**ADENOMYOSE**

*Forkortet og forenklet ift Endometriose- Adenomyose kapittel i gyn veileder 2020 ved bla Tina Tellum, viser til denne for detaljer og referanser*

**Definisjon**

Adenomyose er definert som ektopiske endometriekjertler lokalisert i myometriet i uterus. Til tross for mange likhetstrekk med endometriose må adenomyose regnes som egen sykdomsentitet, da patogenese og molekylære prosesser er forskjellige. Begge sykdommene forekommer ofte samtidig.

**Epidemiologi:**

Insidensen av adenomyose er usikker, men øker med alderen og

* høyest insidens fra 30-50 år.
* Hos kvinner som gjennomgår hysterektomi grunnet blødningsforstyrrelser ligger prevalensen mellom 40-70%.
* Hos infertile som gjennomgår kunstig befruktning er prevalensen beskrevet mellom 15-40%.

**Risikofaktorer**

Multiparitet, tidlig menarche, kort menstruasjonssyklus , høy BMI, uterin traume er assosiert med adenomyose (sectio/utskrapninger osv).

**Symptomer:**

* Dysmenore
* Menorhagi

**Diagnostikk**

Transvaginal ultralyd (TVUL) og MR har samme sensitivitet (78% og 78%) og spesifisitet (88% og 78%) i diagnostikken av adenomyose.

* Det anbefales derfor å bruke TVUL som førstevalg i diagnostikken.
* Ved usikkerhet om diagnosen og klinisk konsekvens, anbefales MR som tilleggsdiagnostikk.

**Medikamentell behandling**

**Hormonspiral**

* **LNG-IUD med 20µg/24t (Mirena) anbefales som førstevalg i behandlingen av adenomyose. LNG-IUD viser god effekt på menorrhagi, antall blødningsdager, hemoglobinnivå, dysmenoré, kroniske bekkensmerter og uterinvolum. LNG-IUD har bedre effekt enn kombinerte p-piller på adenomyose med tanke på blødning, kroniske bekkensmerter og uterinvolum, og er dermed å foretrekke.** Én studie sammenlignet LNG-IUD med hysterektomi med tanke på livskvalitet, hvor LNG-IUD scoret bedre.
* **Det finnes ingen studier på uterininlegg med lavere progesteroninnhold (Kyleena, Jaydess).** Erfaringen tilsier at disse ofte har for lav konsentrasjon til å yte tilfredstillende effekt og anbefales derfor ikke.

**GnRH-agonister** er svært effektive i behandlingen av adenomyose, både med tanke på dysmenoré, menorrhagi, kroniske bekkensmerter, dyspareuni og uterinvolum. Imidlertid er til dels tunge bivirkinger svært vanlige (80-90% hetetokter, hodepine, nedsatt stemningsleie) og effekten er forbigående etter seponering. GnRH må derfor anses som en reserveløsning der man ikke klarer å oppnå symptomkontroll på annen måte. GnRH har muligens positiv effekt i situasjoner hvor man opplever progesteron-resistens.

Ved påvist alvorlig adenomyose brukes ofte GNRH analog før innsetting av fryst og varmet embryo.

**Intervensjon**

**Embolisering** (Uterine artery embolization, UAE)

* En metaanalyse med 30 studier og 1036 pasienter viste god effekt på blødningsmengde, dysmenoré og trykksymptomer hos 70-80% av kvinnene ved langtidsoppfølging.
* Det er kun få, usystematisk rapporterte tilfeller av graviditet etter UAE for adenomyose og teknikken er derfor ikke anbefalt som metode hos kvinner med aktivt barneønske.

**Kirurgi**

* Trancervical endometrie reseksjon, TCER i kombinasjon med postoperativ Mirena eller ved lite adenomyose kan vurderes ( ikke data for NEAS metode)
* TCER anbefales ikke hos kvinner med omfattende adenomyose (dyp invasjon) eller adenomyomer, da risiko for residiv og behov for re-intervensjon er stor.
* Dysmenoré, alder <45 og høy paritet er risikofaktorer for mislykket TCER.

**Hysterektomi**

* **Hysterektomi er en definitiv og effektiv behandling for adenomyose.**
* **Kronifiserte, sammensatte smerter kan imidlertid bestå videre selv etter fjerning av livmor, og kvinnene skal orienteres om dette.**
* Laparoskopisk hysterektomi har imidlertid fordelen at konkomitant endometriose også kan oppdages og saneres.
* Vaginal eller abdominal morcellering uten pose bør unngåes

**HIFU** (High Intensity Focused Ultrasound)

I Norge er kun myomer behandlingsindikasjon for HIFU, ikke adenomyose.

**Uterusbevarende reseksjon**

Adenomyosereseksjon (myomektomi-dårligere definerte sjikt) er forbeholdt enkelttilfeller og krever en høy grad av erfaring og kirurgiske ferdigheter. Det er anbefalt å forløse kvinner som har gjennomgått adenomyomektomi med elektivt keisersnitt mellom uke 36-38 grunnet risiko for ruptur.