Uppföljning efter sfinkterruptur; rekommendation enligt riktlinjer och praktiska exempel

Karin Torell
Specialistsjukgymnast
SU/Östra sjukhuset, Göteborg

Östra Sjukhuset/KK

- Antal förlossningar: Östra ca 6000 år 2013
- Antal sfinkterskador: SU 3,2%, Sverige 3,4%. Jag träffar 150-200/år
- Fokus på sfinkterskador, kurser etc
- (Smärtgrupp på KK. Olika yrkesgrupper. Mycket forskning)
- Vi följer riktlinjerna!

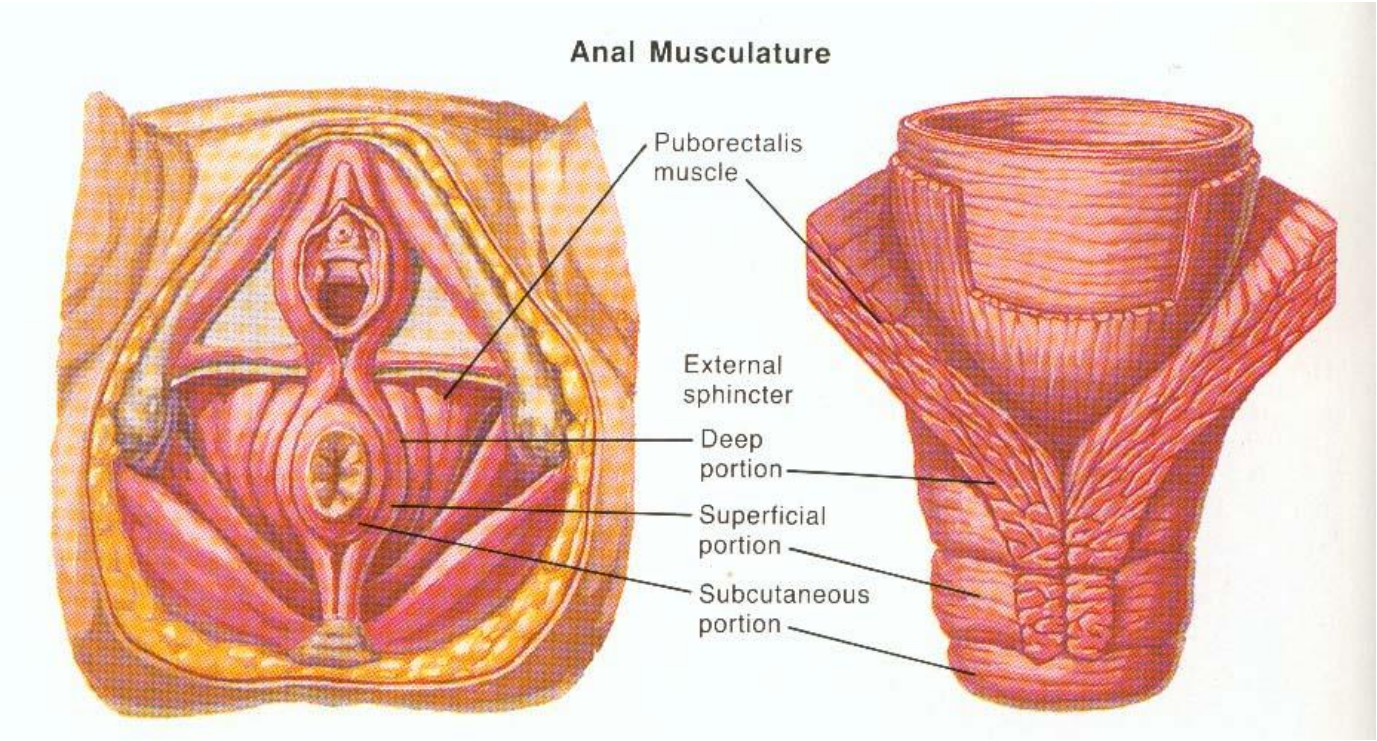
Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur

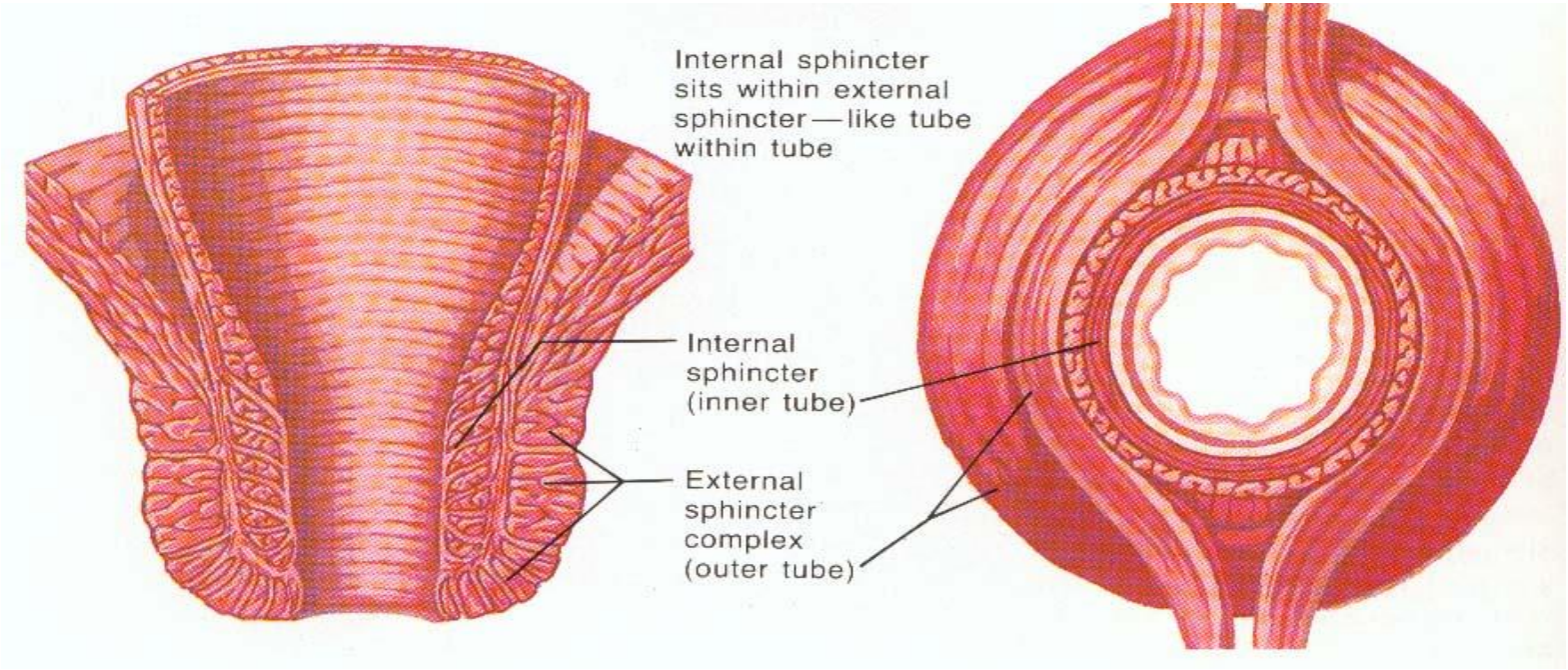
Anledning till riktlinjeskrivande

- 2010 ordnade sektionen för Kvinnors hälsa en kurs avseende omhändertagande efter sfinkterruptur med deltagare från hela landet. Första gången en sådan kurs anordnades
- Insikt: Mycket olika uppföljning landet
- Bildade grupp. Syfte: förutom granskning av metoder, stöd för sjukgymnaster ute i landet som träffar dessa patienter ofta eller sällan

Fakta

- Det finns inga evidensbaserade riktlinjer för hur omhändertagandet av kvinnor med obstetrisk analsfinkterskada bör vara
- Detta gäller även det sjukgymnastiska omhändertagandet
- 2 internationella: dansk och engelsk (RCOG). ”Recommended best practice, based on the clinical experience of the guideline development group”..
- Riktlinjerna (www.lsr.se) har en fyllig bakgrund, kopieringsbar patientinformation, anamnes, undersökning


Anal Musculature
Puborectalis muscle
External sphincter
Deep portion
Superficial portion
Subcutaneous portion


Internal sphincter sits within external sphincter—like tube within tube
Internal sphincter (inner tube)
External sphincter complex (outer tube)

Granskning

Totalt identifierades 480 studier, varav 20 granskades (RCT + CT).

