

T14 Gynekologiske sykdommer og antikonsepsjon

Revidert: 02.07.2023
Inger Øverlie

Innhold

T14.1	Antikonsepsjon	s.1	T14.5	Infertilitet	s.12
T14.1.1	Livmorinnlegg og barrieremetoder	s.1	T14.5.1	Polyendokrint metabolsk ovarialsyndrom (PMOS) – tidligere polycystisk ovariesyndrom (PCOS)	s.13
T14.1.1.1	Livmorinnlegg (IUD, spiral)	s.1	T14.6	Infeksjoner i gynekologien	s.14
T14.1.1.1.1	Kobber-IUD	s.2	T14.6.1	Vulvovaginitt	s.14
T14.1.1.1.2	Gestagen-IUD	s.2	T14.6.1.1	Trichomonas vaginalis	s.15
T14.1.1.2	Barrieremetoder	s.3	T14.6.1.2	Candida	s.15
T14.1.2	Hormonell antikonsepsjon	s.3	T14.6.1.3	Bakteriell vaginose	s.16
T14.1.2.1	Østrogen-gestagen til antikonsepsjon	s.4	T14.6.1.4	Vulvovaginitt ved østrogenmangel	s.17
T14.1.2.2	Gestagen til antikonsepsjon	s.5	T14.6.1.5	Aerob vaginitt	s.17
T14.1.3	Postkoital antikonsepsjon	s.5	T14.6.2	Akutt (spesifikk) cervisitt	s.18
T14.2	Menstruasjon og blødningsforstyrrelser	s.6	T14.6.3	Kronisk (uspesifikk) cervisitt	s.18
T14.2.1	Forskyvning av normal menstruasjon	s.6	T14.6.4	Akutt bekkeninfeksjon (salpingitt, endometritt)	s.19
T14.2.2	Amenoré og oligomenoré	s.7	T14.7	Kilder, gynekologiske sykdommer og antikonsepsjon.....	s.20
T14.2.3	Metroragi	s.7			
T14.2.4	Menoragi	s.8			
T14.2.5	Premenstruell tensjon	s.8			
T14.2.6	Dysmenoré	s.9			
T14.3	Klimakteriske besvær	s.10			
T14.4	Endometriose	s.11			

T14.1. Antikonsepsjon

Revidert: 02.07.2023

Definisjon

Metoder som forhindrer uønsket svangerskap hos seksuelt aktive. Metodene kan inndeles i hormonelle metoder (gestagen og østrogen kombinert eller gestagen alene) og ikke-hormonelle metoder (livmorinnlegg (intra uterine device = IUD), kondom, pessar). Sikkerheten for de ulike prevensjonsmetoder angis som Pearl indeks (antall svangerskap per 100 kvinneår).

T14.1.1. Livmorinnlegg og barrieremetoder

Revidert: 02.07.2023

T14.1.1.1. Livmorinnlegg (IUD, spiral)

Revidert: 02.07.2023
Sist endret: 01.06.2025

Kort oppsummering

- Det er to hovedtyper livmorinnlegg, enten laget av plast med kobber eller av plast med gestagen (levonorgestrel), se [Gestagen livmorinnlegg \(L14.2.2.3\)](#)
- *Kobber-IUD (Nova T 380, reseptfri)*: Egnert hos kvinner som har født barn (ev. kvinner som ikke har født, men ikke primært) som har liten infeksjonsrisiko og ikke har store menstruasjonsblødninger. Skiftes etter produsentens anvisning etter 5 år. Fjernes ett år etter menopause.
- *Gestagen-IUD (Mirena)*: Bruksted 8 år ved indikasjon antikonsepsjon, ca. 5 år ved indikasjon idiopatisk menoragi; evt. tidligere dersom symptomer på idiopatisk menoragi kommer tilbake. Ved symptomfrihet også etter 5 år kan fortsatt bruk vurderes, inntil maks. 8 år.
- *Gestagen IUD: Jaydess* bør skiftes etter ca. 3 år, *Kyleena* etter ca. 5 år.

T14.1.1.1.1. Kobber-IUD

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Pearl indeks for kobber-IUD varierer fra 0,7–3 i 5 år etter innsetting, avhengig av fabrikat. Høyere kobbermengde øker angivelig sikkerheten. Kobber-IUDs antikonsepsjonelle virkningsmekanisme er dels ukjent, men en steril inflammasjon i endometriet frigjør cytotoksiske substanser som dels virker spermiedrepende, dels hindrer implantasjon av det befruktede egg. Likeledes synes kobberet å redusere spermienes evne til å nå frem og befrukte egget. Beskytter mindre mot ekstrauterine svangerskap enn mot intrauterine. Ved unormale blødninger og smerter hos en kvinne med IUD bør man ta svangerskapstest og mistenke ekstrauterint svangerskap.

Bivirkninger

50–75 % økning av blødningsmengden, dysmenoré, smerter i rygg og bekken. Utflod. 15–20 % får i løpet av første året fjernet livmorinnlegget pga. bivirkninger.

Indikasjoner

Egnet hos kvinner som har født barn, som har liten infeksjonsrisiko og ikke har store menstruasjonsblødninger. Også egnet hos kvinner som ikke har født, der det ikke er risiko for infeksjon.

Forsiktighetsregler

Bør ikke primært velges hos kvinner som ikke har født. Trang cervicalkanal kan vanskeliggjøre innsetting, og konsekvensene av infeksjon og tubarskade er større hos dem uten barn. Uegnet ved misdannelser av uterus. Det er økt fare for perforasjon ved innsetting mens det er amenoré i ammeperioden. Innsetting kan gjerne skje de siste dagene av en menstruasjon, ellers bør man sikre seg at kvinnen ikke er gravid. Økt infeksjonsrisiko for kvinner med hyppig partnerbytte. Kvinner med langvarig bruk av IUD, særlig i aldersgruppen over 40 år, har økt risiko for bekkenabscesser.

Kontraindikasjoner

Infeksjoner i vagina, cervix eller bekken. Uregelmessige blødninger som ikke er utredet. Kraftige menstruasjonsblødninger.

Kontroll

Pasienten kontrolleres ved behov eller tre måneder etter innsetting, eller hvis kvinnen ikke selv kan kjenne at trådene ligger på plass. (Informasjon til pasienten: En kan selv sjekke at trådene er på plass slik: Løft et bein opp på en stol e.l., før pekefingeren helt opp i skjeden, der finner man livmortappen som kjennes som en glatt nesetipp med et lite søkk i midten. Trådene skal her kjennes som et fiskesnøre.) Spiralen skiftes etter produsentens anvisning etter 5 år. Fjernes ett år etter menopause (den siste menstruasjon).

T14.1.1.1.2. Gestagen-IUD

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Det finnes to gestagen-spiraler med totalt 52 mg (Mirena) eller 13,5 mg (Jaydess) levonorgestrel.

	Jaydess	Mirena
Størrelse	28 x 30 mm	32 x 32 mm
Diameter (innfører)	3,8 mm	4,8 mm
Totalt innhold av levonorgestrel	13,5 mg	52 mg
Gjennomsnittlig frigjøring av hormon	14 6 µg	20 10 µg
Varighet	3 år	5 år

	Jaydess	Mirena
Amenore etter 1 år	6 %	16 %
Amenore etter 3 år	12 %	23,6 %
Pearl indeks etter 1 år	0,33 *	0,2
Indikasjon		
• antikonsepsjon	Ja	Ja
• menoragi	Nei	Ja
• gestagenstilkudd ved HT	Nei	Ja

* ca. 50 % av disse er ektopiske graviditeter

Bivirkninger

Småblødninger, særlig den første tiden etter innsetting, kan vare opptil 6–8 måneder. Hos et fåtall kan sees gestagene bivirkninger som ømme bryst, ødemer, vektøkning, kvalme, hodepine, humørforandringer, akne. Smerter i rygg og bekken.

Spesielle forhold

Ved amenore bør det utføres graviditetstest. Er den negativ er det ikke nødvendig med gjentakelse ved fortsatt amenore. De som blir gravide med den svakeste gestagen-IUD, må være oppmerksom på at det er ca. 50 % risiko for at det kan være graviditet utenfor livmoren. Opphør av menstruasjon hos noe eldre kvinner med gestagen-IUD behøver ikke å bety at de er kommet i overgangsalder. Det må relateres til øvrige symptomer, alder og ev. hormonanalyser.

Kontraindikasjoner

Som for kobber-IUD, se [Kontraindikasjoner](#). Dessuten akutte leversykdommer og levertumorer.

Legemiddelomtale og preparat, se

[Gestagen livmorinnlegg \(L14.2.2.3\)](#)

T14.1.1.2. Barrieremetoder

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Omfatter kondom og pessar. Begge har Pearl indeks på 3–10. Sikkerheten er imidlertid svært avhengig av brukeren. Kondomets evne til å beskytte mot infeksjoner gjør at kondom alltid bør benyttes hvor smitterisiko foreligger. Pessar må brukes i kombinasjon med sæddrepende middel. Pessar og sæddrepende krem kan skaffes via internett og enkelte nettapotek.

T14.1.2. Hormonell antikonsepsjon

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Hormonell antikonsepsjon kan gis enten som en kombinasjon av østrogen og gestagen eller som rent gestagen. Kombinasjonspreparatene finnes enten med et konstant hormoninnhold (monofasisk) eller med varierende hormoninnhold gjennom syklus (sekvenspreparater). Kombinasjonspreparater (p-piller, vaginalring, p-plaster) og gestageninjeksjon (p-sprøyte), gestagenimplantat (p-stav) og peroralt gestagen i form av desogestrel har høy sikkerhet med Pearl indeks under 1,0, mens peroralt gestagen i form av noretisteron har Pearl indeks 0,3–4,0 (sikkerheten avhenger sterkt av korrekt bruk). Gestagen-IUD, se [Gestagen-IUD](#).

Forsiktighetsregler

Studier tyder på at hormonelle prevensjonsmidler kan øke risikoen for depresjon. Det er også vist økning i suicidforsøk og suicide. Se:

Deprimert av p-piller? Tidsskriftet 2016

Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV et al. Association of hormonal contraception with depression. JAMA Psychiatry 2016. E-publisert 28.9.2016.

Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, et al. Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. Am J Psychiatry. 2017 Nov 17;appiajp201717060616. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17060616. (Original Study) PMID: 29145752

T14.1.2.1. Østrogen-gestagen til antikonsepsjon

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Inneholder etinyløstradiol eller østradiol kombinert med et gestagen. Gis i en konstant mengde (monofasisk) eller i varierende dose gjennom syklus.

Virkningsmekanisme

Hemmer ovulasjon, endrer cervixsekret slik at dette er mindre gjennomtrengelig for spermier og endrer endometriet slik at dette er mindre mottakelig for et ev. fertilisert egg.

Fordeler

Høy sikkerhet, gir regelmessige blødninger, gir mulighet for regulering av menstruasjon (se [Forskyvning av normal menstruasjon](#)), reduserer dysmenoré og blødningsmengde, reduserer risiko for ovarialcyster, bekkeninfeksjoner og benign mammasykdom. Videre synes langvarig bruk (> 10 år) å halvere risiko for ovarialkreft og endometriekreft. Er velegnet også for kvinner som ikke har født.

Ulemper

Hyppige, men ufarlige bivirkninger er nedsatt libido, kvalme, humørendring, blødningsforstyrrelser, hodepine. Videre øker midlene risiko for tromboembolisk sykdom, hjerteinfarkt, hjerneslag, cervixkreft og brystkreft. Redusert glukosetoleranse.

Kontraindikasjoner

Alvorlig ubehandlet hypertoni, cancer mammae og andre østrogenfølsomme kreftsykdommer, tromboembolisk sykdom i anamnesen eller påvist trombofili, kardio- eller cerebrovaskulær sykdom.

Forholdsregler

Tilstander som krever risikoavveining er tromboembolisk sykdom og hjerte- og karsykdommer i familien, røyking (hos kvinner over 35 år), diabetes mellitus, preeklampsi i tidligere svangerskap, leversykdom. Hvis pasienten selv eller førstegradsslektninger (foreldre, søsken) har hatt venøs tromboembolisme bør østrogenholdig prevensjon ikke gis. Unntak kan vurderes hvis familiemedlemmer med tidligere trombose har en kjent trombofili (antitrombin, protein C- eller protein S-mangel, APC-resistens/faktor V Leiden mutasjon eller protrombingenmutasjon) som årsak til hendelsen, og pasienten ikke har denne faktoren.

Glemmer kvinnen å ta pillen en dag, har hun ikke sikker prevensjon. Hun fortsetter å ta en pille hver dag, og etter en uke er p-pillene sikre. Ved samleie i denne uken, må det brukes kondom.

Det er viktig at kvinner som bruker p-piller og har smerter/ubehag i toraks eller plager i underekstremitetene, utredes med tanke på tromboembolisk sykdom. Kvinnen må informeres om symptomer på trombose.

Depotgestagen (medroksyprogesteron) har vært assosiert med redusert beinmasse, og det har vært betenkelighet med å anbefale metoden til unge under 18 år som ikke har ferdigutviklet skjelett eller til kvinner over 45 år som nærmer seg menopause. Det bør foretas en individuell vurdering da fordelene i mange tilfeller oppveier risiko.

Legemiddelomtaler og preparater

Østrogen-gestagen (kombinasjons p-midler) (L14.2.1)

Aktuelle nettressurser

- **Sjekkliste:** Det er utarbeidet en sjekkliste som forskrivere kan bruke for å kartlegge om kvinnen bør bruke kombinert hormonell prevensjon. Se [Legemiddelverkets hjemmeside](#)
- **Informasjonsark:** Det er utarbeidet informasjon til kvinner som minner om symptomer og tegn på dyp venetrombose, lungeemboli og hjerneslag. Se helsenorge.no

T14.1.2.2. Gestagen til antikonsepsjon

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Se [Gestagen \(antikonsepsjon\) \(L14.2.2\)](#)

Omfatter: rene gestagenpiller, gestagen livmorinnlegg, implantat (p-stav) og injeksjon (p-sprøyte).

For detaljer om indikasjoner, bivirkninger, forsiktighetsregler, kontroll, forskrivning se [Gestagener \(L14.1.2\)](#)

Virkningsmekanisme

Endrer cervixsekretets permeabilitet, gir færre ovulatoriske sykluser, medfører atrofi av endometriet.

Pearl indeks for den svake minipillen angis til 0,3–4, dvs. mindre grad av sikkerhet enn kombinasjonspiller og den sterke gestagenpiller. Videre er faren for brukerfeil større med minipille. Det er viktig at disse tas regelmessig, helst på samme tidspunkt hver dag (maksimum tre timers forsinkelse). Minipiller bør helst ikke tas på den tiden av dagen da samleie oftest finner sted fordi plasmakonsentrasjonen av legemidlet da er lavest (24 timer etter forrige dose) og effekten på cervixsekretet dårligst.

Ren gestagenpille (desogestrel 75 µg) hadde Pearl indeks 0,2 i én studie på kvinner med en gjennomsnittsalder på 30 år. Det tåles opp til 12 timers forsinkelse mht. tidspunkt for tablettinntak. Gestagenpiller gir hyppigere blødningsforstyrrelser.

Injeksjonspreparat (medroksyprogesteron) og implantat (etonorgestrel) har høyere grad av sikkerhet (Pearl indeks 0–1), og gir hyppig amenoré (20–50 %). Småblødninger de første månedene er vanlig.

Fordeler

Ren gestagenprevensjon øker ikke fare for venøs tromboembolisk sykdom slik som kombinasjons p-midler. Kan brukes av ammende (dog helst ikke de første 6 uker etter fødsel), røykere, hypertonicere, diabetikere og migrenepasienter. Ved injeksjons- eller implantasjonspreparater reduseres muligheten for brukerfeil. Bortfall av menstruasjon oppfattes av mange brukere som positivt, men ved første uteblitte menstruasjon bør graviditet utelukkes.

Ulemper

Minipille krever nøyaktighet av bruker, hvis ikke reduseres sikkerhet betydelig. Hyppige småblødninger, spesielt i starten, kan være problematisk. Depotgestagen har vært assosiert med redusert beinmasse og metoden bør vurderes i forhold til andre muligheter hos unge kvinner (under 18 år) som ikke har ferdig utviklet skjelettet, og hos kvinner nær menopausen (over 45 år).

Før forskrivning bør man ta opp anamnese og foreta undersøkelser som nevnt under p-piller (se [Forholdsregler](#) og [Forsiktighetsregler](#)), men man kan se bort fra økt fare for tromboembolisk sykdom.

Legemiddelomtaler og preparater

[Gestagen \(antikonsepsjon\) \(L14.2.2\)](#)

[Gestagenimplantat \(L14.2.2.4\)](#)

[Gestageninjeksjon \(L14.2.2.5\)](#)

[Gestagen livmorinnlegg \(L14.2.2.3\)](#)

[Perorale gestagener \(L14.2.2.1\)](#)

T14.1.3. Postkoital antikonsepsjon

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Nødprensjon etter enkeltstående ubeskyttet samleie. Det finnes tre anerkjente metoder:

- 1) Behandling med 1,5 mg levonorgestrel (Norlevo). Behandlingen bør startes så snart som mulig, senest 72 timer etter samleiet. Etter denne tid reduseres effekten betydelig, men behandling har en viss effekt i opptil 5 døgn. Behandlingen forhindrer 50–80 % av svangerskapene. Fordi effekten er begrenset, må kvinnen

- opplyses om at behandlingen ikke vil skade barnet ved persisterende svangerskap. Om forskrivning, bivirkninger etc. se [Gestagen \(antikonsepsjon\) \(L14.2.2\)](#) og [Perorale gestagener \(L14.2.2.1\)](#)
- 2) Ulipristal (Ellaone) er en selektiv progesteronreseptormodulator som i en dose på 30 mg kan forebygge graviditet i opp til 120 timer (fem dager) etter ubeskyttet samleie. Virkningen er sannsynligvis utsettelse av ovulasjon. Effektiviteten er tilsynelatende bedre enn med levonorgestrel. I dyreforsøk er ikke påvist teratogene skader.
 - 3) Innsetting av livmorinnlegg innen 5 dager etter ubeskyttet samleie. Dette kan være et alternativ hvor kvinnen ellers ønsker denne prevensjonsmetoden, og hvor det ikke foreligger kontraindikasjoner mot innsetting (se [Livmorinnlegg \(IUD, spiral\)](#)). Pearl indeks 0,7–3.

Legemiddelomtaler og preparater

[Gestagen \(antikonsepsjon\) \(L14.2.2\)](#)

[Perorale gestagener \(L14.2.2.1\)](#)

[Postkoital antikonsepsjon / Angrepille \(L14.2.2.2\)](#)

[Ulipristal \(L14.3.1\)](#)

T14.2. Menstruasjon og blødningsforstyrrelser

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Den normale menstruasjonssyklus' fysiologiske variasjon er stor, men lengden hos den enkelte varierer normalt ikke mer enn 3–4 dager. Normal varighet av menstruasjonen er 3–8 dager, lengde av syklus 21–35 dager, oftest ca. 4 uker.

T14.2.1. Forskyvning av normal menstruasjon

Revidert: 02.07.2023

Definisjon

Utsettelse av tidspunkt for normal menstruasjon.

Metoder

- 1) *Kvinner som bruker monofasiske p-piller:* Kvinnen fortsetter med neste brett uten opphold etter pille nr. 21. De hormonfrie pillene på brettet kastes
- 2) *Kvinner som bruker sekvenspiller:*
 - a) Synfase: Etter at de midterste 9 hvite tablettene er tatt, må man gå over til nytt brett og begynne på de samme hvite tablettene der. Når disse er brukt opp, tas de siste 5 blå tabletter fra første brett. Derved kan menstruasjon utsettes inntil 9 dager
 - b) Qlaira: Ikke egnet til å forlenge syklus/utsette menstruasjon
- 3) *Kvinner som bruker p-ring:* Kan bruke flere ringer sammenhengende
- 4) *Kvinner som bruker p-plaster:* Kan bruke flere plastre sammenhengende
- 5) *Kvinner som ikke står på p-piller/ring/plaster og som ikke har planlagt dette i tide:* Noretisteron (Primolut) (1x3) tatt minst tre dager før ventet menstruasjon vil utsette menstruasjonen. Det er satt grense på utsettelse til 10–14 dager, men det er i prinsipp ikke begrensning for varighet av utsettelse. Menstruasjon vil inntre noen dager etter seponering av behandling.

Legemiddelomtaler og preparater

[Gestagener \(L14.1.2\)](#)

[Monofasepreparater; p-piller, p-vaginalring, p-plaster \(L14.2.1.1\)](#)

[Noretisteron \(L14.1.2.4\)](#)

[Sekvenspreparater; p-piller \(L14.2.1.2\)](#)

[Østrogen–gestagen \(kombinasjons p-midler\) \(L14.2.1\)](#)

T14.2.2. Amenoré og oligomenoré

Revidert: 02.07.2023

Definisjon

- *Primær amenoré*: Manglende menarke ved 16-årsalder
- *Sekundær amenoré*: Opphold av menstruasjonsblødninger i mer enn 6 måneder. Utredning behøver ikke skje før etter 6 måneders amenoré, med mindre det er andre tegn på sykdom til stede
- *Oligomenoré*: Blødningsintervall på 35 dager–6 måneder

Etiologi, klassifisering

Hypotalamisk/hypofysær svikt (lav østradiol, lav FSH og LH). Ovarialsvikt (lav østradiol, høye FSH og LH). Polycystisk ovarialsyndrom (PCOS). Medfødte eller ervervede misdannelser i genitalia. Hyperprolaktinemi med eller uten hypofysetumor. Hypo- eller hyperthyroidisme.

Diagnostikk

Anamnese (inkludert informasjon om pubertetsutvikling, spise- og treningsvaner). Generell status samt høyde og vekt. Hormonanalyser: Østradiol, FSH, LH, prolaktin, TSH. Mer utførlig utredning utføres av spesialist. Forhøyet prolaktin i gjentatte prøver kan tyde på prolaktinom, og pasienten bør henvises til endokrinolog. Høye gonadotropiner indikerer ovarialsvikt som ved menopause. PCOS diagnostiseres ved karakteristiske forandringer i ovarier og/eller hyperandrogenisme. Det kan dessuten foreligge redusert insulinfølsomhet og metabolsk syndrom. Lave gonadotropiner og lavt østradiol indikerer svikt av hypothalamus eller hypofyse. Gynekologisk undersøkelse kun nødvendig ved mistanke om genitale misdannelser, og bør da utføres av gynekolog.

Behandling

Ved amenoré over ett år med lavt nivå av østradiol bør man vurdere behandling med østrogen–gestagen for å motvirke beintap og andre følger av østrogenmangel hos kvinner under 45 år. Ved prevensjonsbehov gis kombinasjons p-middel. For øvrig vil behandling rette seg etter årsak og pasientens problem. Ved hypofysetumores er behandlingen legemidler (dopaminagonister) eller kirurgisk. Ved infertilitet kan ovulasjonsinduksjon med klomifen eller gonadotropiner, ev. elektrokauterisering av ovarier ved PCOS bli aktuelt, men det er spesialistoppgave, likeledes ev. behandling med metformin ved insulininsensitivitet.

Legemiddelomtaler og preparater

Dopaminagonister (L6.3.4)

Gonadotropiner (L14.4.1)

Klomifen (L3.11.1)

...

Østrogen–gestagen (L14.1.3)

Østrogen–gestagen (kombinasjons p-midler) (L14.2.1)

T14.2.3. Metroragi

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Alle typer blødninger med uregelmessig syklus, uavhengig av blødningsmengden.

Etiologi

Skyldes oftest hormonelle forstyrrelser, enten endogene eller eksogene som følge av hormonbehandling. Infeksjoner. Livmorinnlegg (bør i så fall fjernes). Polypper, kreft i cervix eller endometriet.

Diagnostikk

Anamnese, gynekologisk undersøkelse ev. med endometriecytologi eller histologi for å utelukke kreft. Ultralydundersøkelse ved gynekolog.

Behandling

Anovulatoriske blødninger kan reguleres med syklisk gestagenbehandling eller kombinasjons p-middel hvis det er prevensjonsbehov, også for å motvirke premalign eller malign utvikling ved endometriehyperplasi. Kirurgisk behandling kan være aktuelt hvis konservativ behandling svikter.

Legemiddelomtaler og preparater

Gestagener (L14.1.2)

Østrogen–gestagen (kombinasjons p-midler) (L14.2.1)

T14.2.4. Menoragi

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Kraftige menstruasjonsblødninger (over 80 ml/syklus) som kommer regelmessig, men som ofte er mer langvarige enn en vanlig menstruasjon.

Etiologi

Ofte finnes ingen årsak, men livmorinnlegg uten gestagen eller myomer er ikke sjeldent årsak. Koagulopati kan også være en årsak og bør spesielt mistenkes ved menoragi tidlig etter menarken.

Diagnostikk

Anamnese og gynekologisk undersøkelse. Ev. vaginal ultralyd for å påvise myomer. Utredning ved ev. mistanke om koagulopati.

Behandling

Kvinner uten kontraindikasjon kan behandles med p-piller. Gestagen-IUD (hormonspiral) er et alternativ. Traneksamsyre kan minske blødningsmengden (hemmer fibrinolysen), men skal ikke gis til kvinner med økt tromboserisiko. Denne behandlingen er kostbar og bare symptomatisk. Flere typer av NSAID (bl.a. ibuprofen og naproksen) kan redusere blødningsmengden. Endometrieablasjon (ved reseksjon, koagulasjon eller varmeballongbehandling) bør forsøkes før ev. hysterektomi.

Legemiddelomtaler og preparater

Gestagen (antikonsepsjon) (L14.2.2)

Gestageninjeksjon (L14.2.2.5)

Gestagen livmorinnlegg (L14.2.2.3)

Ibuprofen (L17.1.1.7)

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) (L17.1.1)

Naproksen (L17.1.1.13)

Traneksamsyre (L4.4.1.1)

Østrogen–gestagen (kombinasjons p-midler) (L14.2.1)

T14.2.5. Premenstruell tensjon

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Tilbakevendende fysiske og psykiske plager i den postovulatoriske fase av menstruasjonssyklus (4–10 dager før menstruasjon). Symptomene skal opphøre i løpet av de første dager av etterfølgende syklus.

Etiologi

Ukjent, men flere hypoteser foreligger, slik som forstyrrelser i progesteron-, østrogenmetabolisering og samspillet mellom disse. Progesteronmetabolitters virkning på GABA-reseptoren, forstyrrelser i betaendorfiner og i det serotonerge system i CNS er mulige etiologiske faktorer.

Symptomer

De vanligste symptomene er følelse av hevelse som følge av væskeretensjon (eller væskeredistribusjon), brystspreg, irritabilitet, nedstemthet. Ellers kan også motoriske koordinasjonsproblemer, konsentrasjonsvansker, sykliske fobier og suicidale tanker forekomme.

Diagnostikk

Det sykliske preg er en hjelp i diagnosen, men ved alvorlige psykiske plager må depressiv lidelse utelukkes. Daglig registrering av symptomer gjennom to sykler gir objektiv informasjon. Vekt bør også registreres.

Behandling

Viktigst er å prøve å få kvinnen til å forstå tilstandens sammenheng med menstruasjonssyklus, noe som kanskje gjør det lettere å akseptere plagene. Behandling er bare aktuelt ved tydelig syklisk mønster med mye plager.

Serotoninreoptakshemmere i lav dose, også ved syklisk behandling, har gitt effekt i kontrollerte studier, men kun hos en del av pasientene. Ved væskeretensjon kan diuretika gis premenstruelt, helst et tiazid i lavest mulig dose de dagene plagene er størst. Unngå overbruk/feilbruk!

P-pille kan prøves hvis kvinnen har et prevensjonsbehov; noen studier tyder på at moderne p-piller med gestagenet drospirenon er spesielt velegnet og ev. dosere p-pillene uten pauser for å unngå sykklisitet. En rekke regimer og legemidler har vært prøvd uten at effekt er dokumentert. Det gjelder tilskudd av progesteron/gestagen, pyridoksin, litium, nattlysolje. Bromokriptin har effekt på brystspreg, men må gis i høye doser gjennom lang tid og må derfor frarådes.

Kognitiv terapi synes å være effektivt og med bedre langtidseffekt enn SSRI.

Legemiddelomtaler og preparater

Furosemid (L8.1.3.1)

Monofasepreparater; p-piller, p-vaginalring, p-plaster (L14.2.1.1)

Selektive serotoninreoptakshemmere (SSRI) (L5.3.1)

Slyngediuretika (L8.1.3)

Tiazider (L8.1.1)

Østrogen-gestagen (kombinasjons p-midler) (L14.2.1)

T14.2.6. Dysmenoré

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Menstruasjonssmerter som skyldes smertefulle kontraksjoner i uterusmuskulatur. Ledsages ofte av diaré, kvalme, svimmelhet. Primær form (uten patologiske bakenforliggende årsaker) er vanligst. Sekundær dysmenoré skyldes organiske forandringer. Dysmenoré som ikke lar seg behandle med enkle midler, bør henvises til spesialist for utredning da det kan foreligge endometriose. Det gjelder også smerter hos tenåringsjenter.

Etiologi

Frigjøring av prostaglandiner fra endometriet som fører til kraftige uteruskontraksjoner antas å være sentralt i patofysiologien. Primær dysmenoré opptrer bare i ovulatoriske sykluser.

Symptomer

Menstruasjonssmerter som varierer fra lette til invalidiserende. Begynner samtidig med menstruasjon og varer i timer til noen dager.

Diagnostikk

Hvis behandling med NSAID eller p-pille ikke fører til målet, bør organisk årsak mistenkes, spesielt endometriose (se [Endometriose](#)) Det gjelder også for helt unge kvinner med intraktabel dysmenoré.

Behandling

Lett dysmenoré krever ikke behandling, ev. kan et ikke-opioid analgetikum, fortrinnsvis paracetamol, søkes. Prostaglandinsyntesehemmere (ikke-steroid antiinflammatoriske midler – NSAID) kan ha god effekt og er indisert ved dysmenoré som gir pasienten plager av betydning. Alle midlene er sannsynligvis virksomme, men

bivirkningsfrekvensen varierer. Behandlingen starter snarest ved debut av smerter, ofte er en dose tilstrekkelig, men den bør være forholdsvis høy (f.eks. naproksen 500 mg, ibuprofen 400–800 mg, ketoprofen 100 mg).

Ved behov for prevensjon er p-pille et godt alternativ, ev. gestageninjeksjon (DMPA-injeksjon) eller gestagen livmorinnlegg.

Legemiddelomtaler og preparater

Gestagen (antikonsepsjon) (L14.2.2)

Gestageninjeksjon (L14.2.2.5)

Ibuprofen (L17.1.1.7)

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) (L17.1.1)

Ketoprofen (L17.1.1.9)

Naproksen (L17.1.1.13)

Paracetamol (L20.1.1.2)

Østrogen–gestagen (kombinasjons p-midler) (L14.2.1)

T14.3. Klimakteriske besvær

Revidert: 02.07.2023
Sist endret: 30.06.2025

Kort oppsummering

- **Symptomer:** Akutte (hetetokter, søvnforstyrrelser, blødningsforstyrrelser, atrofisk kolpitt) og langsiktige (osteoporose, atrofiske endringer).
- **Diagnostikk:** Anamnese. Hormonell utredning er som regel ikke nødvendig. Vurderes hormonell behandling bør man avklare mulige risikofaktorer, undersøke brystene og måle blodtrykk.
- **Legemiddelbehandling:** Ved behandling med hormoner: kontroll etter 3 måneder, senere med 1 års intervaller. *Systemisk behandling med østrogen:* Østradiol alene til kvinner som er hysterektomert. *Pre- og perimenopausal:* østradiol, kontinuerlig supplert med gestagen 10–14 dager hver måned. *1–2 år postmenopausal:* ev. østrogen og gestagen kontinuerlig. Alternativt gestagenholdig livmorinnlegg (høyeste dose) kombinert med kontinuerlig østradioltilskudd. Systemisk behandling med tibolon er et alternativ til kontinuerlig kombinasjonsbehandling med østrogen–gestagen. *Urogenitale plager* alene kan behandles med østradiol (vaginaltabletter eller vaginalring) eller østriol (vagitorier, vaginalkrem eller tabletter).

Generelt

Overgangen fra reproduktiv til ikke-reproduktiv fase i kvinnens liv betegnes klimakteriet. Menopause betegner den siste menstruasjon som sees rundt 50-årsalder, median alder 52 år, men stor variasjon (40–60 år).

Etiologi

Eggene i ovariet er oppbrukt, østradiolproduksjonen svikter. Klimakterium fremkalt ved kirurgisk fjerning eller bestråling av ovarier eller onkologisk kjemoterapi gir de samme bortfallssymptomer, men ofte mer markante.

Symptomer

Symptomer som følge av østrogenmangel kan inndeles i akutte og i mer langsiktige forandringer som skyldes bortfall av østrogenpåvirkning.

1) Akutte symptomer

- a) *Hetetokter* er det vanligste symptomet, og kan begynne flere år før menopause. Andre plager, dels sekundært til hetetokter er søvnforstyrrelser, emosjonell labilitet, konsentrasjonsvansker. Ca. 80 % av kvinner har plager med hetetokter i årene etter menopausen
- b) *Blødningsforstyrrelser.* Starter ofte flere år før menopause, med anovulatoriske sykluser og uregelmessige blødninger (oligomenoré vekslende med metroragi)
- c) *Atrofisk kolpitt* med tørre og såre slimhinner i vagina forekommer hyppig noen tid etter menopausen

2) Langsiktige forandringer

- a) *Beintap* skjer hos alle kvinner postmenopausal, men i ulik grad
- b) *Atrofiske endringer* i vagina og urethra

Diagnostikk

Anamnese er viktigst, hormonell utredning er vanligvis ikke nødvendig. Vurderes hormonell behandling av klimakteriske besvær, må anamnesen avklare mulige risikofaktorer (familiær trombosetendens/tidligere trombose hos kvinnen selv og cancer mammae), blodtrykk måles. Startes behandling med hormoner, bør kvinnen komme til kontroll etter 3 måneder, senere med 1 års intervaller. Cytologisk prøve fra cervix uteri og mammografi tas i følge det nasjonale screeningprogrammet.

Behandling

Flere behandlingsalternativer finnes. Kvinnens alder, tidspunkt for menopause, kvinnens egne ønsker sammenholdt med mulige risikofaktorer vil avgjøre valg av terapi.

- 1) **Systemisk behandling med østrogen:** Østradiol er det østroget som bør velges ved behandling av generelle klimakteriske plager.
 - a) Østradiol alene forbeholdes kvinner som er hysterektomert, og disse kvinnene skal ikke ha gestagentilskudd
 - b) Pre- og perimenopausal anvendes østradiol syklisk eller kontinuerlig, supplert med gestagen 10–14 dager hver syklus, noe som gir seponeringsblødninger
 - c) Er kvinnen 1–2 år postmenopausal og ikke ønsker seponeringsblødning hver 4. uke, kan det gis både østrogen og gestagen kontinuerlig. Noen anvender også østradiol kontinuerlig supplert med gestagen 14 dager hver 3. måned («lang syklus»), men dosering og mulig økt risiko for utvikling av endometriekreft er ikke avklart ved denne metoden
 - d) Et nyere alternativ er å anvende gestagenholdig livmorinnlegg (høyeste dosering) kombinert med kontinuerlig østradioltilskudd, noe som ikke skal gi blødninger
- 2) **Systemisk behandling med tibolon:** Dette er et alternativ til kontinuerlig kombinasjonsbehandling med østrogen–gestagen. Tibolon har like god effekt som denne kombinasjonsbehandlingen på hetetokter, det motvirker postmenopausal beintap, gir et atrofisk endometrium og gir mindre tendens til brystspreg.
- 3) **Lokal behandling med østrogen:** Urogenitale plager alene kan behandles med østradiol (vaginaltabletter eller vaginalring), østriol (vagitorier, vaginalkrem eller tabletter) eller prasteron (DHEA). Peroral østriolbehandling kan gi årsak til postmenopausal blødning og bør helst unngås.

Behandling med østrogen/gestagen gir økt risiko for trombose, slag og for brystkreft. Hormonbehandling reduserer risiko for brudd og kolorektal kreft. Det er uavklart hvilken påvirkning østrogen har på hjerte- og karsykdommer og kognitive funksjoner. Hos kvinner under 60 år er det totalt sett positiv helsegevinst ved bruk av hormoner. Det er ikke anbefalt å bruke hormonbehandling som primærbehandling i osteoporoseprofylakse, selv om østrogen beskytter mot osteoporotiske frakturer. Tidligere var det anbefalt at man etter noen års bruk (5 år) burde seponere behandlingen for å vurdere om plagene med hetetokter fortsatt er til stede. Det er ikke lenger restriksjoner på behandlingsvarighet, men det bør alltid være en klar indikasjon for videreføring av menopausal hormonbehandling (MHT); hvor målet er bedre livskvalitet (ref. Veileder i gynekologi, 2023).

Legemiddelomtaler og preparater

Gestagener (L14.1.2)

Gestagen livmorinnlegg (L14.2.2.3)

Tibolon (L14.1.4)

Østradiol (L14.1.1.1)

Østrogener (L14.1.1)

Østrogen–gestagen (L14.1.3)

T14.4. Endometriose

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Vekst av endometriellignende vev andre steder enn i uterinhulen.

Symptomer

Det klassiske tegn på endometriose er syklusrelaterte smerter ved ovulasjon og menstruasjon, ev. i hele lutealfasen (fra ovulasjon til menstruasjon). Noen kan være helt uten symptomer (asymptomatisk endometriose

kan påvises hos ca. 20 % mot slutten av den fertile alder). Oppdages da gjerne som en (ovarial)cyste eller ved utredning av infertilitet. Sekundære symptomer kan være tretthet og avføringsproblemer.

Diagnostikk

Diagnosen stilles ved laparoskopi/-tomi.

Behandling

Behandling av endometriose er en spesialistoppgave. Indikasjon for behandling foreligger ved smerter, ovarieaffeksjon eller ekstragenital endometriose. Behandlingen er kirurgisk og/eller legemiddelbasert avhengig av utbredelse, kliniske symptomer og behovet for å opprettholde fertilitet. Det er ikke vist at legemiddelbehandling av endometriose bedrer fertiliteten.

Legemiddelbehandling tar sikte på å redusere virkningen av østrogen/progesteron på endometriosevev. Ovulasjonen opphører, og pasienten er infertil så lenge behandlingen varer. Kontinuerlig behandling med monofasiske p-piller er et alternativ og bør gis i et kontinuerlig og blødningsfritt regime. Gestagener i form av MPA (medroksyprogesteronacetat) og NET (noretisteron) kan også gis, de skaper amenoré. Gestagenet dienogest er en behandling som ikke medfører amenoré, men likevel er virksomt. Gestagenspiral kan være effektiv behandling. Andre mulige legemidler er GnRH-analoger.

Omtrent 75 % av pasientene har god effekt av behandlingen, uansett hvilket alternativ som velges. Bivirkningsprofilene og kostnadene er imidlertid meget forskjellige.

- a) Gestagenbehandling tåles generelt godt, men kan gi bivirkninger som gjennombruddsblødninger, kvalme, væskeretensjon, vektøkning, humørpåvirkning, mastalgi, akne.
- b) GnRH-analoger har hypoøstrogen effekt. Det medfører klimakterielle symptomer som hetetokter etc. og beinmineraltap som begrenser varigheten av behandlingen. Skal behandling med GnRH-analog vare utover 6 måneder, gis i tillegg en lav dose kontinuerlig østrogen/gestagen eller tibolon for å hindre beintap og redusere øvrige bivirkninger. Effekten på endometriosen blir like god.

Legemiddelomtaler og preparater

Analoger av gonadotropinfrigjørende hormon (L14.4.2)

Gestagener (L14.1.2)

Goserelin (L14.4.2.2)

Leuprorelin (L14.4.2.3)

Dienogest (L14.1.2.1)

Nafarelin (L14.4.2.4)

Noretisteron (L14.1.2.4)

Sekvenspreparater; p-piller (L14.2.1.2)

Tibolon (L14.1.4)

Østradiol (L14.1.1.1)

Østrogener (L14.1.1)

T14.5. Infertilitet

Revidert: 02.07.2023
Sist endret: 30.06.2025

Generelt

Definisjon: Ikke inntrådt graviditet hos et seksuelt aktivt par i løpet av ett år.

Etiologi

De viktigste årsakene er egglosningsforstyrrelser, skadede eggledere, endometriose, PCOS, hypotyreose, hyperprolaktinemi og redusert sædkvalitet. Hos en del er infertiliteten uforklarlig. Generelt kan 1/3 av tilfellene relateres til forstyrrelser hos kvinnen alene, 1/3 hos mannen alene og 1/3 av tilfellene til forstyrrelser hos begge partnere.

Diagnostikk

Utredning og behandling av infertilitet er i stor grad en spesialistoppgave. Det er neppe grunn til utredning før et par har vært ufrivillig infertile i 1 år med mindre det foreligger åpenbare årsaker til infertiliteten som amenoré, tubeforandringer etter tidligere operasjon. De faktorer som må kartlegges, helst før henvisning til spesialist, er:

- 1) Ovulasjon
- 2) Sædkvalitet
- 3) Anatomiske forhold i de kvinnelige genitalia (misdannelser, tette tuber, endometriose)

Behandling

Samtidig med henvisning til spesialist bør overvektige kvinner der man mistenker PCOS, anbefales vektreduksjon, da det kan bedre både fertiliteten og den metabolske status. Ved sviktende ovulasjon må årsaken forsøkes kartlagt (hypotalamus/hypofysesvikt, svikt i reguleringsmekanismene, primær ovarialsvikt).

- Førstevalgsbehandlingen for ovulasjonsinduksjon er oftest klomifen (fås på registreringsfritak) eller letrozol (off-label)
- Bruk av gonadotropiner kan være neste skritt
- Dopaminagonister gis ved hyperprolaktinemi

I hormonstimuleringsprogrammer for enkel assistert befruktning som inseminasjon, brukes ofte letrozol eller klomifen i kombinasjon med gonadotropiner. Nå brukes rekombinant follitropin med ren FSH-effekt for å indusere follikkelvekst i ovariene. Deretter gis koriongonadotropin (HCG) med overveiende LH-effekt for å indusere ovulasjon. Denne behandlingen egner seg best til pasienter med hypofysesvikt og normale ovarier (amenoré, lav LH, FSH, prolaktin og østradiol). Det kan også være aktuelt ved polycystisk ovarialsyndrom og uforklarlig infertilitet.

Ved in vitro fertilisering benyttes i noen tilfelle GnRH analoger som forbehandling. Etter initial stimulering av hypofysen skjer en desensibilisering med nedsatt gonadotropinfrigjøring. Ovulasjonsinduksjon med eksogent tilførte hormoner blir dermed lettere å styre. All slik behandling skal overlates til spesialister som samtidig foretar østradiolanalyser og ultralydundersøkelser av eggstokkene.

Legemiddelomtaler og preparater

Analoger av gonadotropinfrigjørende hormon (L14.4.2)

Bromokriptin (L6.3.4.1)

Dopaminagonister (L6.3.4)

Follitropin og urofollitropin (L14.4.1.1)

Gonadotropiner (L14.4.1)

Klomifen (L3.11.1)

Lutropin og koriongonadotropin (L14.4.1.2)

T14.5.1. Polyendokrint metabolsk ovarialsyndrom (PMOS) – tidligere polycystisk ovariesyndrom (PCOS)

Revidert: 02.07.2023
Sist endret: 14.05.2026

Generelt

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) ble i mai 2026 omdøpt av globale fagmiljøer til polyendokrint metabolsk ovarialsyndrom (PMOS). For rasjonale, se Nettressurser.

Etiologi

Syndromet oppstår når eggstokkene produserer for mye mannlige kjønnshormoner. Dette fører til at eggene i eggstokkene ikke får modnet skikkelig, men blir væskefylte hulrom (cyster) og eggløsningen uteblir. Insulin spiller også en rolle ved PMOS (PCOS). Det oppstår insulinresistens som også kan føre til fruktbarhetsproblemer.

Symptomer

Overproduksjon av mannlige kjønnshormoner og insulinresistens er årsaken til mange av symptomene: vektøkning, sjenerende hårvekst, hårtap på hodet, kviser, menstruasjonsforstyrrelser, fertilitetsproblemer, spontanaborter.

Diagnostikk

Baseres på gitte kriterier:

- 1) På ultralyd sees mer enn 10 cyster i eggstokkene, alle mindre enn 1 cm
- 2) Minst to av følgende problemer:
 - karakteristiske forandringer på eggstokkene
 - klinisk eller biokjemisk tegn på hyperandrogenisme
 - oligo- eller amenoré

Blodprøver for å måle hormoner er viktig, i tillegg ultralyd av eggstokkene.

Behandling

- P-piller: Kan normalisere menstruasjonssyklus og redusere akne
- Operasjon: Med punktering av cystene
- Hormontilførsel: Kan bli aktuelt ved infertilitet
- Livsstil: Råd om aktivitet, kost og vektreduksjon er viktig

Legemidlet metformin har indikasjon diabetes, men kan også bidra til kontroll av menstruasjon og redusere uønsket hårvekst. Ikke godkjent indikasjon.

Nettressurser

Teede H, Khomami M, Morman R et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process The Lancet, 2026; 0 DOI: [10.1016/S0140-6736\(26\)00717-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00717-8)

Forskning.no [Kvinnelidelsen PCOS har fått nytt navn. 13.05.2026.](#)

Legemiddelomtaler og preparater under

[Hormonell antikonsepsjon](#)

...

T14.6. Infeksjoner i gynekologien

Revidert: 02.07.2023

Generelt

De fleste gynekologiske infeksjoner regnes for å være oppadstigende, fra vulva, vagina eller cervix. Selv om smitteveien ofte ikke kan fastslås, kan de alle overføres fra en seksualpartner, noe som gjør at partnerbehandling ofte bør overveies.

For omtale av seksuelt overførbare infeksjoner, se [Seksuelt overførbare infeksjoner \(SOI\) \(T1.8\)](#).

T14.6.1. Vulvovaginitt

Revidert: 02.07.2023

Generelt

Infeksjon i vulva og/eller vagina fremkalt av patogene eller potensielt patogene mikrober.

Etiologi

Huden i vulva er lett sårbar, og eksem eller allergi kan ofte skape inngangsport for bakterielle infeksjoner i denne regionen. Vaginitter gir ofte sekundært vulvitt. I vagina hos kvinner i fertil alder finnes normalt potensielt patogene mikrober. Diabetes, graviditet, systemisk behandling med glukokortikoider eller antibakterielle midler og østrogenmangel er tilstander som kan påvirke normalfloraen og dermed øke risikoen for vulvovaginitter. Mye tyder på at nesten alle hormonelle kontraseptiva kan gi residiverende vulvovaginitter pga. endret hormonbalanse.

Slike forandringer kan føre til at en mikrobe får en preferensiell vekst, og gir symptomgivende vaginitt. Ved vaginitter hos seksuelt aktive kvinner bør imidlertid alltid seksuelt overført infeksjon vurderes. Mikrober som er årsaker til vulvovaginitt er trichomonas vaginalis, candida, herpesvirus, humant papilloma virus (HPV), klamydia, syfilis og gonoré. I tillegg finnes tilstanden bakteriell vaginose hvor de normalt forekommende laktobasillene er erstattet av en blandingsflora dominert av gardnerella, mykoplasma og anaerobe bakterier.

Symptomer

Ved vulvovaginitt oppleves svie, kløe, sårhet, dysuri, dyspareuni. Objektivt sees ødem, rubor, ev. lesjoner i huden. Ved isolert vaginitt sees økt utflod og injiserte slimhinner. Enkelte av infeksjonene kan også være asymptomatiske.

Diagnostikk

Anamnese og klinisk undersøkelse. Ev. karakteristiske lesjoner som ved herpes og kondylomer. Påvisning av mikrobiologisk agens ved mikroskopi, dyrking og andre metoder.

T14.6.1.1. Trichomonas vaginalis

Revidert: 02.07.2023

Se også

Se også generelt [Vulvovaginitt](#)

Etiologi

Trichomonas vaginalis, en motstandsdyktig seksuelt overført protozo. Forekommer sjelden i Norge, men hyppig i østeuropeiske land og verden for øvrig.

Symptomer

Gir vulvovaginitt med tyntflytende, ofte skummende og stinkende utflod. Røde slimhinner med petekkier, ofte intens kløe. Uretritt er vanlig (hos 80 %).

Diagnostikk

Direkte mikroskopi av saltvannspreparat: bevegelige trikomonader. Positiv luktetest (fiskelukt), pH > 4,5. Dyrking er usikker og anbefales ikke.

Behandling

Lokalbehandling vil sjelden føre frem, fordi infeksjonen ikke bare er lokalisert til vaginalslimhinnen alene, men også finnes i urethra.

- Standard behandling er metronidazol 2 g peroralt som en engangsdose etter måltid
- Ved samtidig bakteriell vaginose gis ny metronidazol 2 g på tredje dag
- Partner skal behandles samtidig med samme perorale behandling

Legemiddelomtaler og preparater

[Metronidazol \(L1.2.14.1\)](#)

T14.6.1.2. Candida

Revidert: 02.07.2023

Se også

[Vulvovaginitt](#)

Etiologi

Sopp innen candidaarten, oftest candida albicans som tilhører normalfloraen i vagina.

Symptomer

Kløe dominerer. «Cottage cheese» utflod.

Diagnostikk

Klinisk bilde. Direkte mikroskopi av KOH- eller NaCl-preparat; påvisning av gjærsopp. Dyrking kun ved negativ mikroskopi. Ved mistanke om residiverende candidainfeksjon bør diagnosen sikres ved dyrking, og diagnostikk med tanke på disponerende faktorer som diabetes, immunsuppressiv behandling, allergi, eksem. HPV-infeksjon blir viktig, idet disse kan gi soppinfeksjon sekundært.

Behandling

Behandling gis kun ved symptomatisk infeksjon.

- 1) **Akutt vulvovaginitt:**Soppinfeksjon lokalisert til vagina og vulva behandles lokalt. Imidazolpreparater som klotrimazol, mikonazol og ekonazol er førstevalg. Totaldosen er viktigere enn behandlingsvarighet. Depotpreparat bedrer compliance. Peroral behandling med flukonazol foretrekkes av enkelte. Partnerbehandling er unødvendig.
- 2) **Residiverende candidainfeksjoner:** Et stort behandlingsproblem. Målet er å gjøre pasienten symptomfri. Til grunnliggende årsaker må korrigeres om mulig (unngå hyppig vask med såpe). Partner bør behandles lokalt hvis denne har plager.
 - a) *Systemisk behandling er førstevalg ved residiv:*
 - Flukonazol (150 mg peroralt som engangsdose). I hardnakkede tilfeller kan flukonazol peroralt gis hver 14. dag, eller etter hver menstruasjon, i 3–6 måneder. Hvis denne behandlingen ikke fører frem, kan ketokonazol forsøkes (se under)
 - Ketokonazol (200 mg × 2 i minst 7 dager) peroralt. (NB: Påvirker leverfunksjonen)
 - Itrakonazol (200 mg × 2 i ett døgn) peroralt kan forsøkes når all annen behandling ikke fører frem
 - b) *Lokal behandling:*
 - En vagitorie klotrimazol 500 mg etter hver menstruasjon kan være effektivt. Behandlingsvarighet usikker
 - Melkesyrebakterier lokalt (vagitorier) kan gjenopprette normalfloraen. Ev. kan melkesyreskylling forsøkes (15 ml av 45 % oppløsning til en liter lunkent vann)

Obs! Kvinnene selv kan overbehandle seg med lokale antimykotika. Dette kan medføre vulvodyni.

Legemiddelomtaler og preparater

Ekonazol (L1.3.2.1)

Flukonazol (L1.3.1.3)

Imidazol-/triazolderivater (lokal bruk) (L1.3.2.1)

Imidazol-/triazolderivater (systemisk bruk) (L1.3.1.3)

Itrakonazol (L1.3.1.3)

Klotrimazol (L1.3.2.1)

Mikonazol (L1.3.2.1)

T14.6.1.3. Bakteriell vaginose

Revidert: 02.07.2023

Etiologi

Endogen tilstand hvor normalt forekommende laktobasiller er erstattet med en blandingsflora dominert av anaerobe bakterier (ofte bacteroides og peptokokker), mykoplasma og gardnerella. Gardnerella vaginalis er en del av normalfloraen, og det er overvekst av denne bakterien som gir symptomer.

Epidemiologi, profylakse

Kvinner med tidligere senabort eller preterm fødsel bør tidlig i neste svangerskap undersøkes med tanke på BV; BV-positive behandles.

Symptomer

Illeluktende, gråhvit tyntflytende utflod. Lukten ofte mest sjenerende.

Diagnostikk

- 1) Positiv amintest eller snifftest (vaginalsekret tilsatt KOH gir aminfrigjøring med fiskelukt). Mikrobiologisk diagnose ved dyrking kun ved residiv
- 2) Typisk utflod
- 3) pH > 4,7
- 4) Ved mikroskopi av våtpreparat påvises «clue cells» (plateepitelceller med mange tilheftede kokkoide bakterier)

Minst 3 av de 4 diagnostiske kriterier bør være oppfylt.

Behandling

Kun ved symptomgivende infeksjon. Residiv hos 30 % ved enhver behandling. Lokalbehandling med melkesyrebakterier etter lokal/peroral antibiotikakur synes å forebygge residiv. Dekvaklin er et behandlingsalternativ uten bruk av antibiotika.

- Klindamycin vaginalkrem 2 % hver kveld i en uke eller 1 vagitorie hver kveld i 3 dager
- Metronidazol vaginalgel eller vagitorier 5 kvelder
- Metronidazol peroralt, 400–500 mg × 2 i 7 dager eller 2 g dag 1 og 3. Bør kun gis i svangerskapet hvis helt nødvendig
- Dekvalin vaginaltabletter. 1 vaginaltablett 10 mg daglig i 6 dager

Legemiddelomtaler og preparater

Dekvalin (L1.2.17.1)

Klindamycin (L1.2.10.1)

Metronidazol (L1.2.14.1)

Kilder

Weissenbacher ER et al: A Comparison of Dequalinium Chloride Vaginal Tablets (Fluomizin®) and Clindamycin Vaginal Cream in the Treatment of Bacterial Vaginosis: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial of Efficacy and Safety. *Gynecol Obstet Invest* 2012;73:8-15

T14.6.1.4. Vulvovaginitt ved østrogenmangel

Revidert: 02.07.2023

Etiologi

Kvinner vil etter menopause ha en betydelig nedsatt resistens mot infeksjoner som følge av atrofiske slimhinner relatert til østrogenmangel og derav endret normalflora med bortfall av laktobasiller. Mikrober fra den normale tarmflora er vanlig.

Behandling

Målet er å gjenopprette et vaginalt miljø, som i fertil alder, med lav pH med melkesyreskyllinger eller østrogenbehandling. Østrogenbehandling vil styrke slimhinnen og derved gi sikrere og mer varig effekt enn melkesyreskyllinger.

- 1) *Lokalbehandling* kan gis med østriol vaginalkrem, vagitorier eller østradiol vaginaltabletter 1–2 ganger ukentlig, ev. østradiol vaginalring som skiftes hver 3. måned, ev. prateron (DHEA) vagitorier (DHEA er et inaktivt prohormon, som omdannes til østrogener og androgener intracellulært)
- 2) *Systemisk behandling* gis når lokalbehandling er vanskelig å gjennomføre. Brukes et mer potent østrogen enn østriol systemisk, må vanlige forsiktighetsregler følges (se Forsiktighetsregler (L14.1.1))

Legemiddelomtaler og preparater

Østradiol (L14.1.1.1)

Østriol (L14.1.1.2)

Østrogener (L14.1.1)

T14.6.1.5. Aerob vaginitt

Revidert: 02.07.2023

Etiologi

Dette er en tilstand som nylig er beskrevet og som er årsak til persisterende vaginal utflod. Etiologien er fortsatt usikker. Pasientene har ofte en lang sykehistorie med purulent, rikelig utflod, svie og dysparuni. Slimhinnen er rødlig inflammatorisk.

Pasienten mangler melkesyrebakterier og pH er høy (lik BV), men det påvises en økt mengde aerobe bakterier som gruppe B streptokokker og gramnegative staver som *E. coli*, *Klebsiella* m. fl.

Diagnostikk

Sniffest er negativ til forskjell fra BV. Mikroskopi viser mangel på laktobakterier, med overvekt av levkocytter og små epitelceller. En komplikasjon synes å være økt risiko for for tidlig fødsel.

Behandling

Lokal behandling med klindamycin vaginalt hver kveld i en uke. Tilstanden kan hos enkelte være vanskelig å behandle.

Legemiddelomtaler og preparater

Karbohydratantibiotika (L1.2.10)

Klindamycin (L1.2.10.1)

T14.6.2. Akutt (spesifikk) cervisitt

Revidert: 02.07.2023

Etiologi

Oftest klamydia; gonoré er forholdsvis sjelden i Norge, men insidensen er økende.

Symptomer

Ofte asymptomatisk. Utfloden kan være purulent, lett blodtilblandet. Sjelden smerter.

Diagnostikk

Mikrobiologisk påvisning av chlamydia trachomatis.

Behandling

Doksisyklin (200 mg) i 7 dager anbefales.

Engangsdose til begge partnere med azitromycin har tidligere vært førstevalg, men ved denne behandlingen sees resistensutvikling i økende grad.

Se også

Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) (T1.8)

Genital klamydiainfeksjon (T1.8.2)

Gonoré (T1.8.1)

Legemiddelomtaler og preparater

Azitromycin (L1.2.8.1)

Doksisyklin (L1.2.7.1)

T14.6.3. Kronisk (uspesifikk) cervisitt

Revidert: 02.07.2023

Etiologi

Dårlig definert tilstand med ukjent etiologi.

Symptomer

Slimet, luktløs utflod uten svie eller kløe. Noen har ubehag i underliv og ut i rygg.

Diagnostikk

Negativ dyrking; ingen spesifikke mikrober. Cytologisk prøve bør tas!

Behandling

Symptomatisk, lokal behandling. Ev. pensling med sølvnitrat (lapis) 20–50 %.

T14.6.4. Akutt bekkeninfeksjon (salpingitt, endometritt)

Revidert: 02.07.2023

Kort oppsummering

- **Symptomer:** Smerter, utflod. Ømhet svarende til genitalia interna, spesielt ved bevegelse av uterus. Ev. smerter under høyre costalbue (perihepatitt).
- **Diagnostikk:** GU, ev. med ultralyd. Neg. graviditetstest. CRP og leukocytter. Mikrobiologisk dyrking og PCR for chlamydia og gonokokker fra cervix. Ved IUD mistenke bekkenabscess.
- **Legemiddelbehandling:** Doksisyklin 200 mg/dag i minst 14 dager. I tillegg samtidig metronidazol 4–500 mg \times 2–3. Intravenøs behandling ved alvorlige infeksjoner. Ved mistanke om *gonoré* gis ceftriakson 500 mg i.m. som engangsdose. Ved *mycoplasma genitalium* moxifloxacin (ikke registrert i Norge) 400 mg daglig i 2 uker. Innleggese ved manglende bedring i løpet av 2–3 døgn. Behandling med klindamycin eller cefalosporiner er da aktuelt, etter laparoskopi. Kontroll og behandling av partner!

Generelt

Infeksjon i endometriet, tuber, bekkenperitoneum og/eller ovarier. Synonymt med «pelvic inflammatory disease» (PID).

Etiologi

Chlamydia trachomatis er mest aktuell. Neisseria gonorrhoea og Mycoplasma-artene hominis og genitalium forekommer sjeldnere. Mikrober assosiert med bakteriell vaginose (anaerobe og aerobe), luftveispatogene bakterier, spesielt Hemophilus influenzae, kan ha etiologisk betydning. Ofte påvises polymikrobiell infeksjon.

Symptomer

Smerter, utflod. Bare ca. 1/5 av pasientene har temperatur over 38 °C. Ev. vaginalblødning ved endometritt. Ømhet svarende til genitalia interna, spesielt ved bevegelse av uterus. Smerter under høyre costalbue kan tyde på perihepatitt.

Diagnostikk

Kan være vanskelig. Gynekologisk undersøkelse, ev. med ultralyd. Graviditetstest negativ. CRP, leukocytter som regel forhøyet. Mikrobiologisk dyrking og PCR for chlamydia og gonokokker fra cervix. I tvilstilfeller anbefales laparoskopi. Mens N. gonorrhoea og anaerobe bakterier ofte gir stormende infeksjon, vil C. trachomatis ofte gi et protraisert forløp med lite symptomer. Kvinner som nærmer seg menopause og har innesittende IUD (livmorinnlegg), kan utvikle bekkenabscesser (CRP sterkt forhøyet).

Differensialdiagnoser: Akutt appendisitt, ektrauterin graviditet, enhver intraabdominal blødning i bekkenregionen, torkvert ovarialcyste, urinveisinfeksjon, divertikulitt, endometriose.

Behandling

Sykehusinnleggelse er indisert ved alvorlig infeksjon, usikker diagnose eller hvis sosiale forhold tilsier det. Antibakterielle midler med effekt på C. trachomatis, N. gonorrhoea og M. hominis, dvs. i praksis tetrasykliner (doksisyklin 200 mg/dag) i minst 14 dager. I tillegg gis samtidig metronidazol 4–500 mg \times 2–3. Intravenøs behandling ved alvorlige infeksjoner. Ved mistanke om gonoré gis ceftriakson 500 mg intramuskulært som engangsdose. Ved påvist Mycoplasma genitalium gis fluorokinolonet moksifloksacin 400 mg daglig i 2 uker. Pasienten innlegges ved manglende eller usikker effekt i løpet av 2–3 døgn. Behandling med klindamycin eller cefalosporiner er da aktuelt, etter laparoskopi.

Det kan gå lang tid før ev. infiltrater og forhøyet CRP forsvinner, og det er ikke nødvendig å fortsette antibakteriell behandling til alt er normalisert. Kirurgi kan bli aktuelt ved persisterende bekkeninfiltrater, særlig hos kvinner over 40 år. Tidlig kirurgisk intervensjon vil kunne redusere sekveler i bekkenet og dermed redusere risikoen for senere ektopisk svangerskap og infertilitet. Kontroll og behandling av partner viktig!

Legemiddelomtaler og preparater

Cefalosporiner (L1.2.4)

Ceftriakson (L1.2.4.10)

Doksisyklin (L1.2.7.1)

Fluorokinoloner (L1.2.13.1)

Klindamycin (L1.2.10.1)

Metronidazol (L1.2.14.1)

Moksifloksacin (L1.2.13.1)

Tetrasykliner og glycylysykliner (L1.2.7)

T14.7. Kilder, gynekologiske sykdommer og antikonsepsjon

Kilder

Guilbert ER, Brown JP, Kaunitz AM, Wagner MS, Bérubé J, Charbonneau L, Francoeur D, Gilbert A, Gilbert F, Roy G, Senikas V, Jacob R, Morin R. The use of depotmedroxyprogesterone acetate in contraception and its potential impact on skeletal health. *Contraception*. 2009 Mar;79(3):167-77. Epub 2009 Jan 15. Review.

Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, Ormiston TM, Salpeter EE. Mortality associated with hormone replacement therapy in younger and older women: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2004 Jul;19(7):791-804. Review.

Norsk gynekologisk forening: Veileder i generell gynekologi 2009.

Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, et al. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder. A study of treatment processes. *J Psychosom Res* 2002; 53: 811-7. PubMed