

# Rekonvalescens efter kejsersnit

Overlæge Heidi Sharif, læge Julie Glavind & professor Niels Uldbjerg

## STATUSARTIKEL

Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, Obstetrisk Klinik, og Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling

I 2007 blev der i Danmark udført 13.700 kejsersnit, hvilket svarer til næsten 22% af alle fødsler [1]. Knap halvdelen af disse kejsersnit var elektive.

I de senere år har man mange steder i Danmark accelereret det postoperative forløb efter kejsersnit.

Med tidlig mobilisering, standardiserede postoperative smerteregimer m.m. har det for elektive kejsersnit været muligt at forkorte indlæggelsestiden. Det er således vist, at det uden at gå ud over patient-sikkerhed, -tilfredshed og amme-forløb, er muligt at nedbringe indlæggelsestiden efter elektivt kejsersnit fra 5-8 dage til to dage for mere end 60% af patienterne ved systematisering af behandlingen og organisationen omkring det operative indgreb [2]. Præoperativ information og patientens forventninger til forløbet er også i den sammenhæng af stor betydning.

Det er dog vigtigt at huske, at en fødsel er en eksistentiel begivenhed, hvad enten den er vaginal eller abdominal. Den nybagte moder skal således bearbejde fødselsoplevelsen samt etablere amning og mor-barn-kontakt under omstændigheder, som sædvanligvis er præget af manglende søvn.

Rekonvalescensperioden efter kejsersnit er selvfølgelig præget af disse forhold, hvilket ikke må glemmes i den almindelige rationalisering af forløb i sundhedsvæsenet. Specielt førstegangsfødende skal ligesom vaginalt forløste kvinder have den relevante støtte til både at etablere amning og passe barnet. Til gengæld er der pga. barselsorlov ikke behov for hensyntagen til arbejdsmarkedet i form af sygemelding.

De informationer, som kejsersnitspatienter i dag modtager om det forventede postoperative forløb, varierer meget fra hospital til hospital og formodentlig også fra læge til læge. Det afspejles bl.a. i det forskelligartede informationsmateriale, som de enkelte hospitaler udleverer til patienterne. At de oplysninger, som patienterne modtager, er så varierende skyldes i høj grad den sparsomme evidens, der er på området. Formålet med denne statusartikel er derfor at opdatere den viden, der på nuværende tidspunkt forligger inden for området rekonvalescens efter kejsersnit.

Vi har valgt at fokusere på rekonvalescens efter elektivt kejsersnit, som generelt medfører lettere postoperative forløb end forløbet efter akutte kejsersnit. Patienter, som er forløst ved akut kejsersnit, er en meget heterogen gruppe, som ofte har gennem-

gået et langvarigt og anstrengende fødselsforløb med et mislykket forsøg på vaginal forløsning før kejsersnittet. Rekonvalescensperioden er således ikke sammenlignelig, hvilket *Bergholt et al* også viste i et dansk studie fra 1999, hvor de fandt, at der blandt patienter, der havde fået udført elektivt kejsersnit, kun var en komplikationshyppighed på 6,8% mod 14,5% blandt patienter, der havde fået udført akut kejsersnit.

## SMERTER

De fleste kejsersnitspatienter har morfikakrævende smerter i et halvt til to døgn, og mange anvender nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer (NSAID) eller paracetamol i yderligere et par døgn. Det er vigtigt at påbegynde NSAID/paracetamol på operationsstuen, idet morfinbehovet hermed nedsættes med 38% [3]. I danske opgørelser angiver 47% af kvinderne i et accelereret forløb *ingen, meget lette* eller *lette* smerter allerede på fjerde postoperative dag. Som praktiserende læge, der taler med disse kvinder regelmæssigt, er det dog værd at notere, at der beskrives generende sårsmarter efter tre måneder hos op til 8,8-18,6% af patienterne [4, 5]. Endelig beskrives kroniske smerter i sår eller mave (efter henholdsvis ti og 24 måneder) hos 4,4-5,9% dog uden signifikant forskel ved sammenligning med kvinder efter planlagt vaginal fødsel [4, 5].

Der er ingen restriktioner i brug af morfika i forhold til amning, selv om der er spor af morfika i modermælken. Amningen er i de første døgn efter fødslen så sparsomt etableret, at den dosis, som et nyfødt barn får, er så beskeden, at den er uden klinisk betydning.

