

Kroniske bekkensmerter hos kvinner

Bakgrunn. I artikkelen gjennomgås etiologi og behandling av kroniske bekkensmerter hos kvinner.

Materiale og metode. Vi har søkt i Premedline og Medline (1966–februar 2002) samt Cochrane Database of Systematic Reviews og databasen for kunnskapsbasert medisin (EBM database of Abstracts of Reviews of Effectiveness). I tillegg omtales egne kliniske erfaringer fra et pågående randomisert behandlingsforsøk.

Resultater. Etiologien til medisinsk uforklarlige kroniske bekkensmerter hos kvinner er fortsatt uavklart, men den er sannsynligvis multifaktoriell. Mange har en livshistorie kjennetegnet av betydelige problemer i parforhold. Store psykososiale problemer er ikke uvanlig. Samtidig psykiatrisk lidelse forekommer ofte. Ingen spesifikk behandling er dokumentert som særlig effektiv i de få kontrollerte behandlingsforsøk som finnes, men forskning og klinisk erfaring peker på en fleksibel biopsykososial tilnærming.

Fortolkning. Empatisk medisinsk evaluering og oppfølging av alle pasientens plager innenfor en biopsykososial ramme sammen med analgetika og – hvis det foreligger klar indikasjon – hormoner eller kirurgisk behandling kan bedre smerten hos mange. Egne erfaringer tyder entydig på at tilleggseffekter kan oppnås ved fysioterapi der man legger vekt på økt sensorisk bevissthet gjennom øvelser rettet mot smertefulle muskelspenninger, kroppsholdning, bevegelses- og pustemønstre (mensendieckbehandling). Samtidig forekommende psykisk lidelse må diagnostiseres og behandles. Kognitiv atferdsterapi for å redusere pågående stress og belastninger og bedre smertemestring kan ytterligere hjelpe en undergruppe av pasientene.

Pasienter med kroniske bekkensmerter er ofte vanskelige å behandle. Legen erkjenner at pasientene lider, men forstår ofte i liten grad mekanismene som ligger bak. I noen tilfeller er det etter gjentatte undersøkelser til slutt blitt påvist forandringer som man i ettertid må mistenke er tilfeldige funn, etter-

Unni Kirste

unni.merete.kirste@rikshospitalet.no
Kvinneklivnikken

Gro Killi Haugstad

Siv Leganger

Svein Blomhoff

Ulrik Fredrik Malt

Psykosomatisk avdeling

Rikshospitalet

Sognsvannsveien 20

0027 Oslo

Kirste U, Haugstad GK, Leganger S, Blomhoff S, Malt UF.

Chronic pelvic pain in women.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1223–7.

Background. This paper reviews empirical and clinical evidence of the aetiology and treatment of medically unexplained chronic pelvic pain in women.

Material and methods. Clinical experience from an ongoing randomised treatment trial supplemented by computer-assisted reviews of studies obtained by a Premedline and Medline search (1966 to February 2002) and data from the Cochrane Database of Systematic Reviews and the EBM database of Abstracts of Reviews of Effectiveness.

Results. The aetiology of medically unexplained chronic pelvic pain is disputed but likely to be multifactorial. A history of interpersonal difficulties and a stressful life is common, and comorbid psychiatric disorders occur frequently. No treatment of choice emerges from the few controlled treatment trials, though a flexible biopsychosocial approach seems the most promising.

Interpretation. Empathic medical evaluation and follow-up within a biopsychosocial framework is recommended. Analgesic, hormonal and, if appropriate, surgical treatment can relieve pain. Additional benefits may be obtained by adding sensory awareness-directed physiotherapy aimed at changing painful muscle tensions, body attitude, movement pattern and dysfunctional respiration pattern. Co-morbid psychiatric disorders should be diagnosed and treated. Cognitive-behavioural stress management intervention aimed at improving coping with pain and current life-situation may be indicated in a subsample of patients.

som behandling med tradisjonelle metoder ikke har gitt ønsket resultat. Selv om legen kan være empatisk og støttende, forteller mange pasienter likevel at de føler seg avvist når «det ikke er noe». Antydninger om at «det kan være noe psykisk» oppleves som bagatellisering av smertene og at smertene ikke er reelle, men derimot noe som pasienten innbiller seg (1).

Kvinneklivnikken og Psykosomatisk avdeling ved Rikshospitalet har fra 1997 samarbeidet rundt utredning og behandling av pasienter henvist for medisinsk uforklarlige kroniske bekkensmerter, de siste tre år i form av et randomisert behandlingsprosjekt hvor vi vurderer nytten av mensendieck-behandling og ev. kognitiv psykoterapi som et mulig tillegg til tradisjonell medisinsk oppfølging. I teamet som vurderer og behandler pasientene inngår gynekolog, fysioterapeut, psykolog og psykiater.

Prosjektet tar for seg kvinner i alderen 20–50 år som har hatt smerter i underlivet i mellom seks måneder og ti år. Inklusjon forutsetter at det ikke er funnet somatisk sannsynlig forklaring på smertene, eller at behandling på tradisjonelt vis med kirurgi og/eller medikamenter ikke har ført frem. Pasientene er henvist fra andre gynekologiske avdelinger eller fra praktiserende spesialister. Hovedresultatet av prosjektet forventes å foreligge i 2003.

Hensikten med denne artikkelen er dels å gi en oversikt over hva vi i dag vet om kroniske bekkensmerter hos kvinner ut fra en gjennomgang av litteraturen samt å dele våre erfaringer med behandling av disse pasientene ut fra en helhetlig forståelse av deres symptomer. I den forbindelse har vi utført et datasøk på Premedline og Medline for perioden 1966–februar 2002 (søkeord «chronic pelvic pain»). Vi har også gått igjennom Cochrane-databasen for systematiske vurderinger av behandlinger og databasen for kunnskapsbasert medisin (EBM), som omhandler oversiktsartikler omkring effekt av behandlinger.

Symptomer og funn

De somatiske funn ved kroniske bekkensmerter er avhengig av hvilken pasientpopulasjon man ser. Vi vil her konsentrere oss om den type smerte som kjennes dypt i bekkenet, og som pasienten oppfatter som om den kommer fra genitalia. Smertene beskrives av våre pasienter som dumpe, ømmende eller intenst skjærende i en eller begge lysker og/eller tvers over bekkenet. De vil ofte forverres ved tunge løft og bevegelse, kan være minst plagsomme tidlig om morgenen, utløses under samleie av dype støt og kan da vare fra minutter til mange timer. De fleste pasientene relaterer dem til uterus eller ovarier og er mest plaget fra egglosning til de første timene i menstruasjonen. Noen kjenner dem i blæreregionen. Pollakisuri (2) og i noen grad menstruasjonsforstyrrelser sees ofte.

Andre oftest medisinsk uforklarlige plager forekommer ofte sammen med kroniske bekkenmerter. Forstyrrelser av tarmfunksjonen forekommer hos en tredel eller flere (3–5). Symptomene tilsvarende irritabel tarm-syndrom, med obstipasjon som vanligere plage enn diaré. Mange forteller at de har oppblåst mage og må bruke løsthengende klær og plagge med strikk i livet. Kvinner som har mye muskel- og skjelettplager har også økt forekomst av kroniske bekkenmerter (6).

Smerter i vulva kan også være kroniske, uten kjent somatisk årsak og uten kjente gode behandlingsstrategier. Pasienter med disse typer smerter synes imidlertid å ha helt andre psykososiale kjennetegn, og vi går derfor ikke nærmere inn på disse tilstandene her (7, 8).

Etiologi

Venøs stase. Beard og medarbeidere har beskrevet venøs stase i bekkenvenene hos kvinner med ellers uforklarte smerter (9–11). Mange har forsøkt å forklare årsaken til dette funnet, og det er beskrevet endret perifer vaskulær reaktivitet relatert til ovarieaktivitet (12). Kompresjon av venstre nyrevene anføres også som en årsak til venøs stase og til bekkenmerter (13).

Endometriose oppfattes av de fleste som et viktig element hos kvinner med bekkenmerter (14, 15). Hvis smertene blir borte etter konvensjonell behandling, vil man ikke regne dem som uforklarlige, men hos mange pasienter er dette ikke tilfellet. Endometriose kan også dukke opp som et tilfeldig funn hos kvinner uten smerter, og endometriose-sens utbredelse er ikke godt korrelert til smerteintensiteten. Denne tilstandens plass som årsak til kroniske bekkenmerter er derfor ikke helt avklart. En mulig forklaring er at endometriose fasiliterer smerte, men ikke i seg selv er tilstrekkelig årsak.

Kronisk salpingitt. Opptil 50 % av pasienter med adekvat behandlet salpingitt uten påvisbart sekvele har smerter ett år etter sykdommen (16). Det er mulig at det fenomen vi står overfor er en nevrogen dysfunksjon som følge av den opprinnelige betennelse.

