
Oversett eller overforenklet om uavklarte smerter i bukveggen?

KRONIKK

ASLAK JOHANSEN

aslak.johansen@unn.no

Aslak Johansen er ph.d., spesialist i anesthesiologi og i allmennmedisin. Han er overlege ved Smerteavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet, har diplomkurs i avansert smertemedisin (SSAI) og er styremedlem i Norsk forening for smertemedisin.

Forfatteren har fylt ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGE GLAMBEKK

Inge Glambekk er spesialist i generell kirurgi og i torakskirurgi og er pensjonert overlege.

Forfatteren har fylt ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TONE GULLI HØIVIK

Tone Gulli Høivik er spesialist i anesthesiologi og seksjonsoverlege ved Postoperativ seksjon og Seksjon for smertebehandling, Smerte- og palliasjonsavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RITA HØLMERBAKK STEEN

Rita Hølmebakk Steen er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hun er overlege ved Smerteavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge, har diplomkurs i avansert smertemedisin (SSAI) og er styremedlem i Norsk forening for smertemedisin.

Forfatteren har fylt ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RAE FRANCES BELL

Rae Frances Bell er ph.d., spesialist i anesthesiologi og tidligere seniorforsker ved Kompetansesenter i lindrende behandling, Helse Region Vest.

Det kan synes å være en overdiagnostikk og overbehandling av antatt nevropati hos pasienter med langvarige buksmerter uten avklart årsak.

ACNES (fra engelsk *anterior cutaneous nerve entrapment syndrome*) beskriver en smertetilstand lokalisert i bukveggen, og hevdes å være en «oversett diagnose» (1–3). Som navnet tilsier, er syndromet en nevropatisk tilstand fra kompromittering av nerver i bukveggen (2, 4–7). Etter vår erfaring er ACNES-begrepet generelt lite kjent i kirurgiske, smertemedisinske og nevrologiske fagmiljøer, og her i landet har oppmerksomheten om tilstanden vært knyttet til enkelte kirurgiske miljøer.

ACNES-begrepet eksisterer verken som diagnose i den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, ICD-10, eller i den kommende ICD-11. Trolig kodes tilstanden med ulike diagnoser og prosedyrekoder, og det er vanskelig å frembringe tall for omfanget av tilstanden i seg selv og hva som gjøres av behandling i Norge.

«ACNES-begrepet eksisterer verken som diagnose i ICD-10 eller i den kommende ICD-11»

Allerede i 1926 mente den amerikanske kirurgen John Berton Carnett (1890–1988) at tilstander i bukveggen kunne være en hyppig oversett årsak til buksmerter. Han beskrev enkle kliniske undersøkelser for å skille bukveggssmerter fra viscerale smerter og huskes for den såkalte Carnetts test (8). Ved denne testen har undersøkeren lokalisert et «triggerpunkt» med pekefingeren og holder den der mens pasienten løfter overkroppen eller begge beina fra underlaget. Hvis smerten i «triggerpunktområdet» øker under denne manøveren, anses bukveggen å være sannsynlig utgangspunkt for smerten. Flere tiår senere ble ACNES-begrepet lansert om bukveggssmerte som følge av antatt kompresjon (eller traksjon) av fremre interkostalnervegrener i nivå med musculus rectus abdominis (den rette bukmuskelen, nivå Th 7–Th 12) (6).

Hva legges i betegnelsen?

Det finnes ingen internasjonale generelt aksepterte kriterier for ACNES-tilstanden (9), men slik den presenteres i litteraturen, forutsettes det at intraabdominal patologi er utelukket som årsak til den aktuelle smertetilstanden (5). En forskningsgruppe ved Maxima Medical Centre i Eindhoven, Nederland, har foreslått følgende seks kriterier (7, 9–11): lokalisert smerte ved den laterale avgrensningen av rectus abdominis-muskelen, mest intens smerte i et fingertuppstort «triggerpunkt», positiv Carnetts test, positiv «klypetest» og/eller endret hudfølsomhet for kulde eller lett berøring omkring «triggerpunktet», normale laboratoriefunn og billedundersøkelser (hvis utført) samt smertereduksjon (> 50 % reduksjon av skår på visuell analog skala) etter diagnostisk «triggerpunktinjeksjon» med lokalanestetikum. Det er vår mening at kriteriene er lite stringente, og de er heller ikke validert i studier eller klinisk praksis (12).

Nevropatisk smerte og kliniske tester

International Association for the Study of Pain definerer nevropatisk smerte som «smerte som skyldes en sykdom eller skade i det somatosensoriske nervesystemet» (13). Vi har ikke funnet at diagnostiske kriterier for nevropatisk smerte som er basert på internasjonal konsensus (14), har vært anvendt i studier av ACNES-behandling.

Hensikten med nevnte Carnetts test er todelt: å identifisere et «triggerpunkt» for smerten der den aktuelle interkostalnerven løper ut gjennom fremre rectusskjede, og å påvise at palpasjonssmerten øker ved aktiv kontraksjon av rectus abdominis-muskulaturen. Smerten beskrives ikke som projiserende i innervasjonsområdet, men som et smertepunkt med diameter 1–2 cm. Det er viktig å forstå at Carnetts test ikke er spesifikk for nevropatisk smerte (9). Økningen i palpatorisk smerte ved kontraksjon av buk-muskelen kan også skyldes et myofascielt triggerpunkt (15).

Algoritmen for diagnostisering av nevropatisk smerte (14) tilsier at man undersøker somatosensoriske funksjoner i huden i det relevante innervasjonsområdet. Man kan i tillegg støtte seg til validerte spørreskjema for nevropatisk smerte (16). Målet er å skille nevropatisk smerte fra smertetilstander som myofasciell smerte, der symptomer og funn kan overlappe i betydelig grad med det som beskrives for antatt ACNES-tilstand (15).

Det er vår mening at såkalt klypetest er en upresis undersøkelse av sensibilitet og at en uforholdsmessig økning av smerte ved å klype lett i bukveggen ikke indikerer nevropatisk smerte fremfor andre forklaringer (15).

«Det er vår mening at såkalt klypetest er en upresis undersøkelse av sensibilitet og at en uforholdsmessig økning av smerte ved å klype lett i bukveggen ikke indikerer nevropatisk smerte fremfor andre forklaringer»

Signifikant reduksjon (minst 50 %) av smerte etter injeksjon av lokalanestetikum i et «triggerpunkt» er anbefalt som en bekreftende test for ACNES-tilstand og kan også i noen tilfeller fungere som varig behandling (1, 2, 10). En injeksjon med lokalanestetikum kan ikke skille mellom nervesignaler fra en kompromittert nerve og nervesignaler med et nociseptivt utgangspunkt som lokal og lavgradig inflammasjon i fascie eller muskulatur. Man kan også stille spørsmål ved den diagnostiske og prognostiske verdien av diagnostiske blokader med lokalanestetika ved langvarige smertetilstander generelt (17). Som et spesifikt verktøy for å verifisere en smertefull ACNES-tilstand anser vi metoden som uegnet.

Hva sier litteraturen?

I litteraturen om ACNES-pasienter er den hyppigst anbefalte behandlingen repeterte «triggerpunkt»-injeksjoner med lokalanestetikum (2, 5, 7). Dersom smertelindring ikke oppnås, kan kirurgisk nevrektomi i nivå med fremre rectusfascie vurderes (5, 10), også hos barn (18). Ved manglende effekt av nevrektomi, eller ved tilbakevendende smerte,

anbefales i noen tilfeller ny nevrektomi i nivå med bakre rectusfascie (5). Anbefalingene gis uavhengig av smertetilstandens varighet. Pulset radiofrekvensbehandling (19) og elektrisk stimulering av dorsalrotganglier (20) er også beskrevet. Injeksjon av botulinumtoksin benyttes av enkelte behandlere i Norge (21).

Med et enkelt litteratursøk i søkemotoren PubMed identifiserte vi fire randomiserte kliniske studier om ACNES-behandling, hvorav én studie hos barn (19, 22–24). I en av studiene ble to injeksjonsteknikker sammenlignet (22), i en ble injeksjon av lidokain med og uten tilsetning av metylprednisolon sammenlignet (23), i en ble pulset radiofrekvensbehandling sammenlignet med fremre nevrektomi (19) og i den siste ble nevrektomi sammenlignet med narrekirurgi (sham surgery) (24). Smertevarighet før inkludering i studiene varierte fra én måned til 25 år, mens oppfølgingstiden varierte fra seks uker til tre måneder. En nylig publisert langtidsoppfølging av 67 % av deltagerne i studien der man sammenlignet pulset radiofrekvensbehandling og fremre nevrektomi (19), hadde en median oppfølgingstid på nesten seks år (25). Forfatterne konkluderte med at radiofrekvensbehandling kunne forebygge kirurgi hos omtrent én av fem pasienter, mens fremre nevrektomi hadde langtidseffekt for omtrent to av tre.

Samlet hadde studiene 363 deltagere. Kun én studie var randomisert, dobbeltblindet og placebokontrollert (24). I denne sammenlignet man korttidseffekt av nevrektomi med narrekirurgi ($N = 44$) og fant at signifikant flere pasienter i nevrektomigruppen hadde smertereduksjon etter seks uker. De fire studiene hadde alle tilknytning til den nederlandske forskningsgruppen som har utarbeidet kriteriene for identifisering av tilstanden. Studier fra et dominerende senter kan være kilde til bias (skjevheter) og påvirke resultatene i systematiske oversikter og meta-analyser (26).

Utredning og behandling av langvarig buksmerte uten klar intraabdominal årsak

ACNES-litteraturen skiller ikke mellom akutte (mindre enn tre måneder) og langvarige smertetilstander (27), og studier har inkludert pasienter med bare få uker sykehistorie. Det foreligger lite dokumentasjon om naturlig forløp av tilstanden. Langvarig smerte har ofte flere årsaksmekanismer og vedlikeholdende faktorer. Diagnostikk og behandling av tilstanden utfordrer den rådende tilnærmingen som tverrfaglige smerteklinikker har ved langvarige smertetilstander, med en bio-psyko-sosial forståelsesmodell og en generelt restriktiv holdning til bruk av invasive behandlingsteknikker.

Uten en bred utredning, der man også vurderer forholdsmessigheten mellom symptomer, funksjonstap og mulig patologi, kan viktig informasjon med behandlingsmessige konsekvenser gå tapt. En god smerteanamnese bør innbefatte både smertebeskrivelse, tidsforløp og mulige vedlikeholdende og forsterkende faktorer. Legen bør ikke begrense seg til å vurdere om det finnes et somatisk grunnlag for smerten intraabdominalt eller i bukveggen på tidspunktet for undersøkelsen.

Finnes ACNES-tilstanden?

For å svare på om tilstanden finnes og hvordan vi i så fall best behandler den, trenger vi bedre dokumentasjon. For en pasient med bukveggssmerte som opplever langvarig symptomlindring etter injeksjoner eller kirurgi, er det trolig av underordnet betydning om smerten hadde nevropatisk årsak eller ikke. Det er likevel uheldig at en tilstand både defineres, behandles og evalueres på et sviktende evidensgrunnlag. Særlig uheldig er det om pasienter med langvarige og sammensatte smertetilstander i bukveggen, som kan ha et svingende forløp, får forenklete forklaringer med kirurgisk løsning.

«Det er uheldig at en tilstand både defineres, behandles og evalueres på et sviktende evidensgrunnlag»

Dersom grundig diagnostikk tilsier at smerten skyldes nerveaffeksjon, bør kirurgi og invasiv behandling likevel anses som utprøvende behandling og kun foregå innenfor rammen av kliniske studier.

REFERENCES

1. Akhnikh S, de Korte N, de Winter P. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES): the forgotten diagnosis. Eur J Pediatr 2014; 173: 445–9. [PubMed][CrossRef]
2. Srinivasan R, Greenbaum DS. Chronic abdominal wall pain: a frequently overlooked problem. Practical approach to diagnosis and management. Am J Gastroenterol 2002; 97: 824–30. [PubMed]
3. Applegate WV. Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES): A Commonly Overlooked Cause of Abdominal Pain. Perm J 2002; 6: 20–7.
4. Lindsetmo RO, Stulberg J. Chronic abdominal wall pain—a diagnostic challenge for the surgeon. Am J Surg 2009; 198: 129–34. [PubMed][CrossRef]
5. Thorsen EV. Intraktable kroniske bukveggssmerter – Nerve Entrapment? Kirurgen 2018; 3: 132–5.
6. Applegate WV. Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. Surgery 1972; 71: 118–24. [PubMed]
7. Scheltinga MR, Roumen RM. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES). Hernia 2018; 22: 507–16. [PubMed][CrossRef]
8. Carnett J. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. Surg Gynecol Obstet 1926; 42: 625–32.
9. Siawash M, de Jager-Kievit JW, Ten WT et al. Prevalence of Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome in a Pediatric Population With Chronic Abdominal Pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2016; 62: 399–402. [PubMed][CrossRef]

