

Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur

Elisabeth Arkel, Norra Älvsborgs Länssjukhus, Trollhättan

Helena Neymark Bachmeier, Centralsjukhuset, Karlstad

Åsa Rikner, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Sofia Rydhög, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Karin Torell, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg



2013-10-25

Förord

Hösten 2010 anordnade sektionen för Kvinnors hälsa inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) en kurs om sfinkterruptur vid förlossning för sjukgymnaster verksamma inom området. En tid efter denna kurs bildades, på vårt eget initiativ, en grupp med syfte att skriva nationella riktlinjer för det sjukgymnastiska omhändertagandet vid sfinkterruptur. Resultatet är denna skrift. Vår förhoppning är att dessa riktlinjer skall vara till stöd för de sjukgymnaster i Sverige som arbetar med bäckenbottendysfunktion, oavsett om man arbetar i öppen eller slutenvård och om man ofta eller mer sällan träffar kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur.

Ordlista

Anal inkontinens	Läckage av gas och/eller avföring
Bidigital palpation	Samtidig palpation i vagina och anus
Biofeedback	Återkoppling till patient av apparat via syn eller hörsel
Digital palpation	Palpation via undersökarens finger i vagina/anus
Dyspareuni	Samlagssmärta
Endoanalt ultraljud	Ultraljudsundersökning med anal probe för att ex påvisa eller utesluta anala sfinkterskador
Episiotomi/perineotomi	Kirurgiskt insnitt i mellangården för att underlätta framfödandet
Fekal inkontinens	Läckage av avföring
Fekal urgency	Snabbt påkommet, tvingande behov av att tömma tarmen
Flatulens	Ofrivillig gasavgång
Perinealkroppen	Kottlik struktur ca 15 mm hög mellan anus och vagina
Perineum	Huden mellan vagina och anus, mellangård
Rektoanal manometri	Funktionsundersökning av rektum, mäter sensibilitet, vilo- och maxtryck i analkanalen
Soiling	Fläckning från tarmen i underkläderna i form av färgad vätska
VE	Vakuumentextraktion, sugklocka

Bakgrund

Inledning: Bäckebottens muskulatur påverkas alltid vid en graviditet och vaginal förlossning. Vanligt är att det blir någon form av mindre eller större bristning i muskulaturen i vagina och/eller perineum som hos vissa inte skapar några besvär alls medan andra kan få kvarstående besvär (Fowler 2009). Hos vissa kvinnor kan det ta många år innan förlossningsrelaterade besvär uppkommer. Dessa riktlinjer kommer att fokusera på det sjukgymnastiska omhändertagandet av analfinkterruptur första året efter förlossningen.

Anatomi och muskelfunktion: Bäckebottens muskulatur är en tvärstrimmig skelettmuskulatur som fungerar som ett golv i bålen, stöder de inre organen och är en förutsättning för att kunna hålla urin, gas och avföring. Musklerna arbetar främst excentriskt med att stå emot det nedåtryck som blir vid aktiviteter som ger ökat buktryck. Bäckebottens viljemässiga muskler är diafragma pelvis med levator ani, sfinkter ani externus, bulbocavernosus och diafragma urogenitale eller det perineala membranet. I mellersta uretra finns också en tvärstrimmig sfinkter. Nervförsörjning till dessa muskler är somatiska n. pudendalis, S2-S4. Vanligtvis är skelettmuskulatur inaktiv i vila men bäckenbotten är kontinuerligt aktiv. Den del av levator ani som går närmast rektum kallas puborektalis. Denna slyngformade muskel strävar efter att dra tarmen framåt/ventralt och därigenom skapas den så kallade anorektala vinkeln på cirka 90° vilken är viktig för att upprätthålla anal kontinens (Hultén 1995, Hahn 1999). Perinealkroppen är en kottliknande eller pyramidformad struktur på ca 15 mm höjd. Den är belägen mellan anus och vagina och är en central och viktig del av bäckenbotten. Perinealkroppen består främst av bindväv till vilken olika vävnadsstrukturer fäster, bland andra externa analfinktern och fascia från levator ani (Zetterström 2008).

Externa analfinktern består av olika lager tvärstrimmig muskulatur varav det inre lagret är en fortsättning på levator ani med longitudinellt anordnade fibrer och det yttre är cirkulärt och kan i sin tur delas in i tre delar. Majoriteten av muskelfibrerna är av typ 1, långsamma muskelfibrer.

Interna analfinktern består av glatt/icke viljemässig muskulatur och är en distal fortsättning av rektums cirkulära muskellager. Denna muskel innerveras, liksom urinblåsans och urinrörets glatta muskulatur, av parasympatiska n. pelvici och sympatiska n. hypogastrici (Hahn 1999).

Otillräcklig vilotonus i analkanalen anses orsaka främst gasinkontinens. Denna vilotonus och täthet upprätthålls av interna sfinktern till 60-80%, externa sfinktern och plexus haemorrhoidalis, venplexus, till resterande procent. Den externa sfinkterns funktion är förutsättningen för viljemässig kontroll över analkanalen. Svaghet 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 (Hultén 1995, Hahn 1999, Herbert 2010, Bols 2008).

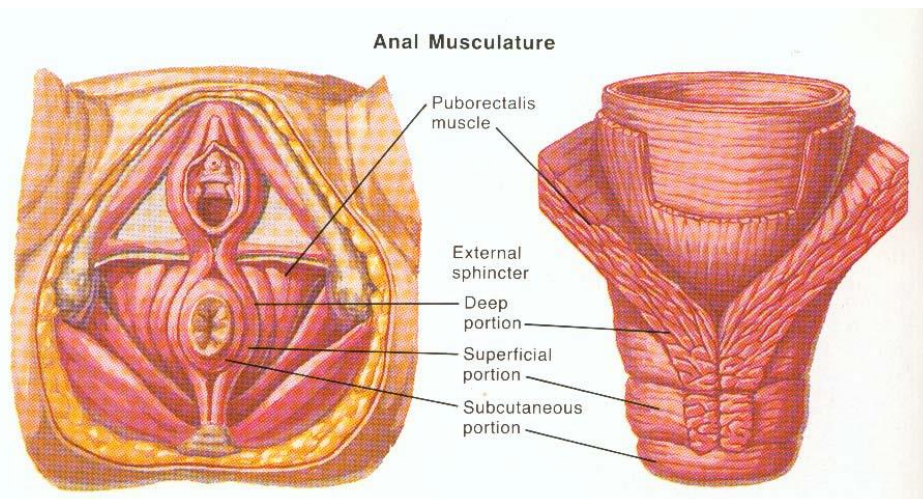


Bild 1. Bäckebotten med analsfinktern utbruten (illustration Netter, Ciba-Geigy)

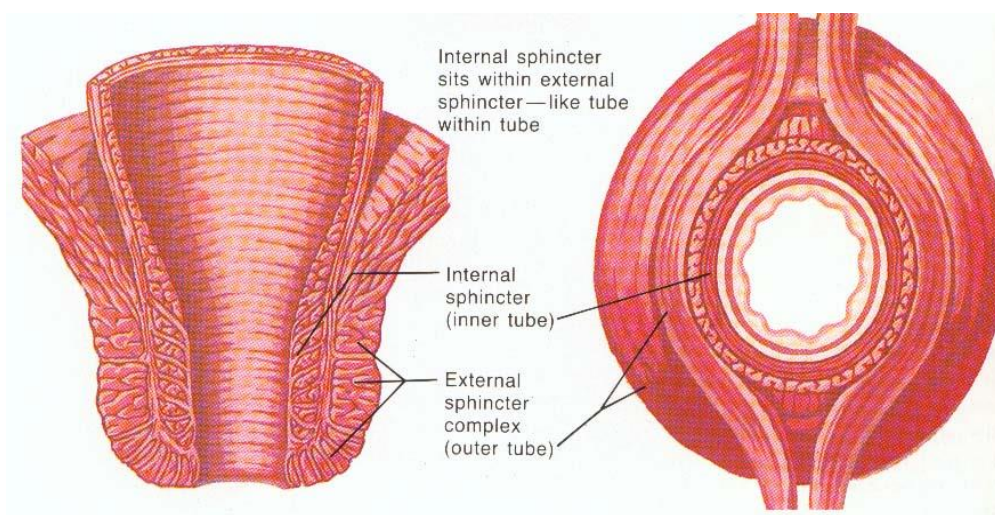


Bild 2. Analsfinktern. Notera hur analsfinktern utgörs av två ”rör” belägna utanpå varandra: den interna respektive den externa analsfinktern. Den externa analsfinktern övergår i puborektalisslyngan (illustration Netter, Ciba-Geigy)

Prevalens: Av alla vaginala förlossningar i Sverige leder 3,3 % till en sfinkterruptur det vill säga en ruptur av grad 3 eller 4 (Samuelsson 2000, Socialstyrelsens statistik 2011). Hos förstföderskor är siffran något högre, drygt 6 % av alla vaginala förlossningar (Socialstyrelsens statistik 2012). Antalet sfinkterrupturer har ökat från 1% i Sverige på 1980-talet (Hals 2010, Pirhonen 1998).

