

# 2nd World Congress Abdominal & Pelvic Pain

Læs her fire spændende referater fra legatmodtager Hanne Ryttergaard, Gunnild Hornbech, og Laila Breum, samt fysioterapeuterne på Skejby fra kongressen i Nice 2015.

REFERAT til GynObs Gruppen.

2nd World Congress on Abdominal and Pelvic Pain foregik denne gang i Nice. Jeg deltog også for 2 år siden, da kongressen blev afholdt for første gang, i Amsterdam. Mine forventninger var tårnhøje, dels pga. mine oplevelser / mit udbytte fra første gang dels pga. af programmet, der også denne gang var meget spændende.

Det har været en faglig meget spændende og lærerig kongres, men jeg kan ikke lade være med at nævne, at det denne gang bar præg af dårlig planlægning, som f.eks. manglende information om ændringer i programmet, hvilket f.eks. betød, at jeg mistede et oplæg, jeg gerne ville have hørt. Jeg savnede meget en mere fyldestgørende præsentation af de enkelte oplæg, eller helt konkret en bog med abstracts / oplæg. NÅR det så er sagt, var det alligevel en god kongres, med mange spændende indlæg. Vi er blevet lovet, at foredragsholderens slides bliver lagt ud på kongressen hjemmeside. Det er ikke sket endnu, hvor jeg skriver dette referat, der derfor er baseret på egne noter og hukommelse ( J )

Overordnet var det skønt at opleve, at det er ved at blive mere udbredt at tænke holistisk, også blandt mange af lægerne. Kongressen lægger stor vægt på tværfagligt samarbejde og vigtigheden af at komme omkring det hele menneske, Bio-psyko-socialt. Hvis vi ikke ved, hvad der foregår i patientens hoved – hvad der tidligere er sket for patienten/ patientens historie, kan vi ikke hjælpe! En erkendelse af, at der er behov for at "tænke ud af posen", når årsagen til smerter skal findes. Patienter, hvis hovedsymptom er smerte, skal ofte konsultere flere forskellige behandlere, før en diagnose kan stilles. Dette afspejledes også i hvilke behandlingsforslag, der udover den gængse blev foreslået, f.eks. osteopati, mindfulness, og psykoterapi/samtale – det er afgørende for behandlingens resultat, at patienten informeres grundigt om smerte-fysiologi ( no brain- no pain ), så patienten også på dette punkt selv kan være aktiv medspiller i at komme af med smerterne.

Jeg har valgt at referere lidt fra indlægene torsdag formiddag,

LESION AND DYSFUNKTION var overskriften.

Et eksempel, som blev nævnt af Bert Messerlink ( hollandsk urolog og medstifter af kongressen ), er, de mange kvinder, der lider af IC ( intersticiel cystitis ). Det er virkelig en patient-gruppe, der giver lægerne grå hår i hovedet, og endnu værre patienterne får det ikke bedre af de tiltag, eksempelvis skylninger af blæren, som lægerne kan tilbyde dem.

Bert Messerlink: Den gængse måde at se et problem på er: *from lesion to dysfunction – altså fra skade til dysfunction*. Han vil nu gerne se på det modsat: *from dysfunction to lesion!* Han forklarer det ud fra, at alle vores organer er omgivet af hinder – peritoneum. Altså vil en given påvirkning et sted i kroppen afstedkomme en reaktion et andet sted i kroppen. Så måske blæresmerterne ( IC ) skal behandles "langt væk fra " blæren?? Dette må også lede hen til en tanke på, hvad operationer i underlivet kan afstedkomme af følgereaktioner. Messerlink nævnte, at der f.eks. sås øget hyppighed af bækkensmerter hos hysterectomerede kvinder.

Nogle undersøgelser har vist, at kvinder med lav testosteron har tendens til at have bækken smerter. ( Serge Marchand )

Rygsmærter og hjerneaktivitet:

- Mindre aktivitet i akut smerte center
- Øget aktivitet i centre relateret til følelser

Frygt for smerte og katastrofe-tanker ( catastrophizing ) øger risikoen for at gøre smerten kronisk. Omverdens reaktioner og forventninger ( samfundets normer ) vil også øge en påvirkning på hjerneaktiviteten.

Eksempel: Genital infektion => smerte ved samleje. Smerten vedbliver at være der, længe efter infektionen er kureret. Frygt for smerter og overaktivitet i bækkenbundsmusklerne fører til, at patienten undgår det, hun *tror*, der gør ondt. Smerten forværres yderligere af, at patienten vil føle sig unormal ( set i relation til samfundet ).

Når vi accepterer de ovenstående forhold, vil vi kunne møde 2 patienter med samme årsag til et problem have forskellige symptomer. De skal derfor have forskellig behandling!

Et andet område der blev berørt torsdag formiddag var: Visceral sensitivity.

- Superficiel smerte: stimulering af de hudnære strukturer
- Dyb smerte: muskler, fascier, organer og knogler
- Nervesmerter: nerveskade.

*Af dybe smerter er organsmerter ( viscerele smerter ) de hyppigste.* Her er det værd at bemærke, at det på kongressen konstateres, at der ikke er mange læger, der er uddannet til at behandle organ-smerter. Vi mangler smertestillende medicin til viscerele smerter, - der anvendes i stedet medicin beregnet til behandling af neuropatiske smerter. ( Jeg synes, det tydeligvis lægger op til, at vi får et større samarbejde med osteopaterne J )

Klinisk karakter:

De viscerele smerter er karakteriseret ved at være diffuse, refererede smerter og med stor følelsesmæssig og autonom interaktion. De viscerele smerter forefindes ofte samtidig med en smerte et andet sted i kroppen grundet central sensitisation.

Større følelsesmæssig påvirkning kombineret med autonome reaktioner, gør at patienten føler sig mere syg. Stress og glæde kan påvirke organernes sensibilitet.

Eksempler på refererede smerter:

Veer – diffuse smerter over lænd og bug. Th10-L1 + S2-S4

Nyresten – smerter i lænd

Endometriose på diaphragma kan give skuldersmerter.

I diagnosticering og

behandling af endometriose er det vigtigt at skelne mellem abdominal arvæv og endometriose. Arvæv er upåvirkelig af hormoner! Graden af smerter er ikke lig med antallet af skader/ mængden af endometriose. Nogle med få forandringer kan have mange smerter og omvendt.

Sammenhæng mellem menstruationssmerter og IBS ( irriteret tyktarm ): 50% af kvinder, der henvender sig med det ene af disse problemer, har også det andet. Begge dele vil medføre øget muskelspænding, der igen vil medføre øget smerte.

Fra skade til dysfunktion ( ændret holdning og bevægelsesmønster ) til skade!

Hanne Ryttergaard har i sit referat reklameret for Bert Messerlinks bog. Jeg har bestilt den, men desværre ikke modtaget den endnu.

Dette var noget af det, der gjorde stort indtryk på mig på kongressen.

Med venlig hilsen

Laila Breum

GynObs Klinikken Odder.

#### **Referat fra 2nd World Congress on Abdominal and Pelvic Pain. Nice 11-13 Juni 2015.**

Blandt udstillerne så jeg et par nye tiltag som jeg vil beskrive her.

**PeriCoach.** Et nyt biofeedback apparat. Produceret af et Australsk firma, men kan ikke købes i Danmark pt. PeriCoach proben arbejder via bluetooth til din smartphone. Man downloader den tilhørende app og får dermed straks feedback på sin smartphone om træning. Der vil dagligt komme en reminder om at huske sin bækkenbundstræning. Proben har sensorer på tre sider og måler både hvile og arbejdstonus som vi kender. Kan kun bruges vaginalt. Som fysioterapeut kan du følge patientens træning, via en sikker hjemmeside, der er foregået hjemme og se hvor langt denne er nået. Nogle patienter vælger måske bare at købe apparatet og henvender sig ikke til en behandler. Proben/apparatet er personlig. Er du interesseret i at læse mere så gå ind på [www.pericoach.com](http://www.pericoach.com)

**MAPLe.** Er et andet EMG apparat som er kommet på det Hollandske marked, med snarlig lancering i UK og USA. Denne probe har 24 elektroder fordelt på alle fire sider af proben, og kan derved meget præcist registrere enkelte dele af bækkenbunden, højre side/venstres side/dybe dele/superficielle dele samt bortfiltrerer signaler fra musklerne i abdomen, gluteal og lår muskler. Via bluetooth og en app på Ipad får terapeuten et billede af patientens bækkenbund opdelt meget detaljeret i højre/venstre/dyb og overfladisk. Herefter indstilles apparatet til at give el-stimulation til de dele af bækkenbunden som ikke arbejder godt nok. Fagre nye verden, hvis det altså virker! Er du interesseret så kan du læse mere på [www.novuqare.com](http://www.novuqare.com)

**The Vesair Bladder Control System.** Denne nye opfindelse af en Solace ballon som via et cystoskop lægges op i blæren, skal fungerer som stød absorption ved host, nys, hop mm. Derved bør stressinkontinens forhindres. Ballonen flyder rundt i urinen og vil blive komprimeret når trykket i blæren stiger. På den måde skule en trykstigning i blæren undgås og urinlækage forhindres. Ballonen kan ligge i blæren op til 1 år før den skal udskiftes. Solace ballonen har

været gennem 2 randomiserede kontrollerede kliniske forsøg. Er du interesseret kan du læse mere på <http://www.solacetx.com/solace-bladder-control-balloon-technology.html>

**FemiLift™ – For a Better Feminine Life.** Laserbehandling af vaginalslimhinden hos perimonopausale kvinder. Perimenopause er årene op til menopause. Denne periode strækker sig over flere år, hvor østrogen produktionen langsomt minimeres og slimhinder samt bindevæv ernæres dårligere. Laserbehandlingen er smertefri og udføres uden anæstesi. Tager 30 minutter og der er ingen restriktioner efter behandlingen. Jeg kan ikke finde kontrollforsøg med denne behandling. Jeg ved den tilbydes i Danmark. Vil du læse mere så se <http://www.almalasers.com/femilift>

## **Pretreatment**

## **60 Days Post Treatment**

Her er så den sidste nye bog der omhandler udredning og behandling af underlivssmerter. Den er skrevet i 2014. Kan købes på [www.amazon.com](http://www.amazon.com)

På kongressen blev der fortalt en del om smertemekanismer, med fokus på de kroniske smerter. Der er meget vi stadig ikke forstår ved smerter. Men at patienter med smerter skal behandles tværfagligt er alle enige om. Et udsagn var "Use your brain to treat your pain" et andet "Motion is lotion". På You Tube ligger der en 5min video som hedder "The Brain Man". Den forklarer smertemekanismen på en let forståelig måde. Den er værd at se og kan også ses sammen med patienten.

Dette var hvad jeg valgte at bringe i dette resume fra **Abdominal and Pelvic Pain 2015**.

Hanne Ryttergaard

## **Referat fra kongressen "Abdominal and Pelvic Pain" i Nice, 11-13 juni 2015.**

Så er kongressen overstået og mine forventninger, hvad angik det faglige indhold, er bestemt blev indfriet. Der var nogle praktiske minusser med programændringer mv. som medførte nogen forvirring, men alt i alt var det nogle særdeles spændende dage.

Det jeg har valgt at referere fra, tager udgangspunkt i overskrifterne

1) "*Lesion and Dysfunction*" og

2) "*Cronic Perineal Pain: Pudendal Neuralgia and Different Clinical Presentation*".

1) Indenfor det første emne har jeg hæftet mig ved følgende:

Ursula Wesselmann (anæsteriolog) startede sit indlæg med at sige, at kroniske abdominale og underlivssmerter er en ret ny subspecialitet indenfor urogynækologien, gynækologien og gastroenterologien. Normalt mærkes de indre organer ikke, men ved et problem i disse registreres smerten ikke bare et sted, men flere steder i hjernen. Smerterne opleves ofte diffuse, refererede og flere steder - og også ofte med stor emotionel påvirkning. U.Wesselmann anbefalede, at behandlingen af disse patienter må ske tværfagligt og at kirurgi ikke må være det første behandlingstiltag, man vælger.

Bert Messerlink (hollandsk urolog) illustrerede, hvorledes "input" og "output" påvirker hinanden og kan generere yderligere smerte i en ond spiral. Eksempelvis kan en læsion i tarmvæggen lede til ændringer i afføringsmønsteret, nyresten og lændesmerter kan medføre holdnings- og bevægelsesproblemer, vaginal infektion kan medføre seksuelle problemer og muskel/ligamentskader kan få indflydelse på mange områder indenfor daglig livsførelse. Smerten registreres i hjernen – *"No brain – no Pain"* – og smerten kan fortsat opleves, selvom skaden er helet eller behandlet. Messerlink beskrev det som et orkester i hjernen, der spillede en *"Pain-tune"*, enten som en reaktion på en læsion - eller helt af sig selv. Alene frygt for smerten kan forværre situationen – *"Catastrophizing"*.

Som det ofte sker, når en patient har to klager, så går hun/han til to forskellige læger, som naturligt nok kikker på problemet med lige deres briller. Messerlink understregede – ligesom mange andre på kongressen også gav udtryk for - nødvendigheden af, at de forskellige behandlere arbejder sammen for at kunne se helheden. Med et citat af Leonardo da Vinci påpegede han vigtigheden af at se sammenhænge i smertebilledet: *"Develop your senses – especially learn to see. Realise that everything connects to everything else"*. Ligeledes brugte han Leonardo da Vinci's tegning af en meget kunstfærdig konstrueret armbrøst som eksempel – hvis en enkelt lille del af denne indviklede konstruktion var i uorden, ville det påvirke hele dens funktion – et meget beskrivende billede af, hvorledes et problem ét sted i kroppen kan påvirke helheden.

Serge Marchand, canadisk professor med speciale indenfor smertebehandling, forelæste om den neurale dysfunktion og fremdrog de faktorer, som er implicerede i udviklingen og vedligeholdelsen af kroniske pelvine smerter:

- . neurogene faktorer
- . nedsat endogen smertemodulering (øget afferens eller nedsat inhibering)
- . tidlige stressfaktorer (psykologiske eller fysiske)
- . sexhormoner (nedsat testosteron måske skyld i øget smerte?)
- . prædisposition (phenotyper)
- . kognitive/emotionelle faktorer (forventninger)

2) Indenfor det andet emne vil jeg fremhæve følgende:

At n. pudendus kan have så forskelligt udseende og forskellige forløb i bækkenet overraskede mig. Der kan være forskel i både længde, tykkelse, antal af grene og forskel på højre og venstre side hos samme person. Ligeledes kan nerven have forskellige forløb gennem bækkenet med risiko for afklemning forskellige steder. Langt de fleste med pudendus neuralgi har afklemning omkring spina ischiaticum og på andenpladsen kommer problemer i Alcock's kanal. Der kan også være afklemning andre steder, men mere sjældent. Nogle patienter kan have abnorme forløb af nerven gennem ligamentum sacrotuberale eller ligamentum sacrospinale og nogle patienter kan være så uheldige at have afklemning to steder.

Jean Jacques Labat (fransk urolog) sammenlignede pudendus-entrapment (PNE) og vulvare smerter (PV) med hinanden:

PNE

Spontan smerte

Primære klage er smerte

Smerten kan dække vulva

Smerte genereres ved tryk mere end friktion

Ingen effekt af lokal anæstetika

PV

Provokeret smerte

Primære klage er seksuelle

Smerten lokaliseret til vulva

Vulvar allodyni. Generes mest af friktion

Mulig forbedring af lokal anæstetika

Ligeledes sammenligning mellem pudendus-entrapment (PNE) og myofascielle smerter (MFP).

PNE

Perineal udbredning

Vaginale og rectale triggerpunkter:

-spina sciaticus, sacrospinale ligament

-Alcock's kanal (=obturatorius int.)

MFP

Udbredning til perineum, glutter, ben

Gluteale triggerpoints

Vaginale-og rectale triggerpunkter:

- m.levator ani, m.obturatorius int.

Også influeret af bevægelse

Jean Jacques Labat viste ligeledes på illustrativ vis smerteudbreddelsens onde cirkel - hvorledes en dysfunktion i den thoraco-lumbale overgang kan medføre pudendus neuropathi:

Thoraco-lumbal dysfunktion => (kan medføre)

=>Refereret smerte

. Pelvis: inguinal-testicular eller labial-pubic

. Gluteal-muskler

=>Muskel reaktion

. M.periformis og m. obtoratorius int.

=>Neuropatisk projektion til baller og perineum

. N. pudendus

. Lårets cutane posteriore nerver

Han kunne herefter spørge: *"Hvad kom først? Hønen eller ægget?????"* - et interessant spørgsmål!

At operativ decompression af n.pudendus kan hjælpe nogle patienter, viste 3 forskellige læger, som hver især ved hjælp af video og studieresultater gav deres bud på forskellige operationsmetoder.

Jeg tænkte dog meget - mens jeg så på operations-videoerne – på den allerførste forelæser på kongressen, Ursula Wesselmann, som mente, at al anden behandling skulle være afprøvet før et operativt indgreb blev valgt.

Mange andre særdeles spændende emner blev belyst på kongressen, men dette udpluk er, hvad jeg har valgt at viderebringe.

Mange hilsner fra Gunnild Hornbech

Nice. 11-13. juni, 2015.

Af Katie Leabourn og Karen Margrethe Kaas, fysioterapeuter, Aarhus Universitetshospital, Skejby.

Vi har været så heldige at deltage i denne kongres, ikke bare os 2, men også sammen med en læge og en sygeplejerske fra Vulvaklinikken. Dette i sig selv var en rigtig god ide, idet vi har tilbragt mange timer sammen under rejsen, gåture og overnatning i lejlighed, hvilket gav anledning til en masse gode diskussioner undervejs. Emnerne var mangfoldige, men jo hele tiden inspireret af diverse oplæg på kongressen, hvor vi ud fra dette drøftede egen praksis og ønskede ændringer. Gennemgående på hele kongressen hørte vi om, at patienter med smerter i underliv skal behandles tværfagligt, hvilket måske ikke er den store overraskelse for os, men det var dejligt, at vi var sammen med en del af vores daglige team kunne fortsætte drøftelserne i pauser og også fortsætte med dette, når vi er tilbage i hverdagen.

Indtryk fra kongressen: 3 referater.

The role of physiotherapy in the interdisciplinary management of vaginismus and vulvodynia. Fysioterapeut **Claudia Brown, Montreal), McGill University, Canada.**

Claudia har forsøgt at indsamle oplysninger om den bedste behandling ved vaginisme og vulvodyni. Dette har hun gjort dels at samle en ekspertgruppe til at anbefale anbefalinger og dels ved elektronisk at overvåge disse. Dette arbejde endte med 9 anbefalinger/recommendations ved behandling af disse patientergrupper.

Anbefalinger blev præsenteret ved hjælp af 2 cases, som gjorde fremlæggelsen meget nærværende og tæt på egen praksis. Her følger de 9 anbefalinger:

1. Den bedste behandling af kvinder med kronisk vaginisme vil medføre, at det er en team-behandling.
2. Essentielle medlemmer i dette team er en fysioterapeut, en læge med speciale på området og en psykolog.
3. Der skal være et medlem, der udnævnes til den ansvarlige. Skal sørge for overblik over pt.s forløb, opdage behovet for, at teamet skal snakke sammen og få organiseret dette.
4. Målet med teamindsatsen er at dele kliniske indtryk, være enige om mål og planer, dele viden ved både succes og ved problemer med behandlingen.
5. Multidisciplinær-tilgang til pt. skal indbefatte forståelse, dyrkelse af fælles relationer, feedback og fælles uddannelse.
6. Vigtigt at undersøgelsen indbefatter pt.s medicinske, psykosociale og seksuelle historie, samt en undersøgelse af bækkenet.
7. Det er vigtigt, at pt. behandles med følgende: kognitiv adfærdsterapi, en fysioterapeutisk behandling, hvor interventionen skal skræddersys til den enkelte, og pt. selv skal være med til at sætte mål for behandlingen.
8. Det er vigtigt, at behandlingen støtter sig til videnskabelige undersøgelser, at pt.s partner får mulighed for at deltage i behandlingen, og at pt. løbende vejledes i seksuel intimitet.
9. Pt. skal skriftligt give tilladelse til, at teamet løbende kan drøfte pt.



Efterfølgende drøftede vi indbyrdes, at dette teamarbejde jo selvfølgelig er drømmescenariet for os alle, men ikke realistisk for alle. Det er dog vigtigt, at vi prøver at inddrage så mange aspekter af dette som muligt.

Under overskriften "Psycho-behavioural approach for lifelong vaginismus" - Ellen de Groot (Leiden) NL fortalte om deres studie fra 2013 -

"Therapist-Aided Exposure for Women With Lifelong Vaginismus:

A randomized waiting-list control trial of efficacy."

70 kvinder som havde livslang vaginismus (defineret som havde aldrig kunne helt gennemføre samleje) og deres partner blev randomiseret, enten i behandlingsgruppen eller sat på venteliste kontrolgruppen i periode på 3 måneder. Gennemsnitsalder var 29 år, 77 % af parrene var samboende, gennemsnitlig haft dyspareuni i ca. 10 år, og 75 % havde tidligere været i behandling (50 % havde haft 2 eller flere behandlingsforløb).

Målet var at kvinderne kunne gennemføre samleje, og de blev monitoreret dagligt i 12 uger.

Terapeuterne var kvindelige psykologer, og en kvindelig social rådgiver som var uddannet sexolog.

Behandling indeholdt 2 timer sessions, 3 gange om ugen på hospitalet. Herefter 2 follow-up sessions over en periode af 5 uger. Parret fik hjemmeopgave og skulle øve sig hjemme. Parret blev opfordret til at tage en uge fri fra arbejde for at opnå et intensivt forløb. Modellens opbygning gør at man kan konfrontere "what is frightening in small steps" og på den måde nedsætte avoidance behaviour og opfordre til positiv seksuel adfærd.

Behandling:

Parrene skulle mål partnerens penis.

Kvinden blev introduceret til penetrationsobjekter som fingre og dilatorer, som var lidt større end omkredsen af partnerens penis (ca. 10 -14 cm).

Kvinden skulle beskrive hvordan det mærkes at indføre en finger/dilator - våd, kold, tør mv.

Øvelserne var graderet på en skala fra lav angst til høj angst.

Øvelserne begyndt med kvinden i gynækologisk leje med partneren og terapeuten stående eller siddende ved siden af eller bagved kvinden. Øvelserne blev observeret af alle 3 i et spejl, holdt af terapeuten. Terapeuten brugt verbale guidninger, som f. eks retningen af bevægelsen, knib, slip, opfordring til at blive ved, selv om det føltes mærkeligt eller irriteret, mv. Hvis behandling gik i stå kunne terapeuten tage et skridt ned af graderingsskalaen for herefter at bevæge sig op ad den igen. Herefter ændret man udgangsstillingen til f. eks at sidde på en stol, siddende på hug eller stående.

Øvelserne blev herefter gradueret med partnerens finger (2, 3, 4 hvis nødvendigt), røre ved den vaginale indgang med erigeret penis uden penetration, indføring af erigeret penis og til sidst samleje- bevægelse med erigeret penis.

Kvinderne blev opfordret til at blive ved længe nok for at reducere anxiety/angst og gentag ofte.

Partneren skulle støtte kvinden og følge op med hjemmeøvelser, og parret skulle lære, at øvelserne skulle gøres i en "safe and harmless way".

Der var ikke nødvendigvis nydelse ved samlejet, og derfor var det vigtigt med opfølgende sexologisk rådgivning.

Resultater:

31 ud af 35 (89 %) af kvinderne rapporterede at kunne gennemføre samleje efter behandling, mod 4 ud af 35 i kontrolgruppen. De "bedste" deltagere kunne gennemføre samleje allerede efter 2 uger. Behandlingen resulterede herudover i forbedring af vaginisme, frygten for samleje, dyspareuni og sexual distress.

Det, jeg synes var interessant, var at behandlingsforløbet var så intensivt og at partneren var involveret i hele behandlingsforløbet. Partnere ofte giver udtryk for, at de føler sig som et 3. hjul i behandling. Modellen lagde også op til klar målsætning og en klar plan for fremgang i behandlingen, men også en mulighed for at bevæge sig op og ned af hierarchien.

Under diskussionerne blev vi fysioterapeuter dog enige om, at modellen måske var for intensiv for de fleste vulvodyni patienter, da deres slimhinde ofte ikke kunne holde til så meget berøring over så kort tid.

Der er fortsat diskussioner om at definere begrebet "vaginismus" som den American Psychiatric Association (2013) omdefineret til "genito-pelvic pain/penetration disorder".

Endometriosis, adhesions, pelvic varicose veins: lures in chronic pelvic pain?

Katy Vincent (**Oxford**) UK

Katy holdt et meget inspirerende foredrag ud fra denne overskrift, men undertitlen var:

Why do we do our patients a disservice by finding pathology.

Med dette menes, at man i langt de fleste tilfælde ikke kan finde en forklaring på kroniske underlivssmerter, helt op til 55 %, men i behandlingen af disse vil hvert lægespeciale "jagte" deres forklaring og forsøge at finde en diagnose på pt.s smerter. Det kan f.eks. være ved endometriose. Her findes der en minimal sammenhæng mellem udbredelsen af f.eks. endometriose, lokaliseringen og graden af smerter. Endometriose er i forhold til udbredelse heller ikke sammenlignelig med graden af smerter ved menstruation. Katy nævner f.eks. også, at hvordan kan en lille knappenålstort endometriose give så voldsomme smerter, når f. eks. en pt. med cancer i underlivet og voldsom spredning stort set ikke kan mærke sygdommen. Ved endometriose er der anbefalinger på behandling. Det vil være hormonterapi, NSAID- præparater, operation, hormonbehandling før og efter operation, og ikke medicinske behandlinger, dog uden at være mere specifik.

Når det så kommer til hvor effektive disse behandlinger er, så er det svært at finde egnede studier, der kan opgøre dette. Nogle opgørelser viser dog, at det er bedre en placebo, men tilbagefald er stort ved endometriose.

Derfor stiller Katy Vincent også spørgsmålet om, hvad der ellers kan give smerter ved kvinder med endometriose. Her opremser hun

- Tilstedeværelsen af flere sygdomme
- Forandringer i det centrale og perifere nervesystem
- Musko-skeletale faktorer.
- Psykologiske faktorer.

Mange pt. med endometriose lider ikke kun af en sygdom, men har mange konkurrerende og lidt diffuse, f.eks. nævnes interstitiel cystitis, autoimmune sygdomme, kronisk træthedssyndrom. Ligeledes vil disse patienter i studier, hvor man påfører dem smerter, f.eks. tryk, også score væsentlig højere end en rask kontrolgruppe. Patienterne her har også mere en tendens til at være psykisk påvirkede, f.eks. angst, depression og har katastrofetanker om smerter. Katy henviser til nogle studier, hvor katastrofe-tænkning i forbindelse med smerter næsten kan være forudsigende faktor på om det bliver til en kronisk smerte.

Omkring adhesions = sammenvoksninger nævner hun, at det er et større problem end vi kender til. Sammenvoksninger i bughulen kan opstå efter operationer, både åbne og laparoskopiske, ved endometriose og ved infektioner i bughulen. Disse kan give smerter i underlivet, som også kan ende med at være kroniske.

Definitionen på kroniske underlivssmerter syndrom er tilstedeværelsen af kroniske underlivssmerter uden nogen bevislig infektion eller lokal patologi, der kan forklare smerten. Det er ofte forbundet med negativ kognitive, adfærdsmæssige, seksuelle eller emotionelle konsekvenser. Der er ligeså sammenhæng med symptomer fra de nedre urinveje, seksuelle, blære og/eller gynækologiske dysfunktioner.

Guidelines for behandling af disse: Der skal sættes ind med en viden på tværs af alle discipliner, en tværfaglig behandlingstilgang, som skal inkludere neuropatisk smertestillende medicin, fysioterapi og psykolog. Man skal passe på ikke at jage en diagnose og forville sig ud af denne vej, idet det sjældent fører til varig fremgang.

"Chronic pain is multifactorial, need to focus on the patient, not just on the pathology"

Til slut skal nævnes 2 slides, som gav os stof til eftertanke. Det handler om, hvad pt. forventer og hvad vi som behandler forventer. Under hver af de 2 slides stod der Price, 2006. Jeg har ikke umiddelbart lige kunne finde denne kilde.

What do patients with Chronic Pelvic Pain (CCP) want:

- Personal care
  - To feel understood and taken seriously
  - Explanation as much as cure
  - To be reassured
  - Does explanation = diagnosis??
  - Personalised care
- Identify and treat all relevant factors

What do clinicians treating pelvic pain patients want

- To make the patient better?
- To make the patient happy?
- To find something to threat?
- To find a successful treatment for what they identify?
- To have a reason to refer if treatment is outside their skill set?