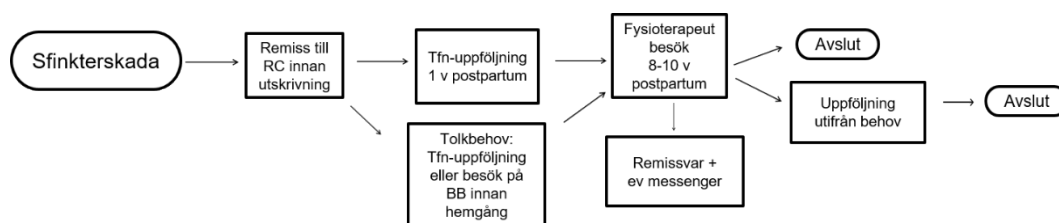


Sfinkterskada - riktlinjer

Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Barnmorska/läkare på BB skickar remiss till fysioterapeut på rehabiliteringscentrum vid sfinkterskada grad 3 och 4.



Vid akuta smärtor, tecken på infektion eller nytillkomna läckageproblem kontaktar patienten kvinnokliniken.

Om hälsotillståndet

Ungefär 3 % drabbas av sfinkterskada grad tre eller fyra i samband med förlossning (2). Riskfaktorer för uppkomst av sfinkterskada är förstföderska, stort barn (>4,5 kg), skulderdystoci, funduspress, klocka/tång, klipp och utdrivningsskede som överskrider 30 minuter (1). Under den akuta läkningsfasen, de första 2-3 månaderna efter förlossning, är det inte ovanligt att uppleva funktionsnedsättningar som är relaterade till skadan. Vanligast är smärta från skadeområdet samt gasinkontinens, men även soiling och avföringsinkontinens kan förekomma. Besvären brukar minska med tiden men så många som 50 % av alla patienter med total sfinkterskada beräknas få kvarstående besvär. Det kan ta upp till ett år från skadetillfället/förlossningen att bedöma om besvären blir kvarstående eller inte (2).

Grad 3, partiell muskelskada innebär att en del av (både avseende tjocklek och längd) analsfinktern är skadad. Grad 4 innebär total bristning av analsfinktern + skada på analslemhinnan.

Utredning

Undersökning: Fysioterapeuten som träffar kvinnan vid uppföljningsbesöket bör ha kunskap om och erfarenhet av vaginal och anal palpation. Undersökningen är en förutsättning för att bedöma muskelfunktionen vaginalt och analt samt för att kunna ge individanpassade träningsinstruktioner (1).

Behandling

Information: Informationen som ges vid detta tillfälle bör innefatta en repetition gällande skadans omfattning, bäckenbottens anatomi och funktion, fysisk aktivitet/träning, vikten av bäckenbottenträning, smärtlindring samt råd kring tarmreglering och tarmtömning.

Bäckenbottenträning: Utifrån undersökningsfynd instrueras patienten att identifiera sin bäckenbottenmuskulatur och att med korrekt teknik utföra styrke- och uthållighetsträning i form av bäckenbottenträning. Träningen uppgraderas efter individuell bedömning till funktionell bäckenbottenträning. Träning kan omfatta både styrke- och avspänningsträning.

Alla kvinnor bör få ett individuellt upplagt bäckenbottenträningsprogram baserat på fynden vid palpationsundersökningen. Träningen bör noga gås igenom så att kvinnan med säkerhet aktiverar bäckenbotten på ett korrekt sätt. Vid undersökningen av kvinnan ges feedback om hur hon kontraherar sin bäckenbotten (1).

Uppföljning

Uppföljning rekommenderas om patienten är mycket svag eller inte alls kan hitta bäckenbottenmusklerna samt vid påtaglig smärta eller inkontinens.

Kvalitetsuppföljning

Andel patienter som får kontakt med fysioterapeut inom 10 veckor efter förlossning. Målvärde 100 %.

Referenser

1. Arkel E, Neymark Bachmeier H, Rikner Å, Rydhög S, Torell K. Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur [Internet]. Fysioterapeuternas Behandlingsriktlinjer 2013 [Citerad 2024-10-21]. Hämtad från:
<http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Sektioner/Kvinnors%20h%C3%A4lsa/Riktlinjer/LSRs%20Riktlinjer%20f%C3%B6r%20sjukgymnastisk%20behandling%20av%20patienter%20med%20obstetrisk%20analsfinkterruptur.pdf>

Inloggning på fackförbundet fysioterapeuterna krävs.

2. Svensk förening för Obstetrik och gynekologi, Svenska barnmorskeförbundet, Svenska neonatalföreningen, Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag. Bäckenbottenutbildning [Internet]. 2017 [uppdaterad oktober 2022-10; citerad 2024-10-21]. Hämtad från: Bakckenbottenutbildning.se