

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Rocio Montejó Rodríguez, (rocmo1), Överläkare
Granskad av: Rocio Montejó Rodríguez, (rocmo1), Överläkare
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-05-26

Giltig till: 2028-05-25

Hysteroskopi på Gynekologimottagning

Förändringar sedan föregående version
2026-01-23 ny rutin.

Bakgrund och syfte

Behandlingsrutin för hysteroskopi på Gynmottagningen, gäller för all personal inom gynmottagning Sahlgrenska.

Utförande

Indikationer

- Intrakavitära myom upp till 2 cm.
- Habituell abortbenägenhet.
- Postmenopausal blödning vid endometrietjocklek >5 mm.
- Corpuspolyper hos infertila: >10 mm eller multipla polyper.
- Corpuspolyper/misstänke intrauterin patalogi hos fertilålder >10 mm eller symtomatisk.
- Asymtomatiska polyper hos menopausala: Hysteroskopi endast om polypen omges av vätska eller är större än 15 mm.
- Lokalisation och avvikande läge av spiral.
- Oklara blödningar från uterus.
- Utredning av uterusmissbildningar.
- Delning av intrauterint septum.
- Diagnos av kronisk endometrit.

- Graviditetsrester $\leq 2-2,5$ cm.

Kontraindikationer

- Känd cervixcancer.
- Pågående genital infektion.
- Graviditet.

Relativa kontraindikationer

- Pågående riklig blödning.

Förbehandling

Graviditetstest

Obligatoriskt för fertila kvinnor som inte använder preventivmedel.

Cervixförberedelse

- Vid indikation: 2 tabl Cytotec (200 μ g) vaginalt eller sublinguallt, 2–3 timmar före operation.
- Gäller postmenopausala patienter och nullipara.

Smärtlindring

- Ibuprofen 400 mg och Paracetamol 1 g tas minst en timme före hysteroskopi, förutsatt att det inte finns allergi eller kontraindikation.

Andra förberedelser

Premenopausala patienter kan erbjudas

- Provera 10 mg x 1 eller Desogestrel 75 μ g i minst 10 dagar fram till operationsdagen.

Vid graviditetsrester Rh negativ profilax indiceras.

Lokalbedövning

Lokalbedövning bör övervägas vid diagnostisk eller operativ hysteroskopi för att minska smärta under och efter proceduren.

- **Adrenalin i lokalanestetika** minskar risken för systemtoxiska reaktioner.

- Obs! Maximal dos per kg kroppsvikt får inte överskridas.

Preparat och doser

Carbocain 10 mg/ml + adrenalin

- Dos: 5 mg/kg.
- Maxdos: 400 mg (engångsdos).
 - **Exempel 1: Kvinna som väger 55 kg**
 - **Beräkning av dosen:** Maxdos = 5 mg x 55 kg = **275 mg**.
 - **Beräkning av volymen som ska ges:** 10 mg/ml = 1 ml innehåller 10 mg. Volym = 275 mg ÷ 10 mg/ml = 27,5 ml.
 - **Resultat:** Kvinnan kan få 275 mg, vilket motsvarar 27,5 ml av lösningen. Detta ligger inom gränsen eftersom maxdos (400 mg) inte överskrids.

Ropivacain 5 mg/ml

- Dos: 3 mg/kg.
- Maxdos: 300 mg (engångsdos).
 - **Exempel 2: Kvinna som väger 95 kg**
 - **Beräkning av dosen:** Maxdos = 3 mg x 95 kg = 285 mg.
 - **Beräkning av volymen som ska ges:** 5 mg/ml = 1 ml innehåller 5 mg. Volym = 285 mg ÷ 5 mg/ml = 57 ml.
 - **Resultat:** Kvinnan kan få 285 mg, vilket motsvarar 57 ml av lösningen. Detta ligger inom maxdosens gräns (300 mg).

Teknik

Distension av kaviteten

- Använd fysiologisk NaCl som distensionsmedel.
- Det intrauterina trycket bör inte överstiga 80 mm Hg för att minimera komplikationer.
- Säkerställ att hysteroskopet är fyllt med vätska för att undvika luftemboli.

Vaginoskopi

Vaginoskopi är förstahandsvalet för att minimera obehag.

Hysteroskopet förs in direkt genom vagina utan spekulum eller tänger på portio. Hysteroskopet införs under kontinuerlig spolning och visuell kontroll.

Viktiga tekniska aspekter

1. Optikvinklar

Optikvinklar varierar mellan 0 och 30 grader. En 30-graders vinkel förbättrar visualisering genom att möjliggöra inspektion av uterushörnen genom rotation.

2. Vätskeflöde

Utflodeskranen används för att reglera kavitetens utspänning och optimera sikten.

Dokumentation

Alla patologiska fynd dokumenteras digitalt, inklusive bilder, för framtida utvärdering och uppföljning.

Postoperativa komplikationer

Komplikationer är ovanliga (<1%).

Bradyarytmi/vasovagal reaktion

- Atropin 0,5 mg/ml: 1 ml intramuskulärt, kan upprepas en gång efter 10 minuter.

Perforation och falskgång

- Perforation under hysteroskopi sker sällan och är oftast kopplad till dilatationsfasen. Man ser dock inte tubarostierna i en falsk gång. Om perforationen sker med ett trubbigt instrument, kan patienten hanteras som vid en perforation som uppkommit under en abrasio, vilket innebär observation utan omedelbar kirurgi. Om perforationen har orsakats av ett vasst instrument eller diatermi krävs noggrannare observation. I sällsynta fall kan

en laparoskopi övervägas om det finns misstankar om en skada på tarmen.

Blödning

- Kan förekomma efter resektion/exstirpation, kan ibland omöjliggöra fortsatt operation. Cyklokapron 1-2 g. Vid behov, använd Foley-kateter (24-Charriere) med 30 ml koksalt i kaviteten under 6–8 timmar.

Relaterad information

[Patientinformation - Information till patienter som ska göra hysteroskopi](#)

[Hysteroskopi – Flödesprocess mottagning](#)

[Hysteroskopi - Remisshantering](#)

Arbetsgrupp

Rocio Montejo, överläkare, Gynekologi och Reproduktionsmedicin,
Ebba Holmquist, överläkare, Gynekologi och Reproduktionsmedicin,
Klaus Groth, överläkare, Gynekologi och Reproduktionsmedicin

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Rocio Montejo Rodriguez, (rocmo1),
Överläkare

Granskad av: Rocio Montejo Rodriguez, (rocmo1), Överläkare

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

Dokument-ID: SU9786-1429723585-414

Version: 1.0

Giltig från: 2026-05-26

Giltig till: 2028-05-25