

Introduktionshäfte till gynekologisk mottagning

Upprättat 2020-11-28 av Elin Hill
Reviderat 2026-04-23 Alisa Carlander
Version 4

Inledning

Detta introduktionshäfte har skapats i syfte att underlätta den första tiden på den gynekologiska mottagningen för randande ST-läkare från primärvården samt klinikens nyanställda ST-läkare.

För att säkerställa att informationen i häftet hålls aktuell åligger det varje ny ST-läkare att i slutet av sin första blå placering revidera innehållet och på så sätt hålla dokumentet levande.

Med hopp om att det ska komma till användning.

Elin Hill

ST-läkare

Kvinnokliniken

Västerås sjukhus

Innehåll

INTRODUKTIONSHÄFTE TILL GYNEKOLOGISK MOTTAGNING	1
Innehåll	3
Rutiner	4
Arbetstider på mottagningen	4
Bemanning	4
Bakjour	4
Introduktion:	4
Provtagning	5
Inläggning	5
Operationsanmälan	5
Boka återbesök	5
Vanligt förekommande diagnoser och förslag på handläggning	7
Amenorré	7
Bakteriell vaginos	8
Blödning i tidig graviditet	9
Blödningssrubbnings	10
Candidavaginit	12
Cystor	13
Dysmenorré/Endometrios	14
Extrauterin graviditet	15
Herpes	15
Hyperemesis gravidarum	16
Klamydia	17
Lichen sclerosus et atrophicus	18
Ovarialtorsion	19
PCOS	19
Postmenopausal blödning	20
Journalföring gravida Cosmic/Obstetrix:	21
Telefon- och sökarnummer	22

Rutiner

Arbetstider på mottagningen

Mån-tors 08:00-17:00

Fredagar 08:00-14:30

Morgonmöte 08:00-08:30 (fredagar till 09:00)

Bemanning

Mottagningen bemannas mån-tors 07:30-17:15, fre till 16:15, av 3-5 undersköterskor. För assistans av undersköterska tryck på den röda larmknappen på mottagningsrummet.

Bakjour

Vid behov av hjälp kontaktas primärt dagbakjouren (förkortat dbj i schemat) som har till uppgift att handleda yngre kollegor och svara på interna och externa sökningar. Aktuell dbj står på whiteboardtavlan på mottagningslabb, söknr: 1360

Introduktion:

Nya ST-läkare på KK: introduceras två veckor. Då går man dubbelt med läkare eller barnmorska.

Viktigt att gå igenom:

- Teams app. Intromapp i Teams: Översiktsplanering, IUP, återkoppling etc.
- Medlemskap SFOG. Kursanmälan.
- Kompetensplatsen. Startseminarium. Interna kurser a och b-mål

Genomgång gällande rutiner med specifika personer:

- Op. koordinator. Op. anmälan och Orbit-på op. dag.
- Kuratorer. Kontakt via Cosmic samt möjlighet till stöd.

- Sekreterare. Generell hantering vid besök samt övriga admin. rutiner på kliniken.
- Rundvandring: Förlossning, BB, SMVC (Specislistmödravår) och BBÅB, Avd 85, mottagning samt mikroskop

För randande ST-läkare från primärvården: går dubbelt med läkare och barnmorska första veckan i syfte att lära sig göra en komplett gynekologisk undersökning med vaginalt ultraljud.

Provtagning

Kapillärt CRP och Hb, u-hCG och u-sticka analyseras på mottagningen. Övriga prover skickas till labb. Fyll i rosa lapp med önskad provtagning och be patienten vänta utanför labb.

Inläggning

Vid behov av inläggande vård läggs patienten in på gynekologiska avdelningen, avd 85. Rapportera till sjuksköterska, diktera inskrivningsanteckning och uppdatera/aktivera läkemedelslistan. Jourtid skrivs en kort preliminär/startanteckning.

Operationsanmälan

Op-anmälan görs i operationsplaneringsprogrammet Orbit. På jourtid kom ihåg att meddela narkosen, triaden och operatör om operationen anmäls akut. Se nummer längst bak i häftet.

Boka återbesök

För återbesök som ska ske om mer än 4 veckor dikteras detta i mottagningsanteckningen och bokas av sekreterare. Om återbesöket ska ske inom 4 veckor bokas det direkt hos barnmorska i rådgivningen.

