

Menopausal hormonbehandling (MHT)

Det är kvinnans subjektiva klimakteriesymtom och upplevelse av hur symtomen påverkar hennes livskvalitet som avgör om hon ska erbjudas behandling. I en eventuell diskussion om MHT bör också rådgivning ges om **hälsosam livsstil**, inklusive rökstopp och regelbunden fysisk aktivitet.

För symtombehandling med MHT är risk-nytta förhållandet klart fördelaktigt **om medicineringen initieras** i nära anslutning till menopaus, dvs. **före 60 års ålder alternativt inom 10 år** efter menopaus.

MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom. Behandling har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturrisik och hjärt- och krälsjukdom samt minskar risken för diabetes och total mortalitet.

Vid första besöket

- Kartlägg indikationer, eventuella kontraindikationer och gör en risk-nyttavärdering.
- Diskussion kring livsstil, vikt, rökning och fysisk aktivitet.
- Kvinnor ska följa de ordinarie mammografi- och cellprovskontrollerna.
- Blodtryckskontroll.
- Gynekologisk undersökning om indicerat.

Indikationer för systemisk MHT

- (1) **Vasomotorsymtom (VMS):** MHT rekommenderas som förstahandsbehandling om inga kontraindikationer föreligger.
- (2) **Tidig menopaus/hypogonadism-hypoöstrogenism:** MHT ska erbjudas kvinnor med tidig spontan eller kirurgisk menopaus (före 45 års ålder) samt kvinnor med prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) upp till åtminstone normal menopausålder (cirka 52 år) förutsatt att inga kontraindikationer föreligger.
- (3) **Förebyggande av benförlust** hos kvinnor med ökad risk: MHT rekommenderas som förebyggande behandling vid ökad frakturrisik till kvinnor yngre än 60 år eller inom 10 år efter menopaus.

Kontraindikationer för systemisk MHT:

I allmänhet **bör MHT inte användas** till kvinnor med:

- (1) Odiagnostiserad vaginal blödning/misstänkt endometrie-cancer
- (2) Anamnes på bröstcancer
- (3) Aktuell djup ventrombos eller lungemboli
- (4) Aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt
- (5) Allvarlig pågående gall- eller leversjukdom

Försiktighet bör också iakttas hos kvinnor med;

- (1) Diabetes och trolig kärlpåverkan
- (2) Tidigare djup ventrombos eller lungemboli eller kända riskfaktorer för dessa, se vidare bakgrundstexten
- (3) Gallblåsesjukdom (gäller oral östrogenbehandling)
- (4) Tidigare endometriecancer, se vidare bakgrundstexten
- (5) Vissa övriga tillstånd (Östrogenbehandling kan förvärra astma, epilepsi, migrän, akut intermitterent porfyri, systemisk lupus erythematosus, leverhemangiom och demens och bör därför användas med försiktighet vid dessa tillstånd).

Att initiera systemisk MHT hos kvinnor som är äldre än 60 år eller mer än 10 år efter menopaus rekommenderas inte på grund av större absoluta risker för hjärt-kärlsjukdom, stroke, djup ventrombos och demens men kan övervägas utifrån den individuella kvinnans risk-nytta balans.

Preparat, regim, dosering och duration av MHT bör individualiseras i samråd med kvinnan. Man bör ta hänsyn till biverkningsprofil och säkerhetsinformation samt kvinnans hälsorisker och personliga preferenser

Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller.

Kvinnor som har **livmodern kvar** bör ha ett **endometrieskydd** och systemisk behandling måste därför **alltid kombineras med ett gestagen** i form av tablett, plåster eller spiral.

Sekventiell behandling rekommenderas till kvinnor som är perimenopausala eller tidigt postmenopausala, varefter kontinuerlig regim kan prövas.

Gestagentillägg vid sekventiell behandling kan ges månatligen (12 dagar/månad) alternativt 4 gånger per år (14 dagar/var tredje månad).

För kvinnor som kan tänka sig spiral är kombinationen östrogen och hormonspiral ett bra alternativ.

Transdermala östradiolpreparat (plåster, gel, spray) är att föredra vid ökad risk för kardiovaskulär, metabol- och leversjukdom.

Uppföljning

En första uppföljning för kontroll av symtomlindring bör ske efter ca 3 månader och kan göras per telefon.

Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med 1-2 års intervall. Kontroll av endometrietjockleken med ultraljud rekommenderas hos de som behandlas med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron.

Dos, regim och administrationssätt kan justeras efter behov och vid stigande ålder.

Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker.

Duration av behandling

Beslut om avslutande av behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnas preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om 5 års behandlingsduration gäller inte längre.

Hos kvinnor äldre än 60 år bör beslutet om fortsatt behandling tas individuellt, efter bedömning av eventuella risker, persisterande symtom, förebyggande av fraktur och livskvalitetsaspekter.

Referenser

SFOG-råd för menopausal Hormonbehandling 2019

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare