# 

# Endometrios - handläggning av kvinnor med misstänkt eller verifierad endometrios

Anamnes som beskriver dysmenorré, djup dyspareuni, infertilitet, samt smärtor vid blås och/eller tarmtömning bör inge misstanke om endometrios. Undersökningsfynd som stärker misstanke om endometrios inkluderar ömhet över nedre delen av buken, bäckenbotten, inre genitalia, septum rektovaginale samt konsistensökning i sakrouterinligament, förstorade och/eller fixerade ovarier, ojämnhet och/eller ömhet i bakre fornix och ner i septum rektovaginale. Ultraljudsfynd som närmast bekräftar diagnosen är ovarialendometriom och påvisbar djup endometrios i septum rektovaginale. Synlig genomväxt av endometrios i vagina ger diagnosen. Mer ovanliga fynd som kan orsakas av endometrios är hematuri, blod i avföring, hemoptys, pneumothorax, subileus, ileus, uretärstas, smärtor från ärr efter tidigare bukoperation, smärtor från perineotomiärr, smärtor längs rotundaligamentets förlopp i ljumskarna, och blödning från naveln. Som regel har alla symtom en mer eller mindre klar koppling till menstruationscykeln.

Senare under sjukdomskarriären tenderar smärtorna att bli mer ihållande och får en kronisk karaktär. Kvinnor med endometrios har ofta mångåriga besvär av smärtor bakom sig.

Frånvaro av påtagliga fynd vid undersökning utesluter inte endometrios.

Remisser där frågeställningen är känd eller misstänkt endometrios, ska bedömas av endometriosläkare och patienterna handläggas inom endometriosteamet.

Som regel utreds och behandlas kvinnor med känd eller misstänkt endometrios inom endometriosteamets ram.

**Utredning vid misstanke om endometrios**

1) En noggrann anamnes är mycket viktig.

2) Gynekologisk undersökning bör utföras med respekt för att det kan vara mycket smärtsamt. Beskriv fynden noggrant.

3) Vaginalt ultraljud kan påvisa ovarialendometriom, adenomyos och lesioner i septum rektovaginale. Peritonealendometrios kan ej ses med ultraljud.

4) MR utförs vid misstanke om infiltrativt växande endometrios, oklar sjukdomsbild, uretärstas, och preoperativt vid avancerad endometrios. CT har ingen plats vid diagnostik av endometrios.

5) Laparoskopi utförs vid terapisvikt trots adekvat hormon- och smärtbehandling, vid infiltrativt växande endometrios, och oklar diagnos. Hittas endometrios bör alla lesioner som regel avlägsnas och px skickas för PAD. Endometriosteamet bör konsulteras före eventuella ovarialendometriom avlägsnas. Operation och fynd måste beskrivas ordentligt i operationsberättelsen samt om möjligt fotodokumenteras eller filmas.

**Behandling av endometriosrelaterad smärta**

Punkterna A-E skall ej ses som kronologiska utan de skall kombineras för att största möjliga behandlingseffekt skall uppnås. Styrande lokalt dokument 2 (4) Status: utarbetande

*A) Analgetika*

– **Paracetamol** (Alvedon 665 mg) i fulldos under perioder med smärta, annars vid behov

–COX-hämare: Brufen/Ipren 400 mg x 3, Orudis Retard 200 mg x1 eller annat preparat. Undvik diklofenak. Vid svåra besvär tas det dagligen under längre period, annars vid behov.

– **Tramadol** 50 – 100 mg, alternativt **Citodon**. Försiktig förskrivning, 1 -2 tabletter när det är som mest ont.

Fungerar inte ovanstående bör endometriosläkare konsulteras, alternativt övertas patienten för behandling av endometriosteamet.

*B) Annan smärtlindring*

Fysisk aktivitet, träning

TENS (Endmetrios SS/BM)

Akupunktur (Fysioterapeut))

*C) Hormonell behandling* i syfte att åstadkomma smärtlindring genom att nedreglera ovarialaktivitet och uppnå amenorré. Valet av preparat styrs av patientens önskemål och eventuella biverkningar. Behandlingseffekten är likvärdig mellan de tre preparatgrupper som finns.

1) ***P-piller*** av monofasisk typ, t.ex. Neovletta/Prionelle 21 tas kontinuerligt eller med så få uppehåll som möjligt. Vid genombrottsblödning görs antingen 4 dagars uppehåll alternativt tas två tabletter dagligen i fem dagar. Blöder det ändå eller om det börjar blöda när man återgår till en tablett dagligen görs uppehåll i 4 dagar. Det finns ingen bortre tidsgräns för hur lång amenorré man kan ha under p-pillerbehandling. Man kan försöka med andra monofasiska p-piller också som till exempel Zoley eller det fasiska Qlaira. Patienter där p-piller inte kan användas, eller inte ger tillräcklig effekt, bör sättas över på något av alternativen 2-4. Detta bör ske i samråd med läkare i endometriosteamet alternativt att patienten fortsättningsvis sköts via endometriosteamet.

