

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Joanna Pong, (joapo1), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-10-23

Giltig till: 2027-10-23

# Hysteroskopiska ingrepp

## Revidering i denna version

Dilatation för hologic hysteroskopen.

Lina Librata

## Allmänt om hysteroskopi

- Premenopausala patienter ska vara blödningsfria och precis efter mens
- Förbehandling med 2 tabletter Cytotec vaginalt 2 - 3 timmar innan ingreppet ges till alla patienter. Postmenopausala patienter ska även förbehandlas två veckor med lokalt östrogen
- TCRP görs i första hand i lokalanestesi och då med mekanisk morcellator. Vid sövning av patient används av kostnadsskäl förslagsvis resektoskop

## Behandling av fokala förändringar - TCRP/TCRM

### Indikationer för borttagning av polyper

- 1) Premenopausal: vid blödningsrubbningar och polyp
- 2) Vid postmenopausal blödning och polyp
- 3) Postmenopausal med förtjockat endometrium/polyp **utan symptom**:  
I dessa fall görs ingrepp om riskfaktorer för corpuscancer (övervikt, diabetes, hypertoni, eller hereditet) föreligger eller om annan omständighet eller ultraljudsbild gör att det allvarligt övervägs hyperplasi med atypi eller malignitet.

### Indikationer för borttagning av symptomgivande submukösa myom

- Infertilitet
- Upprepade missfall
- Blödningsrubbningar

### Lokalbedövning vid TCRP

- Som premedicinering ges cirka 1 timme innan ingreppet 1,5 g paracetamol per os och 100 mg Diklofenak per os.
- Citanest används eftersom det är minst toxiskt av alla lokalanestetika och därför lämpligast vid till exempel mottagningsingrepp. Använd 1 ml-sprutor och lång svart nål 0,70 mm x 50 mm – gå in med nålen flera centimeter in i cervix
- Nålförlängare förenklar applikationen, injicera 1 ml kl 12 (där klotången sätts – vänta lite) sedan kl 3, 9, 6, 5, 7 (enligt Francis Gardner, Portsmouth, UK)

### Instrument som används för TCRP/TCRM

- Resektoskop Charrière 22 (motsvarar Hegar 8) - används för mindre polyper eller där det är mycket trångt och inte går att dilatera mer)
- Resektoskop Charrière 26 (motsvarar Hegar 10) - för större polyper och myom
  - 1) Hysteroskop Hologic som finns med två hysteroskopytterdiametrar. Vid det mindre hysteroskopet dilaterar man till Hegar 6 och den passar för instrumenten Lite och Reach. Med det större Hologic-hysteroskopet dilaterar man till Hegar 7 och det kan användas för alla Myosure storlekarna inklusive XL, Lite och Reach
  - 2) Vilket instrument ska användas till vad
    1. Reach (för fundusnära polyper ≤ 5 cm och fundusnära myom ≤ 3 cm; har öppningen för morcellatorn nära spetsen, vilket gör det lättare att komma åt fundus)
    2. Lite (för polyper ≤ 3 cm)
    3. XL (för polyper och myom ≤ 5 cm)

## Behandling med TCRE/Endometrieablation

### Indikationer för TCRE/ Novasure (efter uteslutande av endometriepatologi)

Menorragi/ Menometrorragi där

- blödningar inte har kunnat behandlas medicinskt med tillfredställande effekt
- besvären är så uttalade att hysterektomi bedöms indicerat, men mer riskfyllt än endometrieablation. Bekräfta/dokumentera att patienten inte önskar fler graviditeter.

**OBS** Undvik endometrieablation hos patienter med dysmenorré då den kan förvärras.

### TCRE

- Sondmått <12 cm
- Resektoskop Charrière 26 (Hegar 10)

### Lina Librata

- Sondmått <12 cm. Ballongablation av endometriet.

## Handläggning av komplikationer vid hysteroskopi

- **Perforation** - sker oftast vid införande av uterussond, dilatatorer eller hysteroskopet; upptäcks genom att intrauterina trycket sjunker hastigt och sikten försämras eller försvinner helt. Perforationer som uppstår utan användning av diatermi handläggs konservativt. Patienten informeras men brukar kunna gå hem om den mår väl. Vid minsta misstanke om perforation med diatermiutrustning bör kontrollerande laparoskopi utföras för att utesluta allvarlig skada på till exempel tarm.
- **Blödningar** - vid stora blödningar kan en Foleykateter 24 Charrière läggas in i kaviteten och kuffa upp med 30 ml koksalt. Katetern kan ligga i 4 - 8 timmar, överväg Cyklokapron, följ Hb och el-status
- **Övervätskning** – framför allt risk för övervätskning när stora öppningar skapas i myometriet (myomresektion, TCRE) och om trycket i distensionsvätskan överstiger det intravasala trycket.
  - 1) Undersköterska på operationssalen ansvarar för att kontrollera vätskedeficiten och löpande informera operatören. Vid varje byte av 3 liter NaCl påse ska deficit bedömas genom att ingreppet avstannar och personalen tydliggör för operatören hur deficit är.
  - 2) Det lägsta intrauterina trycket som möjliggör bra sikt ska användas (mellan 40 - 90 mmHg), helst ska tryck över 100 mmHg undvikas.
  - 3) **Vid resorption >1,5 l informera och handlägg i samråd med anestesilog.** Överväg att ta el-status, ge diuretika (20 mg Furosemid) och sätta KAD som tas bort när patienten kissat ut närmare den resorberade mängden.
  - 4) Som regel bör inte vätskedeficit överstiga 1,5 liter vid användning av fysiologisk NaCl och distensionstrycket i uterus ska hållas så lågt som möjligt (idealistiskt <än MAP, Mean Arterial Pressure). Vätskedeficit kan behöva modifieras vid interkurrent sjukdom (till exempel hjärt-kärl eller njursjukdom)
  - 5) För friska patienter i reproduktiv ålder kan vätskedeficit på 2,5 liter accepteras i enstaka fall.
- **Luftembolism/Gasembolism** - tecken på luftembolism är sjunkande etCO<sub>2</sub> i utandningsluften, detta märker narkospersonalen. Dyspné är det vanligaste tecknet, men hosta eller bröstsmärtor hos vaken patient ska också väcka misstanken. Minska risken för gasemboli genom att låta patienten ligga i Anti-Trendelenburg-läge, inte gå in och ut med skopet mer än nödvändigt, hålla infusionsystemet bubbelfritt.

## Referenser:

- 1) SFOG-rapport nr 66 Hysteroskopi från 2010
- 2) Aas-Eng MK, Langebrekke A, Hudelist G. Complications in operative hysteroscopy-is prevention possible? Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96:1399-1403
- 3) KK SU's rutin för hysteroskopi från 2016-01-22, innehållsansvarig Julia Ivanoff
- 4) Hologic/ Myosure produktblad
- 5) AAGL ( Advancing minimally invasive gynecology worldwide) Prctice report: Practice Guidelines for the Managment of Hysteroscopic Distending Media; Journal of Minimally Invasive Gynecology (2013) 20, 137-148
- 6) Francis Gardner's föreläsning på menorrhagidagen 170915: AWAKE OPERATIVE GYNECOLOGICAL PROCEDURE IN THE OFFICE SETTING.
- 7) Gynecol Surg(2016) 13:289-303. BCGE/ESGE guideline on managment of fluid distension media in operative hysteroscopy.
- 8) SOGC Clinical Practice Guideline. No.249, Oct 2010. Asymptomatic endometrial thickening
- 9) Mencaglia L, Cavalcanti L, Arias Alvarez A: Manual of hysteroscopy

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Kvinnosjukvård

**Innehållsansvar:** Joanna Pong, (joapo1), Överläkare

**Godkänd av:** Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10091-662869119-129

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2025-10-23

**Giltig till:** 2027-10-23