

Symptomerne på infiltrerende tarmendometriose kan variere (**Tabel 1**). Et særligt kendetegn er cyklisk variation i smerterne, således at abdominalsmerterne er værst under menstruation. Det bør indskræpes, at kvinder, som er i den fertile alder og har



TABEL 1

Nøglesymptomer ved infiltrerende tarmendometriose

Dysmenorré
Underlivssmerter
Perimenstruelle smerter
Vekslede afføringsmønstre
Obstipation
Rektal blødning
Smerter ved samleje
Smerter ved afføring
Smerteophør ved p-pillebrug

længerevarende abdominalsmerter og et eller flere nøglesymptomer, bør henvises til præoperativ gynækologisk vurdering, hvor der kan foretages transvaginal ultralydskanning, som er en hurtig og effektiv ambulant undersøgelse for infiltrerende endometriose [3].

Ved kirurgisk behandling af infiltrerende tarmendometriose er laparoskopisk tarmresektion at foretrække frem for tarmresektion ved laparotomi pga. hurtigere rekonvalescens, færre postoperative komplikationer, mindre blodtab og højere postoperativ fertilitetsrate [5]. Kvinder med infiltrerende tarmendometriose bør henvises til en afdeling, hvor man har højt specialiseret funktion inden for dette område, og behandlingen kan foretages af et tværfagligt team af erfarne organkirurger og gynækologer.

SUMMARY

Sigurd Beier Sloth & Mikkel Seyer-Hansen:

Patients with diagnostic challenging intestinal involvement of the endometriosis

Ugeskr Læger 2014;176:V12120686

A considerable proportion of women with endometriosis have intestinal involvement of the endometriosis. Intestinal endometriosis (IE) often results in abdominal pain and thus mimics the symptoms of other bowel diseases, including colon cancer. As a consequence, some women with IE are initially referred to general surgery and treated under suspicion of colon cancer. This case report demonstrates the diagnostic challenges and describes the key symptoms of IE. Women with key symptoms should be referred to a gynaecological department for transvaginal ultrasonography. The optimal surgical treatment for IE is laparoscopically assisted bowel resection.

KORRESPONDANCE: Sigurd Beier Sloth, Health, Aarhus Universitet, Brendstrupgaardsvej 100, 8200 Aarhus C. E-mail: sigurd@studmed.au.dk

ANTAGET: 12. februar 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 15. juli 2013

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. Hum Reprod 1991;6:544-9.
2. Setälä M, Savolainen H, Kossi J et al. Deeply infiltrating disease in surgically treated endometriosis patients. Acta Obst Gynecol Scand 2011;90:468-72.
3. Piketty M, Chopin N, Dousset B et al. Preoperative work-up for patients with deeply infiltrating endometriosis: transvaginal ultrasonography must definitely be the first-line imaging examination. Hum Reprod 2009;24:602-7.
4. Sundhedsstyrelsen. Cancerregisteret 2010. www.sst.dk (17. dec 2012).
5. Darai E, Dubernard G, Coutant C et al. Randomized trial of laparoscopically assisted versus open colorectal resection for endometriosis: morbidity, symptoms, quality of life, and fertility. Ann Surg 2010;251:1018-23.