

Perinealruptur grad 3-4

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Kreft- og kirurgiavdeling/Føde- og barselseksjon
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 13.06.2018

1. HENSIKT

Forebygging og behandling av perinealrifter ved fødsel.
Gode per - og postoperative rutiner for behandling av perinealskader.
Lavere risiko for senfølger for pasienten.

2. ANSVAR

Jordmor og lege har ansvar for å stille riktig diagnose.
Lege har ansvar for den operative delen av behandlingen.

3. DEFINISJON

Perinealruptur	Definisjon	ICD-10 kode
Grad 1	Overfladisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne	O70.0
Grad 2	Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av m. sphincter ani eksternus (EAS) (eksterne sfinkter)	O70.1
Grad 3	Skade av perineum som involverer analsfinkter 3a: Ruptur av <50 % av EAS 3b: Ruptur av ≥50 % av EAS 3c: Ruptur av EAS og m. sphincter ani internus (IAS) (interne sfinkter)	O70.2
Grad 4	Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektumslimhinne	O70.3

Forekomst: Opp mot 85 % av kvinner som føder vaginalt vil få en skade i perineum. 60-70 % av disse blir suturert. Forekomsten av perinealruptur grad 3-4 er 2,1 % i Norge (varierer fra 1,2 - 4 % mellom ulike fødeinstitusjoner).

3. FREMGANGSMÅTE

3.1. Diagnose

- Etter vaginal fødsel bør man systematisk undersøke perineum, vagina, analkanalen og distale rektum. Alle kvinner skal undersøkes med rektaleksplorasjon etter fødsel for å sikre at sfinkterskader eller rektumskader blir oppdaget og primærsuturert. Inspiser og palper nøye for å stille riktig diagnose.
- Kvinner som har hatt en instrumentell forløsning eller fått en alvorlig skade av perineum, bør undersøkes av en lege som har erfaring i diagnostikk og behandling av slike skader. Vurder knipefunksjon. Gjør bidigital undersøkelse, "pill rolling"-manøver: med pekefinger i rektum ruller tommelfingeren over EAS for å vurdere skade. Med pekefingeren løftes bakre vaginalvegg og toppen av riften i vagina slik at rektovaginale fascie, IAS og rektal/analslimhinne kan undersøkes. IAS dekkes delvis av EAS. IAS er tynn, ca. 1-3 mm i tykkelse. Ses som lyse fibre i analslimhinnen. IAS ligger dypere enn den eksterne, dvs. i retning mot tarmlumen. Manglende ruptur av EAS utelukker ikke ruptur av IAS eller rektalslimhinnen høyere opp. Dersom det identifiseres en slik isolert skade, skal denne sutureres, men kan ikke kodes som sfinkterskade i det graderingssystemet vi benytter.

3.2 Suture av perinealrift grad 3 og 4 (ICD-10 kode, MBC 33)

- Jordmor bestiller type & screen og Hb som straksprøve i DIPS.
- Operasjonen utføres eller assisteres av erfaren operatør. Tilkall evt. bakvakt. Rupturene sutureres normalt på opr. avd. Her er det bedre assistanse, smertelindring, lys og aseptiske forhold. Foleykateter legges inn før inngrepet starter.
- **Anestesi:** Spinal, epidural eller narkose. Viktig med muskelrelaksering for å nedsette tonus i sfinktermuskulaturen.
- **Primær suturering** av sfinktermuskulaturen forsøker man å utføre så raskt som mulig, men det kan utsettes opp til 12 timer dersom nødvendig uten at det gir et dårligere resultat. I påvente av operasjon kan det legges på isposer for å redusere ødem.
 - **Grad IV ruptur:** Ved fekal kontaminering skylles med NaCl. Oppdekking som ved vaginaloperasjoner. Rektal slimhinnen sys med invaginerende (multifilament) sutur 3-0 enkeltsuturer eller fortløpende sutur.
 - **Grad III ruptur:** Den interne muskelen sys med enkeltsuturer monofilament eller multifilament sutur 3-0. Den eksterne muskelen rekonstrueres ende til ende eller med overlappsteknikk med monofilament eller multifilament sutur, for eksempel 2-0. Allistenger brukes til å holde muskelbuntene ved suturering. Den viktigste enkeltfaktoren for å redusere risikoen for inkontinens etter primær rekonstruksjon, synes å være oppnådd lengde på eksterne sfinkter.
 - **Perineum:** Det er viktig å bygge opp perineum inkl. m.transversus perinei og m.bulbocavernosus med multifilament 2-0 enkeltsuturer. Vaginal slimhinnen sys med fortløpende eller med enkeltsuturer. Huden lukkes intrakutant (enkeltstående eller fortløpende sutur) med multifilament eller monofilament sutur 3-0 / 4-0. Ved økt infeksjonsrisiko lukkes huden med enkeltsuturer i huden.
 - Husk alltid å kontrollere rektalt etter inngrepet.
- **Sekundærsuturering:** I utgangspunktet gjøres ikke sekundærsuturering ved vår seksjon pga økt infeksjonsrisiko. Anbefaler derfor i utgangspunktet å la såret gro fra bunnen uten ny suturering. Dersom man finner indikasjon for å suturere en rift som har gått opp etter noen dager bør dette gjøres med antibiotikadekke. Kan vurderes ved store defekter i hud/slimhinne.
- **Antibiotika:** Alle med grad IV-ruptur får engangsdose med cefalotin 2 gram og metronidazol 1,5 gram i.v. Ved grad III-ruptur gis antibiotika ved særlig stor infeksjonsrisiko.
- **Tromboseprofylakse**, se prosedyre: [Tromboseprofylakse. Håndtering av antikoagulasjon og platehemmede medikamenter ved operasjon eller andre invasive inngrep.](#)

