

## **Kirurgisk behandling af peritoneal endometriose.**

### **Forfattere:**

**Torur Dalsgaard**

**Axel Forman**

### **Korrespondance:**

### **Status**

Første udkast:13/9-2010

Diskuteret på Hindsgavl dato:

Korrigeret udkast dato:

Endelig guideline dato

Guideline skal revideres seneste dato:

### **Indledning:**

#### **Baggrund:**

### ***Effekt af kirurgisk behandling af peritoneal endometriose på smerter***

Indtil videre foreligger der kun 3 publicerede randomiserede studier som undersøger effekten af laparoskopisk kirurgisk behandling af underlivssmerter hos patienter emd endometriose. Alle 3 studier er belastet af metodologiske begrænsninger dels i form af små patientpopulationer, kort follow-up og stort frafald. I alle tre studier angives der blev foretaget excision eller destruktion af alle synlige forandringer. Man må formode, at dette afspejler, at der i hvert fald i overvejende grad har været tale om peritoneale forandringer, da der ellers burde have været information om antal patienter med dybt infiltrerende endometriose og eventuel invækst i rectum mm, henholdsvis antal, størrelse af eventuelle endometriomer. For begge endometriositypers vedkommende ville man også forvente detaljerede oplysninger om den anvendte oerative teknik.

Sutton et al (1994) undersøgte effekten af laserevaporering vs. diagnostisk laparoscopi hos 63 kvinder med minimal-moderat endometriose (grad 1-3). Der blev ikke givet postoperativ hormonal behandling. Ved 6 mdr. follow-up havde 63 % af de laseropererede (n=32) signifikant færre smerter end før operationen, mod 23 % i kontrolgruppen (n=31). Patienter med minimal endometriose havde dårligere effekt af laserbehandlingen end patienter med mere udtalte forandringer. Der er i et

efterfølgende arbejde publiceret 7 års opfølgning af de indgående patienter. Ca 50% af den aktivt behandlede gruppe fik foretaget yderligere kirurgi. Der er i dette arbejde ingen oplysninger om risikoen for smerterecidiv i relation til anvendelsen af P-piller eller anden hormonal behandling

Abbott et al (2004) undersøgte effekten af kirurgisk excision af synlig endometriose hos 39 patienter med minimal-svær endometriose (grad 1-4), dog havde mindre end halvdelen af patienterne endometriose grad 1-2. Efter 6 mdr. havde 80 % af de kirurgisk exciderede (n=20) færre smerter end før operationen, det samme galdt 32 % af de sham-opererede (n=19).

Alle patienter blev tilbudt reoperation efter 6 måneder mhp. kirurgisk excision af synlig endometriose, dette blev gennemført på i alt 33 af patienterne, 15 fra excisionsgruppen og 18 fra shamgruppen. Her blev der i excisionsgruppen fundet biopsiverificeret recidiv hos 43%, og 1 patient havde mere udtalt endometriose end forud for det primære indgreb. Hos 88% var endometriosen dog alt i alt mindre udtalt end ved det primære indgreb.

Ved 12 mdr.s follow-up (6 mdr. efter den anden laparoskopiske operation) rapporterede 53 % af de primært opererede patienter færre smerter sammenlignet med 83 % af de primært shamopererede.

Jarrell et al (2005) undersøgte effekten af kirurgisk excision af synlig endometriose hos 29 patienter med minimal-moderat endometriose (grad 1-3). Der blev lavet follow-up hver 3. måned i et år, men kun hhv. 9 patienter i excisionsgruppen og 7 patienter i shamgruppen gennemførte hele studiet. Der kunne ikke påvises signifikant forskel mellem de to grupper i andelen af patienter der havde reduceret smertescorere efter operationen (hhv. 45 og 33 %).

#### *Effekt af postoperativ hormonal behandling på recidiv af smerter efter kirurgisk behandling*

Postoperativ behandling med P-piller nedsætter risikoen for recidiv af endometriosecyster på ovariet (Vercellini et al 2010), men der findes ingen specifikke studier angående peritoneal endometriose.

Sesti et al (2007) undersøgte i et randomiseret, placebokontrolleret, ublindt studie effekten af 6 måneders postoperativ behandling med P-piller, GnRh analog eller diætbehandling, hos patienter som var konservativt opereret for stadium III – IV endometriose. I alle indgående grupper udgjorde patienter med peritoneal endometriose 35-40% af det samlede antal. P-piller var monofasiske og blev givet kontinuert. Såvel P-piller som GnRH analoger bevirkede signifikant lavere smerteniveau (dysmenoré, intermenstruelle smerter og dyb dyspareuni), sammenlignet med placebo. For P-pillerne svarer dette til fund efter kirurgisk behandling for ovariel endometriose (Vercellini et al 2010)

Diætbehandlingen bestod af en uspecificeret blanding af vitaminer, mineraler, bakteriekulturer og fiskeolier. Dette havde effekt på linje med behandling med P-piller og GnRH analoger.

Der foreligger ingen studier af den recidivprofylaktiske effekt af gestagenspiralen, eller af systemisk gestagenbehandling

### ***Effekt af kirurgisk behandling af peritoneal endometriose på fertilitet***

Der foreligger indtil nu kun 2 publicerede randomiserede studier, som belyser effekten af kirurgisk behandling af peritoneal endometriose på postoperativ spontan fertilitet, begge er multicenterstudier. Der foreligger ingen randomiserede studier som belyser effekten af kirurgisk behandling af peritoneal endometriose forud for assisteret reproduktion.

Marcoux et al (1997) undersøgte effekten på den postoperative fekunditet af resektion/ablation af peritoneal endometriose hos 348 patienter med minimal eller mild endometriose (grad 1-2). I interventionsgruppen fik 78 % af patienterne destrueret endometrioseforandringerne med diatermi, 19 % ved laserevaporation og 3 % ved en kombination af disse to teknikker. Patienterne blev fulgt 36 uger efter operationen, og de patienter der blev gravide blev fulgt til 20. graviditetsuge. I interventionsgruppen blev 30,7 % gravide, mens 17,7 % blev gravide i sham-gruppen.

Parazzini et al (1999) undersøgte 96 kvinder på under 36 år med uhonoreret graviditetsønske gennem mere end 2 år og diagnosticeret minimal eller mild endometriose (grad 1-2). De blev randomiseret til laparoskopisk resektion/ablation af synlig endometriose eller diagnostisk laparoskopi (sham-operation), og herefter fulgt i 1 år mhp. spontan graviditetsrate. Fødselsraten efter 1 år var 19,6 % i resektions/ablations-gruppen og 22,2 % i sham-gruppen, og konklusionen var at studiet ikke kunne understøtte hypotesen om at resektion/ablation af synlig endometriose signifikant øger fertilitetsraten.

En Cochrane metaanalyse af de to studier finder dog fortsat en lille men signifikant effekt af kirurgisk fjernelse af peritoneal endometriose på fekunditeten, primært pga. Parazzini-studiets lille størrelse.

## **Definitioner:**

## **Afgrænsning af emnet:**

## **Litteratur søgningsmetode:**

Litteratur søgning afsluttet dato:

## **Problemstilling**

Der er to potentielle formål med kirurgisk behandling af peritoneal endometriose: Behandling af smerter eller infertilitet.

Peritoneal endometriose defineres som endometrioseforandringer på peritoneum med en dybde på under 3 mm. I denne guideline har vi forsøgt at forholde os til kirurgisk behandling af patienter som udelukkende har peritoneal endometriose, dvs. grad 1-2 (ASRM-score) eller minimal/mild endometriose, idet effekten af kirurgisk behandling af peritoneal endometriose hos patienter der samtidig har dyb endometriose og/eller endometriomer (ASRM grad 3-4 eller moderat/svær endometriose) er yderst vanskelig at bedømme.

## **Resume af evidens**

1. Peritoneal endometriose kan behandles kirurgisk ved laparoskopisk laserevaporation eller excision. Der er ingen evidens for at den ene metode er bedre end den anden mht. bedring af smerter. (1a)
2. Laparoskopisk laserevaporering eller kirurgisk excision af synlig peritoneal endometriose reducerer underlivssmerter 12 mdr. efter operationen, effekten er mindst hos patienter med minimal endometriose. (1a)
3. Hos patienter, der ikke får efterfølgende medicinsk behandling kan der hos ca 40% ved biopsi påvises recidiv efter 6 måneder (1b)
4. Cirka halvdelen får behov for yderligere kirurgisk behandling på et senere tidspunkt (IIb)
5. Risikoen for smerterecidiv nedsættes ved postoperativ hormonal behandling (IIa)
6. Laparoskopisk resektion/ablation af synlig peritoneal endometriose øger den spontane graviditetsrate hos patienter med minimal eller mild endometriose. (IIa)

### **Kliniske rekommandationer**

1. Patienter som diagnosticeres med peritoneal endometriose ved laparoscopi pga. smerter skal have fjernet al synlig endometriose ved laserevaporering eller excision. (A)
2. Omkring halvdelen vil på et senere tidspunkt få behov for yderligere kirurgi hvis der ikke rutinemæssigt gives recidivprofylaktisk behandling. (B)
3. Patienter med uhonoreret graviditetsønske som ved laparoscopi har peritoneal endometriose skal have fjernet al synlig endometriose ved laserevaporering eller kirurgisk excidering. (B)

### **Referencer:**