

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Giltig från: 2025-01-24

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Giltig till: 2027-01-24

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Bäckensmärta vid graviditet, barnmorskemottagningar, VGR

Beskrivning: Diagnostik och behandling av bäckensmärta vid graviditet på barnmorskemottagning och vårdcentral.

Förändringar sedan föregående version

Barnmorskans ansvar för behandlingsinformation har tonats ner. Arbetsbeskrivning för fysioterapeut har tagits bort. Hänvisning till 1177.

Bakgrund och syfte

Bäckensmärta (BS, tidigare kallad foglossning eller symfyseolys) är en speciell form av nedre ryggsmärta som drabbar gravida kvinnor. Prevalensen varierar från ca 35–50% i tidig graviditet till 60–70% i sen graviditet. BS kan starta i graviditetsvecka 8–12 men debuterar i genomsnitt i 18:e graviditetsveckan. Svårighetsgraden varierar mycket; svåra besvär rapporteras av 25–30% av gravida.

Utförande

Symtom

- Oftast koncentrerad över skinkorna
- Kan upplevas i höfter, ljumskar, blygdben samt stråla på lårets baksida
- Beskrivs ofta som molande och huggande
- Låsningar vanliga, får inte med sig benet
- Långvarigt stående, gång, sittande ofta besvärligt
- Lyft, otympliga ställningar, vridning, böjning ofta smärtsamt
- Vilovärk förekommer, ibland sömnstörning

Etiologi och riskfaktorer

BS är en muskuloskeletal smärta lokaliserad i bäckenet mellan de bakre höftbenskammarna och sätesvecket, särskilt i området runt sacroiliaca- (SI) lederna. BS kan förekomma isolerat i symfyssen och eller i samband med smärta i en eller båda SI-lederna. Tillståndet är komplext och underliggande faktorer är till stor del okända. Det är emellertid känt att insöndring av graviditetshormonet relaxin i tidig graviditet gör ligamenten mjukare och ökar rörligheten i bäckenets leder, vilket leder till en minskad stabilitet i bäckenet. Kvinnor som inte klarar att kompensera den ökade rörligheten i bäckenet med en förbättrad muskelfunktion får BS. Risken att utveckla BS ökar om kvinnan haft besvär från ländryggen eller bäckenet tidigare, om hon utsatts för trauma mot bäckenet och/eller om hon har ett tungt arbete. Kvinnor med tidig debut (före graviditetsvecka 18) av kombinerade besvär i både rygg och bäcken (speciellt vid smärta i båda SI-lederna och symfyssen) utgör en särskild riskgrupp för att utveckla värre och mera långdragna besvär både under och efter graviditet.

Att ställa diagnos

Diagnos bör baseras på en kombination av anamnes och en noggrann undersökning där specifika tester används. (Bild 1 visar smärtlokalisering vid lumbalsmärta (LS, vänster) och BS (höger)). Karakteristiskt är tids- och belastningsrelaterade smärtor i bäckenet.

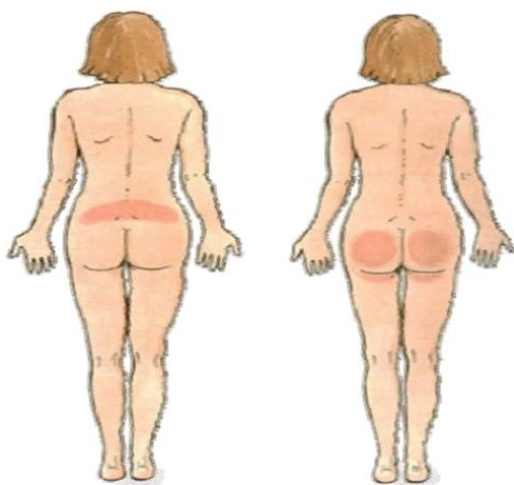


Bild 1, smärtlokalisering, LS respektive BS

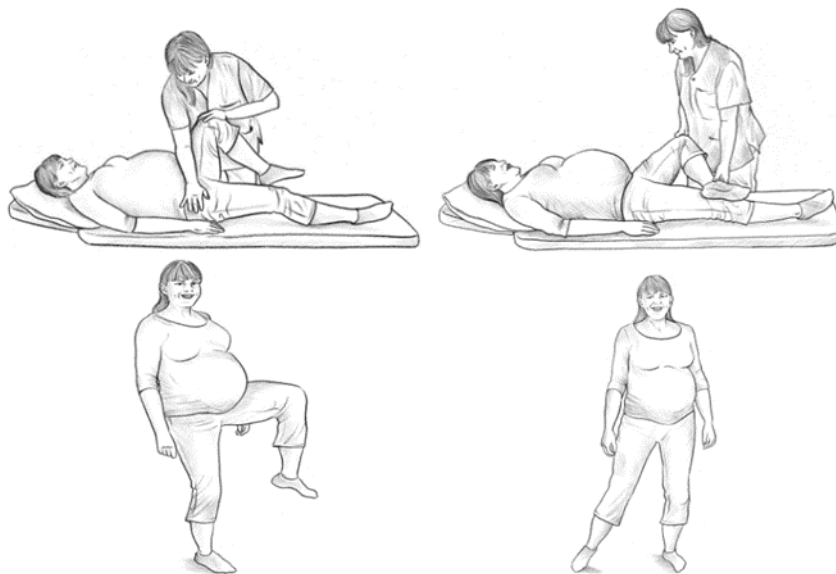


Bild 2. 4p-testet, Patric Fabere's test, a modified Trendelenburgs test, MAT-test

Testen (se bild). är positiva när de genererar en välbekant smärta i bäckenleden som testas.

4 P test (Posterior pelvic pain provocation test): Patienten ligger på rygg med 90° flektion i höft och knä på den sida som skall testas.

Undersökaren stabiliserar bäckenets andra sida över spina iliaca anterior superior. Ett lätt manuellt tryck läggs på patientens flekterade knä i femurs längsgående axel.

Patric Fabere's test: Patienten ligger på rygg med ena benet böjt med foten på bänken i höjd med motsatt knä. Undersökaren stabiliserar bäckenets andra sida över spina iliaca anterior superior och fäller samtidigt ut knät så lång det går.

Modifierat Trendelenburgs test: patienten står och lyfter upp det ena benet maximalt mot magen. Testet är positivt för främre BS om smärta uppstår i symfyssen. Testet är positivt för bakre BS om smärtan uppstår i en eller båda SI-lederna.

Behandling

Det är viktigt att alla professioner ger likartad information för att minska oro. Barnmorskan bör uppmana den gravida att lyssna på kroppen och vila när hon får ont. Lugnande besked kan ges och information om den goda prognosen.

Behandling som botar BS under graviditeten saknas men besvären kan lindras av nedanstående:

Barnmorska:

- Muntlig information om lämplig smärtlindring samt hänvisa till allmän information om bäckenbesvär på 1177.
- Rekommendera kontakt med fysioterapeut. Fysioterapeut handlägger smärta samt ger råd.

Läkare-bäckensmärta handläggs av allmänmedicinare:

Bedömning av arbetsförmågan, ställningstagande till sjukskrivning. Sjukskrivning är ofta nödvändig eftersom vila minskar smärtan. Enligt Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, utgivet av Socialstyrelsen, är halvtids sjukskrivning normen i de flesta fallen. Hel sjukskrivning behövs ofta vid uttalade besvär och/eller fysiskt tungt arbete. Enligt beprövad erfarenhet är det vanligt att BS försämras under graviditeten.

- Farmakologisk behandling**
 1. Paracetamol
 2. Paracetamol + kodein, om icke-farmakologisk behandling eller Paracetamol inte ger tillräcklig smärtlindring. Observera att NSAID inte är lämpligt under graviditet. Det finns omfattande beprövad erfarenhet av kodeinbehandling under graviditet. Det är viktigt att beakta att långvarig kodeinbehandling i hög dos kan medföra en risk för fosterpåverkan och neonatal abstinens varför kvinnan ska rekommenderas hålla lägsta effektiva dos. Som med alla opioider, finns även risk för beroende vilket patienten ska informeras om. Kodein bör inte förskrivas under amning.
- Kontakt med obstetriker vid utebliven effekt av behandling och mycket svåra besvär, till exempel för differentialdiagnostik eller ställningstagande till induktion av förlossningen.

Prognos

De flesta kvinnor tillfrisknar från BS under de första månaderna efter förlossningen oavsett om de fått behandling eller ej. Spontan förbättring av BS efter sex månader är sällsynt. Kvarstående BS har rapporterats hos 9–20 procent tre år postpartum och hos sju procent sex år postpartum; variationen beror på design och kvalitet i studier varierar.

Uppföljning postpartum

Kvinnor som har kvar BS tre månader efter förlossningen hänvisas till fysioterapeut för bedömning och behandling. Behandlingen går i första hand ut på att stärka stabiliserande muskulatur i bäcken och bål. Ibland

kan akupunktur vara ett bra komplement för att minska smärtan. Kvinnan bör få information om att upprepanderisken är stor vid efterföljande graviditet. Vid kvarstående besvär 6–12 månader efter förlösning remitteras kvinnan till ortoped.

Patientinformation

[Bäckensmärta under graviditeten - föglossning - 1177](#)

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt Mödrahälsovårdsteam (CMHV), Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Anna-Karin Broman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Anna Trollstad, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Antje Johannsmeyer, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Karin Jerhamre Sund, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Godkännare

Maria Gjertsen, regionområdeschef, Barnmorske- och gynekologimottagning, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare, Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare, Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare, Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-93

Version: 3.0

Giltig från: 2025-01-24

Giltig till: 2027-01-24