

1. UVOD

Epiziotomija je akušerska operacija kojom se presijeca međica radi proširenja izlaza mekog dijela porođajnog kanala.

Epiziotomija : episeion (grčki) - stid, temno (grčki) – rezati

Epiziotomija je prvi put primjenjena daleke 1742. godine u Irskoj kao pomoć prilikom teškog porođaja. Od tog perioda se primjenjuje u kliničkoj praksi sa različitom učestalošću.

Primjenjuje se u završnoj fazi ekspanzije ploda u porođaju i predstavlja hirušku zaštitu međice. Epiziotomija se radi u interesu porodilje i u interesu ploda. Proširenjem izlaza porođajnog kanala omogućuje se lakša i brža ekspanzija ploda.

1.1. Primjena epiziotomije u interesu majke

Zasijecanjem međice skraćuje se drugo porođajno doba i istovremeno sprječava nastajanje spontanijih povreda mekog dijela porođajnog kanala, kao što su rascjepi vagine i međice, hematomi. Spontano nastale povrede mogu biti veoma ozbiljne i predstavljati problem tokom oporavka porodilje. U kasnijem periodu, usljed povrede mišića karličnog dna, mogu dovesti do poremećaja statike genitalnih organa i na kraju do prolapsa uterusa.

1.2. Primjena epiziotomije u interesu ploda.

Epiziotomija smanjuje mogućnost nastajanja povreda na prednjačćem dijelu ploda jer je izlaz porođajnog kanala širi. Skraćenjem vremena ekspanzije ploda skraćuje se i patnja ploda u toku porođaja.

1.3. Indikacije za izvođenje epiziotomije:

- Anatomske razlozi – rizik od ruptur perineuma (visoka rigidna međica)
- Neobičajene karakteristike ploda i mehanizma rađanja (makrosomija-krupan plod, hidrocefalus, defleksiona držanja ploda, anomalije nalijeganja i rotacije glavice ploda)
- Akušerska pomoć, intervencije i operacije (ručna pomoć kod karlične prezentacije, primjena vakuuma - ekstrakcije u porođaju, forceps, unutrašnji okret, embriotomije i sl.)

1.4. Vrste epiziotomije

Epiziotomija se najčešće radi jednostrano mada pod nekim okolnostima može da se uradi i obostrano. Prema pravcu zasijecanja epiziotomija može biti: mediolateralna, medijalna i lateralna.

Mediolateralna epiziotomija se urezuje makazama na 1 cm od stražnje komisure introitusu vagine prema tuberu sjedalne kosti lijevo ili desno pri čemu se presijeca mm. bulbocavernosus.

Medijalna epiziotomija se urezuje okomito od stražnje komisure u pravcu čmara. Medijalni rez smije doći najviše do 2 cm iznad čmara. Prednosti ove epiziotomije su jednostavnija tehnika šivanja i bolje zarastanje a nedostatak je što postoji veliki rizik od razdora međice III stepena (rupture analnog sfinktera).

Lateralna epiziotomija je izvođena bočno horizontalno lijevo ili desno od introitusu. Međutim, ovaj tip epiziotomije se više i ne primjenjuje zbog obilnog krvarenja, do koga može doći.

Ušivanje epiziotomije se vrši poslije porođaja posteljice . Poslije pregleda mekog dijela porođajnog kanala i ukoliko postoje povrede prvo se one zbrinjavaju pa se tek onda pristupi šivanju epiziotomije. Postoje različiti načini ušivanja epiziotomije, ali suštinu čini adekvatna hemostaza i anatomska restauracija tkiva. Epiziotomija se može šiti pojedinačnim ili produžnim šavom, zavisno od okolnosti i iskustva akušera. Najprije se ušije vaginalni zid, potom potkožno tkivo perineuma i na kraju koža.

Šivenje epiziotomije je prilično bolno i neprijatno pa je pravilo da se intervencija radi u anesteziji. U zavisnosti od toka i načina završavanja porođaja primjenjuju se različite vrste obezbojavanja. Najčešće se izvodi lokalna infiltracija a kada postoje mogućnosti i opšta intravenska anestezija. Takođe se koriste sprovodna vulvoperinealna i epiduralna anestezija, sa kojima se počinje u I porođajnom dobu.^{1,2,3}

1.5. Učestalost epiziotomije

Epiziotomija je uvedene u klinički praksu u 18 vijeku i jedna je od najčešćih hirurških procedura. Njena upotreba je bila opravdana prevencijom teških povreda perineuma. Širom Svijeta stopa epiziotomije je bila u porastu u prvoj polovini XX vijeka u skladu sa povećanjem broj žena koje su se porađale u bolnicama uz prisustvo ljekara u normalnim nekomplikovanim porođajima. Porođaji asistirani od strane babica mnogo rjeđe uključuju epiziotomiju nego oni kojima prisustvuju porođajni ljekari.

Učestalost epiziotomije varira širom Svijeta od 9.7% u Švedskoj do skoro 100% u Tajvanu, Kini , Španiji i Južnoj Africi. U Turskoj je evidentirana učestalost epiziotomije od 63% do 90%. U SAD je učestalost epiziotomije 62.5% (1983.) ,u zemljama Latinske Amerike je visoka stopa npr. u Argentini se primjenjuje kod gotovo svake prvorotke dok je u Evropi stopa epiziotomije iznosila oko 30% (1992.).⁴

Prema učestalosti primjene postoje:

- Rutinska epiziotomija – usijecanje epiziotomije uvijek
- Liberalna epiziotomija – nastojanje da se izbjegnu spontane ruture perineuma- učestalost do 70%
- Selektivna epiziotomija – usijecanje kada to nalažu indikacije
- Restriktivna primjena epiziotomije – izbjegavanje epiziotomije u gotovo svim slučajevima - učestalost do 30%.⁵

S obzirom da je uvedena u kliničku praksu bez naučne potvrde o koristi rutinske primjene u 2000.godini je provedena kohranova studija o primjeni epiziotomije u vaginalnom porođaju. Uključeno je 6 studija:

U grupi rutinskih epiziotomija stopa je iznosila 72.7% (1752/2409) žena je imalo epiziotomiju, dok je u restriktivnoj grupi bilo 27.6% epiziotomija (673/2441). U poređenju sa rutinskom upotrebom,restriktivna epiziotomija je imala manje stražnje perinealne traume, manje šivanja i manje komplikacija u zarastanju rane. Restriktivna epiziotomija je povezana sa više prednje perinealne traume. Nije postojala razlika u broju teških vaginalnih ili perinealnih trauma, dispareunije i urinarne inkontinencije.

Smatralo se da su u rutinskoj primjeni epiziotomije korisni efekti za majku:

- a) redukcija u mogućim povredama perineuma III stepena
- b) čuvanje relaksacije mišića karličnog dna i perineuma koje bi doprinijelo boljoj seksualnoj funkciji i smanjilo rizik od urinarne i fekalne inkontinencije
- c) budući da je ravna i čista incizija, epiziotomija je lakša za suturiranje i lakše bi zarastala nego laceracije

Što se tiče novorođenčadi, smatralo se da prolongirana II faza porođaja može uzrokovati fetalnu hipoksiju, kranijalnu traumu, cerebralnu hemoragiju i mentalnu retardaciju. Za vrijeme porođaja smatralo se da će epiziotomija smanjiti mogućnost ramene distocije.

S druge strane pretpostavljeni loši efekti epiziotomije uključuju:

- a) proširenje epiziotomije sa oštećenjem analnog sfinktera ili proširenjem mjesta incizije
- b) nezadovoljavajući anatomske ishodi koji su jasno rezultirali kožnim ožiljcima, asimetrijom ili plitkim introitusom, vaginalnim prolapsom, rekto-vaginalnom ili analnom fistulom
- c) povećanim gubitkom krvi istvaranjem hematoma
- d) bol i otok u području epiziotomije
- e) infekcija i dehiscencija rane
- f) seksualna disfunkcija

Drugi važan moment koji treba imati na umu je i koštanje i drugi resursi koji mogu biti zatijevani primjenom rutinske epiziotomije.

Zaključak ispitivača je da restriktivna upotreba epiziotomija ima brojne prednosti u odnosu na rutinsku primjenu epiziotomije.⁶

Da bi istražili svaki mogući uticaj na drugi porođaj Dr Alperin i kolege sa Univerziteta u Pittsburgu su proučavali bazu podataka koja je sadržavala preko 6000 pacijentkinja koje su se vaginalno porođale u Magee-Womens Hospital u 10-godišnjem periodu. Gotovo polovina njih 47.8% su imale epiziotomiju kod prvog porođaja. Spontane – drugostepene laceracije su se javile kod 51.3% njih za vrijeme drugog porođaja, značajno više nego 26.7% kod žena koje nikad nisu imale epiziotomiju. Kada su u pitanju teške laceracije (trećeg i četvrtog stepena odnos je bio 4.8%) u grupi sa prethodnom epiziotomijom naspram 1.7% u grupi žena bez prethodne epiziotomije.⁷

Jedna nedavna studija je pokazala da je upotreba epiduralne analgezije udružena sa povećanjem stope teških perinealnih trauma, dva puta je veća šansa za rupturu trećeg i četvrtog stepena u odnosu na porodilje bez epiduralne analgezije. Razlog tome je sigurno mnogo češće operativno dovršenje porođaja sa epiduralnom analgezijom. I dalje je upitna primjena epiziotomije kod operativno dovršenih porođaja: studija Sultana i sar. Je našla da epiziotomija ne prevenira nastanak rupture III i IV stepena.⁶

Rezultati studije objavljene u JAMA – „ Ishod rutinske epiziotomije“ Epiziotomija je bila primjenjena u 10.2% u restriktivnoj grupi 51.4% u rutinskoj grupi. Ruptura perineuma III i IV stepena je bila rijetka u obe grupe i kretala se oko 0.5%. Bol i komplikacije zarastanja rane bile su znatno rjeđe u restriktivnoj grupi. Tri mjeseca poslije porođaja im je rađena perineometrija i mjerena snaga mišića karličnog dna, koje je bila slabija kod žena sa epiziotomijom u odnosu na one koje su imale male spontane laceracije. Žene sa epiziotomijom i one sa spontanim laceracijama su imale istu učestalost simptoma inkontinencije. Nisu pronađeni dokazi da epiziotomija prevenira oštećenje mišića karličnog dna. Nije nađeno ni utvrđeno da epiziotomija smanjuje rizik od inkontinencije urina ili stolice. Žene sa epiziotomijom kasnije stupaju u seksualne odnose i najčešće se žale na bol prilikom prvog seksualnog odnosa poslije porođaja. Zaključak studije je da bi trebalo podstići nižu stopu od 15% epiziotomija kod spontanih vaginalnih porođaja.⁸

Prema preporukama ACOG-a iz 2006.godine epiziotomiju ne bi trebalo primjenjivati rutinski. Ova procedura bi trebala da bude primjenjivana selektivno u odgovarajućim indikacijama, od kojih neke uključuju fetalne indikacije kao što je ramena distocija, porođaj kod stava karlicom, forceps ili vakuum- ekstrakcija, zadnja potiljačna prezentacija i tamo gdje je očigledno da će doći do rupture perineuma. Konačno pravilo je da nema zamjene za hiruršku procjenu i osjećaj.⁹