

Bäckenbottenbesvär – handläggning av besvär som uppkommit i samband med förlossning

Fastställd av ordförande för RPO Kvinnosjukdomar och förlossning HS 2021–00170 februari 2021 giltig till månad mars 2023. Utarbetad av tvärprofessionell arbetsgrupp i samarbete med RPO och i dialog med regionalt samordningsråd Kvinnosjukdomar och förlossning

Innehåll

Sammanfattning.....	1
Diagnostik.....	2
Åtgärd.....	2
Förberedelser inför suturering på operationsavdelning.....	2
Dokumentation.....	2
Uppföljning på BB /BB mottagning.....	2
Inför hemgång.....	3
Sårruptur.....	3
Återbesök.....	3
Vid fortsatta besvär.....	3
Planering inför nästa förlossning vid grad 3 och 4 bristning.....	4
Målsättning.....	4
Utbildning och certifiering.....	4
Bilaga 1-Diagnoskoder.....	5
Bilaga 2 - Mall för suturering.....	6
Vaginalt.....	6
Rektalt.....	6
Perinealt.....	6
Hud.....	6
Bilaga 3 A - Hänvisningskarta underlivsbesvär efter förlossningen.....	7
Remisser.....	8
Förkortningar.....	8
Länkar.....	8
Bilaga 3 B - Hänvisningskarta SÄS.....	9
Remisser.....	10
Förkortningar.....	10
Länkar.....	10
Bilaga 4 Fråga Se Känn.....	11

Sammanfattning

Rutinen avser handläggning av förlossningsbristningar oavsett grad. Soturering ska ske under optimala förhållanden med rätt kompetens. Korrekt diagnostik, behandling och uppföljning är avgörande för resultatet. Om problem uppstår ska kvinnor som drabbats av en förlossningsbristning följas och behandlas på rätt vårdnivå, se nedan "[Hänvisningskarta](#)" (bilaga 3a och 3b).

Innehållet i denna rutin är en följd av arbetet med att förbygga skador på bäckenbotten vid förlossning ([Regional medicinsk riktlinje – Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning](#)).

Rutinen baseras på ett regionövergripande tvärprofessionellt arbete, i överensstämmelse med nationellt framtaget arbetssätt, se hemsida [bäckenbottenutbildning.se](#) och där [samlade rekommendationer](#).

Diagnostik

Alla vaginalförlösta kvinnor ska undersökas vaginalt, rektalt och med bidigital palpation. Vid större grad 2-bristning samt vid misstanke på sfinkterruptur eller vid uppskattad perinealkroppshöjd <1,5cm ska läkare eller erfaren/certifierad barnmorska tillkallas för stöd i bedömningen av bristningen.

Åtgärd

Bristning grad 1–2 kan i de flesta fall sutureras på förlossningsavdelning av barnmorska med assistans av barnmorska med erforderlig kompetens.

Bristning grad 3–4 sutureras av läkare på operationsavdelning. Se nedan [Mall för suturering](#), (bilaga 2).

Suturering kan ske inom ett dygn, men det kan vara fördelaktigt om det sker i anslutning till förlossningen. Det är dock av största vikt att säkerställa optimal kirurgisk kompetens. Isbinda kan användas vid svullen vävnad och om ingen stor pågående blödning pågår man avvakta med suturering.

Förberedelser inför suturering på operationsavdelning

- Operationsanmälan, sutur av förlossningsbristning grad 1–2 (KVÅ-kod MBC30) eller grad 3–4 (KVÅ-kod MBC33)
- Bastest skickas vid behov
- Patienten hålls fastande, Ringer-Acetat kopplas
- KAD/urintappning
- Antibiotikaproylax ges inför operationsstart, t.ex. Cefuroxim 1,5g (i.v.) och Metronidazol 1,5g (i.v.).
- Läkemedel ordinerar i mall för bristning (smärtstillande, laxantia och eventuellt antibiotika)

Dokumentation

Grad 1 dokumenteras i Obstetrix under sökord Bristning/klipp.

Grad 2, 3 och 4 dokumenteras i Obstetrix operationsmall – Sutur av förlossningsskada.

