

Vårdprogram för endometriosis

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Innehållsförteckning

1	FÖRORD.....	3
2	DOKUMENTINFORMATION	4
3	SAMMANFATTNING.....	6
4	VÅRDPROGRAMSGRUPP.....	7
5	FÖRANKRING OCH REMISSYTTRANDE.....	7
6	BAKGRUND	7
7	EPIDEMIOLOGI	7
8	PREVENTION – FÖREBYGGANDE INSATSER.....	8
9	SYMPTOM OCH KLINISKA FYND.....	8
10	REMISSRUTINER/HANDLINGSPLAN FÖR RESPEKTIVE VÅRDGIVARE	10
11	DIAGNOSTIK	11
12	BEHANDLING.....	14
13	UPPFÖLJNING	21
14	SMÄRTFYSIOLOGI VID ENDOMETRIOSRELATERAD SMÄRTA	21
15	SMÄRTREHABILITERING.....	22
16	PSYKOSOCIALT OMHÄNDERTAGANDE	24
17	OMVÅRDNADSASPEKTER.....	24
18	ANSVARSFÖRDELNING, NIVÅSTRUKTURERING.....	25
19	REFERENSER OCH LÄNKAR.....	26

1 FÖRORD

Endometriosis är en vanlig sjukdom som drabbar cirka var tionde kvinna i fertil ålder. Flertalet har lindrig sjukdom, men cirka 20 procent får uttalade besvär och är då i behov av utredning och specifik läkemedelsbehandling samt i vissa fall kirurgi.

Uppskattningsvis finns det i Skåne 6 000 kvinnor med behandlingskrävande sjukdom. Eftersom sjukdomen uppvisar ett brett spektrum med allt från lindriga besvär till invalidiserande sjukdom behövs kunskap och strukturerat omhändertagande inom alla vårdnivåer. Ett viktigt mål är så tidig diagnos och behandling som möjligt för att förhindra onödigt lidande, samt motverka progress av sjukdomsförloppet vilket i sig medför mer svårbehandlad sjukdom.

För en god och jämlik vård finns det stort behov av enhetliga riktlinjer för omhändertagande av patienter med endometriosis i Region Skåne. Detta vårdprogram, belyser symtom, lämplig utredning och behandling samt ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistsjukvård.

Malmö 2020-08-24



Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör

2 DOKUMENTINFORMATION

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Johanna Nordengren	Överläkare, med dr, KK SUS, Malmö	Johanna.Nordengren@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Hannele Tuovinen	Medicinsk rådgivare	Hannele.Tuovinen@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	Carina.I.Akesson@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2015-11-17	2017-09-30	Johanna Nordengren
Förlängning	2017-09-30	2017-12-07	Johanna Nordengren
Revidering	2017-12-08	2019-10-31	Johanna Nordengren
Förlängning	2019-11-01	2020-05-31	Johanna Nordengren
Förlängning	2020-08-24	2020-12-31	Johanna Nordengren

Sökord

Förändringar jämfört med tidigare version

Riktlinjen är förlängd och det har inte gjorts några förändringar jämfört med tidigare version giltig till och med 2020-05-31.

3 SAMMANFATTNING

Endometrios har kallats "the forgotten disease" då den tidigare ofta inte beskrivits i medicinska standardverk. Ursprunget till sjukdomen är heller fortfarande inte helt klarlagt. På senare år har dock endometrios börjat uppmärksammas mer och mer. Sjukdomen medför smärtor, påverkan på nära relationer, yrkeslivet, det sociala livet, oro över prognos, framtida fertilitet, sexualitet och självkänsla. Smärtan debuterar ofta i unga år, och studier har visat att det i genomsnitt tar sju år tills diagnos ställs. Sena följder kan minskas om diagnos ställs tidigare och korrekt behandling inleds och följs upp. Även ur ett samhällsperspektiv är endometrios kostsamt. Läkemedel, vårdtid, bortfall av produktivitet, sjukersättning och rehabiliteringsinsatser kostar stora belopp årligen.

Vem kan drabbas? Under hela den fertila perioden, från menarche till menopaus är endometrios en möjlig diagnos. För kvinnor med svår endometrios kan smärtproblematiken kvarstå efter menopaus, medan nyinsjuknande däremot är ovanligt.

Så många som 10 procent av kvinnor i fertil ålder har endometrios. Av dessa är cirka 20 procent symtomfria och många blir periodvis helt besvärsfria på behandling, men en mindre andel får leva med dagliga smärtor. Framtida fertilitet måste alltid beaktas när diagnosen ställts. Hos upp till 50 procent av kvinnor med infertilitet/subfertilitet föreligger endometrios, ändå blir 80 procent av alla kvinnor med endometrios idag föräldrar, med eller utan medicinsk assistans.

Vid laparoskopi kan en tränad operatör lätt identifiera de typiska lesionerna i buken (på peritoneum, ovarier eller andra organ) hos patienten. Utförlig anamnes och gynekologisk undersökning kan inge stark misstanke om endometrios, och patienten måste inte laparoskoperas utan kan handläggas som vid endometrios. Om hon svarar bra på insatt behandling är detta tillräckligt oavsett om diagnosen är laparoskopiverifierad eller inte.

Orsaken till buk- och bäckensmärter är framför allt hos ungdomar inte alltid så lätt att fastställa. Vid diagnostisk laparoskopi upptäcks en förklaring hos mindre än hälften. Å andra sidan vet man att i de fall, där behandling med kombinerade p-piller + NSAID mot svår mensvärk inte ger god effekt, har 2/3 endometrios. Vid tidig symtomdebut och otillräcklig behandling ökar risken för buksmärter av kronisk karaktär med tarmsymtom och svullnadskänsla, närmast en IBS-bild. Kognitiva faktorer såsom katastrofiering (att uppleva stark hjälplöshet och ha uttalat negativa förväntningar på vad tillståndet kommer att leda till) har också visat sig påverka utvecklingen till långvarig smärta. Samsjuklighet med kronisk trötthet, sömnstörningar, nedstämdhet och generell värk (ökad smärtekänslighet) är vanligt och gör det svårare att hantera smärtan av grundsjukdomen.

Dessa patienter ses hos olika vårdgivare. En ökning av kunskapen om endometrios måste ske i skolhälsovård, primärvård, på ungdomsmottagningar, barnmorskemottagningar men också inom specialistvården. Målsättningen med vårdprogrammet är att höja kunskapsnivån i alla vårdinstanser och utarbeta metoder för samarbete lokalt och regionalt, så att patienter ska slippa vänta i sju år på diagnos och behandling.

4 VÅRDPROGRAMSGRUPP

Johanna Nordengren, med dr, överläkare, kvinnokliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö, fick i januari 2015 i uppdrag från Rita Jedlert, biträdande medicinsk direktör, att ta fram ett vårdprogram för utredning, behandling och uppföljning av patienter med endometrios. I samband med översyn av programmet 2017 har mindre uppdateringar gjorts samt avsnittet om behandling av smärta reviderats av Åsa Ringqvist, med dr, överläkare, specialist i psykiatri och smärtlindring, Smärtrehab, SUS Lund i samarbete med Johanna Nordengren.

Övriga deltagare i arbetsgruppen:

- Per Ekström, med dr, överläkare, Skånevård Sund, gynekologimottagningen, Landskrona
- Eva Cosmo, överläkare, Skånevård Kryh, kvinnokliniken, Kristianstad
- Ilona Barnard, överläkare, Slottsstadens privatläkarmottagning, Malmö
- Anna Ivarsson specialist i allmänmedicin, Skånevård Sund, Vårdcentralen i Anderslöv
- Emma Bodén, legitimerad skolsköterska, Helsingborgs kommun
- Charlotta Rempe, legitimerad barnmorska, Skånevård Kryh, Ungdomsmottagningen Lund
- Hans Westergren, med dr, överläkare specialist i neurokirurgi, rehabiliteringsmedicin och smärtlindring, Smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus
- Marcelo Rivano Fischer, leg. psykolog, sektionschef, Smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus
- Åsa Ringqvist, med dr, överläkare, specialist i psykiatri och smärtlindring. Smärtrehab, Skånes universitetssjukhus.

5 FÖRANKRING OCH REMISSYTTRANDE

Vårdprogrammet har varit på remiss hos samtliga sjukvårdsförvaltningar och primärvården i Region Skåne.

6 BAKGRUND

Rekommendationer och faktainnehåll i vårdplanen grundar sig till största delen på endometrios-[ARG-rapport nr 75](#), 2016. Som underlag har även använts befintliga vårdplaner för endometrios i Sverige, vilka hittills finns framtagna i Norra Regionen samt Västra Götaland.

7 EPIDEMIOLOGI

PREVALENS

Prevalenssiffrorna för endometrios är mycket varierande och svårtolkade. Detta beror bland annat på att det saknas en enkel, icke-invasiv diagnostisk metod utan laparoskopi.

Diagnoskriterierna har ändrats genom åren vilket gör att äldre siffror inte är jämförbara med dagens studier. Patofysiologin bakom endometrios är inte helt klarlagd.

Man kan urskilja olika former av endometrios (subtil endometrios, peritoneal endometrios, cystiska endometriom och djup infiltrerande endometrios) med olika prevalens och sjukdomsförlopp.

Det finns således mycket varierande siffror, men man brukar ange att endometrios ses hos 2–10 procent av kvinnor i fertil ålder, hos 20–50 procent av infertila kvinnor och hos 25–70 procent av kvinnor/tonåringar med mens- och bäckensmäta. Endometriosförändringar kan även ses en passant vid laparoskopi hos symtomfria kvinnor. Tillståndet kan i vissa fall förekomma hos postmenopausala kvinnor, framförallt vid östrogensubstitution.

Cirka 200 000 kvinnor i Sverige beräknas ha endometrios ([ARG-rapport nr 75](#)). Sammanfattningsvis har alltså ungefär 10 procent av kvinnor i fertil ålder endometrios, varav cirka 20 procent behöver medicinsk eller kirurgisk behandling. I Skåne skulle det motsvara att 6 000 kvinnor är i behov av någon form av sjukvårdsinsatser, med nuvarande befolkningsunderlag.

8 PREVENTION – FÖREBYGGANDE INSATSER

Ett genomgående problem som rapporteras från patienter och studier är den långa tid som går från patienternas första kontakt med sjukvården tills dess diagnos ställs. Utbildningsinsatser till skolsköterskor, barnmorskor på ungdomsmottagningar, sjuksköterskor och läkare på vårdcentraler är sannolikt det viktigaste instrumentet för att möjliggöra en tidigare diagnostik. Eftersom symptomen uppstår före 20 års ålder hos en majoritet av patienterna, är det angeläget att den del av sjukvården som dessa kvinnor först kommer i kontakt med är uppmärksamma och ”tänker endometrios”. Detta för att tidigare få rätt diagnos och därmed snabbare komma till bättre och mer effektiv behandling, men även för att patienterna ska slippa de missförstånd och den känsla av misstroddhet som ofta rapporteras.

9 SYMPTOM OCH KLINISKA FYND

SYMPTOM OCH KLINISKA FYND

Klassiska symtom är dysmenorré och djup dyspareuni. Anamnes på infertilitet, vattenkastningsbesvär samt smärtor vid tarmtömning bör även inge misstanke om endometrios. Symptomatologin är mycket varierande beroende på vilka organ som engageras, sjukdomens aktivitetsgrad, kvinnans ålder samt eventuella övriga sjukdomar.

Dysmenorré är det vanligaste symptomet. Den kan vara primär, eller sekundär efter flera år av smärtfria menstruationer. Smärtan startar vanligen före menstruationen. Patienterna beskriver sina besvär som molvärk med inslag av huggande, skärande eller krampliknande smärta, ofta med utstrålning till ben, rygg, perineum, vulva, perianalt eller glutealt. Smärtan anses bero på den inflammatoriska reaktionen och eventuella adherenser i fossa Douglasi. Samma smärtupplevelse kan förekomma vid ovulation. Generell svullnad av buken är ofta mer uttalad i samband med mens och ovulation hos kvinnor med endometrios.

Djup dyspareuni kan förekomma i ett tidigt skede av sjukdomen. Vissa patienter upplever en djup intensiv smärta vilket omöjliggör samlag. Smärtan kan kvarstå flera timmar eller dygn efter coitus, och så även efter gynekologisk undersökning med palpation.

Ytlig dyspareuni kan förekomma, men orsakas inte av endometrios. Den kan dock vara en följd vaginism och inadekvat lubrikation, vilket i sin tur kan bero på tidigare upplevd smärta.

Tarmbesvär: Minst 70 procent har symtom från tarmen, och dessa besvär utlöses av endometriosrelaterad inflammatorisk aktivitet och som regel inte av lesioner på tarmen. Menstruationsrelaterad diarré och/eller obstipation är alltså vanligt hos kvinnor med endometrios. Men ses enligt studier även hos 34 procent av kvinnor utan endometrios.

Vid tjocktarmsengagemang liksom vid lesioner i bakre vaginalväggen uppträder ibland smärta vid tarmrörelse utlöst av födointag eller defekation. Rektalblödningar i samband med menstruation kan förekomma. Tenesmer samt tryckkänsla och smärta rektalt är andra symtom som kan orsakas av sklerosering och fibrotisering av tarmväggen. Dessa besvär kan kvarstå när endometriosen blivit inaktiv eller åtgärdats kirurgiskt. Sannolikt är central sensitisering en bidragande orsak till långvariga tarmbesvär kopplat till endometrios

Cystitliknande besvär: Symtom som påminner om cystit med smärta suprapubiskt och i nedre korsryggen är vanligt förekommande hos kvinnor med endometrios, även utan påvisade lesioner i urinvägarna. Urinvägsengagemang med lesioner i blåsa och ureter är uttryck för aggressiv sjukdom och ses i 2 – 4 procent.

Övriga symtom: Allmän sjukdomskänsla såsom trötthet, bristande energi och illamående är vanligt vid aktiv eller debuterande sjukdom. Förhöjd kroppstemperatur från ovulation till ett par dagar efter menstruationsstart förekommer. Ovanliga symtom kan ses vid extragenital endometrios, till exempel hematuri, hemoptys, blödning från naveln och smärtor i ärr efter tidigare kirurgi. Djup infiltrerande endometrios kan orsaka svåra tillstånd som ileus och ureterstas.

Långvarig smärta: kvinnor med endometrios upplever ofta en blandning av vegetativa symtom, diffus smärta och mer lokaliserad smärta på grund av engagemang av både autonoma och somatiska nervsystem (se kapitel Smärtfysiologi). Långvarig smärta, det vill säga konstant smärta i 3 – 6 månader utan smärtfria intervall, kan ses vid avancerad sjukdom, med uttalade sammanväxningar, fibros och vid djupt infiltrerande endometrios, men det förekommer också att patienter utvecklar långvarig smärta, som inte behöver vara associerad med mer avancerad endometrios. Vissa patienter kan även fortsatt uppleva smärta som vid aktiv endometrios-sjukdom, trots att ingen sjukdomsaktivitet kan påvisas. Flera studier har påvisat samband mellan långvarig smärta vid endometrios och kliniska tecken på central sensitisering.

KLINISKA FYND

Ömhet över inre genitalia, bäckenbotten, septum rektovaginale och sakrouterinligament samt i nedre delen av buken. Förstorade och/eller fixerade ovarier. Palpabla infiltrat i bakre fornix och i septum rektovaginale. Synliga endometrioshärdar är ovanliga men kan ibland ses i vagina, vulva, navel, ärr och ljumskar.

DIFFERENTIALDIAGNOSER

Primär dysmenorré: Anläggningsdefekter som uterusanomalier, hymen imperforatus och vaginalseptum kan vara orsak till primär dysmenorré.

Sekundär dysmenorré: andra gynekologiska orsaker som myom, polyper, infektioner och spiral liksom cervixstenos eller adherenser efter kirurgiska ingrepp kan vara orsak till dysmenorré och smärta.

Djup dyspareuni: Kronisk cervicit, urologiska tillstånd, IBS och andra tarmsjukdomar samt tidigare gynekologisk kirurgi och bäckenbottensskador i samband med partus kan ge upphov till dyspareuni.

Kronisk buksmärta: Inflammatoriska tarmsjukdomar, laktosintolerans, divertikulit, bråck och kronisk obstipation samt IBS. Muskuloskeletala problem såsom diskbråck, spondylos, fibromyalgi, inflammationer, ledsnärta och hållningsdefekter.

Akut smärta hos patienter med endometrios: viktigt att utesluta appendicit, subileus/ileus eller infektion i berörda organ, ruptur av endometriom eller annan cysta, adnextorsion och extrauterin graviditet.

10 REMISSRUTINER/HANDLINGSPLAN FÖR RESPEKTIVE VÅRDGIVARE

REMISSRUTINER/HANDLINGSPLAN

Skolsköterska

Upptäcka symtom. I hälsosamtal viktigt att ta upp frågor kring mensvärk och samlagssmärter. Vid typisk anamnes och skolfrånvaro p.g.a. smärta: hänvisa till ungdomsmottagning eller VC.

Barnmorska Ungdoms-/barnmorskemottagning

Identifiera patienter med svår dysmenorré och möjlig endometrios. Förskrivning av preventivmedel. Vid typisk anamnes, uttalade smärter trots p-piller eller gestagena metoder: kontakt med läkare på UM. Vid misstanke om annan orsak till smärta/differential-diagnos: hänvisa till VC eller kontakt med läkare på UM.

Läkare Ungdomsmottagning

Behandla med p-piller och gestagena metoder samt analgetika. Remiss till specialist i gynekologi vid behov av ytterligare utredning/andra behandlingsalternativ.

Allmänläkare

Primär behandling av svår dysmenorré, samt uteslutande av differentialdiagnoser. Remiss till specialist i gynekologi vid otillräcklig effekt av insatt terapi

Specialist gynekologi/öppenvård

Alla läkare inom öppenvårdsgynekologi ska kunna utreda och behandla endometrios, både hormonellt och mot smärter.

Vid behov av kirurgi eller multidisciplinärt omhändertagande: remiss till slutenvård på respektive ort: Kristianstad, Helsingborg, Malmö.

Specialist gynekologi/slutenvård

Alla läkare på kvinnoklinik (ST-läkare i samråd med handledare) ska kunna utreda och behandla endometrios, både hormonellt och mot smärter. Vid långdragna och svåra besvär bör omhändertagande ske i multidisciplinärt team.

Diagnostisk laparoskopi och samtidig eventuell kirurgisk åtgärd bör göras tillsammans med endometrioscunnig operatör. Effekten av påbörjad behandling utvärderas på den vårdnivå där behandlingen ordinerats. Vid stabiliserat och förbättrat tillstånd kan fortsatt uppföljning ske hos gynekolog inom öppen vård.

Multidisciplinärt team

Ett team bör bestå av gynekologer, både endokrint och operativt utbildade, kontaktsjuksköterska, kurator eller psykolog, sjukgymnast och smärtläkare.

Teamet bör regelbundet ha träffar för att samverka kring patientärenden. Vid behov ska individuell behandlingsplan utformas gemensamt med patienten. Dessa team ska finnas på varje akutsjukhus i regionen. (Kristianstad, Helsingborg och SUS)

Endometrioscentrum

Vid behov av second opinion eller avancerad kirurgi (avancerad endometrios eller DIE) kontaktas endometrioscentrum, kvinnokliniken vid SUS. Detta team fungerar som ett multidisciplinärt team enligt ovan, med tillägg av representant från RMC, ultraljudsavdelning, smärtrehab samt vid behov kolorektalkirurg och urolog.

Vid behov av specialistultraljud kan remiss skickas direkt till ultraljudsavdelningen, KK, SUS, Malmö. Vid fertilitetsönskemål kan kontakt tas direkt med RMC (Reproduktionsmedicinskt centrum), för att planera bästa möjliga behandling.

Smärtrehab

Om smärtan blivit långvarig och har stora konsekvenser på patientens livsföring, trots att endometriossjukdomen är välbehandlad, kan remiss från respektive multidisciplinärt endometriosteambesök skickas till smärtrehab enligt fastställda kriterier (se kapitel 15). På smärtrehab kartläggs vilka konsekvenser den långvariga smärtan ger, vilka smärthanteringsstrategier patienten utvecklat samt behov och motivation att delta i smärthanteringsprogram i grupp. Efter avslutad utredning och eventuell rehabilitering återremitteras patienten till patientansvarig läkare.

Ytterligare bedömning

Second opinion kan vid behov inhämtas från Endometrioscentrum i Uppsala, antingen som skriftlig förfrågan eller remittering av patienten.

11 DIAGNOSTIK

UTREDNING/BEHANDLING INOM PRIMÄRVÅRD – AKO Skåne

Utredningsnivå

För den yngre kvinnan/tonåringen blir det naturligt att söka skolsköterskan eller ungdomsmottagningen för sina besvär. Detta innebär att de första misstankarna på eventuell endometrios bör fattas på dessa vårdnivåer för denna patientkategori. Om patienten får tillräcklig hjälp av intermittent NSAID-medicinering och/eller p-piller behandling, behövs oftast ingen ytterligare diagnostik.

För kvinnor som söker primärvården för sina besvär gäller samma resonemang. Vid besvär som tillfredsställande kan behandlas enligt ovan, behövs ingen ytterligare utredning under förutsättning att det finns ett intresse för denna patientkategori hos primärvårdsläkaren.

För övriga patienter där mer erfarenhet av gynekologisk undersökning och möjlighet till gynekologisk ultraljudsdiagnostik krävs, är gynekologisk specialistvård nödvändig utredningsnivå. Givet att det finns intresse och kunskap hos specialisten kan patienterna till största delen skötas i öppen vård.

Patienter med mycket stora besvär som kräver mer avancerad medicinering och/eller upprepade sjukskrivningsepisoder, behöver tillgång till gynekologisk slutenvård. Detta för möjligheter till kirurgisk diagnostik, teamomhändertagande och i sällsynta fall, inläggning för avancerad smärtbehandling.

Utredningsgång vid misstänkt endometrios

En noggrann anamnes är grundläggande. Svår mensrelaterad buksmärta, som inte viker på NSAID-tabletter eller paracetamol och som kanske leder till skol- eller jobbfrånvaro hos unga kvinnor bör leda tanken till endometrios. Ytterligare diagnostik i behövs ofta inte initialt. Någon gynekologisk undersökning är inte heller nödvändig vid klart mensrelaterade besvär.

Ett standardiserat frågeformulär kan vara till stor hjälp. Detta tillsammans med ett mottagande av patienten som innebär att vårdgivaren tar henne på allvar, är viktiga bitar för patienten att kunna hantera sina besvär. Det är också lämpligt att redan i detta skede undersöka patientens föreställningsvärld kring det uppkomna smärttillståndet exempelvis genom att ställa frågor kring föreställningar, förväntningar och farhågor i syfte att kunna ge patientens adekvat, klargörande och normaliserande information. Detta kan vara viktigt då katastroftankar visats ha samband med utveckling av långvarig smärta vid endometrios.

Hos patienter som passerat tonåren är en gynekologisk undersökning motiverad. De har kanske sökt sjukvård flera gånger för sina besvär och det kan finnas andra faktorer att ta hänsyn till. Ofrivillig barnlöshet kan vara aktuellt, det kan vara andra smärtor som inte är direkt kopplade till menstruationen, såsom samlagssmärter, avförings-/vattenkastningssmärter m.m. Förutom gynekologisk undersökning kan ytterligare diagnostiska tekniker då övervägas. I första hand handlar det om vaginalt ultraljud, där bl.a. endometriom kan diagnosticeras. En van undersökare kan dessutom se tecken på sammanväxningar och förändringar framför och bakom livmodern (se separat avsnitt om ultraljud). Vid fortsatt oklara fall kan ibland MR bli aktuellt, till exempel vid djupt infiltrerande endometrios. En fördel med dessa tekniker är att de är icke-invasiva och oftast tolerabla för patienten. Mycket information kan erhållas, men, vilket inte nog kan poängteras, metodernas styrka som diagnostikum är helt beroende av undersökarens kunskap och intresse för endometriossjukdomen.

Kirurgisk diagnostik i form av laparoskopi har länge varit det vanligaste instrumentet för diagnostik av endometrios. Man kan då visuellt beskriva förändringarnas utseende och utbredning och även ta vävnadsprov för PAD. Emellertid har policyn till kirurgi vid endometrios eller misstänkt endometrios blivit alltmer restriktiv. Detta då diagnostiken förfinats enligt ovan och att man i möjligaste mån vill undvika ingrepp under narkos. Dessutom finns en ökad risk för adherenser och ärrbildningar efter kirurgiska ingrepp, inklusive laparoskopi. Diagnostisk laparoskopi bör därför endast övervägas vid oklara svåra besvär, där andra diagnoser är möjliga. Vid samma tillfälle bör man vara beredd på att kirurgiskt åtgärda eventuella synliga förändringar.

Sammanfattning utredning hos gynekolog:

1. En bra anamnes är mycket viktig. Aktuell smärtnivå på VAS registreras vid akutbesök. Då smärtintensiteten kan variera är det lämpligt att be patienten skatta såväl högsta som lägsta smärtnivån senaste veckan.
2. Gynekologisk undersökning bör utföras, med respekt för att det kan vara mycket smärtsamt. Fynden ska beskrivas noggrant.
3. Vaginalt ultraljud kan påvisa ovarialendometriom, adenomyos och lesioner i septum rektovaginale. Peritonealendometrios kan inte ses med ultraljud.

4. Specialist-ultraljud, eller eventuellt MR, bör genomföras vid misstanke om infiltrativt växande endometriosis eller uretärstas, preoperativt vid avancerad endometriosis samt vid oklar sjukdomsbild. CT har ingen plats vid diagnostik av endometriosis.
5. Laparoskopi utförs vid terapivikt trots adekvat hormon- och smärtbehandling och vid oklar diagnos. Vid laparoskopin bör alla eventuella lesioner avlägsnas och exstirperad vävnad skickas för PAD. I andra hand destrueras förändringarna. Operationsfynd ska beskrivas utförligt i operationsberättelse samt om möjligt fotodokumenteras eller filmas.

