

Resutureringsprojekt 2016-2020 5-års resultat

Sammanställning av Natalia Ödman
Överläkare, Kvinnoklinik
SÄS Borås

Stort tack till

- Barnmorskor på BB som drar största "lasset" med daglig bedömning/diagnostik.
- Barnmorskor på Förlossningen för tålamod och ödmjukhet samt för er oändlig ambition att bli bästa inom primär suturering av perineala bristningar.
- Samtliga läkare på Kvinnokliniken SÄS för dagligt arbete med både diagnostik och resuturering.

Aktuellt läge år 2015
Varför stöter vi på såna bilder om vi syr
samtliga förlossningsbristningar primärt?

- Det finns definierade begrepp: förlossningsbristning och förlossningsskada.

SBU: **förlossningsbristningar** är sprickor och slitningar som uppstår inuti och utanpå vaginan och dess kringliggande muskulatur, hud och vävnader samt anala muskler i direkt anslutning till förlossningen. Bristningar uppstår vid de flesta förlossningar och läker i allmänhet väl.

Om bristningarna däremot inte har hittats och behandlats eller läker på ett inkorrekt sätt efter förlossningen definierar vi detta som en kvarstående **förlossningsskada**.

<https://www.sbu.se/323?pub=50196>

Aktuellt läge år 2015

- Hade dessa perineum kunnat bli bra igen i framtiden?
- SBU: En felaktigt ställd eller missad diagnos och behandling efter en förlossningsbristning ökar livslångt risken för inkontinens, framfall och påverkan på samlivet.
- Kan felaktig läkning jämföras med felaktig behandling avseende resultat?
- <https://www.sbu.se/323?pub=50196>

Resutureringsprojekt på BB.

- MÅL:

1. Att identifiera perineala bristningar med inadekvat läkning och/eller felaktig anatomi.
2. Att åtgärda/resuturera så snart som möjligt, helst inom närmaste 1-2 veckor postpartum.

Genomförande och riktlinjer

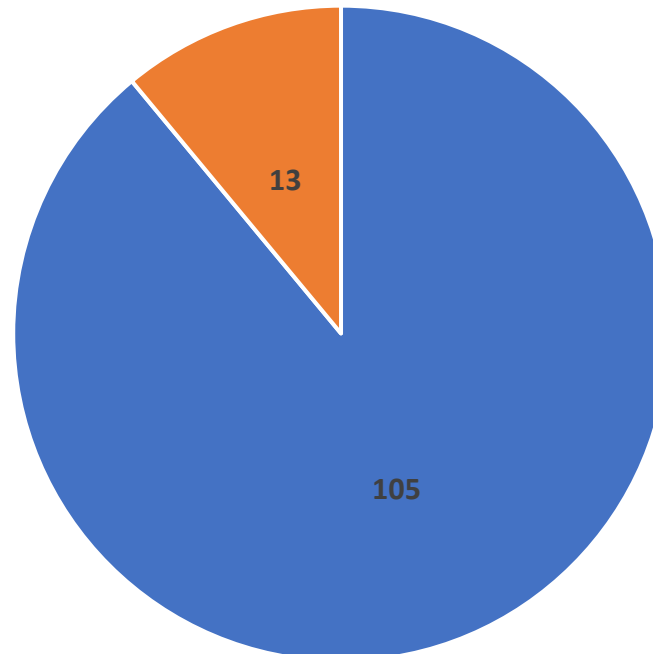
- Alla kvinnor på BB blir undersökta i underlivet vid utskrivning, dvs dag 2-3 eller tidigare vid smärta VAS >5.
- Alla kvinnor får info på BB om att söka omgående vid tilltagande smärta i perineum.
- Alla upphittade uppgångna suturer eller avvikande anatomi sutureras omgående/så snart som möjligt (inom några dagar efter man konstaterat behovet).
- Total avsaknad av knipfunktion runt vagina skall inge misstanke om fel anatomi.
- Läkarbedömning görs omgående om kvinnan är faecesinkontinent eller om knipfunktion PR saknas.
- Vid misstänkt infektion och behov av resuturering, skall pat för- och efterbehandlas med antibiotika.
- Perioperativ antibiotikaproylax rekommenderas om resuturering utförs på icke infekterad bristning.

