

Endometrios

Allmänt

Samtliga läkare ska kunna ta emot och bedöma, utreda och påbörja behandling av patienter med dysmenorré, samlagssmärter eller andra symtom som talar för diagnosen endometrios.

Patienter på remiss för smärter ska kunna bedömas av samtliga ST-läkare, specialister och överläkare.

Vid varje besök ska det skrivas tydligt vilken behandling patienten ska ha, vilken smärtlindring och när man planerar uppföljning.

All insatt behandling ska utvärderas och därmed ändras tidigast efter 6 månader avseende effekt. Biverkningar kan däremot motivera tidigare byte.

Endometriosteamet

3-4 läkare, barnmorska/sjuksköterska, kurator och sjukgymnast. Vid behov kontakt med sexolog, uroterapeut och Smärtrehab. Halvårsvis kontakt med endometriosteamen i Skåne.

Endometriosteamet ska fungera som hjälp när behandling inte fungerar, inför beslut om kirurgi utöver diagnostisk laparoskopi och inför beslut om remiss andra instanser. Teamets läkare kan under dessa former ta över patienter från kollega.

Inför diagnostisk laparoskopi får patienten information om:

- Ingreppet.
- Ev misstanke om endometrios.
- Vilken behandling som ska påbörjas direkt efter laparoskopin om denna visar endometrios.
- Fråga om patienten kan tänka sig Mirena som behandling. Skriv i så fall recept så spiralen tags med till op.

Vid laparoskopi:

- Ensam operatör? Ha som rutin att be kollega titta.
- Noggrann op-berättelse, beskriv exakt lesionernas utseende, lokalisation och utbredning.
- Ta ett par bekräftande px. Var tydlig med frågeställningen endometrios.
- Vid atypisk bild ta px i fossa Douglasi, på sacrouterinligamenten, på blåspéritoneum och i fossa ovarica bilateralt.
- Insättning av Mirena i samma seans. Obs! Ha ultraljud på sal för kontroll av spiralläge efter insättande.

Efter op:

- Vid negativ laparoskopi d v s inga säkra tecken till endometrios meddela detta. Planera telefontid till ansvarig läkare inom 4 veckor efter laparoskopin, diktera detta. Lämna inte informationsbladet.
- Vi typisk endometrios berätta om op-fynden. Ge patienten endometriosbladet.
- Be patienten ringa samordnande barnmorska/sjuksköterska efter 1-2 veckor för avstämning om postoperativa förloppet, smärtor etc. Telefonnummer finns i informationsbladet. Skicka messenger till barnmorska/sjuksköterska i teamet som i sin tur skriver in patientens personuppgifter i ”Endometriospärlen” som finns på gynnottagningen inne hos sekreterarna.
- Berätta att patienten får ett återbesök till sin läkare efter ca 3 månader för behandlingskontroll. Diktera detta i anteckningen vid utskrivning. Sekreterare sätter upp patienten på bevakningslista. Behöver patienten kontakt tidigare får det gå via barnmorska i teamet, telefonnummer i informationsbladet.
- Patienten ska uppmuntras att söka information på internet, patientföreningarnas hemsidor. Adresser finns i informationsbladet.

Akut försämring hos patient med endometrios:

- **Patient med endometrios ska INTE automatiskt direktinläggas.**
Om enstaka slutenvårdstillfälle finns i anamnesen får patienten söka akut på vanligt sätt.
- Vid behov av slutenvård upprätta en behandlingsplan för smärtlindring direkt. Första dygnet kan s.c eller i.v injektioner ges men därefter strävan efter att gå över på peroral behandling.
- Se nedan under ”Behandling vid akut smärta”
- Gör det till en rutin att föreslå kuratorskontakt, låt detta ingå i behandlingen. Skicka messenger till kurator Helen Leonardsson (tfn 7586) eller Christina Petersson (tfn 7319).
- Kontakta sjukgymnast Elin Lund vid behov, tfn 6741. Kan hjälpa till med mer utförlig smärtanamnes, utprovning av TENS, akupunktur och mobilisering.
- Vid utskrivning till hemmet lägg upp en plan om hur akuta smärtor kan hanteras hemma. Informera patienten att vid försämring kontakta kontaktbarnmorska per telefon 0470-583309 om råd.

Vid direktinläggning av känd endometriospatient:

- Detta gäller känd endometriospatient som senaste tiden varit inlagd p.g.a. smärtor där man **vid senaste utskrivningen gjort upp en plan för direktinläggning.**
- Patienten kommer direkt till avdelningen efter kontakt med ansvarig läkare eller kontaktbarnmorska, helgtid kontakt med avdelningen.
- Ssk/bmsk tar temp och CRP direkt och hjälper jourhavande vid gynundersökning.
- **Jourhavande läkare kommer alltid till avdelningen, undersöker patienten inkl gynundersökning och ultraljud på samma sätt som vid övriga akuta patienter.**
- Kontrollera vad som skrivits i senaste journalanteckningen på gynmottagningen alternativt senaste vårdtilfallet. Vårdplan?

- Jourhavande läkare ordinerar smärtlindring direkt i läkemedelsmodulen i CC efter att ha informerat patienten om vilken smärtlindring som kommer att ges.
- Fråga efter vilken smärtlindring som fungerat tidigare.

Akut smärta vid endometrios: behandling

Allmänt:

- Lugn omgivning. Försök få patienten att slappna av, andas lugnt.
- Fråga patienten vad hon är mest rädd för. Endometriossmärterna är hemska men ofarliga vilket kan lugna patienten.
- Relatera till tidigare smärteepisoder: hur var det då? Vad gjordes? Hjälpte det?
- Symtomatisk behandling? Värmedyna, TENS, Akupunktur.
- Tarmfunktionen? Patienter med opioider har risk för obstipation.

Läkemedel:

1.Låt patienten stå kvar på sin vanliga smärtbehandling. Beakta maxdoser av alla preparat.

2.Patienter som inte tagit något smärtstillande alls:

- Ge **NSAID: per os**
Naproxen 500 mg 1x2 alt Ibuprofen 600 mg 1x3
- intravenöst:
Dynastat i v 40 mg enkeldos, därefter 20-40 mg iv var 6:e – 12:e tim.

Ge paracetamol i full dos. Alvedon 500 mg 2 x 3-4.Vid utskrivning kan fast dos hållas till 2 x 3 med möjlighet att vid behov höja till maxdosen.

1. Mot inslag av neuropatisk smärta: Gabapentin 900 mg p o enkeldos, därefter 300 mg x 3 p o under vårdtiden. V b upptrappning med 100 mg x 3 varje vecka till full effekt eller biverkningar, se FASS. OBS njurfunktion.

Vid kraftig smärta: opioider.

Om patienten redan står på opioider eller mår illa ge vid akut försämring ge intravenöst

- Inj Morfin iv 5 mg v b.
- Inj Oxynorm iv 5-10 mg v b. Går även bra att ge per os.

Använd inte Ketogan p.g.a. snabb tillvänjningsrisk.

Iv eller sc behandling får ges max 1 dygn. Detta ska patienten informeras om redan när hon läggs in.

En plan läggs upp i journal och inför patienten.

OBS! Glöm inte laxantia vid opioidbehandling.

Annars:

- T Targiniq 5 mg/2,5 mg 1-2 v b.
- K Oxycontin p o 5-10-20 mg x 2. (långverkande)
- K Oxynorm p o 5-10 mg v b. Lösning går också bra.

Antiemetika:

- Inj Primperan 10mg långsamt iv (mot tarmparalys)
- Inj Ondansetron 4 mg i (mot illamående av opioider).

Ev **PCB**:

Inj Narop 2 mg/ml, totalt 40 ml (den stora volymen är en fördel för spridningen i vävnaden). Kan upprepas.

Vid utskrivning:

Vid gastritbesvär ge K. Omeprazol 20 mg 1x1 som tillägg till NSAID.

Informera patienten om risk för beroende med opioider, även ”lätta”.

Patienter med doser över 40 mg opioider upplever ibland att den smärtstillande effekten är otillräcklig men mår ändå bättre pga. opioidernas ångestdämpande effekt. Panikångest?

Vid sömnstörning pga. smärtor bör TCA (tricykliska antidepressiva) provas.

Sätt in Saroten 10 mg 1 x 1. Tabletten ska tas **kl. 18 – 19** på kvällen för att undvika dagtrötthet. Dosen kan ökas i steg om 10 mg var 3:e vecka.

T Melatonin går också bra.

Insättande av Cymbalta, Lyrica eller Sertralin kan vara ett alternativ. Konsultera smärtspecialist/primärvård.

Lägg upp en plan för vad patienten kan göra hemma om hon får en ny smärtepisod för att slippa söka akut.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare