

Langvarige bekkensmerter

Mette Løkeland-Stai	Haukeland universitetssjukehus	lokeland@gmail.com
Kristine Amundsen	Universitetssykehuset Nord-Norge	
Cecilie Hagemann	St. Olavs hospital/NTNU	
Siv Svennevik Myhr	Sykehuset i Vestfold	
Siri Skrøppa	Sykehuset i Vestfold	
Signe Nilssen Stafne	St Olavs hospital (fysioterapeut)	
Rita Steen	Universitetssykehuset Nord-Norge	

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 fysioterapi, medikament og eventuell kognitiv terapi (IV)
- **Vi tilrår** hormonbehandling ved syklisk komponent i smertene med mål om amenore, og evaluering av effekt etter ca. 6 månader (II-III)
- **Vi tilrår** å tilby eller kartlegge behov for samtidig kognitiv behandling på eit tidleg tidspunkt
- **Vi foreslår** å behandle ikkje-gynekologiske, komorbide bekkensmertetilstandar som t.d. smertefullt blæresyndrom og irritabel tarm (IV)
- **Vi frarår** bruk av morfinpreparat som smertelindring ved kroniske bekkensmerter
- **Vi frarår** gjentatte diagnostiske laparoskopiar 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)

Innhaldsliste

Søkestrategi

Kodar

Definisjonar

Etiologi/patogenese

Risikofaktorar

Utgreiing

Oppfølging/behandling

Konsekvensar

Komplikasjonar

Pasientinformasjon

Overlapp med andre kapitlar

Endometriose

Adenomyose

Vulvodyni

Søkestrategi

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

Søkeord: kroniske bekkensmerter, langvarige bekkensmerter, endometriose, adenomyose, nevropatisk-, nociceptiv-, nociplastisk smerte, sentral sensitisering, dyspareuni, dysmenorè, underlivssmerte

ICD-10

N 94.1 Dyspareuni

G 58.8 Andre spesifiserte mononevropatier (til dømes pudendus nevropati)

M 25.55 Leddsmerter

M 25.65 Stivhet i ledd, ikkje klassifisert annan stad

R 10.2 Smerte i bekken og perineum

R 10.3 Smerte lokalisert i nedre del av abdomen

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

Relaterte diagnosar:

N 80.9 Endometriose

N 94.8/N 94.9 Vulvodyni

F 45.4 Vedvarande somatoform smerteliding

F 52.6 Ikkje-organisk dyspareuni

F 52.5 Ikkje-organisk vaginisme

F 52.9 Uspesifikk seksuell dysfunksjon som ikkje skuldast somatisk liding

K 58 Irritabel kolon

M 79.7 Fibromyalgi

N30.1 Interstitiell cystitt (kronisk)

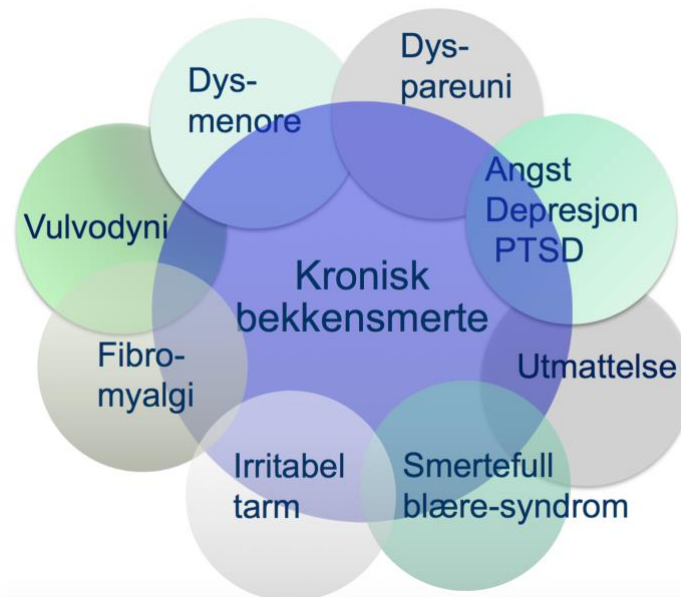
Definisjonar

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

Langvarige bekkensmerter: Vedvarande eller gjentakande/intermitterande i 3 månader eller, sykliske smerter i meir enn 6 månader opplevd relatert til bekkenområdet. Smertene er ikkje åleine knytt til gynekologiske organ, funksjonar eller tilstandar som menstruasjon, samleie eller svangerskap og opptrer ofte saman med plager frå fleire organsystem (som mage-tarm, blære og nervesystemet) (Figur 1). Det er ofte assosiert med negative emosjonelle, seksuelle, kognitive, funksjonelle og adferdsrelaterte tilstandar (2, 3).

