



Societat Catalana
de Cirurgia

“Via del part després d’una lesió de l’esfínter anal”

Document de consens

Societat Catalana Obstetrícia i Ginecologia - Societat Catalana de Cirurgia

Coordinació: Dra. Eva Martínez.

Societat Catalana d’Obstetrícia i Ginecologia (SCOG); Secció Sòl Pelvià: Dr. Oriol Porta, Dra. Judith Lleberia, Dra. Eva Martínez.

Societat Catalana d’Obstetrícia i Ginecologia (SCOG); Secció Materno-Fetal: Dr. Manel Mendoza.

Societat Catalana Cirurgia (SCC): Dr. David Parés, Dra. Marta Climent, Dr. Ricard Sales.

RESUM DE RECOMANACIONS

| RECOMANACIONS | |
|---|--|
| Generals | |
| <ol style="list-style-type: none">1. Es recomana proporcionar informació dels riscos del part vaginal i de la cesària per tal que la gestant pugui decidir la via del part.2. Es recomana fomentar la participació de la gestant i tenir en compte llurs preferències en la decisió respecte la via del part.3. Es recomana informar que existeix un augment del risc entre 3-6 vegades de patir una nova lesió si es realitza un part vaginal respecte una cesària.4. Es recomana informar que una nova lesió esfinteriana augmentaria el risc de patir incontinència anal x1,5 vegades, inclús a llarg termini.5. Es recomana informar que l'objectiu principal ha de ser que no apareguin o empitjorin els símptomes d'incontinència anal. | |
| Respecte la via del part | |
| <ol style="list-style-type: none">6. No es recomana el part vaginal en tots els casos.7. No es recomana realitzar una cesària en tots els casos.8. Es recomana una conducta preventiva basada en els factors de risc de lesió obstètrica de l'esfínter anal :<ol style="list-style-type: none">i. Es recomana evitar la pràctica d'un part instrumentat.ii. Si hi ha necessitat d'instrumentació, s'ha de prioritzar l'ús de vacuum obstètric.iii. Es recomana practicar una cesària si durant el treball de part s'anticipa un part difícil o instrumentat.iv. Es recomana practicar una cesària si hi ha sospita de fetus macrosoma.9. Es recomana practicar una cesària quan la pacient té símptomes moderats o severs de incontinència (Wexner > 9 / St Mark's > 8).10. Es recomana practicar una cesària sempre que s'hagi realitzat una reparació secundària*. | |
| Respecte la realització d'una episiotomia | |
| <ol style="list-style-type: none">11. No es recomana la pràctica sistemàtica d'episiotomia si es realitza un part vaginal12. Es recomana que si es realitza un part vaginal i es considera indicada la pràctica d'episiotomia, aquesta ha de ser sempre episiotomia mediolateral. | |
| Respecte els resultats de les proves diagnòstiques | |
| <ol style="list-style-type: none">13. Es pot recomanar un part vaginal en pacients asimptomàtiques, quan l'ecografia endoanal i la manometria anorrectal són normals. | |

* reparació secundària s'entén com aquella realitzada degut al desenvolupament de símptomes de incontinència anal (Sultan, A.H. (2003). Primary and Secondary Anal Sphincter Repair. In: Stanton, S.L., Zimmern, P.E. (eds) Female Pelvic Reconstructive Surgery. Springer, London.
https://doi.org/10.1007/978-1-4471-0659-3_11)

ANTECEDENTS

L'etiologia de les lesions de l'esfínter anal és diversa: traumatismes en la zona anal, hemorroidectomia, tractament quirúrgic de la fisura anal i, en la dona, la més freqüent són les lesions obstètriques de l'esfínter anal.

Les lesions obstètriques de l'esfínter anal són lesions perineals severes que es poden produir durant qualsevol tipus de part. Existeixen una sèrie de factors de risc associats a la producció d'aquest tipus de lesions, com per exemple, el part instrumental, la primiparitat, el pes neonatal, la posició occipitoposterior del cap fetal o l'existència d'una lesió prèvia a l'esfínter anal [1,2]. Alguns d'aquest factors són modificables, com per exemple, el control del pes fetal o la rotació del cap fetal intrapart per evitar la seva sortida en posició anòmala, però d'altres, com l'existència d'un antecedent de lesió esfinteriana, no ho són [3].

Les lesions obstètriques de l'esfínter anal són la causa més freqüent d'incontinència anal en la població jove. La incontinència anal és definida com la pèrdua involuntària de gasos i/o femta líquida o sòlida per l'anús (incontinència passiva), o la incapacitat per a diferir la defecació voluntària (incontinència d'urgència) [4][5] i genera un impacte significatiu en la qualitat de vida de les persones que la pateixen [6].

Dos metaanàlisis de l'any 2015 i 2020 mostren una prevalença d'incontinència anal, a curt termini després d'una lesió obstètrica de l'esfínter anal, molt variada, amb un rang entre el 2,16-36,7% [7,8]. A més, les persones amb aquest antecedent tenen dos vegades més de risc de presentar incontinència anal, al llarg de la seva vida, que aquelles que no han patit una lesió d'aquest tipus durant el part [9].

La incidència d'aquest tipus de lesió varia del 0,5 al 11% dels parts vaginals [10,11]. Considerant una incidència mitja del 5%, podem estimar que a Europa cada any es poden produir unes 100.000 lesions obstètriques de l'esfínter anal, a Espanya podrien ser més de 10.000 anuals i a Catalunya al voltant de 2000.

Moltes d'aquestes persones, posteriorment afrontaran un nou embaràs i part, fet que genera la necessitat de conèixer i actualitzar les recomanacions que podem fer els professionals.

L'evidència actual en relació a aquest tema és àmplia però limitada i per aquest motiu es planteja la redacció d'aquest document.

DESENVOLUPAMENT DEL DOCUMENT

L'objectiu general del projecte va ser realitzar un document amb pautes de recomanació relatives a la via del part en casos d'antecedent de lesió de l'esfínter anal, dirigit als professionals que es dediquen al seguiment de l'embaràs i assistència al part.

A l'any 2021 es va crear un grup de treball multidisciplinari, integrat per 7 membres; 4 membres de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia (3 corresponents a la Secció de Sòl Pelvià i un de la Secció de Medicina Materno-fetal) i 3 membres de la Societat Catalana de Cirurgia.

Com a punt de partida pel treball de recerca, es va plantejar la pregunta d'investigació "Quina via del part podem recomanar en gestants amb antecedent d'una lesió de l'esfínter anal?". Aquesta es va traslladar a un format PICO per acotar els punts sobre els quals fer la cerca bibliogràfica:

| | |
|--------------------|---|
| Pacient | Gestants amb antecedent de lesió obstètrica de l'esfínter anal |
| Intervenció | Part vaginal |
| Comparació | Cesària |
| Outcomes | Incidència de nova lesió Preferència de la gestant per la via del part Aparició/empitjorament d'incontinència anal Reparació secundària Riscos part amb cesària |

Es van crear 3 subgrups de revisió entre els 7 membres per detectar els articles potencialment elegibles, mitjançant l'avaluació dels abstract. Cada subgrup va realitzar la cerca de forma independent.

La cerca es va realitzar identificant els estudis rellevants a través de MEDLINE (via PubMed), EMBASE (via Ovid) y CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials) des de l'any 2012 fins al 2021 sense limitació d'idioma. De forma addicional es van revisar manualment les referències bibliogràfiques dels articles seleccionats.

Els termes mèdics (MeSH) utilitzats en la cerca es van centrar en els ítems de la pregunta PICO: incidència de nova lesió, preferència de la gestant per la via del part, grau de satisfacció després del segon part, aparició d'incontinència anal, empitjorament d'incontinència anal, severitat d'incontinència anal, necessitat de reparació secundària, riscos part amb cesària i es combinen mitjançant els operadors booleans AND i OR.

Cada subgrup de revisió realitza un llistat dels articles candidats. La inclusió es centra en estudis RCT i nRCT i es descarten els estudis retrospectius, les revisions sistemàtiques, les series de casos i case reports.

Davant la impossibilitat de realitzar una revisió sistemàtica per la manca d'estudis randomitzats, es va realitzar una revisió no sistemàtica dels articles cercats i es va decidir optar per redactar un document de consens mitjançant la metodologia Delphi [12,13,14].

Dels 516 articles identificats, es van eliminar 350 per estar duplicats o ser considerats irrellevants. Es van revisar un total de 150 articles, dels quals es van incloure 59 la revisió final.

Es va crear en aquest moment el grup coordinador del mètode, constituït pels 7 membres inicials i un grup d'experts, integrat per 21 membres de la SCOG i 14 membres de la SCC, amb demostrada experiència clínica i en recerca i publicacions sobre el part i les lesions obstètriques de l'esfínter anal, incloent els propis membres coordinadors (Annexe 1).

A partir de la revisió no sistemàtica i dels punts d'"outcomes" de la pregunta PICO, el grup coordinador va dissenyar els 20 punts del qüestionari Delphi. La resposta d'aquests és tancada i s'havia de respondre en funció del grau d'acord/desacord amb el tema que es planteja en una escala de Likert de 6 punts, del 0 (totalment en desacord) al 5 (totalment d'acord) (Annexe 2).

Es va decidir realitzar un total de 3 rondes, ja que es va considerar el no consens com un resultat en sí sobre l'opinió dels experts que participaven en el mètode. Es va considerar que s'arribava al consens si el 75% [14] de les respostes s'aglutinaven en els dos valors extrems de l'escala de valoració (0-1 o 4-5). Les qüestions a les que s'arribava als consens no es van incloure en les següents rondes. En la darrera ronda es va deixar un espai obert per comentar.

Els qüestionaris es van enviar al grup d'experts via electrònica amb un formulari Google Forms i les respostes van ser anònimes.

Un cop finalitzades les 3 rondes, es redactà un resum de les qüestions tractades a formulari, incloent aquelles en les que s'havia arribat al consens i aquelles en les que no. El document va ser revisat primer pel grup coordinador i posteriorment pel grup d'experts.

La revisió de les conclusions va aportar, en alguns dels punts, comentaris de discrepància. Considerant aquests comentaris com un nivell d'evidència III ("Opinió de l'expert"), es va decidir fer una revisió bibliogràfica concreta dels punts discrepants per incloure el resultat d'aquesta en el redactat del document de consens. Aquesta revisió la va realitzar el grup coordinador.

La redacció final de les conclusions amb l'extensió dels punts discrepants és revisada i aprovada pel grup d'experts, l'Associació Catalana de Llevadores i l'Associació per la incontinència ASIA.

RESULTATS

Entre parèntesis es mostren el % de consens obtingut en les respostes

1- GENERALITATS

- **Hi ha consens per:**

- *Informar que existeix un augment del risc entre 3-6 vegades de patir una nova lesió si es realitza un part vaginal. (80,65%)*

- *Informar que una nova lesió esfinteriana augmentaria el risc de patir incontinència anal x1,5 vegades, inclús a llarg termini. (90%)*

- *Informar que l'objectiu principal ha de ser que no apareguin o empitjorin els símptomes d'incontinència anal. (96,67%)*

- *Recomanar tenir en compte la preferència de la pacient per la via del part. (90%)*

- *Recomanar informar dels riscos del part vaginal i de la cesària per tal que la gestant triï la via del part. (93,33%)*

2- VIA DEL PART

- **Hi ha consens per:**

- *No recomanar un part vaginal en tots els casos. (80%)*

- *No recomanar realitzar una cesària en tots els casos. (80%)*

La recomanació en 'tots' els casos es considera de base molt difícil, perquè la totalitat d'un grup és complicat que pugui beneficiar-se d'una sola recomanació.

En aquest sentit, el grup d'experts considera que el "no consens" no només és esperable, si no, a més, recomanable per trobar aquells paràmetres que permetin ajustar a quines dones els hi podríem recomanar un segon part via vaginal o cesària.

En primer lloc indicar que, segons Edozien [15], Van der List [16], Jangö [17], Antonakou [18] i Young [19], la incidència d'una nova lesió esfinteriana després de part vaginal post-lesió obstétrica de l'esfínter anal (OASI) estan entre el 4.3 i 8.4% i que la prevalença d'incontinència anal després d'una segona lesió esfinteriana oscil·la entre 36.1 i 50% segons Nilson [20] i Jangö [17].

Aquests valors poden modificar-se per diferents factors que en estudis multivariants han demostrat efecte [17, 18, 21, 22, 23, 24]: període intergenèsic curt (inferior un any), pràctica d'episiotomia, ús de vacuum, pes fetal superior a 4000gr, distòcia d'espatlles, IMC \geq 30 han demostrat un major risc de nova lesió.

Existeix certa controvèrsia sobre la duració de la segona fase del part, donat que aquest mateix autor indica que una segona fase superior a 30 minuts s'associa a major risc de forma significativa i en canvi, Antonakou [18], indica que segones fases molt curtes (parts precipitats) augmenten el risc de 2n OASI. En qualsevol cas, és probable que entre el part precipitat i l'expulsió perllongat estigui el temps 'ideal' per preparar el perineu i no augmentar el risc de nova lesió.

L'assessorament mitjançant ecografia endoanal i la manometria, així com la presència de simptomatologia, semblen factors importants a considerar a l'hora de fer la recomanació de la via de part com indiquen Young [19], Webb [22] i Cassis [25] en els seus estudis.

En un estudi d'una cohort de 247 dones amb un part després d'un OASI, Young [19] troba un risc de recurrència d'OASI en part vaginal d'un 5,4%. La majoria de dones amb un part després d'OASI romandran asimptomàtiques en el seguiment a llarg termini. A més, no troba diferències significatives en els resultats d'incontinència entre aquelles dones que han tingut un part subseqüent a OASI per via vaginal respecte a les que l'han tingut per cesària. La majoria de les dones van parir per via vaginal (68%). Les dones més simptomàtiques o aquelles amb majors defectes a l'ecografia endoanal son les que van tenir més probabilitats de tenir un part subseqüent per cesària.

Segons dades des nostre entorn [26], l'anàlisi d'una cohort de gestants a l'hospital de Sant Pau de Barcelona (16), durant el període Juny de 2008 a Novembre 2019 hi va haver 278 casos d'OASI.

D'aquestes pacients, 84 (30'2%) van tenir un part subseqüent. La via del part va ser vaginal en 76 (90'5%) casos (2 vacums i 74 parts espontanis) i cesària en 5 (5'9%) pacients. No hi va haver cap recurrència d'estrip d'alt grau. En 15 casos (19'7% dels parts vaginals) el perineu va ser íntegre, 21 (27'6%) van tenir estrip perineal grau I i 34 (44'7%) estrip perineal grau II o EMLD. En els casos que es va realitzar cesària, 2 van ser per sospita de part complicat, 1 per desproporció pelvico-fetal, 1 per preeclàmpsia greu i CIR I, 1 per presentació podàlica.

- *Recomanar evitar la pràctica d'un part instrumentat. (86,67%)*
- *Recomanar que si hi ha necessitat d'instrumentació, s'ha de prioritzar l'ús de vacuum obstètric. (80%)*
- *Recomanar practicar una cesària quan la pacient té símptomes moderats o severs d'incontinència (Wexner > 9/St Mark's >8). (76,47%)*
- *Recomanar practicar una cesària si durant el treball de part s'anticipa un part difícil o instrumentat. (87,1%)*
- *Recomanar practicar una cesària si hi ha sospita de fetus macrosoma. (80%)*
- *Recomanar practicar una cesària sempre que s'hagi realitzat una reparació secundària*. (80%)*

* reparació secundària s'entén com aquella realitzada degut al desenvolupament de símptomes de incontinència anal (Sultan, A.H. (2003). Primary and Secondary Anal Sphincter Repair. In: Stanton, S.L., Zimmern, P.E. (eds) Female Pelvic Reconstructive Surgery. Springer, London. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-0659-3_11)

- **No hi ha consens per:**

- *Recomanar realitzar una cesària si la lesió prèvia afectava, a més de l'esfínter anal extern, l'esfínter anal intern i/o la mucosa rectal (70,59%)*

3- EPISIOTOMIA

- **Hi ha consens per:**

- *Recomanar que si es realitza un part vaginal i creiem indicada la practica d'episiotomia, aquesta ha de ser sempre episiotomia mediolateral. (93,33%)*

En relació a la tècnica de l'episiotomia en pacients amb un antecedent de lesió en el complex esfinterià anal, sembla clar que el possible efecte protector el pot oferir l'episiotomia mediolateral [21,23], però no l'episiotomia mitja.

Peleg [27], troba un augment en el risc de recurrència d'una nova lesió esfinteriana en relació a la no realització d'episiotomia (10,6% vs 2,1% en parts eutòcics i 21,4% vs 0% en parts instrumentats). El 97% de les episiotomies d'aquest estudi són episiotomies mitges.

Per Payne [28] la pràctica d'episiotomia mitja augmenta el risc d'una nova lesió en el complex esfinterià anal amb una OR de 17,4 (IC 95%: 7,5- 51, p<0,0001).

- **No hi ha consens per:**

- *Recomanar la pràctica sistemàtica d'episiotomia si es realitza un part vaginal. (61,76%)*

La taxa reportada d'episiotomia en els parts de pacients amb l'antecedent d'una lesió del complex esfinterià anal oscil·la entre el 6-40% [15,18,29,30].

Existeixen a la literatura diversos estudis en els que s'analitza una cohort de pacients amb una lesió esfinteriana en el primer part i un segon part posterior. En ells comparen la taxa d'episiotomia en el grup de pacients en les que es produeix una segona lesió esfinteriana front les que no se'n produeix, així com l'efecte de l'episiotomia enfront la producció d'una nova lesió [15,18,29,30,31].

La majoria d'aquests estudis analitzen el paper de l'episiotomia dins els factors associats a la recurrència d'una nova lesió, és a dir considerant-la un factor de risc. També s'hauria de diferenciar també el paper de l'episiotomia en parts eutòcics i en parts instrumentats i en la majoria d'ells no s'analitza per separat.

L'estudi de D'Souza [23] destaca perquè presenta un cohort de 1769 persones amb un part vaginal després d'una lesió esfinteriana anal i les diferencia en funció del tipus de part: 1686 són parts eutòcics i 83 instrumentats (45 vacuum i 38 fòrceps). L'anàlisi de regressió binària mostra que la pràctica d'una episiotomia mediolateral (EML) en un part posterior a una lesió del complex esfinterià anal, redueix un 80% el risc d'una nova lesió esfinteriana. El nombre d'EML a realitzar per evitar un cas de recurrència d'una lesió esfinteriana és 8 en general i 10 en cas dels parts eutòcics.

Gairebé en paral·lel, Van Bavel [21] analitza les dades del registre perinatal holandès (Perined), amb una mostra de 9943 persones amb un part vaginal després d'una lesió esfinteriana: 9709 part eutòcics i 234 parts instrumentats.

7,6% de les pacients amb un part eutòcic sense EML, presenten una segona lesió del complex esfinterià anal. Entre els parts eutòcics amb EML, la incidència d'una nova lesió és del 3,1%: aOR 0,4 (IC 95% 0,3-0,4)

En els parts instrumentats amb EML, es produeix una nova lesió en el 2,8% dels casos i en canvi entre els parts instrumentats sense episiotomia, la incidència d'una nova lesió és del 14,8%: aOR: 0,2 (0,1-0,5).

Amb aquestes dades, calculen el nombre d'EML a realitzar per evitar una nova lesió esfinteriana en els casos amb antecedent d'un primera lesió esfinteriana i resulta de 22 en el cas de parts eutòcics i 8 en el cas de parts instrumentats.

| | n | Tassa rOASI | Episiotomia en rOASI | Episiotomia sense rOASI | p | rOASI parts sense episiotomia | rOASI parts amb episiotomia | p | Risc de rOASI | Comentari |
|----------------|-------|---------------|----------------------|-------------------------|-------|-------------------------------|-----------------------------|------|--|--------------------------------------|
| Jango 2012 | 7336 | 7,1% (n=521) | 8,3% | 9,3% | 0,41 | 7,2% | 6,3% | | OR 0,87 (IC 95%: 0,63-1,21; p=0,4). | EML |
| Edozien 2014 | 17352 | 7,2% (n=1250) | 2,3% | 5,5%** | | | | | aOR 0,66 (IC 95%: 0,58-0,75; p=0,001). | |
| Ampt 2015 | 4808 | 5,6% (n=276) | 43,8% | 42,8% | 0,73 | 5,64% | 5,87% | | aOR 1,13 (IC 95%: 0,86-1,5) | No es detalla el tipus d'episiotomia |
| Antonakou 2017 | 190 | 8,4% (n=16) | 18,8% | 21,8% | 1 | 8,7% | 7,3% | | | No es detalla el tipus d'episiotomia |
| Woolner 2019 | 2256 | 6,6% (n=149) | 18,3% | 22,3% | 0,25 | 7,06% | 5,6% | | | No es detalla el tipus d'episiotomia |
| D'Souza 2020 | 1769 | 10,2% (n=180) | | | | Part eutòcic | 11,36% | 2,9% | 0,001 | EML |
| | | | | | | Vaccum | 25% | 3% | 0,02 | |
| | | | | | | Fòrceps | 33,3% | 2,8% | 0,02 | |
| Van Bavel 2021 | 9943 | 5,8% (n=579) | 40,8% ** | | 0,001 | Part eutòcic | 7,6% | 3,1% | | |
| | | | | | | Part instrumentat | 14,8% | 2,8% | | |

rOASI: recurrència lesió esfinteriana

**taxa global d'episiotomia (rOASI i no rOASI)

En aquests resultats observem que la taxa d'episiotomia en parts vaginals després d'una lesió esfinteriana és major que en secundíparas o múltipares sense aquest antecedent. Molt probablement aquest fet correspongui a la intenció per part dels professionals que assisteixen als parts d'evitar una nova lesió esfinteriana. Però, l'evidència científica real per recomanar l'episiotomia sistemàtica profilàctica en els parts vaginals després d'una lesió del complex esfinterià anal és insuficient. Resulten especialment interessants els resultats dels estudis D'Souza i Van Bavel, que ens serviran per informar les pacients.

