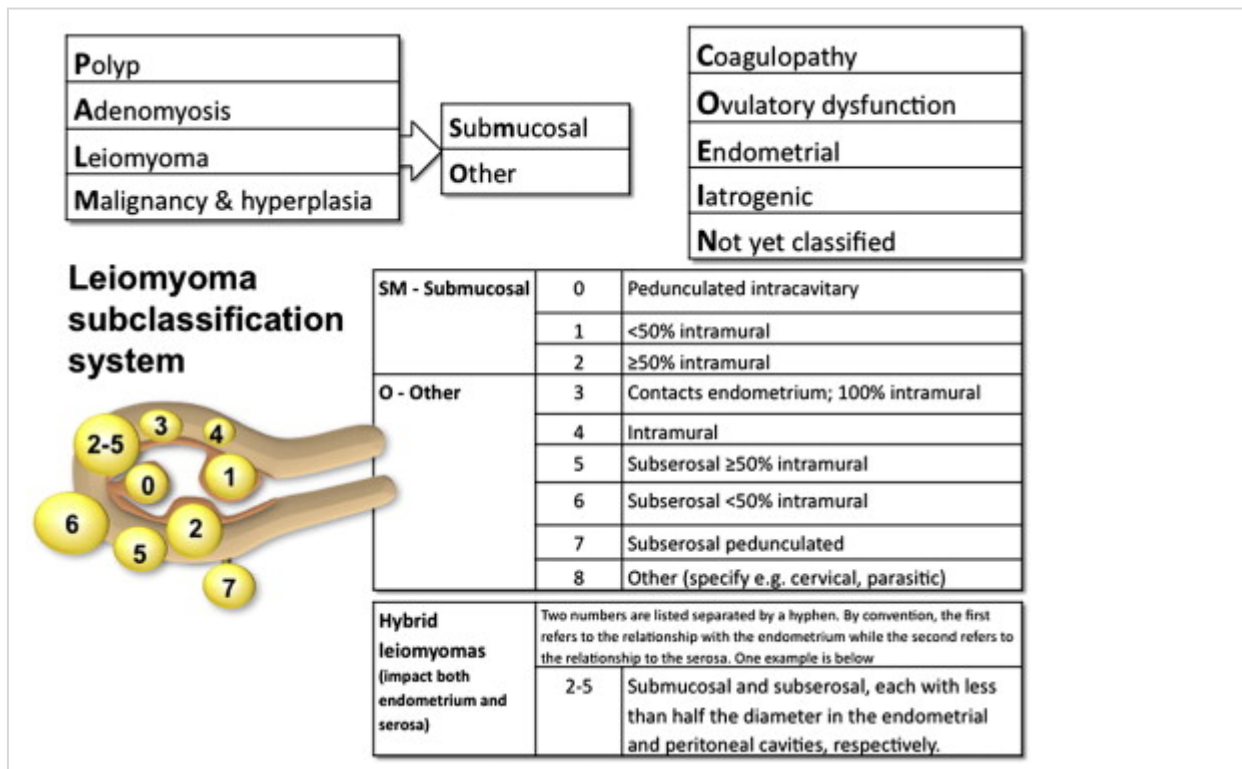


Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 23.12.2022/23.12.2024
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 2.04
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi	Dok.id: D36564

Definisjon

- Benign tumor, utgår fra glatt muskulatur
- Vanligste tumor i fertil alder (30 % av alle over 30 år)

Inndeling etter lokalisasjon (Munros klassifikasjon)



Diagnostikk

Påvisning

- Gynekologisk undersøkelse
 - 50 % oppdages tilfeldig (IIa)
- Ultralyd evt. med saltvann (IIa)
- MR kan differensiere mellom myomer og annen patologi i genitalia (IIa, IIb)

Symptomer

- Menoragi, 30 % har myomer (oftest intrakavitære) (III)
- Infertilitet
- Smerter/trykk symptomer
- Senabort

Differensialdiagnoser

- Ovarial tumor
- Graviditet
- Sarkoma uteri (III)

Behandling

Kun myomer som gir plager, eller kan komplisere fremtidig svangerskap eller fødsel, skal behandles. De fleste pasienter med myomer har ingen symptomer, og skal ikke behandles. De fleste myomer avtar i størrelse etter menopause.

Medikamentell behandling

Menoragi

- Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (III, Ia)
- P-piller (Ib)
- Gestagen (IIa)
- *Traneksamsyre* (Cyclokapron®)(Ib)
- Hormonspiral (Mirena)

Volumreduksjon

- GnRH-analoger (egner seg best til forbehandling ved kirurgi)- Procren el. Zoladex 3.75 mg i.m. pr.mnd i 3 mnd.
 - Ca 50 % etter tre måneder
 - Etter nye tre måneder ingen ytterligere effekt (Ia)
 - 100 % residiv etter seponering (Ib)

Kirurgisk behandling

Indikasjon for operativ behandling foreligger når symptomer er plagsomme for pasienten:

- **Blødningsforstyrrelser:** Plagsomme eller anemiserende blødninger. Det er særlig de submucøse myom som gir blødningsforstyrrelser.
- **Trykkrelaterte symptomer/tilstander:** Plagsomme symptomer som følge av trykk mot andre organ, særlig blære/tarm.
- **Smerter:** dysmenore/dyspareuni/diffuse bekken smerter. Akutte smerter ved myomnekrose, torsjon av stilkete myom og myom i fødsel.

Øvrige operasjonsindikasjoner:

- **Infertilitet/spontanabort:** Hvor man mener årsaken er myom. Submucøse eller intracavitære myom. Større intramurale myom som ventes å gi problemer ved framtidig svangerskap/fødsel.
- **Malignitetsmistanke:** Hvor antatt myom viser rask vekst eller mye smerter etter menopause og gjerne kombinert med uregelmessige blødninger. Når usikre funn ved palpasjon og ultralyd.

Myomektomi

- Ønske om bevart fertilitet
- Symptombedring opp til 90 %, residiv vanlig (Ib)
- Submukøse, hysteroskopisk med elektroresektoskop (III)
- Intramurale, vanskelig uten å åpne uterinveggen
- Subserøse/intramurale primært laparoskopisk, evt. pr.tomi. laparoskopibør foretrekkes hvis 3 eller færre myom under 8 cm i diameter.

Embolisering, etablert behandling

- 80 % suksessrate (20 % senere myomektomi eller hysterektomi)
- En del postoperative smerter, tidkrevende prosedyre (IIa)
- Dødsfall pga. septikemi er rapportert (III)
- Eget ønske om å bevare uterus

Hysterektomi

- Ved symptomgivende myomer
- Hovedmetode er laparoskopisk teknikk, total.

PREOPERATIV UTREDNING

- **Cytologisk prøve fra cervix**
 - bør være tatt siste 3 år.
 - Ved uregelmessige/ intermenstruelle blødninger:
 - prøve de siste 6 mnd.
- **Histologisk prøve fra endometriet:**
 - Prøve de siste 6 mndr. ved uregelmessige/intermenstruelle blødninger.
 - Anbefales fra alle som skal til laparoskopisk hysterektomi i tilfelle morcellering blir aktuelt.
 - Dersom man ikke får endometriehistologi, kan det være aktuelt med ultralydcveiledet biopsi av myom, spesielt ved store, voksende myom. Kontakt da ultralydlaboratoriet
- **Ultralydundersøkelse:**
 - Gir sikrere diagnose. Differensialdiagnoser: andre tumores i bekkenet, spesielt ovarialtumores.
 - Bedømmelse av myomenes størrelse/lokalisasjon.
 - Adenomyose
- **MR bekken:**
 - Nødvendig for vurdering før myomektomi
 - Nødvendig for vurdering av embolisering; spør etter egnethet for metoden
 - Kan være nyttig ved større uteri for preoperativ vurdering.

KIRURGISK BEHANDLING- primært laparoskopisk/hysteroskopisk eller vaginal metode

- **Laparoskopisk hysterektomi (LH eller LASH):** Ved samtidig ekstirpasjon av ovariene eller behov for visuell kontroll av adheranser mm. Utføres amputasjon, skal kvinnen ikke tidligere ha fått påvist dysplasi eller carcinoma in situ på cervix. Vår hovedmetode er LH.
- **Vaginal hysterektomi** kan gjøres når uterus er < 14 uker og bevegelig i forhold til bekkenbunnen med ikke for trang vagina.
- **Hysterektomi pr. laparotomi** ved tverrsnitt om mulig, evt. lengdesnitt. Egner seg ved svært store uteri, tidligere laparotomi, sterk mistanke om malignitet (sarkom)
- **Detorkvering av myom i fødsel:** Dette utføres når pasienten presenterer seg med myom som protruderer gjennom mormunnsåpningen.
- **Myomenukleasjon** ved sterkt fertilitetsønske, akseptabel tilgang. Få myomer, <3 og under 8cm i diameter. Fortrinnsvis pr.laparoskopi, evt laparotomi hvis mange og store. Submukøse myom under 3-4cm fjernes hysteroskopisk.

Ved exstirpasjon av uterus/supravaginal uterusamputasjon, diskuteres **samtidig exstirpasjon av ovarier** for kvinner > 55-60 år. Syklisk blødning fra gjenværende cervix stump ved LSH opptrer hos ca. 20 %. Ved hysterektomi anbefales samtidig salpingektomi profylaktisk.

Embolisering

Alternativ til operasjon Man får raskt god blødningskontroll, noen ganger forbigående amenorè siden endometriet kan påvirkes av ischemien, mens myomskrumplingen tar flere måneder. 10 % har ingen effekt og må hysterektomeres senere.

Indikasjon

- Myoma uteri, submucøse og intramurale har best effekt. Kan også gjøres ved subserøse myomer om trykkplagene er store. Dårlig effekt om myomet er stillet, og dette kan "løsne" fra uterus pga. nekrose av stilken og kvitteres enten ut i abdomen eller ut i kaviteten der det kan gi komplikasjoner.
- Kontraindikasjon mot kirurgisk hysterektomi pga komorbiditet
- Eget ønske om å bevare uterus men behandle symptomer
- Alvorlige store blødninger, peripartum blødning, cervix cancer

Kontraindikasjon

- Barneønske
- Mistanke om malignitet
- Stillet myom
- Postmenopausal vekst av myom

Preoperativt

- Informasjon om metoden. Spesielt med vekt på at man kan få sterke smerter like etter emboliseringen, og at man må være svært oppmerksom på infeksjonstegn.
- GU med ultralyd, (vurder om ovariene ser aktive ut) størrelse og beliggenhet på myomene.
- Cervixcyt og endocyt .
- Hb
- MR bekken. Be om vurdering av egnethet for embolisering.
- Om prosedyren er egnet:
 - Revirer embolisering av aa.uterinae ved radiologisk avdeling
 - Orbitrekvisisjon. Vi bruker anesthesiressurs.
 - Prosedyren tar 1,5 time, totaltid på radiologisk avdeling er 3 timer.
 - Antibiotikaproylaksse ligger som standard i kortet; Cerfuroxim og Flagyl.

Ved innleggelse:

- Hb, Lpk, tpk, CRP, INR Kreatinin, GFR, APTT, Na/K/Cl
- Epiduralanestesi, som kan benyttes post-prosedyre

Anestesiavdelingen følger pasienten og overvåker på Rtg avd.
Følg prosedyre fra anestesiavdelingen:

<https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/DOK09923.pdf>

Preoperativt: (30-60 min før prosedyre)

- Venekateter 1,3 mm ve. hånd.
- Blærekateter
- Cefuroxim 1,5 mg
- Flagyl 1,5 g

Pasienten flyttes til oppvåkning KKB etter behandlingen.

Til post etter 4 timer når sandsekken er fjernet

Postoperativt

Obs blødning i lyske

Paracet 1 g x 4

Epidural evt også på post

Voltaren 50 mg x 3, 2 t etter EDA er seponert

Evt morfin 2-3 mg iv/5-10 mg sc/10-20 mg po

Utskrivelse

Informere om infeksjonsrisiko: snarlig kontakt med avdelingen ved feber og sykdomsfølelse.

Analgetikareseptor: Ledox/Voltaren eller Toradol og Paralgin Forte, evt paracetamol

Sykemelding 14 dager.

Rekvirer MR 6 mnd.

Bestill klinisk kontroll i gyn.pol ved 6 mnd, etter at MR er tatt.

Oppfølging etter behandling for myoma uteri

- Individualiseres etter symptomer og graviditetsønske
- Kontrolleres i forhold til symptomer hos egen lege
- Ved symptomer henvises til spesialist

Komplikasjoner

Ubehandlet

- Torkvering, nekrose, "rød degenerasjon" (p-pille, graviditet)
- "Fødsel" av myom gjennom cervix uteri

Konservativ behandling (kirurgisk eller medikamentell)

- Svekket uterinvegg
- Bivirkninger av medikamentell behandling

Under graviditet

- Myomvekst hos 20 % (maksimalt 25 % i de første 10 uker) (IIa)
- Rød degenerasjon hos 10 % (smerte, feber, leukocytose) (IIb)
- Spontan abort, vannavgang, preterm fødsel, vekstretardasjon, placentaløsning, avvikende fosterleie, keisersnitt, postpartum blødning (IIa)

Forløp

- Oftest vekst frem til menopausen, deretter skrumpning
- HRT kan gi økt vekst

Prognose

- Etter avsluttet medikamentell behandling, residiv i løpet av få måneder
- Etter myomektomi, residiv 30-40 % i en 5-års periode (Ib)

Råd

- Størrelse av myom er i seg selv ikke indikasjon for behandling
- Hurtigvoksende myom er ikke tegn på sarkomutvikling (IIa)

