

**Endometriose
Foreningen**

Artikelsamling # 4

**Endometriose
på tarmene**

Endometriose på tarmene

Oversættelse av Kapittel 4 fra *The Endometriosis Sourcebook* med special tilladelse fra Mary Lou Ballweg, the Endometriosis Association og Contemporary Publishing. Oversat af Diane Morenskog.

Endometriose i eller på tarmene (Endometriosis in or on the Bowels)

Fire grupper av tarmproblemer ser ut til å oppstå hos kvinner med endometriose. Den første og mest åpenbare er problemer på grunn av direkte endometriose på eller i tarmene. Endometriose på tarmene; oftest på nederste delen av fordøyelsessystemet (på sigmoideum =nederste del av tykktarm, på veggen mellom rektum og vagina, og på rektum) kan føre til smertefulle tarmbevegelser, en følelse av tyngde i rektum og at det haster å tømme seg, blod i avføring og i verste fall delvis eller full blokkasje i tarmen. Det siste er sjeldent.

Ifølge den medisinske læreboken *Endometriosis*, redigert av Dr. Emery Wilson, vil 10 til 15% av kvinner med endometriose ha betydelig gastrointestinal sykdom (altså at endometriose er lokalisert på eller i tarmen). En annen kilde sier at så mye som 37% av kvinner med endometriose har gastrointestinal involvering.

Det er mulig at tallene faktisk er høyere fordi gynekologer primært fokuserer på de reproduktive organene: Spesialister innen endometriose ville selvfølgelig undersøke tarmene nøye, spesielt på slutten på tykktarmen. Selv om de er på utkikk etter endometriose på tarmene gjør lengden på tarmene at det lett kan oversees. Tykktarmen; hvor endometriose oftest oppstår, er ca. 1,5 meter lang; tynntarmen er ca. 6 meter lang.

De samme behandlingsmetoder er brukt for tarm-endometriose som for annen endometriose. Hormonellt blir GnRH-medisiner, Danazol, progestiner (synetisk progesteron) og P-piller brukt.

Ledende endometriose-spesialister anbefaler kirurgisk fjerning av tarm-endometriose. De fleste endometriose-implanter (flekker) er; ifølge dr. Malinak og dr. Wheeler i dr. Wilsons lærebok, "overfladiske og kan fjernes vha elektrokoagulering/laser eller ved å bli skåret vekk. Noduler (småcyster) som har invadert tarmveggen må skjæres vekk." (Overfladisk betyr på overflaten og ikke trengt inn i tarmveggen. Selv når cyster eller flekker har invadert, er det som regel kun i de ytterste lag av tarmveggen og ikke helt gjennom tarmen, selv om det siste er mulig og selvfølgelig mye mer alvorlig).

Disse og andre eksperter går videre med å forklare at kvinner med alvorlig endometriose med involvering av fordøyelsessystemet bør ha tarmene tømt og rensset før større operasjoner i forbindelse med endometriose slik at ødelagt tarm kan fjernes hvis det viser seg at endometriosen har trengt dypt inn i tarmveggen. "Det er alltid å foretrekke å forberede pasienten på mulig tarmkirurgi som det senere viser seg ikke trenger det, enn å risikere å ikke forberede en pasient som trenger det." sier to andre eksperter dr. Grunert og dr. Franklin i Wilsons bok. De sier videre at hvis behovet for tarmkirurgi er forventet (basert på undersøkelser før kirurgi) bør en generell kirurg/tarmkirurg være tilgjengelig. Legene Grunert og Franklin sier de er blitt mer aggressive i kirurgisk behandling av tarm-endometriose ettersom de får mer og mer erfaring med det.

I boken "*Gynecology: Principles and Practice*" uttaler legene Barbieri og Kistner også at "små endometriose-implanter skal fjernes." Imidlertid skriver de at når det er større utbredelse av endometriose "siden bilateral oophorectomy [fjerning av begge eggstokker] vil føre til permanent opphør av sykdommen, bør denne prosedyren foretrekkes fremfor fjerning av store tarmseksjoner." (Det er mulig at uten øyeblikkelig hormonerstatning etter fjerning av eggstokkene at resterende endometriose på tarmen vil "dø ut", men dessverre viser uttallige rapporter at sykdommen ofte fortsetter etter fjerning av eggstokkene hos dem som har alvorlig endometriose. Dette virker særlig sannsynlig hvis mengden endometriose på tarmene var alvorlig nok til å indikere behov for fjerning av store deler av tarmen. Endometriose-spesialister som stadig oppdaterer sine kirurgiske teknikker har nå funnet frem til nye metoder for å fjerne deler av tarmen, og trenden går nå på å forsøke å fjerne den berørte delen av tarmen.

En gynekolog som bare er opplært i tradisjonell kirurgiske teknikker og elektrokoagulering ("brenning") har en ulempe i forhold til å behandle endometriose på/i tarmene på grunn av generell motvilje mot kirurgi i nærheten av eller på organer som ikke er en del av de reproduktive organer og fordi det ikke er mulig å kontrollere dybden av vev som blir ødelagt via elektrokoagulasjon. Denne mangelen på kontroll er særlig viktig for tarmen ettersom et kutt eller brenning som går for dypt kan føre til lekkasje av tarminnhold inn i bukhulen. Bakterier og andre mikroorganis-

mer fra tarmen, i tillegg til avføring, kan føre til peritonitis, en alvorlig og potensiell dødelig betennelse i bukhinnen. Bruken av laser og kniv kan være bedre kirurgiske metoder for å fjerne endometriose på tarmene. (Se kap. 2 for videre diskusjon av kirurgi dypt i vev.)

Legene Malinak og Wheeler skriver videre i "Endometriosis": "Elektrokoagulasjon (brenning) - spesielt unipolar - bør unngås i områder nær tarmen, blære, urinledere og brede ligamenter siden kontrollen over dybden av vevsødeleggelse er mye mindre enn ved bruk av carbon dioxide laser. "

De går videre med å uttale viktigheten av "presis snitt av vev med en veldig grunn dybde av vevsødeleggelse" ved bruk av carbon dioxide laser i forbindelse med kirurgi på grunn av infertilitet. Det samme behovet for minimal vevsødeleggelse og presis kontroll eksisterer ved kirurgi for tarm-endometriose.

På tross av anbefalinger fra eksperter, "Mangelen på fullstendig fjerning av endometriose i cul-de-sac (området mellom livmor og rektum; fossa Douglasi på norsk) eller endometriose i området mellom rektum og sigmoideum, er vanlig." skriver legene Grunert og Franklin. Årsaken til mangelfull kirurgi på dette området skyldes manglende evaluering av pasienten før kirurgi, ufullstendig forberedelse av pasienten (tarmrensing), "en uforståelig tilbakeholdenhet mot kirurgi, en manglende forståelse for egenskapene til denne sykdommen og troen på at medisinsk behandling på en eller annen måte vil "ta knekken på" endometriose som er for vanskelig å fjerne kirurgisk...."

"Endometriose på tarmen blir ofte ikke rørt under operasjoner og smerte kan fortsette selv om andre metoder er forsøkt for å lindre,." ifølge dr. Dean Sharpe, en generell kirurg som har samarbeidet med dr. David Redwine ved St. Charles Medical Center i Oregon, USA ved kirurgisk behandling av tarm-endometriose. Blant årsakene til dette sier han at tarm-endometriose er vanskelig å detektere før kirurgi, de fleste pasienter er ikke forberedt for mulig tarm-kirurgi og en kirurg kompetent til å utføre dette er vanligvis ikke involvert i operasjonen. (De fleste gynekologer er ikke utdannet i tarmkirurgi). Dr. Sharpe sier : "Fullstendig fjerning av den syke delen av tarmen er normen, selv når ikke endometriosen har trengt dypt inn i tarmveggen."

Med andre ord, endometriose på tarmen blir ikke behandlet kirurgisk, selv om det av noen kirurger lett kunne takles ved enkel fjerning uten fullstendig snitt gjennom tarmveggen. Av andre blir sykdom på tarmene rett og slett ignorert eller behandlet med hormoner, uten hensyn til egenskapene til endometriose

sevevet. Dr. Sharpe argumenterer at "ved å liberalt forberede pasienten på tarmkirurgi og ved å kombinere egenskapene til både gynekologer og generelle kirurger, og ved å følge den filosofi at all sykdom (heller enn organer som f.eks eggstokker) skal fjernes for optimal smertereduksjon, føler jeg at vi har utviklet en positiv ny retning ved behandling av endometriose på tarmen."

Tarmproblemer pga. sammenvoksninger

En annen gruppe tarmproblemer ser ut til å oppstå i kvinner med endometriose relatert til sammenvoksninger. Tarmsymptomer kan være resultat av sammenvoksninger som "trekker" på tarmene selv om det ikke er aktiv endometriose på tarmen. Sammenvoksninger kan oppstå fra sykdommen selv eller fra kirurgi på grunn av sykdommen. Spesialister anbefaler forsiktighet ved endometriose-kirurgi for å redusere sjansen for sammenvoksninger. Symptomer fra sammenvoksninger er ganske like symptomer fra aktiv endometriose. Sammenvoksninger ser ut til å gi smerte etter aktiviteter som kan strekke dem, slik som mosjon, samleie og gynekologiske undersøkelser. Hvis sammenvoksningene trekker på tarmene kan de samme aktivitetene gi tarmsymptomer. (Se artikkel om sammenvoksninger i kap. 2).

Tarmsymptomer og Prostaglandiner

Tilstedeværelsen av tarmsymptomer indikerer ikke nødvendigvis endometriose på eller i tarmsystemet eller en gang at det er sammenvoksninger på tarmene. Vår tredje gruppe av symptomer ser ut til å oppstå i mange kvinner med endometriose som ikke har bevis for endometriose på tarmene, på samme måte som hos de kvinner som har sammenvoksninger. Disse symptomene fra fordøyelsen er vanligvis på sitt verste ved menstruasjonen. De inkluderer symptomer som diarè, kvalme og oppkast, og generell uvelfølelse i mage-tarmsystemet (noen ganger beskrevet som en ekkel "hoppende følelse" i tarmene). Disse er velkjente symptomer ved primær dysmenorrhea. Primær dysmenorrhoea er smertefulle menstruasjoner, diarè, fordøyelsesproblemer under mens, noen ganger kvalme og oppkast, svimmelhet og besvimelse, hete- og kuldetokter, hodepine og andre ubehageligheter som skyldes en ubalanse i prostaglandiner.

Prostaglandiner er substanser som kontrollerer glatt muskulatur som blir styrt av det autonome nervesystemet. Disse musklene forårsaker sammentreknninger i livmoren, forandrer blodkars diameter og regulerer tarmaktivitet. Prostaglandiner produseres av livmorlimhinnen, av endometrisevev og av makrofager. Den samme ubalansen i prostaglandinene i

funksjon ved primær dysmenorrhea har vært dokumentert i peritoneal væske hos kvinner med endometriose. (Årsaken til ubalansen er ukjent, selv om mange faktorer er potensielt involvert - ubalanse i moderne matforsyning av essensielle fettsyrer som kroppen vår produserer prostaglandiner fra; overaktivitet eller feilfunksjon av makrofager på grunn av toksiner, allergier, virus; eller andre utløsende faktorer som *Candida Albicans*.) En større studie dokumentert i *the Journal of the American Medical Association* fant at primær dysmenorrhea var en risikofaktor for endometriose - dvs at kvinner med primær dysmenorrhea hadde større sannsynlighet for å utvikle endometriose.

Primær dysmenorrhea og endometriosis ser ut til å være del av det samme bildet, med mild primær dysmenorrhea i den ene enden og alvorlig endometriose i den andre. Dette er et konsept som *the Endometriosis Association* har bemerket siden 1983, men både kvinner og leger ignorerer stadig primær dysmenorrhea og anser det som uviktig eller "normalt".

Dr. Penny Budoff beskriver effekten av denne ubalansen i sin bok *No More Menstrual Cramps and Other Good News* :

L Livmorslimhinnen [og vi tilføyer endometriose] produserer to prostaglandiner; prostaglandin E og prostaglandin F. (8 grupper er identifisert så langt, fra A til I). Deres nivåer øker når menstruasjon nærmer seg. De høyeste nivåer er når blødningene starter. Prostaglandin F fører antagelig til en større økning av muskeltonus og sammen trekninger av livmoren enn prostaglandin E. Når prostaglandiner blir produsert i overflod, eller når mengden av F er større enn E, er livmoren overaktiv, trekker seg sammen for mye og skaper kramper og smerte. Livmoren trekker seg så kraftig sammen at livmor-blodkar blir trukket sammen og dermed blokkerer blodforsyningen. Denne situasjonen er veldig likt det som skjer i hjertet når dens blodforsyning blir blokkert av en blodpropp eller på grunn av kramper i blodkar ved et hjerteinfarkt. Hjertet er også en muskel og når det lider under nedsatt blodforsyning er smertene (angina) enorme. Resultatet er det samme i begge tilfeller; smerte oppstår når muskelen ikke får nok oksygen fordi blodforsyningen er blokkert. Smerten ved primær dysmenorrhea er analog smerten ved et hjerteinfarkt.

L Noen av de overflødige prostaglandinene unnslipper livmoren og går inn i blodbanen, hvor de kan påvirke annen glatt muskulatur i kroppen før de (prostaglandinene) blir ødelagte. Muskulaturen i

tarmen blir stimulert og trekker seg sammen for fort og "propellerer" maten gjennom fordøyelsesystemet med diarè som resultat. Muskulaturen i blodkar kan få blodkarene til å trekke seg sammen og utvide seg Dette er grunnen til at noen kvinner får hete- og kuldetokter. Og noen kvinner kan besvime fordi en plutselig utvidelse av blodkarene fører til en opphopning av blod i legger og føtter, noe som fører til for lite blod og oksygen til hjernen.

For mer informasjon om prostaglandiner og endometriose, se kap.16 i første bok *Overcoming Endometriosis*.

Fordøyelsessymptomer og Candidiasis

Det finnes en annen gruppe av fordøyelsessymptomer som kvinner med endometriose hyppig erfarer, som muligens er relatert til prostaglandin-gruppen. Disse innbefatter kronisk eller episodisk forstoppelse og diaré, buksmerter, luft og oppblåsthet, kløe ved endetarmsåpningen, og irritabel tykktarm (også kalt *spastisk colon* og *mucos colitis*). Alle disse symptomene kan også oppstå ved candidiasis, en tilstand av overfølsomhet overfor en sopp (*Candida Albicans*) eller en overvekst av soppen. *Candida Albicans* finnes i store mengder i tykktarmen og kan gi mange tarmsymptomer hvis den ikke blir holdt i sjakk. Mennesker med candidiasis utvikler typisk mange allergier, inkludert matallergi; noe som kan føre til fordøyelsessymptomer og andre symptomer. Ettersom vi har dekket dette problemet grundig hos kvinner med endometriose i vår første bok (*Overcoming Endometriosis*), vil vi ikke gå i detaljer her unntatt at vi noterer oss at kvinner med endometriose har funnet lindring av fordøyelsessymptomer ved å få riktig behandling av candidiasis.

Riktig diagnose og behandling av candidiasis kan være vanskelig å oppnå fordi det er relativt nytt og kontroversielt. Imidlertid, siden vi fortsetter å høre så mange historier om forbedring hos kvinner med endometriose som følger behandlingsprogrammet for candidiasis, vil det være en forsømmelse fra vår side å ikke gjøre leserene oppmerksom på dette. Så hvorfor, på tross av god forskning, er informasjonen relatert til candidiasis så kontroversiell? Det beste svaret er rett og slett motstand mot forandring, til ny informasjon som går på tvers av det som ble lært ved medisinstudier (som f.eks at *Candida Albicans* er ufarlig selv om ingen forstår dens rolle i kroppen). Legene James S. Goodwin ved *The Department of Medicine* og Jean M. Goodwin ved *The Department of Psychiatry* ved Universitet i New Mexi-

co's medisinske fakultet kaller dette for "tomat-effekten".

Deres artikkel "Tomat-effektenAvvisning av høyt effektive terapier" ble publisert i *Journal of the American Medical Association* i 1984. Den beskriver hvordan tomater ble avvist som mat av nord-amerikanere helt frem til det 20ende århundre fordi "alle visste at de var giftige". Faktisk ble denne myten avlivet delvis ved hjelp av offentlig demonstrasjon av "modige" mennesker som spiste tomater og beviste at de kunne spise tomater uten å dø på flekken av det :

L Tomat-effekten oppstår innen medisinen når en effektiv behandling av en bestemt lidelse er ignorert eller avvist fordi den ikke "stemmer overens" med aksepterte teorier om sykdomsmekanismer og virkningen av medisiner. Tomat-effekten har forsinket bruken av effektive medisiner, inkludert bruken av gull, colchicine og aspirin som behandling for flere typer leddartritt.

Moderne medisin er særlig sårbar overfor tomat-effekten. Det som går tapt på grunn av dette er de eneste tre kriterier som betyr noe ved valg av behandling: Virker det? Hvor giftig er det? Hvor mye koster det? Vi står i fare for å avvise en sunn, billig terapi til fordel for en alternativ behandling som kanskje er mindre effektiv og mer giftig..... Før vi aksepterer en behandling bør vi spørre : "Er dette en placebo?, og før vi avviser en behandling bør vi spørre: "Er dette en tomat?"

Motstand mot forandring er et vanlig karaktertrekk hos mennesker og finnes både hos leger og vitenskapsmenn så vel som hos andre mennesker. Men det er et farlig karaktertrekk med hensyn til for endometriose, siden endometriose er en sykdom uten svar. Svaret på årsaken, helbredelse, forebygging og bedre behandlingsmetoder av sykdommen kan kun komme ut fra ny informasjon eller ved å se på den informasjonen vi allerede har fra en annen vinkel.

Irritabel tykktarm og endometriose

Som det går klart frem fra de 4 gruppene av tarmproblemer og -symptomer som er beskrevet tidligere, lider kvinner med endometriose av mange fordøyelsesproblemer. Det er selvfølgelig ikke umulig å ha en tarmsykdom i tillegg til endometriose, mer som oftest viser det seg at standardprøver av tarmene er negative.

Kvinner med endometriose blir noen ganger fortalt at de har "irritabel tykktarm", en sekke-diagnose som brukes til å beskrive tarmproblemer når ingen annen diagnose er funnet. Blant 3020 kvinner med endometriose som har sin kasus beskrevet i vår forsk-

ningsdatabase¹, ble 85 (2,8 %) fortalt at de hadde irritabel tykktarm, colitis eller spastisk colon.

Irritabel tykktarm, colitis, spastisk colon er alle navnet på den samme tingen - en tilstand hvor de muskulære sammentrekningene i tarmen blir ukoordinerte, noe som fører til underlivskramper og smerte, forstoppelse og/eller diaré, kvalme, oppblåsthet, trang til avføring og gassdannelse. Når avføringen inneholder mye slim kan det bli kalt *mucous colitis*, en ikke-betennelsesaktig tilstand. (Vær oppmerksom på at det er flere andre typer colitis, som er ekte colitis - noe som betyr betennelse i tarmene. De andre typene er amebic, granulomatous, regional eller segmental, transmural og ulcerøs). Irritabel tykktarm er dobbel så vanlig hos kvinner som hos menn og starter som regel i tidlig voksen alder, ifølge *The AMA Family Medical Guide* (1987).

Årsaken til lidelsen er (ikke overraskende) ukjent; irritabel tykktarm er ofte påstått relatert til psykologiske problemer, standardforklaringen for mystiske problemer som enda ikke er forklart av vitenskapen (særlig hvis de primært rammer kvinner).

Vi tror at *ukoordinerte sammentrekninger i tarmene* høres mye ut som virkningen av overflødig prostaglandiner. Som diagnose er "irritabel tykktarm" i seg selv verdiløs. Når man leser om rådene som blir gitt for dette er det mye som å lese litteratur fra før 1980 om hva man skal gjøre for smertefull menstruasjon. Rådene som blir gitt er uklare, noen ganger selvmotigende (en gruppe medisiner som blir brukt kan føre til forstoppelse, en av symptomene på irritabel tykktarm), referanser er gjort mot ting som "hypokonderi, hysteri og depresjon"; noe som uunngåelig fører til at pasienten blir henvist til psykologisk terapi og det er klart at leger ikke liker å håndtere dette. ("Denne spesielle lidelsen er like frustrerende for pasienten som for legen", skriver en kilde. Skulle det ikke være omvendt?!) Tilslutt, noe nesten alle kvinne med endometriose vil gjenkjenne, blir pasienter med irritabel tykktarm fortalt: "Etterhvert vil du måtte lære deg å leve med og kontrollere dine egne symptomer."

¹ Fordi spørreskjemaet som ble brukt i databasen ikke spesifikt spør om irritabel tykktarm, men har heller et generelt spørsmål om "andre helseproblemer" er tallene her trolig for lave. Uformell observasjon av forfatteren (Mary Lou Ballveg; stifter og president av the Endometriosis Association i USA) gjennom årene indikerer at flere enn 2,8 % av kvinner med endometriose blir fortalt at de har irritabel tykktarm. Uansett er symptomene på irritabel tykktarm klart parallelle til fordøyelses-symptomene beskrevet av kvinner med endometriose og candidiasis.

Konklusjon

- hva kan gjøres med fordøyelsessymptomer

Så for å konkludere, hva kan du gjøre med fordøyelsessymptomer og endometriose annet enn å lære deg å leve med det? Vi foreslår at kvinner med endometriose og fordøyelsesproblemer gjør følgende:

1. Få behandling for endometriosen; som det står i brev fra kvinner med disse problemene gir behandling av endometriosen ofte lindring for fordøyelsesproblemene.
 2. Samarbeid med den beste legen du kan finne. Still spørsmål om hvordan legen din har tenkt å takle endometriose i eller på tarmen hvis det skulle bli oppdaget under en operasjon.
- Hvis du har store tarmforstyrrelser ved menstruasjonen og aldri har prøvd prostaglandin-hemmere; prøv dem. De virker kanskje ikke på den intense endometriosesmerten (selv om de hjelper noen

kvinner), men de kan hjelpe til med å minske fordøyelsessymptomene, kvalme/oppkast, og hete-/kuldetokter som så mange kvinner med endometriose opplever under menstruasjonen.

4. Spis så sunt som mulig. Overvei å eliminere eller skjære ned på ting som kan irritere tarmene; inkludert kaffe, te, cola som inneholder caffeine; mineralvann, tyggegummi med kunstig søtningsmiddel (noen av disse viser seg å være irriterende på tarmen og kan bidra til diaré).
Tenk over muligheten for allergi overfor melk og melkeprodukter hvis du ikke allerede har gjort det. Nok fiber (som i frukt og grønnsaker osv.) er også vanligvis foreslått for å bedre tarmenes helse.
5. Hvis du mistenker candidiasis, matallergi eller andre allergier som medvirkende årsaker, søk kvalifisert medisinsk hjelp. Å behandle disse problemene har ført til sunn fordøyelse hos noen kvinner med endometriose, som ikke har endometriose direkte på eller i tarmene men som heller led under prostaglandin-virkningen eller problemer med candidiasis. Husk, at jo friskere du er ellers jo bedre vil du føle deg på tross av endometriosen.