

## Endometrios

**Författat av:** Hanna Bengtsdotter

**Godkänt av:** Mikael Lood och Ann-Christine Nilsson, kvinnokliniken.

### Innehållsförteckning:

#### 1. Bakgrund

- 1.1 Anamnes tydande på endometrios
- 1.2 Undersökningsfynd tydande på endometrios
- 1.3 Endometriosteamet USÖ

#### 2. Utredning och behandling

- 2.1 Utredning vid endometriosmisstanke
- 2.2 Bakgrund till behandling
- 2.3 Grundläggande smärtbehandling
- 2.4 Övrig smärtbehandling
- 2.5 Hormonell behandling
- 2.6 Kirurgi
- 2.7 Kurator och sjukgymnast
- 2.8 Sömnstörningar
- 2.9 Uppföljning

#### 3. Akut smärtbehandling

- 3.1 Bakgrund till akut smärtbehandling
- 3.2 Initial handläggning vid smärtgenombrott
- 3.3 Grundläggande behandling vid smärtgenombrott
- 3.4 Övrig akut smärtbehandling
- 3.5 Behandling efter de första timmarna

## 1. Bakgrund

Endometrios är en kronisk sjukdom som drabbar var tionde kvinna i fertil ålder. 50 % av dessa kvinnor behöver medicinsk och/eller kirurgisk behandling. Det är en ofta missad diagnos hos unga kvinnor; 70 % av endometriospatienter har symptom före 20 åå och 38 % före 15 åå. Diagnosen är ofta fördröjd, det tar i medeltal 7 - 9 år från första symptom till diagnos. Det finns ingen säker förklaring till uppkomstmekanismen bakom endometrios. Den mest vedertagna är implantationsteorin – att retrograd menstruationsvävnad som inte bryts ner planteras i bukhålan, blöder, tillväxer och orsakar inflammation. Andra teorier handlar om

störningar i immunsystemet och miljögifters påverkan. Det finns ett samband mellan endometrios och sjukdomar som fibromyalgi, astma, hypotyreoos och inflammatoriska tarmsjukdomar. En viss hereditet (3 - 15 %) finns för förstagradssläktingar. Ovarialendometriom ger en 2 - 3 ggr ökad risk för ovarialcancer och bör därför följas upp med ultraljudskontroller, individuell bedömning. Endometrios under graviditet ger en ökad risk för prematurbörd, preeklampsi och sectio.

### 1.1 Anamnes som bör inge misstanke om endometrios:

- Dysmenorré
- Djup dyspareuni.
- Infertilitet
- Smärtor vid miktion och/eller defekation.
- Blödningsrubbingar, t ex mellanblödningar, långdragna blödningar/korta menscykler.
- Trötthet och depression (p g a långvarigt smärttillstånd). Allmän sjukdomskänsla.

### 1.2 Undersökningsfynd som stärker misstanke om endometrios:

- Ömhet över nedre delen av buken, bäckenbotten, inre genitalia, septum rektovaginale.
- Knölighet och/eller stramhet över bäckenbotten, sakrouterinligament, förstorade och/eller fixerade ovarier, knölighet och/eller ömhet i bakre fornix och ner i septum rektovaginale.
- Ultraljudsfynd som ovarialendometriom eller synlig djup endometrios i septum rektovaginale.

Mer ovanliga fynd som kan orsakas av endometrios är hematuri, hematochezi, hemoptyis, pneumothorax, subileus, ileus, uretärstas, smärtor i ärr efter tidigare bukoperation, smärtor från perineotomiärr, smärtor längs rotundaligamentets förlopp i ljumskarna, och blödning från naveln. Endometrios finns beskrivet från samtliga av kroppens vävnader – förutom mjälten.

### Frånvaro av påtagliga objektiva fynd vid undersökning utesluter inte endometrios!

Som regel har alla symptom en klar koppling till menstruationscykeln – åtminstone hos yngre kvinnor. Om patienten går obehandlad blir dock besvären ofta mer ihållande, fibros utvecklas och smärtorna får en kronisk karaktär.

### 1.3 Endometriosteamet USÖ

Endometriosteamet består av gynekologer, psykiater, smärtläkare, barnmorskor, kuratorer, sexolog och fysioterapeuter. Teamet har behandlingsmöten varannan vecka (förutom under sommaren), samt mottagningsverksamhet. De behandlar och utreder patienter med verifierad endometrios eller svårare fall av dysmenorré, som inte kan behandlas i primärvården eller på vanlig gynnottagning. De erbjuder en multimodal behandling som syftar till att lindra

patientens besvär, optimera behandlingen mot endometrios och ge patienten bästa möjliga förutsättningar att hantera sin sjukdom.

