

Endometrios

Författat av: Hanna Bengtsdotter.

Reviderat av: Paulina Arntyr Hellgren och endometriosteamet.

Godkänt av: Mikael Lood.

Innehållsförteckning:

1. Bakgrund

- 1.1 Anamnes som bör inge misstanke om endometrios eller adenomyos
- 1.2 Undersökningsfynd som stärker misstanke om endometrios
- 1.3 Endometriosteamet USÖ

2. Utredning och behandling

- 2.1 Utredning vid misstanke om endometrios
- 2.2 Behandling av endometrios – bakgrund
 - 2.2.1 Hormonell behandling
 - 2.2.2 Grundläggande smärtbehandling
 - 2.2.3 Övrig smärtbehandling
- 2.3 Kirurgi
- 2.4 Kurator, psykolog
- 2.5 Fysioterapi
- 2.6 Sömnstörningar
- 2.7 Uppföljning

3. Akut smärtbehandling

- 3.1 Initial handläggning vid smärtgenombrott
- 3.2 Grundläggande behandling vid smärtgenombrott
- 3.3 Övrig inläggande smärtbehandling
- 3.4 Handläggning efter de första timmarna

1. Bakgrund

Endometrios är en kronisk sjukdom som drabbar var tionde kvinna i fertil ålder. 50 % av dessa kvinnor behöver medicinsk och/eller kirurgisk behandling. Det är en ofta missad diagnos hos unga kvinnor; 70 % av endometriospatienter har symptom före 20 åå och 38 % före 15 åå. Diagnosen är ofta fördröjd, det tar i medeltal 7 - 9 år från första symptom till diagnos. Det finns ingen säker förklaring till uppkomstmekanismen bakom endometrios. Den mest vedertagna är implantationsteorin – att retrograd menstruationsvävnad som inte bryts ner implanteras i bukhålan, blöder, tillväxer och orsakar inflammation. Andra teorier handlar om utveckling av en slags stamceller (coelomceller) i bukhålan till endometrioshårdar, hematogen och lymfogen spridning av endometriosceller och störningar i immunsystemet och miljögifters påverkan. Det finns en visad ökad samsjuklighet mellan endometrios och sjukdomar som fibromyalgi, astma, hypotyreos och inflammatoriska tarmsjukdomar.

En viss hereditet (3 - 15 %) finns för förstegradssläktingar. Ovarialendometriom ger en 2 - 3 ggr ökad risk för ovarialcancer och bör därför följas upp med ultraljudskontroller, individuell bedömning.

Endometrios under graviditet ger en ökad risk för prematurbörd, preeklampsi och sectio.

1.1 Anamnes som bör inge misstanke om endometrios eller adenomyos:

- Dysmenorré
- Djup dyspareuni.
- Infertilitet
- Smärtor vid miktion och/eller defekation.
- Blödningsrubbnigar, t ex mellanblödningar, långdragna blödningar, korta menscykler.
- Trötthet och depression (p g a långvarigt smärttillstånd).
- Allmän sjukdomskänsla, ofta stark inflammation i kroppen vid endometriosskov.

1.2 Undersökningsfynd som stärker misstanke om endometrios:

- Ömhet över nedre delen av buken, bäckenbotten, inre genitalia, septum rektovaginale.
- Knölighet och/eller stramhet över bäckenbotten, sakrouterinligament, förstörade och/eller fixerade ovarier, knölighet och/eller ömhet i bakre fornix och ner i septum rektovaginale.
- Ultraljudsfynd som ovarialendometriom, rikliga sammanväxningar utan andra förklaringar eller synlig djup endometrios i septum rektovaginale.

Mer ovanliga fynd som kan orsakas av endometrios är hematuri, hematochezi, hemoptys, pneumothorax, subileus, ileus, uretärstas, smärtor i ärr efter tidigare bukoperation, smärtor från perineotomiärr, smärtor längs rotundaligamentets förlopp i ljumskarna, och blödning från naveln. Endometrios finns beskrivet från samtliga av kroppens vävnader – förutom mjälten.

Frånvaro av påtagliga objektiva fynd vid UL-undersökning utesluter inte endometrios!

Som regel har alla symptom en klar koppling till menstruationscykeln – åtminstone hos yngre kvinnor. Om patienten går obehandlad blir dock besvären ofta mer ihållande, fibros utvecklas och smärtorna får en kronisk karaktär.

1.3 Endometriosteamet USÖ

Endometriosteamet består av gynekologer, psykolog, smärtläkare, barnmorskor, kuratorer, sexolog och fysioterapeuter. Teamet har multidisciplinär konferens varje vecka (förutom under sommaren), samt mottagningsverksamhet. Teamet utreder och behandlar patienter med verifierad endometrios eller svårare fall av dysmenorré, som inte kan behandlas i primärvården eller på vanlig gynnottagning. De erbjuder en multimodal behandling som syftar till att lindra patientens besvär, optimera behandlingen mot endometrios och ge patienten bästa möjliga förutsättningar att hantera sin sjukdom.

För att komma till endometriosteamet behövs remiss till gynekologimottagningen alternativt förfrågan från annan läkare på VO obstetrik och gynekologi. Innan en sådan remiss skickas/förfrågan ställs ska patienten under minst ett halvårs tid ha provat hormonell behandling som ger blödningsfrihet samt smärtbehandling enligt riktlinjer. Patienter med lindrigare besvär av sin endometrios kan oftast behandlas av läkare inom primärvården eller på vanlig gynnottagning.



2 Utredning och behandling

2.1 Utredning vid misstanke om endometrios

1. Noggrann anamnes med fokus på smärtanamnes inklusive hereditet.
2. Gynekologisk undersökning bör utföras med respekt för att det kan vara smärtsamt. Beskriv fynden noggrant.
3. Vaginalt ultraljud kan påvisa ovarialendometriom, adenomyos och lesioner i urinblåsa, tarm samt septum rektovaginale. ”Kissing ovaries”, d v s ovarier som ligger tätt ihop i fossa Douglassi, och uteblivet ”sliding organ sign” d v s att de peritoneala ytorna inte glider och förskjuts mot varandra, är tecken talande för mer avancerad endometrios. Spara bilderna i Syngo! Djup retroperitoneal endometrios kan ibland ses bättre via rektalt ultraljud. MR kan i utvalda fall komplettera bilddiagnostiken. Ytlig peritoneal endometrios kan inte ses med ultraljud eller MR.

Om patienten bedöms behöva ytterligare utredning bör diskussion först föras med endometriosteamet.

4. MR kan utföras vid misstanke om;
Infiltrativt växande endometrios, oklar sjukdomsbild, uretärstas, eller preoperativt vid avancerad endometrios. Skriv tydligt i remissen vad du efterfrågar. DT har ingen plats vid diagnostik av endometrios.
5. Laparoskopi utförs vid terapisivikt trots adekvat hormon- och smärtbehandling, vid infiltrativt växande endometrios, eller vid oklar diagnos. **Hittas endometrios bör alla lesioner avlägsnas alternativt destrueras.** Fynden bör beskrivas noggrant i operationsberättelsen och om möjligt fotograferas eller filmas.

Endometrios i tarm ligger oftast i serosan, växer sällan igenom tarmväggen och syns sällan vid koloskopi. Blodet kan ändå leta sig igenom tarmväggen och orsaka blödning vid defekation. Endometrios i blåsan sätter sig oftast i blåsperitoneum och växer successivt igenom väggen. Cystoskopi kan vara av värde vid ex cystitsymptom eller hematuri.

2.2 Behandling av endometrios - bakgrund

Punkterna nedan är inte kronologiska utan kan med fördel kombineras. Målet är att ge patienten en bättre livskvalitet samt minska risken för att endometriosen skadar vitala organ och påverkar fertiliteten. **Behandling bör sättas in så tidigt som möjligt – även om det ”bara” är en misstanke och ingen PAD-verifierad diagnos!** (Om pat ”bara” har dysmenorré är det ju såklart ändå jättebra att få henne blödningsfri, då lär ju hennes smärtor också försvinna!)

2.2.1 Hormonell behandling

Ger smärtlindring genom att nedreglera ovarialaktiviteten, man vill helst uppnå amenorré. Valet av preparat styrs av patientens önskemål och eventuella biverkningar. Behandlingseffekten är likvärdig mellan p-piller och gestagener och preparaten kan med fördel kombineras vid otillräcklig behandlingseffekt (ex p-piller/po gestagen + hormonspiral).

1. P-piller av monofasisk typ (ex Prionelle, Neovletta, Dienorette) är för de flesta fortfarande förstahandsvalet. Tas kontinuerligt. Om en sort ej fungerar kan man prova att byta till en annan variant. Vid genombrottsblödning görs antingen 4 dagars uppehåll alternativt tas två tabletter dagligen i fem dagar. Blöder det ändå eller om det börjar blöda när man återgår till en tablett dagligen görs uppehåll i 4 dagar. Det finns ingen borte tidsgräns för hur lång amenorré man kan ha under p-pillerbehandling. Man kan även testa med fasiska p-piller (t ex Qlaira – ta då tablett 8 – 24 kontinuerligt, övriga kasseras).

2. Gestagener, förslagsvis MPA (ex Provera, Depo-Provera). Tablett ges i dosintervallet 10-50 mg med startdos 10-20 mg. Patienten kan instrueras att själv justera dosen inom av dig givna ramar, till exempel upp eller ner 5-10 mg var 14:e dag för att hitta en lämplig underhållsdos. Dosjusteringar görs utifrån uppnådd behandlingseffekt och eventuella biverkningar. Om patienten mår bra på Provera kan man gå över till Depo-Provera 150 mg var tredje månad till 150 mg var tredje vecka. Det finns ingen borte tidsgräns för hur länge behandlingen med ett gestagen kan pågå. Vid behandling med högdosgestagen över 10 års tid bör man dock överväga att göra en bentäthetsmätning.

Andra po gestagener, ex Gestrina/Cerazette 1-3 tabletter/dag kontinuerligt kan testas.

Visanne/Endovelle (dienogest) tas i dosen 1 tablett (2 mg) dagligen. Kan testas före GnRH-analog eller kirurgi, om p-piller eller andra gestagener inte tolereras eller har för dålig effekt på smärtan. Dubbel dos har ibland bättre effekt än enkeldos. Observera att preparatet inte är rabatterat.

Dosjustering av gestagen skall sträva mot lägsta effektiva dos, vilket ofta varierar över tid hos en och samma patient och är mycket individuell.

Mirena/Levosert fungerar ofta mycket bra för behandling av endometrios och kan kombineras med andra gestagener eller p-piller. Om patienten gärna vill ha en spiral med mindre mängd hormon kan Jaydess eller Kyleena också övervägas, men de är ej utförligt studerade för indikationen ännu. Man kan dock tänka sig att Mirena ger en större lokal gestagen effekt i lilla bäckenet.

Om dessa behandlingar ej räcker till, bör kontakt tas med endometriosteamet för ställningstagande till annan medicinsk behandling och/eller diagnostisk laparoskopi.

3. GnRH-analog (t ex Enanton-Depot som kan ges subkutan alt nässpray Synarela 1x2) under minst 3 - 6 månader. Behandlingen bör initieras ungefär två veckor före beräknad mens. Injektionerna kan ges av barnmorska eller sköterska på gymmottagningen eller i öppenvården, eller så kan patienterna lära sig att ta sprutorna själva. Add-back ges med början ungefär två veckor efter inledd GnRHa-behandling för att minska risken för besvärande östrogenbristsymtom och förhindra osteoporosutveckling. Östrogen enbart i form av plåster kan ges vid kortare behandlingstid (< 3 månader), annars till exempel Livial/Progynon en tablett varannan - varje dag. Om patienten är mycket känslig mot östrogen kan man ge add-back i form av Primolut-Nor som till viss del metaboliseras till etinylestradiol.

Behandling kan i vissa fall fortsätta under flera år såvida patienten använder add-back. Regelbunden bentäthetsmätning (vartannat år) bör då genomföras. Studier finns dock ej avseende eventuella långtidseffekter och behandling bör undvikas för patienter som har ett framtida graviditetsönskemål. Dyr behandling.

Menopaus: Vid klimakteriebesvär kan även personer med endometrios få HRT-behandling, men observera att de alltid ska ha kombination östrogen/gestagen även efter eventuell hysterektomi – p g a risk för reaktivering av endometriosen annars!

2.2.2 Grundläggande smärtbehandling

Starta behandlingen redan någon dag innan första blödningsdagen för fullgod effekt.

- Paracetamol fulldos under perioder med smärta, annars vid behov. Undvik kontinuerlig behandling.
- COX-hämmare/NSAID; Orudis retard, Ibuprofen, Naproxen eller liknande vid behov. Undvik kontinuerlig behandling, max 2 – 3 veckor i sträck.
- TENS – lindrar besvären i 50 % av fallen. Akupunktur.
- Fysisk aktivitet – glöm ej bort detta! Etablera gärna kontakt med remiss till fysioterapeut.
- Kostråd, att undvika sådant som gör magen sämre. Vi har ingen dietist men våra endometrios-BM kan samtala med patienterna om detta.

Fungerar inte ovanstående smärtlindring bör patienten komma för ny bedömning på gynnottagningen.

2.2.3 Övrig smärtbehandling

- Annan smärtlindring: **Vid svåra smärtor där grundläggande smärtbehandling ej räcker till – ta kontakt med endometriosteamet för diskussion! Sådan behandling bör ej förskrivas utan att patienten har kontakt med endometriosteamet.**
- Tillägg av Saroten (Amitriptylin 10-80 mg tn, Cymbalta (SNRI) 30 - 60 mg på morgonen kan provas. Man kan även prova Gabapentin 300 x 1 – 1200 mg x 3 alternativt Lyrica 25 – 300 x 2. De sistnämnda är även ångestdämpande.
- Morfinpreparat. Exempelvis Citodon, Oxycontin, Oxynorm, Tramadol, Tapentadol, Buprenofrin, Norspan. Bör undvikas, men kan i enstaka fall skrivas ut i små förpackningar för patienten att ta hemma vid svåra smärtskov. Undvik kontinuerlig behandling p g a risk för s k ”wind-up”-fenomen (sensitisering, så kallad opioidinducerad hyperalgesi) samt risk för beroendutveckling.

2.3 Kirurgi

Kirurgiska åtgärder bör vidtas om hormonell behandling och smärtlindrande medicinering inte ger tillräcklig symtomlindring eller vid djupt växande endometrios som ger andra symptom än bara smärta, tex obstruktion av tarm eller uretär. Djupt växande lesioner svarar ofta dåligt på hormonell behandling.

Vid inskrivningen för kirurgi är det mycket viktigt att man tar höjd för patientens grad av smärtor och bakomliggande smärtmedicinering vid planeringen av per- och postoperativ smärtlindring. Var noggrann med förberedelserna i läkemedelsmodulen, det är utifrån dessa narkosläkaren planerar patientens smärtbehandling. Smärtspinal kan med fördel läggas på patienter med omfattande

smärtmedicinering innan kirurgin. Allt i syfte att patienten ska uppleva ett mindre trauma, återhämta sig fortare och gå hem till sitt dagliga liv snabbare.

Vid kirurgi bör alltid px tas vid minsta lesion! OBS inte enbart px-tång utan helst minst 1-krone-stora bitar av t ex peritoneum.

All synlig (för ögat och via ultraljud eller MR) och palpabel endometrios bör avlägsnas.

Endometriom bör som regel avlägsnas i sin helhet och inte bara öppnas eller destrueras.

Observera att ovarialendometriom **inte** per automatik bör avlägsnas om de inte ger symptom samt om det finns graviditetsönskan. Överväg regelbundna ultraljudskontroller p g a risk för malignitetsutveckling. (Kirurgi kan även bli aktuellt om äggplockning inte kan göras på grund av ovarialendometriom. Detta alltså efter bedömning av fertilitetsläkare och på deras rekommendation.) Avancerad endometrioscirurgi ska numera utföras på NHV-centrum. Kontakta endometriosteamet vid op-anmälan om osäkerhet finns kring var patienten borde opereras.

Efter kirurgisk reduktion av endometrios ska hormonell behandling med syftet blödningsfrihet fortsätta tills vidare. Vänta inte till återbesöket utan sätt in hormonell behandling direkt i samband med utskrivning!

2.4 Kurator, psykolog

Kvinnor med endometrios bör i vissa fall erbjudas kontakt med kurator, psykolog och sjukgymnast.

Kuratoren erbjuder stödsamtal. Psykologen tar emot patienter med mer komplex psykisk ohälsa för bedömning och/eller psykoterapi.

2.5 Fysioterapi

Vid svår dysmenorré finns sjukgymnaster i primärvården som man kan remittera till. Vid konstaterad endometrios eller mycket svårbehandlad dysmenorré kan pat bli aktuell inom endometriosteamet. Vi har fysioterapeuter med särskild utbildning i bäckenbotten knutna till teamet.

2.6 Sömnstörningar

Om patienten behöver insomningshjälp ska bensodiazepiner undvikas p g a beroendeutvecklingsrisken. Prova istället exempelvis Circadin (melatonin) som inte har någon tillvänjningsrisk, alt Mirtazapin. Atarax och Lergigan är exempel på läkemedel som kan erbjudas som lugnande och för sömnen vid behov.

KBT-I (insomni) har också god effekt (remiss till primärvård alt hänvisa till internet-behandling).

2.7 Uppföljning

Behandlingseffekt skall utvärderas 1 - 6 månader efter insatt behandling. Denna utvärdering kan ske som mottagningsbesök, per telefon med barnmorska eller läkare eller via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Individuell bedömning.

3 Akut smärtbehandling

Endometrios är en kronisk sjukdom, där patienterna i många fall har ett långvarigt, kroniskt smärttillstånd med inslag av både nociceptiv, neuropatisk och ibland även ischemisk smärta. Grundsmärtan varierar över tid, utöver detta drabbas vissa i skov av kraftiga smärtattacker. Detta utlöser ofta starka ångestreaktioner.

När dessa kvinnor söker är det viktigt att ha en förståelse för detta så att de tas om hand på ett respektfullt sätt. En adekvat behandling bör ges för att undvika ”wind-up-fenomen” som kan leda till att patienten behöver läggas in.

Observera att graden av smärta inte alltid är korrelerad till utbredningen av endometriosen! Små lesioner kan i vissa fall ge värre symptom än mer utbredda, särskilt om patientens smärta har stått kvar över tid och utvecklats till en nociplastisk smärta.

3.1 Initial handläggning vid smärtgenombrott

Som vid alla akuta buksmärter är det viktigt att utesluta nytillkomna differentialdiagnoser genom rutinprovtagning (urinsticka + graviditetstest, Hb, temp, BT, puls) och eventuellt en gynekologisk undersökning inklusive vaginalt ultraljud. Har patienten en vaginal blödning?

Har man kommit fram till att det är patientens endometriosmärter som förvärrats, görs följande:

1. Ta reda på vilka smärtstillande och andra läkemedel patienten normalt tar. Överkänslighet?
2. Ta reda på vilka smärtstillande patienten tagit för att lindra den akuta smärtan.
3. Ordinera intravenös infart.
 - Lämna om möjligt inte patienten ensam.
 - Påbörja smärtlindring enligt schema nedan. Utvärdera med VAS-skala vilken effekt insatt behandling har. Mål är VAS < 4.
 - Viktigt med regelbunden fortsatt utvärdering.
 - För kroniska smärtpatienter kan smärtfrihet vara ett omöjligt mål. Målet blir då istället hanterbar smärta, jämfört med den ohanterbara smärtan de hade när de kom in.
4. Skicka ett internmeddelande i KP till en barnmorska på endometriosenheten (för närvarande Maria Hjertner eller Lena Alm) för att teamet ska få reda på att patienten sökt akut och en chans att eventuellt justera patientens behandlingsplan.

3.2 Grundläggande behandling vid smärtgenombrott

Vid individuell smärtplan finns denna att finna under den grå triangeln i patientens journal.

1. Börja med att ge paracetamol och COX-hämmare/NSAID-preparat såvida inte maximala doser redan intagits. Paracetamol ges med fördel intravenöst, t ex Paracetamol 10 mg/ml, 100 ml som infusion.
2. NSAID ges gärna som suppositorium eller iv/im, till exempel supp Voltaren alternativt Dynastat 40 mg intravenöst eller intramuskulärt (högst 80 mg/dygn), eller Toradol 30 mg iv eller im (max 90 mg/dygn).

3. Vid utebliven effekt på ovanstående kan man överväga att ge opioider.

Ges i första hand peroralt: T Oxynorm 5 mg förstahandsval. Utvärdera efter 20 minuter. Om otillräcklig effekt, ge 10 mg. Utvärdera efter 20 min. Om otillräcklig effekt, ge ytterligare 10 mg.

Vi fortsatt otillräcklig effekt, kan Oxynorm ges intravenöst i doser om 2 - 5 mg iv med ungefär 5 - 10 minuters intervall. Upprepa tills smärtlindring erhålles eller tills patienten blir sederad, allmänpåverkad eller illamående. De som står på opiaterna sedan tidigare tål relativt höga doser, ibland 20 - 30 mg eller mer innan de blir påverkade. En tumregel är att ge ca 30% av deras ordinarie dos direkt som akut smärtlindring. Risken för andningsdepression är minimal vid akuta smärtor.

OBS! Ketogan intravenöst finns ej att tillgå på vår klinik p g a stor tillväjningsrisk!

4. Om fortsatt otillräcklig effekt alternativt om morfin ej tolereras kan inj Catapresan 15-75 µg iv ges. Ges gärna tidigt i kombination med po opioid på patienter i försämring med underliggande kroniska smärtor. Optimerar effekten av opioider och är smärtlindrande och ångstdämpande.

OBS – har även en blodtryckssänkande effekt, ffa vid högre doser.

5. Vid illamående ges Ondansetron 4 mg (2 mg/ml) intravenöst alt 4 - 8 mg sublinguallt alternativt Primperan 10 mg iv/po.

6. Ångest och oro lindras bäst om det finns möjlighet till att ha någon, anhörig eller personal, närvarande på rummet. Atarax po vb. Stesolid 5- 10 mg po eller 2 – 10 mg intravenöst kan ges vid behov om svår ångest.

7. TENS kan användas i det akuta skedet och lindrar besvären i cirka 50 % av fallen. Kontakta fysioterapeut dagtid vardag. Varma vetekuddar/vattenpåsar kan också fungera väl.

Vid god smärtlindring på ovanstående behandling och ingen misstanke om annan genes till smärtan kan patienten återgå till hemmet.

Observera att den initiala akuta smärtlindringen endast avser den första tiden på sjukhus, för att bryta skovet. Härefter ska eventuella intravenösa opiaterna snabbt trappas ut samtidigt som patientens ordinarie smärtlindring justeras vid behov!

Vid upprepade akuta besök bör en individuell behandlingsplan göras av patientens behandlande läkare som då alltså behöver kontaktas.

3.3 Övrig inläggande smärtbehandling

Räcker inte ovanstående åtgärder till, bör patientens läggas in på avdelning. Vid akut inläggning av endometriospatient, meddela kontaktbarnmorska snarast möjligt. Vid behov av direkt råd och hjälp kan även PAL/läkare i endometriosteamet kontaktas. Ta vid behov kontakt med anestesilog jourtid (sökare 050) alternativt ANIVA smärtsektionen (22075 sjuksköterska och 21747 anestesilog).

- Värdera VAS 3 - 6 ggr/dygn samt före och efter administrering av vb smärtlindrande läkemedel.
- Sätt vid rond gärna in ex Oxycontin 10 mg po x 2 eller Palexia depot baserat på det senaste dygnets behov.
- Catapresan po 75 µg x 3 som tillägg vid behov.
- Om opioider ges i mer än enstaka dos, sätt in Inolaxol/Movicol för att undvika obstipation.



- Överväg insättning av medicin mot neuropatisk smärta (exempelvis TCA (Amitriptylin) eller Gabapentin)
- Paracervikalblockad (PCB) kan provas (enligt samma princip som vid förlossning; 10 ml Chirocain (2,5 mg/ml), blandad med 10 ml fysiologisk koksaltlösning, i två alternativt fyra stationer). Kan upprepas vid behov.
- Epiduralanestesi kan ges om smärtan inte lägger sig på en rimlig nivå med åtgärder ovan eller om smärtillståndet gör att stora doser opiater krävs under första dygnet. KAD sätts när EDA är lagd. EDAn kan med fördel sitta 3 - 5 dygn för att ge den akuta smärtan en chans att lägga sig.
- Ketanest-pump kan vara ett ytterligare alternativ för att bryta akuta smärtor. Ketanest har även en ångestlindrande effekt. Sätts på avd 23 vid inläggning. Denna ordineras av läkare på ANIVA smärtsektionen dagtid eller narkosjour jourtid efter kontakt från avdelningsläkare/gynjour.

3.4 Handläggning efter de första timmarna

- Kontakta PAL/läkare i endometriosteamet för ställningstagande till behandlingsjustering innan hemgång.
- Läkare på avd 23 är också välkommen till endometriosteammöte på torsdagar kl 13-14 om man har ineliggande endometriospatienter som man vill dryfta.
- Vid hemgång: Planera för återbesök till endometrioscottagningen för uppföljning och eventuell justering av medicinering.

Se till att patienten har kontaktuppgifter till kontaktbarnmorska i endometriosteamet, obstetrik- och gynekologimottagningen USÖ: Telefon 019-602 19 22.

Referenser

För specifika referenser till artiklar, var god se nedanstående länkar och material.

- 1) Endometrios-ARG:s råd och riktlinjer kring endometrios;
<https://www.sfog.se/start/raadriktlinjer/sfog-raad-gynekologi/endometrios/>
- 2) ARG-rapport nr 75 - Endometrios (2016)

Riktlinjer från ESHRE, RCOG och NICE;

- 3) <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal>
- 4) <https://www.rcog.org.uk/en/patients/fertility/female-problems/endometriosis/>
- 5) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73>