

BLIJFT DE EPI STEKEN IN DE VORIGE EEUW?

Dr. J.J. Duvekot
gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam

De episiotomie, letterlijk het doorsnijden van de pudenda of genitalia externa, is de meest uitgevoerde obstetrisch-chirurgische ingreep. In feite wordt bij de, in de Nederlandse verloskunde gebruikelijke, linkse medio-laterale episiotomie niet alleen een klieven van de genitalia externa, maar ook van de vagina en (een deel van) de musculus levator ani verricht.

Het eerste voorzichtige begin van deze ingreep dateert pas uit de 18de en 19de eeuw, waarbij de ingreep sporadisch wordt beschreven als een mediane episiotomie of een perineotomie. De eerste beschrijving van de mediolaterale episiotomie door Taliaferro in de Amerikaanse literatuur dateert uit 1852. Ten einde de baring van een 15-jarig meisje met een eclampsie te versnellen plaatste hij een episiotomie.¹ Echter: "I did not deem it necessary to use stitches". De wondgenezing zou vervolgens zonder problemen zijn verlopen. Vanaf 1900 wordt het gebruik van de episiotomie in toenemende mate gepropageerd. Door de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen lijkt het percentage baringen waarbij een episiotomie wordt geplaatst in de loop van de eeuw toe te nemen. Voorkomen van traumatische (derde- en vierdegraads) laceraties, bescherming van de bekkenbodemmuculatuur en precipitatie van de baring waardoor schade aan de foetus wordt voorkomen, zijn veelvuldig genoemde voordelen van de ingreep. Hoewel nooit onderdeel van een studie lijkt ook het eenvoudiger corrigeren van de episiotomie boven een gecompliceerde laceratie een duidelijk voordeel voor de clinicus practicus.

Het routinematig toepassen van de episiotomie, zoals nog in vele ont-

wikkelingslanden gebruikelijk is², is in de laatste decennia een discussiepunt geworden door met name het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor een dergelijk gebruik van de ingreep. Hierdoor varieert de incidentie van de episiotomie bijvoorbeeld alleen al in West-Europa enorm. Overlevering en traditie spelen hier ongetwijfeld een grote rol bij. In het Verenigd Koninkrijk is het episiotomiepercentage in de tweede helft van de 20ste eeuw gedaald van ongeveer 50% naar minder dan 20%. Nederlandse cijfers laten een relatief hoog percentage van ruim 30% episiotomieën in de tweede lijn zien (33,4% in 2001) (LVR). België scoorde in 2002 nog hoger met een percentage van 65,4% (81,3% bij nuliparae, 51,8% bij multiparae). Praktische nadelen van de episiotomie zijn de kans op uitscheuren van de geplaatste episiotomie, slecht anatomisch herstel, meer bloedverlies en met name pijnklachten. Zoals bij elke chirurgische ingreep is er kans op infectie: 0,5 tot 3%.³

De gebruikelijke methode voor het herstellen van de episiotomie is opgebouwd uit een drietal tempi: de vagina wordt bij voorkeur gesloten met een doorlopende hechting. Begonnen wordt boven de apex van de vaginale incisie en afgeknoopt ter hoogte van de fourchette. De spierlagen worden in een of twee tempi geapproximeerd met geknoopte of doorlopende hechtingen. Ten slotte wordt de huid gesloten met geknoopte hechtingen of met een intracutane doorlopende hechting.

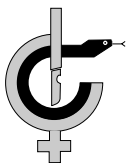
De meest gehoorde klacht van onze patiënten blijft de pijn, die vaak met name de eerste dagen van het kraambed voor veel overlast zorgt. Teneinde deze postoperatieve pijn te reduceren is gebruik van dun en oplosbaar hechtmateriaal (Vicryl, Dexon) en een techniek met doorlopende hechtingen aan te raden.⁴ Een Cochrane review waarin voor het

sluiten van de huid de techniek met geknoopte hechtingen wordt vergeleken met intracutane doorlopende hechtingen komt tot dezelfde conclusie.⁵ De Ipswich Childbirth Study geeft, eigenlijk tegen de verwachting in, als resultaat dat het niet-hechten van de huid op korte noch op lange termijn geen verschil in dyspareunieklachten oplevert.⁶ Enigszins in de vergetelheid geraakt is de hechttechniek van de Amerikaanse gynaecoloog Shute.⁸ Bij deze techniek wordt in het 2e en 3e tempo zowel de spierlaag als de huid met enkele achtvormige geknoopte hechtingen gesloten. Voordelen hiervan zouden een betere wondgenezing, beter cosmetisch resultaat en met name minder pijnklachten zijn. Helaas ontbreekt ook hier goed gerandomiseerd onderzoek. Overigens een probleem dat niet vreemd is, als men de verschenen literatuur rondom de episiotomie beziet. De episiotomie en zeker de techniek van plaatsen en herstel is relatief weinig onderwerp van goed onderzoek.

Hechten van perineum traumata lijkt sterk gerelateerd met postnatale morbiditeit, zoals infectie, seksuele dysfunctie en pijnklachten. Verschillende auteurs suggereren het niet-hechten van met name eenvoudige perineumrupturen. Een Cochrane-protocol naar dit onderwerp wordt op dit moment verricht en de review wordt op korte termijn verwacht.⁷

WONDLIJM

Een nieuwe ontwikkeling die zeker in eerste instantie hoop lijkt te bieden, is het verschijnen van de eerste publicaties, waarbij de episiotomie wordt gesloten met wondlijm. Hoe aantrekkelijk klinkt het niet om de patiënte die al vaak een vermoeiende baring achter de rug heeft, niet meer te hoeven hechten, maar haar episio-



tomie te kunnen plakken. Helaas betreft het hier alleen een techniek om de huidincisie te sluiten.

Hoewel wondlijm al sinds het begin van de 20ste eeuw bekend is, is het pas de laatste decennia gebruikelijk bij oppervlakkige laceraties in hoofdhuid of gelaat bij met name kinderen deze methode toe te passen. In diverse klinieken wordt het inmiddels ook toegepast bij het sluiten van de insteekopeningen van de laparoscopische troicarts. Een eerste publicatie waarbij de huid van het episiotomielitteken met huidlijm werd gesloten dateert uit 1991.⁹ Op de tweede dag post partum hadden de patiënten wier episiotomie geplakt was minder pijnklachten. Door het op de markt komen van beter te verwerken en sterkere vormen van huidlijm, alle afgeleid van acrylaten, heeft deze methode weer nieuwe aandacht gekregen.^{10,11} In laatstgenoemde studie wordt wondlijm vergeleken met subcutane oplosbare hechtingen. De "gelijmde" patiënten waren gemiddeld een week eerder pijnvrij (resp. na 18 versus 25 dagen).

In Nederland is sinds enige tijd octylcyanoacrylaat (Dermabond[®]) op de markt. Teneinde enige ervaring op te doen met dit middel werd in

het Erasmus MC eerst bij enkele patiënten die een primaire sectio caesarea ondergingen de huid gehecht met deze wondlijm. De eerste resultaten bij deze patiënten waren zo bemoedigend, dat vervolgens bij enkele patiënten met een episiotomie de huid hiermee werd gesloten.

Voordelen van wondlijm zijn snelle en pijnloze applicatie, goed cosmetisch resultaat en geen noodzaak om materiaal te verwijderen. Nadelen zijn dat de wondlijm uiteraard slechts beperkte sterkte heeft, volgens opgave van de fabrikant vanaf een hechttraaddikte van 5-0. Dit noopt de operateur tot het nauwkeurig sluiten van de subcutis, zodat de huid al goed geapproximeerd is. In de praktijk is de treksterkte zeker vergelijkbaar met een hechttraaddikte van 4-0 en zelfs 3-0. Voorts dient het wondgebied waarop de lijmlaag, meestal in twee lagen, wordt aangebracht, droog te zijn. Bij het episio-

tomie-litteken is dat nogal een moeilijke klus, omdat vaak toch wat vocht uit de vagina blijft sijpelen. Het is dan ook nuttig het lijmen met twee personen te verrichten. De applicator wordt door bloed snel vuil en kan dan niet meer gebruikt worden. De huidlijm kan ook uit de applicator gedruppeld worden, waardoor dit nadeel vervalt. Over het algemeen was het eindresultaat cosmetisch zeer acceptabel. In één geval ontwikkelde zich wat keloïd weefsel. Vooralsnog is onze ervaring nog te gering om een uitspraak te kunnen doen over een verbetering van de pijnklachten post partum. Het prijskaartje van de methode is iets dat bij de mogelijke (geringe) voordelen dient te worden meegenomen. Het gebruik van dit materiaal verdient zeker nadere evaluatie in onze zoektocht naar de episiotomie "zonder hechtingen" en vormt mogelijk een eerste stap.

SUMMARY

Will the sutured episiotomy stay behind in the last century?

The episiotomy is still the most frequently used obstetric surgical intervention. The disadvantages of this procedure are obvious. Postoperative pain is one of the major disadvantages. New techniques will provide us in the future with easier to repair and less painful episiotomies. A new technique using tissue adhesive for skin closure is described.

LITERATUUR

1. Taliaferro RM. Case of labor. *The Stethoscope and Virginia Medical Gazette* 1852;2:383-5.
2. Maduma-Butshe A, Dyal A, Garner P. Routine episiotomy in developing countries. *BMJ* 1998;316:1179-80.
3. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:322-38.
4. Kettle D, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:2217-23.
5. Kettle D, Johanson R. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software, 2003.
6. Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A, Ayers S. The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *BJOG* 2001;108:34-40.
7. McCandlish R, Sandland D, Horey D, Brocklehurst P. Surgical repair versus non-repair of perineal trauma following vaginal birth (Protocol for a Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software, 2003.
8. Shute WB. Episiotomy: a physiologic appraisal and a new painless technique. *Obstet Gynecol* 1959;14:467-72.
9. Adoni A, Anteby E. The use of histocryl for episiotomy repair. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:476-8.
10. Rogerson L, Mason GC, Roberts AC. Preliminary experience with twenty perineal repairs using Indermil tissue adhesive. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;88:139-42.
11. Bowen ML, Selinger M. Episiotomy closure comparing enbucrilate tissue adhesive with conventional sutures. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78:201-5.