

Kvinnors hälsa (61-80), 5 poäng våren 2007
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Författare: Kerstin Narbe

Endometrios

Vad är endometrios? Endometrios är en kronisk sjukdom som drabbar mellan 5-15 % av alla kvinnor i fertil ålder (Danny 2004). Symtomen är framför allt smärta i samband med menstruation, ägglossning, samlag, kroniska bäckensmärter och/eller ofrivillig barnlöshet. Vid engagemang av rectum och urinblåsa uppstår även smärta vid miktion och defekation (Crosignani, Olive, Bergqvist & Luciano 2006).

Endometrium är den slemhinna som under menscykeln byggs upp på insidan av livmodern. Om ingen befruktning sker stöts hinnan ut som mens. Vid befruktning blir denna grunden för moderkakan. Vid endometrios blidas denna typ av slemhinna inte bara i livmodern, utan även på andra ställen i kroppen t.ex. på äggstockar, äggledare, urinblåsa, tarmar, i bukhåla, diafragma och i lungor. Slemhinnorna här kallas för härdar och oavsett vart de sitter så följer de menscykeln i sin utveckling. Härdarna växer till, blodfylls men vid mens lämnar de inte kroppen utan blödningen sker lokalt där de sitter. Immunförsvaret reagerar på härdarna genom att försöka bryta ner härdarna. Lyckas immunförsvaret förblir kvinnan symtomfri, men misslyckas immunförsvaret växer härden vidare in i närmsta organ och det uppstår en inflammatorisk reaktion. Inflammationen blir tillslut kronisk och för att hantera detta kapslar kroppen i området och ärrvävnad bildas-fibros. I bästa fall växer ärrvävnaden runt härden som då kvävs och dör, och enbart fibros blir kvar. Det som orsakar smärtan är ärrvävnad och endometrium som ligger och trycker på närliggande organ och retar nerverna i området. Det skickas signaler till hjärnan och smärtan blir medvetandegjord. Smärtproblematiken är ofta komplex då det är olika smärtbanor involverade, både från nerver och organ, och det är svårt med optimal smärtlindring (www.endoliv.se/endoinfo/monolo.html). Ligger härden mot ett organ, tarm, äggstock, urinblåsa, kan endometriosen växa in i organet. Detta kan leda till sammanväxningar mellan t.ex. äggstockar och tjocktarm eller bukväggen, vilket ger problem med fertiliteten.

Diagnos: Det tar i genomsnitt 8 år för en kvinna att få diagnos. Detta beror bl.a. på att symtomen ofta normaliseras då de stämmer överrens med mensbesvär och att det är svårt att skilja ut endometrios från andra tillstånd. Diagnos ställs med laparaskopi (titthåls kirurgi) men även här kan härdarna missas. Symtomens karaktär och intensitet varierar beroende på vart endometriet sitter. Smärtan kan vara diffus eller svår. För dem med diffus smärta eller kraftig smärta i samband med menstruation, upptäckts ofta endometriosen vid utredning för ofrivilligbarnlöshet. Ofta har dessa kvinnor tidigare sökt sjukvårdvård pga av svåra menstruations smärter. Sjukvårdpersonal har då normaliserat smärtorna och behandlat dem som om dem tillhörde den normala menstruationsprocessen. De har fått höra att smärtorna "är en del av att vara kvinna" (Danny 2004).

Behandling: Det hävdas att den enda kurativa behandlingen som finns är att operera bort hela livmodern, med äggstockar och äggledare. Hos dessa kvinnor finns en återfalls frekvens på 5-10 % (Winkel 2003). Alltså finns det ingen kurrativ behndling utan behandlingen är symtomatisk och inriktad på att förebygga spridning av härdarna och krympa dem som finns. Detta görs med hormonbehandlingar eller kirurgi. Det finns inget vetenskapligt belägg för att den ena metoden generellt skulle var bättre än det andra när det gäller smärtupplevelser. Studier gällande långtidseffekter av behandlingarna har visat

att symtomen återkommer och ökar med tiden och **återfallen** är i stort sätt de samma oavsett kirurgi eller medicinsk behandling. 1 år efter avslutad behandling har ca. 1/4 återfått symtom och 1/3 efter 2 år (Crosignani, Olive, Bergqvist & Luciano 2006). Behandling ska vara individanpassad och beror på patientens ålder, barna önskan, graden av endometriosis och patientens vilja (Danny 2004). **Medicinsk behandling** är försthandsvalet. Då sjukdomen är beroende av östrogen för att härdarna ska växa till så består medicinerna av olika hormonpreparat som på olika sätt minskar östrogenhalten i kroppen. Behandlingarna ska helst pågå under minst 6 månader för att effekten ska kunna utvärderas. Biverkningarna är många och svåra, därav är effekten svår att utvärdera.

GnRH är det mest använda läkemedlet. Det hämmar östrogen frisättningen vilket leder till utebliven ägglossning och menstruation. Effekt ses efter 4-8 veckor och 85-100 % upplever en förbättring med behandlingen (Winkel 2003). Kvinnorna går in i klimakteriet mycket snabbt och biverkningar som svullningar, torrhet i slida, huvudvärk, nedsatt sexlust, hjärtklappning, ledvärk, sömnsvårigheter, humörsvängningar, depression, trötthet och benskörhet upplevs mycket bevärliga. Dessa biverkningar begränsar behandlingstiden till 6 månader. Vid långtidsbehandling >6 månader ska läkemedel som motverkar benskörhet ges. Ett annat alternativ är att ersätta lite östrogen i form av tabletter. Detta rekommenderas inte till kvinnor med kroniska bäckensmärter då effekten av behandlingen kan påverkas negativt (Crosignani, Olive, Bergqvist & Luciano 2006).

Kombinerade P-piller är en vanligt förekommande behandlingsform och ofta den initiala behandlingen för kvinnor med kroniska bäcken smärter. Ägglossning uteblir, endometriet minskar eller växer inte till alls. P-piller förhindrar progress men läker inte ut endometriosen. Fördelen är att det kan användas under en längre tid då det tolereras väl av de flesta (Winkel 2003).

Danazol: Tabletter ökar testosteron och minskar östrogen nivåerna i kroppen. Studier har visat på god effekt på smärtorna, 55-93 % märker en förbättring under en behandlingsperiod på 6 månader (Winkel 2003). Biverkningar som vikt uppgång, ödem, acne, lever påverkan, ökad behåring och mörkare röst är så påfrestande att nästan 20 % avbryter behandlingen. Pga dålig tolerans nås används läkemedlet sällan (Crosignani, Olive, Bergqvist & Luciano 2006).

Progesteron: Motverkar ägglossning och minskar östrogen halten i kroppen. Progesteron bryter även ner härdarna och minskar inflammations påslaget. Denna behandling har visat goda resultat hos kvinnor med smärtsamma menstruationer. För att förlänga effekten av symptomfria perioder efter kirurgi kan progesteron användas. Biverkningarna (vikt uppgång, nedstämdhet, huvudvärk, illamående, ödem, smärta vid menstruation) är relativt få, sällsynta och tolereras ofta väl av patientgruppen. Den metabola påverkan är också begränsad varför progesteron är ett alternativ för långtidbehandling sällan (Crosignani, Olive, Bergqvist & Luciano 2006).

Smärtis NSAID

Kirurgi: Tillägg av medicinsk behandling postoperativt förlänger det smärtfria intervallet (Winkel 2003).

Misslyckas den medicinska behandlingen behöver man fortsätta leta efter orsaken till smärtorna (Winkel 2003).

Infertilitet. 30-50 % av kvinnorna lider av ofrivillig barnlöshet. Man tror att det bl.a. kan bero på immunologiska funktioner och den kroniska inflammationen. Även ärrvävnad på äggledaren, äggstockar och förändrad anatomi i bäckenet försvårar ägglossning och befruktning (Winkel 2003). Endel kvinnor har smärter så de inte kan genomföra samlag under ägglossningen (Danny 2004).

Livskvalitet: Arbete och sociala relationer påverkas negativt av sjukdomen. Många har svårt att planera sociala arrangemang och de blir ofta tvungna att

ställa in pga av smärta eller biverkningar av mediciner. Påfresting på relationer, både partner och familj. Gällande arbete leder smärtan ofta till sjukfrånvaro och bristande förmåga att genomföra alla arbetsmoment pga påverkan från stark analgetika. Många upplever att chefer och kollegor misstror dem och bagatelliserar sjukdomen (Denny 2004). En undersökning av 100 kvinnor med endometriosis där hälften hade smärtproblematik och hälften var smärtfria visade att 86 % av dem med smärta visade tecken på depression mot 38 % i den smärtfria gruppen. Smärtgruppen visade i högre grad på symtom som allmän olust, nedstämdhet, trötthet, känsla av att vara misslyckad, svårigheter att jobba och kroppsliga problem (Lorenzatto, Petta, Navarro, Bahamondes och Matos 2006). Många av ovannämnda symtom är förknippade med kronisk smärta. Då det kan vara svårt med optimal smärtlindring är det viktigt att det finns ett multidisciplinärt synsätt där andra specialiteter knyter an (Dick 2004). Dessa patienter behöver komplettera de farmakologiska metoderna med psykologisk hjälp för att lära sig leva med smärtan som t.ex. kognitiv beteendeterapi (Henrik Dyhre, personlig kommunikation 2006-10-10).

Framtid: Viktigt att samhället och vårdpersonal blir medvetna om denna sjukdom, dess symtom och patofysiologin bakom och inte bagatelliserar symtomen som den del i den normala menstruationscykeln. Nya läkemedel som selektiva och bara verkar lokalt på t.ex. östrogenreceptorerna i endometriosis härdan är under utveckling. Den systembiverkan som låg östrogenhalt genererar samt utebliven ägglossning kan då undvikas. Nya administrations sätt som minimerar dosen, och därmed även biverkningarna, är också under utveckling. I framtiden ska bl.a. depå plåster, vaginal-ringar och subcutana injektioner var 3:e månad kunna förse målgruppen med adekvat dos (Crosignani, Olive, Bergqvist & Luciano 2006).

Referenser

Ballard, K. & Lowton, K. (2006) What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 86, (5).

Crosignani, P., Olive, D., Bergqvist, A., Luciano, A. (2006) Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. *Human reproduction Update*, 12, (2): 179-189.

Denny, E. (2004) Women's experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, 46, (6), 641-648.

Dick ML. (2004) Chronic pelvic pain in women: assessment and management. *Australian family Physician*. Dec: 33 (12): 971-6.

Endoliv 070417. Tillgänglig på: www.endoliv.se/endoinfo/menolo.html

Ferrero, S., Esposito, F., Abbamonte, L-H., Anserini, P., Remorgida, V. & Ragni, N. (2004) Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia.

Fertility and Sterility, 83, (3): 573-579.

Hawthorn, J & Redmond, K. (2000) *Smärta-bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Lewis, LA. & Nezhat, C. (2007) Laparoscopic treatment of bowel endometriosis. *Surgical Technology International*, 16: 137-41.

Lorencatto, C., Petta, CA., Navarro, MJ, Bahamondes, L, Matos, A. (2006) Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavia*, 85. (1): 88-92.

Milingos, S., Protopapas, A., Kallipolitis, G., Drakakis, P., Loutradis, D., Liapi, A. & Antsaklis, A. (2006) Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain: Is Staging Predictive of the Efficacy of Laparoscopic Surgery in Pain Relief? *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62: 48-54.

Olive, D.L., Pritts, E.A. (2001) Treatment of endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, 345, (4): 266-275.

Weström, L., Åberg, A., Andersson, U-B. & Jönsson, E. (2000) *Obstetrik och gynekologi, klinik och vård*. Lund: Studentlitteratur.

Winkel, C.A. (2003) Evaluation and Management of Women With Endometriosis. *Obstetrics and Gynecology*, 102, (2): 397-408.

Zikopoulos, K., Kolibianakis, E.M & Devroey, P. (2004) Ovarian stimulation for in vitro fertilization in patients with endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83: 651-655.