

## Forebyggelse af sphincterruptur

### Forfattere:

Navn:	Stilling:	Arbejdssted:
Anne G Christiansen	Kursist	Aalborg
Pia Colding	Kursist	Aalborg
Jimmi Elers	Kursist	Hillerød
Ditte Gommesen	Jordemoder	Odense
Hanna Jangö	Reservelæge	Herlev
Sara Kindberg	Jordemoder	Aarhus Universitetshospital
Stine Leenskjold	Afdelingslæge	Aalborg
Ninna S Lund	Reservelæge	Rigshospitalet
Lisa G Persson	Reservelæge	Hvidovre
Ole B Rasmussen	Overlæge	Hospitalsenheden Vest
Malene Skorstensgaard	Reservelæge	Hillerød
Hanne Brix Westergaard	Overlæge	Hillerød Tovholder

COI for arbejdsgruppens medlemmer: Se appendiks 1

### Korrespondance:

Overlæge Hanne Brix Westergaard, Hillerød Hospital. E-mail: [hbw@dadlnet.dk](mailto:hbw@dadlnet.dk)

### Status

Første udkast: december 2015.

Diskuteret af Sandbjerg dato: januar 2015

Korrigeret udkast dato: marts 2015

Endelig guideline dato:

Guideline skal revideres seneste dato: 2019

### Externt review:

Guidelinen er efter plenar-gennemgang på guidelinemødet januar 2015 gennemgået af jordemoder, klinisk lektor, MPH, ph.d. Rikke Damkjær Maimburg og jordemoder, ph.d., MSc, klinisk lektor Mirjam Lukasse (Norge). Disses kommentarer er diskuteret i gruppen og implementeret i de tilfælde, hvor gruppen har fundet det relevant.

Reviewernes kommentarer kan rekvireres ved henvendelse til tovholder.

COI for referees: Se appendiks 1.

### Indholdsfortegnelse:

Forfattere:.....	1
Korrespondance:.....	1
Status.....	1
Externt review: .....	1
Indholdsfortegnelse:.....	1
Resume af kliniske rekommandationer ifht forebyggelse af obstetrisk anal sphincterruptur (OASIS): .....	3
Forkortelser: .....	4

Indledning: .....	4
Litteratursøgningsmetode:.....	9
Evidensgradering:.....	9
Håndgreb .....	9
Presseteknik.....	13
Episiotomi ved ikke-instrumentel forløsning.....	15
Episiotomi ved instrumentel forløsning.....	19
Fødestillingens betydning for risiko for OASIS.....	22
Varm klud på perineum under pressefasen .....	27
Antenatal og intrapartum massage af perineum .....	29
Epidural analgesi og pudendusblokade.....	32
Perineal protection device .....	35
Implementering:.....	36
Monitorering:.....	37
Kodning:.....	38
”Prevention of obstetric anal sphincter injuries (OASIS)” - National Guideline Recommendations Sandbjerg 2015.....	39
Referenceliste: .....	40
Appendikser: .....	40

**Resume af kliniske rekommandationer ifht forebyggelse af obstetrisk anal sphincterruptur (OASIS):**

Alle fødesteder i Danmark bør iværksætte konkrete tiltag for at reducere antallet af OASIS.	B
<b>Håndgreb og presseteknik</b>	
Til beskyttelse af perineum anbefales ”den norske model”: - perineum skal være synligt ved forløsningen. - venstre hånd bremser forløsningshastigheden af caput ved kroning. - højre hånd støtter perineum a.m. ”det finske håndgreb”.	B
Kvinden bør støttes i at anvende den presseteknik, hun har det bedst med. Dog skal kvinden instrueres i at gispe og IKKE presse, når caput fødes.	A
<b>Episiotomi</b>	
Episiotomi bør bruges restriktivt.	A
Episiotomi bør overvejes ved risikofaktorer for OASIS, f.eks. instrumentel forløsning, nulliparae, stort fosterskøn, uregelmæssig baghovedpræsentation ol.	B
Ved anlæggelse af episiotomi bør der anvendes mediolateral teknik med en vinkel på minimum 60° fra midtlinjen på et udspilet perineum.	A
Perineum skal umiddelbart efter episiotomiens anlæggelse støttes, så eksplosiv forløsning af caput undgås.	D
<b>Fødestilling</b>	
I fødselens andet stadium kan den fødende indtage en fødestilling, som hun finder mest behagelig under hensyntagen til den nødvendige fosterovervågning.	B
Under de sidste presseveer, når caput kroner anbefales det, at den fødende indtager en stilling, hvor fødselshjælperen har overblik over perineum og kan udføre de anbefalede håndgreb.	B
Hvis kvinden ønsker at føde i vand, skal hun informeres om, at man ikke kan anvende det anbefalede håndgreb, men at risikoen for OASIS ikke synes forøget.	B
<b>Varme klude</b>	
Varme klude på perineum i pressefasen kan reducere risikoen for OASIS ved spontan vaginal fødsel.	A
Når caput kroner, kan kluden fjernes, for at sikre overblik over perineum og brug af det anbefalede håndgreb.	✓
<b>Massage af perineum</b>	
Antenatal perinal massage kan ikke nedsætte risikoen for OASIS.	A
Intrapartum massage af perineum kan nedsætte antallet af OASIS.	A
Fødselshjælperen kan samme med kvinden under fødslen overveje, om perineal massage er acceptabelt.	✓

**Forkortelser:**

AI	Anal inkontinens (inkontinens for luft og/eller afføring)
LE	Lateral episiotomi
ME	Median episiotomi
MLE	Mediolateral episiotomi
NNH	Numbers needed to harm
NNT	Number needed to treat
OASIS	(Obstetric Anal Sphincter Injuries), anvendes som forkortelse for sphincterruptur, perinealruptur Grad 3 & 4 ol.
P0	Førstegangsfødende, nullipara
MP	Flergangsfødende, multipara
RCT	Randomiserede kontrollerede undersøgelser
VBAC	Vaginal delivery after caesarean
WB	Vandfødsel

**Indledning:***Baggrund:*

I forbindelse med fødslen får op mod 80% af kvinderne en fødselsbristning, heraf ca. 4% en alvorlig bristning, som involverer mm. sphincter ani (sphincterruptur, grad 3 & 4 bristning, obstetric anal sphincter injuries (OASIS))(1–3).

Efter OASIS oplever op mod 50% senere i livet anal inkontinens (AI), en tilstand som kan påvirke livskvaliteten hos kvinden og bl.a. føre til social isolation (4–6). Hyppigheden er formentlig underestimeret, idet tilstanden er tabubelagt (7).

Studier viser, at man ikke kan forudsige, hvilke kvinder der får OASIS, selvom flere risikofaktorer er velkendte(1–3). Risikoen for OASIS er størst hos førstegangsfødende (P0), ved instrumentel forløsning, stort barn, uregelmæssig hovedpræsentation, høj maternel alder etc.(8,9). Flere studier har vist, at OASIS ofte underdiagnosticeres, og at sutureringen kan være vanskelig, men at fokus på anatomi, diagnostik og håndtering kan optimere dette(10–12).

Historisk set har der været forskellige skoler ifht. støtte af perineum under fødsel (Se appendiks 7).

Observationelle studier har påvist store forskelle i antallet af OASIS mellem Finland og Sverige trods sammenlignelige fødselspopulationer(13). En mulig forklaringsmodel er forskellige traditioner landene imellem i forhold til anvendelse af håndgreb ved caputs forløsning. I Finland, som gennem mange år har haft en meget lav frekvens af OASIS, benyttes traditionelt det ”klassiske” håndgreb defineret som ”modificeret Ritgens manøvre” (defineret nedenfor som ”det finske håndgreb”) (Beskrivelse af håndgreb Appendiks 3).

I Norge gennemførte man i 2003-2010 interventionsprogrammer for at reducere antallet af OASIS på fem udvalgte fødesteder. Man trænede jordemødre og læger i at anvende ”det finske håndgreb”, kvinden blev anbefalet at føde liggende på ryggen, for at fødselshjælperen kunne bevare overblikket over perineum, og endelig skulle man overveje episiotomi. Interventionen medførte en reduktion på 50-70% i antallet af OASIS (12,15,17,18).

De norske resultater har haft afsmittende effekt i Danmark, og flere fødesteder har i de seneste år opstartet projekter for at nedbringe antallet af OASIS. Dette har skabt et øget fokus på samt behov for at afdække evidensen bag profylaktiske tiltag i forhold til OASIS.

Denne guideline undersøger evidensen bag forskellige tiltag til forebyggelse af OASIS.

#### Referencer:

1. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Feb 10;101(1):19–21.
2. Bick DE, Kettle C, Macdonald S, Thomas PW, Hills RK, Ismail KMK. PERineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:10.
3. McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC.* 2003 Jul;25(7):586–93.
4. Bols EMJ, Hendriks EJM, Berghmans BCM, Baeten CGMI, Nijhuis JG, de Bie RA. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 Mar;89(3):302–14.
5. Roos A-M, Thakar R, Sultan AH. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010 Sep;36(3):368–74.
6. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Serv Res.* 2002 May 13;2(1):9.
7. Mous M, Muller SA, de Leeuw JW. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008 Jan;115(2):234–8.
8. Williams A, Tincello DG, White S, Adams EJ, Alfirovic Z, Richmond DH. Risk scoring system for prediction of obstetric anal sphincter injury. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2005 Aug;112(8):1066–9.
9. Byrd LM, Hobbiss J, Tasker M. Is it possible to predict or prevent third degree tears? *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* 2005 Jul;7(4):311–8.
10. Samarasekera DN, Bekhit MT, Preston JP, Speakman CTM. Risk factors for anal sphincter disruption during child birth. *Langenbecks Arch Surg Dtsch Ges Chir.* 2009 May;394(3):535–8.
11. DSOG Guideline. Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning. 2011.
12. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Sep;146(1):71–5.

13. Faltin DL, Boulvain M, Floris LA, Irion O. Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2005 Jul;106(1):6–13.
14. Pinta TM, Kylänpää M-L, Salmi TK, Teramo KAW, Luukkonen PS. Primary sphincter repair: are the results of the operation good enough? *Dis Colon Rectum.* 2004 Jan;47(1):18–23.
15. Panigrahy R, Welsh J, MacKenzie F, Owen P, Perinatal Effectiveness Committee in Glasgow (PEC). A complete audit cycle of management of third/fourth degree perineal tears. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* 2008 Apr;28(3):305–9.
16. Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K, Gudmundsson S, Lindqvist P, Siihola S, et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland--result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998 Nov;77(10):974–7.
17. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol.* 2010 Oct;116(4):901–8.
18. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(5).

#### *Definitioner:*

I Danmark klassificeres perineale bristninger i henhold til et system beskrevet af Sultan (1). Dette system er siden taget i brug af det engelske gynækologiske selskab (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) (2) og det Internationale Inkontinens Selskab (International Consultation on Incontinence) (3).

#### Perineale bristninger klassificeres som:

- Grad 1 bristninger: Involverer kun huden i perineum
- Grad 2 bristninger: Involverer perineale muskler, men ikke den anale sphincter
- Grad 3 bristninger: Involverer den anale sphincter
  - Grad 3a: Mindre end 50% af eksterne anale sphincter er bristet
  - Grad 3b: Mere end 50% af eksterne anale sphincter er bristet
  - Grad 3c: Interne anale sphincter er bristet
- Grad 4 bristninger: Involverer eksterne og interne anale sphincter samt ano-rektal mucosa

OASIS omfatter grad 3 og grad 4 bristninger.

#### *Afgrænsning af emnet:*

Denne guideline omhandler profylaktiske tiltag for at beskytte mod OASIS. I de enkelte afsnit er der også beskrevet evt. andre beskyttende effekter af de profylaktiske tiltag, men disse er ikke medtaget i rekommandationerne.

Der henvises til ”Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning”(4) for en nærmere gennemgang af risikofaktorer, samt diagnostik og behandling af OASIS.

#### *Forekomst af OASIS i Danmark og ændring over tid*

Op mod 85% af vaginalt fødende kvinder pådrager sig en ruptur af perineum(5–7).

Data fra Fødselsregisteret fra 2008-2013 har vist, at blandt P0, vaginalt fødende, singletongravide med barn i hovedstilling til terminen fik 6,8% en OASIS, svt. årligt ca. 1300 OASIS i Danmark. Heraf var 63,4% af alle OASIS på kvinder med spontan fødsel, uden kopforløsning. I alt 16,5% blev forløst med kop, ved kopforløsning var risikoen for OASIS 16,5% (Fødselsregisteret). En opgørelse fra Aarhus Universitetshospital Skejby (2003-2011) fandt for P0, at 33% fik en bristing i labia, 18% en grad 1, 38% en grad 2, 9% en episiotomi, 4% fik en grad 3a, 2% en grad 3 b+c og 1% en grad 4-ruptur(8).

Antallet af OASIS er gennem de sidste år steget, formentlig ikke alene som et udtryk for en reel stigende prævalens, men også som et udtryk for et øget fokus på forbedring af diagnostikken og dermed et øget antal rapporterede OASIS(6,9–15).

OASIS diagnosticeres ved grundig undersøgelse af den anale sphincter og anal mucosa ved hjælp af rektal eksploration og samtidig inspektion af perineum og vagina (4). Flere studier har vist, at forbedret uddannelse samt træning i diagnostik og håndtering af fødselsbristninger har øget antallet af diagnosticerede OASIS(7,15). Et øget antal rapporterede OASIS er således ikke nødvendigvis udtryk for en ikke optimal obstetrisk kvalitet, men kan også være et udtryk for en forbedret håndtering af kvinder med disse rupturer gennem øget fokus på uddannelse og dermed forbedret diagnostik og registrering blandt personalet(6,16). Herved sikres at kvinden får den mest optimale behandling og dermed forhåbentlig en lavere risiko for senfølger.

Den anbefalede diagnostik og håndtering af OASIS beskrives i DSOGs guideline "Sphincterruptur" (4).

#### Referencer:

1. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. 5/1999:193–6.
2. RCOG. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. 2007.
3. Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, Harari D, Lang J, Conservative Management of Fecal Incontinence in Adults Committee of the International Consultation on Incontinence. Management of fecal incontinence in adults. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):199–206.
4. DSOG Guideline. Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning. 2011.
5. Bick DE, Kettle C, Macdonald S, Thomas PW, Hills RK, Ismail KMK. PERineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:10.
6. McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC*. Juli 2003;25(7):586–93.
7. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 10. Februar 2002;101(1):19–21.
8. Kindberg S. Hyppighed af bristninger hos førstegangsfødende ved Aarhus Universitetshospital 2003-2011. Data fra den Perinatale Forskningsenhed [Internet]. Hentet fra: .  
<http://www.gynzone.dk/kvinde-liv/faq-om-underliv>

9. Baghestan E, Irgens LM, Børdahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol*. Juli 2010;116(1):25–34.
10. Ekéus C, Nilsson E, Gottvall K. Increasing incidence of anal sphincter tears among primiparas in Sweden: a population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(5):564–73.
11. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. September 2009;146(1):71–5.
12. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture--an emerging trend in Finland. *Prev Med*. December 2009;49(6):535–40.
13. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. November 2013;120(12):1516–25.
14. Andrews V, Shelmerdine S, Sultan AH, Thakar R. Anal and urinary incontinence 4 years after a vaginal delivery. *Int Urogynecology J*. Januar 2013;24(1):55–60.
15. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. Januar 2014;210(1):59.e1–6.
16. Baghurst PA. The case for retaining severe perineal tears as an indicator of the quality of obstetric care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. Februar 2013;53(1):3–8.

### Dansk standard for forekomst af OASIS

I årsrapporter for DKF (Dansk kvalitetsdatabase for fødsler, tidligere NIP) omhandler indikator 3: ”Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger på mellemkødet (grad III og IV)”(1) Standarden i Danmark er sat til  $\leq 6\%$  hos vaginalt førstegangsfødende.

For årene 2011, 2012 og 2013 ses en stort set konstant forekomst af OASIS. Der har i de senere år været fokus på at reducere incidensen af OASIS, og i rapporten fra 2013 og 2014 ses et markant fald i incidensen af OASIS på flere afdelinger.

Standarden på  $\leq 6\%$  er i 2014 opfyldt på landsplan.

I årsrapporten for DKF indgår også episiotomifrekvensen hos førstegangsfødende (Indikator 8: ”Førstegangsfødende med ukomplicerede forløb”) og den viser variationer i antallet af episiotomier mellem de forskellige afdelinger, men frekvensen har ligget stort set konstant i de sidste år på ca. 6% og var i 2014 6,4%.

### Reference:

1. Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler: Årsrapport 2012 [Internet]. Report No.: 2. Available from: [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)



## Litteratursøgningsmetode:

Litteratursøgning afsluttet dato: nov. 2014

Databaser der er søgt i: Cochrane Library samt Pubmed for relevante studier.

Søgetermer: Der er anvendt relevante Mesh-terms og disse blev kombineret med kæde- samt fritekstsøgning: (birth OR parturition OR labor, obstetric OR childbirth) AND (vaginal OR non instrument\*) AND (wounds and injuries OR laceration OR trauma OR rupture\* OR damage OR tear\* OR Obstetric anal sphincter injuri\*) AND (perineal OR perineum)) AND – se i øvrigt de enkelte underafsnit.

Antal artikler fundet: - se nedenfor

Antal artikler fremskaffet og læst: - se nedenfor

Efter hvilke principper er artikler udelukket: ”Full text” ikke tilgængelig, sprog, relevans.

## Evidensgradering:

Oxford.

De kliniske rekommandationer i denne guideline er udarbejdet vha. Oxfords model for evidensgradering af litteratur(1). I Oxford-modellen vægtes systematiske reviews af flere RCTs som højeste grad af evidens (Evidensgrad 1A/A).

Denne guideline indeholder kun få rekommandationer, der kan opnå det højeste evidensniveau. Der foreligger RCTs på flere områder, men de er oftest små og behæftet med metodologiske problemer, i forhold til f.eks. blinding, tilsvarende er der i de observationelle studier risiko for bias. Mht. forebyggelse af OASIS er placebostudier stort set umulige at gennemføre og kan desuden anses som uetiske i denne sammenhæng(2). En del rekommandationer i nærværende guideline baseres derfor på store kohortestudier (Evidensgrad 2b/B).

### Særlige opmærksomhedspunkter i denne guideline i fht. evidens:

Man bør holde sig for øje, at der internationalt er stor forskel på obstetrisk praksis mht. ledelse af fødslen, håndgreb, praksis og frekvens af episiotomi og undersøgelsespraksis i forhold til diagnostik af OASIS efter fødslen.

Ligeledes bør man være opmærksom på, hvilken patientgruppe der undersøges og hvilken obstetrisk praksis der anvendes i de inkluderede studier. Den interne validitet kan derfor være bedre i større danske kohortestudier sammenlignet med resultater fra RCTs foretaget udenfor Europa.

Referencer:

1. Hindsgavl 2014. Oxford-gradering af litteratur. dsog.dk;
2. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(5).

## Håndgreb

*Litteratur søgningsmetode:*

Cochrane Library samt Pubmed for relevante studier. Der er anvendt relevante Mesh-termer kombineret med kæde- samt fritekstsøgning. Følgende søgetermer blev benyttet: Se ovenfor + AND (Protect\* OR care OR hands-on OR hands-off OR support\* OR management OR technique\*)

Litteratursøgningen blev afsluttet november 2014.

Antal artikler fundet: 227.

Antal artikler fremskaffet og læst: 35 (udelukket efter flg. principper: ”Full text” ikke tilgængelig, sprog, relevans).

#### *Problemstilling:*

- Nedsætter brugen af det finske/norske håndgreb til beskyttelse af perineum ved caputs fødsel risikoen for OASIS ?
- Nedsættes risikoen for OASIS ved fokus på, hvorledes skulderne forløses?
- Nedsættes risikoen for OASIS, hvis tempoet hvormed caput forløses reduceres?

Population: Vaginalt fødende kvinder med barn i hovedpræsentation.

Intervention: Det finske/norske håndgreb: Ved caput fødsel, ved skuldrenes fødsel.

Comparison: Hands off”/hands poised”/ikke det standardiserede finske/norske håndgreb

Outcome: OASIS

#### *Evidens:*

##### *Håndgreb (Appendiks 6+7):*

Historisk set er der blevet brugt forskellige metoder til manuelt at beskytte perineum, men evidensen for den beskyttende effekt af disse håndgreb er fortsat sparsom (appendiks 5).

En Cochrane analyse fra 2011 fandt ingen forskel mellem ”hands on” og ”hands poised” (hænder klar) i forhold til OASIS(8). I analysen indgik tre RCTs med i alt 6617 kvinder (både P0 og MP), men med henholdsvis 45 og 47 OASIS svt. en incidens på 1,3% (8). Det er i de inkluderede RCTs ikke entydigt, hvordan ”hænderne klar” skal forstås, hvilket åbner mulighed for at der i alle studierne var mulighed for at lægge hånd på caput med henblik på at bremse farten, når caput fødes. De få events af OASIS kan være årsagen til, at en forskel ikke har kunnet påvises, men da man ydermere sammenligner to håndgreb, der begge potentielt bremser farten ved caput forløsning, kan også dette være en mulig årsag til, at der ikke er påvist en forskel.

Et svensk RCT fra 2009 har ikke kunne påvise en forskel mellem anvendelse af Ritgens manøvre (udført til at føde caput imellem 2 presseveer) i forhold til ”standard care” perineal støtte (som ikke er entydigt defineret) (3).

Observationelle studier fra Norge fra 2003-2010 med mere end 80.000 inkluderede kvinder har kunnet påvise en signifikant reduktion af OASIS med 50-70 % efter iværksættelse af forebyggende tiltag for at beskytte perineum mod OASIS. De forebyggende tiltag består af fem punkter, der implementeres som en pakke(10–12). De fem delelementer er ikke undersøgt selvstændigt i RCT’s, det er således den ”samlede pakke af interventioner” i modellen, der har givet en reduktion i antallet

af OASIS (4–7). I denne guideline er disse tiltag herefter defineret som ”den norske model” (Appendix 2, 6-7)

1. Perineum skal være synligt ved forløsningen.
2. Venstre hånd bremser hastigheden hvormed caput forløses.
3. Højre hånd støtter perineum med et fast greb, hvor man med 1. og 2. finger ”klemmer” sammen fra siderne for at lette strækket omkring commisura posterior.
4. Kvinden instrueres i at gispe og IKKE presse, når caput fødes.
5. Overvej episiotomi (mediolateral eller lateral).

De observationelle studier har vist, at effekten ifht. OASIS ved perineal støtte/”hands on” er lige stor i alle risikogrupper uafhængigt af paritet, alder, forløsningsmetode eller fødselsvægt og således også ved instrumentelle forløsninger(4,5). ”Det norske/finske håndgreb” anvendes ligeledes ved kopforløsning og man har påvist en signifikant reduktion af OASIS i denne gruppe. Tal fra 2012 viser, at effekten af ovenstående tiltag fortsat er gældende (OASIS 1,7% for alle fødende) (<http://www.fhi.no/dokumenter/ba886ffc80.pdf>, tabel F9a s 31) .

Ovenstående håndgreb er ikke undersøgt i RCTs ifht. ”andre håndgreb” eller ”hands poised”.

Biomekaniske modeller har vist, at der under caputs fødsel er størst stræk svarende til commisura posterior. Dette stræk reduceres maksimalt, når man holder på perineum med pege- og tommelfinger med et fast greb. Man klemmer fingrene sammen mod midten og derved reduceres afstanden mellem fingerspidserne fra 11 til 10 cm, når caput fylder mest i gennemskæringen(9). Denne teknik anvendes ved det norske/finske håndgreb.

#### *Tempo hvormed caput forløses:*

Samtlige interventionsstudier, som har vist en reduktion i antallet af OASIS, har styring af tempoet hvormed caput forløses, som fællesnævner(4–7). (Evidensgrad 2b). Nedsættelse af tempoet, er derfor formentlig en væsentlig beskyttende faktor, men hvorvidt det er den reelle årsag til faldet i OASIS, er ikke sikkert bevist. Nedsættelse af tempoet hvormed caput forløses sikres ved kommunikation med kvinden omkring pressteknik, samt ved at bremse caputs forløsningshastighed, som beskrevet i ”den norske model”.

#### *Forløsning af skuldrene*

Det har ikke været muligt at identificere studier, der undersøger, hvorvidt det er mere eller mindre gavnligt at forløse skuldrene under ve eller i ve-pause. Der er heller ingen studier, som hidtil har beskæftiget sig med, om forløsning af bagerste eller forreste skulder først kan nedsætte antallet af OASIS. Der er dog et dansk RCT på vej om dette, resultaterne foreligger endnu ikke(13).

I nogle af de norske/finske observationelle studier benyttes ”den norske model” også ved forløsning af skuldrene.

## Resume af evidens

## Evidensgrad

Der er ikke forskel i antallet af OASIS ved sammenligning mellem "hands on" vs "hands poised"	1a
Ritgens manøvre beskytter ikke mere mod OASIS end "standard care".	1b
"Den norske model" kan nedsætte risikoen for OASIS med 50-70%.	2b
Strækket på commisura posterior lettes mest ved med fast hånd at klemme på perineum med pege- og tommelfingeren, således at afstanden mellem fingerspidserne mindskes fra 11 til 10 cm når caput fylder mest i gennemskæringen.	Biomekanisk model

## Kliniske rekommandationer

## Styrke

<p>Alle fødesteder i Danmark bør iværksætte tiltag til reduktion af antallet af OASIS og det anbefales at benytte "den norske model":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kvinden bør opfordres til at føde i en stilling, hvor fødselshjælperen har godt overblik over perineum samt mulighed for at støtte.</li> <li>- venstre hånd bremser forløsningshastighed af caput ved kroning.</li> <li>- højre hånd støtter perineum.</li> <li>- kvinden instrueres i at gispe og IKKE presse, når caput fødes.</li> </ul>	B
--	---

## Referencer:

- Williams A, Tincello DG, White S, Adams EJ, Alfirovic Z, Richmond DH. Risk scoring system for prediction of obstetric anal sphincter injury. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2005 Aug;112(8):1066–9.
- Byrd LM, Hobbiss J, Tasker M. Is it possible to predict or prevent third degree tears? *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* 2005 Jul;7(4):311–8.
- Samarasekera DN, Bekhit MT, Preston JP, Speakman CTM. Risk factors for anal sphincter disruption during child birth. *Langenbecks Arch Surg Dtsch Ges Chir.* 2009 May;394(3):535–8.
- Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(5).
- Stedenfeldt M, Oian P, Gissler M, Blix E, Pirhonen J. Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2014 Jan;121(1).
- Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol.* 2008 May;111(5):1053–7.
- Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K, Gudmundsson S, Lindqvist P, Siihola S, et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland--result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998 Nov;77(10):974–7.
- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12).

9. Jansova M, Kalis V, Rusavy Z, Zemcik R, Lobovsky L, Laine K. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *Int Urogynecology J*. 2014 Jan;25(1).
10. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(5).
11. Stedenfeldt M, Øian P, Gissler M, Blix E, Pirhonen J. Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;121(1):83–91.
12. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol*. 2010 Oct;116(4):901–8.
13. Willer H, Aabakke AJM, Krebs L. The effect of primary delivery of the anterior compared with the posterior shoulder on perineal trauma: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15.

## Pressteknik

*Problemstilling:* Nedsætter aktiv pressteknik am Vasalva antallet af OASIS?

P: Nullipara (P0) / multipara (MP)

I: Aktiv pressteknik ad modum Valsalva

C: Spontan pressteknik / fysiologisk pressteknik / forsinket pressefase

O: OASIS

*Litteratursøgning:*

Litteratursøgning afsluttet dato: November 2014

Databaser der er søgt i: The Cochrane Childbirth Database, PubMed.

Søgetermer:

The Cochrane Childbirth Database: second stage of labour. Ingen specifik analyse om dette emne.

PubMed: Søgestreng: Ovenstående + second stage of labour AND trial AND clinical AND women AND pushing AND perineal outcome

*Evidens:*

Ved spontane vaginale fødsler findes forskellige metoder i presseperioden til at fremskynde fødslen. En af metoderne er verbal instruktion i at presse aktivt ved, at kvinden holder luften inde og presser med mavemusklerne, herved øges det intraabdominale tryk, og ledende fosterdel presses ned mod introitus (Vasalvas metode).

Den konkrete instruktion i pressteknik beskrives sjældent i fødejournal, og en stor variation forekommer i klinisk praksis. Man kan skelne mellem aktiv og passiv nedtrængning af caput. Aktiv nedtrængning indebærer, at kvinden presser med Valsalvateknik, når orificium er fuldt dilateret, indtil barnet er født. Ved passiv nedtrængning vil man typisk afvente, at den fødende får pressetrang, før selve presseperioden opstartes. Efter passiv nedtrængning kan man enten overgå til Valsalvateknik eller fortsætte med spontan pressteknik. Endelig er fødende med epiduralblokade en særlig gruppe, idet spontan pressteknik ikke altid er muligt, da epiduralblokaden kan fjerne pressetrangen.

*Pressteknik for fødende uden epiduralblokade*

De fleste studier beskæftiger sig med aktiv vs. passiv nedtrængning af caput. Studierne er generelt for små til at belyse forekomsten af OASIS, men der er tilsyneladende ingen forskel i antallet af bristninger i de to grupper(1,2).

Et af studierne viste, at fødslen blev afkortet med ca. 19 minutter ved brug af Valsalva versus spontan pressteknik. Der var ingen forskel i neonatal outcome(1).

To studier har undersøgt spontan pressteknik versus brug af Valsalva efter passiv nedtrængning af caput. Man fandt ingen forskel i perinealt outcome, hverken ift. OASIS eller grad 2-bristninger(3,4). Yildirim fandt i sit studie signifikant bedre neonatal outcome ved spontan pressteknik(3).

*Pressteknik for fødende med epiduralblokade*

Flere mindre RCTs har sammenlignet Valsalva fra fuldt dilateret orificium med afventen af aktiv presseperiode (60-120 minutter) eller indtil caput er på bækkenbunden (5-7). Der er ikke påvist signifikant forskel i risikoen for perineale bristninger eller OASIS, men flere kvinder føder spontant, når presseperioden afventes (5). Da risikoen for OASIS er forøget ved instrumentel forløsning, kan pressteknikken derved sekundært betyde en nedsat risiko for OASIS. Der er ikke påvist negative neonatale outcomes eller øget risiko for sectio eller episiotomi ved at afvente aktiv presseperiode.

*Resume af evidens**Evidensgrad*

Under fødselens 2. stadium (uden epidural) er der ikke forskel på risiko for OASIS ved anvendelse af spontan pressteknik versus Valsalva-pressteknik.	1b
Under fødselens 2. stadium (med epidural) øges risikoen for instrumentel forløsning og dermed OASIS, hvis kvinden anvender Valsalva-pressteknik fra orificium er 10 cm dilateret, frem for at afvente opstart af presseperiode	1b

*Kliniske rekommandationer**Styrke*

Kvinden bør støttes i at anvende den pressteknik, hun har det bedst med.	A
--	---

## Referencer:

1. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2011 May;118(6):662-70.
2. Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. J Midwifery Womens Health. 2014 Jun;59(3):264-76.
3. Yildirim G, Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. Birth Berkeley Calif. 2008 Mar;35(1):25-30.
4. Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor: A randomized trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993 Jan 1;72(1):31-5.
5. Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG. 2008 Feb;37(1):4-12.

6. Gillesby E, Burns S, Dempsey A, Kirby S, Mogensen K, Naylor K, et al. Comparison of delayed versus immediate pushing during second stage of labor for nulliparous women with epidural anesthesia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JGNN NAACOG*. 2010 Dec;39(6):635–44.
7. Kelly M, Johnson E, Lee V, Massey L, Purser D, Ring K, et al. Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010 Apr;35(2):81–8.

### Episiotomi ved ikke-instrumentel forløsning

#### Problemstilling:

- Nedsætter mediolateral/lateral episiotomi risikoen for OASIS ved ikke-instrumentel fødsel?
- Har typen (lateral/mediolateral), vinklen (fra commisura posterior) og længden af episiotomi indflydelse på risikoen for OASIS?

P: P0, MP

I: Episiotomi (mediolateral/lateral)

C: Ingen episiotomi

O: OASIS

#### Litteratursøgningsmetode:

Der er søgt i Cochrane Library, samt Pubmed for relevante studier. Der er anvendt relevante MeSh-terms kombineret med kæde- samt fritekstsøgning.

Følgende søgetermer blev benyttet: Se ovenfor + AND (episiotomy OR episiotomies) AND (angle OR type OR mediolateral OR lateral OR midline).

Der blev fundet artikler fra 1982-2014

Antal artikler fundet: 188

Antal artikler fremskaffet og læst: 45

Efter hvilke principper er artikler udelukket: Manglende relevans, svag styrke, sprog, median episiotomi, type af episiotomi ikke angivet i artikel, tilgængelighed af fuld tekst.

#### Evidens (Se appendiks 7, tabel 2a):

Det er efterhånden velbeskrevet, at restriktiv frem for rutinemæssig anvendelse af episiotomi nedsætter risikoen for både OASIS (RR 0,67, 95% CI (0,49 – 0,91)), suturkrævende perineale bristninger (RR 0,71, 95% CI (0,61-0,81)), samt smerter post partum (RR 0,69, 95% CI (0,56 – 0,85))(12). Dog er det en hyppigt diskuteret problemstilling, hvorvidt restriktiv brug af episiotomi beskytter mod eller øger risikoen for OASIS ved spontane vaginale fødsler, og evidensen er modsatrettet.

Generelt er der stor forskel på studierne kvalitet. I forhold til mediolateral episiotomi er de fleste studier store europæiske registerbaserede kohortestudier. Nogle af disse studier har vist en beskyttende effekt, mens andre har vist en øget risiko for OASIS(1–4) .

”Number needed to treat” (NNT) er i et stort finsk kohortestudie fra 2009 angivet til 909 for P0 uden risikofaktorer, hvorimod NNT var 15 ved uregelmæssige bagehovedpræsentationer(5). Dvs. at der i studiet skulle anlægges 909 laterale episiotomier for at undgå én OASIS ved P0, mens der ved uregelmæssige bagehovedpræsentationer blot skulle anlægges 15. Det skal dog tages i betragtning, at episiotomifrekvensen i det finske studie var 63,5% for P0. Et dansk registerstudie (2000-2010) fandt at mediolateral episiotomi var en ikke-signifikant faktor i forhold til OASIS ved ikke-instrumentel forløsning hos P0, dvs. at episiotomi hverken øgede eller mindskede risikoen for

OASIS (Jangö 2014). Da det samtidig ser ud til, at gener efter episiotomi er flere og hyppigere end ved spontane grad 2 bristninger, er det væsentligt, at indikationen for episiotomi overvejes nøje(6).

#### *Type af episiotomi (Appendiks 3):*

I litteraturen opereres primært med tre typer af episiotomi: Median (ME), mediolateral (MLE) og lateral (LE). ME starter i commisura posterior og anlægges i en vinkel på maksimalt 20° fra midtlinjen. MLE starter i commisura posterior med en vinkel på minimum 60° fra midtlinjen på det udspilede perineum, svarende til en vinkel umiddelbart efter fødslen på 45°. Vinklen på LE svarer til vinklen på MLE, men LE begynder minimum 1 cm lateralt for commisura posterior(7).

Ved gennemgang af studierne er der flere problemstillinger, man skal have sig for øje. Flere studier har påpeget, at selvom læger og jordemødre har til hensigt at udføre MLE, er vinklen ofte mindre end 60°(8–10). Andrews et al. fandt, at kun 22% af læger og ingen jordemødre rent faktisk lagde en MLE, vurderet på vinklen og længden af episiotomi-arret. Det er muligt, at samme forhold gør sig gældende i dansk obstetrisk praksis, hvilket vanskeliggør registerforskning på området, da registreringerne ikke nødvendigvis afspejler praksis. Dette kan medvirke til, at kohortestudierne er inkonklusive mht. sammenhæng mellem MLE og risikoen for OASIS(7).

En anden faktor at tage hensyn til ved registerstudierne er “confounding by indication”. Vi har kun inkluderet studier med restriktiv brug af episiotomi, dvs. at episiotomi udelukkende anlægges på indikation. I nogle lande, blandt andet Finland, er øget risiko for OASIS en indikation for episiotomi. Dette betyder, at selv hvis episiotomi har en beskyttende effekt i forhold til OASIS, kommer denne ikke til udtryk i statistikken, da selve indikationen for anlæggelse af episiotomi kan øge risikoen for OASIS. Dette kan være svært at kontrollere for i registerforskning(7,11).

Restriktiv MLE er praksis i Danmark, og i DKFs rapport fra 2014 er den samlede frekvens af episiotomi 6,4% hos P0. Der er fortsat stor forskel afdelingerne imellem på frekvensen af episiotomi, der varierer fra 1,9-10,1%.

At der anlægges få episiotomier i DK medfører, at mange læger og jordemødre mangler rutine i udførelsen af proceduren, hvilket kan øge risikoen for flere ikke-korrekt anlagte episiotomier, hvorved en potentielt beskyttende effekt mod OASIS kan udeblive. Afdelingerne bør derfor have en instruks for brug af mediolateral episiotomi, herunder indikationer. Desuden anbefales systematisk træning i anlæggelse af episiotomi, således at risikoen for OASIS ved episiotomi reduceres.

Der er netop udviklet en ny episiotomisaks, som øger sandsynligheden for, at MLE anlægges med en vinkel på 60° fra midtlinjen(9).

#### *Episiotomivinkel (Appendiks 3)*

Det er vist, at episiotomivinklen på udspilet perineum er større, end når den efterfølgende måles på et ikke udspilet perineum. Det som f.eks. er 60 grader på et udspilet perineum svarer til 45 grader efter fødslen (14).

Fire observationelle studier fra Europa har undersøgt, hvordan en episiotomi anlægges optimalt for at mindske risikoen for OASIS. I studierne blev episiotomiarret målt minimum fire uger post partum. Alle fire studier fandt, at risikoen for OASIS falder, når vinklen fra midtlinjen øges(1,14–16). Eogan et al. fandt en reduktion på ca. 50% for hver 6 grader vinklen øges(15). Et norsk studie påpeger desuden, at længden af episiotomien kan have indflydelse på risikoen for OASIS, således at kortere episiotomi øger risikoen for OASIS(14). Dette studie fandt også, at jo længere episiotomien anlægges fra commisura posterior, jo lavere er risikoen for OASIS(14).

Der foreligger et RCT (n=790), som sammenligner LE vs. MLE blandt P0(17). Dette studie påviser ingen forskel mellem de to grupper i risikoen for OASIS, som dog må siges at være lav (1,3% ved LE vs. 1,5% ved MLE). MLE tog i samme studie kortere tid at suturere og krævede mindre



suturmateriale end LE(17).

Et nyere RCT (n=200) sammenligner episiotomivinkel på 60° med vinkel på 40°. Her findes en ikke-signifikant forskel i risikoen for OASIS (2,4% OASIS i 60° -gruppen, 5,5% i 40° -gruppe)(18).

### *Episiotomifrekvens*

Der mangler konsensus omkring optimal episiotomifrekvens, herunder om den bør være forskellig for P0 og MP. Flere studier tyder dog på, at frekvensen for P0 bør være højere end for MP(5,11,19). WHO og den amerikanske forening for gynækologi og obstetrik (AOGS) anbefaler ikke en fast episiotomifrekvens, men restriktiv brug(21,22).

I et nyere norsk interventionsstudie, hvor man anvendte ”den norske model” blev OASIS og episiotomifrekvens på fire fødesteder sammenlignet i en projektperiode. På to af fødestederne steg episiotomifrekvensen (fra hhv. 11% til 26% og 20% til 30%) og på de andre to sammenlignelige fødesteder forblev frekvensen uændret (hhv. 20% og 15%). Fødestederne med uændret episiotomifrekvens havde lavest forekomst af OASIS i perioden(21). Dette kunne indikere, at der ikke er gevinst ved at øge episiotomifrekvensen til mere end 15-20%. Vi ved dog ikke, om den lave episiotomifrekvens i Danmark er gavnlige i forhold til risikoen for OASIS.

### *Episiotomi ved tidligere OASIS*

I et dansk registerstudie, der omhandlede risikoen for gentagen OASIS, fik 9,3% af kvinder med vaginal fødsel efter OASIS en episiotomi ved næste fødsel(22). Det er dog ikke angivet, hvor mange af episiotomierne der blev lagt ved spontane forløsninger, men episiotomi havde ingen signifikant indvirkning på risikoen for gentagen OASIS(22). Vi har ikke fundet andre studier, der har undersøgt sammenhængen mellem MLE/LE hos kvinder med tidligere OASIS og risikoen for gentagen OASIS, og det er således ikke muligt at komme med rekommandationer på dette område.

### *Resume af evidens*

### *Evidensgrad*

Mediolateral og lateral episiotomi nedsætter risikoen for OASIS i forhold til median episiotomi ved ikke-instrumentel forløsning.	1a
Restriktiv brug af episiotomi nedsætter risikoen for OASIS ift. rutinemæssig brug ved ikke-instrumentel forløsning.	1a
Danske tal justeret for risikofaktorer viser, at mediolateral episiotomi ved ikke-instrumentel forløsning hverken øger risikoen for eller beskytter mod OASIS	2b
Mediolateral og lateral episiotomi synes ligeværdig, men mediolateral episiotomi nedsætter sutureringsstid samt forbrug af sutureringsmateriale.	1b

### *Kliniske rekommandationer*

### *Styrke*

Episiotomi bør bruges restriktivt ved ikke-instrumentel forløsning.	A
Ved anlæggelse af episiotomi bør der anvendes mediolateral teknik med en vinkel på minimum 60° fra midtlinien på et udspilet perineum.	A
Perineum skal umiddelbart efter episiotomiens anlæggelse støttes, så eksplosiv forløsning af caput undgås.	✓
Episiotomi kan overvejes ved ikke instrumentel fødsel med flere risikofaktorer for OASIS.	B

Referencer:

1. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2014 Oct 6]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>
2. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries--myth or reality? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2006 Feb;113(2):195–200.
3. De Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D, Vujkovic M, de Leeuw JW, van Bavel J, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 May;206(5):404.e1–5.
4. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2008 Jan;115(2):247–52.
5. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*. 2010 Jun;26(3):348–56.
6. Räisänen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(12):1365–72.
7. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Jan;210(1):59.e1–6.
8. Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, van Diem MT, Klomp T, Lagro-Janssen ALM, et al. The use of episiotomy in a low-risk population in the Netherlands: a secondary analysis. *Birth Berkeley Calif*. 2013 Dec;40(4):247–55.
9. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2012 Apr;119(5):522–6.
10. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2005 Aug;112(8):1156–8.
11. Freeman RM, Hollands HJ, Barron LF, Kapoor DS. Cutting a mediolateral episiotomy at the correct angle: evaluation of a new device, the Episcissors-60. *Med Devices Auckl NZ*. 2014;7:23–8.
12. Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2003 Dec;110(12):1041–4.
13. Räisänen S, Selander T, Cartwright R, Gissler M, Kramer MR, Laine K, et al. The association of episiotomy with obstetric anal sphincter injury--a population based matched cohort study. *PloS One*. 2014;9(9):e107053.

14. <http://dutchmidwife.com/docs/uploads/DeLanceyEpisiotomy.pdf>.
15. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2012 May;119(6):724–30.
16. Eogan M, Daly L, O’Connell PR, O’Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2006 Feb;113(2):190–4.
17. Gonzalez-Díaz E, Moreno Cea L, Fernández Corona A. Trigonometric characteristics of episiotomy and risks for obstetric anal sphincter injuries in operative vaginal delivery. *Int Urogynecology J*. 2014 Sep 17;
18. Karbanova J, Rusavy Z, Betincova L, Jansova M, Parizek A, Kalis V. Clinical evaluation of peripartum outcomes of mediolateral versus lateral episiotomy. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2014 Jan;124(1):72–6.
19. El-Din ASS, Kamal MM, Amin MA. Comparison between two incision angles of mediolateral episiotomy in primiparous women: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014 Jul;40(7):1877–82.
20. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Dekker GA, Devillé W, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 May;104(5):563–6.
21. <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2006/ACOG-Recommendations-Restricted-Use-of-Episiotomies>.
22. Liljestrand J. Episiotomy for vaginal birth: RHL practical aspects (last revised: 20 October 2003).
23. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol*. 2010 Oct;116(4):901–8.
24. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Risk factors of recurrent anal sphincter ruptures: a population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2012 Dec;119(13):1640–7.

### **Episiotomi ved instrumentel forløsning**

*Problemstilling:* Nedsætter brugen af mediolateral/lateral episiotomi risikoen for OASIS ved kopforløsning?

P: P0, MP

I: Episiotomi (mediolateral/lateral) ved kopforløsning

C: Ingen episiotomi ved kopforløsning

O: OASIS

Litteratur søgningsmetode:

Litteratursøgning afsluttet dato: November 2014

Databaser der er søgt i: PubMed

Søgetermer: Se ovenfor + AND (episiotomy OR episiotomies) AND (instrumental delivery OR instrumental deliveries OR vacuum OR ventouse OR deliveries, vacuum extraction)

Tidsperiode: Artikler fundet fra 1982 til 2014

Sprogområde: engelsk

Antal artikler fundet: 180

Antal artikler fremskaffet og læst: 13 medtaget i guideline. (13 i GL + 15 gennemlæst)

Efter hvilke principper er artikler udelukket: ikke relevante, sprog, studier der udelukkende/altovervejende vedrører mediane episiotomier, ikke tilgængelighed af fuld tekst.

*Evidens* (Se appendiks 7, tabel 2b)

Kopforløsning er en væsentlig risikofaktor for OASIS(1). I Danmark fødte 14,7% af alle vaginalt fødende P0 med kop i 2013 (2). I et dansk registerstudie (2000-2010), var den generelle OASIS-incidens hos P0 6,5%, mens den var 14,9% ved kopforløsninger uden samtidig episiotomi og 10,6% ved kopforløsning med episiotomi (3).

Et RCT pilot-studie har sammenlignet kopforløsning med rutine-episiotomi med restriktiv brug af episiotomi(4). I gruppen med rutine-episiotomi fik alle (n=24) episiotomi, hvorimod 17% (4 ud af 23) fik episiotomi i den restriktive gruppe. Studiet fandt ingen forskel mht. forekomsten af OASIS mellem grupperne, formentlig grundet studiets lille størrelse. Dog konkluderes, at det er muligt at gennemføre et RCT, der sammenligner rutine-episiotomi med restriktiv brug af episiotomi ved kopforløsninger.

Populationsbaserede retrospektive kohortestudier fra Danmark(3), Finland(5), Norge(6) og Holland(7) finder, at risikoen for OASIS ved kopforløsning nedsættes, hvis der samtidigt anlægges MLE (Danmark, Holland) eller LE (Finland, Norge).

”Number needed to treat” (NNT), dvs. det antal episiotomier ved kopforløsninger der skal til for at undgå én OASIS, er i de respektive populationer 23 (Danmark), 66 (Finland) og 13 (Holland).

Episiotomifrekvensen ved kopforløsning varierer fra 29% i Danmark til 79% i Holland, hvilket muligvis er medvirkende til forskelle i NNT landene imellem. Det skal bemærkes, at det danske studie udelukkende inkluderer P0. Det finske studie finder kun en beskyttende effekt af LE ved kopforløsning hos P0, men ikke hos MP. Det norske studie undersøgte instrumentel forløsning (kop og tang samlet), men fandt ligeledes en beskyttende effekt af LE ved instrumentel forløsning hos kvinder med første vaginale fødsel (P0 og VBAC), men ikke hos kvinder med tidligere vaginal fødsel.

Undersøgelser har vist, at op til 50% af kvinder med tidligere OASIS omkring menopausen oplever anal inkontinens (inkontinens for flatus og/eller afføring), derfor bliver ”number needed to harm” (NNH) således i Danmark det dobbelte, dvs. ca. 46 (8–10). Således skal der anlægges 46 MLE ved kopforløsninger hos P0 i Danmark for at undgå ét tilfælde af anal inkontinens grundet OASIS. Samtidig skal man erindre, at episiotomien i sig selv kan medføre væsentlige gener for patienten (11).

I Norge sammenlignede Laine et al. incidensen af LE før (2003-2005) og efter (2008-2010) indførelse af ”den norske model”, en national intervention for at nedbringe antallet af OASIS (12). Episiotomifrekvensen ved instrumentel forløsning steg for P0 fra 60,8% til 85,1% og for MP fra 37,4% til 61,3%. Samtidig faldt incidensen af OASIS ved instrumentel forløsning med LE for P0 fra 11,1% (2003-2005) til 3,8% (2008-2010) ( $p < 0,001$ ). Den opnåede beskyttende effekt skyldes formentligt, at interventionsprogrammet også omhandlede oplæring i korrekt anlæggelse af LE, samt andre strategier til beskyttelse af perineum (12).

<i>Resume af evidens</i>	<i>Evidensgrad</i>
Mediolateral/lateral episiotomi sammenlignet med ingen episiotomi nedsætter risikoen for OASIS ved kopforløsning hos P0.	2b
Numbers needed to treat (NNT) hos P0 i Danmark er ca. 23, dvs. der skal anlægges 23 episiotomier ved kopforløsninger for at undgå én OASIS ved kopforløsning.	2b
Numbers needed to harm (NNH) er i Danmark ca. 46, dvs. der skal anlægges ca. 46 episiotomier ved kopforløsninger for at undgå ét tilfælde af anal inkontinens grundet OASIS.	3b

<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Risikoen for OASIS er væsentligt øget ved kopforløsning og derfor bør mediolateral episiotomi overvejes, især hvis der er andre risikofaktorer for OASIS.	B

## Referencer:

1. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg*. 2008 Feb;247(2):224–37.
2. Sygehusfødsler og komplikationer - Statens Serum Institut [Internet]. [cited 2014 Nov 25]. Available from: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Specifikke%20omraader/Fodsler%20og%20aborter/Fodsler%20og%20komplikationer.aspx>
3. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Jan;210(1):59.e1–6.
4. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2008 Dec;115(13):1695–702; discussion 1702–3.
5. Räisänen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(12):1365–72.
6. Baghestan E, Irgens LM, Børdahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol*. 2010 Jul;116(1):25–34.
7. De Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2008 Jan;115(1):104–8.
8. Soerensen MM, Buntzen S, Bek KM, Laurberg S. Complete obstetric anal sphincter tear and risk of long-term fecal incontinence: a cohort study. *Dis Colon Rectum*. 2013 Aug;56(8):992–1001.
9. Nordenstam J, Altman D, Brismar S, Zetterström J. Natural progression of anal incontinence

after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 Sep;20(9):1029–35.

10. Wegnelius G, Hammarström M. Complete rupture of anal sphincter in primiparas: long-term effects and subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2010 Nov 16 [cited 2011 Oct 18];
11. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane Collaboration, Carroli G, editors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cited 2011 Nov 17].
12. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(5).

### **Fødestillingens betydning for risiko for OASIS**

#### *Problemstilling:*

Nedsætter fødsel i andre stillinger end rygleje (lithotomi/supine position) risikoen for OASIS ift. rygleje?

Nedsætter fødsel i vand risikoen for OASIS i forhold til konventionel fødsel (fødsel på "land") hos fødende med et barn i hovedstilling til termin og spontan vaginal, non-instrumentel fødsel?

P: nullipara (P0), multipara (MP)

I: Fødestillinger: Waterbirth, birthing chair/seat, lateral position, upright position, squatting position, knee-elbow position

C: Lithotomi/supine position

O: OASIS

#### *Litteratursøgning:*

Litteratursøgning afsluttet dato: November 2014

Databaser der er søgt i: Cochrane Library, Pubmed. Relevante artikler, fundet under gennemlæsningen, er blevet tilføjet.

Søgetermer: Ovenstående søgning + AND position OR positioning OR lateral position OR Upright position OR Squatting position OR Knee-elbow OR Waterbirth OR Semi recumbent

#### *Definitioner:*

Fødestillinger kan inddeles i liggende og oprejst stilling (se nedenfor). Vandfødsel betragtes som selvstændig fødestilling uafhængig af kvindens position i vandet. I den eksisterende litteratur og i indeværende guideline er det fødestillingen under fødselens andet stadium, som er undersøgt. De inkluderede studier omhandler P0 og MP kvinder med et foster i hovedstilling og spontan vaginal fødsel til termin. Der er ikke inkluderet studier omhandlende instrumentelle vaginale forløsninger.

#### *Evidens:*

Adskillige retrospektive studier og flere RCTs har sammenlignet forskellige fødestillinger og incidens af OASIS.

Et Cochrane review fra 2012(1) med fem RCTs (n=1685) sammenlignede hyppigheden af OASIS hos fødende uden epiduralanalgesi i oprejst og liggende stilling under fødselens andet stadium og fandt ingen signifikant forskel (RR 0,58 (CI 0,22-1,52))(2–6).

Et andet Cochrane review fra 2013 med 2 RCTs (n=173) sammenlignede oprejst og liggende fødestilling hos fødende med epiduralanalgesi og fandt heller ingen forskel (RR 0,95 (CI 0,66-1,37))(7).

Et svensk RCT fra 2011 (1002 P0) sammenlignede forekomst af OASIS ved fødsel på fødeskammel med andre fødestillinger, såvel oprejst som siddende. Man fandt ingen øget risiko for OASIS ved forløsning på fødeskammel(8).

### Fødestillinger




Liggende / on the back	Fladt på ryggen / recumbent / lithotomi position	
	Tilbagelænet med benene bøjet som i et C = halvsiddende/ semi-recumbent	Maks 30 graders vinkel i hoftelæddet 
	Liggende på siden / on the side	
Oprejst / upright	Stående	
	Siddende	Over 30 graders vinkel i hoftelæddet 
	Knælende	På alle 4 / "hands and knees"
		På knæ og overkroppen på en pude
Hugsiddende / "squatting"		
Waterbirth (WB)	Siddende i et C tilbagelænet	
	På knæ	

Foto: Malene Skorstensgaard, Jimmie Elers.

Adskillige retrospektive studier har sammenlignet fødestillinger og risiko for OASIS med tvetydige resultater. Nogle studier viser, at liggende i rygleje med benene i bøjler eller siddende i hugstilling øger risiko for OASIS sammenlignet med fladt rygleje eller liggende sideleje, mens andre studier ikke finder nogen signifikant sammenhæng(8–16). Resultaterne af de retrospektive studier skal tolkes med forsigtighed. Studierne er ikke RCTs og med et forholdsvist lille antal kvinder. Der mangler oplysninger om, hvor længe kvinderne har været i fødestillingen og kvinderne har ofte benyttet flere stillinger under fødselens 2. stadium. Ligeledes mangler der oplysninger om anvendelsen af perineal beskyttelse såsom håndgreb, varme klude, massage etc., som også kan have selvstændig betydning for OASIS. De anvendte data i de retrospektive studier er baseret på udtræk fra fødejournaler. Dette kan øge risikoen for fejlrapportering, da de retrospektivt udtrukne data ikke er defineret på forhånd og dermed ikke nødvendigvis er obligatoriske at notere i fødejournaler, hvorved variation kan forekomme afhængigt af fødselshjælperens dokumentationspraksis.

De to store norske registerbaserede kohortestudier beskrevet under afsnittet "Håndgreb" viste, at implementering af forebyggende tiltag mod OASIS ("Den norske model") medførte en 50-70%

reduktion. ”Den norske model” omfatter synligt perineum, og at perineum er ”tilgængeligt” for håndgreb.

På baggrund af ovenstående kan en specifik fødestilling derfor ikke anbefales for at undgå OASIS. Ved anvendelsen af ”Den norske model” er der påvist en signifikant reduktion i incidensen af OASIS. Modellen indbefatter en fødestilling, hvor perinealstøtte er mulig. Kvinden bør derfor informeres om, at det ikke er muligt at foretage perinealstøtte i alle fødestillinger (17–20).

#### *Vandfødsler (Appendiks 7, tabel 3)*

Størstedelen af den evidens der foreligger om vandfødsler (waterbirths (WB)) er af observationel karakter, og studierne er ofte svært sammenlignelige pga. forskel i udførsel og dokumentation af outcome. Herunder hvordan de forskellige grader af bristninger opdeles, data om paritet, samt hvilken fødestilling ”på land” der sammenlignes med. Dog findes der mange studier på området og dermed alt i alt mange inkluderede kvinder.

Man bør ligeledes være opmærksom på, at de kvinder som føder i vand er en selekteret gruppe med en lav risiko både for OASIS og andre fødselskomplikationer, hvorfor risiko for OASIS i vand bør sammenlignes med en tilsvarende lavrisikogruppe som føder på land.

Et Cochrane review omhandlende fødsel i vand blandt fødende der opholdt sig i vand i 1. stadie af fødslen (5 RCTs) viste ingen signifikant forskel på hyppigheden af episiotomi eller grad 1-4 bristninger(21). Blandt kvinder der opholdt sig i vand under fødselens 2. stadie (2 RCTs), fandt man ingen signifikant forskel på hyppigheden af episiotomi, eller grad 1-4 bristninger. Reviewet er dog behæftet med nogen usikkerhed, da det ene studie begrænses af en meget lille population (40 til konventionel fødsel og 20 til vandfødsel, hvoraf kun 10 fødte i vand)(22). Det andet RCT inkluderede ligeledes meget få kvinder (60 vandfødsler og 59 fødsler på land), her fandt man heller ingen forskel i hyppigheden af OASIS eller mindre bristninger(23).

Nutter et al. udførte i 2014 et omfattende review af alle peer-reviewed studier om vandfødsler(24). Herunder hvordan fødsel i vand påvirker perineum, når selve fødslen er foregået i vand (fødselens 2. stadie). Typen og størrelsen af studierne er meget varierende, og det er forskelligt hvilke parametre der er undersøgt, og hvordan de er dokumenteret. For eksempel er det mangelfuldt dokumenteret, om der er foretaget korrektion for f.eks. fødselsvægt og paritet. Ud af tolv studier (25–29) (30–35), fandt kun to studier (25-26) en signifikant reduktion. Nutter et al. konkluderer, at vandfødsel muligvis er associeret til nedsat risiko for OASIS, og en højere incidens af intakt perineum(24). Efterfølgende er der udkommet endnu et prospektivt observationelt studie om vandfødsel (2.505 kvinder fra 19 forskellige fødesteder i Italien)(36). De fandt ingen forskel i risikoen for OASIS. P0 havde en øget risiko for grad 2 bristning i forhold til konventionel fødsel (26,1% vs. 19,9%), men der var ingen forskel for MP.

I de inkluderede studier rapporteres om incidencer af OASIS på ca. 2%, hvilket synes højt for en selekteret gruppe af lavrisiko fødende.

De fleste studier finder, at brugen af episiotomi nedsættes ved vandfødsel og konkluderer samtidigt, at dette formentlig skyldes den nedsatte tilgængelighed til perineum.

#### *Resume af evidens*

#### *Evidensgrad*

Der er ingen sikker forskel i risiko for OASIS ved liggende og oprejst fødestilling.	1b
”Den norske model” har påvist en signifikant reduktion i antallet af OASIS. Denne model indbefatter synligt perineum når caput kroner.	2b
Fødsel i vand øger ikke risikoen for OASIS hos lavrisikofødende.	3b



<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
I fødselens andet stadium bør den fødende indtage en fødestilling, som hun finder mest behagelig under hensyntagen til den nødvendige fosterovervågning.	B
Under de sidste presseveer, når caput kroner anbefales det, at den fødende indtager en stilling, hvor fødselshjælperen har overblik over perineum og kan udføre de anbefalede håndgreb.	B
Hvis kvinden ønsker at føde i vand, skal hun informeres om, at man ikke kan anvende de anbefalede håndgreb, men at risikoen for OASIS ikke synes forøget.	B

## Referencer:

1. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD002006.
2. Allahbadia GN, Vaidya PR. Why deliver in the supine position? *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1992 May;32(2):104–6.
3. Bhardwaj N, Kukade JA, Patil S, Bhardwaj S. Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery. *Indian J Matern Child Health Off Publ Indian Matern Child Health Assoc.* 1995 Jun;6(2):33–9.
4. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 May;104(5):567–71.
5. Gardosi J, Sylvester S, B-Lynch C. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989 Nov;96(11):1290–6.
6. Nasir A, Korejo R, Noorani KJ. Child birth in squatting position. *JPMA J Pak Med Assoc.* 2007 Jan;57(1):19–22.
7. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD008070.
8. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11:22.
9. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth Berkeley Calif.* 2002 Mar;29(1):18–27.
10. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2007 Oct;114(10):1266–72.
11. Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth Berkeley Calif.* 2005 Sep;32(3):164–9.

12. Jandér C, Lyrenäs S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 Mar;80(3):229–34.
13. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr.* 2003 Oct 31;115(19-20):720–3.
14. Terry RR, Westcott J, O'Shea L, Kelly F. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *J Am Osteopath Assoc.* 2006 Apr;106(4):199–202.
15. Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth Berkeley Calif.* 2012 Jun;39(2):115–20.
16. De Jonge A, Van Diem MT, Scheepers PLH, Buitendijk SE, Lagro-Janssen ALM. Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *Int J Clin Pract.* 2010 Apr;64(5):611–8.
17. Williams A, Herron-Marx S, Carolyn H. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery.* 2007 Dec;23(4):392–403.
18. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD006672.
19. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(5).
20. Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gåreberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2000 Jul;107(7):926–31.
21. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD000111.
22. Woodward J, Kelly SM. A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2004 Jun;111(6):537–45.
23. Nikodem V. Immersion in water during birth: a randomized controlled trial (thesis). University of Witwatersrand, South Africa. 1999;
24. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *J Midwifery Womens Health.* 2014 Jun;59(3):286–319.
25. Dahlen HG, Dowling H, Tracy M, Schmied V, Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery.* 2013 Jul;29(7):759–64.

26. Geissbuehler V, Stein S, Eberhard J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. *J Perinat Med.* 2004;32(4):308–14.
27. Geissbühler V, Eberhard J. Waterbirths: a comparative study. A prospective study on more than 2,000 waterbirths. *Fetal Diagn Ther.* 2000 Oct;15(5):291–300.
28. Menakaya U, Albayati S, Vella E, Fenwick J, Angstetra D. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* 2013 Jun;26(2):114–8.
29. Zanetti-Daellenbach RA, Tschudin S, Zhong XY, Holzgreve W, Lapaire O, Hösli I. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007 Sep;134(1):37–43.
30. Otigbah CM, Dhanjal MK, Harmsworth G, Chard T. A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Jul;91(1):15–20.
31. Garland D. On the crest of a wave: Completion of a collaborative audit. *Midwifery Digest.* 2006;16(1):81–5.
32. Baxter L. What a difference a pool makes: Making choice a reality. *BrJ Midwifery.* 2006;14(6):368–72.
33. Burns E, Greenish K. Water birth. Pooling information. *Nurs Times.* 1993 Mar 24;89(8):47–9.
34. Cortes E, Basra R, Kelleher CJ. Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Mar;155(1):27–30.
35. Garland D. Collaborative Waterbirth audit - supporting practice with audit. *Midwifery Digest.* Vol 12, no. 4, Dec. 2002:508–11.
36. Henderson J, Burns EE, Regalia AL, Casarico G, Boulton MG, Smith LA. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:17.

### **Varm klud på perineum under pressefasen**

*Problemstilling:* Nedsætter en varm klud på perineum i pressefasen risikoen for OASIS?

- P: Nullipara (P0)/multipara(MP)  
I: Varm klud på perineum  
C: Normal håndtering  
O: OASIS

*Litteratursøgning:*

Litteratursøgning afsluttet dato: November 2014

Databaser der er søgt i: PubMed, Cochrane, UpToDate og div. guidelines (NICE og en nyligt publiceret norsk guideline) (4).

Søgetermer: MeSH: Se ovenfor + AND warm, compress,

#### Evidens:

I søgning efter måder at reducere antallet af bristninger og senfølger hertil har flere studier undersøgt effekten af varme klude på perineum under pressefasen. Disse studier har forskellige inklusionskriterier og outcomes.

En varm klud på perineum under pressefasen anvendes ofte med den hensigt at lindre kvindens smerter samt at gøre vævet mere eftergiveligt. Et studie har fundet, at der er høj grad af accept af metoden blandt de fødende(1). En metaanalyse (2 RCTs, 1525 kvinder, P0 762)(2) har vist, at antallet af OASIS reduceres ved brug af varme klude på perineum under den sidste del af pressefasen ved caputs kroning (OR 0,48 (CI 0,28-0,84))(3–5). Man fandt ingen effekt på antallet af suturkrævende bristninger. Et nyligt publiceret RCT understøtter ovenstående, men har ikke undersøgt effekten på antallet af OASIS(5).

Dahlen et al. fandt, at risikoen for OASIS blandt P0 var 8,7% i kontrolgruppen vs. 4,2% i interventionsgruppen(4). Disse tal er sammenlignelige med hyppigheden af OASIS i Danmark. I samme studie øgede brugen af varme klude dog ikke hyppigheden af intakt perineum eller ikke-suturkrævende bristninger, ligesom der ikke var effekt på antallet af episiotomier.

På trods af at antallet af kvinder med suturkrævende bristninger var uændret, fandt Dahlen et al., at varme klude reducerede perineale smerter i dagene efter fødslen samt virkede smertelindrende under fødslen (3).

#### Resume af evidens

#### Evidensgrad

En varm klud på perineum under den sidste del af pressefasen reducerer antallet af OASIS.	1A
---	----

#### Kliniske rekommandationer

#### Styrke

Varme klude på perineum i pressefasen kan reducere risikoen for OASIS ved spontan vaginal fødsel.	A
Når caput kroner, kan kluden fjernes, for at sikre overblik over perineum og brug af det anbefalede håndgreb.	✓
Hvis kvinden er bedøvet med epidural- eller pudendusbloade, skal fødselshjælperen være opmærksom på, at kvinden ikke får forbrændinger af de varme klude.	✓

#### Referencer:

1. Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS. "Soothing the ring of fire": Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*. 2009 Apr;25(2):e39–48.
2. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD006672.
3. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial.

J Midwifery Women's Health. 2005;50(5):365–72.

4. Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Birth Berkeley Calif. 2007 Dec;34(4):282–90.
5. Terré-Rull C, Beneit-Montesinos JV, Gol-Gómez R, Garriga-Comas N, Ferrer-Comalat A, Salgado-Poveda I. [Application of perineum heat therapy during partum to reduce injuries that require post-partum stitches]. Enferm Clínica. 2014 Aug;24(4):241–7.

## Antenatal og intrapartum massage af perineum

### Antenatal massage

*Problemstilling:* Nedsætter antenatal massage af perineum antallet af OASIS?

P: Nullipara (P0) /multipara (MP)  
 I: Antenatal massage vs.  
 C: Kvinder uden massage  
 O: OASIS

### Litteratursøgning

Litteratursøgning afsluttet dato: Oktober 2014

Databaser der er søgt i: PubMed, The Cochrane Library 2012, Issue 10.

Søgetermer: MeSH: Ovenstående + AND massage.

Cochrane: 4 RCTs med i alt 2004 P0 og 493 MP: Labrecque (2 studier, P0+MP)(1,2), Shimada (P0) (3) og Shipman (P0)(4). Studierne har meget forskellige outcomes. Desuden er der fundet et prospektivt studie (P0)(5), som ikke har påvist nogen effekt af massage. Der var ingen data på dybe vaginalbristninger og smerter efter fødsel.

### Evidens (appendiks 7, tabel 4a):

Flere studier har undersøgt effekten af antenatal og intrapartum massage af perineum. Man antager, at massage kan øge fleksibiliteten og eftergivigheden af de perineale muskler og dermed nedsætte den muskulære modstand, når barnet passerer igennem fødselskanalen. Herved kan man undgå bristninger eller behov for episiotomi.

Antenatal massage er undersøgt i et Cochrane review med 4 RCTs (2004 P0 og 493 MP)(6). Man fandt en reduktion i antallet af suturkrævende bristninger for P0 (OR 0,90 (CI 0,84-0,96)) og en reduktion i antallet af episiotomier (OR 0,83 (CI 0,73-0,95)) men ingen effekt på antallet af OASIS (OR 0,81 (CI 0,56-1,18)) (1–4).

Et nyligt prospektivt studie (P0) viste heller ingen effekt af massage på OASIS (5).

Et studie har evalueret kvindernes oplevelse af antenatal massage, samlet set er metoden velaccepteret (7).

### Resume af evidens

### Evidensgrad

Antenatal massage reducerer ikke antallet af OASIS for P0.	1a
--	----

<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Massage af perineum før fødsel anbefales ikke som beskyttelse mod OASIS.	A

### ***Intrapartum massage***

#### *Problemstilling:*

Nedsætter intrapartum massage af perineum antallet af OASIS?

- P: Nullipara (P0) / multipara (MP)  
 I: Massage eller smøring af perineum med olie / vaseline  
 C: Ingen massage af perineum  
 O: OASIS

#### *Litteratursøgning:*

Litteratursøgning afsluttet dato: November 2014

Databaser der er søgt i: The Cochrane Library 2012, Issue 10, PubMed.

Søgetermer: MeSH: Ovenstående + AND massage

#### *Evidens (appendiks 7, tabel 4b):*

Ved spontane vaginale fødsler benyttes forskellige manuelle teknikker til at lindre fødselssmerter. En metode er massage af perineum i presseperioden med eller uden olie/vaseline/gel. Hypotesen bag teknikken er, at massagen potentielt øger blodgennemstrømning, øger elasticiteten og mindsker spænding i vævet.

Den konkrete manuelle behandling kan variere mellem fødselshjælpere. Følgende variationer er de bedst undersøgte:

1. Massage af perineum i pressefasen med olie
2. Smøring af vulva i pressefasen med vaseline

Der er 6 RCTs, som belyser ovenstående (8–13). Størstedelen af studierne inkluderer få patienter og mangler derfor styrke til at kunne vise en effekt på OASIS. Et Cochrane review med 2 større RCTs (2147 kvinder)(12,8) har påvist en reduktion i antallet af OASIS (RR 0,52 (CI0,29-0,94)). Der blev ikke påvist en effekt i forhold til det samlede antal suturkrævende bristninger (6).

Der findes ingen studier, som kan belyse kvindernes evaluering af metoderne, hvorfor dette bør undersøges før det anbefales rutinemæssigt.

<i>Resume af evidens</i>	<i>Evidensgrad</i>
Intrapartum massage af perineum kan beskytte mod OASIS	1b

<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Intrapartum massage af perineum kan nedsætte antallet af OASIS.	A
Fødselshjælperen kan sammen med kvinden under fødslen overveje, om perineal massage er acceptabelt.	✓

## Referencer:

1. Labrecque M, Marcoux S, Pinault JJ, Laroche C, Martin S. Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: a pilot study. *Birth Berkeley Calif.* 1994 Mar;21(1):20–5.
2. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Mar;180(3 Pt 1):593–600.
3. Shimada M. A randomized controlled trial on evaluating effectiveness of perineal massage during pregnancy in primiparous women. *Journal of Japan Academy of Nursing Science.* 4/2005(25):22–9.
4. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 Jul;104(7):787–91.
5. Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *Isr Med Assoc J IMAJ.* 2008 Jul;10(7):499–502.
6. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD006672.
7. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2001 May;108(5):499–504.
8. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ.* 2001 May 26;322(7297):1277–80.
9. Araújo NM, Oliveira SMJV de. The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008 Jun;16(3):375–81.
10. Geranmayeh M, Rezaei Habibabadi Z, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 Jan;285(1):77–81.
11. Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H. The use of perineal massage in the second stage of labor and follow-up of postpartum perineal outcomes. *Health Care Women Int.* 2012;33(8):697–718.
12. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *J Midwifery Women's Health.* 2005;50(5):365–72.
13. Harlev A, Pariente G, Kessous R, Aricha-Tamir B, Weintraub AY, Eshkoli T, et al. Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomized-controlled double-blind trial. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2013 Sep;26(13):1328–31.

## Epidural analgesi og pudendusblokada

### *Epidural analgesi*

#### *Litteratursøgningsmetode*

Litteratursøgning afsluttet dato: November 2014

Databaser der er søgt i: PubMed

Søgetermer: Se ovenstående + AND "epidural"[All Fields]

Tidsperiode: Artikler fundet fra 1992 til 2014

Sprogområde: Engelsk

Antal artikler fundet: 30

Antal artikler fremskaffet og læst: 7 medtaget i guideline. Desuden 6 referencer fra den eksisterende DSOG guideline "Anal sphincterruptur".

Efter hvilke principper er artikler udelukket: ikke relevante, sprog, tilgængelighed af fuld tekst.

*Problemstilling:* Øges risikoen for OASIS ved anvendelse af epidural analgesi under fødsel?

P: Nulliparae (P0) / Multiparae (MP)

I: Epidural analgesi under fødsel

C: Ingen epidural analgesi under fødsel

O: OASIS

#### *Evidens (Appendiks 7, tabel 5):*

Epidural analgesi er en hyppigt anvendt metode til smertelindring under fødsel, som gennem årene har været anvendt i stigende omfang. I Danmark fik 38,4% af P0 i 2013 epidural analgesi som smertelindring under fødslen(1).

Sammenhængen mellem anvendelsen af epidural analgesi og forekomsten af OASIS er omdiskuteret. Der findes både studier, som finder en øget risiko for OASIS, at epidural analgesi er beskyttende mod OASIS og ikke finder nogen signifikant sammenhæng mellem anvendelsen af epidural analgesi og forekomsten af OASIS.

Da der ikke foreligger RCTs, er det problematisk at sammenligne de forskellige studiers resultater, idet der korrigeres for forskellige potentielle confoundere for OASIS i de forskellige studier. Nogle studier viser, at epidural analgesi øger risikoen for OASIS(2,3). Man mener, at dette kan skyldes, at epidural analgesi er medvirkende til forlænget 2. stadie af fødslen, nedsat kontrol i den sidste fase af fødselsforløbet og øget forekomst af ødem pga. nedsat mobilisering af den fødende - faktorer der i sig selv øger risikoen for OASIS. Gerdin E et al.(4) fandt øget forekomst af instrumentelle forløsninger og episiotomi ved fødsler, hvor der anvendes epidural analgesi. En metaanalyse af 11 artikler publiceret frem til 2011 finder øget forekomst af OASIS ved anvendelsen af epidural analgesi (OR 1,95 (95% CI, 1,63–2,32)), det angives dog ikke hvilke potentielle confoundere der eventuelt er korrigeret for (5).

Flere studier viser, at epidural analgesi nedsætter risikoen for OASIS med 10-30% efter korrigeret for en række potentielle confoundere(6–10). Et stort dansk populationsbaseret registerstudie finder, at epidural analgesi skifter fra at være en signifikant risikofaktor til at blive en signifikant beskyttende faktor, når der korrigeres for en række maternelle, føtale og obstetriske faktorer(6).

Loewenberg-Weisband et al. fandt, at epidural analgesi ikke i sig selv var en risikofaktor for forekomsten af OASIS (OR 0,95 (95% CI: 0,69–1,29), NS) efter kontrol for mulige confoundere(11). To studier finder ligeledes ingen signifikant sammenhæng mellem anvendelsen af epidural analgesi og forekomsten af OASIS(12,13).



Den kausale sammenhæng mellem anvendelsen af epidural analgesi og forekomsten af OASIS er således kompleks, idet der er mange faktorer som påvirker både risikoen for OASIS og behovet for epidural analgesi. I klinisk praksis er det vanskeligt at adskille de forskellige risikofaktorer, og baseret på litteraturgennemgang er der fortsat ingen entydig belysning af sammenhængen mellem anvendelsen af epidural analgesi og risikoen for OASIS.

<i>Resume af evidens</i>	<i>Evidensgrad</i>
Der er ingen entydig sammenhæng mellem anvendelsen af epidural analgesi og forekomsten af OASIS.	2b
<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Anvendelse af epidural analgesi i sig selv giver formentlig ikke anledning til øget forekomst af OASIS.	B

### ***Pudendus analgesi***

#### *Litteratursøgningsmetode:*

Litteratursøgning afsluttet dato: November 2014

Databaser der er søgt i: PubMed

Søgetermer: Se ovenfor + AND (pudendal OR pudendal block OR pudendal nerve block).

Tidsperiode: Artikler fundet fra 1968 til 2014

Sprogområde: engelsk

Antal artikler fundet: 61

Antal artikler fremskaffet og læst: 2 medtaget i guideline.

Efter hvilke principper er artikler udelukket: ikke relevante, sprog, tilgængelighed af fuld tekst.

*Problemstilling:* Øges risikoen for OASIS ved anvendelse af pudendus-blokade under fødsel?

P: Nulliparae (P0) / Multiparae (MP)

I: Pudendusblokade under fødsel

C: Ingen pudendusblokade under fødsel

O: OASIS

#### *Evidens:*

Pudendusblokade kan bruges både som analgesi under fødslen, og efter fødslen ved suturering af fødselslæsioner, såsom OASIS. I det danske fødselsregister skelnes ikke mellem pudendusblokade anlagt før eller efter fødselstidspunktet. Der foreligger derfor ikke danske data, omhandlende antallet af kvinder med pudendusblokade som smertelindring under fødslen, hvorfor registerforskning ikke kan afdække hvorvidt pudendusblokade påvirker risikoen for OASIS i Danmark.

Ved litteraturgennemgang findes der et Cochrane review, som vurderer RCTs der bruger pudendusblokadens smertestillende effekt. Ingen af de inkluderede studier beskriver risikoen for OASIS i forhold til pudendusblokade(14).

I et retrospektivt kohortestudie fra et hospital i USA, findes at pudendusblokade er en væsentlig risikofaktor for OASIS (OR 5,63 (95% CI 4,72-6,71) p=0,0001) efter korrektion for potentielle confoundere(15).

Der er således begrænsede data at konkludere noget klinisk ud fra, og der er behov for studier, som vurderer om pudendusblokada påvirker risikoen for OASIS.

<i>Resume af evidens</i>	<i>Evidensgrad</i>
Der er meget sparsomme data som sammenholder anvendelsen af pudendusblokada med forekomsten af OASIS.	3

<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
På baggrund af eksisterende data er det ikke muligt at fremstille kliniske rekommandationer angående anvendelsen af pudendusblokada i relation til forekomsten af OASIS.	C

#### Referencer:

1. Sygehusfødsler og komplikationer [Internet]. Statens Serum Institut; Available from: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Specifikke%20omraader/Fodsler%20og%20aborter/Fodsler%20og%20komplikationer.aspx>
2. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell PR, O'Herlihy C. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol.* 1998 Dec;92(6):955–61.
3. Baghestan E, Irgens LM, Børdahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol.* 2010 Jul;116(1):25–34.
4. Gerdin E, Sverrisdottir G, Badi A, Carlsson B, Graf W. The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007 Aug;47(4):286–90.
5. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2014 Apr;125(1):6–14.
6. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Jan;210(1):59.e1–6.
7. Rygh AB, Skjeldestad FE, Körner H, Eggebø TM. Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. *BMJ Open.* 2014;4(7):e004592.
8. Eskandar O, Shet D. Risk factors for 3rd and 4th degree perineal tear. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* 2009 Feb;29(2):119–22.
9. Baumann P, Hammoud AO, McNeeley SG, DeRose E, Kudish B, Hendrix S. Factors associated with anal sphincter laceration in 40,923 primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Sep;18(9):985–90.
10. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jul;189(1):255–60.

11. Loewenberg-Weisband Y, Grisar-Granovsky S, Ioscovich A, Samueloff A, Calderon-Margalit R. Epidural analgesia and severe perineal tears: a literature review and large cohort study. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2014 Mar 3;
12. Burrell M, Dilgir S, Patton V, Parkin K, Karantanis E. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries and postpartum anal and urinary incontinence: a case-control trial. *Int Urogynecology J.* 2014 Jul 31;
13. Rognant S, Benoist G, Creveuil C, Dreyfus M. Obstetrical situations with a high risk of anal sphincter laceration in vacuum-assisted deliveries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Jul;91(7):862–8.
14. Novikova N, Cluver C. Local anaesthetic nerve block for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;4:CD009200.
15. Riskin-Mashiah S, O'Brian Smith E, Wilkins IA. Risk factors for severe perineal tear: can we do better? *Am J Perinatol.* 2002 Jul;19(5):225–34.

### Perineal protection device

*Litteratur søgningsmetode:* Se ovenfor + AND device.

*Problemstilling:* Nedsættes risikoen for OASIS ved anvendelse af perineal protection device?

- P: Vaginalt fødende kvinder med barn i hovedpræsentation  
 I: Med perineal protection device.  
 C: Almindelige håndgreb - perineum støtte med fingre eller håndflade iht. afdelingens procedurer  
 O: Vaginale og perineale bristninger

*Evidens:*

Et svensk studie har undersøgt den beskyttende effekt af et perineal protection device i forhold til risikoen for bristninger ved vaginal fødsel(1).

Studiet er et multicenter åbent RCT med 1148 inkluderede kvinder, som ved randomiseringen blev allokeret til intervention (brug af device) eller kontrol gruppe (perineum støtte med fingre eller håndflade iht. afdelingens procedurer). Der var ingen signifikante forskelle i obstetriske eller føtale karakteristika i de to grupper.

Devicet (en blød gummiplade med ”vinger” i vagina og på perineum) indsættes før caput kroner sv.t. commisura posterior og holdes fast vha. tryk mod perineum.

Man fandt ingen reduktion i hyppigheden af OASIS eller labia-bristninger i interventionsgruppen. Dog fandt man, at devicet havde en beskyttende effekt mod øvrige mindre bristninger ( $p < 0,05$ , NNT 12), og de vaginale bristninger var kortere ( $p = 0,006$ ). Ved eksklusion af de patienter i interventionsgruppen, som ikke brugte devicet blev effekten hos P0 tydeligere. Længden af den perineale bristning var ligeledes signifikant kortere i interventionsgruppen blandt P0 ( $p = 0,001$ ). En svaghed ved studiet er, at det ikke var blindet, dvs. at jordemoderen selv målte bristningen. En "ekstern måler" ville have nedsat risiko for bias.

Relativt mange i interventionsgruppen brugte ikke device (47%) og blev derved ekskluderet, hvilket medfører at data ikke længere kan analyseres ud fra intention to treat analyse, men må betragtes som observationelle data. Ingen i kontrolgruppen blev ekskluderet.

Device kræver at man holder på det ellers falder det ud, og derved benyttes et ikke defineret håndgreb, samtidig må man formode at man derved også nedsætter tempoet ved caputs fødsel.

#### *Resume af evidens*

#### *Evidensgrad*

Der er ingen forskel i antallet af OASIS ved anvendelse af Perineal protection device	1b
---	----

#### *Kliniske rekommandationer*

#### *Styrke*

Brug af Perineal protection device anbefales ikke, da det ikke beskytter mod OASIS .	A
--	---

#### Reference:

1. Lavesson T, Griph I, Skärvad A. A perineal protection device designed to protect the perineum during labor: a multicenter randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol (2014)

### **Implementering:**

#### ***Forslag til praktisk gennemførelse af projekt for at nedbringe antallet af OASIS i Danmark***

Erfaringer fra Norge og Danmark viser, at det ikke er tilstrækkeligt blot at have fokus på OASIS for at kunne nedbringe antallet. Der kræves helt konkrete og vedvarende tiltag, der involverer både læger og jordemødre med fødegangsarbejde.

#### *Organisering*

Projektets gennemførelse er helt afhængig af ledelsesmæssig opbakning, og at man derfra beslutter, at alle skal bruge ”den nye måde” at forløse på. Den anbefales at anvende ”den norske model”. Det er hensigtsmæssigt at en mindre gruppe læger og afdelingsjordemødre (eller lignende) bliver ansvarlige for den praktiske del af gennemførelsen af projektet. Disse udpeger en gruppe af ”ambassadører”, f. eks. samtlige afdelingsjordemødre, der oplæres i de nye teknikker og derefter selvstændigt kan undervise i disse til de øvrige ansatte på fødegangen.

#### *Diagnostik*

Det anbefales i projektperioden at oplære jordemødre og læger i korrekt diagnostik af OASIS og benytte sig af second-opinion i tvivlstilfælde.

#### *Certificering*

Der har på flere fødesteder i Danmark været hensigtsmæssigt at indføre certificering af både læger og jordemødre, for at sikre ensartet anvendelse af ”den nye forløsningsmåde”. Dette gælder både den første teoretiske del, ”hands-on”-træning på fantom og efterfølgende certificering på fødestue. Certificeringen skal desuden sikre, at alle får den nødvendige undervisning og at dette kan dokumenteres.

### *Etik*

Projektet skal inkludere alle fødende på afdelingen og er et kvalitetssikrings projekt, hvorfor der ikke skal søges om tilladelse hos videnskabsetisk komité.

### *OASIS audit og monitorering*

Det er en god idé at bruge de enkelte cases med OASIS i lærings øjemed. Flere afdelinger beder de tilstedeværende ved en fødsel med OASIS om sammen at dokumentere, hvilke obstetriske og andre komplicerende faktorer der spillede ind. OASIS-audit skal udelukkende have til formål at styrke egen læring og refleksion, hvorfor ledelsen og styregruppen skal bakke op om åbenheden. Desuden anbefales det, at man løbende dokumentere resultaterne, således at læger og jordemødre kan følge processen og sikre en lav incidens af OASIS.

### *Andre tiltag*

Kopforløsning er en hyppig årsag til OASIS, derfor anbefales det, at der løbende trænes i kopforløsning både for at sikre at den korrekte teknik anvendes ift. fleksionspunkt, trækretning, etc. og for at sikre at de relevante håndgreb benyttes, således at perineum beskyttes mod OASIS (Se Sandbjerg guideline om kopforløsning, 2015).

### *Hvem bør have et projekt?*

Det anbefales at samtlige afdelinger i Danmark indfører ”den norske model” for at nedsætte incidensen af OASIS. Såfremt det i Danmark lykkes at halvere antallet af OASIS, hvilket har været tilfældet i Norge, vil det betyde at ca. 650 førstegangsfødende hvert år kan undgå OASIS og de heraf følgende gener.

### *Hvordan kommer vi i gang?*

Da der er flere afdelinger i Danmark, der har igangværende projekter for at nedsætte antallet af OASIS, kan man henvende sig til medlemmerne af denne guidelineegruppe og få relevante kontaktoplysninger for inspiration, tips og konkrete forslag til, hvordan man kommer videre.

### Litteratur:

Langley G et al. The Improvement Guide. A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. Second Edition. Jossey-Bass 2009.

## **Monitorering:**

### *Kvalitetsindikatorer til evaluering i egen afdeling:*

NIP – indikator nr. 3: ”Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger på mellemkødet (grad III og IV)”.

Standarden i Danmark er sat til  $\leq 6\%$ .

### Anden evaluering i afdelingerne:

NIP – indikator nr. 8: Andelen af førstegangsfødende, der får anlagt episiotomi

**Kodning:**

*Diagnosekoder (se guidelinen "Sphincterruptur under fødsel" for kodeskema ol.):*

- Perineallæsion ved fødslen, Grad 1 DO700
- Perineallæsion ved fødslen, Grad 2 DO701  
Perineallæsion med læsion af den rectovaginale fascie DO701B
- Perineallæsion ved fødslen, Grad 3  
Perineallæsion med delvis ruptur af den eksterne analsphincter (<50%) DO702D\*  
Perineallæsion med total ruptur af den eksterne analsphincter (>50%) DO702E\*  
Perineallæsion med ruptur af den interne analsphincter (<50%) DO702F\*
- Perineallæsion ved fødslen, Grad 4 DO703\*
- Isoleret læsion af rektal-anal slimhinde ved fødslen (knaphulslæsion) DO704\*

*Indgrebskoder:*

- Sutur af vagina efter fødsel KMBC10
- Sutur af vulva efter fødsel KMBC20
- Sutur af inkomplet perinealruptur efter fødsel KMBC30
- Sutur af komplet perinealruptur efter fødsel KMBC33\*

\* ovenstående anvendes ALTID ved Grad 3 og 4 rupturer, samt ved DO704

## ”Prevention of obstetric anal sphincter injuries (OASIS)” - National Danish Guideline Recommendations, Sandbjerg 2015

During the last decade the incidence of OASIS in Denmark has increased. In Norway colleges have been able to reduce the incidence of OASIS by 50-70% by using the Finnish method of manual protection of perineum during crowning.

<i>Evidence</i>	<i>Level of evidence</i>
To reduce the incidence of OASIS in Denmark, all delivery wards should initiate projects to educate accoucheurs in techniques of manual protection of the perineum.	B
To protect the perineum, it is recommended to use the “Norwegian model”: <ul style="list-style-type: none"> <li>- The perineum should be visible during crowning.</li> <li>- The left hand reduces the speed of the caput during crowning.</li> <li>- The right hand protects the perineum using the Finish/Norwegian hand grip.</li> <li>- The woman is encouraged not to push during delivery of the caput.</li> </ul>	B
Woman should be encouraged to push in the way she finds most comfortable.	A
Episiotomy should be used restrictively.	A
If used, mediolateral episiotomy is recommended. The angle from the midline of the posterior fourchette should be of minimum 60° when perineum is fully distended.	A
Immediately after the episiotomy is performed the perineum should be protected manually to avoid rapid delivery of the caput.	✓
Episiotomy should be considered when known risk factors of OASIS are present; e.g. instrumental delivery, nulliparous women, large fetal weight, occiput posterior, etc.	B
During the second stage of labor the woman should be encouraged to be in the position she finds most comfortable, taking relevant fetal monitoring into account.	B
In the final phase of second stage of delivery, when the fetal head crowns, it is recommended that the woman is in a position where the accoucheur can see the perineum and use the recommended hand grip.	B
If the woman wants to deliver in water, she should be informed that it is not possible to use the recommended hand grip, however, water births does not seem to increase the incidence of OASIS in low risk deliveries.	B
A warm cloth on the perineum during the second stage of delivery can reduce the incidence of OASIS.	A
During crowning, the warm cloth should be removed to allow visualization of the perineum.	✓
Intrapartum massage of the perineum reduces the incidence of OASIS.	A
During delivery, the accoucheur can together with the woman evaluate whether intrapartum massage of the perineum is acceptable.	✓

For further information, please contact the authors.

## **Referenceliste:**

Se underemner.

## **Appendikser:**

- Appendiks 1: COI for forfattere og reviewere
- Appendiks 2: Evidenstabeller
- Appendiks 3: Beskrivelse af de forskellige håndgreb
- Appendiks 4: Foto og film af håndgreb
- Appendiks 5: Episiotomivinkler
- Appendiks 6: Patientinformation



## Appendiks 1: COI for forfattere og reviewere

Reservelæge Jimmi Elers: no COI

Reservelæge Anne Gamst Christensen: no COI

Reservelæge Ninna Sønderby Lund: no COI

Reservelæge, ph.d.-studerende Hanna Jangö: Registerforskning og spørgeskemaundersøgelser om OASIS. Initiativtager på Herlev Hospital til projekt om nedsættelse af antallet af OASIS

Reservelæge Lisa Grange Persson: no COI

Reservelæge Pia Damgaard Colding: no COI

Afdelingslæge Stine Leenskjold: Initiativtager på Sygehus Vendsyssel til projekt om nedsættelse af antallet af OASIS

Overlæge, ph.d., klinisk lektor Hanne Brix Westergaard: Initiativtager på Hillerød Hospital til projekt om nedsættelse af antallet af OASIS.

Jordemoder Sara Kindberg: Ph.d. om suturering af fødselsbristninger. Deltaget i NKR i Sundhedsstyrelsen om anal inkontinens. Bestyrelsesmedlem i Gynzone Aps., lønnet heraf, samt foredragsholder, underviser og udvikler. Gynzone Aps. er en dansk virksomhed som udvikler undervisningsmateriale om fødselsbristninger og forebyggelse heraf.

Reservelæge Ditte Gommesen: no COI

Reservelæge Malene Skorstensgaard: no COI

Overlæge Ole B Rasmussen: Leder af projekt på Herning-Holstebro Hospital af projekt om nedsættelse af antallet af OASIS.

Reviewere:

Mirjam Lukasse: No COI.

Rikke Damkjær Maimburg: No COI.

