

Bristningsregistret Årsrapport 2017

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN MAJ 2018

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Eva Uustal, registeransvarig för bristningsregistret, Universitetssjukhuset i Linköping

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



Årsrapport Bristning 2017

Bristningsregistret startades år 2014 för att det saknades systematisk uppföljning och kvalitetskontroll avseende bristningar i svensk förlossningsvård. Man kunde se bristningar i ett helt yrkesliv utan att få reda på hur det gått för patienterna. Bristningsregistret samlar nu data om hur patienterna upplever sin situation, erbjuder uppföljning vid problem samt återkopplar detta direkt till den läkare eller barnmorska som sytt bristningen. På så sätt kompletterar Bristningsregistret Graviditetsregistret som enbart bygger på journaluppgifter.

För närvarande registrerar 42 av ca 44 kliniker sfinkterskador i Bristningsregistret. Örnsköldsvik, Karolinska Solna och Huddinge, Danderyd, Borås och Uppsala har även börjat registrera grad 2-bristningar mer systematiskt. Där får alltså även barnmorskor återkoppling på hur det går för patienterna de suturerar. Sedan registret infördes har flera kvinnor, som inte sökt hjälp för sin analinkontinens kunnat fångas upp och erbjudas behandling. Ju tidigare missade eller ofullständigt sydda sfinkterskador upptäcks desto bättre förutsättningar för goda resultat av rekonstruktiv kirurgi.

Den första vetenskapliga artikeln baserad på patienternas fritextsvar efter sfinkterruptur publicerades nyligen(1). Data från registret har legat till grund för den nya patientinformationen och rekommendationerna om vårdens organisation i Bakkenbottenutbildning.se.

År	Grad II	Grad III	Grad IV
2013	0	5	0
2014	3	619	54
2015	258	1307	119
2016	375	1680	160
2017	1745	1775	150

Tabell 1 Antal registrerade Bristningsfall per år sedan start

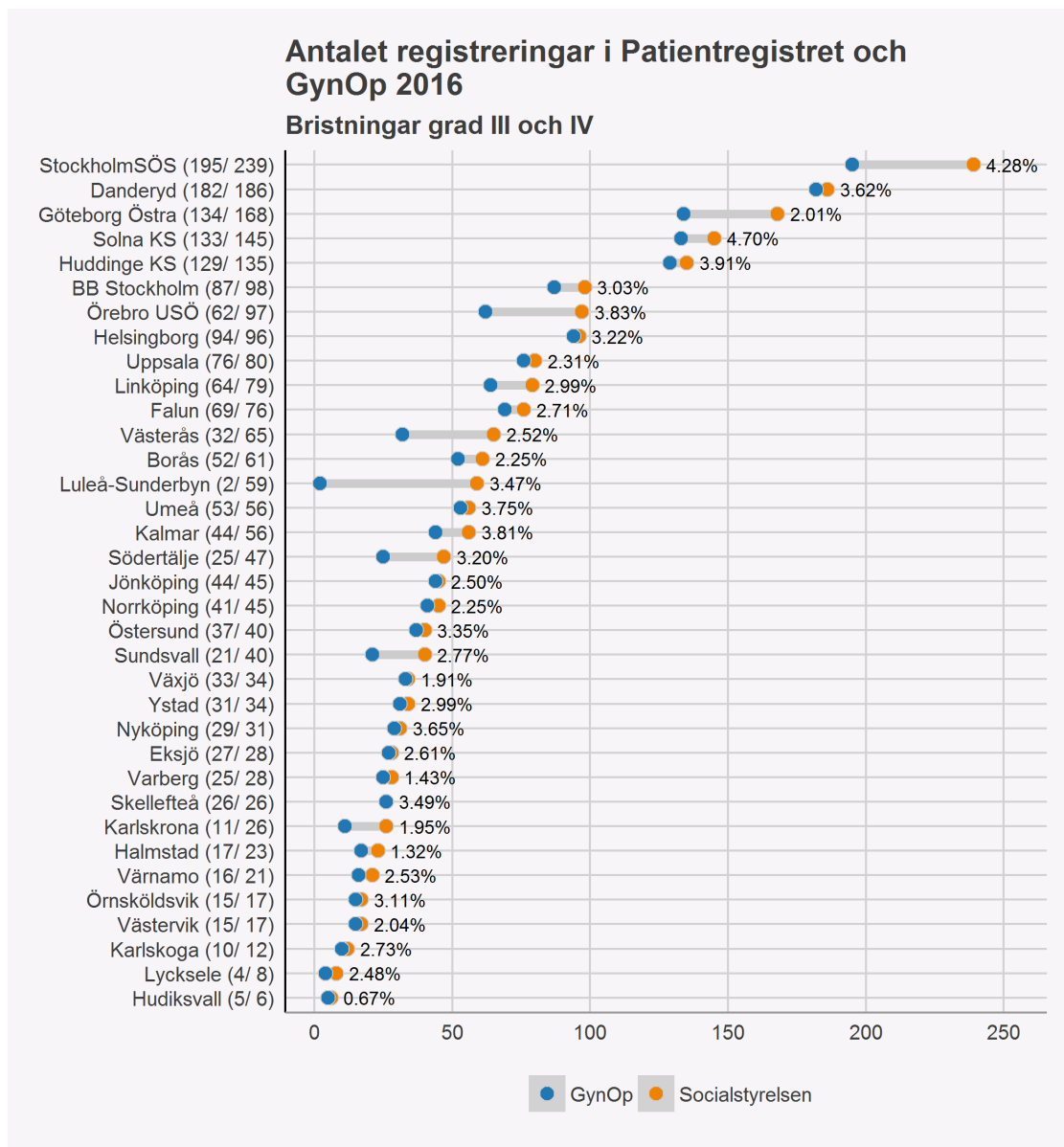
Täckningsgrad

Ur Socialstyrelsens och Bristningsregistrets data från år 2016 har vi jämfört andelen registrerade förlossningsbristningar av grad III och IV på sjukhusnivå. Många kliniker saknas i jämförelsen då de börjat registrera först år 2017.

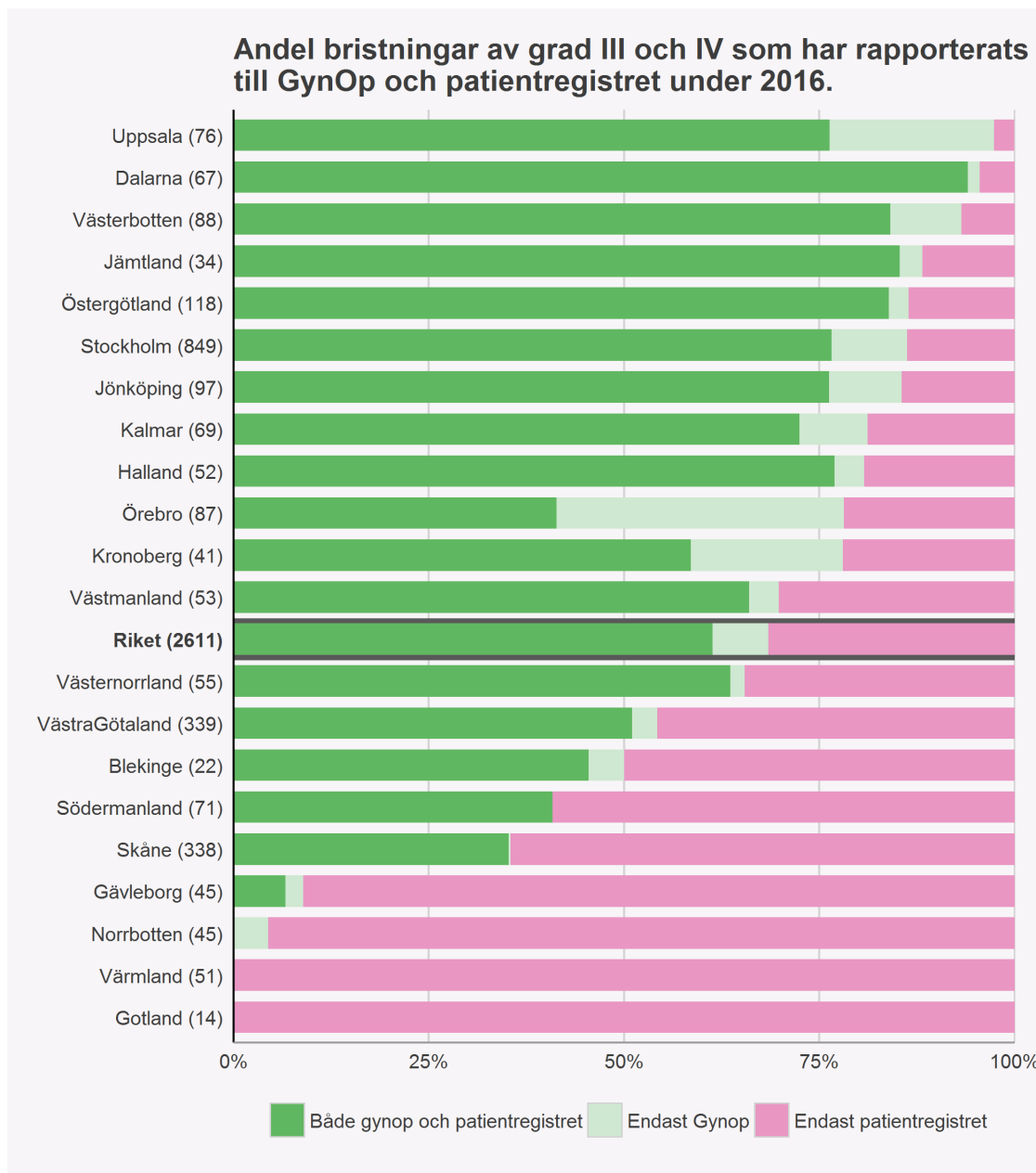
Målvärdet 95% registrerade bristningar nås av 8 kliniker. I figurerna 1 och 2 ser man att både stora och små kliniker med olika andel skador har lyckats få till bra rutiner.

De kliniker som har en hög täckningsgrad- "kort streck mellan prickarna" i figur 1 - har det gemensamt att man har fått de administrativa rutinerna att fungera så att data samlas in. Saknade fall identifieras och komplettering sker. Här finns många goda exempel att låna. Har din klinik ett stort bortfall går det fint att höra av sig för råd och tips till gynopregistret@vll.se.

Man noterar att även registreringen till patientregistret inte är heltäckande på något vis (figur 2). Det påverkar registreringen till medicinska födelseregistret och är en egen nöt att bita i för klinikadministratörerna.



Figur 1. Antalet sfinkterskador rapporterade i Bristningsregistret respektive till Patientregistret år 2016. Parentesen visar antalet registreringar i GynOp respektive i Patientregistret. Andel sfinkterskador av det totala antalet förlossningar anges i figuren.

