

**Lennart Hahn**, med dr, docent, överläkare, kvinnokliniken,  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg ([lennart.hahn@swipnet.se](mailto:lennart.hahn@swipnet.se))

## Långvarig kvinnlig bäckensmärta

### Svårdiagnostiserat tillstånd – mer än 70 diagnoser möjliga

|| Långvarig bäckensmärta förekommer hos ca 15 procent av den kvinnliga befolkningen. Tillståndet erbjuder stora diagnostiska och terapeutiska utmaningar. Orsaken förblir ofta okänd även efter laparoskopi. Även mindre kända orsaker till bäckensmärta som bäckenvaricer och neuralgier bör övervägas som förklaring till smärtan.

Psykosociala faktorer påverkar kvinnans livskvalitet vid långvarig smärta. De kan vara sekundära till smärtan men kan också primärt styra en smärtproblematik.

Enligt IASP, International Association for the Study of Pain, definieras smärta som en obehaglig sensorisk eller emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda även i frånvaro av vävnadsskada.

Långvarig smärta definieras ofta som en smärta som har varat i mer än sex månader. Långvarig bäckensmärta, »chronic pelvic pain« (CPP), är en smärta som av kvinnan förläggs till nedre delen av buken och i bäckenet. Dessvärre finns i litteraturen ingen enighet i taxonomin: vissa arbeten kräver för diagnosen CPP en bestämd, oförändrad lokalisering av smärtan, andra kan inkludera diffusa smärtor som sträcker sig upp till navelplanet. Dysmenorré och dyspareuni accepteras ibland som led i CPP, ibland inte.

Kvinnor med CPP söker läkare inom olika specialiteter; denna översikt är dock skriven från en gynekologisk utgångspunkt.

#### Prevalens

Den enda studie av prevalensen av CPP som kan sägas vara representativ för kvinnor i allmänhet gjordes som en telefonintervju med över 5 000 kvinnor i åldrarna 18–50 år. Prevalensen var 14,7 procent. Av intresse är att orsaken till smärtan angavs som okänd hos inte mindre än 61 procent [1]. Andra författare har i sjukhusbaserade populationer funnit prevalenser på mellan 12 procent och 39 procent [2].

Uppenbara svårigheter föreligger när det gäller att skilja CPP från annan smärta, framför allt »irritable bowel syndrome« (IBS) [2].

#### Hälsoekonomiska aspekter

Kvinnor med CPP svarar för 40–50 procent av alla elektiva laparoskopier. I USA är CPP den huvudsakliga indikationen

#### SAMMANFATTAT

Incidensen av långvarig bäckensmärta hos kvinnor har uppskattats till ca 15 procent. Påfallande ofta anger patienterna att orsaken är okänd.

Laparoskopi är normal i ca 40 procent av fallen. Även om endometriosis eller sammanväxningar diagnostiseras behöver detta inte innebära förklaringen till smärtan.

Kvinnor med långvarig smärta uppfyller ofta kriterier för psykisk sjukdom, framför allt depression. Det är fortfarande oklart vad som är orsak och vad som är verkan.

Det finns också ett samband mellan våld i barndomen, såväl sexuellt som icke-sexuellt, och senare långvarig bäckensmärta.

Långvarig bäckensmärta kan orsakas av en mängd såväl gynekologiska som icke-gynekologiska sjukdomstillstånd. I svåra fall bör kvinnan remitteras för omhändertagande vid en multidisciplinär smärtklinik.

#### Serie: Smärta

Serien inleddes  
i Läkartidningen 14/01.

för hysterektomi i 12–15 procent; kostnaden för sjukfrånvaro och nedsatt arbetsförmåga har uppskattats till miljardbelopp [1, 3]. Svårare är det att beräkna kostnaden för kvinnan i form av år av lidande och kanske omotiverade och/eller icke verk samma behandlingar.

