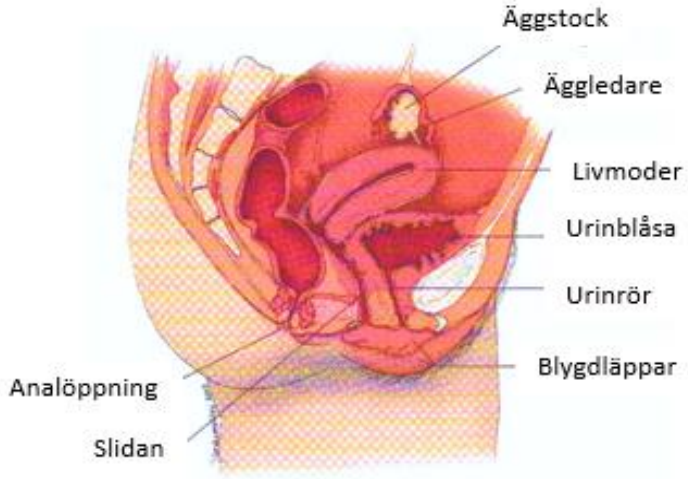
Denna anvisning är ämnad för våra patienter som är i ett vårdförhållande. Egentliga Finlands Välfärdsområde. Åbo Universitets-centralsjukhus.

Operativ behandling av endometriosis

Vid endometrios förekommer vävnad som liknar livmoderns slemhinna även utanför livmoderhålan. Det finns tre olika typer av endomterioshärdar: ytliga på bukhinnan, på äggstockarna och så kallad djupa härdar, som växer till ett djup av över 5 mm. Det vanligaste stället där endometrios förekommer är ytan på lilla bäckenets bukhinna, äggstockarna och livmoderbanden.



Endometrios kan även påträffas:

- urinblåsans väggar
- i tarmsystemet: på ytan eller i väggen av tjocktarmen, I ändtarmen, tunntarmen eller blindtarmsbihanget
- diafragmat
- i livmodern
- i botten av slidan
- i väggen mellan slidan och ändtarmen (s.k. endometrios i septum rectovaginale)
- i operationsärr i bukväggen

Syftet med och olika sätt av operativ behandling av endometrios

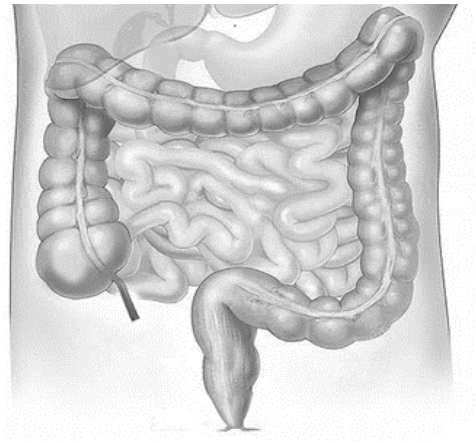
Om läkemedelsbehandlingen inte gett tillräcklig lindring av symtomen, kan man istället välja en operativ behandling. Syftet med den operativa behandlingen är att lindra smärtan och avlägsna

alla endometrioshärdar. Operationen kan även hjälpa till i barnlöshetsfrågor då möjligheten till en spontan graviditet förbättras och således även resultaten av infertilitetsvård. Om en graviditet inte längre är aktuell, kan man överväga att i samband med denna operativa behandling även avlägsna livmodern och äggstockarna.

Operationen **kan göras som titthålsoperation** (laparoskopi) **eller öppen operation.** Båda operationsmetoderna kräver narkos. Fördelen med en titthålsoperation är det snabba tillfrisknandet, de små smärtorna efter operationen och den korta vistelsen på sjukhuset samt den korta frånvaron från arbetet. Största delen av operationer görs som titthålsoperation, men om sammanväxningarna är svåra eller härdarna finns på besvärliga ställen, gör man en öppen operation. Svårighetsgraden av endometrios säkerställs först under operationen och ibland måste man fortsätta en titthålsoperation som en öppen operation.

Operativ behandling av endometrios i tarmområdet

Endometrios i tarmområdet förekommer vanligen i slutet av tjocktarmen och i ändtarmen. Ibland kan man skala bort endometrioshärden från tarmens yta men oftast behövs en mera omfattande delresektion av den skadade tjock- och ändtarmen (dvs. en anterior resektion), som utförs av en tarmkirurg. Efter att den skadade tarmdelen avlägsnats förenas tarmens ändar på nytt med varandra. Små endometrioshärdar kan ofta avlägsnas så, att man tar bort bara den skadade delen (diskoid resektion).



