# Endometrios – utredning, vård och behandling

Fastställd av Hälso och sjukvårdsdirektören (HS 2021–01137) december 2021 giltig till januari 2024
Utarbetad av Regionalt processteam – Endometrios

## Huvudbudskap

- Behandling av dysmenorré, som är ett av de vanligaste symptomen på endometrios, startar i primärvården.
- Vid otillräcklig effekt remitteras patienten till specialistvård gynekologi.
- Fysioterapeutiska åtgärder ska startas tidigt.
- Opioider för kontinuerligt bruk ska undvikas och endast sättas in efter konsultation av smärtspecialist.
- Antalet kirurgiska ingrepp ska vara så få som möjligt.
- Vid avancerad endometrios, och samtidig behandlingsrefraktär smärta, ska patienten remitteras till SU enligt Nationell högspecialiserad vård för bedömning och eventuell kirurgi.

## Förändringar sedan föregående version

Primärvårdens roll är uppdaterad. Länkar finns till riktlinjer vid graviditetsönskemål, akuta skov och hormonell behandling. Rutiner kring diagnostik med CT har förtydligats. Anpassad till dokumentstandard.

## Bakgrund

Endometrios består av endometrielik vävnad som växer utanför uteruskaviteten och beter sig ungefär som vanligt endometrium, dvs. blöder i samband med mens. Detta ger upphov till inflammation, fibrosbildning och smärta. Ovarierna är ofta engagerade, vilket kan hämma ägglossning, ge mensstörningar och nedsatt fertilitet.
Orsaken till endometrios är inte helt känd, men retrograd mens och spridning via blodbanan, i kombination med immunologiska faktorer som försämrar förmågan att eliminera endometriefragment utanför uterus, ingår i en accepterad förklaringsmodell.
Cirka 10–15 % av personer födda med livmoder har endometrios, dvs. ca 200 000–250 000 personer i Sverige.
För ca 20 % av patienter med endometrios är sjukdomen så svår att den ger påtagligt försämrad livskvalitet och nedsatt arbetsförmåga. Statistiskt sett bör det finnas ca 5000 personer med svår endometrios i VGR.

Diagnoskoder: Endometrios N80.1–9, N97.8D, N99.

## Utredning och behandling

### Primärvårdsnivå

Diagnosen endometrios kan inte sättas i primärvården. Primärvårdens roll i det initiala skedet för patientgruppen är att identifiera och behandla patienter med svår dysmenorré.

Anamnesen bör täcka följande:

- Strukturerad genomgång av symtom typiska för endometrios: menssmärta, ägglossningssmärta, djup samlagssmärta, smärta och obehag från urinblåsan samt smärta vid tarmtömning. Blödning från urinvägar och tarm är ovanliga symptom på endometrios, och ska utredas enligt gängse rutin.
- Symtomdebut och symtomfrekvens
- Nytillkomna symtom
- Gradvis ökande symtom
- Aktuell läkemedelsbehandling mot smärta
- Aktuell hormonell läkemedelsbehandling
- Skolfrånvaro eller sjukfrånvaro
- Fysisk aktivitetsnivå
- Ärftlighet

Gynekologisk undersökning är inte ett krav, men kan tillföra värdefull information om smärtlokalisation.

**Behandlingen av dysmenorré**:

1. NSAID-preparat och paracetamol.
2. Vid otillräcklig effekt av NSAID ska basal hormonell behandling inledas i form av monofasiska kombinerade p-piller eller gestagendominerade hormonella preventivmedel, se Regional rutin – Endometrios - hormonell behandling.
3. Tidig kontakt med fysioterapeut kan vara värdefullt för råd och behandling.
4. Stödjande samtal kan vara värdefullt.

Vid utebliven eller otillräcklig effekt efter ca 3–6 månaders hormonell behandling enligt ovan skrivs remiss till gynekolog. Finns tillgång till gynekolog inom öppenvården skickas remissen dit.

Diagnos: N94.6 Dysmenorré

## Specialistvård gynekologi - hormonell behandling, kirurgi och diagnostik

5. Om viss, men inte fullständig effekt, av 1–3, kan behandling med två hormonella preparat provas, se Regional rutin - Hormonell behandling vid endometrios.
6. Symptomgivande misstänkta endometriom kan ibland framgångsrikt behandlas med enbart hormonell behandling (Regional rutin - Hormonell behandling vid endometrios)
7. Vid fortsatt otillräcklig behandlingseffekt utförs laparoskopi inom lokalt endometriosteam. Vid operationen ska beredskap finnas för att avlägsna all synlig endometrios, och biopsi för PAD ska tas. Ta ställning till samtidig insättning av hormonspiral. Efterfråga "körtlar och stroma" i PAD.
8. Fortsatt hormonell behandling efter kirurgi. Val av preparat görs utifrån effekt (Regional rutin - Hormonell behandling vid endometrios).
9. Vid misstanke om djupt infiltrerande endometrios utförs MRT bäcken.
10. Vid blödning från urinvägar eller tarm ska detta utredas enligt gängse rutin, och inte enbart med frågeställning endometrios.
11. Varje förändring i behandling, kirurgisk eller farmakologisk, ska följas upp efter ca 3 mån hos lämplig vårdgivare, enligt lokal rutin.

Diagnosen endometrios kan ställas vid laparoskopi med biopsi, vaginalt ultraljud om endometriom eller större endometrioshärdar ses och på MRT om djup infiltrerande endometrios ses.

## Övrig läkemedelsbehandling

Vid persisterande smärta trots ovanstående farmakologiska behandlingar:

1. Amitriptylin® (Saroten® m.fl.) och gabapentin (Neurontin® m.fl.). Amitriptylin® ger som biverkan trötthet och kan därför bidra till mer stabil sömn. Behandlingen trappas upp.
2. Duloxetin® kan provas vid samtidig ångest, oro eller depression.
3. Mirtazapin®, Propiomazin® eller Melatonin® kan provas vid samtidiga sömnbesvär.
4. Svaga opioider har som regel ingen plats i behandlingen.
5. Starka opioider för kontinuerligt bruk bör endast sättas in efter konsultation av smärtspecialist.

## Vård vid akuta skov

I första hand används NSAID och paracetamol i fulldos, värmebehandling och TENS. I andra hand används opiat, t.ex. Oxycodon® 5mg vb eller mixtur 1mg/ml 5ml. Undvik injektionsbehandling och eftersträva utsättning av opiat inom närmaste dagarna; använd nedtrappningsschema vid behov. Begränsa eventuell förskrivning till det aktuella skovet och be om tillgång till NPÖ för att kontrollera om parallell förskrivning förekommer.

Uppföljning, t.ex. telefonledes, inom ca 2v efter vårdtillfället.

Se även lokala rutiner för Akut smärta och Omvårdnad vid endometrios samt SFOGs råd

## Individuell vårdplan

Vid återkommande behov av akut och/eller inneliggande vård för smärtgenombrott ska en individuell vårdplan upprättas av lokalt endometriosteam.

## Övrig kirurgisk behandling

Antalet kirurgiska ingrepp bör minimeras och utföras av gynekolog med god kännedom om kirurgi vid endometrios, för att undvika upprepad kirurgi som kan leda till iatrogen smärta och nedsatt ovarialreserv. Enligt ovan eftersträvas att vid den första diagnostiska laparoskopin ta bort all synlig endometrios.

Remiss skickas till Gynekologi/SU/Sahlgrenska enligt uppdrag för Nationell Högspecialiserad Vård (NHV) – Viss vård vid endometrios, för patient med smärtor och samtidigt: endometrios i septum rektovaginale, vagina, tarm, urinvägar eller extraabdominellt, vid endometriom hos patient med aktuell barnönskan, vid hysterektomi eller adnexoperation och samtidigt känt eller misstänkt adherensstatus.

Kirurgiska åtgärder bör undvikas vid persisterande bäckensmärta efter adekvat, eller upprepad, endometrioskirurgi, eller om patienten snart förväntas nå menopaus.

## Multidisciplinärt endometriosteam och rehabilitering

Endometriosteam finns inom NU-sjukvården, SKAS, SÄS, SU och på Hallands sjukhus Varberg. I teamen bör gynekolog, sjuksköterska eller barnmorska, kurator och fysioterapeut ingå. Sexologisk och uroterapeutisk kompetens bör finnas tillgänglig, och likaså tillgång till smärtläkare.
Teamen avgör behovet av kirurgisk behandling.
Teamen ansvarar även för att patienter med endometrios som ger svår smärta med påverkan på daglig funktion, aktivitet och livskvalité, får bedömning och förslag till vårdplan.
Patienter i behov av rehabilitering ska erbjudas remiss till multimodal rehabilitering 1 (MMR1) inom Primärvården. Vid komplex problematik finns MMR2. I bägge fallen se https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/forsakringsmedicin/en-kvalitetssaker-och-effektiv-sjukskrivningsprocess/w

## Samtidiga graviditetsönskemål

Se Regional rutin - Endometrios och graviditet.

## Sjukskrivning

Individualiseras utifrån patientens symptom och grad av nedsatt förmåga. Möjlighet finns att slippa karensdagen vid fler än 10 sjukskrivningar per år, t.ex vid återkommande svår dysmenorré; Försäkringskassans intyg Särskilt Högriskskydd (7467).

## Samsjuklighet

Patient med misstänkt psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet ska remitteras för eventuell utredning och behandling till primärvård alternativt specialistvård.

## Egenvård

Hänvisas 1177.se – Dysmenorré och Endometrios.

## Åtgärder som inte längre bör utföras

CT buk som led i diagnostik tillför ingenting. Undantaget är CT urografi vid misstanke om engagemang i urinvägarna. Vid frågeställning djup infiltrerande endometrios rekommenderas MRT bäcken.

## Indikatorer

Antal akutbesök/ år med diagnosen endometrios
Nöjdhet 8v och 1 år efter operation vid endometrios (Gynop)
Ytterligare indikatorer finns att följa enligt nationella riktlinjer för endometrios från Socialstyrelsen. Dessa följs av Socialstyrelsen.

## Länkar

Regional rutin - hormonell behandling vid endometrios
Regional rutin - Endometrios och graviditet
Lokal rutin för Akut smärta (SU)
Omvårdnad vid endometrios (SU)
SFOGs råd - endometrios.
Försäkringskassans intyg Särskilt Högriskskydd (7467)
1177 - Dysmenorré
1177 - Endometrios.

## Innehållsansvarig

Helena Hognert, ordf. RPT endometrios, ÖL, sektionschef Benign gynekologi, VO Kvinnosjukvård, SU