

SBU KARTLÄGGER • RAPPORT 250/2016

Behandling av förlossnings- skador som uppkommit vid vaginal förlossning

En kartläggning av systematiska översikter

Rapportserie Denna rapport hör till serien SBU Kartlägger. Rapportserien baseras på systematiska litteraturgenomgångar av forskningsartiklar. Rapporten har utarbetats av en grupp sakkunniga inom ämnesområdet. De sakkunniga har bland annat preciserat frågeställningen, bedömt forskningens kvalitet och diskuterat de sammanvägda resultat som framkommit. Frågeställningen belyses ur ett etiskt perspektiv. Rapporten har granskats såväl internt inom SBU som av externa granskare inom området.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration	✓ Systematisk litteratursökning	✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
	✓ Relevansgranskning	✓ Patienter/brukare medverkat
	✓ Kvalitetsgranskning	✓ Etiska aspekter
	✓ Sammanvägning av resultat	✓ Ekonomiska aspekter
	✓ Evidensgradering gjord av SBU	✓ Samhälleliga perspektiv
	✓ Evidensgradering gjord externt	✓ Godkänd av SBU:s prioriterings- och kvalitetsgrupp
✓ Baseras på en systematisk litteraturöversikt	✓ Godkänd av SBU:s nämnd	
✓ Konsensusprocess		

Nyckelord Förlossning, Förlossningsskador, Sfinkterskador, Inkontinens, Bristningar

Utgiven April 2016

Giltighetstid Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat

Beställ Denna rapport (nr 250) kan beställas från Strömberg distribution.
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: sbu@strd.se

Produktion Grafisk produktion av Emma Österman, SBU. Tryckt av Elanders Sverige AB, Mölnlycke, 2016. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer UTV2015/273

Citera denna rapport SBU. Behandling av förlossningsskador som uppkommit efter vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU-rapport nr 250. ISBN 978-91-85413-93-5.

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	9
Syfte	9
2 Bakgrund	11
— Vad är en vetenskaplig kunskapslucka?	13
3 Metod för den systematiska kartläggningen	15
— Litteratursökning	16
— Urvalskriterier	17
— Avgränsningar	17
— Metodik för urval av systematiska översikter	17
— Metodik för bedömning av översiktens vetenskapliga kvalitet	18
4 Resultat	19
— Suturering av perinealskador och sfinkterrupturer	19
— Lindring av perineal smärta	20
5 Övervägande för forskning, policy och praktik	25
6 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd	27
Projektgrupp	27
— Sakkunniga	27
— SBU	27
Externa granskare	28
Bindningar och jäv	28
SBU:s vetenskapliga råd – Eira	28
SBU:s nämnd	29
7 Ordförklaringar och förkortningar	31
8 Referenser	33
Bilaga 1 Sökstrategier	tillgänglig på www.sbu.se/250
Bilaga 2 Tabeller över beskrivning av ingående systematiska översikter	tillgänglig på www.sbu.se/250
Bilaga 3 Exkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/250

Sammanfattning

Syfte

Syftet med detta regeringsuppdrag är att kartlägga systematiska översikter som utvärderar behandling av förlossningsskador hos kvinnan och att tydliggöra vilka vetenskapliga kunskapsluckor som fältet rymmer.

Vad tillför denna kartläggning?

Resultatet visar på att ett stort antal av de behandlingar som ges till kvinnor med förlossningsskador inte har vetenskapligt utvärderats i tillförlitliga systematiska översikter.

Bakgrund

Förlossningsskador hos mödrar till följd av vaginal förlossning är vanligt förekommande inom svensk förlossningsvård. Andelen förstföderskor som drabbas av bristningar Grad 3 och 4, så kallade sfinkterskador, varierar mellan 3,9 och 7,6 procent enligt statistik från Socialstyrelsen. Vaginala och perineala bristningar och andra skador på bäckenbotten hos kvinnor som föder vaginalt, kan orsaka lidande både på kort och lång sikt. Förutom smärta, kan förlossningsskador på bäckenbottens stödjefunktioner leda till urinläckage, avföringsläckage, tarmtömningssvårigheter, framfall av vaginalväggarna, samt sexuell dysfunktion.

Metod

En systematisk kartläggning innebär att sakkunniga identifierar domäner och frågeställningar inom området, vilka sedan ligger till grund för en systematisk litteratursökning. Efter litteratursökningen identifieras, relevans- och kvalitetsbedöms systematiska översikter och slutligen sammanställs resultaten i de inkluderade systematiska översikterna på ett överskådligt sätt. Kartläggningen inkluderar ingen kvalitetsbedömning av de primärstudier som ingår i de systematiska översikterna. I Kapitel 3 finns en mer detaljerad information kring metod samt avgränsningar.

Huvudresultat

Totalt identifierades 8 systematiska översikter som bedömdes hålla en medelhög eller hög kvalitet. Resultaten i denna kartläggning visar att det generellt saknas kunskap om behandling av förlossningsskador hos kvinnan för samtliga domäner, men inom några domäner finns det viss kunskap för specifika behandlingsstrategier (Tabell 1).

