

# Kroniske bekkensmertar

Mette Løkeland-Stai Haukeland universitetssjukehus, Bergen

<mailto:lokeland@gmail.com>

Cecilie Hagemann St. Olavs hospital/NTNU, Trondheim

Gro Killi-Haugstad OsloMet/fysioterapeut, Oslo

Hilde Myren Sørlandet sykehus, Kristiansand

Rita Steen Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo

## Tilrådingar

- Vi *tilrår* kartlegging av type smerte og utelukking av malign årsak og «raude flagg» (alvorlege tilstandar som krev rask behandling). Ulik type smerte krev ulike tilnærmingar og tiltak (IV)
- Vi *tilrår* konservativ tilnærming i fyrste hand med medikament, fysioterapi og eventuell kognitiv terapi (IV)
- Vi *tilrår ikkje* bruk av morfinpreparat som smertelindring ved kroniske bekkensmerter
- Vi *tilrår* hormonbehandling ved syklisk komponent i smertene med mål om amenore, og evaluering av effekt etter ca 6 månader (II-III)
- Vi *tilrår ikkje* gjentatt diagnostisk laparoskopi for kroniske bekkensmerter (av ukjend årsak), då det gir risiko for komplikasjonar og kan forverre heller enn betre smerteproblemet (smertesensitisering) (III-IV)
- Vi *frarår* hysterektomi på indikasjon kronisk smerte, spesielt ved ikkje-syklisk smerte og manglande effekt av hormonbehandling/amenore (III-IV)
- Vi *foreslår* å behandle ikkje-gynekologiske, komorbide bekkensmertetilstandar som t.d. smertefullt blæresyndrom og irritabel tarm (IV)

## ICD-10

N 94.1 Dyspareuni

R 10.2 Smerte i bekken og perineum

R 10.3 Smerte lokalisert i nedre del av abdomen

R 10.4 Anna og uspesifisert smerte i buk og bekken

R 29.8 Andre og uspesifiserte symptom og teikn med tilknytning til nervesystemet og muskel-skjelettsystemet

G 58.8 Andre spesifiserte mononevropatier (til dømes pudendus nevropati)

M 25.5 Leddsmerter

M 25.6 Stivhet i ledd, ikke klassifisert annen stad

### Relaterte diagnoser:

N 80.9 Endometriose

N 94.8/N 94.9 Vulvodyni

F 45.4 Vedvarande somatoform smertelidelse

F 52.6 Ikke-organisk dyspareuni

F 52.5 Ikke-organisk vaginisme

F 52.9 Uspesifikk seksuell dysfunksjon som ikke skuldast somatisk lidning

K 58 Irritabel kolon

M 79.7 Fibromyalgi

N30.1 Interstitiell cystitt (kronisk)

## Søkestrategi

- Up To Date
- European Association of Urology guidelines
- BMJ best practice
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)
- [International Association for the Study of Pain](#) (IASP)

**Søkeord:** kroniske bekkenmerter, endometriose, adenomyose, nevropatisk-, nociceptiv-, nociplastisk smerte, sentral sensitisering, dyspareuni, dysmenorè

## Definisjonar

**Smerte:** «Smerte er ei ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving assosiert med vevsskade, eller noko som minner om ein faktisk eller mogleg vevsskade»  
1

### Tre typar smerte <sup>2</sup>

- **Nociseptiv** smerte: Er forårsaka av vevsskade og aktivering av nervefibre
- **Nevropatisk** smerte: Er forårsaka av lesjon eller sjukdom i det somatosensoriske nervesystemet (nerveskade)
- **Nociplastisk** smerte: Ei smerteoppleving som oppstår frå antatt forklarleg utgangspunkt og som held fram trass i at vevsskade/nerveskade (sjukdom) er tilheila og ikkje lenger lar seg forklåre <sup>3,4</sup>

Idiopatisk smerte tyder smerte utan kjend årsak og er eit omgrep som ikkje lenger er i bruk.

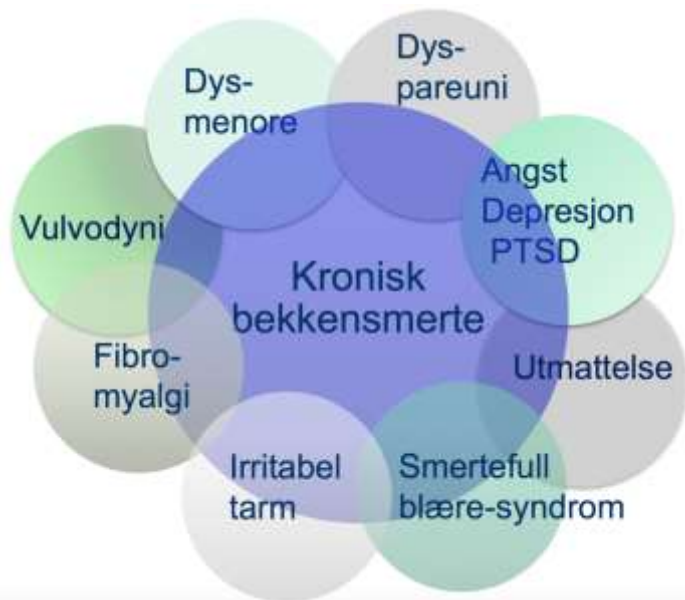
**Tabell 1. Forenkla/skjematisk framstilling av ulike type kronisk smerte:**

