Region Halland

Menopausal hormonell behandling - KK HS

Hitta i dokumentet

Definition
Symtom
Utredning
Behandling
Indikationer för MHT
Kontraindikationer för MHT
Insättning
Preparatval
Uppföljning
Utsättning
Särskilda grupper
Övrigt
Figur:
Referenser
Uppdaterat från föregående version

Definition

Klimakteriet (perimenopaus) startar i genomsnitt ett år innan menopaus, men kan pågå i flera år innan menopaus. Det är vanligt med förändrat blödningsmönster på grund av corpus luteum-svikt och ökat antal anovulatoriska blödningar. Klimakteriet slutar 1 år efter sista mens.

Menopaus = 1 års blödningsfrihet.

Symtom

7/10 upplever under tiden kring klimakteriet vasomotorsymtom såsom svettningar, värmevallningar och sömnproblem. 3/10 upplever så svåra symtom att de önskar behandling. Besvären kan debutera före menopaus och kan kvarstå i mer än fem år efter menopaus. Andra symtom i samband med menopaus är nedsatt libido, slemhinnebesvär, nedstämdhet och blödningsrubbningar.

Utredning

- Beakta differentialdiagnoser, exempelvis tyreoidearubbning och depression, glöm inte överkonsumtion alkohol.
- Vid typiska symtom hos en i övrigt frisk kvinna som passerat menopaus, är det i regel inte nödvändigt med hormonanalyser.
- Blodtryck ska kontrolleras inför hormonell behandling.
- Gynekologisk undersökning inklusive ultraljud, görs vid behov (exempelvis blödningsrubbning).
- Kvinnan ska följa screeningprogram avseende mammografi och cellprov/HPV.

Behandling

- **Livsstilsintervention:** information om betydelsen av livsstil, vikt och rökning bör ges. Mycket talar för att motion kan ha effekt även om evidens saknas. Det kan ha viss effekt att undvika varm dryck, koffein, rökning och alkohol. Vidare kan råd om kylkudde, tunna kläder i lager på lager, fläkt eller kylklamp vid sängen och kallt vatten vid uppvaknande, ha viss effekt.
- **Icke hormonell behandling:** SSRI och SNRI kan vara behandlingsalternativ mot svettningar och vallningar (måttligt starkt underlag för escitalopram och venlafaxin). Akupunktur kan prövas, exempelvis vid svåra symtom där hormonell behandling är kontraindicerat.
- **Menopausal hormonbehandling (MHT):** rekommenderas till kvinnor med östrogenbristsymtom som påverkar livskvaliteten negativt.

Indikationer för MHT

- Vasomotorsymtom hos kvinnor yngre än 60 år eller kortare än 10 år efter menopaus.
- Tidig menopaus, yngre än 45 år oberoende av symtom, upp till normal menopausålder (cirka 52 år), förutsatt att inga kontraindikationer föreligger.
- Förebyggande av benförlust vid hög risk för fraktur hos kvinnor yngre än 60 år eller mindre än 10 år efter menopaus.

Kontraindikationer för MHT

- Odiagnostiserad vaginal blödning/misstänkt endometriecancer.
- Anamnes på bröstcancer. Bröstcancer hos första- eller andragradssläkting är **inte** en kontraindikation, men bör betraktas som en riskfaktor i den individuella bedömningen.
- Aktuell djup ventrombos eller lungemboli.
- Aktuell eller tidigare hjärt-kärlsjukdom som angina, stroke, eller hjärtinfarkt.
- Allvarlig pågående gall- eller leversjukdom

Försiktighet vid kvinnor med

- Diabetes med trolig kärlpåverkan.
- Tidigare djup ventrombos eller lungemboli eller kända riskfaktorer för sådana tillstånd.
- Gallblåsesjukdom (gäller oral östrogenbehandling).
- Tidigare endometriecancer.
- Vissa övriga tillstånd (östrogenbehandling kan förvärra astma, epilepsi, migrän, akut intermittent porfyri, SLE, leverhemangiom, demens).

Insättning

Behandlingen bygger på att östrogen ges kontinuerligt mot östrogenbrist och gestagen ges i tillägg som endometrieskydd. Strategin styrs av om kvinnan är peri- eller postmenopausal samt om kvinnan är hysterektomerad eller inte.

- Om kvinnan är hysterektomerad behövs inte gestagen som endometrieskydd och behandling kan ges som **kontinuerlig** östrogenbehandling (undantag en del kvinnor med endometrios).
- Vid perimenopaus ges **kontinuerligt** östrogen mot östrogenbrist och **cykliskt** gestagen för blödningskontroll.
- Postmenopausalt ges östrogen och gestagen **kontinuerligt.**

Förväntade biverkningar är bröstspänningar, illamående, svullnad. Avtar i regel efter 4 veckor. Viktuppgång är inte en biverkan, men viktigt att rekommendera fysisk aktivitet.