Kompletteras med ”PISA”:

- Perinealkroppen före suturering: vid bidigital palpation <1 cm/1–2 cm/>2cm
- Interna sfinktern: bedöms hel/skadad/ej undersökt. Ultraljud: Ja/Nej
- Suturmaterial: anges
- Antibiotika: givet / (ej givet).

Uppföljning på BB /BB mottagning

Skriftlig [patientinformation](#) (finns på flera språk) överlämnas och barnmorskan ger också en muntlig information. Det är av stor vikt att barnmorskan säkerställer att dialog kring informationen sker och att patienten ges tillfälle att ställa sina frågor (se rekommendationer [backebottenutbildning.se](#)).

Säkerställ att adekvat smärtlindring och laxantia ges vid behov under vårdtiden (ev komplettera läkemedelsordinationer). Patienten rekommenderas att fortsätta behandling och egenvård efter utskrivning.

Patienten informeras om [bristningsregistret](#). Om patienten ska delta i detta följ rutin enligt ”vem gör vad” och avseende [graviditetsenkäten](#) (tidigare informerad på MHV) rekommenderas att patienten anmäler sig via www.1177.se. Då kommer enkäterna automatiskt till uppgiven mailadress och patienten ges möjlighet till uppföljning.

Alla patienter med grad 3–4 bristning ska ha planerad kontakt med fysioterapeut (se nedan).

Inför hemgång

Inspektion ska ske i gynstol, information ska ges om bristningens omfattning, bristningsregistret och planerad uppföljning. Epikris ska skrivas vid komplicerade grad 2 bristning samt vid alla grad 3 och 4 bristningar.

Patienten med grad 1–2 bristning och/eller som genomgått perineotomi skrivs ut av barnmorska medan patient med komplicerad grad 2 och grad 3–4 bristning skrivs ut av läkare.

Bedömning/ avstämning av:

- Bristningen: rodnad, svullnad, ömhet, sutursläpp, hemorrojder
- Uppmuntra patienten att själv titta med spegel
- VAS eller NRS (numeric rating scale i vila och sittande)
- Psykiskt status. Risken för postpartumdepression ökar vid omfattande förlossningsbristning.
- Säkerställ att patientinformation har lämnats och att patienten vet vart hon kan vända sig vid frågor eller besvär i underlivet efter sin förlossning.
- Säkerställ att återbesök bokas till operatör vid komplicerade bristningar samt vid grad 3 – 4, ca 12v post partum.

Fysioterapeut följer upp grad 3 – 4 bristning och komplicerade grad 2 bristningar. Se [Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur](#).

Patienten bokas 6-8v post partum enligt lokal rutin.

Sårruptur

Orsaken till sårruptur är ofta en infektion, som behöver behandlas med antibiotika t.ex. Amoxicilin/Klavuransyra eller Bioclauid och Flagyl. Viktigt oavsett orsaken till rupturen är att ta ställning till antibiotikabehandling inför resuturering. Evidens kring resuturering är bristfällig.

Klinisk erfarenhet tyder dock på att klipp eller bristning som rupturerar kan åtgärdas direkt eller inom en till två veckor. Fördelen med att resuturera är att patienten får mindre smärta och i de flesta fall ett bättre slutresultat.

Återbesök

Undersök enligt bilaga 4 nedan (Fråga se känn)

Se [Bäckebottenutbildning - Undersökning vid efterkontroll](#)

Vid fortsatta besvär

Trots optimal handläggning för att förebygga att bäckenbottensskador uppstår och handläggning för att upptäcka och behandla uppkomna skador, finns det kvinnor som har kvarstående besvär. För att underlätta sökvägar och omhändertagandet har en

[hänvisningskarta](#) utarbetats. I denna framgår vart kvinnan ska vända sig med sina besvär, där man beaktar tid efter förlossning och besvärens art.

Planering inför nästa förlossning vid grad 3 och 4 bristning

Patienten ska erbjudas läkarbesök vid ny graviditet.

Viktigt med information och diskussion med patienten. Patientens önskemål ska beaktas. Förlossningssätt vid ny graviditet bedöms individuellt baserat på kvarstående besvär och bristningens omfattning. Kvinnor som någon gång efter grad 3 och 4 bristning har reopererats eller haft långvariga besvär ska erbjudas elektivt sectio. Kvinnor utan besvär eller efter eget önskemål kan förlösas vaginalt. Information ska ges om risk för ny sfinkterskada (10%), men med en optimal handläggning under förlossningen, se [Regional medicinsk riktlinje – Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning](#), kan risken minskas.

Målsättning

Öppenhet kring förebyggande, diagnostik och uppföljning kring förlossningsbristningar främjar förtroende och ger bra förutsättningar för att bristningar inte missas.

Personal som arbetar på förlossningsenheter och med uppföljning efter förlossning bör ha läst ”Bäckebottenutbildningsprogrammet” och klarat kunskapsprovet.

Varje förlossningsklinik bör skapa bäckenbottenteam för att stärka kompetensen kring bristningar.

I regionen bör ett Bäckebottencentrum eller motsvarande med fysioterapeuter, läkare, barnmorskor, uroterapeuter, psykosocial kompetens, sexologer och andra relevanta yrkesgrupper etableras för att ge kvinnor med förlossningsskador optimal bedömning och utredning.

Fortsatt arbete planeras för att omhänderta kvinnor med kvarstående besvär i bäckenbotten efter förlossning.

Utbildning och certifiering

I paritet med [Regional medicinsk riktlinje – Sfinkterprofylax – förebyggande åtgärder mot skada på bäckenbotten vid förlossning](#) ska personal vid berörda verksamheter säkerställa att medarbetare kontinuerligt kan genomgå utbildning enligt "[bäckebottenutbildning.se](#)" samt planera för och genomföra certifiering.

Bilaga 1-Diagnoskoder

Bristningsgrad 1

- O70** Perinealbristningar under förlossning
Utesluter: isolerad vaginalruptur O71.4,
hematom O71.7
ruptur av rektalslemhinnan utan sfinkterruptur O71
- O70.0** Perinealbristning grad 1 hud och slemhinna

Bristningsgrad 2

- O70.1** Perinealbristning grad 2 bristning i förlängning av perineotomi
Utesluter: yttlig slemhinnebristning (O70.0)
isolerad vaginalbristning (O71.4)
- O70.1A** Perinealbristning grad 2 som omfattar mindre än halva perinealkroppen,
”liten grad 2”.
Utesluter vaginalbristning djupare än 2cm (O70.1C-D)
- O70.1B** Perinealbristning grad 2 som omfattar mer än halva perinealkroppen,
”medelstor grad 2”.
Utesluter: vaginalbristning som är djupare än 2cm (O70.1C-D)
- O70.1C** Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning än
djupare än 2 cm i nedre delen av vagina,
”stor grad 2” med nedre djup vaginalbristning.
Utesluter: vaginalbristning längre än 4cm (O70.1D)
- O70.1D** Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning
djupare än 2 cm som når till övre delen av vagina,
”stor grad 2” med hög djup vaginalbristning.
innefattar: vaginalbristning längre än 4 cm.
Utesluter: vaginalbristning kortare än 4cm (O70.1C)
- O70.1E** Perinealbristning grad 2 unilateral skada på m. levator ani
- O70.1F** Perinealbristning grad 2 bilateral skada på m. levator ani
- O70.1W** Perinealbristning grad 2 annan specificerad
- O70.1X** Perinealbristning grad 2 ospecificerad

Bristningsgrad 3

- O70.2** Perinealbristning grad 3:
- O70.2C** Sfinkterruptur, mindre än halva externa sfinktern
Analkanalens form är bibehållen rund form och främre väggen är
täckt av vävnad där en del utgörs av extern sfinkter
- O70.2D** Sfinkterruptur, mer än halva externa sfinktern (inkl total ruptur av externa
sfinktern utan engagemang av interna sfinktern)
Analkanalens form är påverkad men den interna sfinktern
syns hel
- O70.2E** Sfinkterruptur, ruptur av både externa och interna sfinktern
Analkanalens form är påverkad och endast rektalslemhinnan
är intakt
- O70.2F** Sfinkterruptur, ruptur enbart av interna sfinktern
- O70.2X** Sfinkterruptur, ospecificerad, utan närmare diagnostik

Bristningsgrad 4

- O70.3** Perinealbristning grad 4: Total sfinkterruptur inklusive rektalslemhinnan

Bilaga 2 - Mall för suturering.

