

SFOG-Råd om Endometrios

Del 17. Graviditet vid endometrios

Faktaruta

- Kvinnor med endometrios har ökad risk för vissa graviditetskomplikationer som missfall, prematur förlossning och placenta praevia
- Komplikationer som kan uppstå fångas idag upp av det befintliga basprogrammet för graviditetsövervakning i Mödrahälsovården
- Smärtlindring före, under och efter graviditet liksom fortsatt hormonbehandling postpartum bör planeras före graviditeten

Inledning

Kunskapen och evidensen är bristfällig när det gäller endometrios och graviditet. Det finns bara ett fåtal studier med hög kvalitet.

Vår erfarenhet är att många med endometrios får mer smärtor i början av graviditeten. Detta kan leda till onödig oro och vårdkonsumtion. Information är därför viktigt. Smärtan kan vara relaterad till dels hormonella förändringar, dels komma från ligament och eventuella sammanväxningar nära livmodern då denna börjar växa.

Det föreligger en ökad risk för komplikationer under graviditet och förlossning oavsett om graviditeten uppkommit med eller utan assisterad befruktning [1–4].

Kombinationen endometrios, framför allt djup endometrios och adenomyos ger en adderad ökad risk för sämre graviditetsutfall (1,4–6).

Missfall

Missfallsrisken efter graviditetsvecka fem ökar vid endometrios med OR 1,21–1,89 vid spontan graviditet och 2,17–4,34 vid assisterad befruktning. Orsakerna misstänks vara höga halter av inflammatoriska faktorer, suboptimal implantation eller ökat basaltryck i uterus på grund av hyperperistaltik.

Var femte får missfall vid assisterad befruktning vid endometrios jämfört med ca var tionde vid spontan graviditet och endometrios. Åldersfaktorn är av stor betydelse och kvinnor med endometrios är generellt något äldre och högre ålder är en predisponerande faktor för obstetriska komplikationer [4,6,7].

Prematur förlossning

- Patienter med **djup endometrios** (ca 1 % av kvinnor i reproduktiv ålder) beskriver ofta buksmärta under senare delen av graviditeten. Interventioner så som tidig induktion av förlossningen pga svårigheter att bedöma orsak till smärtan och/eller behov av starka smärtstillande läkemedel i slutet av graviditeten, ger i denna patientgrupp **högre risk för kejsarsnitt och inducerad prematur förlossning**. Endast kunskap hos patient och behandlande läkare kan minska risken för onödiga interventioner [6].
- Flera studier har visat signifikant korrelation mellan endometrios och högre risk för **för tidig vattenavgång, prematur förlossning, tillväxthämning och kejsarsnitt**. Därmed också ökad risk för **intrauterin fosterdöd och neonatal död**. Indikationen för kejsarsnitt är dåligt dokumenterad i befintliga studier men akuta kejsarsnitt hade lägre OR än elektiva, OR= 1,18 jämfört med 1,64. Inducerad prematur förlossning hade OR = 1,61 och för spontan prematur förlossning var OR = 1,21.
- Det finns en lätt ökad risk för **preeklampsi och graviditetshypertension** vilket bidrar till ökad incidens av induktion [8].
- Kronisk inflammation kan vara en bidragande orsak till obstetriska komplikationer liksom det är vid Crohns sjukdom och RA.
- Ovariell endometrios predisponerar för prematur förlossning [6].
- Allvarliga maternella komplikationer orsakade av blödningar, decidualisering av endometriosvävnad och adherenser finns beskrivet men är ovanliga [1, 6–7]

Placenta praevia

Det är ökad risk för **placenta praevia** vid endometrios. På grund av detta är det viktigt att dokumentera placentaläget. Vid kvarvarande djup endometrios är risken sex till tio gånger högre än normalt [4].

Val av förlossningssätt.

Studier saknas som kan ge bra vägledning. Individuell bedömning och planering är av största vikt. Vid en graviditet fås en decidualisering och minskning av endometrioshårdar /endometrioscystor. Det kan orsaka en skörhet i vävnaden som i sällsynta fall kan leda till komplikationer som till exempel skada på tarm, hemoperitoneum eller ruptur av endometriom. Detta oavsett förlossningssätt [6,7].

Djup endometrios mellan cervix/uterus och rektum för ofta med sig fibrotisk vävnad och kompakta adherenser vilket innebär minskad mobilitet mellan organen. Risken för organskada, till exempel skada på tarm, är dock låg [6,7].

Komplikationer pga. sammanväxningar i buken är ovanliga vid vaginalförlossning. Sectio medför risk för endometrios i ärrvävnaden med stora operativa ingrepp som följd.

Smärtlindring före, under och efter graviditet.

Smärtlindringen ska planeras redan innan man sätter ut hormonbehandlingen för att försöka bli gravid. Smärtlindring direkt efter förlossningen och hormonbehandlingen postpartum bör planeras i förväg. Planeringen bör följas upp sex till åtta veckor efter förlossningen med återbesök till behandlande gynekolog. Hormonbehandlingen behöver ofta påbörjas senast tre månader efter förlossningen, ibland tidigare. Gestagena preventivmedel har inga konstaterade bieffekter vid amning och behandling kan inledas sex veckor postpartum. Individuell bedömning är viktigt då en del återfår endometriossymtom tidigt efter partus [9].

Referenser

1. Vigano P. *Beyond fertility: obstetrical and postpartum complications associated with endometriosis and adenomyosis*. Fert Steril 2015;104:802-12.
2. Pallacks C. *Endometriosis doubles odds for miscarriage in patients undergoing IVF or ICSI*. European Jour of Obstet and Gynecol and Reprod Biol 2017;213:33-38.
3. Santulli P. *Increased rate of spontaneous miscarriages in endometriosis-affected women*. Hum Reprod 2016;31:1014-1023.
4. Exacoustos C. *Complications during pregnancy and delivery in women with untreated rectovaginal deep infiltrating endometriosis*. Fert Steril 2016;106:1129-35.
5. Chen I. *Association between surgically diagnosed endometriosis and adverse pregnancy outcomes*. Fert Steril 2018;109:142-7.
6. Maggiore U. *Obstetrical complications of endometriosis, particularly deep endometriosis*. Fert Ster 2017;108:895-912.

7. Maggiore U. *A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes*. Hum Reprod Update 2016;22:70-103.
8. Lalani S. *Endometriosis and adverse maternal, fetal and neonatal outcome, a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod 2018;33:1854-65.
9. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios. Socialstyrelsen 2018.
<https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/endometrios>