De mediolaterale episiotomie en het voorkomen van totaalrupturen

PIETER WIBAUT*

Kan het ontstaan van een totaalruptuur worden voorkomen door een tijdig gezette en voldoende grote episiotomie? Uit dit retrospectieve onderzoek blijkt dat dit inderdaad het geval is, maar dat het stellen van een goede indicatie in de praktijk onmogelijk is: globaal gesproken moeten 70 à 80 episiotomieën worden gezet om één totaalruptuur te voorkomen, terwijl ook dan nog totaalrupturen ontstaan. Uit de literatuur blijkt verder dat een totaalruptuur goed is te behandelen, terwijl een mediolaterale episiotomie aanleiding kan geven tot een groot aantal klachten. Bepleit wordt om alleen op foetale indicatie tot een episiotomie over te gaan en daarbij dan het zetten van een mediane episiotomie in overweging te nemen.

Inleiding

> De episiotomie (...) is eerder een rituele verminking dan een noodzakelijke medische ingreep.
>
> Germaine Greer**

Een van de eerste instructies die ik tijdens mijn co-assistentschap verloskunde/gynaecologie in het Diakonessenhuis Paramaribo ontving, luidde: geef uitsluitend op *foetale* indicatie een episiotomie en zet dan een *mediane* episiotomie.

Zodoende zag ik regelmatig hoe het perineum glanzend wit werd, en/of hoe er wat bloed uit de schede kwam, vóór het doorsnijden van het hoofd. De op grond van deze verschijnselen verwachte totaalruptuur bleef echter steeds uit. Hierdoor rees de vraag of er niet veel te vaak episiotomieën worden gezet om een totaalruptuur te voorkomen.

In dit artikel worden de volgende vragen beantwoord:

1. Kan het ontstaan van een totaalruptuur worden voorkomen door een tijdig gezette en voldoende grote episiotomie?

2. Hoeveel episiotomieën moeten worden gezet om één totaalruptuur te voorkomen?

3. Welke risico's zijn verbonden aan een totaalruptuur en aan een mediolaterale episiotomie? In hoeverre verdient een mediane episiotomie de voorkeur?

Methoden

1. Vrouwen bij wie eerder een totaalruptuur is ontstaan, kunnen beschouwd worden als een duidelijke risicogroep voor het krijgen van een nieuwe totaalruptuur. Ter beantwoording van de eerste vraagstelling is daarom gekeken naar het verloop van de bevalling bij 50 multiparae bij wie tijdens een eerdere bevalling een totaalruptuur was ontstaan. Al deze vrouwen waren op grond van hun voorgeschiedenis opgenomen in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam.

2. Ter beantwoording van de tweede vraagstelling wordt eerst gekeken naar het verloop van vaginale bevallingen in de periode 1974-79 bij Surinaamse vrouwen in het Amsterdamse WG en in het Diakonessenhuis Paramaribo. Vervolgens wordt gekeken naar gegevens over vaginale bevallingen in het Amsterdamse WG in de periode 1952-1981. Nagegaan wordt welke consequenties veranderingen in het aantal episiotomieën per vijfjaarlijkse periode heeft gehad voor het aantal totaalrupturen.

3. Ter beantwoording van de derde vraagstelling is een literatuuronderzoek uitgevoerd.

Resultaten

1. Bij drie van de 50 multiparae met een totaalruptuur in de voorgeschiedenis werd bij de volgende bevalling geen episiotomie gezet; tweemaal ontstond opnieuw een totaalruptuur, bij de derde vrouw bleef het perineum intact. Bij de 47 overige vrouwen werd een mediolaterale episiotomie gezet. Bij geen van deze vrouwen ontstond opnieuw een totaalruptuur.

We mogen hieruit afleiden dat een totaalruptuur inderdaad kan worden voorkomen door een tijdig gezette en voldoende grote episiotomie.

2. Uit *tabel 1* blijkt dat de verschillen bij de multiparae in Paramaribo en Amsterdam niet groot zijn. Bij de primiparae zien we daarentegen wel duidelijk verschillen: 19 procent episiotomieën in het WG, tegen 3 procent in Paramaribo. Als gevolg hiervan is het percentage gave perinea in het WG aanzienlijk lager dan in het Diakonessenhuis. Het verschil tussen de twee percentages totaalrupturen is echter weer gering (0,2 procent).

Dit betekent ten eerste dat het onmogelijk is door selectief in te knippen *alle* totaalrupturen te voorkomen, en ten tweede dat 15,8 procent *meer* episiotomieën resulteren in slechts 0,2 procent *minder* totaalrupturen. Dat betekent circa 80 episiotomieën ter voorkoming van één totaalruptuur.

In *tabel 2* zien we dat het aantal episiotomieën in het WG in de loop der jaren sterk varieert. Na 1957 – het jaar waarin Kloosterman hoogleraar werd – neemt het aantal episiotomieën sterk af, tot een minimum van 10 procent in 1963; daarna schommelt de frequentie een tiental jaren rond de 18 procent om omstreeks 1977 weer geleidelijk te gaan toenemen.

Het aantal vrouwen dat een intact perineum aan de bevalling overhoudt,

Tabel 1 – Table 1. *Perineumletsels bij vaginale bevallingen in het Diakonessenhuis Paramaribo en in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam (alleen Surinaamse vrouwen), 1974-1979. Afgeronde percentages – Perineal lesions in vaginal parturitions at the Diakonessen Hospital, Paramaribo, and the Wilhelmina Hospital, Amsterdam (only Surinam women), 1974-1979. Round percentages.*

	Primiparae		Multiparae	
	Paramaribo (n=2029)	Amsterdam (n=394)	Paramaribo (n=23991)	Amsterdam (n=554)
Intact	74	59	91	88
Partial rupture	23	22	9	10
Total rupture	0.5	0.3	0.1	0.2
Episiotomy[a]	3	19	0.3	2

[a] Midline episiotomies in Paramaribo, mediolateral episiotomies in Amsterdam.

---

* Huisarts te Amsterdam.

** Germaine Greer. Sex and destiny; het lot van de vrouw. Amsterdam: Meulenhoff, 1984.

hangt hiermee samen; meer episiotomieën betekent minder intacte perinea. Daarnaast gaat de vermindering van het aantal episiotomieën van 34 procent in 1952-56 tot 14 procent in 1962-66 gepaard met een toename van het aantal totaalrupturen van 0,1 procent tot 0,3 procent. Anders geformuleerd: door op iedere 1000 bevallingen 175 episiotomieën minder te zetten, ontstonden 2-3 totaalrupturen meer, hetgeen neerkomt op circa 70 episiotomieën per totaalruptuur.

Tabel 2 – Table 2. *Perineumletsels bij vaginale bevallingen in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, 1952-1981. Afgeronde percentages – Perineal lesions in vaginal parturitions at the Wilhelmina Hospital, Amsterdam, 1952-1981. Round percentages.*

	1952-56 (n=5103)	1957-61 (n=5313)	1962-66 (n=5389)	1967-71 (n=4672)	1972-76 (n=3890)	1977-81 (n=3568)	Total (n=28026)
Intact	51	57	63	65	62	54	59
Partial rupture	15	24	23	16	20	20	20
Total rupture	0.1	0.3	0.3	0.3	0.2	0.5	0.3
Episiotomy	34	20	14	18	18	26	22

Synopsis
Wibaut P. Mediolateral episiotomy and prevention of total rupture. Huisarts Weten 1986; 29: 198-200.

Introduction. This article answers the following questions:
1. Can total rupture be prevented by timely and sufficiently large episiotomy?
2. How many episiotomies must be performed in order to prevent one total rupture?
3. What are the risks of total rupture and what are those of mediolateral episiotomy? To what extent is midline episiotomy preferable?
Methods. 1. In an effort to answer the first question a study was performed of the course of parturition in 50 multiparae with a history of total rupture. In view of this history all these women were admitted to the Wilhelmina Hospital, Amsterdam.
2. The second question was answered on the basis of a study of the course of vaginal deliveries of Surinam women at the Wilhelmina Hospital, Amsterdam, and the Diakonessen Hospital, Paramaribo, over the period 1974-1979; at the latter hospital episiotomies are never performed on a maternal indication. Data on vaginal deliveries at the Wilhelmina Hospital, Amsterdam, over the period 1952-1981 were also studied. The effect of changes in the number of episiotomies per 5-year period on the number of total ruptures was assessed.
3. The third question was answered on the basis of a study of the literature.
Results. 1. In three of the 50 multiparae with a history of total rupture no episiotomy was performed for the next parturition; two of these women developed a relapse of the total rupture, while in the third woman the perineum remained intact. A mediolateral episiotomy was performed in the remaining 47 cases; none of these women showed a relapse of the total rupture.
2. *Table 1* shows unmistakable differences between the primiparae, but the difference in total rupture rate is small (0,2 percent). The implications are, firstly that it is impossible to prevent all total ruptures by selective episiotomy, and secondly that 15,8 percent more episiotomies give only 0.2 percent fewer total ruptures. This implies that about 80 episiotomies are required in order to prevent one total rupture.
Table 2 shows marked variations in the number of episiotomies performed at the Wilhelmina Hospital in the course of the years. The reduction in the number of episiotomies from 34 percent in 1952-1956 to 14 percent in 1962-1966 is accompanied by an increase in the number of total ruptures from 0.1 percent to 0.3 percent.In other words: by performing 175 fewer episiotomies per 1000 parturitions, 2-3 more total ruptures were allowed to occur (i.e. about 70 episiotomies per total rupture).
3. Total ruptures are more and more being treated by suture under local anaesthesia in an out-patient setting. The prognosis of total rupture is favourable if it is treated adequately and immediately after childbirth.[1-7] The literature also shows that mediolateral episiotomy cannot be defined as an entirely harmless little incision. There seem to be sound arguments in favour of midline rather than mediolateral episiotomy, if episiotomy is indicated. The advantages of midline episiotomy are: less pain and discomfort during the puerperium, better wound healing and fewer subsequent complaints about the scar. Moreover, midline episiotomy does not interfere with the continuity of the fibrous septal system in the ischiorectal fossa, as mediolateral episiotomy does.[1-5 16] The less perfect protection from total rupture seems acceptable in view of this.

Keywords: Delivery; Natural childbirth.

Address of author: De Breekstraat 78, 1024 LK Amsterdam, The Netherlands.

3. De totaalruptuur wordt steeds vaker poliklinisch onder lokaal-anesthesie gehecht. Mits direct post partum en adequaat behandeld is de prognose goed.[1-7]

Van een groep vrouwen met een mediolaterale episiotomie had 37 procent gedurende de hele kraamperiode veel pijn van het perineum, tegen 11 procent van de vrouwen met een ruptuur en 13 procent van de vrouwen met een intact perineum.[8] Bij een na-onderzoek drie maanden post partum bleek bij 20-50 procent het perineum nog pijnlijk bij het lopen, zitten, mictie en/of defecatie.[9]

Het litteken van de (medio)laterale episiotomie wordt door verschillende auteurs als oorzaak van dyspareunie genoemd, de frequentie van dyspareunie 3-4 maanden post partum bleek 20-45 procent te zijn.[10-12]

Bij enkele vergelijkende onderzoeken bleken vrouwen na een tweede graads ruptuur veel minder klachten te hebben.[12-14] Door andere onderzoekers wordt echter geen verschil gevonden in het ontstaan van dyspareunie na een episiotomie, ruptuur of intact gebleven perineum.[7 15]

De mediolaterale episiotomie kan kortom niet als een volkomen onschuldig knipje worden omschreven. Veel lijkt dan ook te zeggen voor het voorstel de episiotomie mediaan in plaats van (medio)lateraal te zetten, als zich een indicatie voor een episiotomie voordoet. De mediane episiotomie heeft als voordelen dat de vrouw in het kraambed minder pijn en ongemak ondervindt; verder verloopt de wondgenezing beter en veroorzaakt het litteken later weinig klachten. Bovendien verbreekt de mediolaterale episiotomie de continuïteit van het bindweefselschotsysteem in de fossa ischiorectalis en de mediane episiotomie niet.[1-5 16] Daarbij neemt men dan een minder goede bescherming tegen het ontstaan van totaalrupturen voor lief.

Beschouwing

In de dertig jaar die *tabel 2* bestrijkt, is veel veranderd en veel van deze veranderingen zijn van invloed geweest op het ontstaan van perineumletsels; te denken valt daarbij aan de opkomst van de zwangerschapsgymnastiek, veranderingen in populatie en pathologie, de

ontwikkeling van nieuwe methoden en technieken om de baring te begeleiden, te bewaken en zonodig te termineren e.d. Zo werd na 1976/77 in het WG steeds vaker de indicatie gesteld de baring middels cardiotokografie te bewaken; de toename van het aantal episiotomieën sinds die tijd wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een toename van het aantal episiotomieën op foetale indicatie.

Opmerkelijk is dat tegelijkertijd het aantal totaalrupturen toeneemt, terwijl ook van een episiotomie op foetale indicatie verwacht mag worden dat deze *at random* tegen totaalrupturen bescherming zal bieden. Dit toont nog eens aan hoe verschillende factoren een effect kunnen hebben op het ontstaan van perineumletsels. Bij het retrospectief samenstellen van de tabel kon van al deze factoren slechts met de pariteit rekening gehouden worden.

Heel duidelijk valt in de tabel de komst van Kloosterman als nieuwe hoogleraar af te lezen. Kloosterman bepleitte aan het begin van zijn hoogleraarschap (1957) een terughoudender attitude bij het zetten van episiotomieën; een totaalruptuur werd niet langer als kunstfout beschouwd. De frequentie waarmee mediolaterale episiotomieën werden gezet, nam hierdoor geleidelijk af en werd in de loop van tien jaar meer dan gehalveerd. Het aantal intact gebleven perinea nam hierdoor aanzienlijk toe, terwijl de toename van het aantal totaalrupturen niet meer dan 0,2 procent bedroeg.

Wat betreft het ontstaan van totaalrupturen moet in de eerste plaats geconstateerd worden dat dit in beide klinieken een weinig voorkomende gebeurtenis is. Vervolgens kan worden gesteld dat een voldoende grote en tijdig gezette mediolaterale episiotomie een vrijwel volledige bescherming biedt tegen het ontstaan van totaalrupturen. Het probleem is echter gelegen in het stellen van de indicatie. Bij vrouwen met een ruptuur bij een eerdere bevalling is die indicatie eenvoudig, bij primiparae is dat niet het geval.

Dat heeft twee consequenties:
- het is onmogelijk om alle totaalrupturen door het op indicatie zetten van episiotomieën te voorkomen;
- bij selectief inknippen wordt het aantal totaalrupturen verminderd, maar het grootste deel van de episiotomieën wordt gezet bij vrouwen die anders een intact perineum aan de bevalling overgehouden zouden hebben.

Van Tongeren concludeerde al in 1924 op grond van een retrospectieve analyse dat het niet goed mogelijk was het risico op grotere en gecompliceerde rupturen te verminderen door het op indicatie zetten van een laterale episiotomie.[13] Van zeer recente datum zijn de uitkomsten van de 'West Berkshire perineal management trial': bij een groep van 500 vrouwen luidde de opdracht een ruptuur te voorkomen, bij een tweede groep was het doel een episiotomie te voorkomen. Het aantal gecompliceerde rupturen in beide groepen was niet significant verschillend.[15]

Prospectieve of retrospectieve onderzoeken waaruit blijkt dat het mogelijk is alle totaalrupturen te voorkomen, door op indicatie een episiotomie te zetten, heb ik niet gevonden. Het feit dat niettemin episiotomieën ter voorkoming van totaalrupturen worden gezet, zou nog te rechtvaardigen zijn, als de totaalruptuur tot iedere prijs voorkomen zou moeten worden, of als de episiotomie een volkomen onschuldig knipje zou zijn.

Geen van beide lijkt het geval.

Voor een episiotomie zijn duidelijke (foetale) en minder duidelijke (maternale) indicaties. Zolang het bestaansrecht van deze minder duidelijke indicaties niet door *clinical trials* is bevestigd en zolang de episiotomie een van de meest verrichte verloskundige ingrepen blijft, hebben wij geen argumenten om de stelling van Germaine Greer te weerleggen.

Dankbetuiging
Met veel dank aan Prof. dr. G. J. Kloosterman en Prof. dr. P. E. Treffers voor hun vriendelijke en kritische begeleiding.

1 Beynon CL. Midline episiotomy as a routine procedure. J Obstet Gyn Br Commonwealth 1974 81; 126-30.
2 Harris RE. An evaluation of the median episiotomy. Am J Obstet Gynecol 1970 106; 660-5.
3 Glosemeyer H, Stockhausen H. Mediolaterale oder medaine episiotomie? Geburtsh Frauenheilk 1978 38; 34-7.
4 Brantley IT, Burwell. A study of fourth degree perineal lacerations and their sequelae. Am J Obstet Gynecol 1960; 80: 711-4.
5 Glasenapp KH. Mediane contra mediolaterale episiotomie, ein vergleich. Geburtsh u Frauenheilk 1973; 33: 737-42.
6 Sieber EH, Kroon JD. Morbidity in the third-degree laceration. Obstet Gynecol 1962 19; 677-80.
7 O'Leary JL, O'Leary JA. The complete episiotomy (analysis of 1224 complete lacerations, sphincterotomies and episiproctotomies), Obstet Gynecol 1965 25: 235-40.
8 De Rooy CGM, Meuwissen JHJM, Stoksvan den Boom E. Subjectieve ervaringen na episiotomie. Ned T Geneesk 1985 129; 2263-5.
9 Reading AE, Sledmere CM, Cox DN, Campbell S. How women view postepisiotomy pain. Br Med J 1982; 284: 243-6.
10 Buchan PC, Nicholls JAJ. Pain after episiotomy-a comparison of two methods of repair. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 297-300.
11 Reischer NA. The anatomical and functional results of mediolateral episiotomy. Med J Austr 1967; 2; 189-95.
12 Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature 1860-1980. Obst Gyn Surv 1983 38(6); 322-38.
13 Van Tongeren FC. Ruptura perinei [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1924.
14 Wennekers BHJF, Van Houten ETh, Varga B. Zonder titel [Scriptie Vroedvrouwenschool Amsterdam]. Amsterdam, 1983.
15 Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers A. West Berkshire perineal management trial. Br Med J 1984; 289: 587-90.
16 De Blok S. Spatial architecture of musculo-fibrous tissue in the female pelvic region [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1982.

Nota bene

Wat wij gesignaleerd hebben is dat groente en fruit in de voeding een inverse (omgekeerde) relatie laten zien bij het ontstaan van longkanker in een groep van 900 mannen. Dat maakt een relatie tussen voeding en het ontstaan van kanker aannemelijk, maar veel verdergaande conclusies kun je niet trekken.
Prof. dr. ir. D. Kromhout, geciteerd in: Boerhaave Wetenschapsbulletin 1986; 92(1).

Het veel gehoorde advies aan ouders snel aan een volgende zwangerschap te beginnen als de vorige verkeerd afliep is onjuist.
Stelling bij: Thomassen-Brepols LJ. Psychosociale aspecten van prenatale diagnostiek [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1985.