τοποθετείται στο ορθό. Δεν χρησιμοποιούνται κλύσματα ή υπόθετα. Συστήνεται η χρήση μαλακτικών των κοπράνων, όπως μια μεζούρα Duphalac δύο φορές την ημέρα, και δίαιτα πλούσια σε ίνες. Επιπλέον

συστήνεται η χορήγηση διπλού σχήματος αντιβίωσης, όπως κεφαλοσπορίνης 2^{ης} γενιάς και μετρονιδαζόλης για 7-10 ημέρες. Τέλος, το τραύμα πρέπει να καθαρίζεται καθημερινά με άφθονο φυσιολογικό ορό και Betadine.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΟΒΑΡΟΥ
ΒΑΘΜΟΥ ΡΗΞΕΩΝ ΠΕΡΙΝΕΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΡΗΞΕΩΝ ΠΕΡΙΝΕΟΥ

Για τις γυναίκες με ιστορικό μαιευτικών κακώσεων του περινέου σοβαρού βαθμού δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία υψηλής ποιότητας ώστε να διατυπωθούν συστάσεις σχετικά με τον τρόπο και είδος τοκετού σε μελλοντική κύηση.¹³² Η τελική απόφαση για το είδος και τρόπο του τοκετού είναι της ίδιας της γυναίκας, παρόλο που στην διεθνή βιβλιογραφία προτείνονται διάφορες προσεγγίσεις.

Βάση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, προτείνεται η εξής προσέγγιση:

- Για ασυμπτωματικές γυναίκες με ένα επεισόδιο σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό, ο κολπικός τοκετός μπορεί λογικά να προσφερθεί μετά από προσεκτική παροχή συμβουλών σχετικά με τον κίνδυνο για ένα δεύτερο επεισόδιο σοβαρού βαθμού περινεϊκής κάκωσης (και επακόλουθης ακράτειας του πρωκτού) σε σύγκριση με τους κινδύνους της καισαρικής τομής. Η εκτέλεση επισιотоμήs καθώς και ο επεμβατικός τοκετός με χρήση εμβρυουλκών συστήνεται μόνο όταν υπάρχει ισχυρή ένδειξη εκτέλεσης αυτών. Ο κίνδυνος επανάληψης περινεϊκής κάκωσης σοβαρού βαθμού σε γυναίκες με ιστορικό πρωτογενούς μαιευτικής κάκωσης είναι περίπου 3-5%.^{133,134} Υπολογίζεται ότι θα χρειαστούν να εκτελεστούν 2,3 καισαρικές τομές σε γυναίκες με ιστορικό μαιευτικών κακώσεων του περινέου σοβαρού βαθμού ώστε να προληφθεί μια νέα περίπτωση ακράτειας του πρωκτού.¹³⁵ Επίσης, δεν είναι ξεκάθαρο ότι ο επόμενος κολπικός τοκετός επηρεάζει αρνητικά την μετρήσιμη πρωκτική σφιγκτηριακή λειτουργία.¹³⁶
- Για ασυμπτωματικές γυναίκες με δύο ή περισσότερα επεισόδια σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό ή συμπτωματικές

γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό μαιευτικής περινεϊκής κάκωσης, προτείνεται η εκλεκτική καισαρική τομή σε μελλοντικούς τοκετούς.¹³⁷ Γυναίκες με δύο επεισόδια σοβαρής κάκωσης του περινέου έχουν περίπου 10πλάσιο κίνδυνο για ρήξη του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού σε επόμενο κολπικό τοκετό.¹³⁸ Γυναίκες με παροδικά συμπτώματα πρωκτικής ακράτειας μετά από τοκετό έχουν 1 προς 6 πιθανότητες να αναπτύξουν μόνιμα συμπτώματα μετά από ένα μετεγενέστερο κολπικό τοκετό.^{135,139} Σημειώνεται ότι ενώ ο κολπικός τοκετός αυξάνει τον άμεσο κίνδυνο για επίμονη ακράτεια κοπράνων ή πρωκτού σε γυναίκες με μαιευτικό ιστορικό περινεϊκής κάκωσης σοβαρού βαθμού,¹⁴⁰⁻¹⁴² δεν συμβαίνει το ίδιο όσο αφορά την αύξηση του κινδύνου πρωκτικής ακράτειας εάν η μαιευτική κάκωση είχε συμβεί πριν από πέντε έτη ή και περισσότερο.¹⁴³⁻¹⁴⁵ Στην συμβουλευτική των γυναικών με ιστορικό μαιευτικής κάκωσης του περινέου σοβαρού βαθμού, είναι σημαντικό να εξηγηθεί η αβεβαιότητα όσο αφορά τον κίνδυνο της επανάληψης ή της ανάπτυξης μόνιμης ακράτειας κοπράνων ή πρωκτού, καθώς και οι κίνδυνοι σχετικά με την καισαρική τομή.

Σε μια αναδρομική μελέτη 153 γυναικών με ιστορικό μαιευτικής κάκωσης περινέου σοβαρού βαθμού, περίπου στο 30% των γυναικών αυτών επιλέγεται για καισαρική τομή σε επόμενο τοκετό.¹⁴⁶ Η επιλογή της καισαρικής τομής σχετίζεται με την Καυκάσια φυλή και με τη σοβαρότητα των υπερηχογραφικών ευρημάτων στον ενδοορθικό υπέρηχο, αν και οι αριθμοί της μελέτης ήταν μικροί. Σε άλλη αναδρομική μελέτη 233 ασθενών με ιστορικό μαιευτικής κάκωσης περινέου σοβαρού βαθμού, διεξήχθησαν ενδοορθικό υπερηχογράφημα και ορθοπρωκτική μανομετρία σε όλες τις ασθενείς και στη συνέχεια τα αποτελέσματα του ελέγχου εφαρμόστηκαν σε διαφορετικούς αλγορίθμους απόφασης σχετικά με τον τρόπο τοκετού.¹⁴⁷ Όταν το αυστηρότερο πρωτόκολλο είχε εφαρμοστεί, το οποίο περιλάμβανε καισαρική τομή μόνο όταν μια εξέταση ήταν παθολογική ή για όλες τις γυναίκες με ακράτεια πρωκτού ή κοπράνων περισσότερο από το 80% των γυναικών θα συμβουλευόταν να γεννήσει με καισαρική τομή σε μετεγενέστερο τοκετό. Όταν ο αλγόριθμος άλλαξε να απαιτεί συμπτωματικές γυναίκες που έχουν μια παθολογική εξέταση ή ασυμπτωματικές γυναίκες με παθολογικό ενδοορθικό

υπερηχογράφημα και ορθοπρωκτική μανομετρία, η συμβουλή για καισαρική τομή μειώθηκε στο 40%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19: ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

9.1. Πρωτογενής Κάκωση του Περινέου Σοβαρού Βαθμού

Για τις γυναίκες με πρωτογενή κάκωση του περινέου σοβαρού βαθμού, ο κίνδυνος επανάληψης της κάκωσης σοβαρού βαθμού σε μελλοντικό κολπικό τοκετό είναι περίπου 3-5%.^{133,134} Γυναίκες με ένα επεισόδιο σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη ακράτειας κοπράνων συγκρινόμενες με γυναίκες χωρίς ιστορικό σοβαρής κάκωσης του περινέου (47% έναντι 13%). Από τις γυναίκες με περινεϊκή κάκωση του περινέου 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού, εκείνες με επιπλοκή του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού είναι σε αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη του δέρματος και διάσπαση του τραύματος, περινεϊκό πόνο, και ορθοκολπικά συρίγγια, συγκρινόμενες με τις γυναίκες οι οποίες είχαν μόνο ρήξη του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού.¹⁴⁸

9.2. Επανάληψη Κάκωσης του Περινέου Σοβαρού Βαθμού

Μια μετα-ανάλυση του 2016 οχτώ μελετών που περιλάμβανε πάνω από 99.000 γυναίκες, η επανάληψη της περινεϊκής κάκωσης σοβαρού βαθμού υπολογίστηκε στο 6,35% των γυναικών με ένα επεισόδιο σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό.¹⁴⁹ Ωστόσο, γυναίκες με δύο επεισόδια σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό έχει αναφερθεί ότι έχουν 10πλάσιο κίνδυνο για σφιγκτηριακό τραυματισμό σε επόμενη κύηση.¹³⁸

Γυναίκες με δεύτερο επεισόδιο σοβαρής περινεϊκής κάκωσης φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο για απώτερη ακράτεια κοπράνων ή πρωκτού. Σε μια δευτερεύουσα ανάλυση των δεδομένων από μια μελέτη με ερωτηματολόγια, γυναίκες με ένα δεύτερο επεισόδιο σοβαρής κάκωσης είχαν σχεδόν 70% αύξηση του κινδύνου για ακράτεια κοπράνων και σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο για ακράτεια

πρωκτού.¹⁵⁰ Η μελέτη προσαρμόστηκε για τον τύπο της κάκωσης του πρωκτικού σφιγκτήρα, την ηλικία της μητέρας, το βάρος γέννησης του νεογνού, τα χρόνια από τον τοκετό, και η παρουσία ακράτειας κοπράνων πριν την δεύτερη κύηση, και οι γυναίκες παρακολουθήθηκαν για πέντε έτη.

ΣΚΟΠΟΣ - ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Οι κακώσεις του περινέου έχουν θεωρηθεί ως μια αρνητική εξέλιξη αλλά κάπως αποδεκτή ως μέρος του κοιλιακού τοκετού. Ωστόσο, ένα αυξανόμενο ποσοστό περινεϊκών κακώσεων σοβαρού βαθμού, των μαιευτικών κακώσεων τόσο του σφιγκτήρα του πρωκτού όσο και του βλεννογόνου του ορθού, καθώς και μιας αυξανόμενης γνώσης των πιθανών επιπλοκών των περινεϊκών κακώσεων έθεσαν την προσοχή στην εύρεση μεθόδων προστασίας από τέτοιους τραυματισμούς. Οι σοβαρού βαθμού κακώσεις του περινέου αποτελούν τον κυριότερο αιτιοπαθογόνο μηχανισμό για την ακράτεια κοπράνων και αερίων στις γυναίκες καθώς και άλλων άμεσων και απώτερων επιπλοκών που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής της γυναίκας.

Σκοπός λοιπόν αυτού του πονήματος, είναι η εξοικείωση των παρόχων μαιευτικής φροντίδας με την επιδημιολογία, τους παράγοντες κινδύνου, την κλινική διάγνωση, την πρόληψη και προστασία, και τη διαχείριση των κακώσεων του περινέου κατά τον τοκετό, καθώς και των άμεσων και απώτερων επιπλοκών σύμφωνα με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, αποτελέσματα προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών, μετα-αναλύσεων, αλλά και νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών από τις πλέον έγκριτες επιστημονικές εταιρείες. Αναλύεται η βέλτιστη, κατά περίπτωση, αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών, οι πιθανές επιπλοκές που μπορεί να ανακύψουν και οι απαιτούμενες ενέργειες προς αποκατάσταση αυτών.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη δημιουργία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν άρθρα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, UpToDate κ.α. Μελετήθηκαν επίσης συγγράμματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Χειρουργικοί Άτλαντες και Ανατομίας. Από την ανασκόπηση προέκυψαν 208 ξενόγλωσσες δημοσιεύσεις που περιλαμβάνουν άρθρα, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις.

Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά όπως: περίνεο, μαιευτικές κακώσεις, κακώσεις περινέου, επισιотоμή, κάκωση σφιγκτήρα πρωκτού, ακράτεια κοπράνων.

Η ανάλυση της βιβλιογραφίας και τα συμπεράσματα που προέκυψαν μετά από λεπτομερή μελέτη αποτελούν το περιεχόμενο του παρόντος πονήματος.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10:

ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΠΕΡΙΝΕΟΥ

Οι γυναίκες κατά την πρώιμη περίοδο της λοχείας, οι οποίες έχουν υποστεί μια σοβαρή κάκωση του περινέου κατά τον τοκετό, πρέπει να ελέγχονται διεξοδικά όταν αναφέρουν κάποιο άτυπο σύμπτωμα από την περινεϊκή περιοχή, συμπεριλαμβανομένου του σοβαρού πόνου, της περινεϊκής διόγκωσης ή μάζας και της ανώμαλης κολπικής ή πρωκτικής έκκρισης.

10.1. ΣΟΒΑΡΟΣ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Λεχρίδες με σοβαρή μαιευτική κάκωση του περινέου οι οποίες αναφέρουν σοβαρό, εμμένον ή επιδεινούμενο περινεϊκό πόνο θα πρέπει να αξιολογούνται άμεσα για ύπαρξη λοίμωξης της περιοχής, διάσπαση του τραύματος μετά από την αρχική αποκατάσταση, αιμάτωμα, καθώς και άλλες λιγότερο συχνές επιπλοκές.

10.2. ΛΟΙΜΩΞΗ

Όταν μια λεχρίδα, με περινεϊκή ρήξη κατά τον τοκετό, παραπονείται για σοβαρό ή επιδεινούμενο πόνο στην περιοχή του περινέου, ιδιαίτερα όταν αυτός ο πόνος συνοδεύεται από πυρετό ή κακή γενική κατάσταση της ασθενούς, συνήθως υποδηλώνει λοίμωξη. Ενώ οι περινεϊκές λοιμώξεις συνήθως συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν με συμπτώματα δύο ή και τρεις εβδομάδες αργότερα. Η λοίμωξη μπορεί να περιορίζεται στην περιοχή της κάκωσης ή να επεκτείνεται, ως κυτταρίτιδα, απόστημα ή, σε εξαιρετικά σπάνιες καταστάσεις, νεκρωτική περιτονίτιδα.^{151,152} Η λοίμωξη ή ένα απόστημα μπορεί να εδρεύει περιεδρικά και να

παρουσιάζεται ως πόνος στον γλουτό. Επίσης, η αποκατεστημένη μαιευτική περινεϊκή κάκωση μπορεί να παραμείνει άθικτη ή να διαταραχθεί από την λοίμωξη.

Η νεκρωτική περιτονίτιδα ή η γάγγραινα του Fournier έχει υψηλό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην αντιμετώπιση της. Συνήθως, εμφανίζεται σε ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, κακοήθεια ή ανασοκατασταλτική διαταραχή. Πρόκειται για σοβαρή λοίμωξη λόγω των πολλαπλών παθογόνων μικροβίων της περιοχής του περινέου, ειδικά των αναερόβιων. Εμφανίζεται με κυάνωση του τραύματος και απώλεια της αίσθησης τοπικά. Αυτή η λοίμωξη αντιμετωπίζεται επιθετικά με χειρουργικό καθαρισμό και αντιβιοτικά ευρέως φάσματος.

Γυναίκες με συμπτώματα συσχετιζόμενα με λοίμωξη θα πρέπει να υποβάλλονται σε εξονυχιστική κλινική εξέταση. Τα ευρήματα της εξέτασης που υποδηλώνουν περινεϊκή λοίμωξη περιλαμβάνουν το ερύθημα του δέρματος της περιοχής, στιλπνό και λεπτό δέρμα, με εκροή πύου και παρουσία οιδήματος. Στις γυναίκες αυτές που ανευρίσκονται αυτά τα σημεία και συμπτώματα συστήνεται να υποβάλλονται σε διάνοιξη του περινέου, καθαρισμό, και πιθανώς σε παροχέτευση του αποστήματος. Προτιμότερο είναι οι χειρισμοί και οι παρεμβάσεις αυτές να γίνονται στα πλαίσια εξωτερικού ιατρείου ώστε να μην διαταράσσεται η καθημερινότητα μητέρας και νεογνού. Ωστόσο, γυναίκες με εξαιρετικά σοβαρό πόνο ίσως ωφεληθούν από την εκτέλεση διάνοιξης, παροχέτευσης και καθαρισμού υπό αναισθησία, περιοχική ή γενική.

Όταν η περινεϊκή λοίμωξη επιβεβαιωθεί, ο μαιευτήρας πρέπει να ακολουθήσει την εξής προσέγγιση:

- Επί ύπαρξης σημείων αποστήματος ή λοίμωξης των μαλακών μορίων, συστήνεται η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος από το στόμα.
- Επί ύπαρξης αποστήματος, πρέπει να γίνει διάνοιξη της αποκατεστημένης περινεϊκής κάκωσης και να γίνει παροχέτευση αυτού, υπό τοπικής

αναισθησίας. Μετά την αφαίρεση κάποιων ραμμάτων, η κοιλότητα του αποστήματος πρέπει να παραμένει ανοιχτή ώστε να παροχετεύει πλήρως.

- Εάν η λοίμωξη φαίνεται να είναι σε βαθύτερο τμήμα του τραύματος, πρέπει να γίνει τομή μέσα από τους περιβάλλοντες ιστούς και να πραγματοποιηθεί παροχέτευση και χειρουργικός καθαρισμός. Επί μικρών αποστημάτων, η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό ιατρείο. Επί μεγαλύτερων και βαθύτερων αποστημάτων προτιμότερο είναι η διάνοιξη και η παροχέτευση να τελεστεί σε χειρουργική αίθουσα, στην οποία υπάρχει διαθέσιμη αναισθησία και εξοπλισμός.
- Στις γυναίκες με παρουσία συστηματικής λοίμωξης και ενδείξεις λοίμωξης των εν τω βάθει ιστών, πρέπει να γίνει αξιολόγηση για πιθανή νεκρωτική περιτονίτιδα. Εάν υπάρχει ισχυρή υποψία για νεκρωτική λοίμωξη και ο απεικονιστικός έλεγχος δεν είναι άμεσα διαθέσιμος, πρέπει να πραγματοποιηθεί άμεσα χειρουργική διάνοιξη και αξιολόγηση, διότι μια καθυστέρηση στην θεραπεία αυτής της μεν σπάνιας αλλά απειλητικής για τη ζωή της ασθενούς κατάστασης, μπορεί να αποδειχθεί καταστροφική. Εάν ο απεικονιστικός έλεγχος είναι άμεσα διαθέσιμος, πραγματοποιείται διότι θα δώσει επιπλέον πληροφορίες σχετικά με την έκταση της ιστικής συμμετοχής, τον προσδιορισμό του μεγέθους του καθαρισμού που απαιτείται, καθώς και την δυνητική ανάγκη για πρόσθετη χειρουργική βοήθεια.

10.3. ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η διάσπαση του τραύματος μιας σοβαρού βαθμού περινεϊκής κάκωσης ή επισιοτομής που έχει αποκατασταθεί αμέσως μετά τον τοκετό μπορεί να είναι μερική ή πλήρης. Παρά το γεγονός ότι η διάσπαση τραύματος μπορεί να συμβεί επί απουσίας λοίμωξης, η λοίμωξη αποτελεί τον συχνότερο αιτιοπαθογόνο παράγοντα. Μελέτες αναφέρουν ότι το χρονικό διάστημα που πραγματοποιείται η διάσπαση είναι μεταξύ 10^{ης} και 14^{ης} ημέρας μετά τον τοκετό.¹⁵³ Γυναίκες με μεγαλύτερο κίνδυνο για μια διάσπαση είναι αυτές που έχουν υποστεί ρήξη περινέου 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού. Λεχωίδες με διάσπαση τραύματος του περινέου τυπικά παρουσιάζονται με

επιδεινούμενο πόνο ή καύσο στην περιοχή, ανώμαλη έκκριση, ή, λιγότερο συχνά, μετά από αίσθηση ότι «κάτι πάει να σκάσει».

Για τις γυναίκες με διάσπαση τραύματος επιπλεγμένης με λοίμωξη, η αποκατάσταση πρέπει να είναι περισσότερο «ανοιχτή» χειρουργικά και η διαχείριση της ασθενούς θα γίνει όπως προαναφέρθηκε μέχρι η λοίμωξη αποδρομήσει. Για τις λεχωίδες με διάσπαση τραύματος αλλά χωρίς λοίμωξη, προτείνεται να ακολουθείται η εξής προσέγγιση:

- Σε γυναίκες με διάσπαση τραύματος ρήξης περινέου 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού μπορεί να ακολουθηθεί στάση αναμονής και να γίνει η αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο, ή να πραγματοποιηθεί επιδιόρθωση του τραύματος σε πρώτο χρόνο. Σε μια μετα-ανάλυση δύο μελετών συνολικού πληθυσμού 52 γυναικών που έγινε σύγκριση της δευτερογενούς συρραφής του περινεϊκού τραύματος και της μη συρραφής αυτού, δεν υπήρξε διαφορά στην επούλωση του τραύματος σε τέσσερις εβδομάδες ή στο ποσοστό εμφάνισης δυσπαρεύνιας στους δύο και στους έξι μήνες.¹⁵⁴ Αν και οι περισσότερες γυναίκες της ομάδας που πραγματοποιήθηκε συρραφή του τραύματος είχαν πραγματοποιήσει επανέναρξη των σεξουαλικών επαφών στους δύο μήνες, δεν υπήρξε διαφορά στους έξι μήνες. Δεν υπάρχουν στοιχεία όσο αφορά τον πόνο ή την ικανοποίηση των γυναικών αυτών κατά την επανέναρξη των επαφών τους.
- Γυναίκες με διάσπαση τραύματος ρήξης περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού τυπικά υποβάλλονται σε αγωγή με αντιβιοτικά, υφίστανται χειρουργική νεαροποίηση του τραύματος και στη συνέχεια πραγματοποιείται δευτερογενή αποκατάσταση. Η προσέγγιση αυτή ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο δημιουργίας ορθοκολπικού συριγγίου και αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς δευτερογενούς αποκατάστασης, παρόλο που τα δεδομένα που την υποστηρίζουν είναι περιορισμένα, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την επιλογή των αντιβιοτικών.

Η άσηπτη τεχνική κατά την διάρκεια της πρωτογενούς αποκατάστασης αποτελεί το κλειδί για την πρόληψη μιας ενδεχόμενης διάσπασης του τραύματος. Μια μελέτη έδειξε ότι η εφαρμογή σκόνης ιωδιούχους ποβιδόνης στο περίνεο κατά την αποκατάσταση της επισιотоμής μειώνει το ποσοστό διάσπασης του τραύματος συγκρινόμενο με την τυπική φροντίδα του περινέου (ποσοστό διάσπασης 3,5% έναντι 13,5%).¹⁵⁵ Παρόλο που το μέγεθος των δεδομένων είναι περιορισμένο, οι κατευθυντήριες οδηγίες της NICE το 2007 και του Βρετανικού Κολεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων προτείνουν τη χρήση άσηπτων τεχνικών κατά την διάρκεια της αποκατάστασης της περινεϊκής κάκωσης.^{155,156}

10.4. ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ

Αιματώματα μετά τον τοκετό, ιδίως του κόλπου και του αιδοίου, μπορούν επεκταθούν ταχέως και να είναι εξαιρετικά επώδυνα. Τα αιματώματα αυτά συνήθως συμβαίνουν εντός 24 ωρών από τον τοκετό. Οι γυναίκες συνήθως παρατηρούν ταχεία ανάπτυξη μιας εντόνως επώδυνης μάζας στον κόλπο, στο αιδοίο ή/και στο περίνεο. Η κλινική εξέταση επιβεβαιώνει την ύπαρξη μιας κολπικής ή περινεϊκής μάζας κάτω από το δέρμα με υποκείμενο πορφυροειδή χρωματισμό.¹⁵⁷

10.5. ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Η ανώμαλη έκκριση μετά τον τοκετό περιλαμβάνει υγρό το οποίο είναι πυώδες ή πράσινο, δύσοσμο, ούρα ή κοπρανώδες και αυξανόμενο σε όγκο. Για σύγκριση, τα φυσιολογικά λόχεια μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και οχτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό, και τυπικά το χρώμα τους αλλάζει από κόκκινο ή καφέ σε υδαρές κιτρινο-λευκό, και σταδιακά μειώνονται σε μέγεθος.

Αιτίες της ανώμαλης έκκρισης περιλαμβάνουν ένα ξεχασμένο τολύπιο, κάποιο απόστημα το οποίο έχει υποστεί ρήξη, συρίγγιο ή ακράτεια. Ενώ οι γυναίκες με ένα

περινεϊκό απόστημα έχουν την τάση να εμφανίζονται με περινεϊκό πόνο και/ή πυρετό εντός της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό, η εκροή ενός αποστήματος μπορεί να εκλυφθεί ως ανώμαλη έκκριση. Τόσο τα κυστεοκολπικά όσο και τα ορθοκολπικά συρίγγια μπορούν να εμφανιστούν μέρες ή και μήνες μετά τον τοκετό. Οποιαδήποτε γυναίκα με ξαφνική αύξηση απώλειας των ούρων, συνεχή και/ή καφεοειδής έκκριση, ή κολπική έκκριση μόνο όταν έχει επίσης διάρροια, θα πρέπει να αναζητήσει εκτίμηση. Η απώλεια ούρων προσπαθείας μετά τον τοκετό τυπικά εμφανίζεται εντός των πρώτων ημερών μετά τον τοκετό και βελτιώνεται με αργό ρυθμό. Η ακράτεια κοπράνων λόγω κάκωσης του πρωκτικού σφιγκτήρα ή μια αδιάγνωστη ρήξη του βλεννογόνου του ορθού «δίκην κουμπότρυπας» μπορεί να εμφανιστεί άμεσα ή να ακολουθήσει το πρώτο επεισόδιο μαλακών κενώσεων.

ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΙΠΡΑΝΩΝ - ΠΡΩΚΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11:

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ - ΠΡΩΚΤΟΥ

«Ακράτεια πρωκτού» ορίζεται η επαναλαμβανόμενη, ακούσια και ανεξέλεγκτη απώλεια αερίων και υδαρών ή στερεών κοπράνων από το ορθό. Όταν η γυναίκα έχει μόνο ακούσια απώλεια υδαρών ή στερεών κοπράνων από το ορθό και όχι αερίων, τότε αναφέρεται ως «ακράτεια κοπράνων». Η κατάσταση που βιώνει μια γυναίκα με ακράτεια κοπράνων περιλαμβάνει ένα συνεχές άγχος, ενώ ταυτόχρονα η μειωμένη αυτοεκτίμηση και η χαμηλή αυτοπεποίθηση την οδηγούν σταδιακά σε κοινωνικό αποκλεισμό και επαγγελματική δυσλειτουργία, με σοβαρές ψυχολογικές προεκτάσεις και χαμηλή ποιότητα ζωής.

11.1. Επιδημιολογία

Η ακράτεια κοπράνων αποτελεί μια συχνή πάθηση που βιώνουν οι γυναίκες και αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες. Στην συστηματική ανασκόπηση των Macmillian et al. αναφέρεται ότι ο επιπολασμός της ακράτειας πρωκτού κυμαίνεται μεταξύ 2% και 24%, ενώ η ακράτεια κοπράνων την συναντάμε σε ένα 0,4 - 18% όλων των γυναικών. Όμως, πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο μέρος του πραγματικού προβλήματος δεν μπορεί να καταγραφεί στατιστικά διότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που υποφέρει από ακράτεια είτε πρωκτού είτε κοπράνων διστάζει να αναφέρει το πρόβλημα της στον Γυναικολόγο της λόγω ντροπής, εκτός και αν ερωτηθεί από τον ιατρό ή ερωτηθεί συγκεκριμένα, κυρίως μέσω ειδικών ερωτηματολογίων.

Όσο αφορά το οικονομικό κόστος της ακράτειας κοπράνων, ενδεικτικά αναφέρεται ότι στις Η.Π.Α ξοδεύονται κάθε χρόνο περίπου 400 εκατομμύρια δολάρια για αγορές πάνων ανηλίκων.

11.2. Φυσιολογία της εγκράτειας κοπράνων

Ο έσω και ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού σε συνέργεια με την αγκύλη του ηβοορθικού μυός αποτελούν την μυϊκή ομάδα, η οποία ρυθμίζει το μηχανισμό της εγκράτειας των κοπράνων. Στον μηχανισμό αυτό, κατά δεύτερο λόγο, συμμετέχει και ο ανελκτήρας μυς του πρωκτού, όσο αφορά την κινητική συμπεριφορά της ορθοπρωκτικής περιοχής.

Ο έσω σφιγκτήρας του πρωκτού, όπως έχει προαναφερθεί, αποτελεί το ιδιαιτέρως πεπαχυσμένο ακροτελεύτιο τμήμα της κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας του ορθού. Η ηλεκτρομυϊκή του συμπεριφορά είναι εντελώς διαφορετική από αυτή της κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας, σε άλλα σημεία του παχέος εντέρου, καθώς βρίσκεται σε συνεχή τονική σύσπαση. Η διάταση του ορθού προκαλεί ελάττωση της τονικής σύσπασης του έσω σφιγκτήρα και πτώση της πίεσης ηρεμίας του πρωκτού.

Επιπροσθέτως και ο έξω σφιγκτήρας παρουσιάζει συνεχή τονική δραστηριότητα ακόμη και κατά τον ύπνο η οποία μεταβάλλεται αναλόγως της θέσης και της φυσικής δραστηριότητας. Η τονική δραστηριότητα του έξω σφιγκτήρα ελαττώνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, καθώς όμως ελαττώνονται και οι ενδοορθικές πιέσεις διατηρείται η εγκράτεια.

Σε κατάσταση ηρεμίας, ο τόνος του πρωκτικού σφιγκτηριακού συμπλέγματος δημιουργεί μια πίεση στον αυλό του πρωκτού, που καλείται πίεση ηρεμίας. Ο τόνος του έσω σφιγκτήρα είναι υπεύθυνος για το 70% - 85% της πίεσης ηρεμίας. Η φυσιολογική μέση πίεση ηρεμίας του πρωκτού κυμαίνεται μεταξύ 60 - 85 mmHg. Στην περιοχή που αντιστοιχεί η πάχυνση του περιφερικού άκρου του έσω σφιγκτήρα η πίεση ηρεμίας αυξάνει σημαντικά, δημιουργώντας τη ζώνη υψηλών πιέσεων (High Pressure Zone – HPZ), που έχει μήκος περίπου 1,5 - 2,0 εκ. Μέσα στη ζώνη υψηλών πιέσεων βρίσκεται το σημείο της μέγιστης πίεσης ηρεμίας και σε απόσταση 1,5 εκ. περίπου από το πρωκτοδερματικό όριο.

Η εκούσια σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους δημιουργεί την πίεση συγκράτησης. Η πίεση συγκράτησης είναι κατά κύριο λόγο αποτέλεσμα της σύσπασης του έξω σφιγκτήρα και κατά δεύτερο λόγο του ηβοορθικού μυός, αλλά και του συνόλου της μάζας του ανελκτήρα μυός του πρωκτού. Η εκούσια σύσπαση των μυών του πρωκτού δεν διαρκεί περισσότερο από 45 - 60 δευτερόλεπτα και παρουσιάζει την μέγιστη τιμή της κατά τα πρώτα 30 δευτερόλεπτα. Για την επαρκή ανάπτυξη πίεσης συγκράτησης είναι απαραίτητη η ακεραιότητα των προσαγωγών και των απαγωγών νευρικών οδών μεταξύ των μυών του πυελικού εδάφους και του νωτιαίου μυελού, αλλά και των φλοιωδών κέντρων του εγκεφάλου.

Η σύσπαση του ηβοορθικού μυός κάνει πιο οξεία την γωνία της ορθοπρωκτικής συμβολής μετατοπίζοντας την προς την ηβική σύμφυση, ενώ η σύσπαση της κύριας μάζας του ανελκτήρα μυ του πρωκτού μετατοπίζει τον πρωκτό μαζί με το πυελικό έδαφος προς τα άνω.

Η εγκράτεια των κοπράνων είναι μια σύνθετη λειτουργία, στην οποία υπεισέρχεται μια σειρά φυσιολογικών μηχανισμών της ορθοπρωκτικής περιοχής. Σε μεγάλο μέρος η ακριβής σημασία αυτών των μηχανισμών δεν έχει πλήρως διερευνηθεί. Κατά σειρά σπουδαιότητας των επιμέρους μηχανισμών, η εγκράτεια των κοπράνων στηρίζεται:

- 1. Στην ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα των σφιγκτήρων.**
- 2. Στην ακεραιότητα της αισθητικής και κινητικής νεύρωσης της ορθοπρωκτικής περιοχής.**

Επί ύπαρξης αμφοτερόπλευρων βλαβών των νεύρων του πυελικού εδάφους διαταράσσεται σοβαρά η λειτουργία της ορθοπρωκτικής περιοχής. Επί ετερόπλευρης βλάβης των νεύρων της ορθοπρωκτικής περιοχής διαταράσσεται η αισθητικότητα της πρωκτοδερματικής περιοχής, αλλά διατηρείται η λειτουργία των σφιγκτήρων.
- 3. Στη διατασιμότητα και χωρητικότητα της ληκύθου του ορθού.**
- 4. Στη σύσπαση και τον όγκο των κοπράνων.**
- 5. Στην ταχύτητα πλήρωσης του ορθού με κόπρανα.**
- 6. Στην ορθοπρωκτική συμβολή.**

Η ορθοπρωκτική συμβολή σχηματίζει ορθή γωνία με την κορυφή προς τα εμπρός, ως αποτέλεσμα του τόνου ηρεμίας του ηβοορθικού μυός. Στην μελέτη των Parks et al. θεωρείται η ορθοπρωκτική συμβολή ως ο σημαντικότερος επιμέρους μηχανισμός της εγκράτειας των κοπράνων.

11.3. Αιτιολογία

Η ακράτεια των κοπράνων εμφανίζεται εάν διαταραχθούν δομικές ή λειτουργικές συνιστώσες των μηχανισμών εγκράτειας και αφόδευσης. Η αιτιολογία μπορεί να είναι μεμονωμένη ή πολυπαραγοντική. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην ακράτεια κοπράνων ή και πρωκτού είναι οι εξής:

1. Ύπαρξη βλάβης του μυϊκού συμπλέγματος του έσω και έξω σφιγκτήρα του ορθού:

- Μαιευτικός τραυματισμός
- Ιδιοπαθής εκφύλιση
- Συγγενής ανωμαλία
- Ιατρογενής τραυματισμός
- Σκληρόδερμα

2. Νευροψυχιατρικής αιτιολογίας:

- Μαιευτική κάκωση του αιδοϊκού νεύρου
- Νόσος Alzheimer
- Νόσος Parkinson
- Ψυχωσική συνδρομή
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Δισχιδής ράχη
- Τραυματισμός σπονδυλικής στήλης

3. Ύπαρξη ανατομικής βλάβης της ορθοπρωκτικής περιοχής:

- Περιπρωκτικά συρρίγια
- Πρόπτωση του ορθού
- Ορθοκήλη
- Αιμορροϊδοπάθεια

4. Διαταραχές της σύστασης των κοπράνων και της διατασιμότητας του ορθού:

- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn)
- Ολική κολεκτομή με δημιουργία νεοληκύθου
- Μετακτινική ορθοπρωκτίτιδα
- Τροφική δυσανεξία

5. Φαρμακευτικές ουσίες:

- Μυοχαλαρωτικά
- Καφεΐνη
- Ορλιστάτη

6. Ιδιοπαθής ακράτεια

11.4. Διάγνωση

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τον καταρτισμό ενός αποτελεσματικού σχεδίου αντιμετώπισης της ακράτειας κοπράνων αποτελούν η αναγνώριση της επικείμενης αιτιολογίας αλλά ταυτόχρονα και ο καθορισμός της σοβαρότητας της εγκράτειας. Η διερεύνηση μιας γυναίκας που ταλαιπωρείται από ακράτεια πρωκτού ή κοπράνων ξεκινά από την λήψη ενός πλήρους ιατρικού και κυρίως μαιευτικού ιστορικού, συνοδευόμενα από τον καθορισμό του είδους της ακράτειας, κοπράνων μόνο ή και

αερίων, της συχνότητας των επεισοδίων αλλά και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, μέσα από εγκεκριμένα ερωτηματολόγια, καθώς επίσης και μια ενδεδειγμένη και προσεκτική κλινική εξέταση της ασθενούς. Τέλος, το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα μαζί με την μανομετρία πρωκτού θα συμπληρώσουν τον απαραίτητο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

Ερωτηματολόγια αξιολόγησης

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί αρκετά συστήματα αξιολόγησης που έχουν ως στόχο να παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας μια πιο αντικειμενική βαθμονόμηση των αναφερόμενων από την γυναίκα συμπτωμάτων ακράτειας κοπράνων ή και αερίων. Εκτός από τον ρόλο τους στην αρχική διάγνωση της ακράτειας και στον καθορισμό της σοβαρότητας της, πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν και στην έγκυρη παρακολούθηση των ασθενών μετά από την θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση.

Ένα σύντομο, έγκυρο και πολύ αξιόπιστο σύστημα αξιολόγησης της σοβαρότητας της ακράτειας κοπράνων αποτελεί ο Δείκτης Σοβαρότητας της Ακράτειας Κοπράνων (Fecal Incontinence Severity Index – FISI) (Πίνακας 8).

Δείκτης Σοβαρότητας της Ακράτειας Κοπράνων (Fecal Incontinence Severity Index – FISI)						
	Τύπος Ακράτειας					
	≥2 φορές ημερησίως	1 φορά ημερησίως	≥2 φορές εβδομαδιαίως	1 φορά εβδομαδιαίως	1-3 φορές μηνιαίως	Ποτέ
Αερίων						
Βλεννώδη						
Υγρών						
Στερεών						

Πίνακας 8: Δείκτης Σοβαρότητας της Ακράτειας Κοπράνων (Fecal Incontinence Severity Index – FISI). Λουτράδης, Μαιευτική και Γυναικολογία, 116, σελ. 975-981, 2018.

Στη διερεύνηση της ακράτειας κοπράνων ή και αερίων εξίσου σημαντική είναι και η αξιολόγηση της επίδρασης των συμπτωμάτων της ακράτειας στην ποιότητα ζωής της γυναίκας. Το ερωτηματολόγιο CRAIQ-7 (Colorectal Anal Impact Questionnaire)

αποτελεί έναν από τους τρεις τομείς του PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire) και είναι το μόνο ερωτηματολόγιο μεταφρασμένο και επικυρωμένο στην ελληνική γλώσσα για το σκοπό αυτό (Πίνακας 9).

Ερωτηματολόγιο CRAIQ/PFIQ-7	
Πόσο τα συμπτώματα ή τα προβλήματα που έχετε με το έντερο ή το ορθό επηρεάζουν:	
1. Τις δουλειές σας στο σπίτι (π.χ. μαγείρεμα, νοικοκυριό);	☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ
2. Τις σωματικές σας δραστηριότητες (π.χ. περπάτημα, κολύμβηση, γυμναστική);	☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ
3. Την ψυχαγωγία σας (π.χ. να πάτε σινεμά ή σε μια συναυλία);	☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ
4. Τη δυνατότητα σας να ταξιδεύετε για πάνω από μισή ώρα με το λεωφορείο ή το αυτοκίνητο;	☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ
5. Τις εκτός σπιτιού κοινωνικές σας δραστηριότητες;	☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ
6. Τη συναισθηματική σας κατάσταση (π.χ. νευρικότητα, κατάθλιψη, κ.λπ.);	☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ
7. Αισθάνεστε απογοήτευση ή νιώθετε άβολα;	☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ

Πίνακας 9: Ερωτηματολόγιο CRAIQ/PFIQ-7. Λουτράδης, Μαιευτική και Γυναικολογία, 116, σελ. 975-981, 2018.

Κλινική Εξέταση

Η κλινική εξέταση πρέπει να ξεκινάει με μια προσεκτική και ενδελεχής επισκόπηση τόσο του περινέου όσο και του πρωκτικού δακτυλίου. Η παρουσία κονδυλωμάτων, αιμορροΐδων, περινεϊκών ουλών, πρόπτωσης ορθού ή ευμεγέθους ορθοκήλης θα πρέπει να σημειώνονται.

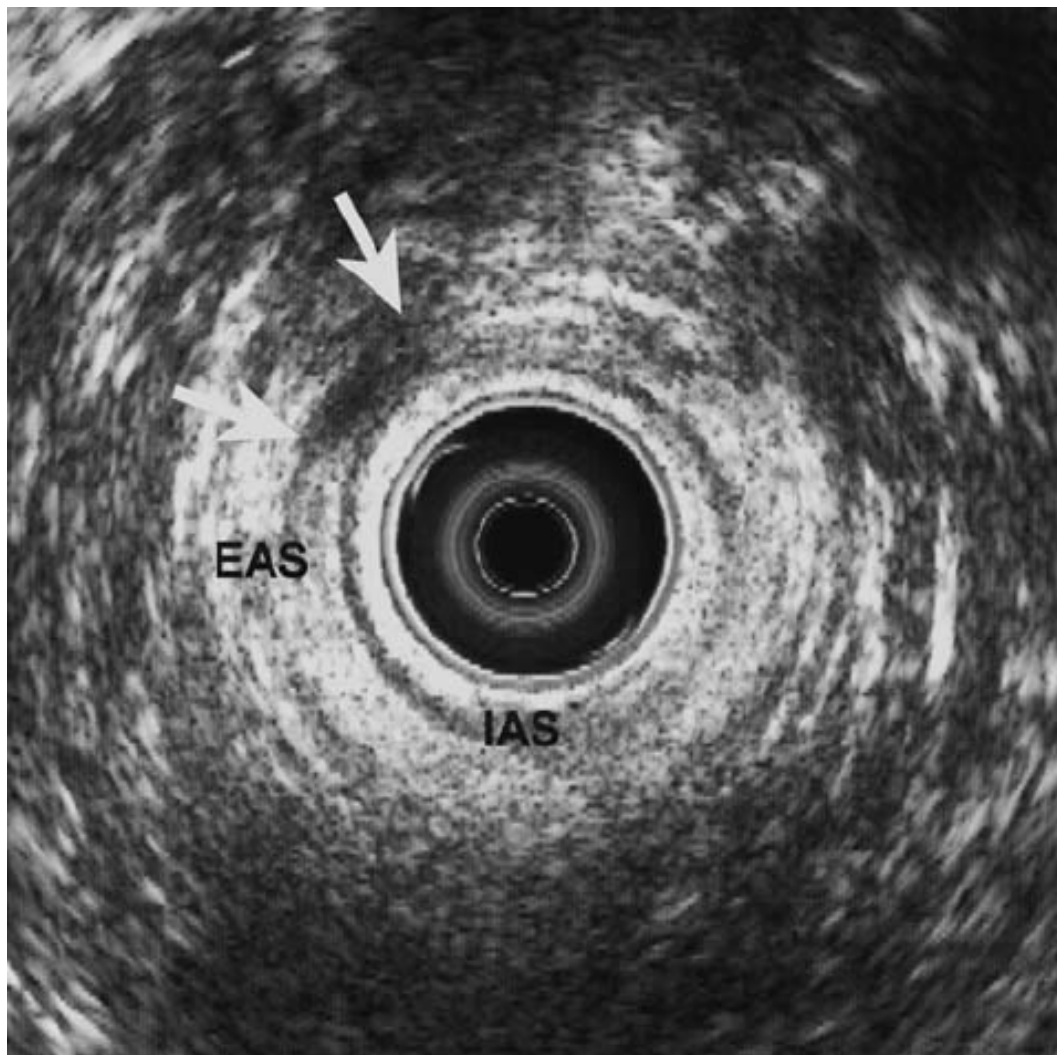
Στη συνέχεια ακολουθεί μια αδρή νευρολογική εκτίμηση του περινέου και του πρωκτικού δακτυλίου εκτιμώντας την ακεραιότητα των 12-14 νευρικών οδών ζητώντας από την ασθενή να προκαλέσει εκούσια σύσπαση και χάλαση του πρωκτικού δακτυλίου. Επίσης, ο νυγμός του περινέου πλησίον του πρωκτικού δακτυλίου προκαλεί σύσπαση του πρωκτού (δερματοπρωκτικά αντανακλαστικά).

Ενδοπρωκτική Υπερηχογραφία

Η ενδοπρωκτική υπερηχογραφία (Endoanal Ultrasonography, EAUS) περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Law και Bartram, το 1989. Η εισαγωγή της ενδοπρωκτικής υπερηχογραφίας στην καθημερινή κλινική πράξη αποτέλεσε ένα πολύτιμο εργαλείο στην λεπτομερή απεικόνιση του ανατομικού συμπλέγματος του σφιγκτήρα του πρωκτού συμβάλλοντας τόσο στην κατανόηση της φυσιοπαθολογίας της ακράτειας των κοπράνων ή και του πρωκτού, όσο και στην εκτίμηση των κακώσεων, κυρίως μαιευτικών, του συμπλέγματος του πρωκτικού σφιγκτήρα.

Όταν οι κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού, έξω ή έσω, αξιολογούνται με ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα, έχουν συγκεκριμένη υπερηχογραφική εικόνα. Μια βλάβη του έσω σφιγκτήρα απεικονίζεται σαν μια διακοπή της συνέχειας του ομόκεντρου υποηχογενούς δακτυλίου στη μεσότητα του εγγύς πρωκτικού σωλήνα. Αντίστοιχα, η διακοπή της συνέχειας του πρόσθιου τμήματος του υπερηχογενούς δακτυλίου στο μέσο πρωκτικό επίπεδο, και πριν από το πέρας του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, αντιπροσωπεύει κάκωση του έξω σφιγκτήρα (Σχήμα 26). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο εγγύς επίπεδο, στο 98% των γυναικών ο έξω σφιγκτήρας είναι κοντύτερος προσθίως σε σχέση με το οπίσθιο τμήμα του. Γι' αυτό το λόγο όποια

πρόσθια ασυνέχεια του έξω σφιγκτήρα σε αυτό το επίπεδο δεν θα πρέπει να συγχέεται με τραυματισμό του.



Σχήμα 26: Ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα σε γυναίκα 38 ετών με ιστορικό επιπλεγμένου κολπικού τοκετού. Στην εικόνα φαίνεται η ρήξη (βελάκια) του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού (Int J Colorectal Dis. 2007 Jul; 22(7): 783–790. Published online 2006 Nov 10. doi: 10.1007/s00384-006-0217-3).

Στις μέρες μας, το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα αποτελεί το gold standard για τη διερεύνηση και απεικόνιση της ακεραιότητας του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού, παρέχοντας μια υψηλής ακρίβειας εκτίμηση. Παράλληλα, το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα έχει αποδειχθεί ισάξιο της μαγνητικής τομογραφίας και ανώτερο της ηλεκτρομυογραφικής χαρτογράφησης του σφιγκτήρα στην ανίχνευση και διερεύνηση κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού.

