

Kroniske bekkensmerter



Definisjoner

- En ubehagelig sensorisk og følelsmessig opplevelse knyttet til truende eller eksisterende vevsødeleggelse eller beskrevet som slik ødeleggelse
- Kronisk: Konstant eller gjentatt med varighet over 3-6 måneder (varierende brukt i studier)
 - Smerte beskrevet fra bekkenet – fra navlen til perineum, eventuelt med utstråling til korsrygg, sacrum og/eller underekstremiteter.
 - Begrepet beskriver et symptom og ikke en egen sykdom (brukes ulikt i ulike studier og guidelines)
 - Inkluderer vanligvis ikke smerte kun knyttet til samleie eller menstruasjon som kronisk bekken smerte
 - Noen inkluderer bare smerte som forårsaker funksjonssvikt og trenger behandling



Forekomst

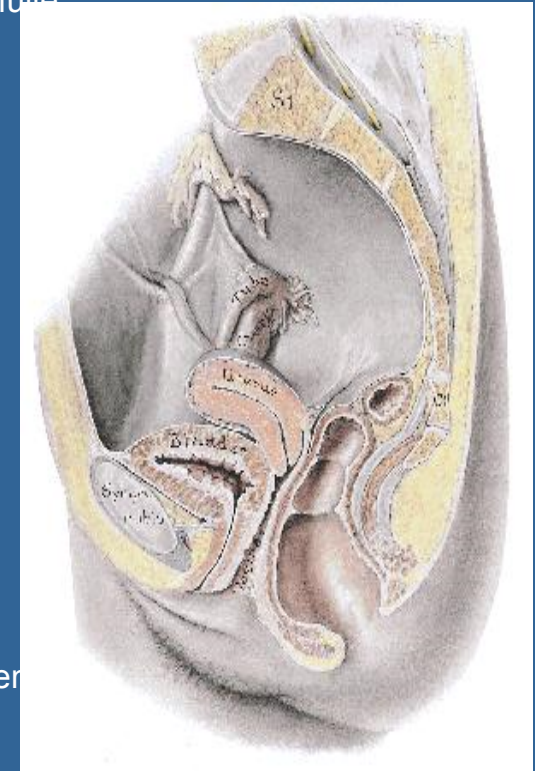
- Data er usikre - få populasjonsbaserte studier og skiftende definisjoner av tilstanden
- Metaanalyse fra 2014 angir prevalens mellom 5,7 % og 26,6 %

Etiologi

Ulike teorier, omtales som ”sammensatt komplisert tilstand”

Best dokumentert:

- Kroniske smerter er resultat av varige endringer i nervecellers funksjon etter repetert smertefulle erfaringer
- Innebærer hyperestesi, allodyni (smertefølelse ved ikke skadelige stimuli) og andre feilfunksjoner.
 - Pga distribusjonen av nervefibre fra viscera vil smertefulle ”hendelser” i alle abdominalorganer virke synergistisk og smerten er vanskelig å lokalisere
- Ofte et element av primær eller sekundær overført smerte i muskulatur.
- Genetiske, emosjonelle, hormonelle og intellektuelle forhold influerer på nevrogen plastisitet (nervecellers evne til varig endring etter repetert eller sterk stimulering) og risiko for å utvikle kronisk smerte, men det finnes ikke enkle lineære sammenhenger
- Kronisk smerte av alvorlig grad er sjelden **resultat av en enkel faktor eller sykdom**
 - det som initierte behøver ikke ha nær sammenheng med det som vedlikeholder smerten
- Inflammasjon av nevrogen vev og/eller det smertefulle vev er ofte en vesentlig faktor
- Endometriose, adenomyose, enkelte myomer og adheranser er assosiert med langvarige smerter
- Iatrogen etiologi ved skade av n.ileoinguinalis, n. femoralis, n.ileohypogastricus, n. genitofemoralis, n. femorocutaneus lateralis, sacrale røtter, n.obturator og n. pudendus ved kirurgi, ofte pga suboptimalt leie eller bruk av haker, men også ved direkte kirurgisk skade.
 - Pfannenstielsnitt og vaginalkirurgi med nett er hyppigere årsak enn lengdesnitt og



Risikofaktorer

- Jo flere vevstraumer i abdomen/bekken, jo større risiko
- Endometriose, infeksjoner og operasjoner vanligst
- Ugunstige tidligere eller pågående psykososiale forhold øker risikoen betydelig:
 - Mishandling
 - Overgrep
 - Omsorgssvikt
 - Relasjonsproblemer (jobb, venner, familie, partner)
 - Patologisk stress