Ikkje inkludert/avgrensing:

- Vulvodyni, klitorale smerter og vaginisme vert omtalt i eit eige kapittel
- Endometriose og adenomyose er omtalt i eigne kapittel, men langvarig smerte med utgangspunkt i endometriose er også omtalt her
- Smerte knytt til gynekologisk kreft omhandlast i eigen veileidar i gynekologisk onkologi



Illustrasjon: Cecilie Hagemann

Figur 1:
Skjematisk illustrasjon av overlapp mellom langvarige bekkensmerter og andre tilstandar

Generelt:

- *Viscerale bekkensmertar:* Utgangspunktet kan vere vanskeleg å lokalisere av di bekkenorgana ligg nære kvarandre og av di organa deler smertebanar (4)
- *Referert smerte og krysssensitivisering:* Referert smerte til mellom anna huda og krysssensitivisering mellom nærliggande organ førekjem (4, 5)
- *Smerteårsak:* Utløysande årsak til smerte treng ikkje ha direkte samanheng med det som opprettheld den (6)
- *Sentral sensitivering:* Det er vist (varige) strukturelle og funksjonelle endringar i det sentralnervesystemet etter gjentatt eller sterke smertestimuli i samband med kronisk smerte (7)

- *Muskel-skjelett*: Mange med kroniske bekkensmertar er vist å ha eit element av smerter i muskulatur anten primært eller sekundært til smertetilstanden (8, 9)

Tre typar smerte(10).

- **Nociceptiv** 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(11)

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 (12):

	Nociceptiv	Nevropatisk	Nociplastisk
Årsaksforhold	Vevsskade og aktivering av nervefibre (nociceptorar)	Skade eller sjukdom i dei perifere nervane	Dysfunksjon i smerteprosesseringa
Farmakologisk behandling	Paracetamol, NSAIDs og/eller 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 nevralgi 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>

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 til å vere litt høgare blant fertile kvinner enn postmenopausale (13-16).

Etiologi/Patogenese

- Langvarige bekkensmerter er ofte komplekst sammensatte smertetilstandar av dels kjende, men også ukjende årsaker (Tabell 2)
- Tilstanden krev ei biopsykososial tilnærming og eit tverrfagleg samarbeid mellom ulike faggrupper som til dømes: gynekolog, fastlege, smertelege, fysioterapeut, sexolog, psykolog og spesialsjukepleiar

Endometriose/adenomyose og kroniske bekkensmerter

- Endometriose/adenomyose førekjem utan smerter, og typiske endometriose-/adenomyosesmerter førekjem utan endometriose/adenomyose (17)
- Det er heller ikkje nødvendigvis noko samanheng mellom graden av endometriose/adenomyose og graden av smerte (18, 19)
- Ny kunnskap indikerer at langvarige smerter ved endometriose/adenomyose ikkje er forårsaka av «aktiv endometriose/adenomyose», dvs. endometriotiske foci, men at samanhengen er meir sammansett og involverer både inflammasjon og unormal nerveaktivitet (17)
- Diagnosen endometriose/adenomyose har vore stilt på bakgrunn av klinikk og sjukehistorie. Histologisk verifisering av diagnosen endometriose/adenomyose har ikkje vore ein nødvendig føresetnad for å få diagnosen
- Det er truleg ei høg grad av overdiagnostisering og overbehandling (17)

Nerveentrapment (nerveavklemming)/iatrogen nerveskade

- Skadar på og dysfunksjonar av nerver i bekkenet
- Lesjonane kan delast inn i nerveirritasjonar og nerveskadar
- Nerveskade kan oppstå etter gjennomgått kirurgi i samband med leiring, instrumentering, suturering, skade på nerve eller uheldig tilheiling ved arrdanning. Eksemplar på utsette nerver i gynekologisk kirurgi er n. ilioinguinalis, n. iliohypogastricus, n. genitofemoralis og n. pudendus (20)
- Allereie langvarige smerter, forut for inngrep er ein risikofaktor for utvikling av smerter etter kirurgi(21)
- Langvarige moderate til sterke smerter etter abdominalkirurgi, inkl. sectio har ein prevalens på 10-30% (22, 23). Til dømes rapporterer 7% kroniske smerter etter pffannenstielsnitt (24)
- ACNES (Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) – «hudnerve i klem», affiserer hudnerver 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

Tabell 2: Etiologi(2, 25)

Organsystembasert etiologi

Gynekologisk	Dysmenore, endometriose, adenomyose, vulvodyni, klitorissmerte, ovariell patologi, bekkeninfeksjonar (PID), myomar, tubepatologi, adheransar og åreknutar (vulva og bekkenet - pelvic congestion syndrom)
Nevrologisk	Nerve entrapment (nevralgi), post-herpetisk nevralgi, nerveskade (post-kirurgisk) og skiveprolaps
Gastrointestinell	Irritabel tarm, inflammatorisk tarmsjukdom, kronisk appendisitt, divertikulitt og anale plagar
Urologisk	Blæresmertesyndrom og uretrasmerte
Muskel-/skjelett	Myalgjar; t.d. fibromyalgi, abdominalveggmyalgi, bekkenbotnmyalgi. Tendinittar; t.d. sacroiliacaledd, symfyse og coccygodyn
Psykologisk	Angst/depresjon, somatiseringstilstandar, psykoseksuell dysfunksjon, seksuelle traumar, posttraumatisk stresslidning

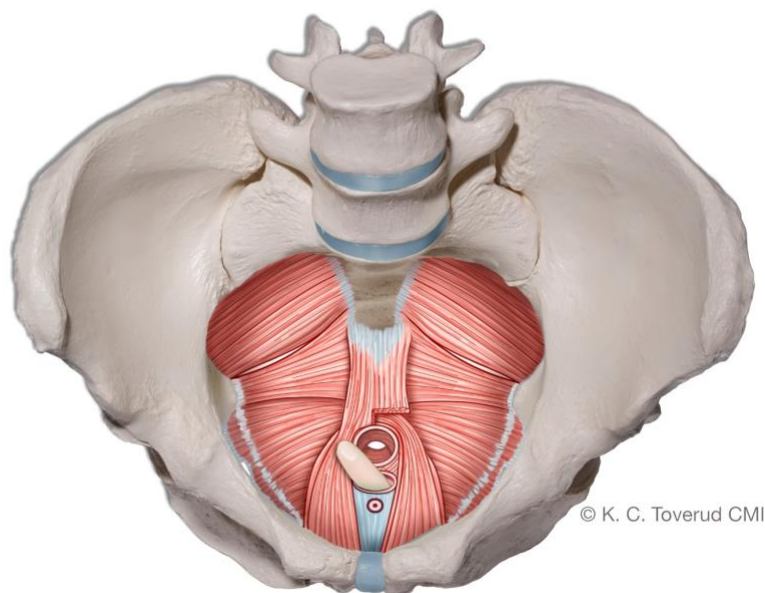
Risikofaktorar

- Andre kroniske smertetilstandar (26)
- Gjentatt kirurgi
- Samtidige psykologiske diagnosar som angst og depresjon (4)
- Opplevd urettferdigheit aukar sjansen for høgare opplevd smerteintensitet og nedsett funksjon ved langvarig smerte (27)
- Historie med mishandling og overgrep (4)
 - Seksuelle, fysiske og psykologiske
 - Barndomstraumar (sjå Adverse Childhood Experience- score (ACE-score)) (28)
 - Relasjonsproblem (inkluderer også mobbing)

Utgreiing

- **Grundig anamnese:** start/varigheit, type smerte, lokalisasjon, utstråling, intensitet (Visuell analog skala/Numeric rating scale), forsterkande/dempande faktorar, bakanforliggjande risikofaktorar, påverknad av funksjon, søvn, tidlegare behandling og erfaringar med den.
Et nylig validert norsk spørreskjema (oversatt frå nederlandsk) kan være nyttig i kartlegginga før ein konsultasjon(29)
- **Gynekologisk undersøking:**
 - Må vera systematisk og varsam med respekt for tidlegare opplevingar og smerte
 - Spekulumundersøking vil ikkje vera akseptabelt for alle
 - Prøver for å utelukke seksuelt overførbare infeksjonar
 - Vattpinnetest i vulva og eventuelt sensitivtetsundersøking(30)
 - Undersøking av muskulatur i bekkenet bør inngå (31). Ein kan byrja utanfrå og så nedanfrå og opp i skjeden. Start med varsam digital, vaginal penetrasjon med bruk av ÉIN finger med trykk mot m. levator ani (m. puborectalis, kl. 5 og kl. 7, ca. 2 cm innanfor introitus), ikkje opp mot klitoris. Sjå figur 2.

- 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.
- Ultralyd for å utelukke patologi som til dømes malignitet («raude flagg»).
- **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 (smertekart, Numeric rating scale etc.)
- Dersom kvinna har symptom frå fleire organområde bør ein vurdere tilvising til aktuelle spesialitet.



Figur 2.
Vaginal palpasjon av bekkenbunnsuskulatur (m. puborectalis).
 (Gjengitt med løyve frå K.C. Toverud CMI)

Oppfølging/behandling (32)

Generelt:

- Empatisk kommunikasjon - å kome pasienten i møte ved å ta dei kroppslege plagene på alvor (det verste er å ikkje verta trudd) og kartlegge smerten, men også vurdere lidingsstrykket.
- Gynekologens rolle er å kjenne igjen langvarige bekkenmerter, unngå unødvendig utgreiing og inngrep, og vise vidare til relevant tverrfagleg samarbeid med proktolog, urolog, nevrolog, fysioterapeut, sexolog og fastlege.
- 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.

- Tidsbruk: Mange vil trenge ein lengre førstekonsultasjon og ofte vil det vera nyttig å avtale oppfølging .
- Vi tilrår ei biopsykososial tilnærming. 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 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.).
- Vi frårår kirurgi og tilrår tverrfagleg tilnærming. Kirurgi aleine (t.d. hysterektomi) for smertelette utan kjend årsak har usikker/ingen effekt og kan forverre smertetilstanden (sensitisering) (33).
- For pasientar med stadig akutte forverringar av sin langvarige smertetilstand bør ein leggja ein individuell plan i samråd med pasient og fastlege. Viktig å hindre auka opiatbruk.

Fysioterapi, kognitiv terapi og livsstilsrettleiing

- Tilrår fysioterapi sidan kvinner med langvarige bekkensmerter ofte har affeksjon av muskel- og skjelettsystemet, anten primært eller sekundært (34, 35).
- Individuelt tilpassa multimodal behandling. Ei heilheitleg, biopsykososial tilnærming med kognitive element, gir betre resultat enn fysioterapi avgrensa til strukturell behandling åleine.
- Muskulære smerter i/fra bekkenbotnmuskulatur førekjem ofte hos kvinner med langvarige bekkensmerter (9). Målet med behandlinga er ein bekkenbotn muskulatur med god evne til voluntær kontraksjon og avspenning, som er elastisk og godt sirkulert
- Smerteedukasjon – god forståing for smerte og smertemekanismar, reflektere over eigne faktorar som triggjar og dempar smerten (36)
- Mestringsstrategiar
- Tilpassa fysisk aktivitet – mange med langvarige smerter er inaktive grunna smerte eller frykt for smerte (37). Fysisk aktivitet er generelt tilrådd ved langvarige smertetilstandar.
- Søvnhigiene
- Transkutan Elektrisk NerveStimulering (TENS) kan brukast som smertelindring
- Tibialisstimulering kan brukast som smertemodulering(38).
- Livsstilsfaktorar
- Mange kommunale Frisklivssentralar arrangerer kurs for «En betre hverdag med langvarig smerte», «Sov godt» og ulike treningsgrupper. Tilboda krev ikkje tilvising.

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 eller gestagenar tilsvarande råd som for endometriose (39). 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 og smertefulle biverknader (40)
- Topikale analgetika:
 - Ved lokalisert smerte kan lidokain gel/salve og plaster (Versatis©) forsøkast.
 - Capsiacin (chilipepper) salve eller plaster (Qutenza©) (OBS! gir ofte ei brennande kjensle i applisert område (41)
- 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 irritable tarm med diare med t.d. låg FODMAP diett og Loperamid, forstopping 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) (42), men har usikker effekt ved viscerale (nociceptive/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.
- Cannabis brukt mot kronisk smerte er å rekne som utprøvande behandling. Dokumentasjon for smertelindrande effekt av cannabis er førebels svak, og tilrådingane for bruk varerier frå «ikkje-tilrådd» til «tredjelinebehandlingsalternativ». Dokumentasjonen på auke i dose avhengig av klinisk respons og toleranse(43-46).
- **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! Frårådest brukt i svangerskap.**

Tabell 3: Forskriving av moglege smertestillande medikament(47)

Medikament	Verknad	Praktisk forskriving	Evidens
Paracetamol		Startdose 1gr x 3(-4) til max døgndose 3-4000 mg. Kan påverke INR. Bør testas ut over 2 veker før effektvurdering.	
Ibuprofen		400 mg x 3 til max 2400 mg, men helst < 1200 mg. Lågast mogleg dose i kortast mogleg tid. Forsiktig ved m.a. eldre, antitrombotisk behandling, nedsatt nyrefunksjon, pasientar med	

		erkjend hjarteskjukdom og pasientar med auka risiko for ulcus og hjarteskjukdom. Bør testast ut over 2 veker før effektvurdering.	
Naproksen		250-500 mg x 2 til max 1000 mg (500 mg ved hjarteskjukdom). Varsemd som ved ibuprofen.	
Anti-epileptika (gabapentin (neurontin®) og pregabalin (Lyrica®))	Virkar mellom anna på NMDA-reseptoren i den nedstigande smertemodulerande spinothalamiske banen i CNS, sjølv om en studie ikkje har vist effekt etter negativ laparoskopi (48, 49)	Gabapentin: Oppstart 300 mg x 1, sakte opptrapping med 300 mg kvar 3.- 7. dag til maks 3600 mg (blå resept). Pregabalin: 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
Trisyklisk antidepressiva (TCA) (Sarotex® og Noritren®)	Tilleggseffekt på samtidig søvnproblem. Effekt som serotonin- og noradrenalin reopptakshemmarar gjennom auka tilgang på NA og serotonin i dei descenderande smertemodifiserande banane. Særleg tilrådd ved mistanke om sentral sensitisering (48, 50)	Sarotex : Vesper (2 timer før leggetid) 10 mg, opptrapping kvar 3.-7. dag inntil max 60 mg. Noritren: 10 mg om morgonen same opptrapping som for Sarotex.	IV
SNRI (Venlafaksin(efexor®), duloxetin (Cymbalta®))	Tilleggseffekt på samtidig senka stemningsleie. Effekt ved auka tilgang på NA og serotonin i dei descenderande, smertemodifiserande banane(51)	Duloxetin: Oppstart 30 mg, opptrapping kvar 7. dag til maks 90 mg. Venlafaksin: Oppstart 75 - 150 mg, sakte opptrapping etter 1-2 uker, max 375 mg, men er sjelden nødvendig	IV

Kognitiv terapi og sexologi

- 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 (52-54)

- Kognitiv terapi er prøvd ut for ulike former for kronisk smerte. Fleire studiar har vist effekt på betre meistring, smertereduksjon og betra funksjon (52, 55) (56)
- Kronisk smerte påverkar ofte seksuallivet, god seksuell anamnese og tilbod om sexologisk rådgjeving med parterapi kan vera indisert.

Nerveblokkerande medikament - Botox

- Botolinumtoxin hemmar frigjeringa av acetylkolin frå nervefiberterminalen ved den motoriske endeplata (kjemisk denervering av skjelettmuskelfibre)
- Ein kan forsøke botoxinjeksjonar i bekkenmuskulaturen som andrelinebehandling, men det har ikkje vist sikker effekt i randomiserte studiar og metastudiar. Ein må difor forstå det som utprøvande behandling. Det er ikkje konsensus om dosering, teknikk og injeksjonsstad
- 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 nevro-muskulære bindingar. Etter ca. 3 månader må behandlinga som regel gjentakast
- Indikasjonen er «spastisk» bekkenbotn. Sprikande resultat i studiar (57-59), 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. ultralydveiledda) for diagnostikk: Trans-abdominal plane block (TAPS) med lokalanestesi, ev. med tillegg av steroidar (for samtidig behandling) (44). Evaluering av effekt kan vere vanskeleg. Pudendusblokkade med lidokain/marcain 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 inneklemta nerver, til dømes n. pudendalis (60, 61) (62)(III-IV). Behandlinga manglar dokumentert effekt.