För att komma till endometriosteamet behövs remiss till kvinnokliniken alternativt förfrågan från annan läkare på kvinnokliniken. Innan en sådan remiss skickas/förfrågan ställs ska patienten under minst ett halvårs tid ha provat hormonell behandling som ger blödningsfrihet samt smärtbehandling enligt riktlinjer. Patienter med lindrigare besvär av sin endometrios kan oftast behandlas av läkare inom primärvården/på vanlig gynnottagning.

## 2 Utredning och behandling

### 2.1 Utredning vid misstanke om endometrios

1. Noggrann anamnes med fokus på smärtanamnes, hereditet.
2. Gynekologisk undersökning bör utföras med respekt för att det kan vara smärtsamt. Beskriv fynden noggrant.
3. Vaginalt ultraljud kan påvisa ovarialendometriom, adenomyos och lesioner i urinblåsa, tarm samt septum rektovaginale. Spara gärna bilderna. ”Kissing ovaries”, d v s ovarier som ligger tätt ihop i fossa Douglassi, och uteblivet ”sliding organ sign” d v s att de peritoneala ytorna inte glider och förskjuts mot varandra, är tecken talande för mer avancerad endometrios. Djup retroperitoneal endometrios kan ibland ses bättre via rektalt ultraljud – men oftast ger MR bäst diagnostik i dessa fall. Ytlig peritoneal endometrios kan inte ses med ultraljud. Spara gärna ultraljudsbilder.

**Om patienten bedöms behöva ytterligare utredning bör diskussion först föras med endometriosteamet.**

4. MR kan utföras vid misstanke om; Infiltrativt växande endometrios, oklar sjukdomsbild, uretärstas, eller preoperativt vid avancerad endometrios. Skriv tydligt i remissen vad du efterfrågar. **CT har ingen plats vid diagnostik av endometrios.**
5. Laparoskopi utförs vid terapivikt trots adekvat hormon- och smärtbehandling, vid infiltrativt växande endometrios, eller vid oklar diagnos. Hittas endometrios bör alla lesioner avlägsnas alternativt destrueras. Fynden bör beskrivas noggrant i operationsberättelsen och om möjligt fotograferas eller filmas.

Endometrios i tarm ligger oftast i serosan, växer sällan igenom tarmväggen och syns sällan vid koloskopi. Blodet kan ändå leta sig igenom tarmväggen och orsaka blödning vid defekation. Endometrios i blåsan sätter sig oftast i blåsperitoneum och växer successivt igenom väggen. Cystoskopi kan vara av värde vid ex cystitsymptom eller hematuri.



## 2.2 Behandling av endometriosis - bakgrund

Punkterna nedan är inte kronologiska utan kan med fördel kombineras. Målet är att ge patienten en bättre livskvalitet samt minska risken för att endometriosen skadar vitala organ och påverkar fertiliteten. **Behandling bör sättas in så tidigt som möjligt – även om det ”bara” är en misstanke och ingen PAD-verifierad diagnos!**

## 2.3 Grundläggande smärtbehandling

Starta behandlingen redan någon dag innan första blödningsdagen för fullgod effekt.

- Paracetamol fulldos under perioder med smärta, annars vid behov. Undvik kontinuerlig behandling.
- COX-hämmare/NSAID; Orudis retard, Ibuprofen, Naproxen eller liknande vid behov. Undvik kontinuerlig behandling, max 2 – 3 veckor i sträck.
- TENS – lindrar besvären i 50 % av fallen. Akupunktur. Fysisk aktivitet – glöm ej bort detta! Etablera gärna kontakt med remiss till fysioterapeut.
- Kostråd, att undvika sådant som gör magen sämre. Finns ej mycket evidens, men patienten får gärna prova sig fram själv.

Fungerar inte ovanstående smärtlindring bör patienten komma för ny bedömning på gynnningen.