Preparatval

Se tabell för aktuella (januari 2020) registrerade hormonpreparat för systemisk MHT. För val av preparat var god se Terapirekommendationer (anges också inom parantes nedan), där även nyhetssida finns för uppdaterad restnoteringssituation.

Det finns såväl kombinationspreparat med östrogen och gestagen, som preparat med östrogen respektive gestagen enbart. Effekten är oberoende av administrationssätt (peroral, plåster, spray, gel), tidpunkt i förhållande till menopaus, eller om östrogen ges ensamt eller i kombination med gestagen.

- Transdermal administration ökar inte risken för VTE.
- Spiral fungerar utmärkt som gestagent endometrieskydd (byts var 5:e år).
- Tibolon ges kontinuerligt. Steroid med såväl östrogena, gestagen och androgena egenskaper. Kan prövas om symtom på androgenbrist är framträdande. OBS! ökad risk för stroke i äldre population.

Perimenopausal behandling

- Sekventiell behandling med kontinuerligt östrogen och cyklist gestagen 12-14 dagar/månad – ger bättre blödningskontroll.
- Finns kombinationspreparat (t.ex. peroralt Femasekvens, Novofem, plåster Sequidot) Kan kombineras var för sig för individuell anpassning (t.ex. östrogen peroralt Femanest, plåster Estradot, gel Divigel, spray Lenzetto + gestagen Mirena, Provera).
- Under 1-2 år efter menopaus kan utglesningsbehandling ges. Östrogen ges kontinuerligt och gestagen ges 14 dagar var tredje månad. Trivina är ett preparat som finns för denna behandlingsstrategi. Ett annat alternativ är kontinuerlig behandling med östradiol, med tillägg av T Provera 10 mg x 2 i 14 dagar var tredje månad.

Postmenopausal behandling

- Ges tidigast 1-2 år efter blödningsfrihet.
- Kan ges som kontinuerlig behandling med östrogen och gestagen.
- Finns kombinationspreparat (t.ex. Femanor, Cliovelle, Indivina). Eviana har ultralåg dos.
- Kan kombineras var för sig för individuell anpassning (t.ex. östrogen peroralt Femanest, plåster Estradot, gel Divigel, spray Lenzetto + gestagen Mirena).

Uppföljning

Sätt in lägsta dos. Informera om att vid otillräcklig effekt kan dosen dubblas efter 4-6 veckor (behöver då ofta nytt recept). Vid nyinsättning rekommenderas telefonuppföljning efter tre månader. Dosökning om otillräcklig effekt. Återbesök varje eller vartannat år för risk-nyttavärdering. Överväg byte till transdermal administration vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker. Gynekologisk undersökning vid oregelbundet blödningsmönster.

Utsättning

Tidigare behandlingsgränsen på 5 år är inte längre lika strikt. Beslut tas i samråd med kvinnan efter risk-nyttavärdering. För tidiga och årliga utsättningsförsök riskerar ofta att misslyckas. Det finns ingen evidens för skillnad i symtom, om behandling avslutas tvärt eller trappas ner.

Särskilda grupper

- **Prematur ovariell insufficiens** - bör ha behandling minst till normal ålder för menopaus (52 år). Samma gäller för tidig menopaus.
- **Endometrios** - kan behöva gestagentillägg, även om kvinnan är hysterektomerad.
- **Bröstcancer** – det saknas evidens för att östrogen enbart ökar risken för bröstcancer, men kunskapsläget är osäkert. Det finns klar evidens för att gestagener påverkar bröstcancerrisken.

Övrigt

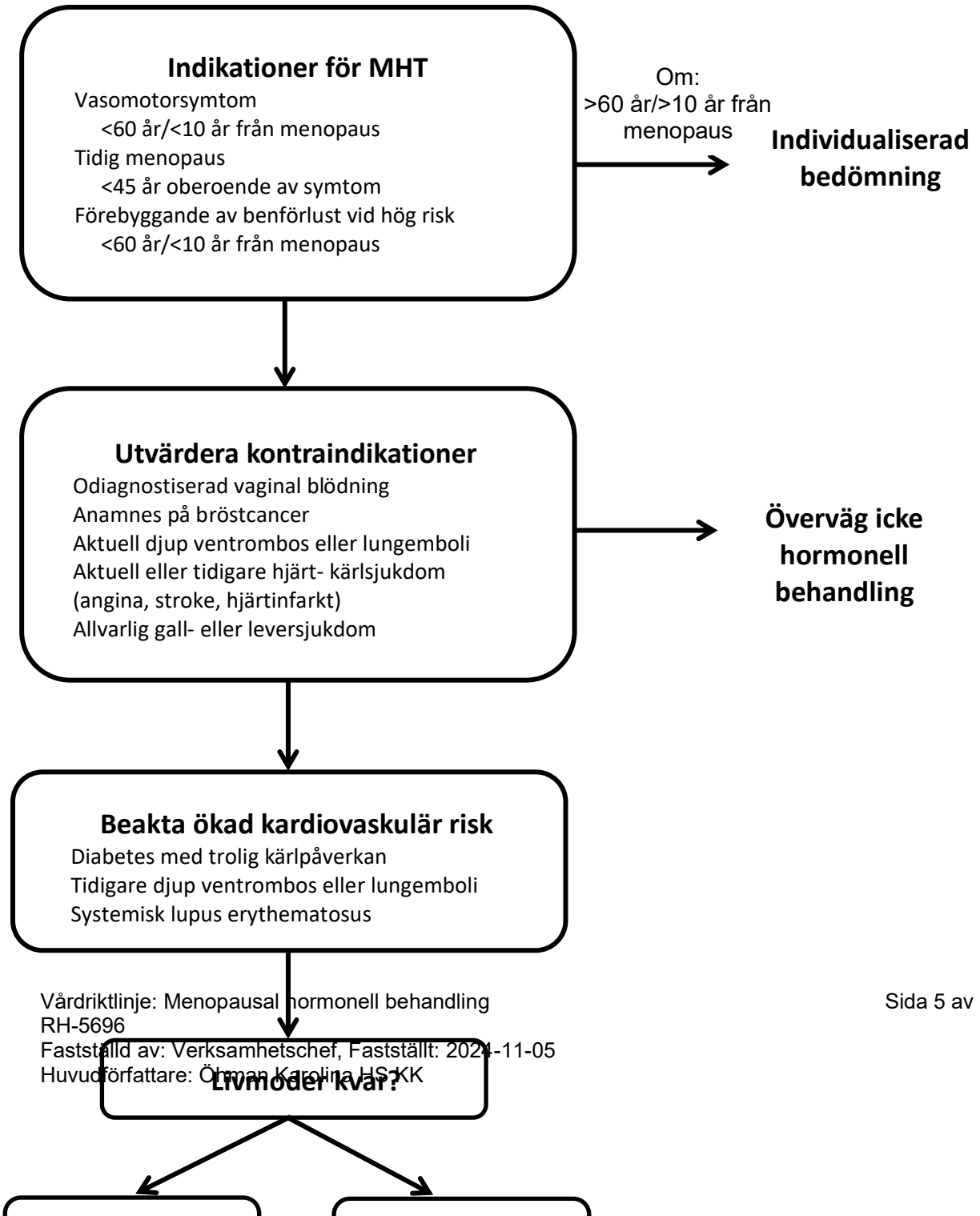
- **Dydrogeston** är en substans som är snarlik naturligt progesteron. Det blev nyligen (2020) registrerat i Sverige med indikation MHT. Preparaten heter Femoston (sekventiell behandling) och Feoston Conti (kontinuerlig behandling). Det marknadsförs som att det ska vara mera bröstsäkert, men randomiserade studier saknas. Det finns i nuläget otillräcklig evidens för endometriesäkerhet och därför inga riktlinjer om hur ofta kontroll ska ske. Det finns tillsvidare ingen möjlighet för slutenvården att följa dessa kvinnor.
- **Bioidentiskt progesteron** hävdas ge mindre risk för bröstcancer jämfört med gestagener. Evidensläget är oklart. Mikroniserat progesteron (Utrogest/Utrogestan) är licenspreparat och inte registrerade i Sverige med indikation MHT
- **Testosteron** - Androgenproduktion sker i ovarier och binjurar. Testosteronpreparat kan ges till postmenopausala kvinnor med sexuell dysfunktion, trots adekvat östrogensubstitution. Det finns inget registrerat preparat med testosteron för kvinnor i Sverige. Gel testosteron kan ges där halva geldosen tas bort. Medför svårighet med dosering. Risk för androgena (varav en del irreversibla) biverkningar. S-testosteron bör övervakas noggrant.

Region Halland

-

För mer information se Bakgrund SFOG råd menopausal hormonbehandling 2019

Figur:



Referenser

SFOGs råd för menopausal hormonbehandling 2019

Uppdaterat från föregående version
2024-11-04: Reviderad med nytt datum utan ändringar.
2020-11-26: Ny riktlinje