5 år har gått

2016-2020 (mörka talet av "tappade/icke registrerade" men resuturerade patienter finns)

- 118 patienter som resuturerades mellan dag 1 och 24. Varav 109 st resuturerades inom 14 dagar.
- 105 patienter är obstetriska förstföderskor. 13 är omföderskor. Ca 89% respektive 11%.

Antal resutuerade patienter efter paritet

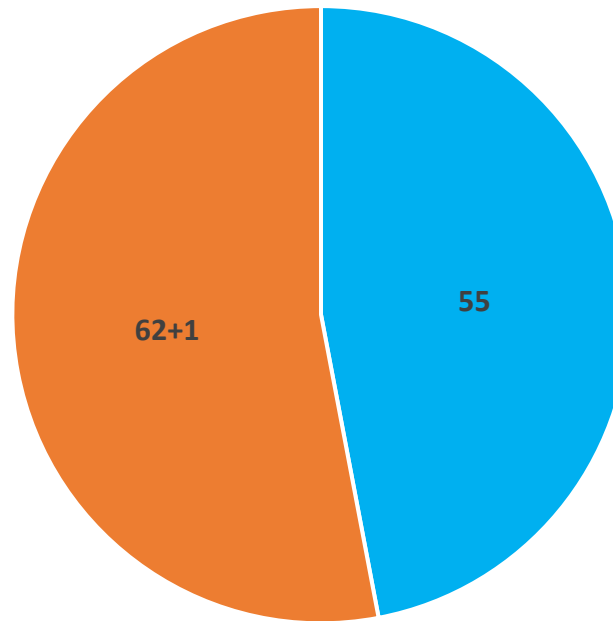


■ Förstföderska ■ Omföderska

Antal resuturerade patienter

- 62 patienter med POS (med och utan bristning) + 1 patient med klipp uppåt pga tidigare omskärelse. Ca 55,4%
- 55 patienter med bara bristning grad (utan POS) 1, 2, 3-4. ca 46,6% (Varav bristningar grad 3-4 = 4 fall, bristningar grad 2 = 32 fall, bristningar grad 1 = 19 fall)

Antal resuturerade patienter efter bristningsgrad

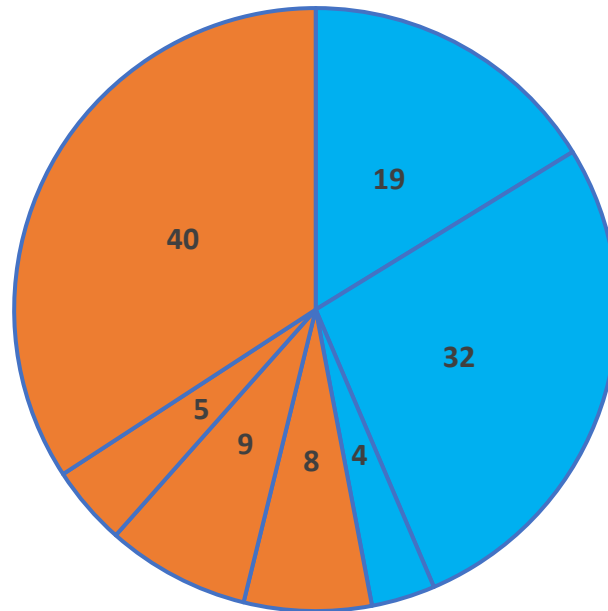


■ Utan POS (1,2,3-4) ■ Med POS (1,2,3-4)

5 års Resultat

- 62 patienter med POS (med och utan bristning) + 1 patient med klipp uppåt pga tidigare omskärelse. Ca 55,4% (varav med bristningar grad 3-4 = 5 fall, med bristningar grad 2 = 9 fall, med bristningar grad 1 = 8 fall, rena POS = 40 fall)
- 55 patienter med bara bristning grad (utan POS)1, 2, 3-4. ca 46,6% (Varav bristningar grad 3-4 = 4 fall, bristningar grad 2 = 32 fall, bristningar grad 1 = 19 fall)

Antal resuturerade patienter efter bristningsgrad



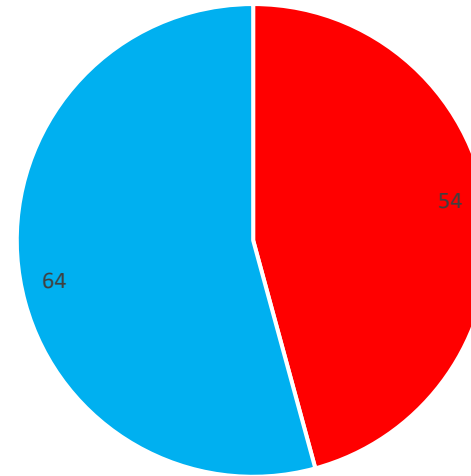
■ Utan POS 1 ■ Utan POS 2 ■ Utan POS 3-4 ■ Med POS 1 ■ Med POS 2 ■ Med POS 3-4 ■ POS

5 års Resultat

- Vi har haft 15319 förlossningar på 5 år på SÄS (2016-2020).
- Antal POS på SÄS på 5 år är 1328. 62 patienter av dem med uppgångna suturer.
- Det innebär att **ca 4.6% av samtliga POS** har gått upp och behövde resuturering.
- Endast statistisk ungefärlig uträkning av. hur många uppgångna suturer i relation till samtliga perineala bristningar (exklud. POS).
- Ca 77% är vaginala förlossningar, i absoluta talet är det 11795 vaginala förlossningar beräknad på SÄS förlossningstal. Av dem vaginala förlossningar ca 78% med bristningar grad 1 och 2 och 3,9-7,6% bristningar grad 3-4 (www.backenbottenutbildning.se). Således i procenttal är det ca 82% med samtliga bristningar, i absoluta talet är det ca/minst 9672 primärt suturerade kvinnor på SÄS under 5 år. Exakt antal bristningar grad 1 går ej att beräkna i nuläge (ingen diagnossättning utförs) och antal bristningar grad 2 registreras endast sedan år 2020.
- **Antal resuturerade patienter med bristningar (utan POS) 1,2 och 3-4 i vårt material är 55 fall, dvs ca 0,5% av samtliga primärt suturerade ca 9 672patienter, beräknad enligt ovan.**
- Slutsatsen är att förekomst av POS ökar risken för uppgångna suturer/resutureringsbehov ca 9-10 gånger (0,5% mot 4,6% med POS)?

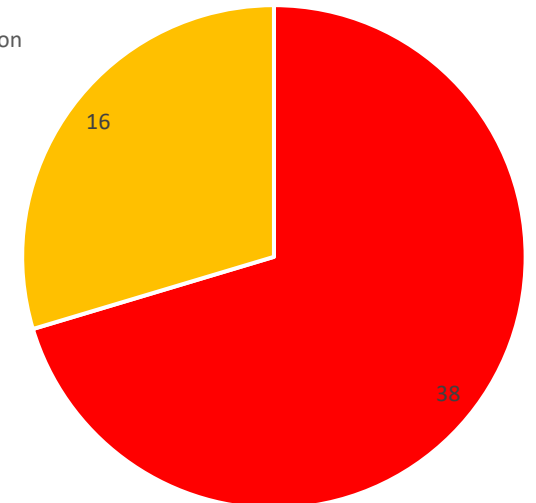
5 års Resultat

- Tecken på infektion i 54 fall av 118, dvs ca 46,6%.



■ med infektion ■ utan infektion

- 38 fall är infektion med POS, dvs 38 av 54, dvs ca 72,7%.
- 16 fall är infektion utan POS, dvs 16 av 54, dvs ca 27,3%.
- Varav 14 fall är bristning grad 2.



■ Med POS ■ Utan POS

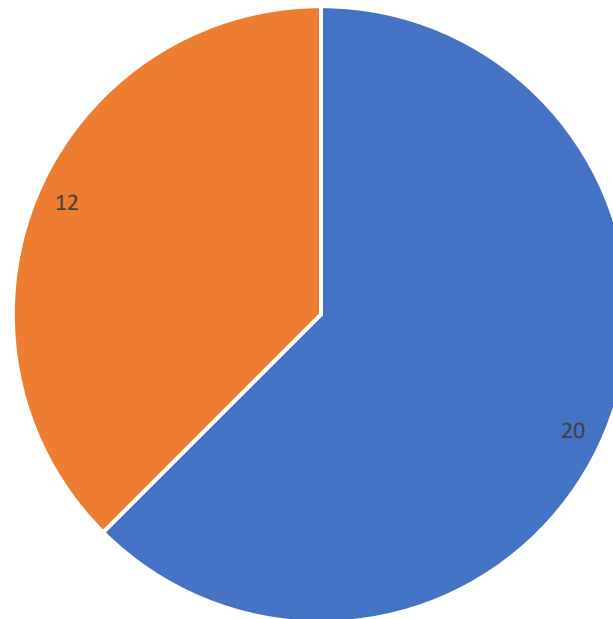
54 fall av 118 med infektion

Diagramrubrik



5 års Resultat

- 32 av 54 infekterade fall var odlade.
- Varav 20 fall är med olika slags Streptococker (GBS, dysgalactiae, alfa hemolyt. Bl.a. anginosus, Mitis,). Resten 12 fall är KNS, Staf. Aureus, Escherihia Colii, Enterobacter, gramnegativa stavar, dvs kan vara Escherihia, Enterobacter, osv).



■ Streptococker ■ Tarm- och hudflora ■ ■

Resultat

Ur anatomi, funktion och patientens nöjdhets perspektiv

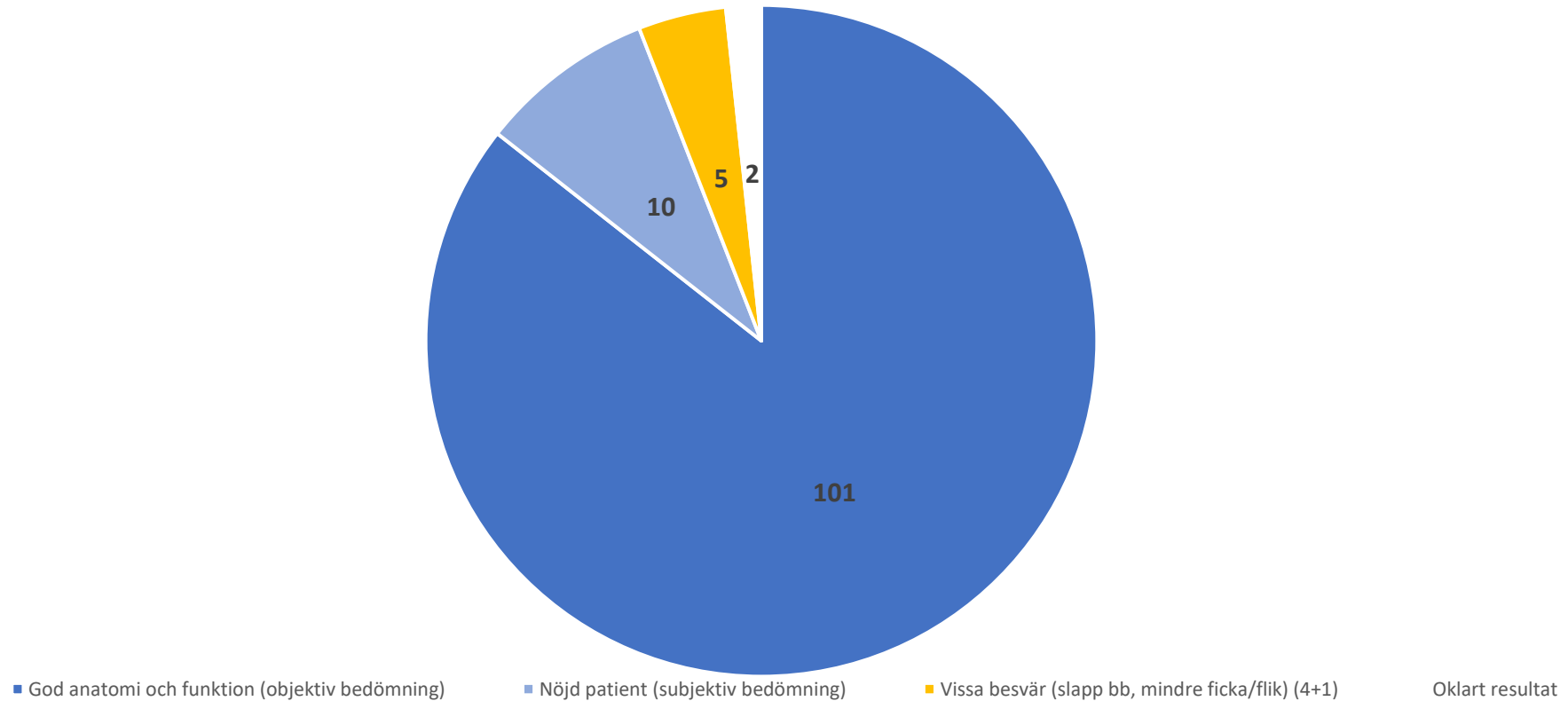
- Bedömdes via undersökning:
- På BB, gynmottagning, MVC. 101 pat bedömdes ha fått bra resultat (mindre obehagkänsla/stramkänsla, mindre granulationsvävnad/flik förekommit i enstaka fall).
- Via telefon eller MVC som självskattning dvs utan undersökning. 10 patienter som skattade sin bäckenbotten/underliv som bra efter resuturering.
- 4 patienter med "slapp bäckenbotten" bedömdes via MVC och 1 patient med mindre ficka i perineum (ej beskrivet närmare). Ingen av dem sökte vård för det hos oss på KK. 2 patienter utan uppgift om bäckenbotten på MVC.

