

SAMMANFATTNING

Bäckenbottenmuskulaturen påverkas alltid vid en graviditet och vid vaginal förlossning. Vanligt är att det blir någon form av bristning i muskulaturen i vagina och/eller perineum. Cirka tre procent av alla vaginala förlossningar leder till analsfinkterruptur av varierad grad. Hos vissa kvinnor kan det ta många år innan förlossningsrelaterade besvär uppkommer. Denna artikel baseras på nyligen framtagna riktlinjer avseende fysioterapeutisk insats vid obstetrisk analsfinkterruptur, det vill säga bristning i ändtarmens ringmuskel, som uppkommit under förlossning. Målet med riktlinjearbetet var att utvärdera och sammanställa befintlig evidens gällande fysioterapeutisk behandling vid obstetrisk analsfinkterruptur med fokus på det första året. Då det vetenskapliga underlaget fortfarande är bristfälligt är rekommendationerna baserade på tillgänglig vetenskaplig kunskap samt på författarnas samlade kliniska erfarenheter. Uppföljning efter obstetrisk analsfinkterruptur varierar i landet, allt ifrån ingen uppföljning alls till noggrann uppföljning av profession med specialistkunskap. Vår förhoppning är att detta arbete ska uppmuntra kollegor att arbeta vidare inom detta viktiga verksamhetsområde. Denna artikel är en sammanfattning av riktlinjerna som finns att hämta på Fysioterapeuternas hemsida.

ORDLISTA:

Anal inkontinens: Läckage av gas och/eller avföring

Bidigital palpation: Samtidig palpation i vagina och anus

Digital palpation: Palpation via undersökarens finger i vagina/anus

Fekal inkontinens: Läckage av avföring

Fekal urgency: Snabbt påkommet, tvingande behov av att tömma tarmen

Perineum: Huden mellan vagina och anus, mellangård

VE:

Vakuumextraktion, suglocka

Obstetrisk analsfinkterruptur

Fysioterapeutiska riktlinjer

FÖRFATTARE:

KARIN TORELL,
HELENA NEYMARK
BACHMEIER

Anatomi och muskelfunktion: Bäckenbottens muskulatur är en tvärstrimmig, viljemässig muskulatur som fungerar som ett golv i bålen, stöder de inre organen och är en förutsättning för att kunna hålla urin, gas och avföring. Denna muskelplatta består av diafragma pelvis med levator ani, sfinkter ani externus, bulbocavernosus och diafragma urogenitale eller det perineala membranet.

Vanligtvis är tvärstrimmig muskulatur inaktiv i vila men bäckenbotten är kontinuerligt aktiv. Den del av levator ani som går närmast rektum kallas puborektalis. Denna slingformade muskel strävar efter att dra tarmen framåt/ventralt och därigenom skapas den så kallade anorektala vinkeln på cirka 90 grader, vilken är viktig för att upprätthålla anal kontinens (1, 2). Externa analsfinktern består av olika lager tvärstrimmig muskulatur och majoriteten av muskelfibrerna är av typ 1, långsamma muskelfibrer. Interna analsfinktern består av glatt/icke

viljemässig muskulatur och är en distal fortsättning av rektums/ändtarmens cirkulära muskellager.

Otillräcklig vilotonus i analkanalen anses orsaka framför allt gasinkontinens. Denna vilotonus och täthet upprätthålls främst av interna sfinktern. Den externa sfinkterns funktion är förutsättningen för viljemässig kontroll över analkanalen. Svaghet här kan orsaka fekal urgency och/eller avföringsläckage vid trängning. För att upprätthålla kontinens är sensibiliteten i rektum, avföringens konsistens, analkanalens volym och anorektala reflexer viktiga. Dessutom är neurologiska faktorer och mentala funktioner av stor vikt för kontinens (3, 1, 2).

Förlossningsskador kan ske i form av bristningar av olika omfattningsgrad i förlossningskanalen, perineum eller analsfinktern. Dessa bristningar delas in i grad 1–4. Grad 3 och 4 inbegriper sfinktern. Vid en partiell grad 3-ruptur är någon del av externa sfinktern skadad och eventuellt någon del av interna sfinktern. Vid en total grad 3-ruptur är

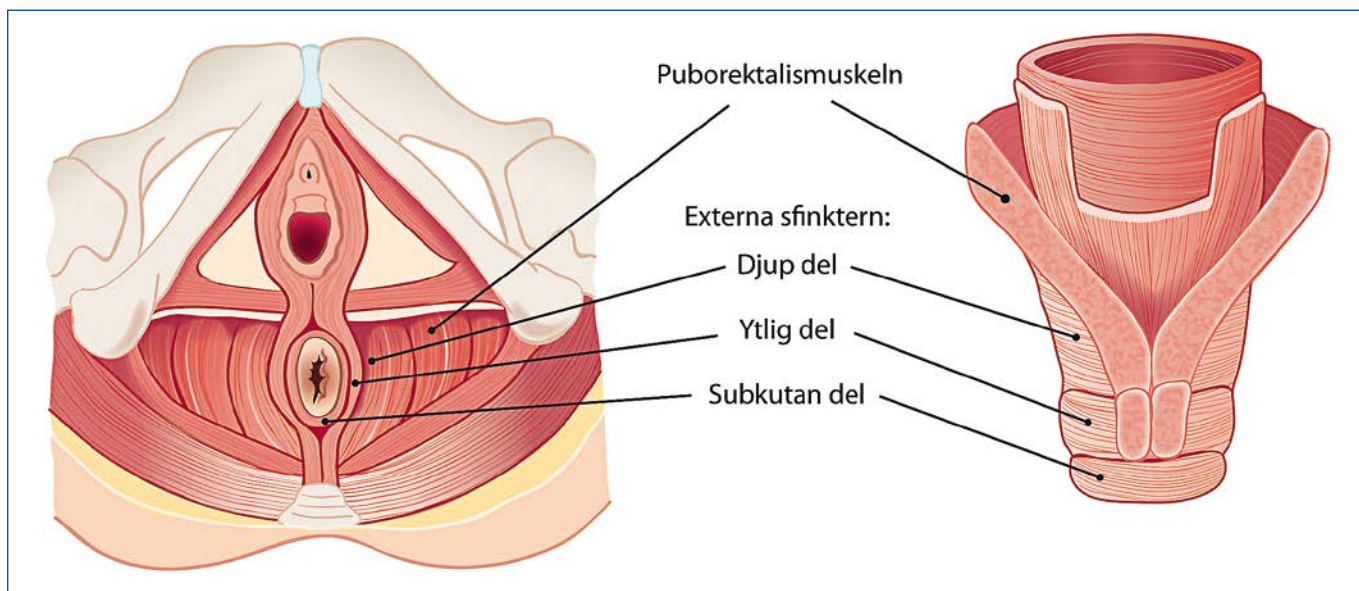


ILLUSTRATION: JEANETTE ENGVIST ©ILLUMEDIC

Figur 1. Bäckerbotten med analsfinktern utbruten.

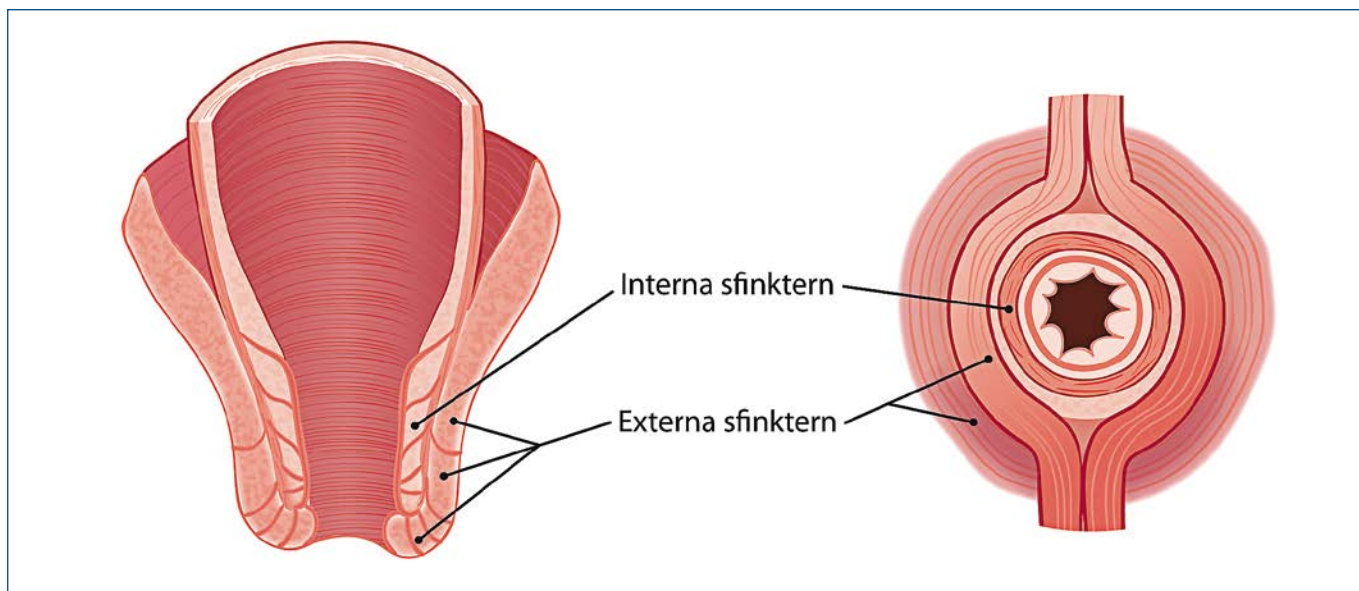


ILLUSTRATION: JEANETTE ENGVIST ©ILLUMEDIC

Figur 2. Analsfinktern. Notera hur analsfinktern utgörs av två "rör" belägna utanpå varandra: den interna respektive den externa analsfinktern. Den externa analsfinktern övergår i puborektalisslyngan.

hela externa och interna sfinktern rupturerad. Samma gäller vid grad 4 där dessutom anala slemhinnan är skadad. Av alla vaginala förlossningar i Sverige leder 3,3 procent till en sfinkterruptur, det vill säga en ruptur av grad 3 eller 4. Hos förstföderskor är siffran något högre, drygt sex procent av alla vaginala förlossningar enligt Socialstyrelsens statistik.

Det finns ett flertal riskfaktorer för sfinkterruptur. Dessa är förstföderska, bristande manuell skydd av perineum i slutet av utdrivningsfasen,

bristande uppsikt över perineum, födelsevikt på barnet över 4 kg, instrumentell förlossning som tång eller VE/sugklocka, kvinnans ålder och långt utdrivningsskede (4, 5). För att avgöra om det föreligger en sfinkterruptur bör bidigital palpation direkt efter förlossningen vara barnmorskans/läkarens viktigaste undersökning. I det akuta omhändertagandet ingår att inom tolv timmar operera sfinkterrupturen på operationsavdelning (6, 7). Sfinkterruptur som ej upptäckts eller är felaktigt suturerad kan ge svåra konsekvenser för ►

”Av alla vaginala förlossningar i Sverige leder 3,3 procent till en sfinkterruptur, det vill säga en ruptur av grad 3 eller 4. Hos förstföderskor är siffran något högre, drygt sex procent”



Många gravida kvinnor oroar sig för att spricka i samband med vaginala förlossningar.

- kvinnan (6). Det vanligaste besväret som en sfinkterruptur kan leda till är ofrivilligt gasläckage. Andra besvär är fekal inkontinens, fekal urgency, smärta vid samlag och perineal smärta.

