

# Allmänna riktlinjer

## Inledning

Den övergripande slutsatsen från Endokrin-ARGs rapport är att det finns stark evidens för att hormonbehandling i samband med klimakteriet är effektiv för behandling av vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom samt att risk-nytta förhållandet är klart fördelaktigt om behandlingen initieras i nära anslutning till menopaus och begränsas till ca 5 år. Hormonbehandling för primär eller sekundär prevention rekommenderas ej. Det är kvinnans subjektiva symtom och kvinnans upplevelse av hur symtomen påverkar hennes livskvalitet som avgör om behandling ska initieras. Det är också kvinnans önskemål om symtomlindring som ska vara vägledande för om behandling ska påbörjas. Nyligen har internationella Endocrine Society utkommit med riktlinjer för hormonbehandling i klimakteriet som överensstämmer med konklusionerna i denna rapport.

## Indikationer för systemisk HRT

- Vasomotorsymtom som värmevallningar och svettningar (starkt underlag)
- Sömnstörning och vasomotorsymtom (måttligt underlag)
- Prematur ovariell insufficiens (< 40 år) (starkt underlag)
- Förebyggande av osteoporos hos kvinnor med hög frakturrisik som är yngre än 60 år, om andra osteoporosbehandlingar inte tolereras eller är kontraindicerade (starkt underlag)

## Kontraindikationer för systemisk HRT

- Hormonberoende cancer
- Genital blödning utan känd etiologi eller obehandlad endometriehyperplasi
- Tidigare eller pågående djup ventrombos eller lungemboli
- Tidigare eller pågående angina pectoris, hjärtinfarkt eller stroke
- Allvarlig leversjukdom

## Indikationer för lokal östrogenbehandling

- Torrhetskänsla, sveda och klåda till följd av vaginal atrofi (starkt underlag)
- Dyspareuni till följd av vaginal atrofi (starkt underlag)
- Överaktiv blåsa och samtidig förekomst av urogenital atrofi (måttligt underlag)
- Recidiverande urinvägsinfektioner (begränsat underlag)

## Kontraindikation för lokal östrogenbehandling

Vid adjuvant behandling med aromatashämmare efter genomgången bröstcancer är lokal behandling med östradiolpreparat kontraindicerat. För östriolpreparat gäller särskilt övervägande i samråd med bröstoncolog

## Behandlingsrekommendationer

### Östrogen

- Lägsta effektiva östrogendoser ska användas
- Till lågdos räknas: 0,5 – 1 mg peroralt östradiol alternativt 25 – 37,5 g transdermalt östradiol

### Gestagen

- Hos kvinnor som inte genomgått hysterektomi ska östrogenbehandling alltid kombineras med gestagen för endometrieskydd.
- Den systemiska effekten av gestagener kan minskas genom utglesningsbehandling (14 dagar var tredje månad) eller hormonspiral.
- Val av regim (sekventiell, kontinuerlig kombinerad, utglesningsbehandling, hormonspiral) beror av kvinnas menopausala status, önskemål och andra individuella ställningstaganden.
- Biverkningsprofilen bestämmer vilken gestagentyp och vilken regim som bör användas.

## Initiering av behandling

- Kvinnan skall ges noggrann information om för- och nackdelar med HRT för att kunna ta ställning till om hon skall inleda behandling eller ej.
- Startdosen bör individualiseras utifrån kvinnans ålder och symtomintensitet. Om otillräcklig behandlingseffekt – öka dosen.
- Om tidigare svåra PMS-besvär - planera för utglesning av gestagenperioderna så tidigt som möjligt till maximalt tre månader.
- Före insättning ska blodtryck kontrolleras och gynekologisk undersökning utföras vid symtom.
- Ta ställning till om interkurrenta sjukdomar kan öka riskerna för komplikationer vid HRT.
- Sedvanliga mammografikontroller skall följas.

## Uppföljning och avslutande av behandling

- Kontroller bör tillgodoses för utvärdering av behandlingseffekt och för att ge utrymme åt diskussion om utsättningsförsök.
- Vasomotorsymtom varar i medeltal i drygt 5 år. För en frisk kvinna utan kontraindikationer överväger nyttan de eventuella riskerna inom denna tidsram.
- Slentrianmässig förlängning av behandling bör undvikas och enda sättet att bedöma fortsatt behov är att kvinnan gör behandlingsuppehåll.
- Vid utsättning av behandling finns det inget stöd för att nedtrappning jämfört med abrupt avslutande skulle vara mer fördelaktigt.

## Biverkningar

- Vanliga biverkningar av hormonbehandling är bröstspänning, huvudvärk, illamående, svullnadskänsla och humörpåverkan. Dessa biverkningar kan vara relaterade till antingen östrogen- eller gestagenkomponenten, eller både och. Biverkningarna är ofta övergående och försvinner då inom tre månader.
- Humörbiverkningar av gestagenkomponenten kan kräva ändrad regim.
- Viktökning är inte en biverkan av HRT.

## Risker

### Hjärt-kärlsjukdom

- Peroral HRT ökar risken för venös trombos. Transdermal HRT förefaller ej vara associerat med ökad risk för venös trombos. Sedvanliga riskfaktorer bör dock beaktas vid förskrivning av såväl peroral som transdermal HRT.
- HRT insatt i samband med menopaus minskar risken för kardiovaskulär sjukdom hos friska kvinnor. Däremot förefaller HRT till kvinnor över 60 års ålder eller hos kvinnor som varit postmenopausala mer än 10 år vara förenad med en initialt ökad risk för kardiovaskulär sjukdom.

*Bröstcancer*

- Cirka 5 år eller längre tids hormonbehandling är associerad med en liten men signifikant ökad risk för bröstcancer.
- Kombinerad östrogen-gestagenbehandling tycks ge en större risk för bröstcancer jämfört med enbart östrogen.
- Huruvida risken för bröstcancer är giltig för alla gestagener som grupp eller om det finns alternativa gestagener (dydrogesteron eller naturligt progesteron) utan stimulerande effekt på bröstet kvarstår att utreda.