

Perinealskade / anal sfinkterskade - ved fødsel, diagnostikk / behandling / forebygging og opplæringsplan

Endring siden forrige versjon

Revidert versjon

Hensikt

Sikre at alle jordmødre og leger identifiserer og behandler anal sfinkterskade på en optimal måte.
Sikre at oppfølgingsregimet av kvinner med anal sfinkterskade er kjent og følges.

Målgruppe

Jordmødre og leger ved Kvinneklubben

Fremgangsmåte

Definisjon og klassifisering av perinealskader:

Anatomiske strukturer involvert	Grad av skade	ICD-10
Overfladisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne	1	O 70.0
Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av anal sfinktermuskulatur	2	O 70.1
Skade av perineum som involverer anal sfinktermuskulatur	3	O70.2
Mindre enn 50 % av EAS er skadet	3A	O 70.2
Mer enn 50 % av EAS er skadet	3B	O 70.2
Både EAS og IAS er skadet	3C	O 70.2
Analssfinktermuskulatur og anal/rektalslimhinne	4	O 70.3

EAS: ekstern anal sfinkter

IAS: intern anal sfinkter

- Klassifiseringen anbefales brukt ved diagnostikk, registrering og rapportering av perinealskader ved fødsel.
- Klassifiseringen gjør det mulig å differensiere mellom ruptur av EAS og IAS. IAS bidrar i å opprettholde kontinens.
- Isolert skade av IAS er sjeldent, og defineres ikke som skade av anal sfinkter i denne klassifiseringen, men en slik skade skal sutureres og dokumenteres i pasientens journal.
- Isolerte lesjoner i rektumveggen («buttonhole» defekt) skal sutureres, men ikke graderes som perinealskade grad 4.

Ved perinealskade grad 2 kan det være nyttig å subklassifisere skaden basert på omfanget. Skaden kodes som grad 2 – men subklassifiseringen kan inkluderes som tillegg i fødejournalen eller operasjonsbeskrivelsen.
Episiotomier skal ikke dokumenteres som perinealskade grad 2.

Klassifisering av perinealskade grad 2:

Anatomiske strukturer involvert ved perinealskade grad 2	Grad av skade	ICD-10
Mindre enn halve perineum er involvert	2a	O70.1
Mer enn halve men ikke hele perineum er involvert	2b	O70.1
Hele perineum er involvert, men analssfinktermuskel er intakt	2c	O70.1

Forebygging av perinealskade ved fødsel

- Forekomsten av anal sfinkterskader kan reduseres 50-70 % med forebyggende tiltak.

- Perineumstøtte og hodestøtte med to hender i tillegg til god kommunikasjon med den fødende anbefales ved ALLE fødsler, både spontane og instrumentelle.
- «Hands-off» forløsningsteknikk anbefales ikke.
- Mor kan velge den fødestillingen hun ønsker i åpningsfasen og i begynnelsen av trykkefasen, men når barnet forløses bør fødestilling være slik at fødselshjelperen kan visualisere perineum og nå perineum med to hender.
- Det er ikke nødvendig å ha den fødende i ryggeleie og i benholdere for å støtte perineum; i halvtstående, sideleie eller "på alle fire" kan man bruke manuell perineum/hode-støtte med to hender.
- Hvis kvinnen ønsker en fødestilling hvor perineumstøtte ikke er mulig, anbefales det at kvinnen er orientert om risiko for perinealskade grad 3-4.

Tiltak:

- Informere kvinnen om tiltak ved forløsning
- Fødselshjelperen bruker to hender ved forløsning
- En hånd bremser hodets forløsningshastighet ved kroning
- Den andre hånden støtter perineum med modifisert Ritgens manøver ("finske grepet"). Med fingrene "klemmer" man sammen fra sidene for å lette trykket i midtlinjen av bakre perineum
- Instruere mor om IKKE å trykke, men bare pese-puste når hodet skjærer ut
- Vurdere episiotomi ved behov/indikasjon
- Fortsette å støtte perineum når skuldrene forløses
- Vurdere å forløse bakre skulder først

Disse tiltakene benyttes både under spontan vaginal fødsel og under operativ forløsning.