Sökning av relevant litteratur

Gruppen som utarbetade riktlinjerna utgjordes av fem fysioterapeuter som är kliniskt verksamma inom området med varierad vetenskaplig kompetens. Alla i gruppen sökte, oberoende av varandra, artiklar som rör fysioterapeutisk behandling av kvinnor med anal inkontinens eller anal inkontinens hos kvinnor och män av annan orsak. De databaser som användes var Pubmed, The Cochrane Central Register of Controlled Trials on the Cochrane Library, PEDro (The Physiotherapy Evidence Database), CINAHL och AMED (Allied & Complementary Medicine). Språket i artiklarna begränsades till engelska. Flera sökningar gjordes i databaserna under 2011–2012. Senast utförda sökning var 2012–09–07. Parallellt söktes nya artiklar i funna artiklars referenslistor. Alla studier som utvärderat behandlingseffekter av olika former av fysioterapeutisk behandling av patienter med anal inkontinens och var randomise-

rade kontrollerade eller enbart kontrollerade inkluderades. Detta innebär att resultatet även innefattar patienter med anal inkontinens av annan orsak än skada efter förlossning. Artiklarna delades upp i två grupper, avseende olika typer av behandlingar, och granskades av två personer vardera. Om oenighet gällande granskning uppstod granskades artikeln av alla i gruppen.

Kvalitetsgranskning och evidensgrad

Alla randomiserade kontrollerade studier samt enbart kontrollerade studier kvalitetsgranskades enligt PEDro:s index och evidensgrad bestämdes enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Evidensstyrka 1

Starkt vetenskapligt underlag. Minst två studier med högt bevisvärde eller en god systematisk översikt. Inget väsentligt talande emot fynden.

Evidensstyrka 2

Måttligt starkt vetenskapligt underlag. En studie med högt plus minst två studier med medelhögt bevisvärde. Inget väsentligt talande emot fynden.

Evidensstyrka 3

Begränsat vetenskapligt underlag. Minst två studier med medelhögt bevisvärde. Inget väsentligt talande emot fynden.

Där endast en studie fanns av medelgod eller hög kvalitet angavs detta som *mycket begränsad evidensstyrka*. Arbetsgruppen har definierat kvalitetsnivå enligt följande: lågt bevisvärde 0-3 poäng, medelhögt bevisvärde 4-6 poäng och högt bevisvärde 7 poäng eller mer.

Resultat av litteratursökningen

Totalt identifierades 480 studier som motsvarade inklusionskriterierna, varav 20 var relevanta för granskning. Av de 20 artiklarna som rapporterar fysioterapeutisk behandling var 15 randomiserade kontrollerade studier och fem kontrollerade studier.

På sjukhuset – akuta skedet

Inga studier som utvärderar den fysioterapeutiska insatsen i det akuta skedet hittades. Däremot finns



HELENA NEYMARK BACHMEIER

Leg sjukgymnast, BSc.
Rehabiliteringsenheten
på Centralsjukhuset
i Karlstad

rekommendationer i boken "Anal inkontinens hos kvinnor, utredning och behandling" av Svensk förening för obstetrik och gynekologer (SFOG) som fortfarande är aktuell (6). Där rekommenderas information om skadan och dess konsekvenser, vikten av god smärtlindring, undvikande av förstoppning genom att gå på toaletten vid tömningsreflex, paraffinolja och icke gasbildande bulklaxativ samt instruktioner om bäckenbottenträning med försiktig start. Arbetsgruppen rekommenderar att kvinnan startar försiktig bäckenbottenträning med fokus på anala sfinktern cirka en vecka efter förlossningen och kraftfull styrketräning av bäckenbotten, under smärtgräns, efter cirka en månad. Vidare rekommenderar vi att kvinnan och mannen får information om att undvika penetrerande samlag och att inte lyfta tyngre än sitt barn under läkningstiden på fyra till sex veckor samt att undvika hopp, löpning och tung styrketräning de första tre till fyra månaderna efter förlossningen.

Uppföljning sex till åtta veckor postpartum

Det finns ingen evidens avseende uppföljningsbesöket gällande när detta besök bör ske eller exakt vad det bör innehålla. Arbetsgruppens rekommendation är dock att erbjuda ett uppföljningsbesök sex till åtta veckor postpartum, företrädesvis hos specialutbildad fysioterapeut. Vid detta besök bör symtom efterfrågas gällande kontinens (urin, gas och avföring), smärta och tarmfunktion. Noggrann palpation av bäckenbottens funktion bör göras. Det saknas mycket forskning om fysioterapeutisk behandling av den här patientgruppen. Det finns dock evidens av varierad grad för några behandlingsmetoder som bäckenbottenträning och biofeedback. Ytterligare studier behövs för att identifiera de mest optimala fysioterapeutiska behandlingsmetoderna för kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur.

Information/rådgivning och träningsinstruktion

Fem artiklar identifierades. Resultatet från studierna visar att *evidensstyrkan är mycket begränsad* för behandling med information/rådgivning mot anal inkontinens.

Bäckenbottenträning

Sju artiklar identifierades som utvärderar effekten av bäckenbottenträning som behandlingsmetod vid analinkontinens med tillägg av andra metoder. Tre studier innefattar enbart kvinnor medan övriga studier inkluderar kvinnor och män. Resultatet från studierna visar att *evidensstyrkan är begränsad* för behandling med bäckenbottenträning vid anal inkontinens. Tilläggas bör att studierna sällan pre-

ciserar vilken typ av träning som använts och hur patienten har instruerats.

Biofeedback

Tretton artiklar identifierades som utvärderar effekten av biofeedback i behandling av anal inkontinens. Studierna innefattar inte enbart kvinnor som fött barn och uppföljningarna är i vissa fall gjorda under kort tid. Studierna talar mot varandra och flera behandlingsmetoder finns inom samma behandlingsgrupp hos flera av studierna. Resultatet blir därför att *evidensstyrkan är begränsad* för behandling med biofeedback vid anal inkontinens.

Anal elstimulering

Sex studier identifierades som utvärderar effekten av elstimulering. En studie innefattar både kvinnor och män. Resultatet från studierna visar att *evidensstyrkan är mycket begränsad* för behandling med anal elstimulering vid anal inkontinens.

Behandlingsrekommendationer

Det finns en rad rekommendationer för behandling av analsfinkterruptur i det akuta skedet. *Se faktaruta 1.*

Faktaruta 1. Behandlingsrekommendationer – akut

BEHANDLING I AKUTA SKEDET

- Information om skadan och anatomin i bäckenbotten.
- Uppmuntra till analgetikum
- Fysisk aktivitet främjar läkning och god tarmfunktion. Promenader räcker de första 6 veckorna
- Information om tarmfunktion; mjukgörande medel enligt ordination, lösande kost, dricka tillräckligt, undvika att skjuta upp toalettbesök vid tarmtömningsreflex.
- Bäckenbottenträning: Lätta knip med analt fokus efter en vecka. Styrketräning under smärtgräns efter ca 4 veckor.

Uppföljningsbesök sex till åtta veckor postpartum

På vissa sjukhus har kvinnan återbesök hos läkare och remitteras vid behov till fysioterapeut. På andra sjukhus följer fysioterapeuten upp kvinnan, som vid behov remitteras vidare till läkare. Oberoende av hur den exakta arbetsgången ser ut, är det önskvärt att fysioterapeut och läkare har ett nära samarbete. *Se faktaruta 2 på nästa uppslag.*



KARIN TORELL

Leg sjukgymnast, specialist inom obstetrik, gynekologi och urologi. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Faktaruta 2. Behandlingsrekommendationer – postpartum

BEHANDLING 6–8 VECKOR POSTPARTUM

- Information och repetition av anatomi och kvinnans skada. Råd om återgång till allmän fysisk träning.
- Anamnes: frågor om besvär (inkontinens, urgency, smärta) oro och rädsla.
- Undersökning. Noggrann vaginal och anal palpation.
- Bäckebottenträning; individuellt upplagt program baserat på palpationsfynd och anamnes. Daglig träning i 4-6 månader sedan underhållsträning resten av livet.

