

SFOG-Råd om Endometrios

Del 4. Anamnes, symtom och diagnostik vid endometrios

4 viktiga frågor:

1. Har du svår mensvärk?
2. Har du besvär när du kissar?
3. Har du besvär vid tarmtömning?
4. Har du ont vid samlag?

Anamnes

En noggrann anamnes är grundläggande. Börja kartlägga symtom från menarche och framåt.

Låt patienten redogöra för smärtan (VAS-skalan) och blödningsmönster i en dagbok.

Viktiga frågor:

- Var är smärtan lokaliserad?
- Hur länge har smärtan funnits?
- Är smärtan relaterad till menstruationscykeln?
 - smärta under blödningsdagarna och dagarna före mens.
 - smärta vid ägglossning.
 - smärta vid miktion i samband med blödning.
 - smärta vid tarmtömning i samband med blödning.
- Strålar smärtan ut till ben, rygg eller vulva?
- Upprepade perioder av besvär/besvärsfrihet?
- Vad förbättrar respektive försämrar smärtan?
- Vilka smärtstillande medel har du provat? I vilken dos?
- Har du använt p-piller? Andra preventivmedel? Vilka?
- Har du smärta vid samlag?
- Får du ont vid användning av tampong?
- Medför smärtan frånvaro från skola, arbete eller fritidsaktiviteter?

Symtom

De vanligaste symtomen är:

- Dysmenorré: Primärt eller sekundärt efter flera år av smärtfria menstruationer eller efter barnafödande. Smärtan startar vanligen före menstruationen och intensiteten ökar de första dagarna av menstruationen [1]. Smärtan påverkar ofta daglig aktivitet och livskvalitet (skolgång, arbete och fritidsaktiviteter).
- Buksvullnad och andra tarmrelaterade besvär liknande IBS. Ofta plötsligt påkommande och med uttalade besvär.
- Obstipation eller diarré. Smärta vid tarmtömning. Smärta vid trängning till tarmtömning [2].
- Trängningar till miktion. Pollakisuri. Smärta vid miktion. Ont vid full blåsa och i slutet av miktionen, cystitliknande symtom [3].
- Djup dyspareuni: Kan förekomma i tidigt skede av sjukdomen. Smärtan kvarstår ofta lång tid efter samlaget, ibland flera dagar. Vissa patienter upplever en djup intensiv smärta vilket omöjliggör samlag [4,5,6].
- Ovulationssmärta: Liknar ofta smärtan vid menstruation. Smärtan kan hålla i sig fram till menstruationen.
- Acyklisk smärta: Smärta i form av molvärk, hugg och kramper. Oberoende av menstruationscykeln. Lägesberoende smärta och besvär från nedre ländryggen samt bäckenbotten.
- Kronisk smärta: Generell buk-och bäckensmärta, molvärk med inslag av huggande, skärande eller krampliknande smärta.
- Subfertilitet.
- Blödningsrubbingar. Långdragna, rikliga blödningar. Kort menstruationscykel. Spotting premenstruellt. Mellanblödningar.
- Allmän sjukdomskänsla såsom trötthet, bristande energi, illamående och sömnbrist.
- Nedstämdhet.

Mindre vanliga symtom:

- Förhöjd kroppstemperatur (upp till 39 grader).
- Hematuri [7,8].
- Blödning från ändtarmen.

Ovanliga symtom:

- Smärta i ärr eller i nära anslutning till ärr efter tidigare kirurgi, (laparoskopi,sectio).
- Ileus [9].
- Flanksmärta (uretärengagemang, obs! kan ske helt tyst) [10].
- Blödning från naveln.
- Pneumothorax (katamenial, dvs uppstår i samband med menstruation) [11].
- Hemoptys (lungengagemang).

Fråga alltid om:

- Hereditet för svår dysmenorré/endometrios, tromboembolisk sjukdom, hypertoni, bröstcancer.

Diagnostik

Diagnosen ställs genom objektiva fynd vid bilddiagnostik (vaginalt ultraljud eller MR) eller kirurgi, i kombination med utförlig anamnes. PAD krävs ej.

Status:

- Allmäntillstånd.
- Blodtryck.
- Bukpalpation: Ömhet i nedre delen av buken.
- Gynekologisk undersökning:
 - Är inte nödvändig om flickan/kvinnan är ung och ej har haft samlag.
 - Ömhet över inre genitalia, bäckenbotten, septum rektovaginale och sakrouterinligament samt i nedre delen av buken kan förekomma. Fynd som bör noteras: förstörade och/eller fixerade ovarier, palpabla infiltrat i bakre fornix och i septum rektovaginale.
 - Synliga endometrioshärdar är ovanliga men kan ibland ses på portio och i vagina, framför allt i bakre fornix och i vulva.
 - Eventuellt görs rektal palpation för att kunna palpera infiltrat i rektosigmoideum [11].

- **Observera!**
 - En gynekologisk undersökning kan vara mycket smärtsam för en endometriospatient och kan sätta igång en smärta som varar i timmar-dagar. Det gäller även vaginal ultraljudsundersökning och cellprov för cytologi. Försiktighet och lyhördhet för patienten är mycket viktigt.
 - Gynekologisk undersökning kan inte utesluta diagnosen endometrios.
- Ovanliga statusfynd: Endometrioshårdar i navel, ljumskar eller ärr efter kirurgi.

Övrig diagnostik:

- Ultraljud vaginalt, abdominellt och/eller rektalt.
- Laparoskopi för diagnostik och behandling, med eller utan vävnadsprov.
- Magnetkameraundersökning av lilla bäckenet.
- Cystoskopi, rektoskopi, koloskopi och kolonröntgen i vissa fall.

Det finns inga immunologiska biomarkörer som kan stödja diagnostiken av endometrios. CA-125 kan vara normalt eller lätt förhöjt men ska inte användas i diagnostiken [12,13].

Det finns ingen enskild undersökning som kan avfärda endometrios som orsak till patientens besvär. Hela bilden inklusive gensvaret på given behandling behövs för bedömningen. Läkarkontinuitet är av stor betydelse både för utrednings- och behandlingsresultatet.

Patienten bör dagligen gradera och dokumentera sin smärta enligt till exempel VAS-skalan, samt blödning och andra symtom i en dagbok.

Det kan vara bra att använda ett standardiserat frågeformulär som fylls i inför eller under första konsultationen.

Referenser

1. Proctor M and Farquhar C. Clinical review. *Diagnosis and treatment of dysmenorrhoea*. BMJ. 2006;332: 1134-1138.
2. Lebovic D, Mueller M and Taylor R. *Immuno-biology of endometriosis*. Fertil Steril. 2001;75:1- 10.
3. Sinaii N, Cleary SD, Ballweg ML, et al. *High Rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: A survey analysis*. Hum Reprod. 2002;17:2715-2724.
4. Popora MG, Koninckx PR, et al. *Correlation between endometriosis and pelvic pain*. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1999;6:429-434.
5. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J-B, et al. *Relationship between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis*. Fertil Steril 2002;78:4719-4726.
6. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, et al. *Deeply infiltrating endometriosis: Relation between severity of dysmenorrhea and extent of disease*. Hum Reprod. 2003;18:760-766.
7. Honore´ G. *Extrapelvic Endometriosis*. Clin Obstet Gynecol 1999;42:699-715.
8. Nezhat CH, Malik S, Osias J, et al. *Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenocarcinoma*. Fert Steril. 2002;78:872-875.
9. Douglas C, Rotimi O. *Extragenital endometriosis – a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations*. J Obstet Gynaecol. 2004;24:804-8.
10. Veeraswamy A, Lewis M, Mann A, Kotikela S, Hajhosseini B, Nezhat C. *Extragenital endometriosis*. Clin Obstet Gynecol. 2010 ;53:449-66.
11. Dunselman GAJ, et al. *ESHRE guideline: management of women with endometriosis*. Hum Reprod. 2014;29,400–412.
12. May KE, Villar J, Kirtley S, Kennedy SH and Becker CM. *Endometrial alterations in endometriosis: a systematic review of putative biomarkers*. Hum Reprod Update 2011;17:637–653.
13. Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, Wiegerinck MA, Bongers MY, van der Veen F and Bossuyt PM. *The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis*. Fertil Steril 1998; 70:1101–1108.