

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>4. Endometriosecyste eggstokk</h2>
Kategori: []	Gyldig fra/til: 01.06.2023/01.06.2024
Organisasjon: Helse Bergen HF/Kvinneklivnikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 2.00
Godkjenner: Anne Veddeng	Informasjon
Dok. ansvarlig: Veddeng, Anne	Dok.id: D70926

ENDOMETRIOM - endometriosecyste i eggstokk:

Medisinsk behandling reduserer ikke endometriomer.

Kirurgisk behandling reduserer ovarialreserve.

Endometriom, spesielt *kissing ovaries*, er markør for DIE.

Endometriomer kan påvirke ovarialfunksjonen

- **Barneønske:** Fertilitetsbehandling prioriteres ofte først, eventuelt kirurgi etterpå.
- **Endometriom over 4cm** er ofte behandlingskrevende og trenger differensialdiagnostisk vurdering i forhold til andre ovarial tumores og DIE, bør sees på i endometriosepoliklinikken for planlegging av kirurgi.
- **Endometriom under 4 cm** uten smerter og dermed uten operasjonsindikasjon, anbefales kontrollert etter 3 og 9 måneder, gjerne i privat praksis.
- Dersom kirurgi av siste ovarium: konferer fertilitet seksjonen og endometriose team før kirurgi.

Preoperativ utredning:

- **UL**, ved trenet undersøker, avklare mobilitet og vurdering for DIE, og evt MR.
- Ved fremtidig barneønske, ta **AMH**. Den er nedsatt under p pille bruk.
- **CA125** gir litt tilleggs informasjon, selv om det er en uspesifikk prøve kan den være grei å ha som utgangspunkt.
- IOTA vurdering kan være aktuelt differensial diagnostisk ved kompleks cyste (UL laboratoriet).

Preoperativ hormonell behandling: Ingen dokumentert effekt på endometriom eller adheranser. Kan imidlertid prøves da det er god dokumentasjon for at det reduserer endometriose-relaterte smerter, og kan prøves for å forebygge vekst av endometriom

Kirurgi:

- Anbefalt metode er laparoskopisk ekstirpasjon av endometriom kapsel - cystectomi, fremfor å punksjon og koagulasjon, hos pasient med fremtidig barneønske. Metoden gir sikrere fjerning av endometriose, og minst tap av ovarialvev. Punksjon og koagulasjon kommer dårligere ut med hensyn til residiv og fertilitet. Begge metoder reduserer ovarialkapasitet.
- Tilstrebe å bevare mest mulig av ovarialkapsel og bruke minimal diatermi.
- Store endometriomer (10 cm) hos kvinner (over 40 år) har noe økt malignitetsrisiko: vurdere ooforektomi av det affiserte ovarium.
- **Alltid vurdere samtidig hysterektomi samtidig hvis pasienten ikke lenger har barneønske og har hatt dysmenoré og dyspareuni i mange år. Endometriomer er ofte «toppen av isfjellet» og smertene kommer av adheranser og inflammasjon i vevet rundt.**

Lokal prosedyre KK, HUS:

- Første gangs endometriom kirurgi *uten* samtidig hysterektomi eller tilleggsfaktorer som uttalte adheranser eller kjent DIE, planlegges for vanlig laparoskopi dagkirurgi med trenede gyn kirurger.
- Ved *samtidig hysterektomi eller uttalte adheranser*, planlegges de som inneliggende pasienter til radikal endometriosekirurgi.
- Ved bilaterale endometriomer, kjent DIE og barneønske opereres de også som inneliggende.
- Ved endometriomer, DIE og annen organaffeksjon (urinveier/tarm) prioriteres de ofte til robot kirurgi.

Postoperativ hormonell profylakse bør vurderes: kan forebygge/utsette residiv av endometriom. Kombinerte p-piller etter fjerning av endometriom reduserer/ utsetter residiv av endometriom.