

Bakgrund

Bäckenledssmärta i samband med graviditet beskrivs i internationell litteratur under flera beteckningar, däribland Peripartum Pelvic Pain (PPPP) och Pelvic girdle pain (PGP). I detta arbete används termen bäckenledssmärta definierat som smärta i bäckenregionen (med eller utan utstrålning), med debut under graviditet eller inom tre veckor efter partus.

Bäckenledssmärta beskrivs tidigt i litteraturen. Symfysiolyt finns belagt redan 1899 och bäckenledssmärta (i alla tre lederna) 1934 (1) och är en internationell förekomst. Smärtan förekommer i samma omfattning i Sverige, Finland och Tanzania, med samma intensitet och påverkas inte av socioekonomiska faktorer (2).

Omkring hälften av alla gravida kvinnor upplever smärta från nedre ländrygg och bäcken (3,4).

Ryggsmärta under graviditet bör indelas i lumbal smärta och bäckensmärta (1). Mycket få studier skiljer på dessa diagnoser därför är siffran på andelen kvinnor med bäckenbesvär osäker. Tjugo till trettiofem procent av alla gravida upplever smärta från bäckenlederna (1,5). Lumbal smärta under graviditet skiljer sig inte från den som ses hos icke gravida och har ofta funnits innan graviditeten. Bäckenledssmärtan har oftast en stark relation till graviditeten med mera intensiva besvär och leder dessutom relativt ofta till sjukskrivning (6). Debuten kan ske redan i vecka 12. Flera får besvär längre fram i graviditeten med maximum vecka 30. Den genomsnittliga debuten sker vecka 18 (1). Det är viktigt att kvinnan respekterar sin bäckenledssmärta. Att ignorera smärtsignalerna ökar problemen under och efter graviditeten. Det är stark korrelation mellan smärtintensitet under graviditet och långvarig smärta efter partus. Även bäckenledsbesvär tidigt i graviditeten ger ökad risk för kvarstående besvär efter partus (4,7). Prognosen är god även om de exakta siffrorna för återhämtning varierar i olika studier. I 'European Guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain' anges att under de första tre månaderna efter partus sjunker förekomsten av bäckenledssmärta snabbt till 7 % (8). Ungefär tre fjärdedelar av alla kvinnor med väldefinierad smärta från bäckenlederna är smärtfria tre veckor efter partus och efter 12 veckor är hela 99 % återställda (9). Ett sjukgymnastiskt omhändertagande är ett värdefullt komplement till mödravård för att minska bäckensmärta under graviditeten (10). Både smärtincidens, smärtintensitet och sjukskrivningsgrad kan reduceras med ett väldefinierat vårdprogram (3) därför bör denna grupp prioriteras.

Bäckenledssmärta under graviditet har olika förklaringsmodeller och tycks ej kunna förebyggas (7,11). Smärtan är inte alltid korrelerad till grad av instabilitet i SI-leder eller symfys (11,12).

Vikten av individuell undersökning och behandling betonas vid smärta från bäckenet (13).

Förklaringsmodeller

I bäckenet finns normalt strama leder med rörlighet som fungerar som stötpuffare mellan nedre extremiteterna och ryggen. Bäckenets stabilitet byggs upp av så kallad formtillslutning och kraftstängning.

Formtillslutning: Stabiliteten byggs upp genom sacrum's kilformighet och ledytornas ojämna brosk. Ledytorna hakar i varandra genom ryggar och fåror i leden.

Kraftstängning: Kraftstängning uppkommer genom kompressionskrafter från muskler, ligament och fascia (14).

Under graviditeten ökar produktionen av hormonerna progesteron och relaxin vilka gör att ligamenten i kroppen blir mer ödematösa och elastiska. Detta ses som en trolig förklaring till att bäckenledsmärta uppkommer under graviditeten.(44,45) Den otillräckliga stabiliteten i bäckenlederna kompenseras med en ökad aktivitet i omkringliggande muskler, till exempel m. piriformis och glutealmuskler, vilket också bidrar till smärtan (15). Den förändrade rörligheten i bäckenlederna inverkar också på de afferenta signalerna från ledkapseln som i sin tur försvagar funktionen i m. transversus abdominis och multifider. Dessa muskler har en stabiliserande funktion av ländrygg och bäcken (16-18).

Symtom

- Smärta i bäckregionen med eller utan utstrålning.
- Smärta som beskrivs som molande, ibland huggande, djupt liggande över sacrum och skinkan och ner i dorsala låret.
- Smärta över symfyisen med utstrålning ut över lumskar och lår men ej upp över magen.
- Smärtan kan var uni- eller bilateral.
- Besvären förvärras ofta av vridrörelser eller asymmetrisk belastning.
- Besvären förvärras även av långvarig ytterlägesbelastning i rygg och höft.
- Smärtan är ofta relaterad till dagliga aktiviteter som promenader på ojämnt underlag, trappgång, stående och sittande, resa sig, sätta sig eller byta position i liggande.

Den vanligaste smärtlokaliseringen (19,20) visas i följande bilder:

- [Smärtlokalisering 1](#)
- [Smärtlokalisering 2](#)

Klassificering av besvär

Albert et al (21) undersökte ca 68 % (n=1460) av alla danska kvinnor som under ett år var bokade till förlossning vid 2 danska sjukhus. Undersökningen gjordes graviditetsvecka 33. Exkluderade var de som ej kunde tala danska samt om besvären gått över innan undersökning. Författarna urskiljde 5 olika subgrupper med avseende på symptom:

1. Bäckengördelsyndrom: daglig smärta i alla tre bäckenlederna bekräftat av objektiva fynd.

2. Symfyiolys: daglig smärta i symfysis pubis bekräftat av objektiva fynd. Symfyiolys innebär inte en strukturell lys. (Denna nomenklatur används även ibland för äkta lys och för foglossning generellt.)

3. Ensidigt sakroiliakasyndrom: daglig smärta från en av sakroiliakalederna, bekräftat av objektiva fynd.

4. Dubbelsidigt sakroiliakasyndrom: daglig smärta från bägge sakroiliakalederna, bekräftat av objektiva fynd.

5. Blandsyndrom: daglig smärta från en eller fler bäckenleder, men inkonsistent med kliniska tester, till exempel anamnes på symfyiolys men objektiva fynd från en av sakroiliakalederna.

Prognos

Albert et al (22) har utvecklat ett system för att skatta prognosen för kvinnor med bäckenledssmärta. Skattningsystemet bygger på klassificeringen 1-5 ovan, under rubrik 'Klassificering av besvär'. Forskargruppen följde ett stort antal kvinnor från graviditetsvecka 33 och 2 år framåt. Sextiotvå procent av de som klassificerades till grupp 1-4 var besvärsfria en månad efter förlossning. De som klassificerades till gruppen bäckengördelsyndrom hade sämst prognos. Tjugoen procent hade kvarvarande besvär vid 2-årsuppföljningen. Ingen av de som klassificerades med symfyiolys hade besvär vid 2-årsuppföljningen.

Risikfaktorer för att utveckla bäckenledssmärta under graviditet är tidigare ländryggssmärta, tidigare trauma mot bäckenet samt upprepade graviditeter och fysiskt tungt arbete. Däremot anses inte p-piller, täta graviditeter, rökning, vikt, längd eller ålder spela någon roll i sammanhanget (8).

Sjukgymnastisk utredning

Undersökningen av gravida kvinnor med smärta från ländrygg, bäcken och nedre extremitet baseras på anamnes och syftar till att lokalisera smärtan och samtidigt utesluta andra närliggande möjliga besvärslokaler. Differentiering skall göras så långt det är möjligt avseende orsak och lokalisation.

Generellt gäller att palpatoriska tester och rörelsetester av SI-leder har en mycket låg reliabilitet och validitet (för både gravida och icke gravida personer.) Smärtprovocerande tester är att föredra (23-25). Fler än ett test ökar markant träffsäkerheten och rekommenderas vid undersökning av bäckenet (24,42 även för icke gravida (25).

Nedan följer några tester som är framtagna specifikt för kvinnor med graviditetsrelaterade bäckenledssmärter:

Active Straight Leg Raise test (ASLR)

Startposition: Patient ryggliggande på bänk. Raka avslappnade ben med fötterna 20 cm isär. Fötter tillåts rotera utåt.

Utförande: Testomgång A. Testet utförs efter instruktionen "försök lyfta ditt ben 20 cm upp från underlaget utan att böja i knäet". Patienten ombeds skatta smärta, tyngdkänsla eller trötthet vid utförandet:

- 0 = inga besvär
- 1 = minimala besvär
- 2 = lite besvär
- 3 = ganska besvärligt
- 4 = mycket besvärligt
- 5 = omöjligt att utföra

Upprepa för andra benet. Poängen räknas ihop. Totalpoängen blir således totalt maximalt 10.

Testomgång B. Patienten ombeds utföra testet igen men då med samtidig kompression mot cristakanterna. Kompressionen utförs manuellt eller via bälte. Kraften kan appliceras mot bakre, mellersta eller främre delen av crista iliaca. Patienten skattar besvärsintensiteten som ovan. Höger och vänster sidas poäng adderas. Jämför poäng med och utan cristakompression.

Markant skillnad mellan testomgång A och fas B eftersöks. Kompressionen leder till ökad formstängning av SI-leden och därmed minskad belastning på smärtande strukturer. Skillnad mellan fas A och fas B innebär att patienten sannolikt kommer att ha nytta av ett bälte som bidrar till formstängning.

Utmärkt sensitivitet och specificitet för bäckenledssmärta (19, 26, 28).

ASLR är också ett bra test för att mäta besvärens svårighetsgrad (27).

Posterior Pelvic Pain Provocation test (P4-test)

Startposition: Patient ryggliggande på bänk.

Utförande: Ena benet flekteras till 90° i höft och knä. Kraft appliceras via aktuellt knä ner longitudinellt längs femur mot bäckenet. Bäckenet stabiliseras av terapeutens hand mot kontralaterala SIAS. Försiktighet bör iakttagas då testet kan vara mycket smärtsamt.

Utmärkt sensitivitet för SI-ledssmärta. Låg sensitivitet för symfysiolys. Utmärkt sensitivitet för en- och dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet. (6, 21, 23).

Menell's test

Startposition: Patient ryggliggande på bänk.

Utförande: Ena benet lyfts till 30° abduktion och 10° flexion i höftleden. Longitudinell kraft appliceras i femurs längsriktning mot bäckenet, först i riktning kranieellt mot bäckenet därefter kaudalt från bäckenet. Detta innebär att sagittal rörlighet appliceras mot SI-leden.

Mycket god sensitivitet för SI-ledssmärta. Mycket låg sensitivitet för symfysiolys. God till mycket god sensitivitet för en eller dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet (23).

Patric's/FABEres test

Startposition: Patient ryggliggande på bänk.

Utförande: Ena benet flekteras, abduceras och utåtroteras så att hälen vilar på kontralaterala benets knäskål. Smärta kan upplevas över bäckenleder, inguinalt, mediant låret eller mediant knäet. Mycket god sensitivitet för bäckengördelsyndrom då smärtupplevelsen förläggs till dessa leder. God sensitivitet för symfysiolys, en- och dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet. (19, 23, 24).

Modifierat Trendelenburg's test

Startposition: Patienten står med ryggen mot undersökaren.

Utförande: Övergå i enbensstående. Patienten flekterar aktuell höft och knä till 90°. Smärta kan upplevas över alla bäckenleder. Traditionellt söker man efter om höften på den flekterade sidan sjunker kaudalt. Detta är dock ej vad som eftersöks vid bäckenledssmärta.

Mycket god sensitivitet för symfysiolys. Utmärkt specificitet. Låg sensitivitet för en- och dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet (23).

Palpation av symfysis pubis

Startposition: Patient ryggliggande på bänk.

Utförande: Hela symfysens framsida palperas försiktigt.

Utmärkt sensitivitet för symfysiolys och för bäckengördelsyndrom (23, 24).

Isometrisk höftadduktion

Startposition: Patient ryggliggande på bänk. Raka ben eller knän flekterade till 90°. Terapeutens hand mellan patientens knän.

Utförande: Patienten genomför isometrisk adduktion. Svårighetsgraden vid utförande korrelerar med besvärens svårighetsgrad och testet ASLR avseende mätning av besvärens svårighetsgrad (27).

Utvärderingsinstrument

Det finns ett norskt självskattningsformulär, The Pelvic Girdle Questionnaire, även översatt till engelska. Det är framtaget för utvärdering av bäckenledssmärta. Instrumentet är validitets- och reliabilitetstestat för personer med bäckenledssmärta under och efter graviditet. (43)

Förslag på sjukgymnastiska behandlingsåtgärder

- Anamnes och status
- Genomgång av anatomi och belastning av bäckenet
- Genomgång av regim, hur kvinnan kan minska belastning av bäckenet
- Hållningsinstruktion vid behov
- Utprovning av bälte vid positivt ASLR-test. Kryckkäppar vid svåra besvär.
- Smärtlindring med TENS alternativt akupunktur
- Individuellt anpassat träningsprogram
- Remiss till bassängträning

Åtgärderna ska individualiseras och anpassas till besvärens svårighetsgrad.

Bäckenbälte

Bäckenbälte används för att motverka den ökade rörligheten i bäckenlederna och därmed minska smärtan hos gravida med bäckensmärta. För att avgöra om patienten har nytta av bälte kan testet ASLR användas, se ovan.

Användandet av bälte minskar signifikant rörligheten i bäckenlederna (29). Det finns däremot inte tillräcklig evidens för att bäckenbälte minskar smärtan vid graviditetsrelaterad bäcken/ländryggssmärta (30).

Träning

Anpassad träning är verksamt mot bäckenledssmärta framförallt efter men även under graviditet. Träningen skall vara individuellt anpassad och bör innefatta specifika, stabiliserande övningar för förbättrad motorisk kontroll kring ländrygg och bäcken. (41) (31-36).

Träning i grupp och ergonomiska råd har inte visats kunna förebygga uppkomsten av smärta i ländrygg och bäcken under graviditeten.(8,40)

Med tanke på att m. rectus abdominis kan sära sig under graviditeten bör både sneda och raka sit-ups undvikas under sista halvan av graviditeten samt under de första 2 månaderna post partum.

Exempel på träningsprogram under och efter graviditet finns i **bilaga 1**

Bassängträning

Viss evidens finns för god effekt av bassängträning under graviditet, även om beskrivningar av träningens utformning är bristfälliga (37). Träningen bör innehålla övningar av stabiliserande karaktär.

Smärtlindring

Akupunktur

Akupunktur har smärtlindrande effekt vid bäckenledssmärta under graviditet. Exempel på punktval: GV 20, LI 4, BL 26-33, BL 54, BL 60, KI 11, CV 3, GB 30, EX 21, SP 6, LR2, ST 36 (8, 9, 31, 38, 39).

Sedvanliga sjukgymnastiska rekommendationer för akupunkturbehandling bör tillämpas med försiktighet under första trimestern.

TENS

Studier saknas för TENS-behandling av graviditetsrelaterade bäckenbesvär. Om man däremot ser till hur smärta uppstår och lindras torde det inte finnas några avgörande skillnader rent algologiskt för bäckenbesvär jämfört med lumbago. TENS borde därför kunna vara värt att användas i smärtlindrande syfte.

Referenser

1. Östgaard HC. Assessment and treatment of low back pain in working pregnant women. *Semin Perinatol* 1996;20(1):61-9.
2. Björklund K, Bergström S. Is pelvic pain in pregnancy a welfare complaint? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(1):24-30.
3. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E, Svanberg B. Reduction of back and posterior pelvic pain in relation to pregnancy. *Spine* 1994;19:894-900.
4. Heiberg E, Stray-Pedersen B. Is pelvic pain during pregnancy a strain syndrom? *Nor J Epidemiol* 1997;7(1):117-121.
5. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens J, van Dieen JH, Wuisman PI, Östgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J*. 2004;13:575-589.
6. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. *Eur Spine J*, 1994;3:258-260.
7. Östgaard M, Bonde B, Svalgaard Thomsen B Insuficienta Pelvis in graviditate. *Ugeskrift Laeger* 1992;154(50):3568-3572.
8. Vleeming A, Albert B H, Östgaard HC, Stuesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2008;17:794-819.
9. Elden H, Hagberg H, Fagevik Olsen M, Ladfors L, Östgaard HC. Regression of pelvic girdle pain after delivery: follow-up of a randomised single blind controlled trail with different treatment modalities. *Acta Obstretrica et Gynecologica* 2008;87:201-208.
10. The Cochrane collaboration. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (Review), Issue 3, 2009.

11. Hansen A, Jensen DV, Wormslev M, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. II: Symptoms and clinical signs. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78(2):111-115.
12. Endresen EH. Pelvic pain and low back pain in pregnant women; an epidemiological Study. *Scand J Rheumatol* 1995;24 (3):135-41.
13. Dreyfuss P, Michaelsson M, Pauza K, Bogduk N. The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. *Spine* 1996;21(22):2594-2602.
14. Pool-Goudzwaard AL, Vleeming A, Stoeckart R, Snijders CJ, Mens JMA. Insufficient lumbopelvic stability:a clinical, anatomical and biomechanical approach to 'a-specific' low back pain. *Man Ther* 1998;3(1):12-20.
15. Wikström A, & Hegefjärd C. Handbok för sjukgymnastik för gravida och nyblivna mammor. 1997 Hallunda Vårdcentral, Norsborg.
16. Hodges PW, Richardson CA. Inefficient muscular stabilisation of the lumbar spine associated with low back pain. *Spine* 1996;21(22):2640-2650.
17. Hodges PW, Richardson CA. Delayed postural contraction of transversus abdominis in low back pain associated with movement of the lower limb. *J Spinal Disord* 1998; 11(1):46-56.
18. Hodges PW. Is there a role for transversus abdominis in lumbo-pelvic stability? *Man Ther* 1999;4:74-86.
19. Röst CC, Jacqueline J, Kaiser A, Verhahagen AP, Koes BW. Pelvic pain during pregnancy: a descriptive study of signs and symptoms of 870 patients in primary care. *Spine* 2004;29(22):2567-2572.
20. Mens JM, Vleeming A, Stoeckart R, Stam H, Snijders C. Understanding peripartum pelvic pain: Implications of a patient survey. *Spine* 1996;21(5):556-52.
21. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. *Spine* 2002;27(24):2831-2834.
22. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001;80:505-510.
23. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *Eur Spine J* 2000;9:161-166.
24. Kristiansson P, Svärdsudd K. Discriminatory power of tests applied in back pain during pregnancy. *Spine* 1996;21(20): 2337-2343.

25. Laslett M, Aprill C, McDonald B, Young S. Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Man Ther* 2005;10(3):207-218.
26. Mens J, Vleeming A, Snijders C, Koes B, Stam H. Reliability and validity of the active straight leg raise test in posterior pelvic pain since pregnancy. *Spine* 2001;26(10):1167-1171.
27. Mens J, Vleeming A, Snijders C, Ronchetti I, Stam H. Reliability and validity of hip adduction strength to measure disease severity in posterior pelvic pain since pregnancy. *Spine* 2002;27(15):1674-1679.
28. Mens J, Vleeming A, Snijders C, Stam H, Ginai A. The active straight leg raising test and mobility of the pelvic joints. *Eur Spine J* 1999;8:468-273.
29. Mens J, Pool-Goudzwaard A, Stam JH. Mobility of the Pelvic Joints in Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2009;64:200-208.
30. Simone SM, Winnie WM. Effectiveness of maternity support belt in reducing low back pain during pregnancy: a review. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18(11):1523-1532.
31. Elden H, Ladfors L, Fagevik Olsen M, Östgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ* 2005;330:761-764.
32. Stuge B, Laerum E, Kirkesola G. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. *Spine* 2004;4:351-359.
33. Stuge B, Bragelien Veierod M, Laerum E. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. A two-year follow-up of a randomized clinical trial. *Spine* 2004; 10:197-203.
34. Stuge B, Holm I, Vollestad N. To treat or not to treat postpartum pelvic girdle pain with stabilizing exercises? *Man Ther* 2006;11(4):337-343.
35. Nilsson-Wikmar L, Holm K, Öijerstedt R. Effect of three different physical therapy treatments on pain and activity in pregnant woman with pelvic girdle pain. *Spine* 2005;8:850-856.
36. Morkved S, Åsmund Salvesen K, Schei B, Lydersen S, Bo K. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2007;86:276-282.

37. Kihlstrand M, Stenman B, Nilsson S, Axelsson O. Water-gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78(3):180-185.
38. Carolyn C, Eric Manheimer, Marie V Pirotta, Adrian R. White. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(3): 254-259 .
39. Lund I, Lundeberg T, Lönnberg L, Svensson E. Decrease of pregnant women 's pelvic pain after acupuncture: A randomized<controlled single-blind study. *Obstrettrica et Gynecologica* 2006;85:12-19.