

**ENDOMETRIOSIS
& FERTILITET**

MERCK

Denna broschyr har utarbetats i samarbete med:

CAMILLA STENFELT

Verksamhetschef, specialistläkare gynekologi/obstetrik/
reproduktionsmedicin på *Livio Fertilitetscentrum*, Gärdet

Vi vill rikta ett stort tack till:

ANNA-SOFIA MELIN

Med dr, specialistläkare gynekologi/obstetrik *Capio*
för hjälp med korrekturläsning och redigering av textinnehåll.

INNEHÅLL

- 1** Introduktion
s.4-5
- 2** Menscykeln
s.6-7
- 3** Vad är endometrios?
s.8-9
- 4** Adenomyos
s.10-11
- 5** Symtom på endometrios
s.12-13
- 6** Vilka drabbas?
s.14
- 7** Diagnos
s.15
- 8** Behandling av endometrios - medicinsk och kirurgisk
s.16-23
- 9** Fertilitet
s.24-27
- 10** Frysa ägg i fertilitetsbevarande syfte
s.28-29
- 11** Graviditet och förlossning
s.30-31



1. INTRODUKTION

Endometrios är en vanlig, östrogenberoende och kronisk gynekologisk sjukdom där **celler som liknar cellerna** i livmoderslemhinna (*endometrium*) förekommer på annan plats än i livmodern och där framkallar inflammation som kan leda till smärta och ärrbildning.

Uppskattningen är att endometrios drabbar så många som 10% av alla som har livmoder och äggstockar, men det är svårt att säkert veta eftersom inte alla med endometrios har symtom eller har symtom som är typiska.

Omkring 250.000 personer i Sverige tros vara drabbade av endometrios. Knappt hälften uppskattas ha besvär av sjukdomen.

Endometrios uppstår oftast i tonåren och kan finnas kvar livet ut. För många minskar dock symtomen i samband med graviditet eller när mensens försvinner. Det vanligaste och ofta första symtomet är svår mensvärk

Forskningen kring endometrios ökar alltmer men ännu finns mycket att upptäcka. Det som försvårar förståelsen för endometrios är bland annat dess heterogenitet, dvs att sjukdomen kan uttrycka sig på så många olika sätt. Det kan därför ta lång tid innan rätt diagnos ställs.

På grund av bristande kunskap hos vårdgivare kan personer med endometrios uppleva att deras symtom inte tas på allvar. En ökad kompetens i vården ger mer trygghet och större möjligheter till en tillvaro med betydligt bättre livskvalitet. Endometrios kan innebära ett stort lidande för individen och utgör också en stor samhällskostnad i form av vårdkostnader och sjukfrånvaro.

Men det finns hjälp och lindring att få både mot smärtor och mot infertilitet. Det är därför viktigt att sprida kunskap om endometrios.



2. MENSICYKELN

Kunskap om menscykeln är viktig för att förstå endometriös och adenomyos. En menscykel startar vid mensblödningen och slutar dag före nästa mensblödning. Ofta är menscykeln 28 dagar men varierar mellan individer och kan ibland vara olika lång hos samma individ.

