

SFOG-Råd om Endometrios

Del 15. Barn och unga med dysmenorré/endometrios

Faktaruta

- Två tredjedelar av alla med endometrios får symtom före 20 års ålder.
- Behandla alltid svår menstruationssmärta.
- Förringa inte patientens beskrivning av smärtan.
- **Fyrklövern = typiska symtom: Menstruationssmärtor, tarmbesvär, urinvägsbesvär och djupa samlagssmärtor.**
- Unga har ofta svårt att sätta ord på kroppsliga symtom, var tydlig.
- Det är inte acceptabelt att barn och unga får problem med skola, fritidsaktiviteter med mera på grund av menstruationssmärtor.
- Behandlingen syftar till att minska smärtan och förbättra livskvaliteten.
- Följ behandlingstrappan, gå vidare om första steget ej fungerar.
- Viktigt med individuell bedömning och regelbunden uppföljning.
- Beakta att kroppen utvecklas snabbt under ungdomen vilket kräver tätare uppföljning för att bedöma behovet av dosjusteringar/byte av terapi.
- Kirurgi bör undvikas, bland annat då det har låg sensitivitet för att påvisa endometrios hos barn och unga, risk finns för komplikationer och väntetid riskerar försena insättandet av adekvat behandling.

Inledning

I de Nationella Riktlinjerna för vård vid endometrios trycker Socialstyrelsen särskilt på vikten av förebyggande åtgärder genom ett adekvat omhändertagande av barn och unga med svår menstruationssmärta [1].

Många olika åtgärder genomförs för att förbättra endometriosvården för dem som redan utvecklat sjukdomen, men insatser för att genom tidig, adekvat och tidigt insatt behandling ge unga med svåra menstruationssmärtor ett bättre omhändertagande är fortfarande eftersatta.

En rad studier har visat att endometrios hos barn och unga är underdiagnostiserat [2]. Det ligger därför ett stort ansvar på alla inom hälso- och sjukvården som träffar unga med menstruationssmärtor och andra symtom att ta symtomen de beskriver på allvar.

Bakgrund

- Drygt två tredjedelar av alla med endometriosdiagnos har symtomdebut före 20 års ålder [2].
- Nära hälften av de som menstruerar och som före 20 års ålder utvecklar kroniska buksmärtor, visar sig senare ha endometrios [3].
- Drygt 2/3 av de unga med COX-hämmarresistenta och p-pillerresistenta menstruationssmärtor har endometrios [4].
- I Sverige finns idag ca 50 000 barn och unga i åldrarna 13 till 23 år som har endometrios [1].
- Dessa barn och unga är i behov av tidig adekvat terapi, men inte sällan negligeras och normaliseras deras symtom och misstanken om endometrios väcks först långt senare, till priset av onödigt lidande och höga kostnader för individ och samhälle[1].
- Svår menstruationssmärta hos unga ska **alltid** behandlas oavsett om diagnosen endometrios är säkerställd eller ej.
- Målet med behandling av endometrios är att minska smärtan och förbättra livskvaliteten samt att förebygga komplikationer på sikt.

Symtom och riskfaktorer för endometrios hos barn och unga [5].

- Menstruationssmärta som orsakar återkommande frånvaro från skola, arbete och fritidsaktiviteter.
- Smärta vid ägglossning
- Kronisk/acyklisk buk- eller bäckensmärta.
- Tarmbesvär, ofta i form av omväxlande obstipation och diarréer. Smärtsam tarmtömning.
- Miktionsbesvär, ofta trängningar, pollakisuri och igångsättningssvårigheter, ibland smärtsam miktion.
- Djup samlagssmärta.
- Menstruationssmärta som kvarstår trots behandling med p-piller- och COX-hämmare i adekvat dosering
- Endometrios hos första- eller andragradssläkting [6].
- Tidig menstruationsdebut ≤ 12 år [7].

Anamnes

Anamnesen är central då varken ultraljud, MR eller kirurgi är tillräckligt känsliga metoder för att säkert diagnostisera endometrios hos unga [8].

Fyrklövern: Fyra punkter som alltid ska diskuteras med patienten:

- **Menstruationssmärter:** Har du svår menstruationssmärta som påverkar ditt dagliga liv? Smärta vid ägglossning?
- **Tarmbesvär:** Är du ofta förstoppad, ibland avlöst av diarré? Har du ibland smärta vid tarmtömning?
- **Urinvägsbesvär:** Måste du kissa ofta? Har du besvär med trängningar, svårt att komma i gång när du ska kissa? Har du ibland ont när du kissar?
- **Djup samlagssmärta:** Har du djup samlagssmärta?

De viktigaste symptomen vid måttlig till svår menstruationssmärta kommer från organ och vävnader i lilla bäckenet.

Viktiga punkter att ta upp i anamnesen [8]:

- Menstruationssmärtans duration, karaktär, intensitet.
- Tarmbesvär såsom förstoppning, diarré, smärta vid tarmtömning, blod i avföringen.
- Urinvägsbesvär såsom trängningar, dysuri, pollakisuri, nokturi och igångsättningssvårigheter.
- Djupa samlagssmärter och/eller smärta vid användande av tampong.
- Sömnstörningar, trötthet.
- Samsjuklighet: genomförda utredningar av annan sjukvårdsinstans på grund av misstanke om till exempel IBS (irritable bowel syndrome), kronisk cystit, migrän, EDS (Ehler-Danlos syndrom), astma, allergi, glutenallergi/intolerans, laktosintolerans, nedstämdhet, ångest och depression.

Patientens egen beskrivning av smärtupplevelsen är central vid bedömningen av om menstruationssmärtan är att betrakta som svår. Ett annat tecken på svår dysmenorré är att den orsakar återkommande frånvaro från skola, arbete och fritidsaktiviteter.

Se vidare *Del 4. Anamnes, symtom och diagnostik vid endometrios*, *Del 8. Samsjuklighet vid endometrios* samt Bild 1 i slutet av denna del.

Gynekologisk undersökning

Utföres bara i undantagsfall om den unga är virgo.

Ömhet vid palpation i bakre fornix kan inge misstanke om endometrioshärdar i fossa Douglasi och/eller i sakrouterinligamenten.

Det är mycket ovanligt med synliga endometrioshärdar i vagina/på cervix hos unga individer.

Obs! En gynekologisk undersökning utan positiva fynd utesluter inte endometrios. En gynekologisk undersökning kan vara mycket smärtsam vid endometrios varför man bör vara mycket försiktig och noga berätta vad man gör och varför. Det är extra viktigt att redan från början bygga upp ett förtroende och visa respekt för den unga som drabbats av svår menstruationssmärta/endometrios då man kan förvänta sig många framtida läkarbesök.

Ultraljud

Vaginalt ultraljud (VUL) ska ej utföras på virgo annat än undantagsvis. Hos unga är tidig endometriosutveckling svårdiagnostiserad med ultraljud. Negativt utfall vid VUL utesluter ej diagnosen endometrios.

Se vidare *Del 5. Ultraljud vid endometrios*

Kirurgi

Laparoskopi bör ej utföras på barn och unga vid misstanke om endometrios annat än i akuta situationer, till exempel vid misstanke om torsion eller appendicit.

Hos barn och unga är tidig endometriosutveckling inte sällan svårdiagnostiserad med laparoskopi på grund av sjukdomens naturalförlopp. Det kan ta flera år innan de typiska endometriosförändringarna blir tydligt synliga och ett falskt negativt resultat kan äventyra den fortsatta behandlingen vilket i sin tur kan leda till att sjukdomen förvärras.

Laparoskopi är dessutom förenat med risk för komplikationer och bedöms ej vara kostnadseffektivt, [8–14].

Se vidare *Del 11. Kirurgisk diagnostik och behandling vid endometrios.*

Hormonbehandling av svår dysmenorré/endometrios hos barn och unga:

- Svår dysmenorré hos barn och unga är i sig en behandlingsindikation och ska alltid behandlas oavsett om diagnosen endometrios är säkerställd eller ej [9].
- Utvärdering av effekten ska senast ske efter tre månader. Inte sällan behövs dosjustering innan dess varför tidig återkoppling, gärna per telefon, bör ske redan efter en månad. Detta kan utföras av barnmorska eller sjuksköterska.
- Vid otillräcklig effekt efter sex månader trots dosjustering, överväg byte av preparat eller tillägg av annat preparat.
- Behandlingsprinciperna för barn och unga är i stort sett desamma som för vuxna. Se därför även *Del 9. Hormonbehandling vid endometrios* för utförlig beskrivning av principerna, såsom dosjusteringar, kombinationer kontraindikationer med mera.
- Initialt kan ett behandlingsförsök göras med enbart analgetika (paracetamol + COX-hämmare) om patienten ej försökt med detta redan tidigare. Detta kan handläggas av primärvården eller på ungdomsmottagning.
- Vid otillräcklig effekt efter ett par månaders behandling med enbart analgetika, ska hormonbehandling påbörjas. Analgetika (paracetamol + COX-hämmare) kan kombineras med all hormonbehandling.

1. Hormonella preventivmedel: För preparatval och behandlingsprinciper se *Del 9. Hormonbehandling vid endometrios*. Vid behandling av barn och unga bör följande beaktas:

- Kombinerade preventivmedel i långcykel eller mellandoserade gestagena preventivmedel bör provas i första hand. Denna behandling bör primärt handläggas av primärvården, hälsocentral eller ungdomsmottagning utifrån lokala förhållanden. (Se exempel: Bilaga 1 Behandlingslinje vid svår menssmärta).
- Vid otillräcklig effekt efter sex månader eller vid komplikationer till behandlingen ska patienten remitteras till gynekologisk mottagning för fortsatt handläggning.
- Vid behandling av barn och unga med dysmenorré/endometrios bör man överväga att ordinera ett långtidsverkande preventivmedel (LARC) då det samtidigt kan finnas behov av ett säkert preventivmedel, eventuellt i kombination med annan hormonbehandling enligt nedan.

- För att uppnå blödningsfrihet och god effekt på menstruationssmärtan behövs inte sällan kombinationer av olika hormonpreparat. Till exempel:
 - P-stav med tillägg av peroralt gestagen, till exempel desogestrel eller drospirenon som kontinuerligt tillägg eller vid blödningsgenombrott.
 - P-stav och kombinerade p-piller.
 - Kombinationer av kombinerade p-piller och peroralt gestagen; desogestrel, drospirenon, dienogest, MPA eller NETA. Resultatet kan bli en högdoserad gestagenbehandling vilket måste beaktas, se avsnittet "Att tänka på vid behandling av barn och unga med högdoserade gestagener" sid. 6.
- Hormonspiral: *Mirena, Levosert eller Kyleena*. OBS: Bör ej appliceras under perioder med hög smärtaktivitet för att undvika bakslag på grund av svår smärta under och efter insättningen, vilket kan leda till att den unga snabbt önskar avsluta behandlingen. Hormonspiral behöver inte sällan kombineras med perorala hormonpreparat hos unga med svår dysmenorré/endometrios. Bakgrunden är att de flesta har normal ovarialaktivitet vid användning av hormonspiral. Hormonspiral kan behöva bytas tätare än vart femte år.

2. Övriga gestagener.

Behandling med andra gestagener än de preparat som är registrerade som preventivmedel har ofta god effekt på blödnings- och smärtproblem samt på sikt även på andra symtom med koppling till svår dysmenorré/endometrios även hos den unga patienten. De ges i kontinuerlig behandling och har också preventivmedelseffekt vid doser enligt nedan.

Mellandoserat gestagen:

- Dienogest: (*Visanne, Endovelle, Dienogest*) 2 mg, 1–2 T/dag.
 - (≥ 2 mg/dag hämmar ovulationen och har därmed preventivmedelseffekt)
 - Dienogest ingår inte i läkemedelsförmånen och är därför ett dyrt behandlingsalternativ.

Högdoserade gestagener:

- MPA: (*Provera*) 10 mg, 2 – 4 T/dag. Normal startdos 2 T/dag.
 - (≥ 10 mg/dag hämmar ovulationen och har därmed preventivmedelseffekt).
 - Bör provas som första behandling när hormonella preventivmedel ej givit fullgod effekt
 - Intramuskulärt högdoserat gestagen i depåform, DMPA (*Depo-Provera*) som primär behandling mot dysmenorré rekommenderas ej

vid behandling av barn annat än i undantagsfall då det oftast krävs att injektionerna ges med tätare intervall än var tredje månad, se nedan.

- NETA: (*Primolut-Nor*) 5 mg 2–4 T/dag. Normal startdos 2 T/dag.
 - (≥ 10 mg/dag hämmar ovulationen och har därmed preventivmedelseffekt).
 - En viss del av NETA omvandlas till etinylestradiol i kroppen. Vid dygnsdoser på 5–10 mg uppnås samma östrogenhalt som med kombinerade p-piller. Därför bör man vid denna behandling beakta samma kontraindikationer som vid förskrivning av östrogeninnehållande preparat.
 - Omvandlingen till etinylestradiol kan också påverka dysmenorré och eventuell endometrios negativt och används ej i Sverige vid denna indikation i någon större utsträckning.

Det vetenskapliga underlaget för behandling av barn med dessa preparat är bristfälligt men det finns en lång behandlingserfarenhet av framför allt MPA och NETA, se nedan.

Vid behandling med högdoserat MPA som preventivmedel i form av depåinjektioner (*Depo-Provera*) var tredje månad har bland annat WHO och FDA angett att nyttan överväger riskerna med t ex benskörhet. Denna dosering är dock sällan tillräcklig vid behandling av svår dysmenorré/endometrios hos barn och unga och tätare injektionsintervall krävs vilket kan vara svårt för dem att acceptera, varför peroralt MPA är att föredra.

Behandling där olika preventivmedel och gestagener kombineras kan resultera i att gestagenbehandlingen blir högdoserad vilket måste beaktas enligt nedan.

Att tänka på vid behandling av barn och unga med högdoserade gestagener (MPA och NETA)

Preventivmedelsbehov: Viktigt att försäkra sig om god compliance, särskilt om patienten också har ett preventivmedelsbehov. Kombination med långverkande preventivmedelsmetod (LARC) bör övervägas.

Biverkningar: De gestagena biverkningarna är i stort sett desamma för barn och unga som för vuxna. Ofta är biverkningarna inte lika uttalade, framför allt vad gäller påverkan på humör och psyke, men förvärrad acne och viktuppgång är inte ovanligt. Viktuppgång kan i viss mån förebyggas med kostråd vilket också kan ha positiv effekt på tarmbesvär med smärtor. I enstaka fall kan redan låga gestagendoser ha en påtagligt negativ effekt på den psykiska hälsan. Behandlingen måste då avbrytas omedelbart.

Effekt på benmetabolism: Effekten av högdoserade gestagener på benmetabolismen är bristfälligt studerad och därmed finns ingen evidens för hur skelettet påverkas eller hur uppföljning bör planeras [15]. Försiktighetsprincipen

bör därför ligga till grund för hur uppföljning och övervakning av skelettet planeras.

Efter konsultation med experter inom osteoporos respektive barnendokrinologi förslås följande: vid behandling med högdoserade gestagener som inleds före 18 års ålder rekommenderas bentäthetsmätning (DXA) vid behandlingsstart och därefter vartannat år vid fortsatt behandling.

En DXA-undersökning är en enkel undersökning att genomgå och den har inte några kända risker. Strålningsmängden är inte större än den som erhålls vid en röntgenbild hos en tandläkare.

Ett dokument med rekommendationer för monitorering av bentäthet vid behandling med högdoserat gestagen har i samarbete med Endometrios-ARG utarbetats av Jan Gustafsson, professor emeritus i pediatrik endokrinologi och Östen Ljunggren, professor i medicin, endokrinologi och mineralmetabolism, båda vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Dokumentet *Monitorering av bentäthet vid hormonbehandling av svår dysmenorré/endometrios hos barn under 18 år* (Bilaga 2) ger vägledning beträffande uppföljning och kontroller av barn under 18 år som behandlas med högdoserat gestagen på indikationen svår dysmenorré/endometrios.

Den rekommenderade bentäthetsmätning (DXA) vid behandlingsstart med högdoserade gestagener ska inte innebära att man avstår behandling i situationer när annan hormonbehandling inte är tillräcklig för att ge optimal symtomlindring.

Behandling med högdoserade gestagener ger ofta bra effekt på smärtor och andra symtom och kan därigenom för många barn och unga innebära en påtaglig förbättring av livskvaliteten utan större problem med biverkningar. Nyttan med behandlingen får anses överväga vid en risk-nytta analys om ovanstående rekommendation följs.

3. GnRH-agonister.

Behandlingsprinciper och indikationer för behandling av barn och unga med GnRH-agonister är i princip desamma som för vuxna. Behandling med GnRH-agonister av barn under 18 år bör överlåtas åt endometriosspecialist då kunskapsläget är oklart beträffande både förväntad behandlingseffekt, lämplig behandlingstid, påverkan på skelettet samt eventuella risker [15].

Bild 1.

TABLE 2.

Useful Questions to Evaluate an Adolescent Patient with Suspicion of Pelvic Endometriosis

- Do you feel pain during your menstrual cycle? If you do, give a pain score from 0 to 10
- If you take analgesics (nonsteroidal anti-inflammatory drugs) do they give you relief from pain?
- If you have ever taken oral contraceptives, have you noticed a reduction or resolution of menstrual-related pain during the treatment course?
- Do you usually miss days from school every month during menstruation because of pain?
- Do you feel pain during ovulation? If you do, give a pain score from 0 to 10
- If you have already had sex, do you feel pain during sexual intercourse? If you do, give a pain score from 0 to 10
- Do you feel pain during defecation? Is this pain present only during menstruation or increased during menstrual cycle? If you do, give a pain score from 0 to 10
- Do you feel pain during urination? Is this pain present only during menstruation or increased during menstrual cycle? If you do, give a pain score from 0 to 10
- Do you feel that you are not urinating well, or have a sensation of bladder heaviness or incomplete bladder emptying?
- Do you have episodes of "stomachache" not related to eating? Do you have frequent sudden episodes of vomiting, nausea, constipation or diarrhea, maybe associated with stomach cramps?
- Do you have abdominal bloating?
- Do you or your relatives suffer from one of the following conditions: irritable bowel syndrome, atopy, allergic asthma, autoimmune diseases (autoimmune thyroid disease, rheumatoid arthritis, Sjogren syndrome, multiple sclerosis, inflammatory bowel diseases), headache/migraine, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, or hemorrhagic coagulopathy?

Från Zannoni L et al. Endometriosis in Adolescence: *Practical Rules for an Earlier Diagnosis*. Pediatric Annals. 2016;45:332-5 [8].

SFOG-Råd om Endometrios

Del 15. Barn och unga med dysmenorré/endometrios

Bilaga 1.

Svår mensvärk

Ursprunglig version: 2017-11-17
Reviderad senast: 2020-06-03
Uppdaterad senast: 2020-06-03

Egenvård

Mensvärk innebär att det gör ont i nedre delen av magen, ryggen och rygglutet i samband med mens. Värken kan vara molande, ofta med inslag av kramp.

Varje månad i samband med att du har ägglossning blir slemhinnan i livmodern tjockare för att kunna ta emot ett befruktat ägg. Men de flesta månader sker ingen befruktning och då måste livmodern göra sig av med slemhinnan. Det sker genom att livmodern drar ihop sig och stöter ut slemhinnan tillsammans med blod. Vanlig mensvärk beror framförallt på att livmodern drar ihop sig.

Vad kan man göra själv?

Tabletter: Ofta hjälper vanliga receptfria värktabletter för att lindra mensvärken. Prova i första hand ett läkemedel i max dos ur NSAID gruppen (t.ex. ibuprofen eller naproxen). Kan kombineras med 1-2 tabletter paracetamol 500 mg 3-4 gånger om dagen. För att få bästa effekt ska du ta värktabletterna så fort du känner att mensvärken är på gång, och fortsätta ta regelbundet så länge du behöver, se [Egenvårdsråd](#).

Värme: Något varmt på magen eller mot ryggen kan lindra, t.ex. en varmvattenflaska eller en uppvärmd veteukle.

Motion: När vi rör på oss ökar egna smärtstillande hormon (endorfin) i kroppen. Därför kan lindrig mensvärk lindras vid rörelse.

När ska man söka hälso-/vårdcentral eller ungdomsmottagning?

Det är viktigt att söka vård om du har så ont när du har mens att det begränsar ditt liv, t.ex. att du stannar hemma från skolan eller arbete på grund av mensvärken.

Du bör söka skolsköterska, ungdomsmottagning eller hälsocentral om - du inte tycker att mensvärken lindras tillräckligt av receptfria värktabletter. - du förutom mensvärk samtidigt har andra symptom som blåstömningssvär, tarmtömningssvär och/eller djup samlagssmärta. - du tidigare inte haft mensvärk och sedan får mensvärk.

När ska man söka vård hos gynekolog?

- Om du tar p-piller i långcykelbehandling (tar aktiva p-piller flera kartor i följd utan uppehåll för blödning) i minst 6 månader och ändå har svår mensvärk bör du kontakta gynekolog.

Patientinformation

[Egenvårdsråd](#)

[Umo.se om mensvärk](#)

[1177 Vårdguiden om endometrios](#)

Primärvård

Hälso-/vårdcentral

Handledning för allmänläkare

Bakgrund

Obehandlad svår menssmärta under längre tid ökar risken för komplikationer (endometrios) samt medför negativa konsekvenser för skolgång och fritid.

Anamnes

- Påverkar menssmärtan daglig aktivitet (skolgång, fritidsintresse, social aktivitet etc.)?
- Urinrängningar? Natliga vattenkastningar? Kissar ofta? Känns det som att blåsan ej tömt sig helt?
- Obstipation med omväxlande diarré? Smärtsam defekation?
- Djup samlagssmärta (om samlagsdebuterat)?

Status

- Sällan behov av gyn us. Undersök aldrig virgo.

Åtgärd

- Dela ut [Egenvårdsråd](#).
- Läkemedel, se [Mitt läkemedel](#).
- Vid otillräcklig effekt av analgetika förskriv kombinerad hormonell behandling (p-piller långcykelbehandling t.ex. Prionelle® eller Estrelle®). Viktiga kontraindikationer för kombinerad metod är tidigare trombos (eller trombos hos förstgradssläkting), migrän med aura, BMI>30, se [Handledning för allmänläkare](#). Vid kontraindikation kan gestagena mellanpiller t.ex. Desogestrel® övervägas (t.ex. vid BMI>30). Dela ut [Patientinformation om p-piller vid svår mensvärk](#).

Uppföljning

- Återbesök till sköterska/barnmorska (eller vid behov familjeläkare) efter 3-4 månader för att kontrollera blodtryck, behandlingens effekt, följsamhet och eventuella biverkningar.
- Vid behandlingsresistent menssmärta som kvarstår efter 6 månaders kombinerad p-pillerbehandling (långcykelbehandling) remittera.

Ungdomsmottagning

Bakgrund, Anamnes, Status

Handläggning såsom Hälso-/vårdcentral ovan.

Åtgärd

- Förskrivning av kombinerad kombinerad hormonell behandling (p-piller långcykelbehandling). Om det inte finns ett preventivmedelsbehov, utfärdas recept av läkare på UM alt hänvisas till HC/VC.

Uppföljning

Samma som Hälso-/vårdcentral.

Elefhälsans medicinska insats (Skolhälsovård)

Upptäcka elever med mensvärk genom att:

- aktivt fråga efter menssmärtor i samband med hälsosamtalen
- uppmärksamma på öppenvårdsmottagningen vid återkommande besök för smärtlindring
- fråga om mensvärk vid hög frånvaro.

Informera om [Egenvårdsråd](#).

Planera uppföljning efter 2-3 månader.

Vid utebliven effekt av adekvat smärtlindring hänvisa till Ungdomsmottagning eller hälso/vårdcentral.

Specialistvård

Akutmottagning, barn- och ungdomsklinik och övriga kliniker
Remiss till primärvård alternativt Kvinnsjukvårdens gynekologiska mottagning. [Egenvårdsråd](#).

Gynekologisk mottagning

- Fortsatt hormonell behandling med målet att uppnå blödningsfrihet och smärtfrihet/smärtlindring. Det kan innebära byte till annan kombinerad metod, mellanpiller med gestagen, hormonspiral, högdos gestagenterapi eller GnRH-analog.
- Utredning görs med ultraljud av livmoder och äggstockar (vaginalt/perinealt/abdominellt).
- Utredning med diagnostisk laparoskopi och/eller MR kan bli aktuellt i vissa fall. Vid behov bedömning och handläggning av regionalt multidisciplinärt endometriosteam.

Remiss vid
- P-pillerresistent smärta som kvarstår (långcykelbehandling, 6 månaders användning)
- Kontraindikationer mot hormonell behandling.

I enstaka fall såsom vid stabil väl fungerande behandling, samsjuklighet eller vid behov av multimodal smärtrehabilitering (t.ex. långvarig kronisk smärta), kan återremittering (inkl. tydliga direktiv för receptförskrivning) till primärvård bli aktuell.

Egenremiss/ring till kvinnokliniken mottagning eller privat gynekolog.

Fördjupning

[Internetmedicin.se om endometrios](#)

[Artikel Läkartidningen om Nationellt vårdprogram för bättre och jämlik vård vid endometrios 2020](#)

[SFOG-råd om endometrios 2020](#)

Bilaga 2.

Monitorering av bentäthet vid hormonbehandling av endometrios/svår dysmenorré hos barn under 18 år

Östrogeninnehållande P-piller

Det finns lång erfarenhet av denna behandling. Ingen osteroporosutveckling har rapporterats. Det finns inga misstankar om att behandlingen skulle påverka bentätheten negativt. Ingen anledning till monitorering av bentäthet.

Gestagenbehandling.

Eftersom långtidsbehandling av fertila kvinnor med gestagen kan ge upphov till utveckling av osteoporos rekommenderas att patienterna monitoreras med bentäthetsmätningar under behandlingen.

Behandling med GnRH-agonister

Det är känt att denna behandling till vuxna individer orsakar benförlust. Därför rekommenderas att patienterna monitoreras med bentäthetsmätningar.

Bentäthetsmätning

Skall utföras med central DXA utrustning. Utrustningen skall ha speciell mjukvara anpassad för barn och tonåringar. Mätlokaler är ländrygg samt helkropp (höften är inte utvecklade förrän i 18–19 års åldern).

Värdena anges i Z-score. Ett Z-score under -2 anses patologiskt.

Bentäthetsmätningar utförs vid behandlingsstart och därefter vartannat år.

Om Z-score för bentätheten är under -2 eller minskar under behandlingen kontaktas barnendokrinolog. I första hand bör hormonbehandlingen avbrytas och ny mätning genomföras redan efter ett år.

Behandling med benspecifika läkemedel, i det här fallet bisfosfonater, bör endast göras i undantagsfall och i samråd med barnendokrinolog.

Östen Ljunggren

Professor
Department of Medical Sciences,
Endocrinology and mineral metabolism
Uppsala Universitet

Jan Gustafsson

Senior Professor of Pediatrics
Department of Women's and Children's Health
Uppsala Universitet

Referenser:

1. *Nationella Riktlinjer för vård vid Endometrios*. Socialstyrelsen 2018.
<https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/endometrios>.
2. ACOG Committee Opinion No 310. *Endometriosis in adolescents*.
Obstet Gynecol. 2005;105:921-927.
3. Goldstein GD et al. *Endometriosis in Adolescent*. J Adolesc Healthcare.
1980;1:37-41.
4. Templeman C. *Adolescent Endometriosis*. Cur Opin Obstet Gynecol.
2012;24:288-292.
5. Steenberg CK et al. *Endometriosis in Adolescence. Predictive markers and management*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92:491-495
6. Montgomery GW et al. *The search for genes contributing to endometriosis risk*. Hum Reprod Update. 2008;14:447-457.
7. Treloar SA et al. *Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis*. Am j Obstet Gynecol. 2010; 202:534.
8. Zannoni L et al. *Endometriosis in Adolescence: Practical Rules for an Earlier Diagnosis*. Pediatric Annals. 2016;45: 332-5.
9. *ESHRE. Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology 2022*, <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.aspx>
10. Brosens I, Gordts S, Benagiano G. *Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion*. Hum Reprod. 2013; 28:2026–2031.
11. Agaerwal SK et al. *Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action*. Am j Obstet Gynecol. 2019; 220: 354
12. Laufer MR, Sanfilippo J, Rose G. *Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches*. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003;16:3–11.
13. Evers JL, Land JA, Dunselman GA, van der Linden PJ, Hamilton CJ. *‘The Flemish Giant,’ reflections on the defense against endometriosis, inspired by Professor Emeritus Ivo A. Brosens*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998; 81:253–258.
14. Laufer MR. *Helping “adult gynecologists” diagnose and treat adolescent endometriosis: reflections on my 20 years of personal experience*. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011;24:13–17.
15. Perez-Milicua G. *Medical management of endometriosis in adolescents*. In: Nezhat CH, editor. *Endometriosis in adolescents. A comprehensive guide to diagnosis and management*. Cham: Springer Nature; 2020. pp. 643–62.