Rutiner "Röd sida":

- **Möte tisdagar** 8:10-09:00: diskussion patientfall, remissfrågor, rutiner
- **Torsdagar** 09.00-10 "Stor rond" på avd 85 tillsammans med Palliativa rådgivningsteamet
- **Torsdagar** 10:30-12 **MDK**: Röntgenkliniken, rondrum 1
 - o man hittar anmälda patienter i Cosmic → Tidboken → Kvinnoklinikens mottagning, Kk tumörond
 - o ST läkaren som är uppsatt på MDK i schemat skall förbereda och presentera ett patientfall (diskutera med ansvarig röd specialist/ÖL vilken patient är lämplig för dig)
 - o för detaljer vgs PM Multidisciplinär konferens i Centuri (dokumentnummer 60167-1; [Multidisciplinär konferens \(MDK\), röntgen- och patologrund](#))

Rutiner "Blå sida":

- **Möte onsdagar** 08.30-09.00 diskussion av patientfall
 - o boka in patienter som du önskar diskutera i Tidboken → Kvinnoklinikens mottagning Team Blå

"Gyn-möte" torsdagar kl 12.15-13.00 jämna veckor. Syfte är att diskutera rutiner, arbetssätt, förbättringar etc

Vanligt förekommande diagnoser och förslag på handläggning

Nedan följer ett urval gynekologiska diagnoser som förekommer på mottagningen. Behandlingsrekommendationer är tagna från samverkansdokumentet, internetmedicin.se, janusinfo.se, "baslistan" och klinikens lokala PM. I de fall PM finns tillgängligt är detta länkat längst ned under respektive diagnosrubrik. Dokumentet gör inte anspråk på att vara heltäckande och en individuell bedömning ska givetvis alltid göras, rådgör med äldre kollega vid oklarheter.

Amenorrhé

Diagnos: N91.2

Symtom

Utebliven menstruation under 6 månader hos tidigare menstruerande kvinna (sekundär amenorrhé) eller utebliven menarke efter 16 års ålder (primär amenorrhé)

Utredning

Vid primär amenorrhé och sekundär amenorrhé som varat 6 månader:

- Gynundersökning inkl. vaginalt ultraljud, normal anatomi?
- u-hCG för att utesluta graviditet
- Kost- och träningsanamnes, BMI
- Tyreoideastatus (TSH, T4)
- Prolaktin, förhöjt vid prolaktinom

Utvidgad provtagning och utredning innefattar

- FSH, förhöjt vid ovariell svikt
- Gestagen-test, blödning efter gestagenkur utesluter vissa anatomiska avvikelser och bekräftar tillräckliga östrogennivåer.
- Testosteron och SHBG vid misstanke om PCOS

Behandling

Styrs av orsaken till amenorré.

PM: Finns ej

Bakteriell vaginos

Diagnos: N76.8

Symtom

Ökad, illaluktande flytning, ofta fiskliknande lukt.

Diagnoskriterier

Amsell's kriterier, 3 av 4 för diagnos

- Förekomst av clue cells i wet smear.
- Positivt "sniff-test". KOH tillsätts, fiskluktt framträder
- Gråaktig, skummig flytning
- pH >4,5 i slidsekret

Behandling (utan inbördes ordning)

Dekvalinium (Donaxyl) vaginaltablett 10 mg. En tablett vid sänggående i 6 dagar.

Metronidazol (Zidoval) vaginalgel. Appliceras en gång dagligen i 5 dagar.

Metronidazol (Flagyl) vaginaltablett 500 mg. En tablett förs upp vaginalt vid sänggående, i 7 dagar.

PM: Finns ej

Blödning i tidig graviditet

Diagnos: O20.9

Symtom

Vaginal blödning i första trimestern.

Ibland lågt sittande buk- och/eller ryggsmärta.

Utredning

Anamnes: Graviditetslängd, baserat på SM eller tidigare genomfört ultraljud. När positivt graviditetstest?

Blödning- och menstruationssanamnes: Regelbunden mens, senaste mens, uppskattad blödningsmängd, klumpar?

Komplett gynstatus med vaginalt ultraljud. Bedöm uteruskaviteten, ovarier och eventuell vätska i fossa Douglasi.

Handläggning

Om viabel singelgraviditet ges lugnande besked, ingen planerad uppföljning. Om intrauterin graviditet ej kan bekräftas måste extrauterin graviditet övervägas. Vidare handläggning baseras då på hur stark den kliniska misstanken är. Vid typiskt förlopp för spontan abort kan expektans tillämpas. Vid misstanke om PUL (Pregnancy of Unknown Location) ska patienten följas med s-hCG och ev ny klinisk kontroll. Patienten ska då informeras om att söka akut vid tilltagande buksmärta.

PM: Finns ej

Blödningsrubbningar

Diagnos: N92.0 Riklig, frekvent mens med regelbunden mens

En normal mensblödning kommer med ett intervall på 23-35 dagar, varar i 3-7 med en total blödningsmängd på ≤ 80 ml.

Symtom

-Riklig, regelbunden menstruation

Blödning >80 ml, uppskattas med hjälp av anamnesen. Fråga efter mensskyddens storlek, dubbla skydd, frekvens av byte, byte nattetid.

Bakomliggande orsak:

-Idiopatisk

-Myom

-Polyp

-Koagulationsrubbning

-Kopparspiral, läkemedel

-Oregelbunden, ev riklig menstruation

Bakomliggande orsak:

-Ovulationsstörning (anovulatorisk blödning) i anslutning till menarke eller perimenopaus

-PCOS (se avsnitt PCOS, sida x)

-Mellanblödningar

Blödning mellan menstruationer, acyklisk blödning. Efterfråga kontaktblödning.

Bakomliggande orsak:

- Graviditet
- Ovulationsstörning
- Ovulationsblödning, 1-3 dagar på tiden för ägglossning
- Infektion
- Hormonella preventivmedel
- Cellförändringar, polyp, tumör

Utredning

- Noggrann blödningsanamnes.
- Gynundersökning inkl ultraljud
- u-hCG
- Provtagning för klamydia och gonorré.
- Cellprov
- Vid rikliga blödningar även Hb.
- Koagulationsstatus när anamnes indikerar generell blödningstendens

Behandling

Rikliga regelbundna blödningar:

- Hormonella preventivmedel såsom hormonspiral (minskar blödningsmängden med 90%)
- Tranexamsyra 500 mg, 1-2 tabl x 3-4 under 3-4 dagar. Minskar blödningen med 50 %.

Riklig oregelbunden eller långdragen blödning:

-Cykliskt gestagen, exempelvis Primolut-Nor 1x2 i 10 dagar. Kan påbörjas omedelbart för att stoppa pågående blödning eller påbörjas på cykeldag 16.

Enstaka mellanblödningar behöver inte utredas, i övriga fall behandling utifrån fynd.

PM: Finns ej

Candidavaginit

Diagnos: B37.3 (candidainfektion i vulva och vagina)

Symtom

Klåda, sveda, svullnad

Ytlig dyspareuni

Ökad flytning

Statusfynd

Grynig, kesolik, flytning. Kan även vara helt normal.

Rodnade, svullna slemhinnor, ibland sprickbildning i perineum.

Svamphyfer vid wet smear (mikroskopi av vaginalsekret), tillsatt kaliumhydroxid (KOH) för att lysera epitelcellerna.

Behandling och handläggning

- Lokalbehandling med Pevaryl eller Canesten, receptfritt.

- Flukonazol (Diflucan) 150 mg. Engångsdos.

Vid återkommande besvär, t ex i samband med mens, som svarar på Flukonazol i endos ska patienten försees med recept med flera uttag.

Vid behandlingsresistent svamp som inte svarar på adekvat behandling kan svampodling med resistensbestämning övervägas. Vid långdragna besvär kan långtidsbehandling med Fluconazol 150 mg 1 ggr/vecka i 3 mån eller Fluconazol 50 mg 1x1 i 1-3 mån övervägas.

Cystor

Diagnos: N83.2 (Andra och ospecificerade ovarialcystor)

Postmenopausal kvinna

Förutsatt att cystan är enkelrummig, ekofri, slätväggig:

<30 mm → ingen åtgärd

30-50 mm → kontroll efter 4 och 12 månader, överväg CA-125 vid upptäckt och efter 4 mån

>50 mm → överväg operativ åtgärd och CA-125

Fertil kvinna

Förutsatt att cystan är enkelrummig, ekofri, slätväggig:

<30 mm → ingen åtgärd

30-50 mm → ingen åtgärd, vid osäkerhet kontroll efter 3 mån

50-70 mm → kontroll efter 3 mån, om kvarvarande överväg operativ åtgärd

Vid fynd som inte uppfyller ovanstående kriterier, konsultera mer erfaren kollega.

PM: Ovarialcystor

Dysmenorré/Endometrios

Diagnos: N94.6 (dysmenorre) N80.9 (endometrios, ospec)

Nedan beskrivs dysmenorré, för endometrios var god se utförligt PM nedan.

Symtom

Krampartade smärtor i nedre delen av buken/ryggen i samband med menstruation och ibland även vid ägglossning.

Illamående, ibland kräkning.

Statusfynd

Ofta normala fynd. Ibland ses tecken på endometrios såsom endometriom.

Behandling och handläggning

- Paracetamol 1g x4 i kombination med fulldos NSAID, förslagsvis Naproxen. Påbörja behandlingen kvällen innan förväntad mens.

- Hormonell behandling för minskad blödning/uppnå amenorré. Såsom hormonspiral eller kombinerade monofasiska p-piller i långcykelbehandling (se bilaga). Ibland kan en kombination av flera metoder användas för att uppnå tillfredsställande behandlingsresultat.

Värt att notera är att det inte finns ett egenvärde i att skilja på dysmenorré och endometrios i de fall där behandlingen fungerar.

PM: Endometrios - utredning, behandling, uppföljning

Extrauterin graviditet

Diagnos: O00.9

Symtom

Låg, ofta ensidig, buksmärta. Olaga blödning. Debut graviditetsvecka 4-8.

Statusfynd

Positivt u-hCG utan intrauterin graviditet.

Synlig extrauterin grav, ofta på samma sida som corpus luteum.

Fri vätska i buken.

S-hCG som inte är förenlig med ultraljudsbilden.

Behandling och handläggning

Expektans vid stabil pat med hanterbar smärta och s-hCG <2000-2500. S-hCG ska följas tills det är 0.

Operativ åtgärd vid cirkulatoriskt instabil pat. eller ohanterbara smärtor. Som standard görs laparoskopisk salpingektomi alternativt tubotomi.

Medicinsk beh. med Metotrexat vid stabil pat. med s-hCG <2500-10 000. Blod- el-, och leverstatus tas innan och en vecka efter behandling. Se PM för detaljer

PM: Extrauterin graviditet

Herpes

Diagnos: A60.0 Urogenital infektion med herpes simplex-virus

Symtom

Vätskefyllda blåsor som spricker och bildar sår, ibland rodnad och svullen slemhinna. Ofta mycket smärtsamt. Feber kan förekomma vid primärinfektion då antalet blåsor också ofta är stort.

Statusfynd

- Grupperade vätskefyllda blåsor eller ulcerationer på röd botten spridda genitalt och ner mot anus.
- Svullna lymfkörtlar i ljumskarna.

Behandling och handläggning

Klinisk diagnos, kan bekräftas med virusdiagnostik (PCR) med material från blåsbotten.

-Valaciclovir 500 mg x2 i 10 dagar vid primärinfektion.

-Xylocaingel för symtomlindring.

Recidiverande: Valaciclovir 500 mg x2 i 3-5 dagar, påbörjas omgående vid symtomdebut, helst innan blåsutbrott.

Säkerställ att patienten kan tömma blåsan, i ovanliga fall behöver urinkateter sättas. Spontan utläkning av primärinfektion sker inom 2-3 veckor, vid recidiv sker utläkning inom en vecka. Livslångt bärarskap.

PM: finns ej

Hyperemesis gravidarum

Diagnos: O21.1 Svåra graviditetskräkningar

Symtombild

Illamående och kräkning, vanligen med debut i graviditetsvecka 4-8. Överväg annat tillstånd vid senare debut.

Utredning

Värdera svårighetsgrad med PUQE-score eller med konkreta exempel.

Undersökning: Dehydreringstecken, vitalparametrar. Ultraljud (uteslut mola och flerbörd).

Provtagning: u-sticka (ketoner), el- och blodstatus.

Behandling

-Mild: Kostråd. Receptfri antiemetika.

- Måttlig till svår: Inläggning avd 85, ordinera intravenös vätska med elektrolytkorrigerig efter labbsvar samt antiemetika, förslagsvis Primperan 5 mg/ml 2 ml x3. Alternativt Ondansetron munlöslig tablett 4-8 mg x4 (ges med försiktighet, ev ökad risk för ansiktsspalt och hjärtmissbildningar) Vid långvarig svält överväg Neurobion.

PM: Hyperemesis gravidarum

Klamydia

Diagnos: A56.2

Symtom

Ofta asymtomatisk. Ev ökad/förändrad flytning, dysuri och kontaktblödning.

Statusfynd

Oftast normalfynd. Frikostig provtagning.

