

Perinealbristning grad 2 med eller utan episiotomi - riskfaktorer, upprepningsrisk samt komplikationer på kort och lång sikt

Bakgrund

De flesta vaginala förlossningar är associerade med någon grad av skada i vagina och mellangård (perinealbristning) (1, 2). Perinealbristning kan uppkomma spontant eller pga. klipp (episiotomi). Incidensen av perinealbristning är ca 80% och risken är högst hos förstföderskor och vid instrumentell förlossning (suglocka eller tång) (2, 3).

Perinealbristning graderas från 1 till 4 (4) där grad 1 omfattar slemhinneskada i vagina och hud i perineum; grad 2 omfattar dessutom perineala muskler (m. Bulbocavernosus och m. Transversus); grad 3 omfattar skada även på sfinktrar (extern och/eller intern sfinkter) och vid grad 4 finns skada även på slemhinnan i rektum. De senaste 5 - 10 åren har levatorskador uppmärksamats allt mer. Levatorn är en grupp av muskler som utgör bäckenbotten. Främst avses med levatorskada skada på m. Puborektalis. Det finns rapporterat att 10 - 20% av kvinnor drabbas av levatorskada i samband med sin första förlossning (5, 6). Levatorskada sorterar under diagnoskod för perinealbristning grad 2.

Ju större förlossningsskadan är desto mer besvär kan uppkomma i efterförloppet (7, 8). De första veckorna efter förlossningen dominerar perineal smärta och på längre sikt kan kvinnan drabbas av urinläckage, analinkontinens, tarmtömningsbesvär, kvarstående smärta, samlagsmäta, sexuell dysfunktion och även psykiska besvär. Korrekt utförd åtgärd i akutskedet förbättrar utfallet på lång sikt både vad gäller symtom och livskvalitet (9). Adekvat uppföljning av kvinnor med förlossningsskador är också mycket viktig eftersom det finns effektiva behandlingsalternativ.

Det finns många studier som beskriver besvär och konsekvenser samt upprepningsrisk för sfinkterskador (grad 3-4) medan konsekvenser efter grad 2 skada är mer sparsam rapporterat. Det finns studier som antyder att liknande besvär och problem existerar hos kvinnor som inte fick en grad 3 skada (10-12). Det är oklart om det finns en upprepningsrisk för grad 2 skada, och om den i så fall skiljer sig mellan klipp (episiotomier) och spontana grad 2 bristningar, och om besvär finns på kort och lång sikt efter upprepad skada. Det finns vetenskapliga kunskapsluckor avseende behandling av förlossningsskador inom flera områden (13) och ett tiotal prioriterade forskningsfrågor om diagnostik och prevention och behandling presenterades i en SBU rapport 2019 (14). Målet med rapporten är att bidra till att välgjord och relevant forskning genomförs inom området förlossningsskador. En av dessa prioriterade forskningsfrågor är om registerforskning kring grad 2-bristningar inklusive kort- och långtidskomplikationer kan leda till ökad kunskap som kan ge en bättre behandling på sikt.

I ett svenskt material från 2002 var andelen kvinnor som fick en grad 2 bristning 38 % hos förstföderskor och 39 % hos omföderskor (2). Med episiotomi inkluderat var andelen 56 % respektive 45 %. Det finns en restriktiv hållning för klipp i Sverige, ca 10% av förstföderskor. I en brittisk studie från 2013 var andelen med grad 2 skada 35% hos förstföderskor och 13% hos omföderskor (4) och 29 % av förstföderskor fick ett klipp. I Sverige är det rutin att barnmorskor självständigt syr bristning av grad 1 och okomplicerad grad 2 inklusive klipp

medan läkare syr komplicerade grad 2 samt skador av grad 3 - 4. De skador som sys av läkare kommer att registreras med diagnoskod och därmed förs data över till Medicinska födelseregistret och Graviditetsregistret. Sedan 2020 finns även specifika koder för levatorskador. De grad 2 skador som sys av barnmorskor registreras med kryss för bristning i perineum till MFR men variabeln har stor osäkerhet.