4- PROVES DIAGNÓSTIQUES

- **Hi ha consens per:**

- *Recomanar un part vaginal quan l'ecografia endoanal i la manometria anorrectal són normals. (80%)*

- **No hi ha consens per:**

- *Recomanar un part vaginal quan la pacient està asimptomàtica sense disposar de proves diagnòstiques complementàries. (70,59%)*

- *Recomanar un part vaginal quan només l'ecografia endoanal és normal. (52,94%)*

- *Recomanar un part vaginal quan només la manometria anorrectal és normal. (50%)*

Malgrat hi ha alguns estudis de cohorts [32-34] que demostren el valor predictiu de les lesions esfinterianes detectades per ecografia endoanal o transperineal i el desenvolupament de símptomes de incontinència fecal en la evolució de les dones estudiades, es considera que la ecografia aïllada que mostri una normalitat, serveix per fer un seguiment però no per aconsellar un abordatge en el part. En aquesta decisió s'han de tenir altres aspectes com els símptomes previs, el tipus d'embaràs o altres exploracions complementàries (manometria anorrectal).

La manometria i l'ecografia endoanal són considerades les proves d'elecció per avaluar l'aparell esfinterià i aconsellar quina és la millor via del part en dones amb història prèvia de lesió esfinteriana [35,36]

Concretament, la manometria permet avaluar el mal funcionament de l'esfínter anal quan el to basal i/o a la contracció dirigida estan disminuïts. En la literatura existeixen resultats contradictoris sobre el significat clínic d'aquestes troballes.

Leeuw [37] determina en la seva sèrie de 34 pacients amb lesió esfinteriana després del part, que tot i que les pressions de repòs esfinterià i de la contracció dirigida són més baixes que el grup control, només el grup de pacients amb símptomes d'incontinència fecal presenta pressions de repòs significativament més baixes. Conclou que la manometria aporta poc seguida d'una ecografia endoanal normal.

Okeahialam [35] revisa un grup de pacients amb lesió esfinteriana i reparació primària determinant que aquelles dones que estan asimptomàtiques i tenen manometria normal i no presenten lesió residual esfinteriana en l'ecografia endoanal poden tenir un part vaginal. Tot i això, descriuen la necessitat de realitzar ambdues proves, i no només la manometria ja que la contracció esfinteriana dirigida millora significament aconseguint valors pràcticament normals als 30 mesos després de la lesió esfinteriana, en particular en pacients que han fet rehabilitació del sòl pelvià.

Per tant, una manometria anorrectal normal no exclou que hi hagi lesió esfinteriana amb certa fibrosi (lesions inferiors a 45-60° en l'ecografia), que en cas de nova lesió podria comportar l'aparició de símptomes de incontinència.

Taula resum dels resultats

| | CONSENS | NO CONSENS |
|--------------|--|--|
| GENERALITATS | <ul style="list-style-type: none"> - Informar que existeix un augment del risc entre 3-6 vegades de patir una nova lesió si es realitza un part vaginal. (80,65%) - Informar que una nova lesió esfinteriana augmentaria el risc de patir incontinència anal x1,5 vegades, inclús a llarg termini. (90%) - Informar que l'objectiu principal ha de ser que no apareguin o empitjorin els símptomes de incontinència anal. (96,67%) - Recomanar tenir en compte la preferència de la pacient per la via del part. (90%) - Recomanar informar dels riscos del part vaginal i de la cesària per tal que la gestant triï la via del part. (93,33%) | |
| VIA DEL PART | <ul style="list-style-type: none"> - No recomanar un part vaginal en tots els casos. (80%) - No recomanar realitzar una cesària en tots els casos. (80%) - Recomanar evitar la pràctica d'un part instrumentat. (86,67%) - Recomanar que si hi ha necessitat d'instrumentació, s'ha de prioritzar l'ús de vaccum obstètric. (80%) - Recomanar practicar una cesària quan la pacient té símptomes moderats o severes de incontinència (Wexner > 9/St Mark's >8). (76,47%) - Recomanar practicar una cesària si durant el treball de part s'anticipa un part difícil o instrumentat. (87,1%) - Recomanar practicar una cesària si hi ha sospita de fetus macrosoma. (80%) - Recomanar practicar una cesària sempre que s'hagi realitzat una reparació secundària*. (80%) | <ul style="list-style-type: none"> - Recomanar realitzar una cesària si la lesió prèvia afectava, a més de l'esfínter anal extern, l'esfínter anal intern i/o la mucosa rectal (70,59%) |

| | | |
|----------------------|---|--|
| EPISIOTOMIA | - Recomanar que si es realitza un part vaginal i creiem indicada la practica d'episiotomia, aquesta ha de ser sempre episiotomia mediolateral. (93,33%) | - Recomanar la pràctica sistemàtica d'episiotomia si es realitza un part vaginal. (61,76%) |
| PROVES DIAGNÓSTIQUES | - Recomanar un part vaginal quan l'ecografia endoanal i la manometria anorrectal són normals. (80%) | <p>- Recomanar un part vaginal quan la pacient està asimptomàtica sense disposar de proves diagnòstiques complementàries. (70,59%)</p> <p>- Recomanar un part vaginal quan només l'ecografia endoanal és normal. (52,94%)</p> <p>- Recomanar un part vaginal quan només la manometria anorrectal és normal.(50%)</p> |

* reparació secundària s'entén com aquella realitzada degut al desenvolupament de símptomes de incontinència anal (Sultan, A.H. (2003). Primary and Secondary Anal Sphincter Repair. In: Stanton, S.L., Zimmern, P.E. (eds) Female Pelvic Reconstructive Surgery. Springer, London.
https://doi.org/10.1007/978-1-4471-0659-3_11)

BIBLIOGRAFIA

- 1- Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar, R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 8;(12):CD002866.
- 2- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994;308:887-91.
- 3- Pirhonen J, Haadem K, Gissler M. Delivery after an obstetric anal sphincter tear. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2020;301:1479–1484
- 4- Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurol Urodyn.* 2010;29:4-20.
- 5- Gaspari AL, Sileri P. *Pelvic Floor Disorders: Surgical Approach. Updates in Surgery.* Springer. Rome. 2014
- 6- Fialkow MF, Melville JL, Lentz GM et al. The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:127.
- 7- LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *J Midwifery Womens Health.* 2015;60(1):37-47.
- 8- Sideris M, McCaughey T, Hanrahan JG, Arroyo-Manzano D, Zamora J, Jha S, Knowles CH, Thakar R, Chaliha C, Thangaratnam S. Risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and anal incontinence: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:303-12.
- 9- Nilsson IEK, Akervall S, Molin M, et al. Symptoms of fecal incontinence two decades after no, one, or two obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;224:276.e1-23.
- 10- Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, Templeton A, van der Meulen JH. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG.* 2013;120(12):1516-25.
- 11- Ramm O, Woo VG, Hung YY, Chen HC, Ritterman Weintraub ML. Risk Factors for the Development of Obstetric Anal Sphincter Injuries in Modern Obstetric Practice. *Obstet Gynecol.* 2018;131(2):290-6.
- 12- Varela Ruiz M, Diaz Bravo L, Garcia Duran R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med.* 2012;1(2):90-95
- 13- Yañez Gallardo R, Cuadra Olmos R. La técnica delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería.* 2008;14:9-15.
- 14- Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, Wales PW. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(4):401-9.

- 15- Edozien LC, Gurol-Urganci I, Cromwell DA, et al. Impact of third-and fourth-degree perineal tears at first birth on subsequent pregnancy outcomes: a cohort study. *BJOG*. 2014;121(13):1695-703.
- 16- Van der List M, Oom D, van Rosmalen J et al. Parturition mode recommendation and symptoms of pelvic floor disorders after obstetric anal sphincter injuries. *Int Urogyn J*. 2020;31(11):2353-9.
- 17- Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S et al. Recurrent obstetric anal sphincter injury and the risk of long-term anal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216:610.e1-8.
- 18- Antonakou A, Papoutsis D, Henderson K, Qadri Z, Tapp Z. The incidence of and risk factors for a repeat obstetric anal sphincter injury (OASIS) in the vaginal birth subsequent to a first episode of OASIS: a hospital-based cohort study *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295:1201–9
- 19- Young, R., Bates, L., The, S. et al. Mode of delivery following obstetric anal sphincter injury: a 7-year retrospective review and follow-up cohort survey. *Int Urogynecol J*. 2022. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05294-3>. Online ahead of print.
- 20- Nilsson IEK, Akervall S, Molin M, et al. Symptoms of fecal incontinence two decades after no, one, or two obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224:276.e1-23.
- 21- van Bavel J, Ravelli ACJ, Abu-Hanna A, Roovers JPWR, Mol BW, de Leeuw JW. Risk factors for the recurrence of obstetrical anal sphincter injury and the role of a mediolateral episiotomy: an analysis of a national registry. *BJOG*. 2020;127:951–956.
- 22- Webb S, Sitch A, MacArthur C. The impact of mode of subsequent birth after obstetric anal sphincter injury on bowel function and related quality of life: a cohort study. *Int Urogyn J*. 2020;31(11):2237-45
- 23- D'Souza JC, Monga A, Tincello DG, Sultan AH, Thakar R, Hillard TC, Grigsby S, Kibria A, Jordan CF, Ashmore C. Maternal outcomes in subsequent delivery after previous obstetric anal sphincter injury (OASI): a multi-centre retrospective cohort study. *Int Urogynecol J*. 2020;31(3):627-633.
- 24- Basham E, Stock L, Lewicky-Gaupp C, Mitchell C, Gossett DR. Subsequent pregnancy outcomes after obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2013;19(6):328-32.
- 25- Cassis C, Giarenis I, Mukhopadhyay S, Morris E. Mode of delivery following an OASIS and caesarean section rates. *Eur J Obstet Gynecol* 2018;230:28–31.
- 26- Balcells Eichenberger L, Blanch Fons L, Porta Roda, O, Llaboré Fabregas, M, Mora Hervas I, Però García M. Parto vaginal tras lesión perineal de alto grado: una opción segura y aceptable. Presentado como póster en el X Congreso Nacional de Suelo Pélvico. 19-21 mayo de 2022, Gran Canaria.
- 27- Peleg D, Kennedy CM, Merrill D, Zlatnik FJ. Risk of repetition of a severe perineal laceration. *Obstet Gynecol*. 1999;93(6):1021-4.
- 28- Payne TN, Carey JC, Rayburn WF. Prior third-or fourth-degree perineal tears and recurrence risks. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999;64(1):55-57

- 29- Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Risk factors of recurrent anal sphincter ruptures: a population-based cohort study. *BJOG*. 2012;119(13):1640-7.
- 30- Ampt AJ, Roberts CL, Morris JM, Ford JB. The impact of first birth obstetric anal sphincter injury on the subsequent birth: a population-based linkage study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:31.
- 31- Woolner AM, Ayansina D, Black M, Bhattacharya S. The impact of third-or fourth-degree perineal tears on the second pregnancy: a cohort study of 182,445 Scottish women. *PLoS One*. 2019;14(4):e0215180
- 32- Barbosa M, Christensen P, Møller-Bek K, Brogaard L, Glavind-Kristensen M. Can ultrasound 10 days after obstetric anal sphincter injury predict anal incontinence at long-term follow-up? *Int Urogynecol J*. 2021;32(9):2511-20.
- 33- Gold S, Paquette J, Sobel M, Alarab M. Residual Defects of the Anal Sphincter Complex Following Primary Repair of Obstetrical Anal Sphincter Injuries at a Large Canadian Obstetrical Centre. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(5):596-600.
- 34- Stickelmann AL, Kennes LN, Hölscher M, Graef C, Kupec T, Wittenborn J, Stickeler E, Najjari L. Obstetric anal sphincter injuries (OASIS): using transperineal ultrasound (TPUS) for detecting, visualizing and monitoring the healing process. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):339.
- 35- Okeahialam NA, Thakar R, Sultan AH. Effect of a subsequent pregnancy on anal sphincter integrity and function after obstetric anal sphincter injury (OASI). *Int Urogynecol J*. 2021;32:1719–26.
- 36- Badri H, Fowler G, Lane S. The role of anal manometry in the follow-up of women with obstetric anal sphincter injuries (OASI). *Int Urogynecol J*. 2022. doi: 10.1007/s00192-022-05380-6. Epub ahead of print.
- 37- De Leeuw J-W, Vierhout ME, Struijk PC, Auwerda HJ, Bac D-J, Wallenburg HCS. Anal Sphincter Damage After Vaginal Delivery Relationship of Anal Endosonography and Manometry to Anorectal Complaints. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:1004–10.
- 38- Sideris M, McCaughey T, Hanrahan JG, Arroyo-Manzano D, Zamora J, Jha S, Knowles CH, Thakar R, Chaliha C, Thangaratinam S. Risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and anal incontinence: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;252:303-312.
- 39- Azam S, Khanam A, Tirlapur S, Khan K. Planned caesarean section or trial of vaginal delivery? A meta-analysis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014;26(6):461–8.
- 40- Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr*. 2004;93:643–7.
- 41- Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;7:CD000166.
- 42- Grönlund M-M, Lehtonen O-P, Eerola E, Kero P. Fecal microflora in healthy infants born by different methods of delivery: permanent changes in intestinal flora after cesarean delivery. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1999;28:19-25.

- 43- Pretlove SJ, Thompson PJ, Tooze-Hobson PM, Radley S, Khan KS. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. *BJOG*. 2008;115:421-34.
- 44- Yuan C, Gaskins AJ, Blaine AI, et al. Association between cesarean birth and risk of obesity in offspring in childhood, adolescence, and early adulthood. *JAMA Pediatr*. 2016;64:1-65.
- 45- Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Med* 2018;15:e1002494.
- 46- Sevelsted A, Stokholm J, Bonnelykke K, Bisgaard H. Cesarean section and chronic immune disorders. *Pediatrics*. 2015;135:92-8.
- 47- Black M, Bhattacharya S, Philip S, Norman JE, McLernon DJ. Planned cesarean delivery at term and adverse outcomes in childhood health. *JAMA*. 2015;314:2271–9.
- 48- Chiossi G, D'Amico R, Tramontano AL, Sampogna V, Laghi V, Facchinetti F. Prevalence of uterine rupture among women with one prior low transverse cesarean and women with unscarred uterus undergoing labor induction with PGE2: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16:e0253957.
- 49- O'Neill SM, Kearney PM, Kenny LC, et al. Caesarean delivery and subsequent pregnancy interval: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:165.

Annexe 1: Grup d'experts

SCOG: Secció Sòl Pelvià

Dr. Lluís Amat (Hospital Sant Joan de Déu)
Dr. Eduardo Bataller (Hospital Clínic)
Dr. Jordi Cassadó (Hospital Universitari Mútua de Terrassa)
Dra. Rosana Díaz (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol)
Dra. Montserrat Espuña (Hospital Clínic)
Dr. Albert Font (ConSORCI Sanitari de Terrassa)
Dra. Marta Girvent (Hospital General de Granollers)
Dra. Judith Lleberia (Fundació Hospital de l'Esperit Sant)
Dra. Eva Martínez (Parc Sanitari Sant Joan de Déu)
Dra. Montserrat Mestre (Parc Taulí Hospital Universitari)
Dra. Cristina Molinet (Hospital de Viladecans)
Dra. Irene Mora (Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau)
Dr. Oriol Porta (Hospital Universitari Mútua de Terrassa)
Dra. Nuria Rodríguez (Hospital Quirón-Teknon)

SCOG: Secció Medicina Materno-Fetal

Dra. Eva Meler (Hospital Clínic-Maternitat)
Dr. Manel Mendoza (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
Dra. Marisol Rames (Hospital Universitari Arnau de Vilanova)
Dra. Irene Ribera (Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta)
Dr. Alberto Rodríguez (Hospital Universitari Dexeus – Grup Quirónsalud)
Dra. Cristina Trilla (Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau)
Dra. Angels Vives (ConSORCI Sanitari de Terrassa)

SCC:

