

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2 style="margin: 0;">Resuturering av labia, perineal rupturer grad 1-2 og episiotomi postpartum</h2>	
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 05.11.2023/05.11.2026	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fødeavdelingen	Versjon: 3.00	
Godkjenner: Kessler, Jørg	Prosedyre	
Dok. ansvarlig: Ferenc Macsali	Dok.id: D43318	

Formål

At rifter sydd etter vaginale fødsler heler anatomisk og funksjonelt tilfredsstillende. Dersom suturrekken går opp, eller er suboptimal etter primær suturering, kan resutur tilbys innenfor de første tre uker postpartum.

Resutur er kun indisert ved rupturer av muskulatur, eller ved tilfeller hvor det vurderes at det blir betydelige anatomiske forandringer etter tilheling

Pasientgruppe

Kvinner som har født vaginalt og fått suturert en rift av labia, i perineum (grad 1-2) eller episiotomi.

Tilsyn og vurdering av rifter ved Kvinneklinikken HUS

I forbindelse med besøk i Barselspoliklinikken bør alle kvinner som er blitt suturert i forbindelse med fødselen spørres om plager med riften, og tilbys inspeksjon og undersøkelse ved behov.

Klinisk undersøkelse

Suturering av labia, vulva og perineum vurderes i forhold til anatomisk korrekt samling av vevet, ødem, hematom og tegn på infeksjon. Pasienten må spørres om hun har symptomer på anal inkontinens.

Subcutant hematom er en oppfylning av blod i sårhulen. Symptomer oppstår som oftest 1 – 4 dager etter fødselen. Typisk er hevelse, misfarging, sekresjon og evt. smerte. Ved små subcutane oppfylninger uten tegn til infeksjon kan pasienten observeres. Dype hematomer kan av og til være tegn på misklassifikasjon av riften. Derfor bør pasienten inspiseres og undersøkes med rektal eksplorasjon for ev. å avdekke grad 3-4 perineal rupturer.

Symptomer på infeksjon oppstår vanligvis 4 - 7 dager etter operasjon. De klassiske tegn på akutt infeksjon er varme, smerte, rødme, hevelse og nedsatt funksjon. *Satus localis* i såret beskrives.

Ved mer alvorlig infeksjon har pasienten feber og eventuelt tegn på sepsis med tachycardi, hypotensjon og forhøyede infeksjonsprøver. Lege bør da tilkalles.

Undersøk *generell status* samt blodprøver (Hb, EVF, TPK, LPK, CRP, og evt. elektrolytter, kreatinin, blodkultur på indikasjon). Dyrkning fra såret før evt. oppstart med antibiotika.

Ved symptomer 1 – 2 døgn postoperativt, må ev. streptokokkinfeksjon mistenkes.

Nekrotiserene fasciitt er sjelden men krever rask behandling.

Ved mistanke om behov for resuturering eller suboptimal primærsutur konferer med erfaren jordmorkolleaga. Ved fortsatt tvil konfereres med erfaren lege.

Resutur og operatørkompetanse:

Resutur av labia, perinealrift grad 1-2 og episiotomi kan i den første uken postpartum foregå på Barselspoliklinikken i lokalbedøvelse ved erfaren jordmor eller lege. Det kan også gjøres på Fødeseksjonene hvor det er rett utstyr, gyn.benk og opr.lampe. Operatøren skal være en klinisk erfaren fagperson, som har særlig ekspertise innenfor suturering.

Resutur 8-21 dager postpartum tilbys ved erfaren lege på operasjonsavdelingen.

Smertelindring:

Det skal tilbys god smertelindring ved resutur, f.eks. infiltrationsanalgesi eller pudendusblokade. Dersom kvinnen ønsker det kan spinalbedøvelse tilbys. Alle kvinner bør få tilbud om ibuprofen 400 mgx3 eller diclofenac 50 mg x 3 i en uke postoperativt.

Antibiotika:

Antibiotika avhenger av om det samtidig er sårinfeksjon. Ved indikasjon for profylakse gis: Cefuroxim 1,5 g + Metronidazol 1 g..

Kirurgisk sårbehandling

Klargjøring av sår før resutur:

Fjern hudsuturer, helt eller delvis.

Drener puss, ta evt. bactus og skylle med rikelig NaCl fra kolbe. Bruk sterilt engangskateter for å skylle i lommer og hulrom.

Fjern nekrotisk vev og fibrin/granulasjonsvev kirurgisk (skarp skje/skalpell).

Hvis det er oppnådd heling av sårkanter resesceres vevet bort, slik at det oppnås friske, lett blødende sårflater.

Infiserte sår åpnes og dreneres. Ved overfladisk infeksjon og små prosedyrer kan dette gjøres på post/ poliklinisk. Ordiner smertelindring først. Bruk sterilt utstyr(utføres som en ren prosedyre).

Ved mistanke om dyp infeksjon eller behov for revisjon, utføres dette på operasjonsstuen.

La såret være åpent og la det lufttørke. Ved behov kan pasienten bruke Lactacyd bad, men saltvannskompresser bør unngås da disse kan tiltrekke seg tarmbakterier.

Suturmateriale:

Flettet, resorberbart suturmateriale anbefales generelt.

Til labia- og perinealrifter grad 1 samt hudsuturer anbefales normalt resorberbar tråd Vicryl™ 3-0.

Til perinealrifter med muskulatur involvert, dvs. grad 2 samt episiotomi anbefales normal resorberbar tråd, ex. Vicryl Plus™ 2-0 og Vicryl Plus™ 3-0.

Knuter knyttes med to båtsmannsknop svarende til fire slag: 1-1-1-1 eller 2-1-1-1.

Suturteknikk:

Der finnes ingen evidens for hvilken suturteknikk som bør foretrekkes ved resutur.

Sting settes generelt med max. 0,5 cm avstand og med fokus på at muskulatur og sårkantene adapteres så presist som mulig.

Sutur av labia og perineal hud kan være intrakutant / subkutant fortløpende eller transkutant med avbrutte sting. Sutur av muskulatur bør ved resutur være med enkeltsting (u-suturer eller madras-suturer).

Kontroll etter resutur:

Klinisk kontroll av resutur gjøres på Barselspoliklinikken 7-10 dager postoperativt. Man skal tilstrebe at operatøren tilser pasienten ved kontroll for at sikre faglig læring, samt kontinuitet.

Pasienten bør også spørres om lov til å dokumentere før og etter resutur med henblikk på dokumentasjon og undervisning blant fagpersoner.

Kvinnen bør også få informasjon vedr. behov bruk av glidekrem, Ovesterin krem, evt Xylocain salve når de skal ta opp seksuellaktivitet. Vagifem vaginaltabletter kan også vurderes.

Dersom det oppstår vulvodyni bør kvinnen anbefales desensitisering med lokalanestetika: Standard behandlingsprogram med Lidocain (Xylocain) 5 % salve lokalt i vestibulum; daglig (1-5 ganger) eller helst kveld med okklusjon over natten (kompress eller lignende). Ved erfart svie startes med gel 2 %. Anbefaler å avstå fra coitus (minske provokasjon) i åtte uker.

Smertehåndtering postoperativt:

Etter resutur bør pasienten oppfordres til smertelindring i form av is-bind og paracetamol 1 g x 3 og / eller ibuprofen 600 mg x 2 eller naproxen 500 mg x 2.

Kvinnen oppfordres til å bruke analgetika den første uken postoperativt.

Feedback og organisatorisk læring:

Det oppfordres til at den jordmor eller lege som har sydd pasienten primært, orienteres om at det er gjort resutur, og på hvilken indikasjon.

Dersom det er et gjentakende mønster med teknisk insuffisient suturering bør den ansatte i regi av avdelingen tilbys kurs i suturering.

Diagnoser og prosedyrekoder

Viser kodeskjema for innlagte obstetriske pasienter

- O 70.0 Perineal rift grad 1, inkl isolert rift i vulva
- O 70.1 Perinealrift grad 2
- O 70.2 Perinealrift grad 3
- O 70.3 Perinealrift grad 4

Prosedyrekode:

- MBC 30 Sutur av partiell ruptur av perineum (1 og 2)
- MBC 33 Sutur av totalruptur av perineum (3 og 4)
- MBC 10 Sutur av rift i vagina (når lege syr)
- MBC 20 Sutur av rift i vulva (når lege syr)
- MAX 00 Episiotomi

NB O 71.4 Obstetrisk høy vaginal rift (midtre eller øvre tredjedel) ekskluderer bruk av O 70.0 og 1.

Postpartum

- O 86.0 Infeksjon i sår etter obstetrisk inngrep
- O 90.1 Ruptur av obstetrisk sår i perineum
- O 90.2 Hematom i obstetriske sår

Prosedyrekode:

- MWA 00 Reoperasjon for sårruptur
- MWB 00 Reoperasjon for overfladisk infeksjon
- MWC 00 Reoperasjon for dyp infeksjon
- MWD 00 Reoperasjon for overfladisk blødning
- MWE 00 Reoperasjon for dyp blødning
- MBC 40 Tømming/revisjon av hematom i vulva/paravaginalt

Referanser:

[RM guideline om primær sutur af ruptur grad 1, 2 og episiotomi](#)

Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning.

DSOG Guideline 2011: <http://www.dsog.dk/hindsgavl/Sphincterruptur%20-%20Sidste%20I-%20Endelige%20guideline%20august%202011.pdf>

Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced wound (PREVIEW): protocol for a pilot and feasibility randomised controlled trial. [BMJ Open 2012;2:e001458 doi:10.1136/bmjopen-2012-001458](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001458)

1

2 Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. [Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 25;9:CD008977.](https://doi.org/10.1002/14651675.cd008977)

Referanse Vulvodyni kap i veilederen