

Nationellt vårdprogram för bättre och jämlik vård vid endometriosis

VIKTIGT MED STABIL LÄKARKONTAKT, ATT TIDIGT ERBJUDA BEHANDLING OCH ATT INTE NORMALISERA SVÅR MENSVÄRK

Emma Björk, överläkare, kvinnokliniken, Örnsköldsviks sjukhus

Margita Gustavsson, överläkare, kvinnokliniken, Kalmar sjukhus

Måns Palmstierna Burenius, överläkare, kvinnokliniken, Sundsvalls sjukhus och Sollefteå sjukhus

Annika Valentin, överläkare, kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

Matts Olovsson, professor, överläkare, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Anna-Sofia Melin, med dr, specialitälkare, Capio gynekologi Globen

• anna-sofia.melin@capio.se

Man uppskattar att ungefär 200 000–250 000 kvinnor i fertil ålder lider av endometriosis i Sverige i dag [1]. Kunskapen kring endometriosis är dålig, både bland allmänheten och i sjukvården. Tid från symtomdebut till diagnos ligger i dag på 5–7 år, och medelålder vid diagnos är enligt Socialstyrelsens beräkning 37 år. Detta trots att symtomen ofta börjar under tonåren. Evidens saknas i dag för i princip all behandling av endometriosis.

Sjukdom debuterar ofta i den mest produktiva åldern där utbildning, karriär och familjebildning är viktiga. Samhällets kostnader är höga, både direkt och indirekt, i form av framför allt sjukvårdskostnader och ökad sjukfrånvaro [1, 2].

Sjukdomsbilden varierar stort, och man bedömer att ca 50 procent har en progredierande sjukdom medan andra är helt symtomfria. Andelen svårt sjuka personer som kräver högspecialiserad vård uppskattas till någon procent av det totala antalet drabbade [1].

Vi inom Endometriosis-ARG (arbets- och referensgrupp för endometriosis inom SFOG, Svensk förening för obstetrik och gynekologi) har därför tagit initiativet till ett nationellt vårdprogram. Vårdprogrammet är publicerat som ett SFOG-råd och finns tillgängligt för alla på SFOG:s webbplats (<https://www.sfog.se/start/raadriktlinjer/sfog-raad-gynekologi/endometriosis/>).

Under 2018 publicerade Socialstyrelsen »Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis«, främst riktade till regionpolitiker och verksamhetschefer för att ge en bra evidensbaserad och likvärdig endometriosisvård över hela landet [1]. Samma år publicerades också en SBU-rapport, som innehåller en genomgång av kunskapsläget och vilken evidens som finns för den vård vi ger i dag [2]. Vårt SFOG-råd är mer kliniskt, praktiskt inriktat med en förhoppning om bättre och lika vård över hela landet.

Beskrivning av sjukdomen

Endometriosis är en kronisk, inflammatorisk och östrogenberoende sjukdom. Ingen botande behandling finns i dag. Sjukdomen innebär att endometrie-celler sitter på andra platser än inuti livmodern (Fakta 1). Endometriosis brukar delas in i följande undergrupper:

- Ytlig peritoneal endometriosis (växer i bukhinnan) (Figur 1 och 2).
- Endometriom (endometrioscyster i äggstockarna).
- Djup endometriosis i bukhinna och organ (tidigare kallat djupt infiltrerande endometriosis) (Figur 3).
- Adenomyos (endometriosis i livmoderns muskulatur).

FAKTA 1. Typ av endometriosis

- Ytlig endometriosis i bukhinnan
- Djup endometriosis i bukhinna och organ
- Endometriom (endometrioscysta i äggstocken)
- Adenomyos (endometriosis i livmoderns muskulatur)
- Endometriosis i bukvägg efter tidigare kirurgi
- Endometriosis utanför bukhålan

Endometriosis kan ibland uppstå som ett resultat efter kirurgi, t ex i operationsärr efter kejsarsnitt. Betydligt ovanligare lokalisationer är t ex i muskulatur, lunga eller lungsäck.

Endometriosis orsakar smärta i varierande grad och kan leda till infertilitet.

