

## SFOG-Råd om Endometrios

### Del 14. Adenomyos och endometrios

#### Faktaruta

- Adenomyos är en form av endometrios belägen i myometriet.
- Typiska symtom är dysmenorré och rikliga långdragna menstruationer.
- Adenomyos diagnostiseras med vaginalt ultraljud eller magnetkamera.
- Behandlingen är hormonell eller hysterektomi.
- Om endometriosbehandling inte har förväntad effekt på smärta och blödning bör adenomyos övervägas som orsak.

#### Inledning

- Adenomyos är en form av endometrios belägen i myometriet. Endometrievävnad tränger in i myometriet och bildar öar, adenomyom eller kryptor som omges av glatta muskelceller. Övergångszonen (junctional zone), som betecknar skiktet mellan myometriet och endometriet, är förtjockad vid adenomyos [1].
- Vid den vaginala ultraljudsundersökningen av en patient med känd eller misstänkt endometrios bör man särskilt uppmärksamma tecken på adenomyos.
- Tillstånden förekommer ofta samtidigt och det är inte självklart att behandling av endometrios ger samma effekt på adenomyos. Detta tycks bero på en annan receptorsituation i adenomyosvävnaden.
- Adenomyos kan orsaka patientens symtom, utan samtidig peritoneal eller ovarial endometrios, och är en differentialdiagnos hos patienter där laparoskopi inte påvisat några synliga peritoneala förändringar.
- Om man vid klassisk hormonell behandling av endometrios inte når förväntad effekt bör adenomyos övervägas som orsak.
- Samtidig adenomyos kan hos en endometriospatient försämra fertilitet och graviditetsutfall [2].

## Diagnostik

### Magnetkameraundersökning (MR)

MR kan påvisa en patologiskt förtjockad övergångszon vilket är centralt för diagnostiken. Körtelöar och kryptor i myometriet kan med tiden laddas med blodprodukter och blir cystiska adenomyom. De syns på T1- och T2-viktade sekvenser. En övergångszon tjockare än 12 mm används som kriterium vid MR-diagnostik. En påtaglig skillnad i tjockleken av övergångszonen mellan olika ställen kan också vara diagnostiskt, även om totala tjockleken inte överstiger 12 mm [3].

Se även *Del 6. MR vid endometriosis*.

### Vaginalt ultraljud

Om övergångszonen är mer än 8 mm tjock vid ultraljud tyder det på adenomyos. Cystiska adenomyom går vid ultraljud att skilja från myometrievenor med hjälp av färgdoppler.

När adenomyosen är av diffus karaktär blir myometriebilden strimmig på ett karakteristiskt sätt i ultraljudets riktning från proben ("rain-in-the-forest"). Det betingas av tätt liggande små områden av olika ekogenicitet. En allmän förstoring och rundad form av livmodern, inte sällan med påtaglig asymmetri mellan fram- och bakvägg är vanligt. Vid samtidiga myom blir ultraljudsdiagnostiken av adenomyos försvårad. MR är i dessa fall bättre.

Se även *Del 5. Ultraljud vid endometriosis*.

## Symtom

1. Dysmenorré.
2. Blödningsrubbing i form av rikliga långdragna menstruationer.
3. Trycksymtom, om uterus blivit påtagligt förstord av adenomyosen.

Eftersom övergångszonen, strax under endometriets tillväxtzon är patologiskt förändrad vid adenomyos får många patienter rikligare och långvarigare blödningar än normalt. Vid adenomyos är myometriemotiliteten oordnad, vilket leder till högre intrauterint tryck och därigenom krampartade smärtor. Adenomyos leder med tiden en volymökning av uterus vilket kan leda till lokala trycksymtom [1].

## Behandling

Behandling med hormonspiral är den konservativa behandling som visat sig mest framgångsrik. Det tros bero på att de lokalt mycket höga hormonhalterna kan orsaka nedreglering av gestagenreceptorerna i adenomyosen. Insättning av hormonspiral är ofta mer smärtsamt för kvinnor med adenomyos och/eller endometrios. (Se avsnittet: "Att tänka på vid insättning av hormonspiral", *Del 9. Hormonbehandling vid endometrios*).

Inte sällan krävs tillägg av systemisk hormonbehandling för att reglera blödningarna. Hysterektomi är botande. Det saknas vetenskapligt stöd för att konservativ endoskopisk kirurgi, till exempel hysteroskopisk endometrieablation, ger någon form av symtomlindring [1].

## Referenser

1. Vannuccini S, Petraglia F. *Recent advances in understanding and managing adenomyosis*. F1000Res. 2019 Mar 13;8. pii: F1000 Faculty Rev-283.
2. Horton J, Sterrenburg M, Lane S et al. *Reproductive, obstetric, and perinatal outcomes of women with adenomyosis and endometriosis: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod Update. 2019 Jul [Epub ahead of print]
3. Tellum T, Matic GV, Dormagen JB et al. *Diagnosing adenomyosis with MRI: a prospective study revisiting the junctional zone thickness cutoff of 12 mm as a diagnostic marker*. Eur Radiol. 2019 Jul [Epub ahead of print].