(ref 5)	Perifer nociceptiv	Perifer nevropatisk	Nociplastisk
Årsaksforhold	Vevsskade og aktivering av nervefibre (nociceptorar)	Skade eller sjukdom i dei perifere nervane	Dysfunksjon i smerteprosesseringa
Behandling	Paracetamol, NSAIDs, hormonar	Kan respondere på både perifer- og sentraltvirkande farmakologisk behandling	Kan til en viss grad respondere på både perifer- og sentraltvirkande farmakologisk behandling samt Paracetamol og

			NSAIDs
Klassiske eksempel	Aktiv endometriose Kreftsmerte	Post-herpetisk nevralti Mononevropati etter iatrogen nerveskade, til dømes etter kirurgi	Endometriose (langvarig) Fibromyalgi Irritabel tarm Vulvodyni

Sjå videoen [«Forstå smerte på 5 minutter»](https://www.youtube.com/watch?v=E9tVWoRhPKU) som også kan nyttast som pasientinformasjon. <https://www.youtube.com/watch?v=E9tVWoRhPKU>

**Kroniske bekkensmertar:** Konstante eller gjentakande/intermitterande, sykliske og ikkje-sykliske smertar i meir enn 3-6 månader. Smertane er ikkje åleine knytt til gynekologiske organ, funksjonar eller tilstandar som menstruasjon, samleie eller svangerskap og opptrer ofte saman med plager frå fleire organsystem, mage-tarm, blære og nervesystemet, i seg sjølv. Kan vere assosiert med negative emosjonelle, seksuelle, kognitive, funksjonelle og adferdsrelaterte tilstandar<sup>6-8</sup>.



Illustrasjon: Cecilie Hagemann

**Figur 1: Skjematisk illustrasjon av overlapp mellom kroniske bekkensmertar og andre tilstandar**

**Område:** Kroniske bekkensmertar med utgangspunkt i kvinnelege genitalia. Men smertane kan ha utstrålingar til korsrygg og underekstremitetar og gi symptom frå andre organ i bekkenet.

### Ikkje inkludert/avgrensing

- [Vulvodyni](#) og vaginisme vert omtalt i eit eige kapittel
- [Endometriose](#) er omtalt i eit eige kapittel, men kronisk smerte med utgangspunkt i endometriose er også omtalt her
- Smerte knytt til gynekologisk kreft omhandlast i eigen Veileder i gynekologisk onkologi

### Førekomst

Ein metastudie frå 2014 konkluderer med at førekomsten blant alle kvinner er ein stad mellom 6% og 27%. Førekomsten er avhengig av alder og er vist å vere litt høgare blant fertile kvinner enn postmenopausale<sup>8-11</sup>.

## Etiologi/Patogenese

- Kroniske bekkensmerte er ofte komplekst samansette smertetilstandar av dels kjende, men også ukjende årsaker
- Tilstanden krev ei holistisk tilnærming og eit samarbeid mellom ulike faggrupper som til dømes: gynekolog, fastlege, smertelege, fysioterapeut, sexolog, psykolog og spesialsjukepleiar

## Generelt

- *Viscerale bekkensmertar*: Utgangspunktet kan vere vanskeleg å lokalisere av di bekkenorgana ligg nære kvarandre og av di organa deler smertebanar <sup>12</sup>
- *Referert smerte og krysssensitivisering*: Referert smerte til mellom anna huda og krysssensitivisering mellom nærliggande organ førekjem <sup>12-14</sup>
- *Smerteårsak*: Utløysande årsak til smerte treng ikkje ha direkte samanheng med det som opprettheld den <sup>15</sup>
- *Sentral sensitivering*: Det er vist varige, strukturelle og funksjonelle endringar i det somatosensoriske nervesystemet etter gjentatt eller sterke smertestimuli i samband med kronisk smerte <sup>14</sup>
- *Muskel-skjelett*: Mange med kroniske bekkensmertar er vist å ha eit element av smerter i muskulatur anten primært eller sekundært til smertetilstanden <sup>16, 17</sup>

## Endometriose/adenomyose og kroniske bekkensmertar

- Endometriose førekjem utan smertar og typiske endometriosesmertar førekjem utan endometriose <sup>20</sup>
- Det er heller ikkje nødvendigvis noko samanheng mellom graden av [endometriose](#) og graden av smerte <sup>18,19</sup>
- Djupt infiltrerande endometriose er antatt å gi meir smerter enn overflatisk endometriose og endometriomar <sup>20</sup>

- Ny kunnskap indikerer at kroniske smerter ved endometriose ikkje er forårsaka av «aktiv endometriose», dvs. endometriotiske foci, men at samanhengen er meir samansett og involverer både inflammasjon og unormal nerveaktivitet<sup>20</sup>
- Diagnosen endometriose har vore stilt på bakgrunn av klinikk og sjukehistorie. Histologisk verifisering av diagnosen endometriose har ikkje vore ein nødvendig føresetnad for å få diagnosen
- Det er truleg ei høg grad av overdiagnostisering og overbehandling<sup>20</sup>

### Nerveentrapment (nerveavklemming)/iatrogen nerveskade

- ACNES (Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) – «hudnerve i klem», affiserer hudnervar i bukveggen, er sjeldan førekomande og ulik frå nerveskade ved kirurgi (nevralgi versus nevropati). Behandling: i fyrste hand symptomatisk. Effekt av injeksjonsbehandling med korttidsverkande lokalanestesi, Botox og kirurgi er usikker og langvarig effekt manglar dokumentasjon
- Kroniske moderate til sterke smerter etter abdominalkirurgi, inkl. sectio har ein prevalens på 10-30%<sup>21,22</sup>
- Til dømes rapporterer 7% kroniske smerter etter pffannenstielsnitt<sup>23</sup>
- Nerveskade kan oppstå etter gjennomgått kirurgi i samband med leiring, instrumentering, suturering, skade på nerve eller uheldig tilheiling ved arrdanning (24)
- Eksemplar på utsette nervar i gynekologisk kirurgi er n. ilioinguinalis, n. iliohypogastricus, n. genitofemoralis og n. pudendus<sup>24</sup>
- Allereie kroniske smertar, forut for inngrep er ein risikofaktor for utvikling av smertar etter kirurgi<sup>25</sup>

**Tabell 2: Etiologi**

Organsystembasert etiologi <sup>26</sup>	
Gynekologisk	Endometriose, adenomyose, ovariell patologi, PID, myomar, tubepatologi, adheransar, åreknutar (vulva og bekkenet (pelvic congestion syndrom))
Nevrologisk	Nerve entrapment (nevralgi), post herpetisk nevralgi,

	nerveskade (idiopatisk nevropati), skiveprolaps
Gastrointestinell	Irritabel tarm, inflammatorisk tarmsjukdom, kronisk appendisitt, divertikulitt
Urologisk	Blæresmertesyndrom/interstitiell cystitt, kronisk uretritt
Muskel-/skjelett	Myalgiar, t.d. fibromyalgi, abdominalveggmyalgi, bekkenbotnmyalgi. Tendinittar, t.d. sacroiliacaledd, symfyse, coccygodyn
Psykologisk	Angst/depresjon, somatiseringstilstandar, psykoseksuell dysfunksjon, seksuelle traumar, posttraumatisk stresslidning

## Risikofaktorar

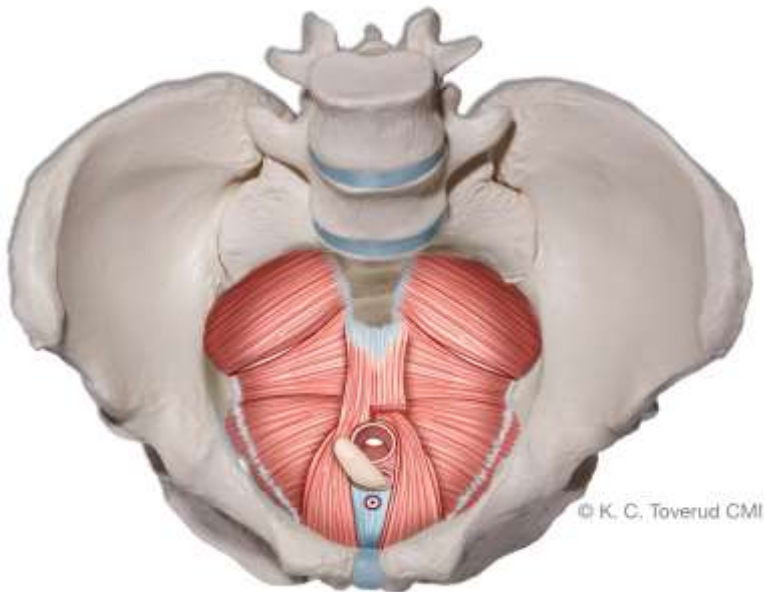
- Andre kroniske smertetilstandar (<sup>27</sup>)
- Gjentatt kirurgi
- Samtidige psykologiske diagnosar som angst og depresjon (<sup>12</sup>)
- Opplevd urettferdighet aukar sjansen for høgare opplevd smerteintensitet og nedsett funksjon ved kronisk smerte <sup>28</sup>
- Historie med mishandling og overgrep <sup>12</sup>
  - Seksuelle, fysiske og psykologiske
  - Barndomstraumar (sjå Adverse Childhood Experience- score (ACE-score)) <sup>29</sup>
  - Relasjonsproblem (inkluderer også mobbing)

## Utredning

- **Grundig anamnese** (start/varigheit, type smerte, lokalisasjon, utstråling, intensitet (VAS/NRS) forsterkande/dempande faktorar, bakanforliggjande risikofaktorar, påverknad av funksjon, søvn, tidlegare behandling og erfaringar med den). For strukturerte skjema sjå International Pelvic Pain Society



- **Gynekologisk undersøkning:** Må vera systematisk og varsam med respekt for tidlegare opplevingar og smerte. Prøver for å utelukke seksuelt overførbare infeksjonar. Ultralyd for å utelukke patologi som til dømes malignitet («raude flagg»). Vattpinnetest i vulva. Undersøking av muskulatur i bekkenet bør inngå<sup>30</sup>. Ein kan byrja utanfrå og så nedanfrå og opp i skjeden. Start med varsam digital, vaginal penetrasjon med bruk av EIN finger med trykk mot m. levator ani (m. puborectalis, kl. 5 og kl. 7, ca. 2 cm innanfor introitus, sjå figur 2) (ikkje opp mot klitoris). Bevegelse av uterus kan ofte gi smerte. Sjølv lette trykk kan gi stor smerte. Demonstrer fyrst ved trykk mot pasientens kropp, til dømes pasienten sitt lår. Spekulumundersøking vil ikkje vera akseptabelt for alle.
- **MR/CT** kan vera indisert, mellom anna for å utelukke patologi
- **Laparoskopi** kan vera indisert i utredning og eventuell behandling , men ein skal ha god indikasjon og ein bør tilstrebe histologisk verifisering av diagnose etter visuelt bedømt endometriose.
- Bruk **standardiserte kartleggingsverktøy** der det er mogleg.
- Dersom kvinna har symptom frå fleire organområde bør ein vurdere tilvising til aktuelle spesialitet.



**Figur 2. Vaginal palpasjon av bekkenbunns-muskulatur (m. puborectalis).**  
Copyright K.C. Toverud CMI

## Oppfølging/behandling

### Generelt

- Mål for behandling er ikkje smertelette aleine, men betring av funksjon. Lov aldri smertefridom, men optimisme i forhold til smertelette, betre funksjon og auka livskvalitet. Ta opp relevante psykososiale forhold og sjølvforsterkande mekanismar i eit tempo pasienten tåler. Hjelp til sjølvhjelp.
- Vi tilrår ei biopsykososial tilnærming; å kome pasienten i møte ved å ta dei kroppslege plagene på alvor (det verste er å ikkje verta trudd), kartlegge smerten, men også vurdere lidingsstrykket. Tilpasse behandlinga til den einskilde.
- Trass i adekvat behandling (t.d. GnRH-analog) av utløysande årsak til nociseptiv smerte,(t.d. endometriose) kan nokre utvikle kronisk

nociplastisk smerte (ofte ikkje-syklisk). Behandling av opprinneleg årsak til smerten har da ikkje effekt og kan gi tilleggsplagar (t.d. klimakterielle plagar og auka risiko for osteoporose, emboli, høgt blodtrykk m.m.).

- Kirurgi aleine (t.d. hysterektomi) for smertelette utan kjend årsak har usikker/ingen effekt og kan forverre smertetilstanden (sensitisering)<sup>31</sup>. Vi frå råder kirurgi og tilrår tverrfagleg tilnærming.

## Medikamentell behandling

- Vi tilrår hormonbehandling med mål om amenore i dei tilfella det er syklisk og blødningsavhengig forverring av smertene. Kontinuerleg bruk av monofasiske p-piller som fyrsteval. Dersom det er djup og infiltrerande endometriose bør gestagenar vera fyrsteval<sup>32-34</sup>. Effekten bør evaluerast etter ca. 6 månader OBS! Tung biverknadsprofil ved langvarig bruk av GnRH-analog. Sjå også kapittelet om endometriose.
- For symptomlindring tilrår vi NSAIDs og paracetamol i kombinasjon som fyrsteval
- Opioidar har som hovudregel ikkje nokon plass i behandling av kroniske bekkensmerter grunna lite evidens av effekt og risiko for misbruk<sup>35</sup>
- Topikale analgetika:
  - Ved lokalisert smerte kan lidokain gel/salve og plaster (Versatis©) forsøkast.
  - Capsiciacin (chilipepper) salve eller plaster (Qutenza©) (OBS! gir ofte ei brennande kjensle i applisert område<sup>36</sup>).
- Bruk av injeksjonsbehandling lokalt med korttidsvirkande lokalanestetika (med og utan kortison) manglar dokumentert effekt på kroniske smerter. I diagnostiske høve kan effekten vere vanskeleg å evaluere.
- Vi tilrår behandling av samtidige smertefulle tilleggssymptom/tilstandar som irritabel tarm med diare med t.d. låg FODMAP diett og Loperamid, forstoppelse med t.d. Linaklotid, Norgine eller romoppfyllande avføringsmiddel.
- Bruk av nevromodulerande agens som antiepileptika, trisykliske antidepressiva (TCA) og serotonin-reopptakshemmarar (SNRI) er

etablerte medikament i behandlinga av kroniske smertetilstandar forårsaka av nerveskade (t.d. iatrogen skade etter kirurgi)<sup>37</sup>, men har usikker effekt ved viscerale (nociseptive/nociplastiske) smertetilstandar (endometriose, vulvodyni). Det er stor individuell variasjon i aksept og toleranse. Grunna uttalt biverknadsprofil bør ein ha høg terskel og god indikasjon for å prøve det ut. Prøv ut eit medikament i gangen med gradvis opptrapping over 4- 6 veker, evaluering av effekt etter 6 veker. Ved manglande effekt på smertene tilrår vi langsam nedtrapping. **NB!** Frå rådast brukt i svangerskap.

**Tabell 3: Forskriving av nevromodulerande medikament**

Medikament	Verknad	Praktisk forskriving	Evidens
Anti-epileptika (gabapentin (neurontin®) og pregabalin (Lyrica®))	Virkar mellom anna på NMDA-reseptoren i den nedstigande smertemodulerande spinothalamiske banen i CNS <sup>37-39</sup>	<b>Gabapentin:</b> Oppstart 300 mg x 1, sakte opptrapping med 300 mg kvar 3.- 7. dag til maks 3600 mg (blå resept). <b>Pregabalin:</b> 50-75 mg x 1-3, opptrapping kvar 3.-7. dag til maks 600 mg/dag. (OBS! Tilvenningsfare på line med benzodiazepinar. Kan søke Helfo etter utprøving av Neurontin fyrst).	IV
TCA (Sarotex® og Noritren®)	Tilleggseffekt på samtidig søvnproblem. Effekt som serotonin- og noradrenalin reopptakshemmarar gjennom auka tilgang på NA og serotonin i dei descenderande	<b>Sarotex :</b> Vesper (2 timer før leggetid) 10 mg, opptrapping kvar 3.-7. dag inntil max 60 mg. <b>Noritren:</b> 10 mg om morgonen same	IV

	smertemodifiserende banane. Særleg tilrådd ved mistanke om sentral sensitisering 38,40	opptrapping som for Sarotex.	
SNRI (Venlafaksin(efexor®), duloxetin (Cymbalta®))	Tilleggseffekt på samtidig senka stemningsleie. Effekt ved auka tilgang på NA og serotonin i dei descenderande, smertemodifiserende banane <sup>41</sup>	<b>Duloxetin:</b> Oppstart 30 mg, opptrapping kvar 7. dag til maks 90 mg. Evaluering av effekt etter 2-3 mnd. Sakte nedtrapping ved manglande effekt. <b>Venlafaksin:</b> Oppstart 75 -150 mg, sakte opptrapping etter 1-2 uker, max 375 mg, men er sjelden nødvendig. Sakte nedtrapping ved manglende effekt.	IV

### Nerveblokkerende medikament - Botox

- Botolinumtoxin hemmar frigjeringa av acetylkolin frå nervefiberterminalen ved den motoriske endeplata (kjemisk denervering av skjelettmuskelfibre)
- Injiserast i affiserte musklar og gir lokal lammelse. Effekten kjem fyrst etter nokre dagar til veker og avtar deretter, truleg av di det vert danna nye nevromuskulære bindingar. Etter ca 3 mnd må behandlinga som regel gjentakast
- Indikasjonen er «spastisk» bekkenbotn. Sprikande resultat i studiar <sup>42,43</sup>, men kan vurderast i forkant av behandling slik at bekkenbotnfysioterapeut får «kome til».

## Behandling av mistenkt «nerve entrapment» eller iatrogen nerveskade som årsak til smerte

- Medikamentell behandling med anti-epileptika er fyrsteval
- Ved mistanke om perifer nerveirritasjon/skade kan ein gjere nerveblokkade (ev. ultralydveileda) for diagnostikk: Trans abdominal plane block (TAPS) med lokalanestesi, ev. med tillegg av steroidar (for samtidig behandling)<sup>44</sup>. Evaluering av effekt kan vere vanskeleg. Pudendusblokkade tilrås berre i diagnostisk omsyn, men har liten terapeutisk konsekvens. Gjentatte blokkadar frarås
- I dei tilfella ein finn at dette er sannsynleg årsak til smerten kan ein eventuelt forsøke operativ frigjering av innklemte nerver, til dømes n. pudendalis<sup>45-47</sup> (III-IV). Behandlinga manglar dokumentert effekt

## Fysioterapi, manuell terapi og kognitiv terapi

- Sidan kvinner med kroniske bekkensmerta kan ha funn som tyder på affeksjon av muskel- og skjelettsystemet, anten primært eller sekundært, er fysioterapi ei viktig behandlingsform. Det finst nokre få gode RCT studiar knytt til fysioterapi ved kroniske bekkensmertar<sup>48-50</sup>
- Fleire studiar viser til betring i smertenivå etter behandling. Det er vanskeleg å vise til beste behandlingsform<sup>51-54</sup>
- Forsking per i dag indikerer at fysioterapi med vekt på ei heilheitleg, biopsykososial tilnærming med kognitive element, gir betre resultat enn fysioterapi avgrensa til strukturell behandling åleine

## Kognitiv terapi

- Kognitiv behandling og mindfulness har vist betring av katastrofetankar og smertereduksjon og nokre kohorte-studiar som inneheld kognitiv terapi, fysioterapi, og manuell terapi har funne betring i smerte<sup>55, 56</sup>
- Kognitiv terapi er prøvd ut for ulike former for kronisk smerte. Fleire studiar har vist effekt på betre mestring og betra funksjon<sup>57-59</sup>

## Tilvising til tverrfagleg smertepoliklinikk

- Fastlege, gynekologspesialist i praksis eller på sjukehus kan tilvisa pasienten med ein grunngeve søknad til ein tverrfagleg smertepoliklinikk
- Det er då viktig at all utredning er gjort, og at pasienten ikkje ventar på til dømes ein diagnostisk laparoskopi
- Pasienten må i tillegg vera motivert til å jobbe tverrfagleg, med til dømes lege med spesialitet innan smertebehandling (ikkje gynekolog), fysioterapeut, psykolog eller sjukepleiar
- Fleire rehabiliteringsinstitusjonar jobbar også tverrfagleg med utgangspunkt i en biopsykososiale forståing av langvarig smerte. Ved kroniske smerter med uttalt lidingstrykk og funksjonsfall tilrår vi å vurdere primær tilvising til eit tverrfagleg kartleggings- og utgreingsopphald framfor tilvising til smertepoliklinikk.

## Konsekvensar

- Kroniske bekkensmertar er assosiert med nedsett «quality of life» (QoL), fatigue, depresjon, angst, søvn- og samlivsproblematikk og seksuell dysfunksjon<sup>60-65</sup>
- Ein finn at 10 % av konsultasjonar i primærhelsetenesta og opp til 40 % av konsultasjonane hjå gynekolog er grunna kroniske bekkensmertar og 15-45 % av kvinner med kroniske bekkensmertar har redusert arbeidskapasitet og/eller har auka antal fråversdagar i jobb<sup>(62)</sup>
- Generelt ved kronisk smerte har ein sett at QoL er assosiert med tankane pasienten har om smerter meir enn intensiteten i smerten<sup>66</sup>
- Kvinner med kroniske bekkensmertar oppsøker ikkje alltid hjelp, men sjølvmediserer seg og er ofte bekymra for bakgrunnen for smerten<sup>67,68</sup>
- Ein studie frå 1996 i USA har sett på økonomiske konsekvensar av kroniske bekkensmertar. Estimert direkte kostnad per år er estimert til å vere 881,5 millionar dollar og total årleg indirekte kostnad på 555,3 millionar dollar<sup>62</sup>