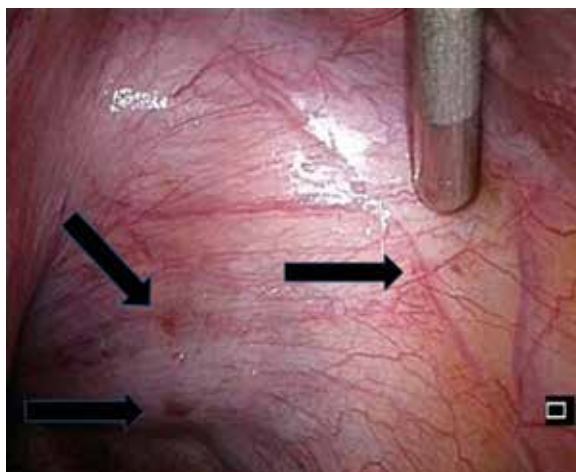
Symtom. De vanligaste symtomen är

- svår menstruationssmärta
- smärta vid tarmtömning
- smärta vid miktions
- djup samlagssmärta

Tarm- och miktionsbesvär är initialt vanligast i samband med menstruation. Smärtorna kommer ofta i skov och skiljer sig från vanlig menstruationsvärk,

HUVUDBUDSKAP

- Endometriosis är en kronisk, inflammatorisk, östrogenberoende sjukdom, som drabbar ungefär var tionde kvinna.
- Det finns i dag ingen botande behandling.
- Huvudsymtom är smärta i bukens nedre del i samband med menstruation, ägglossning, samlag, miktions eller tarmtömning.
- Endometriosis orsakar sannolikt nedsatt fertilitet.
- Sjukdomen påverkar individens vardag med frånvaro från skola, arbete och sociala aktiviteter samt risk för sämre ekonomi och försämrad livskvalitet.
- Sjukdomen kan debutera tidigt redan runt menarke och kan hos ett fåtal fortsätta vara aktiv efter menopaus.
- Sjukdomsbilden förändras över tid och varierar därför i olika åldrar.



Figur 1. Ytlig lesion. Figurer 1-3: Robin Wilding, kvinnokliniken, Falun



Figur 2. Fibros, mörka lesioner, ökad kärlteckning.

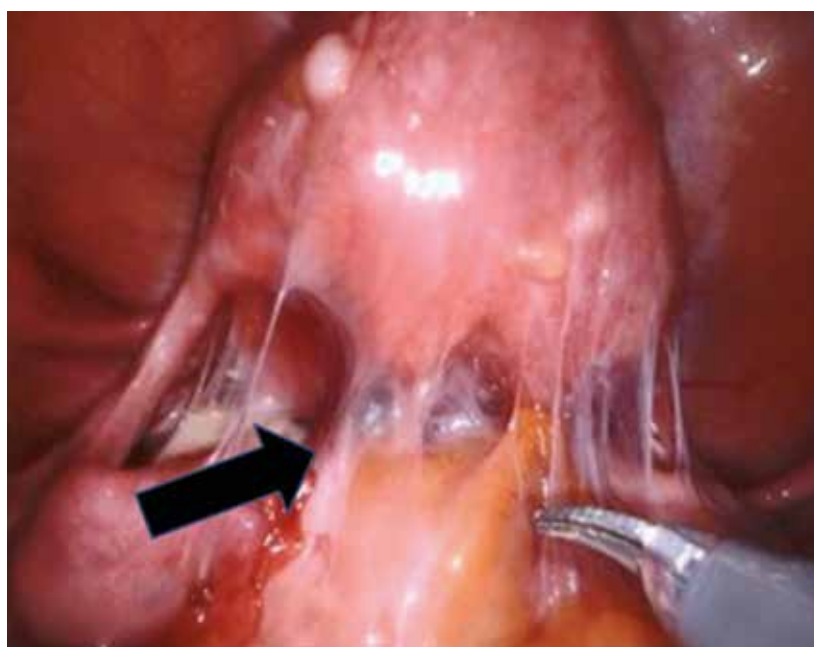
då smärtan ofta strålar ut i ryggen eller benen. Smärtan ger en vasovagal reaktion, varvid personen kan bli blek, kallsvettig, illamående och trött och helst vill ligga ner på grund av sänkt blodtryck. En del patienter upplever allodyni (upplevd smärta utlöst av icke smärtsamt stimulus), neuropatisk smärta på grund av skadade perifera nerver samt perifer och central sensitisering som beror på störd innervation i hela bukhinnan med ökad smärtekänslighet [3-6].

Vad som är svår menstruationssmärta är en glidande skala, men innebär förenklat att smärtstillande läkemedel såsom paracetamol i kombination med COX-hämmare inte hjälper. Smärtan medför ofta att personen måste stanna hemma från skola/arbete eller avstå från sociala aktiviteter.