Μανομετρία ορθοπρωκτικού σωλήνα

Η μανομετρία του ορθοπρωκτικού σωλήνα αποτελεί μια απλή μέθοδο αξιολόγησης της λειτουργικότητας των μυών του σφικτηριακού συμπλέγματος του πρωκτού, της διατασιμότητας και αισθητικότητας της ορθοπρωκτικής περιοχής και της αρτιότητας των ορθοπρωκτικών αντανακλαστικών. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, η ασθενής τοποθετείται αρχικά σε πλάγια θέση με ισχία και γόνατα σε κάμψη και στη συνέχεια ένας λεπτός ειδικός καθετήρας, που συνδέεται με ένα μικρομετατροπέα πίεσης, τοποθετείται στο ορθό (Σχήμα 27). Αφού η ασθενής ηρεμήσει για 1-2 λεπτά, καταγράφεται η ενδοορθική πίεση ηρεμίας. Στη συνέχεια ο καθετήρας έλκεται σταδιακά προς τον πρωκτό και καταγράφεται η μέγιστη πίεση ηρεμίας του σφικτήρα σε διάφορα σημεία. Στη συνέχεια η ασθενής καλείται να συσπάσει τον έξω σφικτήρα και καταγράφεται η μέγιστη πίεση σύγκλεισης του σφικτήρα και η διάρκεια διατήρησης της σύσφιξης. Τέλος, υπάρχει η δυνατότητα να μετρηθούν οι διαφορές της πίεσης στον πρωκτικό σωλήνα μεταξύ ηρεμίας και αντανακλαστικού του βήχα.



Σχήμα 27: Ορθοπρωκτικός μανομετρικός καθετήρας. www.healinghandsclinic.co.in

11.5. Θεραπεία

11.5.1. Συντηρητική αντιμετώπιση της ακράτειας κοπράνων

Η αρχική θεραπευτική πρόσεγγιση των περισσότερων ασθενών με ακράτεια κοπράνων, με εξαίρεση αυτών που παρουσιάζουν μεγάλο σφιγκτηριακό έλλειμμα, περιλαμβάνει μια αρχική συντηρητική θεραπεία, η οποία συνιστάται στα εξής:

- Αλλαγές στις διαιτητικές συνήθειες
- Χρήση υπακτικών φαρμάκων
- Χρήση συστημάτων υψηλού αυτοϋποκλισμού
- Βιοανάδραση

Οι διαιτητικές αλλαγές στοχεύουν στην ελάττωση της απώλειας κοπράνων μέσω αλλαγής της σύστασης του εντερικού περιεχομένου. Η κατανάλωση τροφών που δίνουν όγκο στα κόπρανα, καθιστώντας τα έτσι λιγότερο υδαρή και ευκολότερο να ελεγχθούν, αποτελεί έναν τρόπο ελέγχου της ακράτειας κοπράνων σε ορισμένα άτομα. Επίσης, διάφορες ουσίες όπως το αλκόολ, η καφεΐνη, η σορβιτόλη και τα τεχνητά γλυκαντικά καθώς και διάφορες τροφές όπως το επεξεργασμένο ή καπνιστό κρέας και τα πικάντικα τρόφιμα μπορεί να προκαλέσουν ακράτεια σε ορισμένα άτομα και πρέπει να αποσύρονται από τη διατροφή.

Η χρήση υπακτικών φαρμάκων επιτρέπει την έγκαιρη κένωση του εντέρου μετά από κάθε γεύμα μειώνοντας την πιθανότητα απώλειας εντερικού περιεχομένου. Τα διεγερτικά υπακτικά όπως η δισακοδύλη, το καστορέλαιο, η σέννα και το πικοθειικό νάτριο διεγείρουν την εντερική κινητικότητα, κυρίως του παχέος εντέρου, και μειώνουν την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών. Η εκδήλωση του καθαρτικού τους αποτελέσματος ποικίλλει: της δισακοδύλης εμφανίζεται μετά από 6-10 ώρες (χορήγηση από το στόμα) ή μετά από 30-60 λεπτά όταν η χορήγηση γίνει από το ορθό, του καστορέλαιου μετά από 2-8 ώρες, της σέννας μετά από 8-12 ώρες και του πικοθειικού νατρίου μετά από 10-14 ώρες.

Αντίθετα, η γλυκερίνη, η οποία έχει κυρίως ωσμωτική δράση και χορηγείται με τη μορφή υποθέτων, προκαλεί κένωση του ορθού σε 30 περίπου λεπτά.

Ταυτόχρονα με τα υπακτικά σκευάσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ουσίες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται διάφοροι φυσικοί πολυσακχαρίτες, όπως το πίτουρο των σιτηρών και τα κολλοειδή υδρόφιλα από σπόρους ορισμένων φυτών, όπως το ψύλλιο, ή συνθετικοί πολυσακχαρίτες (μεθυλοκυτταρίνη) που δρουν στο λεπτό και παχύ έντερο. Θεωρούνται τα «αθώτερα» υπακτικά γιατί διεγείρουν την κινητικότητα του εντέρου με τον αυξημένο τους όγκο, ενώ το αποτέλεσμα τους εμφανίζεται 12-24 ώρες μετά την κατανάλωση τους.

Οι συσκευές αυτοϋποκλισμού (Σχήμα 28) κενώνουν το έντερο εισάγοντας νερό μέσω ενός καθετήρα του ορθού. Το νερό προκαλεί διέγερση των μυών του εντέρου και στη συνέχεια αποβάλλεται μαζί με τα κόπρανα, κενώνοντας με αυτόν τον τρόπο το έντερο και προλαμβάνοντας την ακράτεια κοπράνων. Η συσκευή αυτοϋποκλισμού αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο διαχείρισης του εντέρου η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε με τη βοήθεια κάποιου φροντιστή. Η χρήση του σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθημερινά είτε κάθε δεύτερη ημέρα, βοηθάει σημαντικά στη μείωση των επεισοδίων απώλειας κοπράνων.

Η βιοανάδραση (Σχήμα 29) αποτελεί μια παρεμβατική αντιμετώπιση που έχει ως στόχο την ενδυνάμωση των μυών του πυελικού εδάφους, την αύξηση της ευαισθησίας του ορθού στην παρουσία κοπράνων και τον καλύτερο συντονισμό των μυών του σφιγκτήρα του πρωκτού με το ορθό. Η βιοανάδραση αποτελεί μια ειδική τεχνική αποκατάστασης κατά την οποία ένας μικρός καθετήρας - αισθητήρας εισάγεται στο πρωκτικό κανάλι και σε ένα τμήμα του ορθού της ασθενούς. Ο αισθητήρας ο οποίος καταγράφει την πίεση που ασκείται στα τοιχώματα του πρωκτικού καναλιού, καθώς η ασθενής κάνει ασκήσεις “Kegel”, συνδέεται με ένα υπολογιστή που επεξεργάζεται τα δεδομένα. Η βιοανάδραση έχει αναφερθεί ότι βελτιώνει την ακράτεια του πρωκτού στο 80% των ασθενών και κυρίως σε αυτούς

που είναι ικανοί να προκαλέσουν εκούσια σύσπαση του πρωκτικού σφιγκτήρα. Συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση στη βιοανάδραση αποτελεί η ενδοπρωκτική ηλεκτρική διέγερση. Η θεραπεία αυτή συνιστάται στη διέγερση των μυϊκών ινών του σφιγκτήρα του πρωκτού μέσω της εισαγωγής ενός ηλεκτροδίου στον πρωκτό.



Σχήμα 28: Συσκευές αυτουποκλίσμους. www.coloplast.co.uk



Σχήμα 29: Σύστημα βιοανάδρασης ορθού. www.emedi.gr

11.5.2. Χειρουργική Αντιμετώπιση της Ακράτειας Κοπράνων

Οι ασθενείς με σοβαρή κάκωση του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού, με μεγάλο έλλειμμα στον ενδοπρωκτικό υπερηχογραφικό έλεγχο, έντονη συμπτωματολογία και αποτυχία βελτίωσης μετά από συντηρητική αντιμετώπιση, είναι υποψήφιοι για χειρουργική αποκατάσταση της ακράτειας του πρωκτού.

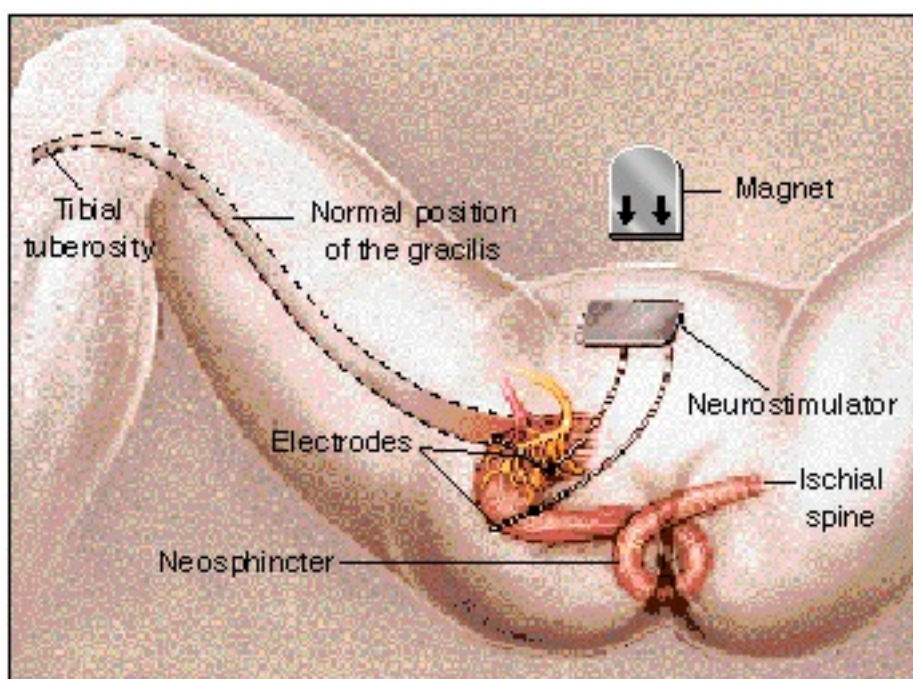
Σφιγκτηροπλαστική

Η αποκατάσταση των κακώσεων των σφιγκτήρων του πρωκτού, γίνεται συνήθως από τους Μαιευτήρες-Γυναικολόγους που πραγματοποιούν τον τοκετό και ανάλογα με την προτίμηση τους μπορούν να επιλέξουν την τελικο-τελική ή επικαλυπτική (overlap) τεχνική αποκατάστασης. Ωστόσο, σε ένα μεγάλο ποσοστό το οποίο μπορεί να φτάσει έως και 35%, σύμφωνα με μελέτη των Sultan et al., οι κακώσεις των σφιγκτήρων του πρωκτού μπορεί να μην αναγνωριστούν κατά τη διάρκεια του τοκετού (κεκαλυμμένες κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού), οπότε δεν επιδιορθώνονται και συνήθως οδηγούν σε ακράτεια πρωκτού.

Η χειρουργική αποκατάσταση των σφιγκτήρων του πρωκτού σε δεύτερο χρόνο εκτελείται συνήθως από τους χειρουργούς «παχέος εντέρου». Σε αυτές τις περιπτώσεις προτιμάται συνήθως η επικαλυπτική (overlap) τεχνική η οποία έχει βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα έως 85%, σύμφωνα με μελέτη των Fleshman et al. 1991 και των Sitzler et al. 1996. Σε πρόσφατες μελέτες όμως, στις οποίες εξετάστηκε η μακροχρόνια αποτελεσματικότητα, φαίνεται πως η βελτίωση των συμπτωμάτων ακολουθεί φθίνουσα πορεία, γεγονός που οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, η δημιουργία ουλώδους ιστού αλλά και η πάρεση του αιδοϊκού νέυρου συνήθως ιατρογενούς αιτιολογίας κατά την προσπάθεια χειρουργικής αποκατάστασης.

Μετάθεση ισχνού προσαγωγού

Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται σε ασθενείς στους οποίους έχει αποτύχει η σφιγκτηροπλαστική ή σε ασθενείς με πολύ μεγάλο έλλειμμα των σφιγκτήρων, που καθιστά την συμπλησίαση των δύο κομμένων άκρων του σφιγκτήρα αδύνατη. Κατά την επέμβαση αυτή γίνεται διαχωρισμός του τένοντα του ισχνού προσαγωγού από την πρόσφυση του στο γόνατο, περιέλιξη του μυός γύρω από τον πρωκτό (δημιουργώντας έτσι έναν τεχνητό σφιγκτήρα) και τελικά καθήλωση του τένοντα στο ετερόπλευρο ισχιακό όγκωμα. Η διέγερση του μυός γίνεται μέσω μιας ηλεκτρικής γεννήτριας που εμφυτεύεται στην κοιλιακή χώρα (Σχήμα 30).



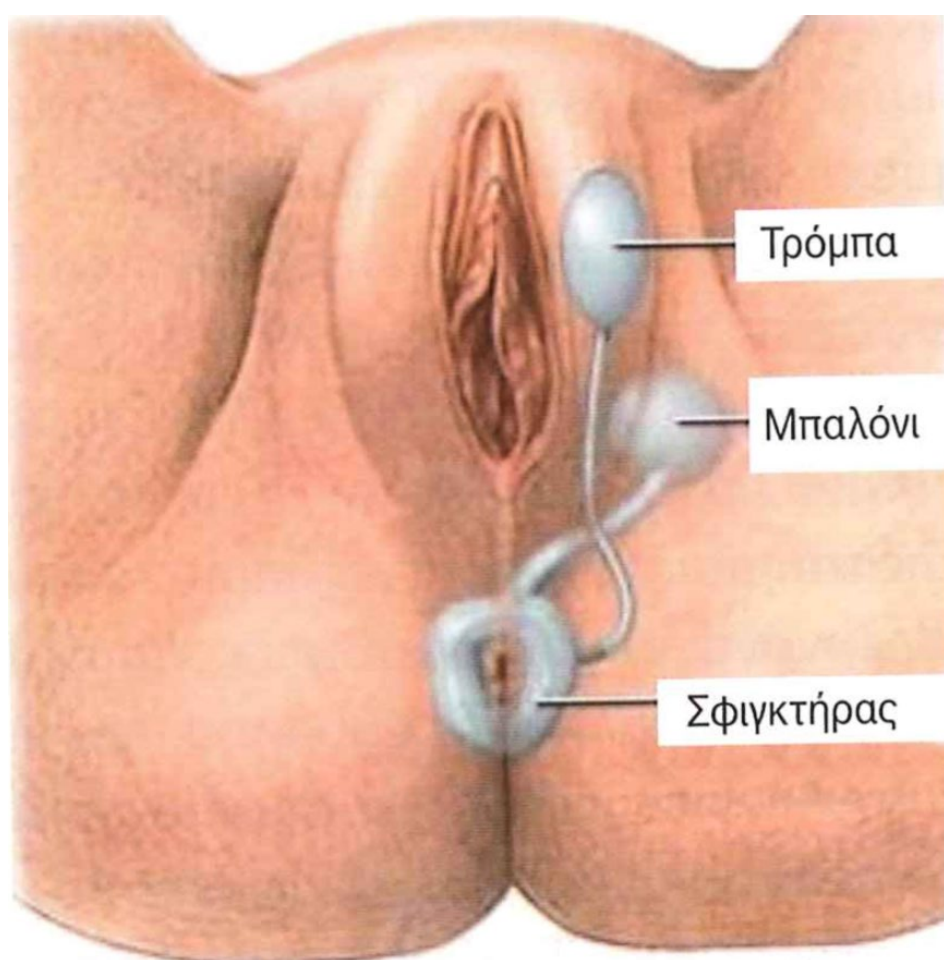
Σχήμα 30: Μετάθεση ισχνού προσαγωγού. Ο ισχνός προσαγωγός αποκολλάται από την πρόσφυση του στο γόνατο, την φυσιολογική του θέση, και ακολουθεί περιέλιξη του γύρω από τον πρωκτό. Η διέγερση του μυός γίνεται μέσω μιας ηλεκτρικής γεννήτριας. (N Engl J Med 1995; 332:1600-1605).

Κολοστομία ή Ειλεοστομία

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται αποκλειστικά σε επιλεγμένες περιπτώσεις που έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Τοποθέτηση τεχνητού σφιγκτήρα

Η τεχνική της τοποθέτησης τεχνητού σφιγκτήρα (Σχήμα 31) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1987 από τους Christiansen και Lorentzen, αλλά ακόμα θεωρείται «πειραματική» από πολλούς και αμφισβητείται. Κατά την τεχνική αυτή ένας φουσκωτός δακτύλιος τοποθετείται γύρω από τον πρωκτό και μιμείται τη λειτουργία του σφιγκτήρα, ενώ ένα δεύτερο μπαλόνι ρύθμισης πίεσης τοποθετείται είτε στο κοιλιακό τοίχωμα, είτε στο λαγόνιο βόθρο και η αντλία ελέγχου στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Η τεχνική αυτή συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών και επακόλουθης αφαίρεσης του τεχνητού σφιγκτήρα.

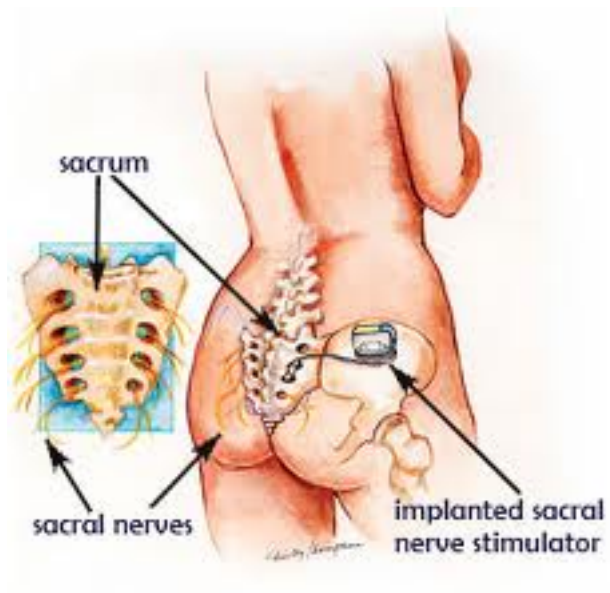


Σχήμα 31: Τεχνητός σφιγκτήρας του πρωκτού. Λιάπης Α., Ουρογυναικολογία και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους, σελ. 394, 2013.

11.5.3. Ελάχιστα Επεμβατικές Μέθοδοι

Ηλεκτροδιέγερση Ιερού Νεύρου

Το 2011, η FDA ενέκρινε την διέγερση του ιερού νεύρου (Sacral Nerve Stimulation) ως θεραπεία για την ακράτεια κοπράνων. Αυτή η χειρουργική επέμβαση προσφέρεται σε γυναίκες που δεν έχουν βελτιωθεί επαρκώς με τις συντηρητικές θεραπείες. Κατά την τεχνική αυτή, τοποθετείται ένα ηλεκτρόδιο κοντά στη νευρική ρίζα Ι3. Η θεραπεία γίνεται σε δύο φάσεις. Το αρχικό δοκιμαστικό τεστ, όπου χρησιμοποιείται εξωτερική πηγή ηλεκτρική διέγερσης, και η τελική φάση κατά την οποία τοποθετείται ο βηματοδότης σε περίπτωση ικανοποιητικού αποτελέσματος κατά την αρχική φάση. Το δοκιμαστικό τεστ έχει ως σκοπό να εντοπίσει και να προσδιορίσει τα ιερά νεύρα, να ελέγξει την ακεραιότητά τους και να επιτρέψει στην ασθενή να αισθανθεί το ερέθισμα. Κατά τη διάρκεια του τεστ η ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση και με τη βοήθεια ακτινοσκόπησης γίνεται ο προσδιορισμός των σημείων που θα τοποθετηθούν τα δοκιμαστικά ηλεκτρόδια. Στη συνέχεια, γίνεται διήθηση της περιοχής με τοπικό αναισθητικό και τοποθέτηση των ηλεκτροδίων διαμέσου οδηγών βελόνων. Ο έλεγχος της σωστής τοποθέτησης γίνεται με την εφαρμογή ηλεκτρικού ερεθίσματος στα ηλεκτρόδια, ώστε να προσδιοριστεί ποιο από τα ιερά νεύρα αντιδρά και σε τι απόσταση βρίσκεται η κεφαλή του ηλεκτροδίου από το Ι3 νεύρο. Θετικά αποτελέσματα έχουμε όταν με τη διέγερση δούμε σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους και κάμψη του μεγάλου δακτύλου του ποδιού σύστοιχα με την πλευρά τοποθέτησης του ηλεκτροδίου. Ο ίδιος ο ασθενής αισθάνεται το ερέθισμα στην περιοχή του πρωκτού, το οποίο μεταδίδεται στην περιοχή των μεγάλων χειλέων του αιδοίου στη γυναίκα. Τα ηλεκτρόδια τότε συνδέονται με την εξωτερική ηλεκτρική πηγή. Κατόπιν, αφού δοκιμασθεί από τον ασθενή η λειτουργία της συσκευής και ρυθμιστεί στην κατάλληλη ένταση, ο ασθενής επιστρέφει στις καθημερινές ασχολίες του και επανέρχεται μετά από μια εβδομάδα. Αν είναι ικανοποιημένος από το δοκιμαστικό τεστ της συσκευής, προγραμματίζεται για την τοποθέτηση του μόνιμου βηματοδότη (Σχήμα 32). Η τελική τοποθέτηση γίνεται στο χειρουργείο κάτω από γενική ή επισκληρίδιο αναισθησία.



Σχήμα 32: Διέγερση ιερού νεύρου. www.gallianosurgery.com.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12:

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η μαιευτική αναισθησία έχει επικεντρωθεί στον πόνο κατά τη διάρκεια του κοιλιακού τοκετού για περισσότερο από 120 χρόνια¹⁵⁸ και στον μετεγχειρητικό πόνο της καισαρικής τομής τα τελευταία 30 χρόνια.¹⁵⁹ Ο περινεϊκός πόνος μετά τον κοιλιακό τοκετό δεν έχει λάβει την ίδια προσοχή. Ενώ ο μετεγχειρητικός πόνος της επισιτομής έχει χρησιμοποιηθεί ως μοντέλο πόνου για τη διερεύνηση νέων αναλγητικών παραγόντων, δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια συστηματική αξιολόγηση του περινεϊκού πόνου κατά την περίοδο της λοχείας.¹⁶⁰ Στην μελέτη των Mcarthur AJ et al. (2003) προσδιορίστηκε η επίπτωση, η σοβαρότητα και οι καθοριστικοί παράγοντες του περινεϊκού πόνου μετά τον κοιλιακό τοκετό.

