 Fysioterapi Dalarna	Huvudtitel Fysioterapeutiska behandlingsriktlinjer vid obstetrisk analsfinkterruptur		
	Dokumentkategori Riktlinje	Reviderat datum/av 2020-05-08 Jessica Bryggare Leg. Sjukgymnast	Sida nr (av) 1(2)
Gäller för Fysioterapi Dalarna	Framtaget datum/av 2016-12-06 Jessica Bryggare Leg. Sjukgymnast Jenny Pollack Leg. Sjukgymnast	Godkänt datum/av Specialitetsgrupp Fysioterapi 2020-09-30	Gäller from – tom 2020-09-30 – 2023-09-29

Bakgrund

En förlossningsskada kan bero på olika former av bristningar; allt från bristning i ytliga delar av hud/vaginalslemhinna i vulva, vagina och/eller i perineum till mer omfattande bristning av delar eller hela analsfinktern och eventuell skada på analslemhinnana. Bristningen graderas mellan grad 1 till grad 4 enligt tabellen nedan. Av alla vaginala förlossningar i Sverige leder ca 3,3% till en sfinkterruptur (Samuelsson 2000, Socialstyrelsens statistik 2011), hos förstföderskor är siffran ca 4,5% och omföderskor 1,1% (Socialstyrelsens statistik 2018). Antalet som drabbas av sfinkterskada har minskat under de senaste 5 åren (Socialstyrelsens statistik 2018).

Gradering	Skadetyyp
Grad 1	Enbart ytliga delar som hud/vaginalslemhinna i vulva, vagina och/eller perineum.
Grad 2	Djupare skada i vagina och/eller perineum som omfattar perinealkroppen och inkluderar skador på m. bulbocavernosus och m. perinei superficialis.
Grad 3, partiell muskelskada	Del av analsfinktern skadad (både avseende tjocklek och längd)
Grad 3, total sfinkterskada	Hela analsfinktern skadad (både avseende tjocklek och längd).
Grad 4	Total bristning av analsfinktern samt skada på analslemhinnan.

Gradering och skadetyyp (Herbert 2010, SFOG 2001).

En noggrann uppdelning är att definiera grad 3 enligt följande: 3a: mindre än 50% av den externa sfinkterns tjocklek, 3b: mer än 50% av den externa sfinkterns tjocklek och 3c: både externa och interna sfinktern är rupturerade (Sultan 1999, RCOG 2007).

Risikfaktorer för sfinkterruptur är bristande manuellt skydd av perineum i slutet av utdrivningsfasen, bristande uppsikt över perineum, födelsevikt över fyra kg på barnet, instrumentell förlossning (tång och vakuumentextraktion), könsstympning, kvinnans

ålder, långt utdrivningsskede, sätesbjudning (Socialstyrelsens statistik 2018, Samuelsson 2000, Hals 2010, Pirhonen 1998, Landy 2011, Prager 2008, Sultan 2002, Head 2007).

Direkt efter förlossningen bör kvinnan undersökas av barnmorska eller läkare via bidigital palpation för att undersöka om sfinkterruptur föreligger. Om så är fallet bör skadan åtgärdas av läkare på operation.

Behandlingsmål

Huvudmål: Att kvinnor med analsfinkterruptur efter förlossning ska ha kunskap kring bäckenbottenmuskulaturen samt ha tränat upp muskulaturen så att man inte har några besvär såsom urin- och avföringsinkontinens.

Delmål: Att kunna aktivera kontrollera bäckenbottenmuskulaturen.

Fysioterapeutiska åtgärder

De fysioterapeutiska åtgärderna baseras utifrån de nationella riktlinjerna för fysioterapeutisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur (Arkel 2013).

Akuta skedet; Information på BB-avdelning/BB-mottagning innan hemgång. Information kring skadan, läkningsprocessen och dess konsekvenser, vikten av god smärtlindring, undvikande av förstoppning samt instruktioner om bäckenbottenträning (SFOG 2001). Utgå från informationsmaterialet "Information vid sfinkterruptur, information till patient", se bilaga 1.

