

## Menopausal hormonbehandling - MHT

### Vårdnivå och remiss

#### Primärvård

Okomplicerad hormonbehandling i klimakteriet sköts av allmänläkare.

#### Gynekolog

Kontakt med gynekolog vid tveksamhet om behandlingsregim eller blödningsproblem.

### Diagnostik och utredning

#### Systemisk MHT

7 av 10 kvinnor i klimakteriet har vasomotorsymtom i form av svettningar, värmevallningar och sömnproblem. Vanlig menopausålder är 51-52 år men stora variationer förekommer och symtom kan debutera innan blödningarna upphör.

- Hormonanalys av FSH och östradiol är endast indicerat vid misstanke om prematur ovariell svikt. Diskutera gärna med gynekolog.
- Överväg differentialdiagnoser som thyroidearubbning och depression.
- Kartlägg indikationer och eventuella kontraindikationer och gör en risk-nyttavärdering.
- Diskussion kring livsstil, vikt, rökning och fysisk aktivitet.
- Kontroll av blodtryck.
- Gynekologisk undersökning är inte nödvändig vid behandlingsstart om inte patienten har aktuella gynekologiska besvär.

#### Indikationer:

Vasomotorsymtom som påverkar livskvalitet hos kvinnor yngre än 60 år eller inom 10 år efter menopaus.

Tidig menopaus: Kvinnor med spontan eller kirurgisk menopaus före 45 år samt kvinnor med prematur ovariell svikt före 40 års ålder rekommenderas behandling till normal menopausålder (cirka 52 år).

#### Kontraindikationer:

- Odiagnostiserad vaginal blödning.
- Anamnes på bröstcancer.
- Aktuell djup ventrombos eller lungemboli.
- Aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom som angina, stroke eller hjärtinfarkt.
- Allvarlig pågående gall- eller leversjukdom.

**Risker**

Enbart östrogenbehandling ger ingen säkerställd ökad risk för bröstcancer.

Däremot ses en något ökad risk för insjuknande vid kombinerad MHT.

Riskökningen är troligen beroende av dos, duration och ingående östrogener och progestogener. Observationsstudier talar för mindre riskökning för bröstcancer med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron medan risken för endometriecancer kan vara något ökad.

Det finns flera studier som visar lägre bröstcancermortalitet hos kvinnor med MHT jämfört med befolkningen som helhet.

Det finns en något ökad risk för djup ventrombos framför allt under de första två åren av behandling. Ingen riskökning finns påvisad för transdermal östrogenbehandling.

**Positiva långtidseffekter**

(Vid behandling påbörjad före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopaus.)

- Lägre total dödlighet.
- Cirka 50 % lägre risk att drabbas av kranskärslsjukdom eller relaterad mortalitet.
- Minskad risk för kolorektalcancer.
- Minskad risk för endometriecancer (kontinuerlig kombinerad regim med gestagen).
- Minskad förlust av benmassa och frakturrisk.

**Behandling**

Kvinnor som har livmodern kvar ska ha kombinationsbehandling med progestogen för endometrieskydd. Det finns i form av syntetiska gestagen, den progesteronlika substansen dydrogesteron eller mikroniserat progesteron (licenspreparat).

Sekventiell behandling rekommenderas i perimenopaus och tidigt postmenopausalt (1-2 år) men därefter kan kontinuerlig kombinerad behandling ges. En form av kontinuerlig kombinerad behandling är hormonspiral som endometrieskydd kombinerat med östrogen peroralt eller transdermalt. Den regimen kan användas både peri- och postmenopausalt.

Om kvinnan saknar livmoder ges enbart östrogen.

Till kvinnor med ökad risk för tromboembolisk eller kardiovaskulär sjukdom är transdermal behandling att föredra. Det gäller även vid metabol sjukdom och lever- eller gallvägssjukdom.

**Rekommenderade preparat**

- Östrogen: Femanest och Estradot.
- Sekvensiell kombinerad: Femasekvens, Novofem och Sequidot.
- Kontinuerlig kombinerad: Femanor, Cliovelle och Estalis.

- Gestagen: Provera och Mirena.

Se Fullständig preparatlista.

### Hormonfria behandlingsalternativ

- Fysisk aktivitet.
- Akupunktur.
- SSRI och SNRI. Bäst dokumentation finns för Escitalopram och Venlafaxin.

### Uppföljning

Första uppföljning bör ske per telefon efter cirka 3 månader.

Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med 1-2 års intervall. Årliga utsättningsförsök behöver inte göras men dossänkning kan prövas. Det finns inte längre några rekommendationer om maximal behandlingstid men övergång till transdermal behandling bör övervägas när kvinnan blir äldre och därmed grundrisken för tromboembolisk och kardiovaskulär sjukdom ökar.

Det finns ingen evidens för att det är bättre med nedtrappning av behandlingen än att sluta tvärt.

Kvinnan ska rekommenderas att följa mammografi- och cervixscreening.

Efter 5 års behandling med kombination innehållande dydrogesteron eller mikroniserat progesteron rekommenderas gynekologiskt ultraljud.

### Lokal behandling

#### Indikationer:

- Torrhetskänsla, sveda, irritation och klåda.
- Dyspareuni och minskad lubrikation.
- Överaktiv blåsa, dysuri med samtidig förekomst av urogenital atrofi.
- Recidiverande urinvägsinfektioner.

#### Kontraindikationer:

Det finns inga absoluta kontraindikationer. Till kvinnor med bröstcancer och utebliven effekt av hormonfri behandling kan lågpotent lokalt östrogen (i första hand Blissel) ges men det bör göras i samråd med patientens onkolog.

#### Behandling

| Preparatnamn      | Läkemedelsform | Östrogensubstans | Dos              |
|-------------------|----------------|------------------|------------------|
| Oestring          | Vaginalinlägg  | Östradiol        | 7,5 µg/24 timmar |
| Vagifem/Vagidonna | Vaginaltablett | Östradiol        | 10 µg            |
| Ovesterin         | Vaginalkräm,   | Östriol          | 500 µg           |

|          |            |         |       |
|----------|------------|---------|-------|
|          | vagitorium |         |       |
| Blissel  | Vaginalgel | Östriol | 50 µg |
| Estrokad | Vagitorium | Östriol | 30 µg |

### Uppföljning

Ingen uppföljning krävs.

### Patientinformation

Se Klimakteriet, 1177 under relaterat.

### Mer information

Se Klimakteriebesvär, Allmän gynekologi, Läkemedelsboken under relaterat.