Η μελέτη των Mcarthur AJ et al. (2003) έλαβε χώρα στο Women's College Hospital, μια τριτοβάθμια Μονάδα Φροντίδας Περινέου στο Τορόντο του Καναδά. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από γυναίκες άνω των 18 ετών που γέννησαν με κοιλιακό τοκετό ένα ζωντανό νεογνό και παρέμειναν στο νοσοκομείο τουλάχιστον 24 ώρες μετά τον τοκετό.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη των Mcarthur AJ et al. (2003) κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες αναλόγως του βαθμού του περινεϊκού τραύματος, όπως αυτό τεκμηριώθηκε από τον υπεύθυνο μαιευτήρα της αίθουσας τοκετού. Οι ομάδες του περινεϊκού τραύματος (χρησιμοποιώντας αποδεκτούς μαιευτικούς κλινικούς ορισμούς) περιλάμβαναν το άθικτο περίνεο, την 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου, όπως αυτή ορίζεται σύμφωνα με την σταδιοποίηση Sultan, την επισιτομή, και την 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου.¹⁶¹ Ομάδα αναφοράς ήταν οι γυναίκες με άθικτο περίνεο κατά τον κοιλιακό τοκετό. Η σύγκριση έγινε μεταξύ της ομάδας αναφοράς και των υπολοίπων τριών ομάδων (1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού ρήξεις, επισιτομή, 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού ρήξεις). Ως πιο σοβαρή κατηγορία τραύματος επιλέχθηκε η επισιτομή συνοδευόμενη από 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού κάκωση

του περινέου. Επίσης, η επισιοτομή θεωρήθηκε πιο σοβαρό τραύμα από την αυτόματη ρήξη του περινέου 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού.

Η προοπτική cohort μελέτη των Mcarthur AJ et al. (2003) παρακολούθησε 447 γυναίκες για 6 εβδομάδες έτσι ώστε να προσδιορίσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα του περινεϊκού πόνου μετά από έναν κολπικό τοκετό, και για να ποσοτικοποιήσει τη συσχέτιση μεταξύ του περινεϊκού τραύματος και του περινεϊκού πόνου. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι ο περινεϊκός πόνος μετά τον κολπικό τοκετό κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι συχνός κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό, ανεξαρτήτως από το περινεϊκό τραύμα. Μεγαλύτερου βαθμού περινεϊκό τραύμα συνδέθηκε με μεγαλύτερου βαθμού πόνο στα σκορ πόνου και συχνότερη χρήση ναρκωτικών αναλγητικών την πρώτη μέρα της λοχείας όταν συγκρίθηκε με την ομάδα αναφοράς (γυναίκες με άθικτο περίνεο).

Ένα ανησυχητικό εύρημα, στην ίδια μελέτη, ήταν η σπάνια χρήση φαρμακευτικών ή μη αναλγητικών παραγόντων (κατά τη διάρκεια των 6 εβδομάδων της λοχείας) όταν η γυναίκα έπαιρνε εξιτήριο από το νοσοκομείο. Το φαινόμενο αυτό εμφανίστηκε παρά τις αναφορές των γυναικών για σημαντικό πόνο και δυσλειτουργία στην καθημερινότητα τους.

Επίσης, ο τύπος της επισιοτομής, μέση ή μεσο-πλάγια, φαίνεται να μην επηρεάζει το βαθμό του περινεϊκού πόνου κατά τη λοχεία. Ενώ οι Mcarthur et al. (2003) ανέμεναν ότι οι γυναίκες με μεσο-πλάγια επισιοτομή θα έχουν μεγαλύτερου βαθμού πόνο, μέσα από ειδικά ερωτηματολόγια και κλίμακες πόνου, φάνηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών με τους δύο τύπους επισιοτομής και στα τρία χρονικά σημεία στα οποία ερωτήθηκαν οι γυναίκες (1^η ημέρα, 7^η ημέρα και 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Mcarthur AJ et al. (2003) έδειξαν ότι οι περισσότερες γυναίκες έχουν περινεϊκή δυσφορία μετά τον κολπικό τοκετό κατά την πρώιμη περίοδο της λοχείας (αμέσως μετά τον τοκετό), και ως εκ τούτου όλες θα πρέπει να θεωρούνται υποψήφίες για αναλγητικές στρατηγικές. Ο περινεϊκός

πόνος μεταδίδεται μέσω του σωματικού αισθητικού και κινητικού νεύρου, του αιδουικού νεύρου. Συστηματικά αναλγητικά, όπως από του στόματος μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και παρακεταμόλη, θα μειώσουν την απόκριση ενδογενών φλεγμονωδών μεσολαβητών στις θέσεις του ιστικού τραύματος. Η χρήση από του στόματος ναρκωτικών αναλγητικών δεν έχει αποδειχθεί ακόμα ως καλύτερη πρακτική ανακούφισης του πόνου για αυτό το σύνδρομο οξέος πόνου.¹⁶² Άλλες τεχνικές, οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν τον πόνο κατά την πρώιμη περίοδο της λοχείας περιλαμβάνουν τύπους και μεθόδους συρραφής του περινεϊκού τραύματος. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις της βάσης δεδομένων της Cochrane κατέδειξαν ότι η χρήση συνεχούς ραφής κατά την απόκατάσταση της κάκωσης του περινέου, καθώς και η χρήση απορροφήσιμων συνθετικών ραμμάτων μειώνει τον περινεϊκό πόνο μετά τον τοκετό στις πρώτες 10 ημέρες.^{163,164} Μέτρα όπως οι φυσικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένου της παγοθεραπείας και της κρυοθεραπείας, παλμική ηλεκτρομαγνητική ενέργεια, ο υπέρηχος, και η εφαρμογή τοπικών αναισθητικών στην περιοχή του περινέου, δεν έχουν ακόμα αποδειχθεί αποτελεσματικά για την οξεία περίοδο μετά τον τοκετό. Γυναίκες με σημαντικό περινεϊκό τραύμα αποτελούν στόχοι για πιο παρατεταμένες αναλγησίες ρουτίνας όπως οι άπαξ δόσεις επισκληριδίου αναισθησίας που χρησιμοποιούνται για την μετεγχειρητική αναισθησία μετά καισαρικής τομής¹⁶⁵ επειδή η δυσφορία αυτών των γυναικών φαίνεται να διαρκεί περισσότερο και για μεγάλο μέρος της περιόδου της λοχείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13:
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΥ
ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ
ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13:

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Μετά τον τοκετό, πολλές γυναίκες εμφανίζουν κάποια περινεϊκή δυσφορία ή πόνο, συχνά συνοδευόμενο από μείωση της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας.¹⁶⁶ Η συχνότητα εμφάνισης προσωρινών σεξουαλικών προβλημάτων μετά τον τοκετό ποικίλλει μεταξύ 22% και 86%.¹⁶⁶ Μελέτες δείχνουν ότι οι κύριοι λόγοι για αποφυγή έναρξης σεξουαλικών επαφών μετά τον τοκετό είναι η δυσπαρεύνια, τα σεξουαλικά προβλήματα και ο περινεϊκός πόνος.^{167,168} Λίγες μελέτες έχουν επιχειρήσει να προσδιορίσουν τον μέσο χρόνο επανέναρξης των σεξουαλικών επαφών μετά τον τοκετό. Ενώ αρκετές μελέτες έχουν στοχεύσει στον προσδιορισμό της επικράτησης της δυσπαρεύνιας μετά τον τοκετό, μόνο λίγες έχουν καθορίσει παράγοντες κινδύνου για αυτό το πρόβλημα. Συγκεκριμένα, μόνο λίγοι ερευνητές έχουν εξετάσει ειδικά την συσχέτιση μεταξύ του χρόνου επιστροφής στις φυσιολογικές και ικανοποιητικές σεξουαλικές επαφές και τον τύπο και βαθμό του περινεϊκού τραύματος που προκλήθηκε κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού.^{166,168-170}

Έχει αναφερθεί ότι, γενικά, περίπου το 90% των γυναικών αρχίζουν πάλι τις σεξουαλικές επαφές εντός 6 μηνών μετά τον τοκετό.^{168,171,172} Οι Signorello et al. το 2001, σε μια μελέτη με 921 πρωτότοκες γυναίκες, ανέφεραν ότι το 25% των γυναικών αυτών είχαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αίσθησης και ικανοποίησης στους 6 μήνες μετά τον τοκετό. Στους 3 και στους 6 μήνες μετά τον τοκετό, το 41% και το 22% δήλωνε δυσπαρεύνια αντίστοιχα. Συγκρίνοντας τις γυναίκες χωρίς περινεϊκό τραύμα, η αναφερόμενη συχνότητα της δυσπαρεύνιας στους 3 μήνες μετά τον τοκετό ήταν στο 80% υψηλότερη μεταξύ εκείνων των γυναικών με 2^{ου} βαθμού περινεϊκή κάκωση, και 270% υψηλότερη για τις γυναίκες με μερική ή πλήρης ρήξη του σφιγκτήρα του πρωκτού (ρήξη 3^{ου} βαθμού). Η δυσπαρεύνια στους 6 μήνες μετά τον τοκετό σχετίζεται με τον επεμβατικό τοκετό, δηλαδή τη χρήση σικουουλκίας ή μεταλλικών εμβρυουλκών. Οι γυναίκες που

θηλάζουν αποκλειστικά τα παιδιά τους αναφέρουν τετραπλάσιο ποσοστό εμφάνισης δυσπαρεύνιας σε σχέση με τις γυναίκες που δίνουν γάλα με το μπιμπερό στα βρέφη. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν όσο αφορά τη σεξουαλική λειτουργία σε αυτές τις γυναίκες με επισιοτομές και σε αυτές με αυτόματες ρήξεις του περινέου.^{166,170}

Ο τύπος της επισιοτομής που χρησιμοποιείται μπορεί να επηρεάσει το βαθμό της περινεϊκής βλάβης, καθώς και τη σεξουαλική λειτουργία μετά τον τοκετό. Σε μια μελέτη με 359 πρωτότοκες και 34 πολύτοκες γυναίκες, οι Klein et al. (1994) ανέφεραν ότι οι αυτόματες περινεϊκές κακώσεις προκαλούν λιγότερο πόνο συγκρινόμενες με τις επισιοτομές, και ότι η σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με άθικτο περίνεο είναι πιο ικανοποιητική. Επίσης, η σχέση μεταξύ περινεϊκών ρήξεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού και μέσης επισιοτομής στις πρωτότοκες γυναίκες διευκρινίστηκε στην μελέτη τους.¹⁷⁰ Οι Bex και Hofmeyer (1987) μέτρησαν τη συχνότητα της δυσπαρεύνιας 3 μήνες μετά τον κοιλικό τοκετό στο 35% των γυναικών με μέση επισιοτομή, 29% των γυναικών με 2^{ου} βαθμού περινεϊκές κακώσεις και 9% για τις γυναίκες με άθικτο περίνεο. Αυτό συγκρίνεται με το 16% μετά από καισαρική τομή.¹⁷³ Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν ότι ο τραυματισμός του περινέου μετά τον τοκετό έχει αρνητική επίδραση στην σεξουαλική ζωή των γυναικών ως αποτέλεσμα της δυσπαρεύνιας που προκαλείται.

Κατά μέσο όρο, οι γυναίκες με άθικτο περίνεο μετά τον τοκετό ξεκινούν πάλι τις σεξουαλικές επαφές σημαντικά νωρίτερα από αυτές με κάποιο τραυματισμό αποτέλεσμα επισιοτομής ή αυτόματης ρήξης του περινέου. Οι γυναίκες που είχαν τραυματισμό του περινέου κατά τη διάρκεια επεμβατικού τοκετού (σικουουλκία ή εμβρυουλκία) έχουν πολύ πιο σοβαρή δυσπαρεύνια συγκρινόμενη με εκείνες με άθικτο περίνεο. Επομένως, ο περιορισμός του περινεϊκού τραύματος κατά τη διάρκεια του κοιλικού τοκετού είναι σημαντική για την επανέναρξη των σεξουαλικών επαφών μετά τον τοκετό.

Η σεξουαλικότητα έχει διάφορες διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια διαφορετικών φάσεων της ζωής μιας γυναίκας. Μια τέτοια φάση αποτελεί ο τοκετός. Το να

γεννήσεις και να γίνεις μητέρα αποτελεί πηγή πολλών συναισθημάτων και προσδοκιών. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα μετά τον τοκετό. Μπορεί να φέρει πολλές φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές που μπορεί να μεταβάλλουν τις σεξουαλικές ανάγκες της γυναίκας και να επηρεάσουν την σχέση της με το σύντροφό της.

Η Αμερικάνικη Εταιρεία Ουρολογικής Νόσου συγκάλεσε μια διεθνής ομάδα αποτελούμενη από περισσότερους από 200 ειδικούς.^{174,175} Η επιτροπή αυτή αναθεώρησε και επέκτεινε τους ορισμούς των σεξουαλικών δυσλειτουργιών των γυναικών. Το 2004, οι αναθεωρημένοι ορισμοί της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας έγιναν αποδεκτοί από τη 2^η Διεθνή Σύνοδο της Σεξουαλικής Ιατρικής. Σύμφωνα με αυτούς τους αναθεωρημένους ορισμούς, η σεξουαλική δυσλειτουργία των γυναικών περιλαμβάνει τη διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας και ενδιαφέροντος, διαταραχή υποκειμενικής διέγερσης, διαταραχή της σεξουαλικής διέγερσης των γεννητικών οργάνων (ελάχιστο οίδημα αιδοίου ή κολπική εφύγρανση), δυσπαρεύνια, διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής κ.α.¹⁷⁵

Μετά τον τοκετό, πολλές γυναίκες εμφανίζουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και λιγότερη κολπική εφύγρανση, καθώς και ασθενέστερους και βραχύτερους οργασμούς. Οι Barrett et al. το 2000 διαπίστωσαν ότι περίπου το 90% των γυναικών είχαν ξαναρχίσει τις σεξουαλικές τους επαφές 6 μήνες μετά τον τοκετό, αλλά το 64% συχνά αντιμετώπιζε προβλήματα. Οι νέοι γονείς κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους από τον τοκετό δεν έχουν τις ίδιες συχνές σεξουαλικές επαφές όπως πριν από τη γέννηση του πρώτου τους παιδιού.¹⁶⁷

Μια μελέτη μεταξύ των γυναικών με διαφορετικού τύπου περινεϊκές κακώσεις μετά από κολπικό τοκετό, έδειξε ότι εκείνες με άθικτο περίνεο ή με 1^{ου} βαθμού ρήξη είχαν πολύ λιγότερο επώδυνες σεξουαλικές επαφές, περισσότερο σεξουαλική ικανοποίηση και καλύτερους οργασμούς από εκείνες με μεγαλύτερου βαθμού κακώσεις και επισιοτομές.^{166,170} Ο υποβοηθούμενος κολπικός τοκετός έχει επίσης συνδεθεί με δυσπαρεύνια.¹⁶⁷

Η σεξουαλική υγεία μετά τον τοκετό αποτελεί ένα σχετικά νέο ερευνητικό πεδίο. Οι πρόσφατες εργασίες έδειξαν ότι τα προβλήματα της σεξουαλικής υγείας είναι συχνά κατά το διάστημα μετά τον τοκετό, στη λοχεία, αλλά παρά το γεγονός αυτό, είναι ένα θέμα που στερείται επαγγελματικής αναγνώρισης. Ο περινεϊκός πόνος και η δυσπαρεύνια είναι συχνά κατά τη λοχεία και συνήθως περιορίζουν τη φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας. Η γνώση στο θέμα αυτό είναι περιορισμένη. Σύμφωνα με τους Abdool et al. (2009)¹⁷⁷, ο περινεϊκός πόνος και η δυσπαρεύνια είναι αποτέλεσμα του περινεϊκού τραύματος, της επισιοτομής και του υποβοηθούμενου κολπικού τοκετού. Ο περινεϊκός πόνος εμφανίζεται στο 42% των γυναικών αμέσως μετά τον τοκετό και περιορίζεται σημαντικά στο 22% και 10% στις 8 και 12 εβδομάδες αντίστοιχα. Ο περινεϊκός πόνος εμφανίζεται συχνότερα και παραμένει για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια μετά από υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό (σικουλικία ή εμβρυουλκία) συγκρινόμενος μετά από φυσιολογικό τοκετό.

Σε μια προοπτική μελέτη που συμμετείχαν 241 πρωτότοκες γυναίκες από τους Andrews et al. το 2008, το 40% των γυναικών ήταν σεξουαλικά ενεργές στις 7 εβδομάδες μετά τον τοκετό, και αυτό ήταν ανεξάρτητο από το βαθμό τραυματισμού του περινέου. Το παραπάνω ποσοστό συμφωνεί με τα ευρήματα που αναφέρθηκαν από τους Rogers et al. (2008)¹⁷⁸ σε μια cohort μελέτη μεταξύ πρωτοτόκων χαμηλού κινδύνου και πολυτόκων γυναικών. Ενώ ο περινεϊκός πόνος και η δυσπαρεύνια μπορεί να μειώνονται με το χρόνο, τα τρέχοντα δεδομένα πάνω στην σεξουαλική λειτουργία κατά τη διάρκεια της λοχείας δεν είναι ξεκάθαρα λόγω διαφόρων μετρήσεων και αποτελεσμάτων (επανάναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, σεξουαλική αίσθηση, ικανοποίηση ή οργασμός, σεξουαλική αδράνεια) σε διαφορετικά διαστήματα μετά τον τοκετό.¹⁷⁷

Οι φυσικές και ψυχολογικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την περίοδο μετά τον τοκετό μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική σχέση ενός ζευγαριού. Το διάστημα της λοχείας είναι μια περίοδος κατά την οποία οι σύντροφοι προσαρμόζονται στους νέους ρόλους τους ως γονείς και ξαναρχίζουν τη σεξουαλική τους ζωή. Η επανάναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας μετά τον

τοκετό ποικίλλει μεταξύ των ζευγαριών και πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τα σεξουαλικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής. Συγκεκριμένα, η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να εμφανιστεί την περίοδο μετά τον τοκετό αναλόγως του περινεϊκού τραύματος. Γι'αυτό το λόγο, οι μαιευτήρες, οι μαίες και οι νοσηλεύτριες που φροντίζουν τις γυναίκες στον τοκετό πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το περινεϊκό τραύμα κατά τον τοκετό. Πολλά ζευγάρια ανησυχούν ή φοβούνται για την επανέναρξη των σεξουαλικών επαφών μετά τον τοκετό, ειδικά εάν η γυναίκα είχε την εμπειρία μιας επισιοτομής ή μιας περινεϊκής κάκωσης. Αυτές οι γυναίκες μπορεί να φοβούνται μήπως προκληθεί διάνοιξη του τραύματος στην επαφή. Κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας, το ζευγάρι μπορεί να επωφεληθεί από τη συζήτηση περί σεξουαλικών θεμάτων και ανησυχιών με μια νοσοκόμα ή μαία. Επίσης, Επαγγελματίες Υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της σεξουαλικής δραστηριότητας στο πλαίσιο της φροντίδας τους για τις γυναίκες μετά τον τοκετό. Οι μαίες πρέπει να συνεχίσουν να παρέχουν σεξουαλική εκπαίδευση στα ζευγάρια κατά την περίοδο της λοχείας. Οι σύντροφοι πρέπει να ενθαρρύνονται να γνωστοποιούν το πρόβλημα τους και τις ανάγκες τους. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και περίθαλψης πρέπει να αναγνωρίζουν αυτόν τον «σιωπηλό» πόνο, καθώς η σεξουαλική νοσηρότητα μπορεί να έχει επιζήμια αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των γυναικών και να έχει αντίκτυπο στη κοινωνική, σωματική και συναισθηματική της ευημερία.¹⁷⁷

Σε χώρες όπως η Τουρκία, όπου οι παραδόσεις είναι πολύ σημαντικές, το να συζητάς περί σεξουαλικότητας εξακολουθεί να αποτελεί ταμπού ακόμα και μετά το γάμο. Επομένως, φαίνεται ότι, ενώ οι Τουρκάλες μπορούν συζητήσουν για την αντισύλληψη με έναν Επαγγελματία Υγείας, μόνο ένα μικρό ποσοστό γυναικών ζητά βοήθεια σε σχέση με τα σεξουαλικά προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Επιπλέον, λίγοι ερευνητές έχουν διερευνήσει πώς ο τρόπος τοκετού επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία και δραστηριότητα μετά τον τοκετό.¹⁷⁹

Στην μελέτη των Rathfisch et al. (2010)¹⁸⁰ προσδιορίστηκε η έκταση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας των γυναικών μετά τον τοκετό συσχετιζόμενη με το περινεϊκό τραύμα. Ο προσδιορισμός αυτός έγινε μέσω ειδικών ερωτηματολογίων τα οποία απάντησαν οι γυναίκες 3 μήνες μετά τον τοκετό τους.

Η μελέτη αυτή έλαβε χώρα σε μαιευτήριο και ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείτο από χαμηλού κινδύνου έγκυες που ανέμεναν κολπικό τοκετό ενός εμβρύου, σε κεφαλική προβολή, μετά τις 38 εβδομάδες κύησης. Μεταξύ του Οκτωβρίου του 2005 και του Ιουλίου του 2006 πραγματοποιήθηκαν 165 τοκετοί που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια. Για κάθε γυναίκα καταγραφόταν η ηλικία κύησης και τα στοιχεία τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού. Συγκεκριμένα, η χρήση παρεμβάσεων κατά το δεύτερο στάδιο τοκετού, όπως χειρισμός Kristeller ή η χρήση αναρροφητικού εμβρυουλκού, και σε περίπτωση κακώσεων του περινέου, ο βαθμός ρήξης αυτού. Μετά από 3 μήνες μετά τον τοκετό η κάθε γυναίκα προσκλήθηκε στο νοσοκομείο για έναν έλεγχο. Οι γυναίκες που ελέγχθηκαν χωρίστηκαν σε 3 ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε γυναίκες που είχαν άθικτο περίνεο, 18 στον αριθμό, η δεύτερη ομάδα αποτελούταν από εκείνες που είχαν επισιοτομή, 111 γυναίκες, και τέλος, η τρίτη ομάδα που περιλάμβανε γυναίκες που είχαν επισιοτομή και τουλάχιστον 2^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου, 36 στον αριθμό.

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η περίοδος της λοχείας διαρκεί περίπου 6 εβδομάδες από τον τοκετό. Στις 8 εβδομάδες από τον τοκετό το 70% των γυναικών που γέννησαν ξεκινούν ξανά τις σεξουαλικές τους επαφές με το σύντροφό τους, ενώ στις 10-12 εβδομάδες το 90-95% αυτών έχουν ξεκινήσει τις επαφές.^{181,182} Από τις 165 γυναίκες που προσκλήθηκαν για τον πρώτο έλεγχο 3 μήνες μετά τον τοκετό, οι 55 προσήλθαν. Ο έλεγχος περιλάμβανε μια λεπτομερή γυναικολογική εξέταση καθώς και επιμελής έλεγχος του περινέου, είτε ήταν άθικτο κατά τον τοκετό, είτε είχε πραγματοποιηθεί επισιοτομή (έλεγχος επούλωσης τραύματος).

Ο έλεγχος, επίσης, περιλάμβανε συνέντευξη όλων των γυναικών για την σεξουαλική τους ζωή πριν την εγκυμοσύνη, καθώς και την σεξουαλική τους ζωή μετά τον τοκετό. Τέλος απάντησαν σε ειδικά ερωτηματολόγια σχετικά με την

σεξουαλική τους ζωή (επιθυμία, διέγερση, οργασμός, σεξουαλική ικανοποίηση και πόνος κατά τη συνουσία). Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται παρακάτω συγκρινόμενα με άλλων μελετών αποτελέσματα.

