

Två huvudtyper av ryggbesvär under graviditet:

LUMBAL SMÄRTA OCH BÄCKENSMÄRTA

Ryggont under graviditet indelas i två huvudtyper, lumbal ryggsmärta och bäckensmärta. En standardiserad ryggs- och bäckenundersökning gör det möjligt att identifiera respektive tillstånd. Behandlingen bör ges av sjukgymnast med insikt i den gravida kvinnans speciella förhållanden, i teamarbete med läkare och barnmorska. Med denna modell kan smärtan reduceras, prognosen förbättras och sjukskrivningen under graviditet nästan halveras.

Ont i ryggen uppfattas ofta som oundvikligt under graviditet, och behandlingen – om någon sådan överhuvudtaget ges – visar undermåliga resultat [1-3]. Dessutom förväntas besvärerna försvinna spontant efter förlossningen, varför problemet ibland negligeras av sjukvården. En del kvinnor har så svåra smärtor att de inte kan fortsätta att arbeta. En del av dessa kommer att ha kontinuerliga besvär under lång tid efter förlossningen [4], vilket kan omöjliggöra återgång till arbetet efter barnledigheten.

Den första som beskrev ryggont under graviditet och relaterade det till instabilitet i bäckenet var Cantin i sin doktorsavhandling i Paris 1899 [5]. Han undersökte 500 kvinnor sent i graviditeten och fann en palpabel, ökad rörlighet i symfyssen hos alla utom två. Flera författare har beskrivit en ökad incidens av ryggont bland kvinnor med instabilitet i bäckenet [6, 7], men något direkt samband mellan graden av ökad rörlighet i bäckenet och smärtintensitet har inte visats [8, 9]. Farbröt konstaterade 1952 att vidgning av symfyssen kunde påvisas redan i graviditetsvecka 8, och att sak-

rumns vinkel i relation till horisontalplanet hade samband med ryggont under graviditet: ju närmare horisontalplanet, desto större risk för ryggbesvär [10].

Senare fann Mantle att 48 procent av alla gravida hade någon form av ryggbesvär, samt att besvärerna hos gravida kvinnor skilde sig från dem hos en normalbefolkning [11]. Prospektiva kartläggningar av problemet gjordes av Berg 1988 [12] och av Östgaard 1991 [13]; båda studierna bekräftade Mantles fynd. Förslag till behandlingsåtgärder presenterades 1994 av Östgaard och medarbetare [14].

Olika smärtyper

Begreppet ryggont under graviditet är oklart definierat och innehåller flera olika smärtyper [1, 13]. Smärtintensiteten är hög jämfört med den hos andra ryggpatienter [11-13], särskilt hos kvinnor med manuellt arbete [15]. Omkring 20 procent av alla gravida kvinnor måste sjukskrivas i genomsnitt mer än sju veckor per graviditet på grund av ryggsmärta [1, 16, 17]. Det finns ett starkt samband mellan långa smärtperioder under graviditeten och kvarstående smärtor efter förlossningen [4].

Användning av p-piller har anförts som en möjlig förklaring till problemet, men varken en publicerad [18] eller flera icke publicerade undersökningar har kunnat bekräfta detta. Inte heller har amning kunnat relateras till ryggont under graviditet [4].

Senare studier har visat att både smärtincidens och smärtintensitet kan reduceras med väldefinierade vårdprogram. Det är också fullt möjligt att nästan halvera sjukskrivningen under graviditet [14, 19].

Ryggont under graviditet bör indelas i lumbal ryggsmärta och bäckensmärta [1, 12-14]. I den senare gruppen återfinns även kvinnor med symfyssmärta, samt kvinnor med kombinerade smärtor från lumbalrygg och bäcken.

Symfyssen är en del av bäckenringen, och en symfyssinstabilitet förutsätter därför instabilitet i minst en sakroiliakaled. Symfyssen har ingen väsentlig stabilitet i sig, utan fungerar närmast som en intervertebral disk som tillåter viss rörlighet åt alla håll. Därför resul-

terar resektion av symfyssen ej heller i bäckeninstabilitet. Symfyssiolyt är således inget isolerat insufficiensstillstånd i bäckenet. Bäckens- och ryggpatienter bör behandlas olika för att god behandlingseffekt skall uppnås [14]. Eftersom bäckensmärta oftast är svårast och mest akuta, medan ryggsmärta ofta är lindriga och kroniska, behandlas kvinnor med blandformer av smärta i första hand som bäckenpatienter [14, 15, 19].

Att skilja lumbal smärta från bäckensmärta

Lumbal ryggsmärta hos gravida kvinnor skiljer sig inte från den som ses hos icke gravida. Smärtan har oftast funnits före graviditeten och kan komma att kvarstå efter förlossningen. På smärtritningar markeras området centralt ovanför sakrum. En enkel ryggundersökning visar oftast inskränkt rörlighet i lumbalryggen och ömmande strukturer lumbalt. Provokationstest för bakre bäckensmärta är negativt (Figur 1) [20].

Kvinnor som någon gång tidigare i livet haft lumbal ryggsmärta löper 2,1 gånger större risk att återfå samma smärtpatologi under graviditeten [21]. Kvinnor som motionerat 45 minuter i veckan före graviditeten löper mindre risk att få lumbal ryggsmärta under graviditeten [14].

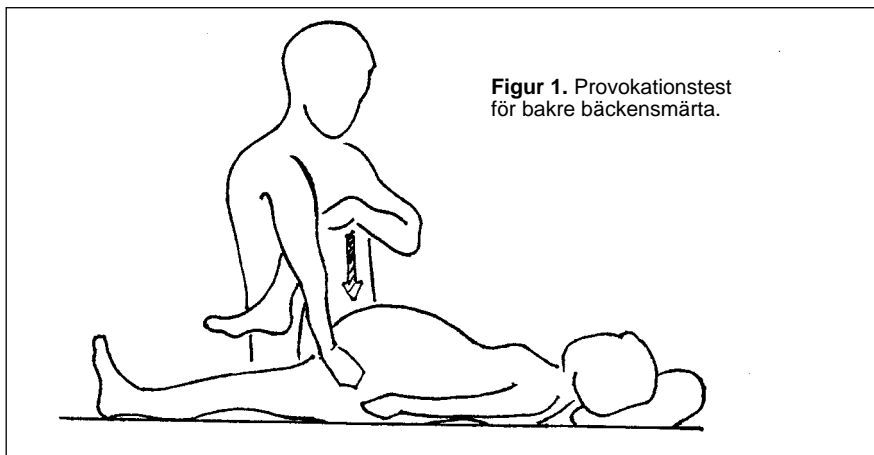
Hormonella förändringar disponerar för en typ av ryggsmärta som förekommer enbart i samband med graviditet, förlossning och under den första tiden därefter.

Ett samband mellan hög relaxinkoncentration och smärta samt sjukskrivning under graviditet har beskrivits nyligen [22]. Smärtan debuterar i genomsnitt i 18:e graviditetsveckan [19] och uppträder distalt och lateralt om lumbosakrala övergången, eventuellt med utstrålning till baksidan av låret, men aldrig ner i underben och fot. I anamnesen finns en relation mellan smärta, tid och belastning. Det är exempelvis svårt att gå eller stå länge. Smärtan beskrivs djupt i gluteusområdet och försämras dagen efter ansträngning. Vridningar och asymmetrisk belastning är värst. Smärtan fluktuerar i intensitet, rörligheten i rygg och höfter är normal. Pro-

Författare

HANS CHRISTIAN ÖSTGAARD

med dr, chefsöverläkare, ortopedsektionen, kirurgkliniken, Lasarettet i Skene.



Figur 1. Provokationstest för bakre bäckensmärta.

provokationstest för bakre bäckensmärta är positivt. Incidensen påverkas varken av allmänkondition eller motion före graviditeten.

Eftersom smärtan ofta strålar ut mot skinkan och baksidan av låret är det inte ovanligt att den förväxlas med ischias, facettledssmärta eller rygginsufficiens. Till skillnad från den smärta som förknippas med ischias är den dock mer ospecifik, och det faktum att den inte uppträder i lumbalryggen gör att man kan skilja den från facettledssmärta och rygginsufficiens [13, 14].

Röntgenundersökningar visar inget patologiskt i bäckenbenen. Inte heller undersökningar med magnetisk resonanstomografi (MRT) eller skelettscintigrafi är av värde för klassifikation av tillståndet.

Lumbal ryggsmärta finns hos ungefär 10 procent av alla gravida kvinnor under hela graviditeten, medan incidensen av bäckensmärta ökar kraftigt i början av graviditeten för att sedan stabilisera sig på 35 procent ungefär mitt i graviditeten (Figur 2) [14]. Även efter förlossningen betar sig de två smärtyperna olika. Lumbal ryggsmärta försvinner inte som förväntat, medan bäckensmärta redan tre månader post partum har reducerats från ca 35 procent till 5 procent.

Smärtintensiteten visar samma mönster. Lumbal ryggsmärta är mindre intensiv än bäckensmärta under graviditeten, medan lumbal ryggsmärta är mer intensiv än bäckensmärta efter förlossningen. Dessa fynd pekar på att enbart bäckensmärta är starkt relaterad till graviditet, medan lumbal ryggsmärta knappast är orsakad av graviditeten [15].

Provokationstest

Bäckensmärta kan provoceras av ett smärtprovokationstest, som är användbart när man skall skilja lumbal ryggsmärta från bäckensmärta. Testet utförs på en liggande patient, som har höftleden flekterad 90 grader på den sida som

skall provoceras. Undersökaren stabiliserar kvinnans bäcken med ena handen, medan han med den andra applicerar ett försiktigt tryck i femurs längdaxel (Figur 1). Vid positivt testsvar upplever patienten en välbekant smärta i bakre bäckenet på den sida som provoceras.

Testet, som har en sensitivitet på 81 procent och en specificitet på 80 procent för bäckensmärta [20], kan med försiktighet användas ända fram till förlossningen. Det är inte känt från vilka anatomiska strukturer smärtan provoceras.

Behandling

Behandlingen av lumbal ryggsmärta hos gravida kvinnor skiljer sig i princip inte från den som ges icke gravida. En degenerativ ryggskjudom debuterar oftast under senare hälften av livet, sällan under graviditet. Hållningsträning med eventuell korrektion av hyperlordos är väsentlig.

Bäckensmärta kan ej botas under pågående graviditet. Däremot är det möjligt att reducera smärtan och undvika att kvinnorna utvecklar sekundära muskelsmärter, som kan bli kroniska. Stabiliteten i bäckenet kan ökas med muskelfkraft, men bara kortvarigt [23]. Långva-

rigt statistiskt muskelarbete resulterar alltid i smärta.

Utbildning i anatomi och rörelselära är viktig för att reducera bäckensmärta. Ökad kroppsmedvetenhet och ökad insikt i hur olika belastningar påverkar bäckenet är essentiell. Kvinnan bör undvika såväl att gå i trappor som annan asymmetrisk belastning, exempelvis långa promenader. Även monoton belastning – exempelvis stillastående under längre tid – ökar bäckensmärta. Omväxling är väsentlig [14]. Smärtan måste respekteras och kan ej enkelt motioneras bort. Behandling i form av manipulation av bäckenet får ej förekomma. Bäckensbälte och kryckor rekommenderas i svåra fall.

Den tidigare utbredda rekommendationen vila i kombination med sjukskrivning som enda åtgärd har som bieffekt att den komplicerar rehabiliteringen på grund av att inaktiviteten ger dålig allmänkondition och muskelinsufficiens i rygg och bäcken. Kvinnor med bättre kondition löper mindre risk att utveckla lumbala ryggbesvär under graviditeten [14].

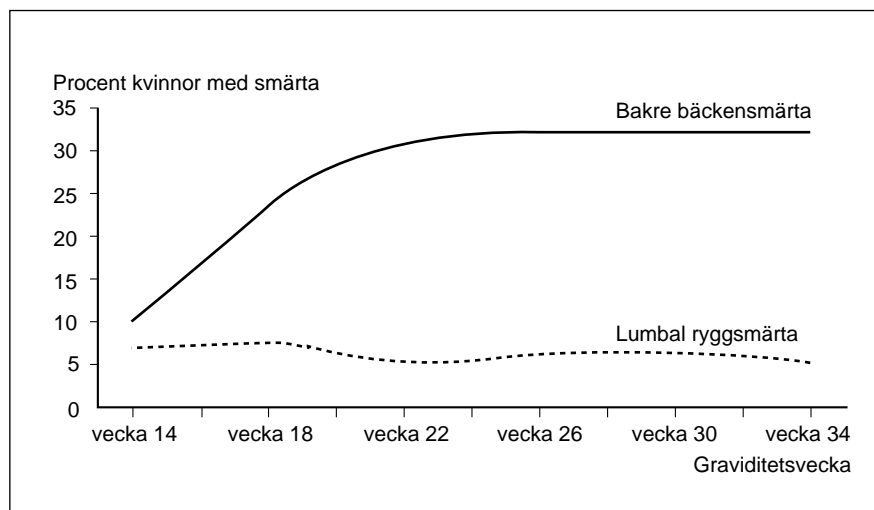
Förekomsten av bäckensmärta kan än så länge ej påverkas, men effekten av tillståndet kan kraftigt reduceras.

Varken lumbal ryggsmärta eller bäckensmärta har någon korrelation till förlossningssätt eller barnets status vid förlossningen [24], ej heller till användande av smärtstillande medel under förlossningen eller till den tid förlossningen tar [24]. Kejsarsnitt bör aldrig vara nödvändigt enbart på grund av rygg- eller bäckensmärter om patienten fått behandling för dessa besvär under graviditeten.

Beredskap redan på MVC

Vid det första besöket på mödravårdscentralen bör kvinnan orienteras om att problem från rygg eller bäcken

Figur 2. Smärtincidensändringar under graviditet.



kan förekomma senare, och att hon i så fall direkt bör ta kontakt med en sjukgymnast som har insikt i den gravida kvinnans speciella sjukdomsbild. Ingen obstetriker, barnmorska eller sjukgymnast kan ensam handlägga dessa problem, och samarbete är därför viktigt. När rygg- eller bäckensmärta uppstår bör denna klassificeras, och behandling påbörjas snarast möjligt. Ett individuellt program bör läggas upp, med hänsyn tagen till smärtyyp, arbete och social situation, eventuellt i kombination med hel eller viss tids sjukskrivning [14, 19]. Därefter kan de flesta kvinnorna fortsätta i gruppträning, upplagd på olika sätt för respektive smärtyyp. Det måste finnas möjlighet att vid behov när som helst återgå till en eller flera individuella behandlingar hos sjukgymnasten.

Eftersom endast varannan gravid kvinna får besvär, och de flesta bara får lindrigare besvär om behandlingen inleds i tid, kräver denna modell få resurser. En sjukgymnast kan handlägga 1 000 gravida kvinnor per år, och sjukskrivning under graviditet för ryggont och bäckensmärta kan reduceras från i genomsnitt 53 dagar till 30 dagar. Detta innebär att sjukgymnastens lön sparas in flerfaldigt för försäkringskassa och arbetsgivare [19]. Till detta kommer både minskad smärta och ett ökat välbefinnande för kvinnan, vilket inte kan uttryckas i ekonomiska termer. Långtidseffekten av modellen är under utvärdering.

Post partum

Ett mindre antal kvinnor kan utveckla ett kroniskt smärttillstånd som kan kvarstå även efter det att bäckenet har återfått sin normala stabilitet mellan tre och sex månader post partum. Dessa kvinnor bör återgå till sjukgymnasten för specifik träning av rygg- och bäckenmuskulatur. Rehabiliteringen är långdragen, sex till tolv månader, och innehåller oftast återfall. Smärtstillande mediciner har dålig effekt och bör undvikas.

Vi har dock inte sett några allvarliga kvarstående besvär post partum hos de kvinnor som har behandlats enligt vår modell.

Nästa graviditet

Lumbal ryggsmärta är inte relaterad till graviditet, och bör därför aldrig utgöra något hinder för en ny graviditet. Sällan är det nödvändigt att skjuta upp nästa graviditet på grund av allvarlig bäckensmärta under den tidigare. Hos nästan alla kvinnor är besvären under god kontroll efter ett år.