Ultraljud

Endometriom

Transvaginalt ultraljud är en utmärkt metod för att diagnostisera och följa utvecklingen av endometriom. Typiskt ses en rundad, en- till flerrummig cysta med homogent, lågekogent innehåll (ground glass ekogenitet) och förtjockad kapsel. Differentialdiagnoser utgörs av hemorragiska corpus luteum-cystor, dermoidcystor och enkla cystor liksom cystadenom. Med hjälp av färgdoppler kan en erfaren undersökare särskilja endometriom från maligna cystor. Vid endometriosis i avancerad form ses ofta ovarierna ligga tätt intill varandra i fossa Douglasi, så kallad "kissing ovaries", med eller utan endometriom. Organen i lilla bäckenet är då även fixerade och kan inte förskjutas i förhållande till varandra. Fynd av detta vid preoperativ utredning bör leda till att patienten omhändertas på klinik där vana finns att operativt åtgärda avancerad endometriosis, och vid behov kan remiss till specialistultraljud skickas. (Se nedan)

Djup infiltrerande endometriosis

Med djup infiltrerande endometriosis (DIE) avses vanligen rektovaginal endometriosis, liksom inväxt av endometriosis i sakrouterinligament, tarm, vagina eller uretärer. Endometriosis-förändringarna ses som hypoekogena, linjära eller nodulära förtjockningar med oregelbunden form, och är dåligt vaskulariserade med färgdoppler.

Vid infiltration i sacrouterinligament bör undersökning av uretärer göras, samt kompletterande undersökning av njurar med abdominell givare för att utesluta hydronefros.

Preoperativ kartläggning av rektovaginal och tarminfiltrerande endometriosis är viktig eftersom eventuell kirurgi kan bli omfattande. Diagnostiken av DIE kan vara svår både vid ultraljundsundersökning och vid laparoskopi. Remiss till specialistultraljud kan skickas, och MR kan i vissa fall vara en kompletterande diagnostisk metod.

Adenomyos

Adenomyos anses vara en variant av endometriosis, och kan med god säkerhet diagnosticeras med ultraljud av van undersökare. Typiskt utseende är förstörd uterus med asymmetri mellan främre och bakre väggen, som inte orsakas av myom. Dessutom ses heterogent myometrium, hypoekogena linjer, myometriecystor samt suddig gräns mellan endometrium och myometrium. Definitiv diagnos kan dock inte ställas förrän vid mikroskopisk undersökning efter hysterectomi.

Specialistultraljud

Vid behov av specialistultraljud skickas remiss till ultraljundsavdelningen, KK, SUS, Malmö.

12 BEHANDLING

HORMONELL BEHANDLING

Hormonell behandling ska insättas så tidigt som möjligt. Målet är att uppnå amenorré och anovulation. Behandlingen ger smärtlindring och kan sannolikt bromsa sjukdomsförloppet. I första hand rekommenderas att behandla med p-piller, förutsatt att det inte föreligger kontraindikationer, därefter gestagener och i tredje hand GnRH-agonist.

Behandlingseffekten är likvärdig mellan preparaten och valet får styras av biverkningsprofil samt patientens tidigare erfarenheter. Det går bra att kombinera olika preparat. Vid terapivikt eller inför GnRH-agonistbehandling bör diagnosen endometriosis verifieras genom laparoskopi. I samband med laparoskopi bör målet vara att samtliga lesioner avlägsnas eller destrueras. Inledd behandling utvärderas efter ungefär tre månader medan dosändringar kan utvärderas efter några veckor.

Kombinerade p-piller

Monofasiska, gestagendominerade p-piller: (Neovletta[®] Abelonelle[®], Prionelle[®]). Tabletterna tas kontinuerligt, placebotabletter hoppas över. Vissa kvinnor behöver släppa fram en blödning c:a var tredje månad. Vid genombrottsblödning kan patienten ta två tabletter dagligen i 5 dagar för att sedan återgå till en tablett dagligen. Vid fortsatt eller återkommande blödning ska patienten göra 4 dagars uppehåll för att initiera en bortfallsblödning. Vid småblödningar kan man lägga till gestagen, till exempel tablett Primolut-Nor[®] 5 mg/dag eller Provera[®] 5–10 mg/dag under en period eller så länge behandlingen pågår. Det finns ingen övre gräns för hur länge man kan stå på kontinuerlig behandling utan blödningar. Vid tidpunkt för klimakteriet ska behandlingen avslutas.

Östrogenprofilerade p-piller: t.ex. Yaz[®], P-ring (Nuvaring[®]) och p-plåster (Evra[®]) kan provas vid gestagena biverkningar. Kontinuerlig behandling enligt ovan.

Nyare preparat: Zoely[®] och Qlaira[®] kan också vara bra alternativ. Kontinuerlig behandling ges enligt ovan, men observera att både gestagenfria och placebotabletter i Qlaira[®] (tabl 1-2 samt 25-28) utesluts.

Gestagenbehandling

Medroxyprogesteron (MPA) i tablettform (Provera[®] eller injektionsform (Depo- Provera[®]). Starta med tablett Provera[®] 10mg, gärna uppdelad i två doser per dygn de första veckorna för att minska ev. biverkningar. Patienten kan instrueras att själv justera dosen inom givna ramar, t.ex. upp eller ner 5 mg under 14 dagar. Högre doser än vad som behövs för amenorré kan krävas för att reducera smärtan. Ofta är 20 mg dagligen en lämplig dos, men den individuella dos som håller patienten amenorroisk och smärtfri är mycket varierande, från 5–40 mg/dygn. I enstaka fall kan även högre doser ges.

Om patienten mår bra på tablett Provera[®] kan man gå över till Depo-Provera[®] såvida det inte finns en aktuell barnönskan. 150 mg var 12:e vecka motsvarar Provera[®] 20 mg x1. Högsta behandlingsdos är 100 mg varannan eller 150 mg var 3:e vecka.

Noretisteronacetat (Primolut-Nor[®]) i dosen 5–20 mg per dag kan även användas. Vanliga gestagena biverkningar är minskad libido, fet hy, viktuppgång samt nedstämdhet och irritabilitet. MPA tycks inte påverka humöret i lika stor utsträckning som NETA. Nedstämdhet kan ibland lindras av ett SSRI-preparat.

Desogestrel (Desogestrel[®], Gestrina[®], Cerazette[®]) kan testas om ovanstående inte fungerar på grund av biverkningar. Dosering: 1 tablett dagligen, men i bland behövs dosen 2(-3) tabletter dagligen för att symtomlindring ska uppnås.

Generellt för gestagenbehandling: om smärtan inte reduceras till en acceptabel nivå efter 1–3 månaders behandling, kan dosen ökas med 1–2 veckors intervall till önskad effekt uppnåtts. Försök till dosreducering bör göras med 2–3 månaders intervall. Någon generell begränsning av behandlingstidens längd är inte känd. Vid långvarig högdosbehandling bör man dock överväga att följa med bentäthetsmätning.

Hormonspiral med levonorgestrel (Mirena[®]) är ett bra behandlingsalternativ med god effekt på rikliga blödningar och dysmenorré via lokal nedreglering av estrogenreceptorer i endometriet. Studier har visat likvärdig effekt av Mirena[®] och Depo-Provera[®] på endometriosrelaterad smärta, och säkerställd effekt vid smärta pga endometrios i septum rektovaginale.

Insättning av Mirena[®] är dock ofta mer smärtsam för kvinnor med endometrios. Smärtlindring bör därför ges i god tid före insättning och rekommenderas fortgå någon vecka efteråt. Förbehandling kan ges med två tabletter misoprostol (Cytotec[®]) vaginalt, och lokalbedövning kan frikostigt användas i samband med insättningen. Hormonspiral tillsammans med kombinerade p-piller fungerar mycket bra. Man uppnår anovulation, samtidigt som tillförd gestagens ger ett atrofiskt endometrium och decidualisering av befintlig endometrios.

Dienogest (Visanne[®]) innehåller gestagenet dienogest, har hög endometriespecificitet och ger ovulationshämning utan att påverka östrogennivåer i nämnvärd grad. Visanne[®] är enda preparat som är registrerat enbart för behandling av endometrios.

Dosering: Visanne[®] 2 mg dagligen (1x1). Behandling kan pågå under lång tid utan kända risker, ingår dock inte i högkostnadsskyddet. Kan vid behov kombineras med Qlaira[®] som innehåller samma gestagen, eller andra preparat.

Behandling med GnRH-agonist

GnRH-agonist ges i injektionsform (t.ex Enanton Depot[®]) med 3-4 veckors intervall eller som nässpray (Synarela[®]) där antalet doser per dag kan varieras mellan en till fyra sprayningar. Behandling med GnRH-analog ges i 3–6 månader följt av annan hormonell behandling.

Add-backbehandling kan ges med tibolon (Livial[®]) eller lågdos östrogen+gestagen, som vid HRT (t.ex Activelle[®]), för att motverka biverkningar och för att förebygga osteoporos vid längre tids behandling. Bentätheten minskar med i genomsnitt 1 procent per månad, vilket gör att behandlingstider över 6 månader generellt inte rekommenderas.

Vid långtidsbehandling bör add-back alltid ges och bentätheten kontrolleras med DEXA vartannat år. Tillskott av Calcium och D-vitamin bör också övervägas, alternativt bisfosfonater i samråd med osteoporos-specialist.

Vid graviditetsönskan ska GnRH-behandling synkroniseras med fertilitetsklolik, i all synnerhet om assisterad befruktning planeras. Effekten på ovarier inte är utredd vid långtidsbehandling, och bör undvikas på kvinnor som inte är färdiga med sitt barnafödande.

SMÄRTBEHANDLING

Smärta är ett centralt symtom vid endometrios, och full symtomlindring kan inte alltid uppnås trots adekvat hormonbehandling. Smärtans karaktär kan vara mycket varierande och sekundära symtom som trötthet, energilöshet och depressiva besvär är vanliga. Parallellt med farmakologisk smärtbehandling behövs därför multidisciplinära insatser och i svåra fall kan smärtrehabilitering vara aktuellt.

Multidisciplinär teambehandling

Det är angeläget att tidigt erbjuda stöd för att hantera sjukdomen. Via de olika kompetenserna i ett endometriosteambesök kan stöd och adekvata åtgärder sättas in samt information om sjukdomen ges.

Sjuksköterska

För att undvika onödig oro är det mycket viktigt att patienterna vet vart de ska vända sig vid olika frågor. Det rekommenderas därför starkt att det finns tillgång till kontaktsjuksköterska på slutenvårdsenheter som handlägger patienter med endometrios. Kontaktsjuksköterskan kan gemensamt med patienten tolka nytillkomna symtom, guida och stödja patienten i behandlingsprocessen och inte minst utgöra en kontaktlänk till övriga i teamet. Uppföljning upp efter akutvårdsbesök och inläggande vård är också viktiga uppgifter för kontaktsjuksköterska.

Fysioterapi

Kompletterande smärtlindringsmetoder såsom TENS och akupunktur bör tidigt erbjudas, och utprovas via fysioterapeut. TENS har dokumenterad effekt vid långvarig smärta, och TENS-apparat kan hyras/lånas ut under en period (3-6 månader) för noggrann utvärdering. Eftersom spänd bäckenbotten är ett vanligt förekommande symtom vid endometrios är det mycket viktigt att patienter kan bli undersökta och få råd och behandling för detta av fysioterapeut. Stöttning och råd kring fysisk aktivitet är också värdefullt. Andra behandlingsalternativ som basal kroppskännedomsträning, medicinsk yoga avspänningsträning eller liknande kroppsmedvetande behandlingsmetoder kan också erbjudas patienten.

Kurator

Att drabbas av kronisk sjukdom påverkar patienten inom alla områden i livet. Förutom stöd kring de medicinska frågeställningarna kan det behövas stöd kring den övriga livssituationen. Kurator kan erbjuda samtalsstöd/ bearbetande samtal kring hur livet påverkats på olika sätt, och kan också bidra med vägledning och information i frågor om samhällets resurser. Detta för att underlätta för patienten att hantera sjukdomen och den förändrade livssituationen.

Psykologisk bedömning och behandling:

I fall där psykiatrisk samsjuklighet föreligger eller det finns andra svårigheter att hantera olika besvär kan psykologbedömning vara av stort värde, och rekommendationer för eventuell behandling via primärvården, psykiatri eller annan instans kan ges.

Psykologisk behandling kan bestå av kortare beteendearbetade psykoterapeutiska insatser för att hantera de konsekvenser som långvarig smärta ofta ger upphov till, och där fokus kan ligga på nedstämdhet, sömnsvårigheter, ångest- och oroshantering. Behandlingen innebär klargörande av vad som är viktigt och meningsfullt för patienten, med syfte att öka motivationen till förändringsarbete och underlätta skapandet av nya mål. Insatserna innefattar även träning av psykologiska färdigheter som kan bidra till ett förbättrat förhållningssätt till smärtan och dess konsekvenser.

Vid sömnstörning har KBT-Insomni (KBT-I) bäst effekt. Behandlingen går ut på att lära sig mer om sömn, bland annat att sömnbehovet är individuellt och minskar med åren och att det är viktigare att sträva mot en effektiv sömn än ett visst antal timmar. Detta uppnås genom att stabilisera dygnsrytmen och vistas mindre vaken i sängen. Psykolog eller annan person med kunskap om KBT-I kan hjälpa patienten med en plan, eventuellt via primärvård. Apoteket erbjuder också [KBT-I behandling via internet](#).

Farmakologisk smärtbehandling

Olika smärtmekanismer förekommer, och för mer utförlig smärtfysiologi hänvisas till kapitel 14. Sammanfattningsvis finns olika behandlingsprinciper för nociceptiv och inflammatorisk smärta som behandlas med paracetamol, COX-hämmare eller opioider, respektive för visceral och neuropatisk smärta vilket behandlas med tricykliska antidepressiva i låg dos, SNRI (serotonin noradrenalin återupptagshämmande) antidepressiva eller antiepileptika.

Behandlingstrappa vid akut smärta

Lindrig smärta: Paracetamol och COX-hämmare (NSAID) bör erbjudas om inte kontraindikationer föreligger. Vid behandling av svår dysmenorré är det viktigt att starta behandlingen så tidigt som möjligt, gärna innan mensstart, och med max-dos första dagarna. Vid regelbunden användning ges paracetamol lämpligen i beredningar med modifierad frisättning för att ge jämn koncentration över dygnet. NSAID kan ha en påtaglig effekt på endometriossmärta p.g.a. dess antiinflammatoriska effekt. Hjälper inte NSAID från en preparatgrupp, kan man försöka med alternativ grupp. Kvinnor som lätt får gastrit kan behandlas med omeprazol i tillägg. Vid förvärrad smärta är det ofta bra att ge 2–3 veckors kur NSAID i fulldos ("puls-behandling") istället för att stå på kontinuerlig behandling långa tider.

Måttlig smärta: Kodein® En "svag" opioid som kombinationspreparatet Citodon® kan eventuellt testas vid svår menssmärta eller tillfälligt smärtskov, men endast som kort kur. Dessa preparat är inte att rekommendera på lång sikt, på grund av stor risk för ett lågradigt beroende som kan vara mycket svårt att ta sig ur.

Svår smärta: Starka opioidanalgetika prövas först efter att NSAID/paracetamol inte visats ge tillräcklig effekt. Vid planerad insättning behöver rekommendationer enligt [läkemedelsverket](#) följas. Se även [Skånelistan 2017 - Rekommenderade läkemedel från Läkemedelsrådet](#).

Sammanfattningsvis ska alltid risk för substansbrukssyndrom bedömas. Tillhör man någon av riskgrupperna bör man avstå opioidbehandling, men avvägning får ske vid akuta tillstånd. Generellt bör man vara särskilt restriktiv med opioidbehandling av unga vuxna på grund av risk för beroendeutveckling, kognitiva och hormonella störningar. Vid samtidig ångestproblematik finns särskild risk för dosökning då opioiden kan ge tillfällig ångestdämpning. Vid insättande ska vårdplan upprättas, anpassad efter riskbedömning och tydlig patientinformation ges. Behandlingen måste utvärderas fortlöpande av den som insatt medicineringen. Patienten ska erbjudas hjälp med dosreducering och uttrappning vid såväl kortare som längre tids bruk av opioida läkemedel.

För utförlig beskrivning var god se [läkemedelsverkets rekommendationer](#). Under utarbetande är PM opioidbehandling smärtrehab, Lund där bland annat förslag på nedtrappningsschema kommer finnas (*komplettering med länk när detta är färdigställt*). Förslag på nedtrappningsschema finns även att hämta i dokumentportalen, var god se referenslista.

Val av läkemedel vid opioidbehandling

Kortverkande beredningar vid behov kan ges vid intermittent, återkommande smärta. Vid kontinuerlig smärta kan långverkande beredning vara lämplig.

Morfin[®]: Vid akuta smärtskov ges morfin i kortverkande preparat t.ex. T Morfin[®] / Oxynorm[®] 5–10 mg v.b.

Dolcontin[®] eller **Oxycontin[®]** i depotberedning, 10–20 mg x 2 kan ordineras om det föreligger behov av längre tids behandling. Långverkande preparat ger en jämn koncentration över dygnet. Behandlingen bör alltid vara tidsavgränsad. Vid genombrottssmärta kan kortverkande morfin ges.

Tarmreglerande medel ska alltid sättas parallellt för att motverka opioidinducerad förstoppning. Som alternativ vid mycket svåra, långdragna smärttillstånd kan buprenorfin (Norspan[®] Depotplåster) ordinerars. Fördelen är en jämnare serumkoncentration och därmed mindre tillväjningsrisk. Buprenorfin kan kombineras med kortverkande morfin i tablettform.

Stöd för att opioidbehandlingen behöver vara tidsbegränsad och så kortvarig som möjligt finns. Flertalet kontrollerade studier med längre uppföljningstid än 8–12 veckor visar inte någon skillnad i smärtlindring mellan opioidbehandling och placebo på lång sikt. Biverkningar vad gäller nedsättning i kognitiv förmåga och påverkan på tarmfunktion kan dock kvarstå. Ytterligare skäl att tidsbegränsa behandlingen är att längre tids bruk ökar risken för att opioiden bidrar till sensitisering och förvärrade besvär som är påtagliga vid endometriosis, framför allt ökade tarmbesvär. Dessutom kan patienter som står på kontinuerligt höga doser vid akuta skov i sin sjukdom hamna på farligt höga doser opioider och således bli mer svårbehandlade smärtnässigt.

Behandling vid akut, inläggningskrävande smärta

Ett adekvat omhändertagande vid akuta smärtskov är av stor vikt för att undvika etablering av ökad smärtekänslighet. Det är mycket viktigt med ett lugnt och tryggt omhändertagande. Smärtupplevelsen är komplex och inbegriper kognitiva och emotionella processer varför själva omhändertagandet har stor betydelse.

Om patienten redan står på opioider kan dosen av långverkande preparat tillfälligt höjas för att minska intaget av kortverkande formuleringar. Vid illamående och kräkningar ges morfin, paracetamol och NSAID samt antiemetika som iv beredning.

Gabapentin kan påbörjas i det akuta skedet, med dosen 300 mg x 3, därefter gradvis dosökning. Paracervikalblockad (PCB) kan ibland vara av värde, med 20 ml Marcain 2,5 mg/ml (utan adrenalin). Kan upprepas flera gånger v b. [Endometriosis – Akut smärtbehandling vid endometriosis \(Riktlinjen nås endast med inloggning i Region Skånes nätverk\)](#)

Behandling vid långvarig smärta

Vid långvarig smärta bidrar sensitiseringsprocesser i centrala nervsystemet i allt högre omfattning till smärtan. Evidens för effekt vid långvarig smärta finns för tricykliska antidepressiva, SNRI och gabapentinoider.

Antidepressiva påverkar sekundära symptom (depression/ångest/sömnstörning) men kan också ge en smärtlindrande effekt genom ökad aktivitet i nedåtgående smärtdämpande banor i hjärnstam och ryggmärg. Antiepileptika har en allmänt dämpande effekt på nervsystemet och kan potentiella effekten av smärtstillande läkemedel.

Det är viktigt att ha realistiska förväntningar på den smärtlindrande effekten samt tala om att behandlingen kan ge biverkningar som patienten måste stå ut med innan effekt uppnås. Ett gott råd är att öka doser försiktigt och gärna ge patienten möjlighet till tät uppföljning via t.ex. sjuksköterska (se råd i Skånelistans bakgrundsmaterial där råd också finns vad gäller insättningsförfarande).

Amitriptylin (Saroten[®]): starta med 10 mg till natten, och öka successivt dos. Har smärtlindrande effekt och ofta god effekt på sömnen. Optimal dos är när patienten upplever effekt, men utan påtagliga antikolinerga biverkningar såsom muntorrhet etc.

Doser på 10-50 mg är vanligast. Vissa patienter tolererar och har nytta av högre doser än 50 mg. Vanligtvis är maxdosen 80 mg.

Duloxetin (Cymbalta[®]): startdos 30 mg x1 på morgonen, efter 2 veckor ökning till 60 mg x1. Verkar smärtlindrande och effekten är oberoende av eventuell förekomst av depression eller ångest. Vid önskan om utsättning är en nedtrappning att rekommendera för att undvika utsättningssymtom.

Pregabalin (Lyrica[®]): startdos 25 mg x 2-3, kan ökas gradvis var tredje dag tills effekt uppnås. Maxdos 200 mg x3, alternativt 300 mg x2. Ger positiv effekt på smärta och sömn. Observera att vid långvarig behandling finns viss risk för beroendutveckling.

Gabapentin (Gabapentin[®]): 100 mg x 3, gradvis upptrappning till 600 mg x 3. Har liknande effekt som pregabalin, Behandlingen ska alltid trappas ut successivt, för att undvika utsättningssymtom. Möjligen finns viss risk för beroendutveckling vid långvarig behandling.

Behandling mot sömnstörning

Information om möjliga åtgärder för att minska sömnstörning bör ges, var god se avsnitt om psykologisk behandling. Som farmakologisk behandling rekommenderas i första hand amitriptylin, enligt ovan. Det finns även evidens för att melatonin (Circadin[®]) har effekt på sömnstörning och smärta vid endometriosis. Behandling startas med 2 mg t.n. och vid otillräcklig effekt kan dosen ökas till 4-6 mg t.n.

KIRURGISK BEHANDLING

Vid diagnostisk laparoskopi ska biopsi tas för att säkerställa diagnosen, dessutom bör excision av alla synliga förändringar göras. Laparoskopisk kirurgi är att föredra framför öppen kirurgi. Atraumatisk operationsteknik och adherensprofylax ska användas. Det är mycket viktigt att beakta framtida fertilitet vid eventuell kirurgi på ovarier. Endometriom bör enukleeras. Överväg alltid postoperativ medicinsk behandling!

Indikationer för kirurgi

- Patienter som inte svarar på medicinsk behandling: diagnostik
- Vid så svåra biverkningar att medicinsk behandling inte går att genomföra
- Endometriom som ger smärta, är i vägen för äggplockning, eller diagnosen är oklar
- Vid svår och djupt infiltrerande endometriosis (DIE)
- Symtomgivande förändringar som inte är mottagliga för hormoner (t.ex fibros).

Målsättningen med kirurgisk behandling ska vara att vid ett och samma tillfälle avlägsna alla endometriosis-förändringar. Upprepad och ofullständig kirurgi förvärrar tillståndet och försvårar efterkommande kirurgi. Vid misstanke eller bekräftad kännedom om engagemang av tarm eller urinvägar ska kirurg och/eller urolog närvara vid operation.

Peritoneal endometriosis: alla synliga peritoneala endometrioshärdar ska i första hand excideras för optimal smärtreduktion, i andra hand destrueras dessa fullständigt.

Laparoskopi syftar också till att ställa diagnos genom att ta vävnadsprov för histopatologisk bedömning. Ett negativt PAD-svar måste dock tolkas med försiktighet om man sett typiska förändringar, eftersom biopsin kan ha tagits utanför lesionen, samt att bedömningen är beroende av patologens kunskap och erfarenhet av endometriosis-diagnostik. Det är viktigt att noggrant inspektera de vanligaste lokaliseringarna, d.v.s. fossa vesicouterina, sacrouterinligamenten och fossa Douglasi. Även vid ospecifika förändringar är det av värde med biopsi.

Tydliga peritoneala förändringar excideras, mindre förändringar kan eventuellt destrueras med diatermi. Endometriosis på bäckenväggen kräver försiktighet, hydroprotection kan lämpligen användas. Adhärenser bör i mesta möjliga mån lösas.

Endometriom: man ska undvika att operera symptomfria kvinnor med endometriom, med tanke på ovarialreserv och framtida fertilitet. I första hand ges medicinsk behandling. Risk för cystruptur och adnextorsion är låg vid endometriom. Kirurgisk åtgärd görs när medicinsk behandling inte gett tillräcklig effekt, t.ex vid kvarstående smärta eller endometriomet är i vägen för äggplockning. Möjligheten till IVF-behandling utan föregående operation ska värderas tillsammans med IVF-specialist. Ingen definitiv storleksgräns finns. Indikation för operativ åtgärd finns naturligtvis vid malignitetsmisstanke eller oklar diagnos.

Ingreppet ska utföras av en van laparoskopist, med resektion av hela cystväggen. Det är mycket angeläget att undvika att destruera/exstirpera normal ovarialvävnad. Adhensionsprofylax bör användas. I efterförloppet ska patienten ha adekvat hormonell behandling och uppföljning. Vid recidiverande endometriom kan ooforectomi övervägas.

Radikal kirurgi: Hysterektomi med eller utan ooforectomi utgör ingen garanti för smärtfrihet vid endometriosis, men många kvinnor blir nöjda då de ofta har andra menstruationsrelaterade problem. Patienten ska vara mycket noggrant informerad angående konsekvenserna för att kunna ha realistiska förväntningar på operationsresultatet. Vid behov av substitutionsterapi efter SOEB bör östrogen ges med tillägg av gestagen (alternativt Tibolon) även i de fall hysterektomi har genomförts.

Djup infiltrerande endometriosis i tarm/urinvägar bör opereras multidisciplinärt i centraliserade team, med målsättningen att excidera all endometriosis och omgivande fibros. Operationen utförs med samma noggrannhet som cancerkirurgi.

Det är mycket viktigt med noggrann kartläggning före operation. Ofta är uretärerna engagerade och det kan peroperativt vara svårt att finna de naturliga gränserna mellan bäckenorganen.

Tarmendometrios kan ge upphov till strikturer vilka opereras med tarmresektion med eller utan anläggning av temporär stomi. Vid kirurgi i septum rektovaginale finns risk för fistelbildning mellan tarm och vagina.

13 UPPFÖLJNING

Varje påbörjad behandling bör följas upp där behandlingen ordinerats. Patienten ska ha fått information om hur man når sin läkare eller kontaktsköterska. Läkarkontinuitet rekommenderas. I mesta möjliga mån ska patienten slippa söka akut och träffa nya läkare som inte är insatta i hennes problematik.

Vid stabiliserat och förbättrat tillstånd kan fortsatt uppföljning ske hos gynekolog inom öppenvården. Samarbete med allmänläkare är mycket värdefullt hos patienter som samtidigt lider av tarmfunktionsstörningar, fibromyalgi eller utmattningsdepression.