Endometrios kan även förekomma i tunntarmen, varifrån man kan avlägsna bara den sjuka delen. När härdar hittas i blindtarmen, opereras den bort. En normal blindtarm opereras inte bort.

Tarmområdet läker sig i allmänhet snabbt efter operationen. I fall man under operationen har gjort en fog i tarmen (anterior eller diskoid resektion), får man första dygnet efter operationen avnjuta bara flytande föda och när återhämtningen fortsätter väl, får man övergå till sina vanliga matvanor. I början kan man ha funktionella tarmproblem, t.ex. att tarmen töms dåligt eller inte

alls, att tarmen fungerar flera gånger per dag eller förstoppas helt. Symtomen lättar oftast med tiden.

Operativ behandling av endometrios i urinvägarna

Då det i urinblåsans vägg finns endometrios, avlägsnas den skadade delen och det hål som uppstått tillsluts med suturer. Urinblåsan återhämtar sig i allmänhet bra, men med tanke på sårets läkning är det bra om urinblåsan i början hålls tom. Därför måste patienten ha en urinkateter i en veckas tid efter operationen. Det är möjligt att vistas hemma med urinkatetern.

Urinledarna som leder från njurarna till urinblåsan löper i området av lilla bäckenet in till livmoderbanden. Djupa endometrioshärdar finns ofta i samma område och kan förtränga urinledarna och orsaka s.k. hydronefros dvs. vattennjure. I operationen frigör man den förträngda urinledaren eller avlägsnar den skadade delen av urinledaren. För den tid som urinledaren läker sätter man in en s.k. stent, dvs. en tunn plastslang, genom vilken urinen går från njuren till urinblåsan. Stenten avlägsnas vid endoskopi av urinblåsan 1–3 månader efter operationen, detta kräver ingen narkos.

Riskerna vid en operativ behandling

Infektioner

De vanligaste komplikationerna vid en operativ behandling är olika infektioner. Om operationen har en större risk för infektioner än normalt, (t.ex. på grund av fogar i tarmarna eller hysterektomi (dvs. då livmodern tas bort), får man förebyggande antibiotika redan i operationssalen.

Urinvägsinfektion är den vanligaste infektionen, och risken för den ökar i samband med kateterbehandling. Risken är dock betydligt mindre i titthålsoperation jämfört med öppen operation. Om en sårinfektion inte läks med vanliga medel det vill säga regelbunden duschning och rengöring av såret, ger man en antibiotikakur.

Ventrombos

Till en operativ behandling hör alltid också en risk för ventrombos dvs. ”blodpropp”. Risken ökar om patienten har övervikt, röker, använder preventivpiller eller har en ärftlig benägenhet. Den individuella risken för ventrombos bedöms skilt för varje operation. Om risken anses avsevärd, börjar man en förebyggande injektionsbehandling efter operationen, och den fortsätter i 1–4 veckor.

Blödning

Oberoende av operationssätt finns vid varje operation alltid en risk för blödning. Om det under en titthålsoperation uppstår riklig blödning, kan man bli tvungen att ändra metoden till en öppen operation. Blödningen ersätts vid behov genom blodtransfusion. Ibland uppenbarar sig blödningen först efter operationen i uppvakningsrummet eller på bäddavdelningen och kan då kräva en ny operation.

Sammanväxningar

Endometrios i sig orsakar ofta sammanväxningar, som kan försvåra en operativ behandling. Även operativ behandling i sig kan orsaka sammanväxningar och benägenheten för att få dem är individuell. Vid en operation öppnas i allmänhet sammanväxningarna, men det är svårt att förhindra dem att blidas på nytt. Ibland kan man under operationen lämna kvar i maghålan sådant ämne, som förebygger sammanväxningar. Sammanväxningarna är oftast ofarliga, men de kan orsaka smärtor och göra att tarmen täpps till.

Stomi

Vid en tarmoperation finns det alltid en liten risk för behovet av en tillfällig stomi. Stomin avslut vanligen inom 2–3 månader efter operationen. Till tarmoperationer hör också en liten risk för att fogen kan öppna sig, vilket då kan leda till bukhinneinflammation. Detta i sin tur vårdas med en temporar stomi.

Nervskada

De härdar som avlägsnas vid en operativ behandling av djup endometrios kan finnas i ett område där de nerver som innerverar bl.a. ändtarmen, bäckenbottnen, urinblåsan och vaginan löper. En operativ behandling kan skada dessa never och orsaka övergående eller bestående funktionsstörningar i tarmen eller urinblåsan, såsom inkontinenssvårigheter för avföring eller urin, tätare behov av urinering eller svårigheter att få orgasm. Funktionsstörningarna är sällsynta och mycket sällan bestående. Det vanligaste problemet är urinstopp dvs. blåsan tömmer sig bara delvis. Då lär man patienten att själv tömma urinblåsan med kateter några gånger per dag tills situationen förbättras.

Rökning

Vi rekommenderar **att sluta röka i god tid innan en operation** då rökning både ökar risken för operationskomplikationer och försvårar återhämtningen efter en operation. Tobaksrökning försämrar allmänkonditionen och inverkar i hela kroppen genom blodcirkulationen. Exempelvis läks såren långsammare då kolmonoxiden i tobaksröken binds lättare vid blodets hemoglobin än syre, vilket minskar vävnadernas syreupptagningsförmåga. Nikotinen krymper blodådrorna

ytterligare, vilket ytterligare minskar vävnadernas syreupptagningsförmåga. Tobaksröken aktiverar kroppens blodkoagulering vilket ökar märkbart risken för blodpropp efter en operation. Rökning ökar risken för smärta och försämrar effekten av vissa mediciner samt kan öka risken för beroende av starka smärtmediciner

Den operativa behandlingens inverkan på smärtan

Endometrios är en kronisk sjukdom, för vilken det inte finns någon botande behandling. Men med både hormonbehandling och operativ behandling får man ofta bra hjälp till smärtorna. En lindrig form av sjukdomen kan orsaka besvärliga smärtor men å andra sidan kan personer med en svår form av sjukdomen vara helt symtomfria.

Läkemedelsbehandlingen är i allmänhet den primära behandlingen av smärtsymtom. Efter att hormonbehandlingen upphört återkommer smärtsymtomen inom ett år hos 10–20 procent av patienterna och inom fem år hos upp till 75 %. Största delen av hormonbehandlingarna lämpar sig även för ett långvarigt bruk men alla dessa hormonala preparat hindrar graviditet, varför de inte kommer i fråga om patienten önskar bli gravid.

Hos en del av patienterna når man genom en operativ behandling mer långvariga resultat än med läkemedelsbehandling. Enligt undersökningar har smärtorna lättat hos ungefär 80–90 % av patienterna. Inom tre år återkom smärtorna hos ungefär var fjärde patent och ca hälften av patienterna återkommer till en operativ behandling inom fem år. Läkemedelsbehandlingen kan fortsätta efter operativ vård, eller den kan påbörjas, för att förebygga eventuellt återkommande endometrios och smärtor. Speciellt risken för förnyad endometrios i äggstockarna kan minimeras genom hormonbehandling efter operationen.

Operativ behandling och barnlöshet

Det är inte klart vilken betydelse en lindrig endometrios har för en kvinnas fruktbarhet. Det finns tecken på att en operativ behandling av en lindrig endometrios skulle förbättra fruktsamheten. Man kan vänta några månader efter operationen på att en spontan graviditet börjar. Om detta inte lyckas, kan man börja med infertilitetsvård. Resultaten av infertilitetsvård hos patenter med endometrios är jämnförbart med resultaten av vård av patienter, som inte haft endometrios.

En medelsvår eller svår endometrios försämrar i allmänhet helt klart fruktbarheten och då nås de bästa resultaten för graviditet genom provrörbefruktning. För patienter som lider av barnlöshet överväger man operativ behandling endast om det med hänsyn till smärtsymtomen är nödvändigt. Dessutom strävar man ofta till att avlägsna stora endometrioshärdar dvs. cystor på äggstockarna före en provrörsbefruktning om de försvårar behandlingen. Efter en operativ behandling försöker man så snabbt som möjligt, i allmänhet inom några månader, inleda

behandlingen för provrörsbefruktning. Efter operationen använder man också ofta hormonal läkemedelsbehandling tills man börjar med provrörsbefruktningen.

Läs mera information om endomterios via www.terveyskylä.fi /Kvinnohuset och www.korento (på finska).