Σεξουαλική δραστηριότητα μετά τον τοκετό

Ο χρόνος της πρώτης σεξουαλικής επαφής μετά τον τοκετό αποτελεί θέμα πολλών μελετών. Προηγούμενες μελέτες με πρωτότοκες γυναίκες έδειξαν ότι το 25% περίπου των γυναικών τείνει να ξαναρχίζει τις επαφές τους στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και το 75% περίπου στις 8 εβδομάδες. Γενικά, οι περισσότερες μελέτες έδειξαν ότι το 90% των γυναικών έχουν ξαναρχίσει τις επαφές 3-4 μήνες μετά τον τοκετό.^{166,169,170} Ωστόσο, σε 2 μήνες μετά τον τοκετό, το ποσοστό των γυναικών που αποφεύγουν τις σεξουαλικές επαφές μειώνεται σημαντικά. Στους 2-3 μήνες το ποσοστό που δεν έχει επαφές μειώνεται στο 13% και στους 6-7 μήνες στο μόλις 7%.¹⁶⁶

Οι Buhling et al. (2005) εξέτασαν τα ποσοστά δυσπαρεύνιας σύμφωνα με τον τύπο του τοκετού που πραγματοποιήθηκε σε 655 πρωτότοκες γυναίκες, και το 47% των γυναικών αυτών ξανάρχισε τις σεξουαλικές τους επαφές εντός 8 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Οι Klein et al. (1994)¹⁷⁰ διερεύνησαν την επίδραση της επισιοτομής και του περινεϊκού τραύματος στην σεξουαλική δυσλειτουργία 657 γυναικών και αποκάλυψαν ότι το 87-94% όλων αυτών ξανάρχιζαν τις επαφές τους εντός 3 μηνών από τον τοκετό, και εντός 6 εβδομάδων ξανάρχιζαν τις επαφές οι γυναίκες που δεν είχαν κάποια κάκωση του περινέου κατά τον τοκετό (άθικτο περίνεο).¹⁷⁰ Οι Xu et al. (2003)¹⁷¹ σημείωσε ότι το 94,7% των γυναικών έχουν ξεκινήσει ξανά τις σεξουαλικές τους επαφές εντός 6 μηνών από τον τοκετό.

Η έναρξη της πρώτης σεξουαλικής επαφής μετά τον τοκετό και η συσχέτιση της με το βαθμό του περινεϊκού τραύματος κατά τον τοκετό έχει εκτιμηθεί σε πολλές μελέτες. Οι Signorello et al. (2001)¹⁶⁶ μελέτησαν τη σχέση μεταξύ περινεϊκού τραύματος και σεξουαλικής δυσλειτουργίας μετά τον τοκετό. Διαπιστώθηκε ότι το 56% των γυναικών με άθικτο περίνεο ξεκίνησαν τις επάφες τους στις 6 εβδομάδες

μετά τον τοκετό, το 39% των γυναικών με 2^{ου} βαθμού περινεϊκές κακώσεις, και το 25% των γυναικών με 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού ρήξεις περινέου.

Οι Buhling et al.¹⁸³ ανέφεραν ότι τα ποσοστά των γυναικών που ξανάρχισαν τις σεξουαλικές τους επαφές 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό ήταν 30% αυτών με άθικτο περίνεο, και το 50% αυτών των γυναικών με άθικτο περίνεο είχαν σεξουαλικές επαφές στις 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Στις γυναίκες με επισιτομή ή περινεϊκό τραύμα, το ποσοστό αυτών που ξεκίνησαν πάλι επάφες 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό (31%) και εντός 8 εβδομάδων (52%) ήταν παρόμοιο με εκείνο των γυναικών που είχαν άθικτο περίνεο. Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη χρονική στιγμή της πρώτης σεξουαλικής επαφής μετά τον τοκετό μεταξύ αυτών των δύο ομάδων.

Στη μελέτη των Klein et al. (1994), το ποσοστό που ξεκίνησε τις σεξουαλικές επαφές εντός 6 εβδομάδων από τον τοκετό ήταν 76,5% των γυναικών με άθικτο περίνεο, 62,5% των γυναικών με αυτόματη ρήξη του περινέου συρραφείσα, 61,7% των γυναικών με επισιτομή και, τέλος, 55,4% των γυναικών με 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου. Το ποσοστό αυτών που ξεκίνησαν ξανά τις σεξουαλικές επαφές εντός 6 εβδομάδων από τον τοκετό είναι υψηλότερο στις γυναίκες που δεν είχαν κάποια κάκωση του περινέου κατά τον τοκετό.

Οι Connolly et al. (2005), στη μελέτη τους που περιλάμβανε 150 γυναίκες, ανέφερε ότι το ποσοστό της δυσπαρεύνιας ήταν 30% στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, 17% μετά από 12 εβδομάδες και 5% μετά τις 24 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Βρήκαν μια συσχέτιση μεταξύ της δυσπαρεύνιας και μητρικού θηλασμού στις 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό, αλλά δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ δυσπαρεύνιας και τύπου τοκετού και επισιτομής. Στην μελέτη των Rathfisch et al. (2010) η δυσπαρεύνια βρέθηκε να συσχετίζεται με την επισιτομή. Οι Buhling et al. (2005) ανέφερε ότι το 69% των γυναικών είχαν πόνο κατά τη διάρκεια την πρώτης τους σεξουαλικής επαφής μετά τον τοκετό, διαφορετικού βαθμού, εξαρτώμενο από τον τύπο του τοκετού. Οι Signorello et al. (2001) διαπίστωσαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών παραπονιούνται για δυσπαρεύνια κατά την πρώτη τους επαφή μετά τον τοκετό.

Στη μελέτη των Rathfisch et al (2010), στην ομάδα των γυναικών με άθικτο περίνεο (9 γυναίκες), 3 γυναίκες ανέφεραν δυσπαρεύνια πριν το τοκετό και δύο μετά τον τοκετό. Παρομοίως, οι Buhling et al. (2005) σημείωσαν λιγότερο πόνο κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή μετά τον τοκετό μεταξύ των γυναικών με άθικτο περίνεο σε σύγκριση με εκείνες με περινεϊκές κακώσεις. Οι Klein et al. (1994) επίσης διαπίστωσαν ότι ο μικρότερος περινεϊκός πόνος στους 3 μήνες μετά τον τοκετό συσχετιζόταν με άθικτο περίνεο. Οι Barrett et al. (2000) βρήκαν μια συσχέτιση μεταξύ δυσπαρεύνιας στους 3 μήνες μετά τον τοκετό και του κολπικού τοκετού, καθώς και με ιστορικό προηγούμενης δυσπαρεύνιας.

Στη μελέτη των Rathfisch et al. (2010), η επίπτωση των ρήξεων 2^{ου} βαθμού με επισιοτομή ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες στις οποίες ασκήθηκε πίεση στον πυθμένα της μήτρας στο στάδιο της εξώθησης (χειρισμός Kristeller). Επίσης, η δυσπαρεύνια αναφέρθηκε συχνότερα από γυναίκες στις οποίες είχε πραγματοποιηθεί επισιοτομή (με ή χωρίς επιπλέον τραυματισμούς) σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν άθικτο περίνεο. Συνεπώς, στη μελέτη αυτή φαίνεται η συσχέτιση μεταξύ της πίεσης του πυθμένα της μήτρας κατά το στάδιο της εξώθησης και της δυσπαρεύνιας μετά τον τοκετό. Επιπλέον, η συστηματική ανάλυση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ επεμβατικού κολπικού τοκετού (μεταλλικοί εμβρυουλκοί ή αναρροφητικός εμβρυουλκός) και σεξουαλικής δυσλειτουργίας.¹⁶⁷ Για παράδειγμα, οι Buhling et al. (2005) έδειξαν ότι γυναίκες οι οποίες γέννησαν με μεταλλικούς εμβρυουλκούς ανέφεραν συχνότερα σοβαρού βαθμού περινεϊκό πόνο (10%) σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν άθικτο περίνεο (5,2%). Οι Signorello et al. (2001) διαπίστωσαν ότι ο βαθμός του πόνου κατά τη διάρκεια της πρώτης σεξουαλικής επαφής μετά τον τοκετό ήταν στενά συσχετιζόμενος με το βαθμό του περινεϊκού τραύματος. Αντίθετα, οι Connolly et al. (2005) βρήκαν ότι ο τύπος του τοκετού και η επισιοτομή δεν σχετίζονται με ανοργασμία και τον χρόνο επανέναρξης των σεξουαλικών επαφών μετά τον τοκετό.

Στη μελέτη των Rathfisch et al. (2010) οι γυναίκες με ρήξη περινέου 2^{ου} βαθμού λόγω επισιοτομής ή απλά επισιοτομή ανέφεραν μικρότερου βαθμού ικανοποίηση

στην σεξουαλική τους ζωή σε σύγκριση με εκείνες που δεν είχαν τραυματισμό του περινέου. Οι Klein et al. (1994) είχαν αναφέρει παρόμοια αποτελέσματα, δηλαδή μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση σε γυναίκες με άθικτο περίνεο μετά τον κολπικό τους τοκετό. Οι Signorello et al. (2001) διαπίστωσαν μειωμένη ικανοποίηση για μια στις τέσσερις πρωτότοκες γυναίκες σε σύγκριση με το βαθμό ικανοποίησης πριν τον τοκετό. Οι Buhling et al. (2005) δεν μπόρεσαν να δημιουργήσουν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τραυματισμού του περινέου και της τρέχουσας σεξουαλικής ικανοποίησης. Παρομοίως, οι Van Brummen et al. (2006)¹⁸⁴ διαπίστωσαν ότι η σεξουαλική ικανοποίηση δεν επηρεάζεται από παράγοντες συσχετιζόμενους με κύηση και τοκετό.

Οι Signorello et al. (2001) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με άθικτο περίνεο μετά τον τοκετό είχαν καλύτερη αισθητικότητα κατά 24% και έφταναν σε οργασμό κατά 21% υψηλότερο ποσοστό από την ομάδα ελέγχου. Στην μελέτη των Rathfisch et al. (2010), ενώ καμία γυναίκα από αυτές με άθικτο περίνεο δεν ανέφερε κάποιο πρόβλημα όσο αφορά την αισθητικότητα μετά τον τοκετό, 11 γυναίκες με επισιοτομή και 3 γυναίκες με επισιοτομή και 2^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου ανέφεραν προβλήματα σεξουαλικής αισθητικότητας σε σύγκριση με πριν τον τοκετό. Επίσης, η συχνότητα των οργασμών μετά τον τοκετό στις γυναίκες με άθικτο περίνεο είχε μικρότερη μείωση σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν περινεϊκές κακώσεις (επισιοτομή συνοδευόμενη ή όχι από ρήξη 2^{ου} βαθμού).

Επίλογος

Όπως φαίνεται, τελικά, από τις παραπάνω μελέτες, ο περιορισμός του περινεϊκού τραύματος κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού είναι πολύ σημαντικός όσο αφορά την επανέναρξη των σεξουαλικών επαφών της γυναίκας μετά τον τοκετό. Πρέπει να αποφεύγεται η επισιοτομή ρουτίνας και η πίεση στον πυθμένα της μήτρας κατά το στάδιο της εξώθησης και της εξόδου του εμβρύου για την πρόληψη των κακώσεων του περινέου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΟΡΘΟΚΟΛΠΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14:

ΟΡΘΟΚΟΛΠΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Τα ορθοκολπικά συρίγγια αποτελούν μια επενδύμενη με επιθήλιο επικοινωνία μεταξύ του ορθού και του οπίσθιου κολπικού τοιχώματος. Αν και αποτελούν μόλις το 5% όλων των ορθοπρωκτικών συριγγίων, τα συμπτώματα μιας ορθοκολπικής επικοινωνίας προκαλούν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη σεξουαλική ζωή και στον ψυχισμό της ασθενούς, σχετίζονται με υψηλά ποσοστά διαζυγίων και εγκατάλειψης, καθιστώντας τη συγκεκριμένη κλινική οντότητα ένα σύνθετο πρόβλημα για τη γυναίκα. Το γεγονός ότι καμία από τις ήδη υπάρχουσες τεχνικές δεν εγγυάται για την επιτυχία της, θέτει σε κίνδυνο τη σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς και χειρουργού.

14.1. Αιτιολογία

Η συχνότερη αιτία ενός ορθοκολπικού συριγγίου είναι ο μαιευτικός τραυματισμός. Ένα παρατεταμένο δεύτερο στάδιο τοκετού με ισχαιμική νέκρωση του ορθοκολπικού διαφράγματος μπορεί να προκαλέσει ένα τέτοιου είδους συρίγγιο. Ο τοκετός με χρήση εμβρυουλκού, η δυστοκία ώμων, η μέση περινεοτομή, η μόλυνση της περινεοτομής και, τέλος, η 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού ρήξη του περινέου (αποτυχημένη αποκατάσταση της ρήξης ή μη αναγνώριση της ρήξης του βλεννογόνου του ορθού - κεκαλυμμένη ρήξη). Τα συρίγγια αυτά είναι σχετικά συχνά σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη έως ανύπαρκτη. Για αυτόν το λόγο, ο L. Lewis Wall σε άρθρο του θεωρεί πως η κλινική αυτή οντότητα πρέπει να συμπεριληφθεί στις αποκαλούμενες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «παραμελημένες τροπικές παθήσεις», καθώς 3,5 εκατομμύρια γυναίκες εμφανίζουν ορθοκολπικά συρίγγια, με 130.000 νέα περιστατικά κάθε χρόνο σε Ασία και Αφρική. Ο κίνδυνος ορθοκολπικού συριγγίου μετά από κολπικό τοκετό είναι περίπου 1 στους 1.000 τοκετούς.

Η νόσος του Crohn, ως διατοιχωματική φλεγμονώδης νόσος σχετίζεται με ορθοκολπικά συρίγγια σε πάνω από το 10% των ασθενών, με τη νόσο να αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία μετά τα μαιευτικά τραύματα.

Ορθοκολπικά συρίγγια μπορεί να προκύψουν ως μετεγχειρητική επιπλοκή διαφόρων επεμβάσεων στην περιοχή του ορθού, του κόλπου και εν γένει της πυέλου, όπως η υστερεκτομία, η χαμηλή πρόσθια εκτομή, ειλεοπρωκτική - J rouch αναστόμωση, τεχνικές αιμορροϊδεκτομίας και αποκατάστασης πρόπτωσης ορθού, καθώς και ουρογυναικολογικών επεμβάσεων, ιδίως αυτών με τη χρήση πλέγματος για πρόπτωση πυελικών οργάνων, ως αποτέλεσμα διάβρωσης του οπίσθιου κολπικού βλεννογόνου. Η πιθανότητα εμφάνισης συριγγίου μετά από τέτοιου είδους επεμβάσεις αγγίζει μόλις το 1-2%.

Οι κακοηθείς εξεργασίες τραχήλου της μήτρας, ορθού, ουρητήρα ή κόλπου είναι δυνατόν να προκαλέσουν, συν τοις άλλοις, ορθοκολπική επικοινωνία που μπορεί να σχετίζεται ή όχι με ακτινοβολήση της περιοχής για θεραπευτικούς σκοπούς (εξωτερική, βραχυπεραπεία).

Περιεδρικά αποστήματα και αποστήματα του ορθοκολπικού διαφράγματος και του Βαρθολίνειου αδένου, καθώς και άλλες λοιμώδεις αιτιολογίες, όπως φυματίωση, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, HIV, CMV ενοχοποιούνται επίσης. Λιγότερο συχνές αιτίες αποτελούν η εκκολπωματίτιδα (ιδίως σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομία), διατιτραίνοντα τραύματα, συγγενή συρίγγια, στάση κοπρόλιθων, πρωκτική σεξουαλική επαφή, ελκώδης κολίτιδα, σύνδρομο Αδαμαντιάδη - Bechet και χρήση υπόθετων εργοταμίνης.

Το αίτιο του συριγγίου καθορίζει αδρά και την εντόπισή του. Χαμηλά συρίγγια είναι αποτέλεσμα κυρίως μαιευτικού τραυματισμού ή διατιτραίνοντος τραύματος από ξένο σώμα. Τα ευθυϊσχιακά αποστήματα, η ακτινοβολία και η χαμηλή πρόσθια εκτομή ενοχοποιούνται κυρίως για ορθοκολπικά συρίγγια μεσαίου ύψους, ενώ υψηλά συρίγγια είναι κυρίως αποτέλεσμα εκκολπωματίτιδας, διεγχειρητικού

τραύματος, διαφυγή από μια αναστόμωση, όπως επί παραδείγματι σε μια χαμηλή προσθία εκτομία, ή επί ακτινοβολίας. Καρκίνος του ορθού, του τραχήλου της μήτρας ή του κόλπου καθώς και η νόσος του Crohn ευθύνονται για συρίγγια σε κάθε ύψος.

14.2. Συμπτώματα

Το κυριότερο σύμπτωμα ενός ορθοκολπικού συριγγίου είναι η αποβολή κοπράνων, αερίων ή πύου μέσω του κόλπου. Δύσσομες εκκρίσεις και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις - κολπίτιδες ή/και ουρολοιμώξεις - είναι κυρίως το πρωταρχικό ενόχλημα.

Ανάλογα την αιτία, την εντόπιση και το εύρος της βλάβης, η ασθενής είναι δυνατόν να έχει δυσκολία στον έλεγχο του σφιγκτηριακού μηχανισμού γεγονός που προκαλεί ακράτεια κοπράνων και αερίων. Η ακράτεια είναι συχνό φαινόμενο, ιδίως μετά από μαιευτικό τραυματισμό, αλλά η πραγματική επίπτωση της είναι δύσκολο να καθοριστεί, καθώς η εκροή κοπράνων και η αποβολή αερίων από τον κόλπο περιπλέκει την κλινική εικόνα. Πολλές γυναίκες λόγω της αμηχανίας, κοινωνικής ντροπής ή λόγω της επιθυμίας τους να τεκνοποιήσουν ξανά, καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια.

14.3. Ταξινόμηση

Η ταξινόμηση των ορθοκολπικών συριγγίων πραγματοποιείται συνήθως βάσει της εντόπισης, καθώς αυτή είναι που καθορίζει και τη χειρουργική προσπέλαση του προβλήματος. Έτσι διακρίνουμε τα χαμηλά συρίγγια, με ορθικό στόμιο στην οδοντωτή γραμμή και κολπικό στην είσοδο του κόλπου, στα υψηλά συρίγγια, με κολπικό στόμιο στον τράχηλο της μήτρας ή κοντά σε αυτόν και στα μεσαία που εντοπίζονται ανάμεσα στα δύο προηγούμενα. Στην βιβλιογραφία απαντώνται και ως πρωκτικά, μεσαία ορθικά και υψηλά ορθικά ή ως χαμηλά, μεσαία ή υψηλά κολπικά συρίγγια σύμφωνα με τη γυναικολογική ταξινόμηση. Κάποιοι προτιμούν

τον απλό διαχωρισμό των συριγγίων σε αυτά που ψηλαφώνται κατά την δακτυλική εξέταση ή διακρίνονται κατά την πρωκτοσκόπηση και σε αυτά που δεν ψηλαφώνται ή δεν είναι ορατά με το ενδοσκόπιο.

Απλά θεωρούνται τα χαμηλά με μεσαία συρίγγια, 2,5 εκ. ή λιγότερο σε διάμετρο, τραυματικής ή λοιμώδους αιτιολογίας. Πολύπλοκα είναι τα υψηλά συρίγγια, 2,5 εκ. και άνω, τα οποία έχουν προκληθεί από φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, ακτινοβολία και νεοπλάσματα.

Για πολλούς, η ορθότερη κατάταξη είναι αναλόγως της αίτιας, όπως αναφέρθηκε στην παράγραφο της αιτιολογίας.

14.4. Εξέταση και Διάγνωση

Ο κλινικός ιατρός που καλείται να χειριστεί μια ασθενή με ορθοκολπικό συρίγγιο οφείλει να αναλογιστεί τις πιθανές συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις του προβλήματος και να προσεγγίσει την ασθενή με ευαισθησία και κατανόηση. Ένα λεπτομερές, στοχευμένο ιστορικό θα πρέπει να προηγείται οποιαδήποτε κλινικής εξέτασης, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο το ορθό όσο και τον κόλπο.

Αρχίζοντας με μια απλή επισκόπηση της περιοχής είναι δυνατόν να παρατηρηθούν τραύματα, ουλές από πιθανές προηγούμενες επεμβάσεις, όπως περινεοτομία ή χειρουργεία πρωκτού. Τα χαμηλά ορθοκολπικά συρίγγια διακρίνονται και ψηλαφώνται ευχερώς. Η δακτυλική εξέταση από το ορθό ή ταυτόχρονα από το ορθό και τον κόλπο έχει σκοπό όχι μόνο τον εντοπισμό και την εκτίμηση της έκτασης της βλάβης, αλλά παράλληλα και την αξιολόγηση των πέριξ ιστών, κυρίως του ορθοκολπικού διαφράγματος, του περινεϊκού εδάφους και του σφιγκτηριακού μηχανισμού, δομές που συνήθως πλήττονται μετά από μαιευτική κάκωση. Ιδίως η εκτίμηση του τόνου του σφιγκτήρα πρέπει να αποτελεί απαραίτητο στάδιο της κλινικής εξέτασης, κυρίως σε γυναίκες με συνυπάρχουσα ακράτεια.