Resultat

(Ur anatomi, funktion och patientens nöjdhets perspektiv)

111 patienter = ca 94%

Resutureringsresultat efter anatomi och funktion



Inträffade komplikationer under 5 år

- Ingen fistelbildning.
- Behov av resuturering vid 2 tillfällen. 10 fall med gemensamma drag av:
 - - samtliga är POS,
 - - sekundär förslutning utfördes under dag 3-9 (större glipor stängdes in),
 - - ingen sårdebridering har utförts,
 - - ingen ab-profylax har givits.
- Möjligen hade kunnat undvikas dessa fall/minskas i frekvens om det fanns ett gemensamt syn på handläggningen kring resutureringsteknik/principer.

1. <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=4569> Sårskador.

2. [antibiotikaprofylax.pdf \(sbu.se\)](#)

3. [Antibiotikaprofylax vid kirurgi - Internetmedicin](#)

4. <https://www.varhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/sarbehandling/behandling-och-rengoring/>

Under tiden projektet pågick

- Early secondary repair of labial tears, 1st and 2nd degree perineal lacerations and mediolateral episiotomies in a midwifery-led clinic. A retrospective evaluation of cases based on photo documentation.
- [Louise Monfeldt Schmidt](#)¹, [Sara Fevre Kindberg](#)², [Marianne Glavind-Kristensen](#)², [Karl Moller Bek](#)², [Ellen Aagaard Nohr](#)³

- **År 2018.** A retrospective analysis of 126 women undergoing an early secondary repair of birth lacerations not involving the sphincter complex within 21 days postpartum.
- Early secondary repair was performed by a specialised team of midwives in 94.4% and by doctors in 5.6% of the cases. In all, 72.2% were 2nd degree perineal lacerations.
- The most common indications for early secondary repair were wound dehiscence (55.3%) and suboptimal primary repair (34.1%).
- At the follow-up clinical examination seven days after the early secondary repair, the result was considered anatomically acceptable in **67.5%** of the cases, not optimal in 22.2% and not possible to evaluate in 10.3% of the cases. In 7.9% of the cases, wound infection was suspected after the early secondary repair.
- **Skillnader:**
 - - endast bristningsgrad grad 2 I dansk studie mot samtliga bristningsgrader + POS I vårt project
 - - ingen varken antibiotika profylax- eller behandling vid respective oinfekterade och infekterade sår I dansk studie.
 - - Ca var 3:e av resutureringspatienter utan tecken på infektion har fått perioperativ antibiotikapofylax/ab-behandling postop (20 pat av 64) i vårt "Resutureringsprojekt".
 - - 94,4% resutureras av barnmorskor I dansk studie mot att samtliga bristningar (om inte 1 gradbristning) resuturerades av läkare.