Man har vid steriliseringsoperationer funnit att ca 5 procent av symtomfria kvinnor har synliga endometriösförändringar [7, 8]. Symtomen är inte enbart relaterade till endometriösens utbredning eller lokalisation utan beror även på andra mekanismer [9]. Till exempel är smärta tydligare kopplad till hur djupt endometriösen infiltrerar än hur utbredd den är [10, 11].

Endometriös är vanligare vid tidig menarke [12], kortare menstruationscykler och rikligare blödningsmängd. Sjukdomen anses vara mindre vanlig eller debutera senare om man har genomgått flera graviditeter och ammat länge [13], men då är åldern vid första graviditeten betydelsefull. Endometriös är ärftligt [14].

Patofysiologi. Endometriös orsakas av implantation och tillväxt av endometrieceller utanför livmodern [15]. Patofysiologin är okänd, men det finns flera teorier om hur sjukdomen uppstår. Den mest erkända teorin är uppkomst via retrograd menstruation [15,16]. Fragment av livmoderslemhinnan kommer ut i bukhålan via menstruationsblod genom äggledarna. Fragmenten fäster mot och infiltrerar bukhinnan och äggstockarna. Cellerna prolifererar och formar endometrioshärdar, samtidigt som det sker ett inflammatoriskt svar från kroppen. Detta i sin tur leder till inväxt av blodkärl och nerver samt ärrbildning och ibland sammanväxningar. Den vanligaste platsen för endometriös är i lilla bäckenet, vilket talar för teorin om retrograd menstruation. Minst 90 procent av alla kvinnor



Figur 3. Djup endometriös i fossa Douglasi med sammanväxningar mellan livmoder och rektum.

har retrograd menstruation, men bara 10 procent utvecklar endometriös, vilket i sin tur talar för multifaktoriell genes [17]. Immunsystemet har en avgörande roll för utvecklingen av endometriös. Vid endometriös har immuncellerna (NK-celler och cytotoxiska T-celler) i bukhålan en nedsatt förmåga att oskadliggöra endometriefragment, vilket leder till att cellerna kan infiltrera vävnaden och tillväxa. Denna förklaringsmodell stämmer troligtvis för den peritoneala endometriös man finner i lilla bäckenet och som är den vanligaste typen av endometriös. En vidareutveckling av denna teori är att det rör sig om endometriestamceller som sprids i bukhålan via retrograd menstruation. Övriga teorier inkluderar rester av de embryonala müllerska gångarna, vilket kan förklara infiltrativ endometriös framför allt kring sakrouterinligamenten och bakre väggen i lilla bäckenet, samt metaplasia av celomceller som kan förklara endometriös i t ex lungsäcken och andra ovanliga platser där ett celom-

iskt epitel kan genomgå metaplastiska förändringar och övergå i endometrios [3]. Endometrios kan också uppstå genom spridning via blod eller lymfa.

Diagnostik. Diagnosen endometrios har tidigare enbart ställts vid kirurgi. Nu kan man med hjälp av både vaginalt ultraljud och MR se både endometriom och endometrioshårdar vid djup endometrios. Vid vaginalt ultraljud kan även adherenser som regel ses och bedömas. Peritoneal endometrios kan man dock bara se vid kirurgi. Vid kirurgi kan diagnosen ställas utifrån vad operatören ser vid operationen utan vävnadsprov för PAD. Detta ställer krav på god kunskap hos operatören att kunna göra en bra bedömning av synliga fynd. Vid borttagande av endometriovävnad och/eller oklara fynd krävs också god kännedom om endometrios hos den patolog som bedömer preparatet och tillräckligt med vävnadsmaterial för att kunna göra en professionell bedömning.

Före 20 års ålder är diagnostiken speciellt svår, då förändringarna ofta är mycket diskreta, föränderliga och svåra att visualisera, vilket uppmärksammats allt mer under senare år [18].

En vanlig gynekologisk undersökning kan inte avsluta diagnosen endometrios.