Adheranser er tegn på gjennomgått kirurgi, infeksjon eller endometriose og sees ofte ved kroniske bekkenmerter. Med mindre de er svært kraftige og forstyrrer funksjonen av organene, har nytten av å fjerne dem vært liten. Det taler for at de fleste adheranser er tilfeldige funn (17). Diagnostisk laparoskopi hos våken pasient har vært foreslått for å avklare hvilke funn som har sammenheng med smertene. Dette er rapportert å være nyttig både ved adheranser og endometriose (18). Et funn med sikker betydning er et fungerende ovarium som varierer i størrelse gjennom menstruasjonssyklus, fast tilheftet bekkenveggen. En slik tilstand kan gi sykliske smerter på grunn av strekk på peritoneum og trykk på strukturer på bekkenveggen. Dette kan også sees etter

Tabell 1 Somatiske tilstander assosiert med kroniske bekkenmerter

Endometriose
Redusert sirkulasjon i bekkenvenene
Adheranser i bekkenet
Ovarialcyster
Restvev etter fjerning av ovarier
Interstitiell cystitt
Kronisk residiverende urinveisinfeksjon
Irritabel tarm-syndrom
Divertikulose
Inflammatorisk tarmsykdom
Trykk på nerver
Etter kirurgi
Ved skiveprolaps
Ved neoplasme i spinalkanal eller på bekkenvegg
Ledd- og/eller muskeltilstander i korsrygg og bekken

at man tror ovariet er fjernet, det kalles da «remnant ovary» (19).

Ovarialcyster er korrelert med smerte (15), men mange cyster som opp gjennom årene er fjernet pga. smerter, har vist seg å være funksjonelle. Både follikkelcyster og corpus luteum-cyster er vanlig. De siste kan forårsake blødning og gi sterke akutte smerter, og noen kvinner har en tendens til å oppleve denne tilstanden hyppigere enn andre. Men cyster hos fertile kvinner er oftere et tegn på fungerende ovarier enn på patologisk tilstand. De neoplastiske benigne cyster som også er vanlige, vokser som regel så sakte at de sjelden gir opphav til smerter. Det samme gjelder ovarialcancer (20), som dessverre ikke gir symptomer før i et sent stadium. Imidlertid kan en tumor i spinalkanalen gi diffuse kroniske bekkenmerter før den gir nerverotsymptomer (21), og andre tilstander med trykk på nerver er også rapportert.

Urologiske tilstander beskrives som årsak til kroniske bekkenmerter (22, 23). Særlig ofte nevnes interstitiell cystitt (5, 24, 25),

som jo heller ikke er en godt forklart tilstand. Endelig nevnes tilstander i muskulatur som en ikke uvanlig årsak (26) (tab 1, tab 2).

Smertefysiologiske betraktninger

Ved kronisk smerte er terskelen for utløsning ofte nedsatt, ved at signaler i tykke, myeliniserte dorsaltotfibrer virker eksitatorisk på nevroner i ryggmargen som normalt bare aktiveres av nosiseptorer. Bak alle disse forandringer ligger plastiske endringer i nevroner i det somatosensoriske systemet. En viktig klinisk implikasjon er at intense, vedvarende smerter kan etterlate seg hukommelsesspor. Ved minimal stimulering kan pasienten dermed oppleve samme type smerte som hun tidligere har opplevd ved kraftig stimulering. Personen opplever altså reell smerte – nevronene er aktive, men vevet de gir signaler om, er ikke sykt.

Hukommelsesspor i form av endret plastisitet ved kroniske smerter kommer til syne i den kliniske erfaring at «smerte skaper smerte». Jo flere smertefulle opplevelser et individ har hatt, desto lavere smerteterskel vil hun kunne få. På samme måte vil samtidig opplevde smertefulle tilstander forsterke hverandre – og jo nærmere de ligger anatomisk, desto mer samvirking. Uansett mekanisme betyr dette at smerteopplevelsen er betinget i sentralnervøs persepsjon. Opplevelsen av smerte blir lagret i sentralnervesystemet og fører på en eller annen måte til varig endring i nervecellenes funksjon.

Genetikk. Det finnes genetisk variasjon med hensyn til tendensen for å utvikle kronisk smerte, og kjønnsforskjeller er en del av dette. Kvinner synes å være mer smertesensible enn menn for de fleste smertekvaliteter. Menstruasjonsyklus har en innvirkning på kvinners smertefølsomhet, men varierende for ulike typer smerte. Det meste av den eksperimentelle kunnskapen om dette dreier seg om kutane smerter, mens vi vet mye mindre om de viscerale smerterereguleringer. Bekkenmerter vil som regel være av visceral type (5).

Psykiske faktorer

Psykiske forhold er av stor betydning for sykdomsutviklingen ved kroniske bekkenmerter. I samsvar med vår egen erfaring må man regne med at minst halvparten av alle pasienter med kroniske bekkenmerter samtidig har en psykiatrisk lidelse (27, 28). De vanligste psykiske lidelser er anført i tabell 3. Unnvikelse synes å være en vanlig måte å håndtere smerter og vanskeligheter på (29).

Mange pasienter har vært utsatt for seksuelle overgrep (27), i vårt materiale dreier dette seg om vel 20 %. Det er imidlertid viktig å understreke at langt fra alle med kroniske bekkenmerter har vært utsatt for slike overgrep (28, 30). Seksuelt misbruk synes å disponere for økt forekomst av alle typer medisinsk uforklarlige smertetilstander og bruk av dissosiasjon som psykologisk reaksjon.

Tabell 2 Somatiske behandlingsfor-slag ved kroniske bekkenmerter

Modifikasjon av menstruasjonssyklus
GnRH-analog
Kontinuerlig progestagen
Kirurgisk fjerning av ovarier
Løsning av kraftige adheranser
Kirurgisk fjerning av dyp endometriose
Kirurgisk avlastning av nervevev
Embolisering av bekkenvenene
Analgetika
Medikamentell behandling av inflammatorisk og infeksjons tilstand
Fysioterapi med sikte på bedre sirkulasjon og avspenning

Tabell 3 De vanligste psykiske lidelser som kan forekomme samtidig med kronisk uforklarlige bekkensmerter hos kvinner

Type lidelse	Diagnostiske stikkord
Angstlidelser (generalisert, panikkpreget, agorafobi, sosial fobi)	Bekymret for mange ting, angst for å være alene, plutselige anfall av hjertebank, pustevanskeligheter, uvelhet. Klinisk virker pasienten ofte engstelig, men smilende
Depresjoner (dystymi, gjentatte depresjoner)	Trett, utslitt, konsentrasjonssvikt, sosial isolering, humørløs. Montgomery-Åsbergs depresjonsskala viser skåre > 20
Posttraumatisk stresslidelse	Påtrengende gjenopplevelser av skremmende hendelse. Samtidig fysiologisk uro. Forsøker å unngå å snakke om dette. Klinisk klager pasienten ofte over utbredte smerter og virker ofte «nervøs»
Multipel somatiseringslidelse	Multiple legemlige symptomer fra en rekke ulike organer. Har oftest en rekke medisinsk uforklarlige symptomer samt angst og depresjon. Oftest debut i tenårene

sjonsmønster ved påkjenninger (31), og er ikke spesifikt for kroniske underlivssmerter (32). I mange tilfeller er andre typer psykiske belastninger av betydning, for eksempel vold og omsorgssvikt (32).

Eqne erfaringer

I praksis finner man ofte ikke en klar «årsak» som fullt ut forklarer det kroniske smertebildet. Mange pasienter har hatt en eller flere av tilstandene som er beskrevet ovenfor, men har ikke svart på behandling eller smertene er der etter at tilstanden er borte. I slike tilfeller kan det være fruktbart å oppfatte kroniske smerter i bekkenet som et resultat av tidligere gjennomgåtte smertefulle sykdommer eller fysiologiske hendelser som under uheldige omstendigheter har ført til varige nevrogene endringer med økt sensibilisering. Vår erfaring er at de fleste kvinner med den dype formen for smerte har ekstremt øm muskulatur i bekkenet, med endret tonus, atrofi og/eller ødem. Anamnesen tyder i mange tilfeller på at dette oppstår nokså sent i forløpet og kan representere en uhensiktsmessig stresshåndtering. Hvorvidt dette er en form for fibromyalgi eller representerer en kronisk overbelastning kan vi ikke si, men våre behandlingsresultater tyder på at det er reversibelt for mange.

Det er mulig at denne erfaring representerer noe av det samme som begrepet «pelvic congestion» (9). Vi har ikke hatt mulighet for å gjøre systematisk invasiv røntgendagnostikk hos våre pasienter, men anamnese og funn ellers kan stemme. Beard og hans gruppe har ikke forsøkt mensendieckbehandling av sine pasienter.

Psykiske belastninger som overgrep, utrygg barndom, pågående parkonflikt eller samvittighetskonflikt osv. disponerer for kronifisering av smerter gjennom å fungere som vedlikeholdende faktorer. Vi har ikke sett mange tilfeller av kronisk smerte uten forutgående smertefull somatisk hendelse. Smerte oppstått på rent psykologisk grunnlag er ikke vanlig blant våre pasienter.

Undersøkelse og diagnostikk

I all smertediagnostikk er anamnesen helt avgjørende, og det er nødvendig å bruke tid.

Det er hensiktsmessig å gå nøye igjennom både hva som har skjedd og hvordan pasienten har forstått og fortolket det som har skjedd. Det er her en fordel å innhente epikriser med operasjonsbeskrivelser og histologibesvarelser fordi det ofte er nødvendig å rydde opp i begrepene. Måten smertene varierer på, kan gi en forståelse av hvordan de har oppstått eller hva som vedlikeholder dem på utredningstidspunktet, og dermed gi ideer til behandlingsstrategi.

Ved den gynekologiske undersøkelsen er vår erfaring at det er hensiktsmessig å legge vekt på å finne ut hvor smertene utløses for å øke pasientens forståelse av egen kropp. Dette kan gjøres ved å palperer muskulaturen i bekkenet fra vagina. Tilgangen er meget lett ved å vende fingrene lateralt fra introitus vagina. Vi finner høy elastisk stivhetsgrad og betydelig palpasjonsømhøet både i bekkenbunnsmuskulaturen bedømt på denne måten, i bukveggsmuskulatur og i muskelgrupper som flekterer, adduserer og utadroterer i hofteleddet. Disse funn står i motsetning til funn gjort hos kvinner med urinlekkasje, hvor Bø og andre finner hypoton muskulatur i bekkenbunnen (33). Bekkenbunnstrening skal også være effektivt (34). Fysioterapeuten i vårt team har standardisert en test for å se på holdning, bevegelsesmønstre og respirasjonsmønstre hos pasienter med kroniske underlivssmerter. Testen er evaluert og testet på slike pasienter og på friske kontrollpersoner (35). Den er funnet å diskriminere godt mellom friske kvinner og pasienter med kroniske bekkensmerter, med mest avvik i bevegelsesmønster og respirasjonsmønster.

Parallelt med den gynekologiske utredningen er det nødvendig å gjøre en grundig utredning av psykiske belastningsfaktorer. Først og fremst gjelder dette kartlegging av psykiatrisk komorbiditet, gjerne ved hjelp av et strukturert psykiatrisk intervju (tab 4). Dernest vil enhver tilnærming til pasientgruppen kreve at man tar seg tid til en kartlegging av psykososiale belastninger, samlivsforhold og andre faktorer som kan være av betydning. Siden det ofte er nødvendig at man direkte tar opp intime temaer som spørsmål om overgrep, seksualitet eller

andre sider ved forholdet til samlivspartner, krever en slik samtale at man tar seg god tid. Ikke minst er det viktig at man som lege har overskudd til å gå inn i problematikken. Mange pasienter har erfaringer med møter med stressede og avvisende leger, noe som bare skaper aggresjon og gjerne forsterker sykdomsbildet.

Forekomst

Prevalensen av kroniske bekkensmerter i befolkningen er ukjent. Usikkerheten øker fordi det ikke finnes noen allment godtatt definisjon av begrepet kroniske bekkensmerter. 2–3% er antydnet, mens kroniske bekkensmerter har vært antydnet som et hovedproblem for opptil 40% av dem som oppsøker allmennlege eller gynekolog for underlivsplager (2, 36–40).

Fertile kvinner blir oftere henvist til spesialist med bekkensmerter enn kvinner etter menopause. Hos fertile kvinner kan smertene variere med menstruasjonsfase. Graden av besvær varierer, men de mest affiserte har en sterkt redusert livskvalitet med problemer både i yrke, fritid og familieliv. Det er slit-somt å leve med smerter, og det fører ofte til søvnforstyrrelser og depressive tilstander.

Behandling

Medisinsk behandling av endometriose kan gis med progestagener kontinuerlig eller med GnRH-agonister. Behandlingen gir ikke varig lindring utover behandlingstiden for mer enn 40–70% (17, 41). Samme type behandling kan også gi godt resultat når det ikke påvises endometriose, kanskje ved å modulere syklisk endret smerteperspsjon eller ved å påvirke venøs stase.

Kirurgisk behandling av adheranser er ved en Cochrane-analyse ikke funnet effektivt med mindre adheransene er store og uttalte (17). Andre finner at selv diagnostisk laparoskopi kan ha god effekt, særlig hvis alvorlig patologisk tilstand kan avkrefte (42). Det er også beskrevet godt resultat av kirurgisk behandling av endometriose i tillegg til medikamenter (17). Ulike former for nerveablasjon anbefales ikke (43). Ved påvist venøs stase har embolisering av bekkenvenen gitt gode resultater (44), og det har og

Tabell 4 Psykobiologiske behandlingsmetoder ved medisinsk uforklarlige kroniske underlivssmerter hos kvinner

1. Aksepter at pasienten har smerter, men godta ikke uten videre pasientens egen forklaring på årsaken
2. Kartlegg nåværende livssituasjon, med særlig vekt på forhold til partner og tidlige nære personer
3. Gjør en kartlegging av om det foreligger eventuell behandlingstrengende psykisk lidelse i tillegg
4. Ved de biomedisinske undersøkelser tar man også hensyn til pasientens spesifikke sykdomsbekymringer
5. Oppsummer funn og forklar at det ikke er alvorlig somatisk årsak, samtidig som man aksepterer at smerten er der
6. Forklar at smerter kan være til stede selv uten alvorlig pågående vevsskade
7. Drøft smerten i et biopsykososialt perspektiv, med vekt på hvordan smerte ufrivillig kan forsterkes eller holdes vedlike ved kroniske belastninger eller uheldige kroppsholdninger og muskelspenninger
8. Identifiser om mulig sammenhenger mellom psykososiale belastninger og plager
9. Drøft og prøv ut alternative mestringsstrategier av livssituasjon
10. La fysioterapeut vurdere holdning og bevegelsesmønster, og la denne lage et behandlingsopplegg som korrigerer uheldige holdninger eller mønstre
11. Behandle eventuell samtidig psykisk lidelse medikamentelt
12. La pasienten komme til noen regelmessige samtaler *uavhengig av symptombelastning* hvor vekten går på å drøfte livssituasjon og alternative mestringsstrategier
13. Henvis eventuelt til psykolog eller psykiater hvis det er omfattende psykososiale problemer som ikke løses i tilstrekkelig grad ved tiltak 1–12

så ekstirpasjon av ovarier, kanskje fordi menstruasjonssyklus da opphører.

Egne erfaringer

Etter vår oppfatning er det i dag rimelig å oppfatte kroniske bekkensmerter som et resultat av både somatiske og psykososiale traumer. Genetisk disposisjon og den totale sykdomshistorie spiller inn, og muskulaturen er bærer av mye smerte. I tråd med dette forsøker vi å rette behandlingen mot både somatiske, psykologiske og motoriske forhold som opprettholder plagene. Dette er i tråd med andres erfaringer (26, 34, 45). Historien kan vi ikke endre, og det blir nødvendig å ta utgangspunkt i situasjonen slik den er når pasienten kommer til oss.

Mange trenger å endre sin forståelse av sammenhenger for å kunne endre atferd på en hensiktsmessig måte. For eksempel vil mange oppfatte seg selv som et underlivsmessig vrak – ingen organer som fungerer og totalt mislykket som kvinne. Mange vil også ha en sterk forankring i en eller annen somatisk sykdom med tilhørende feilbehandling som eneste årsak til problemene. Under anamneseopptaket og klinisk undersøkelse benytter vi ofte anledningen til å forklare det vi vet om anatomi og fysiologi og rette opp misforståelser og uklareheter.

Som ved andre psykosomatiske tilstander vil mange ha sterk motstand mot psykologisk intervensjon og forklaringsmodeller, men hvis forklaringen hele tiden tar som utgangspunkt at beskrivelsen av plagene er reell og kvinnen behandles med respekt og empati, aksepterer de fleste etter hvert at det finnes en sammenheng mellom smerte, an-

spenhet og stress. Hensikten er jo å styrke selvbevisstheten og å gi kvinnen redskaper til å mestre situasjonen, selv om vi ikke kan love smertefrihet.

I noen tilfeller har vi i samarbeid med smerteklinikker kunnet komme frem til medikamentell behandling av nevrogene smerter. Dette gir sjelden total smertefrihet, men et redusert nivå som kan være del av en løsning.

Vi legger vekt på mest mulig effektiv behandling av psykiatrisk komorbiditet, oftest ved hjelp av adekvat psykofarmakologisk behandling. Psykiatrisk komorbiditet, ofte i form av depresjon, er antakelig en meget viktig vedlikeholdende faktor ved kroniske bekkensmerter, selv i de tilfeller der det er vanskelig å se en direkte relasjon til underlivssykdommen. Det er ikke vist at antidepressive legemidler har effekt, med mindre det foreligger en klar depresjon (17).

I vårt prosjekt er denne intervensjonen kombinert med en fysioterapimetode ad modum Mensendieck. Denne metoden bygger på en forståelse av menneskets bevegelsesmønstre som et samspill mellom kognisjon og motorikk. Gjennom øvelser og arbeid med pusten, noe som bevisstgjør holdning og bruk av muskulatur, får pasienten selv kontakt med og forståelse for uhensiktsmessige muskelspenninger og bevegelsesmønstre. Dette danner utgangspunktet for innlæring av mer hensiktsmessige og fysiologiske holdninger og bevegelser (35).

Legens rolle som rådgiver og konsulent når det gjelder å hjelpe kvinnen til å takle vanskelige valg i sin livssituasjon kan ofte være en helt avgjørende del av behandlin-

gen. Alternative mestringsalternativer til pågående psykososiale belastninger blir viet betydelig oppmerksomhet og har så ofte som mulig et praktisk utgangspunkt. Vi legger også vekt på å diskutere med pasientene stressmestringsteknikker (f.eks. avspenning eller kognitive teknikker) som de kan ha nytte av i situasjoner der problemene ikke kan løses.

Noen ganger krever dette mer enn den ekspertisen som innehas av gynekolog eller allmennpraktiker, i så fall bør pasienten henvises til spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi. Gruppebehandling kan hjelpe noen (46). Det er likevel vår erfaring at mange leger klarer dette godt på egen hånd og mange ganger har en stor fordel fordi de innehar ekspertise både når det gjelder psykiske og somatiske spørsmål.

Konklusjon

Medisinsk uforklarlige kroniske bekken-smerter hos kvinner er et betydelig klinisk problem. Men mange kan hjelpes hvis legen kombinerer gynekologisk kunnskap med empatisk utforskning og drøfting av pasientens aktuelle livssituasjon og mestringsmåter. Som regel vil en tverrfaglig tilnærming som også inkluderer kropporienterte behandlingsformer være å foretrekke. Utredning og behandling av kroniske underlivssmerter er derfor et godt eksempel på viktigheten av å kunne anlegge et integrert og avveid biopsykososialt helhetssyn.

Litteratur

1. Grace VM. Problems women patients experience in the medical encounter for chronic pelvic pain. *Health Care Women Int* 1995; 16: 509–19.
2. 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: 1149–55.
3. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Green C, Katon WJ. Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 39–46.
4. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106: 1156–61.
5. Wessellmann U, Czakanski PP. Pelvic pain: a chronic visceral pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2001; 5: 13–9.
6. Østensen M, Schei M. Sociodemographic characteristics and gynecological disease in 40–42 year old women reporting musculoskeletal disease. *Scand J Rheumatol* 1997; 26: 426–34.
7. Bodden-Heidrich R, Kuppers V, Beckmann MW, Reckenberger I, Bender HG. Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and chronic vulvar pain syndrome (CVPS). *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999; 20: 145–51.
8. Reed BD, Haefner HK, Punch MR, Roth RS, Gorenflo DW, Gillespie BW. Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 2000; 45: 624–32.
9. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 153–61.

10. Fry RP, Beard RW, Crisp AH, McGuigan S. Sociopsychological factors in women with chronic pelvic pain with and without pelvic venous congestion. *J Psychosom Res* 1997; 42: 71–85.

11. Perry CP. Current concepts of pelvic congestion and chronic pelvic pain. *J Soc Laparosc Surg* 2001; 5: 105–10.

12. Foong LC, Gamble J, Sutherland IA, Beard RW. Altered peripheral vascular response of women with and without pelvic pain due to congestion. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 157–64.

13. Scultetus AH, Villavicencio JL, Gillespie DL. The nutcracker syndrome. *J Vasc Surg* 2001; 34: 812–9.

14. Howard FM. An evidence-based medicine approach to the treatment of endometriosis-associated chronic pelvic pain. *J A Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7: 477–88.

15. Kontoravdis A, Hassani E, Hassiakos D, Botis D, Kontoravdis N, Creatas G. Laparoscopic evaluation and management of chronic pelvic pain during adolescence. *Clin Exp Obstetrics Gynecol* 1999; 26: 76–7.

16. Stacey CM, Munday PE, Taylor-Robinson D, Thomas BJ, Gilchrist C, Ruck F et al. A longitudinal study of pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 994–9.

17. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; Issue 2.

18. Howard FM, El-Minawi AM, Sanchez RA. Conscious pain mapping by laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 934–9.

19. Siddall-Allum J, Rae T, Rogers V, Witherow R, Flanagan A, Beard RW. Chronic pelvic pain caused by residual ovaries and ovarian remnants. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 979–85.

20. Rigor BM sr. Pelvic cancer pain. *J Surg Oncol* 2000; 75: 280–300.

21. Holley RL, Richter HE, Wang L. Neurologic disease presenting as chronic pelvic pain. *South Med J* 1999; 92: 1105–7.

22. Van Os-Bossagh P, Kosterman LM, Hop WC, Westerhof BE, de Bakker JV, Drogendijk AC et al. Micromotions of bladder wall in chronic pelvic pain. *Int Urogyn J* 2001; 12: 89–96.

23. Doggweiler-Wiygul R, Blankenship J, MacDiarmid SA. Review on chronic pelvic pain from a urological point of view. *World J Urology* 2001; 19: 160–5.

24. Juang CM, Wang PH, Yu KJ, Yuan CC, Ng HT. Urethral diverticulum presenting with chronic pelvic pain: a case report. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Chin Med J)* 1999; 62: 550–3.

25. Clemons J, Arva LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 7.

26. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 719–42.

27. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML et al. Psychiatric diagnosis and sexual victimization in women with pelvic pain. *Psychosomatics* 1995; 36: 531–40.

28. Collett BJ, Cordle CJ, Stewart CR, Jagger C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 87–92.

29. Stones RW, Selfe SA, Fransman S, Horn SA. Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2000; 14: 415–31.

30. Fry RP, Crisp AH, Beard RW. Sociopsychological factors in chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1997; 42: 1–15.

31. Badura AS, Reiter RC, Altmaier EM, Rhomberg A, Elas D. Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 405–10.

32. Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Söllner W. Chronic pelvic pain

and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 929–33.

33. Bø K. Pelvic floor exercises for the treatment of female stress urinary incontinence. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1989.

34. Everaert K, Devulder J, De Muynck M, Stockman S, Depaape H, De Looze D et al. The pain cycle: implications for the diagnosis and treatment of pelvic pain syndrome. *Int Urogynecol J* 2001; 12: 9–14.

35. Haugstad GK. Utvikling av en standardisert, kvantifisert Mensendieck test. Hovedfagsoppgave. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2000.

36. Moen M, Schei B. Epidemiology of endometriosis in a Norwegian county. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 559–62.

37. 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: 321–7.

38. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 55–8.

39. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106: 1149–55.

40. 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: 541–7.

41. Prentice A, Deary AJ, Bland E. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 1, 2002.

42. Elcombe S, Gath D, Day A. The psychological effect of laparoscopy on women with chronic pelvic pain. *Psychol Med* 1997; 27: 1041–50.

43. Proctor ML, Farquhar CM, Sinclair OJ, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; issue 1.

44. Venbroux AC, Chang AH, Kim HS, Montague BJ, Hebert JB, Arepally A et al. Pelvic congestion syndrome (pelvic venous incompetence). *J Vasc Intervent Rad* 2002; 13: 171–8.

45. Rickert VI, Kozlowski KJ. Pelvic pain. A SAFE approach. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 181–93.

46. Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999; 20: 216–25.

Summaries in English



- 1180** Bjerkeset T, Edna T-H, Skreden K, Tøndel H
Acute pancreatitis
- 1185** Hagemo JS, Aasarød K, Moen T
Antineutrophil cytoplasmic autoantibodies in systemic vasculitis
- 1190** Grønning M, Svendsen F, Skeidsvoll H, Jones KØ, Nilsen PT
Spasticity treated with selective posterior rhizotomy
- 1194** Kvarstein B, Fosså SD, Harvei S
Diagnosis and treatment of penile cancer
- 1202** Andersen HT
Regular prescription of narcotics and sedatives to drug-addicted patients in general practice
- 1206** Nysæther H, Bærug A, Nylander G, Klepp K-I
Rooming-in in the maternity ward – are mothers satisfied?
- 1213** Blomhoff S, Diseth TH, Jacobsen MB, Vatn M
Irritable bowel syndrome in children and adults
- 1218** Haug TT
Functional dyspepsia – a psychosomatic disease
- 1223** Kirste U, Haugstad GK, Leganger S, Blomhoff S, Malt UF
Chronic pelvic pain in women