

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.

Endometrios

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)

[Epidemiologi](#)

[Symtom](#)

[Utredning](#)

[Ytterligare utredning](#)

[Differentialdiagnoser](#)

[Handläggning](#)

[Endometriosteam](#)

[Halmstad, enligt befintlig lokal struktur](#)

[Kirurgisk behandling](#)

[Remiss till NHV Endometrios](#)

[Nationell Högspecialiserad Vård - Endometrios](#)

[Infertilitet vid endometrios](#)

[Akut buksmärta under jourtid – patient med känd endometrios](#)

[Medicinsk behandling](#)

[Länkar](#)

[Referenser](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

[Dec-21: Uppdaterad med ny rubrik och länk:](#)

[Remiss till NHV Endometrios VGR](#)

[Bilaga 1](#)

[Bilaga 2 Akut smärta gynekologi](#)

[Bilaga 3](#)

Akut handläggning var god se:

- [Akut buksmärta under jourtid – patient med känd endometrios](#)
- [Akut smärta gynekologi, flödesschema bilaga 2](#)

Sammanfattning

Endometrios är en kronisk gynekologisk sjukdom som innebär att körtlar och stroma av samma typ som i endometriet befinner sig utanför livmodern, oftast i peritoneum i lilla bäckenet. Endometriom utvecklas i ovarier. Stor variation kan ses vad gäller symtom och klinisk bild där utredning och behandling behöver anpassas individuellt och i svårare fall handläggas i tvärprofessionellt team.

Epidemiologi

Endometrios förekommer hos ungefär var tionde kvinna i fertil ålder

- 40-60% av kvinnor som har besvär med dysmenorré har endometrios
- 30-40 % av kvinnor som har problem med fertilitet har endometrios
- Vanligaste ålder vid diagnos 25-29 år, trots att patienterna ofta sökt sedan tonåren

Symtom

- Dysmenorré: Huggande, skärande, brännande smärta eller krampkänsla, molvärk, utstrålade smärta (ben, lumske, rygg, övre delen av buken)
- Djup dyspareuni
- Infertilitet/subfertilitet
- Ovulations smärta
- Allmän sjukdomskänsla före mens och svullen buk vid mens
- Premenstruella urinvägsbesvär, smärta vid vattenkastning
- Långvarig smärta/värk utan relation till menscykel

- Blödningsrubbingar (rikliga, koagler), mellanblödningar.
- Tarmbesvär: Matsmältningsbesvär och smärtsamma tarmrörelser (dyschezia), diarré/obstipation, uppblåshet, smärta vid tarmtömning. Ofta samtidigt IBS.
- Ovanliga symtom: hematuri, blod i avföring, smärtor i ärr efter tidigare bukoperation, subileus, ileus, uretärstas, pneumothorax, hemopty

Utredning

Glöm inte endometriosis när du träffar en tonårig flicka som söker på grund av menssmärtor. Mer än 2/3 har symtomdebut i tonåren.

1. Anamnesen är viktig
2. Noggrann gynekologisk undersökning
3. Vaginalt ultraljud

Palpationsfynd:

Vid pågående smärta är det svårt att palpera då muskeltonus är förhöjd. Försiktighet då patienten då ofta har kvarstående smärta efter palpation.

- Ömhet, stramhet och ibland knölighet över sacrouterinligament
- Ömhet i nedre del av buken, bäckenbotten
- Ömhet och förhårdnad/ knölighet av septum rektovaginale (rektalpalpation)
- Fixerad uterus
- Fixerade ovarier, adenexresistens, förstörade ovarier

Indikationen för en undersökning skall vara välgrundad varje gång. En gynekologisk undersökning är alltid en mycket traumatisk upplevelse för en patient med svår smärta. Kanske kan man hoppa över en undersökning helt eller bara utföra en partiell undersökning, t.ex. bara ett ultraljud när man vill följa upp ett endometriom.

När man har ett bra skäl att undersöka palpatoriskt så skall man utföra en fullständig undersökning.

- Bimanuell palpation av uterus och adnexområden samt en rektovaginal undersökning för att bedöma parametria, liggg. sacrouterina, spatium rektovaginale och det dorsala bäckenet.

Vaginalt ultraljud:

Ultraljudsfynd saknas ofta, men man kan leta efter indirekta tecken på sammanväxningar.

1. avsaknad av "Sliding Signs", dvs om ovarier är fritt förskjutbara mot uterus/tarm och om uterus är fritt förskjutbar mot tarm.
2. "Indian Headdress Signs" kan ses som en oregelbundenhet i tarmvägg, orsakas endometriosinlagring och sammanväxningar i rektosigmoideum.

Endometriom bekräftar diagnosen, finns hos ca 16 % av patienterna med endometriosis. Typisk utseende av endometriom i 95 %.

Enligt IOTA (Pattern rekognition): Unilokulär cysta med ground glass innehåll hos en fertil kvinna.

- Homogent, lågekogent innehåll
- Förtjockad cystvägg med högekogena (knottror) på insidan
- En-/flerrummig
- Inga signaler vid färgdoppler
- "Kissing ovaries" som möts i medellinjen
- Adenomyos

Ytterligare utredning

- Diagnostisk laparoskopi bör begränsas. Kontakta endometriosteams läkare för ställningstagande.
- MR kan påvisa infiltrativt växande endometrios vid djupväxt över 5 mm i t.ex. septum rektovaginale. Görs framför allt vid avancerad endometrios för preoperativ kartläggning.
- Lab: CA 125 har begränsat värde för diagnos av endometrios. Kan vara förhöjt vid flertal tillstånd såsom PID, myom, adenomyos och epitelial ovarialcancer.
- CT har ingen betydelse i diagnostiken av endometrios. Kan visa uretärstas och adnexförändring med olika densitet.
- Ev. koloskopi, cystoskopi: helst under mens.

Differentialdiagnoser

Fertila kvinnor som söker på grund av nedre buksmärta: uteslut i första hand (även vid känd endometrios)

- Extrauterin graviditet
- Gyn-infektion, PID
- Appendicit

Andra differentialdiagnoser: Myom, blödande ovarialcysta, cystruptur/torsion, adenomyos, sammanväxningar postoperativt i lilla bäckenet, varicer (varicosis pelvis), bräck, interstitiell cystit/bladder pain syndrom IBS/tarmsjukdom, smärttillstånd i rygg/bäcken, fibromyalgi eller annan kronisk smärta, erfarenhet av våld.

Handläggning

- Vid all handläggning vid endometrios är målet ett gott omhändertagande av patienten med information, behandling och uppföljning utifrån patientens individuella situation vilket påverkar vilka behandlingsmål som sätts.
- Olika mål i olika faser kan vara smärtlindring, främjande av fertilitet samt att med behandling minska sjukdomsprogression och kronisk inflammation genom reduktion av mängden endometriosimplantat.
- **Den hormonella behandlingen avser att framkalla amenorré** för att ge atrofi av endometrioshärdar.
- **OBS: Parallell hormonell behandling med smärtlindring inkl. ev. fysioterapeut samt psykosocialt stöd** (patientansvarig läkare, kurator, kontaktsköterska) i varje steg.
- **Ansvarig läkare för patienten planerar tillsammans med patienten, följer upp och konsulterar Endometriosteamet vid behov.**

Endometriosteam

Varberg, enligt befintlig lokal struktur

- Team med gynekolog, barnmorska, psykolog, kurator, fysioterapeut, sekreterare. Vid behov konsulteras andra professioner. Fysioterapeut finns för närvarande inte i teamet, men kan konsulteras om akut behov hos inneliggande patient. Remiss till vårdcentral för fysioterapi.
- Smärtkliniken medverkar vid teamkonferens. Resurs för en tvärprofessionell bedömning vid svårbehandlad endometrios och/eller långvarig nedre buksmärta.
- Patientansvarig gynekolog kan anmäla en patient för bedömning av teamet: Personlig kontakt med läkare i teamet.
- Teamets läkare bedömer om det kan ges handlägningsråd direkt eller skall anmälas för teamkonferens.
- Vid teamkonferens 1 kallas patientansvarig gynekolog för att delta i gemensam genomgång av fallet. Om patientansvarig läkare inte kan medverka diskuteras fallet i teammötet och beslut förmedlas. Beslut tas kring planering inklusive vilka i teamet som skall träffa patienten för bedömning.
- Vid teamkonferens 2 diskuteras bedömningarna och handläggning rekommenderas utifrån dessa. Patientansvarig läkare deltar/får besked om beslut och ansvarar för att informera och följa upp patienten.
- Vid långvarig smärta behövs ofta samarbete med patientens vårdcentral som får följa upp ev. fortsatta kurators-, psykolog- och fysioterapeutkontakter. Patientansvarig läkare skriver remisser inkl. ev. annan uppföljning av smärtlindring, mag- och tarmbesvär, depression, ångest mm.
- Smärtmottagningen kan konsulteras gällande inneliggande patienter på gynekologisk slutenvårdsavdelning. Viktigt att konsultationsremissen märks som akut.

Halmstad, enligt befintlig lokal struktur

- Inre kärnteam med kontaktsköterskor, läkare, avdelningssjuksköterskor.

Utökat Endometriosteam med gynekologer, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer, kuratorer, fysioterapeuter, sekreterare. Vid behov konsulteras andra professioner. Resurs för en tvärprofessionell bedömning vid svårbehandlad endometrios och/eller långvarig nedre buksmärta.

Patientansvarig gynekolog kan anmäla en patient för bedömning.

- Vid långvarig smärta behövs ofta samarbete med patientens vårdcentral som får följa upp ev. fortsatta kurators- och fysioterapeutkontakter. Patientansvarig läkare skriver remisser inkl. ev. annan uppföljning av smärtlindring, mag- och tarmbesvär, depression, ångest mm.

Se angående samarbete och remisser till vårdcentral och smärtmottagning sidan 8-9.

Endometriosisbehandling

Behandlingsalternativ: Punkterna A-C skall kombineras parallellt.

A. Hormonell behandling

- Hormonell behandling ska sättas så tidig som möjligt.
- Målet är att uppnå amenorré och anovulation.
- Behandlingen ger smärtlindring och kan sannolikt bromsa sjukdomsförloppet.
- Det finns ingen övre gräns för att hur länge man kan stå på behandlingen utan blödningar.
- Val av behandling bör följa trappan 1-2-3-4
- Samtliga nedanstående metoder fungerar samtidigt som preventivmedel. För MPA uppnås preventiv effekt vid 20 mg.

1. Kombinerade p-piller

- Dienorette: Första hands valet. Dienorette innehåller dienogest samma gestagen som Visanne, Endovelle, Dienogest.
- Monofasiska, gestagendominerade p-piller: Neovletta, Abelonelle, Prionelle. Tablettarna tas kontinuerligt, placebotabletter hoppas över. Vid genombrottblödning som inte upphör inom ett par dagar kan patienten göra 4 dagars uppehåll för att initiera en bortfalls blödning och sedan återgå till 1 tablett dagligen.

