

Gynekologiske blødningsforstyrrelser (2021)

Sist oppdatert: 19.01.2025

Mer informasjon

Utgiver: Norsk gynekologisk forening

Versjon: 1.4

Forfattere: Stine Andreasen (stine.andreasen@nlsh.no), Anja Holstad, Birte T Haugland, Tina Tellum

Tidligere versjoner

Kopier lenke til dette emnet

Kopiert

Foreslå endringer/gi kommentarer

Inkludert:

- Irregulære menstruasjonsblødninger (blødningslengde > 7-9 dager avhengig av alder)
- Store menstruasjonsblødninger (større blødninger som påvirker pasientens almenntilstand, vanligvis > 80 ml/syklus)
- Intermenstruelle blødninger

Ekskludert: [\(link til kapittel\)](#)

- Postmenopausal blødning
- Amenore og oligomenore
- Spontanabort
- Endometriose
- Adenomyose
- Myoma uteri
- Endometriepolypper
- Gynekologiske onkologiske tilstander
- Medikamentbivirkninger (link til prevensjonskapittelet)
- PCO
- Ungdomsgynekologi
- Premaligne lidelser i cervix

Anbefalinger

- Det anbefales å bruke saltvannsinfusjonssonografi (SIS) for å sikre differensialdiagnostikk ved mistanke om fokale intrauterine forandringer og før hysteroskopi (I-II)
- Vi anbefaler ikke utvidet billediagnostikk (CT/MR) på annen indikasjon enn malignitet
- Det anbefales medikamentelle tiltak før kirurgi vurderes (I)
- Intrauterin Levonorgestrel 52 mg anbefales som førstevalg ved blødningsforstyrrelser, men det er viktig å ta hensyn til kvinnens preferanser og hva som har vært forsøkt før

- Det anbefales å forsøke ablasjonsbehandling som første kirurgiske prosedyre ved blødningsforstyrrelser som omhandles i dette kapitlet
- Fraksjonert utskrapning er IKKE anbefalt annet en ved behov for utvidet diagnostikk eller ved akutte store blødninger med ustabil sirkulatorisk pasient (I)

Definisjon menstruasjonsforstyrrelser (ihht FIGO klassifikasjon 2018)

- Uregelmessige menstruasjonsblødninger: variasjon i sykluslengde > 8 dager
- Langvarig menstruasjonsblødning: blødningslengde > 7-9 dager avhengig av alder
- Store menstruasjonsblødninger: større blødninger som påvirker pasientens almenntilstand, vanligvis > 80 ml/syklus
- Intermenstruelle blødninger: blødninger som oppstår mellom veldefinerte syklusblødninger

Forekomst

Menstruasjonsforstyrrelser som beskrevet over, er svært vanlig med en forekomst på mellom 3 og 30%. Dette usikre estimatet kan skyldes ulik forekomst i ulike aldersgrupper, ulikheter mellom land og ulike definisjoner. Studier som bare inkluderer store blødninger har lavere forekomst, mens studier som også inkluderer uregelmessige eller intermenstruelle blødninger har prevalens på 35% eller mer (Munro MG, 2018 #23).

Etiologi

PALM-COEN klassifikasjonssystem ihht FIGOs anbefalinger (Munro MG, 2018):

PALM—strukturelle årsaker

- Polypp
- Adenomyose
- Leiomyom
 - Submukøst
 - Andre
- Malignitet og hyperplasi

COEN - nonstrukturelle årsaker

- Coagulopati
- Ovulatorisk dysfunksjon
- Endometriell
- Iatrogen
- Not otherwise classified

Andre årsaker

- Graviditet
- Uterine nisje (etter sectio)

Diagnostikk av unormal uterin blødning (AUB) hos premenopausale kvinner

Start med grundig anamnese og transvaginal ultralyd etter IETA-standard (Van Den Bosch T, 2021); følg opp med endometriebiopsi (pipelle) ved indikasjon, og vurder alltid ko-morbiditet. Husk at flere mulige årsaker til blødningsforstyrrelser kan forekomme samtidig. En grundig anamneses alene vil ofte kunne lede til årsaken og hvilke undersøkelser som er nødvendig.

Anamnese

- Generell gynekologisk anamnese (inkl bruk av hormonbehandling, spiral, tidligere operasjoner på uterus, infeksjoner og aktuell graviditet)
- Varighet av blødningsforstyrrelsen
- Kartlegging av blødningsmønster etter FIGO klassifikasjon. 
Nyttige pekepinn for de vanligste årsaker:
 - Uregelmessige blødninger: anovulasjon/dysfunksjonell blødning
 - Pre/postmenstruell spotting: polypper, sectio-nisje, adheranser, infeksjon
 - Regelmessig, kraftig blødning: myomer, adenomyose
 - Postcoital blødning: polypp, cervix dysplasi, ektopi, infeksjoner
- Estimer blødningsmengde: En god nok og pragmatisk tilnærming i klinikken for å identifisere kraftige blødninger er å spørre etter: forekommer koagler, hvor ofte skiftes bind/tampong, størrelse av bind/tampong brukt, opplevd tap av livskvalitet (Magnay JL, 2020)
- Andre gynekologiske symptomer, f.eks. dysmenorrhoe (-> adenomyose), utflod/bekkenmerter (-> infeksjon).
- Kartlegg ikke-gynekologiske årsaker: Medisinbruk, kroniske sykdommer, arvelig blødningstendens
- Registrer symptomer på anemi og andre relevante symptomer (for eksempel vekttap, vektøkning, fatigue).

Kommentert [SA1]: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/cms/asset/9c852b66-91c5-4155-bfb8-41ea48d5cf7c/figo12666-fig-0001-m.jpg>
som fotnote

Primærundersøkelser

- Gynekologisk undersøkelse med spekulum; inspeksjon og palpasjon.
- Bildediagnostikk:
- Transvaginal ultralyd er førstevalg for vurdering av uterus og endometrium. IETA-terminologi foreslås brukt for beskrivelse og vurdering av endometrium (Van Den Bosch T, 2021).
- Endometriekreft har følgende ultralydskarakteristika: uregelmessig utseende, irregulær avgrensning fra myometrie, flere og uregelmessige kar, kar forgreininger, høy Doppler-signal, større lesjoner (Epstein E, 2018; Heremans R, 2022).
- Fortykket endometrium er positivt assosiert med risiko for atypi og endometriekreft, men det er viktig å notere at hyperplasi med atypi også kan forekomme ved tykkelser fra 8mm (Van Den Bosch T, 2021), vanligvis hos kvinner med risikofaktor.
Ved mistanke om fokale intrauterine forandringer anbefales det å bruke saltvannsinfusjonssonografi (SIS) for å sikre diagnosen, da det har signifikant høyere sensitivitet enn TVUS alene. SIS anbefales derfor gjennomført før eventuelt hysteroskopi (Sanin-Ramirez D, 2020).

Kommentert [SA2]: IETA terminologi:
Tykkelse: målt på tykkeste sted i midsagittalplan, ortogonal til caviteten
Ekkogenisitet: homogen, inhomogen, 3-sjiktet, menstruell
Midlinje: synlig, ikke synlig, (u)regelmessig, avbrudd
Avgrensning til myometriet (endometriell myometriell overgang)
Vaskularisering av endometriet (ingen kar, moderat, høy; irregulær)
Tilstedeværelse av fokale lesjoner (link til kapittel polypper)
som fotnote

- Infeksjonsdiagnostikk og cervixcytologi vurderes på indikasjon.
4. ● Laboratorieprøver: Ved kraftig blødning: Hb, jernstatus, ferritin; eventuelt graviditetstest

Sekundærundersøkelser

- Pipelle - Indikasjoner:
 - Suspekke ultralydfunn (se oppe)
 - Terapieresistent blødningsforstyrrelse
 - Ved alder >45 år er risiko for endometriecancer økt og pipelle bør derfor vurderes {Mikes BA, 2025 #41}
 - Foreslår individuell vurdering ved risikofaktorer for atypi/malignitet: adipositas med BMI>30, ubehandlet PCOS med anovulasjon, diabetes, ren østrogen uten gestagenbehandling, Tamoxifen-behandling.
 - Sonografisk mistanke om malignitet eller premalign tilstand (se over) (Heremans R, 2022)
 - Mistanke om (kronisk) endometritt (spesifiseres i histologiremissen)
 - Gjennomføring: Pipelle anbefales tatt etter ultralydundersøkelsen, da det ellers kan føre til artefakter og feilmåling (Van den Bosch T, 2005). I populasjoner med AUB og lav risiko for endometriekreft har pipelle en like god diagnostisk kvalitet som fraksjonert utskrap (Narice BF, 2018). Fraksjonert utskrap anbefales derfor ikke rutinemessig hos premenopausale kvinner med AUB.
- Vi foreslår hysteroskopi med rettede biopsier dersom ultralydfunn eller histologi tilsier dette.
- Vi anbefaler videre bildediagnostikk (CT/MR) kun ved mistanke om svulst eller malign sykdom.
- Vi foreslår ytterligere laboratorieprøver ved mistanke om koagulopati eller annen systemisk sykdom.

Ventetidsgaranti

- Veiledende frist for start helsehjelp: 26 uker
- Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus for enkelte pasienter:
 - Anemi vektlegges
 - Grad av blødningsforstyrrelse
 - Påvist eller sannsynlig myom eller polyp: 12 uker
 - Begrunnet mistanke om kreft: 2 uker

Differensialdiagnoser

Blødning fra tarm, urinveier eller andre deler av genitalia.

Behandling

Blødningsårsak (dersom mulig å avdekke) vil i stor grad styre behandlingsvalget. Det er i tillegg viktig å ta hensyn til kvinnens preferanser og hva som har vært forsøkt før. Medikamentell behandling er førstevalg og anbefales prøvd før operative inngrep.

Medikamentell

Foreslått behandling gjelder for blødninger inkludert i dette kapitlet. Ved fokale lesjoner, mistanke om malignitet, blødning under pågående hormonell behandling og andre ekskluderte tilstander i dette kapitlet må man se til de aktuelle (se link over)

Førstevalg:

LNG-IUD 52mg (Hormonspiral)

- Hvis ingen identifisert patologi

- Myomer ikke påvirker uterinkaviteten
- Kan også brukes hos pasienter med forhøyet tromboserisiko

Andrevalg:

Her vil valg av medikament avhenge av pasientens alder, prevensjonsbehov og preferanser:

- Noretisteron (Primolut): 5mg x 3 dag 5-25
- Medroxyprogesteron (Provera) 5-10 mg daglig i 5-10 dager fra 16. eller 21. dag i syklus. Behandlingen bør fortsette i minst 3 sykler.
- Mikronisert progesteron (Utrogestan) 200mg daglig i 12 dager hver måned
- Østrogen-progesteron p-pille
 - Vanlig syklisk dosering
 - Utvidet dosering med blødning hver 3 måned
 - Kontinuerlig, stopp i 3 dager hvis gjennombruddsblødning

Ikke-hormonell behandling

- Cyklokapron 500mg, 2-3 tabletter x 3-4 daglig ved store blødninger i 3-4 dager
- NSAID (reduserer PE2 og PGF2alfa i endometriet som gir vasokonstriksjon og redusert blødning).

Kirurgisk behandling

- Ablasjon/reseksjon av endometrie:
 - Best egnet til kvinner over 40 – 45 år (Bofill Rodriguez M, 2021). Mindre effektiv hos kvinner med adenomyose ([link til kapittel adenomyose](#)).
- Hysterektomi
 - Hysterektomi er god behandling for blødninger uten fremtidig fertilitetsønske. Denne kan utføres vaginalt, per laparoskopi eller laparotomi. Minimal invasiv metode anbefales og gir lavere risiko for komplikasjoner enn abdominal hysterektomi (Cooper K, 2019).
- Fraksjonert utskrapning er IKKE anbefalt annet en ved behov for utvidet diagnostikk eller ved akutte store blødninger med ustabil sirkulatorisk pasient (Narice BF, 2018).

Akutte store blødninger (Howard A Zacur, 2024)

- Ved hemodynamisk ustabil pasient og tykt endometrie er det indikasjon for fraksjonert utskrapning.
- Cyklokapron

Gi SAG/plasma/trombocytter og væske etter vanlig retningslinjer Ved hemodynamisk stabil pasient hvor man har tid til å vente på effekt av medikamentell behandling:

- Høydose kombinert p-pille med 35 mcg etinyløstradiol: 5 tabletter 1. dag og deretter trappe ned med en tablett de neste 5 dagene. Forsett i minst 3 uker med 1 tablett daglig. Forventet effekt innen 48 timer. Obs tromboserisiko.
- Medroxyprogesteron 20mg x 3 i 7 dager. Obs tromboserisiko.

Anemi:

Ved store akutte blødninger eller langvarige store blødninger må man vurdere om pasienten har anemi og gi jerntilskudd po/iv.

Oppfølging

- Vurder oppfølging av medikamentell behandling med første kontroll etter 3-6 måneder, bruk gjerne telefonkonsultasjon. Ved tilfredsstillende effekt bør pasienten deretter overføres til oppfølging i primærhelsetjenesten.
- Vær oppmerksom på om pasienten benytter legemiddelet som foreskrevet hvis manglende effekt. Vurder bivirkninger av legemiddelet opp mot effekt.

Refusjonsregler

- Levonorgestrel: Refusjon på § 3 ICD-10: N92
(<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/levonorgestrel>)
- Cyklokapron: Refusjon på § 3 ICD-10: N92
(<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/traneksamsyre>)

- Bofill Rodriguez M, L. A., Fergusson RJ. (2021). Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. . *Cochrane Database Syst Rev.* , 2:CD000329.
- Cooper K, B. S., Scott NW, Scotland G, Clark J, Hawe J, Hawthorn R, Phillips K, MacLennan G, Wileman S, McCormack K, Hernández R, Norrie J, Bhattacharya S; HEALTH Study Group. (2019). Laparoscopic supracervical hysterectomy versus endometrial ablation for women with heavy menstrual bleeding (HEALTH): a parallel-group, open-label, randomised controlled trial. *Lancet, Oct 19;394(10207):1425-1436.*
- Epstein E, F. D., Valentin L, Testa AC, Franchi D, Sladkevicius P, Frühauf F, Lindqvist PG, Mascilini F, Fruscio R, Haak LA, Opolskiene G, Pascual MA, Alcazar JL, Chiappa V, Guerriero S, Carlson JW, Van Holsbeke C, Leone FPG, De Moor B, Bourne T, van Calster B, Installe A, Timmerman D, Verbakel JY, Van den Bosch T. (2018). Ultrasound characteristics of endometrial cancer as defined by International Endometrial Tumor Analysis (IETA) consensus nomenclature: prospective multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* , Jun;51(6):818-828.
- Heremans R, V. D. B. T., Valentin L, Wynants L, Pascual MA, Fruscio R, Testa AC, Buonomo F, Guerriero S, Epstein E, Bourne T, Timmerman D, Leone FPG; IETA Consortium. (2022). Ultrasound features of endometrial pathology in women without abnormal uterine bleeding: results from the International Endometrial Tumor Analysis study (IETA3). *Ultrasound Obstet Gynecol.*, Aug;60(2):243-255.
- Howard A Zacur, M., PhD, Robert L Barbieri, MD, Alana Chakrabarti, MD, FACOG. (2024). *Managing an episode of acute uterine bleeding.* https://www.uptodate.com/contents/managing-an-episode-of-acute-uterine-bleeding?search=balloon%20tamponade%20uterus&source=search_result&selectedTitle=3~20&usage_type=default&display_rank=3#H18
- Magnay JL, O. B. S., Gerlinger C, Seitz C. (2020). Pictorial methods to assess heavy menstrual bleeding in research and clinical practice: a systematic literature review. . *BMC Womens Health*, 10;20(1):24.
- Munro MG, C. H., Fraser IS. (2018). The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Int J Gynaecol Obstet.*, 143(3):393-408.
- Narice BF, D. B., Dickson JM. . (2018). Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-synthesis. . *BMC Fam Pract.* , Jul 30;19(1):135.

- Sanin-Ramirez D, C. I., Graupera B, Ajossa S, Neri M, Rodriguez I, Pascual MÁ, Guerriero S, Alcázar JL. . (2020). Two-dimensional transvaginal sonography vs saline contrast sonohysterography for diagnosing endometrial polyps: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.*, Oct;56(4):506-515.
- Van Den Bosch T, V. J., Valentin L, Wynants L, De Cock B, Pascual MA, et al. . (2021). Typical ultrasound features of various endometrial pathologies described using International Endometrial Tumor Analysis (IETA) terminology in women with abnormal uterine bleeding. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 57(1):164-72.
- Van den Bosch T, V. S. D., Ameye L, Van Huffel S, Timmerman D. (2005). Ultrasound examination of the endometrium before and after Pipelle endometrial sampling. . *Ultrasound Obstet Gynecol.*, Sep;26(3):283-6.