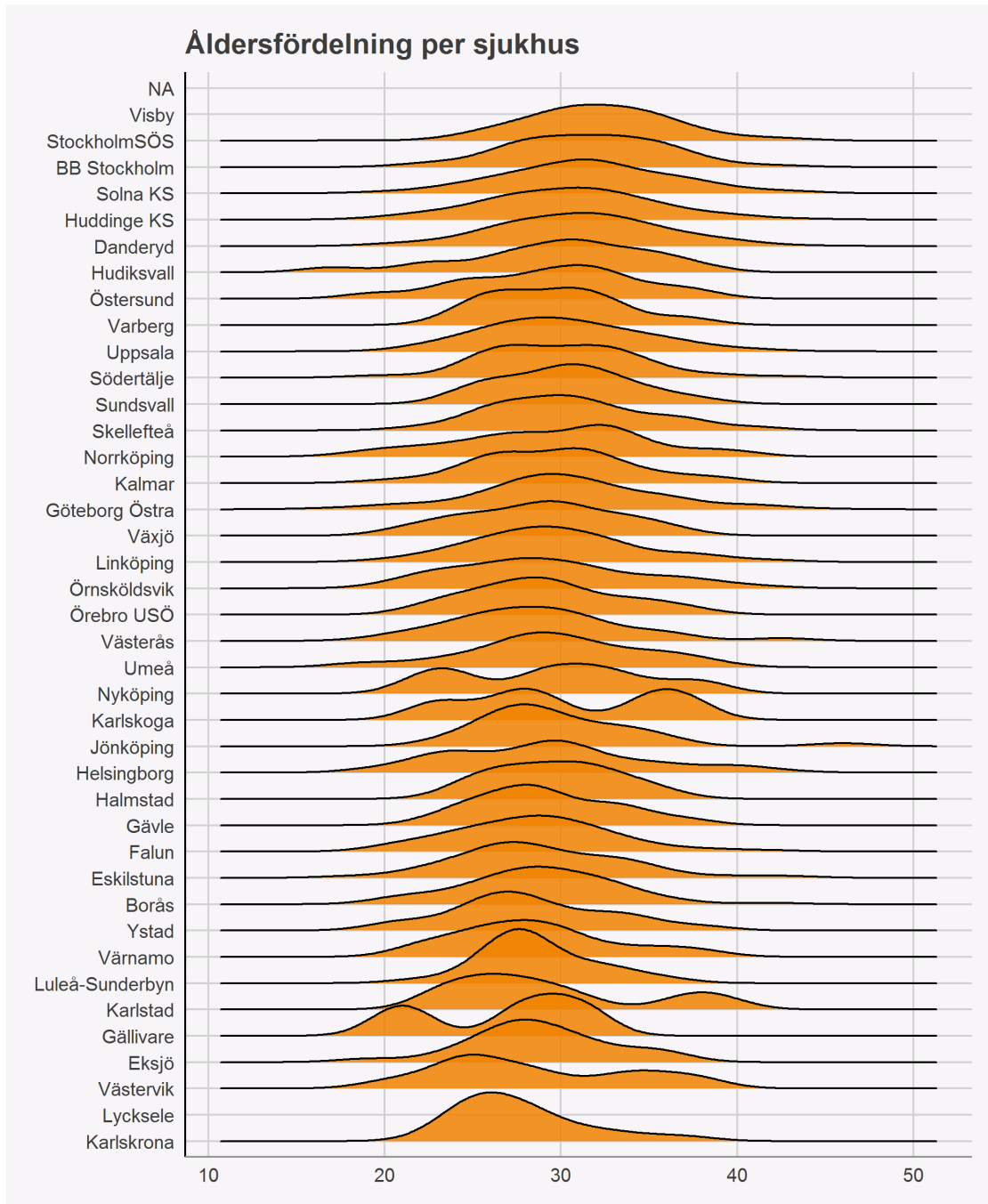


Figur 2. Andel bristningar av grad III och IV som länsvis har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2016.

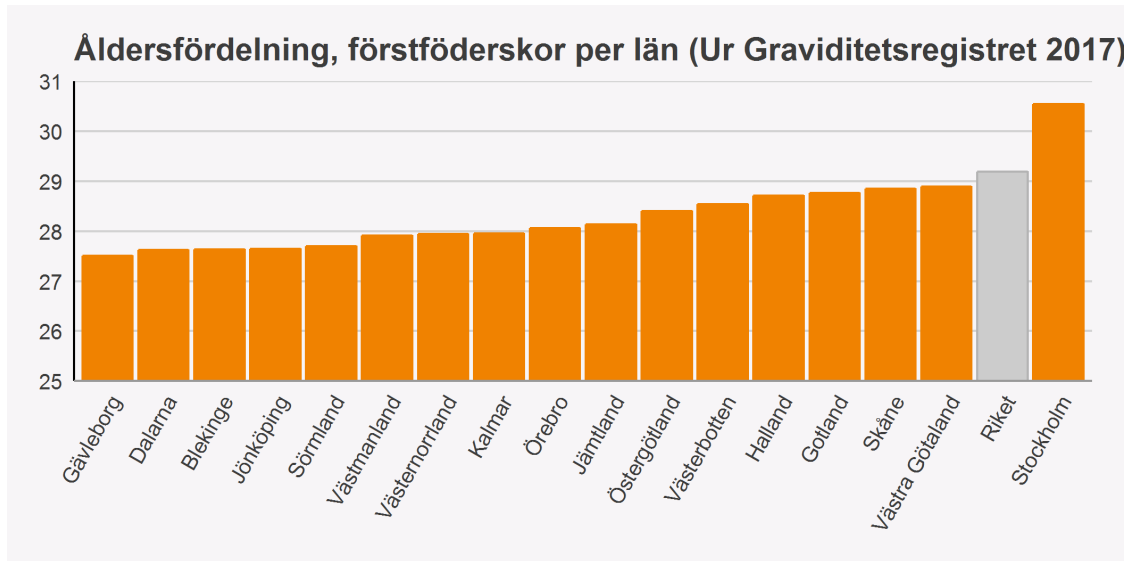
Här är målet att bristningarna registreras komplett i bägge systemen. De kliniker där det är stora skillnader kan ha förbättringsmöjligheter vad gäller de administrativa rutinerna.

Demografi

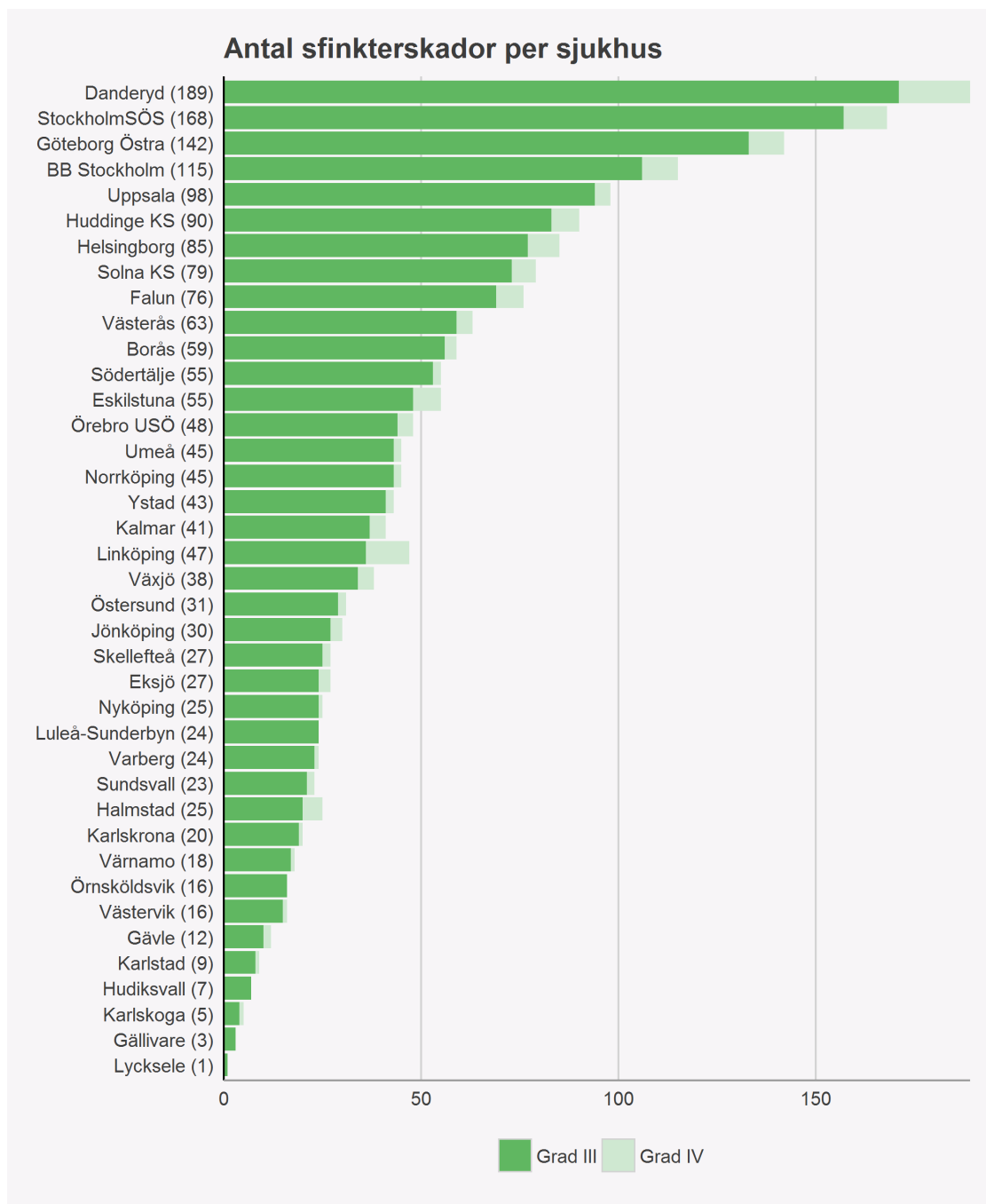
Medianåldern för kvinnor med sfinkterskada var 30 år. 95% av alla kvinnor var mellan 23 och 38 år gamla.



Figur 3. Åldersfördelning för kvinnor med sfinkterskada grad 3 och 4.



Figur 4. Åldersfördelning, alla förstföderskor per län (ur Graviditetsregistret år 2017)



Figur 5. Antal sfinkterskador grad 3-4 per sjukhus rapporterade i GynOp år 2017

Ju högre ålder, desto större risk för sfinkterskada. Det är vanligare med sfinkterskador i de regioner där förstföderskorna är äldre.

Nationella resultat

Obstetriska data och operation

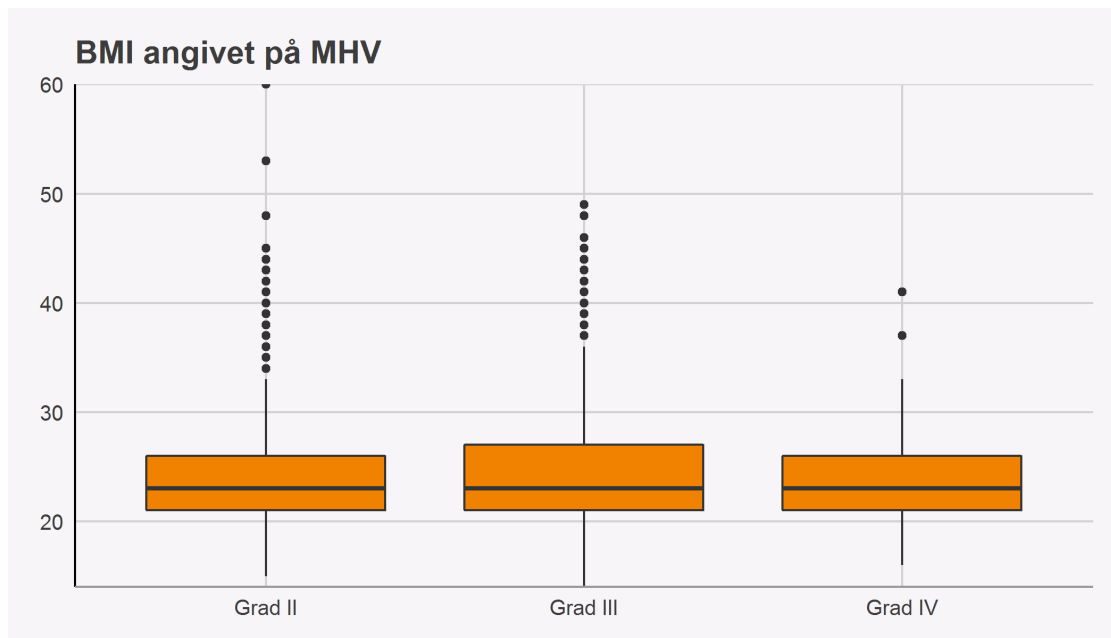
Under år 2017 har 3669 kvinnor med bristning registrerats, 47.5% grad 2, 48.4% grad 3 och 4.1% grad 4.

Av dem som registrerades för bristning år 2017 var 75.8% vaginala förstföderskor.

Av dem som rapporterades ha tidigare vaginal förlossning uppgavs i registret hela 26.5% ha tidigare sfinkterskada. 27.9% av de vaginala omföderskorna saknade information om tidigare skada.

Uppgiften om tidigare sfinkterskada fylls i manuellt eftersom den saknas i de obstetriska journalsystemen. Min gissning är att man kan fylla i fel pga att man missuppfattar frågan om tidigare sfinkterskada och tror att det gäller den aktuella skadan. Så är det uppenbarligen i de fall där tidigare skada även har fyllts i hos förstföderskor. Det är känt att en tidigare sfinkterskada ökar risken för ny skada jämfört med omföderskor utan sfinkterskada(2). Registreringen av uppgiften är viktig eftersom den bör ligga till grund för riskbedömningen inför val av förlossningssätt. I väntan på robustare system, påminn dem som registrerar era bristningar om att frågan om tidigare sfinkterskada gäller för föregående förlossningar.

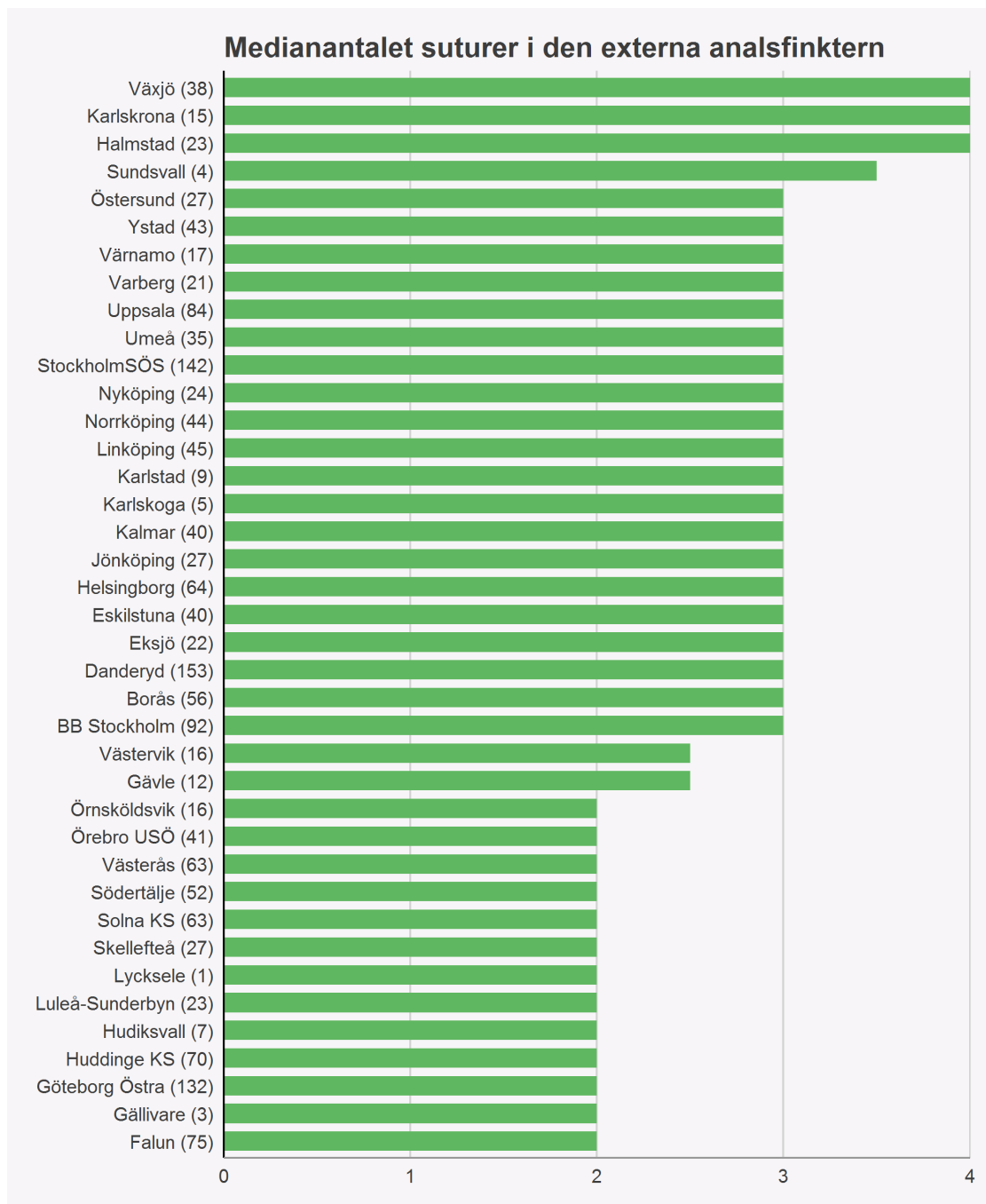
BMI



Figur 6. BMI angivet på MHV-blanketten

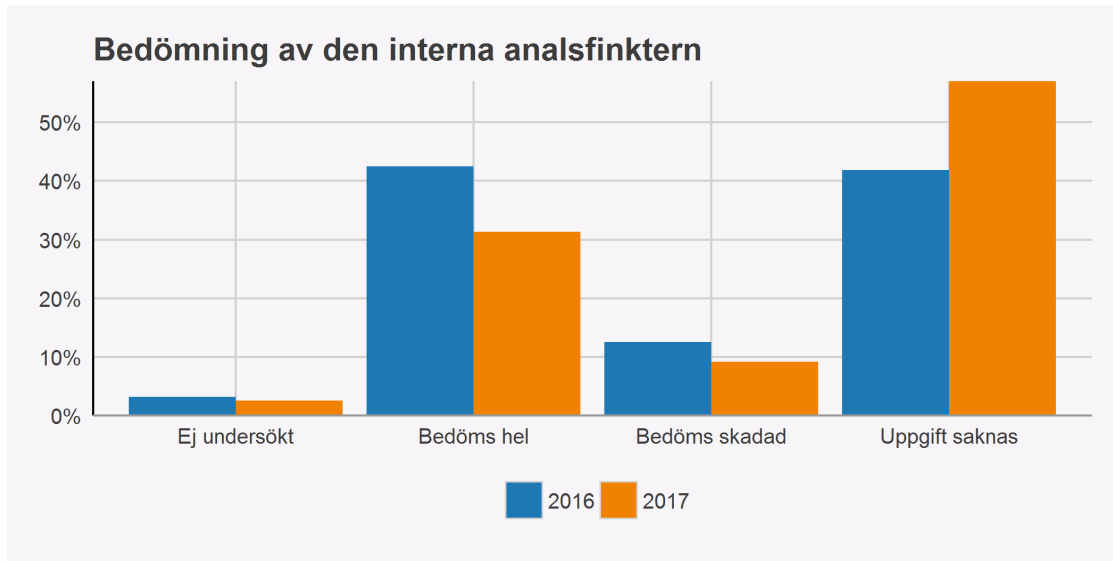
Vi ser att median BMI är identiskt mellan graderna av bristning.

Medel-BMI, 24.2 var något lägre än vad gäller för hela populationen gravida (Graviditetsregistrets årsrapport 2016).

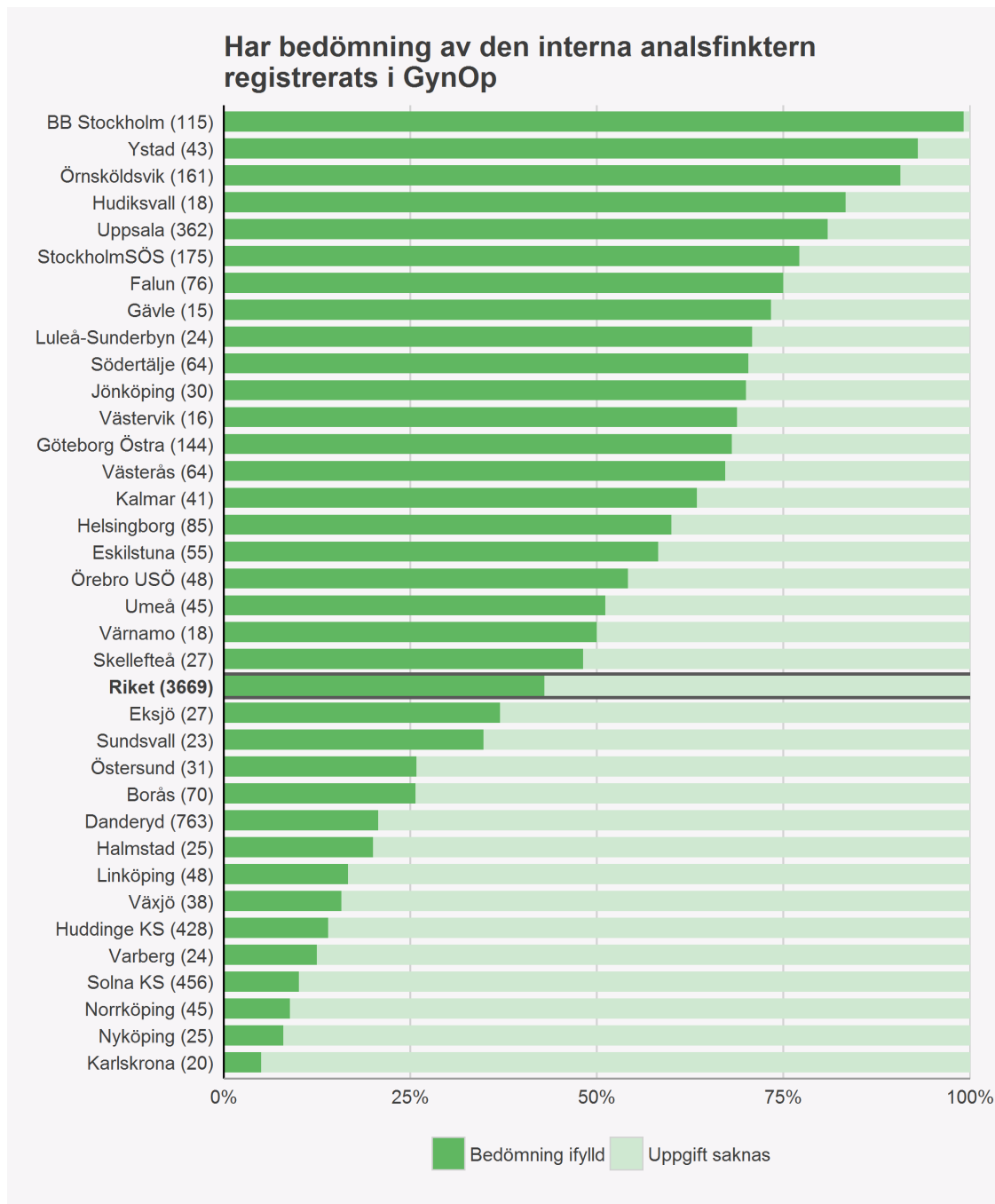


Figur 7. Antal suturer i den externa analsfinktern

I figur 7 visas hur många suturer den externa sfinktern sytts med. Medelvärde är 2.81 för grad III respektive 3.32 för grad IV. 2568 hade ej angett antalet suturer i registret. End to end är vanligast med 87.3%, överlappande sutur användes i 12.7 %. Uppgift om teknik saknades för 1916 patienter.