2. Gestagenbehandling

- Desogestrel : Cerazette , Vinelle, Gestrina 75mikrogram 1-3 tab per dag.
- MPA (Medroxyprogesteron): Tab Provera 10-40 mg/dag Patienten kan själv justera dosen inom givna ramar t.ex. höja eller sänka 5mg var 14:e dagar utifrån uppnådd behandlingseffekt och eventuella biverkningar. Depo-Provera Intramuskärt Injektion 150 mg var 12:e vecka motsvarar T. Provera 20 mg/ dag. Högsta behandlingsdos är 150 mg var 3:e vecka. Vid långvarig högdosbehandling bör man dock överväga att följa bentäthetsmätning.
- Noretisteronacetat NETA: Primolut-Nor 5 mg 1-4/ dag.
- Levonorgestrel : Mirenaspiral är den enda spiral som är testad vid endometrios. Kan användas ensam eller i samband med peroralt gestagen eller kombinerade för att uppnå an ovulation. Insättning av Mirena är dock smärtsam för patienter med Endometrios. Extra smärtlindring krävas inför insättning och första veckorna efter insättning.

3. Ibland behöver man kombinera flera preparat för att nå amenorré t.ex.

- Hormonspiral + kombinerat p-piller.
- Hormonspiral + annat gestagen.
- Hormonspiral + gestagen+ addback med lågdos östrogen.
- Två hormonspiraler.

- Kombinerat p-piller + gestagen i tablettform.
- GnRH-agonist + gestagen (tablett/ hormonspiral) + ev. add-back med östrogen.

4. Dienogest

Dienogest: (Dienogest, Endovelle, Visanne tablett 2mg) Har hög endometriespecifitet. Startdosen 2mg/ dag, dubbeldos kan ibland ge bättre effekt.

- Dienogest har ingen läkemedssubvention för endometriosis, utan patienten får betala hela kostnaden.
- Man kan ansöka om individuell subvention för behandlingen när vissa kriterier är uppfyllda: då täcker regionen hela kostnaden.

Kriterier för individuell subvention av Dienogest i Region Halland

1. Synnerligen angelägna medicinska behov där andra alternativ (steg 1-4) i behandlingstrappan ovan provats utan tillräcklig effekt eller alltför besvärande biverkningar.
2. Laparoskopiverifierad endometrios.
3. Dienogest i billigaste synonympreparat har prövats i minst 3 månader med tillfredsställande resultat.

[Läkemedel - Individuella subventioner](#)

5. GnRH- analog eller GnRH-antagonist

Kontakta Endometriosteamet. Rekommenderad behandlingstid är 3-6 månader men kan fortgå längre såvida patienten använder add-back.

GnRH-analog

(Enanton-Depot), vanlig dos är 3,75 mg subkutant var 4:e vecka. Behandlingen inleds på första till femte menstruationsdagen.

Nafarelin (Synerala nässpray 200mikrog/ dos). Dosen är 400 mikrogram/dygn fördelat på en sprayning (200 mikrogram) i den ena näsborren på morgonen och en sprayning i den andra näsborren på kvällen under 6 månader. Behandlingen skall påbörjas på menstruationscykelns andra till fjärde dag. Add-back kan ges direkt vid inledd GnRH- behandling för att minska östrogenbristsymtom och vid upprepad/långtids GnRH-behandling pga. risk för osteroporosutveckling. T.ex. östrogen + gestagen i lågdos. Bentätetsmätning vart tredje år.

Anm: Det finns två prospektiva randomiserade studier som inte kunde visa signifikanta förbättringar ang. smärtsituationen eller livskvalitén för endometriospatienter med en GnRH-analog-behandling jämfört med användning av ett kombinerat p-piller i långcykel. Indikationen för en GnRH-terapi måste således ställas noggrant och är ej rekommenderad i första hand. Undantag: Patienter som redan är planerade för IVF-behandling inom kort; de har fördel av GnRH-analoga som förberedning för infertilitetsbehandlingen.

GnHR-antagonist

Ryeqo (Relugolix 40mg+ E2 1mg/NETA 0,5mg) har registrerats för endometriosbehandling hösten 2023

Dosen är 1 tablett dagligen vid ca samma tidpunkt. Första tablett tas inom 5 dagar efter det att menstruationen har börjat.

Indikation i FASS är symptomatisk behandling av endometrios hos kvinnor som tidigare har behandlats med läkemedel eller kirurgi för sin endometrios.

Bentäthetsmätning rekommenderas efter 1 års användning

Uteslut graviditet före uppstart.

Långtidsanvändning, men utsättes vid menopaus.

Preventivmedel utsättes vid uppstart, icke-hormonellt preventivmedel användes i minst 1 månad efter uppstart med Ryeqo, därefter är kvinnan skyddad mot graviditet. Undantag: Har patienten en hormonspiral kan denna vara kvar under hela behandlingstiden. Om 1 tablett missas, tas den så snart som möjligt och nästa tablett tas i vanlig tid. Kvinnor med känd risk för trombos ska inte förskrivas Ryeqo. Observera eventuell interaktion med andra läkemedel.

B. Analgetika: full dos under perioden med smärta, annars vid behov.

- Cyklisk blödning i härdar ger akut inflammation med svår dysmenorré. Successivt kan utvecklas kronisk inflammation och fibros i omgivningen med kronisk smärta med akutisering vid cyklisk blödning.
- Den inflammationsbetingade retningen och smärtan ger så småningom sensitisering med påverkad central smärtmodulering vilket kan ge hyperalgesi och inslag av neuropatisk smärta samt generellt sänkta smärttrösklar.
- Vid långvarig smärta när livet inskränks är det vanligt med utveckling av depression och ångest – som i sin tur ger ett mer känsligt smärtsystem: Viktigt att behandla, se nedan.

1. Kombination av paracetamol (500 mg 2 x 4)+ NSAID:

- Orudis Retard 200 x 1,
- Ibuprofen 400 mg x 3 max dos 2400mg/ dag
- Naproxen 250-500mg x 2 max dos 1250 mg/dag
- Gärna tillägg Omeprazol
- Ev. selektiv COX 2 hämmare Celecoxib 200 mg x 1 eller Arcoxia 30-60 mg x 1
- Vid akut smärta kan övervägas parecoxib (Dynastat) 40 mg i.v., högst 80 mg/dygn.

2. Fysioterapeutremiss för komplementär smärtlindring

- Remiss till fysioterapeut på patientens vårdcentral för bedömning, smärthantering, avslappning kroppsmedvetenhetsträning, TENS, anpassad fysisk träning.

- Remiss till fysioterapeut u endometriosteamet vid tydlig bäckenbottendysfunktion för bedömning och behandling.

3. Opioidpreparat vid behov vid svåra smärtgenombrott:

- Targiniq eller OxyContin +OxyNorm 5 mg p.o. Ev. supp. Spasmofen vid illamående.
- Försiktig förskrivning med tanke på tillvänjningsrisken. Måste finnas ansvarig läkare för uppföljning.
- Ökad risk för missbruk vid ångest, depression, psykosocial problematik, tidigare missbruk – undvik/extra försiktighet med förskrivning.
- Tänk på risken för obstipation. Frikostighet med laxantia.

4. Vid långvarig smärta överväg mot neurogen smärta.

- Tricykliska antidepressiva (Saroten eller Anafranil 10 mg) till natten, ökas med en tablett per vecka till om möjligt 50-70 mg.
- Alternativt Cymbalta 30-90mg.
- Alternativ kan även vara Neurotin/Gabapentin eller Lyrica. Lyrica minskar även ångest men har tillvänjningsrisk.

5. Paracervikalblockad

- Kan ge lindring vid smärttoppar. Kan upprepas.
- Andra blockade i samråd med narkosläkare.

C. Behandling av andra symtom, annan smärta samt psykiskt dåligt mående Mag- och tarmbesvär.

- Känslighet för gluten, laktos? IBS? Överväg remiss till distriktsläkare
- Kostråd. Överväg remiss till dietist
- Illamående: Postafen, Primperan, Lergigan Comp

Annan smärta: överväg remiss till vårdcentral

- Huvudvärk, migrän
- Smärta i rygg, nacke, axlar, leder

Psykiskt dåligt mående: stress, ångest, depression

- Kuratorskontakt tidigt
- Remiss till distriktsläkare för diagnostik och behandling av depression och ångest
- Stor risk för utveckling av psykisk ohälsa vid långvarig smärta
- Behandling viktig även för att få bättre framgång i smärtbehandlingen, både ångest och depression ger ökad smärtekänslighet.

Samarbete och remisser till vårdcentral och smärtmottagning

- När endometriosen är optimalt behandlad av specialistgynekologin kvarstår hos en del patienter en långvarig smärta som ej påverkas nämnvärt av menscykeln eller hormonell behandling och som är närvarande större delen av tiden. Dessa bör behandlas som lidande av en långvarig icke-malign smärta snarare än av en

avgränsad gynekologisk problematik. Närsjukvården ansvarar för smärtrehabilitering på primärvårdsnivå. När deras resurser för smärtrehabilitering är uttömda kan vårdcentralen skicka remiss till Smärtmottagningen för bedömning och eventuell multimodal rehabilitering.

- Smärtmottagningen kan konsulteras gällande ineliggande patienter på gynekologisk slutenvårdsavdelning. Viktigt att konsultationsremissen märks som akut.
- Vid behov av råd vid svår smärtproblematik hos icke ineliggande patient kan konsultationsremiss skrivas till smärtmottagningen.

Kirurgisk behandling

- **Diagnostisk laparoskopi** skall övervägas i oklara fall, i samråd med Endometriosteamet. Kartläggning och ta PAD i första hand. Det är aldrig fel att avvakta med vidare åtgärd och sekundäroperera i samråd med robotoperatör. Alternativt behandla hormonellt och gör ny bedömning om kirurgi behövs.
- **Alltid hormonell behandling postoperativt när man finner endometrios.** Egentligen har alla patienter i fertil ålder som inte har en kontraindikation mot en hormonell terapi (graviditetsönskemål, tromboembolisk risk, m.m) behov av en recidivprofylax. Vid klimakteriebesvär post-op kan HRT ges men utvärdera per telefon efter 1 månad: Om smärta viktigt med gestagen kontinuerligt t.ex. p-spruta även om hysterektomerad. Samråd gärna med endometriosläkare.
- Kirurgisk åtgärd kan vara aktuell vid terapisivikt trots adekvat hormonell och smärtbehandling - framförallt vid tecken på djupt infiltrerande endometrios och/eller symtomgivande endometriom.
- **Beslut om operation bör baseras på klinisk utvärdering av effektiviteten av medicinsk behandling, MR och i samråd med endometriosteamet.**
- Överväg robotassisterad laparoskopi i samråd med robotkirurg.
- **Om det finns en fertilitets/graviditetsönskan är det viktigt bevara äggstockarna och deras funktion – OBS minimalt med operation och diatermi i ovarialkapsel.**
- Om man skall operativt behandla endometriom bör cystkapseln avlägsnas i sin helhet. Vid svårighet kan cystan fenestreras och tömmas. Därefter kan ny operation övervägas efter minst 3 månaders hormonell behandling: kan då gå lättare att skala ut endometriomet.
- **Excision av endometrioshärdar** och inte destruktion är det som föredras idag internationellt.
- Använd adherens-preventionsmedel. Se vårdriktlinje [Adherensprofylax på operationsavdelning - KK HS](#) (snart nytt preparat och vårdriktlinje).
- **Vid långvarig smärta** kan man förvänta sig sänkta smärttrösklar och svårare post-op smärta: **överväg EDA** även vid laparoskopi.

Remiss till NHV Endometrios

Där det bedöms att det kommer krävas avancerad kirurgi kan remiss skickas till högspecialiserad vård vid endometrios:

[Nationell Högspecialiserad Vård - Endometrios](#)

Remiss ska innehålla:

1. MR-undersökning ska vara genomförd.
2. Beskrivna fynd vid MR, ultraljud och/eller operation.
3. Finns graviditetsönskemål?
4. BMI.
5. Om patienten samtycker till åtkomst av journaluppgifter från remitterande enhet.
6. Om patienten är informerad om att bedömningen avser ställningstagande till operation.
7. En vårdsammanfattning, om max 1 sida ska bifogas remissmallen, liksom kopior på tidigare operationsberättelser där det är aktuellt.

MDK under ledning av Endometriosteamet i Region Skåne

- Vi kan skicka remiss för bedömning av handläggning samt ev. kirurgi samt koppla upp oss till deras MDK
- 2-3 gånger/termin för falldiskussion, second opinion i behandlingsregim, samt diskussion kring avancerad kirurgi.

Infertilitet vid endometrios

Med infertilitet avses att graviditet inte uppnåtts trots oskyddade samlag under ett år, medan subfertilitet avser minskad sannolikhet att bli gravid inom ett år jämfört med normalt fertila.

Det finns inget entydigt samband mellan endometriosisens svårighetsgrad eller lokalisation och subfertilitet/infertilitet. Ett flertal orsaker har diskuterats såsom adherensbildning och förändrad motilitet i tubor, ovulationsdysfunktion, spermiefagocytos, biokemisk miljöpåverkan, defekt fertilisering, embryotoxicitet, och defekt implantation.

- Överväg att informera patienten om att chansen för graviditet kan vara nedsatt.
- Vid behov av preventivmedel har kombinerade monofasiska kontinuerliga p-piller fördelen att de som regel inte leder till fördröjd återkomst av ovulatoriska cykler
- Långtidsbehandling med hög-dos gestagener, t ex. Depo-Provera eller perorala preparat, bör undvikas om graviditetsönskemål föreligger.
- Överväg infertilitetsbehandling innan patienten försökt bli gravid ett år. (Behandlingsgränsen kan t.ex. sättas ner till sex månader). Faktorer som smärtor, endometriosisens svårighetsgrad, infertilitetens duration, och kvinnans ålder bör beaktas.
- Restriktivt med kirurgi: enbart på smärtindikation eller vid stora >5 cm bilaterala endometriom efter samråd med fertilitetsläkare. Adherensprofylax skall användas.

Samråd med fertilitetsläkare kring utredning och behandling vid graviditetsönskemål.

- Remiss för IVF? Startas helst utan föregående kirurgi.
- Inför all kirurgi där man önskar underlätta fertilitet.
- Kring eventuell hormonell behandling efter kirurgi. Efter kirurgi insätts ibland GnRH inför IVF.
- Det finns ingen evidens för att enbart hormonell behandling i form av Gestagener eller GnRH – agonister har någon positiv effekt på fertiliteten vid endometrios.

Smärta vid sex och sexuell dysfunktion vid endometrios

- Vid akut eller svår långvarig smärta i lilla bäckenet blir det oftast smärtsamt med samlag, framför allt på djupet, ” upp i magen”. Behandling av endometriosaktivitet och endometriossmärta kan då ge lindring.
- Vid långvarig smärta i lilla bäckenet ses oftast spänd och öm bäckenbotten, liksom vid upprepade smärtsamma samlag eller samlagsförsök. I dessa fall kan smärta vid sex och samlag kvarstå även efter det uppnåtts en bättre situation vad gäller endometrios och annan smärta. Här kan kontakt med fysioterapeut med fokus på avspänning och bäckenbotten ge hjälp, via vårdcentral eller via vulvamottagningen.
- Viktigt att vid endometrios ge information om att undvika smärtsamma samlag

Akut buksmärta under jourtid – patient med känd endometrios

- Se bilaga 2 Akut gynekologisk smärta om patient utan känd endometrios.
 - Patienter med endometrios som har besvär med kroniska smärtor ligger konstant ofta på 4-8 på NRS(VAS)- skalan. När de drabbas av akuta smärtattacker kan smärtintensiteten ofta anges till 10 på VAS- skalan.
 - När dessa kvinnor söker akut så är det viktigt att de inte ifrågasätts utan att deras smärtupplevelse bekräftas och genast tas om hand.
 - Målet är inte smärtfrihet när patienten har kronisk smärta men minskad smärta och gott omhändertagande.
 - Akut svår smärta ger ofta akut ångest: Viktigt med lugnande närvaro och ev. behandling.
1. Smärtlindra så snabbt som möjligt för att lättare kunna bryta smärtan. Låt inte de som söker p.g.a. svåra smärtor vänta mer än absolut nödvändigt. Lämna inte patienten ensam: Trygghet för att minska ångest. Ge direkt bra psykologiskt omhändertagande.
 2. Glöm inte att NRS(VAS)- skalan regelbundet
 3. Differentialdiagnoser som behöver uteslutas: X? App? Gyn-infektion? Kontrollera grav-test, CRP, bukstatus. Gyn-us och u-lj efter smärtlindring.
 4. Bra anamnes viktig: Fråga patienten om hennes vanliga mediciner, och hur mycket har hon fått under de senaste dygnet och timmarna. I ambulans?
 5. Hjälpt patienten med avslappning, andningsövningar, värmekudde. Ev. kyla 10min/värme 30min

Medicinsk behandling

Steg 1 första dygnet

- Börja med Paracetamol + NSAID. Om patienten inte har fått maximala doser då kan man komplettera. Om inte kan ges peroralt överväg Perfalgan 10 mg/ml, 100ml infusion i.v. och Dynastat 40 mg i.v max dygnsdos 80 mg, alt Toradol 30 mg i.v, max dygnsdos 90 mg.
 - Värmekudde
 - TENS i tidigt skede, vid behov kontakta fysioterapeut för hjälp.
1. [Paracervikalblockad](#) (PCB) läggs om möjligt vid palpationsömhet över uterus och cervix.

- Lägg en plan för behandling med både långverkande Targiniq tablett 10 mg x 2 (om redan långtidsverkande opiat anpassa efter dos, maxdos 160 mg/g/dygn) och kortverkande opioider. Oxynorm: kapsel á 5-10 mg i första hand. Kan upprepas, läkare beslutar om maxdos/dygn. Vid mycket svår smärta kan individuell behandling med s.c eller i. v injektioner á 2.5-5 mg användas. Tänk i första hand subkutana injektioner. Upprepas med ungefär 30 minuters intervall tills dess någorlunda smärtlindring erhålls eller att patienten blir allmänpåverkad eller illamående. Risken för andningsdepression måste beaktas. Patienter som står på opiater tål relativt höga doser, se konverteringsguide för opioider, läkemedelskommittén terapirekommendationer kap 18 *Smärta* – (Regionens intranät).
2. Glöm inte laxantia vid opioider
 - Ångest och oro, krampsmärta, muskelspänning: Stesolid 2 mg intravenöst i omgångar upp till 10 mg. Begränsa behandlingstiden till 2-3 dygn p.g.a. beroenderisk.
 - Vid illamående ges Primperan 2 ml (5 mg/ml) i.v. I andra hand Ondansetron 2 ml (2 mg/ml) långsamt intravenös som infusion under 15 minuter.
 - Buscopan, 10 mg, 2 tabletter v.b (max 4 ggr/dygn).
 - Catapresan, 75 ug v.b. kan ges p.o eller s.c (max 4ggr/dygn) - obs risk för hypotension medför kontroll av blodtryck.
 - Överväg kontakt med avdelningens fysioterapeuter för hjälp med bedömning, smärthantering, avspänning, andningsövningar, träningsprogram, hitta balans mellan aktivitet och vila.
 3. Akupunktur om möjligt se punkter ovan sid. 5. Eller om möjligt TNS.

Steg 2 andra dygnet

1. Kontakt med Endometriosteamet.
2. Utvärdering av medicinerna. Justera doseringen försiktigt och överväg att byta till tablettform.
 - Vid otillräcklig effekt bör man diskutera EDA med Narop. Fördelen med Narop-EDA är att man samtidigt kan ge opioider vilket gör att man kan få en bättre övergång till annan smärtlindring när EDA ska avvecklas. Behandlingen bör planeras från 3-5 dagar.
3. Smärtmottagningen kan konsulteras gällande ineliggande patienter på gynekologisk slutenvårds avdelning. Viktigt att konsultationsremiss märks som akut.

Steg 3 vid utskrivning

1. Vid utskrivning skall ha planerats för uppföljning inklusive (förnyad) information om kontaktsköterska samt vilken läkare på kliniken som är fast vårdkontakt för patienten.
2. Endometriosteamet skall kontaktas för avstämning kring planering för patienten. Helst under vårdtiden och inför utskrivning, annars i efterhand.
3. Om patienten skrivs ut med nyinsatt eller ökad opioid skall det göras en skriftlig nedtrappningsplan och bokas telefonkontakt inom 1-2 veckor till ansvarig läkare (PAL).

- Vid behov remisser/epikriskopia till andra inblandade enheter t.ex. vårdcentral.
- Utarbeta en behandlingsplan vid akuta skov om det inte redan finns.

Länkar

[Regional processbeskrivning - Endometrios](#)

Referenser

[Nationella riktlinjer för vård vid endometrios - Socialstyrelsen](#)

ARG Rapport nr. 56: Endometrios.

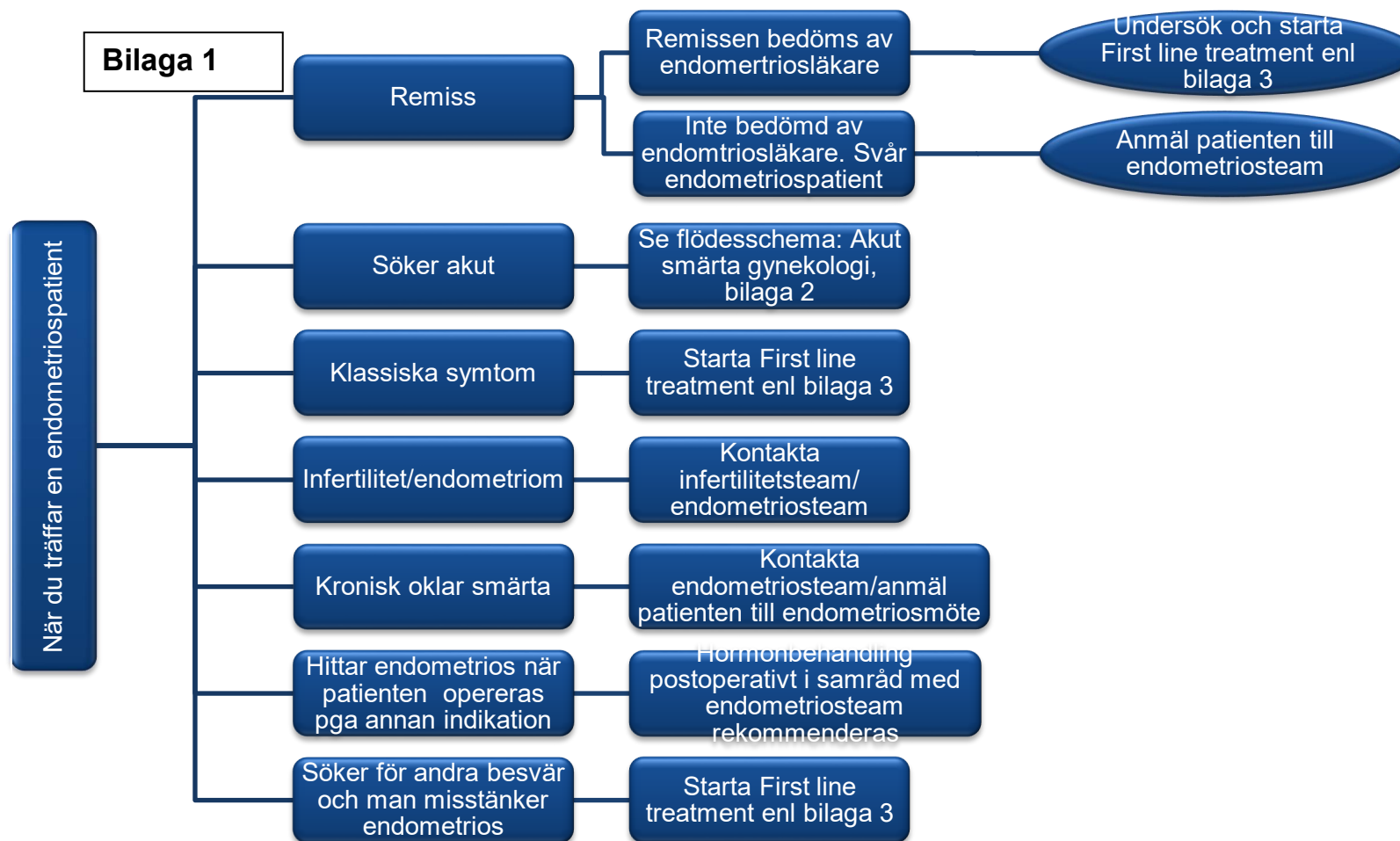
Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev January 1, 2014; 3; CD009590.

BMJ Best Practice; Endometriosis. Treatment options. Nov 05 2014.

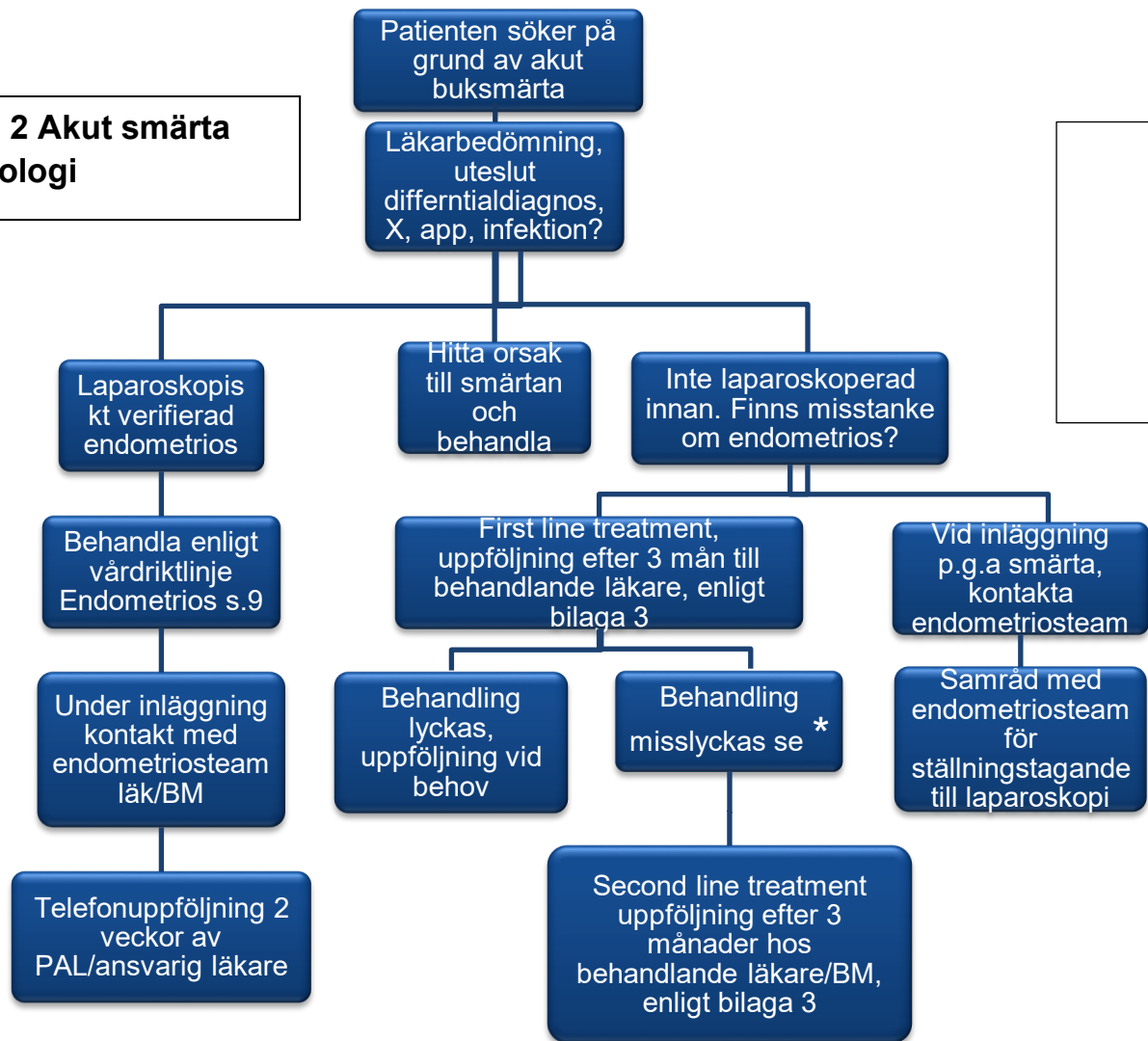
Lancet 2022; 399:2267-79 Once daily relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain; two replicate phase 3, randomised, double blind studies (SPIRIT1 and 2).

Uppdaterat från föregående version

2026-05-29: Flertalet ändringar i hela dokumentet, bör läsas i sin helhet.



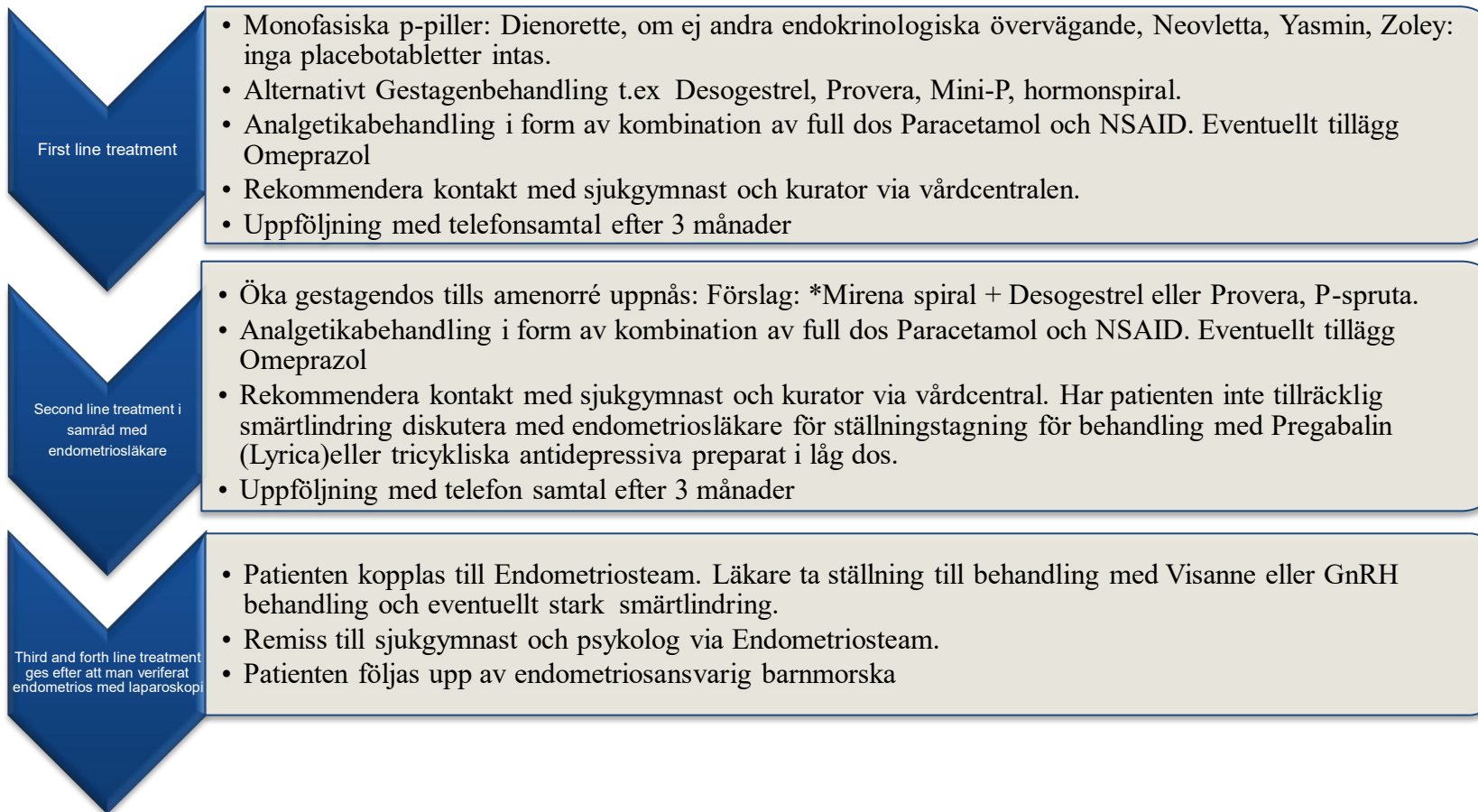
**Bilaga 2 Akut smärta
gynekologi**



*** Misslyckad behandling**

- Patienten inte nått amenorré
- Patienten är inte nöjd med smärtlindring
- Patienten är missnöjd på grund av annan orsak, t.ex. medicinbiverkan eller dyl.

Bilaga 3



Praktiska tips till läkare:

Vid genombrottsblödning lugna ner patienten. Den här biverkningen brukar (i 70-80 %) försvinna inom 2-12 veckor. Om blödningen pågår längre än i 12 veckor, blir mycket obehagliga eller anemiserande görs 3-5 dagars uppehåll.

Informera patienten att blödningen kan gå över till en (ev. smärtsam) mensblödning och att patienten kanske får en ägglossning (OBS: Många patienter litar på p-pillret som ett preventivmedel).

Det finns ingen tidsgräns för hur lång tids amenorrè man kan ha under hormonbehandling.