APPETIZER: Fødselsskader i relation til bækken og underliv er hyppigt forekommende. Som sundhedsfaglige, der møder kvinden i almen praksis, har vi et ansvar for at italesætte og hjælpe til den rette behandling, så eventuelle gener ikke bliver kroniske. Læs i denne artikel om nogle af de skader, der kan opstå efter en traumatisk fødsel.

Af Mette Villadsen

Kroppen & underlivet efter graviditet og fødsel

Biografi
Mette Villadsen, fysioterapeut og indehaver af Aalborg Bækkenklinik, har gennem 20 år set gravide og efterfødselskvinder dels i hospitalsregi, dels i privat fysioterapeutisk praksis.

Kontakt
mette@aalborgbaekkenklinik.dk

Generne efter fødselsskader er tabubelagte, både de fysiske som inkontinens, smerter, prolaps, dyspareuni etc. og de psykiske gener som tankerne omkring en traumatisk fødsel, manglende lyst til sex osv. Begge dele med meget store konsekvenser for kvindens livskvalitet og selvfølelse.

Introduktion

Rigtig mange kvinder oplever gener efter fødsel. Det kan være gener af meget forskellig karakter og med forskellig baggrund. Trods det, at vi lever i 2022, er underlivsrelaterede problemer fortsat voldsomt tabubelagte. Det er derfor afgørende, at vi som sundhedspersonale, der dagligt møder efterfødselskvinder, åbner samtalen om ofte forekommende efterfødselsrelaterede gener. Jo mere vi taler om det, desto lettere vil det være for kvinden med smerter, inkontinens, prolaps eller andet at søge den rette rådgivning eller behandling.

Graviditet og fødsel har fysiske omkostninger med baggrund i både de hormonelle forandringer, der naturligt sker i forbindelse med graviditeten, de mekaniske påvirkninger under både graviditet og fødsel samt de skader, vi ser hos en del i forbindelse med selve fødslen. Rigtig mange oplever spontan bedring af generne over de første uger efter fødslen, men en del kvinder vil opleve vedvarende gener i en grad, der påvirker og begrænser dem.

I denne artikel belyses de oftest forekommende gener efter graviditet og fødsel, og hvornår vi som sundhedspersoner skal være særligt opmærksomme i mødet med kvinderne, herunder i forbindelse med 8 ugers-undersøgelsen.

Bækkensmerter

Bækkensmerter er hyppigt forekommende i forbindelse med graviditet. De er angivet som den hyppigste fraværsårsag under graviditet og ses ligeledes ofte i månederne efter fødsel. Dette har jeg beskrevet i tidligere artikel, iPRAKSIS nr. 2 2022. Post partum vil behandlingen af evt. vedvarende bækkengener ofte have samme fokus, som når vi ser kvinderne i graviditeten, nemlig primært aktivitet og bevægelse. Post partum vil der dog være tale om mere regelret genoptræning hen imod tilbagevenden til vanlig træning/aktivitet https://www.maanedsskriftet.dk/ipraksis/2022/372/13264/.

Rectus diastase

Rectus diastase er ligeledes en hyppig henvendelsesårsag efter graviditet og fødsel. Der har de senere år været stort fokus på netop rectus diastase i medier, i

diverse online-træningsfora, blandt praktiserende fysioterapeuter mv. Det har medført, at også de gravide er meget opmærksomme på tilstanden.

Alle gravide har delte mavemuskler i sidste del af graviditeten med baggrund i hormonelt betinget øget eftergivelighed i bindevævet samt øget pres af den voksende livmoder. Hos de fleste ses spontan samling af mavemusklerne 8-12 uger post partum. Hos enkelte kan der være fortsatte gener i form af fortsat stor diastase eller meget blødt bindevæv svarende til linea alba. Typiske gener kan være ubehag eller smerter i maven; en mave, som føles oppustet og buler meget, især sidst på dagen, en mave, der buler i midtlinjen ved aktiviteter med øget bugpres, herunder træning, eller ømhed/smerter i lænden eller underlivet. Disse kvinder kan med fordel henvises til fysioterapeutisk praksis med henblik på rådgivning og instruktion i tilpasset genoptræning af kerne- og mavemuskulaturen.

