OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Helena Hognert, (helho13), Sektionschef
Godkänd av: Serney Bööj, (serbo1), Överläkare
Giltig från: 2022-05-31
Giltig till: 2024-05-31

Endometrios och graviditet

Fastställd av ordförande för regionalt programområde Kvinnosjukvård och förlossning (HS 2021–01138) juni 2022 giltig till juli 2024
Utarbetad av Kvinnosjukvården på SU, Reproduktionsmedicin och Benign gynekologi.

Syfte

Dokumentet innehåller riktlinjer angående handläggning av aktiv graviditetsönskan hos patienter med känd endometrios, råd om smärtlindring före och under graviditet samt fortsatt hormonbehandling postpartum.

Bakgrund

Endometrios förekommer hos ungefär var tionde kvinna i fertil ålder och hos 25 - 40 procent av infertila kvinnor. Kvinnor med endometrios bör tidigt informeras om att chansen för graviditet kan vara nedsatt. Hon ska erbjuds tidig behandling för sin sjukdom och få ett optimalt omhändertagande vid graviditetsönskan, under och efter graviditet.

Vid graviditetsönskan

Vid endometrios ska kvinnan inte gå obehandlad i ett år med svåra smärtor innan remiss till reproduktionsenhet erbjuds. Individuell handläggning krävs där hänsyn skall tas till ålder, smärtproblematikens svårighetsgrad samt hur svår endometrios patienten har. Att bedöma endometriosens svårighetsgrad och chans till spontan konception är dock svårt.

Vid endometrios utan tidigare svår smärtproblematik rekommenderas spontana graviditetsförsök under minst 6 månader. Lämpligt med uppföljning 3 månader efter utsatt hormonell behandling för att utvärdera smärtsituationen. Om hållbart rekommenderas fortsatta försök i maximalt 12 månader sammanlagt. Om ohållbart, återinsätt hormonell behandling samt remiss till reproduktionsenhet.

Vid endometrios med tidigare eller pågående svår smärtproblematik skall direkt remiss till IVF övervägas utan utsättning av hormonell behandling. Synkroniserad övergång från patientens pågående hormonbehandling till GnRH-agonist rekommenderas och kan minska risken för ökad smärta.

Det vetenskapliga underlaget för att rekommendera eller inte rekommendera kirurgi inför spontana graviditetsförsök eller IVF är otillräckligt och individuella ställningstaganden i samråd med patienten måste alltid göras. Om säcktuba föreligger skall salpingektomi utföras inför IVF i de flesta fall men de perioperativa riskerna hos varje patient måste bedömas. Punktion av endometriom bör undvikas pga. risken för infektion efter ingreppet.

Cystenukleation är den bästa behandlingen av smärtsamma endometriom. All kirurgi på äggstockarna påverkar ovarialreserven. Upprepad ofullständig endometrioskirurgi är som grundregel inte att rekommendera, approach skall vara ”see-and-treat” och om beslut om laparoskopi tas skall man också kunna avlägsna all identifierad endometrios.

En fullständig fertilitetsutredning får göras inför patienten blir remitterad för IVF behandling. Kontrollera spermaprov frikostigt för att undvika resultatlösa graviditetsförsök

och eventuell onödig dyspareuni. Överväg att göra detta före utsättande av hormonell behandling.

Endometriom påverkar ovarialreserven mätt som AMH men den kliniska betydelsen av detta för fertiliteten är idag oklar. Låg ovarialreserv är ingen klinisk indikation för äggfrysning och detta finns idag inte som rutin någonstans i Sverige.

Smärtlindring under försök att uppnå graviditet och under graviditet

Paracetamol: Kan tas i fulldos före och under graviditet.

NSAID: Vid försök till spontan konception kan NSAID tas i fulldos under hela menstruationen. NSAID bör inte tas under pågående hormonstimulering inför IVF-behandling.

För råd till patienter som står på **SNRI, SSRI, gabapentin, pregabalin, amitryptilin eller mirtazapin pga smärta och eller psykisk ohälsa** hänvisas till Regional Rutin – Psykisk ohälsa under graviditet och hos nyförlöst - handläggning på vårdcentral

Opiater kan ges vid behov med samma restriktioner som annars, dvs kortast möjliga behandlingstid med plan för utsättning och uppföljning.

Fysisk aktivitet har effekt mot alla typer av långvarig smärta inklusive endometrios och det är viktigt att fortsätta vara fysiskt aktiv även vid uppnådd graviditet. Smärtskov medför ofta inaktivitet varför en god grundkondition är viktig på lång sikt. Uppmuntra därför träning och remittera till fysioterapeut vid behov, till exempel för uppstart av träning.

Vid sömnstörning skall råd om sömnhygien ges i första hand och läkemedelsbehandling mot insomni undvikas. Om detta ändå blir aktuellt kan prometazin och propiomazin användas under hela graviditeten. Bensodiazepiner samt benzodiazepinliknande läkemedel skall helt undvikas.

Hormonbehandling postpartum

Endometriossymptom kan återkomma tidigt och hormonell behandling bör återinsättas senast tre månader postpartum. Liksom hos nyförlösta utan endometrios skall dock kombinerad hormonell metod inte väljas de första 6–8 veckorna efter partus på grund av förhöjd trombosrisk.

Uppföljning, utvärdering och revision

Processansvarig i endometriosteam, Gynekologi och Reproduktionsmedicin är ansvarig för uppföljning/revision av innehållet i rutinen.

Innehållsansvarig

Helena Hognert, öl, sektionschef Benign gynekologi, ÖS SU

Referenser

- SFOGs råd om endometrios
- ESHRE Guideline Management of Endoemtriosos. 2013.
- ESHRE Guideline Female Fertility Preservation

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Helena Hognert, (helho13), Sektionschef

Godkänd av: Serney Bööj, (serbo1), Överläkare

Dokument-ID: HS9766-305841775-132

Version: 2.0

Giltig från: 2022-05-31

Giltig till: 2024-05-31