



Oppfølging etter keisersnitt

Keisersnitt er en av de vanligste, store kirurgiske inngrepene som utføres i Norge. Likevel kan keisersnitt også føre til flere komplikasjoner, og kvinnene bruker ofte lenger tid til å komme tilbake til dagliglivet enn ved vaginal fødsel.



AV MATHILDE PILSKOG
FYSIOTERAPEUT

Det fødes over 50 000 barn hvert år og 16,1 % av disse fødslene skjer ved keisersnitt [1]. Ca 1/3 keisersnittfødsler er elektive, og 2/3 er enten hastekeisersnitt eller katastrofekeisersnitt. Kort fortalt utføres keisersnittet ved at fødselslegen lager et såkalt bikinisnitt på tvers av kvinnens mage, to fingerbredder

over symfysen [2]. Muskelfascien spaltes deretter på tvers og løftes fra musklene. Magemusklene deles langs midtlinjen, før bukhinnen åpnes. Et snitt legges på nederste delen av livmoren. Etter at babyen er forløst, syr de sammen lagene med selvpopløselig tråd. De fleste føder med epiduralanestesi og er dermed våken under forløsningen, men noen må likevel ha narkose. Den vanligste komplikasjonen etter inngrepet er infeksjon i såret og innvendig blødning i såret. Det er økt risiko for blodpropp sammenlig-

net med vaginal fødsel, og narkosen medfører også noe økt risiko for komplikasjoner.

Informasjon

Hele 1 av 3 keisersnitt er elektive, og disse kvinnene vil få en preoperativ samtale med fødselslege før inngrepet. De får derimot ikke samtale med fysioterapeut, på tross av at samtale og trening med fysioterapeut før inngrepet bedrer den postoperative tiden betraktelig [3]. Det vil bidra til å redusere postoperative smerter, redusere behovet for

mer smertestillende, redusere smerter ved retur til daglige aktiviteter og lengden på sykehusoppholdet. Dette kan være fint å ha i bakhodet om vi behandler pasienter som skal ha planlagt keisersnitt, sånn at vi da kan gi informasjon og tips til tiden rett etter fødsel.

Postoperativt

Smerte og redusert fysisk aktivitet er tett linket [4]. Som ved andre operasjoner, er det ønskelig at kvinnen blir mobilisert så raskt som mulig etter keisersnittet. En studie har vist at totalt 70 % av kvinnene hadde lav mobiliseringsgrad i løpet av første døgnet [5]. Dette er et mulig resultat av manglende smertelindring, da de i samme studie fant mangelfull smertelindring hos 68 % av pasientene. Kvinnen bør derfor få nok smertelindring til å kunne mobiliseres nok. Et godt tips er å bruke hostepute til å presse mot såret ved hosting, nysing og ved mobilisering ut av senga. En annen ting er informasjon – eller mangel på det.

De som blir informert om hva som skal skje, opplever ofte mer trygghet, noe som gjør det lettere å være fysisk aktiv.

En annen studie har vist at kvinner som mottok fysioterapi både i klinikk og med hjemmeøvelser hadde signifikant bedre utfall enn de som ikke mottok dette [6]. Fysioterapi i ettertid av et keisersnitt vil derfor kunne være med på å bedre barseltiden for kvinnen. I de første dagene har mobiliseringsøvelser, pustøvelser, lett kontraksjon av abdominal muskulatur og øvelser for holdning vist å gi smertelette i snittet og lette tarmfunksjonen. Videre har tiltak som trening og fysisk aktivitet så snart kvinnen er klar vært med på å redusere restitusjonstiden og få kvinnen raskere tilbake i tilnærmet lik fysisk funksjon som pre-operativt. Her er det riktignok viktig med gradvis opp trening, som etter annen skade.

Kvinner får dessverre ofte beskjed om at de kan gjøre det meste etter

seks uker. Kroppen bruker tid på å hele seg etter et svangerskap og etter en keisersnittfødsel. Det tar ett år før livmoren er bortimot fullstendig grodd. Derfor er også anbefalingen å vente ett år før et eventuelt nytt svangerskap. Etter et keisersnitt, har den abdominale fascien kun fått tilbake 50 % av den tensile styrken etter seks uker [7]. Etter 6-7 måneder, er den tensile styrken på 73-93 % av den originale styrken.

Arrvev

For noen kan arrvev bli rigid og stramt, spesielt etter flere keisersnitt. For disse kvinnene kan det være nyttig å lære bort bevegelsestrening for fremsiden, med fokus på å tøyne magen når de er klare for det. Mange har god effekt av arrmassasje, enten av fysioterapeut eller som egenøvelse hjemme. Forskningsmessig er det ennå omdiskutert hvilken effekt dette har. For mange representerer arret et traume – noe som har gått galt. De har ikke villet ta på området, og det



er ofte helt numment. I slike tilfeller er behandlingen vel så mye rettet mot å bli trygg på arret og akseptere arret.

Trening

Trening eller aktivitet i barseltiden er assosiert med reduksjon av fødselsdepresjon og angst, og det bedrer humøret og øker kondisjonen [8]. Det er klart at det å få kvinnen i aktivitet bør være høyt prioritert. Likevel har vi ingen spesifikke retningslinjer når det kommer til trening etter et keisersnitt. Hvis en ser på retningslinjene etter en laparotomi, er retningslinjene etter 6-8 uker: Forflytning via sideleie (også ved lite smerter), unngå sit-ups øvelser, unngå tunge løft der du må ta i med hele kroppen, samt unngå brå/uforutsette bevegelser. Hvis du ser for deg en nybakt småbarnsmor, kan alt dette være vanskelig. Ofte har kvinnen andre barn som må løftes, en unge som faller og man må løpe til og bidra. For ikke å snakke om løft av bilstol eller ut og inn av seng. Fokus bør være på å støtte kvinnen til å bli sterk nok til å takle alt dette på best mulig måte.

Fokuset i starten bør være på å få kontakt med magemusklene via lett aktivisering, for eksempel i ryggliggende og firefotstående. Deretter progredierende øvelser for mage. Direkte og tyngre øvelser av de rette magemusklene bør vente til det er gått 12 uker. Kvinnen kan begynne å trene kondisjon ved å trille tur på flatt underlag. Oppoverbakker bør hun vente med til det har gått seks uker. Man kan starte med enkle øvelser som knebøy, tåhev og seteløft. Kvinnen kan begynne å introdusere bevegelsesøvelser for fremsiden ved seks uker postfødsel. Kondisjonstrening med lav belastning kan også introduseres ved samme tidspunkt. Man bør bygge gradvis opp til tyngre øvelser, som for eksempel markløft fra uke 6-8. For løping og spensttrening, varierer retningslinjene mellom 3-6 måneder. Som ved hele forløpet, gjelder det vurdere smerter og generell styrke før man øker belastningen.



Bekkenleddsmerter

I den store mor-barn-undersøkelsen, fant de at kvinner som fødte med planlagt keisersnitt hadde høyere forekomst av bekkenleddsmerter [9]. Ett år etter fødsel, var vedvarende smerter i bekkenleddene hyppigere ved keisersnitt (18 %) enn ved vaginal fødsel (10 %) [10]. Smertene var riktignok milde i begge gruppene.

Bekkenbunnen

Et positivt utfall av å føde med keisersnitt, er at det er redusert risiko for inkontinens og livmorprolaps sammenlignet med de som gjennomgår vaginal fødsel [11]. Det betyr ikke at disse kvinnene ikke kan få disse plagene, siden svangerskapet og hormoner også spiller inn. Trening av bekkenbunnen er uansett viktig.

Veien videre

Som de fleste artiklene nevner,

er det ikke nok studier til å kunne konkludere med retningslinjer for fysioterapi og trening etter et keisersnitt. Her er det et stort behov for mer forskning. Spesielt siden dette ikke «kun» er en fødsel eller «kun» en operasjon. Vi trenger flere studier som ser på effekten av oppfølging mot amming, fødselsdepresjoner og lignende.

Vi må endre fokus fra kun å tenke restriksjoner, til å fokusere mer på hva kvinnen faktisk kan gjøre. Samtidig som vi legger til rette for riktig restitusjon og belastning. Vi må forstå, støtte og trygge kvinnen i tiden etter fødsel. Dette vil kunne ha positiv innvirkning på om de klarer å opprettholde aktiviteten sin og treningen i et lengre perspektiv. Vi må begynne å behandle barselkvinner med samme oppmerksomhet som vi gjør med vanlige idrettsskader.

Se referanser/kilder side 36.