Figur 8. Bedömning av den interna analsfinktern



Figur 9. Har bedömning av den interna analsfinktern registrerats i GynOp, per klinik

Intern sfinkter	Antal	Andel (%)
Ej undersökt	91	5.8%
Bedöms hel	1151	72.9%
Bedöms skadad	336	21.3%
Totalt	1578	100%

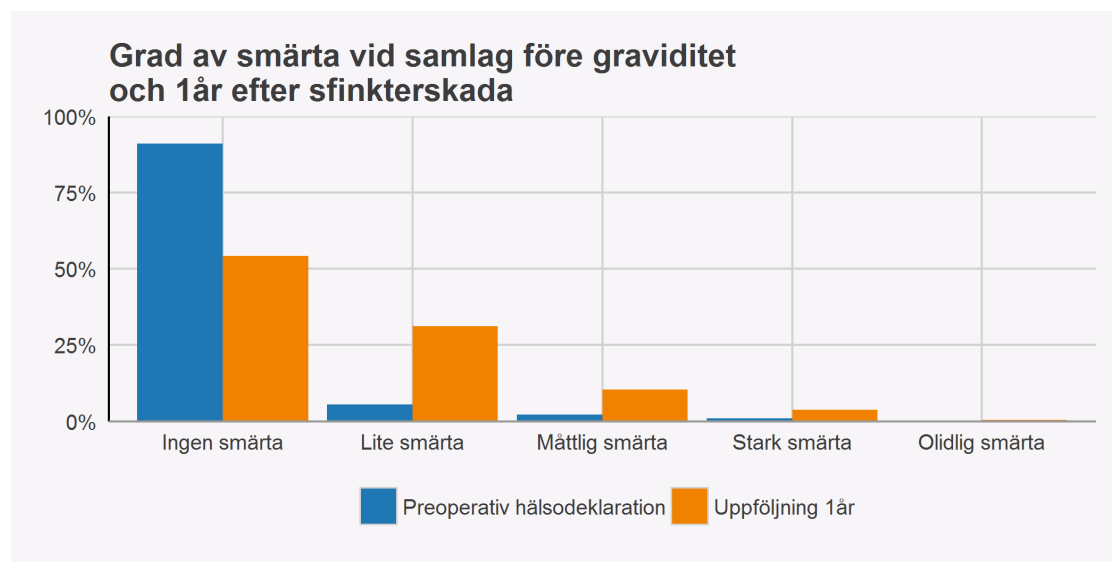
Tabell 2. Utfall där man bedömt den interna analsfinktern.

I den tidigare svenska klassificeringen av sfinkterskador var den interna analsfinktern inte separat omnämnd. I de fall bedömning finns registrerad har man funnit skada hos ca en femtedel (tabell 2). Där den interna sfinkterns status inte har registrerats blir värderingen av konsekvenserna efter grad 3-bristningar omöjlig. Om detta missförhållande beror på bristande diagnostisk kompetens eller felregistrering får man värdera på respektive klinik.

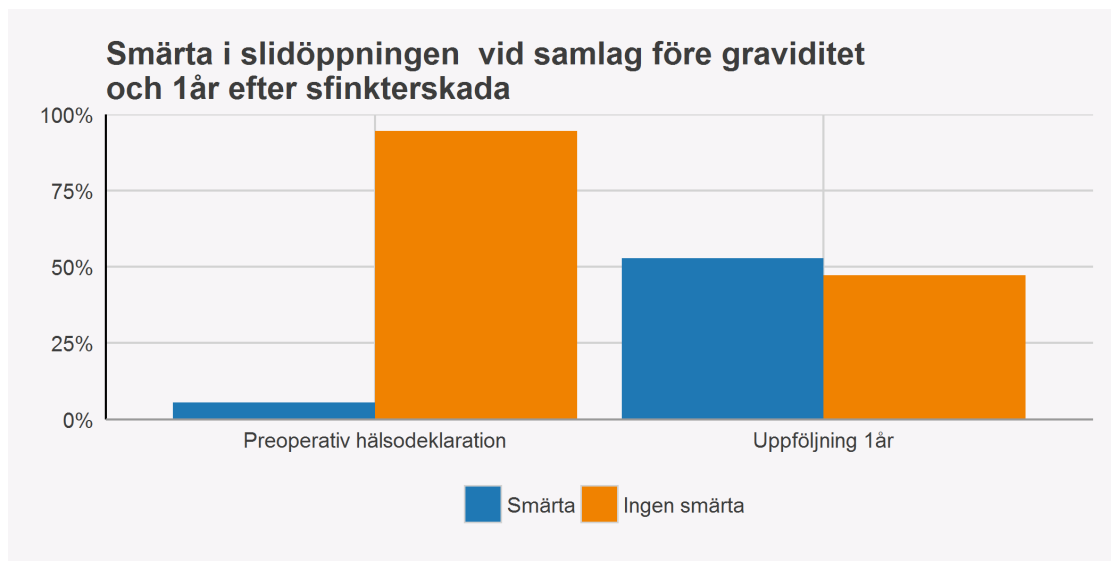
Samlagsbesvär

En studie från Linköping pekar mot att patienter med vestibulit/vaginism har en överrisk för större bristningar(3). Lindrig samlagssmärta är vanligare ett år efter bristning än innan. Vi kommer att fortsätta att analysera detta hos kvinnor med bristningar grad 2, 3 och jämföra komplikationsförekomst hos kvinnor med/utan samlagssmärta före förlossningen.

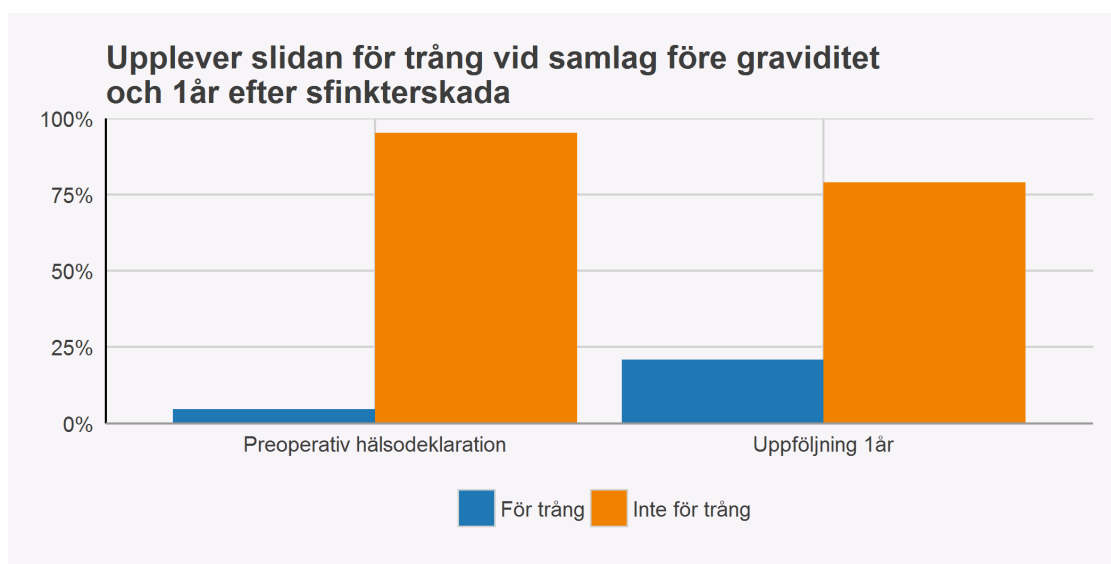
Alla patienter som finns i det första diagrammet är representerade i de efterföljande.



Figur 10. Grad av smärta vid samlag före graviditet och 1år efter sfinkterskada

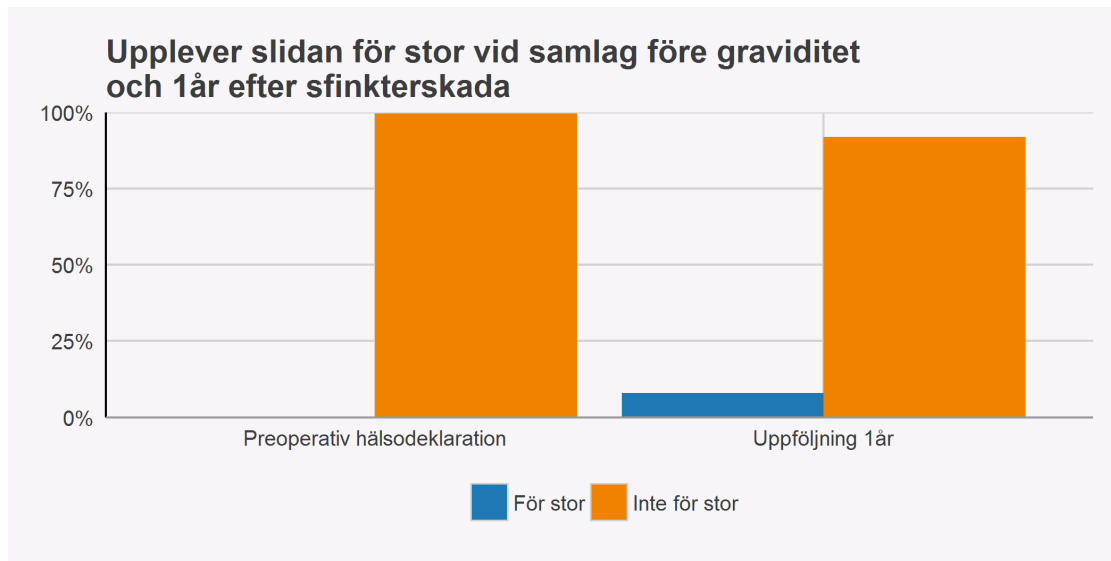


Figur 11. Smärta i slidöppningen vid samlag före graviditet och 1år efter sfinkterskada



Figur 12. Patienten upplever slidan för trång vid samlag före graviditet och 1år efter sfinkterskada

Att patienten upplever att slidan känns för trång kan ha att göra med ärrbildning eller stramhet. Vid suturering bör man vara vaksam på att inte suturera huden i perineum för högt utan stöd av underliggande muskelfästen.



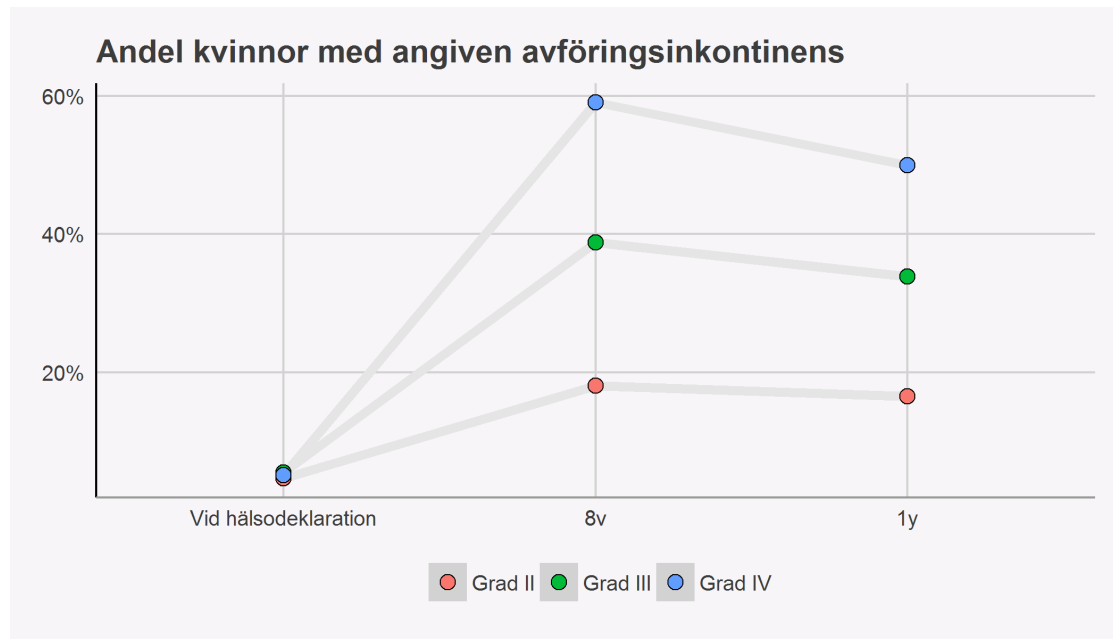
Figur 13. Upplever slidan för stor vid samlag före graviditet och 1år efter sfinkterskada

Något fler kvinnor anger trånghets känsla än vidhetskänsla i slidan samt andra besvär från slidöppningen ett år efter förlossning. Vi kommer att analysera vidare vilka faktorer som påverkar det utfallet. Kliniskt observerade orsaker kan vara levatorskada och/eller ofullständigt suturerad perinealkropp.

Kontinens, IBS

Urinläckage en gång i veckan eller oftare rapporteras av 2.1 % före graviditeten och av 17% 8 veckor efter förlossningen.

Svårighet att hålla gaser eller avföring beskrivs före graviditeten av 5.1% och 8 veckor efter sfinkterskada av 31.3%. Buksmärta före graviditeten uppgavs av 10.3%, vilket enligt Rom-kriterierna kan tyda på IBS.



Figur 14. Andel kvinnor som uppger inkontinens för gaser eller lös avföring efter bristning.

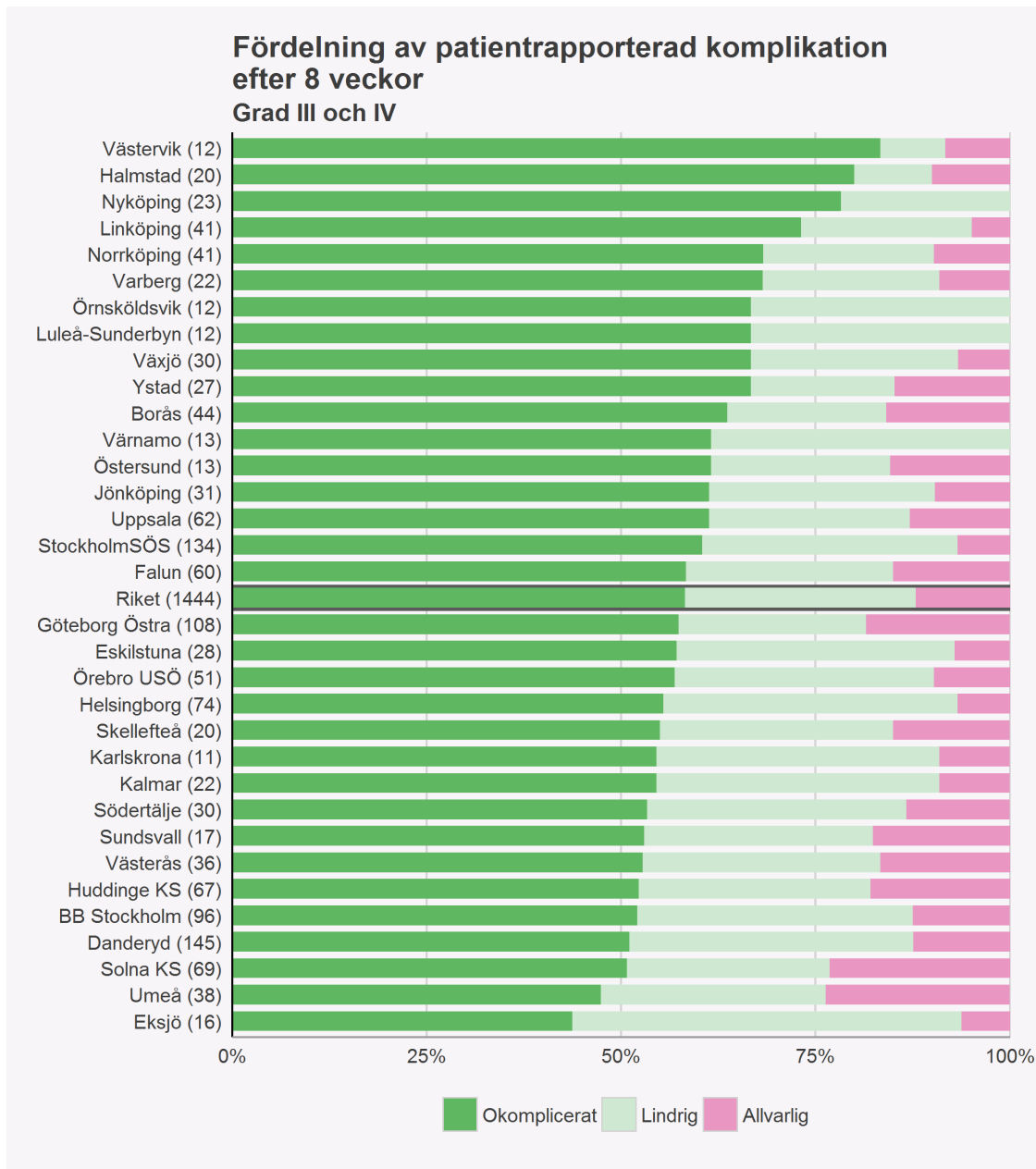
En påtagligt hög andel kvinnor uppger inkontinens för gaser eller avföring. Det behöver inte bero på en missad eller ofullständigt sydd bristning, men de stora skillnaderna mellan de olika bristningstyperna är påtagliga. Den vanligaste orsaken till oförmåga att hålla gaser är ofullständig tarmtömning. Det kan bero på att den bakre slidväggen förlorar en del av sin stabilitet efter förlossning, vilket kan aggraveras av förändrade tarmtömningsvanor i och med att man blivit mamma. Frågan kommer under de närmaste åren att ställas till alla kvinnor efter förlossning i graviditetsenkäten och det blir intressant att jämföra med talen hos kvinnor utan bristning eller kejsarsnittsförlösta.

Komplikationer

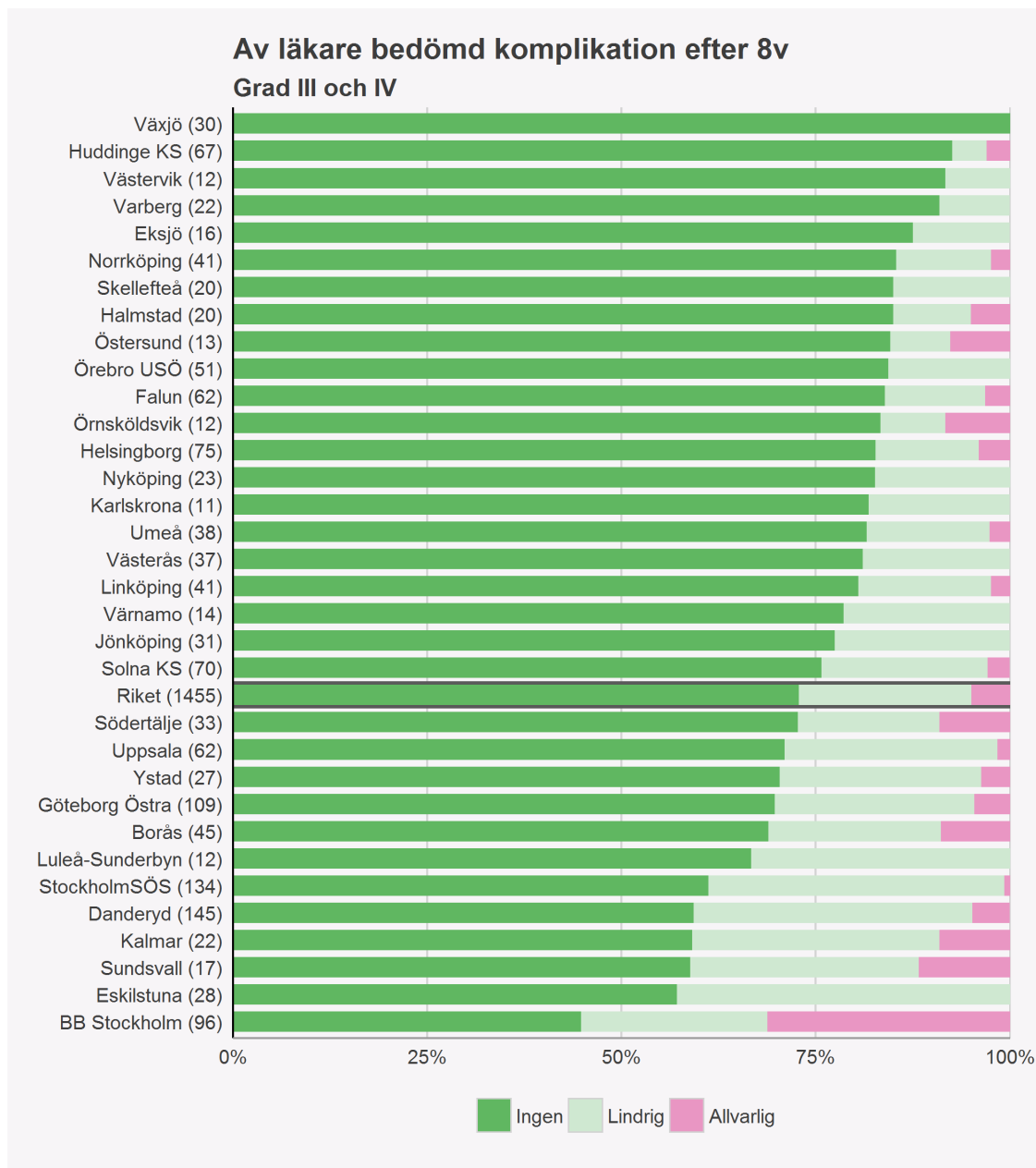
I detta avsnitt anges komplikationer för sfinkterskador.

Median tid för när patienten uppger återgång till normal aktivitet är 4 dagar, efter prolapsoperation är motsvarande siffra 2 dagar. Det aktualiserar frågan om vilka råd man ger om mobilisering och ev. sjukskrivning efter förlossning kontra efter prolapsoperation.

Endast 58.2% av kvinnorna upplever ett komplikationsfritt förlopp 8 veckor efter sin förlossningsbristning. Det kan jämföras med 65.7% efter prolapsoperation.



Figur 15. Fördelning av patientrapporterad komplikation efter 8 veckor.



Figur 16. Av läkare bedömd komplikation efter 8 veckor.

Gradering och livskvalitetspåverkan av avföringsläckage: Wexner score

Bland dem som har svarat på enkäterna vid 8 veckor och 1 år har patienterna angivit om de har svårigheter att hålla gas eller avföring. Om de har svarat "ja" på denna fråga har de erbjudits att gradera sig enligt Wexner score, ett verktyg för att bedöma hur uttalade besvär man har.

Bland alla de som svarat på enkäterna fördelar sig andelen som dessutom har graderat sig enligt Wexner enligt tabellen nedan.

Tabell 3 Andel patienter som graderat sina besvär enligt Wexner score.

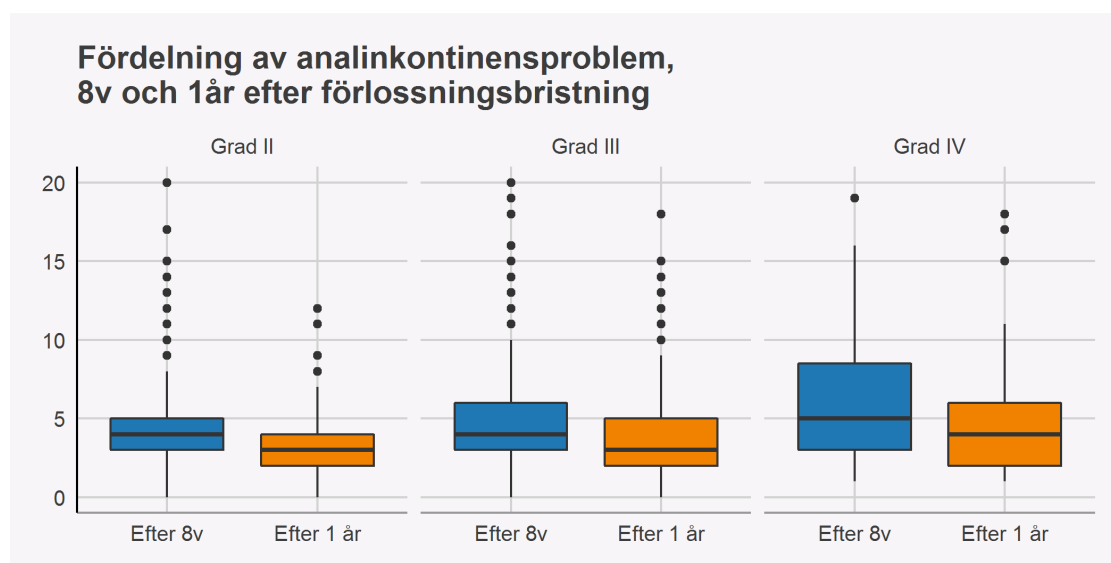
Enkät	Grad II	Grad III	Grad IV
8v	172/1010 (17.0%)	504/1363 (37.0%)	63/113 (55.8%)
1år	42/257 (16.3%)	345/1039 (33.2%)	54/110 (49.1%)

Tabell 4 Fördelningen av Wexner score för de olika bristningsgraderna vid enkäterna.

Grad av bristning	Enkät	minimum	q1	median	mean	q3	maximum
Grad II	8 veckor	0	3	4	4.52	5	20
Grad II	1 år	0	2	3	3.64	4	12
Grad III	8 veckor	0	3	4	4.82	6	20
Grad III	1 år	0	2	3	4.24	5	18
Grad IV	8 veckor	1	3	5	6.16	8	19
Grad IV	1 år	1	2	4	5.35	6	18

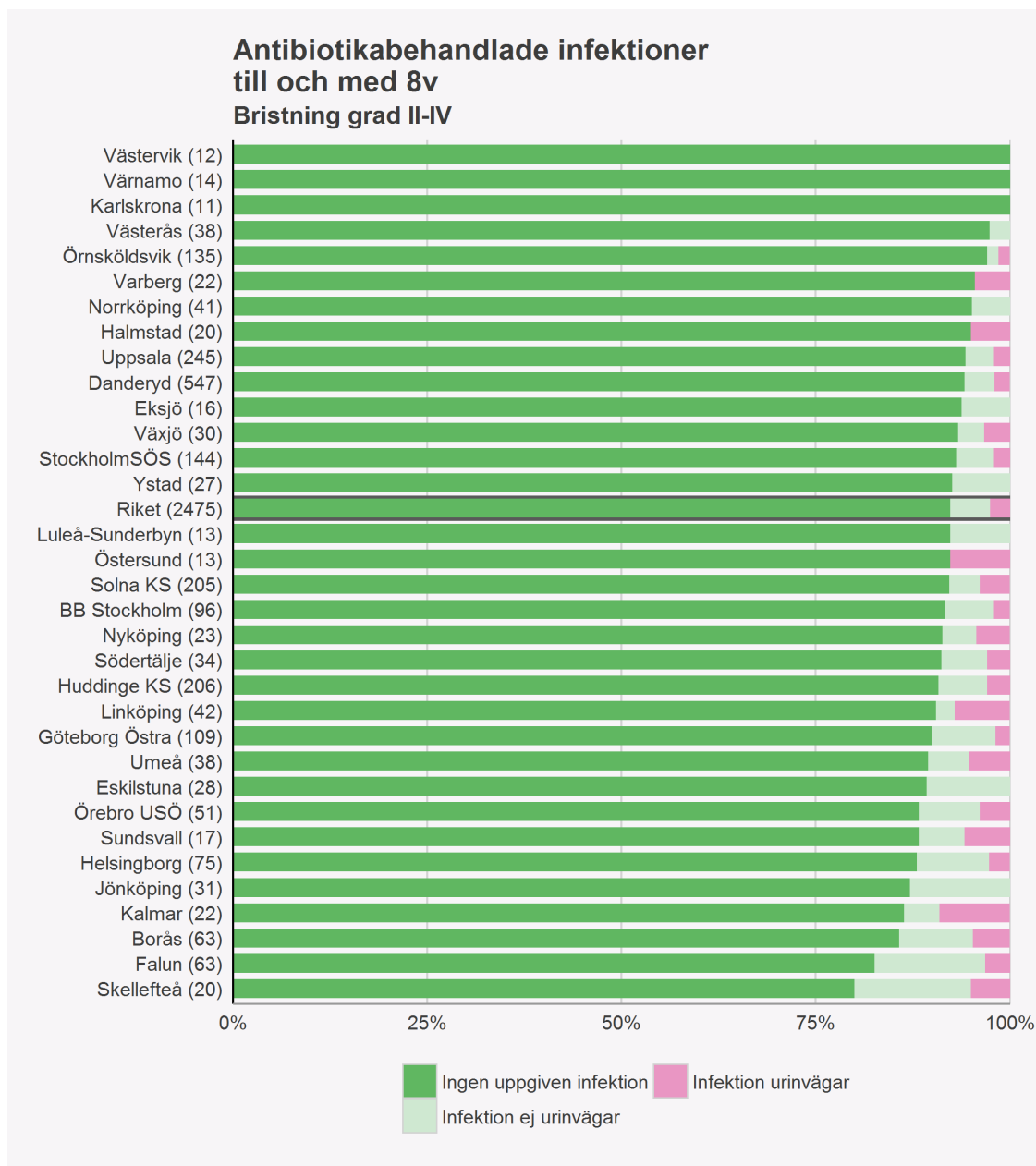
Enstaka patienter med olika typer av bristning hade höga poäng talande för uttalad fekal inkontinens och förhoppningsvis har dessa kvinnor fått tillgång till fortsatt utredning.

Wexner score är något högre och förekomsten av högre värden ökar med graden av bristning. Riktigt höga Wexner score förekommer i samtliga grupper, även grad 2. Bland dem med höga score kan det förstås finnas missade eller ofullständigt sydda sfinkterskador som behöver utredas vidare på specialistenheter för bäckenbottensskador.

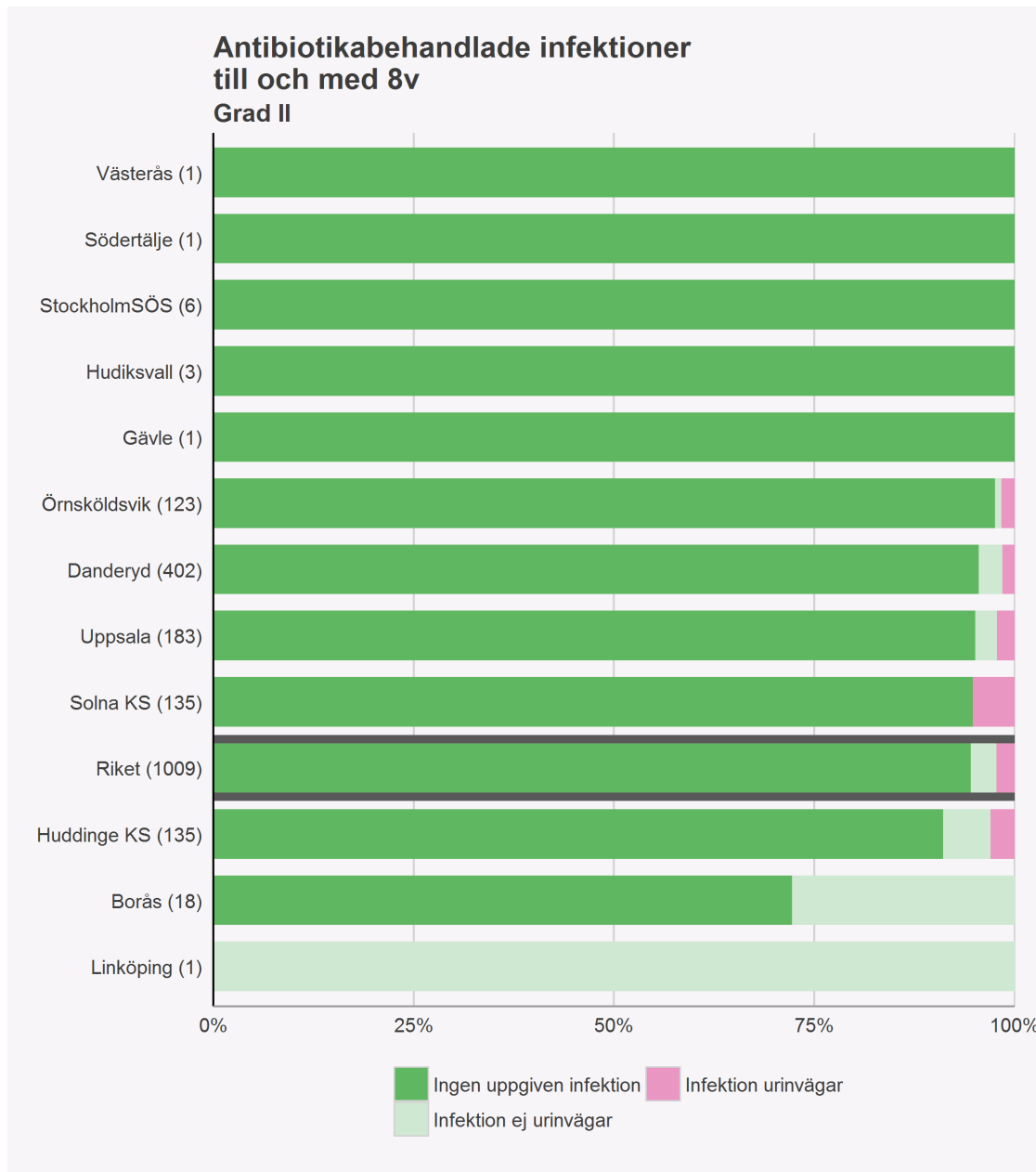


Figur 17. Fördelning av Wexner score, 8 veckor och 1 år efter förlossningsbristning grad 2, 3 och 4.