Tidligere havde man den opfattelse, at rectus diastase skulle behandles med ro og aflastning, derfor blev en del behandlet med mavebælter og restriktive bevægeregimer. I dag ved vi, at bindevæv har brug for cirkulation og aktivitet for at genvinde den styrke og elasticitet, der skal til for at genskabe det muskulære samarbejde omkring kroppens kerne og støtten i mavens midtlinje. Tid og superviseret træning er oftest succesfuldt for langt de fleste af kvinderne. Enkelte kvinder, som har vedvarende betydende gener trods superviseret træning hos fysioterapeut, tilbydes operation, dog tidligst et år efter fødsel.

Underlivsrelaterede gener

De hormonelle forandringer under graviditeten medfører en øget elasticitet ikke bare i led og bindevæv, men også i muskler, hvor blandt andet bækkenbundens muskler forberedes til vaginal fødsel.

Rigtig mange fødende får bristninger af muskulaturen i forbindelse med en fødsel. I en registrering fra Skejby Hospital 2017 fik 95 % af førstegangsfødende en suturkrævende bristning i forbindelse med fødslen. Oftest er der tale om bristninger i labia eller perineum.

Hos flergangsfødende er der ifølge opgørelsen omkring 69 % risiko for, at der opstår rifter i området ved skeden eller mellemkødet, som skal sys. Procentsatserne stammer fra registrering fra Aarhus Universitetshospital Skejby for året 2017 og inkluderer 1.999 førstegangsfødende og 1.840 flergangsfødende.

De hormonelle forandringer under graviditeten medfører en øget elasticitet ikke bare i led og bindevæv, men også i muskler, hvor blandt andet bækkenbundens muskler forberedes til vaginal fødsel.

Foto: Colourbox

Foto: Colourbox

Den øgede eftergivelighed samt evt. bristninger betyder, at bækkenbundens muskler efter en fødsel ikke udfører sit reflektoriske arbejde som vanligt. Deraf ses relativt høj forekomst (ca. 30 %) af urininkontinens efter fødslen. Superviseret intensiv bækkenbundstræning ved inkontinens post partum ser ud til at nedbringe forekomsten af såvel urin- og analinkontinens målt efter 12 mdr. (4). Hyppigheden af analinkontinens efter sphincterruptur er høj, angives til 20-50 %. Desuden vil en traumatisk fødsel kunne medføre gener ud over inkontinens som dyspareuni og andre underlivssmerter (3).

Den påvirkede muskelfunktion er sammen med ødem og eventuelle mulige skader på støttevævet i underlivet ofte årsag tyngdefornemmelse efter fødslen. Omkring halvdelen af alle kvinder, som har født, vil have mindre nedsynkning, op til 10 % vil have symptomgivende prolaps (Sundhed.dk). Symptomer vil typisk være udtalt tyngdefornemmelse, fremmedlegemefornemmelse, smerter, inkontinens eller tømningsproblemer. Større vaginale bristninger, herunder levator avulsioner, hvor muskler afrives fra knogler, øger risikoen for post partum-prolaps betydeligt (1), ligesom en afrivning vil have betydning både ift. urininkontinens og seksualfunktion.

Mange oplever desuden udtalte smerter, som kan have baggrund i såvel hævelse, bristning/syning, nedsynkning, forstoppelse og evt. muskelspændinger. Typisk ses spontan bedring over de første uger efter fødslen. Denne kan hjælpes på vej med isbind, smertestillende medicin, evt. afføringsmiddel, aflastning af underlivet, venepumpeøvelser og bækkenbundstræning.

En del kvinder oplever vedvarende gener efter deres fødsel, som bekymrer og begrænser dem betydeligt. Alligevel går mange længe alene med både gener og bekymringer uden at søge hjælp.