Rutinmässigt sys alla bristningar i följande ordning:

Identifiera graden av bristning. Undersök alltid med ett finger rektalt. Det är ofta en fördel att ha kvar ett finger i rektum när man suturerar. Om ett rektocel lätt kan provoceras är det stor risk för bristning i rektovaginal fascia.

Vaginalt

Identifiera med fördel fascian med två böjda peanger/fransyskor. Sy i två lager fortlöpande med början proximalt, först fascian och sedan slemhinnan. Förankra rectovaginala fascian ner mot perinealkroppen. Slemhinnelagret adapterar också hymen.

Kontrollera att vaginalmynningen genomsläpper 2–3 fingrar.

Suturmaterial: multifilament (t ex Vicryl), 2–0 i fascialagret och i slemhinnan.

Rektalt

Analslemhinna sys med enstaka alternativt med fortlöpande sutur monofilament t ex Monocryl 3–0 (t.ex. Biosyn). Knuten ska placeras mot vagina.

Interna sfinktern sys fortlöpande med multifilament (t ex Vicryl 3–0).

Externa sfinktern sys med enstaka madrasssuturer, 2–4 stycken end to end alternativt med ”overlap”. För att undvika att det ”skär” kan man ta med muskelfascian i stygnen. Lämpligt suturmaterial är multifilament (t ex Vicryl 0 eller 2–0).

Perinealt

Om bristning uppkommit i vagina, sys den först ner till hymenplan, se ovan.

Identifiera musculus trasversus perinei under huden lateralt, gärna med hjälp av fransyskor. Sy med enstaka eller fortlöpande sutur. Sök efter musculus bulbocavernosus i labia majora och adaptera ner i perinealkroppen. Försäkra dig om att du fått ett bra tag som innefattar muskelfascia, annars är det risk att suturen ”skär”. Om fortlöpande sutur används, ska en stoppknut göras innan övergång till lagret ovanför.

Sy fascian fortlöpande under perinealhuden nerifrån och upp. Suturmaterial: multifilament (t ex Vicryl 2–0).

Avsluta med intracutan hudsutur eller subcutan hudsutur. Försök att undvika att knutarna hamnar i introitus. Det är inte huden som ska hålla ihop mellangården utan de underliggande muskelfästena.

Hud

Huden utanför hymenalringen och huden i perineum kan med fördel slutas med en fortlöpande monofilament tråd (t ex Monocryl 3–0 eller 4–0). Syr man subcutant kan man även använda multifilamentsutur (t ex Vicryl rapid). Den ska däremot inte sys igenom intakt hud.

Bilaga 3 A - Hänvisningskarta underlivsbesvär efter förlossningen

Syftet med hänvisningskartan är att patienten ska hänvisas till rätt instans beroende på symptom och tidsintervall efter förlossningen. Lokala variationer kan förekomma och finns förklarade sist i dokumentet. Förklaring till förkortningar, typ av remiss samt länk till patientinformation finns också i slutet av dokumentet.

Besvär/fynd	0–3 mån	4–6 mån	6–12 mån	>12 mån
Svagt knip	Egenvårdsråd -BMM Fys-ÖV		Fys-ÖV	
Urinläckage	Egenvårdsråd - BMM, Fys-ÖV + VC för förskrivning av skydd (Totalt urinläckage→ Obstetrisk mott inom 1 v)	Fys-ÖV + VC RMR Urininkontinens hos kvinnor		
Gasläckage	Fys-ÖV		Gyn-ÖV, Fys-SV → Gyn-SV	
Faecesinkontinens	Obstetriskt mott (1 v) Fys-SV	Gyn-ÖV: ev. remiss →Fys-SV	Gyn-ÖV: →Fys-SV + ev. remiss →kolorectal*	Gyn-ÖV: →Fys-SV + ev. remiss →kolorectal*, Gyn-SV
Samlagssmärta	Egenvårdsråd BMM, →Läkare vid behov	Gyn-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV om hög tonus	Gyn-ÖV, Fys-ÖV, SMC/Vulvamott
Bäckebottensmärta tyngd/tryck/obehag	Egenvårdsråd-BMM, →Läkare vid behov, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV Fys-SV vid behov	
Misstanke om framfall	Bm BMM, →Läkare vid behov, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, ev. remiss → Gyn-SV	
Bäckensmärta	Fys-ÖV, VC →Läkare vid nydebuterad bäckensmärta Fys-ÖV, VC RMR Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi			
Stygn som gått upp/glipar, ärrsmärta efter grad I-II	Bm BMM, →Läkare vid behov Obstetrisk mott /Bristningsmott	Gyn-ÖV	Gyn-ÖV, ev. remiss → Gyn-SV	
Sfinkterskada (grad III-IV) (Sköts av slutenvården, rutin finns)	Fys-SV→ Obstetrisk mott	Fys-SV, Vid besvär, åter till operatör	Fys-SV, Eventuellt Kolorectal	

*Bäckebottenträning i ca 6 mån samt bulkpreparat och Imodium innan remiss. Remiss från gynekolog/obstetriker.

Remisser

Fys-ÖV: Inget remisskrav, patient bokar själv till fysioterapeut inom kvinnohälsa
Fys-SV: Egenremiss, läkarremiss eller remiss från primärvårdsfysioterapeut
Gyn-ÖV: Egenremiss
Gyn-SV: Läkarremiss
Obstetriskt mott: Barnmorskeremiss
Bristningsmott SU: barnmorska
Kolorectal: Remiss från gynekolog/obstetriker eller Fys-SV efter 6 mån konservativ behandling
Sexualmedicinskt centrum: Egenremiss alternativt remiss från vårdgivare

Förkortningar

Fys-ÖV	Fysioterapeut inom primärvård/ÖPPEN VÅRD , med kompetens inom gynekologi, obstetrik och urologi
Fys-SV	Fysioterapeut inom slutenvård / specialistvård, med kompetens inom gynekologi, obstetrik och urologi
Gyn-ÖV	Gynekolog öppenvård
Gyn-SV	Gynekolog slutenvård
VC	Vårdcentral
BMM	Barnmorskemottagning
Läkare	Läkare på BMM, läkare på kvinnoklinik
SMC	Sexualmedicinskt centrum
RMR	Regional medicinsk riktlinje

Länkar

[Bäckebottenutbildning](#) – utbildningsprogram

[Bäckebottenutbildning - patientinformation på olika språk](#)

[Fysioterapi för dig som är gravid eller nyligen fått barn](#)

[Regional medicinsk riktlinje - Urininkontinens hos kvinnor](#)

[Regional medicinsk riktlinje - Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi](#) *

[Fråga Se Känn](#) Checklista för barnmorska på BMM vid eftervårdsbesöket

Bilaga 3 B - Hänvisningskarta SÄS

Besvär/fynd	0–3 mån	4–6 mån	6–12 mån	>12 mån
Svagt knip	Egenvårdsråd Bm BMM, FYS ÖV	Egenvårds råd bm BMM, FYS ÖV	FYS ÖV	
Urinläckage	Egenvårdsråd Bm BMM, FYS ÖV + VC för skydd (Totalt urinläckage → GYN mott inom 1 v)	FYS ÖV + VC (<u>RMR</u>)		
Gasläckage	FYS ÖV		GYN mott, FYS SV	GYN mott, FYS SV → KIR mott*
Faeces- inkontinens	GYN mott, FYS SV (Bedömning på GYN mott inom 1 v)	GYN mott: Ev. remiss → FYS SV	GYN mott: → FYS SV, Ev. remiss → KIR mott*	
Samlags- smärta	Egenvårdsråd Bm BMM, GYN mott vb	GYN mott	GYN mott, FYS ÖV om hög tonus	GYN mott, FYS ÖV, Sexualmedicinskt centrum / vulvamottagning
Bäckebottens märta, tyngd/tryck/ obehag	Egenvårdsråd Bm BMM/GYN mott#, FYS ÖV	GYN mott, FYS ÖV	GYN mott, FYS ÖV, FYS SV vb	
Misstanke om framfall	Bm BMM, GYN mott, FYS ÖV	GYN mott, FYS ÖV	GYN mott	
Bäckensmärta Generell träning	FYS ÖV, VC (Vid nydebuterad bäckensmärta → GYN mott)	FYS ÖV, VC (<u>RMR</u>)		
Stygn som gått upp/glipar, ärrsmärta efter grad I-II	Bm BMM, GYN mott	GYN mott		
Sfinkterskada (grad III-IV) (Sköts av slutenvården, rutin finns)	FYS SV → GYN mott Återbesök operatör 10–12 v post p	FYS SV Vid besvär, åter till operatör	FYS SV → GYN mott → KIR mott	