3.3 Postoperativt regime

- **Informasjon:** Informasjon om grad av skade, behandling og oppfølging. [Perinealrift - pasientinformasjon](#) deles ut til alle. Alle pasienter oppfordres til å ta kontakt med lege ved symptomer på analinkontinens.
- **Smertelindring:** Diclofenac 50 mg x 3 (alternativt Naproxen 500 mg x 2), evt. i kombinasjon med paracetamol 1 g x 4. Opiater bør unngås pga. risiko for obstipasjon.
- **Normalkost**
- **Laksering:** Unngå obstipasjon. Gi bløtgjørende avføringsmiddel, for eksempel laktulose 15 ml x 2 i 2 uker
- **Sårpleie:** Daglig inspeksjon. Ved tegn til infeksjon kan man vurdere antibiotika.
- **Avlastning:** Unngå for mye sittende stilling den første uken etter fødsel. Det er en fordel å amme i liggende stilling.
- **Bekkenbunnstrening:** Henvi til fysioterapeut. Trening av bekkenbunnsmuskulaturen kan starte forsiktig etter 1-2 uker og inntil smertegrensen. Aktiv trening av bekkenbunnen etter 3-4 uker.
- **Kontroller:** Oppfølging hos fysioterapeut etter 4 og 10 uker. Kontroll ved gyn.pol etter 6 mnd. hos alle med rift grad 3 C og 4. Pas. med Grad 3A- og 3B-rift ringes opp av sekretær og får tilbud om time etter 6 mnd. ved symptomer (inkontinens).

3.4 Rådgiving vedrørende neste fødsel

- Alle pas bør få råd vedrørende neste fødsel. Vaginal fødsel kan forverre symptomer på analinkontinens. Hvis kvinnen har symptomer eller store defekter i analsfinkter og herniering av analslimhinne ved ultralyd bør forløsningsmetode diskuteres. 40 % av kvinnene får persisterende analinkontinens, men hovedsakelig i form av lekkasje av luft eller fekal urgency. 90 % av kvinner med tidligere grad 3 og 4 ruptur føder vaginalt uten ny grad 3 og 4 ruptur. Sammenliknet 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 eller 4 ruptur (risikoen øker betydelig ved å føde et barn >4 kg).

4. GENERELT

Pasienter med risiko for perinealruptur grad III og IV:

- Førstegangsfødende.
- forventet stort barn (>4kg).
- instrumentell forløsning, spesielt tang.
- Median episiotomi.

Andre risikofaktorer som er beskrevet i litteraturen (med varierende resultater):

- Tidligere sectio.
- Asiatisk opprinnelse.
- Tidligere sfinkterruptur.
- Mors alder.
- Skulderdystoci.
- Occiput posterior-presentasjon.
- Stor hodeomkrets.
- Langvarig 2. stadium.
- Manglende visualisering av perineum.

Profylakse mot ruptur:

- Når hodet kroner anbefales at den fødende inntar en fødestilling hvor jordmor har oversikt over perineum, og kan utføre støttende håndgrep.
- Venstre hånd bremser hodets hastighet ved kroning.
- Høyre hånd støtter perineum, anbefalt modifisert Ritgens håndgrep.
- Kvinnen skal instrueres i å puste, og ikke trykke, når hodet fødes.
- Varme kluter på perineum i utdrivingsfasen kan redusere risiko for perinealruptur grad 3-4. Kluten bør fjernes når hodet kroner, for å sikre oversikt over perineum og bruk av støttende håndgrep.
- Hvis kvinnen føder i vann, informeres hun om at risikoen for perinealruptur grad 3-4 ikke synes å øke, uavhengig av om støttende håndgrep brukes eller ikke.
- Overvei traksjon i stedet for ekstraksjon ved instrumentell forløsning
- Episiotomi vurderes på indikasjon. Mediale klipp må ikke brukes. Ved laterale eller mediolaterale klipp må klippet og vinkelen være stort nok for å oppnå beskyttende effekt. Ved operativ forløsning av førstegangsfødende bør man være liberal med bruk av episiotomi. Perineum skal støttes umiddelbart etter episiotomi er anlagt.

5. INTERNE REFERANSER

[1.6.2.5.1](#) [Tromboseprofylakse. Håndtering av antikoagulasjon og platehemmede medikamenter ved operasjon eller andre invasive inngrep.](#)

[1.6.2.8.2](#) [Preoperativ screening og blod i reserve til pasienter som skal opereres](#)

[1.7.1.3.2.8.2](#) [Perinealrift - pasientinformasjon](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG