

		Fagspesifikke prosedyrer		Prosedyre
Perinealskade og sfinkterruptur i fødsel. SSHF				Side 1 av 3
Dokument ID: I.4.8.1.2-19	Godkjent dato: 12.03.2024	Gyldig til: 12.03.2028	Revisjon: 7.01	

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer\Obstetrik\Fødsel SSHF

HENSIKT

Sikre best dokumentert behandling og oppfølging av kvinner som får perinealskade og sfinkterruptur

MÅLGRUPPE

Kvinner med perinealskade og sfinkterruptur i forbindelse med fødsel.

ANSVAR

Jordmor og gynekolog

FREM GANGSMÅTE

Forebygging av sfinkterrupturer:

- aktiv ledelse av fødselens annet stadium
- standardisert perineumstøtte, også ved forløsning av skuldre
- redusert forløsningshastighet av hodet
- nøye instruksjon av og kommunikasjon med kvinnen ved alle vaginale forløsninger

Episiotomi har ikke vist sikker forebyggende effekt, men legges på indikasjon. Legges mediolateral/lateral.

Vinkelen på episiotomien kan påvirke risikoen for sfinkterruptur (jo større vinkel, jo mindre risiko for 3 grads ruptur, minst 60 grader).

Klassifikasjon

Anatomiske strukturer involvert	Grad av skade	ICD-10
Overfladisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne	1	O 70.0
Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av anal sfinktermuskulatur	2	O 70.1
Skade av perineum som involverer anal sfinktermuskulatur	3	O70.2
Mindre enn 50 % av EAS er skadet	3A	O 70.2
Mer enn 50 % av EAS er skadet	3B	O 70.2
Både EAS og IAS er skadet	3C	O 70.2
Analssfinktermuskulatur og anal/rektalslimhinne	4	O 70.3

EAS: ekstern anal sfinker

IAS: intern anal sfinker

Rifter hvor rektumslimhinnen er rupturert, men interne og eksterne sfinker er intakt (knapphull), kodes som dyp vaginalrift og ikke sfinkterruptur.

Isolert skade av IAS er sjeldent, og defineres ikke som skade av anal sfinker i denne klassifiseringen, men en slik skade skal sutureres og dokumenteres i pasientens journal.

Vurdering av rift

Ved større rifter bør jordmor inspisere og vurdere sammen med erfaren jordmor.

Ved tvilstilfeller tilkalles alltid gynekolog.

Før suturering av enhver rift skal det alltid kjennes rektalt («pill roll»manøver) for å utelukke sfinkterruptur – også ved hel perineum.

Utarbeidet av: Prosedyrevalg Obstetrik SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	
-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--

 SØRLANDET SYKEHU		Perinealskade og sfinkterruptur i fødsel. SSHF			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: I.4.8.1.2-19	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 12.03.2024	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 7.01

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer Obstetrikk\Fødsel SSHF

Behandling

- Bør utføres på operasjonsstuen.
- Adekvat anestesi – fortrinnsvis spinal, evt fyller på epidural (narkose om nødvendig). Lokalanestesi kan aksepteres hvis kun overflatiske fibre av analsfinkter er avrevet.
- Blærekateter peroperativt vurderes
- Vaginal og rektal u.s. med klassifisering av skaden
- Suturering utføres evt assisteres av erfaren operatør.
- Antibiotikaprofylakse ved grad 4 ruptur cefuroxim 1,5 g og metronidazol 1,5g som engangsdose

Suturer

- Anal mucosa: Polysorb 3-0 (Novosyn)
- IAS : Maxon 3-0 (MonoPlus)
- EAS: Maxon 3-0, evt 2-0 hvis ønske om en kraftigere nål (MonoPlus)
Øvrig brukes Polysorb 2-0 eller 3-0

Postoperativt

- Antibiotikaprofylakse ved grad 4 skader, ellers individuell vurdering. Cefuroxim 1,5 g og metronidazol 1,5 g (engangsdose)
- Laktulose 10ml x 2 på barselavdeling og videre i 2 uker (individuell dosering)
- Ibuprofen 400 mg x 3 + paracetamol 1 g x 3 i 3-4 dager
- Henvises til sykehusets fysioterapeut for info om skaden og bekkenbunnstrening
- Utreisesamtale med gynekolog: Info om skaden, mulige komplikasjoner og henvisning til fysioterapi etter utreise (muntlig og skriftlig) Pasientinformasjon (vedlegg)

Kontroll

- Gynekologisk poliklinikk 9-12 mnd. postpartum hos behandlende lege (alle med 3a eller mer alvorlige skader, ellers etter vurdering), bruk St. Marks score (se vedlagt)
- Om traumatisk fødsel, vurder etterkontroll på gynekologisk poliklinikk hos forløsende lege 6-8 uker postpartum

Oppfølging

Ved milde symptomer:

- Diett – unngå luftfremmende matvarer
- Bekkenbunnstrening
- Unngå forstoppelse, eventuelt laktulose

Ved alvorlige symptomer:

- Henvise gastrokirurg med spesialkompetanse

Neste svangerskap

- Vurder behov for vekstestimering i uke 37-38. Risiko for ny ruptur øker betydelig ved fostervekt > 4 kg.
- Asymptomatiske kvinner kan føde vaginalt. God perineumstøtte. Episiotomi på indikasjon. (Vurder sectio om betydelig fibrose og stor fare for ny sfinkterskade).
- Ved symptomer i form av urgency og/eller luftlekkasje, forløses kvinnen med sectio
- Om lekkasje og planlagt reoperasjon av gastrokirurg, vaginal fødsel dersom tøyelige forhold i perineum.

		Perinealskade og sfinkterruptur i fødsel. SSHF			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: I.4.8.1.2-19	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 12.03.2024	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 7.01

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer Obstetrikk\Fødsel SSHF

Vedlegg:

St. Marks inkontinens score

(Dette er et validert graderingssystem for anal inkontinens (1))

Legg sammen fra hver rad: minimumssum=0 perfekt kontinens =24= helt inkontinent

	Aldri*	Sjelden*	Av og til*	Ukentlig*	Daglig*
Lekkasje av gass	0	1	2	3	4
Lekkasje av flytende avføring	0	1	2	3	4
Lekkasje av fast avføring	0	1	2	3	4
Endring av livsstil	0	1	2	3	4
				Nei	Ja
Må bruke bleie/bind eller plugg mot avføringslekkasje				0	2
Bruker forstoppende medisin				0	2
Kan ikke utsette avføring i 15 minutter etter første følelse av trang				0	4

*ALDRI - ingen episoder de siste 4 uker,

Sjelden - 1 episode siste fire uker.

Av og til - >1 episode siste fire uker men mindre enn 1x/uke.

Ukentlig – en eller flere tilfeller i uken, men <1 per dag.

Daglig – En eller flere episoder daglig.

1. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. GUT 1999; 44:77-80

Kryssreferanser

[I.4..1-23](#)

[Medikamentdelegering Føde/Barsel SSHF](#)

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk forening: [Veileder i fødselshjelp \(2020\): Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel.](#)

Hentet fra: [https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselslshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsels/)

[forening/veiledere/veileder-i-fodselslshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsels/](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselslshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsels/) (05.03.21)