Domän	Systematisk översikt av medelhög eller hög kvalitet	Vetenskaplig kunskap	Vetenskapliga kunskapsluckor
Grad 1-bristning	●	■	●
Grad 2-bristning	●	●	●
Grad 3- och/eller 4-bristning	●	■	●
Djupare vaginal bristning	■	■	●
Skada orsakad av klipp	●	●	●
Skada på levatormuskeln	■	■	●
Livmoderframfall akut	■	■	●
Skada på benstruktur i bäckenbotten	■	■	●
Separation av blygdbensfog	■	■	●
Specifik skada på könsstympad	■	■	●
Fistel mellan urinblåsa och vagina eller tarm och vagina	■	■	●
Hemorroid	■	■	●
Smärta i mellangården	●	●	●
Samlagssmärta	●	●	●
Urininkontinens	●	■	●
Analinkontinens	●	■	●
Tarmtömningssvårighet	■	■	●
Uterusruptur	■	■	●

● = Ja ■ = Nej ● = Delvis

Att vetenskaplig kunskap finns betyder att en systematisk översikt med hög eller medelhög kvalitet visar att behandling har eller saknar effekt.

Tabell 1
Domäner, vetenskaplig kunskap, kunskapsluckor samt översikter av medelhög eller hög kvalitet.

1 Inledning

Syfte

Regeringen har gett SBU i uppdrag att systematiskt utvärdera kunskap om metoder som kan minska skador och komplikationer hos den födande kvinnan samt att kartlägga vetenskapliga kunskapsluckor inom området. Syftet med denna rapport är därför att genomföra en systematisk kartläggning av systematiska översikter för att kartlägga vilken vetenskaplig kunskap som finns respektive saknas för behandling av förlossningsskador hos kvinnor. I arbetet med kartläggningen har endast de systematiska översikterna kvalitetsgranskats, inte översikternas ingående primärstudier.

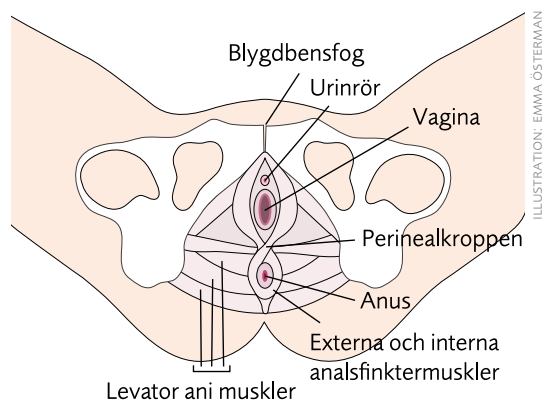
2 Bakgrund

Förlossningsskador hos mödrar till följd av en vaginal förlossning är vanligt förekommande inom svensk förlossningsvård. Andelen förstföderskor som drabbas av bristningar Grad 3 eller 4, så kallade sfinkterskador, varierar mellan 3,9 och 7,6 procent enligt statistik från Socialstyrelsen [1]. Vad gäller andra förlossningsskador saknas det statistik över hur många kvinnor som årligen drabbas i Sverige, men en engelsk studie har visat att mellan 70 och 85 procent av alla kvinnor som föder vaginalt får bristningar i slemhinna och/eller mellangårdan (perineum), så kallade Grad 1 och 2-bristningar [2].

Vaginala och perineala bristningar samt andra skador på bäckenbotten hos kvinnor som föder vaginalt, kan orsaka lidande både på kort och lång sikt. Skador på bäckenbottens stödjefunktioner (Figur 2.1) innebär direkta skador på muskler, nerver och bindvävsstrukturer. Dessa defekter kan senare leda till urinläckage, avföringsläckage, tarmtömningssvårigheter, framfall av vaginalväggarna och sexuell dysfunktion. Svår bäckenbottenskada som resulterar i en fistel mellan urinblåsa och vagina eller tarm och vagina, kan ge upphov till total urin- eller avföringsinkontinens.

Ökad risk för avföringsläckage efter en vaginal förlossning är starkt kopplat till en skada på den anala sfinktermuskeln. Långtidsuppföljning efter en sfinkterskada visar att dubbelt så många kvinnor har besvär med gas- eller avföringsläckage, jämfört med kvinnor som inte fått någon konstaterad sfinkterskada i samband med förlossningen [3,4].

Figur 2.1
Bäckenbotten
sedd underifrån.



I en svensk avhandling från Göteborg har man sett att risken för avföringsinkontinens, 20 år efter förlossningen, ökar om kvinnan fött vaginalt jämfört med om förlossningen skett med kejsarsnitt [5,6]. Denna avhandling och andra studier visar även, förutom risken för avföringsinkontinens, att risken för urininkontinens och framfall är upp till fyra gånger så stor om kvinnan föder vaginalt jämfört med om förlossningen sker med kejsarsnitt [5–8]. Framfall av den främre vaginalväggen ger symptom som blåstömningssvårigheter, tyngdkänsla samt att vaginalväggen buktar ut ur slidmyningen [9]. Symtomen ökar vid en defekt i levatormuskulaturen (musculus levator ani), eller vid en skada på perinealkroppen, eftersom framväggen då förlorar sitt stöd.

Efter förlossningen undersöks kvinnan för att hitta och åtgärda eventuella skador på bäckenbotten. Vaginala och perineala bristningar och sfinkterskador kan då upptäckas, men det finns små möjligheter att upptäcka andra bäckenbottensskador som till exempel skador på levatormuskulaturens fäste mot bäckenet och bindvävsskador i stödjevådnaden [5].

Vilka rutiner som används vid undersökning och suturering av bristningar eller klipp i mellangården varierar i Sverige. Skador som klassificeras som Grad 1 och 2 sys vanligtvis av barnmorska under lokalbedövning i förlossningsrummet. Bristningar som omfattar analsfinktern, Grad 3 och 4 och andra komplicerade bristningar, sys av läkare, vanligtvis en läkare med specialistkompetens, men detta varierar mellan olika kvinnokliniker. Soturering av skadan bör enligt nationella rekommendationer, ske på operation med lokal bedövning eller under narkos, men även detta kan variera mellan olika kvinnokliniker [10,11]. I vissa fall sys, efter bedömning av läkare, mindre sfinkterrupturer i förlossningsrummet.

Uppföljningsrutiner av bäckenbottenskador varierar över hela landet. Alla mödravårdscentraler eller barnmorskemottagningar erbjuder en efterkontroll 6 till 8 veckor efter förlossningen, oavsett skada. Alla kvinnor blir dock inte alltid undersökta gynekologiskt, vilket innebär att bristningsområdet inte blir palperat och inspekterat. Kvinnor med sfinkterruptur, Grad 3 och 4-bristningar, erbjuds i många fall ett återbesök till läkare liksom kontakt med sjukgymnast eller uroterapeut. Flera kliniker har även ett bäckenbotten-center för uppföljning, men det finns dock ingen speciell uppföljning av kvinnor med bristningar Grad 1 eller 2, eller för de kvinnor som fått ett klipp i mellangården.

Under 2014 startade Bristningsregistret som är ett kvalitetsregister för bäckenbottenskador [12]. Registrets funktion är att hjälpa kvinnoklinikerna att göra uppföljningar på ett mer systematiskt sätt. Flertalet av Sveriges kvinnokliniker rapporterar till registret, men majoriteten registrerar endast bristningar av Grad 3 och 4.

Vad är en vetenskaplig kunskapslucka?

Syftet med att identifiera vetenskapliga kunskapsluckor för olika ämnesområden är att uppmuntra till forskning inom ett specifikt ämnesområde. I det längre perspektivet är också förhoppningen att hälso- och sjukvårdsresurser inte läggs på ineffektiva behandlingar.

Den brittiska databasen över kunskapsluckor, UK DUETs (Database of Uncertainties about the Effects of Treatments) och SBU har definierat en vetenskaplig kunskapslucka som befintlig om systematiska översikter pekar på oklarhet kring en behandlingseffekt eller om systematiska översikter saknas [13,14]. Det är viktigt att en systematisk översikt avser en tydligt formulerad fråga och använder relevanta studier av hög kvalitet för insamling och analysering av uppgifter. Om så sker, kan den systematiska översikten inte bara svara på frågan och identifiera potentiell evidens, utan också kommunicera vetenskapliga oklarheter och kunskapsluckor och genom detta uppmuntra till forskning. År 2010 fick SBU ett uppdrag från regeringen om att identifiera vetenskapliga kunskapsluckor inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

3 Metod för den systematiska kartläggningen

En systematisk kartläggning innebär att man identifierar, samlar in och kvalitetsbedömer systematiska översikter. I detta avsnitt beskrivs tillvägagångssättet för hur resultaten i kartläggningen har tagits fram. Följande viktiga domäner inom ämnesområdet förlossningsskador identifierades på förhand av projektets fyra sakkunniga:

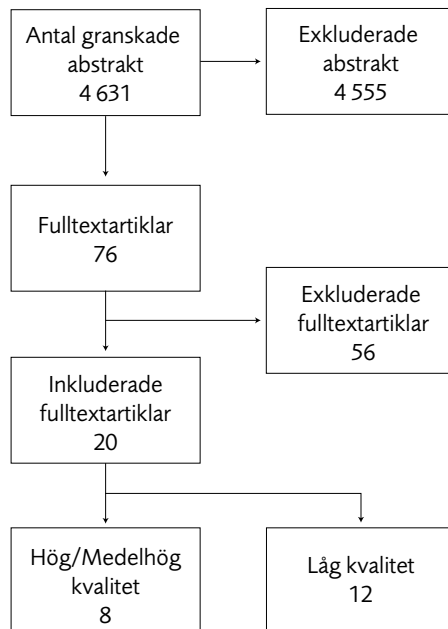
1. Grad 1-ristning (ristning endast i slemhinnan)
2. Grad 2-ristning (ristning i slemhinna och underliggande muskel)
3. Grad 3- och/eller 4-ristning (partiell och total analsfinkterruptur)
4. Djupare vaginal ristning
5. Skada orsakad av klipp (perineotomi/episiotomi)
6. Skada på levatormuskeln (levator ani defects)
7. Livmoderframfall, akut
8. Skador på benstruktur i bäckenbotten, till exempel svanskota
9. Separation av blygdbensfog (diastas av symfys)
10. Specifika skador på könsstypade
11. Fistlar mellan urinblåsa och vagina eller tarm och vagina
12. Hemorrojder
13. Smärta i mellangården (perineal smärta)
14. Samlagssmärta
15. Urininkontinens

16. Analinkontinens (fekalinkontinens)
17. Tarmtömningssvårighet
18. Uterusruptur

Litteratursökning

Litteratursökningen, som gjorts fram till 2015-12-02, har tagits fram av en informationsspecialist i samarbete med projektledarna och projektets sakkunniga. Sökning har gjorts i 8 olika databaser; Cinahl, Cochrane Library (deldatabaserna CDSR, DARE & HTA), Embase, Epistemonikos, Joanna Briggs Institute Database, Medline och Scopus och inte begränsats i tid eller till språk. Syftet har varit att göra en bred sökning samt att identifiera systematiska översikter för alla typer av förlossningsskador. Frågeställningen har begränsats något efter genomförd sökning, vilket innebär att den innehåller termer som sedan exkluderats (t ex Postpartum Hemorrhage). Sökstrategin återges i sin helhet i Bilaga 1.

Figur 3.1
Flödesschema över
litteraturgranskningen
och urvalet av studier.



Urvalskriterier

De systematiska översikterna som identifierades i litteratursökningen hade varierande relevans och tillförlitlighet. För att en systematisk översikt slutligen skulle inkluderas i kartläggningen krävdes att följande kriterier uppfylldes:

Population: Kvinnor (alla åldrar) med en fysisk förlossningsskada (alla tänkbara) som kan relateras till en vaginal förlossning.

Intervention: Behandling av förlossningsskada.

Kontroll: Jämförande behandling av förlossningsskada.

Effektmått: Utfall av behandling av förlossningsskada.

Avgränsningar

Följande domäner har inte ingått i denna systematiska kartläggning:

- Prevention
- Diagnostik
- Kejsarsnitt
- Förlossningsdepression
- Skada av läkemedel som används i samband med förlossningen
- Blödning

Metodik för urval av systematiska översikter

Med stöd av urvalskriterierna identifierades och selekterades relevanta systematiska översikter i tre steg: (1) litteratursökning, (2) urval efter bedömning av de systematiska översikternas sammanfattning (abstrakt) samt (3) urval efter att ha läst de systematiska översikterna i sin helhet.

Granskningen av sammanfattningarna (abstrakt) gjordes inom SBU:s kansli. Urvalet av artiklar som skulle granskas i fulltext var generöst, vilket innebar att endast de artiklar som med säkerhet inte uppfyllde kriterierna exkluderades.

Relevansbedömningen av artiklarna i fulltext genomfördes parvis av projektgruppens sakkunniga. Vid oenighet fördes först en diskussion inom läsparet och ibland involverades hela projektgruppen i diskussionen. Efter enighet fattades beslut om inkludering eller exkludering av studien. Endast studier som tydligt uppfyllde samtliga kriterier togs med (Figur 3.1).

Metodik för bedömning av översikternas vetenskapliga kvalitet

De systematiska översikternas vetenskapliga kvalitet bedömdes av SBU:s kansli med stöd av en granskningsmall för systematiska översikter (AMSTAR) [15], vilket gjordes parvis och oberoende av varandra. Vid oenighet löstes detta genom ett konsensusförfarande och en tredje expert rådfrågades om så behövdes. Som huvudregel kontrollerades inte data i varje enskild studie i de systematiska översikterna. I undantagsfall där det rådde oenighet eller oklarhet angående resultaten eller slutsatserna i översikten, gjordes "stickprovskontroller" av enskilda studier inkluderade i översikten. Vid uppdatering av systematiska översikter inom samma ämnesområde och av samma huvudförfattare, inkluderas endast den senast publicerade. Om fler översikter besvarar samma frågeställning, valdes den senaste översikten med bästa kvalitet [16].

Vetenskapliga kunskapsluckor identifierades enligt SBU:s kriterier för en kunskapslucka, det vill säga att systematiska litteraturöversikter visar på osäker medicinsk effekt av en metod (inga/få/dåliga studier eller motsägelsefulla resultat), eller att det saknas systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet. Vetenskapliga kunskapsluckor identifierades i befintliga översikter av hög eller medelhög kvalitet (Tabell 4.1). För att kunna fylla dessa kunskapsluckor behövs fler nya studier av god kvalitet. För de områden där det saknas översikter behövs en översikt.

4 Resultat

Totalt identifierades 20 relevanta systematiska översikter varav 8 av medelhög eller hög kvalitet (Tabell 4.1). De vetenskapliga kunskapsluckorna som identifierats redovisas i Tabell 4.2.

Totalt sett saknas vetenskapligt underlag avseende behandling av förlossningsskador inom de flesta kartlagda områden, men det finns viss kunskap om effekterna av vissa suturerings tekniker vid Grad 2-bristningar eller efter klipp (episiotomi/perineotomi) på bland annat effektmått perineal smärta, samlags smärta och sår läkning. Det finns även viss kunskap om paracetamols smärtstillande effekt på perineal smärta.

Resultaten i de inkluderade översikterna finns redovisade i Bilaga 2, Tabell 1. I följande text sammanfattas i korthet resultaten i översikterna, liksom befintlig kunskap och vetenskapliga kunskapsluckor från identifierade översikter med medelhög eller hög kvalitet.

Suturering av perinealskador och sfinkterrupturer

I en översikt av Kettle och medarbetare jämfördes snabbt resorberande syntetiska suturer med standardresorberande syntetiska suturer för behandling av episiotomi/perineotomi och Grad 2-bristningar (Bilaga 2, Tabell 1) [17]. Metaanalyser i denna översikt visar att det inte var någon skillnad i effekt om man suturerade med snabbt resorberande syntetiska suturer eller standardresorberande syntetiska suturer på effektmått perineal smärta (mätt upp till 3 månader post partum (PP)) eller samlagssmärta (mätt 3 månader PP).

I en annan översikt av Kettle och medarbetare jämfördes fortlöpande suturer med enstaka suturer för behandling av episiotomi/perineotomi och Grad 2-bristningar (Bilaga 2, Tabell 1) [18]. Metaanalyserna i översikten visar att det inte är någon skillnad mellan de olika teknikerna vad gäller effektmåten re-suturering, perinealsmärta och samlagssmärta (alla effektmått mätta 3 mån PP), men kvinnor som sytts med fortlöpande suturer upplevde mindre korttidssmärta och behövde mindre smärtstillande preparat jämfört med de som sytts med enstaka suturer (0–10 dagar efter förlossning). Kettle och medarbetare påpekade att mer forskning behövs om perinealt trauma och patientnära utfallsmått som till exempel sexuella problem och dysfunktion i bäckenbottenmuskulatur, både på kort och lång sikt efter förlossningen (Bilaga 2, Tabell 1)[18].

Elharmeel och medarbetare jämförde suturering med spontanläkning av första och andra gradens perinealbristningar (Bilaga 2, Tabell 1) vid olika tidpunkter (1 dag till 6 månader PP), på effektmåten smärta, sårhäkning och samlagssmärta [19]. Enligt översikten dras slutsatsen att de inkluderade studierna är för små och för få, för att man ska kunna dra någon slutsats om denna jämförelse. Författarna konstaterar därför att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma skillnaderna mellan metoderna på studerade effektmått.

Dudley och medarbetare jämförde i sin översikt resuturering av 2–4 gradens perinealskador där läkningen fallerat efter suturering. I översikten jämfördes sekundär suturering av sårrupturer med ingen behandling (Bilaga 2, Tabell 1) [20]. Författarna drog slutsatsen att det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om dessa sårrupturer ska sutureras eller inte.

I en översikt av Fernando och medarbetare jämfördes sutureringsteknikerna överlappningssuturering med end-to-end suturering av obstetrisk analsfinkterskada (Bilaga 2, Tabell 1) [21]. Jämförelserna i denna översikt omfattar få studier och få individer och effektmåten som studerats är gasinkontinens, analinkontinens, perineal smärta, samlagssmärta, livskvalitet, och fekala trängningsbesvär. Översikten drar slutsatsen att fler studier behövs för att bedöma om det finns något vetenskapligt stöd för att den ena sutureringstekniken är bättre eller lika bra som den andra vid suturering av obstetrisk analsfinkterskada.

Lindring av perineal smärta

Hedayati och medarbetare har i en översikt jämfört effekten av olika ytligt applicerade bedövningsmedel (enbart eller i kombination med kortison), med placebo eller suppositorier (NSAID) på perineal smärta (Bilaga 2, Tabell 1) [22]. Jämförelserna baseras på få studier och individer, varav översikten drar slutsatsen att resultaten i översikten inte är övertygande, med andra ord en vetenskaplig kunskapslucka. Författarna påpekar också att det saknas studier som undersökt den smärtstillande effekten under en längre tidsperiod.

I en annan översikt av Hedayati och medarbetare jämfördes rektala suppositorier (NSAID) med placebobehandling på perineal smärta (mild, moderat eller svår), upp till 3 dygn efter förlossningen (Bilaga 2, Tabell 1) [23]. Jämförelserna i denna översikt baseras på få studier och få individer. I översikten påpekas att

mer forskning behövs för att bedöma långtidseffekten av suppositorium med NSAID för perineal smärta samt på hur nöjd kvinnan varit med behandlingen.

Chou och medarbetare har i sin översikt jämfört paracetamol med ingen behandling (placebo) vid perineal smärta, under de fem första veckorna efter förlossningen (Bilaga 2, Tabell 1) [24]). Metaanalyserna i denna översikt visar att fler kvinnor som fick en engångsdos av paracetamol 500–650 mg eller 1 000 mg, upplevde mindre smärta jämfört med de kvinnor som fick placebo. Författarna påpekade dock att kvaliteten i översiktens inkluderade studier var oklar.

Domän	Antalet relevanta översikter	Översikter med medelhög/hög kvalitet
Grad 1-bristning (bristning endast i slemhinnan)	1 [19]	0 [19]
Grad 2-bristning (bristning i slemhinna och underliggande muskel)	5 [17–20,25]	4 [17–20]
Grad 3- och/eller 4-bristning (partiell och total analsfinkterruptur)	3 [20,21,26]	2 [20,21]
Djupare vaginal bristning	0	0
Skada orsakad av klipp (perineotomi/episiotomi)	4 [17–18,20,25]	3 [17,18,20]
Skada på levatormuskeln (levator ani defects)	0	0
Livmoderframfall akut	0	0
Skada på benstruktur i bäckenbotten (t ex svanskota)	0	0
Separation av blygdbensfog (diastas av symfys)	1 [27]	0
Specifik skada på könsstympad	0	0
Fistel mellan urinblåsa och vagina eller tarm och vagina	2 [28–29]	0
Hemorroid	0	0
Smärta i mellangården (perineal smärta)	1 [17–19,21–25,30–32]	7 [17–19,21–24]
Samlagssmärta	7 [17–20,21,30, 32]	5 [17–20]
Urininkontinens	5 [21,33–36]	1 [21]
Analinkontinens	1 [21]	1 [21]
Tarmtömningssvårighet	1 [21]	1 [21]
Uterusruptur	0	0

Tabell 4.1
Antal och fördelning av systematiska översikter.

Tabell 4.2
 Identifierad kunskap
 och vetenskapliga
 kunskapsluckor.

Domän	Vetenskaplig kunskap eller kunskapslucka
Behandling av Grad 1-bristning	Kunskapslucka
Behandling av Grad 2-bristning	<p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan snabbt resorberbara syntetiska suturer och standardresorberbara syntetiska suturer upp till 3 månader PP. Enligt metaanalyserna i en översikt var det ingen skillnad mellan dessa material på effektmåttet perineal smärta (<3 dagar till 3 månader PP) eller samlagssmärta (3 månader PP) [17].</p> <p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan fortlöpande och kontinuerlig sutureringsteknik upp till 3 månader PP. Metaanalyserna i en översikt visar att det inte är någon skillnad mellan de olika teknikerna vad gäller effektmåttet re-suturering, långtidssmärta och samlagssmärta (3 mån PP), men kvinnor som sytts med fortlöpande suturer upplevde mindre korttidssmärta och behövde mindre smärtstillande preparat jämfört med de som sytts med enstaka suturer (0–10 dagar efter förlossning) [18].</p> <p>Övriga behandlingar och jämförelser är kunskapsluckor</p>
Behandling av Grad 3- och/eller 4-bristning	Kunskapslucka
Behandling av djupare vaginal bristning	Kunskapslucka
Behandling av skada orsakad av klipp (perineotomi/episiotomi)	<p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan snabbt resorberbara syntetiska suturer och standardresorberbara syntetiska suturer upp till 3 månader PP. Enligt metaanalyserna i en översikt var det ingen skillnad mellan dessa material på effektmåttet perineal smärta (<3 dagar till 3 månader PP) eller samlagssmärta (3 månader PP) [17].</p> <p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan fortlöpande och kontinuerlig sutureringsteknik upp till 3 månader PP. Metaanalyserna i en översikt visar att det inte är någon skillnad mellan de olika teknikerna vad gäller effektmåttet re-suturering, långtidssmärta och samlagssmärta (3 mån PP), men kvinnor som sytts med fortlöpande suturer upplevde mindre korttidssmärta och behövde mindre smärtstillande preparat jämfört med de som sytts med enstaka suturer (0–10 dagar efter förlossning) [18].</p> <p>Övriga behandlingar och jämförelser är kunskapsluckor</p>
Behandling av skada på levatormuskeln (levator ani defects)	Kunskapslucka
Behandling av akut livmoderframfall	Kunskapslucka
Behandling av skada på benstruktur i bäckenbotten t ex svanskota	Kunskapslucka
Behandling av separation av blygdbensfog (diastas av symfys)	Kunskapslucka
Behandling av specifik skada på könsstympad	Kunskapslucka
Behandling av fistel mellan urinblåsa och vagina eller tarm och vagina	Kunskapslucka
Behandling av hemorrojd	Kunskapslucka

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.2 fortsättning

Domän	Vetenskaplig kunskap eller kunskapslucka
Behandling av smärta i mellangården (perineal smärta)	<p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan snabbt resorberbara syntetiska suturer och standardresorberbara syntetiska suturer upp till 3 månader PP (efter grad-2 bristningar och klipp). Enligt metaanalyser i en översikt var det ingen skillnad mellan dessa material på effektmåttet perineal smärta (<3 dagar till 3 månader PP) [17].</p> <p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan fortlöpande och kontinuerlig sutureringsteknik upp till 3 månader PP (efter grad-2 bristningar och klipp). Metaanalyserna i en översikt visar att det inte är någon skillnad mellan de olika teknikerna vad gäller långtidssmärta (3 mån PP), men att kvinnor som sytts med fortlöpande suturer upplevde mindre korttidssmärta och behövde mindre smärtstillande preparat jämfört med de som sytts med enstaka suturer (0–10 dagar efter förlossning) [18].</p> <p>Viss kunskap finns avseende effekten av paracetamol på perinealsmärta kort tid efter förlossningen. Metaanalyser i en översikt visar att en engångsdos av paracetamol 500–650 mg eller 1000 mg, lindrar perinealsmärta jämfört med placebo [24].</p> <p>Övriga behandlingar och jämförelser är kunskapsluckor.</p>
Behandling av samlagssmärta	<p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan snabbt resorberbara syntetiska suturer och standardresorberbara syntetiska suturer upp till 3 månader PP (efter grad-2 bristningar och klipp). Enligt metaanalyser i en översikt var det ingen skillnad mellan dessa material på effektmåttet samlagssmärta [17].</p> <p>Viss kunskap finns avseende jämförelse mellan fortlöpande och kontinuerlig sutureringsteknik 3 månader PP (efter grad-2 bristningar och klipp). Metaanalyserna i en översikt visar att det inte är någon skillnad mellan de olika teknikerna vad gäller effektmåttet samlagssmärta [18].</p> <p>Övriga behandlingar och jämförelser är kunskapsluckor.</p>
Behandling av urininkontinens	Kunskapslucka
Behandling av analinkontinens	Kunskapslucka
Behandling av tarmtömnings-svårigheter	Kunskapslucka
Uterusruptur	Kunskapslucka

5 Övervägande för forskning, policy och praktik

För att bedöma vilka kunskapsluckor som bör beforskas, är det viktigt att dessa uppfyller något eller flera av följande kriterier:

- har stor betydelse för hälsa och livskvalitet,
- berör många – är ett vanligt problem,
- har stor praxisvariation,
- får stora ekonomiska konsekvenser,
- har viktig etisk, social eller legal betydelse,
- har stor betydelse för organisation eller personal,
- är kontroversiellt eller uppmärksammat.

Ytterligare en aspekt som är viktig att ta hänsyn till är patientens perspektiv. Det är också viktigt att kunskapsluckans område är praktiskt möjligt att beforska samt att forskningen kan bedrivas på ett etiskt acceptabelt sätt.

Vi har i detta projekt inte gjort någon prioritering mellan de olika kunskapsluckorna efter angelägenhetsgrad för framtida forskning. Ett framtida projekt skulle kunna omfatta en sådan rangordning genom att använda en prioriteringsmetod framtagen av brittiska James Lind Alliance, där kunskapsluckor prioriteras i samverkan mellan profession och brukare [37].

För de domäner där systematiska översikter av hög kvalitet helt saknas, är behovet i första hand att få till stånd en sådan systematisk översikt. För de kunskapsluckor som baserar sig på systematiska översikter med hög kvalitet, behövs i första hand mer primärstudier.

6 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

Projektgrupp

Sakkunniga

MARIE VIKSTRÖM BOLIN
överläkare, med dr,
Sundsvalls sjukhus

ANNA DENCKER
barnmorska, fil dr,
Göteborgs universitet

ANN OLSSON
barnmorska, med dr,
Danderyds sjukhus AB

GUNILLA TEGERSTEDT
överläkare, med dr,
Karolinska universitetssjukhuset

SBU

FRIDA MOWAFI
projektledare

HELENA DOMEIJ
biträdande projektledare

HANNA OLOFSSON
informationsspecialist

ELISABETH GUSTAFSSON
projektadministratör

Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. Dessa har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten är det möjligt att SBU inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

CECILIA EKÉUS
barnmorska, med dr
Karolinska sjukhuset

EVA UUSTAL
överläkare, med dr,
Linköpings universitetssjukhus

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU:s vetenskapliga råd – Eira

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

KJELL ASPLUND
ordförande, professor, Stockholm

KATARINA STEEN CARLSSON
fil dr, hälsoekonomi, IHE Lund

ANNA EHRENBERG
professor i omvårdnad;
Högskolan Dalarna

KRISTINA BENGTLSSON BOSTRÖM
docent i allmän medicin,
distriktsläkare,
Lunds universitet

CHRISTINA BERGH
professor, kvinnokliniken,
SU/Sahlgrenska, Göteborg

NILS FELTELIUS
docent, Läkemedelsverket

HENRIK ANDERSHED
professor i psykologi,
docent i kriminologi
Örebro universitet

STEN-ÅKE STENBERG
professor, SOFI,
Stockholms universitet

INGEMAR ENGSTRÖM
professor, psykiatri, etik,
Örebro universitet

YLVA NILSAGÅRD
med dr, docent, leg sjukgymnast,
Örebro universitet

SBU:s nämnd

NINA REHNQVIST
ordförande, professor,
Karolinska Institutet

SUSANNA AXELSSON
tf generaldirektör, SBU

HEIKI ERKERS
förbundsordförande,
Akademikerförbundet SSR

EVA FRANZÉN
forsknings- och utvecklingschef,
Statens Institutionsstyrelse

ÅSA HIMMELSKÖLD
sektionschef, Sveriges
Kommuner och Landsting

JAN-INGVAR JÖNSSON
huvudsekreterare för ämnesrådet
för medicin, Vetenskapsrådet

BJÖRN KLINGE
professor, Odontologiska fakulteten,
Malmö högskola och Karolinska
Institutet

KERSTIN NILSSON
universitetslektor, ordförande,
Svenska läkaresällskapet

STIG NYMAN
brukarrepresentant, ordförande,
Handikappförbunden

SVEN OHLMAN
med dr, Socialstyrelsen

SINEVA RIBEIRO
förbundsordförande, Vårdförbundet

AGNETA VON SCHOTING
ordförande, Nationella samverkans-
gruppen för kunskapsstyrning
i socialtjänsten (NSK-S)

HEIDI STENSMYREN
ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN
landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

HÅKAN SÖRMAN
verkställande direktör, Sveriges
Kommuner och Landsting

KARIN TENGVALD
professor emeritus,
Linköpings universitet

7 Ordförklaringar och förkortningar

Anal sfinktermuskel	Ändtarmens slutmuskel
Diastas	Mellanrum mellan muskler eller benbitar
Dyspareuni	Smärta vid samlag
Fistel	Onormal förbindelse/kanal
Bristning	
Grad 1:	Skada på slemhinnan
Grad 2:	Skada på perineala muskler men inte ändtarmsmuskeln
Grad 3:	Skada på perineum och analsfinkter
Grad 4:	Skada på perineum, analsfinktrar och tarmvägg
Hemorrhage	Blödning
Musculus levator ani	En muskel som höjer ändtarmsmyningen och bäckenbotten
NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drug)	En grupp smärtstillande och antiinflammatoriska läkemedel
Perineal smärta	Smärta i mellangården
Perineum	Mellangården
Perinealkroppen	Mellangårdens muskler och bindväv
Perineotomi/Episiotomi	Ett klipp i mellangården
PP	Post partum, efter förlossning
Ruptur	Bristning
Sutur	Kirurgiska stygn
Symphysis pubica	Blygdbensfog
Uterus	Livmodern