Subakuta skedet; Uppföljningsbesök 6-8 veckor post partum till fysioterapeut/sjukgymnast inom den specialiserade öppenvården, i vissa fall även uppföljning till läkare på specialistmödravården. Vid uppföljningsbesöket bör symtom efterfrågas gällande kontinens (urin, gas och avföring), smärta, tarmfunktion samt sexuella besvär. Inspektion av läkning, vaginal palpation, anal palpation samt bidigital palpation ingår i undersökningen. Repetition och genomgång kring skadans omfattning, bäckenbottens anatomi och fysiologi samt genomgång och individanpassade råd kring bäckenbottenträning. Vid behov planeras uppföljningsbesök in för de som har mycket symtom samt har svårt att aktivera och kontrollera bäckenbottenmuskulaturen.

Fysioterapeut/Sjukgymnasten bör remittera vidare till specialistläkare:

- vid oförmåga att hålla avföring
- vid uttalad fekal urgency
- vid besvärande gasinkontinens 6-12 månader post partum, efter avslutad träningsperiod
- vid oprovocerad smärta eller vid kraftig smärta i samband med toalettbesök, sexuell aktivitet eller vid fysisk träning
- ej fullständig läkning

Utvärdering/Resultatuppföljning

*Mått och mätinstrument som används för att utvärdera/se resultat av åtgärderna.
Relaterar till behandlingsmålen.*

- Bedömning av muskelstyrka i bäckenbotten, enligt 0-5 skalan (Nikola 2016) eller Modified Oxford-scale.

Källor

De här lokala behandlingsriktlinjerna baseras på de nationella riktlinjerna för fysioterapeutisk sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur (Arkel 2013).

Referenser

Arkel E, Neymark Bachmeier H, Rikner Å, Rydhög S, Torell K. Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur. Fysioterapeuterna 2013. Tillgänglig;

<<http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Kliniska%20riktlinjer/Dokument/LSRs%20Riktlinjer%20f%c3%b6r%20sjukgymnastisk%20behandling%20av%20patienter%20med%20obstetrisk%20analsfinkterruptur.pdf>> (2016-12-05)

Hals E, Øian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Berge Nilsen E et al. A multicenter in-terventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. Obstet Gynecol 2010; 116(4): 901-8

Head CA. Third- and fourth-degree perineal tears: are we meeting the standards in physio-therapy? J Assoc Chart Physiotherapists Womens Health 2007; 101: 48-55

Herbert A. Anal incontinence: a consequence of childbirth. J Assoc Chart Physiotherapists Womens Health 2010; 107(suppl): 46-53

Landy HJ et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. Obstet Gynecol 2011; 117(3): 627-35

Nikola.nu 2016. Nätverk inom blås- och tarmfunktionsstörning. Bedömning av knipförmåga. Tillgänglig:
<http://nikola.nu/sites/all/files/documents/blanketter/knipformaga_16.pdf> (2016-11-11)

Prager M, Andersson KL, Stephansson O, Marchionni M, Marions L. The incidence of obstetric anal sphincter rupture in primiparous women: a comparison between two Euro-pean delivery settings. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87(2): 209-15

Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K, Gudmundsson S, Lindqvist P, Siihola S et al. Fre-quency of anal shincter rupture at delivery in Sweden and Finland-result of difference in manual help to the baby's head. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77(10): 974-7

RCOG (Royal College of Obstetricians and Gyneacologists). The Management of third- and fourth-degree perineal tears. London; RCOG Press, 2007 (Green-top Guideline No. 29)

Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. BJOG 2000; 107(7): 926-31

SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp)
Sjöberg, N-O. (red.). Rapport; Anal inkontinens hos kvinnor: utredning och behandling, nr 46, 2001. Stockholm.

