Dokumenttyp	Ansvarig verksamhet	Organisation	Version
Vårdrutin	Kvinnosjukvården	Region Värmland	1
Dokumentägare	**Fastställare**	**Giltig fr.o.m.**	**Giltig t.o.m.**
Martin Gustafsson Överläkare	Henrik Svensson Bitr hälso- och sjukvårdsdirektör	2026-10-19	2028-10-18

Onormal blödning från livmodern

Gäller för: Barn, unga och familjehälsa, Kvinnosjukvården, Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

Innehållsförteckning

1. Basal utredning inom Allmänmedicin 2
1.1 Anamnes 2
1.2 Status 2
1.2.1 Allmänsomatiskt status 2
1.2.2 Gynekologiskt status 2
1.2.3 Riktat status 2
1.3 Basal utredning: 2
1.4 Riktad provtagning: 2
1.5 Handläggning av vissa blödningsrubbningar på BMM / primärvård 2
1.5.1 Blödningsrubbningar som handläggs av läkare i primärvård 3
1.6 Indikationer för remiss till Kvinnosjukvården: 3
2.1 Strukturella orsaker enligt PALM 3
2.1.1 Polyper (PALM-P) 3
2.1.2 Adenomyos (PALM-A) 4
2.1.3 Leiomyom/myom (PALM-L) 4
2.1.4 Malignitet och hyperplasi (PALM-M) 5
2.2 Icke-strukturella orsaker enligt COEIN 6
2.2.1 Koagulationsrubbning (COEIN-C) 6
2.2.2 Ovulationsstörning (COEIN-O) 6
2.2.3 Endometrieassocierade orsaker (COEIN-E) 6
2.2.4 Iattrogena orsaker (COEIN-I) 6
2.2.5 Non otherwised classified (COEIN-N) 7
2.2.6 Kontaktblödningar 7
4. Referenser 9

Onormal blödning från livmodern innebär en avvikelse från den normala menstruationen i blödningsmönster eller blödningsvolym. För närmare beskrivning och definitioner se Nationell vårdriktlinje Onormal blödning från livmodern.

1. Basal utredning inom Allmänmedicin

1.1 Anamnes

- Gynekologisk anamnes inklusive menstruationsmönster, tidigare graviditeter, paritet, tidigare gynekologiska sjukdomar, sexuellt överförbara infektioner, deltagande i cellprovskontroller
- Andra sjukdomar
- Läkemedelsanvändning inklusive hormonell antikonception eller kopparspiral samt tidigare cytostatika- eller strålbehandling
- Viktnedgång, överdriven träning eller psykosocial stress
- Symtom på ökad blödningsbenägenhet
- Symtom på hypo- eller hypertyreos
- Sekretion från brösten
- Hereditet för gynekologiska sjukdomar, blödningsbenägenhet eller tyroidearubbning

1.2 Status

1.2.1 Allmänsomatiskt status

- Allmäntillstånd
- Auskultation av hjärta inklusive hjärtfrekvens
- Blodtryck
- Bukpalpation
- BMI
- Hud: hirsutism, akne eller atypiska blåmärken

1.2.2 Gynekologiskt status

- Inspektion av yttre genitalia, omgivande hud och perianalt.
- Spekulumundersökning av vagina och cervix - vid pågående blödning identifiera blödningskällan
- Bimanuell palpation av uterus och adnexae

1.2.3 Riktat status

- Tyroideapalpation vid misstanke om tyroidearubbning
- Bröstundersökning vid anamnes på sekretion från brösten

1.3 Basal utredning:

- Graviditetstest (alla kvinnor i fertil ålder)
- Frikostig provtagning för STI

1.4 Riktad provtagning:

- Hb och järnstatus (vid rikliga och/eller oregelbundna blödningar)
- TSH tas frikostigt vid misstanke om hypo- eller hypertyreos
- prolaktin vid sekretion från bröstkörtlar
- koagulationsprover vid misstanke om koagulationsrubbning

1.5 Handläggning av vissa blödningsrubbningar på BMM / primärvård

Blödningsrubbning som kan antas bero på hormonell antikonception eller kopparspiral. Byt metod och utvärdera efter 3–6 månader.