År 2020, mars
tidsskrift "Tech
Coloproctol"

- **Early secondary repair of obstetric anal sphincter injury: postoperative complications, long-term functional outcomes, and impact on quality of life**
- [M Barbosa](#)¹, [M Glavind-Kristensen](#)², [P Christensen](#)^{2, 3}
- **Conclusions:** An early secondary repair of the anal sphincter can be performed within 21 days of delivery with functional long-term outcomes comparable to those following a late sphincter repair. However, there is an imminent risk of complications, mainly fistulas, **which should be taken into consideration when choosing the ideal timing of the repair.**



Kunskapsläge 2021

- Epub 2021 May 15. **Early secondary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIs): experience and a review of the literature**

[Nicola Adanna Okeahialam](#)¹, [Ranee Thakar](#)^{1,2}, [Abdul H Sultan](#)^{3,4}

- **Introduction and hypothesis:** Secondary anal sphincter repair for a dehisced obstetric anal sphincter injury (OASI) is required following 2.6% of primary repairs. There is growing evidence that instead of delaying repair for 3-6 months, early secondary repair of the anal sphincter can be completed within 14 days. Our aims were to review the literature and to describe experiences in our unit.
- **Methods:** This is a narrative review of all published cases reporting outcomes of early secondary repair of dehisced OASIs. In addition, we report a series from Croydon University Hospital (CUH) between 2010 and 2019.
- **Results:** Ninety patients from five studies were identified on literature search. Six patients from CUH were included in the case series. Overall, the most common complications following secondary repair included skin dehiscence [10.3% (n = 10)], infection [5.2% (n = 5)] and fistula formation [8.2% (n = 8)]. In our case series, following secondary repair, normal manometric incremental squeeze pressure was found in five women (83%). Also, on endoanal ultrasound, internal anal sphincter (IAS) defects were found in 75% with a history of IAS injury (n = 4). There were no full-thickness external anal sphincter defects. Compared to those requiring primary repair alone, residual defects were significantly larger in those who also underwent secondary repair (Starck score 2.1 vs. 5.7, p = 0.01).
- **Conclusion:** Early secondary repair is a feasible surgical procedure for the reconstruction of dehisced OASIs. This case series and review of the literature can be used to support clinicians in the management of primary OASI repair dehiscence.



Kunskapsläge år 2021

- UpToDate 2021 MED 47 REFERENSER:
- https://www.uptodate.com/contents/repair-of-perineal-and-other-lacerations-associated-with-childbirth?search=repair-of-episiotomy-and-perineal-lacretaiions-associated-with-childbirth&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- ” Early versus delayed repair — Traditionally, secondary repair of episiotomy breakdown was deferred for a minimum of two to three months [37]. The purpose for delay was to allow sufficient time for revascularization of the wound edges and formation of scar tissue, which was thought to be of value during reanastomosis of the torn sphincter. However, few data support this approach and it commits the woman to an extended period of physical, social, and sexual disability because of continuous incontinence. Available evidence, although extremely limited and inconclusive, supports re-repair of both superficial and deep episiotomy dehiscence within the first two weeks following childbirth, which may result in a reduction in perineal pain during the healing process up to six months postdelivery and a reduction in dyspareunia [38].

Early repair of episiotomy breakdown has replaced the traditional approach and has overall success rates of 87 to 100 percent [39-44].”



UpToDate®

Lärdomar för oss på KK efter 5 år

- Vi vill fortsätta. Vi ser fördelar med tidig sekundär suturering.
- Vi är medvetna om att operationsteknik och operations principer är annorlunda jmf med primär suturering.
- Vi håller på och skapar resutureringssteam där uppdaterad kompetens ska vara samlad hos en barnmorske-läkargrupp.
- Vi blir bättre på att suturera primärt.
- Kvinnor känner sig omhändertagna och tacksamma.

Tack för uppmärksamheten
Frågor?