2) ***Gestagener***, förslagsvis MPA (Provera, Depo-Provera). Tablett ges i dosintervallet 5-50 mg med startdos 10-20 mg. Patienten kan instrueras att själv justera dosen inom av dig givna ramar, till exempel upp eller ner 5 mg var 14:e dag för att hitta en lämplig underhållsdos. Dosjusteringar görs utifrån uppnådd behandlingseffekt och eventuella biverkningar. Om patienten mår bra på Provera kan man gå över till DepoProvera såvida det inte finns aktuell barnönskan. Det finns ingen bortre tidsgräns för hur länge behandling med ett gestagen kan pågå. Andra gestagener såsom Cerazette kan testas. Mirena fungerar ofta mycket bra för behandling av endometrios och den kan kombineras med andra gestagener eller p-piller.

3) ***Visanne*** är ett gestagen som tas i dosen 1 tablett (2mg) dagligen. Dienogest har hög endometriespecificitet. Den bör testas före GnRH-analog eller kirurgi, om p-piller eller andra gestagener inte tolereras eller har för dålig effekt på smärtan.

4) ***GnRH-analog*** Kan ges som nässpray (Synarela) eller som injektion (t.ex. Enanton-Depot som ges subkutant) under 3-6 månader. Injektionerna kan ges av barnmorska eller sköterska på gynmottagningen eller i öppenvården eller av patienten själv. Så kallad add-back ges med början ungefär två veckor efter inledd GnRH-behandling för att minska risken för besvärande östrogenbristsymtom och förhindra osteoporosutveckling. Livial alternativt Activelle ges med en tablett dagligen. GnRH-behandlingen kan i vissa fall fortsättas under flera år såvida patienten använder add-back. Bentäthetsmätning (DEXA) görs efter 6 månader samt 1 år. Därefter årligen vid behandling med GnRH-analog enbart, eller vartannat år med add back. Styrande lokalt dokument 3 (4) Status: utarbetande

D) *Kirurgiska åtgärder* bör vidtas om hormonell behandling och smärtlindrande medicinering inte ger tillräcklig symtomlindring eller vid djupt växande endometrios som ger andra symtom än bara smärta. Kirurgi kan även bli aktuellt om äggplockning inte kan göras på grund av ovarialendometriom. Djupt växande lesioner svarar ofta dåligt på hormonell behandling. Vid kirurgi bör all synlig (för ögat och via ultraljud eller MR) och palpabel endometrios avlägsnas. Endometrioscystor i ovarierna bör som regel avlägsnas i sin helhet och inte bara öppnas eller destrueras. Observera att ovarialendometriom kanske inte bör avlägsnas om de inte ger symtom samt om det finns graviditetsönskan. Operationer på ovarierna försämrar alltid ovarialfunktionen.

Handläggning av ovarialendometriom bör alltid diskuteras med endometriosläkare och reproduktionsmedicin före beslut om eventuell åtgärd. Efter kirurgisk reduktion av endometrios ska hormonell behandling fortsätta tills vidare.

E) Kvinnor med endometrios bör i vissa fall erbjudas kontakt med *kurator och sjukgymnast*. Diskutera med endometriosläkare innan remiss skrivs.

**Uppföljning**

Behandlingseffekt skall utvärderas 1-3 månader efter insatt behandling. Denna utvärdering kan ske per telefon av endometriossköterska//barnmorska eller av läkaren själv. Dosjustering av gestagen skall sträva mot lägsta effektiva dos, vilket ofta varierar över tid hos en och samma patient och är mycket individuell.

Ett uppföljande mottagningsbesök rekommenderas efter 6 månaders behandling för ställningstagande till fortsatt handläggning.

Patienten kan vid behov vända sig till endometrioscentrum via telefon 08-585 816 00 eller via mina vårdkontakter.

Dessa rekommendationer är i överensstämmelse med SFOG-rapport från Endometrios-ARG samt bland annat riktlinjer fastställda av RCOG, ESHRE och DSOG.

Detta PM är ursprungligen framtaget för Endometrioscentrum i Uppsala av professor/överläkare Matts Olovsson men reviderat för användning på Endometrioscentrum Karolinska Huddinge.

**Referenser:**

<http://www.eshre.eu/~/media/Files/Guidelines/ESHRE%20guideline%20on%20endometriosis%202013.pdf>

ARG-rapport, Endometrios, <https://www.sfog.se/start/arg-rapporter/>

<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui244CPG1007E.pdf>

<http://guidelines.endometriosis.org/>

<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG2410022011.pdf>

http://www.dsog.dk/hindsgavl/Guideline%20Endometriomer%20MED%20graviditets nske\_10\_08\_09.pdf

<http://www.endometriosforeningen.com/site/>

**Versionshistorik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 3 | 2020-10-14 | Förlängd 6 mån ingen uppdatering | Ronak Perot |
| 2 | 2018-06-18 | Uppdaterad | Michael Algovik |
| 1 | 2015-02-26 | Version 1 | Ameli Norling |

**Versionshistorik**

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 2 |  |  |  |
| 1 |  |  |  |