Episiotomi, se [Episiotomi](#)

- Episiotomi anlegges på indikasjon, for eksempel når dette kan redusere risiko for grad 3 eller 4 perinealskade eller når man ønsker å forløse barnet raskt på grunn av truende fosterasfyksi.
- Korrekt episiotomiteknikk benyttes:
 - Ved SØ brukes lateral episiotomi (klipp mellom klokken 4 og 5. Vinkelen av klippet bør være minst 60 grader fra midtlinjen)
 - Medial episiotomi må ikke brukes.
- Ved operative forløsninger har korrekt anlagt episiotomi beskyttende effekt mot sfinkterskader, spesielt hos førstegangs fødende.
- Indikasjon for episiotomi
 - Truende fosterasfyksi når man ønsker å hente ut barnet raskt.
 - Prematuritet.
 - Seteleie.
 - Instrumentell forløsning (behov hos de fleste førstegangs fødende, etter vurdering hos flergangs fødende).
 - Makrosomi, særlig hos førstegangs fødende.
 - Forlenget stadium II hvor vanskelig forløsning forventes, spesielt hvis risikofaktorer for skulderdystoci er til stede.
 - Vurderes ved tidligere sfinkterruptur.

Risikofaktorer

De viktigste risikofaktorene for anal sfinkterskade er:

- Primiparitet
- Stort barn >4kg
- Operativ forløsning (tangforløsning gir høyere risiko enn vakuumbforløsning)
- Medial episiotomi

Andre risikofaktorer:

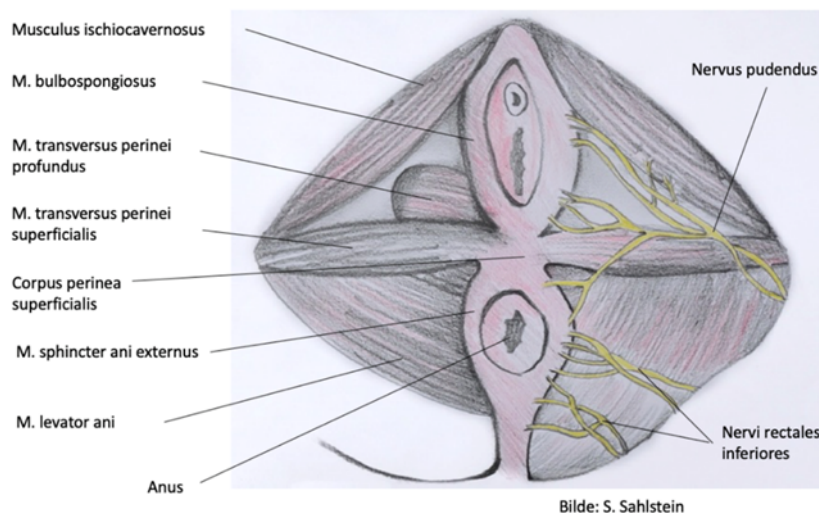
- Maternelle
 - Tidligere keisersnitt

- Tidligere perinealruptur grad 3 og 4
- Mors alder
- Asiatisk opprinnelse
- Kvinner som er omskåret
- Føtale
 - Skulderdystoci
 - Occiput posterior presentasjon
 - Stor hodeomkrets
- Obstetriske
 - Langvarig 2. stadium
 - Manglende visualisering av perineum

Diagnostikk

- Etter enhver vaginal fødsel bør man systematisk undersøke perineum, vagina, analkanal og distale rektum for å sikre at alle sfinkter-, perineum- og rektumskader blir oppdaget og adekvat behandlet.
- Alle kvinner hvor man ikke med sikkerhet kan avkrefte en perineumskade grad 3-4 bør undersøkes av en lege som har erfaring i diagnostikk og behandling av perineumskader.
- Rektaleksplorasjon er nødvendig for å sikre status i anal sfinktermuskulatur etter vaginal fødsel.
- Med pekefingeren i rektum ruller tommelfingeren over EAS og palperer EAS for å vurdere om EAS er skadet, og estimere omfanget av skaden.
- Med pekefinger løftes bakre vaginalvegg og toppen av riften i vagina slik at rektovaginale fascie, IAS og rektal/anal slimhinne kan undersøkes. IAS dekkes delvis av EAS. IAS består av glatt muskulatur og kjennetegnes med hvitlig glinsende utseende. Hvis ischioanalt fettvev er synlig, er det ofte tegn på sfinkterskade.
- Dersom det identifiseres en isolert skade av IAS, skal denne sutureres.
- Isolerte lesjoner i rektumveggen skal sutureres, men ikke graderes som sfinkterskade.
- Sfinkterskaden skal vurderes, klassifiseres, beskrives detaljert i operasjonsbeskrivelsen.
- Alle kvinner som har fått en alvorlig skade av perineum bør undersøkes av en lege som har erfaring i diagnostikk og behandling av perineum- og sfinkterskader.

Bilde 1: Bekkenbunnsanatomi



Behandling

Perinealruptur grad 1 og 2

- Sutureres av jordmor eller lege
- God lokal anestesi (infiltrasjon eller pudendal)
- Rektal eksplorasjon anbefales før suturering
- Perineum sutureres med fortløpende sutur evt. avbrutte

suturer ved stor spenning i vevet eller fare for infeksjon.

- Bulbospongiosus- og transversus perineimuskulaturen identifiseres og adapteres før man lukker vaginalslimhinnen.
- Hud lukkes med intrakutan fortløpende resorberbar sutur 3-0, evt. avbrutte suturer hvis dette er indisert
- Avsluttende rektal palpasjon utføres for å utelukke suturmateriale gjennom anal- eller rektalslimhinne.
- Ved omfattende perinealskader, inkludert multiple rifter og store grad 2 skader, anbefales smertelindring med paracet og antiflogistika (NSAIDs). For å opprettholde myk avføring kan laktulose benyttes i opptil 2 uker.

Oversikt over anbefalt suturmateriale og teknikk ved sutur av perinealskade 1-2:

Struktur	Suturmateriale	Salgsnavn	Sutureringsteknikk
Vaginalslimhinne	Polyglycolsyre (absorberende flettet tråd)	Vicryl® Rapid 2-0 Novosyn® Quick 2-0 Velosorb® 2-0	Fortløpende eller ende-til-ende
Perinealmuskulatur	Polyglycolsyre (absorberende flettet tråd)	Vicryl® 2-0 Novosyn® 2-0 Velosorb® 2-0	Fortløpende eller enkle suturer
Hud	Polyglycolsyre absorberende flettet tråd)	Vicryl Rapid® 2-0 eller 3-0 Novosyn® Quick 2-0 eller 3-0 Velosorb® 2-0 eller 3-0	Fortløpende eller enkle suturer

Perinealruptur grad 3 og 4, primærsuturering:

- Sutureres av lege og utføres eller assisteres av erfaren operatør
- I påvente av operasjon kan det legges på saltvannskompresser over skadet perineum. Isposer for å redusere ødem.
- Primærsuturering av sfinktermuskulatur etterstrebes utført relativt raskt etter forløsning, men kan utsettes opp til 12 timer etter skadetidspunkt uten at dette gir et dårligere resultat for pasienten.
- Operasjonen utføres på operasjonsstuen
- Regional- eller generell narkose anbefales
- Lokal anestesi kan benyttes hvis kun overflatiske fibre av anal sfinkter er avrevet
- Skaden skal eksplorerer grundig for å avdekke hele skadeområdet, herunder også eventuelle skader av indre anal sfinkter
- EAS er en tverrstripet muskel og vil ofte være retrahert til sidene og må trekkes frem ved hjelp av instrument (Allis tang)
- Eksterne anal sfinkter rekonstrueres med «ende til ende»- eller overlappteknikk med monofilament eller flettet sutur. Det er ingen forskjell på forekomsten av analinkontinens når disse to teknikkene sammenlignes. Operatøren velger den teknikken som man behersker best.
- Rift i interne anal sfinkter sutureres med 3-0 monofilament eller flettet sutur.
- Anal/rektumslimhinne sys med fortløpende evt. avbrutte suturer med sutur 3-0 slik at man oppnår eversjon av rektumslimhinnen inn mot lumen. Konferer gastrokirurg ved behov.
- Skader i øvrige muskler i perineum (m.bulbocavernosus, m. transvers perinei superficialis og profundus) identifiseres og sutureres ved adaptasjon av de ulike strukturer
- Antibiotikaproylase anbefales ved perinealskade 3-4. Engangsdosering ved oppstart av suturering: Metronidazol 1.5 g x 1 i.v. og Cefalotin 2 g. Alternativt kan flere doser gir for å oppnå ett døgns virketid.

Oversikt over anbefalt suturmateriale ved perinealskade grad 3-4:

Struktur	Suturmateriale	Salgsnavn	Suturteknikk
EAS	Monofilament eller Flettet	Maxon® 2-0 Monoplus® 2-0 PDS II® 2-0 Vicryl® 3-0 Novosyn® Polysorb®	Ende-til-ende eller overlappteknikk Liggende madrass-suturer
IAS	Monofilament eller Flettet	Maxon® 3-0 Monoplus® 3-0 (Vicryl® 3-0)	Ende-til-ende, ikke overlapp. Enkle suturer eller madrass suturer
Rektalslimhinne	Monofilament eller Flettet	Monosyn® 3-0 Biosyn® 3-0 Monocryl® Vicryl® 3-0	Enkle suturer

Postoperativ behandling

Antiflogistika (NSAIDs), Ibuprofen 400mg x 3 og Paracetamol 1g x 4 anbefales for smertelindring. Parafin x 2 i to uker post partum for å unngå hard avføring.

Oppfølging

- Bekkenbunnen avlastes de første fire dagene, derfor oppfordres kvinnen til å sitte minst mulig.
- Hun kan bevege seg som hun ønsker, men unngå tunge løft.
- Hun kan utføre små knipeøvelser fra første postoperative dag, men vente til hun er smertefri før det utføres kraftigere knipeøvelser.
- Kvinnen henvises fysioterapeut postoperativt for råd om bekkenbunnstrening på barsel.
- Alle pasienter med sfinkterskade bør få informasjonsskriv om skaden og videre oppfølging [Til deg som fått hele eller deler at lakkemuskulaturen rundt endetarmen \(sfinkter\) skadet under fødselen.](#), i tillegg til god informasjon av jordmor/lege.
- Før utreise:
 - Bestille time til kontroll ved fødepoliklinikken ca. 6 måneder postpartum. Kontrollen bør inneholde kartlegging av symptomer, undersøkelse av bekkenbunnen med vurdering av kontraksjon og palpasjon. Kvinnene bør ved denne kontrollen få råd vedrørende neste fødsel.
 - Sende henvisning i DIPS til «KIR anoproktologi» for kontroll hos fysioterapeut ca. 6 måneder etter fødsel.

Rådgiving vedrørende neste fødsel

- Det finnes ingen klar anbefaling om forløsningsmetode etter tidligere anal sfinkterskade. Valg av forløsningsmetode bør diskuteres med kvinnen, og det bør tas hensyn til både symptomer på analinkontinens og eventuelt påvist defekt i analsfinktermuskulatur.
- Hvis kvinnen ikke har symptomer eller påviste defekter i analsfinktermuskulaturen, er vaginal fødsel et mulig alternativ
- Over 95 % av kvinner med tidligere grad 3 og 4 skade føder vaginalt uten ny grad 3 og 4 perinealskade.
- Kvinner med tidligere anal sfinkterskade har økt risiko for å få en ny skade sammenliknet med kvinner uten tidligere skade. Risikoen øker betydelig ved instrumentell forløsning med tang eller vacuum, om barnet over 4 kg, eller om mors alder er over 35 år.
- Ved valg av forløsningsmetode bør det tas hensyn til symptomer av analinkontinens, ultralydverifisert defekt i anal sfinktermuskulatur eller herniering av analslimhinne.
- Økende analinkontinens i løpet av svangerskapet kan være tegn på omfattende sfinkterskade.
- Vedvarende defekt i analsfinktermuskel er vanlig, spesielt etter perinealskade grad 4, også hos kvinner uten symptomer på analinkontinens. Slike defekter er assosiert med økt risiko for utvikling av analinkontinens etter ny vaginal fødsel, selv i fravær av ny perinealskade grad 3-4.
- For kvinner med tidligere perinealskade grad 4 foreslås det derfor ultralyd av anal sfinktermuskulatur gjennomføres før en tar stilling til om ny vaginal fødsel er tilrådelig.

Komplikasjoner og senfølger

- Obstetrisk anal sfinkterskade er den viktigste risikofaktoren for anal inkontinens hos kvinner.
- 25-60% av kvinnene får persisterende analinkontinens til tross for umiddelbar primærsuturering. De fleste av disse har lekkasje begrenset til luft eller fekal urgency.
- Grad 4 perinealskade er assosiert med høyere forekomst av analinkontinens enn grad 3.
- Kvinner med analsfinkterskade rapporterer mer smerter, ubehag, seksual dysfunksjon og dyspareuni enn kvinner uten sfinkterskade samt økt psykisk belastning og posttraumatisk stresslidelse.

Postoperative komplikasjoner/infeksjoner

- Perinealskader grad 3-4 har større infeksjonsrisiko enn lavere grader, inkludert episiotomi
- Smerte er ofte et av de første tegnene på infeksjon. Vanlige infeksjonstegn er: erytem, purulent utflod, ødem, vond lukt, redusert almenntilstand og feber.
- Sårruptur er ofte et tegn på infeksjon, men begge deler kan forekomme uavhengig av hverandre.
- Sårruptur uten infeksjon forekommer typisk noe senere enn infeksjoner og kan forekomme pga økt belastning på suturer (asymmetrisk suturering, kraftig ødem, forsert samleie) eller forsinket tilheling (diabetes, røyking, iskemi pga. stram suturering).

- Sårkomplikasjoner i form av infeksjon eller sårruptur kan være det første tegnet på en oversett sfinkterskade og symptomer på anal inkontinens bør kartlegges.
- De fleste infeksjoner oppstår ila den første uken etter fødsel. Nekrotiserende fascitt er meget sjeldent, men ved infeksjonstegn de første 24-48 timene må dette ikke glemmes. Ved infeksjonstegn de første 24-48 timene etter fødsel er agens ofte gruppe A streptokokker.
- Ved mistanke om infeksjon, bør det gjøres en grundig undersøkelse og tas prøve til mikrobiologiske undersøkelser. Positiv bakteriedyrkning uten kliniske funn indikerer kolonisering og behøver ikke antibiotikabehandling.
- Ikke-erkjente sfinkterskader, «button hole»-defekter og fistler må utelukkes.
- Abscesser kan dreneres og skylles etter vanlige kirurgiske prinsipper uten antibiotika så lenge man har utelukket mer omfattende infeksjoner. De fleste sår bør revideres kirurgisk, med mindre det er snakk om helt overfladiske infeksjoner
- Alt suturmateriale og nekrotisk vev bør fjernes. Såret bør deretter ligge åpent, og rengjøres daglig med håndddusj. Ved dyptgående skader kan det være nødvendig med kortvarig innleggelse for assistert sårstell.
- Det mangler god evidens for å anbefale resuturering over konservativ behandling med sekundær tilheling og begge kan tilbys. Link til prosedyren finner du her: [Resuturering postpartum, perineal rupturer grad 1-2 og episiotomi](#)

Forekomst/epidemiologi

- Opp mot 85 % av førstegangs fødende kvinner vil få en eller annen perinealskade ved vaginal fødsel.
- Flergangsfødende med tidligere vaginal fødsel har betydelig lavere forekomst av perinealskader.
- Forekomst av 3. og 4. grads perinealskade er redusert i Norge de siste 15 årene og var 1,7% i 2017, men varierer mellom de ulike fødeinstitusjonene (fra 0,9 til 2-3%).

Fremgangsmåte for opplæring av forløsningsmetode:

- Det er utdannet «ressursjordmødre» som skal undervise andre jordmødre og leger om avdelingens prosedyre for forebygging av sfinkterskader.
- For å forbedre forløsningsteknikk samt trygge fødselshjelperen i forløsningssituasjonen oppfordres alle leger og jordmødre til å trene støtteteknikk på fantom med fagjordmor, «ressursjordmor», seksjonsoverlege eller erfaren fødselshjelper. Alle leger som har fått sfinkterruptur ved vakuumforløsning skal trene på fantom med seksjonsoverlege eller erfaren obstetriker snarest mulig etter hendelsen. Alle jordmødre som har fått sfinkterruptur etter normal forløsning skal trene støtteteknikk på fantom med fagjordmor eller «ressursjordmor» snarest mulig etter hendelsen.
- Hver seksjonsleder har oversikt over gjennomgått undervisning hos den enkelte ansatte.
- Fagansvarlig jordmor og seksjonsoverlege informeres om nyansatte vikarjordmødre og leger, slik at man kan planlegge undervisning.
- To ganger i året er temaet i internundervisningen forebygging og diagnostikk av perineal/sfinkterskader. Deltakelse registreres, og man følger opp at alle jordmødre og leger deltar minimum en gang per år.
- Jordmødre og leger oppfordres til å bruke avdelingens og egen statistikk til læring og forbedring. Avdelingens statistikk presenteres hvert år for alle ansatte.

Undervisningsplan:

- Presentasjon av oppdatert prosedyre angående perinealruptur.
- Gjennomgang av avdelingens statistikk vedrørende sfinkterskader.
- Presentasjon av referanselitteratur.
- Definisjon og grader av perinealrupturer.
- Profylakse: Hvordan lede utdrivningen og støtte perineum for å unngå sfinkterskader?
- Praktiske øvelser på fantom.
- Forløse sammen med ressursjordmor/erfaren lege.

- Diagnostikk (jordmor + lege)
 - Inspeksjon
 - Rectovaginal palpasjon
- Størrelsesgrad av ruptur
- Analreflekser
- Evt. rektal eller vaginal ultralyd av analsfinkter.
- Operasjonsteknikk/film (lege)

Referanser[A3.2/3.1.2-21](#)[Episiotomi](#)[A3.2/3.1.2-77](#)[Resuturering postpartum, perineal rupturer grad 1-2 og episiotomi NY](#)[A3.2/3.2.2-03](#)[Fødselsrifter NY](#)[A3.2/3.2.2-09](#)[Til deg som fått hele eller deler at lukkemuskulaturen rundt endetarmen \(sfinkter\) skadet under fødselen.](#)[Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](#)**Vedlegg**[Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](#)[Til deg som fått hele eller deler at lukkemuskulaturen rundt endetarmen \(sfinkter\) skadet under fødselen.](#)**Slutt på Prosedyre**