Sedan 2014 finns Bristningsregistret som en del av GynOp-registret (15). År 2019 rapporterade 98% av förlossnings-avdelningar i landet till registret. Data från förlossningsjournalen överförs *manuellt*, ofta av en sekreterare. De flesta kliniker rapporterar enbart skador av grad 3-4. Det är sju kliniker som rapporterar grad 2 bristningar, en del av dessa enbart skada till följd av klipp och en del endast de som sytts av läkare. Enligt årsrapporterna 2018 och 2019 finns över 8000 grad 2 bristningar och ca 9800 grad 3-4 registrerade. Förlossningsavdelningen i Uppsala har, sedan oktober 2018 rapporterat alla grad 2 bristningar dvs. även de som sytts av barnmorskor. Vid förlossningsavdelningen i Uppsala föds ca 4000 barn årligen och 40-50 % har sannolikt fått en grad 2 skada eller episiotomi.

Kvinnor som har en grad 2 skada och som samtyckt till att information lämnas ut till registret följs upp via en enkät 8 veckor och 1 år efter förlossningen. I enkäten vid 8 veckor frågas om patientens upplevelse, samlagsbesvär, kontinens, komplikationer efter förlossningen, infektioner samt det görs en värdering med Wexner score (analinkontinens). Svarsfrekvensen är ca. 80%. Vid ett år innehåller enkäten frågor om patientnöjdhet samt om komplikationer och har en svarsfrekvens på ca 70%. Enkätsvaren granskas hos respektive klinik och hur uppföljningen är organiserad varierar. I Uppsala tar barnmorskan som ansvarar för enkätuppföljningen, kontakt med de kvinnor som har kvarstående besvär och gör en bedömning om det finns behov av läkarundersökning eller om det räcker med rådgivning. Det finns således en unik möjlighet att via Uppsalamaterialet studera alla kvinnor med grad 2 skada med eller utan episiotomi som rapporterar besvär 8 veckor samt 1 år efter förlossning samt att göra jämförelser med grad 2 bristningar sydda av läkare (i Uppsala samt övriga landet).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att för grad 2 skador med eller utan klipp undersöka incidens, riskfaktorer samt komplikationer och morbiditet på kort och lång sikt.

Specifika frågeställningar:

- Hur vanligt förekommande är grad 2 skada hos först- respektive omfödernor?
- Vilka riskfaktorer finns för grad 2 skada?
- Hur vanligt är det med komplikationer efter grad 2 skada med eller utan episiotomi såsom infektion, sårruptur, reoperation, hematom i akutskedet samt vilka är riskfaktorerna för dessa komplikationer?
- Hur vanligt förekommande är besvär efter grad 2 skada med eller utan episiotomi hos kvinnor som syddes av barnmorskor jämfört med av läkare vid 8 veckor och vid 1 år? Specifikt besvär med smärta, samlagssmärta, sexuell dysfunktion, framfall, inkontinens, tarmtömningsbesvär och psykiska besvär.

- Hur vanligt är det med komplikationer och besvär efter grad 2 skada sydd av läkare jämfört med grad 3-4 skada?
- Hur vanligt är det med upprepning av skadan, dvs. att kvinnan drabbas av grad 2 skada med eller utan episiotomi vid närmast efterföljande förlossning? Skiljer sig upprepningsrisken hos de som fått episiotomi vid första förlossningen jämfört med de som fick en spontan grad 2 bristning? Hur vanligt förekommande är besvär efter upprepad skada?
- Hur vanligt är det med levatorskada efter förlossning?
- Vad är effekten av igångsättning av förlossning på förekomst av grad 2 och 3 skador?
- Vilken betydelse har olika maternella tillstånd/komplikationer på förekomst av grad 2 och 3 skador?
- Hur vanligt är det med symptomgivande defektläkt bristning och korrigerande kirurgisk åtgärd? Skiljer sig frekvensen av korrigerande kirurgi åt olika regioner?