## INFEKTION

Efter kejsersnit oplever 15% af kejsersnitspatienterne infektionskomplikationer. Infektionerne fordeler sig med 8% sårinfektion, hvoraf 2% må have foretaget sårspaltning, 2% endometritis, 3% urinvejsinfektion, og endelig får 3% diagnosticeret mastitis. 87% af disse infektioner diagnosticeres først efter udskrivelsen, og flertallet behandles i primærsektoren. Der er ikke holdepunkter for, at kvinderne henvender sig for sent med henblik på behandling af infektionskomplikationer, når disse opstår efter udskrivelsen.

Infektionshyppigheden nedsættes formodentlig

ved profylaktisk behandling med enten cefuroxim eller ampicillin som peroperativ enkeltdosis.

### GASTROINTESTINALT

Efter kejsersnit kan kvinden spise og drikke, når hun føler trang hertil. Mad og drikke inden for 6-8 timer efter kejsersnit fører til hurtigere tilbagevenden af tarmlyde, afkortet indlæggelsestid og tendens til reduceret abdominal distension [6]. Kvalme og opkast optræder oftest i det første døgn postoperativt, og kvalme forekommer hyppigere efter generel end efter regional anæstesi.

Man kan forvente at høre tarmlyde inden for 10-14 timer efter operationen, og flatus forekommer ofte inden for et døgn [6]. Første afføring forekommer i accelererede, ukomplicerede forløb sædvanligvis inden for tre døgn [7]. Der er intet til hinder for, at kvinden kan udskrives til hjemmet før flatusafgang og defækation, hvis hun i øvrigt er velbefindende.

### URININKONTINENS

Også efter kejsersnit kan der være urogynækologiske symptomer. Graviditet i sig selv er en stor risikofaktor for at udvikle urininkontinens, og omkring halvdelen af alle kvinder udvikler forbigående urininkontinens under graviditeten. Tre måneder efter et kejsersnit har 6-18% af kvinderne urininkontinens, og 7% har nyopstået inkontinens efter kejsersnittet [8].

Der er divergerende meninger om, hvorvidt et akut kejsersnit øger risikoen i forhold til et planlagt kejsersnit. I en større litteraturgennemgang fra 2007 anslås kejsersnit i forhold til vaginal fødsel at halvere risikoen for postpartum stressinkontinens fra 16-22% til 10% [9].

### TROMBOSEPROFLAKSE

Tromboemboliske komplikationer forekommer med en hyppighed på 0,7-0,8 pr. 1.000 graviditeter efter elektivt kejsersnit [10]. Dyb venetrombose udgør ca. to tredjedele af komplikationerne, og fatale udfald er uhyre sjældne.

Hyppigheden kan nedsættes ved behandling med lavmolekylære heparinderivater til kvinder med risikofaktorer for tromboemboliske komplikationer som et *body mass index* over 30 kg/m<sup>2</sup>, alder over 35 år og forventet postoperativ immobilisering. Profylaktisk behandling er dog kun sjældent indiceret ved elektivt kejsersnit. Den vigtigste profylaktiske faktor er formentlig tidlig mobilisering, gerne få timer efter kejsersnittet.

### AMNING

Sociokulturelle forhold som holdning til amning, tidligere erfaring med amning, ammevejledning og



### FAKTABOKS

#### Karakteristika for rekonvalescens efter ukompliceret elektivt sectio

Mave-tarm-funktionen normaliseres på 2-3 dage.

Mange ophører helt med smertestillende midler inden for en uge, men smerter i arret er til stede hos 9-18% efter tre måneder.

Træthed er uanset forløsningsmåde et symptom i op til et år efter fødslen.

Smerter og træthed kan således i nogle tilfælde være begrænsende faktorer for tidlig tilbagevenden til normal aktivitet efter sectio.

Der er ingen løfterestriktioner efter operationen, ud over at det ikke må give smerter.

Ligeledes må fysisk aktivitet genoptages med smerter som begrænsende faktor.

Der tilrådes en pause fra bilkørsel på 1-2 uger.

Amning påvirkes ikke af operationen, såfremt man sikrer tæt kontakt mellem mor og barn efter fødslen.

Der er i forhold til indgrebet ingen restriktioner for genoptagelse af seksuelt samliv.

længde af barselsorlov er af stor betydning for et vellykket ammeforløb. Ved kejsersnit er det derudover vigtigt, at man på fødestedet har procedurer, der sikrer tidlig hud-imod-hud-kontakt mellem mor og barn; om muligt allerede på operationsstuen.

Desuden bør adskillelse af mor og barn i »opvågningsforløbet« undgås, ligesom der skal gives samme støtte til amning, som der gives til vaginalt forløste mødre.

I en nyere dansk opgørelse fandt man, at i en gruppe på 100 kvinder, der havde fået udført planlagt kejsersnit, ammede 100% efter seks dage og 90% efter to måneder [7]. Dette er sammenligneligt med kvinder, der har født vaginalt.

### TRÆTHED

En fødsel og en barselsperiode har uanset fødselsmåde stor indflydelse på den nybagte moders følelse af træthed. I undersøgelser af *quality of life* har man fundet træthed som symptom hos 60-70% af kvinderne et år efter en fødsel. I relation til fødslen er specielt anæmi efter blodtab associeret til øget træthed i den første uge efter fødslen [11].

Der foreligger kun få sammenlignende undersøgelser af træthed i relation til forløsningsmåde. Der er dog en tendens til højere selvrapporteret træthed, øget fysisk udmattelse og mangel på søvn hos kvinder efter kejsersnit inden for de første 6-8 uger efter fødslen i forhold til kvinder, der er forløst ikkeinstrumentelt vaginalt [12].

Nybagt familie efter kejsersnit.



### SEXUALITET

Det er ret forskelligt, hvornår kvinder normalt genoptager samleje efter en fødsel, hvad enten det drejer sig om en vaginal fødsel eller et kejsersnit. Efter 5-6 uger har mellem 30-50% haft første samleje efter fødslen, og inden for et halvt år har 70-90% genoptaget samlivet – uafhængigt af om fødselen er vaginal eller ved kejsersnit [13]. De fleste undersøgelser har ikke fundet nogen association mellem seksuelle dysfunktioner som lubrikationsproblemer, manglende orgasme eller nedsat libido, mens associationen med dyspareuni er inkonsistent. I en enkelt undersøgelse har man fundet, at 40% havde dyspareuni efter kejsersnit i forhold til 26% efter vaginal forløsning uden perineale læsioner. Andre har fundet dyspareunihyp-pigheden ved kejsersnit sammenlignelig med den efter vaginal forløsning [14]. Der er ikke mistanke om, at samleje kan skade sårheling, blot det gennemføres inden for kvindens smertegrænse. For at nedsætte risikoen for infektion tilrådes det normalt at anvende kondom, så længe kvinden har blodigt udflåd.

### PATIENTTILFREDSHED OG DEPRESSION

Kvinder, der har fået foretaget elektivt kejsersnit, er generelt tilfredse med fødselsforløbet uanset indikationen for indgrebet. Således er det fundet, at op mod 70-80% af alle kvinder udtrykker tilfredshed med fødslen, og et tilsvarende antal kvinder ville vælge samme forløsningsmåde i en eventuel kommende graviditet [15]. Dette er sammenligneligt med den patienttilfredshed, man finder blandt kvinder, der har født vaginalt. Elektivt kejsersnit er således psykologisk veltolereret. Depression optræder fra få uger til flere måneder efter en fødsel. Omkring 10% er deprimerede tre måneder efter fødslen. Det er vigtigt, at egen læge og sundhedsplejerske er opmærksomme på dette forhold. Der findes ikke evidens for, at kejsersnit øger risikoen for post partum depression i forhold til vaginal fødsel [16].

### FYSISK AKTIVITET, LØFT OG BILKØRSEL

Ved en gennemgang af det skriftlige patientinformationsmateriale om forløbet efter kejsersnit, som udleveres på de obstetriske afdelinger, har vi fundet stor forskel på de anbefalede restriktioner for fysisk aktivitet. Der anbefales i danske og internationale materialer fra fire uger til otte ugers pause før genoptagelse af uindskrænket fysisk aktivitet [17] og med løftebegrænsninger varierende fra barnets vægt (3-4 kg) og op til ti kilos løft umiddelbart efter operationen. De forskelligartede rekommandationer afspejler den manglende evidens, der er på området, og er derfor formodentlig mere et udtryk for den enkelte læges personlige erfaringer og traditionen på den enkelte afdeling end et udtryk for reel viden. Anbefalingerne for begrænsninger i fysisk aktivitet er hovedsageligt begrundet i risikoen for en fascieruptur, hvilket dog erfaringsmæssigt kun meget sjældent forekommer efter kejsersnit med lavt tværsnit. Man må dog i mangel på evidens inden for rekonvalescens efter kejsersnit tage i betragtning, at disse patienter ikke er direkte sammenlignelige med patienter efter f.eks. mave-tarm-kirurgiske operationer, idet kejsersnitpatienterne ikke kun har gennemgået en operation, men også har været igennem en graviditet med deraf følgende belastning af bl.a. bækkenbunden. Genoptræning af bækkenbunden er således også af stor betydning for disse patienter – selv om de ikke har været igennem en vaginal fødsel.

Der er ikke grundlag for løftebegrænsninger ud over, at løft bør foregå inden for smertegrænsen. Kvinden vil således normalt kunne pusle og bære sit barn. Rekommandationen er således, at den eneste reelle begrænsning i fysiske aktivitet efter kejsersnit er smerter.

Kvinden kan føre bil, så snart hun er i stand til at håndtere katastrofeopbremsning. Det har ikke været muligt at identificere klare retningslinjer, men det skønnes, at de fleste vil være i stand hertil efter 1-2 uger. Man kan eksempelvis anbefale kvinden, at hun skal være i stand til at hoppe på et ben, inden hun kører bil.

**KORRESPONDANCE:** Heidi Sharif, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: heidi\_sharif@yahoo.dk

**ANTAGET:** 7. september 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

### LITTERATUR

1. [http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Download\\_sundhedsstatistik/Foedsler\\_fertilitetsbehandling\\_og\\_abort/foedsler1.aspx](http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Foedsler_fertilitetsbehandling_og_abort/foedsler1.aspx) (1. maj 2009).
2. Bulow-Lehnsby AL, Gronbeck L, Krebs L et al. Elektivt sektio-team – en organisatorisk nyskabelse. Ugeskr Læger 2006;168:4085-8.
3. Munishankar B, Fettes P, Moore C et al. A double-blind randomised controlled trial of paracetamol, diclofenac or the combination for pain relief after caesarean section. Int J Obstet Anesth 2008;17:9-14.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. JAMA 2002;287:1822-31.

5. Nikolajsen L, Sorensen HC, Jensen TS et al. Chronic pain following caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004;48:111-6.
6. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD003516.
7. Degn-Petersen B, Carlsen H, Weber T et al. Accelereret patientforløb efter sectio. *Ugeskr Læger* 2004;166:2254-8.
8. Nygaard I. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? *Semin Perinatol* 2006;30:267-71.
9. Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J et al. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? *Birth* 2007;34:228-37.
10. Macklon NS, Greer IA. Venous thromboembolic disease in obstetrics and gynaecology: the Scottish experience. *Scott Med J* 1996;41:83-6.
11. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG* 2000;107:1194-201.
12. Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:579-84.
13. Connolly A, Thorp J, Pahl L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:263-7.
14. Baksu B, Davas I, Agar E et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:401-6.
15. Schindl M, Birner P, Reingrabner M et al. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:834-40.
16. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med* 2006;68:321-30.
17. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Cesarean section. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013fullguideline.pdf>. (1. maj 2009).

## Rekonvalescens og sygemelding efter transuretral prostatektomi

Overlæge Bettina Nørby

Behandlingskrævende benign prostatahyperplasi (BPH) er hyppigt forekommende blandt ældre mænd [1]. Af årsrapporten fra den danske kvalitets-sikringsdatabase Probase fremgår det, at knap 3.500 mænd blev opereret for BPH i 2007 i Danmark [2]. Der anvendes i dag en række operative teknikker, men traditionel transuretral prostatektomi (TUR-P) (Figur 1) udgør fortsat cirka 60% af indgrebene, og med næsten 2.000 årlige operationer udgør TUR-P dermed et af de hyppigst udførte urologiske indgreb.

Rekonvalescensen efter TUR-P har været i centrum, såvel da TUR-P i løbet af 1970'erne og 1980'erne erstattede den åbne prostatektomi som standardindgreb for BPH [3, 4], som i de efterfølgende 20 år hvor en række nye indgreb kom på markedet med det formål at erstatte TUR-P [5]. Mange studier har fokuseret på per- og postoperative komplikationer, men der foreligger også data, der fokuserer på den »kompliktionsfrie« rekonvalescensperiode efter udskrivelsen [4, 6].

### RESULTATER

#### a) Restitutionsperiode

Vandladningssymptomer: De fleste patienter, der gennemgår TUR-P, opereres på grund af generende *lower urinary tract symptoms* (LUTS). Disse symptomer er reduceret betydeligt allerede efter en måned [7], men der er hos en del betydelige restsymptomer i den tidlige postoperative fase, og et stabilt resultat

opnås ofte først efter 3-6 måneder [5]. Det er således forventeligt, at manden har en del vandladningssymptomer i tiden efter operationen, og nogle vil måske næsten opleve dem forværret, da såkaldte fyldningssymptomer (f.eks. *urgency*, urgeinkontinens, hyppige vandladninger samt nykturi), der generelt er mere generende end de symptomer, der er relateret

### STATUSARTIKEL

Sygehus Lillebælt,  
Urologisk Afdeling

FIGUR 1

Transuretral prostatektomi.

