# 

# Endometrios - Behandling av akut och långvarig smärta

**Bakgrund**

Endometrios är ett vanligt tillstånd hos kvinnor i tonåren fram till klimakteriet. Ungefär var tionde kvinna drabbas. En väsentlig del, dock inte alla, upplever smärta av olika svårighetsgrad. Smärtan kan vara akut och begränsad i tiden till exempel i samband med menstruation, dysmenorré. Andra orsaker är aktivitet i endometrioshärdar utanför uterus. Smärttillståndet kan utvecklas till ett långvarigt smärtsyndrom där inflammatoriska processer, fibros, adherenser och neurogena mekanismer kan bidra liksom myofasciella tillstånd i bukvägg och bäckenbotten. När det finns en inflammatorisk och neurogen komponent kan smärttillståndet ändra fenotyp som ger en `sensitisering´ lokalt och i vissa fall ett generellt smärtöverkänslighets-tillstånd. Neuropatiska smärtor uppstår efter skada på en nerv postoperativt eller posttraumatiskt till exempel efter en svår förlossning.

Vid de mer långdragna tillstånden finns ofta en samsjuklighet med andra somatiska och psykiatriska tillstånd som IBS, migrän, interstitiell cystit, fibromyalgi, sömnstörningar, ångest, depression, ADHD och beroendesjukdomar.

Grundläggande för en adekvat och god smärtbehandling är relevant diagnostik av tillståndet och ställningstagande till hormonell och eventuell kirurgisk behandling.

För den rent smärtlindrande behandlingen bör en smärtanalys göras för fastställande av smärtmekanism/er, samsjuklighet och eventuella komplicerande psykosociala faktorer.

**Smärtmekanismer**

*Nociceptiv, neuropatisk/neurogen, psykogen, nociplastisk och ospecifik smärta*

Den nociceptiva smärta svarar bra på konventionella analgetika som paracetamol, COX-hämmare och opioider.

Den inflammatoriska komponenten behandlas med COX-hämmare och i undantagsfall med kortison.

Den neuropatiska smärtan behandlas med i första hand med tricyklika, därefter med gabapentin/pregabalin, duloxetin och vid svår smärta med opioider som tramadol, tapentadol, morfin, oxikodon.

Den psykogena smärtan är den som är utlöst av ångest, depression eller svår stress som ger sig i uttryck i form av somatisering. Enklare tillstånd kan behandlas med SSRI och patienten bör erbjudas en kontakt med psykolog. Svåra fall bör remitteras och behandlas av psykiater.

Myofasciell smärta och tillstånd med kraftig muskelanspänning svarar dåligt på konventionella analgetika. Behandlas bäst av fysioterapeut eller bäckenbottenterapeut. med avspänning, biofeedback och triggerpunktbehandling. I akuta fall kan benzodiazepin ge effekt.

Många smärttillstånd kan inte klassificeras som nociceptiva, neuropatiska eller psykogena och faller då inom kategorin `ospecifka, vilket innebär att ingen specifik smärtmekanism kan fastställas. De har tidigare kallats idiopatiska, ett begrepp som dock inte bör användas längre. I stället talas det om funktionella eller dysfunktionella tillstånd då man inte kunna fastställa någon patologi eller där den tidigare skadan eller sjukdomen läkt ut. Mekanismen för långvarig smärta utforskas sedan många år och där finns ledtrådar som `sensitisering´ och neuroinflammation som drabbar vissa individer. Termen för detta har föreslagits `nociplastisk´smärta.

Det kroniska smärtsyndromet är en långvarig smärta som har utlösts av en sjukdom eller skada. Smärtan har funnits under minst tre till sex månader. Det kroniska smärtsyndromet kallas dysfunktionellt, då det får psykosociala konsekvenser i form av nedsatt fysisk funktion och arbetsförmåga, relationsproblem, oro och sömnrubbning. Ett tidigt rehabiliteringstänkande är viktigt i dessa fall för att förebygga långvarig sjukskrivning, nedsatt funktion och sänkt livskvalitet

**Behandling av akut endometriossmärta vid sluten vård**

**Svår smärta steg 1**

På akutmottagningen titrera med inj morfin 2-3 mg iv.

Tablett paracetamol 1 g x4 alt infPerfalgan 1 g x 4

Komplettera med injToradol® 15-30 mg iv (max 90mg/dygn)alt inj Dynastat® 20-40mg(max 80mg/dygn)

OBS kontraind vid hypovolemi, blödning, ASA-allergi, njur-och leverinsuff

Tablett/ injStesolid® 5-10mg vid svår krampsmärta och muskelanspänning

Begränsa behandlingstiden till 2-3 dygn. Beroenderisk!

**Svår smärta steg 2**

**Börja med peroral medicinering.**

T. Dolcontin/ Oxycontin i 2 eller 3-dos

T. Morfin/ Oxynorm vid behov

*Undvik ketobemidon*

Begränsa behandlingstiden till 3-4 dygn om möjligt

Uppföljning och nedtrappning om behandlingstiden överskrider 5 dygn

Fortsätt paracetamol peroralt

T. paracetamol1 g x4 alt Alvedon 665 2x3

Fortsätt med COX-hämmare peroralt

Naproxen® 250-500mg x2 alt Orudisretard® 200mg

Ta ställning till komplettering med omeprazol

Ta ställning till TENS-behandling

Laxantia, antiemetika

**Svår intraktabelsmärta steg 3**

Efter bedömning av ansvarig endometriosläkare/avdelningsläkare kan PCA morfin 2mg max var 15 minut vid svåra fall - **max 24 timmar** .

(om patienten är opioidtolerant kan bolusdosen vara högre 3-4 mg)

*Undvik kontinuerlig infusion som ökar risken för andningsdepression*

Epiduralinfusion medNarop®(ropivakain) 2-14 ml/h

Kan kombineras med peroralt morfin/oxikodon eller PCA-morfin

**Behandling av endometriossmärta i öppenvård**

**Lindrig smärta**

Paracetamol 0,5-1g x 4 alt Alvedon 665-2x3

NSAID

Naproxen250-500 mg x2 alt Orudisretard 200mg

Evomeprazol 20mg

Behandla max 7-10 dagar i följd

**Måttlig smärta**

NSAID+paracetamol

TENS

Citodon intermittent vid menstruation/ovulation

Undvik kontimuerligtbruk > 4-6 veckor, beroenderisk!

Överväg laxantia

**Tramadol** vid samsjuklighet med fibromyalgi, neuropatisk smärta

Vid långvarigt bruk använd retardformen

Beroenderisk, risk för kramper vid doser >400mg

**Norspan®**5-20 ugvid daglig långvarig smärta

Palexia® 50-100 mg x 2 vid neurogen komponent alt beroenderisk

**Svår akut smärta**

Paracetamol + NSAID

Morfin/Dolcontin alt OxyNorm/Oxycontin

Skriv inte recept men lämna med ett begränsat antal tabletter Oxynorm/Morfin vid akutbesök

Skicka TC-meddelande till Annica Rhodin för bedömning om vidare opioidbehandling

**Svår långvarig smärta**

Viktigt med smärtanalys

-smärtmekanism- samsjuklighet- psykosociala faktorer

ResoriblTemgesic®0,2-0,4 mg x 3

T Palexia® 50-250 mg x 2

T Dolcontin/ Oxycontin 5-20 mg x 2-3 OBS Smärtläkarebedömning först!

Riskbedömning

Provbehandling

Begränsa behandlingstiden, plan för nedtrappning

Kombinera med paracetamol – om det har effekt

Kombinera med NSAID- om effekt - i perioder om 7-10 dagar

Adjuvans, Laxantia

**Invalidiserande smärta och tolerans/beroende**

Vid kodein/tramadolberoende remiss till TUB för hjälp med nedtrappning.

Buprenorfin i högdos- om nedtrappning inte fungerat - remiss till Beroendecentrum Syd

Opioidbyte till metadon vid svår smärta och opioidberoende– remiss till Smärtmottagningen

**Kroniskt bäckenbottensyndrom**

Det innebär ett biopsykosocialt tillstånd med inslag av sensitisering och myofasciell smärta och psykosociala konsekvenser.

I första hand kontakt med endometriosteamet och i andra hand multimodal smärtrehabilitering

**Adjuvans**

Detta är läkemedel som används för smärtlindring, förstärkning av opioideffekteller behandling av opioidbiverkningar men har primärt utvecklats för andra ändamål

**Antidepressiva**

Vid sömnrubbning/neurogen komponent

T. Saroten® 10-50 mg till natten

alt T.Mirtazapin® 15-45 mg till natten

Vid neurogen/neuropatisk smärta

T Cymbalta® 30-90 mg

**Antiepileptika**

Vid neurogen/neuropatisk smärta

T. Gabapentin® 300mg x3 (900mgx3)

Alt T. Lyrica® 25-50mgx2 ( 300mg x 2)

Empiriskt god effekt vid krampsmärta i uterus

**Alfa-2 –återupptagshämmare**

Vid nedtrappning av opioid alt potentiering av opioideffekt

T. Catapresan 75 ug 1-2x3 (licens krävs)

**Ketamin**

Alternativ eller potentiering av opioid vid svår smärtaperioperativt. Rådgör med anestesiolog.

OBS! Kan utlösa hallucinationer och psykos. Ska INTE användas vid smärtgenombrott hos patient med långvarig endometriossmärta och framför allt inte på dem med risk för eller pågående psykiatrisk samsjuklighet.

**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 | 2020-10-28 | Förlängd utan uppdatering | Ronak Perot |
| 1 | 2018-06-18 | Utarbetad av Annica Rhodin  Överläkare/smärtläkare  Patientområde Gynekologi och reproduktion 20180226 | Michael Algovik |