Personer som vid fördjupad anamnes eller som vid undersökning (ex screeningcellprovtagning, prolapsringbyte) på BMM upptäcks ha följande ska remitteras till KSV för bedömning. Inför remiss ska STI-prover och indicerat cellprov med dubbelanalys tas.

- Polyp i cervix som är >10 mm– Remiss ”Gynekologimall”.
- Vid blödningsbesvär och samtidig polyp oavsett storlek- Remiss ”gynekologimall”.
- Suspekta oklara förändringar på portio/cervix - Remissmall ”Gynekologimall”
- Kraftig blödning vid cellprovtagning - Remiss ”SVF livmoderhalscancer misstanke”.
    - Ta cellprov, beställning görs i Cosmic, använd remiss – Klinisk cervix cytologisk analys + HPV analys. Kassera remissen i HKS. Ange alltid i dessa fall, svarsmottagare - Pontus Bjerre och svarsmottagande enhet GCK expeditionen.
- Postcoital blödning – Vid enstaka samlagsblödning kan man i allmänhet avvakta. Vid upprepad kontaktblödning - Remiss ”SVF livmoderhalscancer misstanke”. Se punkt 2.2.6 i detta dokument.
- Postmenopausal blödning - Remiss ”SVF livmoderkroppscancer misstanke”.

1.5.1 Blödningsrubbningar som handläggs av läkare i primärvård

- Vid typisk anamnes på anovulatorisk blödning efter menarche och perimenopausalt och normalt gynekologiskt status. Behandling med cykliskt gestagen i 2–3 månader, utvärdera
- Riklig regelbunden menstruation och normalt palpationsfynd. Behandla med tranexamsyra och/eller hormonell behandling och utvärdera efter 2–3 månader

För mer info kring handläggning i primärvård se Kunskapsstöd gynekologiska blödningsrubbningar

1.6 Indikationer för remiss till Kvinnosjukvården:

- Upprepade samlagsblödningar
- Postmenopausala blödningar
- Blödning och tidigare gynekologisk malignitet
- Vissa graviditetsblödningar, se ***VÅR-21135 Blödning och smärta under graviditet***
- Riklig regelbunden menstruation som ej svarar på sedvanlig behandling
- Otillräcklig effekt vid behandling av anovulatorisk blödning
- Otillräcklig behandlingseffekt av onormal blödning under pågående antikonception
- Sekundär amenorré (>6 månader, <45 år) där basal utredning inte påvisar orsak
- Oligomenorré > 6 veckors intervall och graviditetsönskan
- Gles menstruation (<4 menstruationer/år under minst ett år) och klinisk misstanke om PMOS (tidigare PCOS) utan tidigare känd diagnos. De vanligaste symtomen utöver oligo- eller amenorré är övervikt, akne och hirsutism. Vid BMI >25 bör hjälp med viktreduktion och metabol kontroll erbjudas inom Allmänmedicin.

2. Utredning och behandling inom Kvinnosjukvården

Bakomliggande orsaker till onormal blödning från livmodern klassificeras enligt FIGO:s PALM COEIN –systemet. För detaljerad beskrivning av dessa tillstånd se Nationell vårdriktlinje Onormal blödning från livmodern.

2.1 Strukturella orsaker enligt PALM

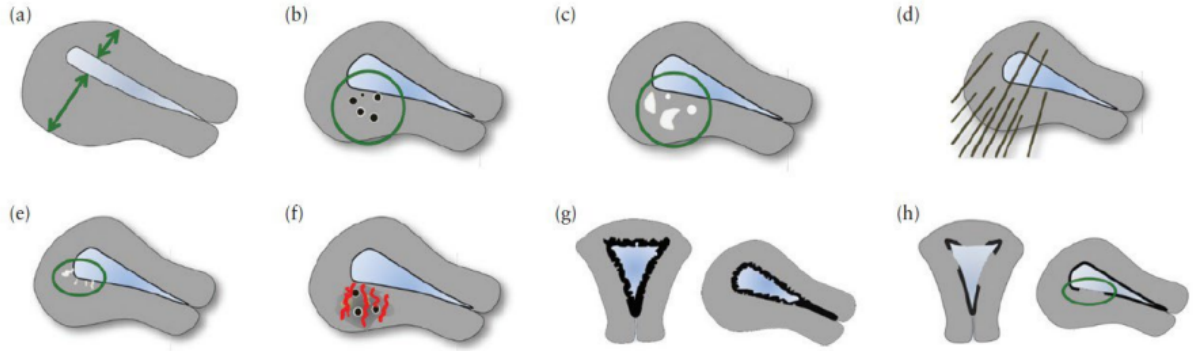
2.1.1 Polyper (PALM-P)

För bakgrund, diagnostik och behandling se vårdrutin: ***(VÅR-3101) Endometriepolyp.***

2.1.2 Adenomyos (PALM-A)

Innebär inväxt av endometrieslemhinna i myometriet. Kan uppträda ensamt i 50% av fallen och 50% i kombination med myom eller endometrios. Typiska symtom är rikliga blödningar och dysmenorré, ibland infertilitet.

Diagnostik: Vaginalt ultraljud med “pattern och recognition”: Förstorad, globulär form av uterus, asymmetri mellan fram- och bakvägg, oregelbundet förtjockat junctional zone. I myometriet ses skuggor, hypoekogena striae och hemorragiska cystor. Vaskulariteten går genom lesionerna. Kan vara svårt att skilja från myom. MRT kan användas som andra linjens diagnostik.



1 *Figur 1*: Schematisk framställning av ultraljudstecken på adenomyos: (a) asymmetrisk uterus (b) cystor i myometriet (c) hyperekogena öar i myometriet (d) solfjäderformad skuggbildning (e) ”subendometrial lines and buds” (f) vaskulariteten går genom lesionerna (g) oregelbunden junctional zone (h) avbruten junctional zone. Referens: Van de Bosch et al Ultrasound Obstet. Gynecol. 2015 Sep;46(3):284-98

Behandling: Syftar till symtomlindring med minskad blödning och smärta.

- Paracetamol och NSAID.
- Tranexamsyra.
- Hormonell behandling: Hormonspiral, perorala gestagener eller kombinerade preventivmedel. GnRH-agonist med addback i särskilda fall.
- Vid svåra fall kan hysterektomi med minimalinvasiv teknik övervägas. Värmeablation eller endometrieresektion rekommenderas inte.

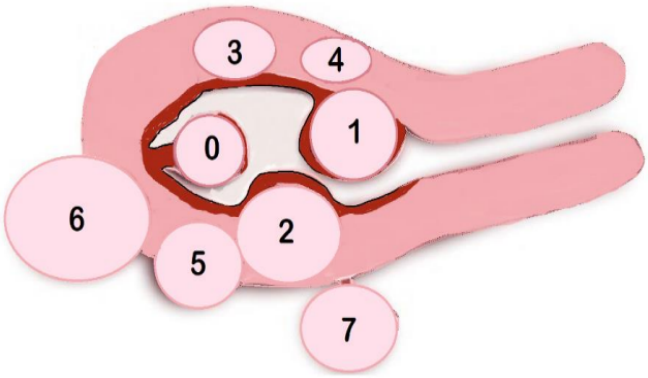
2.1.3 Leiomyom/myom (PALM-L)

Mycket vanligt förekommande benign tumör i myometriet. Både östrogen och progesteron stimulerar myomutveckling, östrogenfaktorer dominerar.

Riskfaktorer: Hög ålder, tidig menarche, sen menopaus, fetma, nulliparitet, afrikanskt ursprung

Symtom: Riklig eller långvarig menstruationsblödning, smärta, trycksymtom, infertilitet eller upprepade missfall

Diagnostik: Vaginalt ultraljud, ibland hydrosonografi. Beskrivning av myomets lokalisation i förhållande till uteruskaviteten, klassificeras enligt FIGO typ 0–8. MRT som andra linjens diagnostik.



2 *Figur 2:* Klassificering av myom enligt FIGO

	SUBMUKÖSA
0	Stjälkad, intrakavitär
1	< 50 % intramural
2	≥ 50 % intramural
	INTRAMURALA OCH SUBSERÖSA
3	Kontakt med endometriet, 100 % intramural
4	Intramural
5	Subserös, ≥ 50 % intramural
6	Subserös, < 50 % intramural
7	Stjälkad, subserös
8	Övriga (cervikalt, parametrium, mm)

Tabell 1: Klassificering av myom enligt FIGO

Farmakologisk (primär) behandling:

- Paracetamol, NSAID
- Tranexamsyra
- Hormonell behandling: Hormonspiral (Mirena) är den mest effektiva metoden. Perorala gestagena preparat, kombinerade preventivmedel, subkutan gestagenimplantat eller gestageninjektioner kan provas men har sämre effekt mot rikliga blödningar. GnRH-antagonist med addback (Ryeqo) har indikationen måttliga till svåra symtom orsakade av myom. Ryeqo fungerar även som antikonception efter 1 månads användning. GnRH-agonister kan användas som preoperativ behandling under 3-6 månader eller för patienter i sen perimenopaus (kan inducera krympning av myom).

Kirurgisk behandling:

- Hysteroskopisk resektion eller morcellering: Kan erbjudas primärt vid symtomgivande myom FIGO typ 0-1 eller vid otillräcklig farmakologisk behandling FIGO typ 2. Om patienten står på hormonell behandling för blödningskontroll bör man fortsätta med den fram till hysteroskopin. FIGO typ 0-1 och myomstorlek < 3 cm åtgärdas i första hand på hysteroskopimottagning med morcellering. FIGO typ 2 eller typ 0-1 med myomstorlek > 3 cm åtgärdas på operation med slynga.
- Myomenukleation vid myom FIGO typ 3-7 laparoskopiskt med eller utan robotassistans eller via laparotomi. Beslut om operation i samråd med opererande specialist, erbjuds f.f.a. till kvinnor som önskar bevara sin fertilitet.
- Hysterektomi kan övervägas hos kvinnor med behandlingsresistenta myom som har avslutat sitt barnafödande. Hysterektomi bör om möjligt utföras med minimalinvasiv teknik (uterusbredd maximalt 10 cm för robotkirurgi). Vid gränsfall diskutera med opererande specialist.
- Embolisering av myom kan vara aktuellt för kvinnor som önskar bevara sin livmoder eller har riskfaktorer för kirurgi. Myomembolisering utförs inte i Karlstad, remiss krävs till sjukhus som utför ingreppet.

2.1.4 Malignitet och hyperplasi (PALM-M)

Postmenopausal blödning definieras som blödning ur slidan som inträffar > 12 månader efter sista menstruation hos en kvinna > 40 år, såvida blödningsuppehållet inte förklaras av sjukdom eller medicinering. Utredning av postmenopausal blödning syftar till att utesluta malignitet.

Utredning: Vaginalt ultraljud med mätning av endometrium, eventuell provtagning från endometriet och/eller hydrosonografi. VS med dubbelanalys (om ej taget senaste 6 månaderna).

- Endometrietjocklek < 4,5 mm innebär låg risk för endometriepatologi och man kan avstå provtagning från endometriet.
- Endometrietjocklek > 4,5 mm, eller ej bedömbart, rekommenderas provtagning från endometriet med SVF-prioritet.
- Endometrietjocklek > 4,5 mm rekommenderas hydrosonografi för att utesluta fokala förändringar.
- Fokala förändringar ska avlägsnas hysteroskopiskt, komplett, under ögats kontroll. Invänta benignt svar på endometriebiopsi innan hysteroskopi (planering för hysteroskopi kan starta innan svaret har kommit).
- Endast om fokala förändringar saknas ger blind provtagning representativt utbyte.

Om ultraljudsutseendet av endometriet starkt talar för malignitet kan man avstå hydrosonografi och istället ta endometriebiopsi med SVF-prioritet. Om svaret är benignt ska patienten utredas vidare med hydrosonografi eller hysteroskopi.

Om PAD påvisar endometriehyperplasi, med eller utan atypi, hänvisas för behandling och uppföljning till vårdrutin ***(VÅR-31009) Endometriehyperplasi***.

2.2 Icke-strukturella orsaker enligt COEIN

2.2.1 Koagulationsrubbning (COEIN-C)
Ska misstänkas vid något av följande:

- Anamnes på rikliga blödningar sedan menarche
- Riklig blödning i samband med förlossning, kirurgi eller tandutdragning.
- Minst 2 av följande: blåmärken ett till två per månad, näsblödning en till två gånger per månad, regelbunden blödning från tandköttet, familjeanamnes på blödning

Provtagning: blodstatus, PK, APTT. Eventuellt von Willebrand faktor, faktor VIII, samt trombocytdysfunktion. Vid konstaterad koagulationsrubbning remitteras patienten till koagulationsenhet.

Behandling: Tranexamsyra. Järn vid järnbristanemi. Hormonella preparat med hormonspiral, kombinerade p-piller eller gestagena preparat. COX-1-hämmare ska undvikas då det påverkar trombocytfunktionen negativt. COX-2-hämmare kan ges. Övrig farmakologisk behandling ordineras av koagulationsspecialist.

2.2.2 Ovulationsstörning (COEIN-O)
Innebär ett brett spektrum av avvikelser med varierat blödningsmönster. Kan bero exempelvis på tyreoidearubbning, anovulatorisk blödning, polyendokrint metabolt ovarialsyndrom, prematur ovariell insufficiens, funktionell hypothalam amenorré, hyperprolaktinemi och hypofystumörer.

Anovulatoriska blödningar efter menarche/vid perimenopaus samt tyreoidearubbningar handläggs i första hand inom Allmänmedicin.

Vidare utredning och behandling inom kvinnosjukvården enligt vårdrutin ***(VÅR-14492) Amenorré primär och sekundär.***

2.2.3 Endometrieassocierade orsaker (COEIN-E)
Uteslutningsdiagnos där strukturella orsaker, koagulationsrubbning och ovulationsstörning har uteslutits. Det kan handla om exempelvis onormal hemostas, infektion eller inflammation.

Behandling: Infektion behandlas utifrån agens. Värmedestruktion eller resektion kan övervägas vid besvärande blödningar när infektion och inflammation har uteslutits och när patienten har avslutat barnafödandet. Se **vårdrutin *(VÅR-26719) Endometrieablation med LiNA Librata***

2.2.4 Iattrogena orsaker (COEIN-I)
Innefattar alla iattrogena orsaker som kan påverka blödningsmönstret, tex kvinnliga könshormoner, kopparspiral, Tamoxifen, antikoagulantia, antidepressiva och antipsykotiska läkemedel.

Blödningsrubbningar orsakade av antikonception handläggs i första hand via Barnmorskemottagning.

Tamoxifenbehandling ökar risken för hyperplasi, polyper och malignitet i endometriet. Hos kvinnor med onormal blödning och pågående tamoxifenbehandling måste endometriet kontrolleras och malignitet uteslutas.

Förändringar i medicinering av icke-gynekologiska sjukdomar diskuteras tillsammans med ansvarig läkare för medicineringen. I vissa fall kan preparatbyte eller dosändring minska symtomen.

2.2.5 Non otherwised classified (COEIN-N)

Den här gruppen inkluderar ovanliga orsaker till onormal blödning från livmodern. Här ingår till exempel isthmocele (defekt i istmhusregionen efter sectio), och arteriovenösa malformationer (AVM). Arteriovenösa malformationer kan vara medfödda eller förvärvade, varav det förstnämnda är mycket ovanligt. Majoriteten är relaterade till graviditet eller tidigare uteruskirurgi.

Diagnostik: Vaginalt ultraljud, färgdoppler. Ibland MRT. P-hCG kan stödja diagnostiken vid misstanke om graviditetrester eller trofoblastsjukdom.

Behandling: Symtomgivande isthmocele kan i vissa fall åtgärdas hysteroskopiskt, laparoskopiskt eller via öppen bukkirurgi. Hormonell behandling med hormonspiral eller kombinerade p-piller kan minska blödningsbesvären.

Arteriovenösa malformationer kan åtgärdas med embolisering i akutsituation. Vid misstanke om arteriovenös malformation och samtidiga graviditetsrester utförs exeres (ultraljudslett, erfaren operatör, välinformerad narkosläkare).

2.2.6 Kontaktblödningar

Kontakt- och mellanblödningar är vanliga hos kvinnor i fertil ålder. Enstaka blödning vid samlag behöver inte utredas. De vanligaste orsakerna till upprepade samlagsblödningar är dålig blödningskontroll vid hormonell antikonception, portioektopi och infektion. Kontaktblödningar kan vara svåra att skilja från mellanblödningar, som oftast går att behandla med byte av preventivmedel. Basal utredning och eventuellt byte av antikonception bör ske inom Allmänmedicin eller Barnmorskemottagning.

Utredning inom Kvinnosjukvården vid upprepade kontaktblödningar:

< 40 år och utan komplicerande faktorer (t.ex. tidigare HSIL): Utredning på Kvinnosjukvårdens barnmorskemottagning inom 14 dagar för cellprov och STI-prov.

≥ 40 år:SVF-mottagning för kolposkopi, cellprov, STI-prover, ultraljud

Lämplig åtgärd

Onormal blödning från livmodern

Handläggning inom Allmänmedicin

Blödning från underlivet men ej livmodern

Anamnes. Allmänsomatiskt och gynekologiskt status inklusive inspektion, spekulumundersökning och bimanuell palpation. Identifiera blödningskällan.

Provtagning utifrån anamnes och kliniska fynd:
- graviditetstest
- STI-prover
- Hb
- järnstatus
- TSH, T4
- prolaktin
- koagulationsprover

- Blödningsrubbningen orsakas av antikonception -> byt preparat och utvärdera
- Anovulatorisk blödning: cykliskt gestagen i 3 månader, järnbehandling. Utvärdera
- Riklig regelbunden blödning med normalt palpationsfynd: gestagena eller kombinerade preparat, tranexamsyra, NSAID, järnbehandling. Utvärdera efter 3 månader.
- Oligomenorré och BMI >25: viktreduktion, metabol kontroll
- Tyreoidearubbning -> lämplig åtgärd

Vid indikation remiss till Kvinnosjukvården

Vid misstanke om malignitet -> utredning enligt SVF

Handläggning inom Kvinnosjukvården

Anamnes, status och vaginalt ultraljud

Misstanke om fokal förändring eller oklar bild

nej

Ställningstagande till endometriebiopsi. Ta frikostigt vid endometrietjocklek ≥4,5mm och ålder ≥ 45 år

ja

Hydrosonografi

Polyp (PALM-P)

Hysteroskopi med

myom FIGO typ 0-2

Koagulationsrubbning (COEIN-C)

Remiss till koagulationsenhet

Ovulationsstörning (COEIN-O)

Utredning enligt VÅR-14492-v.2.0 Amenorré primär och sekundär

Endometrieassocierade (COEIN-E)

Behandla infektion utifrån agens. Överväg endometrieablation

Iattrogen (COEIN-I)

Ändra behandling/grundorsak

Adenomyos (PALM-A)

Leiomyom/myom (PALM-L)

- Tranexamsyra, NSAID,paracetamol
- Hormonspiral
- Andra gestagena eller kombinerade metoder
- GnRH-antagonist
- GnRH-agonist

myom FIGO typ 3-8

Hysterektomi/ myomektomi

Embolisering

4. Referenser

Nationell vårdriktlinje Onormal blödning från livmodern

https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardriktlinjer/riktlinje-for-onormal-blodning-fran-livmodern.pdf

https://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-30640&docId=DocPlusSTYR-30640&filename=Onormal%20bl%C3%B6dning%20fr%C3%A5n%20livmodern%20f%C3%B6re%20menopaus.pdf

Utarbetad av: Emma Syvälä, specialistläkare