Metod

Populationsbaserad kohortstudie under åren 2014 till 2022. Data hämtas från nationella kvalitetsregister efter godkänd ansökan och data överförs och länkas samman av Socialstyrelsen. Urvalet utgår från Medicinska födelseregistret (MFR) för åren 2014 till 2030. Från MFR hämtas information om moderns karaktäristika inklusive etnicitet/födelseland, graviditet och förlossning samt data om barnet. Från Bristningsregistret hämtas information om perinealbristning grad 2-4 från alla rapporterade förlossningskliniker och från GynOp-registret hämtas information om kirurgiska ingrepp. Från Patientregistret (sluten och öppenvård) hämtas information om vårdkontakter och vårdtillfällen och orsaken till dessa. En kodnyckel sparas hos Socialstyrelsen och kompletterande data hämtas vid olika tillfällen fram till 2030.

Efter leverans förs oidentifierade data över till statistikprogrammet SPSS. Deskriptiv statistik kommer att inkludera absoluta och relativa frekvenser. Kontinuerliga variabler jämförs med t-test eller Mann-Whitney och kategoriserade data med Chi-2 test. Signifikansnivå är p värde < 0.05. För beräkning av risk används univariat logistisk regression med beräkning av Odds kvot (OR) med 95% konfidensintervall (KI). För att kontrollera för kovariater och potentiella störfaktorer används multivariat logistisk regression och presenteras med justerat OR (95% KI).

Betydelse

Förlossningsbristning av grad 2 är vanligt både hos först- och omfödernor och kan orsaka lidande på både kort och lång sikt. Aktuellt projektet kommer att ge ökad kunskap om förekomst av skador, riskfaktorer, komplikationer och upprepningsrisk vilket kan komma ha betydelse för kvinnors hälsa och livskvalitet efter förlossning.

Det är i en resursbegränsad vård viktigt att studera registers nytta utifrån de resurser det tar att lägga in data. Projektet kan visa om register har en betydelse inom området förlossningsskador och det kan medföra att det tillförs resurser för detta.

Referenser

1. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*. 1999;26(1):11-7.
2. Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(1):44-9.
3. 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):1262-72.
4. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:59.
5. van Delft K, Sultan AH, Thakar R, Schwertner-Tiepelmann N, Kluivers K. The relationship between postpartum levator ani muscle avulsion and signs and symptoms of pelvic floor dysfunction. *BJOG*. 2014;121(9):1164-71; discussion 72.
6. van Delft K, Thakar R, Sultan AH, Schwertner-Tiepelmann N, Kluivers K. Levator ani muscle avulsion during childbirth: a risk prediction model. *BJOG*. 2014;121(9):1155-63; discussion 63.
7. Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth*. 2008;35(2):98-106.
8. Williams A, Herron-Marx S, Carolyn H. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*. 2007;23(4):392-403.
9. Reid AJ, Beggs AD, Sultan AH, Roos AM, Thakar R. Outcome of repair of obstetric anal sphincter injuries after three years. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;127(1):47-50.
10. Kumar R, Ooi C, Nicoll A. Anal incontinence and quality of life following obstetric anal sphincter injury. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(3):591-7.
11. Ramage L, Yen C, Qiu S, Simillis C, Kontovounisios C, Tan E, et al. Does a missed obstetric anal sphincter injury at time of delivery affect short-term functional outcome? *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100(1):26-32.
12. Visscher AP, Lam TJ, Hart N, Felt-Bersma RJ. Fecal incontinence, sexual complaints, and anorectal function after third-degree obstetric anal sphincter injury (OASI): 5-year follow-up. *Int Urogynecol J*. 2014;25(5):607-13.
13. Behandling av förlossningsskador som uppkommit efter vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU-rapport nr 250. ISBN 978-91-85413-93-5.; 2014.
14. KUNSKAPSLUCKOR SPAV, 300 R. Fördjupad prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. Report No.: 300.
15. Bristningsregistret, 2019. <http://www.gynop.org/webhelp/gynopnet/gynopnet.htm-ristning/faqbristning.htm> .