Bristningar, indelning. En förlossningsskada kan ske i form av bristningar av olika omfattningsgrad i förlossningskanalen, perineum eller analsfinktern. Dessa bristningar delas in i grad 1-4.

Gradering	Skadetyyp
Grad 1	Enbart ytliga delar som hud/vaginalslemhinna i vulva, vagina och/eller perineum.
Grad 2	Djupare skada i vagina och/eller perineum som omfattar perinealkroppen och inkluderar skador på m. bulbocavernosus och m. perinei superficialis.
Grad 3, partiell muskelskada	Del av (både avseende tjocklek och längd) analsfinktern skadad.
Grad 3, total sfinkterskada	Hela analsfinktern skadad både avseende tjocklek och längd
Grad 4	Total bristning av analsfinktern + skada på analslemhinnan.

(Herbert 2010, SFOG 2001).

En ytterligare mer noggrann uppdelning är att indela grad 3 enligt följande: 3a: mindre än 50% av den externa sfinkterns tjocklek, 3b: mer än 50% av den externa sfinkterns tjocklek och 3c: både externa och interna sfinktern är rupturerade (Sultan 1999, RCOG 2007)

Risikfaktorer: 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 (tång och VE), kvinnans ålder och långt utdrivningsskede (Samuelsson 2000, Hals 2010, Pirhonen 1998, Landy 2011, Prager 2008, Sultan 2002, Head 2007). Det diskuteras också om episiotomi är en riskfaktor för sfinkterruptur eller inte. Olika slutsatser har dragits (Samuelsson 2000, Pirhonen 1998, Landy 2011, Prager 2008, Gould 2007, Sultan 2002). Om episiotomi läggs så skall den göras mediolateralt för att minska risken för sfinkterruptur (Fowler 2009). I ett flerårigt multicenterprogram i Norge där fokus lades på manuell skydd av perineum och översikt över perineum men även på episiotomier och kommunikation mellan den födande kvinnan och barnmorskan minskade incidensen signifikant (Hals 2010).

Undersökningsmetoder: Bidigital palpation direkt efter förlossningen bör vara barnmorskans/läkarens viktigaste undersökning för att avgöra om det föreligger en sfinkterruptur. Sfinkterruptur som ej upptäckts eller är felaktigt suturerad kan ge svåra konsekvenser för kvinnan (SFOG 2001, Uustal Fornell 2005). Vid all bäckenbottendysfunktion är det nödvändigt att analysera musklernas styrka, uthållighet, känslighet, tonus etcetera. Palpation är ett sätt att bedöma dessa faktorer och anses nödvändig för att följa progression och utvärdera resultat av konservativ behandling som bäckenbottenträning (Hahn 1999, Lang 2007). Studier har visat att så många kvinnor som ca 30 % gör fel initialt när de ombeds göra en kontraktion/ett ”knip” (Bö 1988). Detta påvisar vikten av noggrann individuell undersökning av en van undersökare vid bedömning av muskelstyrka. Olika bedömningsskalor för palpationsstyrka har utarbetats (Lang 2007, Thompson 2006, Laycock 2001). International Continence Society (ICS) som ger rekommendationer om terminologi avseende bäckenbottens muskulära funkt-

ion rekommenderar att gradera styrka/kontraktion som ”absent”, ”weak”, ”normal” eller ”strong” motsvarande ”frånvarande”, ”svag”, ”normal” eller ”stark” på svenska (Messelink 2005).

Vid behov kan ytterligare undersökningar som rektoanal manometri och endoanalt ultraljud användas. Den rektoanala manometrin mäter sensibilitet samt vilo- och maxtryck i analkanalerna men ger inte specifik information om muskeldefekter eller nervskador. Endoanalt ultraljud ger en tydlig bild av de anala sfinktrarna och bäckenbotten. Vid denna undersökning syns defekter i sfinktersystemet (Grande 2011).

Prognos, kvarstående besvär: Det vanligaste besväret som en sfinkterruptur kan leda till är ofrivilligt gasläckage. Andra besvär är fekal inkontinens, fekal urgency, dyspareuni och perineal smärta (Fowler 2009, Andrews 2008). Enligt en långtidsstudie hade 57 % av kvinnor som fått en obstetrisk sfinkterruptur symtom av anal inkontinens (läckage av gas, vätska och/eller avföring) 10 år efter förlossningen (Nordenstam 2009). Enligt denna studie ökade inte symtomen med tiden. Andra studier pekar på att många kvinnor kan vara asymptomatiska länge men få besvär många år efter skadan (Fowler 2009). Orsaken till detta kan vara den kumulativa effekten av flera förlossningar, progredierande neuropati, åldrande och menopaus (Bols 2008, Nordenstam 2009, Fitzpatrick 2005). Fekal inkontinens påverkar livskvaliteten och kan ha en förödande psykologisk påverkan och leda till sociala begränsningar. Många söker inte hjälp och undviker att berätta för närmaste familjen om sina besvär (Patel 2010). Smärta i bäckenbotten är mycket vanligt den första tiden efter en förlossning (Fitzpatrick 2005). Större bristningar ger i allmänhet mer smärta än vad mindre bristningar eller intakt perineum gör (Andrews 2008). En svensk studie visade på kvarstående besvär 5 år efter sfinkterruptur gällande smärta och generande gasläckage vid samlag. Där framkom också kvarstående besvär med att delta i fysisk träning såsom gymnastik, cykling eller promenader (Boij 2007).

Akut omhändertagande/behandling, kirurgiskt: I det akuta omhändertagandet ingår att inom 12 timmar operera på operationsavdelning (SFOG 2001, Fitzpatrick 2005, Zetterström 2008, Nordenstam 2008). Suturering bör göras av erfaren obstetriker/kolorektalkirurg med goda anatomiska kunskaper (Sultan 2002). Litteraturen beskriver olika suturmaterial och suturetekniker. Oftast sutureras sfinktermuskulaturen med end-to-end teknik med enstaka stygn men även overlap-teknik förekommer (Fowler 2009, Sultan 2002, Eogan 2006, Fitzpatrick 2005, Zetterström 2008, SFOG 2001, RCOG 2007).

Initial postoperativ vård under sjukhusvistelsen: I allmänhet ingår på svenska sjukhus information om förlossningsskadan, råd och regim avseende smärtlindring, att motverka förstopning, sittställningar samt bäckenbottenträning. Kylbehandling såsom isbinda lokalt kan ge tillfällig smärtlindring och påverkar inte läkningen negativt (Gould 2007, Steen 2006). Många kvinnor upplever vid uppföljningen att de fått inadekvat information under sjukhusvistelsen men tillstår också att de själva kanske inte kunde ta till sig den information de fått (Boij 2007).

Uppföljning: I allmänhet följs kvinnorna upp av läkare, barnmorska eller sjukgymnast inom ett halvår. Besöket innefattar vanligen inspektion av suturering, kontroll av bäckenbottenmuskelfunktion inklusive sfinktersystem samt uppföljning av eventuella restsymtom efter sfinkterskadan. Asymtomatiska kvinnor avslutas oftast med rekommendationen att söka hjälp om besvär uppstår (Eogan 2006). Kvinnor med besvär bör få ytterligare uppföljning (DSOG 2011, RCOG 2007, Sultan 2002). Vid svår fekal inkontinens kan det bli nödvändigt med besök hos kolorektalkirurg och ställningstagande till ytterligare kirurgi (DSOG 2011, Zetterström 2008, RCOG 2007, Sultan 2002, Fitzpatrick 2005).

Behandling: Konservativa metoder som bäckenbottenträning, ändring av diet, stoppande medicin för att minska lös avföring och biofeedback rekommenderas vid anal inkontinens (Fitzpatrick 2005, Sultan 2002, Fernando 2002). Biofeedback har använts i cirka 30 år för att behandla patienter med fekal inkontinens, förstoppning och rektal smärta. Det är en säker och kostnadseffektiv metod men kräver tid och patientens motivation är viktig (Jorge 2003). EMG/biofeedback ger en indikation om bioelektrisk aktivitet i muskeln (Lang 2007). Den akuta smärtan behandlas som tidigare beskrivits främst med farmaka (Zetterström 2008, DSOG 2011). Vid långvarig smärta i bäckenbotten kan det bli aktuellt att behandla med mer muskulärt inriktade metoder men även metoder som inbegriper hållning, andning och avspänning kan bli aktuella (Fall 2010, Chaitow 2012, Wise 2010).

Rekommendationer inför nästkommande förlossning: Det finns inga randomiserade studier om hur man bäst handlägger en förlossning efter tidigare sfinkterskada. Riktlinje i Sverige idag är att föda nästa barn vaginalt om man inte har några kvarstående besvär efter sfinkterrupturen men eventuellt kan det förekomma lokala variationer (SFOG 2001, Zetterström 2008).

Riktlinjernas övergripande mål

Det finns i dagsläget inga evidensbaserade riktlinjer för hur omhändertagande och uppföljning av kvinnor efter obstetrisk analsfinkterruptur bör vara, vilket inbegriper sjukgymnastens insats. Målet med riktlinjearbetet har därför varit att utvärdera och sammanställa befintlig evidens gällande sjukgymnastisk behandling vid obstetrisk analsfinkterruptur. Den samlade evidensen i kombination med expertgruppens kommentarer har resulterat i behandlingsrekommendationerna. Dessa riktar sig till kliniskt verksamma sjukgymnaster som möter kvinnor med denna typ av besvär. För sjukgymnaster som är nya inom området rekommenderas basal litteratur inom ämnet samt samarbete med kliniskt erfarna kollegor inom ämnesområdet.