► Vidare fysioterapeutiska behandlingsåtgärder

Om kvinnan har besvär från bäckenbotten, om palpation visar svaghet eller oförmåga att aktivera bäckenbotten eller om tekniken vid bäckenbottenkontraktion är nedsatt boka ytterligare besök hos fysioterapeut. Om effekten av sedvanlig bäckenbottenträning är otillräcklig kan biofeedback och elstimulering användas. Biofeedback kan ges via apparater med ytelektroder eller intraanal/intravaginal probe. Kvinnan måste vara smärtfri vid palpation och ha normal sensibilitet för att behandling med elstimulering ska kunna genomföras. En del kvinnor kan besvärmas av smärta i bäckenbotten under en längre tid. Smärtan kan provoceras vid samlag, långvarigt sittande eller promenader. Om smärtan orsakas av lokal ömhet i muskulaturen kan manuella metoder som triggerpunktsbehandling och töjning prövas (8).

Eventuell vidareremittering

Oftast väntar fysioterapeuten tills det gått sex månader postpartum innan kvinnan remitteras vidare, ibland sker det tidigare. Fysioterapeuten bör remittera vidare till specialistläkare vid oförmåga att hålla avföring, vid uttalad fekal urgency, vid besvärande gasinkontinens sex till tolv månader postpartum, efter avslutad träningsperiod samt vid oprovocerad smärta eller vid kraftig smärta under toalettbesök, sexuell aktivitet eller vid fysisk träning.

Rekommendation inför nästkommande förlossning

I Sverige rekommenderas kvinnan att föda nästa barn vaginalt om hon är återställd ett år efter förlossningen.

Diskussion


Obstetriska analsfinkterrupturer har enligt studier ökat i frekvens sedan 1980-talet (4). Ökningen kan bero på att man idag är bättre på att diagnosticera denna typ av skada. Misstanke om underdiagnostisering av sfinkterrupturer har dock framförts i medierna i ett flertal dokumentärreportage, bland annat i ”Uppdrag granskning” under perioden 2011–2013. Rutinmässigt utförd ultraljudsundersökning (6) och bidigital palpation kan minska risken för odiagnosticerade sfinkterrupturer.

Riktlinjerna är en genomgång och evaluering av behandlingsmetoder som ges till kvinnor som ådragit sig en obstetrisk analsfinkterruptur. Trots att det fanns tillräckligt många studier med medelgod eller hög kvalitet inom behandlingsmetoderna bäckenbottenträning, bio-feedback och anal elstimulering så blev resultatet ”begränsad” eller ”mycket begränsad” evidens för metoderna. Orsak till detta var att studierna talade mot varandra och att i många fall jämfördes två metoder mot varandra utan kontrollgrupp. De studier som granskats är också varierande beträffande patienturval, utvärderingsinstrument och behandlingsmetoders innehåll, intensitet och duration. Utvärdering sker med olika instrument och vid olika tidpunkter. Sammanfattningsvis leder detta till att det är svårt att komma upp i evidensgrad för respektive behandlingsmetod. Att en behandlingsmetod får begränsad evidensstyrka behöver alltså inte betyda att metoden är verkningslös utan kan bero på hur studierna är gjorda. Ytterst få studier identifierades som enbart behandlade fysioterapeutiska behandlingsmetoder i direkt anslutning till den obstetriska sfinkterskadan. Arbetsgruppen valde därför att inkludera fysioterapeutisk behandling vid anal inkontinens även av andra orsaker. Vissa av dessa studier innehåller även män, vilket naturligtvis inte är optimalt.

