

Kroniske bekkensmerter

Umni Kirste

Rolf Kirschner

Anne Lise Helgesen

Mette Løkeland

Irina Eide

Gro Killi Haugstad

Anbefalinger

- *Grundig utredning med omfattende anamnese og klinisk undersøkelse, om nødvendig ved langvarig konsultasjon (foreslås)
- *Nedregulering av syklus ved syklisk forverrete smerter (foreslås)
- *Kirurgisk behandling ved dyp infiltrerende endometriose og adherenser som forårsaker strekk på og/eller hindret funksjon av involverte organer (foreslås)
- *LUNA anbefales ikke
- *Behandling av vedlikeholdende faktorer (foreslås)

Søkestrategi

- *Pubmed
- *Up-to-date,
- *BMJ Best practice,
- *Cochrane Library,
- *RCOG guidelines

Definisjoner

- *Av smerte: En ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse knyttet til truende eller eksisterende vevsødeleggelse eller beskrevet som slik ødeleggelse¹
- *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 og brukes ulikt i ulike studier og guidelines. Man inkluderer vanligvis ikke smerte kun knyttet til samleie eller menstruasjon som kronisk bekkensmerter. Noen inkluderer bare smerte som forårsaker funksjonssvikt og trenger behandling. Smerter ved aktiv cancer behandles i Veileder for Gynekologisk kreft og i vulva under kapitlet om Vulvodyni.

Forekomst

Data er usikre pga få populasjonsbaserte studier og skiftende definisjoner av tilstanden. En metaanalyse fra 2014 angir prevalens mellom 5,7 % og 26,6 % (II)²⁻⁵

Etiologi

Ulike teorier, omtales som "sammensatt komplisert tilstand". Best dokumentert er:

- *Kroniske smerter er resultat av varige endringer i nervecellers funksjon etter repetert smertefulle erfaringer(II)⁶⁻⁹
- *Innebærer hyperestesi, allodini (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(II)⁶⁻⁹
- *Den vil hos de fleste ha et element av primær eller sekundær overført smerte i muskulatur(I –III)¹⁰. Smerteopplevelsen er et resultat av nerveimpulser og er reell smerte(II)^{6,7}
- *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(II)¹¹
- *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(II)¹²
- *Inflammasjon av nevrogent vev og/eller det smertefulle vev er ofte en vesentlig faktor (III)¹³
- *Endometriose, adenomyose, enkelte myomer og adheranser er assosiert med langvarige smerter(II)¹⁴
- *Iatrogen etiologi ved skade av n.ileoinguinalis, n. femoralis, n.ileoypogastricus, 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 laparoskopiske snitt(II)¹⁵

Risikofaktorer

- *Jo flere vevstraumer i abdomen/bekken, jo større risiko (III)¹⁴
- *Endometriose, infeksjoner og operasjoner vanligst(II)¹⁴
- *Ugunstige tidligere eller pågående psykososiale forhold som øker risikoen betydelig er (III)¹⁴
 - *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. (III)^{16,17}. Kan deles i nevropatiske smerter med sensibilitetstap eller parestesier, som regel etter kirurgisk behandling, og mer diffuse smerter som ofte følges av organsymptomatologi i tillegg til smerter. (IV) Syklisk variasjon er vanlig også uten endometriose (III)^{16,17}. Autonome reaksjoner (svimmelhet, kvalme, hudreaksjoner, kaldsvette, temperaturvariasjoner) er vanlig.(IV)^{16,17,18}. Forverres ofte av bevegelse og fører til passivitet. (IV). Som ved alle langvarige smertetilstander er søvnforstyrrelser og nedsatt stemningsleie vanlig (III)^{16,17,18}.

Diagnostikk

Det er sjelden mulig å identifisere en sikker årsak, man bør bestrebe seg på å avdekke vedlikeholdende faktorer som kan modifiseres. (Anbefales)¹⁸.

Anamnese

Er svært viktig. Standardiserte spørreskjemaer som pasienten utfyller på forhånd kan lette arbeidet. For eksempel dette [spørreskjemaet 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 henne²⁰

Gynekologisk undersøkelse

- *Målet er å finne ut hva som utløser smerte og finne/utelukke det som pasienten bekymrer seg for(IV)¹⁸
- *Inkluderer varsom palpasjon av muskulaturen i bekkenet, abdominalvegg og arrområder og en orienterende sensibilitetsvurdering(III)¹⁹
- *Vaginal ultralyd, forklar uterus, tuber og ovariers funksjon

Kompletterende undersøkelser

- *Laparoskopi er ikke et krav, men kan være nyttig for å erkjenne eller utelukke endometriose (III)¹⁶
- *Gjentagelse av tidligere undersøkelser bare ved nye funn som gir ny mistanke om patologi (IV)
- *Av tam, urinveier, rygg avhengig av anamnese og funn(III)¹⁶

