

Prep-kurs Gynekologi



Fristad Utbildningsvårdcentral

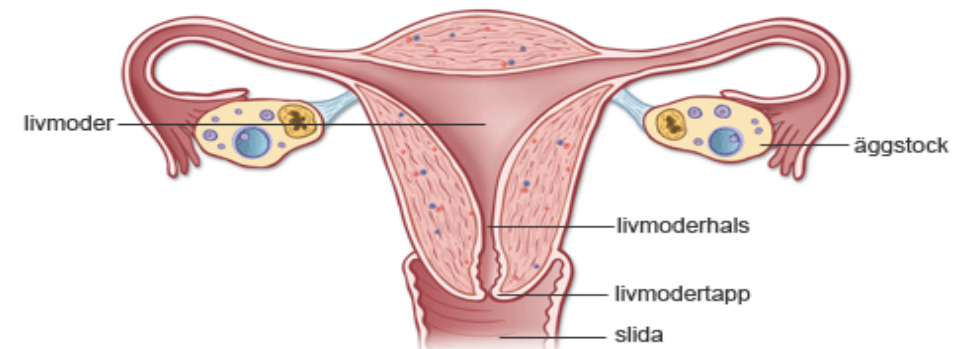
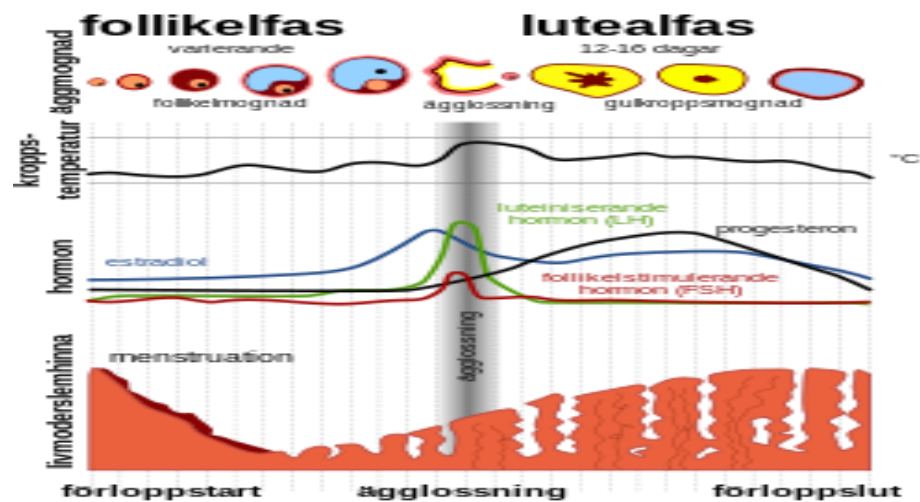
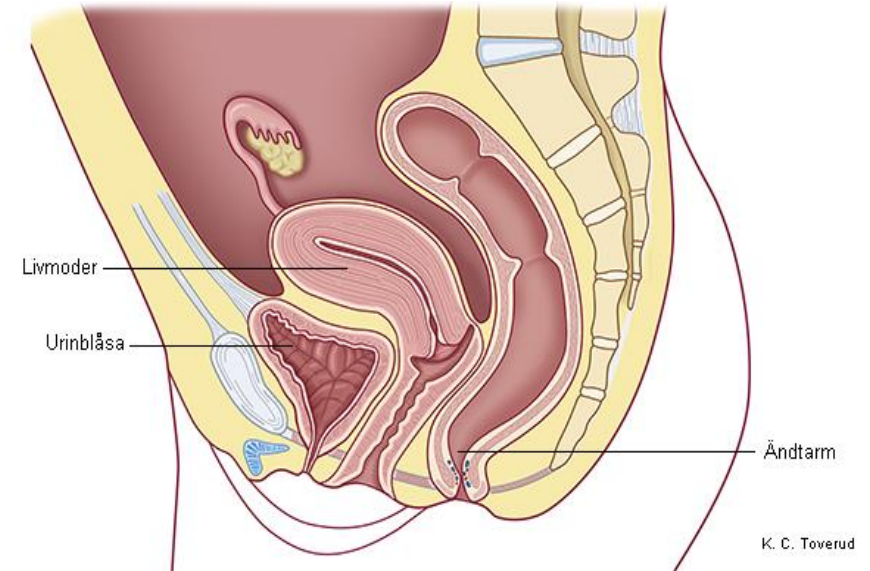
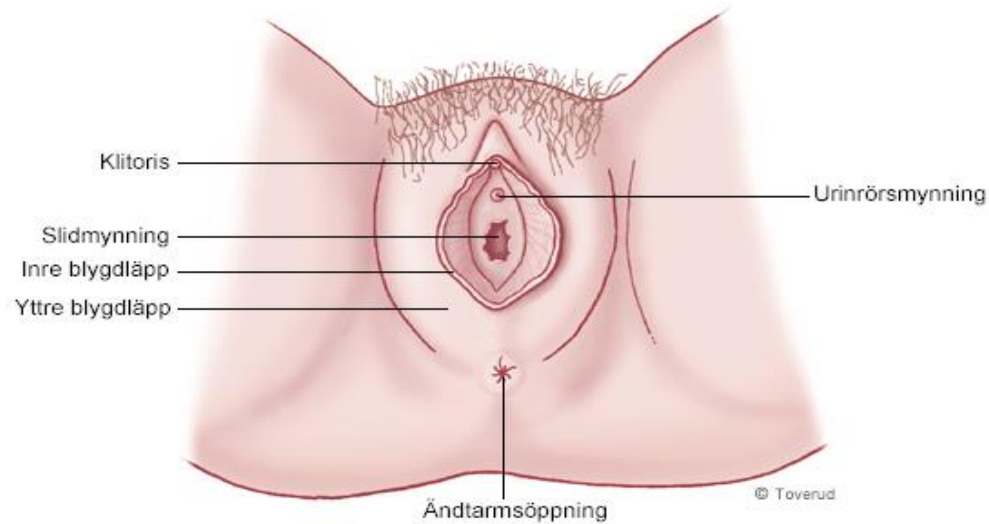
Innehåll

- Gynekologisk undersökning
 - Förberedelse
 - Anamnes
 - Undersökningsteknik
 - Wet smear, provtagning- odling, cytologprov
- Allmän gynekologi
 - Vaginala flytningar
 - Blödningsrubbingar
 - Låga buksmärtor
 - PMS/PMDS
 - Klimakteriet
 - Urininkontinens

Gynekologisk Undersökning- förberedelse



Kommer ihåg anatomi och fysiologi



För att lyckas.....

- Be lov för undersökningen
- Lyssna- tidigare upplevelser?, förväntningar?
- Respekt- vara diskret, visa omsorg
- Använd rätta ord, kroppsspråk, ge trygghet
- Fråga om smärta- avbryt om hon vill.
- **Ge kvinnan makten!**



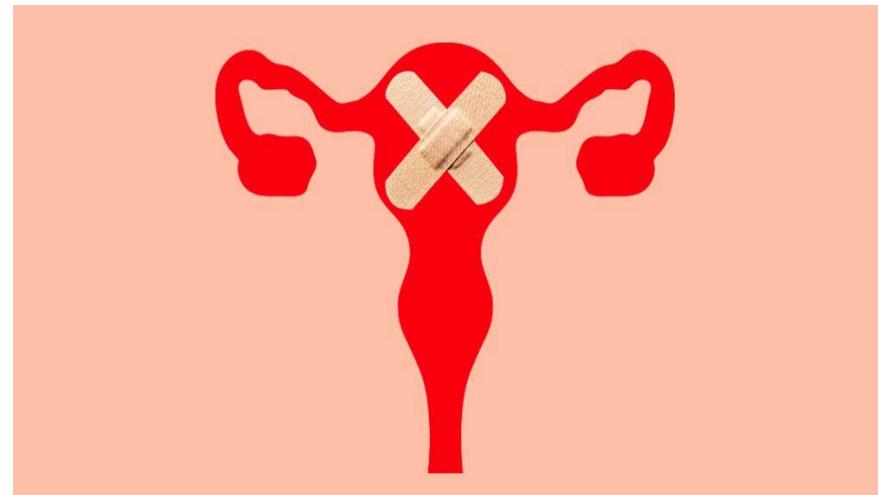
Gynekologisk anamnes -allmänt

- Menarche/menopaus
- Blödningsmönster
- Preventivmedel (nuvarande och tidigare)/HRT
- Graviditeter med olika utfall: förlossningar (inkl förlossningssätt), missfall, aborter, ektopiska graviditeter
- Operationer?
- Tidigare avvikande cytologprov (cellförändringar)?
- STI?



Gynekologisk anamnes-blödningsmönster

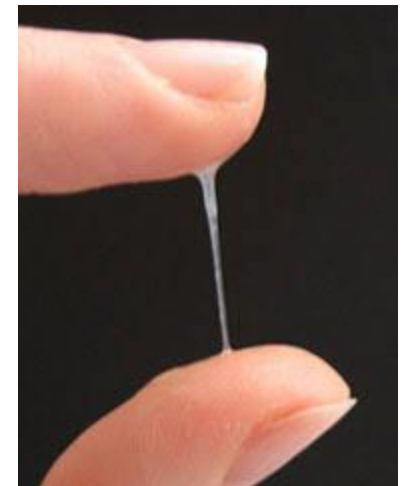
- Regelbunden? Intervall (från dag1 mens till nästa dag 1 mens)
- Antal blödningsdagar
- Riklig blödning: hur ofta byts skyddet? Hur ofta på natten? Koagler?
- Olaga blödning: vid samma tid? Mellan mens? Vid ovulation? Spotting innan mens? Efter samlag?
- Dysmenorré
- Graviditet?



Gynekologisk anamnes- flytningar

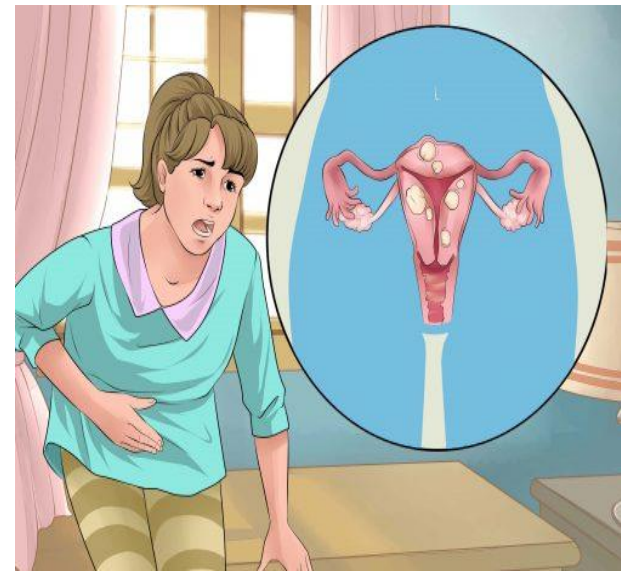
- Färgad?
- Lukt?
- Klåda?
- Sveda eller smärta?
- Miktionsbesvär?

- Normal: vit, gryning, lätt syrlig doft



Gynekologisk anamnes - bäckensmärta

- När? Kroppslig belastning? Samlag? Relation till menscykeln?
- Varje dag? Hur länge? Successiv försämring?
- Smärtans intensitet (0-10)
- Smärtans karaktär (molande, skärande, intervall, utstrålning)
- Vilka åtg lättar smärtan (vila, rörelse, värme)
- Sjukskrivning?
- GI-besvär? Förstoppning? Ofullständig tarmtömning?
- Urinvägsbesvär?
- Bäcken-ryggbesvär?



Gynekologisk anamnes - urininkontinens

- Hur länge? Successiv försämring?
- När uppträder läckage? Hosta, nysningar, ansträngning, nattetid?
- Trängningar? Dysuri? Mängd läckage(vilket skydd används?)?
- Tömningsproblem? Ofullständig tömning, svårt att komma igång?
- Antal urintömningar/dag? Antal tömningar/natt?
- Vätskeintag? Mängd och dryck?
- Läkemedel (diuretika, östrogen?)
- Recidiverande UVler



Gynekologisk anamnes – sexuell hälsa

- Fast partner
- Manlig eller kvinnlig eller både och?
- Sexuella praktiker?
- Tillfredställande sexualfunktion?
- Dyspareuni?
- Lust?



Gynekologisk undersökning

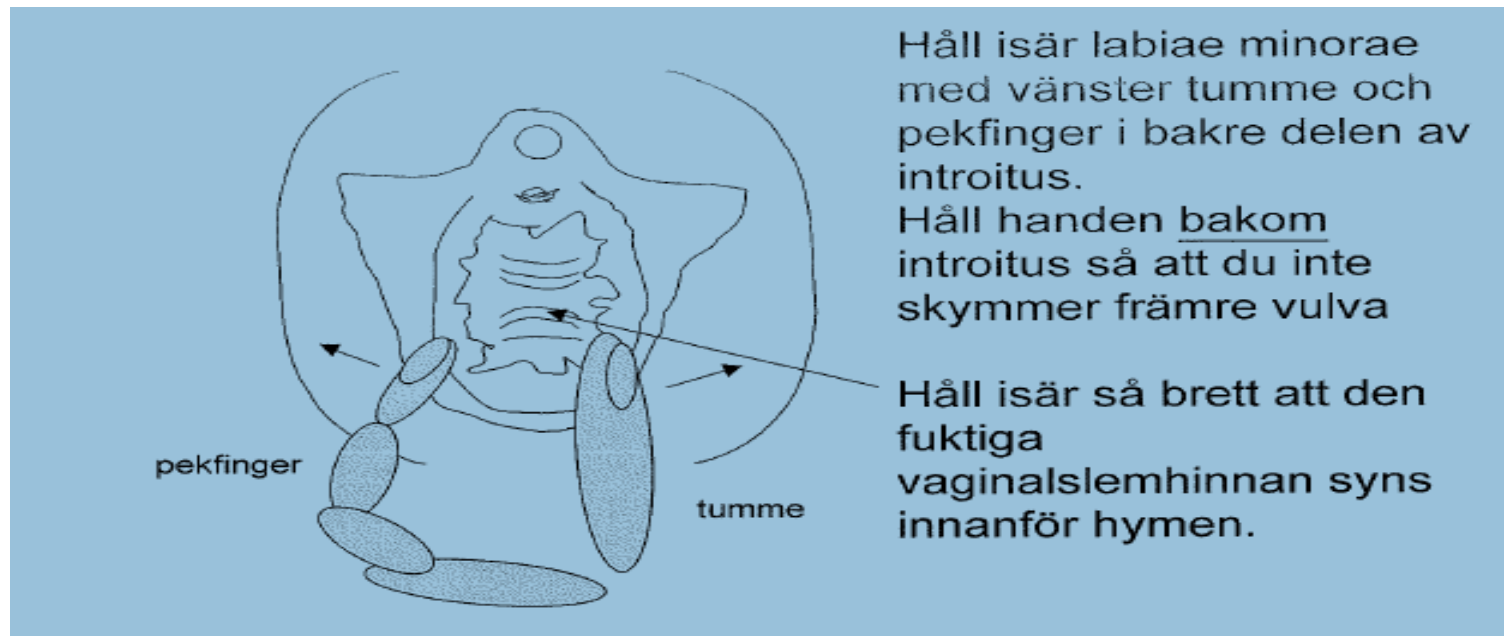
- Ha alla instrument/redskap till hands – undvik att kvinnan ligger onödigt länge
- Instrumentbord till höger
- Låt kvinnan tömma blåsan (minskar obehag och underlättar bedömning vid palpation, MEN: tänk på att v b spara urinprov!)
- Förklarar undersökningsmomenten!
- Börja med att palpera buken
- Bekräfta det normala under undersökningen, men **väntar med att berätta om avvikande fynd tills efter undersökningen!**

Inspektion
Spekulumundersökning
Palpation

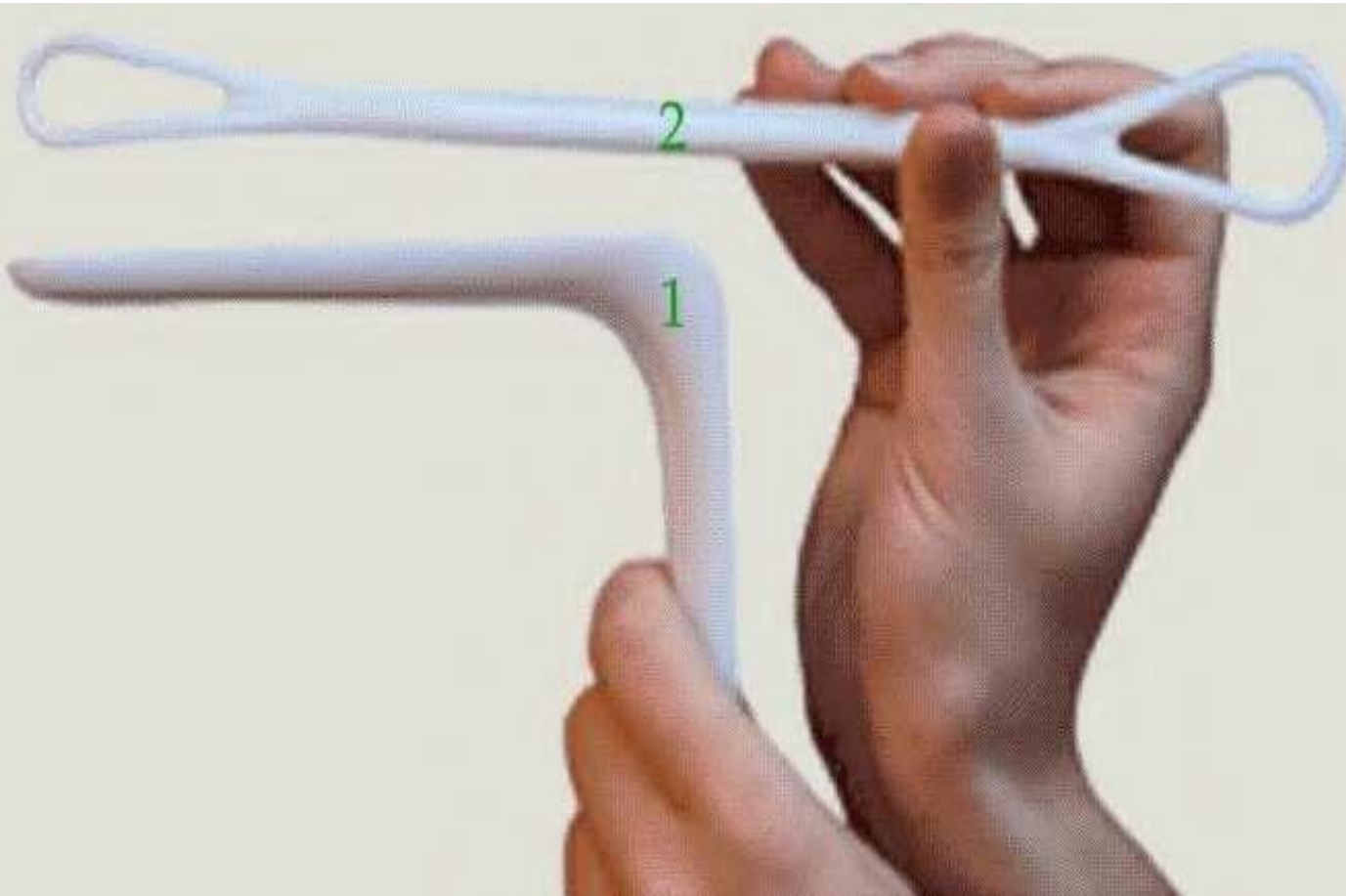


Gynekologisk undersökning – yttre inspektion

- Hudförändringar? Eksem? Svullnad? Rodnad? Rivmärken? Vårtor? Blåsor? Furunklar? Atrofi? Omskärelse?
- Håll isär blygdläpparna och be patienten krysta. Framfall?
- Titta även perianalt.



Gynekologisk undersökning – inre inspektion

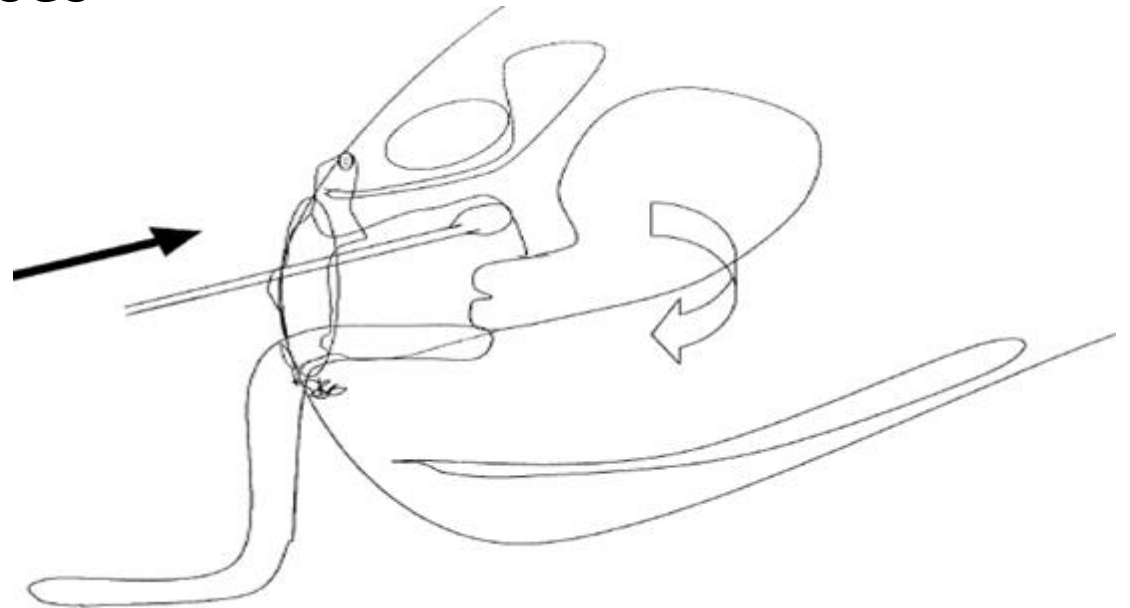


Spekulumundersökning- teknik

- Förvarna och be om tillstånd
- Välj lämplig storlek på instrument. Befukta baksidan med glidslem.
- Håll isär blygdläpparna.
- För in spekulum på snedden. Akta blygdläpparna!
- När bäckenbotten passerats, rätta upp spekulum och för det in till bakre fornix.

Spekulumundersökning

- Fatta depressorn med hö hand och lyft upp främre slidväggen. Lyft i mitten, men håll ut depressorns skaft till höger, eftersom urethra är mycket känslig. OBS: Kläm inte åt blygdläppen mellan spekulum och depressorskaft!
- Vinkla upp depressorn så att portio ses
- Roterar framåt!

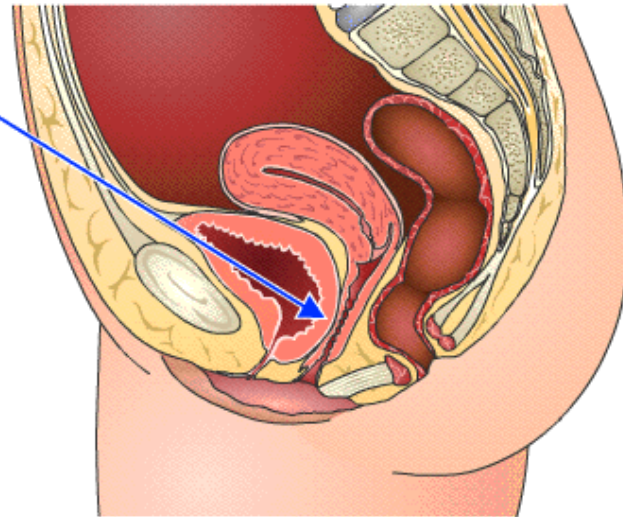


Inre inspektion

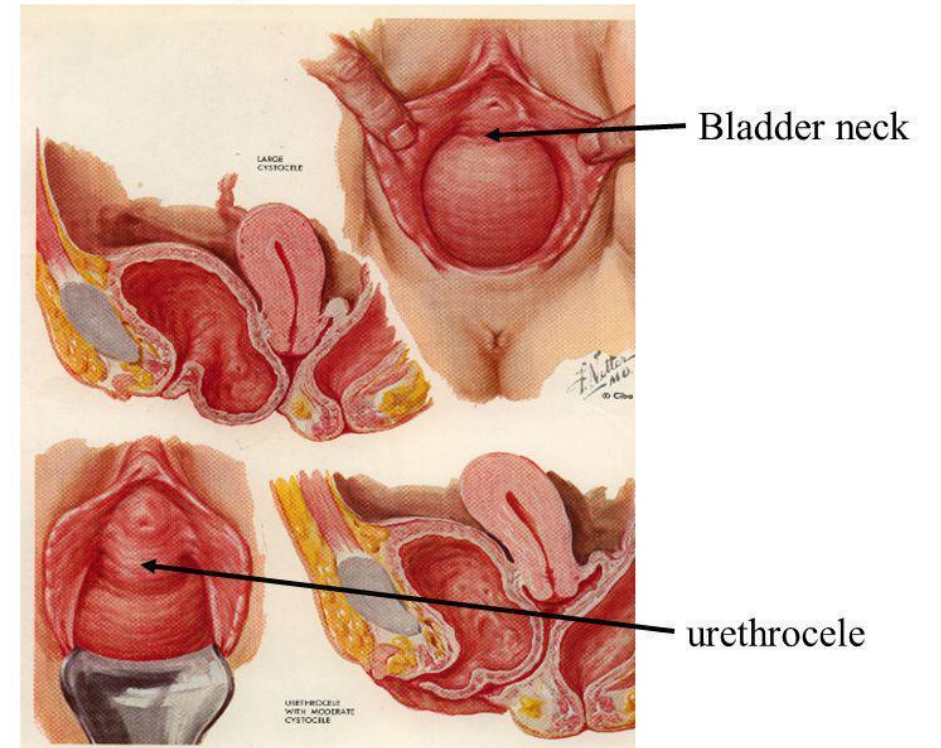
- Vaginalslemhinna: svullnad, rodnad, atrofi?
- Blödning?
- Flytningar: Färg? Mängd? Konsistens och utseende? Lukt?
- Portio: Polyp?
- Ta ut depressorn, dra spekulum bakåt och låt patienten krysta – cystocele?
- För in depressorn igen, dra ut spekulum och låt patienten krysta – rektoccele?

Prolaps av framvägg- cystocele

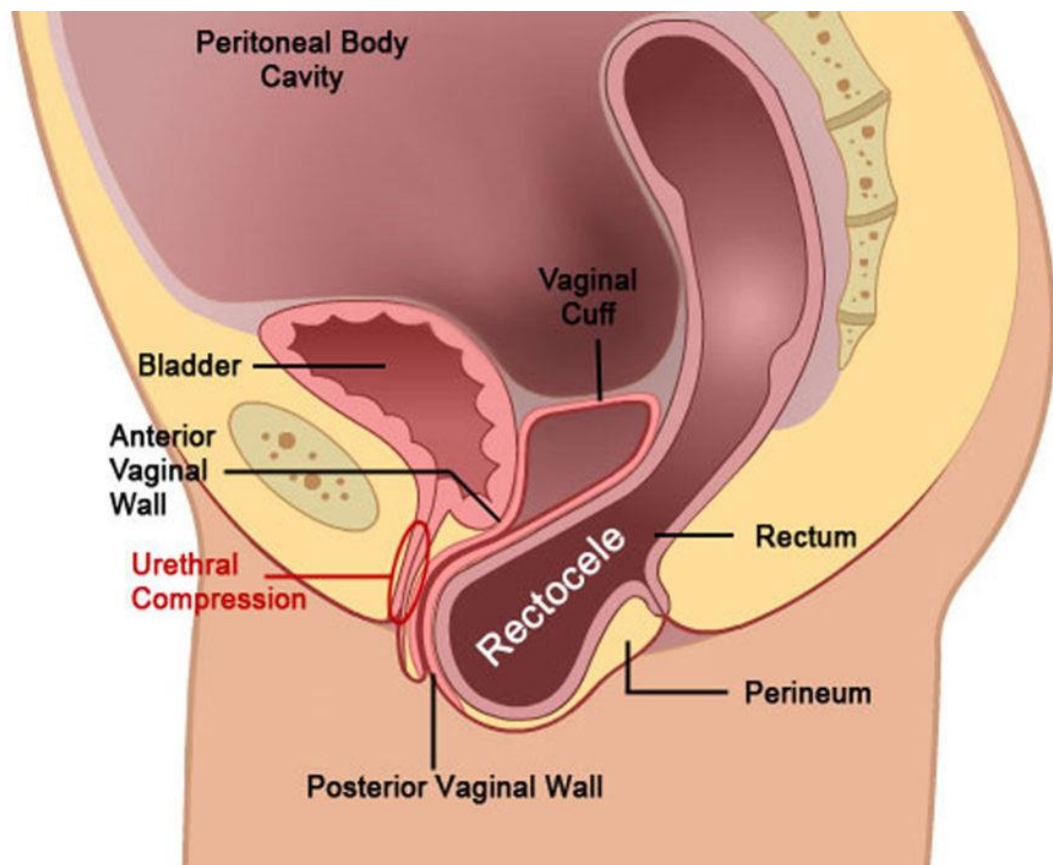
A **cystocele** happens when the bladder starts to fall back and pushes against the front wall of the vagina.



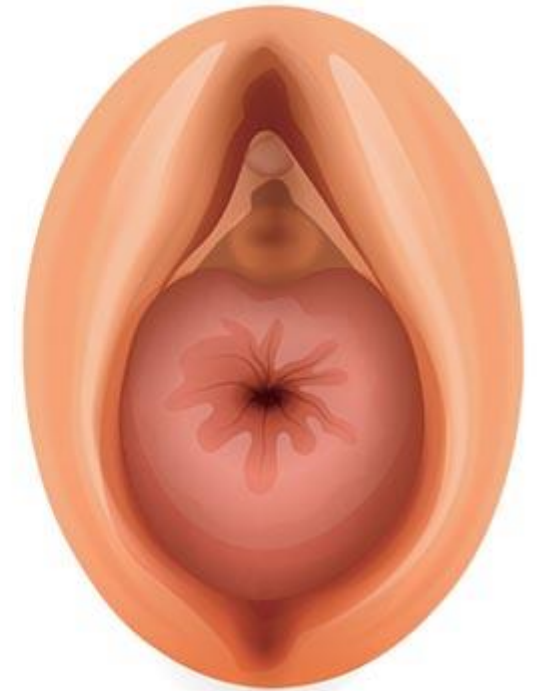
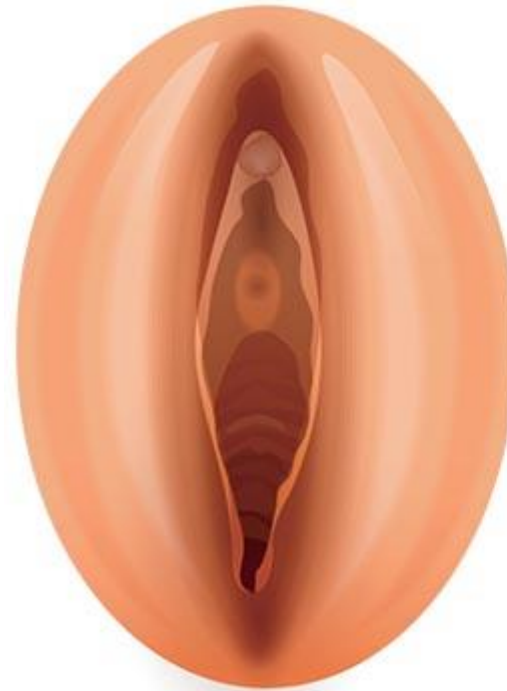
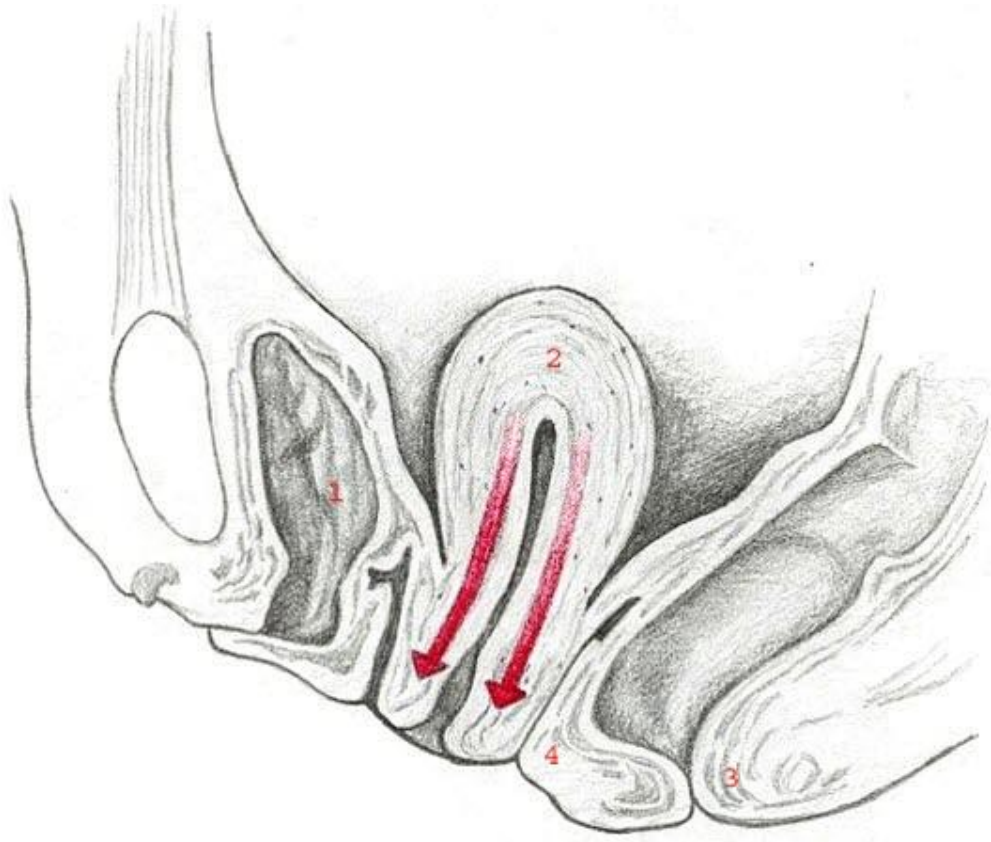
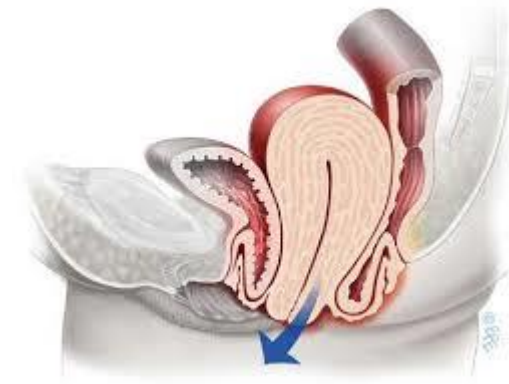
Cystocele



Prolaps av bakvägg - rectocele



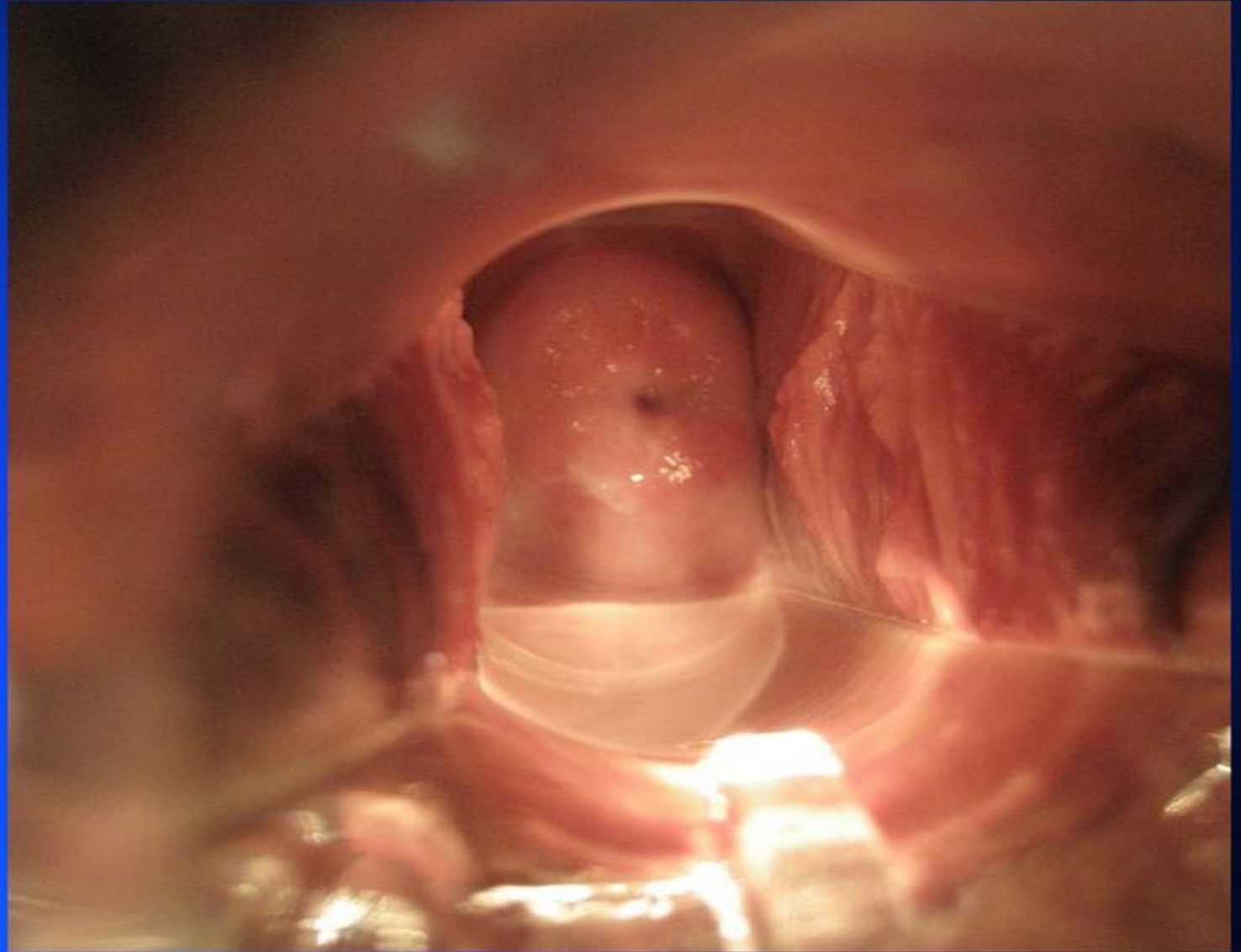
Prolaps- framfall av uterus



Problem! Portio syns inte

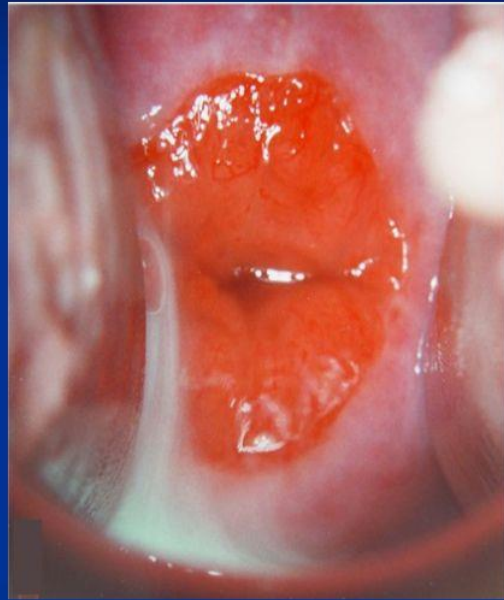
- Är pat opererad?
- Höjt britsen tillräckligt?
- Ligger pat tillräckligt långt ner på britsen?
- Har du fört in spekulum tillräckligt långt? Drar du tillräckligt bakåt?
- Är pat avslappnad?
- Har du lyft tillräckligt med depressorn?

Healthy Cervix and Vagina

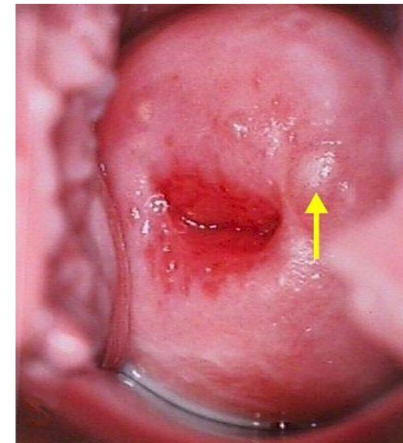


Ectropion

- Eversion of the uterine cervix
- Caused by columnar epithelium everting onto a portion of the cervix



Nabothian Cysts



CLINICAL PRESENTATION

- asymptomatic
- tend to occur following natural tissue regrowth after minor trauma or after childbirth.

DIAGNOSIS

- Clinical, Speculum exam

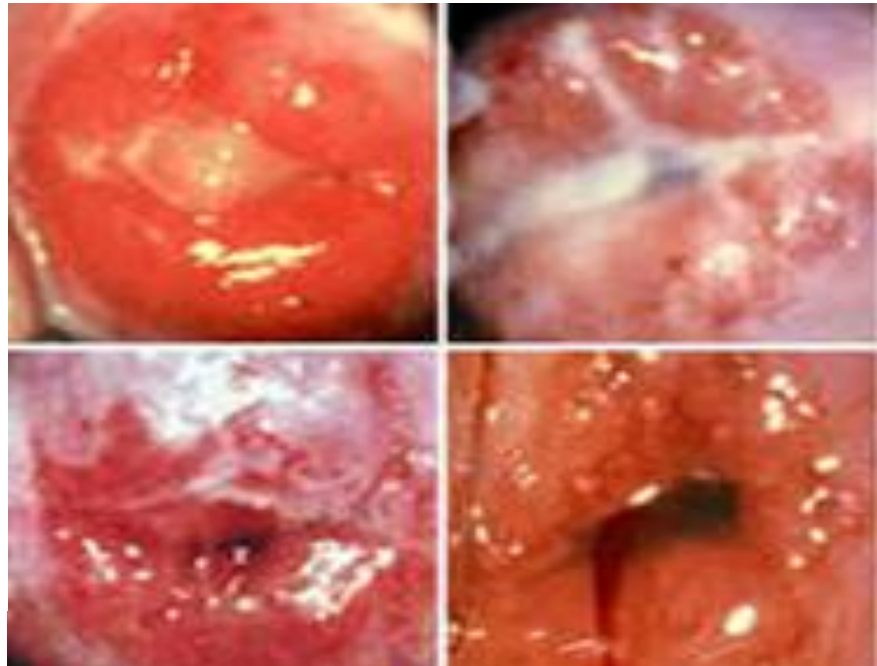
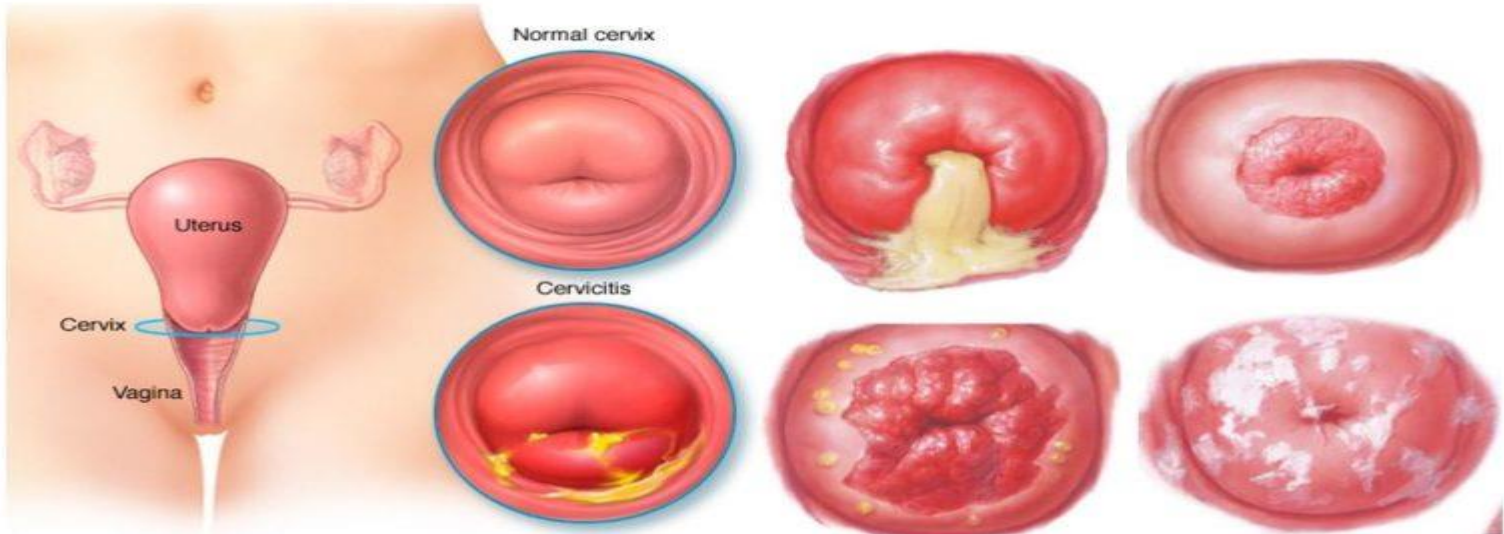
MANAGEMENT

- usually asymptomatic and need no treatment.

Cervical Polyps

- Develop from endocervix and protrude into vagina
- Usually asymptomatic
- Can cause intermenstrual and postcoital bleeding
- Rarely malignant
- Treat by avulsing and send for histology
- Base should be cauterised-prevents regrowth





Seattle STD/HIV Prevention Training Center Source: University of Washington

Mucopurulent cervicitis due to chlamydia: ectopy, edema, and discharge



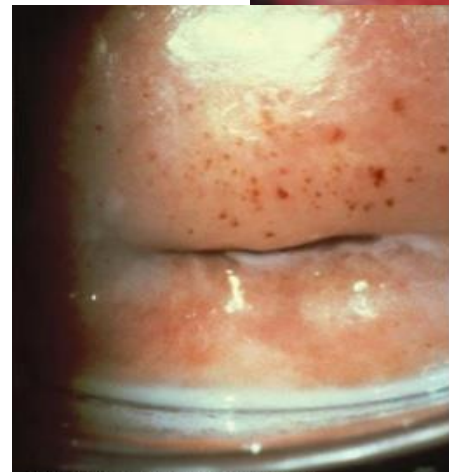
Seattle STD/HIV Prevention Training Center Source: Connie Celum, Walter Stamm

Chlamydial cervicitis: ectopy, discharge, bleeding.



Chlamydial cervicitis: mucopurulent cervical discharge, erythema, and inflammation.

Aboubakr Elnashar



Seattle STD/HIV Prevention Training Center Source: Claire E. Stevens

"Strawberry" cervix due to T. V



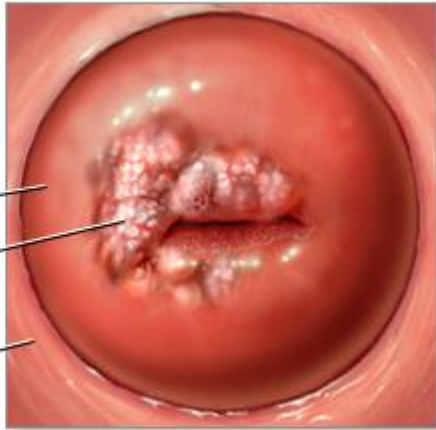
Strawberry spots

Aboubakr Elnashar



Cervix as seen through a speculum

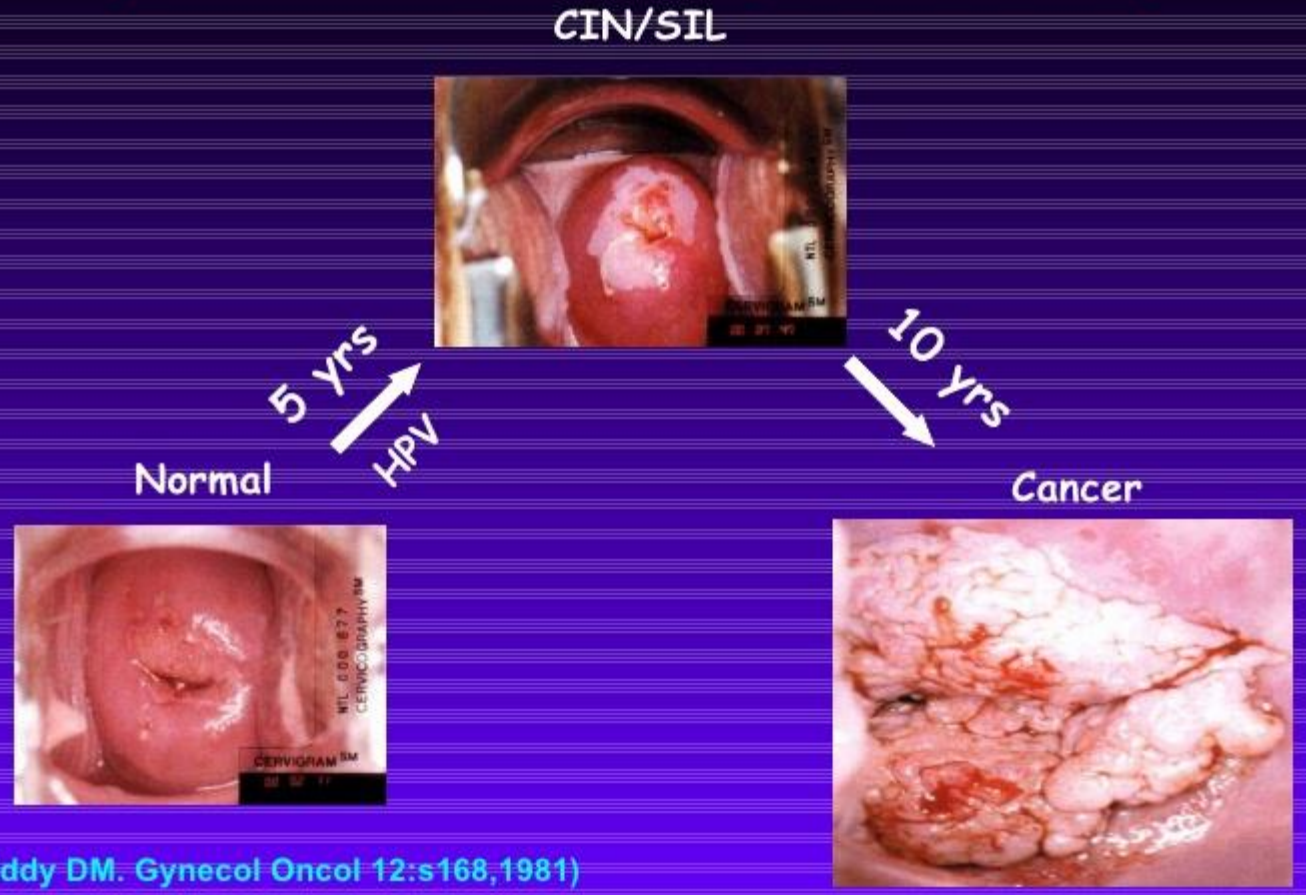
Cervix
Cancer tissue
Vaginal wall



ADAM.

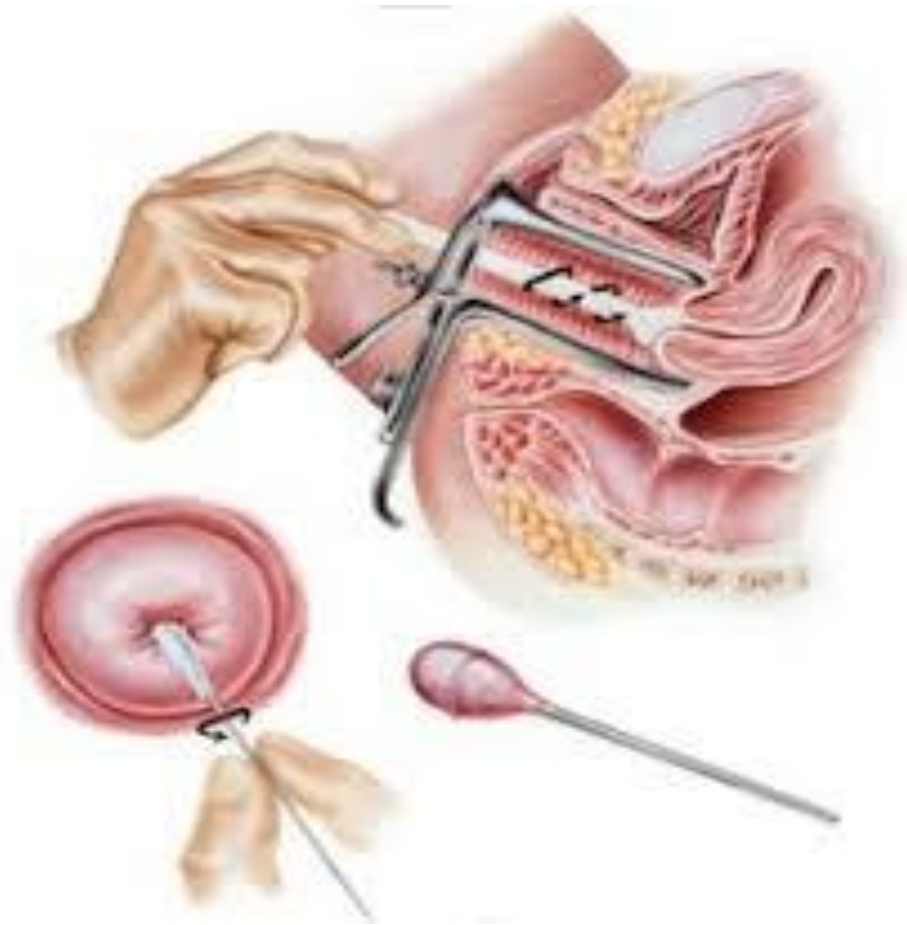


Natural History of SCC

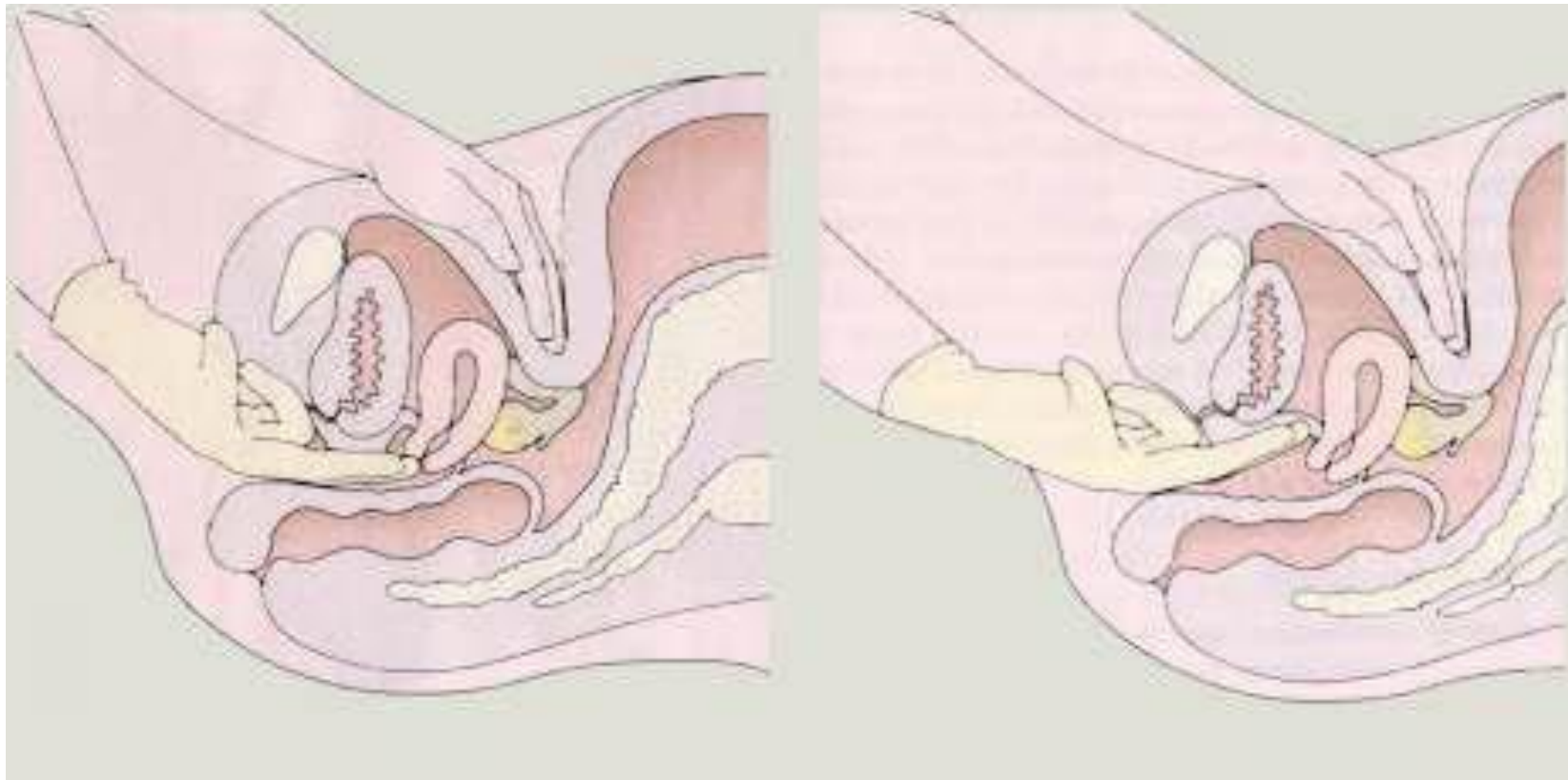


(Eddy DM. Gynecol Oncol 12:s168,1981)

Cytologiprov



Gynekologisk undersökning- bimanuell palpation



Bimanuell palpation

- Görs vanligtvis med 2 fingrar, då det finns plats och medför inte allt för stor obehag.
- Lägg andra handen på buken.
- Håll ögonkontakt för att avläsa smärtreaktioner!
- Lokaliserar portio med den inre handen och ta grepp med fingrarna på var sin sida om portio!
- Lyft hela uterus mot främre bukväggen! Vid behov ge stöd under portio för att få mottryck mot den yttre handen.

Bimanuell palpation

- Palpera uterus med den yttre handen när den är anteflekterad och med den inre handen om den är retroflektad (då enbart mycket begränsad bedömning möjligt)
- Portio rucköm?
- Uterus mobil?
- Försök att palpera adnexa med inre handen i sidofornix och yttre på sidan på buken: om det känns tomt så är det normalt. OBS: hos smala patienter kan adnexa vara palpabla.
- Roterar inre handen med handflatan nedåt medan den förs utåt och ber patienten knipa, vilket skall kännas när perineum lyfts uppåt-framåt

Portio nås inte vid palpation

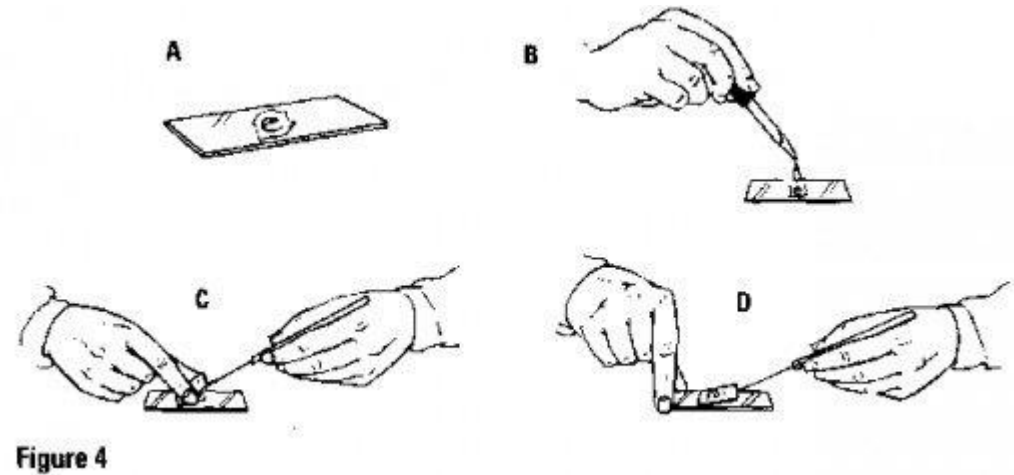


- Sänk armen så att fingrarna kommer lite underifrån.
- Håll emot med yttre handen.
- Gör handen smalare genom att vika in ring- och lillfingret och rotera upp tummen. På så sätt kommer du förbi sittknölnarna och perineum kan tryckas inåt. Akta så att tummen inte trycker mot främre introitus.

Uterus känns inte trots att portio nås med den inre handen

- Retroflekerad uterus? Känn med inre handen bakom portio.
- Rakställd uterus? Börja din djupa palpation med yttre handen lite längre upp (vid navelplan) och arbeta dig neråt.
- Full urinblåsa?
- Postmenopausal kvinna? Uterus kan då vara liten som en tumme och mycket mindre än cervix.

WETSMEAR

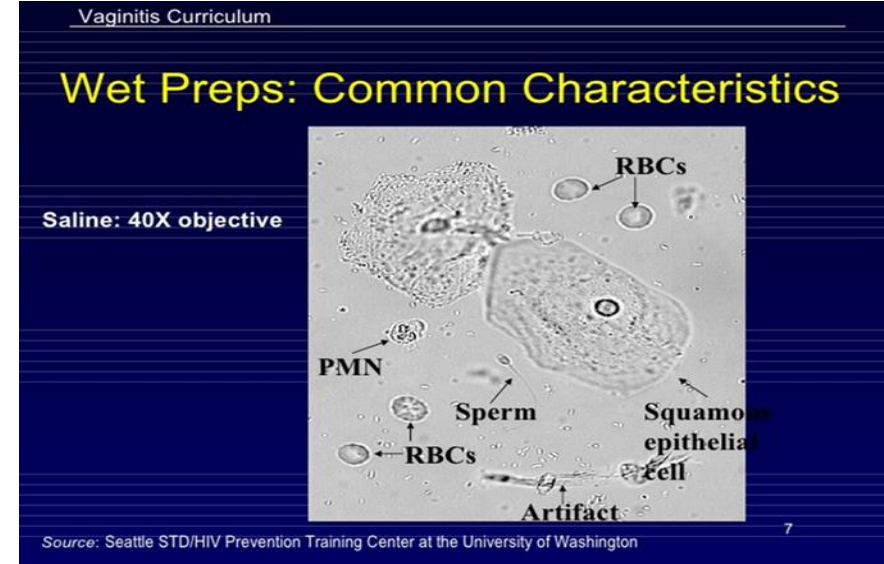


- Spara en liten mängd flytningar på ett glas befuktat med NaCl, täck med täckglas.
- Spara en liten mängd flytningar på ett glas befuktat med KOH, känn lukten (ruttet fisk?), täck med täckglas
- PH -kontroll
- Bedöm under mikroskop: Hyfen? Kokker? Leukocyter?
- Film wetsmear:

<https://www.youtube.com/watch?v=nNksPmHQwHo>

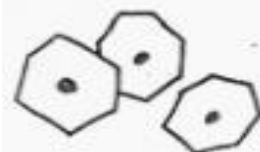
Wet smear

- Titta i NaCl-utstryket efter:
 - Epitelceller. Normalt moget skivepitel.
 - Parabasalceller (mindre, runda med större kärna) tyder på atrofi eller kraftig inflammation.
 - Bakterier. Normalt långa stavar (laktobaciller). Kokflora vid atrofisk kolpit och BV. Clue cells- epitelceller överlastade med kocker vid BV.
 - Leukocyter. Normalt ganska få, även vid BV. Leukocytos-fler än epitelcellerna per synfält vid cervicit/klamydia.
 - Trikomonader. Ser ut som rörliga leukocyter med propeller.
- Titta i KOH-utstryket efter:
 - Pseudohyfer vid candidakolpit.



ILLUSTRATIONER

Figur 1 - Iakttagbara fynd i ofärgat "vrat smear"



VAGINALEPITELCELLER
(Utmognade)

Stora polygonala med liten kärna



VAGINALEPITELCELL
(Omogen)

Stora, rundade, relativt stor kärna

INFLAMMATORISKA CELLER

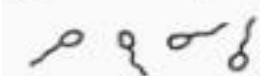


TRICHOMONADER

Obel rörliiga med tvistande rörelser



SPERMIER



JÄSTSVAMP (vanl. Candida)

Lättast iakttagbar efter spädning med KOH. Pseudohyfer och blastosporer



ERYTHROCYTER

Dubbelkonturerade. Gul-grönaktiga



STAVFLORA

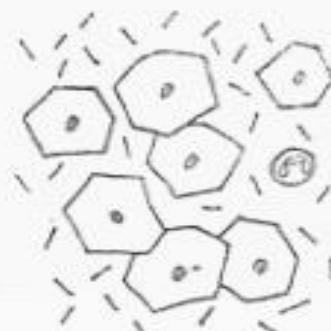
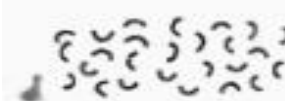


KOCKFLORA



"KOMMABAKTERIER"

Rörliiga. "Svärmar" över hela synfältet. Alltid rikliga om de förekommer.



Figur 2 - Rent "vrat smear"

Mogot vaginalepitel dominerar. Leukocyterna är klart färre än epitelcellerna. Bakteriefloren är stavformig och bakterierna ligger mest dels mellan cellerna. Rutinmässig cervixodling från ca 300 kvinnor med sådant smear har givit följande utbyte:

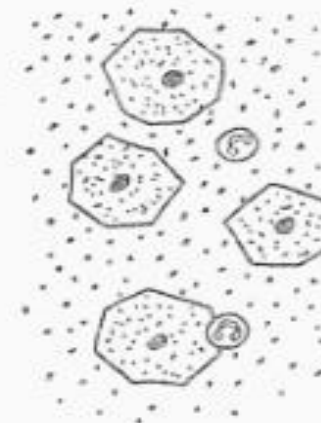
N gonorrhoea 0 %; Chlamydia trachomatis <0,5 %; Mycoplasma hominis 2,3 % (Weström, 1982)



Figur 3 - Vratigt smear

Synfältet domineras av leukocyter. De fåtaliga epitelcellerna, som ses, är ofta av omogen typ. Om bakteriefloren kan bedömas ser man kokk-dominans. Denna typ av smear tyder klart på infektion och e föranleda odlingsdiagnostik. Rutinmässig cervixodling från kvinnor med denna typ av smear har givit:

N gonorrhoea 4,3 %; Chlamydia trachomatis 19,0 %; Mycoplasma hominis 34,7 % (Weström, 1982).



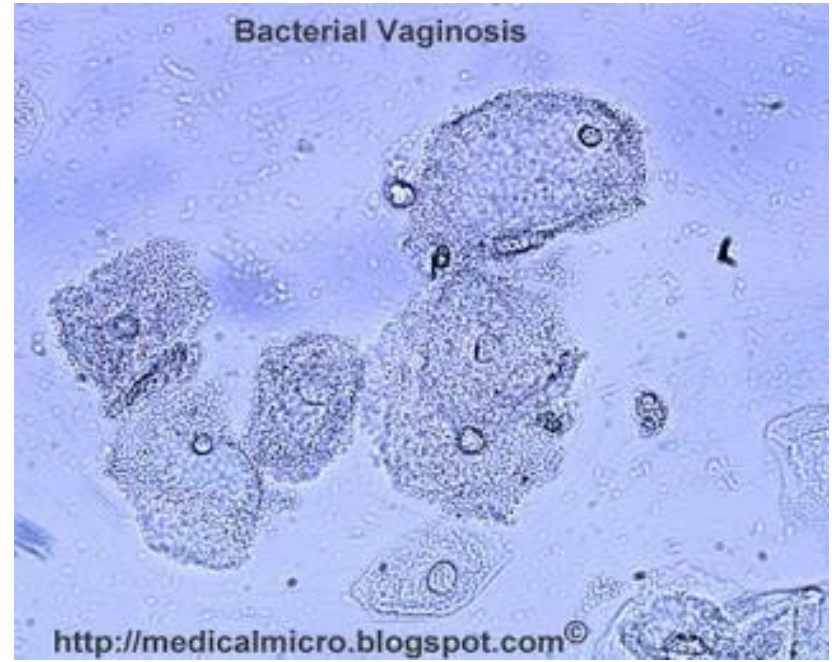
Figur 4 - Kokk-dominans

Synfältet domineras av epitelceller, leukocyterna är fåtaliga. Bakteriefloren är kokk-dominerad och kokkerna adhärerar ofta till vaginalepitelcellerna, som härigenom får ett "grynigt" utseende (clue cells).



Seattle STD/HIV Prevention Training Center
Source: University of Washington

Normal Epithelial Cell in Vaginal Saline Prep
(Courtesy of the University of Washington Seattle
STD/HIV Prevention Training Center)

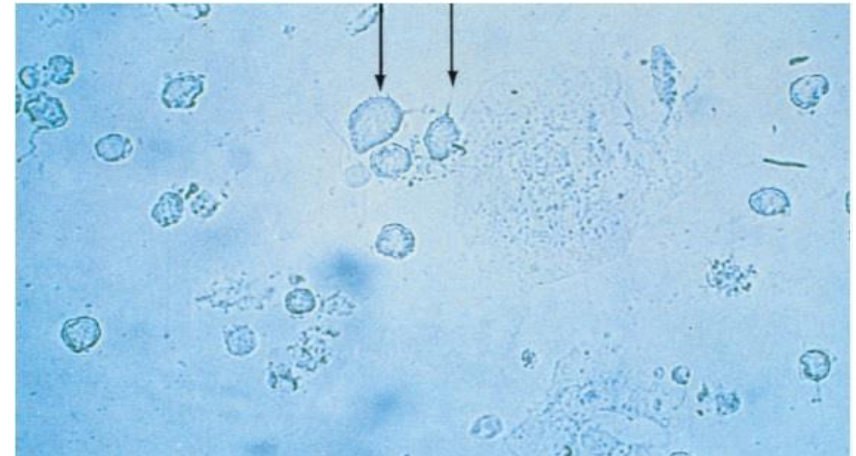


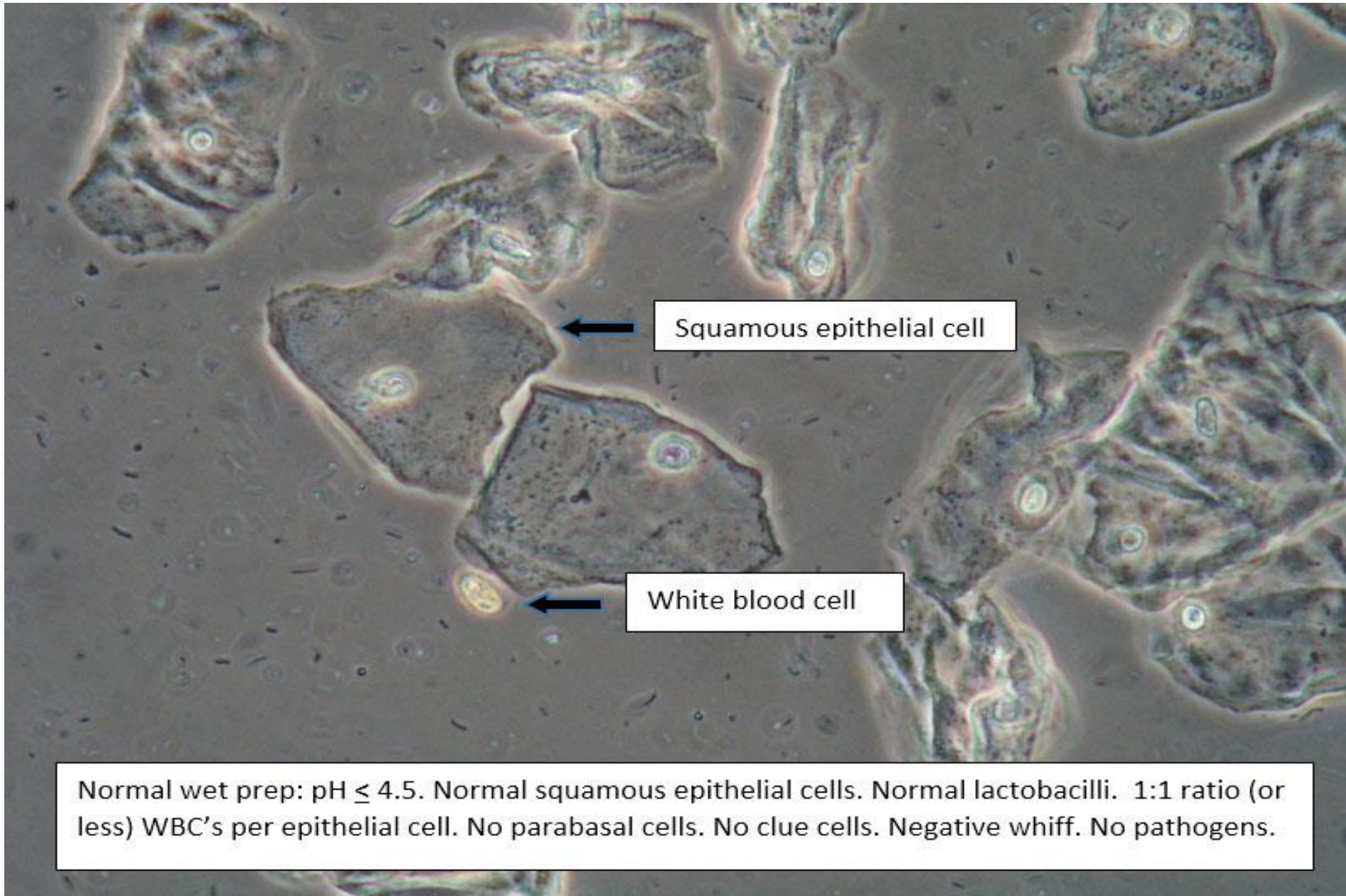
Bacterial Vaginosis

<http://medicalmicro.blogspot.com>



Budding yeast cells and pseudohyphae

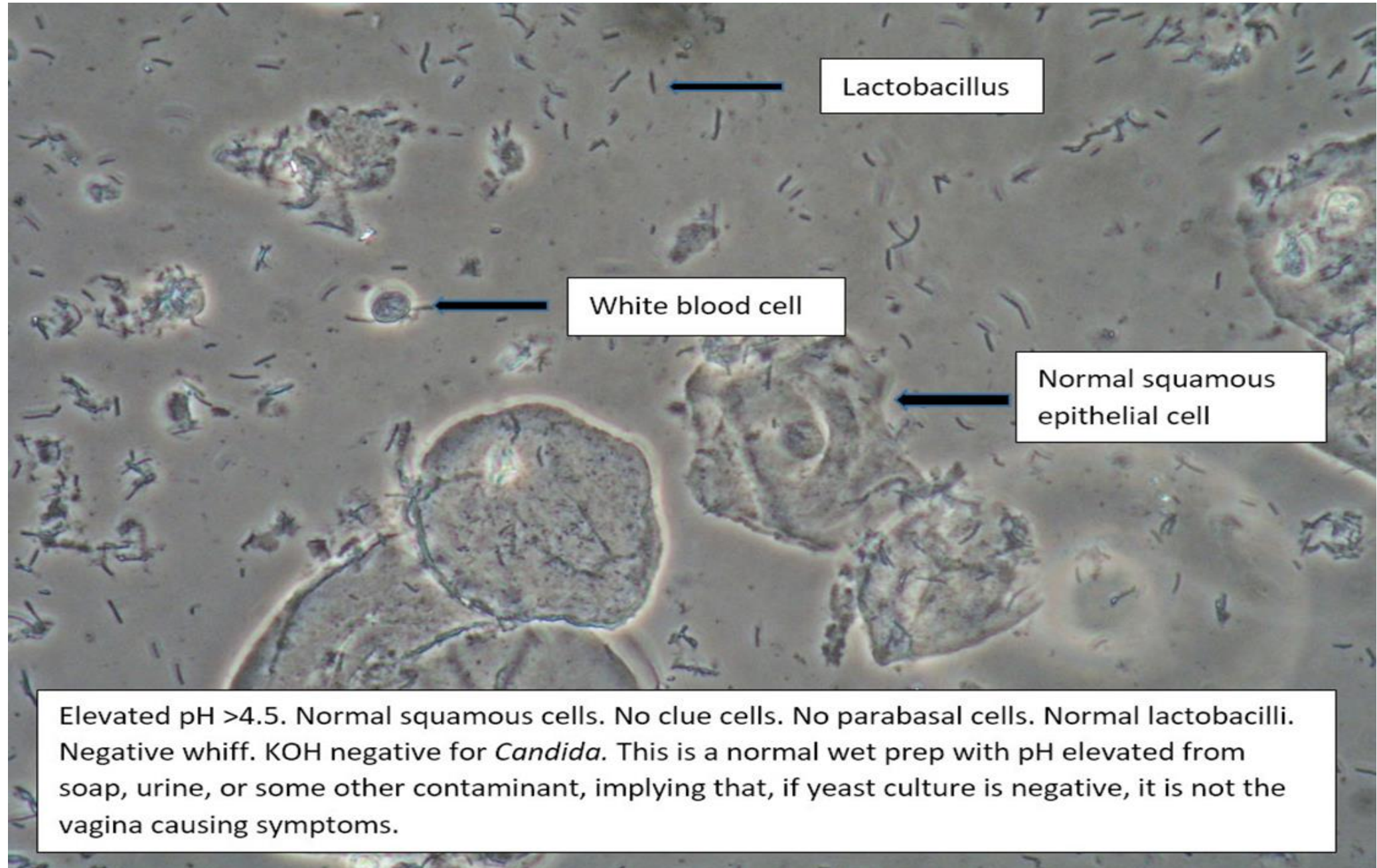


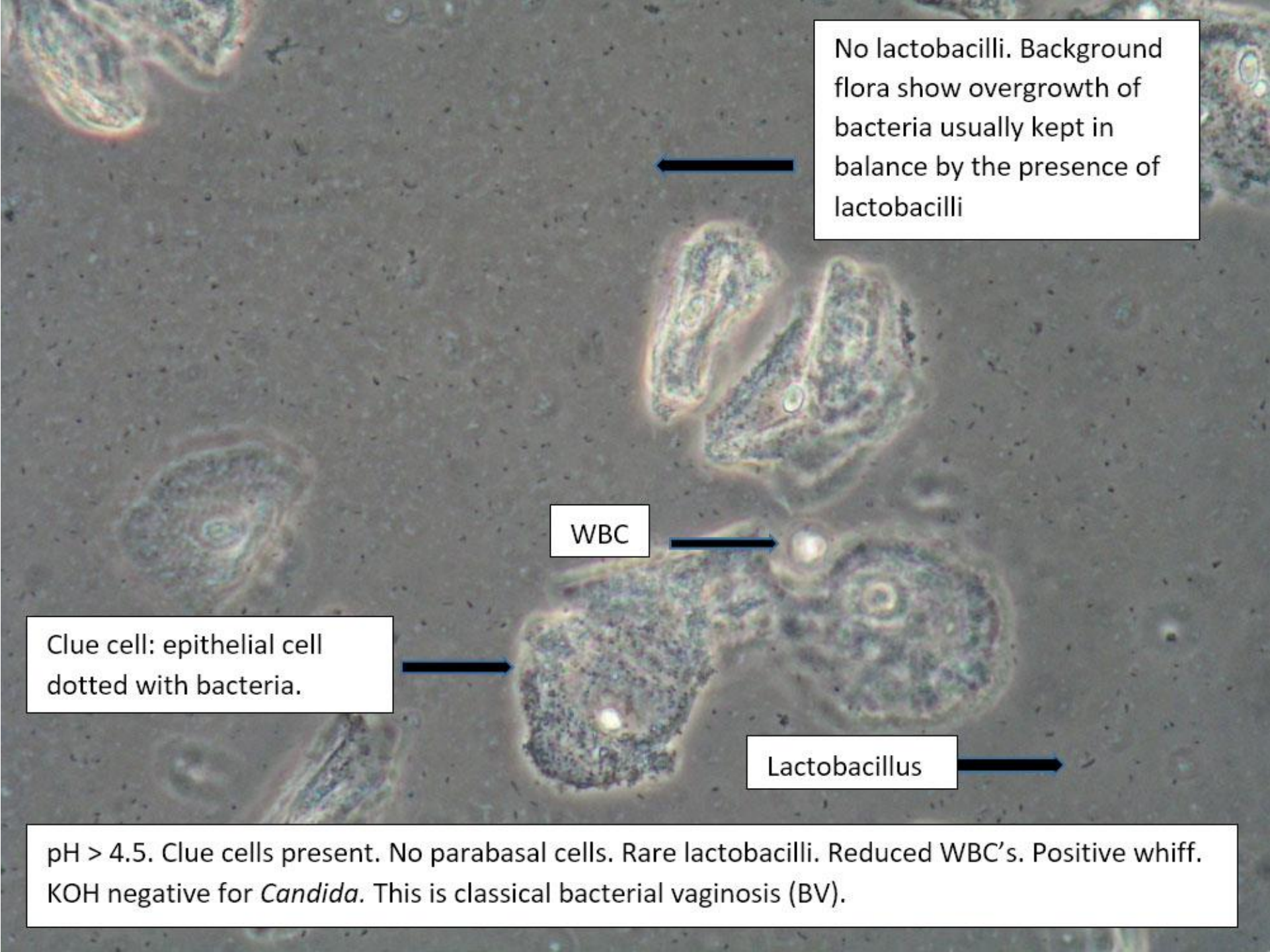


Squamous epithelial cell

White blood cell

Normal wet prep: pH \leq 4.5. Normal squamous epithelial cells. Normal lactobacilli. 1:1 ratio (or less) WBC's per epithelial cell. No parabasal cells. No clue cells. Negative whiff. No pathogens.





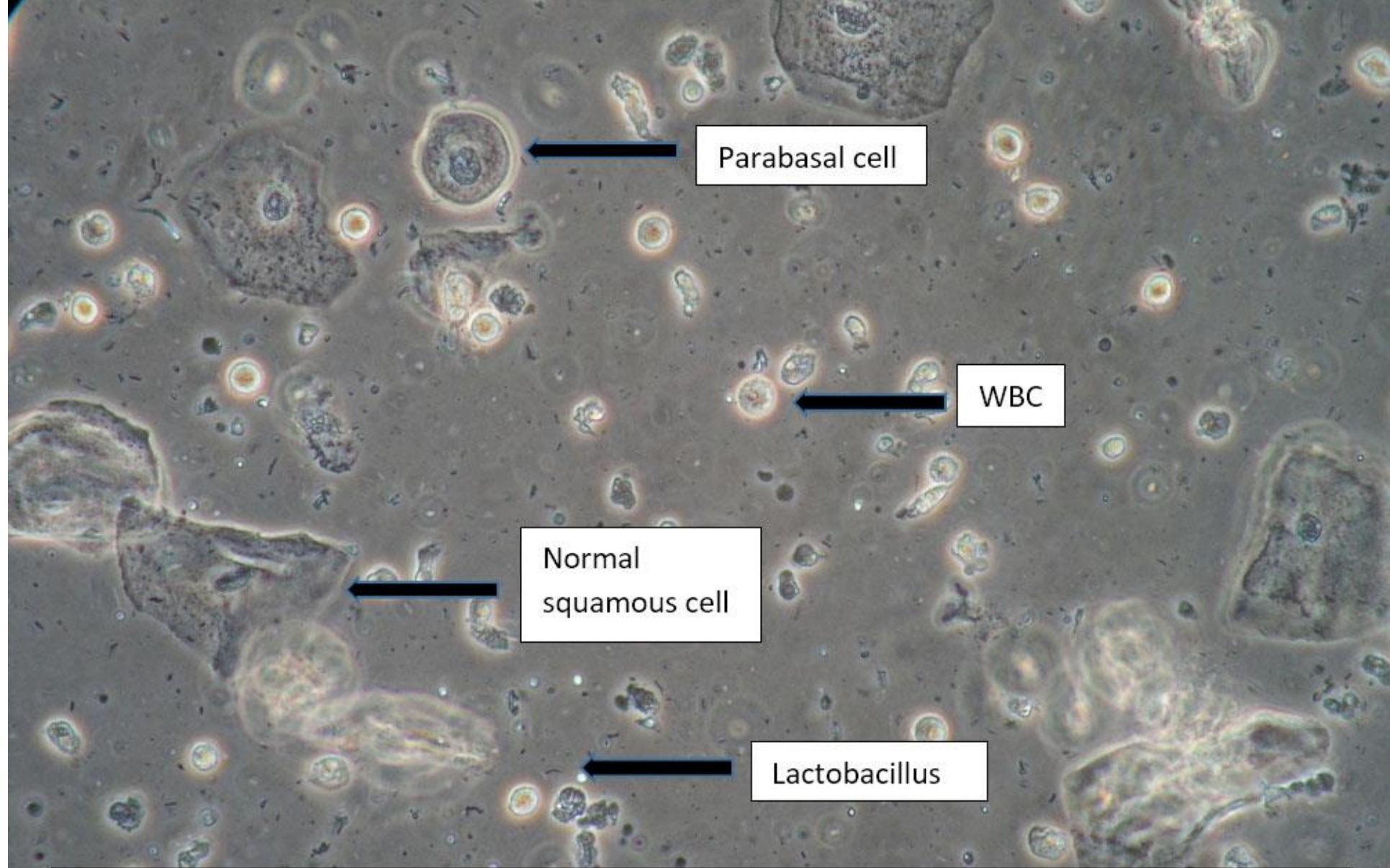
No lactobacilli. Background flora show overgrowth of bacteria usually kept in balance by the presence of lactobacilli

WBC

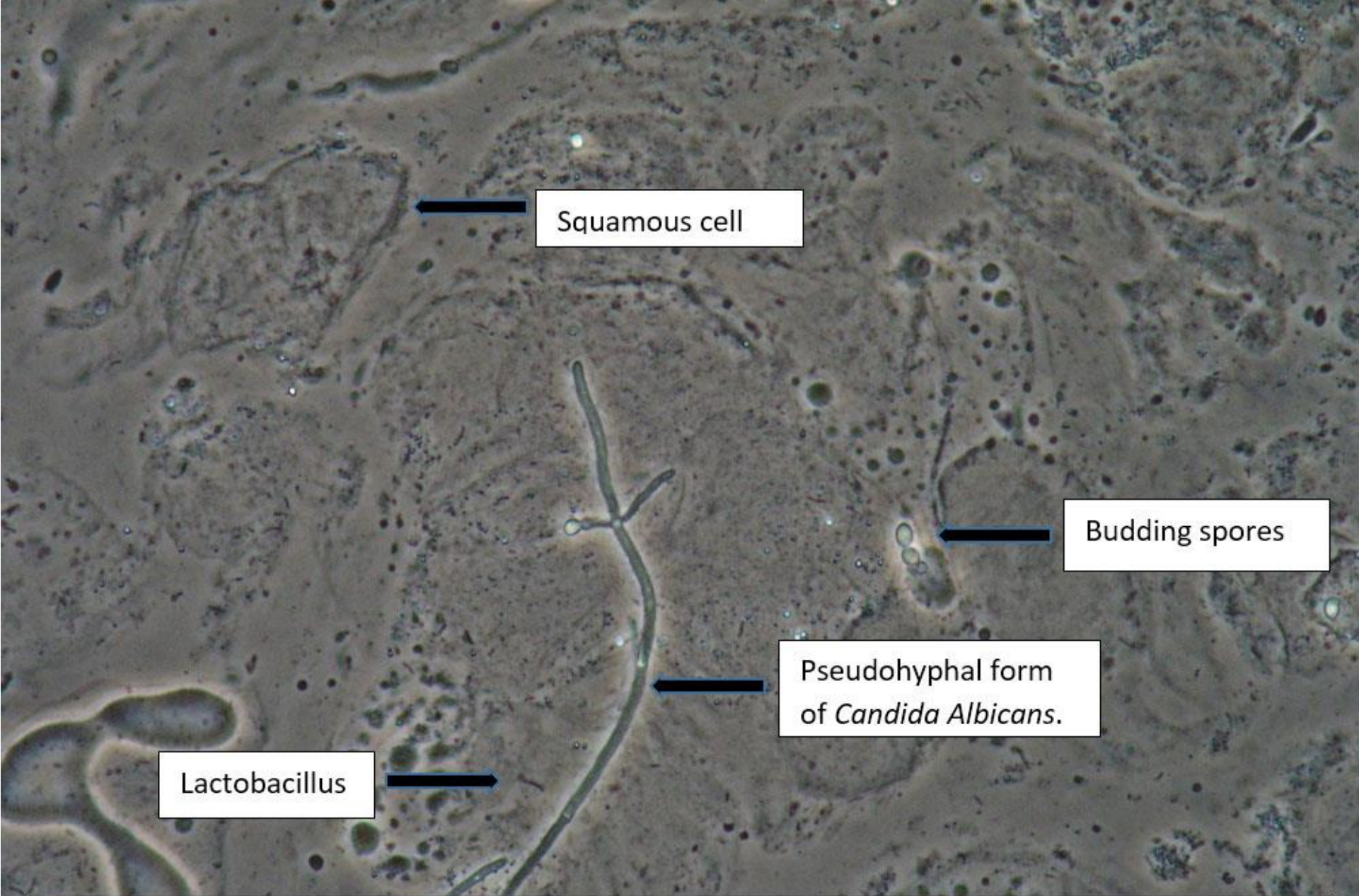
Clue cell: epithelial cell dotted with bacteria.

Lactobacillus

pH > 4.5. Clue cells present. No parabasal cells. Rare lactobacilli. Reduced WBC's. Positive whiff. KOH negative for *Candida*. This is classical bacterial vaginosis (BV).



pH >4.5. Lactobacilli reduced. Greater than 1:1 ratio of WBC's to epithelial cells. Parabasal cell present. Neg whiff, neg clue cells. Most likely diagnosis is either DIV, yeast, or trich. Complete history, exam, testing.



Squamous cell

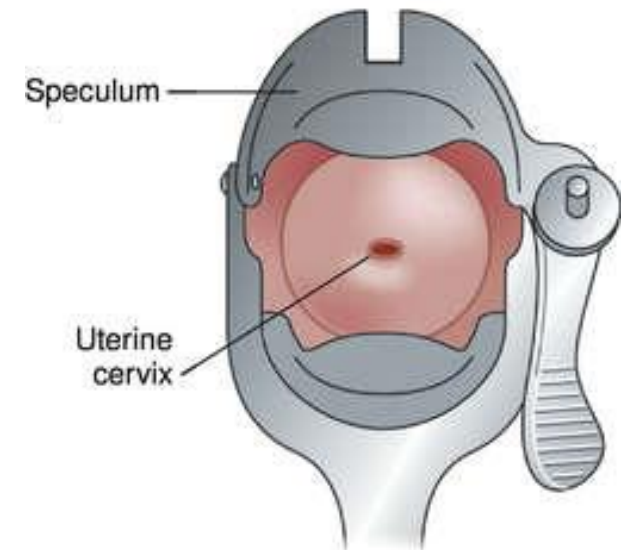
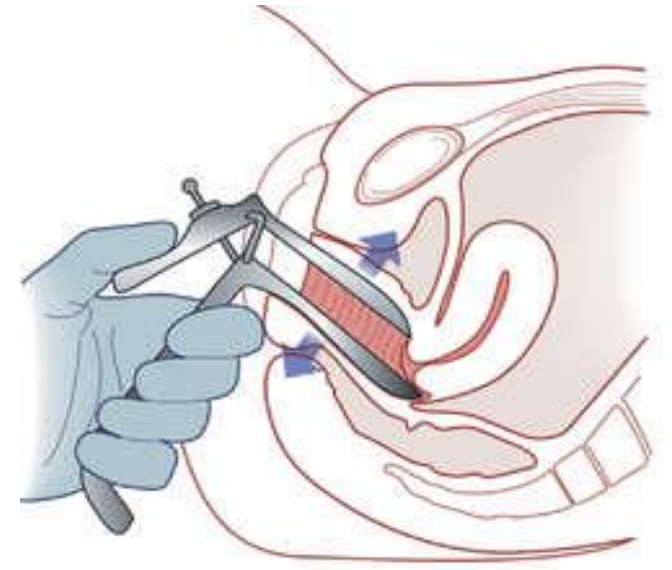
Budding spores

Pseudohyphal form of *Candida Albicans*.

Lactobacillus

pH 4.5. KOH reveals *Candida Albicans* yeast through the hyphal form. If only the budding spores were seen, it would not be possible to tell whether this was *Albicans* or non-*Albicans* yeast.

Praktik + frågor



Allmän gynekologi

Regional medicinsk riktlinje



Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi

Fastställt av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-A § 36-2013) giltigt till juni 2017
Utarbetad av Sektorsråden för kvinnosjukvård och allmänmedicin

Huvudbudskap

Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi samt definierar det basgynekologiska uppdraget.

I vilken omfattning gynekologi och mödrahälsovård handläggs av allmänläkare varierar i dag stort inom Västra Götalandsregionen. Syftet med riktlinjen är att säkerställa att patienter med gynekologiska besvär utreds, behandlas och följs upp på ett likvärdigt sätt i Västra Götalandsregionen. Det finns dock inget skäl att förändra befintlig ansvarsfördelning lokalt, när den fungerar friktionsfritt och håller hög medicinsk kvalitet.

Specialistgynekologins/specialistobstetrikens ansvar

För följande besvär uppmanas patienten att söka gynekolog (dock inte nödvändigtvis akut) utan att först konsultera allmänläkare.

- Infertilitet
- Önskad graviditet
- Postmenopausblödning
- Övriga blödningsrubbningsar (ej nämnda under primärvårdens ansvar)
- Kontroll av gynekologisk cancer (inom tidsramen för respektive vårdprogram)
- Recidivmisstänkta symtom efter gynekologisk cancer
- Cellförändringar i livmodertappen
- Sexuella övergrepp
- Flytningar med buksmärta, feber, blödning och/eller allmänpåverkan
- Uttalade buksmärter i tidig graviditet
- Blödning under graviditet
- Komlicerad graviditet eller svår interkurrent sjukdom, enligt respektive kvinnokliniks riktlinjer

Allmänmedicinens ansvar

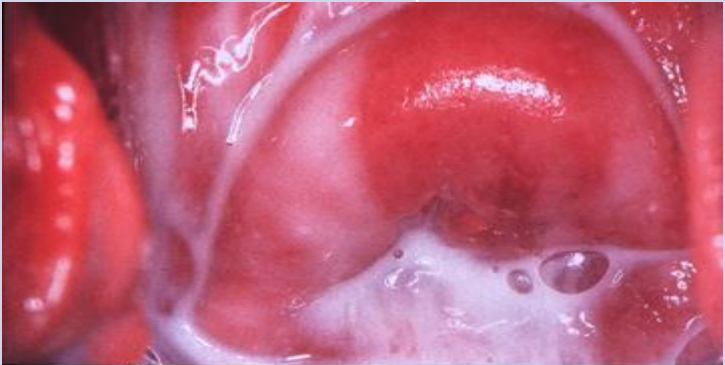
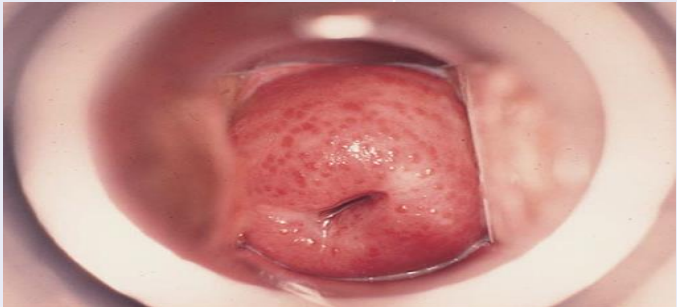
- PMS
- Oro för STI och önskan om/indikation för provtagning från blod eller genitalia
- Blåsor, sår, vårtor i vulva
- Genital klåda
- Flytningar utan smärta, blödning eller buksmärta
- HPV-vaccination
- Buksmärter utan feber eller blödning (med negativt graviditetstest i fertil ålder)
- Dysmenorré
- UVI, även recidiverande
- Inkontinens (basal utredning och hjälpmedel)
- Blödningsrubbningsar som inte primärt kräver gynekologisk kompetens, cytologprov eller ultraljud.
 - Primär amenorré
 - Önskan om mensförskjutning
 - Kraftig, regelbunden menstruation (ej nytillkommen)
 - Gles menstruation
- Handläggning av besvär och symtom som hör samman med normal graviditet (inklusive bedömning av arbetsförmågan) och som inte kräver obstetrisk kompetens, såsom:
 - Nästäppa
 - Bäckens- och ryggsmärta

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

Vaginala Flytningar och eller klåda



Tillstånd	Frekvens	Bidragande faktorer	Symtom	Diagnostik	Behandling
Candida vulvovaginit	Var 4:e kvinna drabbas någon gång i fertil ålder.	Graviditet, Antibiotika behandling, P-piller, Premenstruellt, Skavning i vulva.	Klåda – ibland premenstruellt Vit flytning, kesolik eller ibland mycket sparsam.	Wet smear- ev. odling med resistensbestämning. Röda inflammerade slemhinnor. Vid klåda rivmärken, ibland fissurer. Eksem ibland	Akut: Klotrimazol vagitorier. Efter 2 recidiv flukonazol oralt. Kronisk recidiverande (>4 skov/år) flukonazol 150mg oralt var 7:e-14:e dag i 3 månader. Graviditet- vaginala preparat. Persisterande klåda+eksem- gruppl steroider.





Tillstånd	Frekvens	Bidragande faktorer	Symtom	Diagnostik	Behandling
Bakteriell vaginos 	Var 10:e kvinna drabbas.	Okända. Anses inte vara en sexuellt överförbar sjukdom.	Illaluktande flytning, särskilt efter mens och koitus (pH-förhöjning)	Oretade slemhinnor. Tunn, grågul flytning. pH > 4,5. Positivt sniffstest. Wet smear-clue cells.	Metronidazol vaginalgel i 5 dagar eller klindamycin vagitorier i 3 dagar. Metronidazol peroralt i 7 dagar. Partnerbehandling rekommenderas inte.
Trikomonas infektion 	Ovanligt	STD	Illaluktande flytning. Klåda och irritation.	Vaginalslemhinnan röd, irriterad, petekier. Gul-grön flytning. Wet smear.	Metronidazol peroralt. Partnerbehandling.

Tillstånd	Frekvens	Bidragande faktorer	Symtom	Diagnostik	Behandling
Akut cervicit	<p>Klamydia vanligast hos kvinnor < 25 år.</p> <p>Incidens 35/1000/år</p>	<p>Klamydia-vanligast.</p> <p>Andra-Mykoplasma, gonorré.</p>	<p>Flytning-ospecifik.</p> <p>Uretritsymtom.</p> <p>Buksmärtor.</p>	<p>Ömhet över cervix som kan vara lätt-blödande.</p> <p>PCR-urin/cervixsekret.</p>	<p>Doxycyklin 200mg x1 och därefter 100mg x1 i 8 dagar.</p> <p>Azitromycin 1g som engångsdos – ökade resistens.</p> <p>Akut salpingit/PID-kombination av metronidazol + doxycyklin.</p> <p>Behandling av partner. Smittspårningplikti gt.</p>



Tillstånd	Frekvens	Bidragande faktorer	Symtom	Diagnostik	Behandling
<p>Atrofisk kolpit</p> 	<p>50% av kvinnor 3 år efter menopaus har atrofi.</p>	<p>Östrogenbrist, postmenopausalt eller ibland under amning.</p>	<p>Illaluktande flytning, törnhetskänsla, sveda, irritation.</p>	<p>Tunna, sköra slemhinnor, petekier, gul flytning.</p>	<p>Östradiol vaginaltabletter eller kräm.</p> <p>Ev. metronidazol vaginalgel för symtomlindring.</p>
<p>Genital herpes</p> 	<p>30% har HSV-2 antikroppar</p>	<p>STD</p>	<p>Blåsor, smärta, dysuri.</p>	<p>Virusisolering från blåsbotten.</p>	<p>Aciklovir i 5-10 dagar beroende på infektionens svårighetsgrad.</p> <p>Valaciklovir i 5 dagar.</p>

Tillstånd	Frekvens	Bidragande faktorer	Symtom	Diagnostik	Behandling
Lichen simplex (kroniskt eksem) 	Ökänd	Candida Kontaktallergi	Klåda	Eksem i vulva. Biopsi	Grupp IV-steroid initialt, därefter nedtrappning. Mjukgörande kräm. Antihistamin
Lichen sclerosus (vitfläcksjuka) 	Drabbar alla ådrar.	Ökänt. Autoimmun sjukdom kan misstänkas.	Klåda särskilt nattetid.	Vita områden med hyperkeratos alternativt tunn hud med petekier, särskilt över labiae. Cigarettpapershud: tun, vit, rynkig Synekier. Biopsi	Grupp IV steroids i nedtrappande dos.

Blödningsrubbningar –Riklig menstruation

- Cykliska uterinblödningar med regelbundna och normala intervaller under flera cykler, men med ökad:
 - Varaktighet > 8 dagar *och/eller*
 - Blodmängd ≥ 80 ml per cykel. Normal blodmängd är 30–40 ml per cykel
- Är i de flesta fall ovalutoriska blödningar.
- Ofta ingen påvisbar orsak som strukturella, hormonella, hematologiska eller systemiska fel.
- Observera eventuella iatrogena orsaker: antikoagulation, acetylsalicylsyra, steroider.
- Vid ovulatoriska blödningar finns ingen ökad risk att utveckla endometriecancer.



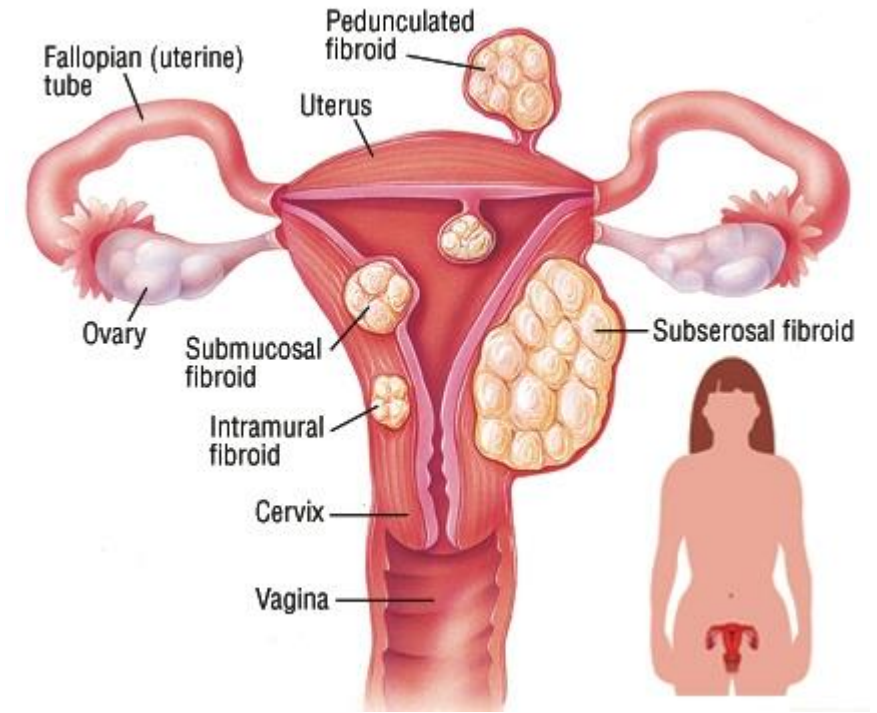
Riklig menstruation- menorrhagi



- Unga flickor
 - Koagulopati:
 - Överväg möjligheten för [von Willebrands sjukdom](#)
- Kvinna > 30 år
 - Myom eller polyper, men myom kan också förekomma hos yngre kvinnor.
 - Intrauterint inlägg (spiral utan gestagen).
- I övergångsåldern
 - Relativ progesteronbrist– ger oftast menometrorragi.
 - Myom.
 - Livmodercancer – kan ge vilken typ som helst av blödningsrubbing i perimenopaus.
 - Endokrina sjukdomar (tyreoidea).

Undersökning- menorrhagi

- Allmänundersökning
- Gynekologisk undersökning:
 - Titta efter polyper som sticker ut från cervix
 - Känn efter om det finns myom
- En förstorad uterus kan bero på myom, adenomyos eller graviditet.
- Ovarietumörer kan palperas i adnexa.



Utredning- menorrhagi

- Graviditetstest.
- Blodprov:
 - Hb, SR, leukocyter, ferritin
 - TSH och FT4 vid misstanke om tyreoidasjukdom
 - APTT, INR och trombocyter vid misstanke om allmän blödningsstendens
 - Vid misstanke om von Willebrands sjukdom: partiell tromboplastintid, protrombintid och möjligen fibrinogennivå eller trombintid
- Endometriecytologi eller -histologi (hos kvinnor > 45 år).
- Cervixcytologi, om det inte har tagits nyligen genom det nationella programmet.
- Ultraljud



Behandling- menorrhagi

Tabell 2. Medicinsk behandling vid rikliga menstruationer för att minska blödningsmängden

Läkemedel	Behandlingens effekt
Tranexamsyra (fibrinolyshämmare) tabletter eller brustabletter 1–1,5 g 3–4 gånger/dygn, max 6 g/dygn	Effektiv
NSAID ^a	Effektiv
Järnpreparat	Effektiv vid anemi
Kombinerade p-piller	Obedömlar/placebokontrollerade studier saknas. Erfarenhetsmässigt god effekt.
Hormonspiral	Obedömlar/placebokontrollerade studier saknas. Erfarenhetsmässigt god effekt.

a. Minskar blödningsmängden jämfört med placebo, måttlig evidens

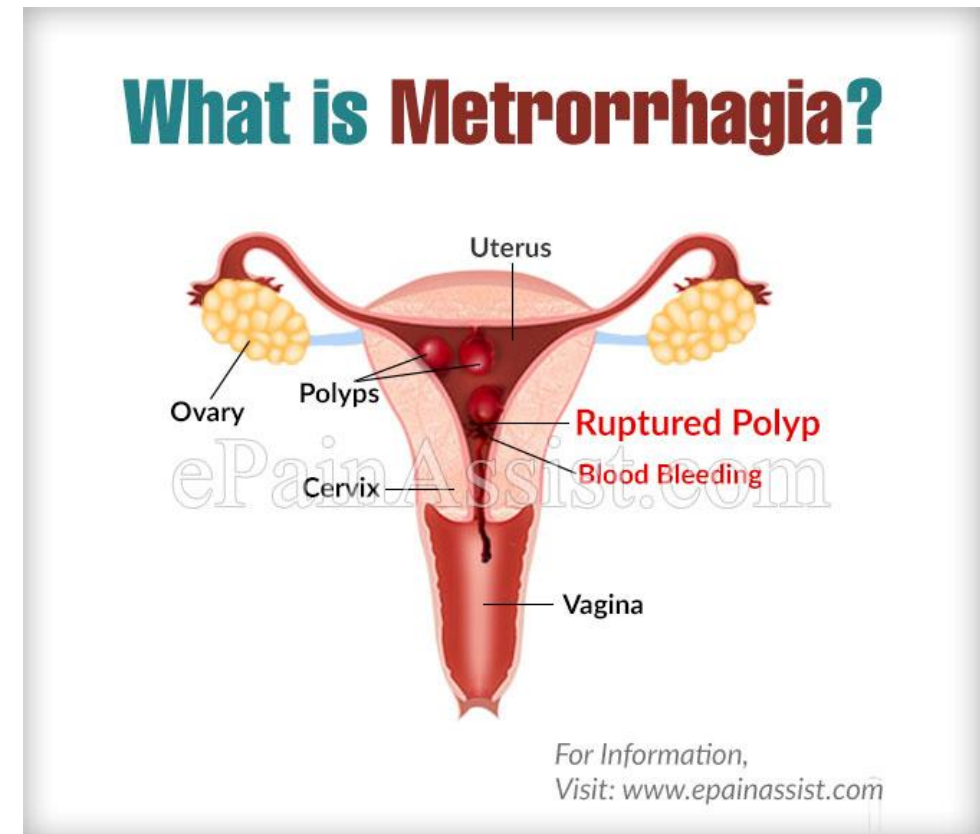
Olaga blödningar- metrorragi



- Betecknar alla typer av oregelbundna blödningar. Även stänkblödningar, genombrottsblödningar under hormonbehandling och blödningar efter samlag ingår.
- De flesta av dessa blödningsrubbningsar är anovulatoriska och förekommer oftast hos unga flickor de första åren efter menarke och hos kvinnor i perimenopaus.¹
- Om utredningen utesluter underliggande sjukdom betecknas tillståndet som [dysfunktionella uterinblödningar](#).

Differentialdiagnoser-metrorragi

- Omoget/instabilt hormonsystem
 - Efter menarche eller förre menopaus
- Dysfunktionella uterinblödning
 - Exclusionsdiagnos- stor andel av patienter
- Biverkning av preventivmedel
 - Spiral, p-piller, minipiller
- Polycystiskt ovariesyndrom (PCOS)
- Cervicit/vaginit
- Bäckeninfektion, akut
- Ektopi



Differentialdiagnoser

- Endometrie cancer
 - Postmenopausal blödning
- Livmoderhalscancer
 - Kontaktblödning, vid ansträngning
- Cervixpolyp
 - Ofta postcoital blödning

Utredning

- Gynekologisk undersökning
 - Krävs inte hos unga kvinnor som inte har debuterat sexuellt.
 - Titta efter tecken på infektion, sår, tumörer.
- Ta eventuellt prover.
 - Hb, ferritin.
 - CRP är aktuellt vid misstanke om bäckeninfektion.
 - Eventuellt TSH och FT4, eventuellt prolaktin.
 - hCG-test vid indikation i anamnesen.
 - Cytologi.
 - Bakterierprover eventuellt: Klamydia, gonorré.
 - Prover till direktmikroskopi? Svamp, Trichomonas, Gardnerella.

Remittera

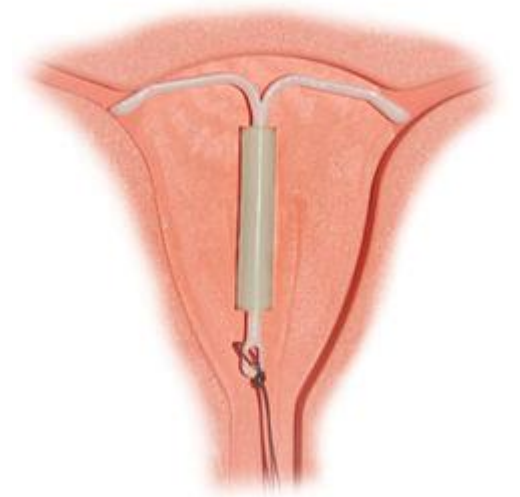
- Remitteras akut
 - Misstanke om ektopisk graviditet.
 - Kraftiga blödningar hos gravid.
- Remitteras för vidare utredning och behandling
 - Måttliga blödningar hos gravid.
 - Misstanke om cancer.
 - Större cervixpolyper.
 - Myom som motiverar kirurgi.
 - Misslyckad behandling.

Behandling-råd

- Det finns ingen konsensus om specifik behandling vid anovulatoriska uterinblödningar.
- Unga kvinnor, första åren efter menarke
 - Behandling krävs oftast inte:
 - Undantag är anemiserande blödningar
 - Om behandling är indicerad, pröva p-piller eller cykliskt gestagen och järntabletter vid behov.
- Kvinnor som står på p-piller och har kontinuerliga småblödningar
 - Sätt ut tableterna.
 - Eventuellt dubbel dos med p-piller ett tag för att se om besvären upphör.

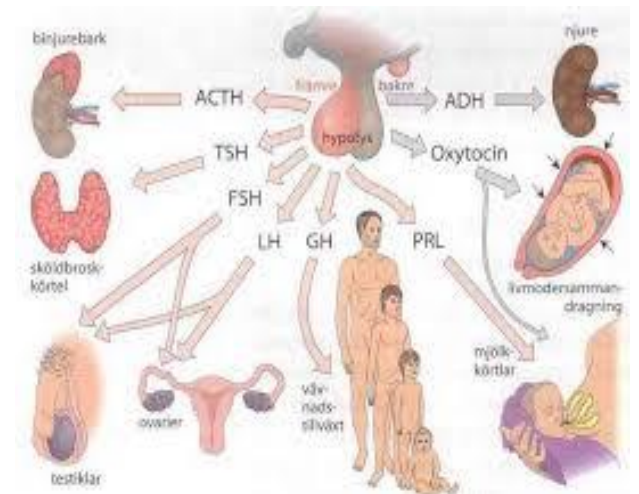
Behandling-råd

- Kvinnor med spiral
 - Ta ut spiral och se om det ger effekt.
 - Eventuellt sätt in hormonspiral.
- Vid cervicit
 - Behandla efter orsak.
- Ektopi kan behandlas med laserevaporisering.
- Perimenopausal metrorragi
 - Uteslut malignitet, med endometriecytologi/histologi.
 - Behandlingsalternativ:
 - Ensidig gestagenstimulering av endometriet:
 - Cykliskt gestagen i 14 dagar, dag 12–25 per menstruationscykel i några månader – behandlingen kan eventuellt fortsätta till menopausen
 - Hormonspiral



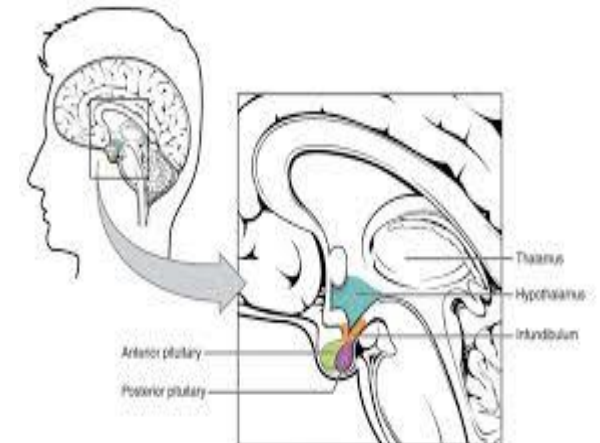
Amenorrhé - sekundär

- Uppehåll i menstruationen under sex månader eller mer hos kvinnor som tidigare har menstruerat.
- Vanliga orsaker:
 - Graviditet, anorexia nervosa, idrott, PCOS (polycystiskt ovarialsyndrom), hyperprolaktinemi
 - Vissa läkemedel (p-piller, hormonspiral, p-spruta, neuroleptika)
 - För tidig menopaus
 - Amenorrhé kan uppstå vid debut av autoimmun sjukdom



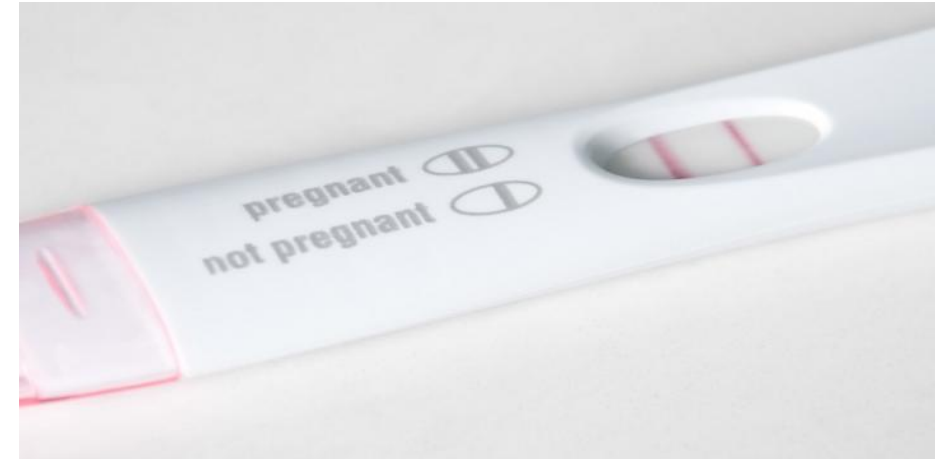
Nivådiagnostik

- Hypotalamiska orsaker (cirka 60 %) – reaktiva och okända störningar.
- Hypofysära orsaker – tumörer, särskilt prolaktinom.
- Ovarier – polycystiskt ovariesyndrom, prematur menopaus, androgenproducerande tumör.
- Binjurebarken – androgenproducerande tumör.
- Tyreoidearubbningar – hypo-eller hypertyreos



Kompletterande undersökning- primärvård

- Graviditetstest
- Hormonprover
 - Östradiol, FSH, LH, PRL, TSH, FT4:
 - Eventuellt SHBG, testosteron, androstendion, DHEAS
 - Det fyller inte någon funktion att ta östradiol, FSH och LH om patienten står på p-piller eller hormonsubstitution
 - Hyperprolaktinemi:
 - Vanligaste orsaken är prolaktinom
 - Värdet över 100 ng/ml tyder på prolaktinom och är en indikation för MR:³



Remiss

- När utredningen tyder på somatisk orsak.
- Vid allvarlig ätstörning.
- Vid två onormala prolaktinvärden.

Låga buksmärtor

- Smärtorna kan vara akuta, kroniska eller cykliska.
- Bäckensmärtor hos kvinnor kan komma från olika organsystem:
 - Könsorganen
 - Nedre urinvägarna
 - Mag-tarmsystemet
- Utred snabbt om det föreligger något tillstånd som kräver akutbehandling:
 - Ektopisk graviditet, rupturerad ovarialcysta, appendicit, akut bäckeninfektion



Låga buksmärtor- anamnes

- Är smärtorna cykliska?
 - Mittcykliska tyder på ovulationssmärtor
 - Menstruationsrelaterade:
 - Primär dysmenorré
 - Sekundär dysmenorré, ofta på grund av endometriosis
- Akuta smärtor?
 - Gravid – abort eller ektopisk graviditet.
 - Infektion, ofta feber och flytningar.
 - Känt myom – kan vara akut nekros eller myom i framfödande.
 - Koliksmärtor tyder på sten eller obstruktion i tarmen.
 - Torkverat adnex.

Anamnes

- Smärtornas lokalisering, intensitet, karaktär
 - Lokalisering, varaktighet, intensitet, utbredning och eventuell intervallkaraktär.
 - Axelsmärter kan indikera intraabdominell blödning och ger misstanke om ektopisk graviditet eller ruptur av ovarialcysta.
- Smärter vid samlag?
 - Torr slida vid postmenopausal atrofi, låg östrogenspegel vid amning eller fel "sexualeknik" ger huvudsakligen vaginala smärter.
 - Infektion i vagina, Bartholins körtel eller vulva.
 - Endometriosis kan ge stötsmärter eller vaginala smärter.
 - Retroflekerad uterus kan ge stötsmärter vid samlag.

Anamnes

- Spiral?
 - En studie fann en sexfaldigad ökning av risken för PID (bäckeninflammation) under de första 20 dagarna efter insättningen, men efter denna första period hade inte risken för PID ökat.
- Fler symtom
 - Blödning, flytning, illamående, diarré, urinvägsbesvär, feber, allmän sjukdomskänsla.
 - Purulent flytning och feber talar för salpingit eller endometrit.

Dysmenorré

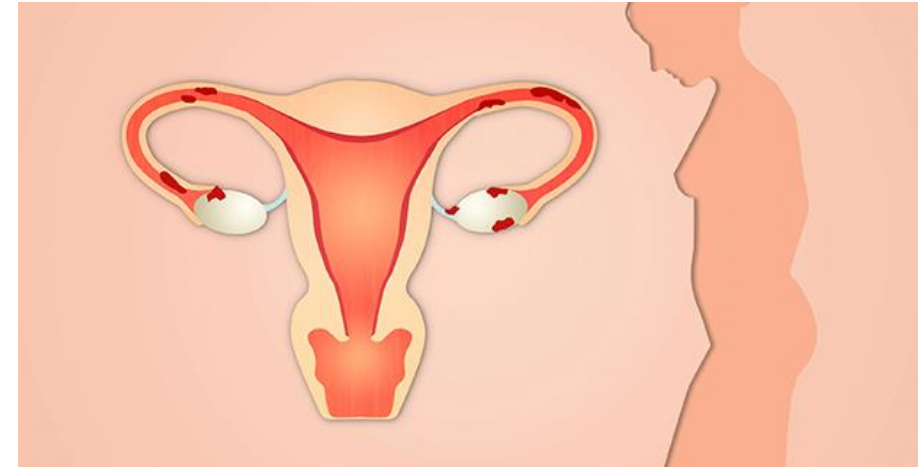


Tabell 4. Effekten av olika behandlingar vid smärtsamma menstruationer (19 –21)

Behandling	Effekt
<p>NSAID</p> <ul style="list-style-type: none">•Ibuprofen 200–400 mg 2–3 gånger/dygn. Receptfritt•Naproxen 250–500 mg 2–3 gånger/dygn, högst 1 250 mg/dygn.•Receptfritt•Diklofenak 50–100 mg. Högst 150 mg/dygn fördelat på 1–3 doseringstillfällen. Receptfritt•Ketoprofen 50–100 mg. Högst 200 mg/dygn fördelat på 2–3 doseringstillfällen.	Effektiva
<ul style="list-style-type: none">•Lokal värme (39 °C, t ex varmvattenflaska)•Paracetamol 0,5–1 g 1–4 gånger/dygn•Akupressur•Vitamin E 330–500 mg/dag i 3–10 dagar före väntad menstruation•till och med dag 3–4 under menstruationen.•TENS	Troligen effektiva
<ul style="list-style-type: none">•Akupunktur	Obedömlig effekt

Endometriose

- **DEFINITION:**
- Förekomst av endometrievävnad utanför uterus-kaviteten.
- **FÖREKOMST:**
- Prevalensen är 6–10 % av den generella kvinnliga befolkningen.
- **SYMPTOM:**
- Cykliska bäckensmärter, ofta med premenstruellt smärtmaximum, ovulationssmärta, uttalad dysmenorré, djup dyspareuni och känsla av tyngd och tryck i underlivet.
- **KLINISKA FYND:**
- Den kliniska undersökningen är ofta normal. Fynd kan vara palpationsömhet över uterus eller adnexa, små och ömma knutor bakom uterus eller i fossa Douglasi och/eller resistenser vid/på adnexa. Ibland ses blåaktiga tumörer på portio och i vagina vid inspektion.
- **DIAGNOSTIK:**
- Bilddiagnostik (UL/MR) eller laparoskopi.
- **BEHANDLING:**
- Symtomatisk behandling med NSAIDs, p-piller, gestagener, GnRH-analoger eller kirurgi. Eventuellt assisterad befruktning



PMS/PMDS premenstruellt dysforiskt syndrom

- **DEFINITION:**
- Recidiverande besvär av psykisk, beteendemässig och/eller somatisk karaktär som förekommer i den postovulatoriska (luteala) fasen av menstruationscykeln.
- **FÖREKOMST:**
- Milda till moderata symtom på PMS förekommer hos 20–32 %. Premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS) ses hos 1–5 %.
- **SYMtom:**
- Både fysiska och psykiska symtom är vanliga, symtomen är mycket varierande. Exempelvis ses irritabilitet, humörsvängningar, uppblåsthet, bröstsmärtor, viktökning.
- **KLINISKA FYND:**
- Normala fynd vid gynekologisk undersökning.
- **DIAGNOSTIK:**
- Inga tilläggsundersökningar har något specifikt värde.
- **BEHANDLING:**
- Det finns ett flertal olika behandlingsmetoder, få med god dokumentation på effekt. SSRI eller användning av p-piller med utvidgad cykel kan vara aktuellt.



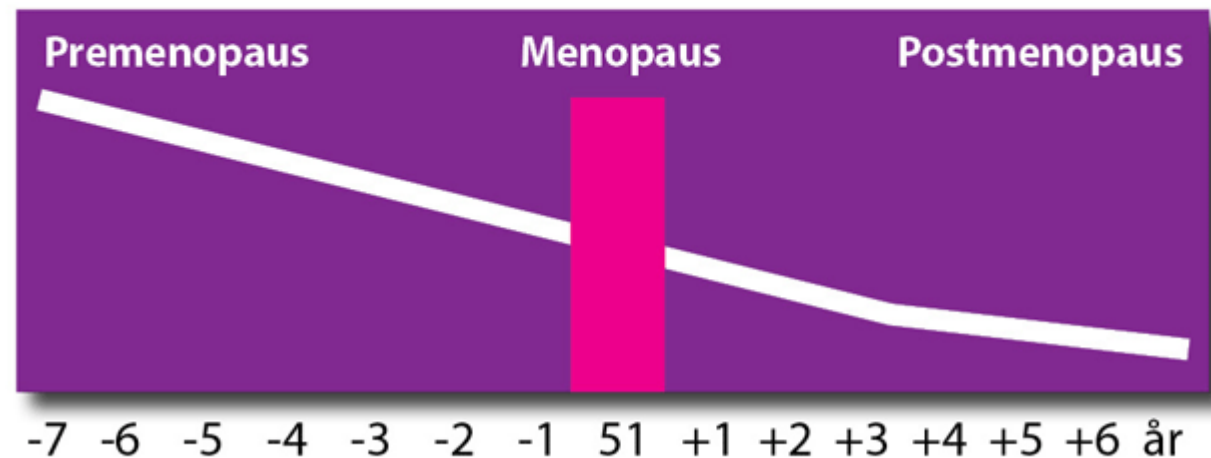
Klimateriet

- Klimakteriet omfattar perioden före och efter menopaus.
- Menopausen är tidpunkten för den allra sista menstruationen och kan fastställas ett år efteråt.
- Medianålder för menopaus är i Sverige 52 år.
- Prematur ovariell insufficiens är menopaus före 40 års åder och förekommer hos cirka 1 % av befolkningen.



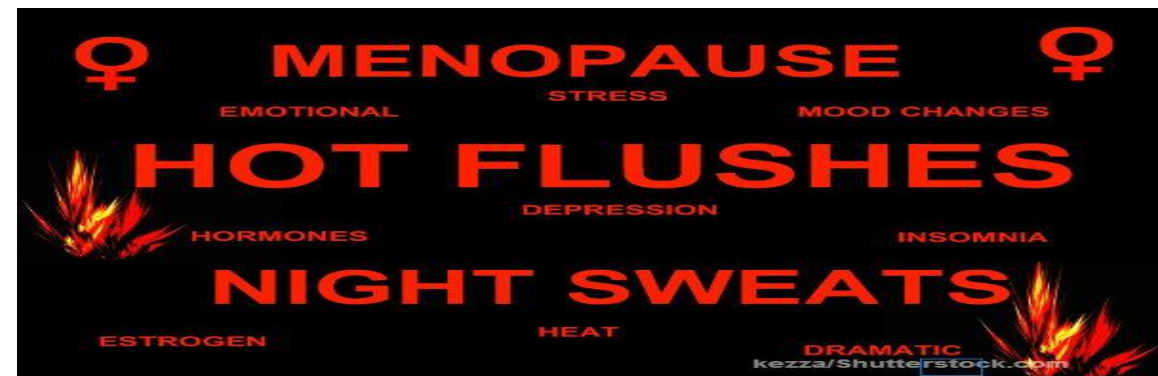
Diagnoskriterier

- Menstruationen har upphört, eventuellt subjektiva obehag.
- Ett år efter sista menstruationen kan menopausen fastslås.
- Förhöjt [FSH](#) och [LH](#) tillsammans med lågt [estradiol](#) är typiska förändringar, kan vara till nytta när klimakteriella besvär uppstår hos relativt unga kvinnor.
- Differentialdiagnoser:
 - Sekundär amenorré
 - Graviditet
 - Hypertyreos



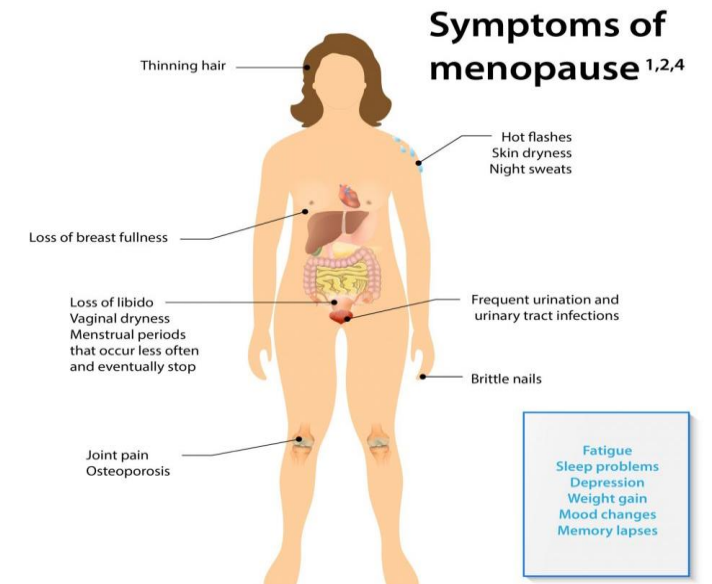
Anamnes

- Blödningsrubbingar:
 - Varierande blödningsmönster när follikelfunktionen börjar svikta, ofta i 40-årsåldern
 - Kraftiga, långvariga, oregelbundna blödningar uppstår efter långvarig östrogenpåverkan utan ägglossning och progesteronproduktion, som medför att endometriet prolifererar (hyperplasi)
- Vallningar:
 - Upp till 85 % av kvinnorna upplever vallningar
 - I uttalade fall kan det gå ut över nattsömnen och det sociala livet
 - De vasomotoriska symptom brukar börja före klimakteriet, och har en genomsnittlig löptid på mer än 7 år
- Hjärtklappning.



Anamnes

- Urogenital atrofi:
 - Obehag på grund av atrofiska förändringar uppstår först ett par år efter menopausen och har en tendens till att öka med ökande tid från menopausen
 - Upp till 60% har torra vaginalslemhinnor⁴
 - Ömhet i vagina, dyspareuni
 - Dysuri och recidiverande cystiter
- Psykiska symtom:
 - Tillskrivs ofta klimakteriet, men dokumentationen brister för ökad psykisk morbiditet
 - Nedsatt libido
 - Depression
 - Sömlöshet
 - Labilitet
 - Irritation och aggression
 - Nedsatt koncentrationsförmåga
- Känsla av svullnad och stelhet i händerna.



När remittera?

- Vid tidig menopaus (före 40 års ålder).
- Vid blödning efter menopaus.
- Vid blödningar mer än fyra månader efter början av behandling med hormonpreparat, med konstant innehåll av östrogen och gestagen.
- Rikliga eller smärtsamma blödningar.
- Tillväxt av uterus.
- Smärtor i underlivet.
- Adnextumörer.

Behandling

- Egenbehandling:

- Vissa har rapporterat att tillståndet förvärras vid intag av kryddstark mat, alkohol eller varma drycker (inte vetenskapligt undersökt).

- Osäker effekt av fysisk aktivitet.

- Ändamålsenlig klädsel, undvik ylle mot huden.

- Receptfri mediciner-Växtöstrogen (sojaprodukter, rödklöver och andra växtöstrogen)



Läkemedelsbehandling



- Indikationer:
- Menopausala symtom, som kräver behandling
- Prematur ovariell insufficiens. Vid detta tillstånd bör patienten rekommenderas hormonsubstitution fram till ungefär normal ålder för menopaus
- Förebyggande av osteoporos hos kvinnor med hög frakturnrisk, som är under 60 år och där annan osteoprosbehandling inte tolereras. Lokala besvär av urogenital atrofi

Behandlingsstrategier

- Kvinnor med bevarad uterus bör få gestagen som tillägg till östrogen för att motverka överstimulering av endometriet.
- Östrogen tillsammans med cykliskt gestagen under 10–14 dagar:
 - Innebär att kvinnan får regelbundna blödningar och minskar risken för endometriehyperplasi
 - Rekommenderas tidigt i klimakteriet vid fortsatt menstruation eller första året efter menopaus
- Östrogen och gestagen i fast kombination:
 - Innebär att menstruationen uteblir, i alla fall hos 90 % efter tre till fyra månaders behandling
 - Rekommenderas när det har gått mer än ett år sedan sista menstruationen
- Rent gestagen som ges cykliskt:
 - Kan användas för menstruationsreglering och symtomlindring i tidigt klimakterium, vid fortsatt endogen östrogenproduktion
- För dem som genomgått hysterektomi:
 - Östrogen utan komplement kan ges till kvinnor som fått uterus borttagen
- Önskan om lokal slemhinnepåverkan:
 - Vid urogenitala problem kan östrogen ges lokalt
 - Systemisk behandling med östrogen för lokala problem rekommenderas inte

Risikfaktorer för hormonbehandling

- Vid bröstcancer
 - Systemisk substitutionsbehandling är kontraindicerad.
 - Patienter med bröstcancer löper ökad risk för ny tumör.
- Vid tidigare ventrombos
 - Systemisk östrogenbehandling är kontraindicerad.
 - Risken för ventrombos tycks vara lägre vid transdermal än vid parenteral behandling.
- Vid hjärt-kärlsjukdom
 - Det saknas indikation för HRT syftande till kardiovaskulär primär- eller sekundärprevention av postmenopausala kvinnor. Sådan behandling ger ökad risk för stroke och proppbildning.

Urininkontinens

- Är ett utbrett problem bland kvinnor, men inte alla behöver behandling.
- Ren trängningsinkontinens diagnostiseras i frånvaro av symtom på ansträngningsinkontinens. Blandinkontinens är vanlig.
- Allmänläkarens uppgift, är att bedöma om:
 - Urinläckaget beror på sjukdom som kräver ytterligare utredning hos specialist eller behandling med antibiotika eller kirurgi
 - Därefter ta reda på typ och grad av inkontinens
 - Patientens motivation för behandling



TACK!