## Komplikasjonar

- Ved langvarig smerte må ein så langt det er mogleg unngå at behandlinga i seg sjølv gir tilleggsproblem og biverknader
- **Medikamentavhengighet** Medikamentell symptomlindrande behandling med mål om smertelette kan raskt ende opp med eit uensiktsmessig medikamentbruk hjå kroniske smertepasientar. Opioidar er gode medikament for akutte nociceptive smertetilstandar, men har liten plass i behandlinga av kronisk smerte og nevropatiske smertetilstandar<sup>35</sup>. Verda over har ein sett ei auka bruk av opioidar og i land som t.d. USA har ein sett ein epidemi av overdosedødsfall grunna misbruk av reseptbelagte opioide legemiddel. Det har difor kome eit auka fokus på å redusere bruk av slike medikament mellom anna for kroniske smerter. NB, ein kan også sjå misbruk av benzodiazepinar, z-hypnontika og gabapentin/pregabalin.
- **Biverknader** Anti-epileptika og TCA har uttalt biverknadsprofil (spesielt kognitiv dysfunksjon) og ein bør difor ha høg terskel og klår indikasjon for bruk (spesielt hjå unge). Langvarig bruk av GnRH-analog har og mange biverknader (både på kort og på lengre sikt). Obs interaksjonar og multifarmasi.
- **Gjentatt kirurgi kan forverre smertene** Kroniske bekkenmerter er indikasjon for 40 % av gynekologiske laparoskopiar, men gir ikkje diagnose i meir enn om lag 50 % av tilfella. Gjentatt kirurgi auker risiko for komplikasjonar, t.d. vevsskade, nerveskade og adheransutvikling. Det er og vist at smerte før kirurgi auger risikoen for meir smerte etter kirurgi<sup>21,24,25</sup>

## Overlapp med andre kapitlar

[Endometriose](#)

[Vulvodyni](#)



## Pasientinformasjon

Informasjonsmateriell om bekken smerter

KiB: <http://nkib.helsekompetanse.no/tilstander/langvarige-underlivssmerter>

### Informasjonsfilmer som forklarer smerte

«Forstå smerte på 5 min» <https://www.youtube.com/watch?v=E9tVWoRhPKU>

«Why things hurt» TED talk, Lorimer Mosely, fysioterapeut

<https://www.youtube.com/watch?v=gwd-wLdIHjs>

“The pain revolution”, Lorimer Mosely

<https://www.youtube.com/watch?v=nifGFluVkUk>

## Referansar

1. IASP Task force on Taxonomy, Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press 1994; 209-14 Rev 2012
2. Yosef A, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, Cua G, Bedaiwy MA. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment. Middle East Fertility Society Journal. 2016;21(4):205-21..
3. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice AS, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? Pain. 2016;157(7):1382-6.
4. Chimenti RL, Frey-Law LA, Sluka KA. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. Phys Ther. 2018;98(5):302-14.
5. Clauw DJ. Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2015. p. 6-19. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1998;105(1):93-9.
6. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Urology. 2010;57(1):35-48.

7. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, et al. The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development. *European Urology*. 2013;64(3):431-9.
8. Ayorinde, A., Bhattacharya, S., Druce, K., Jones, G. and Macfarlane, G. (2017), Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. *Eur J Pain*, 21: 445-455. doi:[10.1002/ejp.938](https://doi.org/10.1002/ejp.938)
9. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician*. 2014;17(2):E141-7.
10. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177-.
11. Loving, S., Thomsen, T., Jaszczak, P., & Nordling, J. (2014). Female chronic pelvic pain is highly prevalent in Denmark. A cross-sectional population-based study with randomly selected participants, *Scandinavian Journal of Pain*, 5(2), 93-101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.12.002>
12. Shoja, M.M., Sharma, A., Mirzayan, N., Groat, C., Watanabe, K., Loukas, M. and Shane Tubbs, R. (2013), Neuroanatomy of the female abdominopelvic region: A review with application to pelvic pain syndromes. *Clin. Anat.*, 26: 66-76. doi:[10.1002/ca.22200](https://doi.org/10.1002/ca.22200)
13. Malykhina AP. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization. *Neuroscience* 2007; 149:660-72
14. Kaya S, Hermans L, Willelms T, Roussel N, Maeus M. Central Sensitization In Urogynecological Chronic Pelvic Pain: A systematic Literature Review. *Pain Phys* 2013;16:291-308
15. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006; 332(7544):749-55
16. Montenegro ML, et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;147:21–24
17. Gyang, Anthony, MD; Hartman, Melissa, DO; Lamvu, Georgine, MD, MPH Musculoskeletal Causes of Chronic Pelvic Pain, *Obstetrics &*

Gynecology: March 2013 - Volume 121 - Issue 3 - p 645-650 doi:  
10.1097/AOG.0b013e318283ffea

18. Aredo JV, Heyrana KJ, Karp BI, Shah JP, Stratton P. Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin Reprod Med.* 2017;35(1):88-97. doi:10.1055/s-0036-1597123
19. P. Vercellini, L. Fedele, G. Aimi, G. Pietropaolo, D. Consonni, P.G. Crosignani, Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients, *Human Reproduction*, Volume 22, Issue 1, Jan 2007, Pages 266–271, <https://doi.org/10.1093/humrep/del339>
20. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2011;17(3):327-346. doi:10.1093/humupd/dmq050
21. Bruce J, Quinlan J. Chronic Post Surgical Pain. *Rev Pain.* 2011;5(3):23-29. doi:10.1177/204946371100500306
22. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain.* 2012 Jul;153(7):1390-6. doi: 10.1016/j.pain.2012.02.018. Epub 2012 Mar 24. PMID: 22445291.
23. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol.* 2008 Apr;111(4):839-46. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a4efa. PMID: 18378742.
24. Kuponiyi, O, Alleemudder, DI, Latunde-Dada, A, Eedarapalli, P. Nerve injuries associated with gynaecological surgery. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2014; 16: 29– 36.
25. Carey ET, As-Sanie S. New developments in the pharmacotherapy of neuropathic chronic pelvic pain. *Future science OA.* 2016;2(4):Fso148.
26. Schug, Stephan A., Bruce, Julie. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain, *PAIN Reports: November/December 2017 - Volume 2 - Issue 6 - p e627* doi: 10.1097/PR9.0000000000000627
27. Reddi D, Curran N. Chronic pain after surgery: pathophysiology, risk factors and prevention. *Postgraduate Medical Journal* 2014;90:222-227.

