




## **Bilaga till rapport**

1 (6)

Endometrios – diagnostik, behandling och bemötande / Endometriosis – diagnosis, treatment and patients' experiences, rapport 277 (2018)

### **Bilaga 1** Kompletterande material till Kapitel 2 "Bakgrund"

## Stadieindelning av endometriosis enligt American Society for Reproductive Medicine, ASRM



### AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS

Patient's name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Stage I (Minimal) - 1-5      Laparoscopy \_\_\_\_\_ Laparotomy \_\_\_\_\_ Photography \_\_\_\_\_

Stage II (Mild) - 6-15      Recommended treatment \_\_\_\_\_

Stage III (Moderate) - 16-40      \_\_\_\_\_

Stage IV (Severe) - > 40      Prognosis \_\_\_\_\_

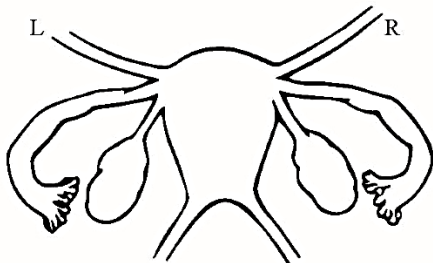
ENDOMETRIOSIS		<1 cm	1-3 cm	>3 cm
Peritoneum	Superficial	1	2	4
	Deep	2	4	6
Ovary	R Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	L Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION			Partial	Complete
			4	40
Ovary	ADHESIONS	<1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	>2/3 Enclosure
	R Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	L filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
Tube	R Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16
	R Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16

\*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.

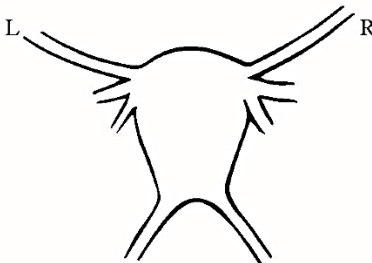
Additional endometriosis: \_\_\_\_\_

Associated pathology: \_\_\_\_\_

To Be Used with Normal Tubes and Ovaries

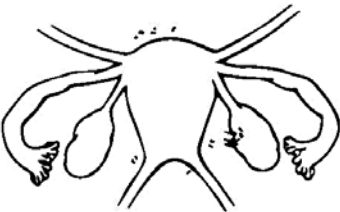


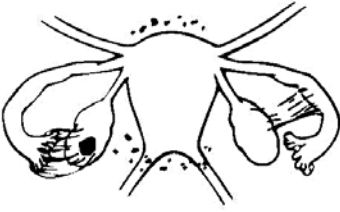




To Be Used with Abnormal Tubes and Ovaries



For additional supply write to: American Society for Reproductive Medicine, 1209 Montgomery Highway, Birmingham, Alabama 35216-2809

**Figur 1** American Society for Reproductive Medicine revised classification of endometriosis, 2016. Publicerad med tillstånd från ASRM (American society for reproductive medicine).

STAGE I (MINIMAL)			STAGE II (MILD)			STAGE III (MODERATE)		
								
PERITONEUM			PERITONEUM			PERITONEUM		
Superficial Endo	-	1-3cm 2	Deep Endo	-	> 3cm 6	Deep Endo	-	> 3cm 6
R. OVARY			R. OVARY			CULDESAC		
Superficial Endo	-	< 1cm 1	Superficial Endo	-	< 1cm 1	Partial Obliteration		4
Filmy Adhesions	-	< 1/3 1	Filmy Adhesions	-	< 1/3 1	L. OVARY		
TOTAL POINTS		4	L. OVARY			Deep Endo	-	1-3cm 16
			Superficial Endo	-	< 1cm 1	TOTAL POINTS		26
			TOTAL POINTS		9			
STAGE III (MODERATE)			STAGE IV (SEVERE)			STAGE IV (SEVERE)		
								