Behandling vid endometrios

Behandlingen syftar till att minska smärtan och förbättra livskvaliteten. Olika typer av behandling kan vara aktuell under olika perioder i livet. Ingen botande behandling finns i dag. Vi vet inte i dag om tidigt insatt behandling kan förbättra framtida fertilitet. Följande behandlingar finns att tillgå:

- Hormonbehandling, där man strävar efter blödningsfrihet, dvs så låga östrogennivåer att endometrioshårdarna slutar proliferera. Man börjar ofta med vanliga hormonella preventivmedel som p-piller och hormonspiral. Ibland behöver man kombinera olika preparat för att nå blödningsfrihet. Ibland behövs också betydligt högre hormondos än vad som räcker för att uppnå blödningsfrihet för att uppnå minskad smärta. Detta för att trycka ner den egenproduktion av östrogen som inte sällan sker i framför allt större endometrioshårdar. En fullständig hämning av ovulationen behövs som regel för att uppnå en god behandlingseffekt, vilket är bakgrunden till att blödningsfrihet inte alltid räcker vid till exempel behandling med enbart hormonspiral.
- Kirurgisk behandling, där man försöker ta bort så mycket som möjligt av all synlig endometrios. Försiktighet är viktig vid endometrios i ovarierna, då kirurgi minskar ovarialreserven. Vid svår endometrios med inväxt i tarm eller överväxt på uretärer kan kirurgi vara nödvändig.
- Smärtstillande behandling med läkemedel och med transkutan elektrisk nervstimulering (TENS).
- Fysioterapi och träning. Det är vanligt med sämre kroppshållning efter många år med buksmärta, vilket sekundärt medför muskelsmärta i rygg, bäckenbotten och bukvägg. Fysisk träning aktiverar också smärthämmande system med ökad frisättning av endorfiner.
- Vid tarmbesvär kan tarmreglerande läkemedel lindra.

- Stödsamtal, kognitiv terapi.
- Smärtrehabilitering med multiprofessionellt team, strukturerat under en längre tidsperiod, s k multimodal rehabilitering, kan bli aktuell t ex vid längre sjukskrivning och nedsatt arbetsförmåga.

Insatt behandling behöver följas upp kontinuerligt. Biverkningar är vanliga vid hormonbehandling, och effekt ses fullt ut efter 3–6 månader. En stabil läkar-kontakt med kunskap om sjukdomen är av yttersta vikt för att få patienten att känna sig trygg och orka fortsätta med behandlingen, minska antalet akutbesök och för att få snabb hjälp vid tilltagande smärtskov.

Då endometrios drabbar under individens mest produktiva år leder smärta (ibland mycket svår), miss-trö och okunskap från sjukvården, svårighet att upprätthålla sociala kontakter och förhållanden samt en osäkerhet på arbetsmarknaden pga sjukfrånvaro ofta till ökad psykosocial ohälsa med framför allt depression och ångestsjukdom [19]. Detta måste vården ta i beaktande. Ofta kan ett multiprofessionellt team behövas runt patienten.

Naturalförlopp och olika faser av endometrios

Endometrios är en kronisk sjukdom, men symtomen kan som regel lindras med hormonbehandling. Vissa beräkningar visar att ca 50 procent av personer som utvecklat endometrios har skov av sjukdomen och att ca 50 procent av dem med tiden utvecklar kronisk bäckensmärta (så kallad CPP, »chronic pelvic pain«). Efter kirurgisk intervention får 50–95 procent smärtlindring av operationen, men redan inom 6–12 månader har 30–60 procent återfått smärtorna [20, 21].

Prepubertal förekomst av endometrios. Endometrios kan i sällsynta fall debutera före första menstruationen, menarke. Buksmärta är då det vanligaste symtomet. En försenad diagnos påverkar patientens livskvalitet rejält och kan försvåra t ex skolgång och framtida utbildning. Det finns en östrogensensitivitet under fosterlivet, det första levnadsåret och kring menarke, vilket gör att endometrios kan uppstå och ibland ge symtom före menarke.

Endometrios under tonåren. Enligt studier har uppskattningsvis var tionde ung kvinna i tonåren misstänkt endometrios; och 70 procent av patienter som senare får diagnosen anger symtomdebut före 20 års ålder och 38 procent före 15 års ålder. Prevalensen av endometrios vid terapiresistent menssmärta, trots kombinationsbehandling med paracetamol och COX-hämmare (coxiber), är 65 procent. Om kontinuerlig hormonbehandling ges och smärtan ändå kvarstår är prevalensen betydligt högre.

Mer atypiska symtom såsom diffus buksmärta, IBS och urinvägssymtom är vanliga hos den unga patienten och kan tala för endometrios. Vid laparoskopi ses mer diskreta förändringar som ofta är genomskinliga (blåsor), vita eller röda, till skillnad från endometrios hos vuxna, där man ofta ser mörkt rödbruna ärriga lesioner [18]. Endometriom kan diagnostiseras med ultraljud även hos de unga patienterna, men är inte lika vanligt förekommande. Peritoneala fickor och avancerade stadier med adherenser är hos dessa patienter

ter vanligare än man tidigare trott [22]. Föreligger en missbildning genitalt som påverkar menstruationsblodets utflöde uppkommer endometrios inte bara i högre grad, utan också tidigare, än hos tonåringar utan missbildningar [23, 24].

Endometrios i barnafödande ålder. Subfertilitet är vanligt vid endometrios, och många får diagnosen i samband med en infertilitetsutredning. Subfertilitet och infertilitet kan orsakas av bl a adherenser och påverkan av inflammatoriska faktorer.

Graviditet leder till sk decidualisering av befintliga endometrioshärdar. Detta gör att många har mindre smärtor under graviditet, men en del får betydligt mer smärtor och då framför allt i början av graviditeten.

Endometrios i perimenopaus och postmenopausal. När de naturliga hormonnivåerna sjunker i klimakteriet brukar symtom på endometrios minska eller försvinna. Menopausal hormonbehandling och behandling med tamoxifen ger en marginellt ökad risk för att endometrios kvarstår eller recidiverar även efter hysterektomi och bilateral salpingo-ooforektomi. Smärta och vaginal blödning är de vanligaste symtomen, men även hematuri och rektal blödning kan förekomma. Rekommendationen är att kvinnor med tidigare endometriosdiagnos och behandlingskrävande klimakteriebesvär alltid ska ges menopausal hormonbehandling med östrogen i kombination med gestagen (även om de genomgått hysterektomi) för att minska risken för att endometrioshärdar prolifererar och för att minska risken för malign utveckling i dessa härdar. Om menopausal hormonbehandling ges ska patienten informeras om att vara observant på återkomst av endometriossymtom [25, 26].

Risk för cancer. Vid endometrios har man en 2-3 gånger ökad risk för ovarialcancer, och det förekommer även en malignifiering av djup endometrios hos upp till 1 procent. Vid cancerutveckling i djup endometrios anses östrogentillskott utan gestagenskydd och/eller övervikt vara riskfaktorer [26-8].

Samhällsaspekter

Debutåldern för endometrios kan variera från före menarke till efter menopaus. I genomsnitt tar det 5-7 år från symtomdebut till dess att diagnos ställs [2]. Detta beror både på patientfördröjning och på läkarfördröjning. En viktig aspekt är det kulturella sammanhang vi lever i, där menstruation länge varit ett tabubelagt ämne som man inte pratat om och symtom som menstruationssmärta har normaliserats av både samhälle och profession. Det finns också en stor okunskap om vad endometrios är, även inom professionen. Vi vill med vårt SFOG-råd/nationella vårdprogram öka kunskapen inom vården, göra kunskapen lättillgänglig och vården jämlik över hela landet. Här måste flera specialiteter samarbeta. En endometriospatient kan söka inom gynekologi, på ungdomsmottagningen, skolhälstan, barnmorskemottagningen, vårdcentralen, barnmottagningen eller inom gastroenterologin. Tidpunkten när den drabbade söker sjukvård styrs av omständigheter såsom sociala faktorer, tillgänglighet till sjukvård och attityder i omgivningen (socialt stöd).

Patienterna har ofta mötts med misstro och ifrågasättande eller nekats vård på akutmottagningen. Detta gör att patienten ofta är skeptisk och »taggig« i sitt bemötande gentemot läkaren och annan sjukvårdspersonal. Det är av yttersta vikt att ansvarig läkare anstränger sig för att skapa ett förtroendefullt förhållande med sin patient, då det ofta handlar om en mångårig kontakt med upprepade besvärliga perioder av försämring, biverkningar av behandling och svåra beslut. Patienten måste känna stort förtroende för sin läkare och övrig inblandad personal.

Sammanfattning

Endometrios är en vanlig sjukdom som drabbar individen i hennes mest produktiva ålder. Botande behandling saknas i dag. Det är viktigt att inte normalisera svår mensvärk och att tidigt erbjuda behandling utan att fördröjning sker i väntan på utredning och diagnos. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:19231*

REFERENSER

1. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-12-27.
2. Endometrios. Diagnostik, behandling och bemötande. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2018. SBU-rapport nr 227.
3. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(5):261-75.
4. Pardo L, Bondesson E, Schelin MEC, et al. A diagnosis of rheumatoid arthritis, endometriosis or IBD is associated with later onset of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Eur J Pain*. 2019;23(8):1563-73.
5. Bajaj P, Bajaj P, Madsen H, et al. Endometriosis is associated with central sensitization: a psychophysical controlled study. *J Pain*. 2003;4(7):372-80.
6. As-Sanie S, Harris RE, Harte SE, et al. Increased pressure pain sensitivity in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1047-55.
7. Prevalence and anatomical distribution of endometriosis in women with selected gynaecological conditions: results from a multicentric Italian study. Gruppo italiano per lo studio dell'endometriosis. *Hum Reprod*. 1994;9(6):1158-62.
8. Fuentes A, Escalona J, Céspedes P, et al. Prevalence of endometriosis in 287 women undergoing surgical sterilization in Santiago Chile [artikel på spanska]. *Rev Med Chil*. 2014;142(1):16-9.
9. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril*. 1996;65(2):299-304.
10. Chopin N, Ballester M, Borghese B, et al. Relation between severity of dysmenorrhea and endometrioma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(11):1375-80.
11. Sinaii N, Plumb K, Stratton P. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril*. 2008;89(3):538-45.
12. Nnoaham KE, Webster P, Kumbang J, et al. Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Fertil Steril*. 2012;98(3):702-12.e6.
13. Farland LV, Eliassen AH, Tamimi RM, et al. History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. *BMJ*. 2017;358:j3778.
14. Borghese B, Zondervan KT, Abrao MS, et al. Recent insights on the genetics and epigenetics of endometriosis. *Clin Genet*. 2017;91(2):254-64.
15. Sampson JA. Metastatic or embolic endometriosis, due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation. *Am J Pathol*. 1927;3(2):93-110.43.
16. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004;364(9447):1789-99.
17. Halme J, Hammond MG, Hulka JF, et al. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet Gynecol*. 1984;64(2):151-4.
18. Zannoni L, Forno SD, Paradisi R, et al. Endometriosis in adolescence: practical rules for an earlier diagnosis. *Pediatr Ann*. 2016;45(9):e332-335.
19. Pope CJ, Sharma V, Sharma SA, et al. Systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(11):1006-15.
20. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril*. 2008;90(5 Suppl):S260-9.
21. Dun EC, Taylor RN, Wieser F. Advances in the genetics of endometriosis. *Genome Med*. 2010;2(10):75-80.
22. De Cicco Nardone C, Terranova C, Plotti F, et al. The role of ovarian fossa evaluation in patients with ovarian endometriosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292(4):869-73.
23. 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(8):2026-31.
24. Bulletti C, Montini A, Setti PL, et al. Vaginal parturition decreases recurrence of endometriosis. *Fertil Steril*. 2010;94(3):850-5.
25. Tan DA, Almaria MJG. Postmenopausal endometriosis: drawing a clearer clinical picture. *Climacteric*. 2018;21(3):249-55.
26. Gemmell LC, Webster KE, Kirtley S, et al. The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2017;23(4):481-500.
27. Nomura S, Suganuma T, Suzuki T, et al. Endometrioid adenocarcinoma arising from endometriosis during 2 years of estrogen replacement therapy after total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(8):1019-21.
28. Buckley CH. Tamoxifen-associated postmenopausal endometriosis. *Histopathology*. 1997;31(3):296.

SUMMARY

Endometriosis – new clinical guidelines for better and equal care in Sweden

Endometriosis is a chronic, inflammatory and estrogen-dependent disease affecting about 10 % of the female population in fertile ages. There is no cure for endometriosis. The main symptoms include severe menstrual pain, ovulation pain, dyspareunia, dysuria and painful bowel movements. Endometriosis is associated with infertility.

Endometriosis affects every day life with pain and fatigue and a negative impact on education, career, social life and quality of life.

Endometriosis can emerge at the first menstruations and also continue to give symptoms after menopause.

The symptoms can vary greatly between individuals and also during life.

The pathophysiology is unknown but the most accepted theory is retrograde menstruation where endometrial cells implant into the peritoneum affecting different abdominal organs. The immune system fails to clear the endometrial cells which results in endometriotic lesions that might cause inflammation, pain and adhesions.

The treatment includes hormone treatment, surgical treatment, pain medication, physiotherapy, counseling and sometimes multi-disciplinary pain rehabilitation.

It is important to increase the knowledge of this common disease both among the public and health professionals since early treatment is of great importance to reduce the risk for chronic pain and severe effects on quality of life.

We hope that the recently published clinical guidelines will result in better and more equal care for patients with endometriosis in Sweden.