

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
- Menorrhagi

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 uterinvolument. LNG-IUD har bedre effekt enn kombinerte p-piller på adenomyose med tanke på blødning, kroniske bekkensmerter og uterinvolument, 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 bekkenmerter, dyspareuni og uterinvolvum. Imidlertid er til dels tunge bivirkninger 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 unngås

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.