Behandling och handläggning

Vid positiv PCR behandla med Doxycylin 200 mg dag 1 och 100 mg dag 2-9. Skicka meddelande till kurator gruppbrevlådan i cosmic, smittspårning och anmälan i Sminet görs av kurator på kliniken.

PM: Klamydiaprov, positivt

Lichen sclerosus et atrophicus

Diagnos: L90.0

Symtom

Klåda, sveda, dyspareuni.

Statusfynd

Vita, hypopigmenterade, områden i vulva och perineum.

Sammanväxningar, synekier i vulva.

Atrofi

Erosioner

Behandling och handläggning

Stansbiopsi tas mitt i misstänkt område för diagnos. Vid bekräftad diagnos påbörjas steroidbehandling enligt schema, se bilaga. Om avvikande utseende tas stansbiopsi frikostigt! Tips: Prebehandla med Xylocaingel innan man ringer på usk. Patienten rekommenderas oljeregim.

Då tillståndet kan malignifiera (3-5%) ska patienten informeras om att själv vara observant och höra av sig vid sår som inte läker. Patienten bör också initialt komma på kontroll en gång per år. Patientinformation med råd finns på varje mottagningsrum.

PM: finns ej

Ovarialtorsion

Diagnos: N83.5

Symtom

Unilateral, intensiv smärta av intervallkaraktär. Illamående, kräkning. Ofta morfinkrävande.

Statusfynd

Palpationsömhet över adnexa på drabbad sida.

Cysta > 5 cm på den smärtsamma sidan.

Förstorat ovarie pga stas och ödem.

Behandling och handläggning

Skyndsam handläggning, ju längre tid som passerar desto större risk att ovariet går under. Slutgiltig diagnos fås vid laparoskopi där man vid bekräftad torsion detorkverar ovariet.

PM: finns ej

PCOS

Diagnos: E28.2

Symtom

Oligomenorré

Akne

Övervikt

Ökad kroppsbehåring av androgen typ såsom ansikte, lår, rygg.

Diagnoskriterier

Minst 2 av nedanstående:

- Polycystiska ovarier
- Anovulation
- Kliniska eller hormonella tecken på hyperandrogenism

Utredning

Anamnes på blödningsmönster

Bedömning av klinisk hyperandrogenism: akne, ökad behåring (kan bedömas med Ferriman-Gallweys skala), manligt håravfall?

Gynekologiskt ultraljud: polycystiska ovarier?

Lab: Utifrån frågeställning. "PCOS-paket" finns och innehåller: TSH, T4, FSH, LH, östradiol, testosteron, SHBG, prolaktin.

Behandling

Individuellt anpassad utifrån patientens problematik och kliniska bild. Östrogendominant kombinerat p-piller är förstahandsbehandling. Viktnedgång i de fall det är tillämpligt.

PM: Finns ej

Postmenopausal blödning

Diagnos: N95.0

Symtom

Vaginal blödning efter menopaus (ett år sedan senaste mens)

Handläggning

Uteslut blödning från annan lokal såsom urinvägar, ändtarm.

Fullständig gynekologisk undersökning. Ses sår, atrofi, tumör?

Bedöm endometriets tjocklek och avgränsning.

Endometriebiopsi (pipelle) tas vid tjocklek > 4 mm,

oregelbunden slemhinna eller tunn slemhinna men upprepade

blödningar. Cellprov tas. Om det råder tveksamhet kring om

blödningen är perimenopausal eller postmenopausal kan FSH

tas för att differentiera.

PM: Postmenopausal blödning

Journalföring gravida Cosmic/Obstetrix:

- Alla gravida som bedöms på spec. MHV eller till gynmottagningen **efter v 22 och 6 v post-partum**. För pat. som får IVA vård ska anteckningen även kompletteras med anteckning i Cosmic.
- Gravida < v 22 som söker till gynmottagningen med blödning eller begynnande missfall ska journalföras i Cosmic.
- Gravida med hyperemesis ska journalföras i Obstetrix, men allt ska ordinerars i Cosmic. Kort anteckning ska göras i Cosmic för att undvika missad information.

Telefon- och sökarnummer

Dagbakjour sökare	51360
Barnmorskan på trean	740 56
Specialistmödravården	744 78
Avd 85	734 85 eller 751 63
Triaden	733 46
Narkosläkare sökare	dagtid 54549
	jourtid 51550
Växeln	99
Operationskoordinator	734 46

Sjukanmälan:

Vid sjukanmälan ring barnmorskan på 3:an: 021 17 40 56