8 Referenser

1. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlösningar och nyfödda barn. 2015. Artikelnummer: 2015-12-27. ISBN: 978-91-7555-356-6.
2. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *BMJ Clin Evid* 2011;2011.
3. Nordenstam J, Altman D, Brismar S, Zetterstrom J. Natural progression of anal incontinence after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1029–35.
4. Sundquist JC. Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:715–8.
5. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TE, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013;120:152–60.
6. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TE, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013;120:144–51.
7. Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarstrom M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:497–503.
8. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG* 2009;116:700–7.
9. van Delft KW, Thakar R, Sultan AH, Int'Hout J, Kluivers KB. The natural history of levator avulsion one year following childbirth: a prospective study. *BJOG* 2015;122:1266–73.
10. SFOG. Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling. Rapport Nr 46. Arbets- och Referensgruppen för Urogynekologi och vaginal kirurgi (ARG) i samarbete med Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi. Tillgänglig från <https://www.sfog.se/start/arg-rapporter-diagnosbok/>. 2001.
11. SLL. Stockholms läns landsting. Regionalt vårdprogram. Prevention, diagnostik och behandling av obstetriska sfinkterskador. Huvudförfattare: Jonas Zetterström. Utgåva 1. ISBN 91-85211-53-2. 2008.

12. Bristningsregistret. Tillgängligt från <http://www.gynop.org/webhelp/gynopnet/bristning/bristningsregistret.htm>.
13. NICE. DUETs database. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Tillgänglig från <http://www.library.nhs.uk/duets/>. Nedladdad 2016-01-25.
14. SBU. Vetenskapliga kunskapsluckor – otillräckligt utvärderade medicinska metoder i hälso- och sjukvården. Tillgänglig från www.sbu.se/sv/Publicerat/Vetenskapliga-kunskaps-luckor. Nedladdad 2016-01-25.
15. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok. Tillgänglig från www.sbu.se/metodbok. ISBN 978-91-85413-55-3 (tryck) ISBN 978-91-85413-56-0 (PDF).
16. Whitlock EP, Lin JS, Chou R, Shekelle P, Robinson KA. Using existing systematic reviews in complex systematic reviews. *Ann Intern Med* 2008;148:776–82.
17. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD000006. DOI: 10.1002/14651858.CD000006.pub2.
18. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3.
19. Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 8. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2.
20. Dudley LM, Kettle C, Ismail KMK. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD008977. DOI: 10.1002/14651858.CD008977.pub2.
21. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD002866. DOI: 10.1002/14651858.CD002866.pub3.
22. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003931. DOI: 10.1002/14651858.CD003931.
23. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003931. DOI: 10.1002/14651858.CD003931.
24. Chou D, Abalos E, Gyte GML, Gülmezoglu AM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD008407. DOI: 10.1002/14651858.CD008407.pub2.
25. Seijmonsbergen-Schermer AE, Sahami S, Lucas C, Jonge A. Nonsuturing or Skin Adhesives versus Suturing of the Perineal Skin After Childbirth: A Systematic Review. *Birth*;42:100–15.
26. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC health services research* 2002;2:9.
27. Osterhoff G, Ossendorf C, Ossendorf-Kimmich N, Zimmermann R, Wanner GA, Simmen HP, et al. Surgical stabilization of postpartum symphyseal instability: Two cases and a review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 2012;73:1–7.
28. Creanga AA, Genadry RR. Obstetric fistulas: a clinical review. *Int J Gynaecol Obstet*;99:S40–6.

29. Bazi T. Spontaneous closure of vesicovaginal fistulas after bladder drainage alone: review of the evidence. *Int Urogynecol J* 2007;18:329–33.
30. Hay-Smith J. Therapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 3. Art. No.: CD000495. DOI: 10.1002/14651858.CD000495.
31. Hay-Smith EJ, Reed MA. Physical agents for perineal pain following childbirth: a systematic review. *Phys Ther Rev* 1997;2:115–21.
32. Calvert S, Fleming V. Minimizing postpartum pain: a review of research pertaining to perineal care in childbearing women. *J Adv Nurs* 2000;32:407–15.
33. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Br J Sports Med* 2014;48:299–310.
34. Mørkved S. Pelvic floor muscle training during pregnancy and after delivery. *Curr Womens Health Rev* 2007;3:55–62.
35. Mulder FEM, Hakvoort RA, Schoffemeer MA, Limpens J, Van der Post JAM, Roovers JPWR. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2014;25:1605–12.
36. Dumoulin C. Postnatal pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary incontinence: where do we stand? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18:538–43.
37. James Lind Alliance Priority Setting Partnerships. Hämtad från <http://www.lindalliance.org>.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: @SBU_se • telefon: 08-412 32 00