Obsterisen sfinktervaurion primaarikorjaus

Tapio Väyrynen
LL, osastonylilääkäri
Hyvinkään sairaala

EGO koulutuspäivät 28.10.2011
Tampere

Esiintyvyydestä

- Suomi 0,5-1,5%
- Ruotsi 2-3%
- Okkultit (UÄ) 30%
  - kliininen merkitys??

Riskitekijöistä

- Ensisynnyttäjyys,
- Korkea kireä perineum
- Iso lapsi
- Tarjontavirheet
- Operatiivinen alatiesynnytys
- (Midline episiotomia)
- Nopea ponnistusvaihe

Ennaltaehkäisystä[1]

- Riskitekijöillä huono ennustearvo
- Sektio = major surgery

➢ Sektioiden lisääminen tällä indikaatiolla johtaa ojasta allikkoon

Ennaltaehkäisystä2

- **Episiotomia**
  - Keskiviivan episiotomia lisää riskiä (ad 11%)
    - Ei käytetä Suomessa
  - Lateraalisen vaikutuksesta ristiriitaista tietoa
    - Oikein kohdistettuna todennäköisesti suojaa
    - **Mitä lateraalisemmin suuntautuu, sen paremmin suojaa**
    - **Reilu episiotomia suojaavampi kuin varovainen**
- **Perineumin tukeminen** (?)
  - Ruotsin ja Suomen välisen esiintyvyyseron ajatellaan johtuvan erilaisesta hoitokäytännöstä sikiön pään ulosautossa

Korjaustuloksista / seurauksista[1]

- Anaali-inkontinenssioireita 20-59%
  - riippuu määritelmästä ja seuranta-ajasta
- UÄ:ssä defektejä jopa 75%:lla

Pinta et al, 2004

- Sekundaarikorjausten tulokset myös epätyydyttäviä, (5-10v: lähtötilannetta parempi n. 50-60%, oireettomia n. 10%)

Johnson E et al 2010

Diagnoosi[1]

kahden sormen palpaatio

1. **nosta** haavan pohjaa rektaalisormella
2. **vetopalpaatio** (myös klo 9-11)
   - eksterni tuntuu anaalikanavan kohdalla
3. pillerinpyöritys

Diagnoosi$_2$

- **KÄTILÖ** on diagnostiikan avainhenkilö

- selvä vaurio tai vahva epäily ->
  - obstetrikko varmistaa
  - eksplorointi / suturointi leikkaussalissa kunnon olosuhteissa
  - yleensä vaurio vaikeampi kuin ensivaikutelma

Kiireellisyydestä

- Ambivalentti tilanne
  - Kontaminoitunut haava -> suturointi mahdollisimman nopeasti
  - Vaatii kokemusta -> odotettava sen paikalle saapumista
- Punnittava odottamisen riskit ja hyödyt
- Yöllä ei tarvitse suturoida
- Lähettäminen toiseen yksikköön on vaihtoehto, mikäli riittävän kokenutta korjaajaa ei saada paikalle siedettävässä ajassa

Toimenpidejärjestelyt 1

- **Profylaktinen antibiootti**
  - kerta-annos riittänee, 1-2 tuntia ennen toimenpidettä
  - kefuroksiimi + metronidatsoli i.v.

- **Avustaja mukaan** (auttaa ja oppii)
  - systemaattinen perehdytys kollegoille / kätilöille

Toimenpidejärjestelyt 2

- **Instrumentaatio**:
  - haavanlevittäjä (esim. Lone star)
  - tarttumapihdit (esim. Tuphiere x 4)
  - sormisuojat, kohotusinstrumentti?
  - hitaasti resorboituva monofilamenttilanka (esim. PDS 3-0 tai 2-0)

Luokittelu

- Gr IIIa: <50% eksternistä sfinkteristä
- Gr IIIb: >50% eksternistä
- Gr IIIc: myös internin sfinkterin vaurio

- Gr IV: anaaliepiteeli / rektumin limakalvo

Suturaatiotekniikka

- <50% eksternistä: end to end
- > 50% eksternistä: **overlap** (3+3 suturaa, kanavan pituus)
- interni: end to end

- otokset lihaksen ehjään osaan
- reilusti lihasta otokseen

Suturaatiotekniikka

gr IV: aluksi rectumin suturaatio

- 3-0 resorboituva lanka
- jatkuva ommel (tai yksittäiset)
- otokset submukoosan kautta
- suoleen riittää yksi kerros

Postoperatiivinen hoito

- **kipulääkitys**
  - PG-inhibiittori, parasetamoli, tarvittaessa kodeiini
- **osmoottinen laksatiivi (?)**
  - Laxoberon-tipat
- **fysioterapiakäynti 3kk**
  - lantionpohjan lihasharjoittelun **perehdytys**

Päällekkäisompelun tulos: oireet

	Sultan 1999 UK	Kairaluoma 2004 KSKS	Molander 2007 Jorvi	Lepistö 2008 HYKS
N	32	31	42	44
Oireeton	92%	76%	67%	39%
Flatus	8%	17%	31%	59%
stool	0	**2 = 6%**	**1 = 2%**	**1 = 2%**

Päällekkäisompelun tulos: UÄ

	Sultan 1999 UK	Kairaluoma 2004 KSKS	Molander 2007 Jorvi	Lepistö **2008 HYKS**
N	32	30	35	44
Partial ext defect	5 = 15%	0	6 = **17%**	6 = **13%**
Total ext defect	0	1 = 3%	0	0
Int defect	14=44%	3 = **10%**	4 = **11%**	5 =**11%**

Vaikutus mahdollisten myöhempien synnytysten hoitoon

- Huono tulos johtaa jatkossa sektiosynnytyksiin
- Hyvän tuloksen osalta ei konsensusta, mutta obstetrikot ovat kallistumassa alatie-synnytyksen kannalle ainakin, mikäli synnyttäjä itse on tähän motivoitunut
  - uusimisriski samaa suuruusluokkaa kuin ensisynnyttäjän riski