



Information om endometriosis

Broschyr baserad på ESHRE
Guideline Endometriosis

Version 2022
www.eshre.eu/guidelines

Utvecklats i
samarbete med



Endometriosisförbundet
www.endometriosisforeningen.com

Introduktion

Denna broschyr är till för dig om:

- Du har diagnosticerats med endometrios.
- Du uppvisar tecken eller symtom på endometrios och du misstänker att du kan ha endometrios.

Denna broschyr är avsedd för patienter men kan också vara användbar för anhöriga och vårdare.

I linje med forskning, terminologi och diskussion om endometrios är denna inriktad gentemot heterosexuella cis-kvinnor och menstruation. Riktlinjegruppen är medveten om att det finns många personer som lever med endometrios som är transsexuella, som inte menstruerar, som inte har någon livmoder och som inte identifierar sig med de termer som används i litteraturen. I denna riktlinje använder vi termen "kvinnor med endometrios", men avsikten är inte att isolera, utesluta eller minska någon enskild persons erfarenhet eller att diskriminera någon grupp.

Denna broschyr syftar till att:

- Öka kunskapen om endometrios.
- Förse patienter med information om lämpliga behandlingar för endometriosymtom
- Ge patienter verktyg för att diskutera sina alternativ med sin läkare.

Innehåll

Introduktion	2
Vad är Endometrios?	3
Symptom och diagnos	5
Behandling av smärta orsakad av endometrios	8
Endometrios och infertilitet	12
Bortom kliniska behandlingar	15
Endometrios hos ungdomar	16
Klimakteriet och endometrios	17
Endometrios och Cancer	18
Var kan jag hitta mer information eller stöd?	19
Om denna broschyr	19
Ordlista (förklaring av medicinska termer eller forskningstermer)	20
Källhänvisningar	22

Broschyren och den information som presenteras här är helt baserat på ESHRE Guideline on Endometriosis (2022). All information och rekommendationer i riktlinjen bygger på bästa tillgängliga forskningsresultat. Där det inte finns tillräckliga bevis från forskning har en grupp experter formulerat rekommendationer baserade på sin kliniska expertis. Experterna har också formulerat forskningsområden för att förbättra forskningen om endometrios.

Vi har lagt till följande symboler för att förklara hur starka rekommendationerna är och om de bygger på resultat från studier eller inte.



Rekommendation baserad på forskningsresultat.



Rekommendation baserad på övervägda åsikter från utvecklingsgruppen för riktlinjen.

Mer information finns på de sista sidorna i denna broschyr, inklusive en lista över medicinska termer och forskningstermer samt deras betydelse.

Den fullständiga riktlinjen finns på ESHRE:s websida (<https://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline>).

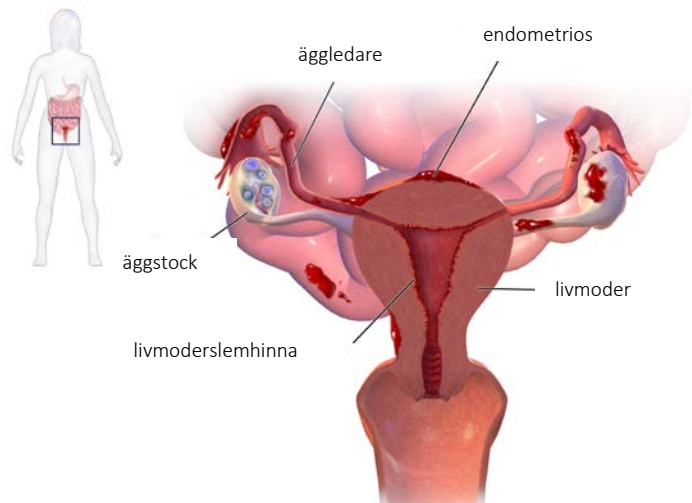


Vad är Endometrios?

Endometrios definieras som förekomst av endometrieliknande vävnad utanför livmodern. Endometrios utlöser en kronisk inflammatorisk reaktion som leder till smärta och sammanväxningar. Adheranser uppstår när ärrvävnad fäster samman separata strukturer eller organ. Aktiviteten och besvären till följd av endometrios kan variera under menstruationscykeln eftersom hormonnivåerna fluktuerar. Följaktligen kan symtomen vara värre vid vissa tidpunkter i cykeln, särskilt strax före och under menstruation. Medan vissa kvinnor med endometrios upplever svår bäckensmärta, har andra inga symtom alls eller betraktar symtomen som "vanlig menstruationsmärta". I sällsynta fall kan cyklisk smärta även involvera den övre delen av buken, t.ex. under revbenen eller bröstet.

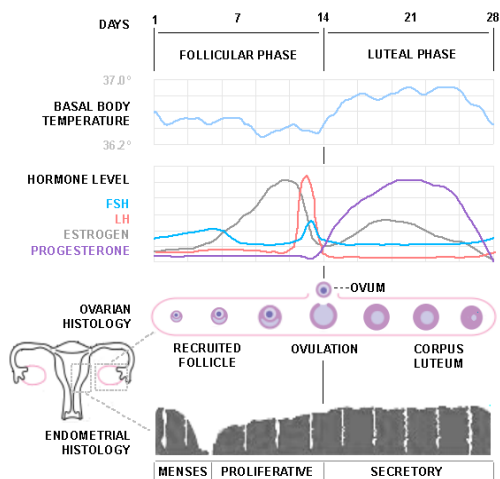
Man uppskattar att mellan 2 och 10% av kvinnor i den allmänna befolkningen har endometrios och att 30–50% av infertila kvinnor har endometrios.

Kvinnor med endometrios upplever ofta svåra symtom och avsevärt nedsatt livskvalitet, inklusive begränsning av normala aktiviteter, smärta/obehag och ångest/depression.



Figur 1. Endometrios

Menstruationscykeln



Figur 2. Menstruationscykeln

När graviditet inträffar kommer hormonerna att anpassa sig och se till att lagret i livmodern inte bryts ned så att embryot kan få näring.

När kvinnan når klimakteriet i slutet av sin reproduktiva fas produceras inte längre östrogen och progesteron vilket leder till en höjning av FSH och LH. Det sker ingen mer ägglossning eller uppbyggnad av endometriet i livmodern, och de månatliga menstruationerna kommer att upphöra. Värmevallningar och vaginal torrhet är vanliga symptom orsakade av hormonförändringarna under och efter klimakteriet.



Vad orsakar endometrios?

Orsaken till endometrios är fortfarande okänd. Det finns flera teorier, men ingen av dem har helt kunnat bevisats. Den mest accepterade teorin handlar om så kallad retrograd menstruation. Under menstruationen kommer bitar av endometriet ut i bukhålan via äggledarna, fäster vid bukhinnan och utvecklas till endometriotiska lesioner. Hormonet östrogen är avgörande i denna process. Därför går de flesta nuvarande behandlingar av endometrios ut på att sänka östrogenproduktionen i kvinnans kropp och därmed lindra hennes symtom.

Det har hävdats att endometrios är en genetisk sjukdom eftersom vissa familjer har fler patienter med endometrios jämfört med andra familjer. Det är dock osannolikt att det finns en "endometriosgen". Andra teorier är att en immunreaktion utlöser inflammation.

Endometrios, adenomyos, myom och polyper?

Adenomyos, myom och livmoderpolyper är förknippade med symtom som liknar symtomen på endometrios. Dessa symtom inkluderar t.ex. smärftfulla menstruationer, samlagssmärtor, bäckensmärter och smärter vid tarmtömning.

Medan endometrios kännetecknas av förekomsten av endometrieliknande vävnad utanför livmodern, kännetecknas adenomyos av förekomsten av endometrium i livmoderväggen.

Myom är onormala, godartade (icke cancerösa) muskeltillväxter i livmoderväggen hos kvinnor. Livmoderpolyper är onormala, godartade (icke-cancerösa) tumörer som sitter fast på en kort stjälk som sticker ut från den inre ytan av livmodern.

Hur kan risken för endometrios minskas?

Läkare får ibland frågor från anhöriga till kvinnor med endometrios om hur de kan förebygga sjukdomen.

Studier som undersökte om p-piller eller regelbunden motion kunde förebygga endometrios visade inte något tydligt orsaks samband och har begränsningar. Det är därför osäkert om intag av kombinerade p-piller eller regelbunden fysisk aktivitet kan förebygga utvecklingen av endometrios. Andra interventioner har inte studerats.

Hittills finns det inga kända sätt att minska risken att drabbas av endometrios.

Även om det inte finns några direkta bevis för att du kommer att utveckla endometrios i framtiden kan du försöka sträva efter en hälsosam livsstil och kost, med minskat alkoholintag och regelbunden fysisk aktivitet.



Nyttan av hormonella preventivmedel som primär prevention av endometrios är osäker.



Det finns för närvarande inga genetiska tester som kan indikera en risk för endometrios i framtiden. Därför bör genetisk testning för endometrios endast utföras inom ramen för forskning.



Symptom och diagnos

Vilka är symtomen för endometrios?

Eftersom symtomen för endometrios inte är särskilt specifika kan diagnosen endometrios inte ställas enbart med hjälp av symtomen. Symtomen kan dock ge en läkare en första ledtråd till diagnosen endometrios.

Symtom för endometrios är:

- Smärftfulla menstruationer (dysmenorrhea)
- Bäckensmärter eller smärter som uppstår då kvinnan inte menstruerar
- Smärta under eller efter samlag (dyspareunia)
- Smärta vid urinering/tömning av urinblåsa (dysuria)
- Smärta vid tömning av tarm (dyschezia)
- Smärtsam rektal blödning eller förekomst av blod i urinen (haematuria)
- Smärta i skuldror.
- Cykliska problem med lunga (pneumothorax)
- Cyklisk hosta, bröstsmärta eller upphostning av blod (haemoptysis)
- Cyklisk ärrsvullnad och smärta
- Trötthet
- Infertilitet
- Andra cykliska symtom



Figur 4. Endometrios

Cykliska symtom är symtom som uppkommer några dagar före en kvinnas menstruation och försvinner några dagar efter att menstruationen har upphört, eller symtom som endast förekommer under menstruationen. Symtomen följer menstruationscykeln och återkommer nästa månad.

Svår smärta kan mätas genom att du inte kan utföra dina normala dagliga aktiviteter (utan att ta smärtlindrande läkemedel).

Om du upplever ett eller flera av dessa symtom och de orsakar dig (svår) smärta, bör du gå till din husläkare och be denne att överväga endometrios.



Det kan vara bra att registrera dina symtom med hjälp av en symtomdagbok, ett frågeformulär eller en app.



Borde min läkare utföra en klinisk undersökning?

Förutom dina symtom kan en klinisk undersökning ge ytterligare information till läkaren. Det finns dock få vetenskapliga bevis för värdet av vissa kliniska tecken för att ställa diagnosen endometrios.

Vid en klinisk vaginal undersökning letar läkaren efter ömhet, knölar eller svullnad i vaginalväggen, särskilt i den djupaste delen av slidan mellan livmoderns baksida och ändtarmen, genom undersökning med hjälp av spekulum och genom palpation med fingrarna. Hos kvinnor med djup endometrios eller endometrios på äggstockarna kan den kliniska undersökningen ge betydande information om rätt diagnos, medan den kliniska undersökningen vid peritoneal sjukdom för det mesta är helt normal.

Din läkare rekommenderas att utföra en klinisk och vaginal undersökning då detta kan vara till hjälp vid diagnosticering. Om den kliniska undersökningen är normal bör du ändå följas upp med ett ultraljud eller magnetkameraundersökning (MRI).



Kan bilddiagnostik (ultraljud, MRI, CT-scan) användas för att diagnosticera endometrios?

Kliniker och forskare har sökt efter andra, icke-invasiva tekniker för att diagnostisera endometrios, dvs. med minimal smärta eller obehag för patienten. Transvaginalt ultraljud eller MRI kan utföras för att stödja en diagnos av endometrios, men dessa tekniker kan inte alltid upptäcka endometrioslesionerna.

Bilddiagnostik (ultraljud eller MRI) bör användas vid diagnostik av endometrios. Det är viktigt att veta att du fortfarande kan ha (peritoneal) endometrios, även om de bilddiagnostiska testerna var negativa.



Om endometrioslesioner upptäcks med ultraljud eller MRI kan behandling påbörjas för att lindra symtomen.

Även om inga endometrioslesioner upptäcks kan medicinsk behandling ändå ordinerats för att se om den hjälper till att minska dina symtom (så kallad empirisk behandling eller behandling utan bekräftad diagnos).

Bör jag genomgå en laparoskopi för att få en säker diagnos?

En definitiv diagnos för endometrios ställdes tidigare först när läkaren hade sett endometrios under laparoskopi och bekräftat diagnosen genom vävnadsbitar (biopsier) för mikroskopisk undersökning (histologi). Med förbättrad bildteknik är man nu överens om att endometrios kan diagnostiseras utan laparoskopi, men laparoskopi för diagnos och behandling av misstänkt endometrios rekommenderas fortfarande om ingen endometrios upptäcktes vid ultraljud eller MRI och medicinsk behandling inte tog bort symtomen.

Om medicinsk behandling inte fungerat och ingen endometrios kunnat påvisas vid bilddiagnostik rekommenderas laparoskopi för diagnos och behandling av misstänkt endometrios.



Om din läkare misstänker djup endometrios kan läkaren dessutom föreslå medicinsk behandling och hänvisa dig till ett Endometrioscenter för ytterligare diagnos och/eller operation.

Kan biomarkörer användas för att diagnostisera endometrios.

Vissa sjukdomar kan diagnostiseras med ett enkelt blodprov genom detektion av biomarkörer. Biomarkörer är molekyler i ett blod- eller urinprov från en patient som kan identifieras vid analys i ett laboratorium. Forskare har letat efter biomarkörer (t.ex. CA-125) för endometrios i endometriosvävnad, menstruations- eller livmodervätska, plasma, urin eller serum. Hitintills har inga biomarkörer visat sig kunna diagnostisera endometrios. Din läkare kan dock föreslå att du tar blodprov av andra skäl.

Mätning av biomarkörer (t.ex CA-125) i endometriell vävnad, blod, menstruations- eller livmodervätska rekommenderas inte för att diagnostisera endometrios.



Diagnos av endometrios utanför bäckenet

Även om endometrios är en gynekologisk sjukdom som förknippas med menstruationscykeln har den hittats i nästan alla vävnader i kroppen. Endometrios kan drabba olika organ i buken men kan i sällsynta fall också förekomma i lungorna, bröstkorgen, på diafragman, i ett ärr efter en tidigare operation, i naveln och i ljumsken. Symtomen i samband med endometrios utanför bäckenet beror på var lesionerna sitter, men är i regel cykliska.

Uppsök läkare om du upplever följande symtom som kan vara kopplade till endometrios utanför bäckenet:

- cyklisk axelsmärta,
- cykliska spontana långa problem (pneumothorax,
- cyklisk hosta,
- knölar som förstoras under menstruationen.



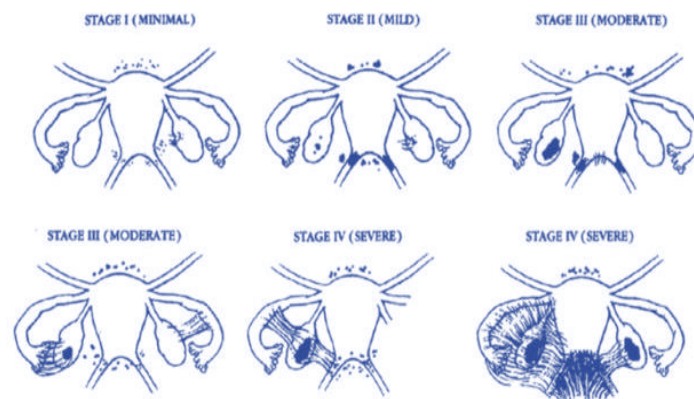
Klassificering av endometrios

American Society of Reproductive Medicine (ASRM) har utvecklat ett stadiindelningssystem för endometrios och adheranser till följd av endometrios. Denna klassificering används ofta av gynekologer för att dokumentera endometrios och adheranser som observeras under operationen. Även om ett högre stadium i allmänhet betraktas som en mer omfattande form av sjukdomen, förutsäger stadiindelningssystemet varken hur svåra smärtorna är eller hur komplicerad operationen är. Klassificeringen utvecklades ursprungligen för att förutsäga nedsatt fertilitet och är därför inriktad på endometrios på äggstockar och adheranser. Patienter med samma "stadium" av sjukdom kan ha olika sjukdomsbilder och typer. Dessutom ingår inte vissa former av allvarlig sjukdom, t.ex. invasiv sjukdom i tarmarna, urinblåsan och diafragman. De fyra stadierna i ASRM:s indelningssystem för endometrios är följande:

- **Stadium 1 - 2 (minimal till mild sjukdom):** Ytlig peritoneal endometrios. Eventuell förekomst av små, djupa lesioner. Inget endometriom. Milda, spindelvävslikande adheranser om sådana finns.
- **Stadium 3 - 4 (måttlig till allvarlig sjukdom):** Förekomst av ytlig peritoneal endometrios, djup invasiv endometrios med måttliga till omfattande adheranser mellan livmoder och tarm och/eller endometriomcystor med måttliga till omfattande adheranser som involverar äggstockarna och äggledarna.