*Bäckebottenträning i ca 6 mån samt bulkpreparat och Imodium innan remiss. Remiss från gynekolog/obstetriker.

Vid stora besvär, remiss till GYN mott

Remisser

FYS ÖV: Inget remisskrav, patient bokar själv till fysioterapeut inom kvinnohälsa
FYS SV: Egenremiss, läkarremiss eller remiss från primärvårdsfysioterapeut
KIR mott: Remiss från gynekolog/obstetiker efter 6 mån konservativ behandling
GYN mott* Primär bedömning av bm BMM, remitterar till Gynekologisk mottagning, SÄS

Förkortningar

FYS ÖV	Fysioterapeut inom primärvård/öppenvård med kompetens inom gynekologi, obstetrik och urologi (vg se länk för kompetenskartan nedan)
FYS SV	Fysioterapeut slutenvård/specialistvård med kompetens inom gynekologi, obstetrik och urologi
GYN mott	Läkare Gynekologisk mottagning, SÄS
VC:	Vårdcentral
BMM	Barnmorskemottagning
Bm	Barnmorska
RMR	Regional medicinsk riktlinje
Kolorektallab	Centrum för fekal inkontinens/kolorektallab SU/Ö

Länkar

[Bäckebottenutbildning](#) – utbildningsprogram

[Bäckebottenutbildning - patientinformation på olika språk](#)

[Fysioterapi för dig som är gravid eller nyligen fått barn](#)

[Regional medicinsk riktlinje - Urininkontinens hos kvinnor](#)

[Regional medicinsk riktlinje - Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi](#) *

[Fråga Se Känn](#) Checklista för barnmorska på BMM vid eftervårdsbesöket

Bilaga 4 Fråga Se Känn

Fråga

- ❖ Har du problem med underlivet?
- ❖ Hur känns underlivet?
- ❖ Upplevs någon svullnad?
- ❖ Hur fungerar det att kissa? Läcker det urin?
- ❖ Hur fungerar det att bajsas? Läcker det gaser? Läcker det avföring?
- ❖ Hur fungerar det med samliv/sex?

Uppmärksamma:

- Tyngdkänsla
- Skav
- Stramhet
- Smärta
- Öppenhetkänsla
- Globuskänsla
- Ofullständig tarmtömning
- Inkontinens

Se

- ❖ Inspektera vulva, gärna tillsammans med kvinnan med hjälpspegel
- ❖ Inspektera rynkning kring anus. Slutet, cirkulärt anus?

Uppmärksamma:

- Hög perineum
- Låg perineum
- Hymenkanterna långt isär
- Bristande symmetri i rynkmönster runt anus **tillsammans** med anamnes gas-/faecesläckage
- Kompensation vid knip - spänner säte, insida lår, håller andan

Känn

- ❖ Känn åt sidorna för att hitta den långa knipmuskeln, m. puborektalis
- ❖ Be kvinnan knipa:

Bedöm knipförmågan enligt skala 0-5 nedan:

0. Ingen muskelanspänning alls
1. Förnimmelse av anspänning
2. Svag anspänning
3. Moderat anspänning
4. God anspänning
5. Riktigt stark anspänning

Uppmärksamma:

- Svag eller utebliven knipförmåga