SUTURKRÆVENDE BRISTNINGER HOS FØRSTEGANGSFØDENDE:

Bristning i labia: ca. 61 %
Grad 1 ruptur: ca. 13 %
Grad 2 ruptur, inkl. epis: 59 %
Grad 3 ruptur (partiel sphincter): 6,3 %
Grad 4 ruptur (totalt spincter): 0,4 %. (Kilde Cynzone)

Det er således af afgørende betydning, at vi som sundhedsprofessionelle, der møder kvinder efter en fødsel, sørger for at italesætte, hvor almindeligt de her gener forekommer, og at langt det meste kan afhjælpes med relativt simple tiltag.

Case fra fysioterapeutisk praksis

Kvinden i denne case er valgt, idet hun afspejler en del af de patienter, vi som gynækologisk uddannede fysioterapeuter møder i privat praksis. Hun har haft en større fødselsbristning og henvender sig via egen læge med både fysiske gener og et stort behov for forklaringer og rådgivning i relation til sine gener. Casen vil kunne give kolleger i lægepraksis et indblik i den fysioterapeutiske tilgang til kvinder med efterfødselsrelaterede gener fra underlivet.

Case 1

Pt. henvender sig med dyspareuni og bækkenbundsinsufficiens 10 uger post partum. 1 para vaginal fødsel med partiel sphincterruptur grad 3A. Pige på 3500 g. Langvarig fødsel med igangsættelse og lang presseperiode.

Angiver voldsomme smerter efter fødslen, sad på 2-komponentpude de første 6 uger. Var bange og frustreret i efterforløbet. Synes fødslen var en hæslig oplevelse. Fik meget lidt information inden udskrivelsen, savnede især information om, hvad der var gået i stykker, hvad og hvor meget hun måtte, information og hjælp ift. smerterne osv.

Udtalte smerter i forbindelse med 8 ugers-us., egen læge har konstateret muskelspændinger og nedsat knibefunktion. Har desuden været til ekstra undersøgelse i obstetrisk ambulatorium, hvilket for patienten mest blot forværrede situationen, da GU gjorde voldsomt ondt, og lægen, som undersøgte hende, angiveligt ikke kunne besvare hendes spørgsmål.

Nu ikke længere smerter i det daglige. Bruger ikke pude, kan sidde normalt. Heller ikke smerter ved bevægelse. Dog voldsom dyspareuni ved forsøg på coitus x 1, hvor de måtte opgive, da pt. blev bange. Hun frygter aldrig at kunne have et normalt samleje igen. Er grådlabil og meget påvirket af hele situationen. Desuden smerter ved defækation. Patienten tog Magnesia 1 uge post partum. Angiver nu daglig, men hård afføring og følelse af ufuldstændig tømning. Angiver flatusinkontinens, særligt når hun rejser sig fra siddende, ingen afføringsinkontinens. Desuden udtalt stressinkontinens for urin, hvis hun hoster eller nyser. Bruger bind dagligt. Vandladning hver 2. time.

Patienten ønsker information omkring underlivet og bækkenbunden efter bristningen. Frygter konsekvenserne på længere sigt. Vil gerne vide, hvad hun kan forvente fremover. Ønsker hjælp til at nedsætte smerter samt på sigt kunne gennemføre samleje uden smerter.

Refleksion i relation til anamnese
Især patientens oplevelse af smerter og frustration/frygt i efterforløbet har fyldt meget i mødet med hende. Jeg har prioriteret at forklare alting grundigt; relevant anatomi, funktion og sammenhænge, herunder beskrivelse og tegning af bristning inkl. placering og forklaring om træning, prognose mv. Med graden af smerteoplevelse og frygt, som patienten præsenterer, er det væsentligt at gøre sig overvejelser ift. Fear Avoidance og via information og guidning at sikre, at patienten føler tryghed i såvel behandling og træning hjemme. Desuden viser studier, at rigtig mange nulliparous-kvinder ved meget lidt om underliv/bækkenbund, og at mange ønsker mere viden (6).

Instruktion af relevante øvelser
Træningen tilrettelægges i første omgang mhp. normalisering/nedsættelse af hviletonus, herunder også at give patienten en bedre fornemmelse af forskellen på spænding og afspænding og dermed også højne hendes fornemmelse af "ejerskab" og følelse af normalisering af underliv og bækkenbund efter fødslen. Mange kvinder er trods viden om bækkenbunden ikke i stand til at præstere et adækvat knib (5).