De kvinnor som har genomgått behandling och utbildning under den senaste graviditeten kommer att klara näs-

ta graviditet bättre, eftersom de vet hur de skall göra för att minska sina besvär, och de vet var hjälpen finns.

Konklusion

Lumbal ryggsmärta är inte orsakad av graviditeten i sig, men kan försämrats tillfälligt av denna. Bäckensmärta är däremot starkt knuten till graviditet, förlossning och tiden post partum; den är den vanligaste och mest smärtsamma typen av de två.

Smärtyperna bör behandlas olika, och ett teamarbete mellan obstetriker/distriktsläkare, barnmorska och sjukgymnast är viktigt.

Under pågående graviditet kan den lumbala ryggsmärtan reduceras och smärtintensiteten i båda grupperna minskas. Även efter förlossningen kan kronisk lumbal ryggsmärta angripas med viss framgång; bäckensmärta, däremot, kan då nästan elimineras.

Sjukskrivning för lumbal ryggsmärta och bäckensmärta under graviditet kan reduceras med nästan hälften.

Referenser

1. Endresen E. Pelvic pain and low back pain in pregnant women. An epidemiological study. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 135-41.
2. Dumas G, Reid JG, Wolfe LA, McGrath MJ. Exercise, posture, and back pain during pregnancy. Part 1. Exercise and posture. *Clinical Biomechanics* 1995; 10: 98-103.
3. Dumas G, Reid JG, Wolfe LA, McGrath MJ. Exercise, posture, and back pain during pregnancy. Part 2. Exercise and back pain. *Clinical Biomechanics* 1995; 10: 104-9.
4. Östgaard HC, Andersson GBJ. Low back pain post partum. *Spine* 1992; 17: 53-5.
7. Walde J. Obstetrical and gynaecological pains, especially those contracted during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1962; 2: 1-52.
10. Farbrot E. The relationship of the effect and pain of pregnancy to the anatomy of the pelvis. *Acta Radiol* 1952; 38: 403-17.
11. Mantle MJ, Greenwood RM, Curry HLF. Backache in Pregnancy. *Rheumatol Rehab* 1977; 16: 95-101.
12. Berg G, Hammar M, Möller-Nielsen J, Lundén U, Thornblad J. Low back pain during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 71-4.
13. Östgaard HC, Andersson GBJ, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine* 1991; 16: 549-52.
14. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. Reduction of back and posterior pelvic pain in relation to pregnancy. *Spine* 1994; 19: 894-900.
15. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. *Spine*. Under publ.
16. Sydsjö A, Sydsjö G, Wijma B. Hög sjukfrånvaro under graviditeten trots väl utbyggt föräldraförsäkringssystem. *Läkartidningen* 1989; 86: 4141-4.
17. Grünfeld B, Qvigstad E. Sykdom under svangerskapet. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1991; 111: 1269-72.
18. Östgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some biomechanical factors on low back pain in pregnancy. *Spine* 1993; 18: 54-8.
19. Norén L, Östgaard S, Nielsen TF, Östgaard HC. Reduction of sick leave for back- or

- posterior pelvic pain in pregnancy. *Acta Orthop Scand Suppl* 1996; suppl 270 (67): 45.
20. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. *European Spine Journal* 1994; 3: 258-60.
 21. Östgaard HC, Andersson GBJ. Previous back pain and risk of developing back pain in a future pregnancy. *Spine* 1991; 16: 432-6.
 22. Kristiansson P. S-relaxin: A marker for back pain during pregnancy. In: Vleeming A, Mooney V, Dormann T, Snijders C, eds. Second interdisciplinary world congress on low back pain; The integrated function of the lumbar spine and sacroiliac joints, San Diego, November 9-11, 1995. Rotterdam: ECO: 203-4.
 23. Vleeming A, Pool-Goudzwaard AL, Stoecart R, Wingerden JP, Snijders C. The posterior layer of the thoracolumbar fascia. Its function in load transfer from spine to legs. *Spine* 1995; 20: 753-8.
 24. Östgaard HC, Andersson GBJ, Wennergren M. The impact of low back and pelvic pain in pregnancy on the pregnancy outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 24-7.

En fullständig referensförteckning kan erhållas från Hans Christian Östgaard, Kirurkliniken, Lasarettet i Skene, 511 81 Skene.