Differensialdiagnoser

Obs! De ulike diagnosene kan være en del av totalsituasjonen. Særlig sees irritabel kolon, interstitiell cystitt og bekkenmerter ofte i sammenheng(II)¹⁴

- *Irritabel kolon, cøliaki eller av og til inflammatorisk tarmsykdom
- *Interstitiell cystitt/overaktiv blære
- *Bekhterevs 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 (III). Forventet behandlingseffekt bør defineres før start. Ofte må man nøye seg med redusert smerte og bedret funksjon²¹

- Smerte skaper smerte. Viktig å hindre eller lindre akutte forverrelser (III)
- Tverrfaglige smerteklinikker med kognitive behandlingsmodeller har til dels gode resultater(IIa)^{22,23}
- Somatokognitiv terapi. Gro Killi Haugstads artikkel [Somatokognitiv terapi ved kroniske gynekologiske smertetilstander i underliv og vulvae \(pdf\)](#)

Muskulære smerter

- Er det vanligste funn og bør behandles for å få bedring hvis det påvises (IIa – IV)^{17,19}
- Varme (bad, badstu, puter etc.)
- Bevegelsestrening i varmtvannsbasseng
- Avspenningsteknikker
- Fysioterapi med på fokus på kroppsbevissthet gjennom utforskning av gode puste- og bevegelsesmønstre^{23,24} ([Somatokognitiv terapi ved kroniske gynekologiske smertetilstander i underliv og vulvae \(pdf\)](#))

Neurogene smerter

- Antiepileptika: *Gabapentin/pregabalin* (Neurontin[®], Lyrica[®]) (Ib)
- Antidepressiva: *Duloxetine* (Cymbalta[®]), *amitriptylin* (Sartex[®]) 10-50 mg vesper, også for søvnvansker (IIb)
- Nerveblokkader^{21,23,27}
- Analgetika har mange funnet nyttig og selvseponert, men noen har et misbruksproblem. Vil sjelden gi bedre effekt enn 50 % redusert smerte bortsett fra ved dysmenore. Opioider kan øke smerte fra GE tractus (II) og skal ikke brukes ved langvarig benign smerte uten somatisk veldefinert årsak²⁶
- Henvis evt. til tverrfaglig smerteklinikk hvis nødvendig(Ib – III)²⁷

Dysmenoré, ovulasjonssmerter og annen syklisk forverrelse(II-IV)^{21,23,27}

- 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

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(IIb – IV)²⁷
- Medikamentell behandling som ved sykklusregulering kan forsøkes Link Veilederkapittel "Endometriose – adenomyose"

Depresjon

- SSRI eller NSRI i perioder hvis tilstanden hindrer pasienten i å nyttiggjøre seg annen terapi, kan også hjelpe på søvn og i noen grad på smerter
- Psykoterapi^{18,27}

Irritabel kolon (IBS)

- Kostholdsomlegging. FODMAP diett kan forsøkes ved diare plager(III)²⁷
- *Linaclotide* (Constella[®]) kan forsøkes ved obstipasjonspreget tilstand (IIb)
- Stressmestringsteknikker, Avspenningsterapi, somatokognitiv fysioterapi²⁷

Relasjonsproblemer

- Henvisning til familierapi/psykolog hvis en ikke selv føler seg kompetent/har tid

Kognitiv psykoterapi

- Nesten alltid nyttig og bør prege ens måte å møte pasienten på(IIa)²⁹
- 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" (IV)
- Tro på pasientens historie, men ikke alltid på hennes forklaringer (IV)

Kirurgi

- Kan være det eneste som hjelper i noen tilfeller (III)^{18,21,23,27}. Sterk placeboeffekt, vanskelig å forutse effekten på sikt.
- Meget viktig at all kirurgi gjøres i adekvat analgesi, helst ledningsblokk, med tilstrekkelig postoperativ smertelindring (III).
- Mange eksempler på forverring eller ingen effekt, antagelig fordi man ikke kan fjerne det vev som i realiteten er endret – nevroner (IV). Pasienter med kroniske smertetilstander risikerer i større grad enn andre forverrete smerter etter kirurgiske prosedyrer.

- Ved adherens: Årsakssammenhengen diskuteres, resultatene spriker, faren for residiv etter fjerning er stor. Kirurgisk deling kan gi bedring hvis ileussyntomer eller dislokering/strekk på organer og ved innkapslete aktive ovarier/ovarialrester²⁷ (III).
- Laparoskopisk Uterine Nerve Ablation (LUNA) er ikke vist å ha effekt(1a)³⁰.

Oppfølging

- Langvarig, flere år. Det tar tid å endre bevegelsesmønstre, tilbakefall er vanlig (III).
- Faste avtaler.
- Pasientrollen kan forsterkes om "akutt forverrelse" gir grunnlag for ny konsultasjon(IV).
- Individuell tilpasning, rikelig med motivasjon. Samarbeid med primærlege og fysioterapeut.

