OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Ungdomsmottagningar
Innehållsansvar: Anna Holm, (annho66), Överläkare
Granskad av: Jannike Norström, (janle5), Specialistläkare
Godkänd av: Flera godkännare finns - se eftersättsblad

Giltig från: 2026-10-09
Giltig till: 2028-10-09

Amenorré och oligomenorré
PMOS/Hirsutism

PRIMÄR OLIGOMENORRÉ 2
Definition 2
Orsaker 2
Utredning och behandling 2
PRIMÄR AMENORRÉ 2
Definition 2
Orsaker 2
Utredning hos barnmorska 2
Utredning och behandling hos läkare 2
SEKUNDÄR AMENORRÉ OCH SEKUNDÄR OLIGOMENORRÉ 3
Definitioner 3
Orsak 3
Utredning hos barnmorska 3
Utredning och behandling hos läkare 4
Behandling 4
Remiss till gynekolog 4
Observera 4
PMOS 5
Definition 5
Orsak 5
Symtom 5
Diagnos 5
Utredning på ungdomsmottagning 6
Behandling 6
HIRSUTISM 7
Definition 7
Orsak 7
Utredning på ungdomsmottagning 7
Behandling på ungdomsmottagning 7
REFERENSER 7

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Primär oligomenorré

Definition

Alltid haft mensintervall på 35 - 90 dagar

Orsaker

Ovulationsstörningar i pubertet.

Utredning och behandling

Unga med primär oligomenorré behöver inte utredas. De ska få lugnande information och rekommenderas använda effektiv antikonception i frånvaro av barnönskan.

Primär amenorré

Definition

Ej börjat menstruera före 16 års ålder men i övrigt normal pubertetsutveckling

Orsaker

- Störning i hypothalamus på grund av undervikt, överträning och/eller stress
- Prematur ovariell insufficiens (tex vid Turners syndrom)
- Missbildningar i uterus och vagina
- Graviditet

Utredning hos barnmorska

- Längd, vikt, BMI
- Anamnes avseende stress, psykiskt välbefinnande samt kost och motion, med fokus på ätstörning, även vid normalt BMI
- Vid sexualdebut skall graviditetstest tas
- Unga med primär amenorré ska läkarbedömas.

Utredning och behandling hos läkare

- Kroppsundersökning med fokus på pubertetsutveckling, undervikt respektive övervikt, ökad behåring, akne, galaktorré, kortvuxenhet, avvikande utseende i halsområdet.

- Gynundersökning: möjlighet att upptäcka avsaknad av vagina eller hymen imperforatum.
- TSH, fritt T4
- Prolaktin (förhöjt vid prolaktinom och sekundärt till hypotyreos)

Provtagningsanvisning för prolaktin:

- avstressade förhållanden
- vaken minst 3 timmar före prov
- prov tas på förmiddagen
- vila 20 min före prov
- ingen stor måltid strax före prov

Sekundär amenorré och sekundär oligomenorré

Definitioner

- Sekundär amenorré: minst 3 månaders mensbortfall (utreds efter 6 månader)
- Sekundär oligomenorré: tidigare haft normalt mensintervall, nu gles menstruation.

Orsak

- Störning i hypothalamus på grund av undervikt, överträning och/eller stress vilket leder till anovulation
- Graviditet (vid sekundär amenorré)
- Polyendokrint metabolt ovariesyndrom (PMOS)
- Prolaktinom / hyperprolaktinemi
- Tyreoidearubbningar
- Läkemedel (neuroleptika, opioider, SSRI och anabola steroider)
- Prematur ovariell svikt

Utredning hos barnmorska

- Längd, vikt, BMI
- Anamnes avseende stress, psykiskt välbefinnande samt kost och motion, med fokus på ätstörning, även vid normalt BMI
- Mensdagbok 2 månader inför läkarbesöket
- Vid sexualdebut skall graviditetstest tas
- Unga med sekundär amenorré >6 mån samt sekundär oligomenorré ska läkarbedömas.

Utredning och behandling hos läkare

- Kroppsundersökning med fokus på pubertetsutveckling, undervikt respektive övervikt, ökad behåring, akne, galaktorré, kortvuxenhet, avvikande utseende i halsområdet.
- TSH, fritt T4
- Prolaktin (förhöjt vid prolaktinom och sekundärt till hypotyreos)

Provtagningsanvisning för prolaktin:

- avstressade förhållanden
- vaken minst 3 timmar före prov
- prov tas på förmiddagen
- vila 20 min före prov
- ingen stor måltid strax före prov

Behandling

- Gestagentest: 10 mg medroxiprogesteronacetat dagligen i 10 dagar; bortfallsblödning efter avslutad kur verifierar normal anatomi och fysiologiska östrogennivåer. Om blödning uteblir skickas remiss till gynekolog för vidare utredning.
- Behandling med fokus på livsstilsförändring vid undervikt, överträning.

Remiss till gynekolog

- Primär amenorré / utebliven pubertet
- Patienter vars mens ej blivit regelbunden efter behandling av ätstörning, övervikt, undervikt och/eller stressrelaterad ohälsa
- Patienter med negativt gestagentest
- Misstanke på missbildning
- Misstanke PMOS där det finns indikation för vidare utredning
- Kraftig virilisering och misstanke om bakomliggande sjukdom
- Thyreoidearubbningar (till vårdcentral i första hand)
- Hyperprolaktinemi (till endokrinolog i första hand)

Observera

De flesta patienter med amenorré eller oligomenorré på en ungdomsmottagning är friska. Väg orden noga vid information. Många oönskade graviditeter blir till hos en flicka/kvinna som inte skyddar sig adekvat på grund av att hon felaktigt uppfattat att hon inte kan bli med barn, ibland på grund av information given för mycket länge sedan. Varje mens föregås av en ovulation, med risk för graviditet.

PMOS

Definition

Tidigare benämning: PCOS (PCOS byter namn till PMOS – Läkartidningen)
PMOS är en förkortning av polyendokrint metabolt ovariesyndrom och är en av de vanligaste orsakerna till mensrubbning hos kvinnor i fertil ålder. Prevalenssiffror mellan 5 och 10 % har uppmätts beroende på population och rådande diagnoskriterier. Kriterierna har ändrats över tid vilket bidragit till varierande prevalenssiffror. Tillståndet har en ärftlig komponent och det föreligger 5 ggr ökad risk för PMOS om mamma har det.

Hälften av alla kvinnor med PMOS är överviktiga vid diagnos och det finns en koppling till det metabola syndromet. Förhöjd perifer insulinresistens anses ligga bakom både ovulationsrubbningen och risken för utveckling av det metabola syndromet på lång sikt. Vid anovulation finns en ökad risk för endometriecancer - i huvudsak för obesa PMOS kvinnor.

Orsak

Den rådande uppfattningen är att PMOS orsakas av en genetisk predisposition i kombination med miljöfaktorer (fr a fetma).

Symtom

Gles eller utebliven menstruation, infertilitet, hirsutism (ökad kroppsbehåring), akne, håravfall (manligt mönster), nedstämdhet, ångest och ätstörningar (ffa bulimi).

Diagnos

- Menarche >8år sedan
- Två av följande tre kriterier krävs för diagnosen PMOS enligt Rotterdam-kriterierna:
  - Sekundär amenorré och sekundär oligomenorré
  - Hyperandrogenism: klinisk/biokemisk
  - Polycystiska ovarier på ultraljud eller höga nivåer av anti-müllerskt hormon (AMH).

- Menarche <8år sedan
  Två av följande två kriterier krävs för diagnosen PMOS då ultraljud eller AMH inte rekommenderas för diagnos hos tonåringar med mensdebut <8 år sedan.
  - Sekundär amenorré och sekundär oligomenorré
  - Hyperandrogenism: klinisk/biokemisk

Utredning på ungdomsmottagning

- Sekundär amenorré och sekundär oligomenorré
- Klinisk hyperandrogenism: Bedömning av kroppsbehåring med stöd av Ferriman-Gallwey skalan, se Bilaga 1. Över 4–6p = klinisk hirsutism.
- Vid behov av biokemisk utredning/ultraljud, skickas remiss till vårdcentral respektive gynekolog.

Vid remittering till vårdcentral, skicka med PCOS Information till vårdgrannar, Ungdomsmottagning Regionhälsan

Behandling

- Information och lugnande besked.
- Vid övervikt (BMI >25) rekommenderas alltid viktnedgång och fysisk aktivitet. Viktminskning leder till förbättrad hormonbalans mer regelbundet menstruationsmönster, minskad behåring och akne samt ökad chans till graviditet då ägglossning spontant kan återkomma. Tipsa om Hälsocoach online.
- Glesa eller uteblivna menstruationer samt klinisk androgenicitet, behandlas i första hand med östrogendominerade kombinerade p-piller som ökar SHBG, minskar fritt testosteron.
- Om endast önskemål om regelbunden mens, kan cykliskt gestagen ges varje eller var tredje månad.
- Vid kontraindikation kombinerad metod rekommenderas gestagent preventivmedel och i första hand hormonspiral. Behandlingen förhindrar endometriehyperplasi och endometriecancer som kan uppstå till följd av långvarig kontinuerlig östrogenstimulering.
- Ingen evidens för att enbart gestagener har effekt på hirsutism (exempelvis Slinda).

Hänvisa till patientinformation på 1177: Polyendokrint metabolt ovariesyndrom - PMOS - 1177

Hirsutism

Definition

Växt av terminalhår i manligt mönster hos biologiska kvinnor.

Orsak

- Genetiskt betingad hypertrikos
- Cirka 20 procent av patienter med hirsutism har normala androgennivåer och ingen hormonell rubbning.
- Övervikt av androgener pga hormonell rubbning vid ex PMOS
- Läkemedel (antiepileptika, androgener och anabola steroider)
- Hormonproducerande tumör (sällsynt tillstånd)

Utredning på ungdomsmottagning

- BMI
- Klinisk hyperandrogenism: Bedömning av kroppsbehåring med stöd av Ferriman-Gallwey skalan, se Bilaga 1. Över 4-6p = klinisk hirsutism.

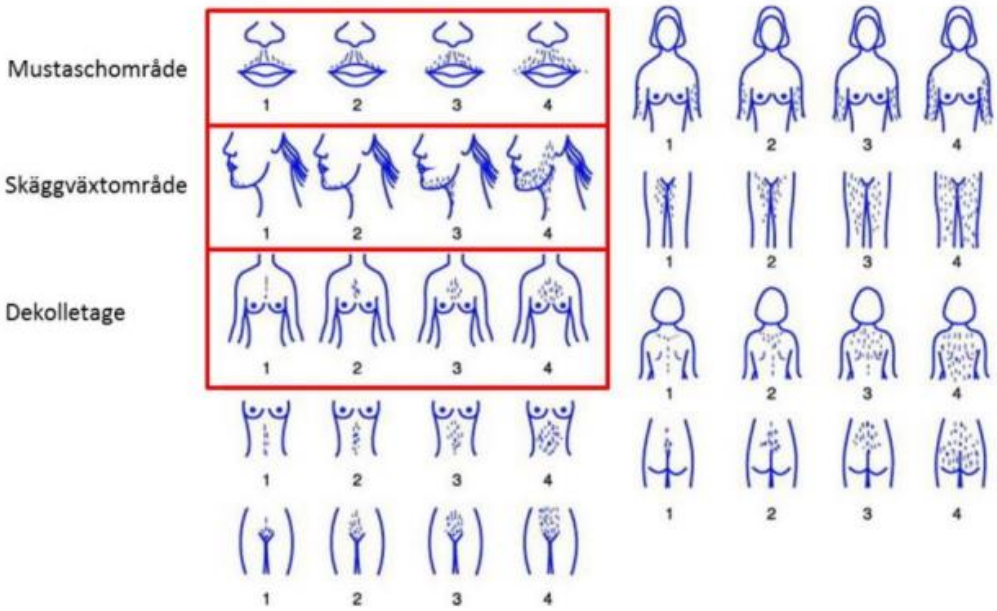
Behandling på ungdomsmottagning

- Information och lugnande besked.
- Östrogendominerade kombinerade p-piller som ökar SHBG och minskar fritt testosteron så som Dienorette, Yasmin, Yas
- Den kliniska effekten på ökad kroppsbehåring blir synlig tidigast efter ett halvårs medicinering och maximal effekt kan komma efter mer än ett år.
- Remiss Specialistnivå enligt: Hårborttagning vid hirsutism och könsdysfori

Referenser

- Hårborttagning vid hirsutism och könsdysfori.pdf
- Kongenital binjurebarkshyperplasi - Socialstyrelsen
- Amenorré (riktlinje kvinnokliniken SÄS)
- Riktlinjer för utredning och behandling av hirsutism och polycystiskt ovariesyndrom, PCOS - Janusinfo.se
- PCOS – Polycystiskt ovarialsyndrom (Internetmedicin)
- Föreläsning med Josefin Kataoka Spec gyn/obs SU, 240313
- PCOS Guiden
- 231013_uppdateradepcos-riktlinjer_angelicahirschberg.pdf
- Hirsutism - Kosmetisk behandling (sjukhusen i väster)

Bilaga 1 Ferriman-Gallweys skala



Gradering
0 = ingen växt av terminalhår
1 = enstaka terminalhår
2 = gles växt av terminalhår
3 = tät och utbredd växt av terminalhår
4= mycket tät och utbredd växt av terminalhår

Gradering görs från 0 - 4 för vart och ett av områdena mustaschområde, skäggväxtområde och dekolletage.

På remiss till hudklinik anges graderingen för vart och ett av områdena separat.
För att behåring skall sk attas som mycket uttalad och utgöra indikation för behandling krävs minst 3 poäng i minst 2 av 3 av dessa områden.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Ungdomsmottagningar

Innehållsansvar: Anna Holm, (annho66), Överläkare

Granskad av: Jannike Norström, (janle5), Specialistläkare

Godkänd av: Agneta Lindkvist, (agnjo28), Områdeschef, Lena Stenfeldt, (lenst48), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9921-2065389356-50

Version: 10.0

Giltig från: 2026-10-09

Giltig till: 2028-10-09