28. Sullivan MJ, Scott W, Trost Z. Perceived injustice: a risk factor for problematic pain outcomes. *Clin J Pain*. 2012;28(6):484-488. doi:10.1097/AJP.0b013e3182527d13
29. Krantz, Tessa E. MD; Andrews, Nicholas MD, PhD; Petersen, Timothy R. PhD; Dunivan, Gena C. MD; Montoya, Maria MD; Swanson, Naomi MD; Wenzl, Cynthia K. BS; Zambrano, Julissa R.; Komesu, Yuko M. MD Adverse Childhood Experiences Among Gynecology Patients With Chronic Pelvic Pain, *Obstetrics & Gynecology*: November 2019 - Volume 134 - Issue 5 - p 1087-1095 doi: 10.1097/AGG.0000000000003533
30. Apte G, Nelson P, Brismee JM, Dedrick G, Justiz R, 3rd, Sizer PS, Jr. Chronic female pelvic pain--part 1: clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*. 2012;12(2):88-110.
31. Birgitte Brandsborg, Lone Nikolajsen, Charlotte T. Hansen, Henrik Kehlet, Troels S. Jensen; Risk Factors for Chronic Pain after Hysterectomy: **A Nationwide Questionnaire and Database Study**. *Anesthesiology* 2007; 106:1003–1012 doi: <https://doi.org/10.1097/01.anes.0000265161.39932.e8>
32. Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, Borghi A, Dridi D, Somigliana E. Medical treatment of endometriosis-related pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;51:68-91. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.01.015
33. Farquhar, C. M., Rogers, V., Franks, S., Pearce, S., Wadsworth, J., & Beard, R. W. (1989). A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate and psychotherapy for the treatment of pelvic congestion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96(10), 1153-1162.
34. Walton SM, & HK., B. (1992). The use of medroxyprogesterone acetate 50mg in the treatment of painful pelvic conditions: preliminary results from a multicentre trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 12(Suppl 2), 50-53.
35. Rosenblum A, Marsch LA, Joseph H, Portenoy RK. Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2008;16(5):405-416. doi:10.1037/a0013628

36. Turini, D., Beneforti, P., Spinelli, M., Malagutti, S., & Lazzeri, M. (2006). Heat/burning sensation induced by topical application of capsaicin on perineal cutaneous area: new approach in diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome? *Urology*, *67*(5), 910-913. doi:10.1016/j.urology.2005.11.028
37. Vincent K, Baranowski A, Bhattacharya S, Birch J, Cheong Y, Cregg R, et al. GaPP2, a multicentre randomised controlled trial of the efficacy of gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women: study protocol. *BMJ Open*. 2018;8(1):e014924.
38. Sator-Katzenschlager, S. M., Scharbert, G., Kress, H. G., Frickey, N., Ellend, A., Gleiss, A., & Kozek-Langenecker, S. A. (2005). Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *117*(21-22), 761-768. doi:10.1007/s00508-005-0464-2
39. Vincent, K., Baranowski, A., Bhattacharya, S., Birch, J., Cheong, Y., Cregg, R., . . . Horne, A. W. (2018). GaPP2, a multicentre randomised controlled trial of the efficacy of gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women: study protocol. *BMJ Open*, *8*(1), e014924. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5879736/pdf/bmjopen-2016-014924.pdf>
40. Foster, H. E., Jr., Hanno, P. M., Nickel, J. C., Payne, C. K., Mayer, R. D., Burks, D. A., . . . Nyberg, L. M. (2010). Effect of amitriptyline on symptoms in treatment naïve patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Journal of Urology*, *183*(5), 1853-1858.
41. Giannantoni, A., Porena, M., Gubbiotti, M., Maddonni, S., & Di Stasi, S. M. (2014). The efficacy and safety of duloxetine in a multidrug regimen for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*, *83*(2), 400-405. doi:10.1016/j.urology.2013.09.024
42. Abbott, J. A., Jarvis, S. K., Lyons, S. D., Thomson, A., & Vancaille, T. G. (2006). Botulinum toxin type A for chronic pain and pelvic floor spasm in women: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, *108*(4), 915-923. doi:10.1097/01.AOG.0000237100.29870.cc
43. Levesque, A., Ploteau, S., Michel, F., Siproudhis, L., Bautrant, E., Eggermont, J., . . . Labat, J.-J. (2020). Botulinum toxin infiltrations versus local anaesthetic infiltrations in pelvic floor myofascial pain:

multicentre, randomized, double-blind study. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, S1877-0657(1820)30029-30024.

doi:10.1016/j.rehab.2019.12.009

44. Tsai HC, Yoshida T, Chuang TY, et al. Transversus Abdominis Plane Block: An Updated Review of Anatomy and Techniques. *Biomed Res Int*. 2017;2017:8284363. doi:10.1155/2017/8284363
45. Possover, M., Andersson, K. E., & Forman, A. (2017). Neuropelvelogy: An Emerging Discipline for the Management of Chronic Pelvic Pain. *Int Neurourol J*, 21(4), 243-246. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5756824/pdf/inj-1735036-518.pdf>
46. Labat, J. J., Riant, T., Robert, R., Amarenco, G., Lefaucheur, J. P., & Rigaud, J. (2008). Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourology and Urodynamics*, 27(4), 306-310. doi:10.1002/nau.20505
47. Mollo, M., Bautrant, E., Rossi-Seignert, A. K., Collet, S., Boyer, R., & Thiers-Bautrant, D. (2009). Evaluation of diagnostic accuracy of Colour Duplex Scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in Pudendal Neuralgia by entrapment: a prospective study on 96 patients. *Pain*, 142(1-2), 159-163. doi:10.1016/j.pain.2009.01.019
48. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Klemmetsen I, Malt UF. Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: results of a randomized controlled intervention study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006;194(5):1303-1310.
49. Fitzgerald MR, Anderson RU, Potts J, Payne CK et al. Randomized Multicenter Feasibility Trial of Myofascial Physical Therapy for the Treatment of Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes. *J Urol* 2013 Jan;189(1 Suppl):S75-85. doi: 10.1016/j.juro.2012.11.018.
50. Ariza-Mateos, MJ, Cabrera-Martos I, Ortiz-Rubio A, Torres-Sánchez.I. Effects of a Patient-Centered Graded Exposure Intervention Added to Manual Therapy for Women With Chronic Pelvic Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 2019 100(1):9-16.
51. Susanne G. R. Klotz MSc, PT, HS, Mila Schön BSc, PT, Gesche Ketels BA, PT, HE, Bernd Löwe MD & Christian A. Brünahl

- MD (2019) Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): A systematic review, *Physiotherapy Theory and Practice*, 35:6, 516-532, DOI: [10.1080/09593985.2018.1455251](https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1455251)
52. Fuentes-Márquez P, Cabrera-Martos I, Valenza MC. Physiotherapy interventions for patients with chronic pelvic pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2019;35(12):1131-1138. doi:10.1080/09593985.2018.1472687
  53. Loving S, Nordling J, Jaszczak P, Thomsen T. Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review. *Scand J Pain.* 2012;3(2):70-81. Published 2012 Apr 1. doi:10.1016/j.sjpain.2011.12.002
  54. Haugstad GK, Kirste U, Leganger S, Haakonsen E, Haugstad TS. Somatocognitive therapy in the management of chronic gynaecological pain. A review of the historical background and results of a current approach. *Scand J Pain.* 2018;2(3):124-129. Published 2018 Jul 1. doi:10.1016/j.sjpain.2011.02.005
  55. Bergeron S, Khalifé S, Dupuis MJ, McDuff P. A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia.
  56. Meissner K, Schweizer-Arau AM, Limmer A, Preibisch C et al. Psychotherapy With Somatosensory Stimulation for Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2016;128(5):1134-1142. doi: 10.1097/AOG.0000000000001691.
  57. *J Consult Clin Psychol.* 2016 Mar;84(3):259-68. doi: 10.1037/ccp0000072. Epub 2016 Jan 4. PMID: 26727408.
  58. Champaneria R, Daniels J P, Raza A, Pattison HM, Khan KS. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2012; 91: 281–286
  59. Urits, I., Hubble, A., Peterson, E. *et al.* An Update on Cognitive Therapy for the Management of Chronic Pain: a Comprehensive Review. *Curr Pain Headache Rep* **23**, 57 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0794-9>
  60. Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., Jenkinson, C.P., Dawes, M.G., Barlow, D.H. and Kennedy, S.H., 2001b. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness

behaviour. *British Journal of General Practice*, Jul, vol. 51, no. 468, pp. 541-547.

61. Walling, M.K., O'Hara, M.W., Reiter, R.C., Milburn, A.K., Lilly, G. and Vincent, S.D., 1994. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstetrics & Gynecology*, Aug, vol. 84, no. 2, pp. 200-206.
62. Romao, A.P., Gorayeb, R., Romao, G.S., Poli-Neto, O.B., Dos Reis, F.J., Rosa-E-Silva, J.C. and Nogueira, A.A., 2009. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International Journal of Clinical Practice*, May, vol. 63, no. 5, pp. 707-711.
63. Mathias, S.D., Kuppermann M., Liberman, R.F., Lippschutz, R.C. and Steege, J.F., 1996. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics & Gynecology*, Mar, vol. 87, no. 3, pp. 321-327.
64. Grace, V.M. and Zondervan, K.R., 2004. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 08, vol. 28, no. 4, pp. 369-375 ISSN 1326-0200.
65. Grace, V. and Zondervan, K., 2006. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care for Women International*, Aug, vol. 27, no. 7, pp. 585-599.
66. Lamé, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W.S., Kleef, M.v. and Patijn, J., 2005. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 2, vol. 9, no. 1, pp. 15-24 ISSN 1090-3801. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.006>.
67. Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., Jenkinson, C.P., Dawes, M.G., Barlow, D.H. and Kennedy, S.H., 2001a. Chronic pelvic pain in the community - Symptoms, investigations, and diagnoses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, May 2001, vol. 184, no. 6, pp. 1149-1155.
68. Coelho, L., Brito, L., Chein, M., Mascarenhas, T.S., Costa, J., Nogueira, A.A. and POoli-Neto, O., 2014. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Brazilian*



Journal of Medical and Biological Research, 05/27, vol. 47, no. 9, pp.  
818-825 PMC. ISSN 0100-879X; 1414-431X. DOI 10.1590/1414-  
431X20143710.