Συνήθως στα χαμηλά συρίγγια περαιτέρω χρήση άλλων διαγνωστικών μέσων δεν είναι απαραίτητη και η τοποθέτηση λεπτού καθετήρα ή μύλης μέσω του μικρού πόρου στον κόλπο πραγματοποιείται εύκολα. Στις περιπτώσεις μεσαίων και υψηλών συριγγίων ή σε περίπτωση που υπάρχει μεγάλη κλινική υποψία, αλλά το συρίγγιο δεν είναι ορατό, υπάρχουν διαθέσιμα πρόσθετα διαγνωστικά μέσα. Η πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση ή η ενδοσκόπηση με μητροσκόπιο μπορεί να θέσει ή να επιβεβαιώσει, όταν υπάρχει αμφιβολία, τη διάγνωση. Ο υποκλυσμός με γαστρογραφίνη θα σκιαγραφήσει το συριγγώδη πόρο και τον κόλπο σε περίπτωση συριγγίου, με ιδιαίτερη προσοχή να δίνεται στο μπαλόνι του καθετήρα, ώστε να μην αποφράσσει την επικοινωνία. Αν τα συμπτώματα της ασθενούς είναι χαρακτηριστικά, αλλά ο χειρουργός δεν μπορεί να επιβεβαιώσει την ύπαρξη του ορθοκολπικού συριγγίου, δύο άλλες μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Στη μια μέθοδο, η οποία αποκαλείται air-test ή bubble-test, η ασθενής είναι σε θέση λιθοτομής και ένα πρωκτοσκόπιο τοποθετείται στο ορθό. Σε ήπια θέση Trendelenburg, ο κόλπος γεμίζει με ζεστό νερό και με το πρωκτοσκόπιο γίνεται εμφύσηση αέρα. Αν παρατηρηθούν φυσαλίδες αέρα στον κόλπο τότε τίθεται η διάγνωση ορθοκολπικής επικοινωνίας. Εναλλακτικά, ένα τολύπιο τοποθετείται μέσα στον κόλπο και περίπου 100 ml μπλε του μεθυλενίου χορηγείται με τη μορφή υποκλυσμού. Μετά από μια ώρα το τολύπιο αφαιρείται και ελέγχεται αν έχει χρωματιστεί. Λιγότερο συχνά είναι απαραίτητη η κολπογραφία, μαγνητική τομογραφία, η αξονική τομογραφία με χορήγηση σκιαγραφικού ενδοφλεβίως και από το ορθό. Οι εργαστηριακές μελέτες του πυελικού εδάφους, δηλαδή μανομετρία πρωκτού, διορθικό υπερηχογράφημα και η λανθάνουσα περίοδος διέγερσης της τελικής κινητικής πλάκας των ινών του αιδοϊκού νεύρου (PNT ML), είναι απαραίτητες κατά τη διερεύνηση οποιαδήποτε ασθενούς με ακράτεια ή μαιευτικό τραύμα για τον εντοπισμό βλάβης στο σφικτήρα ή νευροπάθεια του αιδοϊκού νεύρου. Οι Yee et al. αναφέρουν πως το διορθικό υπερηχογράφημα, αν και δεν προσφέρει αρκετά στη διαγνωστική διαδικασία, εν τούτοις συστήνουν τη χρήση του για τον εντοπισμό λανθανόντων ελαττωμάτων του σφιγκτηριακού μηχανισμού, ιδίως σε γυναίκες με ορθοκολπικό συρίγγιο ως αποτέλεσμα μαιευτικού τραυματισμού. Είναι αξιοσημείωτο πως σε μια έρευνα, σε διορθικό

υπερηχογράφημα σε γυναίκες που εμφάνισαν ορθοκολπικό συρίγγιο μετά από φυσιολογικό τοκετό, η επίπτωση του τραυματισμού του σφιγκτήρα είναι 100%! Τέλος, είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι σε περίπτωση συριγγίου δευτεροπαθώς μετά από ακτινοθεραπεία πρέπει να λαμβάνονται πάντα βιοψίες από την περιοχή, ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο πιθανής υποτροπής της νόσου.

14.5. Θεραπεία

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι δεν υπάρχει ιδανική μέθοδος θεραπείας. Η θεραπεία των ορθοκολπικών συριγγίων είναι κυρίως χειρουργική και η τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται κυρίως από την εντόπιση και την αιτία της βλάβης αλλά και από το μέγεθος, το βαθμό πολυπλοκότητας του συριγγίου, την παρουσία ακράτειας, καθώς και την ακεραιότητα των πέριξ ιστών. Η τελευταία είναι και αυτή που καθορίζει το πότε η χειρουργική αποκατάσταση ενός ορθοκολπικού συριγγίου είναι πλέον εφικτή. Συνήθως μέσα σε ένα διάστημα 3 μηνών μετά από μαιευτική κάκωση, η φλεγμονή υποχωρεί, αναπτύσσεται ίνωση και οι περιβάλλοντες ιστοί γίνονται αρκετά ισχυροί, ώστε να επιτρέπουν χειρουργικούς χειρισμούς. Άλλωστε η αναμονή αυτή ίσως δώσει τη δυνατότητα στο συρίγγιο να επουλωθεί αυτόματα, χωρίς επέμβαση. Σε περίπτωση υποτροπής, η πάροδος 3 με 6 μηνών μέχρι την επανεπέμβαση θεωρείται απαραίτητη.

Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις που μια γυναίκα με ορθοκολπικό συρίγγιο δε θα φτάσει ποτέ στο χειρουργικό τραπέζι, διότι το 50% των μικρών συριγγίων μετά από μαιευτική κάκωση είναι δυνατόν να κλείσουν αυτόματα άμεσα μετά τον τοκετό.

14.5.1. Τεχνικές

Η τοπική αποκατάσταση γίνεται με διορθική, διακολπική ή περινεϊκή προσπέλαση με μετάθεση ή όχι ιστών, όπως π.χ. μυών.

Η διακοιλιακή προσπέλαση προτιμάται κυρίως σε υψηλά συρίγγια που σχετίζονται με προηγούμενες επεμβάσεις ή ακτινοθεραπεία.

14.5.2. Τοπική Αποκατάσταση

14.5.2.1 Διορθική Προσπέλαση

Ιδανική για χαμηλά συρίγγια. Με αυτήν την προσπέλαση γίνεται αποκατάσταση από τον πρωκτό, την περιοχή υψηλών πιέσεων του ορθοκολπικού διαφράγματος.

Τεχνική με «Ενδοορθικό Κρημνό Προώθησης» (Advancement Flap Repair)

Η τεχνική αυτή έχει εφαρμογή σε επιδιόρθωση απλών χαμηλών συριγγίων, χωρίς προηγούμενες επιδιορθώσεις, κυρίως προκληθέντα μετά από μαιευτική κάκωση. Βασικός παράγοντας επιτυχίας της συγκεκριμένης τεχνικής είναι η δυνατότητα κινητοποίησης του κρημού. Με τη χρήση διαστολέα και κρατώντας τους γλουτούς ξέχωρα με ταινία εκτίθεται ο πρωκτός και γίνεται εμφανές το στόμιο του συριγγίου. Πρέπει να έχει προηγηθεί καλή προετοιμασία του ορθού και του κόλπου. Αρχικά, αναγνωρίζεται το στόμιο του συριγγίου. Ένας τραπεζοειδούς σχήματος κρημνός με βλεννογόνο, υποβλεννογόνιο και τμήμα του έσω σφιγκτήρα ανυψώνεται από το πρόσθιο τοίχωμα του ορθού. Η βάση του τραπεζίου πρέπει να είναι προς τα άνω, τουλάχιστον διπλάσια της κορυφής, η οποία βρίσκεται προς τα κάτω και περιλαμβάνει το στόμιο του συριγγίου, και το ύψος γύρω στα 4 εκ. Με ή χωρίς την έγχυση αδρεναλίνης προς ανύψωση του κρημού, παρασκευάζεται με τη διαθερμία. Το έλλειμμα στον έσω σφιγκτήρα που αποκαλύπτεται συγκλείνεται με διακεκομμένα απορροφήσιμα ράμματα, καλύπτοντας έτσι το κολπικό στόμιο του συριγγίου. Η κορυφή του κρημού που περιέχει το στόμιο του συριγγίου κόβεται και αφαιρείται, ενώ το υπόλοιπο προωθείται προς τα κάτω και συρράπτεται, χωρίς τάση, με διακεκομμένες ραφές (2-0 ή 3-0, απορροφήσιμο) (Σχήμα 33). Ο κόλπος δεν είναι απαραίτητο να συρραφεί και αφήνεται ως έχει για να παροχετεύει την περιοχή. Στα πλεονεκτήματα της τεχνικής συγκαταλέγεται η μικρότερης διάρκειας μετεγχειρητική νοσηλεία, η απουσία περινεϊκού τραύματος, το μειωμένο μετεγχειρητικό άλγος, ο σεβασμός στον σφιγκτήρα και το γεγονός ότι δεν διενεργείται στομία.

Κύριες πιθανές υποτροπές αποτελούν η ισχαιμία του κρημνού, αιματώματα και οι λοιμώξεις κάτω από τον κρημό.



Σχήμα 33: Τελικό αποτέλεσμα ενδορθικού προωθητικού κρημνού για αντιμετώπιση ορθοκολπικού συριγγίου. Λιάπης Α., Ουρογυναικολογία και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους, σελ. 399, 2013.

Συριγγοτομία

Η τεχνική αυτή πρέπει να αποφεύγεται, καθώς υπάρχει μεγάλος κίνδυνος διατομής του έσω και έξω σφιγκτήρα και εγκατάστασης μόνιμης ακράτειας κοπράνων ή και πρωκτού. Σπανίως χρησιμοποιείται σε όλως επιπολής συρίγγια.

Κόλλα Ινικής (Autologous Fibrin Glue)

Αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές, κυρίως για συρίγγια με μακρύ πόρο, αλλά με υψηλά ποσοστά αποτυχίας και υποτροπών που την καθιστούν μη ικανοποιητική εναλλακτική λύση. Η τεχνική, αδρά, περιλαμβάνει επαρκή παροχέτευση του συριγγίου, καυτηριασμό του πόρου και με ειδικό καθετήρα έγχυση της κόλλας, που είναι συνδυασμός ινωδογόνου και θρομβίνης, μέσα σε ολόκληρο το μήκος του συριγγίου.

Βιοπροσθετικό Βύσμα (Bioprosthetics)

Η λογική της τεχνικής αυτής είναι παρόμοια με αυτή της κόλλας, δηλαδή η πλήρωση του πόρου. Πάλι μετά από παροχέτευση με ή χωρίς καυτηριασμό του πόρου, τοποθετείται μύλη από το έξω προς το έσω στόμιο πάνω στην οποία καθηλώνεται το βύσμα. Πρόκειται για έναν κύλινδρο βιοαπορροφήσιμου ξενομοσχεύματος από εντερικό βλεννογόνο χοίρου. Η συγκεκριμένη τεχνική σημειώνει υψηλά ποσοστά αποτυχίας.

14.5.2.2 Διαπερινεϊκή Προσπέλαση

Προκειται για διατομή του περινεϊκού σώματος και προσέγγιση του ορθοκολπικού συριγγίου με διεξοδική παρασκευή των ανατομικών δομών της περιοχής.

Περινεοπρωκτοτομή

Σε αυτή την τεχνική ουσιαστικά διενεργείται 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού διατομή του περινέου. Με την ασθενή σε θέση λιθοτομής, αρχικά διεκβάλουμε μύλη στην πορεία του συριγγίου και διατέμνουμε τους υπερκείμενους ιστούς (δέρμα, υποδόριο, σφιγκτήρα, ορθικό και κολπικό τοίχωμα). Ο συριγγώδης πόρος αφαιρείται και στη συνέχεια παρασκευάζονται το ορθικό και κολπικό τοίχωμα καθώς και ο σφιγκτήρας. Ακολουθεί αποκατάσταση των ελλειμμάτων ορθού και κόλπου, και του έξω σφιγκτήρα. Ο σφιγκτήρας πρέπει να κινητοποιείται επαρκώς και να συγκλείεται χωρίς τάση. Τέλος, αποκαθίσταται το περινεϊκό σώμα και το δέρμα. Διενεργείται σε ασθενείς με ήδη κακοποιημένο σφιγκτήρα, καθώς και σε ασθενείς με υγιή σφιγκτήρα. Η τεχνική αυτή συνοδεύεται από ποσοστά επιτυχίας 87-100% σε μικρές σειρές στις οποίες όμως δεν καταγράφονται τα μετεγχειρητικά ποσοστά ακράτειας.

Αποκατάσταση με Μετάθεση Ιστών

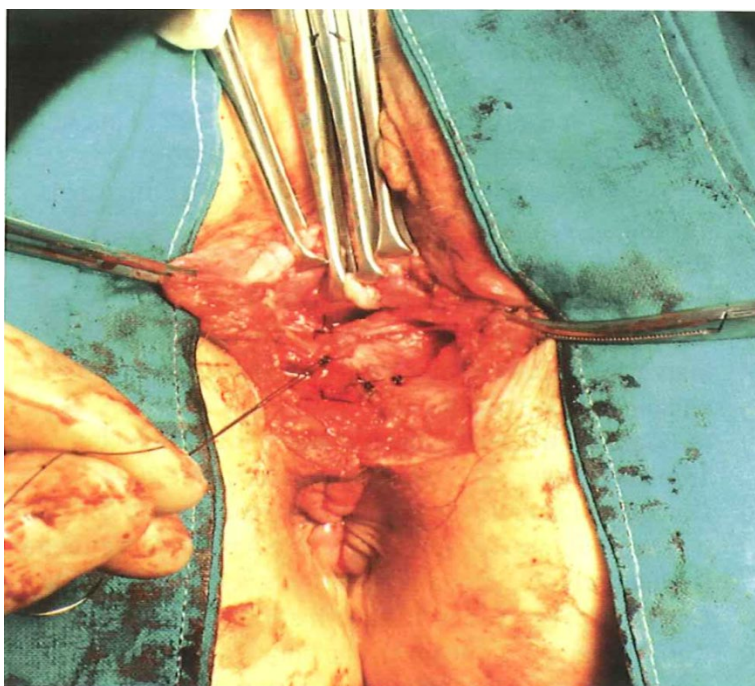
Η τεχνική περιλαμβάνει τη μετάθεση καλώς αιμάσσοντος, υγιούς ιστού μεταξύ ορθού και κόλπου.

Σφιγκτηροπλαστική – Ανελκτηροπλαστική

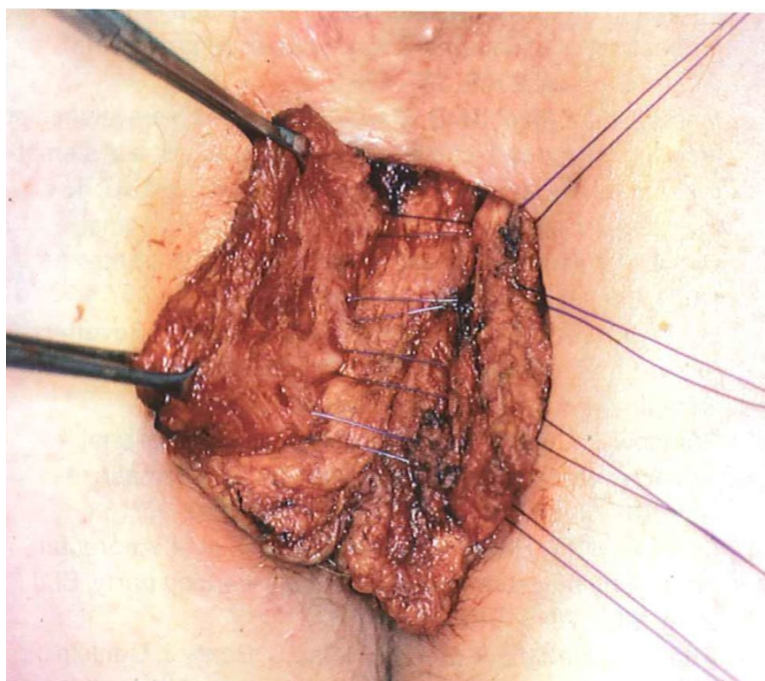
Είναι μια από τις πιο διαδεδομένες τεχνικές για ορθοκολπικά συρίγγια με βλάβη του σφιγκτήρα και συνοδό ακράτεια κοπράνων. Μπορεί να διενεργηθεί μόνη ή σε συνδυασμό με την τεχνική του «κρημονού προώθησης». Με την ασθενή σε πρήνη θέση (jackknife) ή σε θέση λιθοτομής, ο χειρουργός, αφού εγχύσει διάλυμα ορού με επινεφρίνη, διενεργεί τομή δίκης «χαμόγελου» στο περίνεο που την επεκτείνει προς τα άνω και έξω. Το περινεϊκό δέρμα παρασκευάζεται επαρκώς. Ακολουθεί διαχωρισμός του ορθοκολπικού διαφράγματος, μέχρι τη ψηλάφηση του ηβοορθικού μυός. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στη διασφάλιση της ακεραιότητας του αιδοϊκού νεύρου. Διενεργείται ανελκτροπλαστική, συμπλησιάζοντας και καθλώνοντας με απορροφήσιμα διακεκομμένα ράμματα τους ηβοορθικούς μύες στη μέση γραμμή (Σχήμα 34). Ακολουθεί σφιγκτηροπλαστική επικάλυψης με τα ελεύθερα χείλη των έξω σφιγκτήρων να καθλώνονται επί υγιούς μυός (Σχήμα 35). Το δέρμα συμπλησιάζεται και τοποθετείται παροχέτευση. Έτσι, το περινεϊκό έδαφος επαναδημιουργείται. Αναφέρονται ποσοστά επιτυχίας 65-100%, αν και υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω στατιστική μελέτη.

Όταν ο σφιγκτήρας είναι ακέραιος ή όταν το σύριγγιο είναι πιο υψηλό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ο βολβοσηραγγώδης μυς, ο ισχνός προσαγωγός, ο ραπτικός και ο μείζων γλουτιαίος μυς.

Ο κρημνός κατά Martius, ο οποίος πρώτος περιέγραψε την τεχνική το 1928 για τα κυστεοκολπικά συρίγγια, περιλαμβάνει τη μετάθεση του βολβοσηραγγώδη μυός και του πέριξ αυτού λίπους. Έχει θέση σε αποκατάσταση μεγάλων μαιευτικών συριγγίων.



Σχήμα 34: Πλαστική του ανελκτήρα, με κινητοποίηση του ηβοορθικού μυός και συρραφή του στη μέση γραμμή. Λιάπης Α., Ουρογυναικολογία και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους, σελ. 401, 2013.



Σχήμα 35: Σφιγκτηροπλαστική για αντιμετώπιση ορθοκολπικού συριγγίου σε ασθενή με μαιευτική κάκωση του σφιγκτήρα. Λιάπης Α., Ουρογυναικολογία και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους, σελ. 401, 2013.

14.5.2.3 Διακολπική Προσπέλαση

Η προώθηση κρημνών στον κόλπο γίνεται όπως και στο ορθό, αλλά σύγκλειση του στομίου του συριγγίου πρέπει να γίνεται και από την πλευρά του ορθού.

14.5.3. Διακοιλιακή Προσπέλαση

Η διακοιλιακή προσπέλαση πραγματοποιείται για την αποκατάσταση πολύπλοκων, υψηλών ορθοκολπικών συριγγίων αίτια των οποίων δεν αποτελούν οι μαιευτικές κακώσεις, αλλά προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην πύελο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15: ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15:

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Η δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους αποτελεί έναν ευρύ όρο ο οποίος περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα: πυελικό άλγος, ακράτεια ούρων ή/και πρωκτού ή κοπράνων και σεξουαλική δυσλειτουργία.¹⁸⁵ Η ακράτεια ούρων, η ακράτεια πρωκτού ή κοπράνων και η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι καταστάσεις οι οποίες μπορούν να εμφανιστούν μετά τον κοιλικό τοκετό. Όταν οι παραπάνω καταστάσεις είναι παρόντες, προκαλούν στην γυναίκα σημαντική βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική δυσπραγία.¹⁸⁶⁻¹⁸⁹

Κατά τη διάρκεια του κοιλικού τοκετού μπορεί να λάβουν χώρα αρκετές μαιευτικές παρεμβάσεις οι οποίες σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ακράτειας ούρων ή/και πρωκτού ή κοπράνων και σεξουαλική δυσλειτουργία. Η εφαρμογή μεταλλικών εμβρυουλκών, η χρήση σικουουλκίας και η επισιοτομή έχουν συσχετιστεί με τα παραπάνω προβλήματα.¹⁸⁶ Ωστόσο, η εικόνα είναι μάλλον πολύπλοκη. Η μαιευτική κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού, η οποία συσχετίζεται με τις τρεις παρεμβάσεις που προαναφέρθηκαν: μεταλλικοί εμβρυουλκοί, σικουουλκία και επισιοτομή, είναι επίσης ο ισχυρότερος συσχετιζόμενος παράγοντας για την δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους.

Η ακράτεια ούρων ορίζεται ως: ακράτεια προσπαθείας, ακράτεια επιτακτικού τύπου και ακράτεια μικτού τύπου. Η ακράτεια προσπαθείας είναι η απώλεια ούρων λόγω αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης, όπως συμβαίνει με το βήχα, το φτάρνισμα, το γέλιο, την άρση βάρους, την έντονη δραστηριότητα και γενικά με κάθε κίνηση που χρήζει κάποιας προσπάθειας. Η ακράτεια επιτακτικού τύπου ορίζεται ως η απώλεια ούρων της οποίας προηγείται ξαφνική και έντονη επιθυμία για ούρηση, με αποτέλεσμα η γυναίκα να μην προλαβαίνει να φτάσει στην τουαλέτα και να χάνει τα ούρα της, και τέλος, η ακράτεια μικτού τύπου είναι η κατάσταση κατά την οποία συνυπάρχουν και οι δύο καταστάσεις ακράτειας που

προαναφέρθηκαν.¹⁹⁰ Ενώ ο επιπολασμός της ακράτειας ούρων αναφέρεται μεταξύ 35-50% για τις γυναίκες στο γενικό πληθυσμό,¹⁹¹ 46% παρατηρείται κατά τη διάρκεια της κύησης και 38% κατά τη διάρκεια της λοχείας.¹⁹²

Παράγοντες κινδύνου που είναι εντόνως συνδεδεμένοι με την ακράτεια προσπαθείας περιλαμβάνουν την προχωρημένη ηλικία της γυναίκας, η κύηση, ο κολπικός τοκετός και ο επεμβατικός τοκετός με χρήση μεταλλικών εμβρυουλκών ή σικουλικίας, η ακράτεια λοχείας, η υστερεκτομή, η πολυτοκία^{188,193-198} και η εμφάνιση ακράτειας προσπαθείας κατά τη διάρκεια της κύησης.¹⁹² Επίσης, μια μεγάλη cohort μελέτη από τη Νορβηγία έδειξε ότι οι γυναίκες οι οποίες γέννησαν με καισαρική τομή είχαν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση ακράτειας ούρων σε σχέση με τις άτοκες γυναίκες.¹⁹⁷ Η ακράτεια ούρων συσχετίζεται ισχυρά με αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής της γυναίκας.¹⁹⁹

Η μαιευτική κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού συσχετίζεται ασυνεπώς με την ακράτεια ούρων. Οι Borello-France et al. σύγκριναν 407 πρωτότοκες γυναίκες με κλινικά αναγνωρισμένη κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού με 309 γυναίκες χωρίς αναγνωρισμένη κάκωση του σφιγκτήρα και 124 γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή και βρήκαν ότι δεν υπήρχε καμία διαφορά στην εμφάνιση της ακράτειας ούρων μεταξύ των τριών αυτών ομάδων.²⁰⁰ Οι De Leeuw et al.²⁰¹ διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μαιευτικής κάκωσης του σφιγκτήρα του πρωκτού και της ακράτειας ούρων σε μια αναδρομική cohort μελέτη, ενώ σημαντικά περισσότερες γυναίκες υπέφεραν από ακράτεια ούρων δέκα εβδομάδες μετά τον τοκετό σε μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων η οποία περιλάμβανε 100 γυναίκες με κακώσεις περινεού 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού και 104 γυναίκες που χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες.²⁰² Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η μαιευτικές κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού και το παρατεταμένο δεύτερο στάδιο τοκετού αποτελούν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για ακράτεια ούρων.²⁰²

Όσο αφορά την σχέση μεταξύ επισιοτομής και ακράτειας ούρων, σε μια προοπτική μελέτη 243 γυναικών, οι Chang et al.²⁰³ σύγκρινε τα παράπονα για ακράτεια ούρων

σε γυναίκες οι οποίες γέννησαν κολπικά με ή χωρίς επισιτομή. Η εμφάνιση ακράτειας ούρων ήταν σημαντικά περισσότερο στην ομάδα των γυναικών που είχαν επισιτομή συγκρινόμενη με την ομάδα που δεν πραγματοποιήθηκε επισιτομή τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν καταφέρει να εντοπίσουν σημαντικές διαφορές στην ακράτεια ούρων μεταξύ ομάδων γυναικών με ή χωρίς επισιτομή ή μεταξύ γυναικών με επισιτομή ρουτίνας ή εκλεκτική επισιτομή.^{204,205,206} Από την άλλη πλευρά, δεν βρέθηκε σε καμία μελέτη ότι η επισιτομή δρα προστατευτικά έναντι της εμφάνισης ακράτειας ούρων μετά τον κολπικό τοκετό.^{204,207,208}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Οι σοβαρού βαθμού κακώσεις του περινέου αποτελούν τον κυριότερο αιτιοπαθογόνο μηχανισμό για την ακράτεια κοπράνων και αερίων στις γυναίκες. Η ακράτεια κοπράνων και αερίων συναντάται στο 30-50% των γυναικών που υπέστησαν σοβαρού βαθμού κακώση περινέου, παρόλο την αρχική επιδιόρθωση.
- Τρία είναι τα βασικά συστήματα ταξινόμησης των κακώσεων περινέου που είναι ευρέως γνωστά: η ταξινόμηση Martius, η ταξινόμηση Williams Obstetrics Textbook και η ταξινόμηση Sultan.
- Η συχνότητα εμφάνισης των ρήξεων περινέου σοβαρού βαθμού (3^{ου} και 4^{ου}) κυμαίνεται από 0,6 έως 10,2%.
- Η πραγματική συχνότητα εμφάνισης των ρήξεων περινέου σοβαρού βαθμού, 3^{ου} και 4^{ου}, είναι 27,0-28,0% στις πρωτότοκες γυναίκες και 8,5% στις πολύτοκες όταν χρησιμοποιείται 3D/4D υπερηχογραφία στην διαγνωστική προσέγγιση.
- Όταν προηγείται κλινική εκτίμηση και ενδοορθικό υπερηχογράφημα πριν της επιδιόρθωσης της ρήξης σε όλες της γυναίκες, μόλις το 1,6% των περιπτώσεων δεν διαγιγνώσκεται.
- Οι πρωτότοκες έχουν 2-7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τις πολύτοκες, ενώ ο κίνδυνος μειώνεται καθώς αυξάνεται ο αριθμός των τοκετών μιας γυναίκας.
- Ο Δείκτης Μάζας Σώματος δεν συσχετίζεται με κίνδυνο πρόκλησης ρήξεων περινέου σοβαρού βαθμού εάν έχουν ρυθμιστεί υπόλοιποι παράγοντες κινδύνου.

