

# Perineala bristningar samt perineotomi i tidig postpartum period

## Förändringar sedan föregående version

Korrigerig samt uppdatering av textens innehåll. Uppdaterad referensförteckning.

## Sammanfattning

Förlossningsbristningar är rupturer i vaginalvägg, perineum och omgivande vävnader, inklusive vaginal slemhinna, intill liggande fascia, muskulatur samt hud och muskulatur i perineala kroppen och anala sfinktrarna. Skadorna uppstår i direkt anslutning till vaginal förlossning. Bristningar klassificeras utifrån skadans omfattning i en fyrgradig skala. Grad 3 och 4 innefattar skador som engagerar analsfinktermuskulaturen och utgör de mest omfattande bristningarna.

Bristningar grad 1 och 2 förekommer vid majoriteten av vaginala förlossningar, mer sällan grad 3–4 och klipp (episiotomi). Samtliga sutureras i anslutning till förlossning och läker i de flesta fall utan komplikationer.

Om en bristning inte identifieras och behandlas korrekt, eller om läkningen sker med felaktigt anatomiskt resultat, definieras tillståndet som en kvarstående förlossningsskada (enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU).

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	1
Sammanfattning .....	1
Förutsättningar.....	2

Genomförande .....	3
Diagnos- och åtgärds-koder.....	4
Referensförteckning .....	5
Dokumentinformation .....	6
Bilaga 1.....	7
Läkningsfaser.....	8
Bedömningsmall enligt SIHAF.....	8
Bilaga 2 .....	10

## Förutsättningar

En felaktigt ställd eller missad diagnos och behandling efter en förlossningsbristning ökar livslångt risken för inkontinens, framfall och påverkan på samlivet. (<https://www.sbu.se/323?pub=50196>).

Studier inom läkning av suturerade perineala bristningar har påvisat att vissa bristningar inte läker som de skall och därför behöver särskilt omhändertagande (1–12).

Tidigt vidtagna åtgärder kan eliminera/minska risken för en kvarstående förlossningsskada. Orsaker till icke adekvat läkning av primärt suturerad förlossningsbristning är oftast:

- Sår som har för mycket eller för lite inflammation för att sår-läkningsprocessen skall fortskrida (infektion, inter-kurrenta sjukdomar som påverkar sår-läkning, exempelvis diabetes, systemiska sjukdomar, anemi) (2).
- Underdiagnostiserad skada (2, 8).
- Insufficient suturmaterial och/eller knytteteknik (8).
- Eventuellt vävnadsödem och/eller hematom är troligen en väsentlig riskfaktor (2, 13, 14).
- Smutsiga/kontaminerade/infekterade sår - endast rena sår läker! (13, 14)

Aktuell riktlinje innefattar beskrivning av rutiner kring omhändertagande av patienten med normal läkning samt även med inadekvat läkning av primärt suturerad perineal bristning.

## Genomförande

1. Det är viktigt med **adekvat smärtlindring** för patienter med samtliga **perineala bristningar men framför allt med bristningar grad 3–4 och klipp** (var god se läkemedelsmall i Melior). Patient med bristning grad 3–4 rekommenderas att stanna på BB för observation, smärtlindring samt initiering av uppföljningsrutiner enligt följande:  
  
Smärtlindring (paracetamol + ibuprofen i full dos) och obstipationsprofylax enligt ordinationsmall i läkemedels-smodul i Melior rekommenderas starkt.

Till patienter med komplicerad **bristning grad 2 eller perineotomi** bör samma smärtlindring erbjudas.

2. Muntlig och skriftlig information om perineal bristning grad 3–4 ges till patienten, samt etableras kontakt med fysioterapeut för uppföljning (PAB lägger patientens journalkopia till fysioterapeut samt till sekreterare för registrering i bristningsregister. Var god och se riktlinje ”Bristningsregister”).
3. Operatören förväntas ta ansvar att informera patienten om ingreppets innebörd oavsett bristningsgrad samt förhållningsråd postpartum.
4. **Samtliga primärt suturerade bristningar inspekteras** av PAB före utskrivning på BB enligt **Bilaga 1**.
5. Vid misstanke om **suturinsufficiens, felaktig anatomi** i perineum ska läkare kontaktas för bedömning samt ställnings-tagande till tidig sekundär suturering (TSS). **Bilaga 2**.
6. Om det gäller ineliggande patient, kontaktar PAB BB-läkare i första hand, förlossningsbakjour/förlossningsjour i andra hand, alternativ antenatal mottagningsläkare om utrymme finns på den mottagningen. ST-läkare förväntas konsultera överläkare/specialist-läkare.

7. Utskriven patient hänvisas/bokas till gynnottagning inom närmaste dagarna (till dagjour i första hand, med bedömning av gynbakjour förväntas).
8. Resuturering skall alltid utföras av överläkare/specialist med kunskap om resuturerings teknik enligt **bilaga 2**.
9. Vid misstanke om **infektion** kontaktas läkare för ställningstagande till såroddning och antibiotikabehandling. Vid **infektion** med korrekt anatomi (ej behov av resuturering):
  - Ta odling.
  - Ordinera per os antibiotika som förstahandsalternativ:  
Amoxicillin/klavulansyra (Bioclavid) + Metronidazol (Flagyl) i 7–10 dygn.  
Vid uttalad infektion kan intravenös behandling initieras med Piperacillin/tazobaktam (Tazocin) 4 g x 3 i 1–2 dygn därefter per os.

**Flukloxacillin (Heracillin) rekommenderas inte** på grund av för smalt antibakteriellt spektrum.

Infektionskonsult kontaktas vid behov.

## Diagnos- och åtgärds-koder

(Var god se även reoperationspärm.)

O86.0	Sårinfektion efter kejsarsnitt/perinealsutur
O90.1	Ruptur av perineotomi eller suturerad bristning
MWA00	Reoperation på grund av rupturerad perinealsutur
MWBoo	Reoperation på grund av infekterad perinealsutur
MWW	Andra reoperationer efter obstetriska ingrepp (förnyad suturering)

Op-kort MB Sutur av förlossningsskador C-op.

## Referensförteckning

1. SECONDARY REPAIR OF EPISIOTOMY BREAKDOWN. UpToDate 2026 [Repair of perineal lacerations associated with childbirth - UpToDate.](#)
2. Gynzone (2023). Lær om kompliceret healing af obstetriske læsioner. 7 kliniske cases med patienter. <https://my.gynzone.com/courses/49-resutur-grad-1>.
3. Nicola Adanna Okeahialam , Ka Woon Wong , Raneer Thakar , Abdul H Sultan. The incidence of wound complications following primary repair of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. PubMed Am J Obstet Gynecol. 2022.
4. Nicola Adanna Okeahialam , Raneer Thakar , Abdul H Sultan. The clinical progression and wound healing rate of dehisced perineal tears healing by secondary intention: A prospective observational study. PubMed Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022 Jul;274:191-196.
5. JWC. Birth-related wounds. S.15. Birth-related\_Wounds.pdf (ewma.org). 2020.
6. Early secondary repair of obstetric anal sphincter injury: postoperative complications, long-term functional outcomes, and impact on quality of life M. Barbosa1 · M. Glavind-Kristensen1 · P. Christensen1,2 Received: 19 March 2019 / Accepted: 30 December 2019 © Springer Nature Switzerland AG 2020.
7. Kathy Jones, Sara Webb, Margarita Manresa, Victoria Hodgets-Morton, R. Katie Morris. The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence. EJOG Published juni 01, 2019.
8. Schmidt, L M., Kindberg, S F., Glavind-Kristensen, M., Bek, K M. & Nohr, E A. (2018). Early Secondary repair of labial tears, 1st and 2nd degree perineal lacerations and medio-lateral episiotomies in a midwifery-led clinic. A retrospective evaluation of cases based on photo documentation. Sexual and reproductive Healthcare, 17, ss. 75-80. doi: 10.1016/j.srhc.2018.07.004.
9. Christina Lewicky-Gaupp 1, Alix Leader-Cramer, Lisa L Johnson, Kimberly Kenton, Dana R Gossett. Wound complications after obstetric anal sphincter injuries. Obstet Gynecol 2015 May;125(5):1088-1093. (3 gradbristningar: 20% infektioner, 25% uppgångna suturer).

10. Calvia, A., Natarajan, D., Denman, K., Kaur, K. Surgical site infection surveillance-perineal wounds 2015. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology - Volume 123, Issue 0, pp. 168 - published 2016-01-01. The reported prevalence of dehiscence in perineal tears ranges from 4% to 20%. The large variation may be explained by the lack of standardised definitions of postpartum perineal wound infection and dehiscence.
11. 1994. Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. [R Homsj](#)<sup>1</sup>, [N H Daikoku](#), [J Littlejohn](#), [C R Wheelless Jr](#).
12. År 1995. Early secondary repair of third- and fourth-degree perineal lacerations after outpatient wound preparation. [Arona AJ](#)<sup>1</sup>, [al-Marayati L](#), [Grimes DA](#), [Ballard CA](#).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7617365>
13. <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=4569>  
Sårskador.
14. <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/sarbehandling/behandling-och-rengoring/>.
15. [antibiotikaprofylax.pdf \(sbu.se\)](#).
16. [Antibiotikaprofylax vid kirurgi - Internetmedicin](#).
17. **Gynecologic surgery: Overview of preoperative evaluation and preparation. UpToDate 2026 [Gynecologic surgery: Overview of preoperative evaluation and preparation - UpToDate](#).**

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Natalia Ödman, överläkare, kvinnokliniken, SÄS, Borås

Antibiotikaval i samråd med Anders Lundqvist, överläkare,  
infektionsklinik SÄS, Borås

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, VO Kvinna och barn, SÄS, Borås

Nyckelord

Perineal bristning, perineotomi, insufficient läkning, suturering, suturmaterial, reoperation, resuturering

## Bilaga 1

### **Bedömningsmall för primärt suturerad perineal bristning**

*(Hjälpverktyg för läkare och barnmorskor.)*

#### **Övergripande bedömnings principer**

Vid bedömning av en primärt suturerad perineal bristning ska följande faktorer särskilt beaktas:

#### **1. Mikrobiologiska förhållanden**

Vagina och perineum är inte sterila områden utan koloniserar av en bred bakterieflora. Cirka 30 % av gravida kvinnor är vaginalt, urinvägs- och/eller rektalt koloniserade med grupp B-streptokocker (GBS).

Även andra streptokockgrupper förekommer. Normal tarmflora, såsom *Escherihia coli* och *Enterobacter*, finns i det perineala området och kan tillsammans med streptokocker orsaka aggressiva sårinfektioner.

Sårinfektion med streptokocker i perineum kan debutera redan dag tre postpartum (egen klinisk erfarenhet).

#### **2. Klinisk bild vid infektion**

Infektion i perineal bristning eller episiotomi kan ge uttalad lokal smärta utan allmänpåverkan. Feber är ovanligt även vid tydlig lokal infektionsbild i perineum eller vagina.

#### **3. Normal sårhäkning och avvikande förlopp**

Den största förändringen i sårets utseende sker under de första tre dyggen postpartum.

Vid normal läkning:

- Svullnaden minskar vanligen inom 1–2 dygn.
- Smärtan avtar successivt.
- Epitelialisering påbörjas tidigt.

Begynnande infektion ska misstänkas om:

- Svullnaden kvarstår dag 3–4.
- Smärtan inte minskar utan tilltar.
- Läkningförloppet i övrigt avviker från det förväntade.

## Läkningsfaser

- **Inflammationsfas** (0–2/3 dygn): svullnad och ömhet. Symtomen ska minska successivt.
- **Nybidlningsfas** (från dag 2 eller tidigare): epitelialisering, kärlbildning och granulationsvävnad utvecklas.
- **Mognadsfas** (från 1–3 veckor upp till >1 år): kollagenproduktion och ärrmognad.

## Bedömningsmall enligt SIHAF

*(Hjälpverktyg för BB-barnmorska.)*

### 1. Smärta

- Bedöm enligt VAS.
- VAS  $\geq 5$  trots adekvat smärtlindring är observandum och kräver klinisk undersökning.

### 2. Infektionstecken

- Svullnad ska normalt inte kvarstå efter dag 3 postpartum (observandum dag 4–5).
- Rodnad kring såret inger alltid misstanke om infektion.

### 3. Hematom

- Mindre ytliga hematom kan accepteras.
- Vid större och/eller buktande hematom ska läkare omgående tillkallas.

#### 4. Anatomi

Följande ska verifieras:

- Blygdläppar hela och korrekt positionerade.
- Perinealkropp 2–4 cm, med hymenplan och vestibulum i normal anatomisk relation. Om anatomin är korrekt återställd ska patienten kunna utföra ett svagt knip när bedövningen börjar avta. Knipstyrkan ska därefter successivt förbättras.
- Hudrynkor runt anus ska ha ett stjärnformat utseende.
- Om hudmönstret är utslätat eller liknar en ”gran” ska läkare bedöma patienten omgående/samma dygn.

#### 5. Funktion

- Oftast svag knipfunktion runt vagina och i perineum ska finnas. Total avsaknad av knipförmåga är observandum och kan tyda på felaktigt återställd anatomi. Läkarbedömning krävs för ställningstagande till eventuell resuturering, särskilt om skadan uppkommit vid aktuell förlossning.
- Rektal knipfunktion (PR) testas inte om hudmönstret runt anus är normalt och patienten uppger sig faeceskontinent.
- Patienten ska vara kontinent för urin och framför allt för faeces, förutsatt att ingen tidigare inkontinens föreligger eller att laxerande läkemedel inte överdoserats.  
Vid symtom på faeces **inkontinens ska läkare kontaktas.**
- Urininkontinens kan vara tecken på urinretention.

## Bilaga 2

### **Tidig sekundär suturering (TSS) i perineal bristning och antibiotikaval vid infektion eller för profylax inför TSS.**

#### **1. Indikation och målsättning**

- Målet med suturering av förlossningsbristning är att återställa normal anatomi och därigenom funktion i bäckenbotten.
- Korrekt återställd anatomi och efterföljande adekvat sårsläkning är därför avgörande.
- Vid misstanke om suturinsufficiens och/eller felaktig anatomi som kan påverka bäckenbottenfunktionen → tidig sekundär suturering (TSS) rekommenderas.

#### **2. Operationssår klassifikation (sedan 1960-talet)**

Operationer delas in i fyra kategorier:

- Rena ingrepp.  
Ingrepp i icke infekterad vävnad utan öppnande av organ med normalflora.  
**Perineal bristning** – även vid primär suturering – **tillhör aldrig** denna kategori.
- Rena–kontaminerade ingrepp.  
Ingrepp i icke infekterad vävnad där organ med normalflora öppnas utan kontaminerande spill.  
**Primär suturering** av perineal bristning (särskilt på förlossningsrum) tillhör denna kategori.
- Kontaminerade ingrepp.  
Ingrepp i akut inflammerad vävnad utan synligt pus eller öppna traumatiska sår.  
**Samtliga TSS utan kliniska tecken på infektion hör hemma här.**

**Observera: Övergången från kontaminerat till infekterat sår kan ske snabbt. Ett sår som bedömts kontaminerat 1–2 dagar före operation kan vara infekterat vid ingreppstillfället.**

- Orena/infekterade ingrepp.

Ingrepp i äldre traumatiska sår med devitaliserad vävnad, pågående infektion eller misstänkt tarmperforation.

**Vid dessa ges antibiotikabehandling – inte enbart profylax.**

### **3. Med tanke på klassifikationen ovan, är det viktigt med antibiotika-profylax vid TSS**

**Profylax vid TSS för rena kontaminerade sår (första 1–2 dygn)**

- Ges 30–60 minuter före operationsstart.
- Engångsdos rekommenderas.

Peroral profylax anses vara likvärdig intravenös och rekommenderas som förstahandsalternativ av praktiska skäl.

**Profylax vid TSS för kontaminerade sår** (ingrepp i akut inflammerad vävnad utan synligt pus, 3–14 dygn efter partus).

Per os (förstahandsval):

- Amoxicillin/klavulansyra (Bioclavid) 1 tablett x 3 ggr (dygn)
- Metronidazol (Flagyl) 1 tablett x 3 ggr/dygn i 1–2 dygn innan TSS.

Intravenöst alternativ:

- Piperacillin/tazobaktam (Tazocin) 4 g x 3 iv (minst 1 dygn).

**Behandling vid konstaterad eller misstänkt infektion och behov av TSS**

- Odlå alltid före antibiotikastart.
- Antibiotikabehandling ges per os eller intravenöst beroende på svårighetsgrad.
- Peroral behandling är förstahandsval.

### **Per os**

- Amoxicillin/klavulansyra (Bioclavid) + Metronidazol (Flagyl).
- Exempel: 3 dygn preoperativt och 5–7 dygn postoperativt vid infekterat sår.

### **Intravenöst (vid uttalad infektion)**

- Piperacillin/tazobaktam (Tazocin) 4 g x 3 i 3 dygn.
- Därefter peroral behandling 5–7 dygn.
- Infektionskonsult kontaktas vid behov.

## **4. Utförande av TSS**

Resuturering bör genomföras så snart som möjligt. Bäst resultat förväntas inom två veckor postpartum, men lyckade fall finns beskrivna upp till 21–25 dagar postpartum.

### **Operationstekniska principer vid TSS**

- Endast rena sår läker – allt devitaliserad material ska avlägsnas.
- Avlägsna alltid gammalt suturmaterial om såret är >1 dygn gammalt.
- Vid sår i läkningsfas 2 (>1 dygn): avlägsna epitelialiserad yta tills kapillär blödning uppstår.
- Vid läkningsfas 3: avlägsna hård och/eller nekrotisk vävnad.

### **Operationsmiljö**

- Omfattande bristningar (samtliga POS, djupa/komplicerade grad 2, samt grad 3–4) ska i första hand resutureras på centraloperation för tillgång till EDA.
- Undantag kan göras vid särskilda omständigheter (till exempel pandemi) då ingrepp kan utföras på gynmottagning med pudendusblockad i kombination med infiltrationsanestesi.

## **Adekvat smärtlindring**

Efter TSS är det viktigt med adekvat smärtlindring framför allt första 3–4 dyggen och får gärna inkludera NSAID som ger effekt även på inflammation och ödem. (Var god se läkemedelsmall för sfinkterruptur i Melior).

## **5. Dokumentation och uppföljning**

- Fotodokumentation på operationssal kan utföras med patientens samtycke, före och efter resuturering, främst i utbildningssyfte.
- Bilder lagras i e-arkiv enligt lokala rutiner.
- Kopia av operationsberättelse skickas till operatören som utfört primär suturering.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Kvinnoklinik

**Innehållsansvar:** Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

**Granskad av:** Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

**Godkänd av:** Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SAS9641-1173499273-136

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2026-06-25

**Giltig till:** 2028-06-24