Språk: engelska

5 olika databaser

Inklussion: sjukgymnastisk behandling av kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur

Granskning av kvalitet enligt PEDro-systemet
Max 10 poäng. låg, medel, hög kvalitet

Metoder som granskades

- Bäckenbottenträning
- Biofeedback
- Anal elstimulering
- …. begränsat vetenskapligt underlag.. Men också mångårig klinisk erfarenhet vilket behandlingsrekommendationerna också är baserade på!

Behandlingsrekommendationer- akuta skedet

- Skadan/Anatomi (bild, modell)
- Smärta. (medicin)
- Fysisk aktivitet (promenader, efter 3-4 mån hopp, löpning)
- Tarmfunktion (reflex, mjukgörande, vätska, aktivitet)
- Bäckenbottenträning (efter 1 v mjuka, korta, efter 4 v styrketräning under smärtgräns)

Patientinformation

Gäller fram till återbesök 6-8 veckor efter förlossning

- Smärta
- Tarmfunktion
- Aktivitet och vila
- Bäckenbottenträning

Risk för kvarstående besvär

- Ofrivilligt gasläckage, fekal urgency, avföringsläckage
- Smärtor: vid belastning, vid samlag
- Studier visar olika om kvarstående besvär. Kumulativ effekt av flera förlossningar, progredierande neuropati, åldrande, menopaus?
- Viktigt med uppföljning!! Uppföljningsbesök. I internationell litteratur inom ett halvår. RCOG 6-12 v PP, Danmark sjukgymnast 4v-6v PP, läkare 3-6mån PP. Vem: yrkesgrupp med specialintresse. Manometri o UL om besvär. OP?

Uppföljningsbesök 6-8 v PP
alla grad 3 o 4

- Repetition: skadan
- Anatomi och fysiologi
- Riktade frågor kring tarmfunktion och blåsfunktion
- Frågor kring eventuell smärta, oro, tyngdkänsla, samliv, fysisk träning
- **Rekommendation nästa förlossning: sectio om besvär 1 år PP!**

Bristol-skalan typ 1-7

Bristolskalan över avföringsformen

Typ 1	Separata hårda klumpar likt nötter (svåra att få ut).	Öka Movicol dosen.
Typ 2	Korvformad men med klumpar.	Öka Movicol dosen.
Typ 3	Likt en korv men med sprickor på ytan.	Behåll Movicol dosen.
Typ 4	Likt en korv eller orm, smidig och mjuk.	Behåll Movicol dosen.
Typ 5	Mjuka klumpar med skarpa kanter (enkla att få ut).	Minska Movicol dosen.
Typ 6	Fluffiga bitar med trasiga kanter.	Minska Movicol dosen.
Typ 7	Vattnig, inga fasta bitar. Enbart vätska.	Minska Movicol dosen.

Reproducerad med tillstånd av Dr KW Heaton, University of Bristol © 2000 Norgine Ltd

Undersökning

- **Inspektion –** bedöma läkning
- **Palpation**: vaginalt, analt och bidigitalt:
- Bedöma muskelfunktion i hela bäckenbotten. Styrka, uthållighet, latens, teknik.
- Bedöma tonus, sensibilitet, smärta
- Läkartid om “felläkning”, behöver smärtmedicin, anal blödning (få)

Bäckenbottenträning

”hitta rätt” träning/identifieringsträning

8-12 ggr, 3 omgångar per dag

- styrketräning

kraftfull styrka, 6-8 sek, 8-12 ggr, 3 omgångar per dag

- uthållighetsträning

medelhård styrka, 1-2 ggr per dag, mål ca 1,5 minuter

- funktionell träning

Kraftfull styrka <u>inför</u> situationer med ökat buktryck

- Underhållsträning hela livet efter 4-6 mån intensiv träning (ACSM)

Kraftfull styrka 8-12 ggr, 3 omgångar, minst 2 ggr per vecka

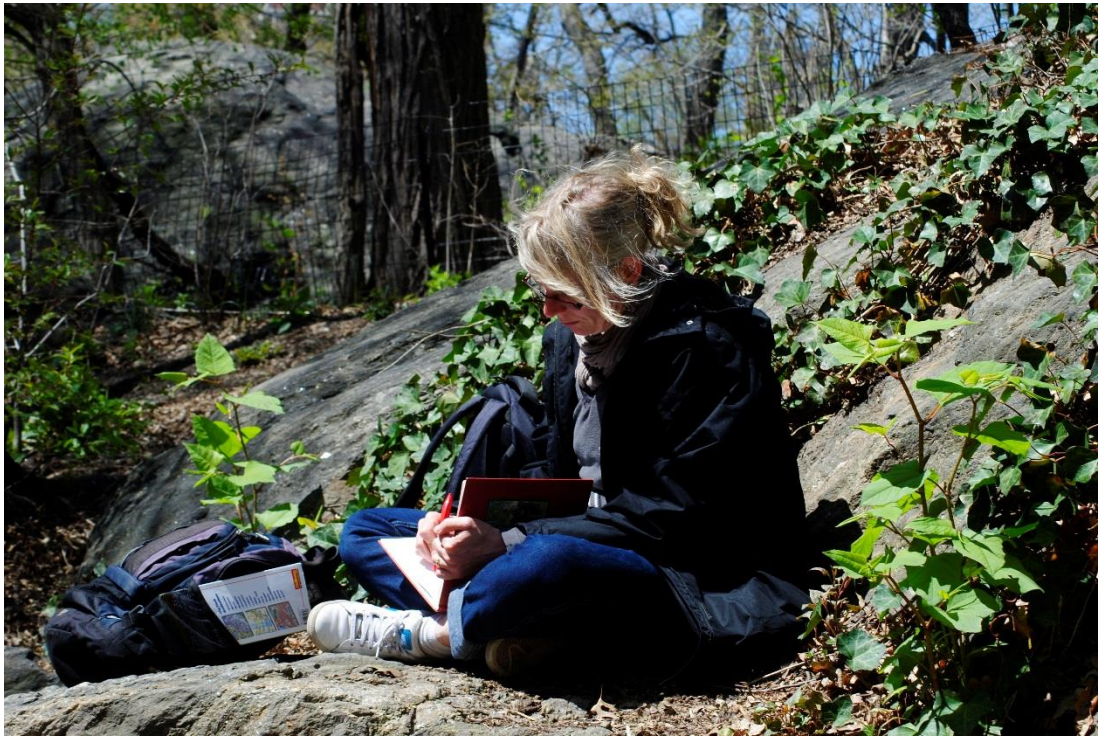
Fortsatt sjukgymnastisk uppföljning i upp till 6 månader

- Om kvinnan är mycket svag, orolig eller har besvär bokas fler besök. Bäckenbottenträningen följs upp.
- biofeedback *viktigaste återkopplingen digitalt!*
- elstimulering *anal/vaginal probe*

Remittera vidare till specialistläkare (6 mån PP) när:

- kvinnan inte kan hålla avföring
- kvinnan har uttalad fekal urgency
- kvinnan har besvärande gasinkontinens
- kvinnan har oprovocerad smärta eller kraftig smärta under toalettbesök, sexuell aktivitet eller vid fysisk träning
- Vad görs? UL, manometri, rådgivning
- (jag remitterar vidare 10-15 kvinnor/år högst)

Min erfarenhet

- Viktigt med uppföljning (viktigare än SG på BB)!
- Många kvinnor oroliga, googlat etc
- Snabbt på BB, har ej riktigt förstått vad som hänt. Genomgång av OP-berättelse viktig
- Bild, modell
- 1 tim till nybesök, alltid tolk
- Sällsynt med återbud, uteblivna besök
- SG bra. Muskler. Nu är träningen viktigast.
- Önskemål: arbetsgrupp på KK!

Patientfall