14 SMÄRTFYSIOLOGI VID ENDOMETRIOSRELATERAD SMÄRTA

Det finns inte något enhetligt system att klassificera endometriosrelaterad smärta, men flera mekanismer finns dock beskrivna:

- Nociceptiv smärta
- Inflammatorisk reaktion och smärta
- Visceral smärta
- Neuropatisk/ neurogen smärta
- Central sensitisering vid långvarig smärta

Nociceptiv smärta uppkommer genom stimulering av perifera receptorer (nociceptorer), som finns i hela kroppen. Nociceptorerna är specifika för olika modaliteter t.ex: värme, kyla, tryck, ischemi och är ojämnt fördelade över kroppen. I fingrarna sitter nociceptorerna tätt och ger en hög diskriminationsförmåga vid smärtstimulering. I inre organ sitter nociceptorerna glesare och man kan därmed bara lokalisera smärta till ett större område t.ex. buken/bukhinnan.

Inflammatorisk reaktion: Smärta ingår som en del i de flesta inflammatoriska processer. Resorption av blod är en sådan process. Inflammatorisk smärta kan bero på dels upprepad/pågående inflammatorisk process men det inflammatoriska systemet kan också ”spåra ur” (maladaptive changes) och leda till en kvarstående inflammation.

Visceral smärta: Karakteristiskt för visceral smärta (organsmärta) är att den är svårlokaliserad och diffus samt att den kan trigga vegetativa symtom som illamående, oro, ångest och ökad svettning. Den kan vara kontinuerlig, är då ofta dov och molande, eller intermitterande, och beskrivs då ofta som spasmer eller kramper.

De lesioner som engagerar peritoneala ytor innerverade av perifera spinalnerver ger lokaliserad smärta. Lesioner som innerveras av det autonoma nervsystemet ger i huvudsak vegetativa symtom. Eftersom dessa smärtmekanismer är verksamma samtidigt leder det ofta till att endometriospatienter upplever en blandning av vegetativa symtom, diffus smärta och mer lokaliserad smärta.

Neuropatisk smärta: (äldre benämning neurogen smärta) kan vara perifer eller central. Den perifera neuropatiska smärtan orsakas av skador på perifera nerver. Detta kan ske dels som en följd av endometriosproussen i sig, men också efter nervskador vid kirurgiska ingrepp eller efter ischemi, metabola processer eller som en följd av medicinering.

Vid mindre skador kan den neuropatiska smärtan ha karaktären av "känslstörning", som av individen kan uppfattas som att "något är fel" och leda till en fokusering på det aktuella området. Denna typ av perifer neuropati är oftast avledbar och leder sällan till nattligt uppvaknande p.g.a. smärta. Nervskada kan dock också ge upphov till neurom som kan vara känsliga för beröring och ibland ge upphov till spontan "neuralgisk smärta".

Central sensitisering vid långvarig smärta: Återkommande smärta orsakad av till exempel inflammation kan leda till att nervsystemet utvecklar en ökad känslighet (sensitisering).

Mekanismer inom det centrala nervsystemet kommer då att få större betydelse för smärtupplevelsen än de perifera patofysiologiska processerna. Den ökade känsligheten i nervsystemet som kan utvecklas vid långvarig smärta benämns som central sensitisering. Dessa förändringar leder till fenomen som kallas allodyni och hyperalgesi och till smärtspridning. Allodyni innebär att stimuli som normalt inte är smärtsamma ex lätt-måttlig muskelansträngning, tryck etc. blir smärtsamt och kan leda till ökad smärta timmar till dagar efter stimulering. Hyperalgesi betyder att normalt sett smärtsam stimulering blir ännu mer smärtsam.

Långvarig smärta är således komplex och definieras dels efter tid (mer än 3–6 månader), och dels efter hur den påverkar individen. Det är viktigt att identifiera dessa patienter och göra en mer omfattande och sammanhållen analys. En avgränsad bedömning av patienten leder ofta till att behandlaren får en fragmenterad och svårförståelig bild av patientens problem, vilket bidrar till missförstånd, ökad stress och vilshenhet för patienten.

Kliniken för smärtrehabilitering i Lund har tagit fram nyckelområden (se nedan) för bedömning av patienter med långvarig smärta och dessa nyckelområden kan med fördel användas även vid endometriorelaterad smärta.

15 SMÄRTREHABILITERING

BEDÖMNING AV PATIENT MED LÅNGVARIG SMÄRTA

Indikationer för smärtrehabiliteringsbedömning. Bägge kriterier ska vara uppfyllda:

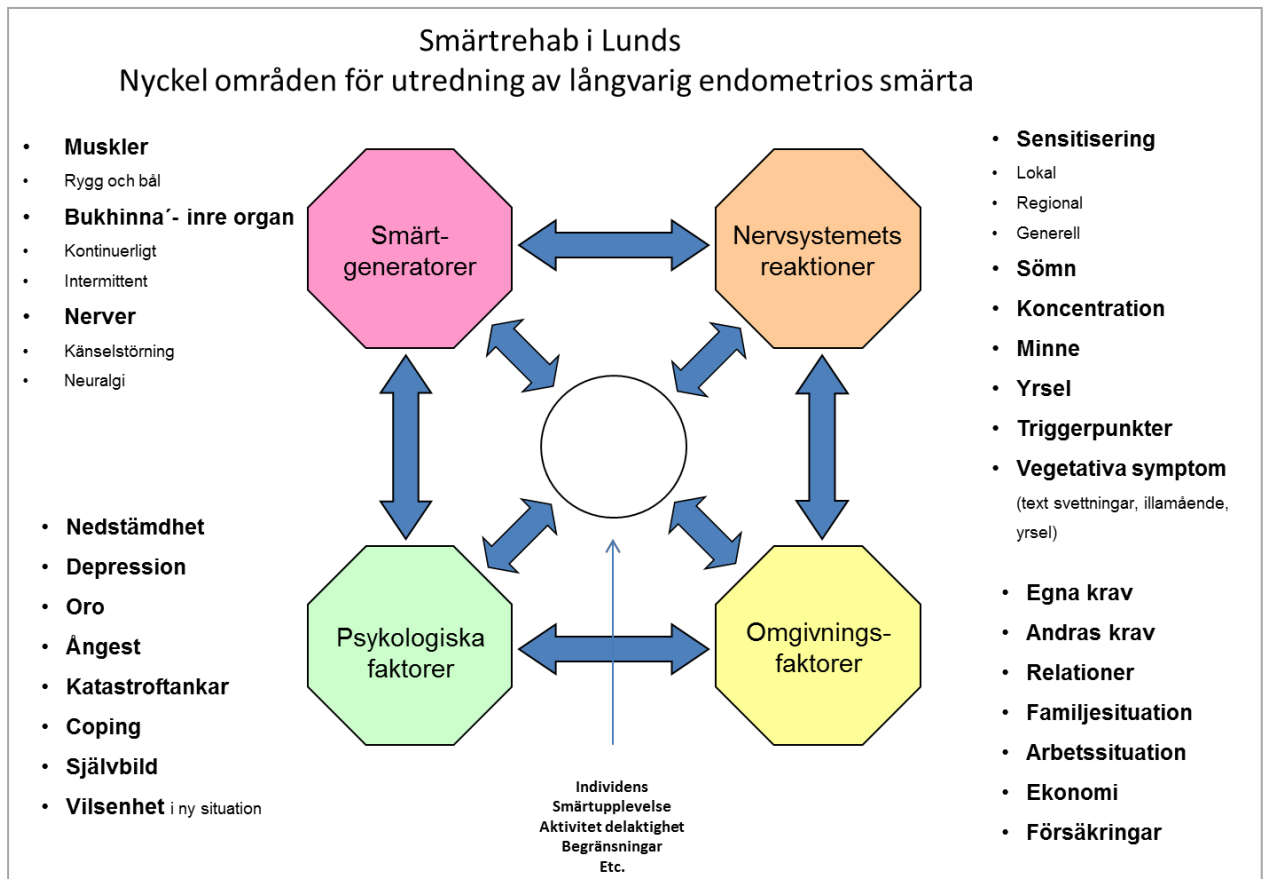
1. Endometriosteams rehabiliteringsmöjligheter är prövade och patienten är informerad om att inga ytterligare hormonella/farmakologiska behandlingsmöjligheter finns tillgängliga. Någon ytterligare kirurgisk behandling bedöms inte indicerad och patienten är informerad om detta.
2. Smärtan har stora konsekvenser för patienterna trots att endometriossjukdomen kan anses vara "under kontroll" eller är så välbehandlad som möjligt. Smärtan styr till stor del patientens livsföring.

Kontraindikationer:

- Beroende (d.v.s. toleransutveckling, stark önskan, fysiska abstinenssymtom)– remiss först till beroendecentrum alternativt uttrappning på hemmaklinik se [FASUT.nu](https://www.fasut.nu)
- Psykiatrisk åkomma som kräver specialistvård.