Metod

Arbetsgruppens sammansättning

Elisabeth Arkel, MSc, leg sjukgymnast, uroterapeut, Norra Älvsborgs Länssjukhus, Trollhättan

Helena Neymark Bachmeier, BSc (Hon), leg sjukgymnast, Centralsjukhuset, Karlstad

Åsa Rikner, leg sjukgymnast, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Sofia Rydhög, leg sjukgymnast, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Karin Torell, MSc, specialistsjukgymnast, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Alla är kliniskt verksamma inom arbetsområdet, 6-18 års erfarenhet.

Finansiering

Kostnader för gruppdeltagarnas arbetsinsatser har finansierats i varierande omfattning av respektive arbetsgivare och resor har finansierats via LSR och sektionen för Kvinnors hälsa. Gruppen har inte erhållit något externt stöd och det har därmed inte heller funnits några intressekonflikter kring eventuell finansiering.

Sökstrategi

Alla i gruppen sökte, oberoende av varandra, artiklar som rör sjukgymnastisk behandling av kvinnor med anal inkontinens.

Pubmed

The Cochrane Central Register of Controlled Trials on the Cochrane Library

PEDro (The Physiotherapy Evidence Database)

CINAHL

AMED (Allied & Complementary Medicine)

Sökorden som användes var: information, electrical stimulation, palpation, biofeedback, pelvic floor muscle rehabilitation, pelvic floor exercise, pelvic floor muscle training, physical therapy, obstetric anal sphincter damage, obstetric anal sphincter laceration, obstetric anal sphincter injury, obstetric anal sphincter rupture, fourth degree tear, third degree tear, anal sphincter tear, OASIS, perineal tears, pain, PFMR, PFMT, Kegel exercise, acupuncture, TENS, conservative treatment, conservative management, NMES, electromyography, examination, education

Begränsningar: clinical trial, randomized controlled trial

Flera sökningar gjordes i databaserna under 2011-2012. Senast utförda sökning var 2012-09-07. Parallellt söktes nya artiklar i funna artiklars referenslistor.

Avgränsning och urval

Språket i artiklarna skulle vara engelska.

Alla studier som utvärderat behandlingseffekter av olika former av sjukgymnastisk behandling av kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur, Sammanfattningsartiklar exkluderades liksom dubbelpubliceringar.

Process

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. En i gruppen skrev bakgrunden.

Kvalitetsgranskning och evidensgrad

Alla randomiserade och kontrollerade studier samt enbart kontrollerade studier kvalitetsgranskades enligt PEDro:s index (PEDro). Max score i intern validitet är 10 poäng.

För blindning av patienten krävdes att patienten var totalt ovetande om sin grupptillhörighet. När utvärdering skett endast med formulär och ingen testare användes bestämdes att blindning var uppfylld. För att grupperna skulle vara lika i baseline för de viktigaste prognostiska faktorerna krävdes inte bara ålder och paritet utan även att de var lika i utfallsvariablerna.

Gruppen har definierat kvalitetsnivå som:

Låg kvalitet: 0-3 poäng

Medelgod kvalitet: 4-6 poäng

Hög kvalitet: ≥ 7 poäng

Vid oenighet i gruppen kring värderingen av enskilda kriterier togs ett majoritetsbeslut. Poängen sattes utifrån texten i artiklarna och gruppen valde att inte kontakta författarna för kompletterande uppgifter.

Studier med annan forskningsdesign än RCT och CT kvalitetsgranskades ej.

Evidensgrad/vetenskaplig gradering definierades enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (www.sbu.se):

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*.

Revidering

Revidering kommer att ske vart tredje år det vill säga nästa gång under 2016.

Spridning och införande

Dessa riktlinjer kommer att finnas tillgängliga på LSR:s hemsida www.lsr.se. Information om att riktlinjerna finns publicerade kommer också att gå ut till sektionen för "Kvinnors hälsa".

Presentation av riktlinjerna kommer att göras på Sjukgymnastdagarna 2013.

Gruppens deltagare kommer dessutom att sprida riktlinjerna på respektive arbetsplats och där de efterfrågas.

Resultat

Totalt identifierades 480 studier som motsvarade inklusionskriterierna, varav 20 var relevanta för granskning.

Av de 20 artiklarna som rapporterar sjukgymnastisk behandling var 15 randomiserade kontrollerade studier och 5 kontrollerade studier.

Akuta skedet

I dagsläget finns inga studier som utvärderar sjukgymnastiska insatser i det akuta skedet. Där emot finns rekommendationer i boken "Anal inkontinens hos kvinnor, utredning och behandling" av Svensk förening för obstetrik och gynekologer (SFOG) som fortfarande bedöms vara aktuell (SFOG 2001). 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 bulk laxativ) samt instruktioner om bäckenbottenträning med försiktig start.

Uppföljning

De rekommendationer som ges i litteraturen är att erbjuda alla kvinnor med obstetrisk sfinkterruptur ett uppföljningsbesök 6-12 v efter förlossning (DSOG 2011, RCOG 2007, Sultan 2002, Eogan 2006, Head 2007, Johnson 2008). Vid detta besök bör symtom efterfrågas gällande kontinens (urin, gas och avföring), smärta, tarmfunktion, sexuella besvär etc. Frågeformulär kan vara till hjälp vid diskussion om dessa ofta känsliga frågor. Ett flertal sådana beskrivs i litteraturen (Maeda 2008, Due 2009, Vaizey 1999, Jorge 1993). Wexnerscore finns översatt till svenska.

Information/rådgivning: Vi fann fyra randomiserade kontrollerade studier (Glazener 2005, Norton 2003, Ilnyckyj 2005, Glazener 2001) och en kontrollerad studie (Byrne 2005) som utvärderar effekten av information som behandlingsmetod vid analinkontinens efter en obstetrisk analsfinkterruptur. Studierna inkluderar 18-742 deltagare där två studier innefattade både män och kvinnor (Norton 2003, Byrne 2005) och tre studier inkluderade enbart kvinnor (Glazener 2001, Ilnyckyj 2005, Glazener 2005). I en av dessa studier deltog även oförlösta kvinnor (Ilnyckyj 2005). Kvalitetsgradering enligt Pedro 4-6.

Information jämförs i en studie med bäckenbottenträning inkluderande två uppföljningsbesök (Glazener 2001). I en långtids uppföljningsstudie på sex år jämförs information med ledd bäckenbottenträning (Glazener 2005). I en studie jämförs information och träningsinstruktion med biofeedback (Ilnyckyj 2005). I en annan studie jämförs rådgivning med rådgivning plus träningsinstruktion och med rådgivning plus träningsinstruktion plus biofeedback hemma eller på sjukhus (Norton 2003). En studie jämför telefonrådgivning med face to face behandling, fem besök under fem månaders tid (Byrne 2005).

Kvinnor som får information, träningsinstruktion och uppföljning av specialutbildad profession har signifikant mindre anal inkontinens än kontrollgruppen (Glazener 2001, Glazener 2005). Förbättringen kvarstår inte efter sex år (Glazener 2005). Ingen av de övriga studierna visar några signifikanta skillnader mellan grupperna.

Evidensstyrkan är mycket begränsad för behandling med information/rådgivning mot anal inkontinens.

Bäckenbottenträning: Vi fann sex randomiserade kontrollerade studier som utvärderar effekten av bäckenbottenträning som behandlingsmetod av analinkontinens (Glazener 2001, Heymen 2009, Glazener 2005, Meyer 2001, Solomon 2003, Bartlett 2011). Vidare fann vi en kontrollerad studie som jämförde bäckenbottenträning, biofeedback och farmakologisk behandling med farmakologisk behandling (Loening-Baucke 1990).

Studierna inkluderar 17-747 deltagare och har kvalitetsgradering mellan 2 och 7. Tre studier innefattar enbart kvinnor (Glazener 2005, Glazener 2001 och Meyer 2001) medan övriga studier inkluderar kvinnor och män (Heymen 2009, Solomon 2003, Bartlett 2011, Loening-Baucke 1990).

Bäckenbottenträning jämförs med tillägg av manometrisk feedback (Heymen 2009) samt med tillägg av biofeedback och elstimulering (Meyer 2001). Information, träningsinstruktion och uppföljning som ges av specialutbildad profession jämförs med kortfattad beskrivning av bäckenbottenträning innan (Glazener 2001) och efter partus (Glazener 2005). En studie jämför träningsmetodik där båda grupperna får ett standardträningsprogram innehållande submaximala uthållighetskontraktioner för bäckenbotten och den andra gruppen ges ett tillägg av snabba bäckenbottenkontraktioner (Bartlett 2011). Ingen signifikant skillnad mellan träningsgrupperna ses i den här studien. Bäckenbottenträning med olika typer av feedback jämförs,

via digital palpation, rektoanal manometri eller endoanalt ultraljud i en annan studie (Solomon 2003). Ingen signifikant skillnad noteras här mellan grupperna.

Kvinnor som får information, träningsinstruktion och uppföljning av specialutbildad profession har signifikant mindre anal inkontinens än kontrollgruppen (Glazener 2001, Glazener 2005). Förbättringen kvarstår inte efter sex år (Glazener 2005). Bäckebottenträning med tillägg av manometrisk feedback visar en signifikant minskning av anal inkontinens i jämförelse med enbart bäckebottenträning (Heymen 2009). En studie som jämför bäckebottenträning, biofeedback och elstimulering med kontrollgrupp visar ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande anal inkontinens (Meyer 2001). I studien som jämför biofeedback, farmakologisk behandling och bäckebottenträning med enbart farmakologisk behandling visas ingen signifikant skillnad mellan grupperna efter 3 och 12 månader (Loening-Baucke 1990).

Evidensstyrkan är begränsad för behandling med bäckebottenträning vid anal inkontinens.

Biofeedback: Vi fann nio randomiserade kontrollerade studier (Heymen 2009, Fynes 1999, Solomon 2003, Meyer 2001, Naimy 2007, Ilnyckyj 2005, Norton 2003, Miner 1990, Mahony 2004) och fyra kontrollerade studier (Guillemot 1995, Byrne 2005, Enck 1994, Loening-Baucke 1990) som utvärderar effekten av biofeedback i behandling av anal inkontinens. Studierna inkluderar 18- 239 deltagare och har kvalitetsgradering mellan 2 och 7. Studierna innefattar inte enbart kvinnor som fött barn och uppföljningarna är i vissa fall gjorda under kort tid.

Behandling med utbildning, instruktioner och bäckebottenträning jämförs med och utan tillägg av biofeedback (Ilnyckyj 2005). Bäckebottenträning, biofeedback och elektrostimulering jämförs med en kontrollgrupp utan behandling (Meyer 2001). Biofeedback, farmakologisk behandling och bäckebottenträning jämförs med farmakologisk behandling (Loening-Baucke 1990). Sensorisk feedback jämförs med kombinerad audiovisuell feedback och elstimulering (Fynes 1999) och biofeedback jämförs med rådgivning (Norton 2003). En studie jämför bäckebottenträning med och utan biofeedback (Heymen 2009). Bäckebottenträning med olika typer av feedback jämförs, via digital palpation, rektoanal manometri eller endoanalt ultraljud (Solomon 2003). Biofeedback jämförs med elstimulering (Naimy 2007) med en obehandlad kontrollgrupp vid långtidsuppföljning (Enck 1994) samt med farmakologisk behandling vid långtidsuppföljning (Guillemot 1995). I en cross-over studie jämförs sensorisk och motorisk biofeedback med shambehandling, även långtidsuppföljning av resultat (Miner 1990).

Bäckebottenträning med tillägg av manometrisk feedback visar en signifikant minskning av anal inkontinens i jämförelse med enbart bäckebottenträning (Heymen 2009). I en studie ses en signifikant minskning av antalet anala inkontinensepisoder i biofeedbackgruppen fem år efter behandling (Enck 1994). I en annan långtidsuppföljning efter biofeedbackbehandling förbättras biofeedbackgruppen i sin anala inkontinens både vid 6 respektive 30 månader och signifikant ökning av viljemässig maximal kontraktion i sfinktern för de som erhållit biofeedback (Guillemot 1995). Signifikant förbättring visas enbart avseende den rektala sensibiliteten

efter sensorisk biofeedback (Miner 1990). I studien som jämför olika typer av biofeedback med bäckenbottenträning ses ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Audiovisuell biofeedback med tillägg av elstimulering ger ett signifikant förbättrat resultat i behandling av anal inkontinens (Fynes 1999). I vissa studier föreligger det ingen signifikant skillnad i förbättring mellan information och träningsinstruktioner i jämförelse med biofeedback (Ilnyckyj 2005, Norton 2003, Naimy 2007). I studien som jämför biofeedback, farmakologisk behandling och bäckenbottenträning med enbart farmakologisk behandling visas ingen signifikant skillnad mellan grupperna efter 3 och 12 månader (Loening-Baucke 1990). Bäckenbottenträning, biofeedback och elstimulering jämförs med kontrollgrupp utan behandling i en studie men ingen signifikant skillnad mellan grupperna ses avseende anal inkontinens (Meyer 2001).

Evidensstyrkan är begränsad för behandling med biofeedback mot anal inkontinens.

Anal elstimulering: Vi fann sex randomiserade kontrollerade studier som utvärderar effekten av elstimulering i behandling av anal inkontinens (Healy 2006, Norton 2005, Mahony 2004, Fynes 1999, Meyer 2001, Naimy 2007). Studierna inkluderar 40-107 deltagare och har kvalitetsgradering mellan 3 och 7. Fem studier innefattar kvinnor med anal inkontinens (Healy 2006, Mahony 2004, Fynes 1999, Meyer 2001, Naimy 2007) En studie innefattar både kvinnor och män (Norton 2005).

Behandling med anal elstimulering i hemmet jämförs med anal elstimulering på sjukhus (Healy 2006). Anal elstimulering jämförs med anal shamstimulering (Norton 2005). I en studie jämförs biofeedback med elstimulering (Naimy 2007) och i en annan biofeedback med biofeedback och tillägg av elstimulering (Mahony 2004). I ovanstående studier kunde man inte finna någon signifikant skillnad mellan grupperna. En studie jämför sensorisk biofeedback med kombinerad audiovisuell biofeedback och anal elstimulering (Fynes 1999). Här finner man en signifikant skillnad mellan grupperna där den utökade biofeedbacken tillsammans med elstimulering ger ett förbättrat resultat i behandling av anal inkontinens. Bäckenbottenträning, biofeedback och elstimulering jämförs med kontrollgrupp utan behandling i en annan studie men ingen signifikant skillnad mellan grupperna ses avseende anal inkontinens (Meyer 2001).

Evidensstyrkan är mycket begränsad för behandling med anal elstimulering mot anal inkontinens.

Nervus tibialis posterior stimulering (PNS): En kontrollerad studie identifierades som undersökte perifer nervstimulering med nålelektroder i behandling av anal inkontinens (Shafik 2003). Kontrollgruppen erhöll samma behandling som interventionsgruppen dock utan stimulering. 32 personer deltog i studien som har kvalitetsgradering 2. Studien visade att PNS signifikant förbättrar anal inkontinens.

Evidensstyrkan är mycket begränsad för behandling med PNS vid anal inkontinens.

Hjälpmedel: Vi fann en randomiserad kontrollerad studie som utvärderar effekten av analpropp vid anal inkontinens hos barn och vuxna, såväl män som kvinnor (Bond 2007). I stu-

dien jämförs en grupp deltagare som använt analpropp med en kontrollgrupp. Studien inkluderade 48 personer och har kvalitetsgradering 5. Ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna ses i den här studien.

Evidensstyrkan är mycket begränsad för behandling med analpropp vid anal inkontinens.

Akupunktur/TENS: Inga randomiserade kontrollerade studier eller kontrollerade studier identifierades.

Diskussion

Obstetriska analsfinkterrupturer har enligt studier ökat i frekvens sedan 1980-talet (Hals 2010, Pirhonen 1998). Ökningen kan bero på att man idag är bättre på att diagnosticera denna typ av skada. Misstanke om underdiagnosticering av sfinkterrupturer har dock framförts i medierna i ett flertal dokumentärreportage, bland annat i ”Uppdrag granskning” under perioden 2011-13. Rutinmässigt utförd ultraljudsundersökning (SFOG 2001, Faltin 2005) och bidigital palpation kan minska risken för odiagnosticerade sfinkterrupturer. Många drabbade kvinnor har besvär som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteteten. Oro, ångest och nedstämdhet är vanligt förekommande (Jorge 2003, Patel 2010). I Sverige följs idag sällan den mer noggranna indelningen vid diagnosticering som rekommenderas internationellt: 3a, 3b, 3c, 4 (Sultan 1999, RCOG 2001). Enligt denna beskrivs det tydligare hur den interna sfinktern är skadad. Korrekt diagnosticering och suturering i anslutning till förlossningen är nödvändig för att undvika kvarstående besvär.

Ofta saknar sjukgymnasten som arbetar inom området kollegor att diskutera med. För den enskilda sjukgymnasten kan det därför vara svårt att överblicka kunskapsläget. Liksom inom vissa andra sjukgymnastiska verksamhetsområden finns det sparsamt med forskning. Behandlingsrekommendationerna utgår därför från arbetsgruppens samlade erfarenheter och de studier vi tagit del av.

Dessa riktlinjer 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, biofeedback och anal elstimulering så blev resultatet begränsad/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 sjukgymnastiska behandlingsmetoder i direkt anslutning till den obstetriska sfinkterskadan. Arbetsgruppen valde därför att inkludera sjukgymnastisk behandling vid anal inkontinens även av andra orsaker. Vissa av dessa studier innehåller även män, vilket naturligtvis inte är optimalt. Det visade sig efterhand bli svårarbetat under resultatsammanställningen. Om fler studier kring obstetriska analsfinkterrupturer och sjukgymnastisk behandling kommer framöver kan det vara lämpligt vid senare revideringar att enbart innefatta studier med obstetriska analsfinkterrupturer.

Bäckenbottenträningen, som är sjukgymnastens förstahandsval vid behandling beskrivs vagt i de olika studierna beträffande träningsupplägg. Detta betyder att beskrivning av vilken typ av bäckenbottenträning, hur ofta, hur länge, i vilken kroppsposition etcetera saknas. Studierna är också få och till viss del motsägelsefulla avseende effekten av bäckenbottenträning vid anal inkontinens. Studier gällande behandling med apparater beskrivs däremot mer detaljerat. Detta kan vara en av anledningarna till att biofeedback fått ett så stort genomslag i behandling av anal inkontinens. Biofeedback kan dock ges på många olika sätt, bland annat genom verbal återkoppling vid palpation. Arbetsgruppen vill betona att denna återkoppling är mycket viktig.

I arbetsgruppen där fem sjukgymnaster ingår, har alla olika arbetsmodeller för det sjukgymnastiska omhändertagandet av kvinnor som ådragit sig en obstetrisk sfinkterruptur. Hur detta omhändertagande ser ut beror till stor del på sjukgymnastens utbildning, tillgång till behandlingsapparatur, möjlighet till nära samarbete med läkare, klinikens storlek och ekonomiska resurser. 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.

Det är en fördel om kvinnan får information om och påbörjar bäckenbottenträning under graviditeten. Detta för att underlätta för henne att återknyt kontakten med bäckenbottenmuskulaturen postpartum. Här har sjukgymnasten i primärvården ett viktigt uppdrag med den förebyggande behandlingen. Vi förespråkar ett utökat samarbete mellan sjukgymnaster i primärvården och barnmorskor i mödrahälsovården för att denna information ska nå fram till den gravida kvinnan. 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. Arbetsgruppen har valt att ha med uthållighetsträning i träningsprogrammet då externa sfinktern har en övervägande mängd långsamma muskelfibrer (typ 1) och för att vi med vår kliniska erfarenhet märkt att många kvinnor är i behov av ökad uthållighet. Arbetsgruppen har också 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/obstetiker har vi enats i dessa rekommendationer, väl medvetna om att det vetenskapliga underlaget saknas.

I grundutbildningen till sjukgymnast behandlas gynekologi och obstetrik samt bäckenbotten-träning vanligtvis mycket översiktligt. Att kunna utföra vaginal och anal palpation är nödvändigt för att kunna ge individanpassade träningsprogram. Sjukgymnaster är en väl lämpad profession att arbeta inom detta område då yrkeskåren har en specialiserad kunskap om muskelfunktion, tonusbedömningar och träningslära. Trots det kan området upplevas "obekvämt" eller till och med "ickesjukgymnastiskt" att arbeta med. Vi hoppas med dessa riktlinjer kunna uppmuntra kollegor att våga ta steget att arbeta inom detta viktiga verksamhetsområde! Vi hoppas givetvis även att riktlinjerna ska bli ett användbart verktyg för oss som redan arbetar inom området och att de ska bidra till att patienter får bättre och mer likvärdig vård över hela landet.

Behandlingsrekommendationer

Akuta skedet

Skadan / Anatomi: Det är önskvärt att sjukgymnasten träffar kvinnan och informerar redan på BB. Kvinnan och om möjligt partnern bör ges noggrann information om vad som hänt, skadans omfattning (operationsberättelsen kan här vara till hjälp), läkningsprocess samt regim. Information bör inbegripa en kortfattad genomgång av bäckenbottens anatomi och funktion. Här är det en fördel att visa bilder alternativt en bäckenmodell för att öka förståelsen för bäckenbottens komplicerade anatomi. Informationen ges för att minska oro, ge ökad förståelse för sfinkterrupturen och motivera till bäckenbottenträning. För att främja läkning informeras om att undvika samlag och att använda handdusch efter toalettbesök under läkningstiden. Om kvinnan inte förstår det svenska språket bör tolk användas.

Smärta: Rutiner gällande analgetika varierar mellan olika sjukhus. Sjukgymnasten bör uppmana kvinnan att ta den föreskrivna medicinen regelbundet. Det kan vara svårt att sitta på grund av svullnad och smärta i underlivet. Kvinnan bör sitta korta stunder den första tiden och växla mellan att sitta, gå och ligga. För att minska trycket på bristningen i sittande rekommenderas att rulla ihop en handduk/filt som ett U med öppningen baktill på stolen. Kylbehandling såsom isbinda lokalt kan ge tillfällig smärtlindring och påverkar inte läkningen negativt.

Fysisk aktivitet: Det är viktigt att sjukgymnasten guidar patienten till en bra balans mellan aktivitet och vila. Vidare är det viktigt att kvinnan får veta att skadans läkning samt tarmfunktionen främjas av fysisk aktivitet. De första 6-8 veckorna rekommenderas promenader och efter återbesök hos sjukgymnast/barnmorska/läkare kan kvinnan börja med andra motionsformer. Fysisk träning som innefattar hopp, löpning och tung styrketräning bör kvinnan vänta med minst 3-4 månader post partum. Tunga lyft (inte mer än barnets vikt) bör undvikas de första 6 veckorna post partum.

Tarmfunktion: Det är viktigt att hålla avföringen mjuk och formbar samt att inte skjuta upp tarmtömningen den första tiden efter förlossningen. Detta för att motverka smärta, förstoppning samt skydda den suturerade vävnaden. Informationen bör inbegripa kortfattade kostråd, tillräcklig mängd vätska, rörelseråd samt tillägg av paraffinolja, mjukgörande medel eller laxativ (enligt läkarordination). Till en början är det vanligt att inte kunna hålla gaser och att ha viss fekal urgency.

Bäckenbottenträning: När den mest intensiva smärtan har lagt sig (efter ca en vecka) kan lätta knip göras i 2 sekunder, vila 2 sekunder, upprepa 10 gånger. Gör detta 3 gånger om dagen. Poängtera för kvinnan att vara observant på att hon verkligen får med sin ringmuskel när hon kniptränar! Efter ca 4 veckor kan kvinnan börja med styrketräning av bäckenbottenträning (bilaga 2). Träningen bör ske under smärtgräns. Tekniken är densamma men kvinnan

skall ta i med mer kraft. Det kan ta olika lång tid att bygga upp styrkan och stabiliteten i bäckenbotten, men man bör ha blivit starkare efter 3 månaders daglig träning.

Faktaruta

Behandlingsrekommendationer

Akuta skedet

- ***Skadan / Anatomi***
- ***Smärta***
- ***Fysisk aktivitet***
- ***Tarmfunktion***
- ***Bäckenbottenträning***

Uppföljningsbesök hos sjukgymnast 6-8 veckor post partum

På vissa sjukhus har kvinnan återbesök hos läkare och remitteras vid behov till sjukgymnast. På andra sjukhus är sjukgymnasten den som följer upp kvinnan och som vid behov remitterar vidare till läkare. Oberoende av hur den exakta arbetsgången ser ut, är det önskvärt att sjukgymnast och läkare har ett nära samarbete. All form av behandling bör föregås av anamnesupptagning (bilaga 1). Ur anamnesen är det viktigt att avläsa om kvinnan har besvär med inkontinens (gas, soiling, avföring, urin) samt om hon besväras av smärta, fekal urgency, tyngdkänsla eller sensibilitetspåverkan i bäckenbotten. Kvinnan bör betraktas ur ett helhetsperspektiv, inte enbart utifrån kroppen utan även utifrån psykosociala faktorer som exempelvis oro och rädsla.

De första månaderna post partum utsätter kvinnan vanligtvis inte sin bäckenbotten för några större påfrestningar i form av ex hopp, tunga lyft, samlag. Det kan därför vara svårt för henne att redogöra för eventuella besvär förknippade med ökat buktryck på återbesöket 6-8 veckor efter förlossningen. Sjukgymnasten avgör om kvinnan är i behov av fler återbesök eller kontakt via telefon. Om vårdkontakten avslutas är det viktigt att förmedla att kvinnan bör kontakta sjukgymnast eller läkare om hon skulle få besvär senare.

Information: Informationen som ges vid detta tillfälle bör innefatta en repetition gällande skadans omfattning, bäckenbottens anatomi och funktion, fysisk aktivitet/träning, vikten av bäckenbottenträning, smärtlindring och kostråd.

Undersökning: Sjukgymnasten som träffar kvinnan vid uppföljningsbesöket bör ha kunskap om och erfarenhet av vaginal och anal palpation. Undersökningen är en förutsättning för att bedöma muskelfunktionen vaginalt och analt samt för att kunna ge individanpassade träningsinstruktioner. Inspektion av läkning ingår också i undersökningen (bilaga 1).

Bäckenbottenträning: Alla kvinnor bör få ett individuellt upplagt bäckenbottenträningsprogram baserat på fynden vid palpationsundersökningen (bilaga 1).

Träningen bör noga gås igenom så att kvinnan med säkerhet aktiverar bäckenbotten på ett korrekt sätt (bilaga 2). Vid undersökningen av kvinnan ges ovärderlig feedback om hur hon kontraherar sin bäckenbotten.

Faktaruta

Behandlingsrekommendationer

Uppföljningsbesök

- *Information*
- *Undersökning*
- *Bäckenbottenträning*

Vidare sjukgymnastiska behandlingsåtgärder

Nedanstående rekommendationer bygger på expertgruppens kliniska erfarenhet. Om sjukgymnasten har kunskap om och tillgång till elstimulering med analelektrod och/eller biofeedback kan detta med fördel prövas när effekten av sedvanlig bäckenbottenträning i 4-6 månader är otillräckling.

Biofeedback: Expertgruppen vill lyfta fram den återkoppling som vi som sjukgymnaster ger vid palpation vaginalt och analt. I en samtidig diskussion med kvinnan ges ovärderlig feedback om hur hon kontraherar sin bäckenbotten. Vi tycker detta är det viktigaste i tidigt skede. Biofeedback kan också ges via mobila eller stationära apparater; med ytelektroder eller intraanal/intravaginal probe.

Elstimulering: Kvinnan måste vara smärtfri vid palpation för att behandling med elstimulering ska kunna genomföras och även ha normal sensibilitet. Stimuleringsintensiteten (mA) ska vara så hög som möjligt utan att upplevas smärtsam. Vi rekommenderar stimulering med anal probe (=intraanal elektrod), 20Hz för den externa analsfinktern och 50 Hz för puborektalis/levator animuskulaturen. Stimulering 30 minuter cirka 3-5 dagar/vecka rekommenderas. Stimulering med samtidig vaginal probe och 50Hz kan göras.

Manuell behandling: En del kvinnor kan besväras av smärta i bäckenbotten under en längre tid. Smärtan kan provoceras vid samlag, långvarigt sittande, promenader etcetera. Om smärtan orsakas av lokal ömhet i muskulaturen kan manuella metoder som triggerpunktsbehandling och töjning prövas (Travel 1981, Prendergast 2003).

Akupunktur/TENS/PNS: Expertgruppen har begränsad erfarenhet av dessa tekniker avseende behandling av anal inkontinens första året post partum och väljer därför att inte ge några rekommendationer om detta. För behandling av smärtor i bäckenbotten finns goda kliniska erfarenheter av akupunktur.

Hjälpmedel: Har sjukgymnasten förskrivningsrätt kan han/hon skriva ut lämpligt inkontinenshjälpmedel; exempelvis bindor/inkontinensskydd med kolskikt eller analpropp till kvinnan, i annat fall hänvisa till uroterapeut eller distriktsköterska.

Faktaruta

Behandlingsrekommendationer

Vidare sjukgymnastiska behandlingsåtgärder

- *Biofeedback*
- *Elstimulering*
- *Manuell behandling*
- *Akupunktur/TENS/PNS*
- *Hjälpmedel*

Eventuell vidareremittering

Oftast väntar sjukgymnasten tills det gått 6 månader post partum innan kvinnan remitteras vidare, ibland sker detta tidigare.

Sjukgymnasten bör remittera vidare till specialtläkare:

- om oförmåga att hålla avföring
- vid uttalad fekal urgency
- vid besvärande gasinkontinens 6-12 månader post partum, efter avslutad träningsperiod
- vid oprovocerad smärta eller vid kraftig smärta under toalettbesök, sexuell aktivitet eller vid fysisk träning

Referenser

Andrews W, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Biol* 2008; 137(2): 152-6

Bartlett L, Sloots K, Nowak M, Ho Y-H. Biofeedback for fecal incontinence: a randomized study comparing exercise regimens. *Dis Colon Rectum* 2011; 54(7): 846-856

Boij C, Matthiesen L, Krantz M, Boij R. Sexual function and wellbeing after obstetric anal sphincter injury. *Br J Midwifery* 2007; 15(11): 684-8

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

Bond C, Youngson G, Mac Pherson I, Garrett A, Bain N, Donald S et al. Anal plugs for the management of fecal incontinence in children and adults. A randomized control trial. *J Clin Gastroenterol* 2007; 41: 45-53

Byrne CM, Solomon MJ, Rex J, Young JM, Heggie D, Merlino C. Telephone vs face-to-face biofeedback for fecal incontinence: comparison of two techniques in 239 patients. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 2281-88

Bö K, Larsen S, Oseid S, Kvarnstein B, Hagen R, Jörgensen I. Knowledge and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with urinary stress incontinence. *Neurorol Urodyn* 1988; 3: 261-2

Chaitow L, Lovegrove Jones R, Fall M (frw). *Chronic pelvic pain and dysfunction. Practical physical medicine*. 1st ed. Elsevier Health Sciences Churchill Livingstone; 2012

DSOG's guidelines: Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning. Bek KM, Cvetanovska E, Due U, Gimbel HME, Glavind-Kristensen M, Kindberg S et al. [Online] 2011 [cited 2013 June 26] Available from: <http://www.dsog.dk/hindsgavl/Sphincterruptur%20-%20Sidste%20II-%20Endelige%20guideline%20august%202011.pdf>

Due U, Ottesen M. The Danish anal sphincter rupture questionnaire: validity and reliability. *Acta Obst Gynecol* 2009; 88 (1): 36-42

Enck P, Däublin G, Lübke HJ, Strohmeyer G. Long-term efficacy of biofeedback training for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 997-1001

Eogan M, O'Herlihy C. Diagnosis and management of obstetric anal sphincter injury. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006; 18(2): 141-6

Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urology* 2010; 57: 35-48

Faltin DL, Boulvain M, Floris LA, Irion O. Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2005; 106 (1): 6-13

Fernando RJ, Sultan AH, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systemic review & national practice survey. *BMC Health Serv Res* 2002; 2(1): 9

Fitzpatrick M, O'Herlihy C. Short and long-term effects of obstetric anal sphincter injury and their management. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17(6): 605-10

Fowler GE. Obstetric anal sphincter injury. *J Assoc Chart Physiotherapists Womens Health* 2009; 104: 12-19

Fynes MM, Marshall K, Cassidy M, Behan M, Walsh D, O'Connell PR et al. A prospective, randomized study comparing the effect of augmented biofeedback with sensory biofeedback alone on fecal incontinence after obstetric trauma. 1999; 42 (6): 753-58

Glazener CMA, Herbison GP, Mac Arthur C, Grant A, Wilson PD. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and fecal incontinence: six year follow up. *BMJ* 2005; 330 (7487) 337-41

Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, Mac Arthur C, Lang GD, Gee H et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomized controlled trial. *BMJ* 2001; 323: 1-5

Gould D. Perineal tears and episiotomy. *Nurs Stand* 2007; 21 (52): 41-6

Grande M, Cadeddu F, Sileri P, Ciano P, Attinà GM, Selveggio I et al. Anal vector volume analysis: an effective tool in the management of pelvic floor disorders. *Tech Coloproctol* 2011; 15 (1): 31-7

Guillemot F, Bouche B, Gower-Rousseau C, Chartier M, Wolschies E, Lamblin M-D et al. Biofeedback for the treatment of fecal incontinence. Long-term clinical results. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 393-7

Hahn I, Myrhage R. *Bäckenbotten: byggnad, funktion, träning*. 4. uppl., Göteborg: Anakomp AB, 1999 (Basfaktakompodium; 7)

Hals E, Øian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Berge Nilsen E et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010; 116(4): 901-8

Head CA. Third- and fourth-degree perineal tears: are we meeting the standards in physiotherapy? *J Assoc Chart Physiotherapists Womens Health* 2007; 101: 48-55

Healy CF, Brannigan AE, Connolly EM, Eng M, O`Sullivan MJ, McNamara DA et al. The effects of low-frequency ando-anal electrical stimulation on faecal incontinence: a prospective study. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 802-6

Herbert A. Anal incontinence: a consequence of childbirth. *J Assoc Chart Physiotherapists Womens Health* 2010; 107(suppl): 46-53

Heymen S, Scarlett Y, Jones K, et al. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2009; 52(10): 1730-38

Hultén L, Nordgren S, Öresland T. Fekal inkontinens: ett gömt problem. Västra Frölunda: Janssen-Cilag AB, 1995

Ilnyckij A, Fachnie E, Tougas G. A randomized-controlled trial comparing an educational intervention alone vs education and biofeedback in the management of faecal incontinence in women. *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17: 58-63

Johnson A, Rochester AP. A retrospective postal survey of women´s experiences of physiotherapy management following a third- or fourth-degree perineal tear. *J Assoc Chartr Phys Womens Health* 2008; 102: 25-35

Jorge J, Habr-Gama A, Wexner SD. Biofeedback therapy in the colon and rectal practice. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 2003; 28(1): 47-62

Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36(1): 77-97

Landy HJ et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2011; 117(3): 627-35

Lang JE, Brown H, Crombie E. Assessment of the anal sphincter muscle: Comparison of a digital and manometric technique. *Physiotherapy* 2007; 93(2): 121-8

Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy* 2001; 87(12): 631-42

Loening-Baucke V. Efficacy of biofeedback training in improving faecal incontinence and anorectal physiologic function. *Gut* 1990; 31: 1395-1402

Maeda Y, Norton C, Vaizey C, Kamm M. Does the St. Marks's Incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. *Dis Colon Rectum* 2008; 51(4): 436-42

Mahony RT, Malone PA, Nalty J, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Randomized clinical trial of intra-anal electromyographic biofeedback physiotherapy with intra-anal electromyographic biofeedback augmented with electrical stimulation of the anal sphincter in the early treatment of postpartum fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 885-90

Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C et al. International Continence Society. The standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction. Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Incontinence Society. *Neurol Urodyn* 2005; 24(4): 374-80

Miner PB, Donnelly TC, Read NW. Investigation of mode of action of biofeedback in treatment of fecal incontinence. *Digestive Diseases and Sciences* 1990; 35(10): 1291-98

Meyer S, Hohlfeld P, Ahtari C, de Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 673-7

Naimy N, Thomassen Lindam A, Bakka A, Engebritsen Faerden A, Wiik P, Carlsen E et al. Biofeedback vs electrostimulation in the treatment of postdelivery anal incontinence: A randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 2040-46

Nordenstam J, Altman D, Brismar S, Zetterström J. Natural progression of anal incontinence after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic floor Dysfunct* 2009; 20(9): 1029-35

Nordenstam J, Mellgren A, Altman D, López 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

Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterol* 2003; 125: 1320-9

Norton C, Gibbs A, Kamm MA. Randomized, controlled trial of anal electrical stimulation for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2005; 49: 190-6

Patel K, Bliss DZ, Savik K. Health literacy and emotional responses related to fecal incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010; 37(1): 73-9

PEDro. PEDro physiotherapy evidence database. Sydney: George Institute 1999 cited 2013 september 18 Available from: <http://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/>

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

Prager M, Andersson KL, Stephansson O, Marchionni M, Marions L. The incidence of obstetric anal sphincter rupture in primiparous women: a comparison between two European delivery settings. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(2): 209-15

Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46(4): 773-82

RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists). The Management of third- and fourth-degree perineal tears. London; RCOG Press, 2007 (Green-top Guideline No. 29)

Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG* 2000; 107(7): 926-31

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.

Shafik A, Ahmed I, El-Sibai O, Mostafa RM. Percutaneous peripheral neuromodulation in the treatment of fecal incontinence. *Eur Surg Res* 2003; 35: 103-7

Socialstyrelsen 2011. Sveriges officiella statistik. Hälsa- och sjukvård, bilaga 1. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2009. Hittas genom <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-19/Documents/Bilaga%201.pdf>

Solomon M J, Pager C K, Rex J et al. Randomized, Controlled Trial of Biofeedback With Anal Manometry, Transanal Ultrasound, or Pelvic Floor Retraining With Digital Guidance Alone, in the Treatment of Mild to Moderate Fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2003; 46; 703-10

Steen M, Briggs M, Kling D. Alleviating postnatal perineal trauma. To cool or not to cool? *British Journal of Midwifery* 2006; 14(5): 304-8

Sultan AH, Editorial: obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk* 1999; 5: 178-80

Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Review* 2002; 16(1): 99-115

Thompson JA, O'Sullivan PB, Briffa NK, Neumann P. Assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction in continent women using transperineal ultrasound, manual testing and vaginal squeeze pressure measurement. *Int Urogynecol J* 2006; 17(6): 624-30

Travell J, Simons DG. Myofascial trigger points, a possible explanation. *Pain* 1981; 10(1): 106-9

Zetterström J. Prevention, diagnostik och behandling av obstetriska sfinkterskador: regionalt vårdprogram. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2008

Uustal Fornell E, Matthiesen L, Sjö Dahl R, Berg G. Obstetric anal sphincter injury ten years after: subjective and objective long term effects. *BJOG* 2005; 112(3): 312-6

Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of fecal incontinence grading systems. *Gut* 1999; 44(1): 77-80

Wise D, Anderson R. *A headache in the pelvis: a new understanding and treatment for chronic pelvic pain syndromes*. 6th ed. Occidental, CA: National Center for Pelvic Pain Research; 2010

Nedan följer ett antal frågor som kan vägleda vid anamnesupptag med kvinnan. Dessa är riktade anamnesfrågor som man kan använda för att efterfråga eventuella restsymtom efter analsfinkterskada. Förutom riktade frågor rekommenderas att allmän anamnes samt utförligare gynekologisk/obstetrisk anamnes gällande eventuella tidigare graviditeter och förlossningar, tidigare kirurgi inom bäckenorganen etc.

Frågor angående tarmfunktion

-Hur ofta har du avföring ?

-Hur är avföringens konsistens ? Använd gärna Bristolskalan, se bilaga 4. Om avföringskonsistensen är hård, vad gör du själv för att avhjälpa det?

-Händer det att du blöder i samband med avföring?

-Har du smärtor i samband med avföring?

-Har du läckage av fast avföring? Om ja, hur ofta?

-Har du läckage av lös avföring ? Om ja, hur ofta?

-Måste du uppsöka toalett snabbt vid avföringsträngning? Om ja, hur lång tid har du på dig vid lös respektive fast avföringskonsistens?

-Kan du tömma tarmen helt vid tömning?

-Fläckar du från tarmen i underkläderna? Om ja, är det vätska eller avföring? Hur ofta?

-Bär du något inkontinensskydd mot avföringsläckage?

-Kan du känna skillnad om det står gas eller avföring i tarmen?

-Kan du hålla tillbaka de gaser du vill ? Försök uppskatta i vilken grad.

-Händer det att det kommer gaser som överraskar dig, dvs som du inte haft möjlighet att förhindra?

Frågor angående blåsfunktion

-Kan du tömma urinblåsan helt vid miktion?

-Besväras du av urininkontinens? Om ja, är det läckage av urin vid ökat buktryck såsom hosta och nysning eller är det läckage av urin i samband med kissnödighetskänsla? Om ja, hur ofta? Försök uppskatta mängd.

-Bär du något inkontinensskydd mot urinläckage?

Övriga frågor angående samliv, fysisk träning etc

-Besväras du av tyngd/tryckkänslor från underlivet? Om ja, i så fall när och hur ofta?

-Har du återupptagit samliv efter förlossningen? Har du något läckage från ändtarmen vid sexuell aktivitet? Har du smärta i underlivet vid sexuell aktivitet?

-Vilken fysisk träning ägnar du dig åt? Vilka träningsformer önskar du återuppta inom ett halvår utöver promenader?

-Ammar du fortfarande?

Status

Vaginal palpation: Förslag på undersökningsläge av kvinnan vid vaginal undersökning: Kvinnan i krokliggande på brits med rulle under vänster knä och vilande med höger ben mot sjukgymnasten för att erhålla en avspänd utgångsställning. Sjukgymnasten är vanligen sittande eller stående på höger sida om kvinnan om sjukgymnasten är högerhänt (vänsterhänt sjukgymnast oftast på kvinnans vänstra sida).

Bedöm den vaginala delen av bäckenbotten för att avgöra om patienten hittar muskulaturen viljemässigt och i så fall dess styrka. Undersök med två fingrar i vagina (några centimeters bredd mellan fingertopparna).

- Notera om slidöppningen är sluten eller öppetstående.
- Bristningen i samband med förlossningen syns oftast i den bakre delen av vagina innanför introitus = slidmynningen). Välläkt? Finns eftergivlighet i ärrvävnader?

Granulom/granulationer är en defekt i läkningsprocessen som är ofarlig. Det är flikar av olika storlek som består av en rödare slemhinna än övrig vävnad i vagina. Dessa kan vara svidande och lättblödande vid palpation. Mindre granulationer försvinner av sig själva och kan lossna under den vaginala palpationen. Större granulationer kan behöva penslas eller tas bort av läkare/barnmorska. Vid osäkerhet be kvinnan kontakta sin barnmorska. Vaginalväggar kan bedömas om sjukgymnasten har erfarenhet av detta. Om kvinnan krystar, hur påverkas vaginalväggarna?

För att bedöma muskulaturen görs en värdering av lyftförmågan i den bakre delen av vagina, kraften i levator anis sidoslyngor och fortplantningen fram mot os pubis. Registrera skillnaden mellan vila och kontraktion – det är styrkan i bäckenbottenmuskulaturen. Använd gärna en skala för att gradera muskelkraften för lättare jämförelse vid senare bedömning.

- Be kvinnan hosta och registrera reflexsvaret i muskulaturen.

Anal palpation: Undersökningsläge av kvinnan vid perineal/anal undersökning: Kvinnan vanligen i vänster sidläge med flekterade höfter och knän (om sjukgymnasten är vänsterhänt rekommenderas kvinnan ligga på höger sida). Sjukgymnasten håller isär skinkorna för att se och känna tydligare. Undersökningen i ändtarmen görs med pekfingeret. Placera gärna handen över sätesmuskulaturen när kvinnan gör en kontraktion, tydligt svar fås var kvinnan kontraherar. För att kvinnan skall få feedback kan hon hålla runt den övre skinkan själv och känna om hon kontraherar rätt eller använder inslag av sätesmuskulatur. Det är också en fördelaktig utgångsposition vid hemträning på ”hitta rätt” stadiet.

- Inspektera perineums längd, notera läkning av ärr och hur de förlöper, eventuell granulovävnad. Palpera över perineum.
- Inspektera ändtarmsöppningen. Är anus sluten eller öppen i vila? Hemorroider, flikar, analslemhinna runt anus? Hudförändringar i form av rodnad runt anus kan tyda på regelbundna anala läckage. Om man inte känner sig ha kompetens att göra en anal palpation kan man be patienten att stänga ändtarmsöppningen och inspektera om det blir en synlig muskelkontraktion.
- Puborektalisslyngan palperas i det bakre omfånget 3-4 cm innanför anus och levatorerna palperas lateralt. Notera kontraktionskraften. Be kvinnan knipa såsom om hon vore nödig, känn kraften som verkar i anterior respektive kranial riktning i ditt pekfinger. Notera eventuell sidoskillnad.
- Sfinktermuskulaturen – bedöm vilotonus, kontraktionskraft och circumferens. Använd gärna en skala för att gradera muskelkraften för lättare jämförelse vid senare bedömning.
- Bidigital palpation för att bedöma perinealkroppens uppbyggnad där det bör vara muskeluppbyggt. För att bedöma muskeluppbyggnaden räcker det inte enbart med att inspektera perineum utan en samtidig undersökning vaginalt och analt bör göras, en sk bidigital palpation. Undersökarens pekfinger är placerat analt och långfingeret placeras i yttre delen av vagina. Perinealkroppen bör vara 15-20 mm (dvs avståndet mellan vaginal- och analöppning mätt 1-2 cm i vagina innanför introitus).

TIPS! gynzone.com; Instruktionsvideo om bäckenbotten och bäckenbottenträning

Bäckenbottenmuskulaturen kan både aktiveras automatiskt och styras med hjälp av viljan. Den skall ge stöd åt urinblåsa/urinrör, vagina och ändtarm. Kvinnor har tre öppningar i bäckenbottenplattan genom vilka urinrör, vagina och anus passerar. När man viljemässigt skall aktivera bäckenbottenmuskulaturen kan man tänka såsom att man stänger en dragkedja; börja bakifrån ändtarmen och aktivera framåt. Tänk att Du stänger ändtarmsöppningen, fortsätter framåt och stänger runt vagina och urinrör. Ett lyft av bäckenbottenplattan bör kännas vid en korrekt sammandragning av muskulaturen (motsats till krystning). Man kan också tänka hur det skulle kännas att vara riktigt nödig och hur man då gör för att förhindra tömning.

”Hitta rätt” träning/identifieringsträning

Denna typ av träning kan påbörjas en vecka efter förlossningen för att återfå kontroll över muskulaturen och för att öka blodcirkulationen i det opererade området vilket främjar läkningsprocessen. Om kvinnan inte hittar sin bäckenbottenmuskulatur är detta första steget i träningstrappan. På denna nivå bygger Du grunden för senare styrketräning. Spänn 2 sek och vila 2 sek. Upprepa 8-12 ggr i varje omgång vid 3 tillfällen per dag.

Styrketräning

Efter ca 4 veckor är det viktigt att gå över till styrketräning för att bli starkare i bäckenbottenmuskulaturen. Spänn hårt 3 sek och vila minst 3 sek. Ta i kraftfullt med muskulaturen varje gång, men undvik samtidig muskelspänning i buk, säte och lår. *OBS! Var observant på att Du verkligen får med Din ringmuskel när Du kniptränar!* Öka sedan tiden till 4-5 sek upp till maximalt 6-8 sek. Upprepa 8-12 gånger i varje omgång vid 3 tillfällen per dag.

Uthållighetsträning

Avsluta varje träningsomgång med ett eller två uthållighetsknip. Spänn medelhårt och håll kvar spänningen så länge du kan. Öka tiden efterhand, lämpligt mål runt 1,5 minut.

Funktionell träning

Använd Din upptränade bäckenbottenfunktion vid situationer av ökat buktryck. Knip med bäckenbottenmuskulaturen inför kraftig hostattack, nysning eller lyft.

Underhållsträning

Fortsätt träna Din bäckenbotten med kraftfulla knip 8-12 gånger i 3 omgångar vid minst 2 tillfällen per vecka för att bibehålla din upptränade muskelstyrka.

Patientinformation efter sfinkterruptur

Gäller fram till uppföljningsbesök 6-8 veckor efter förlossning

I samband med förlossningen fick Du en bristning av ändtarmens ringmuskel, en så kallad sfinkterruptur. Bristningen är sydd och bör läka inom 4-6 veckor.

Ändtarmen har två muskler, en inre och en yttre som hjälper oss att hålla emot avföring och gas. Den yttre styr vi med viljans kraft och den inre har en automatisk funktion som vi inte kan påverka med viljan. Vid en sfinkterruptur kan enstaka muskelfibrer eller en större del av musklerna skadas. De här musklerna är del av bäckenbotten som består av flera muskler som arbetar tillsammans för att vara ett stöd för underlivsorganen. Graviditet och förlossning bidrar till en ökad belastning på bäckenbotten som kan göra den uttöjd och försvagad.

Bäckenbottenmusklerna underifrån

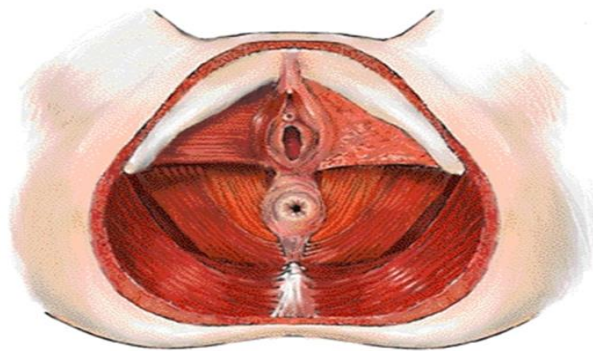


Bild 5.3.2

Skola i inkontinensvård – Hjälpmedelsinstitutet 2011

Smärta

- Det är normalt med viss smärta den första tiden, men den bör klinga av successivt. Ta den smärtlindring som Du ordinerats på din BB-avdelning. Optimal smärtlindring främjar läkning. Vid ökad smärta, svullnad, dålig lukt från underlivet, feber och sjukdomskänsla är det viktigt att Du hör av dig till sjukvården igen.

Tarmfunktion

- Till en början är det vanligt att inte kunna hålla gaser. För att underlätta tarmtömning har Du fått mjukgörande eller laxativ enligt ordination. Syftet varierar med preparatet och kan antingen påverka avföringens konsistens eller ge en glidmedelseffekt. En del laxermedel kan vara gasbildande. Vid första tarmtömningen efter förlossningen är det inte ovanligt att det kan kännas obehagligt.

- Efter måltid uppstår ofta en reflexmässig nödighetskänsla. Utnyttja den och gå direkt på toaletten. Om Du bortser från tarmens signaler för tömning ökar risken för förstoppning. För läkningens skull är det bäst om Du inte behöver krysta så mycket vid tarmtömning.
- Tänk på att Du håller igång tarmen genom att vara i rörelse t ex genom promenader. Försök också att äta fiberrik kost och dricka ordentligt.

Aktivitet och vila

- Under läkningstiden bör Du inte lyfta eller bära tungt. Barnets vikt är ett bra riktmärke för belastning.
- Det kan vara svårt att sitta på grund av svullnad och smärta i underlivet. Sitt gärna korta stunder den första tiden och växla mellan att sitta, gå och ligga. För att minska trycket på bristningen i sittande rekommenderas att Du rullar ihop en handduk/filt som ett U med öppningen baktill och lägger på stolen.
- Promenader är ett bra val av aktivitet till en början. Öka gångsträckan successivt. Det är vanligt att känna tyngdkänslor i underlivet den första tiden efter förlossningen. Lyssna på kroppen och pausa eller vila vid tyngdkänsla i underlivet.
- Vänta med kraftigare fysisk träning tills efter uppföljningsbesöket. Hopp, löpning och tung styrketräning bör du vänta med i åtminstone 3-4 månader (gärna 6 månader) efter förlossning. Börja försiktigt och stegra efterhand. Vid läckage eller tyngdkänslor (under eller efter träning) fortsätt med bäckenbottenträning enligt instruktion och avvakta ett tag till med hopp, löpning eller tung styrketräning.

Bäckenbottenträning

- Under den första månaden bör Du inte göra kraftfull bäckenbottenträning. Efter en vecka kan Du börja göra lätta knip - som om Du skulle hålla emot gaser. Börja i lig-gande ställning; spänn 2 sekunder, vila 2 sekunder, upprepa 10 gånger. Gör detta 3 gånger om dagen. Känn att Du stänger dina öppningar i underlivet. Träningen ska vara smärtfri. *Var observant på att Du verkligen får med din ringmuskel när Du knip-tränar!* Efter ca 4 veckor kan Du börja med kraftfull styrketräning av bäckenbotten enligt information Du bör ha fått från BB. Det kan ta olika lång tid att bygga upp styrkan och stabiliteten i bäckenbotten, men Du bör ha blivit starkare efter 3 månader av daglig träning. Vid kvarstående besvär efter 6 månader, trots korrekt utförd bäckenbottenträning, bör kontakt med sjukvården tas.