

# Menopausal hormonterapi – hva bør du vite?

## Hva bør en farmasøyt kjenne til – og hva kan du gjøre?

**Frem til slutten av 1990-tallet** var det økende bruk av hormonbehandling i forbindelse med overgangsalderen basert på funn fra observasjonsstudier som indikerte en beskyttende effekt mot hjerte- og karsykdom. Ved tusenårsskiftet kom store studier som pekte på økende sykdomsrisiko ved bruk av hormontilskudd, i hvert fall over tid. Det siste tiårets reanalyser og nytolkning av resultatene fra disse studiene har ført til et mer nyansert bilde, der man kan trekke ut hvilke grupper som har mest nytte av menopausal hormonterapi (MHT), og hvilke grupper som bør avstå fra behandling på grunn av risiko for hovedsakelig brystkreft og kardiovaskulær sykdom.

## Vanligste symptomer ved menopausen

- Vasomotoriske symptomer – hetetokter og nattesvette
- Søvnproblemer og eventuelt psykiske problemer
- Blødningsforstyrrelser
- Urogenitale symptomer som følge av atrofi av slimhinnene

## Utløsende faktorer

Svingninger i og bortfall av østrogenproduksjon før/ved menopausen medfører endringer i kvinnens hormonbalanse, og medfølgende symptomer og påvirkning av fysiologiske prosesser. Gjennomsnittlig alder for menopause i Norge er 52,9 år. Tidlig menopause (< 45 år), røyking og muligens både over- og undervekt kan disponere for angitte symptomer og benskjørhet.

## Behandling

MHT kan gis som sekvensiell eller kontinuerlig behandling, og man har en rekke ulike administrasjonsformer og doser å velge blant. I kombinasjonspreparater for sekvensiell behandling gis gestagen kun i 10–14 dager per måned, og kvinnen får en bortfallsblødning som følge. Dersom kontinuerlig behandling startes for tidlig etter menopause, er det risiko for gjennombruddsblødninger. Det er derfor anbefalt å starte med sekvensiell behandling de første årene, og heller vurdere overgang til kontinuerlig behandling etter hvert. For kvinner som har eller ønsker gestagenspiral, kan Mirena (levonorgestrel 52 mg, intrauterint innlegg 20 µg/24 timer) og østrogentilskudd være en godt egnet kombinasjon. MHT skal gis i lavest effektive dose, og i kortest mulig tid.

## Hvordan kan farmasøyter bidra?

- Kun Mirena, av hormonspiralene, har endometriebeskyttelse ved østrogenbehandling som godkjent indikasjon. Informer om at ved bruk på denne indikasjonen må spiralen byttes etter fem år.
- Tilleggsrisikoen for brystkreft øker signifikant ved behandling i mer enn fem år, og øker ytterligere ved lengre behandling. Oppfordre pasienten til å kontakte lege for årlig vurdering av nytte og risiko under pågående behandling.
- Hvis blødningsforstyrrelser er det viktigste symptomet, er det gestagener som er riktig behandlingsvalg, gjerne i sykliske regimer.
- Hvis kvinnens symptomer er begrenset til lokale plager fra skjede og urinveier, er det lokalbehandling med østradiol/østriol som anbefales.

## Fakta om MHT

MHT er den mest effektive behandlingen av hetetokter og nattesvette.

Ved menopause vil 80–85 % av kvinnene ha hetetokter, 30 % i uttalt grad. Plagene forsvinner vanligvis i løpet av fem år, men 10 % har hetetokter etter ti år.

For vasomotoriske symptomer som hetetokter og nattesvette (og søvnvansker forårsaket av dette) er østrogen effektiv behandling. Alle kvinner med intakt livmor må ha tilskudd av gestagener som endometriebeskyttelse i tillegg dersom de får østrogenbehandling. Risikoen for brystkreft og kardiovaskulær sykdom er ansett som akseptabelt lav dersom behandlingen startes i tilknytning til menopause og før 60 års alder eller inntil ti år etter menopause (forutsatt fravær av kontraindikasjoner).

## Vil du vite mer?

### KUPP

Riktigere bruk av menopausal hormonterapi (MHT) – KUPP ([legemidler.no](http://legemidler.no))

### RELIS

Menopausal hormonterapi (MHT) – Hva er status i 2021? ([relis.no](http://relis.no))

### NEL

Klimakteriet – NEL – Norsk Elektronisk Legehåndbok ([legehandboka.no](http://legehandboka.no))

### Norsk veileder i gynekologi

Overgangsalder (menopause) ([legeforeningen.no](http://legeforeningen.no))

**TEKST:** Ketil Arne Espnes, overlege, Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital, og Ingrid Lunde Steen, farmasøyt, legemiddelrådgiver, RELIS Midt-Norge