Klinisk uttrykk

- Smerter fra viscera og abdominalveggen kan være vanskelige å skille, likeledes smerter fra ulike organsystemer.
- Overførte smerter og utbredt sensibilisering (reduisert smerteterskel, hyperestesi og allodyni i nærliggende organer) er regelen:
 - nevropatiske smerter med sensibilitetstap eller parestesier (etter kirurgisk behandling)
 - mer diffuse smerter - organsymptomatologi i tillegg til smerter. Syklisk variasjon er vanlig også uten endometriose
- Autonome reaksjoner (svimmelhet, kvalme, hudreaksjoner, kaldsvette, temperaturvariasjoner) er vanlig:
 - Forverres ofte av bevegelse og fører til passivitet
 - Som ved alle langvarige smertetilstander er søvnforstyrrelser og nedsatt stemningsleie vanlig

Diagnostikk

- **Sjelden mulig å identifisere en sikker årsak**
- **Bestrebe seg på å avdekke vedlikeholdende faktorer som kan modifiseres**

Diagnostikk

Anamnese

Svært viktig - Standardiserte spørreskjemaer som pasienten utfyller på forhånd kan lette arbeidet (For eksempel spørreskjema fra International Pelvic Pain Society)

- Tidligere operasjoner, fødsler, smertefulle opplevelser og skader
- Sosiale og emosjonelt betydningsfulle hendelser
- Relasjon til partner/seksualitet, overgrep, utdanning, arbeid
- Utredning og behandlingsforsøk.:
 - Oversikt over og helst epikrise fra tidligere kontakter med helsevesenet som omfatter samme problemstilling (pasientene har ofte mistillit til behandlingsapparatet og trenger ofte en ny forklaring)
- Aktuelle symptomer
- Somatiske – hvor er det vondt, hvordan varierer det, hva utløser, forverrer, lindrer smerten.
- Naturlige funksjoner inkludert seksualitet
- Psykiske – depresjon, angst
- Pågående behandling
- Konsekvenser for samliv, graviditeter, arbeid, utdanning m.m.
- Hvilken forståelse har pasienten av det som har skjedd henne

Diagnostikk

Gynekologisk undersøkelse

- Målet: finne ut hva som utløser smerte og finne/utelukke det som pasienten bekymrer seg for
- Inkluderer varsom palpasjon av muskulaturen i bekkenet, abdominalvegg og arr-områder og en orienterende sensibilitetsvurdering
- Vaginal ultralyd (forklar uterus, tuber og ovariers funksjon)

Diagnostikk

Kompletterende undersøkelser

- Laparoskopi er ikke et krav, men kan være nyttig for å erkjenne eller utelukke endometriose
- Gjentakelse av tidligere undersøkelser bare ved nye funn som gir ny mistanke om patologi
- Us. av tarm, urinveier, rygg avhengig av anamnese og funn

Differensialdiagnoser

De ulike diagnosene kan være en del av totalsituasjonen. Særlig sees irritabel kolon og interstitiell cystitt og bekkenmerter ofte i sammenheng

- Irritabel kolon, cøliaki eller av og til inflammatorisk tarmsykdom
- Interstitiell cystitt/overaktiv blære
- Bechterevs sykdom
- Kronisk bekkenløsning
- Ryggskade
- Fibromyalgi
- Brokk
- Multippel sklerose
- Diabetes
- Hypotyreose
- Porfyri
- SLE, Sjøgrens syndrom

Behandling

Generelt

- Alle tilgjengelige faktorer skal behandles – helst samtidig – hvis det kan gjøres uten risiko for å forverre skaden
- Forventet behandlingseffekt bør defineres før start. Ofte må man nøye seg med redusert smerte og bedret funksjon
- Smerte skaper smerte. Viktig å hindre eller lindre akutte forverrelser
- Tverrfaglige smerteklinikker med kognitive behandlingsmodeller har til dels gode resultater
- Somatokognitiv terapi: Fysioterapi med på fokus på kroppsbevissthet gjennom utforskning av gode puste- og bevegelsesmønstre
 - Gro Killi Haugstads artikkel: Somatokognitiv terpi ved kroniske gynekologiske smertetilstander i underliv og vulva

Behandling

Muskulære smerter

- Er det vanligste funn og bør behandles for å få bedring hvis det påvises
- Varme (bad, badstu, puter etc.)
- Bevegelsestrening i varmtvannsbasseng
- Avspenningsteknikker
- Fysioterapi med på fokus på kroppsbevissthet gjennom utforskning av gode puste- og bevegelsesmønstre (Somatokognitiv terapi ved kroniske gynekologiske smertetilstander i underliv og vulva)

—

Behandling

Neurogene smerter

- Antiepileptika:
 - *Gabapentin/pregabalin* (Neurontin[®], Lyrica[®])
- Antidepressiva:
 - *Duloxetine* (Cymbalta[®]), *amitriptylin* (Sarotex[®]) 10-50 mg vesper, også for søvnvansker
- Nerveblokader
- Analgetika:
 - mange funnet unyttig og selvseponert, noen har et misbruksproblem
 - Vil sjelden gi bedre effekt enn 50 % redusert smerte bortsett fra ved dysmenore
 - Opioider kan øke smerte fra GE tractus og skal ikke brukes ved langvarig benign smerte uten somatisk veldefinert årsak
- Henvis evt. til tverrfaglig smerteklinikk hvis nødvendig

Behandling

Dysmenoré, ovulasjonssmerter og annen syklisk forverrelse

- NSAIDs evt i kombinasjon med paracetamol tilstrekkelig dosert til at kvinnen kan være i normal funksjon
- P-piller helst i langsyklus
- GnRH-analog kan forsøkes i en kort periode:
 - Ved forlenget behandling suppleres med lav dose østrogen
- Kontinuerlig gestagen, evt som hormonspiral
- Syklusnedregulering kan gi lindring også uten påvist endometriose hvis smerten forverres i menstruasjon/lutealfase og kan derfor være indisert uten verifisert sykdom

Behandling

Endometriose

- Rektovaginal dyp endometriose og andre forekomster der lesjonene gir trykk på omliggende strukturer bør behandles kirurgisk, men ved peritoneale lesjoner og endometriomer er resultatene mer usikre
- Medikamentell behandling som ved syklusregulering kan forsøkes

Behandling

Irritabel kolon (IBS)

- Kostholdsomlegging. FODMAP diett kan forsøkes ved diare plager
- *Linaclotide* (Constella[®]) kan forsøkes ved obstipasjonspreget tilstand
- Stressmestringsteknikker, avspenningsterapi, somatokognitiv fysioterapi

Behandling

Depresjon

- SSRI i perioder hvis tilstanden hindrer pasienten i å nyttiggjøre seg annen terapi, kan også hjelpe på søvn og i noen grad på smerter
- Psykoterapi

Relasjonsproblemer

- Henvisning til familierapi/psykolog

Kognitiv psykoterapi

- Nesten alltid nyttig
- Respektfullt, men profesjonelt "Ja du har vondt, det er reelt, men det finnes andre forklaringer på det og andre løsninger på det enn de du hittil har forsøkt"
- Tro på pasientens historie, men ikke alltid på hennes forklaringer

Behandling

Kirurgi

- Kan være det eneste som hjelper i noen tilfeller
 - Sterk placeboeffekt, vanskelig å forutse effekten på sikt.
- Meget viktig at all kirurgi gjøres i adekvat analgesi med tilstrekkelig postoperativ smertelindring
- Mange eksempler på forverring eller ingen effekt, antagelig fordi man ikke kan fjerne det vev som i realiteten er endret – nevroner
 - Pasienter med kroniske smertetilstander risikerer i større grad enn andre forverrelse av smerter etter kirurgiske prosedyrer.
- Ved adherenser: Årsakssammenhengen diskuteres, resultatene spriker, faren for residiv etter fjerning er stor
 - Kirurgisk deling kan gi bedring hvis ileusssymptomer eller dislokering/strekk på organer og ved innkapslete aktive ovarier/ovarialrester
- Laparoskopisk Uterine Nerve Ablation (LUNA) er ikke vist å ha effekt

Oppfølging

- Langvarig, flere år
 - Det tar tid å endre bevegelsesmønstre, tilbakefall er vanlig
- Faste avtaler
- Individuell tilpasning, rikelig med motivasjon
- Samarbeid med primærlege og fysioterapeut

Komplikasjoner og forløp

- Medikamentavhengighet eller andre medikament-spesifikke komplikasjoner
- Vanlige kirurgiske komplikasjoner
- Gjentatte operasjoner kan forverre en nerveskade.
- Varierende naturlig forløp og behandlingsrespons
- Varierer fra tilnærmet smertefrihet til ingen effekt
 - Avhengig av pasienten, nettverkets ressurser og tilgjengelig terapi
- Kan medføre uføretrygd, samlivsbrudd
- Realistisk mål er normalt dagligliv og forbedret arbeidsevne

Pasientinformasjon

- Enkle skisser over bekken, nervesystem og forbindelsen mellom bekken og hjernen tilpasset pasienten som basis for informasjon om normal anatomi og fysiologi er nyttige
- Flere pasientorganisasjoner gir nyttig informasjon, men unngå de som legger for stor vekt på offerrolle og passivitet
 - Internatioal Pelvic Tain Society
 - International Association for the Study of Pain

Take home message

- Grundig utredning med omfattende anamnese og klinisk undersøkelse, om nødvendig ved langvarig konsultasjon
- Nedregulering av syklus ved syklisk forverrelse av smerter
- Kirurgisk behandling ved dyp infiltrerende endometriose og adhesjoner som forårsaker strekk på og/eller hindret funksjon av involverte organer
 - LUNA (Laparoskopic Uterine Nerve Ablation anbefales ikke
- Behandling av vedlikeholdende faktorer