Dr. Sebastiano Biondo (Hospital Universitari de Bellvitge)
Dra. Marta Climent (Hospital Universitari de Bellvitge)
Dr. Pablo Collera (Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa)
Dr. Eloi Espin HG (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
Dr. Ramón Farres (Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta)
Dr. Francesc Feliu (Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII)
Dr. Domenico Fraccalvieri (Hospital Universitari de Bellvitge)
Dr. Franco Marinello (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
Dra. Mónica Millán (Hospital Universitari i Politècnic La Fe)
Dra. Arantxa Muñoz (Hospital Universitari Mútua de Terrassa)
Dr. David Parés (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol)
Dra. Marta Pascual (H del Mar)
Dra. Yolanda Ribas (ConSORCI Sanitari de Terrassa)
Dr. Ricard Sales (H. Joan XXIII)

L' **Associació Catalana de Llevadores** i la **Asociación Incontinencia-ASIA** han col·laborat valorant el document amb l'oportunitat d'enviar els seus comentaris i valoracions que s'han tingut en compte en la seva redacció final.

Part després d'una lesió de l'esfínter anal - 1

A continuació trobaràs 20 qüestions/afirmacions EN RELACIÓ L'ASSISTÈNCIA AL PART DE LES GESTANTS AMB ANTECEDENT DE LESIÓ DE L'ESFÍNTER ANAL. Si us plau, contesta segons el teu grau d'acord o desacord:

***Obligatorio**

1. Grup professional *

Marca solo un óvalo.

- Ginecologia i Obstetrícia
- Cirurgia General
- Ginecologia
- Obstetrícia
- Coloproctologia

2. Activitat laboral

Marca solo un óvalo.

- Clínica
- Recerca
- Clínica i recerca

3. Anys d'experiència professional

Marca solo un óvalo.

- 1-5 anys
- 5-10 anys
- 10-15 anys
- 15-20 anys
- > 20 anys

20. 17- Hauriem de recomanar practicar una cesària quan la pacient té símptomes severes (Wexner>9) *

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Gens d'acord | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalment d'acord |

21. 18- Hauriem de recomanar practicar una cesària sempre que s'hagi realitzat una reparació secundària *

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Gens d'acord | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalment d'acord |

22. 19- S'ha de tenir en compte la preferència de la pacient per la via del part *

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Gens d'acord | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalment d'acord |

23. 20- Hem d'informar dels riscos del part vaginal i de la cesària per tal que la gestant trii la via del part *

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Gens d'acord | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalment d'acord |

Moltes gràcies per la teva col·laboració

Annexe 3: Informació riscos del part vaginal després d'una lesió esfinteriana

| Incontinència anal [9,17,38] | |
|---|--------|
| - Aparició d'IA si es produeix una nova lesió | RR 1,5 |
| - Severitat de la incontinència si es produeix una nova lesió | RR 1,5 |

| Nova lesió esfinteriana [22,29] | |
|--|---------------|
| - Incidència | RR 3-6 |
| - Fetus > 4000 gr | RR 2,29 - 3 |
| - Part amb fòrceps (respecte part eutòcic) | RR 2,5 - 3,12 |
| - Distòcia d'espatlla | RR 2 |
| - Expulsiu perllongat | RR 1,8 |
| - Part amb vacum (respecte part eutòcic) | RR 1,5 - 2,44 |
| - Fetus > 3500 gr | RR 1,5 |

Annexe 4: Implicacions de la cesària en gestacions posteriors i conseqüències a curt i llarg termini per a la persona gestant i el nadó.

| | Gestant | Nadó |
|-----------------------|---|--|
| Curt termini | Mortalitat similar al part vaginal. RR: 0.19, 95% CI: 0.0013 - 27.27 [39] | Augmenta el risc de taquipnea transitòria i destret respiratori (OR: 2.6; 95% CI: 1.35–5.9) [40] |
| | Augment de morbiditat (RR: 1.29, 95% CI: 1.03-1.61)[41], en forma de: hemorràgia postpart, anestèsia general, ingrés a UCI, sèpsia, transfusió sanguínia i infecció de ferida quirúrgica) | |
| Llarg termini | Menys risc d'incontinència urinària (RR: 0.62, 95% CI: 0.41 - 0.93), més dolor abdominal (RR: 1.89, 95% CI: 1.29 - 2.79) i menys dolor perineal (RR: 0.32, 95% CI: 0.18 - 0.58) [41] | Alteració de la flora intestinal fins a 6 mesos postpart (colonització per bacteroides fragilis: 36% (cesària) vs 76% (vaginal) [42] |
| | Major incontinència anal a femtes i/o gasos (OR: 1.32, 95% CI: 1.04 - 1.68), tot i que, quan analitzat per separat, no increment d'incontinència a femtes [43] | Augment del risc de sobrepès o obesitat (OR: 1.15; 95% CI: 1.06–1.26, P = 0.002)[44] |
| | | Augment del risc d'asma infantil (OR: 1.21; 95% CI: 1.11–1.32) [45] |
| | | Augment del risc de malaltia inflamatòria intestinal (IRR: 1.20; 95% CI: 1.06–1.36; P = 0.004) [46] |
| | | Augment del risc de diabetis tipus I (OR: 1.35; 95% CI: 1.05–1.75) [47] |
| Gestacions posteriors | En cas d'intentar un part vaginal, augment del risc de ruptura uterina del 0.0000001% al 0.7% [48] | - |
| | Augment del risc d'avortament (OR: 1.17, CI: 1.03 - 1.32) [46] | |
| | Lleu augment del risc de subfertilitat OR: 0.90, 95% CI: 0.86 - 0.93) [49] | |
| | Augmenta el risc de placenta prèvia, placenta àcreta i despreniment de placenta [46] | - |