

Bekkenleddsmerter (symptomgivende bekkenløsning, bekkenleddsyndrom)

Britt Stuge (fysioterapeut) OUS-Ullevål britt.stuge@medisin.uio.no

Siv Mørkved (fysioterapeut) NTNU

Sissel Pettersen OUS-Ullevål

Birgitte Sanda Sørlandet SH

Anbefalinger

Vi *anbefaler* at diagnose stilles på bakgrunn av en grundig sykehistorie, smertelokalisasjon og positive kliniske tester.

Vi *anbefaler* individuelle øvelser med fokus på kroppsbevissthet og spesifikk funksjonell trening, veiledet av fysioterapeut (I).

Vi *anbefaler* fysisk aktivitet og trening som ikke provoserer smertene (I).

Vi *anbefaler* vaginal fødsel anbefales, det er ingen dokumentasjon for at keisersnitt forebygger bekkenleddsmerter etter fødsel (III).

Vi *anbefaler* amming (III).

Søkestrategi (kort)

Systematiske søk er gjort i Medline, Embase og Cinahl.

Søkeord

low back pain, pelvic girdle pain, lumbopelvic pain, pelvis, pregnancy, postpartum, physical therapy, exercise, rehabilitation

Anbefalingene er basert på de Europeiske retningslinjene, systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier, samt klinisk erfaring.

Definisjon

Bekkenleddsmerter er betegnelse på smerter fra bekkenet (iliosakralleddene og/eller symfyser) som oppstår under svangerskap eller rett etter fødsel, og hvor ingen annen årsak til smerter kan påvises (ICD-10 kode O26.7 bekkenløsning). Bekkenløsning er en normal fysiologisk prosess under svangerskap som ikke skal gi funksjonshemmende plager. Det oppfattes derimot som en patologisk tilstand når kvinnene opplever det som et smertefullt problem og melder seg som pasient med visse symptomer og tegn⁹.

Forekomst og prognose

Rygg- og/eller bekkenleddsmerter oppleves av ca. halvparten av alle gravide. Internasjonalt rapporteres insidens av bekkenleddsmerter på 20 % under svangerskapet ¹².

De fleste blir symptomfrie i løpet av 2-3 måneder etter fødsel. Under 10 % rapporterer problemer i måneder og år etter fødsel, og ca. 3 % angir å ha betydelige problemer ³.

Etiologi/patogenese

- Kunnskap om årsakene til bekkenleddsmerter er mangelfull.
- Mulige årsaksfaktorer er hormonelle, biomekaniske med asymmetrisk mobilitet av iliosakralledd, ugunstig muskelaktivering og stress av ligamentstrukturer.

Svangerskapshormonet relaxin synes å være hovedansvarlig for den fysiologiske bløtgjøringen av ligamentene rundt bekkenleddene, men studier har ikke vist noen entydig sammenheng mellom relaxinnivå og plager ¹.

Klinisk er det kjent at plagene kan debutere allerede i 4.-6. svangerskapsuke, før endrede biomekaniske forhold som øket vekt og endret tyngdeplassering inntreffer. Ligamentstrukturer rundt iliosakralleddet er en mulig kilde til bekkenleddsmerter og kan være en smertegenerator hos kvinner med bekkenleddsmerter etter fødsel ⁸. Det er påvist større mobilitet i bekkenleddene under svangerskap og etter fødsel hos pasienter med bekkenleddsmerter sammenlignet med friske kontroller, men pga stor normal variasjon kan ikke mobilitet benyttes som et diagnostisk kriterium hos enkeltindivid. Det er imidlertid indikasjoner på en sammenheng mellom asymmetrisk mobilitet av iliosakralledd og bekkenleddsmerter. Ugunstig muskelaktivering kan også være en sannsynlig mekanisme for vedvarende smerter og funksjonsproblemer hos pasienter med bekkenleddsmerter ⁹.

Diagnostikk

- Diagnose stilles på bakgrunn av en grundig sykehistorie, smertelokalisasjon og positive kliniske tester. De beste testene for å identifisere bekkenleddsmerter er posterior pelvic pain provocation test (P4) og active straight leg raise (ASLR) test (figur 1 og 2).
- Problemer med å gå, stå og sitte over tid er karakteristisk.
- Typisk er smerter lokalisert under spina iliaca posterior superior, i glutealregion, dorsalside lår og/eller ved symfyen.
- Billediagnostikk anbefales ikke.

Differensialdiagnostikk

- Akutt muskulær feilbelastning ("lumbago")
- Trykk på nerverøtter (isjias)
- Revmatologisk sykdom
- Bekkenvenetrombose

Risikofaktorer

Kjente risikofaktorer for bekkenleddsmerter i svangerskapet er^{3;12;13}:

- Tidligere ryggsmarter
- Tungt arbeid
- Høy kroppsmasse index (BMI)
- Paritet

Prognostiske faktorer for vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel er:

- Alvorlighetsgrad av bekkenleddsmerter i svangerskapet
 - smerter fra alle tre bekkenledd
- Symptomer på angst og depresjon under svangerskap

Behandling

Målet er å redusere smerte og forbedre kvinnens funksjonsevne, samt å hindre at tilstanden blir langvarig.

Behandlingen bør være individualisert, målrettet og evalueres kontinuerlig. Det anbefales ikke å fortsette med behandling som forverrer plagene eller som ikke gir positiv effekt. Det finnes et stort tilbud av behandlingsformer for bekkenleddsmerter, men de fleste er uten godt dokumentert effekt. De Europeiske retningslinjene for bekkenleddsmerter anbefaler at det gis kunnskapsbasert og betryggende informasjon og individualiserte øvelser¹². Ulike undergrupper av bekkenleddsmerter kan trenge forskjellige behandlingstilnærminger; noen bør anbefales styrketrening, andre avspenning og kvinnene bør oppfordres til å bevege seg.

Øvelser og trening

Fysisk aktivitet og trening som ikke provoserer smertene anbefales (I).

Individuelle øvelser med fokus på kroppsbevissthet og spesifikk funksjonell trening, veiledet av fysioterapeut anbefales^{10;11} (I).

Bekkenbelte, krykker og brodder

Bekkenbelte kan forsøkes, helst sammen med individuell veiledning⁶ (I).

Krykker kan forsøkes for kvinner med sterke smerter og bevegelsesvansker (4-punkts gange anbefales) (V).

Brodder kan forsøkes på vinteren (V).

Avspenning, massasje

God og kortvarig hvile i gode hvilestillinger kan være nyttig (figur 3). God hvile bør kombineres med tilpasset fysisk aktivitet (V).

Massasje kan lindre smertene, men foreslås ikke som eneste tiltak (V).

Manipulasjon/leddmobilisering

Spesifikk leddmobilisering (evt manipulasjonsteknikk) av iliosacralledd foreslås hvis bekkensmertene er lokalisert rundt ett iliosacralledd og klinisk undersøkelse viser øket

stivhet/reduisert fjæring i iliosacralleddsområdet (V). Leddmobilisering/manipulasjon kan utføres av fysioterapeuter, manuellterapeuter og kiropraktorer.

Akupunktur/TENS

Kan forsøkes for smertelindring i svangerskapet ⁶ (I).

Bassengtrening

Kan forsøkes, men har vist seg å ha bedre effekt på ryggsmarter enn bekkenleddsmerter ⁶ (I).

Yoga

Kan forsøkes ⁶ (I).

Smertestillende

Smertestillende som paracet kan forsøkes for kvinner som har mye smerter om natten og sover dårlig (V). Ved smerter av inflammatorisk karakter etter fødsel foreslås avlastning og antiinflammatoriske legemidler (NSAID-midler) ¹². NSAID kan benyttes i svangerskapet frem til uke 28.

Kirurgisk fiksasjon av bekkenleddene

Foreslås kun i helt spesielle tilfeller med betydelig funksjonshemming i flere år etter fødsel og manglende effekt av adekvat konservativ behandling ¹² (I). Spesialkompetanse finnes ved Ortopedisk avdeling på Oslo Universitetssykehus.

Sykmelding

Gradert sykemelding og tilpassede arbeidsoppgaver etter behov (V).

Komplikasjoner

I tillegg til at kvinnen har smerter, påvirkes hennes arbeidsevne og forholdet til familie og øvrige omgivelser. Kvinnene rapporterer følelse av frustrasjon, skyld og irritabilitet over ikke å kunne fungere normalt i hverdagen ^{5;7}.

Samarbeid med fastlege og eventuelt spesialisthelsetjenesten kan bli nødvendig.

Fødsel/keisersnitt

Kvinner med bekkenleddsmerter bør føde vaginalt, gjerne i tilpassede fødestillinger (for eksempel sideliggende eller sittende i saccosekk).

Keisersnitt er ikke anbefalt ved sterk grad av bekkenleddsmerter, da det ikke finnes dokumentasjon for at keisersnitt forebygger bekkenleddsmerter etter fødsel. Derimot er det funnet en øket risiko for vedvarende bekkenleddsmerter ⁴.

Epidural eller spinalanestesi er ikke assosiert med bekkenleddsmerter etter fødsel.

Det kan være en fordel å planlegge fødsel sammen med avdelingen hvor kvinnen planlegger å føde. Gjennomgang av ulike fødestillinger, badekar/basseng og smertestillende kan være aktuelt. Noen fysioterapeuter veileder i fødestillinger og bevegelser for å fremme fødselen. Også hos kvinner med bekkenleddsmerter anbefales å amme ².

Ny graviditet

Det kan være risiko for bekkenleddsmerter i ny graviditet, men symptomene takles ofte bedre og det er ikke holdepunkter for at smertene vedvarer etter flere fødsler.

Litteratur

PASIENTINFORMASJON

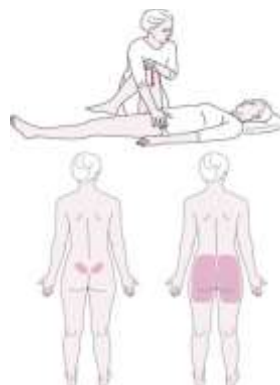
Informasjonsfilm om bekkenleddsmerter anbefales

<https://www.youtube.com/watch?v=uS7Bfa0q-Kg>

Informasjonsfilm om bekkenleddsmerter (med engelsk tekst)

https://youtu.be/VPBfva_ZpM

Informasjonsbrosjyre kan fås fra: Landsforeningen for kvinner med bekkenleddsmerter (LKB)
Postboks 9217 Grønland, 0134 Oslo www.lkb.no



Figur 1 Smerteprovokasjon av bakre bekken, posterior pelvic pain provocation (P4) test

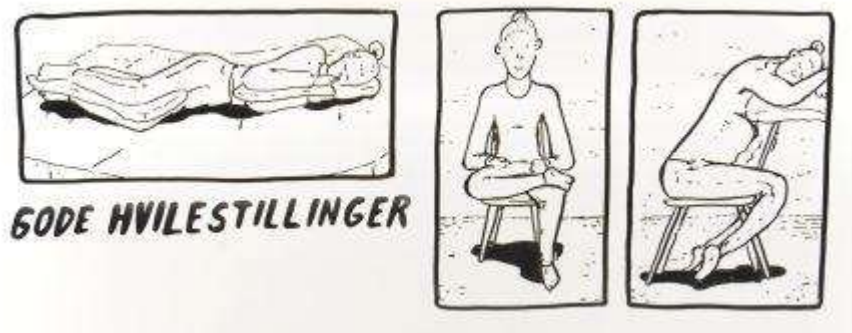
Pasienten ligger på ryggen med det ene benet strakt og det andre flektert 90 grader i hoften og maksimalt i kneet på den siden som undersøkes. Undersøker gir et lett trykk i femurs lengderetning mens motsatt sides spina iliaca anterior superior stabiliseres forsiktig med undersøkerens andre hånd. Testen er positiv hvis en velkjent smerte lokalisert over iliosakralledds-området provoseres.



Figur 2 Test av aktivt strakt benløft (ASLR) test

Pasienten ligger på ryggen med strake bein ca 20 cm fra hverandre. Pasienten løfter strakt bein ca 20 cm opp fra underlaget uten å bøye kneet. Testen gjentas med det andre beinet. Pasienten skårer hvor tungt eller vanskelig det oppleves å løfte beinet (på ett og ett bein) på en skala fra 0-5; ikke vanskelig i det hele tatt = 0; litt vanskelig = 1; moderat vanskelig = 2; svært vanskelig = 3; nesten umulig å løfte = 4; umulig å løfte = 5. Skåringene på begge bein summeres slik at en skår fra 0 til 10 kan oppnås.

Illustrasjon av P4 test og ASLR (Stuge 2010, Tidsskrift for Den norske Legeforening)



Figur 3 Gode hvilestillinger

Illustrasjon fra «Informasjonsfilm om bekkenleddsmerter» FORMI, Oslo Universitetssykehus

Referanser

1. Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *Eur.Spine J.* 2012;21:1769-76.
2. Bjelland EK, Owe KM, Stuge B et al. Breastfeeding and pelvic girdle pain: a follow-up study of 10 603 women 18 months after delivery. *BJOG.* 2015;122:1765-71.
3. Bjelland EK, Stuge B, Engdahl B et al. The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study. *BJOG.* 2013;120:32-40.
4. Bjelland EK, Stuge B, Vangen S et al. Mode of delivery and persistence of pelvic girdle syndrome 6 months postpartum. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2012.

5. Engeset J, Stuge B, Fegran L. Pelvic girdle pain affects the whole life--a qualitative interview study in Norway on women's experiences with pelvic girdle pain after delivery. *BMC.Res.Notes* 2014;7:686.
6. Gutke A, Betten C, Degerskar K et al. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.* 2015;94:1156-67.
7. Mackenzie J, Murray E, Lusher J. Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. *Midwifery* 2018;56:102-11.
8. Palsson TS, Graven-Nielsen T. Experimental pelvic pain facilitates pain provocation tests and causes regional hyperalgesia. *Pain* 2012;153:2233-40.
9. Stuge B. [Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain]. *Tidsskr.Nor Laegeforen.* 2010;130:2141-5.
10. Stuge B, Lærum E, Kirkesola G et al. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. A randomized controlled trial. *Spine* 2004;29:351-9.
11. Stuge B, Veierød MB, Lærum E et al. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. A Two-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *Spine* 2004;29:E197-E203.
12. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal* 2008;17:794-819.
13. Wuytack F, Daly D, Curtis E et al. Prognostic factors for pregnancy-related pelvic girdle pain, a systematic review. *Midwifery* 2018;66:70-8.