

Vårdprogram för Endometrios

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

Fastställd 2025-05-15
Giltig till 2026-06-30
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Uppdatering.....	2
Förankring och remissyttrande.....	2
Uppdrag, fastställande och giltighetstid.....	2
Vårdprogramsgrupp	2
Sammanfattning	3
1 Avgränsning och definition.....	4
2 Epidemiologi.....	4
3 Prevention – förebyggande insatser	5
4 Symtom och kliniska fynd	5
4.1 Symtom	5
4.2 Kliniska fynd.....	8
5 Remissrutiner	9
6 Diagnostik	11
6.1 Anamnes.....	11
6.2 Gynekologisk undersökning.....	12
6.3 Vaginalt ultraljud	12
6.4 Specialistultraljud.....	13
6.5 MR.....	13
6.6 Laparoskopisk diagnostik.....	13
6.7 Endoskopi.....	13
6.8 Fördjupning.....	14
6.8.1 Utredningsnivå- vem utreder vad?.....	14
6.8.2 Ultraljud – fördjupning	15
6.8.3 MR – Fördjupning.....	16
6.8.4 Laparoskopisk diagnostik - fördjupning	17
6.9 Diagnostik hos yngre patienter med misstänkt endometrios.....	18
7 Behandling	19
7.1 Hormonell behandling.....	19
7.1.1 Hormonella preventivmedel.....	19
7.1.2 Gestagenbehandling	20
7.1.3 Behandling med GnRH-agonist	21

7.2 Kirurgisk behandling.....	22
7.2.1 Indikationer för kirurgi.....	22
7.2.2 Diagnostisk laparoskopi.....	22
7.2.3 Kirurgisk åtgärd	23
7.2.4 Kirurgi vid djup endometrios	25
7.3 Behandling vid graviditetsönskan	27
7.4 Behandling under graviditet	29
7.5 Multiprofessionell teambehandling.....	30
7.6 Farmakologisk smärtbehandling	33
7.7 Behandling på akutmottagning vid smärtskov	36
7.8 Behandling vid långvarig smärta – nociplastisk smärta.....	37
8 Smärtfysiologi vid endometriosrelaterad smärta	38
8.1 Nociceptiv smärta.....	38
8.2 Neuropatisk smärta.....	39
8.3 Nociplastisk smärta	39
9 Uppföljning	41
10 Sjukskrivning och rehabilitering	41
10.1 Sjukskrivning	41
10.2 Smärtrehabilitering.....	42
10.2.1 Smärthanteringsprogram	44
11 Psykosocialt omhändertagande	44
12 Omvårdnadsaspekter	45
13 Kvalitetsindikatorer och målnivåer	46
14 Ansvarsfördelning, nivåstrukturering	46
15 Ekonomiska aspekter	47
16 Kvalitetsregister	47
17 Dokumentinformation	48
18 Referenser och länkar.....	49
Bilaga 1. Endometrios – Akut smärtbehandling	50
Bilaga 2. Nedtrappningsschema.....	55
Bilaga 3. Frågeformulär	56

Förord

För en god och jämlik vård finns det stort behov av enhetliga riktlinjer för omhänder-tagande av patienter med endometrios i Region Skåne.

Ursprungligt vårdprogram skapades 2015 och belyser symtom, lämplig utredning och behandling inklusive ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistsjukvård i region Skåne.

Förändring jämfört med tidigare revidering: Socialstyrelsen har sedan dess utkommit med Nationella riktlinjer för vård vid endometrios (2018) samt SBU-rapport för diagnostik, behandling och bemötande (SBU-rapport 277/18). Svensk förening för obstetrik och gynekologi också utarbetat och publicerat nationella SFOG-råd (2020). SFOG-råden används som ett nationellt vårdprogram och innehåller aktuella riktlinjer baserade på evidens och samlad klinisk erfarenhet. Flera av författarna till det regionala vårdprogrammet är huvudförfattare till kapitel i SFOG-råden. I samband med denna uppdatering av det regionala vårdprogrammet kommer hänvisning ske till SFOG-råden för endometrios. Dessa finns lättillgängliga via webben och uppdateras årligen. Vi har fokuserat på att förtydliga och ge regionala synpunkter på viktiga kapitel som hormonell behandling, kirurgi, smärtbehandling, bilddiagnostik och graviditet. Regionala riktlinjer vad gäller ansvarsfördelningen och olika remissrutiner belyses också.

Vissa kapitel som bakgrund och sjukdomsbeskrivning är avkortade, och för fördjupning hänvisas till de nationella SFOG-råden.

Fastställt Malmö 2025-05-15



Martin Engström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Uppdatering

Förlängning av giltighetstid. Uppdaterade bilagor samt länkar.

Förankring och remissyttrande

Vårdprogrammet var under 2015 på remiss hos samtliga sjukvårdsförvaltningar och primärvården i Region Skåne. Uppdateringen 2023 har inte varit på remissrunda. Uppdateringen 2025 har inte varit på remissrunda.

Uppdrag, fastställande och giltighetstid

Johanna Nordengren, med dr, överläkare, VO kvinnosjukvård, 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 samarbete med en regional vårdplansgrupp fastställdes detta vårdprogram och har funnits tillgängligt sedan november 2015.

Vårdprogramsgrupp

Under 2021 har delar av den tidigare utsedda regionala vårdplansgruppen genomfört aktuell revidering. Deltagare har varit:

- med dr Åsa Ringqvist, överläkare, specialist i psykiatri och smärtlindring, Smärtrehab Lund, SUS.
- Eva Cosmo, överläkare, kvinnokliniken Centralsjukhuset i Kristianstad.
- med dr Johanna Nordengren, överläkare vid endometrioscentrum Malmö, VO Kvinnosjukvård SUS.
- med dr Said Makari, överläkare vid endometrioscentrum Malmö, VO Kvinnosjukvård SUS.
- Johanna Berg, överläkare Gastrointestinal och Urologisk radiologi, VO Bild och Funktion SUS.
- med dr Ligita Jokubkiene, överläkare, specialist i ultraljud vid endometrioscentrum Malmö, VO Kvinnosjukvård SUS.
- Nils Lundin, överläkare VO Barn och Ungdom, Helsingborgs lasarett.

Sammanfattning

Endometrios har senaste åren uppmärksamats mer och mer. Sjukdomen är komplex och har stor inverkan på nära relationer, sexualitet och självkänsla. Yrkesliv och sociala relationer kan bli begränsade och ofta finns oro över prognos och framtida fertilitet. Symtomen debuterar som regel i unga år, men studier visar att det i genomsnitt tar sju år tills diagnos ställs. Sena följder kan minskas om behandling påbörjas och följs upp på ett tidigt stadium.

Man beräknar att 10 procent av kvinnor i fertil ålder har endometrios. Flertalet mår väl av den behandling som ges, medan en mindre andel utvecklar långvarigt smärttillstånd. Fertiliteten påverkas vid endometrios och det kan ta längre tid att uppnå graviditet, men ändå får 75 procent av kvinnor med endometrios det antal barn de önskar, med eller utan medicinsk assistans. Endometrios kan förekomma även hos personer som är helt symptomfria.

Utförlig anamnes och gynekologisk undersökning kan inge stark misstanke om endometrios. Om patienten svarar bra på insatt behandling behöver inte ytterligare bilddiagnostik eller laparoskopi göras. Vid oklar diagnos eller otillräcklig effekt av hormonbehandling finns indikation för ytterligare utredning och ibland laparoskopisk diagnostik och åtgärd. Kirurgi vid utbredd och avancerad endometrios är tekniskt svår, och är sedan 2021 centraliserad till fyra enheter i Sverige. I region Skåne finns nationell högspecialiserad vård-enhet (NHVe) på SUS, Malmö.

Orsaken till buk- och bäckensmärtor är, framför allt hos ungdomar, inte alltid så lätt att fastställa. Studier visar att drygt 2/3 av unga med kvarvarande svår menssmärta trots behandling med kombinerade p-piller och cox-hämmare har endometrios. Vid tidig symtomdebut och otillräcklig behandling ökar risken för långvarig buksmärta. Om smärtan är konstant och långvarig kan smärtsystemet börja agera på ett överbeskyddande vis och leda till sensitisering. Patienten kan då uppleva smärta trots att endometrios-sjukdomen är välbehandlad. Kognitiva faktorer såsom katastrofiering har visat sig påverka utvecklingen till långvarig smärta. Samsjuklighet med kronisk trötthet, sömnstörningar, nedstämdhet och generaliserad värk är vanligt.

Dessa patienter ses hos olika vårdgivare. Målsättningen med vårdprogrammet är att höja kunskapsnivån på alla vårdinstanser och utarbeta

metoder för samarbete lokalt och regionalt, så att patienter ska få utredning och adekvat behandling oavsett hur endometriossjukdomen yttrar sig.

1 Avgränsning och definition

För en god och jämlik vård finns det ett stort behov av enhetliga riktlinjer för omhändertagande av patienter med endometrios. Utredning och behandling ska kunna påbörjas på olika vårdnivåer, exempelvis via vårdcentral, ungdomsmottagning, barnmorskemottagning, öppenvårds-gynekologi liksom inom gynekologisk slutenvård. I vårdprogrammet belyses symtom, lämplig utredning och behandling av endometrios och definierar ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistsjukvård i regionen. AKO kortversion beskriver utredning via primärvården och är länkat till vårdprogrammet.

Från och med 1 januari 2021 finns det fyra nationella center för hög-specialiserad kirurgi (NHVe) vid endometrios i Sverige. SUS i Malmö är ett av dessa centra, övriga utsedda utgörs av Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, Södersjukhuset i Stockholm samt Akademiska sjukhuset i Uppsala. Riktlinjer för remittering till NHVe beskrivs liksom aktuella regionala riktlinjer vad gäller remissrutiner i region Skåne.

2 Epidemiologi

Endometrios definieras som förekomst av livmoderslemhinna utanför livmodern, och man delar in tillståndet i olika undergrupper: peritoneal endometrios (ytligt i bukhinnan), endometriom (cystor i ovarierna) och djup endometrios (inväxt > 5mm i intilliggande organ). Adenomyos (förändringar i livmoderväggen) förekommer ofta parallellt vid endometrios. Det är vanligt att en och samma person har flera former samtidigt. I sällsynta fall kan betydligt mer ovanliga former av endometrios ses till exempel i lunga, bukvägg och i ärr efter tidigare kirurgi. Dessa kategoriseras som djup endometrios.

Prevalenssiffrorna för endometrios är mycket varierande och svårtolkade. Detta beror bland annat på att det saknas en enkel, diagnostisk metod för peritoneal endometrios. Det krävs en tränad operatör med vana att identifiera lesioner vid diagnostik via laparoskopi, och den mikroskopiska bedömningen förutsätter också erfarenhet och kunskap om endometrios.

Bilddiagnostiken har klart förbättrats på senare år, och därmed kan djup endometrios, endometriom och adenomyos numera med stor säkerhet diagnosticeras med vaginalt ultraljud eller MR. Diagnoskriterierna har således ändrats genom åren vilket gör att äldre siffror inte är helt jämförbara med aktuella studier.

Utifrån tillgängliga studier brukar man ange en förekomst på 10 procent hos kvinnor i fertil ålder. Tillståndet är vanligare i vissa subgrupper och ses hos 30 procent av kvinnor med primär infertilitet samt hos cirka 50 procent av tonåringar med terapiresistent mens- och bäckensmärtor. Endometriosförändringar kan även förekomma hos symtomfria kvinnor, och upptäckas en passant vid ultraljud eller laparoskopi av annan orsak. Tillståndet ses i huvudsak under kvinnans fertila period. I undantagsfall kan endometrios diagnosticeras eller kvarstå postmenopausalt, och då företrädesvis vid östrogensubstitution.

3 Prevention – förebyggande insatser

I de Nationella riktlinjerna för vård vid endometrios framhåller Socialstyrelsen särskilt vikten av förebyggande åtgärder genom ett bättre omhändertagande av unga med svår menstruationssmärtor. Flera studier har visat att endometrios är underdiagnostiserat hos unga.

Utbildningsinsatser till sköterskor inom elevhälsa, barnmorskor på ungdoms- och barnmorskemottagning, läkare på vårdcentraler samt även specialister inom öppen- och specialistsjukvård är sannolikt det viktigaste instrumentet för att möjliggöra en förbättrad vård. Sena följder kan minskas om diagnos ställs tidigare och korrekt behandling inleds och följs upp.

4 Symtom och kliniska fynd

4.1 Symtom

Klassiska symtom är dysmenorré och djup dyspareuni. Om det samtidig finns anamnes på trängningar och smärta vid vattenkastning samt smärtor vid tarmtömning ökar sannolikheten för endometrios. Föreligger dessutom svårigheter att bli gravid innebär det stark misstanke om endometrios.

Dysmenorré: svår menssmärta är det vanligaste symtomet. Den kan vara primär, eller sekundär efter flera år av smärtfria menstruationer. Smärtan startar vanligen strax 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.

Många patienter har även stora besvär av ovulationssmärta, vilken kan ha liknande karaktär. Dysmenorré orsakas av kramper i uterus kombinerat med inflammatorisk reaktion i endometrioshärdar. Eventuella adherenser som påverkar rörligheten hos organen i lilla bäckenet kan också bidra till smärta. Vid återkommande smärtsamma menstruationer under lång tid kan sensitisering uppstå, och leda till långvarig smärta.

Djup dyspareuni: Svår, djup samlagssmärta är ett kardinalsymtom för endometrios, men finns inte alltid. Vissa patienter upplever en mycket kraftig smärta vilket omöjliggör samlag. Smärtan kan kvarstå flera timmar eller dygn efter coitus. En liknande smärta kan uppstå efter gynekologisk undersökning, och bidra till att patienter upplever gynekologisk undersökning som extra svår.

Inte sällan förekommer även ytlig dyspareuni, men denna orsakas inte av endometrios. Ytlig smärta kan i stället uppstå sekundärt till förhöjd muskeltonus, beroende på tidigare upprepade smärtupplevelser. Sensitisering, det vill säga ökad smärtkänslighet i vulva kan också bidra till ytlig dyspareuni.

Tarmbesvär: Smärta från tarmen och IBS-liknande besvär är mycket vanligt i befolkningen och förekommer ofta vid endometrios. Minst 70 procent har symtom från tarmen, i form av menstruationsrelaterad diarré och/eller obstipation samt smärta vid tarmrörelser och tarmtömning. Både smärta och funktionella besvär kan orsakas av endometriosrelaterad inflammatorisk aktivitet i peritoneala förändringar. Mycket talar även för att ökad smärtkänslighet – nociplastisk smärta – är en viktig bakomliggande orsak. Central sensitisering är sannolikt en av bidragande orsaker vid långvariga tarmbesvär. Tarmbesvär behöver inte innebära att det finns djup endometrios, men utredning med avseende på det behöver göras vid svåra besvär.

Vid djup endometrios med tjocktarmsengagemang, eller vid lesioner i bakre vaginalväggen/septum rektovaginale kan mycket svår smärta uppträda vid defekation och vid tarmrörelser. Rektalblödningar i samband med menstruation innebär stark misstanke om tarmendometrios, och skall alltid

föranleda vidare utredning. Andra orsaker till tarmlödning kan behöva utredas samtidigt.

Urinvägsbesvär: Symtom som trängningar och smärta vid miktation samt ömhet suprapubiskt och i nedre korsryggen är vanligt hos kvinnor med endometrios. Besvären finns som regel utan att man kan påvisa djupa lesioner i urinvägarna, och symtomen kan orsakas av ytliga peritoneala förändringar. Även bäckenbottenspanning ger upphov till trängningsbesvär och därför bör muskeltonus i bäckenbotten alltid bedömas.

Urinvägsengagemang med djup endometrios i blåsa och ureter ses i 2 – 4 procent. Vid cykliska blödningar från urinvägar måste endometrios misstänkas och utredas skyndsamt. Djupa förändringar behöver som regel åtgärdas kirurgiskt på grund av smärtor, blödningar och för att undvika påverkan på njurfunktionen.

Symtom vid adenomyos: symtomen kan variera mycket mellan olika individer. Som grupp ser man dock att patienter med adenomyos huvudsakligen besväras av rikliga och oregelbundna blödningar, medan patienter med endometrios har smärta som huvudsymtom.

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 cyklisk hemoptya och upprepade tillfällen med spontan-pneumothorax. Bukväggsendometrios kan ge blödningar från naveln och smärtor i ärr efter tidigare kirurgi. Djup endometrios i tarm och uretärer kan orsaka svåra tillstånd som subileus/ileus respektive uretärstas/hydronefros.

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. Långvarig smärta, det vill säga konstant smärta i 3 – 6 månader utan smärtfria intervall, kan ses vid avancerad sjukdom med djupa förändringar, uttalade sammanväxningar och fibros. Många gånger förekommer även långvarig smärta utan att det föreligger avancerad endometrios. Vissa patienter kan uppleva fortsatt smärta som vid aktiv endometrios, trots att ingen sjukdomsaktivitet kan påvisas. Flera studier har påvisat samband mellan långvarig endometriossmärta och kliniska tecken nociplastisk smärta (se kapitel *Smärtfysiologi vid endometriosrelaterad smärta*).

Symtom hos unga: Unga patienterna har oftare ospecifika besvär. Smärta när som helst i menscykeln är betydligt vanligare och ses hos 90 procent av unga med endometrios, medan dysmenorré ses hos 50–60 procent. Svåra besvär av dysmenorré kan leda till upprepade skolfrånvaro. Urinvägsbesvär som trängningar och smärta vid vattenkastning (dysuri) rapporteras ofta. Obstipation, smärtsam tarmtömning och IBS-liknande besvär är mycket vanliga, djup samlagssmärta och/eller smärta vid användande av tampong är relativt vanligt medan ägglossningssmärta och riklig menstruation är mindre förekommande jämfört med hos vuxna.

Sammantaget gör det bilden mer diffus och kan bidra till att varken patient eller vårdgivare direkt associerar besvären till endometrios. Symtomen har ofta funnits länge vid diagnos, och i enkäter framkommer att 70 procent haft symtom före 20 års ålder, och 38 procent anger symtom före 15 års ålder.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 15. Barn och unga med dysmenorré/endometrios.pdf \(sfog.se\)](https://www.sfog.se/Endometrios/Del%2015%20Barn%20och%20unga%20med%20dysmenorr%C3%A9/endometrios.pdf)

4.2 Kliniska fynd

Det är mycket vanligt med ömhet över uterus och adnexa, speciellt motsvarande sakrouterinligamenten samt en generell ömhet i nedre delen av buken. Finns det endometriom kan dessa palperas som förstorade och/eller fixerade ovarier. Vid djupa förändringar kan infiltrat palperas till exempel i bakre fornix eller i septum rektovaginale. Bäckebottenmuskulaturen är mycket ofta palpationsöm med förhöjd tonus, som tecken på muskulär anspänning. Vaginala endometrioshärdar är relativt ovanliga, men finns förändringar på portio eller i vagina ses dessa vid spekulumundersökning. Bukväggsendometrios palperas som ömmande knutor, vanliga lokalisationer är i navel, sectioärr och i ljumskar.

En normal gynekologisk undersökning utesluter inte endometrios.

5 Remissrutiner

Skolsköterska Elevhälsans medicinska insats: Upptäcka symtom. Ge rekommendation om analgetika (för detaljer var god se *Behandlingstrappa vid akut smärta och smärta vid kortare perioder, steg 1*). I hälsosamtal viktigt att ta upp frågor kring mensvärk, tarm- och urinvägsbesvär och samlagssmärtor. Vid återkommande mensvärk och skolfrånvaro på grund av smärta: hänvisa till ungdomsmottagning eller VC.

Barnmorska Ungdoms-/barnmorskemottagning: Identifiera patienter med svår dysmenorré och möjlig endometrios. Ge rekommendation om analgetika (för detaljer var god se 7.6 *Farmakologisk smärtbehandling*) samt förskriva hormonella preventivmedel. Vid uttalade smärtor trots hormonella preventivmedel: kontakt med läkare på UM. Vid misstanke om annan orsak till smärta/differential-diagnos: diskutera med läkare på UM, som sedan tar ställning till vidare utredning.

Läkare Ungdomsmottagning: Förskrivning av analgetika (för detaljer var god se 7.6 *Farmakologisk smärtbehandling*) samt hormonella preventivmedel och gestagena metoder (för detaljer var god se *Hormonell behandling*). Remiss till specialist i gynekologi vid otillräcklig effekt av insatt behandling och misstanke om endometrios, för ytterligare utredning/andra behandlingsalternativ.

Allmänläkare: Primär behandling av svår dysmenorré, med förskrivning av analgetika och hormonella preventivmedel enligt AKO riktlinjer samt uteslutande av differentialdiagnoser.

Remiss till specialist i gynekologi vid otillräcklig effekt av insatt terapi.

Se även:

[Endometrios - vårdriktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se)

Specialist gynekologi/öppenvård: Alla läkare inom öppenvårds-gynekologi ska kunna utreda och behandla dysmenorré och misstänkt endometrios, ha kunskap om olika hormonella behandlingsalternativ och ge adekvat behandling vid endometrios.

Vid behov av second opinion och ställningstagande till eventuella ytterligare åtgärder: remiss till kvinnoklinik på respektive ort: Kristianstad, Helsingborg, Ystad, SUS.

Specialist gynekologi/slutenvård: Alla läkare på kvinnoklinik (även ST-läkare i samråd med handledare) ska kunna utreda och behandla dysmenorré inklusive endometrios, både hormonellt och mot smärtor. Vid långdragna och svåra besvär bör omhändertagande ske i multiprofessionellt team.

Vid behov av diagnostisk laparoskopi och eventuell kirurgisk åtgärd skall detta göras av endometrioskunnig operatör. Effekten av kirurgi och hormonell behandling ska utvärderas noga, 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 med kunskap om både hormonell och kirurgisk behandling, sjuksköterska/barnmorska, kurator eller psykolog, fysioterapeut 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 akutsjukhusen i regionen. (Kristianstad, Helsingborg, Ystad och SUS)

Endometrioscentrum: Vid behov av second opinion på grund av svårbehandlad endometrios och långvarig smärta kan remiss skickas till endometrioscentrum VO kvinnosjukvård, SUS Malmö. Multidisciplinär teambedömning görs vid specialmottagning där sjuksköterska, psykolog, fysioterapeut och gynekolog deltar. Vid samma tillfälle görs kompletterande undersökning med specialistultraljud.

Vid behov av högspecialiserad kirurgi ska remiss skickas till endometrioscenrum, VO kvinnosjukvård, SUS Malmö. Undersökning inklusive specialistultraljud sker vid specialmottagning där gynekolog, kontakt-sjuksköterska och kolorektalkirurg eller urolog deltar. Vid behov sker samråd med representant från RMC. Inför remiss ska specificerad utredning ha genomförts enligt särskilt PM/remiss för nationell högspecialiserad vård vid endometrios. Var god se nedanstående länk:

[Nationell högspecialiserad vårdremsa endometrios.pdf Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

Smärtrehab: Remiss från respektive multidisciplinärt endometriosteam kan skickas till smärtrehab i Lund, om smärtan blivit långvarig och har stora konsekvenser på patientens livsföring, trots att endometriossjukdomen är välbehandlad. Inför remiss finns ett beslutsträd framtaget (var god se kapitel *Smärtrehabilitering*).

Det är viktigt att patienten får information om att smärtherehabilitering inte har smärtlindring som mål utan handlar om förändringsarbete och syftar till ökad förmåga att kunna leva ett aktivt och meningsfullt liv. På Smärtherehab träffar patienten ett team bestående av läkare, psykolog och fysioterapeut som kartlägger de konsekvenser den långvariga smärtan fått och vilka smärthanteringsstrategier patienten utvecklat. Teamet bedömer patientens behov och motivation att delta i smärthanteringsprogram i grupp. Efter avslutad utredning och eventuell rehabilitering återremitteras patienten till patientansvarig läkare.

Övriga remissinstanser: Vid behov av specialistultraljud kan remiss från gynekolog inom öppen- och slutenvård skickas direkt till ultraljuds-avdelningen, VO kvinnosjukvård, SUS Malmö.

Vid behov av fertilitetsbehandling kan remiss skickas enligt sedvanliga rutiner till RMC (Reproduktionsmedicinskt centrum). Kontakt kan också tas direkt med RMC för att planera hormonell behandling i avvaktan på IVF.

6 Diagnostik

Val av undersökningsmetod vid utredning av misstänkt endometrios beror på vilken vårdnivå patienten söker. Säker diagnos på endometrios sätts vid synliga förändringar i samband med undersökning eller laparoskopi, alternativt vid typisk bild vid vaginalt ultraljud eller MR. Hörnstenarna i utredningen är följande:

Diagnostik:

1. Anamnes
2. Gynundersökning
3. Vaginalt ultraljud
4. Specialistultraljud
5. MR
6. Laparoskopi
7. Eventuell endoskopi

6.1 Anamnes

En noggrann anamnes är grundläggande oavsett vårdnivå. Viktiga frågor att ta upp både för diagnostik och omhändertagande:

- Mensrelaterade smärtor
- Samlagssmärter
- Smärtor från tarm och urinvägar
- Eventuella tidigare behandlingsförsök
- Tidigare graviditeter, eventuell svårighet att bli gravid
- Smärtornas karaktär och inverkan på vardagslivet till exempel sjukfrånvaro
- Tidigare smärtlindringsmetod
- Patientens egna tankar om smärtbilden
- Eventuella kontraindikationer mot hormonell behandling.

Ett standardiserat frågeformulär (*bilaga 3*) kan vara till stor hjälp för en heltäckande bild och bidra till att patienten känner att hon blir tagen på allvar.

6.2 Gynekologisk undersökning

Vaginal spekulumundersökning och palpation: Yngre patienter och kvinnor som inte debuterat sexuellt behöver inte undersökas direkt. Undersökningen kan vara mycket smärtsam. Lugn och ro samt eventuellt förebyggande smärtlindring kan underlätta.

Man ska dokumentera avvikelser från normal anatomi samt bedöma eventuell ömhet över uterus och adnexa samt tonus i bäckenbottenmuskulatur. Endometriom kan palperas som förstorade och/eller fixerade ovarier. Palpabla fynd i septum rectovaginale inger misstanke om sjukdomen. Synliga blåaktiga förändringar i vagina eller på portio är diagnostiska för endometrios. Normala undersökningsfynd kan dock inte utesluta förekomst av endometrios.

6.3 Vaginalt ultraljud

Diagnos av endometriom och adenomyos görs vid vanligt transvaginalt ultraljud. Om patienten inte vill genomgå vaginal undersökning kan rektalt ultraljud ersätta vaginal undersökning.

Indirekta tecken på endometrios som adherenser mellan organen i lilla bäckenet kan misstänkas vid inskränkt rörlighet samt vid ömhet och negativ sliding sign (se nedan *Fördjupning*). Andra specifika fynd som talar för

endometrios kan vara svårare att se och kräver högre ultraljudskompetens. För detaljinformation se även fördjupande avsnitt om ultraljud nedan.

6.4 Specialistultraljud

Högspecialiserat ultraljud är indicerat vid misstanke om djupa förändringar och som kartläggning inför kirurgisk åtgärd. Undersökningen ger detaljerad information om utbredningen av endometrios och förekomst av djup endometrios. Peritoneal endometrios kan inte ses med ultraljud och en normal ultraljudsundersökning kan därmed inte utesluta peritoneal endometrios. För detaljinformation se även fördjupande avsnitt om ultraljud nedan.

6.5 MR

MR är i första hand indicerat som preoperativ kartläggning av djup endometrios men utgör också ett diagnostiskt alternativ vid avsaknad av tillgång till högspecialiserat ultraljud. MR har låg sensitivitet för peritoneal endometrios och kan således inte användas för att utesluta endometriosförändringar i lilla bäckenet. För detaljinformation se även fördjupande avsnitt om MR nedan.

6.6 Laparoskopisk diagnostik

Laparoskopi kan utföras vid oklar diagnos efter punkt 1–5 och vid terapi-svikt trots optimerad hormon- och smärtbehandling. Ett ingrepp bör planeras så att eventuella peritoneala endometrioshärdar kan åtgärdas i samma seans. För detaljinformation se även fördjupande avsnitt nedan.

6.7 Endoskopi

Vid symtom från urinvägar respektive tarm bör utredning kompletteras med cystoskopi respektive rekto-/sigmoideo-/koloskopi.

Samtliga diagnostiska metoder är mycket beroende av undersökarens erfarenhet. Det är därför rekommenderat att man som kliniskt verksam läkare noterar vem som gör bedömning av till exempel MR-undersökning och PAD, och vid behov ber om second opinion.

Datortomografi tillför ingenting vid diagnostik av misstänkt endometrios och det finns inte heller några biokemiska markörer som är användbara i utredningen.

6.8 Fördjupning

6.8.1 Utredningsnivå- vem utreder vad?

Diagnostik på vårdnivå:
Elevhälsa punkt 1
UM punkt 1–2
Primärvård punkt 1–2
Gynekologisk öppenvård punkt 1–5
Gynekologisk slutenvård punkt 1–7
Vid behov hänvisas till endometriosspecialist

För ungdomar är det naturligt att ta kontakt med skolsköterska eller ungdomsmottagningen vid besvär med menssmärtor. De första misstankarna på endometrios kommer därför ofta fattas på denna vårdnivå. Vid svår mensrelaterad buksmärtor, som inte viker på NSAID kombinerat med paracetamol och som leder till skol- eller jobbfrånvaro är första åtgärd att sätta in behandling med hormonellt preventivmedel. Gynekologisk undersökning är inte nödvändig vid klart mensrelaterade besvär. För kvinnor som söker primärvården gäller samma resonemang. Kan besvären behandlas tillfredsställande enligt ovan, behövs ingen ytterligare utredning och uppföljning kan ske hos primärvårdsläkaren. Se kortversion AKO.

Vid otillräcklig effekt av insatt behandling ska vidare utredning ske via gynekologisk mottagning med möjlighet till vaginal ultraljudsdiagnostik. Remiss till gynekolog är också motiverad vid graviditetsönskan och när det finns andra symtom som samlagssmärter, avförings- och vattenkastnings-smärter. Finns intresse och kunskap kan patienterna med fördel fortsatt omhändertas i öppen vård.

För patienter som har stora besvär och påtaglig påverkan på livsföring behövs tillgång till specialistkunskap inom gynekologisk slutenvård. Detta för möjligheter till ytterligare diagnostik och behandling, eventuell kirurgi samt teamomhändertagande och i enstaka fall inneliggande utredning och vård.

Utredning och behandling ska ske parallellt vid misstänkt endometrios. En noggrann anamnes inklusive behandling med analgetika och hormon-behandling är grundläggande. Uppföljning av insatt behandling kombinerat med ett mottagande av patienten som innebär att vårdgivaren tar henne på allvar, är viktiga bitar för patienten ska kunna hantera sina besvär. Man kan lämpligen redan i tidigt skede undersöka patientens tankar kring det uppkomna smärttillståndet genom att ställa frågor kring föreställningar, förväntningar och farhågor för att kunna ge adekvat, klargörande och normaliserande information. Detta kan vara mycket viktigt då katastrof-tankar visats ha samband med utveckling av långvarig smärta vid endometrios.

6.8.2 Ultraljud – fördjupning

Endometriom: Vaginalt 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 ekogenisitet) och förtjockad kapsel. Differentialdiagnoser utgörs av hemorragiska corpus luteumcystor, dermoidcystor och enkla cystor liksom cystadenom. Med hjälp av färgdoppler kan en erfaren undersökare särskilja endometriom från maligna cystor.

Vid endometrios i avancerad form ses ofta ovarierna ligga tätt intill varandra i fossa Douglasi, så kallade ”kissing ovaries”, med eller utan endometriom. Organen i lilla bäckenet är då även fixerade och kan inte förskjutas i förhållande till varandra (negativ sliding sign).

Adenomyos: Adenomyos kan diagnosticeras med ultraljud av van undersökare. Typiskt utseende vid diffus adenomyos är förstorad uterus med asymmetri mellan främre och bakre väggen, som inte orsakas av myom. Dessutom ses heterogent myometrium, hypoekogena linjer, cystor samt suddig gräns mellan endometrium och myometrium. Adenomyos kan även vara fokal, och ses då som en rund, fokal förändring i myometriet, och behöver skiljas från myom.

Djup endometrios: Med djup endometrios avses vanligen förändringar i tarm och urinvägar samt på sacrouterinligamenten, i septum rectovaginale, vagina och bakre fornix. Endometrios- förändringarna ses som hypoekogena, linjära eller nodulära förtjockningar med oregelbunden form, och är dåligt vaskulariserade med färgdoppler. Negativ sliding sign tyder på uttalade sammanväxningar i fossa Douglasi. Förändringar kring uretärer kan ge uretärstas och även leda till hydronefros. Vid djupa endometrios-

förändringar är det därför viktigt att även abdominellt ultraljud görs för att bedöma eventuell hydronefros.

Inför eventuell kirurgi är det mycket viktigt att bedöma både sammanväxningar och utbredningen av förändringar. Diagnostiken av djupa förändringar kan vara svår både vid ultraljudsundersökning och vid laparoskopi. Preoperativ kartläggning av rektovaginal och djup endometrios i tarmen måste göras eftersom eventuell kirurgi kan bli omfattande.

Vid behov av specialistultraljud kan remiss kan skickas till Ultraljudsavdelningen, VO kvinnosjukvård, SUS, Malmö.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 5. Ultraljud vid endometrios och adenomyos.pdf \(sfog.se\)](https://www.sfog.se/Endometrios/Diagnostik/ultraljud/Endometrios%20och%20adenomyos.pdf)

6.8.3 MR – Fördjupning

Magnetkamerundersökning (MR) av lilla bäckenet är ett bilddiagnostiskt komplement till ultraljud. MR påvisa djupa förändringar inklusive tarmförändringar i rektum och distala sigmoideum. Adenomyos kan diagnosticeras även vid samtidig förekomst av myom, och MR kan skilja mellan endometriom och blödning i funktionella cystor.

MR-undersökningen av lilla bäckenet inkluderar T2- och T1-viktade sekvenser utan intravenös kontrast. Undersökningen utförs med patienten i rygggläge.

I MR-remissen skall framgå:

- Tidigare gynekologisk kirurgi (till exempel hysterektomi, salpingooforektomi, kejsarsnitt, myomenukleation, med mera).
- Pågående hormonbehandling.
- Beskrivning av aktuella symptom. Smärta vid samlag eller tarmtömning/blåstömning? Tarmblödningar eller urinträngningar?
- Misstanke om endometrios i sectioärr?
- Fynd vid undersökning samt lokalisation av eventuella fynd.
- En kortfattad beskrivning av relevanta ultraljudsfynd.

Patientförberedelser:

- MR-undersökningen kan utföras när som helst under

menstruationscykeln.

- Eventuella hormonpreparat skall **inte** sättas ut inför MR.
- Cirka fyra timmars fasta samt Mikrolax eller Klyx före undersökning rekommenderas. Varje röntgenavdelning meddelar eventuella förberedelser till patienterna i kallelsen till MR-undersökning.
- Tampong skall undvikas vid undersökningen.
- Vaginal gel kan användas om man har palperat en förändring i vagina.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 6. Magnetkameraundersökning \(MR\) vid endometrios och adenomyos.pdf \(sfog.se\)](#)

6.8.4 Laparoskopisk diagnostik - fördjupning

Diagnostisk laparoskopi har tidigare varit metoden för definitiv diagnos. Med förbättrad bilddiagnostik kan man idag ofta säkerställa diagnosen endometrios utan operation, vilket är mycket välkommet med tanke på risker vid kirurgiska ingrepp. All kirurgi ökar risken för adherenser och ärrbildningar, vid endometrios även så kallad ärrendometrios. Både laparoskopi och bilddiagnostik förutsätter att undersökningarna bedöms av specialist med specifik kunskap om endometrios.

Vid laparoskopin bör metod enligt ”see and treat” tillämpas, vilket innebär att alla synliga lesioner avlägsnas och skickas för PAD. Operationsfynd ska beskrivas utförligt i operationsberättelse samt om möjligt fotodokumenteras eller filmas. En erfaren operatör kan direkt se en bild som bekräftar diagnosen endometrios. Om en riktad biopsi är negativ utesluter det inte endometrios, eftersom den kliniska bilden för en erfaren operatör väger tyngre.

Diagnostisk laparoskopi bör övervägas vid oklara besvär och där hormonell behandling inte gett tillräcklig symtomlindring. Upprepade laparoskopier ska undvikas eftersom det är förenat med ökad risk att utveckla långvariga smärttillstånd.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 11. Kirurgisk diagnostik och behandling av endometrios.pdf \(sfog.se\)](#)

6.9 Diagnostik hos yngre patienter med misstänkt endometrios

Utredning av yngre patienter syftar till att ställa diagnos och ge möjlighet till rätt information och behandling. På så vis motverkas konsekvenser som långvarig smärta, skol- och arbetsfrånvaro, försämrad livskvalitet och en möjlig risk för nedsatt fertilitet. Hos mycket unga patienter kan laparoskopibilden vara extra svår att bedöma. Det förekommer subtila, knappt synliga lesioner, och även övergående förändringar. Man ska hos unga därför vara noga med att välja rätt tidpunkt för laparoskopi.

Följande bör man ta speciell hänsyn till:

- Behovet av tydlig och anpassad information till patient och anhöriga.
- Möjlighet till tät kontakt med vårdgivare för uppföljning och stöd.
- Anpassning av utredning: om patienten inte har debuterat sexuellt behöver inte vaginal undersökning göras i inledning av utredningen, vare sig med vaginal spekulundersökning och palpation eller vaginalt ultraljud. Ett rektalt ultraljud kan vara ett alternativ.
- Laparoskopi: Vid laparoskopi på yngre patienter ses mer diskreta förändringar som ofta är genomskinliga (blåsor), vita eller röda till skillnad från endometrios hos vuxna där man ser mörkt rödbruna ärriga lesioner. Synliga förändringar kan saknas helt trots att den kliniska bilden starkt talar för endometrios. Detta, kombinerat med kända risker vid kirurgi, medför ofta att man undviker kirurgi länge. Det föreligger därför risk för att diagnos fördröjs.

Endometrioscunnig läkare ska därför på ett tidigt stadium konsulteras vid utredning av yngre patienter och framför allt vara delaktig vid operation.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 15. Barn och unga med dysmenorré/endometrios.pdf \(sfog.se\)](#)

7 Behandling

7.1 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. En allmänt accepterad terapistege innebär: **1. Hormonella preventivmedel:** Kombinerade p-piller, mellanpiller, hormonspiral, p-stav, p-spruta. **2. Gestagener i högdos:** Provera®, Primolut-Nor®, Visanne®, Endovelle®, Depo-Provera®. **3. GnRH-agonister:** Nässpray eller injektion.

Behandlingseffekten är likvärdig mellan preparaten och valet får styras av biverkningsprofil samt patientens tidigare erfarenheter. Det går bra att kombinera olika preparat. Innan GnRH-agonistbehandling påbörjas bör diagnosen endometrios vara verifierad via laparoskopi eller typisk ultraljudsbild. Inledd behandling utvärderas efter ungefär tre månader medan dosändringar kan utvärderas efter några veckor.

7.1.1 Hormonella preventivmedel

Monofasiska, gestagendominerade p-piller: Neovletta®, Abelonelle®, Prionelle®. Tabletterna tas kontinuerligt, placebotabletter hoppas över. Vissa kvinnor behöver släppa fram en blödning cirka var tredje månad. Vid genombrottsblödning som inte upphör inom ett par dagar kan patienten göra 4 dagars uppehåll för att initiera en bortfallsblödning och sedan återgå till en tablett dagligen. Vid återkommande 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: till exempel Yaz®, P-ring (Nuvaring®) och p-plåster (Evra®) kan prövas vid gestagena biverkningar. Kontinuerlig behandling enligt ovan.

Nyare preparat: Zoely®, Qlaira® och Dienorette® 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.

Mellanpiller: i form av Desogestrel (Vinnelle®, Gestrina®, Cerazette®) alternativt p-stav (Nexplanon®) kan insättas om kontraindikationer för kombinerade p-piller föreligger. Dosering: 1 tablett dagligen, men ibland behövs högre dos 2(-3) tabletter dagligen för att symtomlindring ska uppnås.

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 säkerställd effekt vid smärta på grund av 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 frukostigt 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.

7.1.2 Gestagenbehandling

Medroxyprogesteron (MPA): i tablettform (Provera®) eller injektionsform (Depo- Provera®) finns i 5 och 10 mg tablett och har fördelar av att dosen är lätt att justera.

Dosering: tablett Provera® 10 mg dagligen, gärna uppdelad i två doser per dygn de första veckorna för att minska eventuella biverkningar. Patienten kan instrueras att själv justera dosen inom givna ramar, till exempel upp eller ner 5 mg under 14 dagar. Högre doser än vad som behövs för amenorré kan krävas för att reducera smärtan. 20 mg dagligen är en lämplig dos, men den individuella dos som håller patienten amenorroisk och smärfri 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. Injektion 150 mg intramuskulärt var 12:e vecka motsvarar tablett Provera® 20 mg x1. Högsta behandlingsdos är 100 mg varannan eller 150 mg var 3:e vecka.

Noretisteronacetat NETA: (Primolut-Nor®) i dosen 5–20 mg per dag kan också användas, och utgör ett alternativ till MPA. 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.

Generellt för behandling med MPA och NETA: om smärtan inte reduceras till en acceptabel nivå efter 1–3 månaders behandling, kan dosen ökas med 1–2 veckors intervall till önskad effekt uppnåts. 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.

Dienogest: (Visanne®, Endovelle®) innehåller gestagenet dienogest som verkar genom att minska den endogena östradiolproduktionen och ger en hypoöstrogen, hypergestagen endokrin miljö. Dienogest är enda gestagenpreparatet som är registrerat enbart för behandling av endometriosis och effekten bedöms likvärdig med andra gestagenpreparat.

Dosering: Visanne® 2 mg dagligen (1x1). Behandling kan pågå under lång tid utan kända risker. Vid behov kan preparatet kombineras t.ex. Dienorette® eller Qlaira® vilka innehåller samma gestagen, eller med annan hormonbehandling. Dock ingår vare sig Visanne® eller Endovelle® i högkostnads-skyddet, vilket begränsar användningen. Om ingen annan behandling fungerar för patienten kan i enskilda fall recept skrivas med undantags-hantering.

7.1.3 Behandling med GnRH-agonist

GnRH-agonist ges i injektionsform, t.ex. Enanton Depot® subcutant med 3–4 veckors intervall eller som nässpray, till exempel Synarela® där antalet doser kan varieras mellan en till fyra sprayningar per dag. Vid start av behandling ses initialt en ökad frisättning av gonadotropiner om patienten inte står på hormonell behandling sedan tidigare. En kortvarig förvärring av endometriossymtomen, så kallad flare-up kan undvikas genom att första injektionen ges 7–10 dagar innan förväntad menstruation.

Bentätheten minskar med i genomsnitt 1 procent per månad i samband med behandling, vilket gör att behandlingstider över 6 månader generellt inte rekommenderas.

Add-back med östrogen ges för att motverka biverkningar och för att förebygga osteoporos vid längre tids behandling. Tibolon (Livial®) eller lågdos östrogen+gestagen, som vid MHT (t.ex. Activelle®) kan användas.

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 är det lämpligt att GnRH-behandlingen synkroniseras med fertilitetsklinik, 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.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 9. Hormonbehandling vid endometrios.pdf \(sfog.se\)](https://www.sfog.se/Endometrios/Del%209%20Hormonbehandling%20vid%20endometrios.pdf)

7.2 Kirurgisk behandling

7.2.1 Indikationer för kirurgi

Diagnostisk laparoskopi kan övervägas:

- vid behandlingsresistenta smärtor och misstanke om endometrios
- vid infertilitet och misstanke om endometrios

Kirurgiska åtgärder kan övervägas:

- om hormonell behandling och smärtlindrande medicinering inte ger tillräcklig symtomlindring
- vid ohanterliga biverkningar av hormonell behandling
- vid djup endometrios med svåra symtom från tarm- eller urinvägar eller andra organ
- vid endometriom med uttalad smärta, malignitetsmisstanke eller ifall de är i vägen för äggplockning vid IVF
- vid bukväggsendometrios

7.2.2 Diagnostisk laparoskopi

Laparoskopi med möjlighet till åtgärd, så kallad ”see and treat” kan vara indicerat vid oklara smärttillstånd, behandlingsresistenta smärtor vid misstänkt endometrios samt i samband med infertilitetsutredning. ”See and treat” principen, det vill säga excision av all synlig endometrios bör följas vid laparoskopi för misstänkt eller bekräftad endometrios.

Det är mycket viktigt med en tydlig beskrivning av både positiva och negativa fynd efter noggrann inspektion av bukhålan. Bilddokumentation rekommenderas starkt och bör vara standard. Typiska förändringar är diagnostiska och bör excideras. Se till att det finns en operatör till hands som är väl förtrogen med endometrioskirurgi. PAD bekräftar diagnosen, men är inte obligatoriskt om man har konstaterat och beskrivit typiska lesioner.

7.2.3 Kirurgisk åtgärd

Inför all endometrioskirurgi ska det finnas en tydlig plan för postoperativ hormonbehandling så att nyttan av operationen förlängs och symtom reduceras. Postoperativ hormonbehandling förebygger sekundär uppkomst av endometrios-associerad smärta. Vilken typ av kirurgi som ska göras måste planeras utifrån vilka förändringar som föreligger.

3 olika former av endometrios		
Endometriom (endometrioscysta i äggstocken)	Peritoneal endometrios (på bukhinnan)	Djup endometrios (till exempel i tarmen, urinblåsan)
Endometrios på andra ställen (till exempel i bukvägg och lunga)		

Indikationer för kirurgi

Peritoneal endometrios

All synlig peritoneal endometrios ska i första hand excideras i sin helhet (det vill säga med god marginal kring lesionen) för optimal smärtreduktion, i andra hand destrueras dessa med diatermi eller laser. Endometrios på bäckenväggen kräver försiktighet och omfattande dissektion. Adhärenser bör i mesta möjliga mån lösas. Målsättningen med kirurgisk behandling ska vara att vid ett och samma tillfälle avlägsna alla endometriosförändringar. Upprepad och ofullständig kirurgi förvärrar tillståndet och försvårar efterkommande kirurgi.

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 endometrios-diagnostik. Det är viktigt att noggrant

inspektera de vanligaste lokaliseringarna, det vill säga fossa vesicouterina, sacrouterinligamenten och fossa Douglasi. Även vid ospecifika förändringar är det av värde med biopsi.

Endometriom

Hormonell behandling är förstahandsval. Man ska undvika att operera symptomfria kvinnor med endometriom oavsett storleken, eftersom ovarialreserven påverkas negativt av kirurgi på ovariet. Försiktighet ska alltid iakttas när kvinnan önskar bevara sin fertilitet och det kan i vissa fall vara aktuellt ta ställning till om fertilitetsbevarande behandling (oocytfrys) ska erbjudas preoperativt. Endometrios i ovarierna hos kvinnor med fertilitetsönskan ska därför handläggas vid NHV-e center, och särskild remiss ska användas. (Se länk nedan)

Vid mycket svår smärta eller om endometriom är i vägen för äggplockning kan kirurgi bli nödvändigt. Cystenukleation rekommenderas i första hand (framför ablation eller laserevaporisation) eftersom studier visar statistiskt minskad risk för recidiv av endometriom och minskad smärta efter enukleation. Om kvinnan har avslutat sitt barnafödande kan man utföra ooforektomi för att minska risken för ytterligare ingrepp. Indikation för operativ åtgärd finns även vid malignitetsmisstanke eller oklar diagnos. Ingreppen ska utföras av gynekolog van vid endometrioskirurgi.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 12. Endometriom, kirurgisk behandling.pdf \(sfog.se\)](https://www.sfog.se/Endometrios/Del%2012%20Endometrium%20kirurgisk%20behandling.pdf)

Adenomyos

Vid adenomyos återfinns endometrievävnad i själva myometriet. Den kan vara diffust spridd eller finnas fokalt inom ett avgränsat område. Typiska symtom är långdragna, rikliga blödningar ofta kombinerat med smärta. Det är vanligt att ha både adenomyos och endometrios samtidigt, och inför eventuell kirurgi bör man ha utrett om det finns djupa förändringar.

Medikamentell terapi ska provas i första hand och inriktas på att minska blödningarna med hormonbehandling samt cyklokapron vid behov. Gestageninnehållande spiral är den konservativa behandling som visat sig mest framgångsrik. Minimalinvasiva metoder som värmebehandling och endometriresektioner har begränsat värde. Hysterektomi är botande med avseende på blödningarna men smärtor kan kvarstå och i vissa fall ses

smärtökning. Det är därför viktigt med noggrann preoperativ utredning och bedömning, och tydlig information till patienten för att man ska ha realistiska förväntningar på eventuellt ingrepp.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 14. Adenomyos.pdf \(sfog.se\)](#)

Hysterektomi

Radikal kirurgi, det vill säga hysterektomi med SOEB samt avlägsnande av alla synliga lesioner, kan övervägas efter avslutat barnafödande, som en sista utväg för kvinnor med svåra besvär av endometrios. Ingreppet bör föregås av noggrann kartläggning med vaginalt ultraljud eller MR för att påvisa eventuella djupa lesioner. Hysterektomi med eller utan ooforectomi utgör ingen garanti för smärtfrihet, men många kvinnor blir nöjda då de ofta har andra menstruationsrelaterade problem. När blödningsfrihet är svår att uppnå med hormonell behandling, till exempel vid samtidig adenomyos kan kirurgi utgöra ett lämpligt alternativ. Patienten ska vara mycket noggrant informerad angående konsekvenserna för att kunna ha realistiska förväntningar på operationsresultatet. Kvinnor under 40 år bör endast i undantagsfall erbjudas ooforectomi med tanke på riskökning för osteoporos och hjärtkärlsjukdom vid prematurt klimakterium.

7.2.4 Kirurgi vid djup endometrios

Djup endometrios innebär inväxt mer än fem mm under peritoneums yta. Förändringarna kan involvera tarmen, septum rectovaginale, sacrouterinligament, fossa Douglasi respektive fossa vesicouterina, uretärer och urinblåsan.

Det är mycket viktigt med noggrann kartläggning före operation, som regel behöver både specialistultraljud och MR-undersökning vara gjord.

Operation av djup endometrios är avancerad kirurgi, i nivå med tumörkirurgi och ska utföras av multidisciplinärt team/center med nära samarbete mellan gynekolog, kolorektalkirurg och urolog. Peroperativt kan det vara svårt att finna de naturliga gränserna mellan bäckenorganen och uretärerna är ofta engagerade. Ytligt tarmengagemang kan opereras med rektal shaving. Djupare tarmengagemang kan ge upphov till strikturer vilka opereras med diskexcision eller segmentell excision, med eller utan anläggning av temporär stomi. Vid kirurgi i septum rektovaginale finns risk för fistelbildning mellan tarm och vagina.

Om det finns indikation för kirurgi vid djup endometrios eller vid endometriom hos kvinnor med fertilitetsönskan ska patienter i region Skåne remitteras till endometrioscentrum i Malmö.

Socialstyrelsen har beslutat att avancerad kirurgi vid endometrios ska ligga under begreppet högspecialiserad vård, och från och med 2021 ska denna typ av kirurgi utföras vid enhet för nationell högspecialiserad vård (NHVe). Fyra enheter har blivit tilldelat uppdraget (SUS, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Södersjukhuset i Stockholm samt Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. I södra sjukvårdsregionen skickas remiss till Malmö endometrioscentrum, SUS. Där görs vid behov kompletterande utredning och tas ställning till eventuell kirurgi och hur, och var utförandet ska göras. Särskild remiss finns framtagen och ligger på region Skånes hemsida, var god se nedan länk. Patienter kan inte skicka en egen vårdbegäran.

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 11. Kirurgisk diagnostik och behandling av endometrios.pdf \(sfog.se\)](#)

Länk till NHVe-remiss:

[Endometrios. Högspecialiserad vård. Skånes universitetssjukhus \(Sus\) \(skane.se\)](#)

Nedan ses indikationer för remiss till NHVe enligt beslut från Socialstyrelsen:

Diagnoskod	Avgränsning
N80.1	Endometrios i ovarium • Planerad kirurgisk åtgärd på kvinnor i fertil ålder som planerar graviditet • Bilateral endometriom på kvinnor i fertil ålder som planerar graviditet • Kissing ovaries • Endometriom, med känd eller misstänkt avancerad adherensbildning i lilla bäckenet
N80.2	Endometrios i äggledaren • Med känd eller misstänkt avancerad adherensbildning
N80.3	Endometrios i bäckenets peritoneum • Med känd eller misstänkt avancerad adherensbildning
N80.4	Endometrios i septum rektovaginale och i vagina
N80.5	Endometrios i tarm
N80.6	Endometrios i ärrvävnad i huden
N80.8	Endometrios med annan specificerad eller multipel lokalisation
N80.9	Endometrios, ospecificerad • Samtliga patienter med misstänkt eller konstaterad djupt infiltrerande endometrios (DIE) i urinblåsa, urinledare, tarm, ärrvävnad samt annan atypisk endometrios eller ovanlig lokalisation • Patient med endometrios som ska genomgå hysterektomi och/eller bilat SOE med misstänkt eller konstaterade uttalade adherenser i lilla bäckenet, så kallad "frozen pelvis"

7.3 Behandling vid graviditetsönskan

Kvinnor som får diagnosen endometrios uttrycker ofta oro över sina möjligheter att bli gravida. För den enskilda individen är en säker prognos avseende fertilitet, graviditet och föräldraskap svår att ställa. Man bör i samtal med patienter framhålla att endometrios är förknippat med viss *subfertilitet*, inte *infertilitet*.

Som grupp har endometriospatienter en god chans att bli biologiska föräldrar, endast marginellt sämre än om kvinnan inte har endometrios. Det kan dock ta längre tid att uppnå graviditet och en större andel behöver hjälp med fertilitetsbehandling i form av IVF. Excision av minimal-mild

endometrios kan ge en ökad chans till spontan graviditet. Med tanke på risker vid kirurgi, och särskilt risker vid upprepad kirurgi rekommenderas i Sverige i första hand behandling med IVF vid endometrios. I länder där finansiering av vården ser annorlunda ut kan andra behandlingstraditioner finnas.

Resultaten vid IVF-behandling visar att LBR (Life Birth Rate) vid endometrios grad I-II (minimal-mild) är på samma nivå som för andra indikationer som till exempel manlig, tubar och oförklarad. LBR är däremot sämre för patienter med avancerad endometrios. IVF-behandlingen ökar inte risken för recidiv och försämrar inte smärtproblematiken.

Vid önskan om graviditet bör man tillsammans med kvinnan upprätta en behandlingsplan, innefattande smärtlindring och uppföljning. De som vill och klarar av att försöka bli gravida spontant kan försöka under en period, men högst ett års tid. Det är inte rimligt att patienten ska gå obehandlad med svåra smärtor en längre tid innan paret erbjuds remiss för IVF. En tät kontakt med behandlande läkare rekommenderas därför under tiden.

Patienter med uttalade besvär kan erbjudas remiss direkt till fertilitetsklínik, utan något försök till spontan graviditet. Endometriosbehandlingen bör i dessa fall fortgå utan uppehåll tills IVF påbörjas. För patienter som står på GnRH-agonist innebär behandlingen redan en start av nedregleringen inför IVF.

Annan fertilitetsbefrämjande behandling som stimulering med Letrozol kombinerat med insemination är inte lämplig vid endometrios. Graviditetsutfallet är begränsat och man riskerar att dra ut på tiden tills graviditet uppnås. Dessutom kan upprepad stimulering bidra till förvärring av patientens endometrios.

Unga kvinnor som uppvisar bild av svår endometrios kan vid behov remitteras till fertilitetsspecialist trots att graviditet ännu inte är aktuell, för information om eventuella fertilitetsbevarande åtgärder. Kontakt ska även övervägas inför kirurgi av endometriom som riskerar att nedsätta ovarialreserven betydligt. Det finns olika inställning i sjukvårdsregionerna i Sverige huruvida offentligt finansierad fertilitetsbevarande behandling kan göras på indikationen ovarialendometrios. I region Skåne kan nedfrysning av oocyter göras i utvalda fall, om det föreligger betydande risk för skada på ovarier förutsatt att andra krav för fertilitetsbehandling är uppfyllda. Patienter med fertilitetsönskan som är aktuella för kirurgi av endometriom ska därför handläggas vid NHVe. (var god se avsnittet om kirurgi).

Faktorer som kan påverka prognosen för att uppnå graviditet:

- Kirurgi av ovarialendometriom har ofta negativ inverkan. Trots minimalinvasiv kirurgi skadas frisk ovarialvävnad och äggreserven reduceras. AMH avspeglar kvarstående äggreserv.
- Tidigare kirurgi kan bidra till adherensbildning, och därmed försämrade chanser för spontan graviditet.
- Hydrosalpinx påverkar utfallet vid IVF negativt och salpingektomi rekommenderas därför innan IVF-behandling.
- Förekomst av adenomyos minskar sannolikheten att uppnå graviditet med IVF, men studier har inte visat någon påverkan på chansen till spontan graviditet.
- Excision av minimal-mild endometrios kan öka sannolikheten för spontan graviditet.
- Hormonbehandling som ger en längre period av smärtfrihet kan bidra till ökad chans att uppnå graviditet (spontan eller via IVF) eftersom nivån av inflammatoriska substanser då är lägre.

7.4 Behandling under graviditet

Evidens när det gäller endometrios och graviditet är begränsad. Det finns bara ett fåtal studier med hög kvalitet, och rekommendationer baseras ofta på kliniska observationer. Man har sett en lätt ökad risk för missfall vid endometrios. Sannolikt kan ökade halter av inflammatoriska substanser och även suboptimal implantation och förhöjt intrauterint basaltryck bidra. Vid IVF hos kvinna utan endometrios sker missfall vid var tionde graviditet och vid endometrios vid var femte.

Kvinnor med endometrios har ökad risk för vissa graviditetskomplikationer som prematur förlossning och placenta previa. Dessa tillstånd fångas upp av det befintliga basprogrammet för graviditetsövervakning i Mödrahälsövården och patienter med endometrios behöver inte följas via specialistmödravård. Fortsatt hormonbehandling postpartum bör diskuteras redan innan graviditet via ordinarie gynekolog.

Graviditetskomplikationer:

- Ökade smärtor: Det förekommer ökade smärtor under tidig graviditet, dels på grund av hormonförändringar, dels på grund av uterus tillväxt, ligamentsmärter och adherenser. Vid djup endometrios kan ökade smärtor uppstå senare i graviditeten.
- Som regel upplever dock flertalet patienter betydligt mindre smärtor under sin graviditet än annars, vilket beror på decidualisering av befintlig endometrios.
- Ökad risk för placenta previa. Placentaläge bör observeras och dokumenteras.
- Studier visar på ökad risk för prematur vattenavgång, prematur förlossning och tillväxthämning.
- Möjligen finns ökad risk för preeklampsi och graviditetshypertoni, men olika studier visar skilda resultat.
- Ökad risk för interventioner: på grund av ovanstående finns ökad risk för interventioner som induktion respektive sectio.

Val av förlossningssätt måste vara en individuell bedömning, det saknas studier som kan ge vägledning. Stramhet/skörhet i ärrvävnad av endometrios kan i sällsynta fall leda till skada med blödning i buken, tarmskada eller ruptur av endometrium, detta oavsett förlossningssätt. Risken är dock låg.

Rekommendationer postpartum:

Patienter med endometrios riskerar att återfå sina symtom snart efter förlossning. Detta kan förebyggas genom tidig start av hormonell behandling, vilket man med fördel kan ha överenskommit med patienten redan innan graviditet och förlossning. Gestagenbehandling kan sättas in direkt, och kombinerad metod sex veckor postpartum, även hos patienter som ammar.

7.5 Multiprofessionell teambehandling

Smärta är ett centralt symtom vid endometrios, och full symtomlindring kan inte alltid uppnås trots adekvat hormonbehandling och kirurgiska åtgärder. Smärtans karaktär kan vara mycket varierande och sekundära symtom som trötthet, energilöshet och depressiva besvär är vanliga. Behandling ur ett

biopsykosocialt synsätt är mest framgångsrikt. Parallellt med farmakologisk behandling är multidisciplinära insatser av stort värde.

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

Sjuksköterska

För att bidra till patientens trygghet och öka följsamheten i behandlingen är tillgång till sjuksköterska eller barnmorska med särskild kunskap om endometrios viktig. Det rekommenderas därför starkt att det finns tillgång till denna funktion på enheter som handlägger patienter med endometrios. Sköterskan kan guida och stödja patienten i behandlingsprocessen, tillsammans med patienten tolka nytillkomna symtom och inte minst utgöra en kontaktlänk till övriga i teamet. Uppföljning efter akutvårdsbesök och inneliggande vård samt kontakt med patienter som behöver stöd, till exempel vid nedtrappning av opioider är också viktiga uppgifter.

Fysioterapeut

Kompletterande smärtlindringsmetoder såsom TENS och eventuellt akupunktur bör tidigt erbjudas. TENS har dokumenterad effekt vid långvarig smärta och kan utprovas via fysioterapeut, för att därefter hyras/lånas ut under en period (3 - 6 månader) för noggrann utvärdering. Behandling med TENS är helt biverkningsfritt och utgör ett komplement som bidrar till minskat behov av farmakologisk smärtlindring. TENS kan även provas ut på unga personer.

Eftersom spänd bäckenbotten är vanligt förekommande vid endometrios är det även viktigt att patienter kan bli undersökta och få råd och behandling av bäckenbottenrelaterade besvär, via fysioterapeut eller uroterapeut. Förhöjd tonus kan leda till symtom som trängningar, samlagssmärta och bäckenbottensmärta, och besvären kan minska påtagligt genom rehabiliterande behandling av bäckenbotten. Stöttning och råd kring fysisk aktivitet via fysioterapeut är också mycket värdefullt.

Andra behandlingsalternativ som basal kroppskännedomsträning, medicinsk yoga avspänningsträning eller liknande kroppsmedvetande behandlingsmetoder kan också erbjudas patienten.

Sexolog

Dyspareuni är mycket vanligt och bidrar i stor utsträckning till försämrad livskvalitet. Trots det tar patienter inte alltid upp dessa problem spontant. Det är viktigt att fråga specifikt om samlagssmärter för att kunna behandla patienten på bästa sätt. Vulvodyn och vaginism är vanligt och kan uppkomma sekundärt till endometriossmärtan. Med fysioterapeutiska metoder kan besvären lindras i stor utsträckning. Nedsatt libido förekommer dessutom ofta vid smärtsjukdom och beror många gånger på en kombination av flera faktorer.

Det bör finnas resurser till behandling via sexolog eller intresserad barnmorska vid uttalade besvär av dyspareuni och samtidig lustproblematik hos patienter med endometrios. Det kan handla om samtal kring negativa bilder i hjärnan, nedstämdhet eller svårigheter att träffa någon. Genom att kartlägga vilka förutsättningar personen har kan man komma fram till vad som är realistiskt. Personen kan behöva sätta gränser för vad man klarar av och vill göra. Målbild bör vara att gå från smärtande sex till en lustfylld smärtfri beröring

Kurator

Att drabbas av kronisk sjukdom påverkar patienten inom alla områden i livet. Det är viktigt att titta på hela livssituationen då smärta är svårare att hantera om man upplever att man inte får tillvaron att fungera. Vid svårigheter att uppnå graviditet eller påverkan på relationen till partner och anhöriga kan behovet av stöd vara extra stort. Kurator kan erbjuda samtalsstöd/bearbetande samtal kring hur livet påverkats på olika sätt, och också bidra med vägledning och information i frågor om samhällets resurser. Detta för att underlätta för patienten att hantera sjukdomen och den förändrade livssituationen.

Psykolog

I fall där psykiatrisk samsjuklighet föreligger eller det finns andra svårigheter att hantera olika besvär är psykologbedömning ofta av mycket stort värde. Efter ett eller flera bedömningssamtal kan rekommendationer om ytterligare utredning eller psykologisk behandling ges. Bedömning kan också innefatta rekommendation om lämplig fortsatt vårdnivå, exempelvis via primärvården, psykiatrin, enhet för smärtrehabilitering eller annan instans.

Psykologisk behandling kan bestå av kortare beteendearterade psyko-terapeutiska insatser för att hantera de konsekvenser som långvarig smärta ofta ger upphov till, och där fokus kan ligga på nedstämdhet, sömn-svårigheter, 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.

Det är viktigt att uppmärksamma eventuella besvär med sömnen eftersom nedsatt sömnkvalitet i stor utsträckning påverkar smärtupplevelse. 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.

[Apoteket - Sömnhjälpen \(somnhjalpen.info\)](https://www.apoteket.se/somnhjalpen)

7.6 Farmakologisk smärtbehandling

- Individuell bedömning och handläggning är viktigt.
- Hormonbehandling, TENS samt paracetamol, COX-hämmare och amitriptylin ska ges i optimal behandlingsdos och utvärderas innan man överväger opioidbehandling.
- Opioidbehandling ska ges i minsta möjliga dos under kortast möjliga tid med planering för utsättning och tät uppföljning.
- Opioider ska undvikas före 25 års ålder.
- Multiprofessionellt team ska finnas på kliniker som handlägger patienter med endometrios.
- Uppföljning av sjuksköterska inom teamet bör ske en till två veckor efter akutbesök och återbesök till läkare ska ske inom två till fyra månader efter ändrad behandling.
- Individuell vårdplan bör upprättas hos patienter med återkommande smärtskov.

Farmakologisk smärtbehandling initieras av behandlande läkare enligt nedanstående behandlingstrappa. Olika smärtmekanismer förekommer, och för utförlig beskrivning hänvisas till avsnitt om smärtfysiologi. Sammanfattningsvis finns olika behandlingsprinciper för nociceptiv smärta, som inkluderar inflammatorisk och visceral smärta, jämfört med neuropatisk och nociplastisk smärta. Nociceptiv smärta kan behandlas med paracetamol, COX-hämmare eller opioider.

Neuropatisk och nociplastisk smärta kan behandlas med tricykliska antidepressiva i låg dos, SNRI (serotonin-noradrenalin återupptags-hämmande) antidepressiva eller antiepileptika. Det är viktigt att skilja på behandling av akut smärta och långvarig smärta. Längre tids behandling med opioider avrådes ifrån då det inte har någon säkerställd effekt vid långvarig smärta.

Behandlingstrappa vid akut smärta och smärta i kortare perioder

Steg 1: Paracetamol och **COX-hämmare** (NSAID) bör erbjudas om inte kontraindikationer föreligger. Vid svår dysmenorré är det viktigt behandlingen startas så tidigt som möjligt, gärna före första blödningsdagen och med max-dos första dagarna. COX-hämmare kan ha en påtaglig effekt på endometriossmärta på grund av dess antiinflammatoriska effekt. Hjälper inte COX-hämmare från en preparatgrupp, kan man försöka med alternativ grupp. Personer som lätt får gastrit behandlas med omeprazol i tillägg, alternativt kan man byta till COX-2 hämmare som har mindre mag-tarmbiverkningar. Vid smärtökning är det bra att rekommendera en kur på två till tre veckor med COX-hämmare i fulldos ("pulsbehandling") i stället för att stå på behandling långa tider.

Steg 2: Om basbehandling med paracetamol + COX-hämmare inte fungerar tillräckligt bra bör man erbjuda tillägg av TENS och kontakt med fysioterapeut. Vidare kan neuromodulerande läkemedel som **amitriptylin**, **SNRI** eller **gabapentinoider** erbjudas. Vid sömnstörning kan lågdos **amitriptylin**, **mirtazapin** eller **melatonin** sättas in, samt rekommendation om KBT-I ges (se ovan avsnitt multiprofessionell behandling).

Steg 3: Kodein är en "svag" opioid som till exempel finns i kombinationspreparatet Citodon®. Detta kan i undantag testas vid svår menstruations-smärta eller tillfälligt smärtskov, som kort kur. Dessa preparat är inte att rekommendera på lång sikt, på grund av stor risk för ett låggradigt beroende

som kan vara mycket svårt att ta sig ur. Det är också vanligt med biverkningar som förstoppning och illamående.

Steg 4: En kort, avgränsad kur med **opioid** kan övervägas efter att COX-hämmare och paracetamol samt icke-farmakologiska insatser och neuro-modulerande behandling inte visats ge tillräcklig effekt. Vid planerad insättning bör rekommendationer enligt läkemedelsverket följas med prov-behandling och inrättande av behandlingsplan. Behandling ska endast ges i en avgränsad period. Viktigt att rådgöra med smärtspecialist i de fall där man överväger längre tids behandling med opioider.

Val av läkemedel vid opioidbehandling

Kortverkande beredningar kan ges vid intermittent, återkommande smärta.

- Förslagsvis **T Morfin®** eller **Oxynorm®** 5–10 mg vid behov, under en avgränsad period. Vid mer långvarig smärta kan eventuellt långverkande beredning vara lämpligt.
- Förslagsvis **T Dolcontin®** eller **Oxycontin®** i depotberedning, 5 - 10 mg x 2 en till två veckors tid. Långverkande preparat ger en jämn koncentration över dygnet. Behandlingen bör alltid vara tidsavgränsad. Vid genombrottssmärta kan kortverkande morfin ges.

OBS! Tarmreglerande medel ska alltid sättas parallellt för att motverka opioidinducerad förstoppning, till exempel **Inolaxol** eller **Movicol**.

Illamående kan också vara en besvärlig biverkning och då kan man lägga till exempelvis **Lergigan**, **Primperan** eller **Ondansetron**.

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 opioid-behandling 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 endometrios, framför allt ökade tarmbesvär. Dessutom kan patienter som står på kontinuerligt höga doser hamna på farligt höga morfin-doser vid tillfällig dosökning i samband med akut smärta, och således bli mer svårbehandlade smärtmässigt.

7.7 Behandling på akutmottagning vid smärtskov

Ett adekvat omhändertagande vid akuta smärtskov är av stor vikt för att undvika etablering av ökad smärtkänslighet. 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. Intravenös behandling skall undvikas i möjligaste mån. Vid illamående och kräkningar kan dock paracetamol och coxiber samt antiemetika behöva ges som iv beredning. Stesolid kan vid behov ges mot ångest och Buscopan kan ordinerar vid krampsmärta. Catapresan 75 mikrogram förstärker opioid-effekt och kan vara bra att ha tillgängligt på akutmottagningen.

För behandlingsrekommendationer och dosering var god se bifogat PM, akut smärtbehandling.

Sammanfattningsvis ska alltid risk för tillvänjning, beroende och missbruk bedömas vid förskrivning av opioider. Vid psykiatrisk samsjuklighet framför allt ångestsjukdomar och neuropsykiatriska tillstånd med låg impuls kontroll samt beroendesjukdomar hos patient eller nära anhörig och psykosocial utsatthet är risken ökad. 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 under 25 år på grund av hög risk för beroendeutveckling och kognitiva 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 avseende att behandlingen behöver vara kortvarig för att få avsedd effekt. Man bör informera om risk för att smärtan påverkas negativt vid långvariga behandlingstider och att sekundära problem då kan uppstå till exempel påverkan på det psykiska måendet. Vid insättning behöver således en plan för utsättning också göras. Behandlingen måste utvärderas fortlöpande av den som satt in medicineringsplan. Patienten ska erbjudas hjälp med nedtrappning vid såväl kortare som längre tids bruk av opioida läkemedel. Bensodiazepiner och även bensodiazepinliknande insomningsmedel bör undvikas helt.

Kombinationsbehandling med opioider och bensodiazepiner ökar risken för ökad mortalitet med överdos, ökad suicidrisk och för svårbehandlade depressiva tillstånd.

7.8 Behandling vid långvarig smärta – nociplastisk smärta

Vid långvarig smärta bidrar sensitiseringsprocesser i centrala nervsystemet i allt högre omfattning till smärtan. Icke-farmakologiska behandlingsmetoder har bättre evidens än farmakologiska metoder och då främst fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi (KBT) och smärtförklaring, det vill säga att förklara de bakomliggande neurofysiologiska uppkomstmekanismerna till smärtan. Ett interdisciplinärt teamarbete ger också ökad effektivitet i behandlingen. Farmakologiska behandlingsmetoder har inte lika god evidens, men de läkemedel som kan ha effekt är tricykliska antidepressiva (TCA), serotonin-noradrenalin återupptagshämmare (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 potentiera 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 till exempel sjuksköterska.

Dosrekommendationer:

Amitriptylin (Saroten®): starta med 10 mg till natten och öka successivt dosen vid behov. Har smärtlindrande effekt och ofta god effekt på sömnen. Optimal dos är när patienten upplever effekt, men utan påtagliga antikolinerga biverkningar såsom muntorrhet etcetera. 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 x 1 på morgonen, efter två veckor ökning till 60 mg x 1. Kan verka smärtlindrande och effekten är oberoende av eventuell förekomst av depression eller ångest. Om effekt noteras efter någon veckas tid, kan effekten fortsätta öka under cirka två till tre månader. Vid önskan om utsättning är en nedtrappning att rekommendera för att undvika utsättningssymtom.

Gabapentin (Gabapentin®): 300 mg x1, upptrappning närmsta dagarna till 300 mg x 3 och därefter gradvis ökning (maxdos 1200 mg x 3). Preparatet har liknande effekt som pregabalin, Behandlingen ska alltid trappas ut successivt, för att undvika utsättningssymtom. Möjligen finns viss risk för beroendeutveckling vid långvarig behandling.

Pregabalin (Lyrica®): startdos 25 mg x 2–3, kan ökas gradvis var tredje dag tills effekt uppnås. Maxdos 200 mg x 3, alternativt 300 mg x 2. Ger positiv effekt på smärta, ångest och sömn. Observera risk för beroendeutveckling. Pregabalin är sedan 2018 narkotikaklassat i Sverige.

Behandling mot sömnstörning:

Information om möjliga åtgärder för att minska sömnstörning bör ges tidigt, var god se avsnitt psykologinsats under teamomhändertagande.

Som farmakologisk behandling rekommenderas i första hand amitriptylin, dosering enligt ovan. Det finns även evidens för att melatonin, förutom att ge förbättrad sömn har smärtlindrande effekt vid endometrios. Behandling startas med 2–4 mg till natten och vid otillräcklig effekt kan dosen ökas till 6 mg. Melatonin kan förskrivas som T Circadin, men ingår inte i läkemedelsförmånen vid förskrivning på indikation sömnstörning till personer över 18 år.

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 10 A. Smärtbehandling vid endometrios.pdf \(sfog.se\)](#)

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 10 B. Förslag på PM för smärtlindring. Akut och på avdelning.pdf \(sfog.se\)](#)

8 Smärtfysiologi vid endometriosrelaterad smärta

Smärta delas in i tre klasser; nociceptiv, neuropatisk och neuroplastisk. Alla tre smärtklasser kan vara aktuella vid endometriossmärta och det är vanligt med blandformer av smärta.

8.1 Nociceptiv smärta

Kallas också vävnadsskadesmärta. Denna förmedlas via nociceptiva neuron av ett normalt fungerande nervssystem. Här ingår smärta orsakad av

vävnadsskada, inflammation och ischemi. Nociceptiv smärta delas upp i 1. somatisk (i rörelseapparaten) eller 2. visceral (inre organsmärta). Endometriossmärta betecknas ofta som visceral. Karakteristiskt för visceral smärta 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 intermittent, och beskrivs då ofta som spasmer eller kramper.

Nociceptiv smärta uppkommer genom stimulering av perifera receptorer (nociceptorer). En nociceptor har normalt sett en hög retningströskel. Vid en inflammatorisk reaktion, till exempel vid blödningar i endometrioshärdar sänks retningströskeln (perifer sensitisering) och den perifera nociceptorn kan då aktiveras av normalt icke smärtsam stimulering, såsom lätt ökat tryck i bukhålan. De inflammatoriska substanser som utsöndras i vävnaden kan därutöver också aktivera nociceptorn direkt.

8.2 Neuropatisk smärta

Beror på skada eller sjukdomsprocess som drabbar nervssystemet. Den neuropatiska 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, dels efter nervskador på grund av kirurgiska ingrepp eller efter ischemi, metabola processer eller som en följd av medicinering.

8.3 Nociplastisk smärta

Nociplastisk smärta föreligger när fysiologiska förändringar i smärtbanorna - central sensitisering - gör att smärta kan upplevas även utan vävnadsskadande/inflammatorisk process på grund av att nervsignaler förstärks i centrala nervssystemet. Förenklat kan man säga att nervsystemet blir "överbeskyddande" och att "volymen" på nervsignaler vrids upp och ger upphov till fenomen som

- Allodyni - det som normalt inte gör ont blir smärtsamt. Kan testas genom palpation.
- Hyperalgesi - det som normalt är smärtsamt gör ännu mer ont.
- Vilosmärta.
- Smärtspridning – den initialt lokala smärtan sprider sig till över tid till ett regionalt eller ett generaliserat tillstånd.

Återkommande smärta kan således bidra till att centrala nervsystemet utvecklar en ökad känslighet. Långvarig smärta anses också handla om inläring där kognitiva mönster såsom tendens till katastroftankar samt beteenden såsom undvikande kan bidra till förändringar i hur centrala nervsystemet tar emot inkommande signaler. Stimuli som normalt sett inte är smärtsamma, till exempel lätt-måttlig muskelansträngning, måttlig tarmdistension eller beröring, blir då smärtsamma (allodyni) och smärta kan kvarstå timmar till dagar efter stimulering.

Menstruationer kan bli oerhört smärtsamma då normalt sett smärtsam stimulering blir ännu mer smärtsam (hyperalgesi). Patienten kan utveckla långvarig smärta utan smärtfria intervall.

Smärtspridning kan också ske så att smärtan upplevs i ett större område. Vissa patienter kan utveckla en generaliserad smärta såsom vid fibromyalgi.

Vid nociplastisk smärta får alltså mekanismer inom det centrala nervsystemet större betydelse för smärtupplevelsen än de perifera patofysiologiska processerna och kan ligga bakom dålig respons på till exempel kirurgi och hormonell behandling.

Om patienten uppvisar en förhöjd känslighet vid palpation och undersökning kan allodyni föreligga som ett tecken på nociplastisk smärta. Allt fler vetenskapliga artiklar påtalar nociplastisk smärta som en viktig bakomliggande mekanism vid långvarig endometriosrelaterad smärta och pekar mot behov av att komplettera gynekologisk undersökning med sådan testning. Allodyni kan ganska enkelt testas genom palpation. En beskrivning av hur sådan palpation går till finns tillgänglig:

[Behandlingsöversikter - Fibromyalgi \(internetmedicin.se\)](http://internetmedicin.se/Behandlingsöversikter-Fibromyalgi)

Man behöver inte bekymra sig för att palpera på exakt ”rätt” punkt utan kan förhålla sig tämligen pragmatisk då det inte är punkterna i sig som är viktiga i sammanhanget utan att skapa sig en uppfattning om hur spridd en eventuell allodyni är. Den relativa gränsen för att uppfylla kriterier för fibromyalgi ligger vid 11/18 tenderpoints, men även förekomst av ett mindre antal än 11 tenderpoints ger klinikern en uppfattning om eventuell förekomst av allodyni. Smärtteckning, där patienten markerar smärtande områden, ger kompletterande information om smärtspridning.

Smärtteckning på olika språk finns tillgänglig:

[Smärtteckning \(10 språk\) - Vårdgivare Skåne \(skane.se\).](http://skane.se/Smärtteckning-10-språk)

Se även:

[SFOG-Råd om Endometrios. Del 10 C. Smärtmekanismer och Smärtfysiologi.pdf \(sfog.se\)](#)

9 Uppföljning

Varje påbörjad behandling bör följas upp där behandlingen ordinerats. Patienten ska ha fått information om hur man når sin läkare eller kontakt-sköterska. 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.

10 Sjukskrivning och rehabilitering

10.1 Sjukskrivning

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd publicerades sommaren 2018. I beslutsstödet finns förslag på omfattning av sjukskrivning vid endometrios. Till exempel beskrivs sjukskrivning i samband med suboptimal behandling, när man slutar med hormonbehandling inför graviditet och sjukskrivning efter kirurgiska ingrepp.

Vid upprepad korttidsfrånvaro finns möjlighet för patienten att ansöka om särskilt högriskskydd hos Försäkringskassan.

Behandlande läkare fyller i en blankett där man intygar diagnosen endometrios eller dysmenorré. Särskilt högriskskydd beviljas för ett år i taget och innebär att patienten slipper karensdag och arbetsgivaren får ekonomisk ersättning.

Förebyggande sjukskrivning kan beviljas för en begränsad period om man som läkare ordinerat en specifik medicinsk behandling eller rehabilitering. Enstaka besök ger inte rätt till ersättning. Behandlande läkare fyller i

särskild blankett i vilken behandlingsplanen preciseras och patienten ansöker hos Försäkringskassan.

- [Endometrios | Rekommendationer och indikatorer \(socialstyrelsen.se\)](#)
-försäkringsmedicinskt beslutsstöd
- [Läkarutlåtande för särskilt högriskskydd \(forsakringskassan.se\)](#)
- [Utlåtande för förebyggande sjukpenning \(forsakringskassan.se\)](#)
- [SFOG-Råd om Endometrios. Del 20. Försäkringskassan och endometrios.pdf \(sfog.se\)](#)

10.2 Smärtrehabilitering

Patienter med långvarigt smärttillstånd på grund av endometrios kan vara i behov av smärtrehabiliterande åtgärder för att kunna återfå en fungerande vardag. Denna behandling ges antingen via primärvården i så kallade MMS-team eller via de smärtrehab-mottagningar som finns i Lund, Hässleholm och Ängelholm.

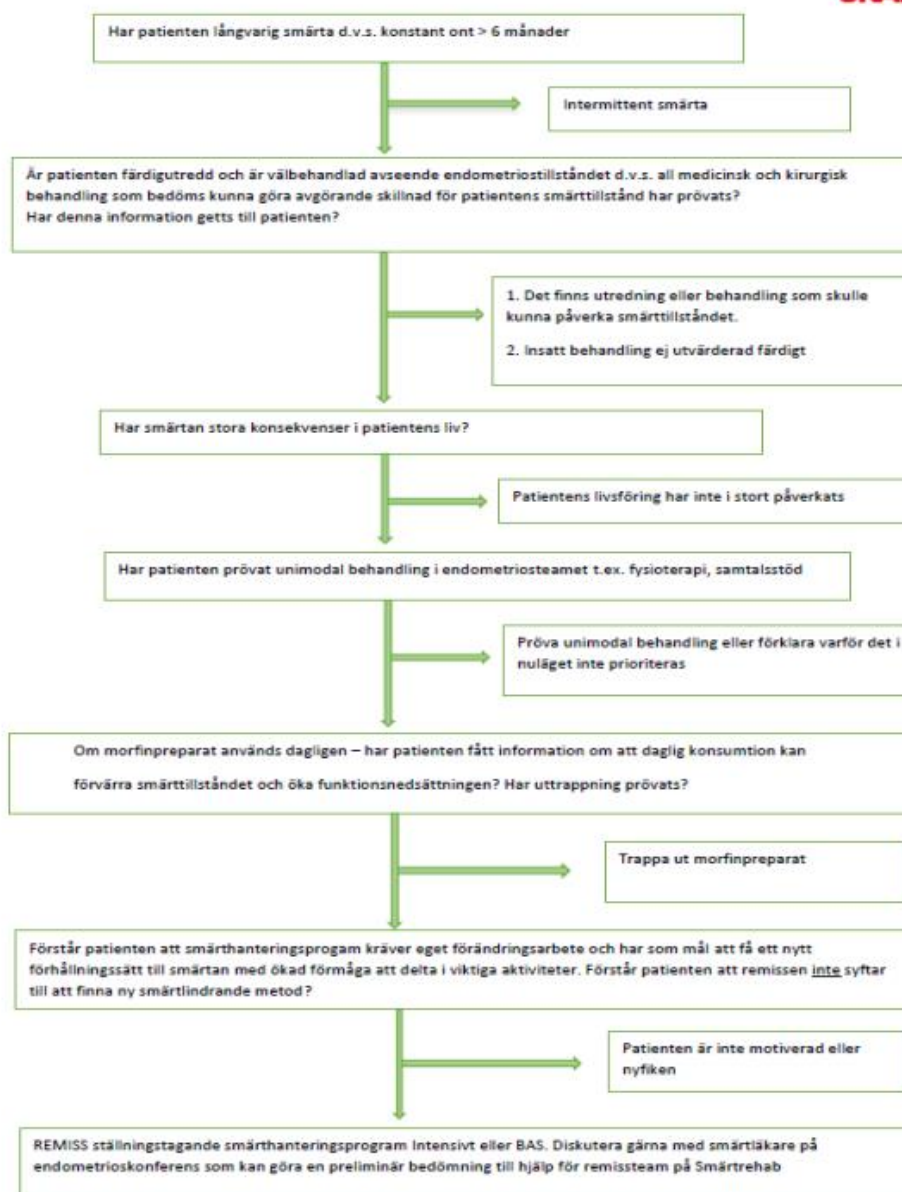
Inför remiss till smärtrehab ska dessa kriterier vara uppfyllda:

1. Endometriosteams rehabiliteringsmöjligheter är prövade och patienten är informerad om att inga ytterligare medicinska eller kirurgiska åtgärder bedöms kunna göra avgörande skillnad för patientens smärttillstånd.
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:

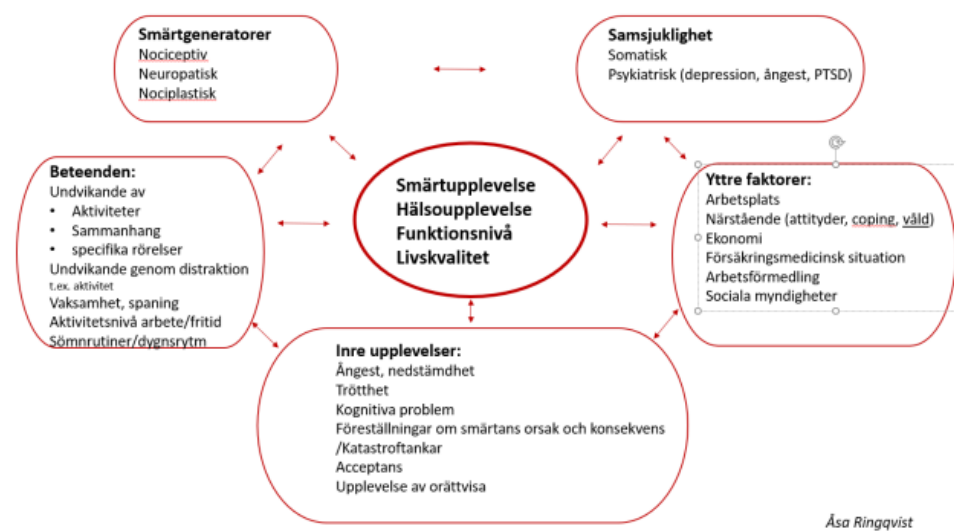
- Beroende (det vill säga toleransutveckling, stark önskan, fysiska abstinenssymtom) – remiss först till beroendecentrum alternativt nedtrappning på hemmaklinik, se:
[FAS UT.nu](#)
- Psykiatrisk åkomma som kräver specialistvård.

Som hjälp inför eventuell remiss till Smärtrehabilitering har ett beslutsträd tagits fram, var god se bifogad bild.



Hos patienter med långvarig smärta behöver man ofta göra en omfattande och sammanhållen analys. Kartläggningen görs utifrån en biopsykosocial modell då biologiska, psykologiska och omgivningsfaktorer har betydelse för smärta, hälsoupplevelse, funktionsnivå och livskvalitet,

Se bifogat underlag för smärtanalys:



Ofta bedöms patienten därför av ett rehabiliteringsteam som består av smärtläkare, sjukgymnast och smärtpsykolog. Kurator kan vid behov kopplas in. Man kartlägger bland annat vilka konsekvenser sättet att bemöta smärtupplevelsen får och upprättar en Rehabiliteringsplan utifrån det som framkommer. Rehabiliteringsplanen kan omfatta kompletterande utredning, farmakologisk behandling, rekommendationer för samtalsterapi (enligt Vårdval psykoterapi), förslag på fysioterapeutiska åtgärder men också förslag på olika rehabiliteringsprogram.

10.2.1 Smärthanteringsprogram

Smärthanteringsprogram ges som regel under en avgränsad period av ett interdisciplinärt team, och sker i grupp. Utgångspunkten är att smärta är en upplevelse. För en lyckad rehabilitering behöver patienten lämna föreställningen 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.

11 Psykosocialt omhändertagande

Gott psykosocialt omhändertagande är viktigt, i synnerhet för de patienter som drabbats av svåra, funktionsnedsättande besvär av endometrios. När sjukdomen influerar allmän hälsa och vardag kan stöd av sjuksköterska under en period vara mycket värdefullt. Kuratorskontakt bör erbjudas patienterna, och ibland kan anhöriga också behöva stöd av kurator. Psykologkontakt kan i en del fall vara nödvändig. Kunskap om endometrios-sjukdomen och möjlighet att påverka behandlingen ökar förmågan att

hantera sjukdomen. Patientmedverkan är således mycket viktig och i vissa fall kan det vara lämpligt att skriva en individuell vårdplan 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.

12 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. En kombination av farmakologiska och omhändertagande åtgärder har bäst effekt. 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 i stället 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.

13 Kvalitetsindikatorer och målnivåer

Kvalitetsindikatorer och målnivåer för högspecialiserad kirurgi håller på att tas fram i samarbete med Socialstyrelsen.

14 Ansvarsfördelning, nivåstrukturering

Nivå	Typ av mottagning	Åtgärder
7	Högspecialiserad vård/regionvård	Högspecialiserad kirurgi, vid behov i samarbete med kolorektalkirurg/-urolog. Second opinion vid svår sjukdom och långvarig smärta. Kunskaps- och kompetensutveckling. Forskning.
6	Smärtrehab	Smärtrehabilitering vid långvarig, handikappande sjukdom - remiss enligt särskilda kriterier.
5	Specialist i gynekologi inom slutenvård/ Endometriosteam	Diagnostik och behandling. Vissa kirurgiska åtgärder. Fortsatt uppföljning. Omhändertagande i multidisciplinärt team vid långvariga besvär.
4	Specialist i gynekologi inom primärvård/-öppenvård	Utredning, diagnostik och behandling (hormonell behandling + analgetika). Fortsatt uppföljning.
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	Rekommendera analgetika samt behandla med hormonella preventivmedel. Vid misstanke om endometrios – kontakt med läkare på UM: förskrivning analgetika + hormonbehandling. Remiss till specialist vid otillräcklig effekt av insatt behandling.
1	Skolsköterska	Identifikation av symtom. Rekommendera analgetika. Hänvisa till allmänläkare på VC.

15 Ekonomiska aspekter

Endometrios är kostsamt ur ett samhällsperspektiv. Läkemedel, vårdtid, bortfall av produktivitet, sjukersättning och rehabiliteringsinsatser kostar stora belopp årligen, men den exakta storleken i region Skåne är svår att uppskatta.

Utifrån befintliga studier har 10 procent av kvinnor i fertil ålder endometrios. Det innebär att 200–250 000 kvinnor i Sverige har endometrios och uppskattningsvis 35 000 i Skåne. Man beräknar att 20 procent är symptomfria och därmed utan behov av sjukvård, medan cirka 20 procent behöver avancerad medicinsk eller kirurgisk behandling. Det skulle motsvara att 7 000 kvinnor i Skåne är i behov av mer avancerade sjukvårdsinsatser med nuvarande befolkningsunderlag. Resterande mår väl på hormonell behandling som kan ges via öppenvårdsmottagning.

16 Kvalitetsregister

Vid kirurgi sker registrering i nationellt kvalitetsregister, Gyn-op. Under utveckling är en speciell endometrios-sträng.

17 Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Said Makari	Överläkare, KK SUS	Said.Makari@skane.se
Fastställt av	Martin Engström	Hälso- och sjukvårdsdirektör	halso_och_sjukvardsdirektor@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Rofida Ghazvinian	Medicinsk rådgivare	Rofida.Ghazvinian@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@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
Förlängning	2021-02-15	2021-06-30	Johanna Nordengren
Revidering	2021-07-01	2023-06-30	Johanna Nordengren
Förlängning	2023-12-07	2025-03-31	Said Makari
Förlängning	2025-05-15	2026-06-30	Said Makari

18 Referenser och länkar

SFOG-råd Endometrios – Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi.
SFOG, svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2016). *Endometrios*.
ARG-rapport nr 75 Endometrios.

[Endometrios SFOG \(sfog.se\)](http://sfog.se)

ESHRE, European Society of Human Reproduction and Embryology:
[ESHRE Guideline Endometriosis 2013 \(eshre.eu\)](http://eshre.eu):

NICE, National Institute for Health and Care Excellence Endometriosis:
diagnosis and management:
[Endometriosis: diagnosis and management.pdf \(nice.org.uk\)](http://nice.org.uk):

ARG-rapport nr 69, 2013 Tonårsgynekologi:
[Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar.pdf \(sfog.se\)](http://sfog.se)

[Endometrios - 1177.se \(1177.se\)](http://1177.se)

[Endometrios - Vårdriktlinje för Primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](http://skane.se)

[Dysmenorré och endometrios - Skånelistan med bakgrundsmaterial -
Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](http://skane.se)

[Läkemedel vid långvarig smärta hos barn och vuxna -
behandlingsrekommendation \(lakemedelsverket.se\)](http://lakemedelsverket.se)

[Svår smärta och opioidbehandling - Vårdriktlinje för Primärvården -
Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](http://skane.se)

[Central sensitisering bakom svårbehandlad specifik smärta
\(lakartidningen.se\)](http://lakartidningen.se)

Bilaga 1. Endometrios – Akut smärtbehandling

Endometrios – Akut smärtbehandling vid endometrios

Författare: Louise Ronnje, Johanna Nordengren

Syfte och bakgrund:

Kvinnor med endometrios ska i största möjliga mån handläggas polikliniskt av läkare inom endometriosteamet. När patienter söker akut med försämring i sin kroniska sjukdom träffar jourläkare dessa patienter. Syftet med detta PM är att patienten ska erhålla adekvat vård samt att vårdpersonal ska få stöd i sitt yrkesutövande.

På akutmottagningen måste annan genes till patientens försämrade mående utredas. PID? Ileus? Torsion? Appendicit? Njursten? Många patienter känner igen smärtan som endometriosskov och vill undvika undersökning, men dessa patienter ska undersökas och det är viktigt att erbjuda smärtlindring före undersökning. I vissa fall kan det räcka med bukpalpation och abdominellt ultraljud. Prover avseende differentialdiagnoser ska tas.

Ett adekvat omhändertagande vid akuta smärtskov är av stor vikt för att undvika etablering av ökad smärtkänslighet. Smärtupplevelsen är komplex och inbegriper kognitiva och emotionella processer varför själva omhändertagandet har mycket stor betydelse. Det är betydelsefullt att inte ifrågasätta, utan bekräfta och ta hand om patienten direkt. Smärtgenombrott kommer ofta i samband med ökad ångest och oro, som gör det svårare att hantera smärtan. Därför är det att föredra att patienten inte blir lämnad ensam utan har någon hos sig för att minska ångest.

Ofta kan vårdpersonalen uppleva oro för att opioidbehandling skapar beroende - och det är ibland sant. Vissa patienter med endometrios och svår smärtproblematik är redan fysiskt beroende av opioider, men därmed inte missbrukare. **Detta är dock inget som ska diskuteras i den akuta situationen!** Vid upprepade akutbesök ska en individuell vårdplan upprättas i lugnt skede. Denna ger trygghet både för patient och personal vid nya akutbesök. Finns en missbruks- eller beroendeproblematik tas den omhand i ett senare skede.

På akutmottagningen:

1. **Paracetamol** iv 100 ml 10 mg/ml. Ges efter utrymme med hänsyn till vad patienten tagit tidigare.
2. NSAID: **Dynastat** iv ges efter utrymme med hänsyn till vad patienten tagit tidigare. 40 mg iv. eller im. följt av 20 mg eller 40 mg var 6:e till var 12:e timme, högst 80 mg/dygn.
3. **Oxynorm** 5–10 mg po. Om patienten redan står på opoider kan högre doser behövas. OBS! alltid peroral behandling i första hand.
4. **Stesolid**, 5–10 mg po eller 2–10 mg iv. Patienter med endometrios har ofta smärtgenombrott i samband med förhöjd ångest och oro. Stesolid är också muskelavslappande.
5. Vid illamående: **Primperan** 10 mg po eller iv alt. **Zofran** 4–8 mg sublingualt.
6. Vid krampsmärta: **Buscopan** 20 mg iv/sc. Antikolinergt preparat som fungerar krämlösande. Indikation: spasmolyticum vid akuta spastiska tillstånd i till exempel mag-tarmkanal och urogenitalt.

Efter läkarbedömning:

1. Inj **Catapresan** 75 µg iv. Catapresan lindrar smärta, förstärker opioideffekt, minskar stresspåslag och har effekt vid abstinens. OBS! kan vara blodtryckssänkande. BT ska kontrolleras före och 15 minuter efter injektion.
2. **Morfin** iv. Ges endast vid svår smärta och otillräcklig effekt av behandling enligt ovan. Dos kring 2–5 mg, beroende på patients vikt och tillstånd. Kan upprepas med 5–10 minuters mellanrum tills smärtlindring uppnås. OBS! Risk för andningsdepression! Undvik Ketogan iv på grund av hög risk för tillvänjning.
3. Var uppmärksam på ev. opioid-inducerad obstipation. Sätt in Laxiriva på regelbundna tider om morfin förskrivs.

Fram till hit, kan många patienter behandlas på akutmottagningen. Vid god effekt och ingen misstanke om annan genes till smärtan kan patienten

skrivas hem. **Journalkopia på anteckning ska läggas i Endometrios-teamets fack för uppföljande telefontid till kontaktsjuksköterska.**

Vid utebliven förbättring enligt steg ovan kan inläggning på gynavdelningen övervägas. Ordinera nyinsatta läkemedel samt ev. medicinjusteringar i läkemedelsmodulen.

Inneliggande vård:

Målsättning med inneliggande vård:

- Smärtlindring (steg 1–17) och att skapa trygghet kring patienten! Det är viktigt med lugn och ro samt närvaro av personal. Detta är i sig smärtlindrande.
 - Fortsatt utredning angående annan orsak till buksmärtan. Var frikostig med remiss till ultraljudsavdelningen.
 - Optimering av endometriosbehandling, vilket bör göras i samråd med endometriosteam och vid behov även smärtläkare. Upprätta en tydlig behandlingsplan för vårdtiden.
 - Undvik immobilisering. Ta kontakt med fysioterapeut, som även kan prova ut TENS och ge akupunktur.
 - Erbjud kuratorskontakt.
-
1. Fortsatt farmakologisk behandling enligt steg 1–9 ovan, men var uppmärksam så att maximal dygnsdos ej överstiges.
 2. Under ordinarie arbetstid ska Endometriosteamet informeras att patienten är inneliggande, men avdelningsläkaren har huvudansvaret.
 3. Restriktiv användning av opioider, ska ges under så kort tid som möjligt. Ge endast per os och undvik många doser kortverkande oxikodon. Vid ev. ökning av långtidsverkande opioider ska man alltid planera för nedtrappning vid hemgång. Nedtrappningsschema finns bifogat längre ner i dokumentet.
 4. Ordinera bulkmedel som **Laxiriva**, och sätt vid behov in **Cilaxoral** droppar. Obstipation och funktionella tarmbesvär är vanliga

bidragande orsaker till smärtökning och opioider förvärrar besvären. Behandla även frikostigt med **Esomeprazol**.

5. Klonidin, som används som adjuvans till annan smärtlindring, kan med fördel ges i form av **T Catapresan** 75 µg x 3 under vårdtiden. För eventuell fortsatt poliklinisk behandling med Catapresan i tablettform krävs licens från läkemedelsverket.

Vid långvariga smärttillstånd - överväg att sätta in neuromodulerande läkemedel:

1. **Amitriptylin** 10 mg tn har effekt på långvarig smärta, och dessutom god effekt på sömnen. Dosen ges på kvällen, tre timmar innan sänggående, för att kunna dra nytta av den sederande effekten. Kan gradvis ökas till 20–30 mg tn, maxdos 75 mg tn.
2. Gabapentin och Pregabalin verkar på långvarig, nociplastisk smärta. Dessa ska gradvis trappas upp och aldrig utsättas abrupt. Obs! biverkningar, samt viss beroendepotential.
 - **Gabapentin:** Dag 1: 300 mg x1, dag 2: 300 mg x2, dag 3: 300 mg x3. Kan fortsatt trappas upp till 900 mg x3, i samråd med endometriosläkare. Maxdos är 1200 mg x3.
 - **Lyrica/ Pregabalin:** Initial dos 150 mg uppdelat på 2–3 tillfällen per dygn. Beroende på patientens svar kan dosen ökas till 300 mg per dygn, efter ett intervall på 3–7 dagar. Maxdos 600 mg/dag
3. **Cymbalta/Duloxetine:** antidepressivt SNRI med effekt även på smärta, är särskilt lämplig vid samtidig ångest. Startdos: 30 mg x1. Kan trappas upp till 60 mg de kommande 2–3 veckorna. Maxdos 120 mg jämnt fördelat över dygnet.

Vid utskrivning:

- **Sätt upp på bevakning för återbesök inom 2 månader till endometriasmottagning.**
- **Planera utsättning av opioider: skriftligt nedtrappningsschema ska ges till patienten och inscannas i journalen.** Har långverkande opioid satts in ska preparatet sättas ut inom två veckor. Har i stället dosökning skett ska dosminskning till ordinarie dos planeras. Se

bifogade förslag på nedtrappningsschema. Det är utomordentligt viktigt att bara förskriva små förpackningar.

- **Vid förmodade svårigheter att följa nedtrappning och/eller att man bedömer att patienten behöver extra hjälp och stöd- ta kontakt med sjuksköterska i endometriosteamet för samordning. (040–33 19 95).**

Kopia av nedtrappningsschema ska i dessa fall även lämnas i endometrios-teamets fack, förutom till inscanning.

Källor:

- SFOG-råd endometrios:

SFOG Endometrios ARG-rapport 75, 2016:

[SFOG Endometrios \(sfog.se\)](https://sfog.se/)

- ESHRE guidelines:

[ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis \(guidelines.endometriosis.org\)](https://guidelines.endometriosis.org/)

Bilaga 2. Nedtrappningsschema



Namn/personnr Datum

Nedtrappnings schema för:

Tabl Oxycodone depot

Kapsel OxyNorm

Extradosen tas i samband med utsättningssymtom vilka liknar influensabesvär (frossa, muskelvärk, svettning). Vid upprepade besvär bör nedtrappningshastigheten dämpas. Rekommenderar att man påbörjar nedtrappning först 3-4 dygn efter hemkomst och när behovet av extradoser är mindre än 2 ggr/dygn.

Datum	Antal dagar	Läkemedel	Morgon	Kväll
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st
		T Oxycodone depot mg K OxyNorm mg vb max ggr/dygn	st	st

Därefter anses utsättning avklarad! Övrig smärtmedicinering kvarstår under hela nedtrappningen. Planen kan ändras efter telefonkontakt med Smärtenheten.

Bilaga 3. Frågeformulär

Frågor att besvara inför ditt besök på endometriasmottagningen vid Skånes universitetssjukhus i Malmö.

Namn: _____

Personnummer: _____

Datum: _____

Vad är din huvudsakliga sysselsättning? Ange 1 alternativ:

- ☐ Studerar
- ☐ Arbetar heltid
- ☐ Arbetar deltid
- ☐ Föräldraledig
- ☐ Sjukskriven med sjukpenning
- ☐ Sjukskriven med aktivitetsersättning/sjukersättning
- ☐ Ålderspensionär
- ☐ Annat

Fritidsintresse: _____

Antal glas alkohol/vecka: _____

Nyttjar du tobak? _____

- ☐ Ja
- ☐ Nej

1. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling och trädgårdsarbete: _____

2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport: _____

Vilken typ av träning? _____

3. Har du uteslutit något i kosten i syfte att lindra symtom?

- ☐ Ja, i så fall vad (ringa in): Gluten Laktos Annat
- ☐ Nej

Egen kommentar: _____

Allmänt hälsotillstånd:

Vikt: _____ kg

Längd: _____ cm

1. Har du/någon i släkten ärftlighet för någon sjukdom?

- ☐ Ja, nämligen _____
- ☐ Nej

2. Har du någon annan sjukdom?

- ☐ Ja, nämligen _____
- ☐ Nej

3. Har du blivit opererad tidigare?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Tidigare gynekologi och fertilitet:

1. Har du varit gravid?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hur många gånger? _____

Varav: missfall _____ abort _____ utomkvedshavandeskap _____

Hur många barn har du fött? _____

2. Har du utretts/behandlats för svårigheter att bli gravid?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Var och när? _____

Vilken behandling? _____

3. Har du haft cellförändringar?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

4. Har du fått behandling för något annat gynekologiskt tillstånd?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Endometrios:

1. När hade du dina första endometriossymtom? År _____

2. När sökte du sjukvården första gången på grund av symtom/besvär av endometrios? År _____

3. När fick du diagnosen endometrios? År _____

4. Hur ställdes diagnosen? _____

5. Var ställdes diagnosen? _____

6. Har du haft symtom av din endometrios under de senaste 4 veckorna?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

7. Har du tarmtömningsbesvär?

- ☐ Ja, om ja: kan du beskriva dina besvär? _____
- ☐ Nej

8. Har du besvär från urinblåsa eller urinvägar?

- ☐ Ja, om ja: kan du beskriva dina besvär? _____
- ☐ Nej

9. Har du varit utsatt för hot, våld eller övergrepp?

- ☐ Ja, om ja, ringa in: har det varit sexuellt, psykisk eller fysiskt våld?
- ☐ Nej

10. Har du smärta vid sex?

- ☐ Ja, om ja: kan du beskriva dina besvär? _____
- ☐ Nej

Har du avstått helt från sex senaste halvåret på grund av smärta?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Är du nöjd med ditt sexliv?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Gradera kvaliteten på ditt sexliv på skalan mellan 1 och 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Läkemedel

Vilka läkemedel tar du?

Namn	Styrka	Antal/dag
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		
7. _____		

Övrigt beträffande läkemedel: _____

Kontakter

Har du/har du haft kontakt med någon av nedanstående?

Kurator/psykolog?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Smärtklinik?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Psykatri?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Sjukgymnast/fysioterapeut?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Socialt/hälsa

Gradera på nedanstående skala hur du de senaste månaderna upplevt:

Livskvalitet:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Familjelivet (föräldrar, partner, barn, socialt kontaktnät):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Din psykiska hälsa:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Arbetslivet:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Något mer du vill beskriva eller ta upp?