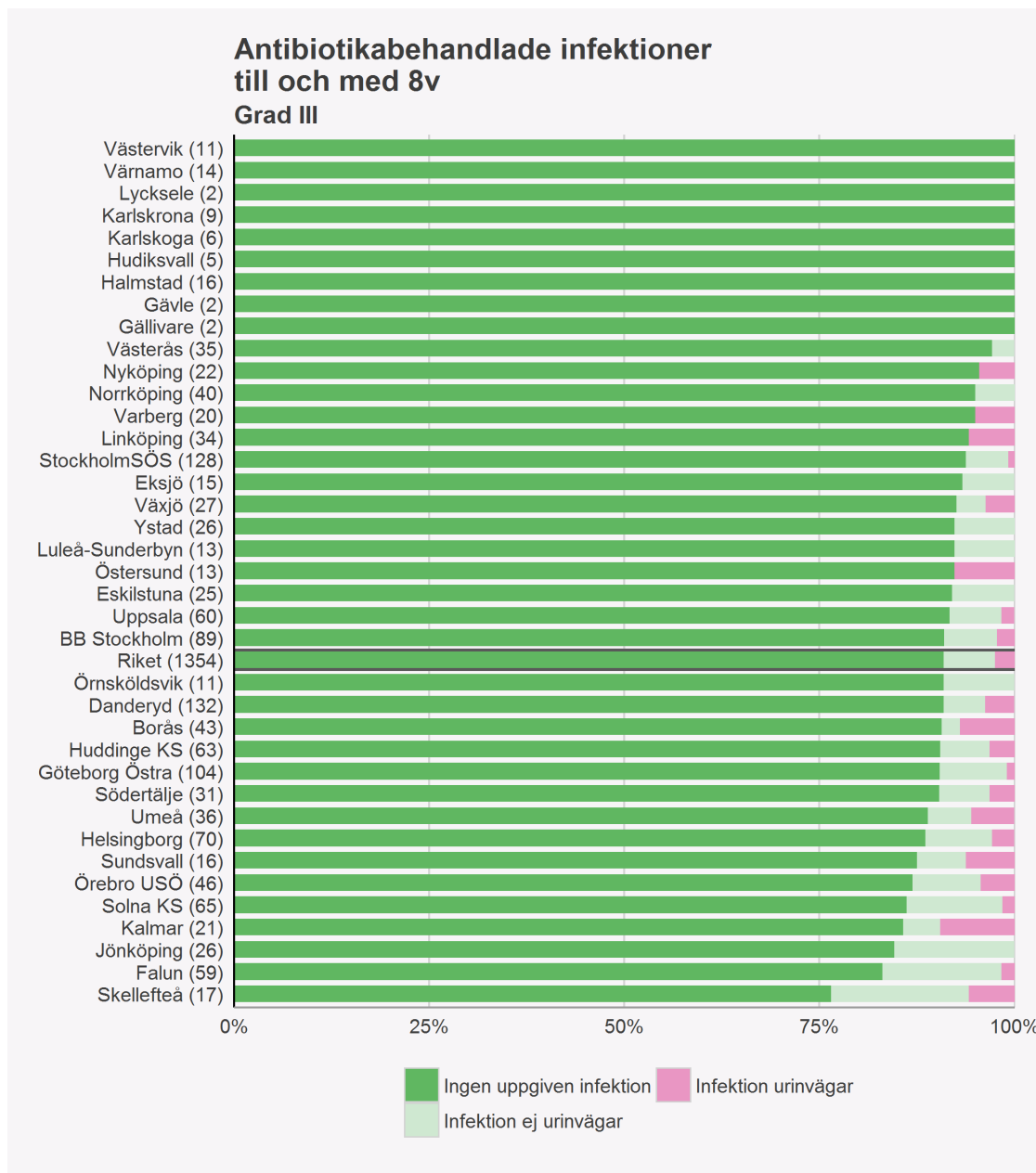
Infektioner



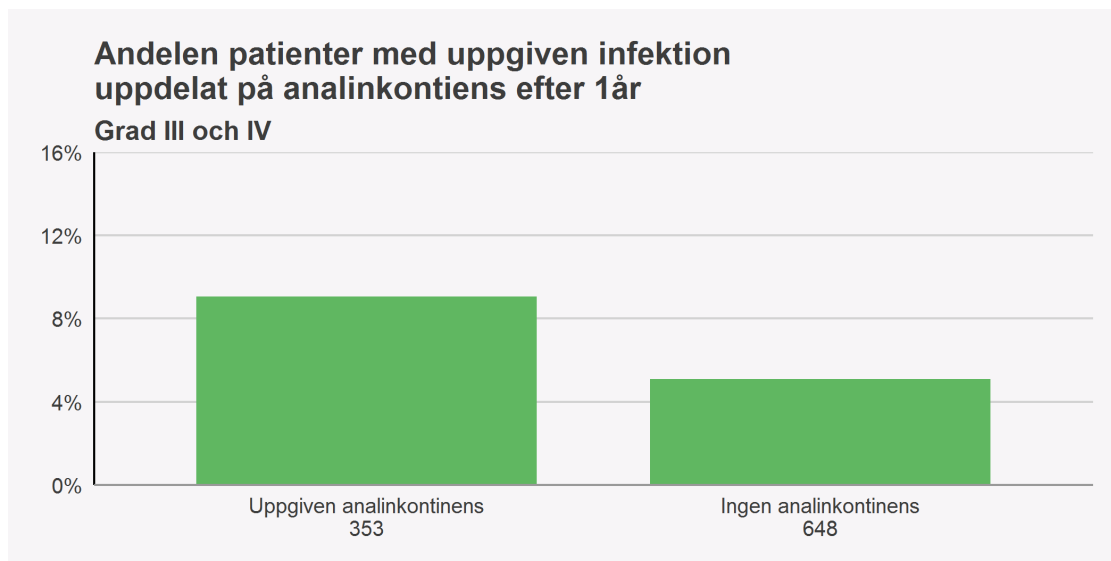
Figur 18. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8 veckor, alla bristningsgrader
Andelen infektioner är glädjande låg i riket i genomsnitt.



Figur 19. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8 veckor, grad II.



Figur 20. Antibiotikabehandlade infektioner till och med 8 veckor, grad III.



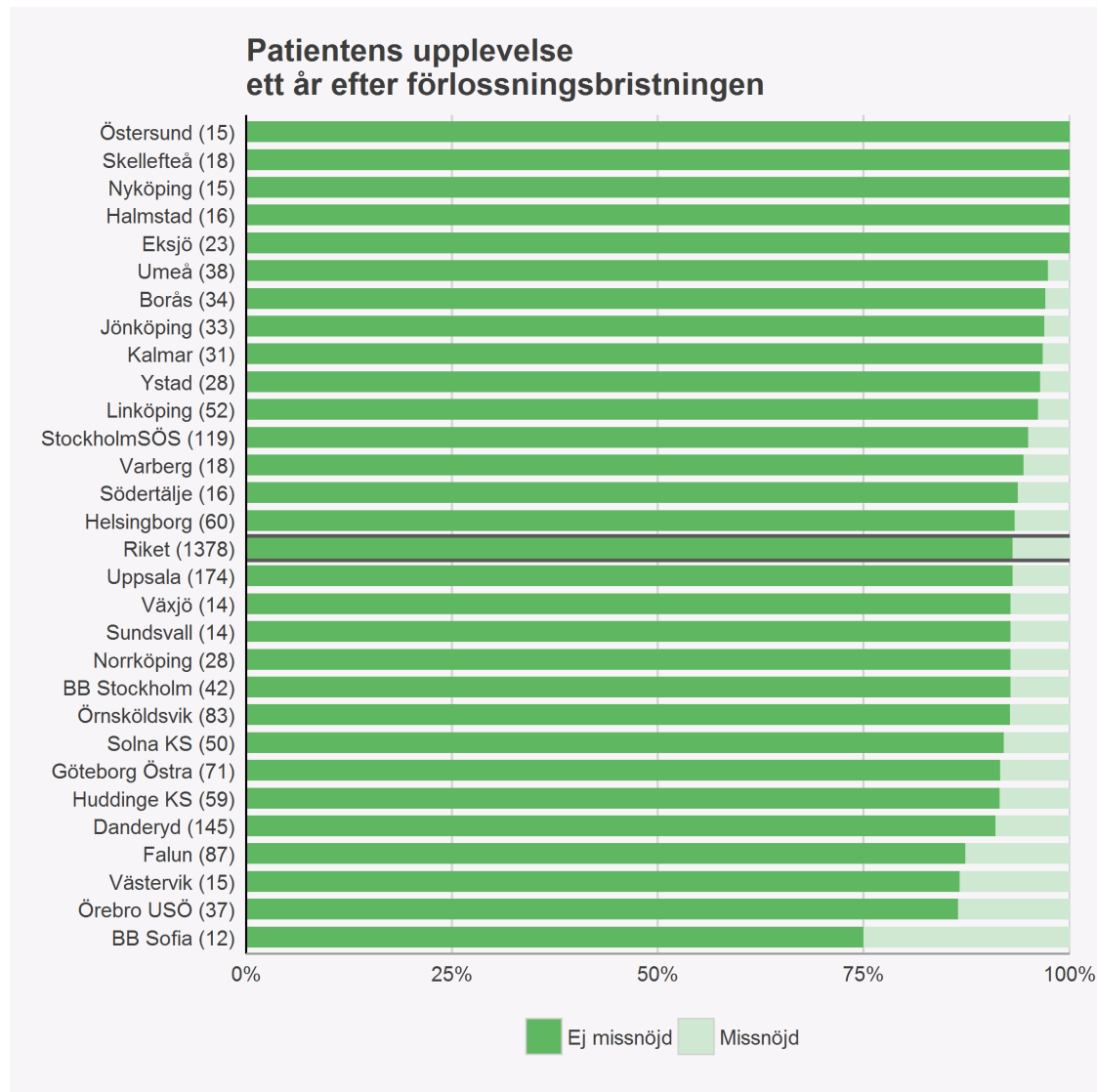
Figur 21. Andelen patienter med uppgiven infektion uppdelat på analinkontinens efter 1 år

En logistisk regressionsanalys visar att det är en signifikant högre risk för att få analinkontinens om man har haft en antibiotikabehandlad infektion efter bristning. (OR: 1.858 (95% CI: 1.119, 3.082); p: 0.016). Peroperativ antibiotikabehandling rekommenderas därför vid större bristningar(4)

Resultat efter ett år

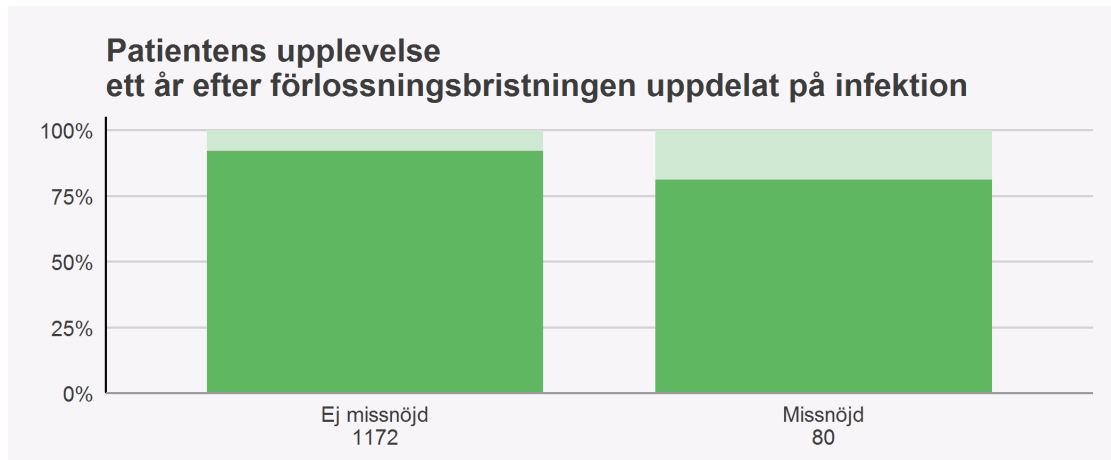
Av de patienter som opererades pga bristning år 2016 har 1406 svarat på 1-årsuppföljningen.

Patientens nöjdhet



Figur 22. Patientens upplevelse ett år efter förlossningsbristning grad III-IV (patienter opererade år 2016).

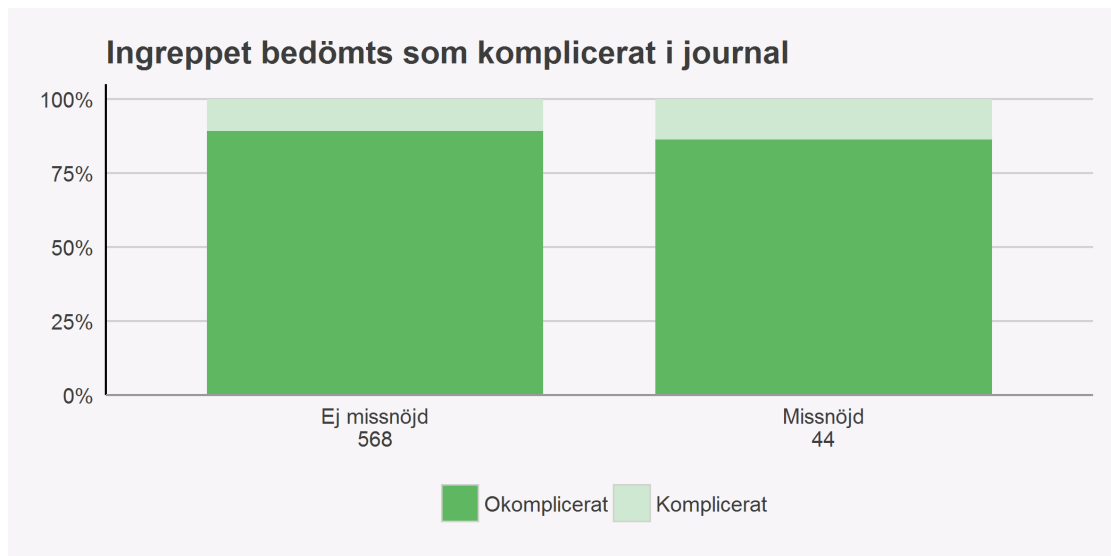
Infektion



Figur 23. Patientens upplevelse ett år efter förlossningsbristningen uppdelat på infektion (ljusgrön) och inte infektion (mörkgrön)

Något fler kvinnor som haft infektion uppgav sig vara missnöjd med upplevelsen ett år efter förlossningen.

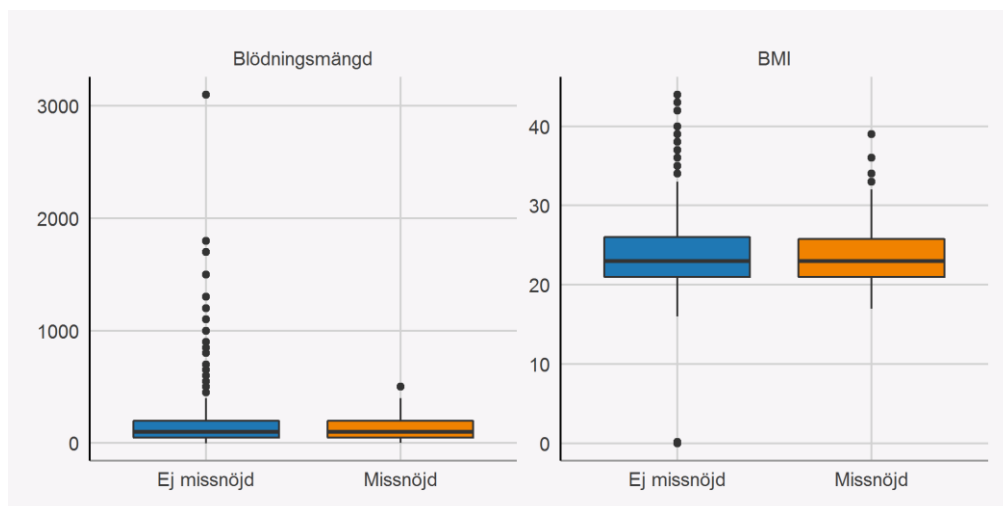
Komplicerat ingrepp



Figur 24. Ingreppet bedömts som komplicerat i journal.

Hur ingreppet bedömts vid operationen påverkade upplevelsen efter ett år marginellt.

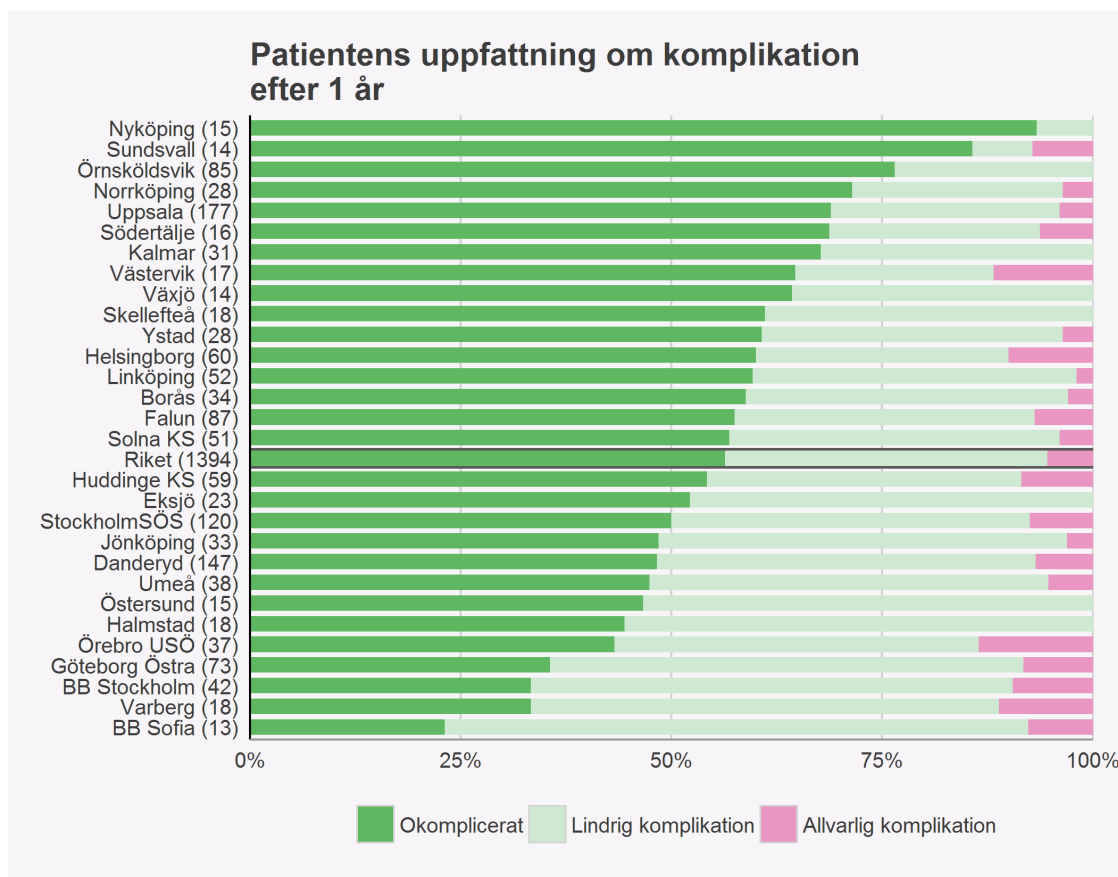
Blödning, BMI



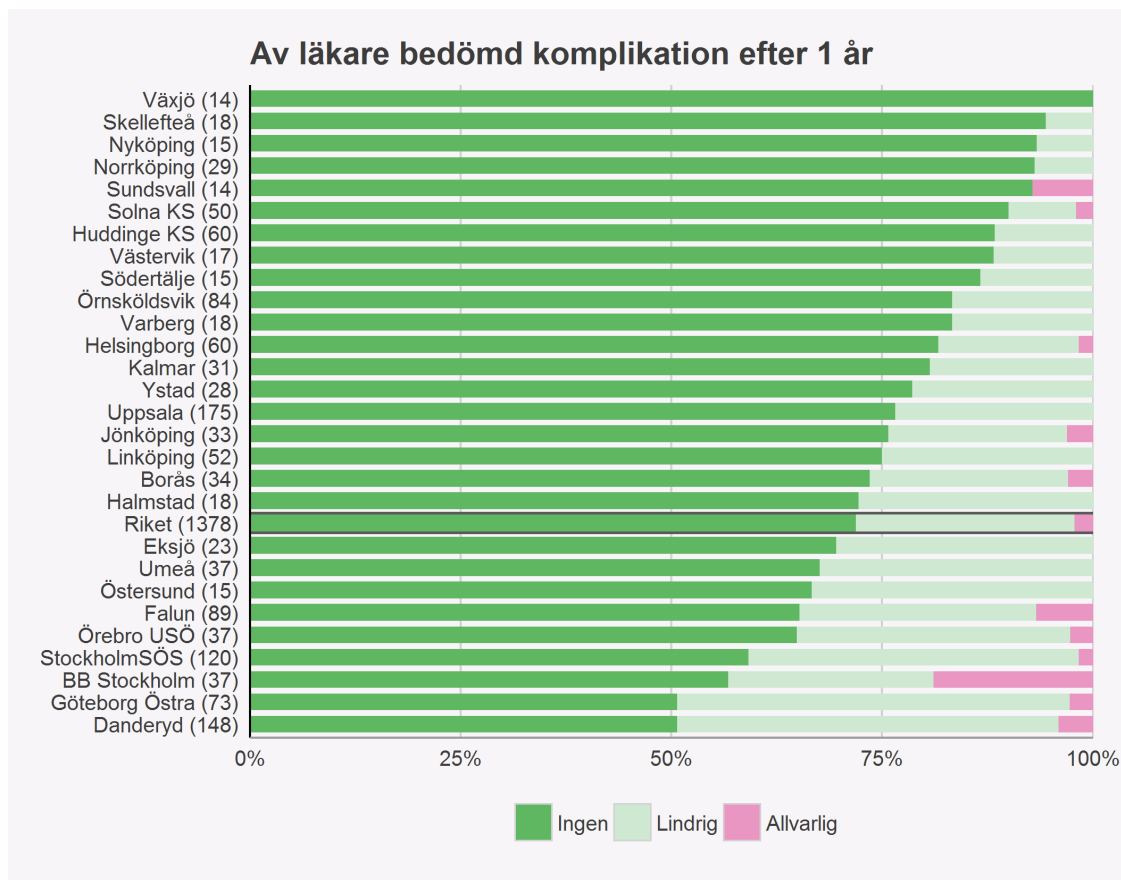
Figur 25. Nöjdhetsgrad grupperat efter blödningsmängd respektive BMI.

Blödningsmängd vid ingreppet eller BMI tycks inte inverka nämnvärt på nöjdhetsgraden.

Komplikationer



Figur 26. Patientens uppfattning om komplikation efter 1 år, grad III-IV.



Figur 27. Av läkare bedömd komplikation efter 1 år.

En stor bristning är i sig en komplikation efter förlossning. Det kan därför variera om kvinnorna svarar på om komplikationen är att de fått själva bristningen eller om man avser dess efterföljder. Läkarebedömd komplikation kan då vara mer specifik för att värdera resultatet av vården efter bristningen. Hur enkätsvar kan tolkas finns det för övrigt vägledning om i Backenbottenutbildning.se.

Referenser

1. Lindqvist M, Persson M, Nilsson M, Uustal E, Lindberg I. 'A worse nightmare than expected' - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery*. 2018;61:22-8.
2. Boggs EW, Berger H, Urquia M, McDermott CD. Recurrence of obstetric third-degree and fourth-degree anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol*. 2014;124(6):1128-34.
3. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG*. 2015;122(3):329-34.
4. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;10:CD005125.