## 2.4 Övrig smärtbehandling

- Annan smärtlindring: **Vid svåra smärtor där grundläggande smärtbehandling ej räcker till – ta kontakt med endometriosteamet för diskussion! Sådan behandling bör ej förskrivas utan att patienten har kontakt med endometriosteamet.**
- Tillägg av Saroten (Amitryptilin 10-80 mg tn, Cymbalta (SNRI) 30 - 60 mg på morgonen kan provas. Man kan även prova Gabapentin 300 x 1 – 1200 mg x 3 alternativt Lyrica 25 – 300 x 2. De sistnämnda är även ångstdämpande.
- Morfinpreparat. Exempelvis Citodon, Oxycontin, Oxynorm, Tramadol, Tapentadol, Buprenofrin, Norspan. Bör undvikas, men kan i enstaka fall skrivas ut i små förpackningar för patienten att ta hemma vid svåra smärtskov. Undvik kontinuerlig behandling p g a risk för s k ”wind-up”-fenomen (sensitisering, så kallad opioidinducerad hyperalgesi) samt risk för beroendutveckling.

## 2.5 Hormonell behandling

Ger smärtlindring genom att nedreglera ovarialaktiviteten, man vill helst uppnå amenorré. Valet av preparat styrs av patientens önskemål och eventuella biverkningar. Behandlingseffekten är likvärdig mellan p-piller och gestagener och preparaten kan med fördel kombineras vid otillräcklig behandlingseffekt (ex p-piller/po gestagen + hormonspiral).

**1. P-piller** av monofasisk typ (ex Prionelle, Neovletta, Dienorette) är för de flesta fortfarande förstahandsvalet. Tas kontinuerligt. Om en sort ej fungerar kan man prova att byta till en annan variant. 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 även testa med fasiska p-piller (t ex Qlaira – ta då tablett 8 – 24 kontinuerligt, övriga kasseras).

**2. Gestagener**, förslagsvis MPA (ex Provera, Depo-Provera). Tablett ges i dosintervallet 10-50 mg med startdos 10-20 mg. Patienten kan instrueras att själv justera dosen inom av dig givna ramar, till exempel upp eller ner 5-10 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 Depo-Provera 150 mg var tredje månad till 150 mg var tredje vecka. Det finns ingen bortre tidsgräns för hur länge behandlingen med ett gestagen kan pågå. Vid behandling med högdosgestagen över 10 års tid bör man dock överväga att göra en bentäthetsmätning.

Andra po gestagener, ex Gestrina/Cerazette 1-3 tabletter/dag kontinuerligt kan testas.

Visanne/Endovelle (dienogest) tas i dosen 1 tablett (2 mg) dagligen. Kan testas före GnRH-analog eller kirurgi, om p-piller eller andra gestagener inte tolereras eller har för dålig effekt på smärtan. Dubbel dos har ibland bättre effekt än enkeldos. Observera att preparatet inte är rabatterat.

Dosjustering av gestagen skall sträva mot lägsta effektiva dos, vilket ofta varierar över tid hos en och samma patient och är mycket individuell.

Mirena/Levoct fungerar ofta mycket bra för behandling av endometrios och kan kombineras med andra gestagener eller p-piller. Om patienten gärna vill ha en spiral med mindre mängd hormon kan Jaydess eller Kyleena också övervägas, men de är ej utförligt studerade för indikationen ännu. Man kan dock tänka sig att Mirena ger en större lokal gestagen effekt i lilla bäckenet.

**Om dessa behandlingar ej räcker till, bör kontakt tas med endometriosteamet för ställningstagande till annan medicinsk behandling och/eller diagnostisk laparoskopi.**

**3. GnRH-analog** (tex Enanton-Depot som kan ges subcutant alt nässpray Synarela 1x2) under minst 3 - 6 månader. Behandlingen bör initieras ungefär två veckor före beräknad mens. Injektionerna kan ges av barnmorska eller sköterska på gynnottagningen eller i öppenvården, eller så kan patienterna lära sig att ta sprutorna själva. Add-back ges med början ungefär två veckor efter inledd GnRHa-behandling för att minska risken för besvärande östrogenbristsymtom och förhindra osteoporosutveckling. Östrogen enbart i form av plåster kan ges vid kortare behandlingstid (< 3 månader), annars till exempel Livial/Progynon en tablett varannan - varje dag. Om patienten är mycket känslig mot östrogen kan man ge add-back i form av Primolut-Nor som till viss del metaboliseras till etinylestradiol.

Behandling kan i vissa fall fortsätta under flera år såvida patienten använder add-back. Regelbunden bentäthetsmätning (vartannat år) bör då genomföras. Studier finns dock ej avseende eventuella långtidseffekter och behandling bör undvikas för patienter som har ett framtida graviditetsönskemål. Dyr behandling.

**Menopaus:** Vid klimakteriebesvär kan även personer med endometrios få HRT-behandling, men observera att de alltid ska ha kombination östrogen/gestagen även efter eventuell hysterektomi – p g a risk för malignitetsutveckling i kvarvarande endometrioshärdar annars!

## 2.6 Kirurgi

**Kirurgiska åtgärder** bör vidtas om hormonell behandling och smärtlindrande medicinering inte ger tillräcklig symtomlindring eller vid djupt växande endometrios som ger andra symptom 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 alltid px tas – även om man inte säkert kan se någon endometrios! Ta i sådana fall blinda px. OBS inte enbart px-tång utan helst minst 1-krone-stora bitar av t ex peritoneum.**

All synlig (för ögat och via ultraljud eller MR) och palpabel endometrios bör avlägsnas. Endometriom bör som regel avlägsnas i sin helhet och inte bara öppnas eller destrueras. Observera att ovarialendometriom inte per automatik bör avlägsnas om de inte ger symptom samt om det finns graviditetsönskan. Dock viktigt med regelbundna ultraljudskontroller p g a risk för malignitetsutveckling.

**Efter kirurgisk reduktion av endometrios ska hormonell behandling fortsätta tills vidare. Vänta inte till återbesöket utan sätt in hormonell behandling direkt i samband med utskrivning!**

## 2.7 Kurator, sjukgymnast

Kvinnor med endometrios bör i vissa fall erbjudas kontakt med **kurator och sjukgymnast**. Individuell bedömning.

## 2.8 Sömnstörningar

Om patienten behöver insomningshjälp ska bensodiazepiner undvikas. Prova istället exempelvis Circadin (melatonin) som inte har någon tillväjningsrisk, alt Mirtazapin. KBT-I (insomni) har också god effekt (remiss till primärvård alt hänvisa till internet-behandling).

## 2.9 Uppföljning

Behandlingseffekt skall utvärderas 1 - 6 månader efter insatt behandling. Denna utvärdering kan ske som mottagningsbesök, per telefon eller 1177 Vårdguidens e-tjänster. Individuell bedömning.

### 3 Akut smärtbehandling

Endometrios är en kronisk sjukdom, där patienterna i många fall har ett långvarigt, kroniskt smärttillstånd med inslag av både nociceptiv, neuropatisk och ibland även ischemisk smärta. Grundsmärtan varierar över tid, utöver detta drabbas vissa i skov av kraftiga smärtattacker. Detta utlöser ofta starka ångestreaktioner.

När dessa kvinnor söker är det viktigt att ha en förståelse för detta så att de tas om hand på ett respektfullt sätt. En adekvat behandling bör ges för att undvika ”wind-up-fenomen” som kan leda till att patienten behöver läggas in.

Observera att graden av smärta inte alltid är korrelerad till utbredningen av endometriosen! Små lesioner kan i vissa fall ge värre symptom än mer utbredda.

#### 3.1 Initial handläggning vid smärtgenombrott

Som vid alla akuta buksmärtor är det viktigt att utesluta nytillkomna differentialdiagnoser genom rutinprovtagning (urinsticka + graviditetstest, Hb, temp, BT, puls) och gynekologisk undersökning inklusive vaginalt ultraljud.

Har man kommit fram till att det är patientens endometriossmärtor som förvärrats, görs följande:

1. Ta reda på vilka smärtstillande och andra läkemedel patienten normalt tar. Överkänslighet?
2. Ta reda på vilka smärtstillande patienten tagit för att lindra den akuta smärtan.
3. Ordinera intravenös infart.
  - Lämna om möjligt inte patienten ensam.
  - Påbörja smärtlindring enligt schema nedan. Utvärdera med VAS - mål är VAS < 4.
  - Utvärdera regelbundet med VAS-skala vilken effekt insatt behandling har.
4. Skicka ett internmeddelande i KP till en koordinator på endometriosenheten (för närvarande Susanne Söderkvist eller Linda Tagesson) för att teamet ska få reda på att patienten sökt akut och en chans att eventuellt justera patientens behandlingsplan.

#### 3.2 Grundläggande behandling vid smärtgenombrott

**Observera att den initiala akuta smärtlindringen endast avser de första timmarna. Härefter ska eventuella intravenösa opiater snabbt trappas ut samtidigt som patientens ordinarie smärtlindring justeras vid behov!**

Vid upprepade akuta besök bör en individuell behandlingsplan göras av patientens behandlande läkare.

1. Börja med att ge paracetamol och COX-hämmare/NSAID-preparat såvida inte maximala doser redan intagits. Paracetamol ges med fördel intravenöst, t ex Paracetamol 10 mg/ml, 100 ml som infusion.

2. NSAID ges gärna som suppositorium eller iv/im, till exempel supp Voltaren alternativt Dynastat 40 mg intravenöst eller intramuskulärt (högst 80 mg/dygn), eller Toradol 30 mg iv eller im (max 90 mg/dygn).

3. Vid utebliven effekt på ovanstående kan man överväga att ge opioider.

**Ges i första hand peroralt:** T Oxynorm 5 - 10 mg förstahandsval. Utvärdera efter 30 minuter.

Om otillräcklig effekt, kan Morfin ges intravenöst i doser om 2 - 5 mg med ungefär 5 - 10 minuters intervall tills smärtlindring erhålles eller tills patienten blir sederad, allmänpåverkad eller illamående. De som står på opiat sedan tidigare tål relativt höga doser, ibland 20 - 30 mg eller mer innan de blir påverkade. Men risken för andningsdepression måste förstås beaktas.

**OBS! Ketogan intravenöst skall ej användas p g a stor tillvänjningsrisk!**

Om fortsatt otillräcklig effekt alternativt om morfin ej tolereras kan inj Catapresan 75 mcg iv ges. Optimerar effekten av opioider och är smärtlindrande och ångestdämpande.

OBS - kan ha viss blodtryckssänkande effekt.

4. Vid illamående ges Ondansetron 4 mg (2 mg/ml) intravenöst alt 4 - 8 mg sublingulat alternativt Primperan 10 mg iv/po.

5. Ångest och oro lindras bäst om det finns möjlighet till att ha någon, anhörig eller personal, närvarande på rummet. Stesolid 5- 10 mg po eller 2 - 10 mg intravenöst kan ges vid behov om svår ångest.

6. TENS kan användas i det akuta skedet och lindrar besvären i cirka 50 % av fallen.

Kontakta fysioterapeut vid behov. Varma vetekuddar/vattenpåsar kan också fungera väl.

Vid god smärtlindring på ovanstående behandling och ingen misstanke om annan genes till smärtan kan patienten skrivas hem.

### 3.3 Övrig akut smärtbehandling

Räcker inte ovanstående åtgärder till, bör patientens läggas in på avdelning.

Ta vid behov kontakt med anestesilog jourtid alternativt smärtenheten och läkare i endometriosteamet dagtid för diskussion kring handläggning.

- Värdera VAS 3 - 6 ggr/dygn samt före och efter administrering av opioid.
- Undvik upprepad administrering av iv eller kortverkande po opioid. Ge vid behov istället ex Oxycotin 10 mg po x 2.
- Catapresan 75 mcg x 3 som tillägg vid behov.
- Om opioider ges i mer än enstaka dos, sätt in Inolaxol/Movicol för att undvika obstipation.





- Paracervikalblockad (PCB) kan läggas (enligt samma princip som vid förlossning; 10 ml Chirocain (2,5 mg/ml), blandad med 10 ml fysiologisk koksaltlösning, i två alternativt fyra stationer). Kan upprepas vid behov.
- Epiduralanestesi kan ges om smärtan inte lägger sig på en rimlig nivå med åtgärder ovan eller om smärtillståndet gör att stora doser opiater krävs under första dygnet. KAD sätts när EDA är lagd. EDAn kan med fördel sitta 3 - 5 dygn för att ge den akuta smärtan en chans att lägga sig.

### 3.4 Handläggning efter de första timmarna

- Kontakta PAL/läkare i endometriosteamet för ställningstagande till behandlingsjustering innan hemgång.
- Vid hemgång: Planera för återbesök till endometrioscottagningen inom 1 månad för uppföljning och eventuell justering av medicinering.

Se till att patienten har kontaktuppgifter till kontaktbarnmorska i endometriosteamet, kvinnoklinikens mottagning: Telefon 019-602 19 22.

### Referenser

För specifika referenser till artiklar, var god se nedanstående länkar och material.

- 1) Endometrios-ARG:s råd och riktlinjer kring endometrios;  
<https://www.sfog.se/start/raadriktlinjer/sfog-raad-gynekologi/endometrios/>
- 2) ARG-rapport nr 75 - Endometrios (2016)

### Riktlinjer från ESHRE, RCOG och NICE;

- 3) <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal>
- 4) <https://www.rcog.org.uk/en/patients/fertility/female-problems/endometriosis/>
- 5) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73>