Socialstyrelsen 2011. Sveriges officiella statistik. Hälsa- och sjukvård, bilaga 1. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2009. Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-19/Documents/Bilaga%201.pdf>> (2016-11-11)

Sultan AH, Editorial: obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999; 5: 178-80

Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Review 2002; 16(1): 99-115

Bilagor

Bilaga 1

Information vid sfinkterruptur, information till patient (Dubbelklicka på bilden för att öppna hela broschyren i PDF-format).



Information vid sfinkterruptur

Information till patient



Vad är en sfinkterruptur

I samband med förlossningen fick du en bristning av ändtarmens ringmuskel, en så kallad sfinkterruptur. Bristningen är sydd med resorberbara stygn och bör läka inom 4-6 veckor.

De inblandade musklerna har förlorat en del av sin funktion vilket kan medföra att du till en början kan ha svårt att hålla tätt. Du kan till exempel ha svårt att hålla gaser eller känna att du måste skynda dig till toaletten. Muskelfunktionen kan tränas upp genom att du gör regelbunden bäckenbottenträning.

Du kan känna att du är svullen i underlivet och att det ömmar, till exempel när du sitter ned. Det här är helt normalt och den värsta smärtan bör gå över inom några dagar.

- Sitt korta stunder den första tiden och växla mellan att sitta, stå, gå och ligga.
- För att minska trycket på bristningen när du sitter kan du rulla ihop en handduk/filt till ett U med öppningen baktill på stolen.
- Undvik samlag under läkningstiden, de 4-6 första veckorna.

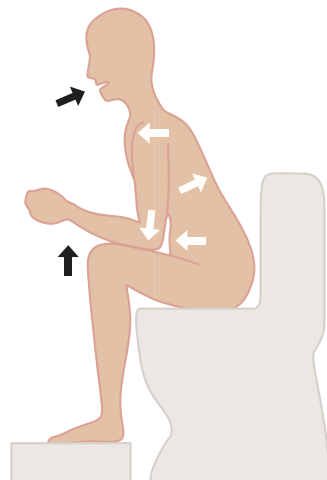
Håll i gång magen

Det är viktigt att gå på toaletten direkt när du känner att magen börja komma igång. Skjuter du upp toalettbesöket kan avföringen bli hårdare vilket ökar risken för förstoppning. För att underlätta tarmtömningen har du fått mjukgörande enligt ordination. Det är viktigt att göra rent underlivet efter toalettbesök. Skölj gärna av underlivet med vatten, handdusch, och torka torrt med en mjuk och ren handduk.

- Rör på dig varje dag, genom att exempelvis ta promenader.
- Drick mycket vätska, extra viktigt om du samtidigt ammar.
- Ät hälsosam kost.

Toalettposition

Sitt med fötterna på en pall. Andas djupt ett par gånger och öppna munnen. Då slappnar man av i bäckenbottenmuskulaturen. Undvik att krysta för hårt.



Kostråd

- Undvik gasbildande och stoppande livsmedel.
- Tugga med stängd mun och undvik att tugga mycket tuggummi eftersom den luft du sväljer blir gas i tarmen.
- Att äta fiberrik kost och dricka mycket är viktigt för att avföringen ska hållas mjuk. Observera dock att fiberrika produkter (t ex med hela korn) även kan vara gasbildande.

Lösgörande livsmedel

torkad frukt, plommon, päron, apelsinjuice, socker, kaffe, sötningsmedlen (xylitol, sorbitol och mannitol)

Stoppande livsmedel

Blåbär, pasta, ris, kokt mjölk, ost, te, värktabletter innehållande kodein

Gasbildande livsmedel

Lök, kål, paprika, torkade ärtor och bönor, kolsyrade drycker, tuggummi, sötningsmedel, torkad frukt, plommon, nybakt, varmt bröd, popcorn, grovt bröd med hela korn.

Korta råd

De första 6-8 veckorna ta dagliga promenader. Öka gångsträckan successivt. Det är vanligt att känna tyngdkänsla i underlivet efter förlossning. Lyssna på kroppen och pausa eller vila vid tyngdkänsla i underlivet.

Börja med lätta bäckenbottenknip ett par dagar efter förlossningen samt styrketräning för bäckenbottenmuskulaturen om fyra veckor.

Avstå från tyngre lyft de första sex veckorna. Du får självklart lyfta barnet men inget tyngre.

Vänta med tyngre fysisk träning som löpning, hopp och tung styrketräning samt situps i åtminstone tre till fyra månader efter förlossningen.

Uppföljning

Sker enligt rutin hos fysioterapeut/sjukgymnast på Falu lasarett ungefär 6-8 veckor efter förlossningen. Du kommer att få en kallelse hemskickad.

Besöket tar ca 50 minuter och innebär en undersökning av hur bäckenbottenmusklerna fungerar och information om bäckenbottenträning. Har Du möjlighet att ordna barnvakt så är det en fördel, med tanke på samtal och undersökning, men inte nödvändigt. Du får gärna ta med sällskap som passar barnet/barnen i väntrummet eller te ex går en promenad under tiden.

Vid eventuella frågor som gäller själva sfinkterrupturen kan du vända dig till kvinnokliniken.

Har du frågor om bäckenbottenträning eller uppföljningsbesöket till fysioterapeut/ sjukgymnast kan du höra av dig till Fysioterapin Falu lasarett på telefonnummer 023-49 08 95.

Bäckenbottenträning

Efter en förlossning är det viktigt att träna upp sin bäckenbottenmuskulatur.

Bäckenbottenmuskulaturen kan både aktiveras automatiskt och styras av viljan.

Bäckenbottenträning syftar till att stärka muskulaturen så att de inre organen lyfts upp i rätt läge samt att öka muskelkraften runt urinrör, slida och ändtarm.



© Lotta Persson

Bäckenbottenmuskulaturen kan du träna flera gånger per dag, gärna minst 3 gånger per dag. Träningen ska inte göra ont.

Efter ett par dagar - Hitta rätt muskler

Det är viktigt att du tränar rätt muskulatur, därför ska du börja med att identifiera dina bäckenbottenmuskler. Det gör du lättast genom att ligga i en avslappnad ställning, t ex på rygg med benen uppdragna eller liggande på sidan med böjda ben.

Knip försiktigt ihop slutmuskeln runt ändtarmen, fortsätt att knipa uppåt-framåt, runt slidan och urinrörsmynningen. Det ska kännas som ett lyft underifrån-uppåt i riktning mot naveln. Det är viktigt att du kan knipa med muskeln runt ändtarmen. Gör denna rörelse med liten kraft och en kort stund.

- Knip i 2 sekunder och slappna sen av i 2 sekunder, upprepa 8-12 gånger, minst 3 gånger per dag.
- Andas lugnt och känn med en hand på magen att bukmusklerna är avslappnade.

Efter en månad - styrketräning

- Knip hårt i 3 sekunder och slappna av i 3 sekunder, upprepa 8-12 gånger, minst 3 gånger per dag.
- Ta i kraftfullt med muskulaturen varje gång utan att spänna buk-, säte- eller lårmuskulatur.
- Andas lugnt och känn med en hand på magen att bukmusklerna är avslappnade.

- Öka successivt tiden som du kniper till 4-5 sekunder upp till maximalt 6-8 sekunder.

Efter en månad – uthållighetsträning

- Knip medelhårt och håll kvar spänningen så länge du kan, målet är att kunna knipa ca 1,5 minut.

Var observant på att du verkligen får med dig ringmuskeln när du kniptränar!

När du kan utföra bäckenbottenträningen i liggande är det viktigt att du även tränar i sittande och framför allt i stående. Redan efter ett par månaders träning kommer du att märka att bäckenbottenmusklerna har blivit starkare.



Har du övriga frågor kan du ringa
sjukvårdsrådgivningen på telefon 1177 eller
kontakta din vårdcentral.

www.ltdalarna.se

