

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til:29.09.2022/29.09.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklubben/Fødeavdelingen	Versjon: 11.00
Godkjenner: Kessler, Jørg	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Kessler, Jørg	Dok.id: D13909

Inndeling

- Grad 1: Rift av huden i perineum og/eller av vaginalslimhinnen. Bekkenbunnsmuskulatur er ikke affisert. Omfatter også mindre rifter i vulva og/eller vagina. Større vaginalrifter som affiserer muskulatur regnes som grad 2.
- Grad 2: Skaden omfatter perineal-/vaginalmuskulatur. Den kan gå ned til m. sphincter ani, men affiserer ikke denne. Rifter som omfatter m. sphincter ani internus, men hvor m. sphincter ani externus er intakt, klassifiseres som grad 2.
- Grad 3a: Ruptur av < 50 % av m. sphincter ani externus
- Grad 3b: Ruptur av \geq 50 % av m. sphincter ani externus
- Grad 3c: Ruptur av både m. sphincter ani externus og m. sphincter ani internus. Såkaldt isolert skade av m. sphincter ani internus klassifiseres ikke som 3c.
- Grad 4: Ruptur som involverer sphincter muskulaturen og anal-/rektumslimhinne

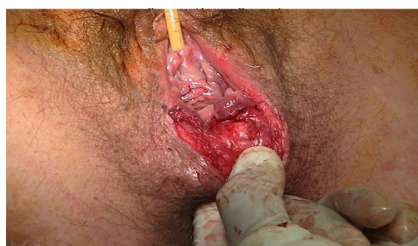
Viktig å huske ved graderingen av perineal rifter:

M. sphincter ani externus **må** være skadet før en rift kan klassifiseres som grad 3 eller 4. Skade av tunica muscularis eller m. sphincter ani internus uten skade av m. sphincter ani externus må repareres, men skal klassifiseres som dyp vaginal rift O71.4.

Skade av rektal slimhinne uten affeksjon av m. sphincter ani externus, klassifiseres som tarmskade og ikke grad 4 rift.

Diagnostikk

- Godt lys
- God oversikt
- Alle kvinner som har gjennomgått en vaginal fødsel må rektal eksplorerer.
- Mislykket forsøk på vaginal operativ forløsning: Perineum og fødselskanal må inspiseres for å avdekke rifter.
- Ved normal vaginal fødsel må 2 jordmødre undersøke pasienten. Begge jordmødre må ha hansker på og undersøke pasienten sammen. Ved perineal rift lik eller større enn grad 2 må begge jordmødre rektal eksplorere pasienten. Ved tvil om graderingen av riften eller ved mistanke om perineal rift grad 3-4 må lege tilkalles.
- Med den ene hånd holdes labia til side og åpner vagin. Den andre hånds pekefinger i rektum mens man løfter bakre vaginalveggen og ruller tommelen over m. sphincter ani externus ("pill rolling" action).
- Skift hanske etter undersøkelsen.
- Obs at rift til rektum en sjelden gang kan oppstå med intakt perineum.



Pill rolling action

Rekonstruksjon

- God hemostase - unngå hematom. Lukk bunnen av riften. Obs. lommer videre opp under slimhinnen fra øvre ende av vaginalriften.
 - Unngå traumatisering av vevet. Knytt suturene løst; det blir ofte betydelig ødem. Vevet skal kun adapteres. Stramming gir ischemi og smerter, risiko for nekrose og infeksjon. Da går episiotomien/riften lettere opp igjen.
 - Nøyaktig beskrivelse av skadens omfang i operasjonsbeskrivelsen.
 - Beskriv diagnosen med omfanget og graden av rift og ikke partiell/total ruptur.
1. Sutur av rektum
Rektum sys med gjennomgående suturer, knuten knyttes i rektum lumen. Det sys med Novosyn 3-0 HR26 (SH), enkle eller fortløpende knutesuturer.
 2. Ved åpenbar rift med diastase i m. sphincter ani internus, sutureres denne separat med Monoplus 3-0 HR37s med avbrudt liggende madrass sutur.
 3. Sutur av musculus sphincter ani externus
Ved ruptur av m. sphincter ani externus retraheres ofte én eller begge muskelbuker; man kan da ha hjelp av Allis tang eller annet egnet instrument for å hente den (dem) frem. Bruk av Allis tang er ikke påkrevet når man har god oversikt over de overrevne sfinkterendene. Muskelbukene sys enten med overlappende teknikk eller ende til ende med liggende madrass sutur, Monoplus 3-0 HR37s. Suturene knyttes ikke før alle er satt.
 4. Oppbygging av perineum
Bekkenbunnsuskulaturen (m. transversus perinei profundus og superficialis samt m. bulbocavernosus) adapteres anatomisk med Monosyn 2-0 HR48.
 - Ved mindre rifter og ved perinealriften som ikke involverer bekkenbunnsuskulatur (grad 1) kan Monosyn Quick brukes.
 - Ved helt overfladiske rifter i introitus og/eller vagina er sutur ikke alltid påkrevet. Det samme gjelder små fortilriften som ikke blør.
 5. Sutur av vagina og hud
Enkle knutesuturer eller fortløpende Monosyn 2-0 HR48 i vagina. Fortløpende intrakutan eller helt overfladisk (1 mm) subkutan sutur med Monosyn Quick 3-0 DSMP24 i hud.
 6. Ved skade av rectovaginale fascien bør dette sutureres separat.
 7. Kontroller for tampong/kompress etter avsluttet inngrep
 8. Tøm urinblæren til slutt etter suturering ved alle vaginal operative forløsninger, inngrep like etter fødsel eller langvarig suturering.

Perinealrift grad 3 og 4

Bakvakt skal tilkalles for å diagnostisere og vurdere suturteknikken.

- Regional anestesi (epidural, spinal, pudendal) for relaksasjon. Lokalanestesi kan aksepteres hvis det kun er overfladiske fibre av analsfinkter som er avrevet og man har god oversikt over skaden.
- Gode arbeids- og lysforhold. God assistanse. Pasienter på Storken skal sutureres på operasjonsstue.
- Det er oftest hensiktsmessig å sy sfinkter mens man har en finger i rektum for å få bedre oversikt. Skift hanske!
- Antibiotika til alle kvinner med grad 4 rupturer og individuell vurderes ved grad 3 rupturer. Antibiotika må vurderes i forhold til tilleggs risiko faktorer for infeksjon som vaginal operativ blødning, høy BMI, alvorlig blødning, komplisert rift og tegn til infeksjon under fødselen. Det gis engangsdose med Cefazolin 2 g i.v.
- Kontroller for tampong/kompress etter avsluttet inngrep
- Tøm urinblæren etter avsluttet inngrep

Postoperativt regime

1. Vanlig fullkost
2. Kvinnen kan være oppe og dusje som ordinære barselkvinner
3. Lactulose 15 ml x 2 til magen er regulert
4. Ibux® 400 mg x 4 eller Voltaren® 50 mg x 3 i 3 dager
5. Paracet® 500 mg 1 - 2 tbl inntil 3 gg i døgnet

Videre oppfølging

- Barsellegen skriver henvisning til spesialkyndig fysioterapeut i løpet av barselsoppholdet og senest ved utskrivingen
- Alle med ruptur grad 3 (a,b og c) og grad 4 henvises til fysioterapeut
- Alle pasienter bør ved utreise få med seg et informasjonsskriv om sfinkterskaden og videre oppfølging.
- Alle kvinner som har gjennomgått en perinealruptur grad 3 må få time til kontroll på obstetrisk poliklinikk 9-12 måneder postpartum.
- Kvinner med grad 4 skal ha poliklinisk kontroll etter 3 måneder.
- Ved postpartum kontroll må følgende dokumenteres:
 - Wexner/st. marks inkontinens scoring-system.

- Generelle symptomer, ev. urin inkontinens, smerter, inkontinens eller smerter ved samleie, hvordan de fungerer i hverdagen og om de gjør bekkenbunnsøvelser.
- Det må gjøres en klinisk undersøkelse med vaginal inspeksjon, vaginal og rektal eksplorasjon.
- Hvis kvinnen har symptomer på analinkontinens bør hun henvises til kirurgisk avdeling HUS for videre utredning og behandling.
- Det bør også diskuteres og journalføres forløsningsmetode for neste fødsel.

Komplikasjoner

Til tross for primærsutur med rekonstruksjon av analsfinkter etter skaden, viser en rekke studier at rundt 40 % av disse kvinner (25-60 %) får persisterende analinkontinens. De fleste av disse har dog lekkasje begrenset til luft eller fekal urgency. Sfinkterruptur grad 4 synes å gi høyere forekomst av analinkontinens enn grad 3. To studier viser at andelen kvinner med lekkasjeproblemer har økt fire år etter sfinkterskaden, og lekkasjeproblemer kan også debutere først etter menopausen. Anal ultralyd påviser defekter i analsfinkter, og persisterende skade kan påvises hos ca. 90 % ved kontroll etter primærsutur når validerte systemer for klassifisering benyttes.

Rådgeving vedrørende neste fødsel

Vaginal fødsel kan forverre symptomene på anal inkontinens. Hvis kvinnen har symptomer eller eventuelt store defekter i analsfinkter (mer enn 30 grader) og herniering av analslimhinne ved ultralyd undersøkelse, bør man diskutere forløsningsmetode. Økende analinkontinens i løpet av svangerskapet kan være tegn på omfattende skade. Har kvinnen ingen symptomer og ingen defekter i analsfinkter, bør hun kunne føde vaginalt på nytt. Over 90 % av kvinner med tidligere grad 3 og 4 rupturer føder vaginalt uten ny grad 3 og 4 ruptur.

Sammenlignet med kvinner uten tidligere grad 3 og 4 rupturer, har kvinner med en eller to tidligere grad 3 og 4 rupturer henholdsvis 4 og 10 ganger større risiko for å få en ny grad 3 og 4 ruptur. Risikoen økes betydelig ved å føde ett barn over 4 kg.

Kvinner med store grad 4 rupturer bør tilbys forløsning med sectio ved neste fødsel. Legen som vurderer og råder kvinnen må lese nøye operasjonsbeskrivelsen og vurdere gjentakelsesrisikoen hos enhver kvinne.

Pasientinformasjon

- Alle pasienter med grad 3-4 rupturer får en samtale og råd hos fysioterapeut på avdelingen under barseloppholdet.
- Alle pasienter må få informasjonsskriv tilgjengelig på barsel.
- Laktulose 15 ml. x 2 i 2 uker.
- Rekvisisjon for instruksjon i bekkenbunnsøvelser hos fysioterapeut.
- Informasjon om kontrollopplegg (kontroll 9-12 måneder postpartum).

- Alle bør oppfordres til å ta kontakt med egen lege evt. gynekolog dersom man skulle få symptomer på analinkontinens.

Tabell 1. Oversikt over suturmateriale, nåler og suturteknikk

	Suturmateriale	Nål	Teknikk
Rektum	Novosyn 3-0	HR26 (SH)	Avbrudte/fortløpende
Sfinkter (ekstern og intern)	Monoplus 3-0	HR37s (CT1)	Avbrudte – Liggende madrass
Perinealmuskulatur (Mm bulbocavernosus, transversus perinei superficialis & profundus)	Novosyn 2-0	HR48 (CTX) HR37s (CT 1)	Avbrudte
Mindre episiotomier og perinealrifter	Novosyn 2-0 Novosyn Quick 2-0	HR37s (CT1)	Avbrudte
Vagina	Novosyn 2-0	HR48 (CTX) HR37s (CT1)	Avbrudte eller fortløpende
Huden i perineum	Novosyn Quick 3-0	DSMP24 (PS1)	Fortløpende intrakutan eller overfladisk (1mm) subkutan
Fortilrifter	Novosyn Quick 4-0	HR26 (SH)	Avbrudte eller fortløpende

Oppfølging av leger etter vaginal operativ forløsning med perinealruptur grad 3 og 4

Gjelder sfinkterskade etter forløsning med vakuumpompe, tang, assistert sete eller tvillingfødsel

Formålet med oppfølgingen er å analysere gjennomføringen av forløsningen, identifisere faktorer som kan ha bidratt til rupturen og hvis mulig justere teknikk, kommunikasjon og samarbeid.

Gjennomføring:

Forløsende lege får tilsendt et [selvevalueringsskjema](#) på e-post

Skjemaet fylles ut, gjerne sammen med assisterende lege (dersom aktuelt).

Avtales gjennomgang med seksjonsoverlege/ evt. annen ansvarlig overlege fra Fødeseksjonen innen 1-2 uker.

Forløsende og assisterende lege (dersom aktuelt) deltar.

Gjennomgang bør inkludere en «rekonstruksjon» av forløsningen på fødselsfantom.

Identifiserte faktorer, som kan ha bidratt til perinealrupturen påføres skjemaet.

Sutur av episiotomier og av fødselsskader i vulva, vagina og perineum

Ver sjon : 11.0 0