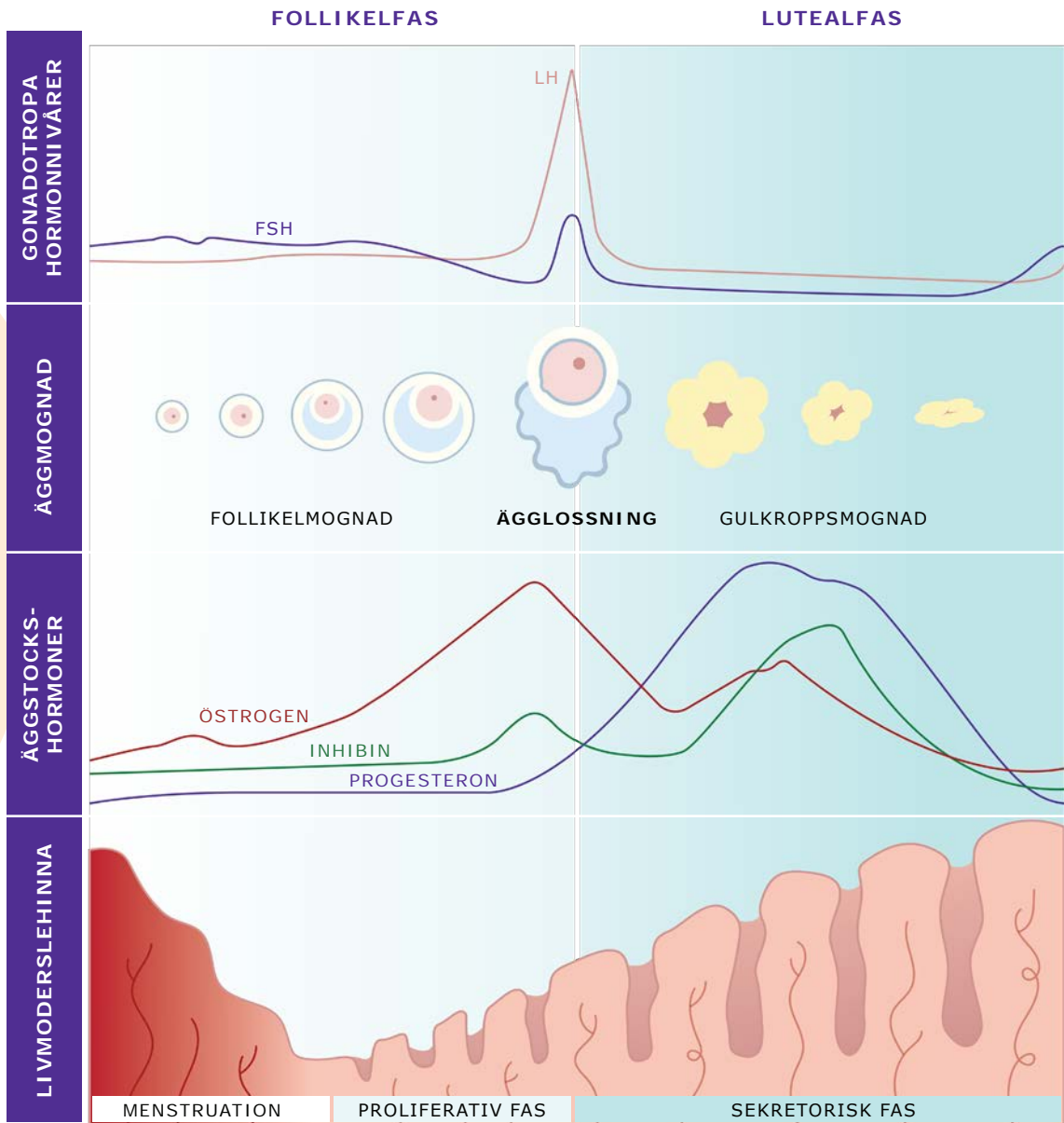
Menscykeln kan delas in i olika faser; mensblödning, follikelfas, ägglossning och lutealfas. Allt som sker i menscykeln styrs av hormoner från bland annat hypothalamus, hypofys och äggstockar. Hormonerna är bland andra GnRH, FSH, LH, östrogen och progesteron.

Under mens blöder livmoderslemhinnan ut. Blödningen varar oftast några dagar upp till en vecka. En äggblåsa börjar parallellt att mogna (*follikelfas*) fram till dess att ägglossningen sker, detta styrs av hormonet FSH. Under follikelfas tillverkas östrogen i äggstockarna vilket gör att livmoderslemhinnan börjar mogna för att kunna vara redo att ta emot ett befruktat ägg.

Ägglossningen sker oftast mitt i menscykeln och sker med hjälp av stegring av hormonet LH. Ägget släpper då från äggblåsan och fångas in av en äggledare och här kan befruktning ske om samlag eller insemination utförs i rätt tid.

Ett befruktat ägg kan sedan vandra ned till livmodern och implanteras i livmoderslemhinnan. Äggblåsan som släppt det mogna ägget ombildas nu till en gulkropp (*corpus luteum*) som producerar hormonet progesteron (*även östrogen*). Menscykeln går nu in i lutealfas.

Om implantation sker kommer graviditetshormonet hCG att börja produceras. Gulkroppen kommer då att fortsätta producera progesteron så att graviditeten kan fortsätta utvecklas. Om inte graviditet uppstår så försvinner gulkroppen. Progesteronnivån sjunker då och detta blir en signal till kroppen att stöta ur sig livmoderslemhinnan, dvs mensblödning startar och menscykeln börjar om igen.



3. VAD ÄR ENDOMETRIOS?

Endometrios är en kronisk inflammatorisk sjukdom som kan drabba personer med livmoder och äggstockar. Endometrios är också en östrogenberoende sjukdom. Den exakta orsaken eller mekanismen bakom sjukdomen är inte klarlagd. Miljö och ärftlighet kan bidra till sjukdomsrisken.


Det går inte att förutsäga vilka personer som kommer att drabbas. Det går inte heller att förebygga uppkomsten av endometrios eftersom de bakomliggande faktorerna inte är helt kända. Möjligen kan tidigt insatt behandling mot menssmärta förhindra utvecklingen av endometrios.

Endometrios definieras som närvaro av celler som liknar de celler som finns i livmoderslemhinnan (endometriet) utanför livmoderhålan. Cellerna har hamnat på helt fel plats. En vedertagen teori är att livmoderslemhinnans celler hamnar på fel ställe genom retrograd menstruation, dvs menssen rinner ut som den ska via livmodermunnen men också baklänges ut genom äggledarna och hamnar då i bukhålan. Där kan cellerna växa fast

på äggstockarna, utanpå livmodern, på bukhinnan, på diafragman, urinblåsan och på tarmarna. I ovanliga fall kan cellerna också spridas genom blodkärl och hamna utanför bukhålan såsom exempelvis i lungor, nervrötter och lymfkörtlar.

När det är dags för mensblödning blöder personen inte bara från endometriet, livmoderslemhinnan, inne i livmodern, utan även från de ställen där cellerna har etablerat sig. Blödning kan då ske från flera ställen i bukhålan och detta skapar en retning i buken.

Retningen skapar en kraftig inflammation som kan ge både smärta och sammanväxningar. Kroppen har makrofager, vita blodkroppar, som har till uppgift att städa i kroppen. Vid endometrios fungerar ofta makrofagerna inte fullt ut. Cellerna som hamnar i buken vid mensblödning städas därför inte undan korrekt utan kapslas in och bildar ärrvävnad, fibros. I sin tur orsakar sammanväxningar mellan bäckenets organ mer smärta och sämre funktion av organen.



Retrograd blödning kan dock inte förklara alla typer av endometrios. Det finns därför sannolikt flera olika uppkomstmekanismer som ännu inte är kända. Det vanligaste är att endometrios finns ytligt i bukhinnan i lilla bäckenet. Endometrios kan också växa infiltrativt på djupet in i t ex tarm, bäckenvägg och urinblåsa.

Det kan också bildas blodfyllda cystor i äggstockarna, dessa cystor kallas för endometriom, även ordet "chokladcysta" används.



ENDOMETRIOS DELAS IN I TRE HUVUDTYPER :

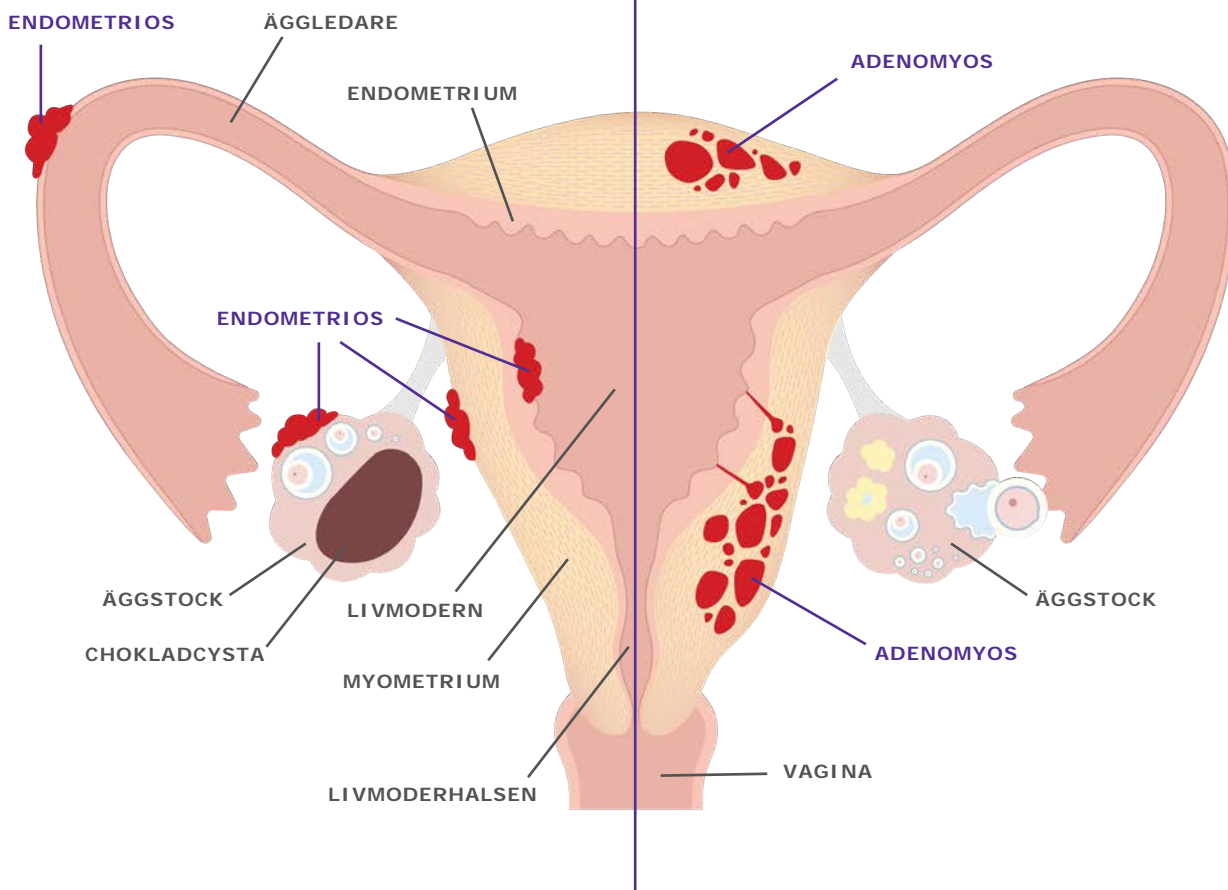
- Ytlig endometrios på olika organ
- Djup endometrios som växer djupare än 5 mm in i olika organ
- Endometrioscystor i äggstockarna