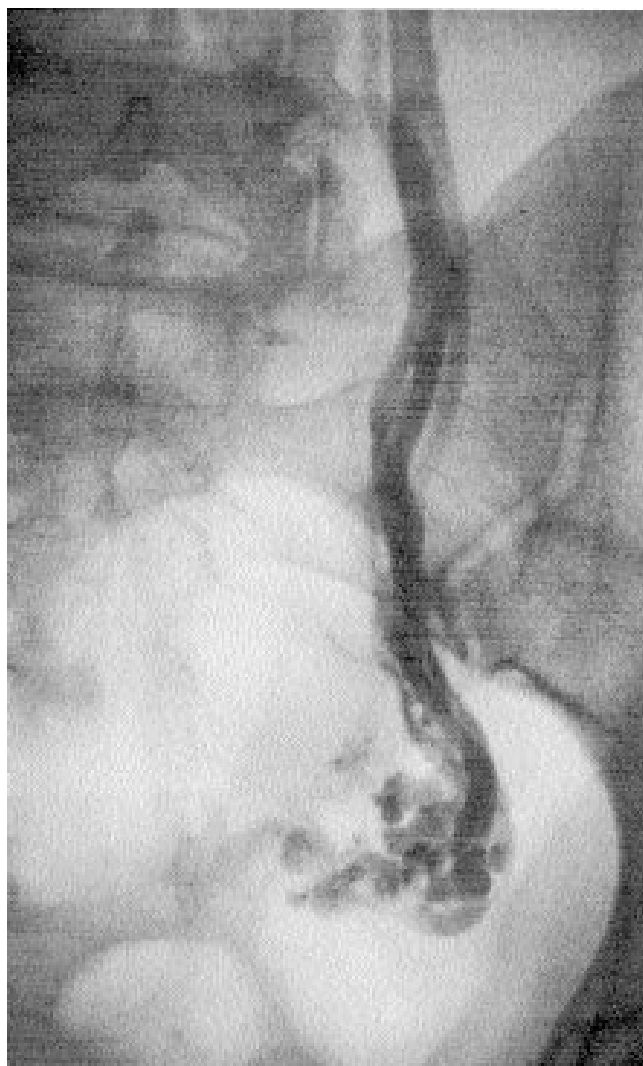
#### Omhändertagande

Det medicinska omhändertagandet varierar, men måste få ta tid. Många av de drabbade kvinnorna har tidigare sökt läkare



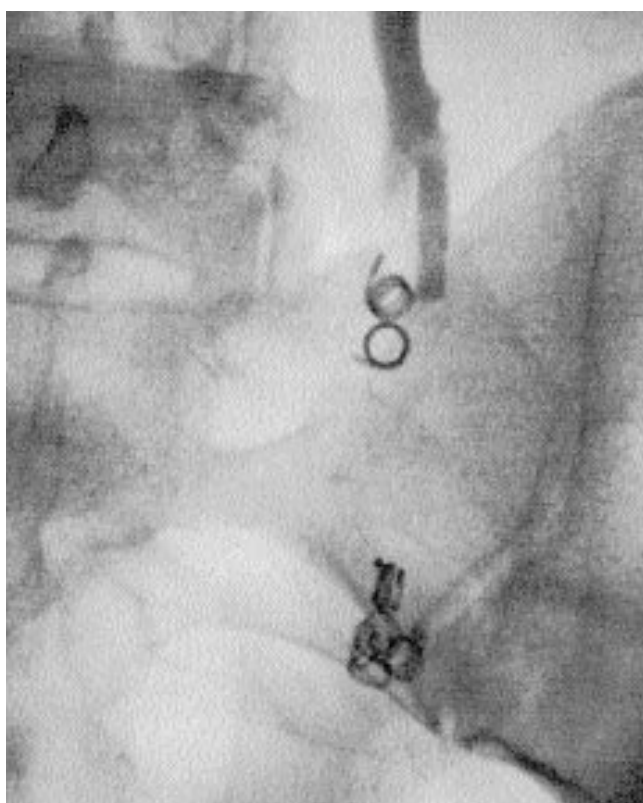
*Patienten var en 39-årig II-på med mångåriga besvär av högersidiga buk-/bäckensmärter. Hon utreddes extensivt utan att patologiska fynd kunde påvisas. Magnetisk resonanstomografi avslöjade dock att vena ovarica var vid på höger sida.*

*Transuterin flebografi (bilden ovan) bekräftade en påtagligt vid vena ovarica med stora venkylsen i lilla bäckenet. Efter hysterektomi blev patienten helt smärtfri.*



*30-årig III-på med vänstersidiga smärtor med för bäckenvaricer helt typisk anamnes. Laparoskopi var utan anmärkning. Selektiv flebografi av vena ovarica (överst till höger) visar insufficianta klaffar och retrograd fyllning. Höger vena ovarica är helt sufficient.*

*I samma seans placerades platinaspiraler, dels i bäckengångsnivå, dels 5 cm nedanför inmyningen i vena renalis (bilden till höger). Långtidsresultaten av denna åtgärd har ännu ej kunnat bedömas.*



**Tabell I.** Förekomst av adherenser hos kvinnor med CPP/kontrollgrupp.

Författare	År	Population	Adhärenser, antal	Procent
Kresch et al [5]	1984	CPP, konstant på en plats	51/100	51
		Sterilisering	7/50	14
Rapkin [57]	1986	CPP	26/100	26
		Infertilitet	34/88	39
Koninckx et al [19]	1991	CPP	79/170	47
		Infertilitet	198/416	48
		CPP och infertilitet	40/57	70
Mahmood et al [58]	1991	CPP	43/156	28
		Infertilitet	78/312	25
		Sterilisering	129/598	22

**Tabell II.** Resultat av adherenslösning vid kronisk smärta.

Författare	År	Antal	Klart förbättrade		Anmärkning
			Antal	Procent	
Steege et al [26]	1991	20	15	75	Laparoskopi
McDonald et al [59]	1992	118	84	76	Laparoskopi
Peters et al [25]	1992	24	10	42	Laparotomi
Saravelos et al [24]	1995	72	51	71	Laparotomi
Idem		51	31	61	Laparoskopi

**Tabell III.** Resultat av hysterektomi som behandling vid CPP. SOE=salpingo-ooforectomi.

Författare	År	Antal	Procent klart förbättrade	Uppföljning, månader	Anmärkning
Stovall et al [47]	1990	99	77	12-60	
Beard et al [48]	1991	36	97	12	Alltid SOE
Carlson et al [49]	1994	74	95	12	
Hillis et al [50]	1998	308	74	12	
Tay et al [51]	1998	98	69	>12	
Hahn	opubl	21	90	>6	i 4 fall SOE

från olika specialiteter utan att få hjälp. Anamnesen, gärna i form av ett strukturerat formulär, är av stor betydelse. Viktiga frågor:

När började smärtan? Är lokaliseringen konstant eller varierande? Finns det någon relation till menstruationscykeln, till samlag, till födointag, till rörelser? Hur hanterar patienten sin smärta? Hjälper analgetika? Hur påverkas hennes liv? Är hon inne i en »smärtcirkel« där allting centreras kring smärtan?

En »smärtdagbok« i vilken patienten prospektivt fyller i sin skattade smärta är ett utmärkt hjälpmedel för såväl läkare som patient.

## Diagnostiska problem

I Sverige är det brukligt att man tidigt i utredningen gör en laparoskopi, som kan ge en möjlig förklaring till CPP i bästa fall i 60 procent. Oftast finner man då endometriosis och/eller sammanväxningar [4]. Om man inkluderar endast kvinnor med

smärta lokaliserad på ett bestämt ställe ökas andelen fall med möjlig förklaring till 83 procent [5]. Sambandet mellan CPP och dessa förändringar är dock på intet sätt säkerställt.

Om laparoskopin är negativ dras ofta ett antal felaktiga slutsatser:

- Smärtan är av funktionell genes; kvinnan remitteras till psykiater.
- Det enda som återstår är hysterektomi.
- Ingenting kan göras; kvinnan måste lära sig leva med smärtan [6].

Att slutsatserna är felaktiga visas bl a av en undersökning av kvinnor med normala fynd vid laparoskopin, där man vid en noggrann utredning fann somatisk patologi i 47 procent av fallen [7].

Stora förhoppningar knöts initialt till s k mikrolaparoskopi. Härvid införs i lokal bedövning ett instrument med 2 millimeters diameter i buken. Patienten är alltså vaken, och man skulle därmed kunna identifiera den exakta platsen för och därmed orsaken till smärtan [8]. Metoden har dock inte fått någon allmän spridning, möjligen på grund av att patienter med långvarig smärta har svårt att acceptera de obehag och den smärta som trots allt vidlåder ingreppet.

Ett annat synsätt, där laparoskopi inte ingår i den primära utredningen, utgår ifrån att smärtan har sitt ursprung i ovarierna eller deras funktion. Efter en noggrann klinisk undersökning får kvinnan en GnRH-analog, som hämmar gonadotropinfrisättningen, vilket leder till en nedreglering av äggstockarnas funktion och en medicinsk kastrering. Man utför laparoskopi endast på de patienter hos vilka smärtan inte reduceras.

Preliminära resultat talar för att 80 procent av kvinnor med CPP reagerar positivt med reduktion av smärtintensiteten [9]. Detta skulle innebära att endast ett fåtal kvinnor skulle behöva laparoskoperas, vilket skulle medföra en minskad totalkostnad. Vid en behandling som är längre än sex månader måste dock steroidhormoner tillföras, s k »add back«-behandling, för att undvika skadliga hypoöstrogena effekter på framför allt benstommen. Effekterna av dylik »add back«-behandling vid CPP är dock inte tillräckligt studerade.

Allt fler författare betonar fördelen med ett multidisciplinärt omhändertagande [10, 11]. Peters och medarbetare redovisade ett signifikant bättre resultat än med en somatiskt inriktad regim [12]. Klart är att dessa kvinnor eljest kommer att söka om och om igen, eftersom smärtan inte försvinner spontant [13].

## Psykologiska faktorer

Vid all långvarig smärta är det av flera anledningar nödvändigt att samtidigt värdera somatiska symtom och psykosociala faktorer. Det gamla cartesianska synsättet med nociceptorer som, när de stimuleras, orsakar smärta av en grad som motsvarar vävnadsskadan är förlegat och kan inte användas vid långvarig smärta. Modern smärtforskning har visat att såväl afferenta som efferenta signaler kan moduleras av neurotransmittorer såsom serotonin, noradrenalin eller endorfiner. Nervsignalerna påverkar och påverkas även av hur man upplever sin smärta.

Detta innebär att det vid långvarig smärta är svårt, för att inte säga omöjligt, att särskilja fysiska från psykologiska orsaker. Redan tidigt i kontakten bör man informera patienten om basal smärtfysiologi, kanske redan innan den diagnostiska laparoskopin utförs. Om laparoskopin inte kan påvisa någon säker förklaring till smärtan är det sannolikt lättare för patienten att acceptera t ex en antidepressiv behandling som

»smärtparaply«. Dessa preparat har också en genuint smärtlindrande effekt, som dock inte är särskilt uttalad.

Många kvinnor med CPP har vid testning med psykologiska testinstrument befunnits uppfylla kriterier för olika psykiatriska sjukdomar, framför allt depression [14, 15]. Fortfarande är det dock oklart vad som är orsak och verkan. Det finns en omfattande litteratur om sambandet mellan sexuellt utnyttjande och annat fysiskt våld och CPP [16]. I en norsk studie intervjuades dels kvinnor som levde i en relation där fysiskt våld hörde till vanligheten, dels ett kontrollmaterial. I den förra gruppen rapporterade 48 procent tidigare eller aktuell CPP, medan motsvarande frekvens i kontrollgruppen var 21 procent ( $P < 0,001$ ) [17]. En sammanfattande bedömning är att det finns stöd för ett samband mellan såväl icke-sexuellt som sexuellt våld i barndomen och CPP, vilket dock inte implicerar ett kausalsamband.

### Endometrios

En översiktsartikel om endometrios har tidigare publicerats i Läkartidningen [18]. Följande sammanställning fokuseras på sambandet CPP och endometrios. Howard samlade ett stort antal studier av laparoskopi vid CPP och fann att endometriosis diagnostiserades i 28 procent (2–74 procent). Kontroller, som var antingen kvinnor med infertilitet eller kvinnor som skulle steriliseras, hade endometrios i 17 procent (7–25 procent) [4]. Att endometrios orsakar dysmenorré och dyspareuni är allmänt accepterat, däremot är kausalsambandet mellan endometrios och CPP inte lika klart. Man har inte lyckats korrelera utbredningen av endometrios enligt erkända bedömningssystem med smärta [19].

Det finns däremot stöd för att infiltrationsdjupet av endometrios, framför allt på predilektionsställen som ligamentum sacrouterina, har en korrelation till graden av CPP [19]. Detta har lett till utveckling av ett nytt klassificeringssystem som sannolikt bättre kan korrelera CPP till utbredningen av endometrios [20]. Dock synes inga studier ännu ha utnyttjat dessa möjligheter för värdering av behandling av endometrios.

Behandlingen av CPP vid endometrios kan vara såväl medicinsk som kirurgisk. Utrymmet tillåter inte en utförlig genomgång; läsaren hänvisas till den tidigare publicerade översiktsartikeln [18].

### Sammanväxningar

Sammanväxningar brukar sättas i samband med antingen genomgångna infektioner, tidigare operationer eller endometrios. I bortåt hälften av alla fall med adherenser kan man dock inte finna någon av dessa orsaker [21]. En förklaring kan vara subkliniska infektioner, oftast klamydia. Det finns inget sätt att palpatoriskt säkerställa diagnosen, som alltså kräver en laparoskopi.

Sambandet mellan sammanväxningar och CPP är på intet sätt säkerställt. Alla kirurger/gynekologer kan vittna om imponerande adherenser hos smärtfria kvinnor. Ett sätt att belysa problemet är att jämföra kvinnor med och utan CPP avseende förekomst, utseende och lokalisation av sammanväxningar. Tabell I visar några kontrollerade studier.

Av uppenbara skäl kan man aldrig få en kontrollgrupp ur normalpopulationen, och invändningar kan göras mot val av såväl steriliserings- som, framför allt, infertilitetspatienter som kontroller. Vissa studier indikerar att sammanväxningar hos kvinnor med CPP skiljer sig från dem hos kvinnor utan CPP på så sätt att de förra inskränkte rörligheten på de organ, framför allt tarmar, som berördes [5]. Andra studier har talat för motsatsen och även visat samma frekvens nervfibrer i histologiska snitt av adherenser från kvinnor med och utan CPP [22].

Ett annat sätt att belysa sambandet mellan CPP och adhe-

renser är att studera effekten av lösning av adherenser. Resultaten från ett antal studier redovisas i Tabell II. Så gott som alla studier är behäftade med metodologiska svagheter, framför allt i form av avsaknad av kontrollgrupp. En laparoskopi som görs endast för diagnostik kan ge smärtfrihet, sannolikt eftersom avsaknaden av patologiska fynd kan lugna kvinnan och därmed ge henne bättre möjlighet att bearbeta smärtan [23].

I den största och mest genomarbetade studien kunde ingen signifikant skillnad mellan resultaten vid laparoskopi och laparotomi med mikrokirurgisk teknik påvisas [24]. Man kunde också notera hög incidens av recidiv av CPP, 26 respektive 20 procent. Livstabellanalys för att justera för olika uppföljningstider visade en kumulerad smärtfrihet vid 12 respektive 24 månader på 60 respektive 49 procent. Den enda variabel som påverkade resultaten i negativ riktning var förekomst av en tidigare operation, vilket kan tolkas som en hos den enskilde patienten uttalad tendens att ånyo utveckla adherenser trots alla försök att undvika dem.

I den enda publicerade kontrollerade studien av adherenslösning vid CPP noterades i totalmaterialet ingen skillnad mellan grupperna. I en undergrupp med uttalade adherenser var dock adherenslösning signifikant bättre än expektans [25].

Vikten av det preoperativa psykologiska tillståndet, och därmed av selektion av patienter för operation, har betonats [26]. Kvinnor med kroniskt smärtsyndrom, definierat bl a som förekomst av vegetativa symtom samt en ändrad familjeroll, blev förbättrade i mindre utsträckning än kvinnor med »bara« långvarig smärta.

Sammanfattningsvis saknas större kontrollerade studier som säkerställer en effekt av adherenslösning vid CPP. Sannolikt finns det dock en effekt som är större än placebo, speciellt vid adherenser som fixerar tarmen mot bukväggen. Den uttalade risken för recidiv av CPP bör beaktas.

### Bäckenvaricer, »pelvic congestion syndrome«

Som vid många andra tänkbara orsaker till CPP är sambandet mellan bäckenvaricer och smärta inte helt klarlagt. Det är dock en av de mest systematiskt studerade orsakerna till CPP hos kvinnor med normala fynd vid laparoskopi [27]. En flebografi av vena ovarica kan påvisa inkompetenta klaffar och varikösa venkylsen. Den tekniskt enklare transuterina flebografien kan utöver varicer även uppskatta flödet i bäckenvenerna. Ultraljud kan i många fall ersätta den mer invasiva flebografien. Med ultraljud har man dock funnit att upp till 30 procent av kvinnor som fött barn har dilaterade vener kring isthmuspartiet [Richard Beard, pers medd, 1989].

Det är kombinationen av en mycket typisk anamnes och varicer som ger diagnosen. Kvinnan är vanligen besvärsfri på morgnarna men får under dagen en tilltagande dov smärta, vilken förvärras av ökat buktryck. Ofta föreligger en djup dyspareuni, som ibland kvarstår flera timmar. I tidiga skeden kan värken vara värre premenstruellt, men i svåra fall finns smärtan under hela cykeln. Vid laparoskopi kan dessa varicer ibland visualiseras, speciellt vid sänkt bäckenläge, men en normal laparoskopi utesluter på intet sätt varicer. Till detta bidrar troligen gstrycket vid en laparoskopi samt patientens läge. Magnetisk resonanstomografi är ett icke-invasivt alternativ, liksom spiral-CT, »helical computerized tomography«.

Många behandlingsalternativ finns. Medroxyprogesteronacetat hade obetydligt bättre effekt än placebo [28]. GnRH-agonister har i små kliniska material inte haft någon effekt på smärtorna [29]. En mer rationell terapi är att exstirpera varicerna. Resultaten i okontrollerade studier talar för god effekt i 60–75 procent [30, 31] [Lennart Hahn, opubl data]. Vid selektiv flebografi kan radiologisk behandling med olika embo-

liseringsstekniker göras, t ex med platinaspiraler, som åstadkommer en lokal koagulation och därmed ett upphävt flöde i venerna. Resultaten motsvarar dem vid resektion [32-34]. Hysterektomi vid bäckenvaricer diskuteras nedan.

## Gastrointestinala orsaker till CPP

**Colon irritabile, »irritable bowel syndrome« (IBS).** Från att tidigare ha varit något av en uteslutningsdiagnos finns det nu strikta kriterier för diagnostik av IBS [35]. Diagnosen styrks om smärtan förvärras av födointag eller stress. Kvinnor som söker gynekolog för CPP uppfyller i upp till 60 procent kriterier för IBS [36]. Dessa patienter besvärar också i stor utsträckning av dyspareuni. Det finns även andra symtom gemensamma med »pelvic congestion syndrome«. Detta betonar vikten av en noggrann mag-tarmanamnes vid CPP. Behandlingen av IBS ligger utanför ramen för denna översikt.

Efter en adekvat utredning där man kan ge lugnande besked att det inte föreligger någon organisk sjukdom brukar besvären klinga av. Det är nödvändigt att informera om att effekten av bulkmedel inte är omedelbar. Alosetron har visat en utmärkt effekt på IBS-relaterad smärta [37].

**»Kronisk appendicit«.** Diagnosen kronisk appendicit är kontroversiell, men anses förklaras av en inkomplett obstruktion av lumen, vilken i sin tur ger upphov till återkommande besvär av högersidiga smärtor [38]. Det är viktigt att vid den diagnostiska laparoskopin noggrant genomsöka appendixområdet efter tecken till subakut eller kronisk inflammation. Av 103 kvinnor med CPP lokaliserad till höger fossa appendekotomades 62 på grund av patologiska fynd vid laparoskopin; 60 av dessa rapporterades smärtfria efter operationen [39].

## Neuralgier

En inklämning av en perifer nerv kan ge symtom som förläggs intraabdominellt. De vid CPP mest aktuella nerverna är n ilioinguinalis och n iliohypogastricus. N ilioinguinalis innerverar ett cirka handflatsstort område vid inguinalligamentet, medan n iliohypogastricus försörjningsområde ligger något mer medialt och kranialt. I många fall finns ett inverst förhållande mellan nerverna: är den ena kraftigt utvecklad kan den andra vara mindre. Nervförbindelser dem emellan är heller inte ovanliga.

Det är väl känt att nerven kan skadas vid bräckoperationer. Mindre känt är att den också kan fångas i suturer eller påverkas av en sekundär fibros efter buksnitt. Även olyckligt placerade portar vid laparoskopisk kirurgi har visat sig kunna ge neuralgiska smärttillstånd. Neuralgier förekommer dock utan någon tidigare operation, vilket anses bero på mekanisk påverkan på grund av nervernas trappstegsartade förlopp genom muskulaturen.

Diagnosen sätts på förekomst av sensibiliseringsrubbingar, främst en hyper- men ofta också en dysestesi [40]. Tryckömhet över n ilioinguinalis utträde, någon centimeter nedanför spina iliaca superior anterior, är ett kardinalsymtom. Tryck där bör också reproducera kvinnans upplevda smärta.

Diagnostiken kan förfinas med hjälp av en nervstimulator. Ett positivt svar med smärtfrihet efter blockad med lokal anestetika på platsen för maximal smärta styrker misstanken att nerven har övergått från att vara en konduktor av nervimpulser till att bli en generator av dylika. Effekten av en blockad brukar sitta i 8-12 timmar, någon gång längre. Enstaka gånger tycks man kunna bryta en ond cirkel och kvinnan förblir smärtfri. Tillägg av kortison har prövats vid andra neuralgier med god effekt [41], men har inte fungerat lika bra vid ilioinguinalisneuralgi [Lennart Hahn, opubl data]. Resultat av nervresektion har i okontrollerade studier varit goda, med ca 80 procent besvärsfria patienter [40, 42]. Vid en uppföljning

av 78 resektioner med upp till 23 års uppföljningstid redovisades liknande resultat [43].

Risken för recidiv av smärtan till följd av neurombildning förefaller vara klart mindre än vid andra perifera nervresektioner. En prospektiv kontrollerad studie, som randomiserat jämför operation med omhändertagande enligt smärtgruppsmodell, pågår i Göteborg.

## Triggerpunkter

Vid palpation av buken bör förekomst av punktuella ömheter, »trigger points«, noteras. Endast en rapport finns publicerad om god effekt av enstaka eller upprepade blockader med lokal anestetika mot dessa punkter [44]. Någon riktig anatomisk förklaring har ej kunnat ges, utom vid ilioinguinalisneuralgi eller irritation av kutana nerver vid utträdet just vid rektusskindans laterala kant [45].

Smärta från bukväggen anses kunna skiljas från den från inre organ genom att den förvärras när patienten uppmanas att späna bukmuskulaturen.

## Synpunkter på behandling

Hysterektomi som lösning på CPP är en mycket kontroversiell fråga. Ingreppet är dock vanligt – i USA görs minst 12 procent av alla hysterektomier på den indikationen [3]. I samband med ett kvalitetssäkringsprojekt där ansvarig gynekolog skriftligen skulle motivera varje ingrepp sjönk andelen CPP från 19 procent till 6 procent [46]. Det finns ingen konsensus om huruvida det görs för många eller för få hysterektomier på indikationen CPP. I Tabell III redovisas andelen förbättrade i de relativt få rapporter som finns publicerade.

Stovall och medarbetare [47] begränsade sitt urval till kvinnor hos vilka förklaringen till CPP ansågs finnas i uterus, något som kanske inte är helt enkelt att bedöma. Beard och medarbetare studerade patienter med bäckenvaricer som inte svarade på medikamentell terapi [48]. De 74 kvinnorna med CPP i artikeln av Carlsson och medarbetare [49] utgjorde bara en del av sammanlagt 418 kvinnor med olika indikationer för hysterektomi, och resultaten är inte lättavlästa. De 95 procent förbättrade gäller alla som hade någon komponent av smärta. Det som är relevant är resultaten hos dem vars enda orsak till ingreppet var just smärta, och dessa resultat framgår inte. En ökad risk för kvarstående smärta noterades i Hillis' och medarbetares artikel [50] hos de patienter vars PAD var normalt; i dessa fall var endast 62 procent smärtfria ett år efter operationen. I endast 17 fall var CPP den enda indikationen för operationen i Tays och medarbetares studie [51].

I ett eget material med 21 kvinnor med bäckenvaricer gjordes initialt alltid enbart hysterektomi. I fyra fall av bestående smärta blev kvinnan besvärsfri först sedan adnexen borttoggs vid en senare operation.

Hysterektomi är naturligtvis en sista utväg som inte skall användas annat än i yttersta nödfall. En del symtom bör varna gynekologen, och kontakt med en multidisciplinär smärtklinik bör övervägas [6]. De ovan refererade artiklarna talar dock för att merparten av dessa patienter blir förbättrade av hysterektomi. Möjligen synes resultaten ännu bättre om indikationen för ingreppet är bäckenvaricer. Att ta bort till synes friska ovarier i samband med hysterektomi är för svenska gynekologer främmande; det krävs kontrollerade studier för att motivera ett så stympande ingrepp. Inom klinisk smärtforskning är dylika studier dessvärre alltför ovanliga.

## »Residual ovary syndrome«

Det finns två speciella sjukdomstillstånd vid vilka man anser att ovarierna kan orsaka smärta. Det ena rör ovarier som kvarlämnats vid en tidigare hysterektomi. I en mycket låg frekvens, 1-3 procent, kan kapselförtjockning och sammanväx-

ningar utvecklas. I engelsk litteratur kallas tillståndet för »residual ovary syndrome«.

Dessa kvinnor har före hysterektomi ofta opererats för andra gynekologiska sjukdomar, eller haft infektioner i lilla bäckenet [52]. Symtomen är utöver CPP även dyspareuni, men framför allt ömhet över det förändrade adnexet. Resultaten av salpingo-ooforektomi i dessa selekterade fall är goda, med ca 90 procent klart förbättrade [52-54].

### »Ovarian remnant syndrome«

Vid »the ovarian remnant syndrome« rör det sig om rester av ett ovarium som oplanerat lämnats kvar i samband med en tekniskt besvärlig operation, t ex vid ovarialendometriosis eller en kronisk tuboovarialabscess. Normala gonadotropinnivåer trots en tidigare salpingo-ooforektomi stöder diagnosen. Andelen klart förbättrade efter dessa ofta tekniskt komplicerade operationer anges till 75-90 procent [52, 55, 56].

### Medicinsk behandling

Det kan synas självklart att alltid söka efter en etiologisk förklaring till kvinnans smärta. Inte mindre än 70 möjliga diagnoser har angivits kunna orsaka eller bidra till CPP [6]. Själva smärtan kan ibland övergå till ett »eget« sjukdomstillstånd, en diagnos i sig. Med tricykliska antidepressiva medel, framför allt amitriptylin (Saroten, Tryptizol) eller klomipramin (Anafranil) oftast i lägre doser än i psykiatrisk praxis, kan smärtimpulserna påverkas så att en minskning av smärtintensiteten erhålls, mer sällan dock smärtfrihet.

Om biverkningarna är oacceptabla kan selektiva serotoninåterupptagshämmare prövas, även om de synes ha sämre effekt på smärta. En annan intressant substans är gabapentin, ett antiepileptikum (Neurontin). Effekten är likvärdig med den hos karbamazepin (Tegretol), men biverkningsprofilen är mer fördelaktig.

### Bred kunskap behövs

En mycket viktig aspekt av omhändertagandet av dessa kvinnor, som ofta vandrat runt i vårdapparaten under lång tid, är att de blir »sedda«, att deras smärta blir tagen på allvar. Detta gäller inte minst de kvinnor hos vilka man inte kommit fram till någon säker etiologisk förklaring. Här har ett multidisciplinärt smärtcentrum en stor funktion att fylla, ett centrum där det finns expertis inom beteendevetenskap, fysioterapi m m [11, 12].

Långvarig bäckensmärta hos kvinnor erbjuder stora diagnostiska och terapeutiska problem. Det krävs en bred kunskap av organspecialisten, dvs gynekologen, för att med viss säkerhet kunna ge en trolig förklaring till CPP. Möjligen har tillståndet inte uppmärksammats tillräckligt; behovet av kontrollerade studier är stort. Ett multidisciplinärt team erbjuder en bredare bas för utredning och behandling, när gynekologisk genes med mindre eller större säkerhet har kunnat uteslutas. Enligt Socialstyrelsen skall alla patienter med smärta av mer än sex månaders duration ha rätt till omhändertagande vid en smärtklinik.

### Referenser

1. Mathias SD, Kupperman 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.
4. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: Promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993; 48(6): 357-87.
6. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: Pitfalls with negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 4(1): 85-93.
7. Reiter RC, Gambone JC. Nongynecologic somatic pathology in

women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 1991; 36(4): 253-9.

8. Almeida OD Jr, Val-Gallas JM. Office microlaparoscopy under local anesthesia in the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5(4): 407-10.
9. Lyall H, Campbell-Brown M, Walker JJ. GnRH analogue in everyday gynecology: is it possible to rationalize its use? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(4): 340-5.
10. Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, Afifi S, Ferrer Brechner T. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. *Pain* 1990; 41(1): 41-6.
12. Peters A, van Dorst E, Jellis B. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 740-6.
23. Baker PN, Symonds EM. The resolution of chronic pelvic pain after normal laparoscopy findings. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 835-6.
24. Saravelos HG, Li TC, Cooke ID. An analysis of the outcome of microsurgical and laparoscopic adhesiolysis for chronic pelvic pain. *Hum Reprod* 1995; 10: 2895-901.
25. Peters AAW, Tribmos-Kemper GGM, Admiraal C, Tribmos JB. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 59-62.
27. 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.
32. Capasso P, Simons C, Trotteur G. Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1997; 20: 107-11.
35. Thompson W. Irritable bowel syndrome pathogenesis and management. *Lancet* 1993; 341: 1569-72.
40. Hahn L. Clinical findings and results of operative treatment in ilioinguinal nerve entrapment syndrome. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96(9): 1080-3.
48. Beard RW, Kennedy RG, Gangar KF. Bilateral oophorectomy and hysterectomy in the treatment of intractable pelvic pain associated with pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 988-92.
52. Siddal-Allum J, Rae T, Rogers V. Chronic pelvic pain caused by residual ovaries and ovarian remnants. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 979-85.

I Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://lartarkiv.lakartidningen.se>  
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

### SUMMARY

#### Chronic pelvic pain in women

Lennart Hahn

*Läkartidningen* 2001; 98: 1780-5

Chronic pelvic pain, CPP, with a prevalence of about 15 percent of the female population between 18 and 50 years, has vast psychosocial and economic consequences. The cause(s) are often elusive despite invasive procedures including laparoscopy. There is a connection between CPP and abuse in childhood, sexual as well as non-sexual. Usually the woman initially seeks a gynecologist, who should have some knowledge also of lesser known causes of CPP such as pelvic congestion and nerve entrapments. A multidisciplinary approach can offer more possibilities to reach a plausible diagnosis and adequate treatment.

Correspondence: Lennart Hahn, Dept of Obstetrics and Gynecology, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, SE-416 85 Göteborg ([lennart.hahn@swipnet.se](mailto:lennart.hahn@swipnet.se))