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 utgreiing 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 ei biopsykososiale forståing av langvarig smerte. Ved kroniske smerter med uttalt lidingsstrykk og funksjonsfall tilrår vi å vurdere primær tilvising til eit tverrfagleg kartleggings- og utgreingsopphald framfor tilvising til smertepoliklinikk.
- [PUST - tverrfaglig gruppebehandling ved underlivssmerter - Universitetssykehuset Nord-Norge HF \(unn.no\)](http://unn.no)

Konsekvensar

- Kroniske bekkensmerter er assosiert med nedsett «quality of life» (QoL), fatigue, depresjon, angst, søvn- og samlivsproblematikk og seksuell dysfunksjon (63-67). En fersk norsk undersøking finn at det å ha såkalla komplekse bekkensmerter er assosiert med selvrappport fibromyalgi, samt lav mental helse og opplevd overgrep(68)
- Ein finn at 10 % av konsultasjonar i primærhelsetenesta og opp til 40 % av konsultasjonane hjå gynekolog er grunna kroniske bekkensmerter og 15-45 % av kvinner med kroniske bekkensmerter har redusert arbeidskapasitet og/eller har auka antal fråverds dagar i jobb (69)
- Generelt ved kronisk smerte har ein sett at QoL er assosiert med tankane pasienten har om smerter meir enn intensiteten i smerten (70)
- Kvinner med kroniske bekkensmerter oppsøker ikkje alltid hjelp, men sjølvmediserer seg og er ofte bekymra for bakgrunnen for smerten (71, 72)
- Ein studie frå 1996 i USA har sett på økonomiske konsekvensar av kroniske bekkensmerter. Estimert direkte kostnad per år er estimert til å vere 881,5 millionar dollar og total årleg indirekte kostnad på 555,3 millionar dollar (69)

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 uhensiktsmessig medikamentbruk hjå langvarige smertepasientar. Opioidar er gode medikament for akutte nociceptive smertetilstandar, men har liten plass i behandlinga av langvarig smerte og nevrologiske smertetilstandar (40). 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 langvarige 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). Biverknader frå opioidar inkluderer til dømes sensitisering som gir auka smerteoppleving på sikt og tarmsmerter. 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 bekkensmerter 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 adheranseutvikling. Det er og vist at smerte før kirurgi auger risikoen for meir smerte etter kirurgi (20, 22, 25)

Pasientinformasjon og nyttige kjelder

Liste over fysioterapeuter med spesialkompetanse på underlivssmerter:

<https://fysio.no/kvinnehelse>

[Vulva forside - Vulva.no](http://Vulva.forside.no)

[Langvarige underlivssmerter – Bekkenbunnsportalen \(helsekompetanse.no\)](http://Langvarige.underlivssmerter.no)

[Langvarige smerter - Helsebiblioteket](http://Langvarige.smerter.no)

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=nifGFluVkJUk>
- [Tame the Beast](http://Tame.the.Beast.com) rethinking persistent pain

Andre lenker:

- [Tell Me About Your Pain Podcast - Curable Health](http://Tell.Me.About.Your.Pain.Podcast.com)
- [Curable For Clinicians \(curablehealth.com\)](http://Curable.For.Clinicians.com)

Referansar

1. IASP. Task force on Taxonomy, Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press 2012 [Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>].
2. Engeler D BA, Berghmans B, Birch J, Borovicka J, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain Uroweb.org2022 [Available from: <https://d56bochluxgnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2023.pdf>].
3. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *Jama*. 2021;325(23):2381-91.
4. Shoja MM, Sharma A, Mirzayan N, Groat C, Watanabe K, Loukas M, et al. Neuroanatomy of the female abdominopelvic region: A review with application to pelvic pain syndromes. *Clin Anat*. 2013;26(1):66-76.
5. Malykhina AP. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization. *Neuroscience*. 2007;149(3):660-72.
6. 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.
7. Kaya S, Hermans L, Willems T, Roussel N, Meeus M. Central sensitization in urogynecological chronic pelvic pain: a systematic literature review. *Pain Physician*. 2013;16(4):291-308.
8. Gyang A, Hartman M, Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstet Gynecol*. 2013;121(3):645-50.

9. Kadah S, Soh SE, Morin M, Schneider M, Heron E, Frawley H. Is there a difference in pelvic floor muscle tone between women with and without pelvic pain? A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2023;20(1):65-96.
10. IASP. Pain terminology and definitions 2023 [Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>].
11. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Hauser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet.* 2021;397(10289):2098-110.
12. Clauw DJ. Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29(1):6-19.
13. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician.* 2014;17(2):E141-7.
14. Ayorinde AA, Bhattacharya S, Druce KL, Jones GT, Macfarlane GJ. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. *Eur J Pain.* 2017;21(3):445-55.
15. 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.
16. Loving S, Thomsen T, Jaszczak P, Nordling J. Female chronic pelvic pain is highly prevalent in Denmark. A cross-sectional population-based study with randomly selected participants. *Scand J Pain.* 2014;5(2):93-101.
17. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2011;17(3):327-46.
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.
19. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Hum Reprod.* 2007;22(1):266-71.
20. Kuponiyi O, Alleemudder DI, Latunde-Dada A, Eedarapalli P. Nerve injuries associated with gynaecological surgery. *The Obstetrician & Gynaecologist.* 2014;16(1):29-36.
21. Schug SA, Bruce J. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. *Pain Rep.* 2017;2(6):e627.
22. Bruce J, Quinlan J. Chronic Post Surgical Pain. *Rev Pain.* 2011;5(3):23-9.
23. 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;153(7):1390-6.
24. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol.* 2008;111(4):839-46.
25. Carey ET, As-Sanie S. New developments in the pharmacotherapy of neuropathic chronic pelvic pain. *Future Sci OA.* 2016;2(4):Fso148.
26. Reddi D, Curran N. Chronic pain after surgery: pathophysiology, risk factors and prevention. *Postgrad Med J.* 2014;90(1062):222-7; quiz 6.
27. Sullivan MJ, Scott W, Trost Z. Perceived injustice: a risk factor for problematic pain outcomes. *Clin J Pain.* 2012;28(6):484-8.
28. Krantz TE, Andrews N, Petersen TR, Dunivan GC, Montoya M, Swanson N, et al. Adverse Childhood Experiences Among Gynecology Patients With Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):1087-95.

29. Saga S, Stafne SN, Dons V, Bratlie I, Spetalen S, Hagemann CT. Amsterdam complex pelvic pain symptom scale with subscales: Based on a Norwegian translation, psychometric assessment and modification of the Amsterdam hyperactive pelvic floor scale. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2023;102(10):1409-23.
30. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):36.
31. Apte G, Nelson P, Brismée JM, Dedrick G, Justiz R, 3rd, Sizer PS, Jr. Chronic female pelvic pain--part 1: clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region. *Pain Pract*. 2012;12(2):88-110.
32. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082-97.
33. Brandsborg B, Nikolajsen L, Hansen CT, Kehlet H, Jensen TS. Risk factors for chronic pain after hysterectomy: a nationwide questionnaire and database study. *Anesthesiology*. 2007;106(5):1003-12.
34. Fernández-Pérez P, Leirós-Rodríguez R, Marqués-Sánchez MP, Martínez-Fernández MC, de Carvalho FO, Maciel LYS. Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):387.
35. Wang X, Ding N, Sun Y, Chen Y, Shi H, Zhu L, et al. Non-pharmacological therapies for treating chronic pelvic pain in women: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(49):e31932.
36. Marris D, Theophanous K, Cabezon P, Dunlap Z, Donaldson M. The impact of combining pain education strategies with physical therapy interventions for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiother Theory Pract*. 2021;37(4):461-72.
37. Sachs MK, Dedes I, El-Hadad S, Haufe A, Rueff D, Kohl Schwartz AS, et al. Physical Activity in Women with Endometriosis: Less or More Compared with a Healthy Control? *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(17).
38. Cottrell AM, Schneider MP, Goonewardene S, Yuan Y, Baranowski AP, Engeler DS, et al. Benefits and Harms of Electrical Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. *Eur Urol Focus*. 2020;6(3):559-71.
39. 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.
40. 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):405-16.
41. Turini D, Beneforti P, Spinelli M, Malagutti S, Lazzeri M. 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*. 2006;67(5):910-3.
42. 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.
43. Legemiddelverket. Prosedyre for behandling med cannabis innenfor dagens regelverk. 2023 [Available from: <https://www.legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/behandling-med-cannabis-innenfor-dagens-regelverk>].