Komplikasjoner

- Medikamentavhengighet eller andre medikamentspesifikke komplikasjoner.
- Vanlige kirurgiske komplikasjoner.
- Gjentatte operasjoner kan forverre en nerveskade.

Forløp

- Varierende naturlig forløp og behandlingsrespons.
- Avhengig av pasienten og nettverkets ressurser, og tilgjengelig terapi. Varierer fra tilnærmet smertefrihet til ingen effekt(III)^{18,21,23,27}.
- Kan medføre uføretrygd, samlivsbrudd, medikamentmisbruk(III)²⁻⁴.
- Realistisk mål er normalt dagligliv og forbedret arbeidsevne(III)²⁷.

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, unngå de som legger for stor vekt på offerrolle og passivitet.

[International Pelvic Pain Society](#)

[International Association for the Study of Pain](#)

Referanser

1. IASP Task force on Taxonomy, Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press 1994; 209-14 Rev 2012
2. Ahangari, A. Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: An Updated Review. Pain Physician 2014; 17:E141-E 147
3. Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity BMC Public Health. 2006 Jul 6;6:177
4. Zondervan KT. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract. 2001; 51:541-547.
5. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain Physician.2014; 17:141-7
6. Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. Lancet. 1999; 353: 1607-9.
7. Rogers RM Jr. Basic neuroanatomy for understanding pelvic pain. J Am Ass Gynecol Lapar 1999; 6: 15-29.
8. Malykhina AP. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization. Neuroscience 2007;149:660-72
9. Kaya S, Hermans L, Willems T, Roussel N, Meeus M. Central Sensitization In Urogynecological Chronic Pelvic Pain: A Systematic Literature Review. Pain Phys2013;16:291-308
10. 10 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
11. Nijs J, Torres-Cueco R, Wilgen CP, et al. Applying Modern Pain Neuroscience in Clinical Practice: Criteria for the Classification of Central Sensitization Pain. Pain Physician.2014; 17:447-457
12. 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
13. Hansson E. Long-term pain, neuroinflammation and glial activation. Scand J pain 2010;2: 67-72
14. Howard F, Barbieri RL, Eckler K. [Causes of chronic pelvic pain in women. 2013;](#)
15. Gray JE, Mann WJ, Sanfey H, Collins KA. [Nerve injury associated with pelvic surgery](#)
16. Howard F, Barbieri RL, Eckler K. [Evaluation of chronic pelvic pain in women-2013](#)
17. Hooker AB, van Moorst BR, van Haarst EP, van Ooteghem NA, van Dijken DK, Heres MH. Chronic pelvic pain: evaluation of the epidemiology, baseline demographics, and clinical variables via a prospective and multidisciplinary approach. Clin Exp Obstet Gynecol. 2013;40(4):492-8.
18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. [The Initial Management of Chronic Pelvic Pain \(pdf\)](#) 2012; Green-top Guideline No.41.
19. Gyang A, Hartman M, Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. Obstet Gynecol.;121(3):645-50.
20. Weijenborg PT1, Ter Kuile MM, Stones W. A cognitive behavioural based assessment of women with chronic pelvic pain J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30(4):262-8.
21. Stones W, Cheong YC, Howard FM. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. Cochrane Database Syst Rev. 2008
22. Howard FM. Chronic pelvic pain. Obst Gyn. 2003;:594-611.
23. Engeler AP, Baranowski SE, Hughes J et al (2012) Guidelines on chronic pelvic pain. © European Association of Urology.
24. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste U, Leganger S, Hammel B, Klemmetsen I, Malt U. Reliability and validity of a standardized Mensendieck physiotherapy test (SMT). Physiother Theory Pract. 2006; 22(4):189-205
25. Montenegro M, Vasconcelos EC, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. Int J Clin Pract.2008; 62(2):263-9.
26. David MS, Grunkemeier MD, Joseph E, Cassara MD, Christine B, Dalton et al. The Narcotic Bowel Syndrome: Clinical Features, Pathophysiology

and Management. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007; 5(10): 1126–1122.

27. Jarrell JF, Vilos GA. [Consensus guidelines for the management of Chronic Pelvic Pain \(pdf\)](#). SOGC Clinical Practice guidelines. 2005; 164
28. Alappattu MJ, Bishop MD. Psychological Factors in Chronic Pelvic Pain in Women: Relevance and Application of the Fear-Avoidance Model of Pain. 2011; *Phys Ther* 91: 1542–1550.
29. 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
30. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Laparoscopic uterine nerve ablation \(LUNA\) for chronic pelvic pain](#). Interventional procedure guidance 234. London: NICE; 2007.