Bedömning görs oftast i rehabiliteringsteam som består av smärtiläkare, sjukgymnast och smärtpsycholog. Kurator kan vid behov kopplas in. En teamutredning görs under en dag och utmynnar i "Förklarande diagnos" och "Rehabiliteringsplan". Den senare kan omfatta kompletterande utredning, farmakologisk behandling, rekommendationer för samtalsterapi (enligt Vårdval psykoterapi), förslag på fysioterapeutiska åtgärder men också förslag på olika rehabiliteringsprogram.

Den initiala bedömningen görs enligt *Smärtrehab i Lunds Nyckelområden*, se bild.



BEHANDLING - SMÄRTREHABILITERING

Vid behandling av långvarig smärta vill man kartlägga vilka konsekvenser olika sätt att bemöta smärtupplevelsen får för livsföringen och försöka påverka dessa. Olika sätt att bemästra smärta får olika konsekvenser. Vissa människor anpassar sig till nya förutsättningar så att smärtan inte allvarligt hindrar dem i deras livsföring. Andra blir avsevärt begränsade inom olika områden i livet.

Rehabiliteringen ges under en avgränsad period av ett interdisciplinärt team, och sker i grupp. Teamets arbetssätt är kognitivt - beteendeterapeutiskt inriktat, med tonvikt på hur deltagaren fungerar "här och nu" i vardagssituationer.

Utgångspunkten är att smärta är en upplevelse. Olika faktorer medverkar (tillsammans med de sensoriska signalerna) till att skapa varje smärtupplevelse. Smärta har tidigare uppfattats som ett symptom kopplat till vävnadsskada och därför inte som ett problem i sig, vilket byggt på antagandet att behandling av skadan leder till att smärtan försvinner. Forskning har visat att smärta är ett mycket mer komplicerat fenomen.

Dels kan smärtsystemet vid långvarig smärta bli ökat känslig och signalera smärta som då inte är symptom på någon skada, dels påverkas smärtupplevelsen av olika faktorer (biologiska, psykologiska och sociala). Avgörande för en lyckad rehabilitering är att patienten kan göra ett paradigmskifte och lämna föreställningar om att sjukvården ska kunna behandla och ”ta bort” smärtan. Fokus behöver ändras från att försöka kontrollera smärtan till att arbeta mot att leva ett värdefullt liv med smärtan.

16 PSYKOSOCIALT OMHÄNDERTAGANDE

Gott psykosocialt omhändertagande är viktigt, i synnerhet för de patienter som drabbats av svår endometrios. När sjukdomen influerar allmän hälsa och vardag kan behövas regelbundet stöd av till exempel sjuksköterska eller behandlande läkare. Kuratorkontakt bör erbjudas patienterna, och ibland även anhöriga. Även psykologkontakt kan i en del fall vara nödvändig. Kunskap om endometriossjukdomen och möjlighet att påverka behandlingen ökar förmågan att hantera sjukdomen. Patientmedverkan är således viktig och vid behov kan individuell vårdplan skrivas tillsammans med patienten. Kontakt med patientföreningen för endometrios kan rekommenderas. Via denna får patienten möjlighet att dela erfarenheter och få stöd av andra patienter med endometrios.

17 OMVÅRDNADSASPEKTER

Ett strukturerat omhändertagande med tydliga riktlinjer vart patienter ska vända sig vid smärtgenombrott eller olika frågor kring sin behandling är viktigt. Här är kontaktsjuksköterska av stort värde. Funktionen leder till ökad trygghet hos patienterna och kan förhindra onödig oro och ångest, och därmed minskat behov av akuta besök. Det är också angeläget med läkarkontinuitet, för följsamhet till behandling och bästa behandlingseffekt.

Vid svår, inläggningskrävande smärta behövs god omvårdnad och adekvat smärtlindring. Smärtupplevelsen är komplex och inbegriper kognitiva och emotionella processer varför själva omhändertagandet har stor betydelse. Målet ska vara en smärtfri patient så snart som möjligt vilket kan uppnås genom en kombination av farmakologiska och omhändertagande åtgärder. Vid långvariga smärttillstånd kan det visa sig svårt att uppnå smärtfrihet, bland annat på grund av sensitisering och symtomlindring är då ett realistiskt mål. Långvarig och svår smärta samt en pålagrad attack kan utlösa ångestliknande reaktioner.

När kvinnor med dessa symtom söker akut så är det mycket viktigt att de inte ifrågasätts utan istället bekräftas och tas om hand direkt. I de fall akutbesök upplevts som frustrerande, kan det vara en god idé att i lugnt skede göra upp en skriftlig vårdplan i samråd med patienten, för att förebygga eventuella akuta besök. Om akuta besök ändå blir nödvändiga, kan ett vårdkontrakt med instruktioner till vårdgivare underlätta för såväl patient som vårdgivare. Vid upprepade inläggningar är det också viktigt att skapa en vårdplan som inbegriper såväl farmakologiska som omvårdnadsaspekter.

Patienter med svår smärtproblematik och endometrios kan utveckla beroende av opioider, men behöver inte uppfylla kriterier för missbruk. Detta är dock inget som kan diskuteras i den akuta situationen. Om en missbruksproblematik finns får den tas omhand i ett senare skede via beroendecentrum.

18 ANSVARSFÖRDELNING, NIVÅSTRUKTURERING

Nivå	Typ av mottagning	Åtgärder
7	Högspecialiserad vård/regionvård	Second opinion samt diagnostik och behandling vid svår sjukdom (DIE). Kirurgisk åtgärd i samarbete med kolorektalkirurg/urolog. Kunskaps- och kompetensutveckling. Forskning.
6	Smärtrehab	Smärtrehabilitering vid långvarig, socialt handikappande sjukdom - remiss enligt särskilda kriterier.
5	Specialist i gynekologi inom slutenvård/ Endometriosteam	Diagnostik och behandling. Kirurgiska åtgärder. Vid avancerad sjukdom och svår smärta omhändertagande i multidisciplinärt team.
4	Specialist i gynekologi inom primärvård/öppenvård	Utredning, diagnostik. Behandling (hormonell behandling + analgetika).
3	Allmänläkare primärvård	Identifikation av symtom. Uteslut differentialdiagnoser. Inled behandling (hormonell + analgetika) vid misstanke om endometrios. Remiss till specialist vid otillräcklig effekt av insatt behandling.
2	Barnmorska UM/Barnmorskemott	Behandling med p-piller och gestagena metoder. Vid misstanke om endometrios – kontakt med läkare på UM eller allmänläkare på VC.
1	Skolsköterska	Identifikation av symtom. Hänvisa till allmänläkare på VC.

19 REFERENSER OCH LÄNKAR

ARG-rapport nr 75, 2017, Endometrios <https://www.sfog.se/start/arg-rapporterdiagnosbok/>
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi har publicerat ARG-rapporten
"Endometrios" som kan rekvireras via SFOG-kansliet, Drottninggatan 55, 111 21
Stockholm. Fax nr. 08-22 23
30. www.sfog.se.

Norra regionens vårdprogram, 2014

Regionala medicinska riktlinjer i Västra Götaland,

2014 AKO-Skåne riktlinje för primärvården

Skånelistan 2017 - Rekommenderade läkemedel från Läkemedelsrådet

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation årgång 28, nummer 3, juni

2017

1177 – Endometrios

<http://www.endometrioforeningen.com/>

site/

Läkartidningen, volym 113, okt 2016 sid 1866-1870 (Central sensitisering bakom
svårbehandlad specifik smärta)

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2016/10/Central-sensitisering-bakom-svarbehandlad-specifik-smarta/>

ESHRE guidelines 2013

NICE National Institute for Health and Care Excellence 2017, Endometriosis guideline
summary <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/resources/endometriosis-diagnosis-and-management-pdf-1837632548293>

Journal of obstetrics and gynecology, volume 32, number 7

<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui244CPG1007E.pdf>

Länk PM KK SUS via dokumentportalen Akut smärtbehandling vid
endometrios

http://dokumentportal.i.skane.se/_layouts/DocIdRedirect.aspx?ID=RS03-00000030743 (Riktlinje nås endast med inloggning i Region Skånes nätverk)

För nedtrappning se:

<http://www.fasut.nu>

[http://dokumentportal.i.skane.se/Dokumentmappar/RS/sus/div1/VOintoperop/VEintoperiop/Sma rtMottMA/Nedtrappningsschema% 20OxyContin% 20OxyNorm.pdf](http://dokumentportal.i.skane.se/Dokumentmappar/RS/sus/div1/VOintoperop/VEintoperiop/Sma%20rtMottMA/Nedtrappningsschema%20OxyContin%20OxyNorm.pdf)
(nå s endast med inloggning i Region Skånes nätverk)

[http://dokumentportal.i.skane.se/Dokumentmappar/RS/sus/div1/VOintoperop/VEintoperiop/Sma rtMottMA/Nedtrappningsschema% 20K% 20Gabapentin.pdf](http://dokumentportal.i.skane.se/Dokumentmappar/RS/sus/div1/VOintoperop/VEintoperiop/Sma%20rtMottMA/Nedtrappningsschema%20K%20Gabapentin.pdf)
(nå s endast med inloggning i Region Skånes nätverk)