44. Petzke F, Tolle T, Fitzcharles MA, Hauser W. Cannabis-Based Medicines and Medical Cannabis for Chronic Neuropathic Pain. *CNS Drugs*. 2022;36(1):31-44.
45. Boehnke KF, Hauser W, Fitzcharles MA. Cannabidiol (CBD) in Rheumatic Diseases (Musculoskeletal Pain). *Curr Rheumatol Rep*. 2022;24(7):238-46.
46. RELIS. Bruk av cannabidiol ved kronisk nevropatisk smerte 2023 [Available from: https://relis.no/sporsmal_og_svar/?id=5-7330].
47. Centre for Clinical Practice at N. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Neuropathic Pain: The Pharmacological Management of Neuropathic Pain in Adults in Non-specialist Settings. London: National Institute for Health and Care Excellence, (UK)
Copyright © 2013, National Institute for Health and Care Excellence; 2013.
48. Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kress HG, Frickey N, Ellend A, Gleiss A, et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. *Wien Klin Wochenschr*. 2005;117(21-22):761-8.
49. Horne AW, Vincent K, Hewitt CA, Middleton LJ, Koscielniak M, Szubert W, et al. Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2020;396(10255):909-17.
50. Foster HE, Jr., Hanno PM, Nickel JC, Payne CK, Mayer RD, Burks DA, et al. Effect of amitriptyline on symptoms in treatment naïve patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *J Urol*. 2010;183(5):1853-8.
51. Giannantoni A, Porena M, Gubbiotti M, Maddonni S, Di Stasi SM. The efficacy and safety of duloxetine in a multidrug regimen for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*. 2014;83(2):400-5.
52. 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. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(3):259-68.
53. Meissner K, Schweizer-Arau A, Limmer A, Preibisch C, Popovici RM, Lange I, et al. Psychotherapy With Somatosensory Stimulation for Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):1134-42.
54. Ashar YK, Gordon A, Schubiner H, Uipi C, Knight K, Anderson Z, et al. Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(1):13-23.
55. Urits I, Hubble A, Peterson E, Orhurhu V, Ernst CA, Kaye AD, et al. An Update on Cognitive Therapy for the Management of Chronic Pain: a Comprehensive Review. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(8):57.
56. Champaneria R, Daniels JP, Raza A, Pattison HM, Khan KS. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(3):281-6.
57. Parsons BA, Goonewardene S, Dabestani S, Pacheco-Figueiredo L, Yuan Y, Zumstein V, et al. The Benefits and Harms of Botulinum Toxin-A in the Treatment of Chronic Pelvic Pain Syndromes: A Systematic Review by the European Association of Urology Chronic Pelvic Pain Panel. *Eur Urol Focus*. 2022;8(1):320-38.
58. Abbott JA, Jarvis SK, Lyons SD, Thomson A, Vancaille TG. Botulinum toxin type A for chronic pain and pelvic floor spasm in women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):915-23.
59. Levesque A, Ploteau S, Michel F, Siproudhis L, Bautrant E, Eggermont J, et al. Botulinum toxin infiltrations versus local anaesthetic infiltrations in pelvic floor myofascial

pain: Multicentre, randomized, double-blind study. *Ann Phys Rehabil Med*. 2021;64(1):101354.

60. Possover M, Andersson KE, Forman A. Neuropelveology: An Emerging Discipline for the Management of Chronic Pelvic Pain. *Int Neurourol J*. 2017;21(4):243-6.
61. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn*. 2008;27(4):306-10.
62. Levesque A, Bautrant E, Quistrebert V, Valancogne G, Riant T, Beer Gabel M, et al. Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus. *Eur J Pain*. 2022;26(1):7-17.
63. Walling MK, O'Hara MW, Reiter RC, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol*. 1994;84(2):200-6.
64. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. 1996;87(3):321-7.
65. Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health*. 2004;28(4):369-75.
66. Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int*. 2006;27(7):585-99.
67. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract*. 2001;51(468):541-7.
68. Hagemann CT, Spetalen S, Saga S, Bratlie I, Dons V, Stafne SN. Symptoms of complex pelvic pain: A survey in three cohorts of women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102(10):1396-408.
69. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*. 2009;63(5):707-11.
70. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005;9(1):15-24.
71. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community--symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(6):1149-55.
72. Coelho LS, Brito LM, Chein MB, Mascarenhas TS, Costa JP, Nogueira AA, et al. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2014;47(9):818-25.