- Το βάρος γέννησης του εμβρύου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τις σοβαρού βαθμού ρήξεις περινέου.
- Μια εμμένουσα οπίσθια ινιακή προβολή αυξάνει τον κίνδυνο για περινεϊκές κακώσεις κατά 1,73-3,2 φορές.
- Οι μεταλλικοί εμβρυουλκοί παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για περινεϊκές κακώσεις από ότι η σικουλικία και η επίπτωση των σοβαρών περινεϊκών ρήξεων λόγω χρήσης μεταλλικών εμβρυουλκών αυξάνεται όσο υψηλότερη είναι η θέση της προβάλλουσας μοίρας όταν εφαρμόζεται η εμβρυουλκία.
- Ο κίνδυνος για σοβαρού βαθμού περινεϊκές κακώσεις αυξάνεται καθώς αυξάνεται η διάρκεια του δευτέρου σταδίου τοκετού.
- Η εκτίμηση και αναγνώριση των περινεϊκών κακώσεων αμέσως μετά τον τοκετό μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά λόγω έλλειψης καλού φωτισμού ή μη επαρκούς αναλγησίας της ασθενούς.
- Σημαντικό ρόλο στην διάγνωση των περινεϊκών ρήξεων σοβαρού βαθμού παίζουν οι κλινικές δεξιότητες και εμπειρία που έχει ο εκάστοτε μαιευτήρας που πραγματοποιεί την διερεύνηση και εκτίμηση της περινεϊκής κάκωσης.
- Η επιδιόρθωση του τραύματος πρέπει να πραγματοποιηθεί αμέσως μετά τον τοκετό.
- Η εφαρμογή θερμών κομπρεσών στο περίνεο κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού έχει σημαντικό αντίκτυπο στην μείωση των περινεϊκών κακώσεων 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού.
- Το μασάζ του περινέου κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της εγκυμοσύνης συσχετίζεται με μια συνολική μείωση της συχνότητας εμφάνισης του περινεϊκού τραύματος που απαιτεί συρραφή.

- Η πρακτική της περιορισμένης χρήσης της επισιοτομής είναι σαφώς αποτελεσματικότερη με λιγότερα περινεϊκά τραύματα, σε σύγκριση με την πρακτική της επισιοτομής ρουτίνας.
- η μέση επισιοτομή σχετίζεται περισσότερο με αυξημένο κίνδυνο για ρήξεις περινέου σοβαρού βαθμού, 3^{ου} και 4^{ου}, ενώ τα αποτελέσματα για την μεσοπλάγια επισιοτομή δεν ήταν τόσο σαφή.
- Οι επισιοτομές με γωνία περισσότερο οξεία συσχετίζονται περισσότερο με αύξηση του κινδύνου για κάκωση του σφιγκτήρα του πρωκτού.
- Για τις γυναίκες με ιστορικό μαιευτικών κακώσεων του περινέου σοβαρού βαθμού η τελική απόφαση για το είδος και τρόπο του τοκετού είναι της ίδιας της γυναίκας σε μελλοντικούς τοκετούς.
- Για ασυμπτωματικές γυναίκες με ένα επεισόδιο σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό, ο κοιλικός τοκετός μπορεί λογικά να προσφερθεί μελλοντικούς τοκετούς.
- Για ασυμπτωματικές γυναίκες με δύο ή περισσότερα επεισόδια σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό ή συμπτωματικές γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό μαιευτικής περινεϊκής κάκωσης, προτείνεται η εκλεκτική καισαρική τομή σε μελλοντικούς τοκετούς.
- Η επανάληψη της περινεϊκής κάκωσης σοβαρού βαθμού σε γυναίκες με ένα επεισόδιο σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό είναι 6,35%, ενώ γυναίκες με δύο επεισόδια σοβαρής κάκωσης του περινέου στο μαιευτικό τους ιστορικό έχουν 10πλάσιο κίνδυνο για σφιγκτηριακό τραυματισμό σε επόμενη κύηση.
- Λεχωίδες με σοβαρή μαιευτική κάκωση του περινέου οι οποίες αναφέρουν σοβαρό, εμμένον ή επιδεινούμενο περινεϊκό πόνο θα πρέπει να αξιολογούνται

άμεσα για ύπαρξη λοίμωξης της περιοχής, διάσπαση του τραύματος μετά από την αρχική αποκατάσταση, αιμάτωμα, καθώς και άλλες λιγότερο συχνές επιπλοκές.

- Όταν μια λεχωίδα, με περινεϊκή ρήξη κατά τον τοκετό, παραπονείται για σοβαρό ή επιδεινούμενο πόνο στην περιοχή του περινέου, ιδιαίτερα όταν αυτός ο πόνος συνοδεύεται από πυρετό ή κακή γενική κατάσταση της ασθενούς, συνήθως υποδηλώνει λοίμωξη.
- Στις γυναίκες με παρουσία συστηματικής λοίμωξης και ενδείξεις λοίμωξης των εν τω βάθει ιστών, πρέπει να γίνει αξιολόγηση για πιθανή νεκρωτική περιτονίτιδα. Η νεκρωτική περιτονίτιδα ή η γάγγραινα του Fournier έχει υψηλό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην αντιμετώπιση της. Εμφανίζεται σε ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, κακοήθεια ή ανασοκατασταλτική διαταραχή και αντιμετωπίζεται επιθετικά με χειρουργικό καθαρισμό και αντιβιοτικά ευρέως φάσματος.
- Επί ύπαρξης σημείων αποστήματος ή λοίμωξης των μαλακών μορίων, συστήνεται η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος από το στόμα. Επί ύπαρξης αποστήματος, πρέπει να γίνει διάνοιξη της αποκατεστημένης περινεϊκής κάκωσης και να γίνει παροχέτευση αυτού.
- Η λοίμωξη αποτελεί τον συχνότερο αιτιοπαθογόνο παράγοντα της διάσπασης του τραύματος μιας σοβαρού βαθμού περινεϊκής κάκωσης ή επισιотоμήs. Γυναίκες με μεγαλύτερο κίνδυνο για μια διάσπαση είναι αυτές που έχουν υποστεί ρήξη περινέου 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού.
- Σε γυναίκες με διάσπαση τραύματος ρήξης περινέου 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού μπορεί να ακολουθηθεί στάση αναμονής και να γίνει η αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο, ή να πραγματοποιηθεί επιδιόρθωση του τραύματος σε πρώτο χρόνο, χωρίς διαφορά στην επούλωση του τραύματος ή στο ποσοστό εμφάνισης δυσπαρέυνιας.

- Γυναίκες με διάσπαση τραύματος ρήξης περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού υποβάλλονται σε αγωγή με αντιβιοτικά, υφίστανται χειρουργική νεαροποίηση του τραύματος και στη συνέχεια πραγματοποιείται δευτερογενή αποκατάσταση ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος δημιουργίας ορθοκολπικού συριγγίου.
- Η άσηπτη τεχνική κατά την διάρκεια της πρωτογενούς αποκατάστασης αποτελεί το κλειδί για την πρόληψη μιας ενδεχόμενης διάσπασης του τραύματος.
- Αιτίες της ανώμαλης έκκρισης μετά τον τοκετό περιλαμβάνουν ένα ξεχασμένο τολύπιο, κάποιο απόστημα το οποίο έχει υποστεί ρήξη, συρίγγιο ή ακράτεια.
- Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που υποφέρει από ακράτεια είτε πρωκτού είτε κοπράνων διστάζει να αναφέρει το πρόβλημα της στον Γυναικολόγο της λόγω ντροπής, εκτός και αν ερωτηθεί από τον ιατρό ή ερωτηθεί συγκεκριμένα, κυρίως μέσω ειδικών ερωτηματολογίων, με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος του πραγματικού προβλήματος δεν μπορεί να καταγραφεί στατιστικά.
- Στις Η.Π.Α ξοδεύονται κάθε χρόνο περίπου 400 εκατομμύρια δολάρια για αγορές πάνων ανηλίκων λόγω ακράτειας κοπράνων.
- Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης ακράτειας κοπράνων και/ή πρωκτού, εκτός από τον ρόλο τους στην αρχική διάγνωση της ακράτειας και στον καθορισμό της σοβαρότητας της, πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν και στην έγκυρη παρακολούθηση των ασθενών μετά από την θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση.
- Το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα αποτελεί το gold standard για τη διερεύνηση και απεικόνιση της ακεραιότητας του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού.

- Η αρχική θεραπευτική πρόσεγγιση των περισσότερων ασθενών με ακράτεια κοπράνων, με εξαίρεση αυτών που παρουσιάζουν μεγάλο σφιγκτηριακό έλλειμμα, περιλαμβάνει μια αρχική συντηρητική θεραπεία, η οποία συνιστάται στα εξής: αλλαγές στις διαιτητικές συνήθειες, χρήση υπακτικών φαρμάκων, χρήση συστημάτων υψηλού αυτοϋποκλισμού και βιοανάδραση.
- Η βιοανάδραση έχει αναφερθεί ότι βελτιώνει την ακράτεια του πρωκτού στο 80% των ασθενών και κυρίως σε αυτούς που είναι ικανοί να προκαλέσουν εκούσια σύσπαση του πρωκτικού σφιγκτήρα.
- Σε ένα μεγάλο ποσοστό το οποίο μπορεί να φτάσει έως και 35%, οι κακώσεις των σφιγκτήρων του πρωκτού μπορεί να μην αναγνωριστούν κατά τη διάρκεια του τοκετού (κεκαλυμμένες κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού), οπότε δεν επιδιορθώνονται και συνήθως οδηγούν σε ακράτεια πρωκτού.
- Ο περινεϊκός πόνος μετά τον κοιλικό τοκετό κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι συχνός κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό, ανεξαρτήτως από το περινεϊκό τραύμα και το μεγαλύτερο βαθμού περινεϊκό τραύμα συνδέθηκε με μεγαλύτερο βαθμού πόνο και συχνότερη χρήση αναλγητικών την πρώτη μέρα της λοχείας.
- Σημειώνεται η σπάνια χρήση φαρμακευτικών ή μη αναλγητικών παραγόντων όταν οι γυναίκες παίρνουν εξιτήριο παρά τις αναφορές τους για σημαντικό πόνο και δυσλειτουργία στην καθημερινότητα τους.
- ο τύπος της επισιотоμήs, μέση ή μεσο-πλάγια, φαίνεται να μην επηρεάζει το βαθμό του περινεϊκού πόνου κατά τη λοχεία.
- Η χρήση συνεχούς ραφής κατά την απόκατάσταση της κάκωσης του περινέου, καθώς και η χρήση απορροφήσιμων συνθετικών ραμμάτων μειώνει τον περινεϊκό πόνο μετά τον τοκετό στις πρώτες 10 ημέρες.

- Οι κύριοι λόγοι για αποφυγή έναρξης σεξουαλικών επαφών μετά τον τοκετό είναι η δυσπαρευνία, τα σεξουαλικά προβλήματα και ο περινεϊκός πόνος.
- Γενικά, περίπου το 90% των γυναικών αρχίζουν πάλι τις σεξουαλικές επαφές εντός 6 μηνών μετά τον τοκετό.
- Η δυσπαρευνία στους 6 μήνες μετά τον τοκετό σχετίζεται με τον επεμβατικό τοκετό.
- Ο περινεϊκός πόνος εμφανίζεται συχνότερα και παραμένει για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια μετά από υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό συγκρινόμενος μετά από φυσιολογικό τοκετό.
- Οι γυναίκες με άθικτο περίνεο μετά τον τοκετό ξεκινούν πάλι τις σεξουαλικές επαφές σημαντικά νωρίτερα από αυτές με κάποιο τραυματισμό αποτέλεσμα επισιοτομής ή αυτόματης ρήξης του περινέου.
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της πίεσης του πυθμένα της μήτρας κατά το στάδιο της εξώθησης και της δυσπαρευνίας μετά τον τοκετό.
- Ο περιορισμός του περινεϊκού τραύματος κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού είναι πολύ σημαντικός όσο αφορά την επανέναρξη των σεξουαλικών επαφών της γυναίκας μετά τον τοκετό. Πρέπει να αποφεύγεται η επισιοτομή ρουτίνας και η πίεση στον πυθμένα της μήτρας κατά το στάδιο της εξώθησης και της εξόδου του εμβρύου για την πρόληψη των κακώσεων του περινέου.
- Η συχνότερη αιτία ενός ορθοκολπικού συριγγίου είναι ο μαιευτικός τραυματισμός. Ένα παρατεταμένο δεύτερο στάδιο τοκετού με ισχαιμική νέκρωση του ορθοκολπικού διαφράγματος μπορεί να προκαλέσει ένα τέτοιου είδους συρίγγιο.

- Ο κίνδυνος ορθοκολπικού συριγγίου μετά από κολπικό τοκετό είναι περίπου 1 στους 1.000 τοκετούς.
- Το κυριότερο σύμπτωμα ενός ορθοκολπικού συριγγίου είναι η αποβολή κοπράνων, αερίων ή πύου μέσω του κόλπου.
- Γυναίκες που εμφάνισαν ορθοκολπικό συρίγγιο μετά από φυσιολογικό τοκετό, η επίπτωση του τραυματισμού του σφιγκτήρα είναι 100%!
- Η ακράτεια ούρων, η ακράτεια πρωκτού ή κοπράνων και η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι καταστάσεις οι οποίες μπορούν να εμφανιστούν μετά τον κολπικό τοκετό, και προκαλούν στην γυναίκα σημαντική βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική δυσπραγία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κακώσεις του περινέου έχουν θεωρηθεί ως μια αρνητική εξέλιξη αλλά κάπως αποδεκτή ως μέρος του κολπικού τοκετού. Ωστόσο, ένα αυξανόμενο ποσοστό περινεϊκών κακώσεων σοβαρού βαθμού, των μαιευτικών κακώσεων τόσο του σφιγκτήρα του πρωκτού όσο και του βλεννογόνου του ορθού, καθώς και μιας αυξανόμενης γνώσης των πιθανών επιπλοκών των περινεϊκών κακώσεων έθεσαν την προσοχή στην εύρεση μεθόδων προστασίας από τέτοιους τραυματισμούς. Οι σοβαρού βαθμού κακώσεις του περινέου αποτελούν τον κυριότερο αιτιοπαθογόνο μηχανισμό για την ακράτεια κοπράνων και αερίων στις γυναίκες καθώς και άλλων άμεσων και απώτερων επιπλοκών που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής της γυναίκας.

Ο ρόλος της επισιотоμής είναι υπό συζήτηση. Ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η μέση επισιотоμή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για κακώσεις του σφιγκτήρα του πρωκτού, δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το ρόλο της μεσο-πλάγιας επισιотоμής. Ενώ πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η μεσο-πλάγια επισιотоμή είναι προστατευτική έναντι των κακώσεων του πρωκτικού σφιγκτηριακού μηχανισμού τόσο για τους επεμβατικούς τοκετούς όσο και για τις πρωτότοκες γυναίκες, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η μεσο-πλάγια επισιотоμή αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για μαιευτικές κακώσεις του περινέου.

Όπως αναφέρθηκε, οι κακώσεις περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού μπορεί να προκαλέσουν ακράτεια κοπράνων και/ή πρωκτού, αλλά σχετίζεται επίσης με χρόνιο περινεϊκό πόνο, ορθοκολπικά συρίγγια, ακράτεια ούρων και σεξουαλικά προβλήματα.

Σκοπός λοιπόν αυτού του πονήματος, είναι η εξοικείωση των παρόχων μαιευτικής φροντίδας με την επιδημιολογία, τους παράγοντες κινδύνου, την κλινική διάγνωση, την πρόληψη και προστασία, και τη διαχείριση των κακώσεων του περινέου κατά

τον τοκετό, καθώς και των άμεσων και απώτερων επιπλοκών σύμφωνα με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, αποτελέσματα προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών, μετα-αναλύσεων, αλλά και νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών από τις πλέον έγκριτες επιστημονικές εταιρείες. Αναλύεται η βέλτιστη, κατά περίπτωση, αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών, οι πιθανές επιπλοκές που μπορεί να ανακύψουν και οι απαιτούμενες ενέργειες προς αποκατάσταση αυτών.

Για τη δημιουργία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν άρθρα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, UpToDate κ.α. Μελετήθηκαν επίσης συγγράμματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Χειρουργικοί Άτλαντες και Ανατομίας. Από την ανασκόπηση προέκυψαν 208 ξενόγλωσσες δημοσιεύσεις που περιλαμβάνουν άρθρα, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις.

Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά όπως: περίνεο, μαιευτικές κακώσεις, κακώσεις περινέου, επισιотоμή, κάκωση σφιγκτήρα πρωκτού, ακράτεια κοπράνων.

Η ανάλυση της βιβλιογραφίας και τα συμπεράσματα που προέκυψαν μετά από λεπτομερή μελέτη αποτελούν το περιεχόμενο του παρόντος πονήματος.

ABSTRACT

ABSTRACT

An injured perineum has been viewed as a negative aspect and somewhat accepted as part of vaginal birth. However, an increasing rate of severe perineal injuries, obstetric anal sphincter injuries as well as growing awareness of potential of perineal injury have focused attention on finding methods to prevent such injury. Severe degree of perineal lacerations are the main causative mechanism for anal incontinence as well as other immediate and long-term complications than significantly affect women's quality of life.

The role of episiotomy has been subject for debate. Whereas there is evidence that midline episiotomy is associated with increased risk of third and fourth degree perineal lacerations, consensus is lacking regarding the role of mediolateral episiotomy. While recent studies have indicated that mediolateral episiotomy is protective against severe degree perineal injuries both during operative vaginal deliveries and for primiparous women, other studies have shown that mediolateral episiotomy is a risk factor for third and fourth degree perineal lacerations.

As mentioned, third and fourth degree perineal lacerations might cause anal incontinence, but is also associated with perineal pain, rectovaginal fistulas, urinary incontinence and sexual problems.

The purpose of this study is to educate the obstetric care providers, with the epidemiology, risk factors, clinical diagnosis, the prevention and protection of perineum, and management of perineal lacerations according to new data, reviews, meta-analyses and guidelines from the world's finest obstetric societies.

The best case-by-case treatment of these incidents is analyzed; the possible complications that may arise, and the actions required to remedy and repair them.

Articles from the electronic databases were used to create this literature review: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, UpToDate et al. Obstetrics - Gynecology, Surgical Atlas and Anatomy textbooks were also studied. The review resulted in 208 foreign-language publications including articles, systematic reviews, and meta-analyzes.

Keywords were used such as: perineum, obstetric injuries, perineal injuries, episiotomy, anal sphincter injury, anal incontinence.

The analysis of the literature and the conclusions drawn after a detailed study constitute the content of this thesis.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι ιδιαίτερη ανάγκη να ευχαριστήσω την Διευθύντρια Προγράμματος και Καθηγήτρια Μαιευτικής και Γυναικολογίας κυρία Σοφία Καλανταρίδου, καθώς και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής μου, τους Ομότιμους Καθηγητές Μαιευτικής και Γυναικολογίας κύριο Νικόλαο Παπαντωνίου, κύριο Δημήτριο Κασσάνο, και κύριο Χαράλαμπο Χρέλια για την ευκαιρία που μου δόθηκε να παρακολουθήσω το εξαιρετικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών “Παθολογία της Κύησης”.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Γεώργιο Βαλσαμάκη, Ακαδημαϊκού Υποτρόφου της Γ’ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» για τις συμβουλές του, την καθοδήγηση και την τελική επιμέλεια της παρούσας Μεταπτυχιακής Εργασίας.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου, τη συζύγο μου Νεφέλη και τον νεογέννητο γιο μου που ήταν και είναι δίπλα μου σε κάθε μου βήμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Drife J. The start of life: a history of obstetrics. *Postgrad Med J* 2002; 78:311–315.
2. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375:1609–1623.
3. Rosenberg K, Trevathan W. Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG* 2002; 109:1199–1206.
4. Dahlen HG, Homer CS, Leap N, Tracy SK. From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women Birth* 2011; 24:105– 111.
5. Scanzoni FW. *Lehrbuch der Geburtshilfe*. 3rd ed. Wien: L.W. Siedel, 1855.
6. Flew JD. Episiotomy. *Br Med J* 1944; 2:620–623.
7. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ* 2002; 324:892–895.
8. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28:202–207.
9. Kringeland T, Moller A. Risk and security in childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:185–191.
10. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD000081.
11. Marchand MC, Corriveau H, Dubois MF, Watier A. Effect of dyssynergic defecation during pregnancy on third- and fourth-degree tear during a first vaginal delivery: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:183–186.
12. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med* 2002; 47:477–482.
13. Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG* 2000; 107:926–931.
14. Hudson CN, Sohaib SA, Shulver HM, Reznick RH. The anatomy of the perineal membrane: its relationship to injury in childbirth and episiotomy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42:193–196.
15. Baghestan E, Irgens LM, Bordaahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol* 2010; 116:25–34.
16. Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Sosial- og helsedirektoratet. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan. 2006 (National advisory Committee for Obstetrics Directorate for Health and Social Affairs. Reducing the rate of obstetric anal sphincter tears in Norway. A national action plan) <http://fhelsedirektoratet.no/publikasjoner/sfinkterskader-ved-fodsel-bor-reduseres-i-norge/> <http://publikasjoner/sfinkterskader-ved-fodsel-bor-reduseres-i-norge/> Accessed 8th of May 2013
17. Oh C, Kark AE. Anatomy of the perineal body. *Dis Colon Rectum* 1973; 16:444–454.
18. Woodman PJ, Graney DO. Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. *Clin Anat* 2002; 15:321–334.