10. Boelens OB, Scheltinga MR, Houterman S et al. Management of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in a cohort of 139 patients. *Ann Surg* 2011; 254: 1054–8. [PubMed][CrossRef]
11. van Assen T, de Jager-Kievit JW, Scheltinga MR et al. Chronic abdominal wall pain misdiagnosed as functional abdominal pain. *J Am Board Fam Med* 2013; 26: 738–44. [PubMed][CrossRef]
12. Oor JE, Ünlü Ç, Hazebroek EJ. A systematic review of the treatment for abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. *Am J Surg* 2016; 212: 165–74. [PubMed][CrossRef]
13. Jensen TS, Baron R, Haanpää M et al. A new definition of neuropathic pain. *Pain* 2011; 152: 2204–5. [PubMed][CrossRef]
14. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016; 157: 1599–606. [PubMed][CrossRef]
15. Cummings M, Baldry P. Regional myofascial pain: diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21: 367–87. [PubMed][CrossRef]
16. Attal N, Bouhassira D, Baron R. Diagnosis and assessment of neuropathic pain through questionnaires. *Lancet Neurol* 2018; 17: 456–66. [PubMed][CrossRef]
17. Raja SN. Nerve blocks in the evaluation of chronic pain. *Anesthesiology* 1997; 86: 4–6. [PubMed][CrossRef]
18. Markus J, Sibbing IC, Ket JCF et al. Treatment strategies for anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in children: A systematic review. *J Pediatr Surg* 2021; 56: 605–13. [PubMed][CrossRef]
19. Maatman RC, van Kuijk SMJ, Steegers MAH et al. A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effect of Pulsed Radiofrequency as a Treatment for Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome in Comparison to Anterior Neurectomy. *Pain Pract* 2019; 19: 751–61. [PubMed][CrossRef]
20. Bral P, Smet I, Jerjir A et al. Dorsal root ganglion stimulation for patients with refractory pain due to anterior cutaneous nerve entrapment syndrome: A case series. *Pain Pract* 2022; 22: 288–94. [PubMed][CrossRef]
21. Weum S, de Weerd L. Perforator-Guided Drug Injection in the Treatment of Abdominal Wall Pain. *Pain Med* 2016; 17: 1229–32. [PubMed][CrossRef]
22. Jacobs MLYE, van den Dungen-Roelofsen R, Heemskerk J et al. Ultrasound-guided abdominal wall infiltration versus freehand technique in anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES): randomized clinical trial. *BJS Open* 2021; 5: zrab124. [PubMed][CrossRef]
23. Mol FMU, Jansen CH, Boelens OB et al. Adding steroids to lidocaine in a therapeutic injection regimen for patients with abdominal pain due to anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES): a single blinded randomized clinical trial. *Scand J Pain* 2018; 18: 505–12. [PubMed][CrossRef]

24. Boelens OB, van Assen T, Houterman S et al. A double-blind, randomized, controlled trial on surgery for chronic abdominal pain due to anterior cutaneous nerve entrapment syndrome. *Ann Surg* 2013; 257: 845–9. [PubMed][CrossRef]
25. Have TT, Geffen STV, Zwaans WAR et al. Pulsed radiofrequency or surgery for anterior cutaneous nerve entrapment syndrome: Long-term results of a randomized controlled trial. *Pain Pract* 2024; 24: 288–95. [PubMed][CrossRef]
26. Kranke P, Apfel CC, Eberhart LH et al. The influence of a dominating centre on a quantitative systematic review of granisetron for preventing postoperative nausea and vomiting. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 659–70. [PubMed][CrossRef]
27. Treede RD, Rief W, Barke A. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003–7. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 18. oktober 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0381

Mottatt 3.7.2024, første revisjon innsendt 10.9.2024, godkjent 12.9.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. september 2026.