

Postmenopausal blødning (2025)

Forfattere: David Forsse, Liv Einmo, Karen Mauland, Eli Wiksnes

ANBEFALING

Vi anbefaler

Vurdering av endometrietykkelse hos alle kvinner med postmenopausal blødning (IIa)

Endometriebiopsi ved endometrietykkelse $\geq 5\text{mm}$ (IIa)

Videre utredning av alle kvinner med gjentatte blødninger uten sikker årsak, eller ved inkonklusiv primærutredning (IIb)

Vi foreslår

Endometriebiopsi hos alle ved gjentatte blødninger eller ved sterke/multiple risikofaktorer for endometriecancer, uten opplagt ekstrauterin blødningskilde (IV)

Hysteroskopi med biopsi som førstevalg ved sekundærutredning ved mistanke om fokal sykdom (IV)

Abrasio ved sekundærutredning er et alternativ (IV)

DEFINISJON

Postmenopausal blødning er definert som blødning fra genitalia hos postmenopausale kvinner (>1 år etter siste menstruasjon). Uregelmessig eller rikelig blødning i perimenopausen utredes ihht kap. Gynekologiske blødningsforstyrrelser.

FOREKOMST

Blødning forekommer hos omtrent 10 % i en skandinavisk populasjon av postmenopausale kvinner (1). Forekomsten er høyest den første tiden etter menopause.

ETIOLOGI/PATOGENESE

De vanligste årsakene til postmenopausal blødning er (2):

Endometriepolypp (~ 40%)

Atrofi (~ 30%)

Lavt østrogen gir atrofiske slimhinner og kronisk inflammasjon, som gjør slimhinnene sårbare for blødning og spotting.

Proliferativt endometrium (~ 15 %).

Årsak kan være endogen østrogenproduksjon (adipositas og hormonproduserende svulster) eller eksogen; ensidig østrogentilførsel.

Endometriecancer (~ 7%)

Risiko varierer fra 1-25 % avhengig av øvrige risikofaktorer.

Andre årsaker

Hyperplasi, Atypisk hyperplasi, Myomer, Adenomyose, Cervixpolypp, Annen gynekologisk cancer, Traume

RISIKOFAKTORER

Risikofaktorer for utvikling av endometriecancer

Da hovedfokus for utredning er å utelukke cancer, er det hensiktsmessig å kartlegge de viktigste risikofaktorene for endometriecancer.

Risikofaktor	Risikøkning (3)
Genetisk predisposisjon (Lynch/Cowden)	opp til 40% livstidsrisiko
BMI	50% økning per 5 enheter
Langvarig ensidig østrogenstimulering	2-10
Diabetes mellitus	2
Høy alder	2% kumulativ livstidsrisiko
Lav paritet	2
Polycystisk ovariesyndrom	3
Tamoxifen	2++

UTREDNING

Kvinner med postmenopausal blødning anbefales undersøkt innen 4 uker på grunn av høy risiko for endometriecancer. (Prioriteringsveilederen, Helsedirektoratet)

Primærutredning av en pasient med postmenopausal blødning bør inkludere

Anamnese

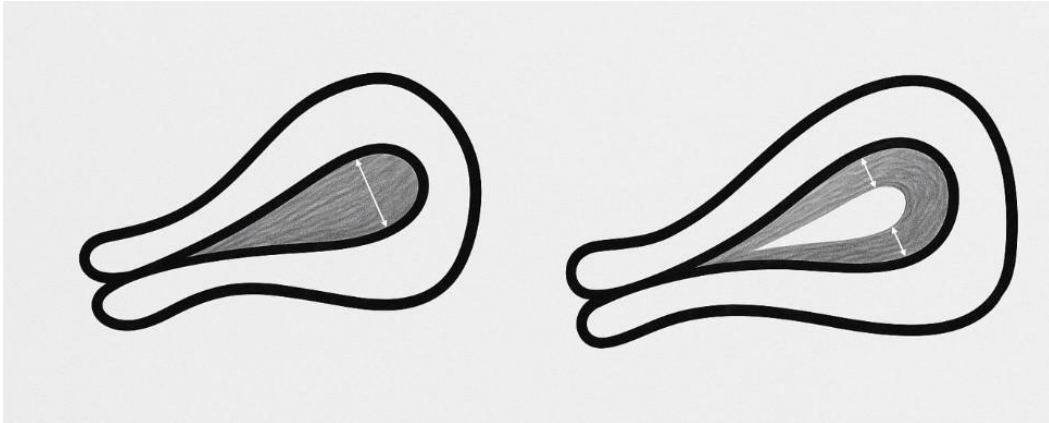
- Førstegangsblødning? Kartlegge risikofaktorer for kreft.

Klinisk undersøkelse

- Henblikk på gynekologisk cancer eller andre blødningskilder i vulva, vagina eller livmorhals (4).
- Cervixcytologi kan avdekke mikroskopisk sykdom i cervix. Det bør presiseres til patolog at en utreder symptom, og at cytologi ønskes. Synlige suspekter forandringer i cervix må biopses (cytologi er da ikke tilstrekkelig).

Transvaginal ultralydundersøkelse med evaluering av endometrietykkelse

Endometrietykkelse måles som den største tykkelsen av både fremveggs- og bakveggsendometrium i sagittalsnitt der hele endometriets lengde er fremstilt (5). Evt væskelag i kaviteten subtraheres.



Mauland, 2025

Risikoen for endometriecancer er lav ved endometrietykkelse < 5 mm (negativ prediktiv verdi ved endometrietykkelse < 5 mm er 99 %)(6).

Cut-off	Number of studies	Sensitivity %	(95% CI)	Specificity %	(95% CI)	NPV
≥ 3 mm	4	96.2	(92.4–98.2)	42.1	(26.2–59.8)	99.7
≥ 4 mm	14	95.7	(88.1–98.5)	46.0	(36.7–55.6)	99.4
≥ 5 mm	20	96.2	(92.3–98.1)	51.5	(42.3–60.7)	99.3
≥ 6 mm	5	85.2	(70.2–93.3)	64.0	(53.0–73.6)	99.1

adaptert fra Long et al. 2020 (6)

Endometriebiopsi

- Endometriebiopsi må tas for histologisk diagnose. Kan unnlates ved førstegangsblødning hvis endometrietykkelse er < 5 mm og i fravær av sterke risikofaktorer for endometriecancer.

I tillegg vurderes:

Hydrosonografi

Kan avdekke fokal sykdom (f.eks polypp) og veilede behov for hysteroskopi. Ved mistanke om fokal sykdom kan hydrosonografi utføres i samme seanse uten å påvirke kvalitet på endometriebiopsi. (7)

RESULTAT AV PRIMÆRUTREDNING:

Endometriecancer (eller annen gyn cancer)

Henvisning i pakkeforløp til gynonkologisk avdeling. (Informert pasient)

Funn av benign årsak

- Videre behandling ihht spesifikke kapittel i veileder/handlingsprogram (Polypp, myom, hyperplasi)
- Vaginal atrofi – vurder vaginalt østrogen
- Østrogenpåvirket endometrium – hvor kommer østrogen fra? Vurder videre utredning hvis proliferativt endometrium, sikker menopause og fravær av eksogent østrogen

Ingen sikker årsak og endometrietykkelse <5 mm

- Lav risiko for cancer, berolige, ny kontakt med helsetjenesten hvis gjentatt blødning

Endometrietykkelse ≥5 mm og mislykket/inkonklusiv endometriebiopsi

- Videre til sekundærutredning

Ingen sikker årsak, endometrietykkelse ≥5 mm og benign endometriebiopsi

- Her må en vurdere om svar på biopsi er rimelig utfra funn ved undersøkelse. Lav terskel for ytterligere utredning, særlig ved uregelmessig utseende eller stor tykkelse.
- Vi har ikke funnet god evidens for å anbefale en fast cutoff for endometrietykkelse hvor sekundærutredning skal gjennomføres uavhengig av benign endometriebiopsi, men risiko for cancer øker med økende endometrietykkelse(8). Danske retningslinjer angir arbitrært >10 mm, dette kan være veiledende.
- Det er en mulig strategi å avvende gjentatt blødning etter klinisk vurdering(9).

SEKUNDÆRUTREDNING

Gjentatte blødninger uten sikker benign årsak eller ufullstendig/inkonklusiv primærutredning bør utløse utvidet utredning. Tilgang på hysteroskopi, erfaring og tidligere utredning bør styre valg av diagnostisk strategi:

Hysteroskopi med biopsi

- Anses som gullstandard. Høy sensitivitet (86%) og spesifisitet (99%) for endometriecancer(9). Operatøravhengig.
- Hovedmetode ved mistanke om fokal patologi (tynn slimhinne med gjentatt blødning, uregelmessig tykkelse, polypp, hydrosonografi med fokal patologi)
- Lavere sensitivitet for hyperplasi, hvorfor tillegg av abrasio vurderes ved utredning av postmenopausal blødning, særlig ved fortykket endometrium(10).

- Vedrørende trygghet ved hysterskopi i forhold til skylning av maligne celler til peritoneum er dette gjennomgått grundig av andre forfattere. Sammenfattet taler data for at dette kan skje, både med og uten hysteroskopi, at det muligens avhenger av væsketrykk, og at det ikke påvirker prognosen hos pasienten(11–15). Vanlig best practice ved hysteroskopi anbefales; lavest mulig trykk, kortest mulig tid.

Abrasio

- Blind prosedyre, risikerer å overse fokal cancer(16). Kan vurderes som sekundær strategi alene(17), særlig ved tykt endometrium og ikke diagnostisk eller mislykket endometriebiopsi.

DIFFERENSIALDIAGNOSER

- Blødning fra tarm eller urinveier. En tampong kan benyttes av pasienten hjemme for å finne ut hvor blødningen kommer fra.
- Blødning forårsaket av MHT – vanligst i starten av behandlingen. Se kap. Overgangsalder-Menopause, eller Britiske Guidelines:BMS GUIDELINE Management of unscheduled bleeding

REFERANSER

1. Astrup K, Olivarius N de F. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. Acta Obstet Gynecol Scand. februar 2004;83(2):203–7.
2. Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women with abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1220 women. Facts Views Vis ObGyn. 2015;7(1):17–24.
3. Goodman. Approach to the patient with postmenopausal bleeding. I: UptoDate [Internett]. 2025. Tilgjengelig på: uptodate.com
4. Bengtson MB, Veres K, Nørgaard M. First-time postmenopausal bleeding as a clinical marker of long-term cancer risk: A Danish Nationwide Cohort Study. Br J Cancer. 4. februar 2020;122(3):445–51.
5. Leone FPG, Timmerman D, Bourne T, Valentin L, Epstein E, Goldstein SR, mfl. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion from the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. januar 2010;35(1):103–12.
6. Long B, Clarke MA, Morillo ADM, Wentzensen N, Bakkum-Gamez JN. Ultrasound detection of endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: Systematic review and meta-analysis. Gynecol Oncol. 1. juni 2020;157(3):624–33.

7. Vroom AJ, Aerts L, Bongers MY, Lim AC, Pielkenrood BJ, Geomini PMAJ, mfl. Endometrial sampling before or after saline contrast sonohysterography in women with postmenopausal bleeding (ESPRESSO trial): A multicenter randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* juli 2021;100(7):1258–64.
8. Smith-Bindman R, Weiss E, Feldstein V. How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;24(5):558–65.
9. Visser NCM, Sparidaens EM, van den Brink JW, Breijer MC, Boss EA, Veersema S, mfl. Long-term risk of endometrial cancer following postmenopausal bleeding and reassuring endometrial biopsy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* desember 2016;95(12):1418–24.
10. Clark TJ, Voit D, Gupta JK, Hyde C, Song F, Khan KS. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review. *JAMA.* 2. oktober 2002;288(13):1610–21.
11. Du Y, Xu Y, Qin Z, Sun L, Chen Y, Han L, mfl. The Oncology Safety of Diagnostic Hysteroscopy in Early-Stage Endometrial Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Oncol.* 21. oktober 2021;11:742761.
12. Ben-Arie A, Tamir S, Dubnik S, Gerner O, Ben Shushan A, Dgani R, mfl. Does hysteroscopy affect prognosis in apparent early-stage endometrial cancer? *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 2008;18(4):813–9.
13. Polyzos NP, Mauri D, Tsioras S, Messini CI, Valachis A, Messinis IE. Intraperitoneal dissemination of endometrial cancer cells after hysteroscopy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* februar 2010;20(2):261–7.
14. Cicinelli E, Tinelli R, Colafiglio G, Fortunato F, Fusco A, Mastrolia S, mfl. Risk of long-term pelvic recurrences after fluid minihysteroscopy in women with endometrial carcinoma: a controlled randomized study. *Menopause N Y N.* 2010;17(3):511–5.
15. Kelly RA, Contos GT, Walker CA, Ayoola-Adeola M, Kim S, Winer IS. Hysteroscopic Morcellation in Endometrial Cancer Diagnosis: Increased Risk? *J Minim Invasive Gynecol.* september 2021;28(9):1625–32.
16. Guido RS, Kanbour-Shakir A, Rulin MC, Christopherson WA. Pipelle endometrial sampling. Sensitivity in the detection of endometrial cancer. *J Reprod Med.* august 1995;40(8):553–5.
17. Di Spiezio Sardo A, Saccone G, Carugno J, Pacheco LA, Zizolfi B, Haimovich S, mfl. Endometrial biopsy under direct hysteroscopic visualisation versus blind endometrial sampling for the diagnosis of endometrial hyperplasia and cancer: Systematic review and meta-analysis. *Facts Views Vis ObGyn.* juni 2022;14(2):103–10.