ENDOMETRIOS

Vid **endometrios** växer samma typ av celler som kantar livmoderslemhinnan också *utanför livmodern*.

ADENOMYOS

Vid **adenomyos** växer samma typ av celler som finns i livmoderslemhinnan också *in i livmoderväggen*.






4. ADENOMYOS

Adenomyos innebär att celler som liknar livmoderslemhinnan finns i själva livmoderväggen. Adenomyos har tidigare ingått som en del i endometriossjukdomen men professionen har nu beslutat att det är en egen sjukdom. Den delar dock många likheter med endometriossjukdomen och det är vanligt att båda sjukdomarna förekommer samtidigt.

Adenomyos kan vara diffust spridd i livmoderväggen eller förekomma lokalt. Den är vanligare i livmoderns bakvägg.

De som har adenomyos har ofta kraftiga mensblödningar och svår menssmärta. Blödningarna ökar ofta med åldern. Smärtan kommer oftast vid mensblödning, däremellan kan det vara en smärtfri period.





5. SYMTOM PÅ ENDOMETRIOS

Det allra vanligaste symtomet är svår smärta vid menstruation (*dysmenorré*).

Andra vanliga symtom är trötthet, sömnstörningar, symtom från tarmen och urinblåsan, kraftiga mensblödningar (*menorragi*), smärtor vid penetrationssex (*dyspareuni*) och svårighet att bli gravid (*infertilitet*).

Svår mensvärk stör ofta studier, arbete och fritidsaktiviteter. Det märkliga är att alla som har endometrios inte har ont. Det finns inte någon klar relation mellan hur mycket endometriosförändringar en person har och hur lite eller mycket besvär som kommer av dessa.

Varför det är så är inte känt. Det är därför svårt att veta precis hur många som faktiskt har endometrios.

Mensvärk är vanligt och upp till 90 % av alla som har mensvärk har inte endometrios. Men av de som har svår menssmärta kan så många som 80 % ha endometrios.



SVÅR MENSVÄRK

SMÄRTA VID ÄGGLOSSNING

ONT DJUPT IN I SLIDAN VID SEX

TRÖTTET

**SMÄRTA VID TÖMNING AV
URIN ELLER AVFÖRING**

SVÅRT ATT BLI GRAVID

6. VILKA DRABBAS?

Den sanna prevalensen av endometriosis är svår att komma åt eftersom definitiv diagnos ofta kräver kirurgi eller ultraljudsundersökning och tillgången till detta skiljer sig åt i olika populationer och i olika samhällen. Alla söker heller inte hjälp.

Bland transpersoner som genomgick könsbekräftande behandling via laparoskopisk hysterektomi (*operera bort livmodern via titthålsoperation*) fann forskarna att förekomsten av endometriosis var 27% (*liten studiegrupp på 67 individer*). I en annan studie kunde endometriosis konstateras hos nära 12% av de personer som genomgick steriliseringsoperation (*i en grupp av 465 personer*). Det kan tala för att förekomsten av endometriosis är högre än 10%.

Endometriosis drabbar framförallt personer i reproduktiv ålder, men kan även drabba de som ännu inte fått sin första mens och de som passerat sin sista mens. Ökad risk för att utveckla endometriosis har de som inte fött något barn, har en familjehistoria med endometriosis, får mens vid 11 år eller tidigare, har korta menstruationscykler (mindre än 27 dagar), kraftiga mensblödningar eller har exponerats för vissa miljögifter. Minskad risk för endometriosis har de som fått mens sent (efter 14 år), fött flera barn och ammat länge.



7. DIAGNOS

Det finns inget blodprov vi kan ta för att påvisa endometrios. För att ställa diagnosen endometrios ska läkaren ha hittat fynd med hjälp av ultraljud, MRT eller vid operation. Enbart symtombild gör inte att diagnosen säkert kan ställas.

SYM TOM som svår menssmärta, djup samlags- smärta eller bäckensmärta bör dock leda tankarna till endometrios. Det är inte ovanligt att endome- triosbesvär tolkas som symtom på andra sjukdomar vilket kan leda till utredningar som inte visar något.

VAGINALT ULTRALJUD är en lättillgänglig undersökningsmetod som de flesta gynekologer har tillgång till. Metoden är billig, kräver ingen förberedelse och är ofarlig. Med vaginalt ultraljud kan endometriom, endometrioscyster, lätt hittas. Även djup endometrios kan ofta ses med vaginalt ultraljud. Ytlig endometrios kan vara svårare att identifiera med vaginalt ultraljud.

MRT, magnetkameraundersökning, kan också vara en hjälp vid diagnostik särskilt vid misstanke om endometrios på ovanliga ställen i kroppen eller när utbredningen av endometrios måste kartläggas inför en operation. MRT kan också ge information om hur djupt endometrios växer eller hur olika organ är påverkade.


KIRURGI, många gör till slut en titthålsoperation, laparoskopi, för att få klarhet i diagnos och utbredningen av sjukdomen och ibland för att minska symtom. Det räcker med att kirurgen med ögat då kan se endometriosförändringar för diagnos, men ibland tas också vävnadsprover från förändringar som sedan granskas i mikroskop.

ADENOMYOS diagnostiseras med vaginalt ultraljud, MRT eller mikroskopisk undersökning av livmodern om den opererats bort.

8. BEHANDLING AV ENDOMETRIOS - MEDICINSK OCH KIRURGISK

- Det finns idag ingen botande behandling.
- Det finns inte en slags behandling som passar alla.
- Smärta skall inte "normaliseras", det är inte normalt att ha svår smärta vid mens eller vid penetrationssex.
- Det är viktigt att sätta in behandling tidigt. Då kan risken för svårare besvär i framtiden minskas.
- Målet med behandling är att få en god social funktion och livskvalitet, dvs minska smärta, kunna studera och gå till arbetet och bevara fertiliteten.
- Fysisk aktivitet, fysioterapi, TENS, akupunktur eller behandling av bäckenbottenmuskulaturen kan vara en viktig del i behandlingen.
- Alternativa metoder som olika dieter eller kosttillskott saknar idag vetenskapligt underlag för att kunna ge några råd om.
- Sträva efter balans mellan arbete/studier och vila.
- Ibland behövs ett multiprofessionellt team som kan bestå av gynekolog, sjuksköterska/barnmorska, fysioterapeut, smärtspecialist, kurator, personal med sexologisk kompetens. Vid behov kan andra specialiteter behövas som ex reproduktionsmedicinare, urolog, uroterapeut, kolorektalkirurg, psykolog, psykoterapeut.





Den vanligaste behandlingen är att kombinera hormonbehandling och värktabletter.

Om hormonbehandling och smärtstillande medel hjälper är det inte nödvändigt att gå vidare med ytterligare diagnostik (ex titthålsoperation).

Eftersom endometrios är en östrogenberoende sjukdom som därmed varierar med menscykeln är många av de behandlingsalternativ som kan erbjudas just hormonellt inriktade. Biverkningar är relativt vanliga men går ofta över efter en tids behandling. Minskade östrogennivåer minskar aktiviteten i endometrios-förändringarna. Detta tillsammans med hämning av ägglossning och mens kan minska smärta.

HORMONBEHANDLING

Monofasiska p-piller (varje tablett innehåller samma dos av östrogen och gestagen) tas kontinuerligt och på så sätt kan både ägglossning och blödning undvikas.

Även gestagener kan ges i tablettform eller i form av hormonspiral, p-stav eller p-spruta.

Det går också att kombinera olika preparat om inte tillräcklig effekt ges av basal hormonbehandling. Genom att kombinera hormonspiral med gestagena läkemedel eller monofasiska p-piller kan risk för blödning minska.

GnRH-agonist kan ges som alternativ och har även en antiinflammatorisk och smärtlindrande effekt, men har nackdelen att östrogen trycks ned så mycket att det påverkar bentätheten. Detta är särskilt viktigt att ta hänsyn till hos unga personer vars bentäthet ännu inte nått sitt maximum.

En låg östrogennivå innebär också att personen ofta får klimakteriesymtom som exempelvis torra slemhinnor, humörpåverkan och värmevallningar. Östrogen kan ges i låg dos tillsammans med GnRH-agonist för att lindra biverkningar, så kallad "addback"-behandling.

- **P-PILLER, P-STAV, HORMONSPIRAL, MINI-PILLER, MELLANPILLER, P-SPRUTA**
- **GESTAGENER**
- **GNRH-AGONIST**
- **GNRH-ANTAGONIST**

SMÄRTLINDRANDE MEDICINSK BEHANDLING

Om behandling med paracetamol och NSAID i kombination med basal hormonbehandling inte ger tillräcklig effekt kan tillägg av antidepressiva vara ett alternativ.

Opioider kan behövas i akut läge vid svåra smärtgenombrott. Det bör dock ges med försiktighet och under en begränsad tid och bör undvikas helt till personer yngre än 25 år pga ökad risk för tillvänjning.

Melatonin, kognitiv beteendeterapi eller antidepressiva läkemedel kan hjälpa mot sömnproblem.

Akuta smärtor kan skapa ångest som i sin tur förvärrar smärtupplevelsen. Det kan uppstå onda cirklar. Ofta behövs då morfin läkemedel och ibland ångestlindrande läkemedel för att en undersökning på akutmottagning skall kunna utföras. Undersökning kan vara viktigt för att utesluta annan akut sjukdom.

Att ha smärta under lång tid kan leda till muskelspänningar och förändrat rörelsemönster och det kan vara svårt att behandla smärtor som blir kroniska.

- **PARACETAMOL**
- **NSAID**
- **ANTIDEPRESSIVA**
- **OPIOIDER
(MORFINPREPARAT)**

KIRURGI

Kirurgi kan vara ett behandlingsalternativ när läkemedelsbehandling inte gett tillräcklig effekt. Det är dock oklart vilket resultat kirurgi har på smärtlindring och fertilitet.


Att operera bort livmodern kan leda till förbättring för några, en del märker ingen skillnad i symtom och några blir till och med försämrade. Det är därför inte givet att kirurgi är något för alla.

Titthålskirurgi (laparoskopi) kan vara ett alternativ vid otillräcklig effekt av basal hormonbehandling och smärtbehandling och vid misstanke om endometrios.

Vid operationen försöker kirurgen ta bort så mycket som möjligt av endometriosförändringar och sammanväxningar. Kirurgi kan ibland vara nödvändigt för att exempelvis tarm och urinblåsa inte skall skadas. En operation kan ibland vara mycket komplicerad och kräver hög kompetens hos det kirurgiska teamet.

KIRURGI KAN INNEBÄRA RISKER


- **MINSKAR ÄGGRESERVEN**
- **KAN FÖRSENA FERTILITETSBEHANDLING**
- **KAN GE SAMMANVÄXNINGAR OCH ÖKAD SMÄRTA**



Det finns alltid risk för komplikationer vid kirurgi. En avvägning mellan nytta och risk för komplikationer måste alltid göras. Det kan vara tekniskt svårt att operera vid endometrios pga förändrad anatomi och sammanväxningar. Det är viktigt med en erfaren endometriiskirurg. Fertiliteten kan påverkas negativt, framför allt vid operation av äggstockarna då oftast äggreserven påverkas av en operation.

Cirka 50% får tillbaka endometrios-symtom inom 5 år efter operation om hormonbehandlingen inte fortsätter.

Risk för återfall verkar minska om hela endometriom tas bort jämfört med delar av ett endometriom.

- Operera bort livmodern och/eller äggstockarna kan bli aktuellt för den som inte har någon barnönskan.
 - Det är viktigt att kartlägga utbredningen av endometrios och planera operationen noggrant, detta görs med vaginalt ultraljud och/eller MRT.
 - Tithålskirurgi eller robotkirurgi ger snabbare återhämtning jämfört öppen bukkirurgi.
 - Genom att trycka ned hormonerna efter operationen minskar risken för återfall.
- 



BEHANDLING AV ADENOMYOS

Adenomyos kan effektivt behandlas med blödningshämmande läkemedel för att minska mängden blödning vid mens och/eller hormonbehandling.

Hormonbehandling inkluderar:

- Hormonspiral, p-stav, p-spruta
- Gestagener i tablettform
- Kombinerade p-piller
- GnRH-agonist och GnRH-antagonist

Det kan vara svårt att bli helt blödningsfri vid adenomyos.

Sjukdomen kan botas genom att livmodern opereras bort. Det är dock vanligt att ha både adenomyos och endometriosis samtidigt och därför kan det krävas fortsatt hormonbehandling även efter kirurgi.

Värmebehandling (värmeablation), eller att ta bort delar av livmodersslemhinnan, har inte visat sig ge övertygande resultat. Dessa typer av ingrepp kommer inte åt de djupare liggande förändringarna. Det är också risk för att smärta uppstår efter ingreppen.



9. FERTILITET

Endometrios och adenomyos kan påverka fertiliteten negativt. 30-50% av de som söker hjälp för infertilitet har endometrios. Infertilitet definieras som ett års försök med regelbundna oskyddade samlag utan att uppnå graviditet.

Infertilitet vid endometrios kan bero på sammanväxningar, dålig funktion i äggledare och nedsatt äggreserv. Försämrade progesteronsignalering och den inflammatoriska miljön kan påverka spermernas funktion och göra att ett embryo har svårare att implanteras på rätt sätt i livmodern.

För att kunna bli gravid på egen hand måste först hormonbehandlingen avslutas. Personer i fertil ålder som försöker uppnå graviditet lyckas till 90% under det första året. För personer med endometrios är motsvarande siffra 30%.

Det är viktigt att en person med svår endometrios och/eller adenomyos erbjuds hjälp med IVF tidigt. Det är också av värde att tidigt undersöka om en manlig partner har ett bra spermprov för att undvika att ett heterosexuellt par försöker uppnå graviditet i onödan.

En person med endometrios/adenomyos som står på hormonbehandling och som har svåra smärtor utan denna behandling, kan erbjudas IVF direkt utan att personen först måste vara utan mediciner. Om IVF erbjuds direkt behöver personen inte vara utan hormonbehandling någon period alls. Detta gäller förstås både i relationer där det finns spermier och för par eller självstående som är i behov av donerade spermier.

Personer med endometrios och/eller adenomyos har en ökad missfallsrisk oavsett om graviditeten uppkommit med hjälp av assisterad befruktning eller "naturligt".

FERTILITETSBEHANDLING

IVF innebär dagliga injektioner med hormoner under cirka 10 dagar i syfte att mogna fram flera ägg. Dessa plockas sedan ut och befruktas med spermier, från partner eller donator, utanför kroppen och odlas några dagar i laboratoriemiljö. Ett embryo förs sedan in i livmodern via en tunn kateter.

INSEMINATION innebär att spermier från partner eller från donator förs in i livmodern via en tunn kateter i samband med ägglossning.

IVF ÄR FÖRSTAHANDSBEHANDLING VID ENDOMETRIOS OCH/ELLER ADENOMYOS

Uppfattningen har tidigare varit att lång nedreglering (3-6 mån) med GnRH-analog skulle kunna ge bättre graviditetschans hos personer med endometrios jämfört med s k kort nedreglering (2v). Men det vetenskapliga underlaget är begränsat och ifrågasatt.

Om en person redan står på GnRH-agonist och har en normal eller låg äggreserv kan IVF-behandling med hormoninjektioner starta direkt.

Om personen har en hög äggreserv finns det dock en risk för s k överstimulering och då kan antingen en låg dos hormoner ges vid injektionsbehandling eller så bryts GnRH-behandlingen och går över på så kallat kort protokoll (kallas även antagonist-protokoll).

Det kan föreligga en viss progesteronresistens hos en del endometriospatienter varför de kan behöva ta extra progesteron vid behandling. De

KORT IVF-PROTOKOLL, en s k GnRH-antagonist läggs till efter några dagars hormonbehandling för att förhindra prematur ägglossning.

LÅNGT IVF-PROTOKOLL, en förbehandling med s k GnRH-agonist görs innan hormonbehandling kan startas. Förbehandlingen tar ca 2 veckor men kan även vara lång (flera månader).

exakta nivåerna är dock inte helt klarlagda. Insemination innebär att personen först måste vara utan sin hormonbehandling. Lyckandefrekvensen vid insemination är också lägre än vid IVF.

Det saknas vetenskapliga bevis för att spolning av äggledarna eller kirurgi före IVF skulle förbättra behandlingsresultatet. Tvärtom bör man vara försiktig med kirurgi hos de som har en barnönskan.

I vissa fall då endometriossjukdomen kraftigt har påverkat fertiliteten kan äggdonation övervägas.

**KOM IHÅG ATT
DE ALLRA FLESTA
SOM ÄR DRABBADE AV
ENDOMETRIOS FÅR DE
BARN DE ÖNSKAR!**



LÄS "EN LITEN BOK OM IVF"
FÖR YTTRELLIGARE INFORMATION.



10. FRYSA ÄGG I FERTILITETSBEVARANDE SYFTE

För personer med svår endometrios/adenomyos kan det bli aktuellt att frysa obefruktade ägg för att i ett senare skede tina upp och befrukta äggen. Detta kan öka chanserna att uppnå graviditet senare. Har en person mycket svår endometrios/adenomyos kan regionen i vissa fall stå för kostnaderna av en sådan behandling. Äggfrysbehandling rekommenderas ibland före endometrioscirurgi.

Egenfinansierad behandling för att frysa ägg kan utföras vid i stort sett alla privata fertilitetskliniker. Behandlingen går till som vid en IVF-behandling. En hormonstimulering görs, men direkt efter ägguttaget fryses äggen ned i stället för att först befruktas och odlas till embryon.

När personen senare vill bli gravid tinas äggen upp och befruktas med donerade spermier eller med partners spermier och läggs in i livmodern efter några dagars odling.

Ett annat alternativ kan vara att frysa embryon, dvs göra en hormonstimulering och befrukta äggen med donerade spermier eller partners spermier och frysa ned embryon som senare kan tinas och användas.









11. GRAVIDITET OCH FÖRLOSSNING

Gravida personer med endometriosis/adenomyos har en ökad risk för vissa graviditets- och förlossningskomplikationer såsom förtidig förlossning, tillväxthämning och föreliggande moderkaka. Detta är oavsett om graviditeten uppkommit "naturligt" eller med assisterade befruktning.

Personer med endometriosis/adenomyos som är gravida följer det vanliga basprogrammet inom mödrahälsovården. Det är bra att planera den fortsatta hormonbehandlingen efter förlossningen redan under graviditeten.

En del får ökade smärtor tidigt under graviditeten, de kan vara relaterade till hormonella förändringar eller till sammanväxningar nära livmodern.

Vilken typ av förlossning som bör rekommenderas är individuell.

Komplikationer pga sammanväxningar är ovanliga vid vaginal förlossning. Kejsarsnitt kan ge en risk för att endometriosis hamnar i ärrvävnaden i bukväggen.

Under graviditet försvinner mensblödningen och då är endometriosisjukdomen inaktiv i de allra flesta fall. Det är den även under amning så länge mensblödningen är borta.

Hur snabbt mens kommer tillbaka efter graviditet och amning är individuellt. Praxis är att erbjuda hormonbehandling så fort som möjligt (6-8 veckor) efter förlossningen. Kombinerade p-piller eller gestagena preventivmedel kan ges redan under amningsperioden.



**DET ÄR VIKTIGT ATT
SÖKA HJÄLP OM DU
HAR MENSVÄRK SOM
PÅTAGLIGT PÅVERKAR
DITT LIV!**

**DU KAN SÖKA HJÄLP PÅ UNGDOMSMOTTAGNING,
VÅRD-CENTRAL ELLER HOS EN GYNEKOLOG.**

NATIONELLA RIKTLINJER

Socialstyrelsen utkom 2018 med nationella riktlinjer för vård vid endometrios. Syftet var att öka kunskapen kring endometrios och att bidra till mer och jämlik vård i hela Sverige.

Som ett led i detta fortsatta arbete startades 2021;

”Nationell högspecialiserad vård för avancerad kirurgi vid endometrios”

Uppdraget delas av:

- Södersjukhuset, Stockholm
- Akademiska Sjukhuset i Uppsala
- Skånes Universitetssjukhus, Malmö
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

Kirurgisk behandling vid endometrios ska utföras vid något av dessa centra vid följande grad av sjukdom:

- Endometriom hos personer i fertil ålder
- Djupt infiltrerande endometrios
- Endometrios i bukväggen
- Endometrios i äggledare med känd eller misstänkt sammanväxning
- Patient som skall ta bort livmodern och/eller äggstockar som har kända eller misstänkta svåra sammanväxningar (“frozen pelvis”)

Man bedömer att 2500 personer i Sverige per år kan vara i behov av avancerad endometriovård.



ORDLISTA

ADENOMYOS Celler som liknar livmoderslemhinnan finns i livmoderväggen

ANAMNES Sjukdomshistoria

ENDOMETRIOM Endometrioscysta

ENDOMETRIUM Livmoderslemhinna

MYOMETRIUM Muskellagret i livmoderväggen

DYSMENORRÉ Smärtsam menstruationsblödning

DYSPAREUNI Smärta vid penetration(sex) och vaginalt samlag

LAPAROSKOPI Tithålskirurgi

MENORRAGI Kraftiga mensblödningar

MRT Magnetkamera-undersökning (magnet resonans tomografi)

INFERTILITET Svårighet att bli gravid

ÖSTROGEN Kvinnligt könshormon

FSH Follikelstimulerande hormon – påverkar äggblåsans tillväxt

LH Luteiniserande hormon – framkallar bl a ägglossning

GNRH-ANTAGONIST Ges för att förhindra ägglossning

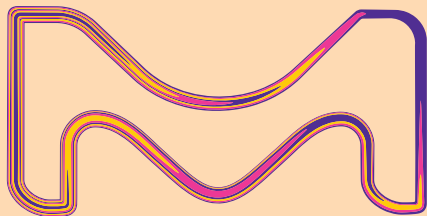
GNRH-AGONIST Ges för att blockera kvinnans egna hormoner

LÄS MER:

- Nationella Riktlinjer för vård vid Endometrios. Socialstyrelsen 2018.
www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/endometrios
- Lag 2006:351 om genetisk integritet m.m. *Svea Rikes Lag*
- Endometriosföreningen. *www.endometriosforeningen.com*

Merck AB
Box 3033, 169 03 Solna
Tel. 08-562 44 500

www.merck.se



MERCK