Bäckebottenträningen, som är fysioterapeutens förstahandsval vid behandling, beskrivs vagt i de olika studierna. I olika internationella riktlinjer rekommenderas alltid bäckenbottenträning som ett första behandlingsalternativ vid urininkontinens, och vår slutsats, kring vilken konsensus råder, är att även alla kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur bör få bäckenbottenträning. Vi har vid upprepade tillfällen under arbetets gång diskuterat de olika rekommenderade tidsintervallen gällande bäckenbottenträningen. Det finns ingen evidens i litteraturen avseende detta och olika uppfattningar råder i landet. Efter att även ha diskuterat med gynekologer/obstetriker har vi enats i dessa rekommendationer, väl medvetna om att det vetenskapliga underlaget saknas.

Erfarenhetsmässigt upplever vi i arbetsgruppen

”Kvinnorna i allmänhet är mycket nöjda med att bli kallade till ett uppföljningsbesök och där få svar på sina frågor, diskutera eventuella besvär, bli ordentligt undersökta och få individuellt riktade råd angående bäckenbottenträning.”

att kvinnorna i allmänhet är mycket nöjda med att bli kallade till ett uppföljningsbesök och där få svar på sina frågor, diskutera eventuella besvär, bli ordentligt undersökta och få individuellt riktade råd angående bäckenbottenträning. Uppföljning efter obstetrisk analsfinkterruptur är i dagsläget varierande i landet, allt ifrån ingen uppföljning till noggrann uppföljning av profession med specialistkunskap. Eftersom urinrör, vagina och tarm ”tillhör” olika medicinska specialiteter, kan det variera på vilken klinik den sjukgymnastiska uppföljningen sker och därmed kan också bedömning och behandling se olika ut. Fysioterapeuter är en väl lämpad profession att arbeta inom detta område då yrkeskåren har en specialiserad kunskap om muskelfunktion, tonusbedömningar och träningslära. Arbetsgruppen vill lyfta fram den återkoppling eller feedback, som fysioterapeuten ger vid palpation vaginalt och analt. I en samtidig diskussion med kvinnan ges ovärderlig feedback om hur hon kontraherar sin bäckenbotten. Tyvärr kan området upplevas som ”obekvämt” eller till och med ”icke-fysioterapeutiskt”. I grundutbildningen till fysioterapeut behandlas gynekologi och obstetrik samt bäckenbottenträning vanligtvis mycket översiktligt. Att kunna utföra vaginal och anal palpation är nödvändigt för att kunna ge individanpassade träningsprogram. Arbetsgruppen hoppas att riktlinjerna ska bli ett användbart verktyg för fysioterapeuter som arbetar inom området och att det ska bidra till att patienter får bättre och mer likvärdig vård över hela landet. 



Riktlinjegruppen har bestått av:

Elisabeth Arkel, Norra Älvsborgs läns sjukhus, Trollhättan

Helena Neymark Bachmeier, Centralsjukhuset, Karlstad

Åsa Rikner, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Sofia Rydhög, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Karin Torell, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

REFERENSER

- 1. Hultén L, Nordgren S, Öresland T. Fekal inkontinens: ett gömt problem. Västra Frölunda: Janssen-Cilag AB, 1995.
- 2. Hahn I, Myrhage R. Bäckenbotten: byggnad, funktion, träning. 4. uppl., Göteborg: Anakomp AB, 1999.
- 3. Bols E, Berghmans B, Hendriks E, Baeten C, de Bie R. Physiotherapy and surgery in fecal incontinence: an overview. *Physical Ther Rev* 2008;13(2):71-90.
- 4. 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;77(10):974-7.
- 5. Landy HJ et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet. Gynecol*. 2011;117(3):627-35.
- 6. 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.
- 7. Nordenstam J, Mellgren A, Altman D, Lopéz A, Johansson C, Anzén B et al. Immediate or delayed repair of obstetric anal sphincter tears – a randomised controlled trial. *BJOG*. 2008;115(7): 857-65.
- 8. Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*. 2003;46(4):773-82.

Denna sammanfattande artikel finns i pdf-format på www.fysioterapi.se under fliken Forskning. De fullständiga riktlinjerna finns däremot att ladda ned på www.fysioterapeuterna.se under fliken Profession och Kliniska riktlinjer.