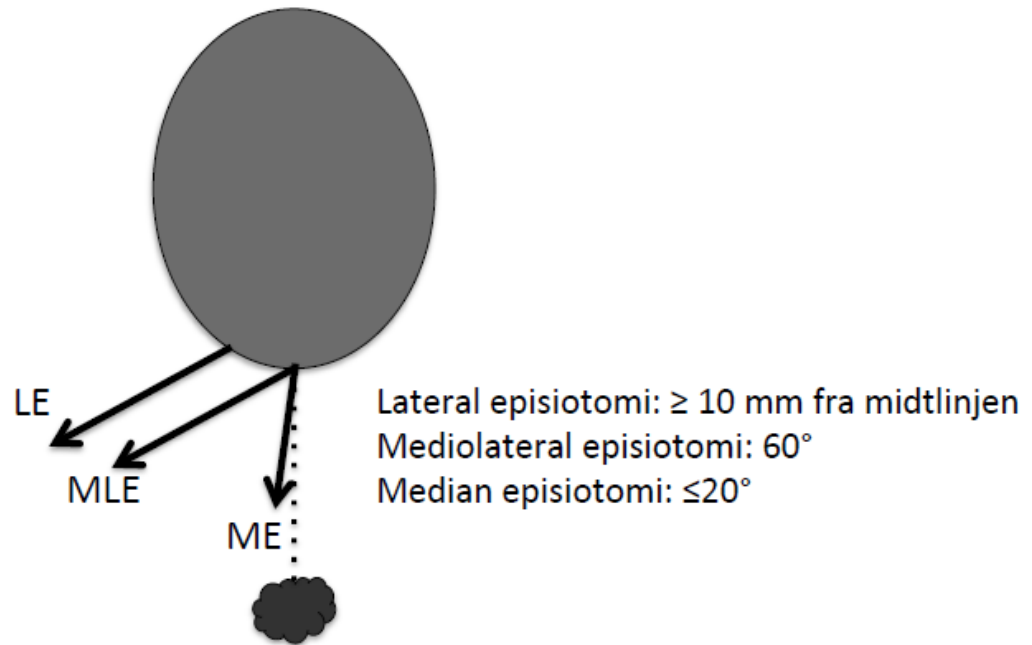
**Appendiks 2:**  
**Foto af ”Det finske håndgreb”**

Det ”finske” håndgreb a.m. Katariina Laine  
(fotograf: [Sakari Sahlstein](#)):



Tak til Katariina Laine.

### Appendiks 3: Episiotomivikler



#### **Appendiks 4: Patientinformation – forebyggelse af bristninger af endetarmens lukkemuskel under fødslen**

Under fødslen får mange kvinder bristninger i skeden og mellemkødet. De fleste bristninger er mindre og heler fint. Nogle få kvinder (ca. 4%) får en alvorlig fødselsbristning, der involverer endetarmens lukkemuskel. Bristningen syes sammen efter fødslen, men nogle kvinder får alligevel problemer med at holde på luft og afføring, eller får smerter ved samleje. Der er større risiko for en alvorlig bristning, hvis man er førstegangsfødende, hvis barnet er stort, eller hvis der bliver lagt en sugekop for at hjælpe barnet ud.

Norske undersøgelser har vist, at man kan mindske risikoen for bristning af endetarmens lukkemuskel, hvis man bruger teknikker, der beskytter mellemkødet mod bristninger. Disse teknikker bruger vi i vores afdeling.

For at jordemoderen kan bruge denne teknik, skal hun kunne se og med sine hænder støtte dit mellemkød, mens du føder dit barn. Dette betyder i praksis, at du lige når barnet skal fødes skal ligge ned.

Jordemoderen støtter så dit mellemkød med den ene hånd og styrer farten af barnets hoved med den anden hånd. Hun guider dig samtidig, så du i den allersidste fase af fødslen ”gisper” i stedet for at presse barnet ud. At ”gispe” betyder at trække vejret overfladisk og hurtigt. Allerede tidligt i fødslen kan du tale med din jordemoder om, hvordan man ”gisper”, så du er godt forberedt.

## Appendiks 5: Historie

Historisk er der beskrevet forskellige typer af håndgreb og interventioner for at støtte perineum under fødslen. Fødestillingerne har oftest været beskrevet som liggende på ryggen eller i sideleje. Håndgreb for at støtte mellemkødet med flad hånd ved forløsning af caput er allerede beskrevet i Tyskland i 1838(1).

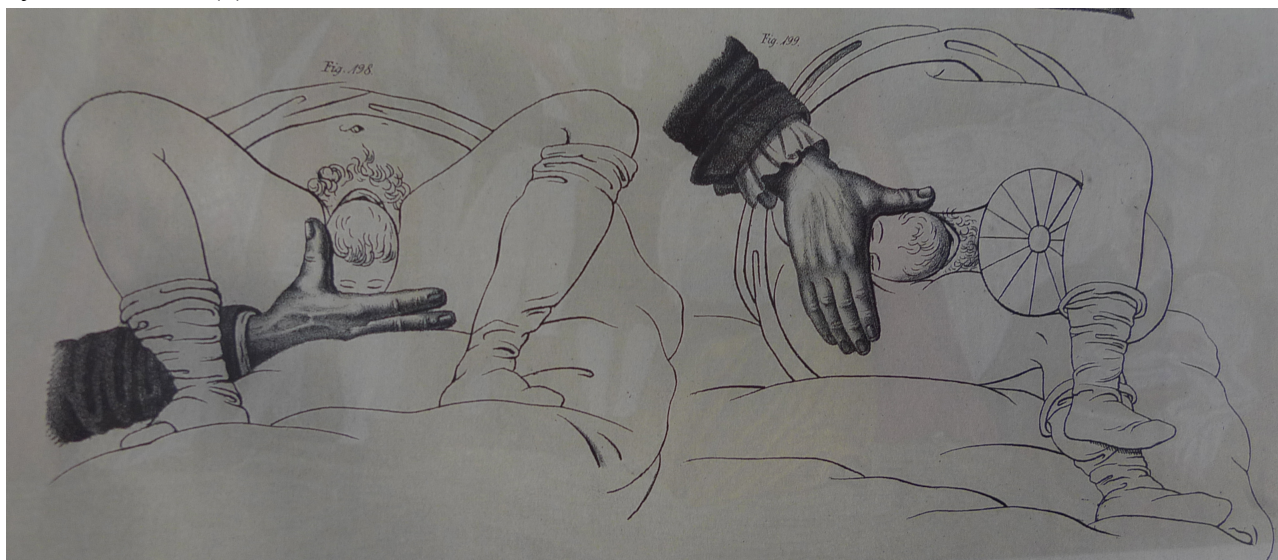


Illustration fra Busch 1838

I 1920 beskrives, hvorledes perineum skal støttes, både når caput og skuldrene fødes. Håndgrebet refereres til som "Wien-metoden"(2).

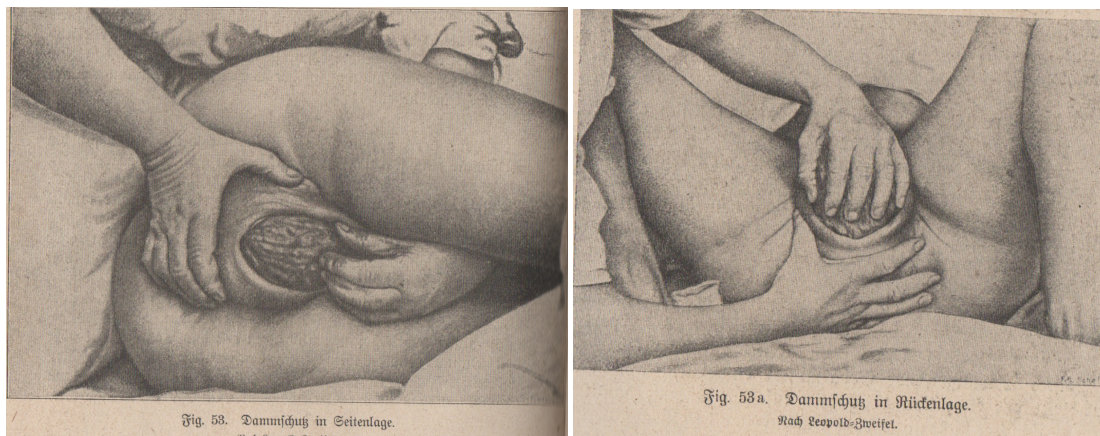


Illustration fra Hebammen-Lehrbuch 1920

Den danske "Haandbog for Jordemødre" af E. Hauch (1920) nævner ikke noget om håndgreb i forhold til perineum og caputs fødsel (3).

I Dyre Trolles "Ars Pariendi" (1963) anbefales, at Ritgens håndgreb benyttes som rutine ved vaginal fødsel. Perineum støttes til caput er kronet, hvorefter caput med højre hånd bag rectum fremløftes i en ve-pause. Under proceduren skal perineum nøje overvåges, og det nævnes som væsentligt, at perineum får god tid til at blive elastisk, og at kvinden ikke presser for hårdt. Episiotomi anbefales kun på indikation. I næste ve anbefales det først at forløse forreste skulder og dernæst bagerste skulder (4).



Illustration fra *Ars Pariendi* 1963

I 1970'erne opstod en kritisk holdning til mange af fødselshjælpens rutiner, bl.a. undersøgte man effekten af episiotomi. Ingen af de gennemførte RCTs kunne påvise en beskyttende effekt mod OASIS, hvorfor episiotomi som rutineindgreb derefter blev frarådet i den videnskabelige litteratur (5). Emnet er diskuteret intensivt og endnu ikke uddebatteret. Desuden er der lande imellem meget forskellige traditioner for indikationen for brug af episiotomi. I Danmark har man gennem de sidste 10-20 år brugt episiotomi meget restriktivt, og kun på føtal indikation, dvs. ved mistanke om asfyksi, mens man i andre lande foretager episiotomi på vid indikation, f.eks. på alle som forløses med kop.


I 1970'erne gjorde flere kvinder oprør mod, at fødende kvinder skulle ligge på ryggen. Den franske obstetriker Michael Odent anbefalede vandfødsler for at fremme den naturlige fødsel og moderens mulighed for at bevæge sig.

I samme periode publiceredes en række populære bøger om aktiv fødsel, hvor en stor variation i fødestillinger blev vist og anbefalet (6).

#### Referencer:

1. Busch D. *Abbildungen zur theoretischen und praktischen Geburtskunde*.
2. *Hebammen-Lehrbuch des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt*. Springer Verlag;
3. Hauch E. *Haandbog for Jordemødre*. København: Gyldendals Boghandel;
4. Trolle D. *Ars Pariendi*. FADLs forlag;
5. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2014 Oct 6]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>
6. Balaskas J. *Aktiv fødsel. Graviditetsøvelser og naturlige fødestillinger*. Borgens Forlag

## Appendiks 6: Beskrivelse af håndgreb

<p>Myrfield K, Brook C, Creedy D. Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth. <i>Midwifery</i> (1997) 13, 197-201</p>	<p><b>Ritgen's håndgreb</b> Når caput udvider perineum under en kontraktion til en diameter på cirka 5 cm udøver den ene hånd et fremadrettet tryk igennem perineum lige foran os coccygis, mens den anden hånd udøver et tryk fortil mod caput. Derved kontrollerer fødselshjælperen fødslen af caput under presseveerne. Samtidig faciliterer dette extension, således at caput fødes med dets smalleste diameter igennem introitus og hen over perineum.</p>  <p><small>Fig. 3 The Ritgen maneuver is applied to the baby's head as it emerges from the woman's vaginal opening. The presenting diameter is changed from the suboccipitobregmatic diameter (A) to the occipital-frontal diameter (B), which is a larger diameter (adapted by kind permission of Appleton &amp; Lange, Cunningham et al 1997 Williams obstetrics 20th edn, p. 462).</small></p> <p>(Cunningham et al 1993, p.381)</p>
<p>McCandlish R et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. <i>BJOG</i> 1998;vol 105, pp 1262-1272</p>	<p><b>'Hands poised' -metode (hænder klar)</b> Jordemoderen har sine hænder parate, klar til at lægge let tryk på caput, såfremt der viser sig en hurtig fremdrift i fødslen Herudover rører fødselshjælperen ikke ved caput eller perineum og tillader spontan fødsel af skuldrene.</p>
<p>Pirhonen J et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland – result of difference in manual help to the baby's head. <i>AOGS</i> 1998;72:974-977</p>	<p><b>"Den finske model"</b> Beskrives med hånd på caput + fingrene på perineum til støtte + instruere moren i at gispe.</p>
<p>McCandlish R et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. <i>BJOG</i> 1998;vol 105, pp 1262-1272</p>	<p><b>"Hands on metoden"</b> Jordemoderens hænder lægger pres på caput med den hensigt, at flexion vil øges samtidig med, at hun overvåger perineum samt anvender lateral flexion for at fremhjelpe skuldrene.</p>
<p><a href="#">Laine et al.</a> Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. <i>BMJ</i> Open 2012;2:e001649. doi:10.1136/bmjopen-2012-001649</p>	<p><b>"Den norske model"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sænke hastigheden af caputs fødsel m. venstre hånd.</li> <li>- støtte og "squeeze" perineum med 1. og 2. finger kl. 3 og 9.</li> <li>- kommunikation om at undgå at presse, således at caput gispes ud.</li> <li>- lateral/mediolateral episiotomi ved behov – undgå median.</li> <li>- visualisering af perineum nævnes i andre referencer som en del / implicit del af modellen.</li> </ul>
<p>McCandlish R et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. <i>BJOG</i> 1998;vol 105, pp 1262-1272</p>	<p><b>Hands off</b> Ved fødslen støtter fødselshjælperen caput med den ene hånd og torso med den anden. Fødselshjælperen skal manuelt rotere caput og anvende et let nedadrettet tryk. Når forreste skulder er født, anvendes let opadrettet træk til forløsning af bagerste skulder.</p>

## **Appendiks 7: Evidenstabeller**