PERITONEUM			PERITONEUM			PERITONEUM		
Superficial Endo	-	> 3cm 4	Superficial Endo	-	> 3cm 4	Deep Endo	-	> 3cm 6
R. TUBE			L. OVARY			CULDESAC		
Filmy Adhesions	-	< 1/3 1	Deep Endo	-	1-3cm 32 **	Complete Obliteration		40
R. OVARY			Dense Adhesions	-	< 1/3 8 **	R. OVARY		
Filmy Adhesions	-	< 1/3 1	L. Tube			Deep Endo	-	1-3cm 16
L. TUBE			Dense Adhesions	-	< 1/3 8 **	Dense Adhesions	-	< 1/3 4
Dense Adhesions	-	< 1/3 16 *	TOTAL POINTS		52	L. OVARY		
L. OVARY						Deep Endo	-	1-3cm 16
Deep Endo	-	< 3cm 4				Dense Adhesions	-	> 2/3 16
Deep Adhesions	-	< 1/3 4				L. Tube		
TOTAL POINTS		30				Dense Adhesions	-	> 2/3 16
						TOTAL POINTS		114

\* Point assignment changed to 16  
\*\* Point assignment doubled

Determination of the stage or degree of endometrial involvement is based on a weighted point system. Distribution of points has been arbitrarily determined and may require further revision or refinement as knowledge of the disease increases.

To ensure complete evaluation, inspection of the pelvis in a clockwise or counterclockwise fashion is encouraged. Number, size and location of endometrial implants, plaques, endometriomas and/or adhesions are noted. For example, five separate 0.5cm superficial implants on the peritoneum (2.5cm total) would be assigned 2 points. (The surface of the uterus should be considered peritoneum.) The severity of the endometriosis or adhesions should be assigned the highest score only for peritoneum, ovary, tube or culdesac. For example, a 4cm superficial and a 2cm deep implant of the peritoneum should be given a score of 6 (not 8). A 4cm deep endometrioma of the ovary associated with more than 3cm of superficial disease should be scored 20 (not 24).

In those patients with only one adnexa, points applied to disease of the remaining tube and ovary should be multiplied by two. \*\*Points assigned may be circled and totaled. Aggregation of points indicates stage of disease (minimal, mild, moderate, or severe).

The presence of endometriosis of the bowel, urinary tract, fallopian tube, vagina, cervix, skin etc., should be documented under "additional endometriosis." Other pathology such as tubal occlusion, leiomyomata, uterine anomaly, etc., should be documented under "associated pathology." All pathology should be depicted as specifically as possible on the sketch of pelvic organs, and means of observation (laparoscopy or laparotomy) should be noted.

PROPERTY OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE

REVIEWED 2016

Figur 1 Fortsättning.

## Metoder för diagnostik

Inför ett planerat kirurgiskt ingrepp är det av speciell vikt att känna till om det finns djup endometriosis i tarmen, eftersom tarmendometriosis innebär risk för tarmresektion, vilket kräver specifik kirurgisk kompetens. Likaså är det viktigt att veta om endometriosen påverkar urinledarna. Det kan finnas behov av att lägga in katetrar i urinledarna innan operationen för att minska risken för att skada urinledarna. Vid fynd av djup endometriosis ska njurarna undersökas avseende hydronefros (ansamling av urin i njurbäckenet som tecken på förträngning av urinledarna). En sammanvuxen fossa Douglasi är ett tecken på utbredd adherensbildning som indikerar besvärlig kirurgi och behov av skicklig kirurg, som är van att operera endometriospatienter. Av detta följer att om bildgivande diagnostik visar bild som vid endometriom, adenomyos eller djup endometriosis, är det viktigt att så noggrant som möjligt kartlägga utbredningen av sjukdomen. Adhärenser kan vara tecken på endometriosis. Fynd av djup endometriosis på en lokalisering innebär ofta risk för djup endometriosis på fler lokaliseringer.

Ultraljud är den mest lättillgängliga metoden för att diagnostisera endometriosis. Den används av de flesta gynekologer och apparaturen är förhållandevis billig. En ultraljudsundersökning är ofarlig, den kräver inga förberedelser, och kontraindikationer saknas. En vaginal (eller rektal) ultraljudsundersökning har den unika egenskapen jämfört med datortomografi, DT och magnetresonans tomografi, MR, att den är dynamisk och interaktiv. Ultraljudsundersökaren kan i samverkan med patienten kartlägga vilka organ eller områden i lilla bäckenet som är smärtsamma (t.ex. för att utröna om ett område med djup endometriosis kan förklara patientens smärta) och om organen är fritt rörliga eller fixerade. Fixerade organ tyder på sammanväxningar. Kartläggningen sker genom att man trycker på organ eller områden i lilla bäckenet med ultraljudsgivaren eller med den fria handen och samtidigt kommunicerar med patienten. En vaginal ultraljudsundersökning kan, om det behövs, kombineras med infusion av gel i vagina (sonovaginografi) för att bättre framställa förhållandena i vaginalfornix (översta delen av vagina) och septum rektovaginale, eller med infusion av vätska i tarmen (Rectal Water Contrast Transvaginal Sonography, RWC-TVS), för att studera grad av tarmförträngning vid tarmendometriosis.

MR-undersökning av lilla bäckenet kräver att patienten är fastande fyra timmar innan undersökningen. Inför undersökningen ges två intravenösa injektioner, en med kontrastmedel

och en med ett medel som hämmar tarmperistaltiken. Patienten ligger på en brits, som förs in i en så kallad magnetunnel. Patienten måste ligga helt stilla när bilderna tas, då minsta rörelse skapar artefakter i bilden. Ett högt, mekaniskt, knackande ljud hörs från apparaten när bilderna tas, varför patienten förses med hörselskydd. En MR-undersökning av lilla bäckenet tar minst 20 minuter men kan ta betydligt längre tid. MR-undersökningen kan kompletteras med infusion av gel i vagina och rektum för att förbättra möjligheterna att kartlägga förhållandena i fossa Douglasi (dvs. området mellan bakre väggen av livmoderhalsen, vaginalfornix, och främre väggen av ändtarmen), vaginalfornices och septum rektovaginale (området mellan slidan och ändtarmen). Det intravenösa kontrastmedel som används vid MR-undersökning kan ge allvarliga komplikationer om det ges till patienter med nedsatt njurfunktion. Förutom nedsatt njurfunktion, finns en rad andra kontraindikationer för MR-undersökning, till exempel pacemaker, ferromagnetiska implantat, klaustrofobi, och allvarlig allergi. En MR-undersökning utsätter inte patienten för röntgenstrålning.

DT kan användas för att påvisa endometrios i tarmen, men framför allt används DT för att kartlägga exakt lokalisering och utbredning av tarmendometrios inför ett planerat kirurgiskt ingrepp. Undersökningen kan då göras i form av "water-enema" DT (vattenlavemang DT). Patienten måste äta fiberfri kost tre dagar innan undersökningen och ges lavemang dagen innan undersökningen. I samband med undersökningen ges två intravenösa injektioner: ett preparat som minskar tarmperistaltiken samt ett jodhaltigt kontrastmedel. Flera liter vätska infunderas i tarmen via ändtarmsöppningen, vilket kan upplevas som obehagligt.

Kontrastmedlet kan utlösa allergisk reaktion. En DT-undersökning av tjocktarmen kan också göras i form av DT-kolonografi. Även denna undersökning föregås av flera dagars fiberfri kost samt lavemang. I vissa fall får patienten svälja kontrastmedel, i andra ges intravenös kontrast. Vid DT-kolonografi sprutas 3–3,5 liter rumsluft in via ändtarmen. En DT-undersökning utsätter patienten för röntgenstrålning. Kontraindikationer för DT är till exempel jodallergi och graviditet.

Tjocktarmsröntgen kan användas för att diagnosticera tarmendometrios men också för att uppskatta graden av tarmförträngning inför ett planerat operativt ingrepp. Patienten måste äta fiberfri kost och ges lavemang före undersökningen. I samband med undersökningen sprutas först kontrast och därefter luft in i tjocktarmen via ändtarmen ("dubbel kontrast"), ibland

sprutas endast kontrast in ("enkel kontrast"). Undersökningen tar minst 40 minuter och utsätter patienten för röntgenstrålning.

Vid koloskopi undersöks insidan av tjocktarmen med ett smalt, böjligt instrument, så kallat endoskop. Detta förs in i tjocktarmen via ändtarmsöppningen. Via fiberoptik överförs bilden av tarmens insida till en bildskärm. Patienten måste äta fiberfri kost och ges lavemang innan undersökningen. Ibland sprutas luft eller vatten in i tarmen under koloskopin. Undersökningen tar 15 till 60 minuter. En ovanlig komplikation är tarmperforation.