Som patient anger inte ditt sjukdomsstadium dina symtom eller nödvändigtvis den optimala behandlingen för att hantera dessa symtom. Däremot kan den eller de undertyper av sjukdomen som du har mycket väl vara informativa när det gäller att besluta om optimal behandling.

Figur 3. Schematisk klassificering. Exempel på omfattning och plats av endometrios.



Förutom klassificeringssystemet kan 3

subtyper av endometrios identifieras beroende på lokalisering: ytlig peritoneal endometrios, cystisk endometrios på äggstock (endometriom eller "chokladcystor"), och djup endometrios (även kallad djup infiltrerande endometrios). De olika sjukdomstyperna kan förekomma samtidigt (d.v.s. en patient kan ha mer än en typ i bäckenet).

Ytlig peritoneal endometrios: Den vanligaste typen är ytlig peritoneal endometrios. Lesionerna involverar peritoneum, som är en tunn hinna som täcker de inre ytorna i bäckenhålan. Lesionerna är platta och ytliga och tränger inte in i utrymmet under peritoneum.

Cystisk endometrios i äggstockarna (endometriom i äggstockarna): Mindre vanligt är att kvinnor med endometrios kan utveckla endometriom i äggstockarna. Ett endometriom är en cysta där cystväggen innehåller områden av endometrios. Cystan är fylld med gammalt blod. På grund av färgen kallas cystorna också för "chokladcystor". De flesta kvinnor med endometriomcystor har också ytlig och/eller djup sjukdom på andra ställen i bäckenet.

Djup endometrios: Slutligen, den minst vanliga subtypen av endometrios är djup endometrios. En endometrioslesion definieras som djup om den har invaderat minst 5 mm utanför peritoneumytan. Eftersom peritoneum är mycket tunt involverar djupa lesioner alltid vävnad som ligger under peritoneum (retroperitonealutrymmet) eller organ i bäckenet.

Klassificeringssystem som används i detta dokument:

Eftersom den vetenskapliga litteraturen använder fler klassificeringssystem, men främst AFS- och ASRM-systemen, beslutade riktlinjegruppen att använda "ASRM-stadium" i rekommendationerna.


I den förklarande texten till detta dokument används termerna "peritoneal endometrios", endometriom på äggstock, och "djup endometrios".

Behandling av smärta orsakad av endometrios

Endometrios är en kronisk sjukdom. Det finns idag inget botemedel mot endometrios, men symtomen kan minskas med rätt behandling. Kommunikation är nyckeln till att hitta en behandling som passar dig. Diskutera gärna dina alternativ med din läkare och ställ alla frågor som du kan tänkas ha.


Kvinnor med endometrios har smärta och/eller fertilitetsproblem. Behandling av endometrios fokuserar på att lösa eller minska smärta orsakad av endometrios eller på att förbättra fertiliteten, så att patienten kan bli gravid på naturlig väg eller genom fertilitetsbehandlingar.

Det finns olika alternativ för att behandla symtom på endometrios. För att bestämma vilket alternativ som är bäst för dig måste du ta hänsyn till 3 faktorer:

- 


Din preferens

Baserat på den information du får om de olika behandlingsalternativen kan du ha en preferens om hur du ska gå vidare med behandlingen och vilken som är den lämpligaste behandlingen för dig.

När du fattar ett beslut bör din läkares råd vara en viktig faktor. Be din läkare att förklara alternativen och ge dig sina råd.
- 

Din läkares råd

Din läkare kommer att ta hänsyn till flera faktorer när han/hon föreslår en behandling:

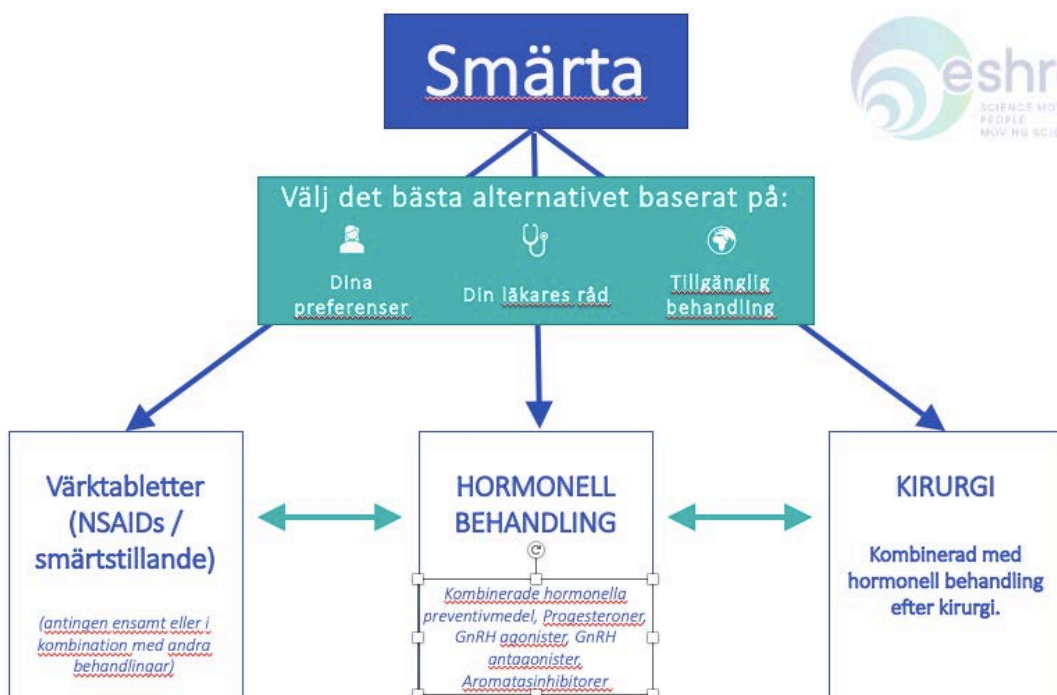
 - Dina smärtsymtom (svårhetsgrad och typ)
 - Om du har fertilitetsproblem eller inte
 - Dina avsikter att bli gravid omedelbart eller i ett senare skede, eller om du önskar preventivmedel
 - Din ålder
 - Effektiviteten av de olika behandlingarna
 - Risker och biverkningar för alla behandlingar
 - Typ av sjukdom (peritoneal, äggstockscysta eller djup endometrios)
- 

Vad är tillgängligt

I vissa europeiska länder är vissa behandlingar inte tillgängliga, mycket dyra eller ersätts inte. Vissa kirurgiska ingrepp utförs också bättre på Endometrioscenter. Din läkare bör kunna ge dig korrekt information för ditt land och centrum.

Detta innebär att två kvinnor med endometrios kan få olika behandlingar och även att en kvinna kan få olika behandlingar över tid.

I nästa avsnitt förklaras alternativen för medicinsk och kirurgisk behandling.



Kan jag ta analgetika (smärtstillande medel) för smärta orsakad av endometrios?

Medicinsk behandling för endometrios omfattar hormonbehandlingar eller smärtstillande läkemedel (analgetika).

Analgetika, som icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID), är medicinska terapier som påverkar hur kroppen upplever smärta. Dessa terapier är inte specifika för endometriosrelaterad smärta, och de förändrar inte någon sjukdomsmekanism i kroppen som hormonbehandlingar gör. Analgetika har få biverkningar, är billiga, lättillgängliga, och används i stor utsträckning, men mycket få studier har undersökt om de faktiskt hjälper till att minska endometriosrelaterad smärta. Långvarig användning av NSAID kan vara förknippad med biverkningar, t.ex. magproblem. Därför är det lämpligt att överväga skydd av magen.



Figur 5. Smärtstillande läkemedel

NSAIDs eller andra analgetika (antingen ensamma eller i kombination med andra behandlingar) kan användas för att minska endometriosrelaterad smärta.



Vilka är alternativen för hormonell behandling av smärta?

Hormonbehandlingar i klinisk användning är:

- Hormonella preventivmedel (cyklisk eller kontinuerlig användning)
- Gestagener, inklusive intrauterina enheter
- GnRH-agonister
- GnRH-antagonister
- Aromatashämmare

Hormonbehandlingar är effektiva för att behandla endometriosrelaterad smärta, men kan också ge upphov till biverkningar t.ex. huvudvärk, akne, viktökning, vaginal stänkblödning, trötthet, och värmevallningar. Biverkningarna varierar kraftigt mellan behandlingar och mellan olika patienter. Därför kan en viss behandling vara ett bra alternativ för en kvinna, men samma behandling kan ha allvarliga biverkningar hos en annan kvinna. Dessutom kan olika läkemedel inom en av hormongrupperna fungera olika bra hos olika individer, d.v.s. det kan ta lite tid och tålamod att hitta rätt behandling för dig som fungerar och inte ger biverkningar. Din läkare bör diskutera biverkningar med dig när han/hon ordinerar hormonell behandling.

Hormonbehandling (kombinerade hormonella preventivmedel, gestagener, GnRH-agonister eller GnRH-antagonister) bör övervägas som ett av alternativen för att minska endometriosassocierad smärta.



Hormonbehandling bör inte övervägas för att förbättra endometriosassocierad infertilitet eller hos kvinnor som för närvarande försöker bli gravida.



Patienter rekommenderas att rapportera eventuella biverkningar till sin läkare och diskutera sina alternativ.

Det är viktigt att komma ihåg att medicinsk behandling fungerar endast när den tas enligt ordination. Att avbryta en medicinsk behandling innebär ofta att symtomen återkommer.

Hormonbehandlingar

Hur fungerar hormonell behandling?

Endometrios är en östrogenberoende sjukdom förknippad med menstruationscykeln.

Ett syfte med hormonbehandling mot smärta hos kvinnor med endometrios är att sänka östrogennivån. Ett annat syfte är att minska östrogenets effekt på den endometriotiska vävnaden. Det är viktigt att veta att hormonbehandling förmodligen inte botar endometrios. Hormonbehandlingen dämpar sjukdomsaktiviteten och därmed smärtsymtomen. Efter avslutad behandling tenderar dock symtomen att återkomma. Det är inte känt vilka patienter som kommer att få ett återfall av smärtsymtom.

Kombinerade hormonella preventivmedel

Kombinerade hormonella preventivmedel används ofta som preventivmedel och är allmänt accepterade som behandling för endometriosassocierade symtom. De innehåller låga doser av hormoner (östrogen och progesteron) och kan minska smärta i samband med endometrios genom att stoppa follikeltillväxten och därmed minska produktionen och koncentrationen av östrogen. Låga östrogennivåer stoppar tillväxten av endometrium i och utanför livmodern, och därmed pausas endometrios. Progesteronet i p-piller minskar direkt aktiviteten i endometrium och endometriotisk vävnad.

Biverkningarna är begränsade och hormonella preventivmedel är inte dyra. Det finns olika alternativ för hormonella preventivmedel: p-piller (med eller utan månatlig p-pillerfri vecka varje månad), en vaginal p-ring, eller ett depotplåster.

Gestagener

Gestagener, som är ämnen som är mycket lika kroppens progesteron, kan användas i olika former: oralt, som en injektion var tredje månad, ett intrauterint system som frisätter levonorgestrel, eller ett implantat under huden. Olika typer av gestagener är medroxyprogesteronacetat (MPA), dienogest, eller cyproteronacetat. Gestagener kan också användas som preventivmedel, antingen i kombination med östrogen eller ensamma ("minipiller"). Gestagener är relativt billiga. De olika typerna av gestagener har olika biverkningar.

Ett intrauterint system som frisätter levonorgestrel är en liten anordning som sätts in i livmodern och frigör låga nivåer av progesteron. Den används ofta som preventivmedel eftersom den har begränsade biverkningar och är användarvänlig. Den är ett alternativ till att minska smärtsymtom hos kvinnor med endometrios.

Ett implantat är ett preventivmedel som sätts in under huden, vanligen i armen, kan också stoppa menstruationen och minska endometriosassocierade smärtsymtom.

GnRH-agonister / GnRH-antagonister

GnRH-agonister inducerar en mycket låg östrogennivå genom att helt stoppa follikeltillväxten i äggstocken. GnRH-agonister kan tas intranasalt eller genom subkutan injektion av en depå som verkar i en till tre månader. Några av de vanligaste GnRH-agonisterna är nafarelin, leuprolide, buserelin, goserelin, och triptorelin. GnRH-agonisterna har fler biverkningar än orala preventivmedel och gestagener och är dyrare.

Biverkningarna av GnRH-agonister är relaterade till den låga östrogennivån och är jämförbara med konsekvenserna av klimakteriet. Dessa så kallade hypoöstrogena symtom är värmevallningar och nattliga svettningar, vaginal torrhet och relaterad smärta under samlag, samt påverkan på mental hälsa upp till depressiva känslor. På lång sikt förknippas GnRH-agonister med osteoporos. För att minska dessa symtom rekommenderas läkare att ordinera hormonell tilläggsbehandling så snart behandling med GnRH-agonister startar. Vissa läkare kan påbörja tilläggsbehandling några veckor eller månader in i din behandling med GnRH-agonist. Hormonell add-back innebär att man lägger till en kombination av östrogen och progesteron (orala preventivmedel). Denna tilläggsbehandling tar bort biverkningarna samtidigt som den terapeutiska effekten bibehålls. **Eftersom ungdomar och unga kvinnor inte har uppnått sin optimala bentäthet rekommenderas att GnRH-agonister/GnRH-antagonister inte används hos dessa kvinnor, utom som andrahandsbehandling och om andra behandlingar med mindre biverkningar inte har hjälpt eller inte tolereras.**

Aromatashämmare

Aromatashämmare stoppar ett enzym (aromas) som behövs för produktionen av östrogen i flera celler i kroppen. Resultatet blir en mycket låg östrogennivå. Dessa läkemedel har använts vid andra sjukdomar, men de är ännu inte tillräckligt studerade vid endometrios.

På grund av biverkningarna (vaginal torrhet, värmevallningar, minskad benmineraltäthet) ska aromatashämmare endast förskrivas till kvinnor med svår smärta efter att alla andra medicinska och kirurgiska behandlingsalternativ har prövats.



Är kirurgisk behandling ett alternativ för att lindra smärtsymtomen?

Kirurgisk behandling av endometrios fokuserar på eliminering av peritoneal endometrios/endometriom/djup endometrios och upplösning adhesaner.

Förr i tiden användes öppen kirurgi (laparotomi) rutinmässigt. Nuförtiden används ofta titthålskirurgi (laparoskopi) och är att föredra eftersom det vanligtvis leder till mindre smärta, kortare sjukhusvistelse, snabbare återhämtning och ett mindre ärr.

Läkare bör överväga kirurgisk behandling (eliminering av endometrioslesioner) när de ser endometrioslesioner vid laparoskopi för diagnos.

Kirurgisk behandling bör övervägas som ett av alternativen för att minska endometriosassocierad smärta.



Om djup endometrios misstänks och dessa operationer rekommenderas läkare att remitterad dig till ett Endometrioscenter då dessa operationer kan vara svårare.



Du kan erbjudas hormonbehandling efter operationen, eftersom det kan förbättra det omedelbara resultatet av smärtoperationen och förhindra återfall av sjukdom/symtom. Om du önskar graviditet kort efter operationen bör hormonbehandling undvikas.



Även om kirurgi i allmänhet är effektivt för att lindra smärtsymtom, är det inte säkert att alla symtom förbättras och symtomen lindras endast delvis eller tillfälligt. Det finns för närvarande inget sätt för läkare att identifiera kvinnor med endometrios som med säkerhet kommer att ha en betydande nytta av kirurgi.

Hysterektomi

Om du har bildat familj och andra behandlingar inte har fungerat kan du överväga att ta bort livmodern (hysterektomi) med eller utan att ta bort äggstockarna. Detta är ett radikalt och oåterkalleligt alternativ som leder till så kallat kirurgiskt klimakterium och klimakteriebesvär (värmevallningar etc.). Du bör veta att hysterektomi inte alltid löser problemet, eftersom endometrios ibland missas och lämnas kvar och smärtsymtomen därför kvarstår. Hysterektomi kan hjälpa om dina symtom främst beror på adenomyos och bör övervägas om andra behandlingar har misslyckats.

Hysterektomi kan utföras om du inte svarat på mer konservativa behandlingar och om du inte längre vill bli gravid. Du bör dock vara medveten om att hysterektomi inte nödvändigtvis botar symtomen eller sjukdomen.



Behandling av endometrios utanför bäckenet

Vilken behandling som väljs vid smärta orsakad av endometrios utanför bäckenet (extrapelvisk endometrios) beror till stor del på var endometriosen är lokaliserad.

För abdominal extrapelvisk endometrios:

Kirurgisk avlägsnande är den bästa behandlingen, när det är möjligt, för att lindra symtomen. Hormonbehandling kan också vara ett alternativ när kirurgi inte är möjligt eller acceptabel.



För thorakal endometrios (i bröstkorgen):

Hormonbehandling kan erbjudas. Om operation är indicerad ska den utföras av en thoraxspecialist och/eller andra relevanta specialister.



Endometriosis and infertility

Am I infertile because I have endometriosis?

Probably not, most women diagnosed with endometriosis are not infertile. In medical terms, infertility is defined as not achieving pregnancy after 1 year of regular intercourse. It is estimated that 60–70% of all women with endometriosis are fertile and can become pregnant spontaneously and have children. Women who do not want to become pregnant should therefore discuss their options for contraceptive pills with their doctor.

Some women with endometriosis will have problems getting pregnant. For these women, there are alternatives to becoming pregnant.

Should I get pregnant to cure my endometriosis?

Pregnancy does not always lead to improvement of symptoms for endometriosis or a reduction in disease progression.

You should try to get pregnant if you want to have a family, but not to treat your endometriosis.



Is it safe for me to get pregnant?

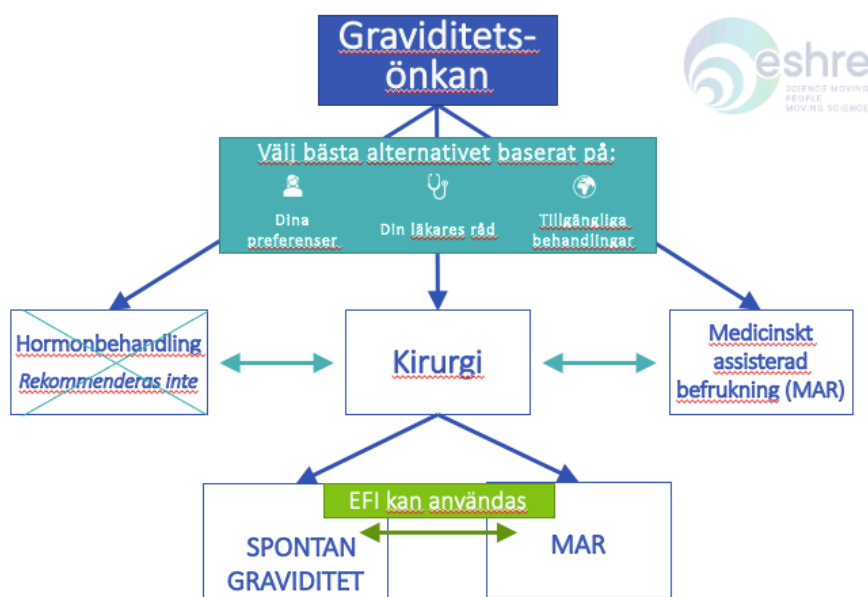
Complications during pregnancy are rare and it is difficult to study if one aspect of a patient is linked to a specific complication. Some studies have looked at pregnancy complications in women with endometriosis. These studies have shown that there can be an increased frequency of miscarriages or ectopic pregnancies in women with endometriosis compared to women without endometriosis. The risks are, however, generally low and should not prevent you from getting pregnant.

There is no need for further prenatal diagnosis, but inform your doctor or midwife if you are pregnant and have the diagnosis endometriosis.



What alternatives are there to improve my chances of getting pregnant?

There is no best alternative to help infertile women with endometriosis get pregnant. To determine which alternative is best for you, your preferences, your doctor's advice and available treatments should be considered:



i *Endometriosis Fertility Index (EFI) is a tool that your doctor can use to predict your chances of getting pregnant without fertility treatment.*



Är hormonbehandling ett alternativ för att öka chansen att bli gravid?

Det finns inga bevis för att hormonbehandling ökar chansen för spontan graviditet hos kvinnor med endometrios.

Även om hormonbehandling inte behandlar infertilitet, kan du använda hormonbehandling om du inte vill försöka bli gravid eller beslutar att inte bli gravid direkt efter en operation. Det kommer inte att påverka din fertilitet negativt och kan hjälpa till att hantera smärtsymtom.



Är kirurgisk behandling ett alternativ för att öka chansen att bli gravid?

Studier har visat att kirurgi (med avlägsnande av alla endometrioslesioner) kan öka chansen för spontan graviditet.

Om du opereras för endometriom i äggstocken bör du vara medveten om att operationen kan leda till skador på äggstocken. Din läkare bör diskutera denna risk med dig.

Kirurgi kan vara ett alternativ om du önskar graviditet eftersom det kan öka dina chanser för naturlig graviditet.



Även om det inte finns några övertygande bevis för att operation för djup endometrios förbättrar fertiliteten, kan det vara ett alternativ om du har smärtsymtom som kräver behandling.



De kvinnor som inte kan försöka eller beslutar sig för att inte bli gravida direkt efter operation bör erbjudas hormonbehandling eftersom det inte påverkar deras fertilitet negativt och förbättrar det omedelbara resultatet av operation avseende smärta.



Om du opereras kan du efteråt försöka bli spontant gravid eller gå vidare till medicinskt assisterad befruktning. Detta beslut kan stödjas av verktyget EndometriosFertiletsIndex (EFI) som förutsäger dina chanser att bli gravid spontant.

Det finns inga bevis för att hormonbehandling före eller efter operationen ökar chansen för graviditet.

Är medicinskt assisterad befruktning (MAR) ett alternativ för att öka chansen att bli gravid?

För kvinnor med fertilitetsproblem kan medicinskt assisterad befruktning vara ett alternativ. Medicinskt assisterad befruktning omfattar ett antal metoder med syftet att bli gravid, t.ex. assisterad befruktning inklusive intrauterin insemination (IUI) och *in vitro* fertilisering (IVF).

En stor andel av kvinnor med måttlig och svår endometrios kommer att behöva assisterad befruktning (ART) så som IUI eller IVF när de bestämmer sig för att bli gravida.

Det finns inga bevis för ökade kumulativa återfallsfrekvenser av endometrios efter ovariestimulering vid ART hos kvinnor med endometrios, vilket innebär att genomgång av ART inte nödvändigtvis förvärrar din endometrios och ART bör betraktas som säkert.

ART är ett alternativ för dig att uppnå graviditet.



Vid intrauterin insemination injiceras partners spermier i livmodern vid den tidpunkt då ett ägg frigjorts och är redo för befruktning. Lämplig tid bestäms genom ultraljud, genom att mäta hormonnivåer eller regleras genom injektion av syntetiska hormoner (ovariestimulering).

Generellt finns det mycket få studier som undersöker IUI hos kvinnor med endometrios.



Intrauterin insemination (IUI) kan vara ett alternativ för dig att bli gravid. Chanserna kan vara högre om äggstocksstimulering utförs före IUI.



Andra tekniker för assisterad befruktning inkluderar metoder där ägg och spermier samlas in från kroppen och blandas samman i ett provrör för att befruktas. Därefter förs det befruktade ägget eller embryot in i livmodern. Innan äggen, som måste vara mogna, kan avlägsnas från kvinnans kropp får hon hormonell stimulering av folliklarna för att producera mogna ägg. Detta är också känt som provrörsbefruktning eller IVF. Intracytoplasmatisk spermieinjektion (ICSI) är en liknande teknik men i labbet injiceras en enda spermie i ägget i stället för att blanda ägget med många spermier i ett provrör. ICSI används mest när spermerna är av låg kvalitet.

IVF/ICSI bör användas i stället för IUI i följande fall:

- När du har problem med dina äggledare, vilket innebär att ägget har svårt att nå livmodern (äggledarnas funktion är nedsatt)
- När din partner har fertilitetsproblem (t.ex. lågt antal spermier, nedsatt spermiekvalitet)
- När en låg EFI beräknades (och det därför skulle vara relevant att gå direkt till IVF)
- När andra behandlingar har misslyckats

Om du har endometriom verkar det rimligt att använda förebyggande antibiotika vid tidpunkten för oocytuttagning för att undvika infektioner.



Det finns inga tydliga bevis för att medicinsk behandling före IVF/ICSI förbättrar din chans att bli gravid.

Det finns inga starka bevis för att operation före IVF/ICSI är effektiv för att öka din chans att bli gravid. Det finns inte heller några bevis att operation minskar chanserna till graviditet. Din läkare kan därför rekommendera operation om du har betydande smärta eller om han/hon inte når äggstockarna under IVF/ICSI på grund av stora endometriom på äggstockarna.

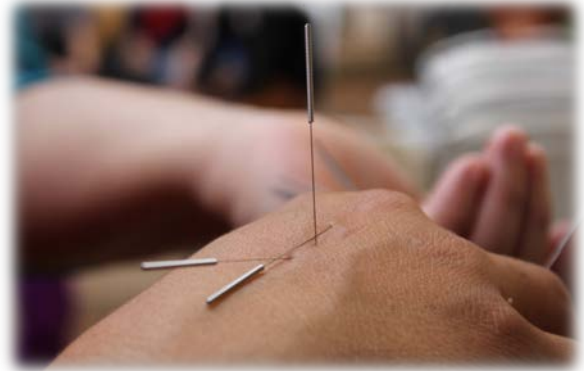
Om du genomgår IVF/ICSI finns det ingen tydlig fördel med medicinsk eller kirurgisk behandling innan du påbörjar IVF/ICSI. Operation kan dock rekommenderas i specifika situationer.



Bortom kliniska behandlingar

Medicinsk och kirurgisk behandling av endometriosis har studerats brett och används i klinisk praxis. Eftersom dessa behandlingar har begränsningar föredrar en del kvinnor att utforska andra alternativ.

Du kanske har hört talas om komplementära och alternativa terapier. Dessa terapier är mycket populära men ges ofta inte av läkare. Exempel är akupunktur, beteendeterapi, kost (inklusive kosttillskott, vitaminer, och mineraler), expertprogram för patienter, rekreationsdroger, zonterapi, homeopati, psykologisk terapi, traditionell kinesisk medicin, örtmedicin, sport och motion. Flera av dessa komplementära och alternativa terapier används av kvinnor med endometriosis för att minska bäckensmärta, smärtsamma menstruationer (dysmenorré), förbättra chanserna för graviditet och förbättra livskvaliteten.



Figur 6. Akupunktur

Innan läkare rekommenderar en viss behandling för smärta, vill de helst ha några objektiva data insamlade i en högkvalitativ studie som visar att en viss behandling är effektiv och inte skadlig för patienten. Hitintills finns det inga bra bevis för att komplementära och alternativa behandlingar verkligen hjälper till att minska smärta eller förbättra fertiliteten hos kvinnor med endometriosis. Utvecklingsgruppen för denna riktlinje medger dock att vissa kvinnor som använder komplementära och alternativa behandlingar kan känna nytta av detta, vilket innebär att de har förbättrad livskvalitet och/eller kan hantera symtomen på endometriosis bättre.

Det är viktigt att du berättar för din läkare om du använder någon komplementär eller alternativ behandling så att han/hon kan ge dig ytterligare information.

De potentiella fördelarna och nackdelarna med dessa icke-medicinska interventioner är oklara.

Därför kan inga rekommendationer ges för någon specifik icke-medicinsk intervention (traditionell kinesisk medicin, nutrition, elektroterapi, akupunktur, fysioterapi, motion och psykologiska interventioner) för att minska smärta, förbättra allmänt välbefinnande eller förbättra dina chanser att bli gravid.

Du kan be din läkare om ytterligare information om dessa icke-medicinska strategier.



Endometriosis hos ungdomar

Endometriosis är främst en sjukdom hos kvinnor i reproduktiv ålder, dvs mellan menarche (den första menstruationen under puberteten) och klimakteriet. Under de senaste åren har endometriosis hos ungdomar erkänts som ett utmanande problem inom gynekologi.

Vad är tecken och symtom på endometriosis hos ungdomar?

Tecken och symtom kan vara annorlunda hos ungdomar jämfört med vuxna kvinnor.

Hos ungdomar kan följande symtom vara tecken på endometriosis:

- symtom på kronisk eller acyklisk bäckensmärta, särskilt i kombination med illamående, smärtsamma menstruationer (dysmenorré), smärta vid tarmtömning (dyschezia) eller tömning av blåsa /dysuir), smärta under eller efter samlag (dyspareuni),
- cyklisk bäckensmärta,
- (cyklisk) frånvaro från skolan.

Om du upplever ett eller flera av dessa symtom och de orsakar dig (svår) smärta, bör du gå till din husläkare och be denne överväga endometriosis. Svår smärta kan mätas genom att du inte kan utföra dina normala dagliga aktiviteter (utan att ta värktabletter).

Hur ska endometriosis diagnostiseras hos ungdomar?

Den diagnostiska vägen för endometriosis hos ungdomar liknar den som utförs hos vuxna med undantag av att vissa undersökningar och/eller tester kanske inte är lämpliga.

Din läkare bör diskutera med dig och din vårdnadshavare om det är acceptabelt att utföra en vaginal och/eller rektal undersökning. Informera din läkare om du inte känner dig bekväm med att fortsätta med undersökningen.



Transvaginalt ultraljud rekommenderas. Om en transvaginal undersökning inte är lämplig kan MRT, transabdominell, transperineal eller transrektal undersökning övervägas.



Hur ska endometriosis behandlas hos ungdomar?

Baserad på effektivitet och biverkningar kan vissa medicinska behandlingar vara mer lämpliga för ungdomar.

Förstahandsvalet för behandling av endometriosis hos ungdomar är hormonella preventivmedel eller gestagener. Om detta inte löser symtomen kan NSAIDs eller GnRH-agonister användas.

Kirurgi (och postoperativ behandling) är också ett alternativ för ungdomar, men man bör överväga att symtom/sjukdom kan återkomma.



Klimakteriet och endometriosis

Klimakteriet är den tidpunkt då kvinnor slutar att ha menstruationer. Det är en naturlig process hos kvinnor i 50-årsåldern.



Figur 7. Menopaus

Hur ska endometriosis behandlas hos postmenopausala kvinnor?

Symtom av endometriosis kan kvarstå även efter klimakteriet. Det har gjorts begränsade studier om behandling av endometriosis efter klimakteriet.

Om du har tecken på eller smärta från endometriosis efter klimakteriet kan kirurgisk behandling vara ett alternativ. Om operation inte är möjligt kan aromatashämmare vara till hjälp.



Hur ska klimakteriebesvär behandlas hos kvinnor med en historik av endometriosis?

Vissa kvinnor har nästan inga problem under klimakteriet, medan andra lider av typiska klimakteriebesvär som värmevallningar, nattsvette, vaginal- och urinvägsproblem, humörförändringar och osteoporos (minskad bentäthet). Dessa symtom orsakas av låga nivåer av östrogen. För kvinnor med klimakteriebesvär finns medicinska behandlingar (menopausal hormonbehandling, tidigare kallad hormonbehandling i klimakteriet, HRT) för att minska symtomen och obehaget från klimakteriet. Behandling med enbart östrogen rekommenderas inte om du har en historik av endometriosis.

Problemet hos kvinnor med endometriosis är att menopausal hormonbehandling kan ha en negativ effekt på endometriosen. Det finns inga starka bevis för smärta eller sjukdomsåterfall hos kvinnor med endometriosis som tar läkemedel mot klimakteriebesvär, men det är en risk.

Menopausal hormonbehandling (MHT) kan användas för att lindra klimakteriebesvär.

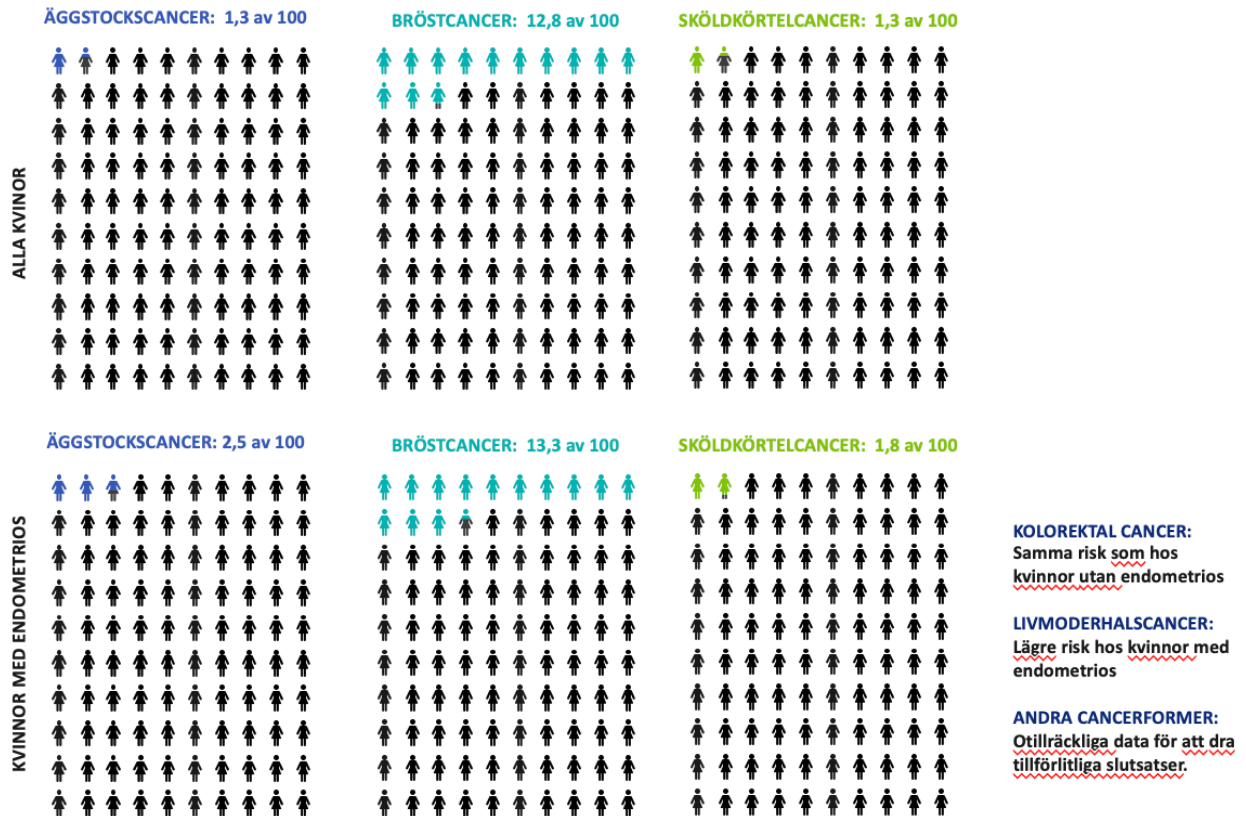


Endometriosis and Cancer

Many women with endometriosis are worried about their risk of developing cancer. Several researchers have investigated whether women with endometriosis have an increased risk of developing cancer compared to women without endometriosis.

Results from these studies can be summarized as follows:

Absolut risk att utveckla cancer under en kvinnas livstid



From all these studies you can be calm when it comes to your risk of developing cancer.

There is no information on how to reduce the risk of cancer in women with or without endometriosis, but you can try to apply some general cancer-preventive measures:

- avoid smoking
- maintain a healthy weight
- exercise regularly
- maintain a balanced diet with a lot of fruit and vegetables and low intake of alcohol
- use sun protection



There is no need for systematic cancer screening for you if you do not have any further risk factors, e.g. a family history of cancer. Discuss the need for cancer screening with your doctor.



Var kan jag hitta mer information eller stöd?

Mer detaljerad information om varje ämne i denna broschyr finns i klinikernas utgåva av riktlinjerna på ESHRE:s webbplats (<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>).

För mer detaljerad information eller stöd kan du kontakta din läkare eller en patientorganisation. (<https://endometriosforeningen.com>)

För kontaktuppgifter till nationella patientorganisationer för infertilitet kan du fråga din läkare eller kontakta Fertility Europe (www.fertilityeurope.eu)

Om denna broschyr

Den här broschyren syftar till att involvera patienter i förbättringar av vården genom att informera dem om aktuella vårdstandarder och genom detta göra det möjligt för dem att fatta välgrundade beslut om sin hälsa, med stöd av bästa tillgängliga bevis.

Hur denna broschyr utvecklades

Denna broschyr har utarbetats från en tidigare version (2013) av ESHRE:s metodologiska expert, ordförande för riktlinjegruppen och patientrepresentanter. All information som tillhandahålls är baserad på rekommendationerna i ESHRE:s riktlinje om endometrios som finns på <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>.

Översättning till svenska med hjälp av Elisabet Andersson, Endometriosföreningen Sverige.

Vem utvecklade riktlinjen från ESHRE?

ESHRE:s riktlinje om endometrios togs fram av en multidisciplinär utvecklingsgrupp bestående av gynekologer, kirurger, fertilitetsexperten och två patientrepresentanter.

Christian Becker	<i>Chair of Endometriosis Guideline Group; Endometriosis CaRe Centre Oxford, Nuffield Department of Women's and Reproductive Health, University of Oxford, UK</i>
Femke Jansen	<i>Patient representative; EndoHome – Endometriosis Association Belgium, Belgium</i>
Kathleen King	<i>Patient representative; Individual endometriosis advocate, Ireland</i>
Nathalie Vermeulen	<i>Methodological expert; European Society of Human Reproduction and Embryology, Belgium</i>
Attila Bokor	<i>Semmelweis University, Department of Obstetrics and Gynecology, Budapest, Hungary</i>
Oskari Heikinheimo	<i>Department of Obstetrics & Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland</i>
Andrew Horne	<i>EXPPECT Centre for Endometriosis and Pelvic Pain, MRC Centre for Reproductive Health, University of Edinburgh, Edinburgh, UK</i>
Ludwig Kiesel	<i>Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital Muenster, Muenster, Germany</i>
Marina Kvaskoff	<i>Paris-Saclay University, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm, Gustave Roussy, "Exposome and Heredity" team, CESP, F-94805, Villejuif, France</i>
Annemiek Nap	<i>Department of Gynaecology and Obstetrics, Radboudumc, Nijmegen, The Netherlands</i>
Katrine Petersen	<i>Pain Management Centre, UCLH, London, UK</i>
Ertan Saridogan	<i>University College London Hospital, London, UK and Elizabeth Garrett Anderson Institute for Women's Health, University College London, London, UK</i>
Carla Tomassetti	<i>University Hospitals Leuven, Dept. Obstetrics and Gynaecology, Leuven University Fertility Center, Belgium; KU Leuven, Faculty of Medicine, Dept. Development and Regeneration, LEERM (Lab of Endometrium, Endometriosis and Reproductive Medicine), Leuven, Belgium</i>
Nehalennia van Hanegem	<i>University Medical Center Utrecht, The Netherlands</i>
Nicolas Vulliamoz	<i>Fertility Medicine and Gynaecological Endocrinology, Department Woman Mother Child, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland</i>

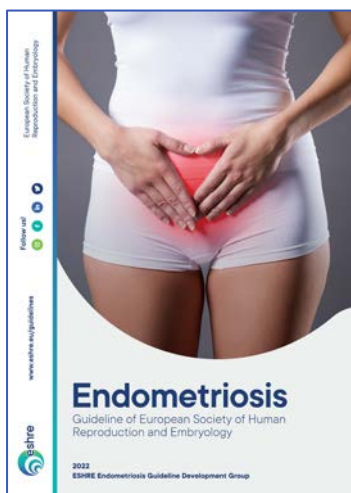


Ordlista (förklaring av medicinska termer eller forskningstermer)

Ablation	Sjuk eller oönskad vävnad som kan tas bort genom kirurgi eller på annat sätt.
Add-back terapi	Hormonbehandling för att minimera biverkningar av mediciner som hämmar östrogen (t.ex. leuprolidacetat); tilläggsbehandling minskar vanligen värmevallningar och hjälper till att förhindra benförlust.
Adhesioner	Områden av fibrös ärrvävnad (sammanväxningar).
Definitiv diagnos	En fullständigt bekräftad diagnos.
Dyskesia	Smärtsam eller besvärlig avföring.
Dysmenorré	Svår smärta i nedre delen av buken eller ryggen, ibland tillsammans med illamående, depression och huvudvärk, direkt före och/eller under menstruation.
Dyspareuni	Återkommande eller ihållande genital smärta direkt före, under eller strax efter samlag.
Embryo	Ett befruktat (fertiliserat) ägg.
Endometriom	En endometrioscysta som innehåller gammalt blod och endometrium.
Endometrium	Livmodersslemhinnan inne i livmodern. Under menstruationscykeln växer endometriet till ett tjockt, blodkärlsrikt lager av körtelvävnad. Endometriets huvudsakliga uppgift är att ta emot ett befruktat ägg som når livmodern flera dagar efter ägglossningen och att ge näring åt de delande cellerna under de tidiga stadierna av graviditeten.
Excision	Att kirurgiskt avlägsna vävnad. (Synonym till resektion).
Fertilitetsproblem	Om ett par inte blir gravida efter två års regelbundet (minst varannan till var tredje dag) oskyddat samlag.
Hormon	En molekyl som produceras av en vävnad och transporteras till en annan vävnad via blodsystemet för att orsaka en biologisk effekt.
In vitro fertilisering (IVF)	En teknik där ägg samlas in från en kvinna och befruktas med en mans spermier utanför kroppen. Vanligtvis överförs sedan ett eller två embryoner till livmodern. Om ett (eller flera) av dem lyckas fästa resulterar det i en graviditet.
Infertilitet	Att inte vara fertil och inte kunna bli gravid. Klinisk definition av infertilitet: en sjukdom i reproduktionssystemet som definieras av att en klinisk graviditet inte kan uppnås efter 12 månader eller mer av regelbundet oskyddat samlag.
Intracytoplasmatisk spermieinjection (ICSI)	En variant av IVF där en enda spermie injiceras i ett ägg.
Intrauterin insemination (IUI)	En teknik för att föra in spermier i en kvinnas livmoder genom livmoderhalsen.



IVF med naturlig cykel	En IVF-teknik där en eller flera oocyter samlas in från äggstockarna under en naturlig menstruationscykel utan någon läkemedelsanvändning.
Kraftig menstruationsblödning	Onormalt kraftig och utdragen menstruation som återkommer med regelbundna intervaller.
Laparoskopi	En titthålsoperation där kirurgen använder ett optiskt instrument med liten diameter, ett så kallat laparoskop, för att undersöka eller operera ett område i kvinnans bäcken. Utförs under anaestesi.
Laparotomi eller öppen kirurgi	Öppnande av bukhålen med ett snitt som görs med skalpell.
Lesioner	Områden med onormal vävnad eller sjukdom.
Medicinskt assisterad befruktning (MAR)	Samlingsnamn på behandlingar som gör det möjligt för människor att bli gravida på annat sätt än genom samlag. Medicinskt assisterad befruktning omfattar intauterin insemination (IUI), in vitro fertilisering (IVF), intracytoplasmatisk spermieinjektion (ICSI), ägg- och spermiedonation.
Menorragi	Onormalt kraftig och långvarig menstruation med jämna mellanrum. (Symtom för kraftig menstruationsblödning)
Menstruation	Den månatliga blödningen från livmodern; den består av blod och endometrium som lossnat från livmoderslemhinnan.
Ovariestimulering	Farmakologisk behandling där äggstockar stimuleras för att inducera utveckling av äggstocksfolliklar så att fler ägg/oocyter mognar under samma cykel. Detta leder till att fler oocyter kan samlas in vid follikulär aspiration.
Ovarium	Ett organ (äggstock) i bäckenet hos kvinnor som innehåller äggen (oocyterna).
Progesteron	Ett hormon som producerat av äggstocken om en ägglossning skett (dvs efter att ägget frigjorts). Dess funktion är att förbereda endometriet för implantation av embryot.
Randomiserad kontrollerad studie (RCT)	Den "gyllene standarden" för medicinska bevis på att den relativa effekten av en behandling jämför med en annan behandling eller med ingenting alls (placebo). Patienter med en sjukdom och som liknar varandra i de flesta andra avseenden (t.ex. ålder, längd, vikt, sjukdomstid, sjukdomens svårhetsgrad) tilldelas behandlingsgrupper genom randomisering. Patienterna genomgår behandling och följs under en viss tid för att se om det finns någon skillnad i resultaten av de behandlingar som studerats.
Ultraljud	Högfrekventa ljudvågor som används för att ge bilder av kroppen, vävnader och inre organ.
Östrogen	Ett kvinnligt könshormon som produceras av ägg som bildas i äggstockarna, och som stimulerar utvecklingen av kvinnliga könsegenskaper.



Källhänvisningar

ESHRE Guideline Endometriosis (2022).

<https://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline>

Figurer

- Figur 1. Endometriosis Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". Wiki Journal of Medicine 1 (2).DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436
- Figur 2. The menstrual cycle MenstrualCycle3.png From Wikimedia Commons, the free media repository
- Figur 3. Schematic classification examples of extent and location of endometriosis Adapted from the Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis (1996).
- Figur 4. Endometriosis symptoms
- Figur 5. Pain medication. Image by Miguel Á. Padriñán from Pixabay
- Figur 6. Acupuncture. Image by Jorge Paredes from Pixabay
- Figur 7. Menopause by Nick Youngson CC BY-SA 3.0 Pix4free

Friskrivningsklausul

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) utvecklade den aktuella informationsbroschyren för patienter baserat på riktlinjerna för klinisk praxis. Syftet med riktlinjer för klinisk praxis är att hjälpa vårdpersonal att fatta vardagliga kliniska beslut om lämplig och effektiv vård av sina patienter. Denna broschyr är inte på något sätt avsedd att ersätta, diktera eller helt definiera utvärdering och behandling av en kvalificerad läkare. Den är endast avsedd som ett hjälpmedel för patienter som söker allmän information om frågor inom reproduktionsmedicin.

ESHRE lämnar inga garantier, varken uttryckliga eller underförstådda, angående riktlinjerna för klinisk praxis eller broschyrerna med patientinformation och utesluter specifikt alla garantier för säljbarhet och lämplighet för en viss användning eller ett visst syfte.

ESHRE ska inte hållas ansvarig för direkta, indirekta, särskilda, oförutsedda eller följdskador relaterade till användningen av information i detta dokument. ESHRE gör sitt yttersta för att sammanställa korrekt information och hålla den uppdaterad, men kan inte garantera att riktlinjerna eller denna broschyr är korrekta, fullständiga och exakta i alla avseenden.

Informationen i detta dokument utgör inte affärsmässig, medicinsk eller annan professionell rådgivning och kan komma att ändras.

Denna version är en översättning av ett originaldokument från ESHRE®-dokument - som det hänvisas till på titelsidan av detta dokument. Om det uppstår några frågor om riktigheten i informationen i översättningen och/eller dess vetenskapliga värde, hänvisas till det ursprungliga ESHRE®-dokumentet. Eventuella avvikelser eller skillnader i översättningen är inte bindande för ESHRE® och ska inte ha någon rättslig verkan för efterlevnads- eller tillämpningsändamål. Den engelska versionen, som är det språk på vilket det ursprungliga ESHRE®-dokumentet är publicerat ska alltid ha företräde.

Copyright © European Society of Human Reproduction and Embryology – Kopiering förbjuden ("All rights reserved")
 Innehållet i dessa ESHRE riktlinjer har endast publicerats för personligt bruk och utbildningssyfte. Ingen kommersiell användning är tillåten. Ingen del av ESHRE-riktlinjerna får översättas eller reproduceras utan föregående skriftligt tillstånd från ESHRE:s kommunikationschef.