Afspændingsøvelser vil sammen med rådgivning om HUSK/laksantia sandsynligvis også have betydning i relation til patientens smerter ved defækation. I forhold til den sviende fornemmelse ved introitus kan der være tale blot øget sensibilitet i cikatriceområdet; man kan overveje at smøre/massere let med fedtcreme med henblik på desensibilisering/normalisering.

Senere vil træningen få fokus på bedring af styrke og udholdenhed specielt i forhold til patientens flatusinkontinens og stressinkontinens for urin via individuelt tilpassede øvelser. Ifølge NKR (7) er der svag anbefaling for bækkenbundtræning til kvinder med analinkontinens efter fødsel. I studierne dog ikke tydelige retningslinjer for, hvordan træningen skal sammensættes. Således er det op til den enkelte fysioterapeut at tilrettelægge individuelt tilpasset træning. Det er vigtigt at se på kvindens ressourcer og opstarte bækkenbundstræning hurtigst muligt efter operation eller fødsel. Intensiv træning giver større effekt ift. såvel urin- som analinkontinens (4).

Personlige faktorer herunder seksualitet
Patienten er generelt meget påvirket af en traumatisk fødsel med oplevelse af for lidt information i efterforløbet. Efterfødselssamtale hos jordemoderen, som var til stede ved fødslen, kunne være relevant i forhold til at give patienten mere ro i tankerne omkring det, hun beskriver som "en hæslig fødsel".

Desuden vil generel information om dyspareuni og manglende lyst efter fødsel give patienten et billede af symptomer, som mange oplever efter fødsel med rupturer (8). Man kunne på sigt overveje henvisning til Sexologisk Center ved vedvarende gener.

Resumé/konklusion

En fødsel med en større bristning kan være en både fysisk og psykisk voldsom oplevelse. Patienten i den førnævnte case er et ret klassisk eksempel på, hvordan tingene kan udvikle sig og blive uoverskuelige uden den for patienten nødvendige information trods et objektivt fredeligt forløb med fin heling post partum.

Som sygeplejersker, jordemødre, læger og fysioterapeuter i praksis har vi den nødvendige viden og tid til at kunne hjælpe patienterne både i forhold til den fysiske genoptræning og i forhold til at kunne italesætte og spørge ind til mere psykiske eller seksuelle problemstillinger. De fleste vil kunne hjælpes med relativt lette råd og vejledning. Andre vil have brug for mere praktisk vejledning og instruktion som fx hos en gynækologisk uddannet fysioterapeut. Ved vedvarende betydende gener som smerter og nedsynkning bør kvinden henvises til vurdering og udredning i gynækologisk regi.

Som sygeplejersker, jordemødre, læger og fysioterapeuter i praksis har vi den nødvendige viden og tid til at kunne hjælpe patienterne både i forhold til den fysiske genoptræning og i forhold til at kunne italesætte og spørge ind til mere psykiske eller seksuelle problemstillinger.

Referencer

1. Dietz HP. Pelvic floor trauma in childbirth. Review article. 2013.
2. Dietz HP. The quantification of levator muscle resting tone by digital assesement. Int Urogyn J 2008.
3. DSOG: Guideline ved sphincterruptur 2019.
4. Hay-Smith J et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Review 2008.
5. Moen MD et al. Pelvic floor muscle function in women presenting with pelvic floor disorders. 2009.
6. Neels H et al. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous Women. J Phys Ther Sci 2016
7. NKR for analinkontinens hos voksne, marts 2015.
8. Signorello LB. Post partum sexual functioning and its relationship to perineal trauma, a retrospective cohort study of primiparous women. Am J Obstet Gynecol. 2001.

REDAKTIONENS KOMMENTARER

Dansk Selskab for Urologisk, Gynækologisk og Obstetrisk Fysioterapi. Fagligt selskab under Danske Fysioterapeuter, udbyder specialiseret meritgivende efteruddannelse inden for underlivs- og bækkenrelateret fysioterapi.
Du kan finde en fysioterapeut med specialiseret efteruddannelse her: