

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Åsa Åkesson, (asaro3), Överläkare
Granskad av: Karin Kjölhede, (karkj3), Specialistläkare
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-02-09
Giltig till: 2028-02-09

Postmenopausal blödning (PMB)

Revideringar i denna version

2024-04-08 flödesschema borttagen, förlängt datum och förnyad layout.

2026-02-02 förlänger rutin, inga medicinska ändringar.

Syfte

Postmenopausal blödning (PMB) definieras som vaginal blödning som uppstår >12 månader efter senaste menstruation (1-9). Hos kvinnor som står på HRT-behandling (av kombinerad variant) räknas det som

- vid cyklisk administration: en oväntad blödning eller förväntad men med kraftig eller förlängd blödning
- vid kontinuerlig administration: en blödning som uppstår 6 månader efter initiering av behandling, eller efter det att amenoré har uppnåtts.

Postmenopausal blödning (PMB) uppträder hos cirka 10 % av alla postmenopausala kvinnor. Syftet med att utreda kvinnor med PMB är att finna orsaken till blödningen och framför allt att utesluta endometrie-cancer (corpuscancer).

Hos 90–95 % av kvinnorna med endometrie-cancer är PMB det enda symptomet.

Vid välgrundad misstanke om endometrie-cancer skall SVF-endometrie-cancer startas.

För kriterier vg se [Standardiserat vårdförlopp livmoderkroppscancer - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](#)

Diktera ”Start SVF-corpuscancer” och endometriebiopsi skickas för PAD snabb svar och märks med ”SVF-corpus”

Vanligas orsaker till PMB

Vaginal atrofi (59 %)

Endometriehyperplasi (10 %)

Corpuspolyp (9 %)

Endometriecancer (10 %)

HRT-behandling

Sällsynta orsaker till PMB

Myom

Adenomyos

Cervical polyp

Cervixcancer (1-2 %)

Vaginal cancer

Tuboovarial cancer

Urotelial cancer

Cancer i urinvägarna

Riskfaktorer för endometriecancer

Obesitas

HRT (endast östrogenbehandlad)

PCOS

Diabetes Mellitus Typ 2

HNPCC/Lynch syndrom

Tamoxifenbehandling

Utförande

Kvinnor som söker för PMB skall alltid undersökas med gynekologisk undersökning inklusive transvaginalt ultraljud (TVUL). Om endometriet är ≥ 5 mm eller omätbart ska endometriebiopsi (pipelle) tas. Suspekta förändringar i vulva, vagina och på portio bör px-as.

Obs! Tamoxifenbehandlade kvinnor och kvinnor med endast östrogenbehandlad HRT skall utredas med endometriebiopsi (pipelle) och HSS oavsett endometrietjocklek.

Om fokal förändring påvisas vid HSS, och endometriebiopsin är benign, skall patienten sättas upp för hysteroskopi.

Fynd av vätska intrauterint ersätter HSS och kräver endast endometriebiopsi. Om förtjockat endometrium, oavsett fynd av vätska eller ej, handläggs enligt endometrietjocklek.

Kvinnor med PMB och som är under behandling med Tamoxifen skall alltid undersökas med HSS och pipelle oavsett endometrietjocklek. Vid fortsatta blödningar trots normal pipelle, krävs hysteroskopi och biopsi.

Hos patienter där man ej lyckas-ta endometriebiopsi: Återbesök till gynnottagningen/ öppenvården för förbehandling med smärtlindring (T. Alvedon 500 mg 2x1 samt T. Ipren 400 mg 1x1), T. Cytotec 0,2 mg 2x1 vaginalt samt ev. anläggning av PCB. Om detta ej lyckas kan patienten sättas upp för hysteroskopi eller fraktionerad abrasio.

Inkonklusivt prov/otillräckligt material av endometriebiopsin:

Uteslut fokal lesion, om detta ej gjorts tidigare. Operationsanmälan för fraktionerad abrasio. Vid fokal lesion: Hysteroskopi.

Upprepade blödningar

Nytt ultraljud för att bedöma tjocklek av endometriet samt ny endometriebiopsi oavsett endometrietjocklek. Om endometrie ≥ 5 mm skall även HSS göras. Hysteroskopi kan övervägas oavsett endometrietjocklek. Tunt endometrium kan här ej utesluta serös, mucinös eller klarcellig endometriecancer. Vid benigt svar på endometriebiopsi vid två tillfällen av PMB mellan 6 månader - 2 år-bör hysteroskopi utföras, alt. fraktionerad abrasio.

Asymtomatiska postmenopausala kvinnor med förtjockat endometrium

Endometrie ≥ 11 mm: Endometriebiopsi och HSS. Vid benigt utfall: Kontroll efter 6 månader, vid tillväxt sätts patienten upp för hysteroskopi. Vid tillkomst av blödning skall riktlinjer enl. endometrietjocklek ovan följas.

Ansvar

Gäller för all personal inom VO Kvinnosjukvård/Område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har VC/VÖL. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är

kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Kunskapsöversikt

Referenser enligt Vancouversystemet:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Artikelgranskning och evidensgradering

1. Duncan T, French K, Ansari S. A Clinical Guideline for Assessment of Postmenopausal Bleeding 2018.
2. Evaluation of the endometrium for malignant or premalignant disease www.uptodate.com/2019
3. Postmenopausal uterine bleeding www.uptodate.com/2019
4. van Hanegem N, Breijer MC, Slockers SA, Zafarmand MH, Geomini P, Catshoek R, et al. Diagnostic workup for postmenopausal bleeding: a randomised controlled trial. BJOG. 2017;124(2):231-40.
5. ACOG Committee Opinion No. 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e124-e9.
6. Munro MG, Group SCPMGsAUBW. Investigation of women with postmenopausal uterine bleeding: clinical practice recommendations. Perm J. 2014;18(1):55-70.
7. Endometriecancer - Nationella Vårdprogrammet. 2018.
8. Gull B, Karlsson B, Milsom I, Granberg S. Factors associated with endometrial thickness and uterine size in a random sample of postmenopausal women. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(2):386-91.
9. Gull B, Karlsson B, Milsom I, Granberg S. Can ultrasound replace dilation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(2):401-8.

Granskare/arbetsgrupp

Karin Kjölhede, spec läkare, Kvinnosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Johanna Rydelius, överläkare, sektionschef Akut och benign gynekologi, Sahlgrenska

Linus Berggren, överläkare, Gynekologi och reproduktionsmedicin

Åsa Åkesson, överläkare, Gynekologi och reproduktionsmedicin

Helena Hognert, överläkare, sektionschef Akut och benign gynekologi,
Östra

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Åsa Åkesson, (asaro3), Överläkare

Granskad av: Karin Kjölhede, (karkj3), Specialistläkare

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-103

Version: 4.0

Giltig från: 2026-02-09

Giltig till: 2028-02-09