19. Sultan AH, Thakar R. Third and forth degree tears. In: Sultan AH, Thakar R, Fenner D, editors. *Perineal and Anal Sphincter Trauma*. London: Springer–Verlag, 2007: 33–51.
20. Morren GL, Beets–Tan RG, van Engelshoven JM. Anatomy of the anal canal and perianal structures as defined by phased–array magnetic resonance imaging. *Br J Surg* 2001; 88:1506–1512.
21. Fernando RJ., Williams AA, Adams EJ. Management of Third –and Fourth –Degree Perineal Tears Following Vaginal Delivery. Guideline No.29. 2007. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynecologist.
22. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasurek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:989–994.
23. Roos AM, Thakar MR, Sultan MA. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) – does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36:368–74.
24. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308:887–891.
25. Sultan AH, Thakar R, Fenner D editors. *Perineal and anal sphincter trauma*. th ed. London: Springer; 2007.
26. Martius H, Martius G editors. *Geburtshilfliche Operationen*. 12th ed. : Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Germany; 1978.
27. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C editors. *Williams Obstetrics*. 23rd ed.2010.
28. Hordnes K, Bergsjø P. Severe lacerations after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(6):413–422.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Third and Fourth degree Tears. Guideline no 29. London RCOG 2007.
30. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. *Birth* 2006; 33:117–122.
31. Raisanen S, Vehvilainen–Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture—an emerging trend in Finland. *Prev Med* 2009; 49:535–540.
32. Hamilton EF, Smith S, Yang L, Warrick P, Ciampi A. Third– and fourth–degree perineal lacerations: defining high–risk clinical clusters. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:309–6.
33. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy. *Women Health* 1982; 7:161– 177.
34. de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001; 108:383–387.
35. Prager M, Andersson KL, Stephansson O, Marchionni M, Marions L. The incidence of obstetric anal sphincter rupture in primiparous women: a comparison between two European delivery settings. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87:209–215.
36. Guzman Rojas RA, Shek KL, Langer SM, Dietz HP. The prevalence of anal sphincter injury in primiparous women. [published online ahead of print April 10 2013].*Ultrasound Obstet Gynecol* 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Accessed April 2013
37. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta–analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg* 2003; 90:1333–1337.

38. Hirayama F, Koyanagi A, Mori R, Zhang J, Souza JP, Gulmezoglu AM. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG* 2012; 119:340–347.
39. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 146:71–75.
40. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). Geneva (CG): WHO; 2015. Available at: <http://www.who.int/classifications/icd/en>. Accessed on September 15, 2015.
41. Baghestan E, Bordahl PE, Rasmussen SA, Sande AK, Lyslo I, Solvang I. A validation of the diagnosis of obstetric sphincter tears in two Norwegian databases, the Medical Birth Registry and the Patient Administration System. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:205–9. [SEP]
42. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;146:71–5. [SEP]
43. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905–11. [SEP]
44. Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Rottingen JA, Reinart LM, Vangen S, Tanbo T. The impact of an intervention programme employing a hands-on technique to reduce the incidence of anal sphincter tears: interrupted time-series reanalysis. *BMJ Open* 2013;3:e003355.
45. Ekeus C, Nilsson E, Gottvall K. Increasing incidence of anal sphincter tears among primiparas in Sweden: a population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:564–73. [SEP]
46. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG* 2006;113:195–200.
47. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001;98(2):225-230.
48. Baghestan E, Irgens LM, Børdaahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol* 2010;116(1):25-34.
49. Räisänen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(12):1365-1372.
50. de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001;108(4):383-387.
51. Ampt AJ, Ford JB, Roberts CL, Morris JM. Trends in obstetric anal sphincter injuries and associated risk factors for vaginal singleton term births in New South Wales 2001-2009. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013;53(1):9-16.
52. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Cartwright R, Gissler M, Heinonen S. A prior cesarean section and incidence of obstetric anal sphincter injury. *Int Urogynecol J* 2012; (Epub ahead of print).
53. Gerdin E, Sverrisdottir G, Badi A, Carlsson B, Graf W. The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007;47(4):286-290.
54. Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2011;117(3):627-635.
55. Legino LJ, Woods MP, Rayburn WF, McGoogan LS. Third- and fourth-degree perineal tears. 50 year's experience at a university hospital. *J Reprod Med* 1988;33(5):423-426.
56. Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(5):1083-1085.

57. Wheeler J, Davis D, Fry M, Brodie P, Homer CS. Is Asian ethnicity an independent risk factor for severe perineal trauma in childbirth? A systematic review of the literature. *Women Birth* 2011; 25(3):107-13.
58. Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S. Risk of recurrence and subsequent delivery after obstetric anal sphincter injuries. *BJOG* 2012;119(1):62-69.
59. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Risk factors of recurrent anal sphincter ruptures: a population-based cohort study. *BJOG* 2012;119(13):1640- 1647.
60. Spydslaug A, Trogstad LI, Skrondal A, Eskild A. Recurrent risk of anal sphincter laceration among women with vaginal deliveries. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):307-313.
61. Knoepp LR, McDermott KC, Munoz A, Blomquist JL, Handa VL. Joint hypermobility, obstetrical outcomes, and pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2012;(Epub ahead of print).
62. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Smoking during Pregnancy Is Associated with a Decreased Incidence of Obstetric Anal Sphincter Injuries in Nulliparous Women. *PLoS One* 2012;7(7):e41014.
63. Sheiner E, Levy A, Walfisch A, Hallak M, Mazor M. Third degree perineal tears in a university medical center where midline episiotomies are not performed. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(4):307-310.
64. Ekeus C, Nilsson E, Gottvall K. Increasing incidence of anal sphincter tears among primiparas in Sweden: a population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(5):564-573.
65. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. A population- based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;115(1):26-30.
66. Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynecol* 2001;98(6):1027-1031.
67. O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(11):CD005455. doi(11):CD005455.
68. Dandolu V, Chatwani A, Harmanli O, Floro C, Gaughan JP, Hernandez E. Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(4):304-307.
69. Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor. A randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(1):31-35.
70. Eogan M, O'herlihy C. Diagnosis and management of obstetric anal sphincter injury. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18(2):141-146.
71. Nichols CM, Nam M, Ramakrishnan V, Lamb EH, Currie N. Anal sphincter defects and bowel symptoms in women with and without recognized anal sphincter trauma. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(5):1450-1454.
72. Mahony R, Behan M, Daly L, Kirwan C, O'Herlihy C, O'Connell PR. Internal anal sphincter defect influences continence outcome following obstetric anal sphincter injury. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(3):217.e1-217.e5.
73. Richter HE, Fielding JR, Bradley CS, Handa VL, Fine P, FitzGerald MP, et al. Endoanal ultrasound findings and fecal incontinence symptoms in women with and without recognized anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2006;108(6):1394- 1401.
74. Roos AM, Thakar R, Sultan AH. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36(3):368-374.
75. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Serv Res* 2002; 2(1): 9.  
76. Johnson J, Lindow S, Duthie G. The prevalence of occult obstetric anal sphincter injury following childbirth-literature review. *J Mat Fetal and Neonatal Med* 2007; 20(7): 547-54.  

77. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears (2nd ed) Green-top Guideline No 27. 2007 (Reviewed 2010).
<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-third-and-fourth-degree-perineal-tears-green-top-29> (accessed 25 February 2015).
78. Walsh KA, Grivell RM. Use of endoanal ultrasound for reducing the risk of complications related to anal sphincter injury after vaginal birth. *Cochrane database Syst Rev* 2013; Issue 11. Art. No.: CD010826. DOI: 10.1002/14651858.CD010826.
79. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care - Care of healthy women and their babies during childbirth (commissioned by the National Institute for Health Care Excellence). 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence> (accessed 8 Mar 2015).
80. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries - Myth or reality? *BJOG* 2006; 113(2): 195-200.
81. Sultan AH. Editorial: Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clinical Risk* 1999; 5: 193-6.
82. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Perineal Care. Queensland Health. 2012. <http://www.health.qld.gov.au/qcg/html/publications.asp#maternity> (accessed 8 Mar 2015).
83. van Dillen J, Spaans M, van Keijsteren W, et al. A prospective multicenter audit of labor-room episiotomy and anal sphincter injury assessment in the Netherlands. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 108(2): 97-100.
84. Andrews V, Thakar R, Sultan AH. Structured hands-on training in repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): an audit of clinical practice. *Int Urogynecol J* 2009; 20(2): 193-9.
85. Robert P. Akbari, Normal Endoanal/Endorectal Ultrasound Anatomy and Technique, *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, Volume 21, Issue 4, 2010, Pages 191-196, ISSN 1043-1489, <https://doi.org/10.1053/j.scrs.2010.09.002>.
86. Min Ju Kim, **Transrectal ultrasonography of anorectal diseases: advantages and disadvantages**. *Ultrasonography*. 2015;34 (1): 19-31.
Publication Date (Web): 2014 November 19 (Review Article)
doi:<https://doi.org/10.14366/usg.14051>
87. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. 2004 (<http://www.oecd.org/dataoecd>):31-32.
88. Hals E, Øian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010;116(4):901-908.
89. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111(5):1053-1057.
90. Hirsch E, Haney EI, Gordon TE, Silver RK. Reducing high-order perineal laceration during operative vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(6):668.e1-668.e5.
91. Kudish B, Sokol RJ, Kruger M. Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;102(2):165-70.
92. Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K, Gudmundsson S, Lindqvist P, Siihola S, 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(10):974-977.
93. Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gåreberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG* 2000;107(7):926-931.
94. Parnell C, Langhoff-Roos J, Moller H. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(3):256-261.
95. Trochez R, Waterfield M, Freeman RM. Hands on or hands off the perineum: a survey of care

- of the perineum in labour (HOOPS). *Int Urogynecol J* 2011;22(10):1279-1285.
96. Jönsson ER, Elfaghi I, Rydhström H, Herbst A. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;112(2 Pt 1):212-217.
 97. McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(12):1262-1272.
 98. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med* 2002;47(6):477- 482.
 99. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health* 2005;50(5):365-372.
 100. (100) McCarthy R. Protecting the perineum; have we been duped by HOOP? *British Journal of Midwifery* 2009;17(12):779.
 101. Garcia J. Policy of "Hands poised" care by attendant in normal birth is not recommended. *British medical journal* 1999;319(7205):322.
 102. Fahami F, Shokoohi Z, Kianpour M. The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iran J Nurs Midwif Res.* 2012;17(1):52–57.
 103. Carmen Imma Aquino, Gabriele Saccone, Jacopo Troisi, Maurizio Guida, Fulvio Zullo & Vincenzo Berghella (2019) Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery?, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, DOI: [10.1080/14767058.2019.1568984](https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568984)
 104. Habek D, Tikvica Luetić A, Marton I, et al. Modified Ritgen Maneuver in Perineal Protection - Sixty-Year Experience. *Acta Clin Croat.* 2018;57(1):116–121. doi:10.20471/acc.2018.57.01.14
 105. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD006672.
 106. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD005123.
 107. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1277–80.
 108. DeLee JB. Principles and Practice of Obstetrics. W.B. Saunders and Company Philadelphia and London: 1915.
 109. Kalis V, Laine K, de LJ, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG* 2012; 119:522–526.
 110. Fodstad K, Laine K, Staff AC. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: an observational study. [published online ahead of print] *Int Urogynecol J* 2012 Oct. 30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Accessed May 1st, 2013.
 111. Kalis V, Stepan J, Jr., Horak M, Roztocil A, Kralickova M, Rokyta Z. Definitions of mediolateral episiotomy in Europe. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 100:188–189.
 112. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG* 2005; 112:1156–1158.
 113. Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG* 2006; 113:190–194.
 114. Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfrevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG* 2003; 110:1041–1044.

115. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Jr., Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005; 293:2141–2148.
116. Clemons JL, Towers GD, McClure GB, O'Boyle AL. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1620–1625.
117. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YM, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48:409–418.
118. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:573–577.
119. Weber AM, Meyn L. Episiotomy use in the United States, 1979–1997. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1177–1182.
120. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011–Assisterad befruktning 1991–2010 .
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-27>. Accessed May 8th, 2013.
121. Coats PM, Chan KK, Wilkins M, Beard RJ. A comparison between midline and mediolateral episiotomies. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87:408–412.
122. Hudelist G, Mastoroudes H, Gorti M. The role of episiotomy in instrumental delivery: is it preventative for severe perineal injury? *J Obstet Gynaecol* 2008; 28:469–473.
123. Raisanen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:1365–1372.
124. Revicky V, Nirmal D, Mukhopadhyay S, Morris EP, Nieto JJ. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 150:142–146.
125. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *BJOG* 2005; 112:941–945.
126. Bodner-Adler B, Bodner K, Kaider A, Wagenbichler P, Leodolter S, Husslein P et al. Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery, with an analysis of episiotomy types. *J Reprod Med* 2001; 46:752–756.
127. Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG, Bujold E, Kruger M, Hendrix SL et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:749–754.
128. Gupta N, Kiran TU, Mulik V, Bethel J, Bhal K. The incidence, risk factors and obstetric outcome in primigravid women sustaining anal sphincter tears. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:736–743.
129. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:875–881.
130. de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008; 115:104– 108.
131. de Vogel J, van der Leeuw-van Beek, Gietelink D, Vujkovic M, de Leeuw JW, van Bavel J et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206 :404 e1–5.
132. Webb SS, Yates D, Manresa M, et al. Impact of subsequent birth and delivery mode for women with previous OASIS: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2017; 28:507.
133. Boggs EW, Berger H, Urquia M, McDermott CD. Recurrence of obstetric third-degree and fourth-degree anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol* 2014; 124:1128.

134. Basham E, Stock L, Lewicky-Gaupp C, et al. Subsequent pregnancy outcomes after obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013; 19:328.
135. McKenna DS, Ester JB, Fischer JR. Elective cesarean delivery for women with a previous anal sphincter rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1251.
136. 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.
137. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green top guideline no. 29: The management of third- and fourth-degree perineal tears. June 2015.
138. Edwards H, Grotegut C, Harmanli OH, et al. Is severe perineal damage increased in women with prior anal sphincter injury? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006; 19:723.
139. Elfaghi I, Johansson-Ernste B, Rydhstroem H. Rupture of the sphincter ani: the recurrence rate in second delivery. *BJOG* 2004; 111:1361.
140. 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.
141. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Strijers RL, et al. Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *Br J Surg* 1998; 85:1433.
142. Fynes M, Donnelly V, Behan M, et al. Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999; 354:983.
143. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, et al. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:830.
144. Faltin DL, Otero M, Petignat P, et al. Women's health 18 years after rupture of the anal sphincter during childbirth: I. Fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1255.
145. Sze EH. Anal incontinence among women with one versus two complete third-degree perineal lacerations. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90:213.
146. Cole J, Bulchandani S. Predictors of patient preference for mode of delivery following an obstetric anal sphincter injury. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019; 239:35.
147. Cassis C, Giarenis I, Mukhopadhyay S, Morris E. Mode of delivery following an OASIS and caesarean section rates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018; 230:28.
148. Laura Stock, Elizabeth Basham, Dana R. Gossett, Christina Lewicky-Gaupp Factors associated with wound complications in women with obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Apr; 208(4): 327.e1–327.e6. Published online 2012 Dec 19. doi: 10.1016/j.ajog.2012.12.025
149. Jha S, Parker V. Risk factors for recurrent obstetric anal sphincter injury (rOASI): a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2016; 27:849.
150. JangöH, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse Recurrent obstetric anal sphincter injury and the risk of long-term anal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2017.
151. Almarzouqi F, Grieb G, Klink C, et al. Fatal Necrotizing Fasciitis following Episiotomy. *Case Rep Surg* 2015; 2015:562810.
152. Lynch CM, Pinelli DM, Cruse CW, et al. Maternal death from postpartum necrotizing fasciitis arising in an episiotomy: a case report. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1997; 5:341.
153. Ruparelia BA, Robson P, Iqbal I, Johnson IR. Use of povidone-iodine in post-delivery perineal repairs: A prospective trial. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1990; 10:202.
154. Dudley LM, Kettle C, Ismail KM. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD008977.
155. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth, RCOG Press, London 2007.
156. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top guideline 27. In: The Management of Third and Fourth-degree Perineal Tears, RCOG, London 2007.

157. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:422.
158. Caton D. The history of obstetric anesthesia. In: Chestnut DH, editor. *Obstetric anesthesia*. 1st ed. Toronto: Mosby; 1994. p. 3-16. [SEP]
159. Rosen MA, Hughes SC, Shnider SM, Abboud TK, Norton M, Dailey PA, et al. Epidural morphine for the relief of postoperative [SEP] pain after cesarean delivery. *Anesth Analg* 1983;62:666-72. [SEP]
160. Bloomfield SS, Mitchell J, Cissell G, Barden TP. Analgesic [SEP] sensitivity of two post-partum pain models. *Pain* 1986;27:171-9. [SEP]
161. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF, editors. *Williams' [SEP] obstetrics*. Norwalk (CT): Appleton-Century-Crofts; 1985. [SEP]
162. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* 2001;165:1203-9.
163. Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, issue 3.
164. Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, issue 3.
165. Palmer CM, Nogami WM, Van Maren G, Alves DM. Postcesar- ean epidural morphine: a dose response study. *Anesth Analg* 2000; 90:887-91.
166. Signorello L.B., Harlow B.L., Chekos A.K. & Repke J.T. (2001) Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 184(5), 881– 890.
167. Hicks T.L., Goodall S.F., Quattrone E.M. & Lydon-Rochelle M.T. (2004) Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *Journal Midwifery Womens Health* 49(5), 430–436.
168. Barrett G., Pendry E., Peacock J., Victor C., Thakar R. & Manyonda I. (2000) Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107(2), 186–195.
169. Glazener C.M.A. (1997) Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of Professional recogni- tion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104, 330–335.
170. Klein M.C., Gauthier R.J., Robbins J.M., Kaczorowski J., Jorgensen S.H., Franco E.D., Johnson B., Waghorn K., Gelfand M.M. & Guralnick M.S. (1994) Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 171(3), 591–598.
171. Xu X.Y., Yao Z.W., Wang H.Y., Zhou Q. & Zhang L.W. (2003) Women's postpartum sexuality and delivery types. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi/Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology* 38(4), 219–222.
172. Connolly A., Thorp J. & Pahal L. (2005) Effect of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospec- tive study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 16(4), 263–267.
173. Bex P.J. & Hofmeyr G.J. (1987) Perineal management during childbirth and subsequent dyspareunia. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology* 14(2), 97–100.
174. Potts S. & Bhugra D. (1995) Classification of Sexual Disorders. *International Review of Psychiatry* 7(2), 167–174.
175. Sobczak J.A. (2009) Female sexual dysfunction: knowledge devel- opment and practice implication. *Perspectives in Psychiatric Care* 45(3), 161–172.

176. Olsson A., Lundqvist M., Faxelid E. & Nissen E. (2005) Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19, 381–387.
177. Abdool Z., Thaker R. & Sultan A.H. (2009) Postpartum female sexual function: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 145(2), 133–137.
178. Rogers R.G., Leeman L.M., Migliaccio L. & Albers L.L. (2008) Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function?. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 19(3), 429–435.
179. Baksu B., Devas I., Agar E., Akyol A. & Varolan A. (2007) The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction* 18(4), 401–406.
180. Rathfisch G., Dikencik B.K., Kizilkaya Beji N., Comert N., Tekirdag A.I. & Kadioglu A. (2010) Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing* 66(12), 2640–2649.
181. World Health Organization (WHO) (1998) Postpartum Care of the Mother and Newborn. Report of a Technical Working Group. Retrieved from http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/postpartum_care_mother_newborn.pdf on 16 January 2007.
182. Von Sydow K. (1999) Sexuality during pregnancy and after child-birth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal Psychosomatic Research* 47(1), 27–49.
183. Buhling K.J., Schmidt S., Robinson J.N., Klapp C., Siebert G. & Dudenhausen J.W. (2005) Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 124(1), 42–46.
184. Van Brummen H.J., Bruinse H.W., van de Pol G., Heintz A.P. & van der Vaart C.H. (2006) Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113(8), 914–918.
185. Haylen BT, de RD, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:4–20.
186. Ashton-Miller JA, Delancey JO. On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. *Annu Rev Biomed Eng* 2009; 11:163–176.
187. Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG* 2006; 113:208–217.
188. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. *The Lancet* 1914; 364:621–632.
189. Roos AM, Sultan AH, Thakar R. Sexual problems in the gynecology clinic: are we making a mountain out of a molehill? *Int Urogynecol J* 2012; 23:145–152.
190. Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Ann Intern Med* 2008; 148:449–458.
191. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000; 107:1460–1470.
192. Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10:394–398.
193. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002; 89:61–66.

194. Chaliha C. Postpartum pelvic floor trauma. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009; 21:474– 479.
195. Goldberg RP, Abramov Y, Botros S, Miller JJ, Gandhi S, Nickolov A et al. Delivery mode is a major environmental determinant of stress urinary incontinence: results of the Evanston–Northwestern Twin Sisters Study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:2149– 2153.
196. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG* 2003; 110:927–933.
197. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348:900–907.
198. Andrews V, Shelmerdine S, Sultan AH, Thakar R. Anal and urinary incontinence 4 years after a vaginal delivery. *Int Urogynecol J* 2013; 24:55–60.
199. Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, Sand PK. Urinary incontinence after multiple gestation and delivery: impact on quality of life. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16:334–336.
200. Borello–France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, Fitzgerald MP, Whitehead W et al. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol* 2006; 108:863–872.
201. de Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:830–834.
202. Scheer I, Andrews V, Thakar R, Sultan AH. Urinary incontinence after obstetric anal sphincter injuries (OASIS)—is there a relationship? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19:179–183.
203. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YM, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow–up study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48:409–418.
204. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Jr., Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005; 293:2141–2148.
205. Baydock SA, Flood C, Schulz JA, MacDonald D, Esau D, Jones S et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31:36–41.
206. Torkestani F, Zafarghandi N, Davati A, Hadavand SH, Garshasbi M. Case–controlled study of the relationship between delivery method and incidence of post–partum urinary incontinence. *J Int Med Res* 2009; 37:214–219.
207. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103:669–673.
208. Rockner G. Urinary incontinence after perineal trauma at childbirth. *Scand J Caring Sci* 1990; 4:169–172.

