

MHT 2.0

Endokrin ARG

SFOG veckan 2024 Örebro

Natalia Cruz, ordförande

Anna-Clara Spetz Holm, sekreterare

Motion till riksdagen 2022/23:801

av **Louise Thunström och Paula Holmqvist (båda S)**

En jämlik klimakterievård i hela landet

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att se över förutsättningarna för att bedriva en mer jämlik och stärkt vård för klimakteriebesvär i hela landet och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Sveriges klimakterievård är inte jämlik. Den är inte heller tillgänglig och den är inte tillräcklig. Klimakteriet inträffar under en tid i en kvinnas liv då kvinnor kan och vill leva sina liv fullt ut, men många begränsas av svettningar, hjärntrötthet, sömnsvårigheter, humörsvängningar, värk, depression och en mängd andra mer eller mindre besvärande symtom. Symtom som det går att både lindra och ta bort om vården är tillgänglig och kunskapen högre.

Socialstyrelsen publicerade ”Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär” ur perspektivet jämlik vård i februari 2020.

Kartläggningen visar stora skillnader i landet vad gäller andelen kvinnor som sökt hjälp men också uttag av hormonläkemedel. I Stockholms län är antalet vårdkontakter för klimakteriebesvär 7 gånger vanligare än i andra län. Vad gäller uttag av läkemedel är uttaget per 1 000 kvinnor 60 procent högre i Stockholms och Uppsala län än vad det är i Blekinge, Kronoberg och Jämtland.

Vilken typ av vård och behandling som erbjuds kvinnor varierar således över landet. Det är oklart vilka insatser som ges inom primärvården och vilken kompetens som

Motion till riksdagen
2022/23:801

av Louise Thunström och Paula Holmqvist (båda S)

En jämlik klimakterievård i hela landet

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att se över förutsättningarna för att bedriva en mer jämlik och stärkt vård för klimakteriebesvär i hela landet och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Sveriges klimakterievård är inte jämlik.

besvär ur perspektivet jämlik vård i februari 2020.

Kartläggningen visar stora skillnader i landet vad gäller andelen kvinnor som sökt hjälp men också uttag av hormonläkemedel. I Stockholms län är antalet vårdkontakter för klimakteriebesvär 7 gånger vanligare än i andra län. Vad gäller uttag av läkemedel är uttaget per 1 000 kvinnor 60 procent högre i Stockholms och Uppsala län än vad det är i Blekinge, Kronoberg och Jämtland.

Vilken typ av vård och behandling som erbjuds kvinnor varierar således över landet. Det är oklart vilka insatser som ges inom primärvården och vilken kompetens som

Motion till riksdagen
2022/23:801

av Louise Thunström och Paula Holmqvist (båda S)

En jämlik klimakterievård i hela landet

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att se över förutsättningarna för att bedriva en mer jämlik och stärkt vård för klimakteriebesvär i hela landet och tillkännager detta för regeringen.

Socialstyrelsens kartläggning från 2021 pekar på ett behov av såväl förbättrad information och vägledning till kvinnor i klimakteriet som ett nationellt kunskapsstöd till vården i fråga om råd, stöd och behandling. Kvinnor i eller på väg in i klimakteriet behöver tillgång till en vård av hög kvalitet oavsett var i landet de bor och oavsett förkunskaper.

SFOG MHT uppdatering 2019, rev 2021



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

Börja skriva här

Sök

Om SFOG AR-Grupper ARG-rapporter/diagnosbok Forskning Intressegrupper Kalender Kvalitet Kunskapsstöd

Kvinnoläkaren Medlem OGU SFOG Veckan Utbildning

Gynekologi

Obstetrik

Gynekologi

Cancer och C-prevention

Diagnoshandboken

Nationell Högspecialiserad
Vård - Gyn/Obstetrik

Information om COVID-19

Fosterhjälp

SFOG.se

NFOG Trondheim

Årets möte...

Medalj till Eva Uustal

SFOG MHT uppdatering 2019, rev 2021



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

Börja skriv

Om SFOG AR-Grupper ARG-rapporter/diagnosbok Forskning Intressegrupper Kalender Kv
Kvinnoläkaren Medlem OGU SFOG Veckan Utbildning

Start > Kunskapsstöd > Gynekologi > Endokrinologi

Gynekologi

»

Endokrinologi

Benign kirurgi

Endokrinologi

Endometrios

Familjeplanering

Hemostas

Ofrivillig barnlöshet - fertilitet

Vulva

2023-01-10

Endokrin-ARG skriver angående restsituationen för MHT-preparat.
(Word) [Läs dokumentet här>>](#)

- [Menopausal hormonbehandling \(MHT\), antagna 210121.](#) Endokrin-ARG
- [Bakgrundsdocument MHT, antagna 210121](#)
- [SFOG-råd: Tyreoideasjukdom i samband med infertilitet och habituell abort 190613](#)

2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy

R. J. Baber, N. Panay & A. Fenton the IMS Writing Group

The British Menopause Society & Women's Health Concern 2016 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

NUMBER 141, JANUARY 2014

(Replaces Practice Bulletin Number 28, June 2001)
(See also Committee Opinion Number 565, Committee Opinion Number 556)

Management of Menopausal Symptoms

Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

2015

POSITION STATEMENT

The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society

Menopause: diagnosis and management

NICE guideline

Published: 12 November 2015

Published in final edited form as:

Circulation. 2011 March 22; 123(11): 1243–1262. doi:10.1161/CIR.0b013e31820faaf8.

Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update:

A Guideline From the American Heart Association

Höjdpunkter från SFOG veckan 2019 Östersund

- MHT istället för HRT,
- Avsluta MHT efter 5 års medicinering gäller inte längre,
- ”window of opportunity”,
- Transdermal östrogen kan användas hos kvinnor med VTE / VTE risk,
- Introduktion av nya progestogener: progesteron och dydrogesteron,
- Positiva bieffekter av MHT,
- Lokal östrogen behandling kan användas hos kvinnor som tidigare haft Br ca.

SFOG-RÅD FÖR MENOPAUSAL HORMONBEHANDLING 2019

Uppdaterad version 2021

BAKGRUNSDOKUMENT

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

		Dydrogesteron	19
		Bröst	19
		Endometrium	19
		Humör och kognition	20
		Risk för tromboemboli	20
		Androgensubstitution	21
		Indikation för androgensubstitution	21
		Kontraindikationer	21
		Systemisk DHEA behandling	22
		Fytoestrogener	22
		Andra icke-hormonella behandlingar	23
		Fysisk aktivitet	23
		Akupunktur	23
		Antidepressiva läkemedel	23
		Särskilda tillstånd	24
		Prematur ovarieninsufficiens och tidig menopaus	24
		Kvinnor med ärftlighet för bröstcancer	25
		Bröst- och endometrieccancer	25
		Cervixcancer	26
		Ovarialcancer	26
		Diabetes	26
		Kardiovaskulära sjukdomar/risker och metabol syndrom	26
		Anamnes på djup ventrombos	27
		SLE	27
		Lokal behandling vid vulvovaginal atrofi	28
		Lokal östrogenbehandling	28
		Lokalt DHEA	29
		Referenser	31
		Internationella riktlinjer	46
Definitioner	2		
Förkortningar	3		
Bakgrund	4		
Hormonella behandlingar	4		
Indikationer för MHT	4		
Kontraindikationer för MHT	4		
Kontroller före ställningstagande till MHT	5		
Preparatval	5		
Behandling perimenopausal	6		
Behandling postmenopausal	6		
Hysterektomerade kvinnor	6		
Uppföljning efter insatt behandling	6		
Avslutande av behandling	7		
Risk-nytta med MHT	10		
Bröstcancer	10		
Ovarialcancer	12		
Endometrieccancer	13		
Kolorektal cancer	13		
Venös tromboembolism	14		
Kranskärslsjukdom och total dödlighet	14		
Stroke	15		
Benmassa och frakturnrisk	15		
Depression	15		
Kognition och demens	15		
Kroppseget progesteron som alternativ till gestagen	16		
Bröst	17		
Endometrium	17		
Venös trombos och metabol påverkan	18		
Humörpåverkan och kognition	18		

SFOG-RÅD
FÖR MENOPAUSAL HORMONBEHANDLING 2019
Uppdaterad version 2021

I nedanstående SFOG-råd används begreppet menopausal hormonbehandling (MHT) som en beskrivning av systemisk hormonbehandling som antingen består av östrogen kombinerat med progesteron eller enbart av östrogen. Med progesteron avses både syntetiska gestagener och den kroppsegna steroiden progesteron samt den progesteronlika substansen dydrogesteron.

SFOG-råden baseras på ett antal internationella riktlinjer som publicerats de senaste åren, vilka i sin tur bygger på noggrann litteraturnomgång och evidensbedömning. De internationella riktlinjerna har omarbetats för att passa svenska förhållanden.

Dessa råd är sammanställda av Marie Bixo, Natalia Cruz, Mats Hammar, Angelica Lindén Hirschberg, Tord Naessén, Alkistis Skalkidou och Inger Sundström Poromaa från Endokrin-ARG inom SFOG. Till SFOG-råden hör ett [bakgrundsdokument](#) med uppdaterad kunskap om risk-nytta med MHT och aktuella referenser.

Sammanfattning

- Det är kvinnans subjektiva klimateffektsymtom 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotoriska och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- För symtombehandling med MHT är risk-nytta förhållandet klart fördelaktigt om medicinen ingår i nära anslutning till, dvs. före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopause.
- MHT har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturrisk och om insatt i nära anslutning till menopause också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinnor med tidig menopause (före 45 års ålder) och prematur ovarieell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är bevarad, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare artériel hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarig gall- eller leversjukdom.
- Personall östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.
- Kombinationsbehandling (östrogen + progesteron) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicinerig med östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancerisk mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, v.g. se bakgrundsdokumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- Att initiera systemisk MHT hos kvinnor som är äldre än 60 år eller mer än 10 år efter menopause rekommenderas inte på grund av större absoluta risker för hjärt-kärlsjukdom, diabetes och ökad risk för fraktur.

- stroke, djup ventrombos och demens men kan övervägas utifrån den individuella kvinnans risk-nytta balans.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopause, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogens dos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har lemodern kvar behöver MHT med progesteron.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingstid gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltraktens rekommenderas lägsdos vaginal östrogenbehandling.

Systemisk behandling

Indikationer för systemisk MHT

- Vasomotoriska symtom (VMS):** MHT rekommenderas som förstahandsbehandling om inga kontraindikationer föreligger hos kvinnor yngre än 60 år eller kortare än 10 år efter menopause.
- Tidig menopause / hypogonadism-hypooöstrogegeni:** MHT ska erbjudas kvinnor med tidig spontan eller kirurgisk menopause (före 45 års ålder) samt kvinnor med prematur ovarieell svikt (före 40 års ålder) upp till åtminstone normal menopausålder (cirka 52 år) förutsatt att inga kontraindikationer föreligger.
- Förebyggande av benförlust hos kvinnor med ökad risk:** MHT rekommenderas som förebyggande behandling vid ökad frakturris till kvinnor yngre än 60 år eller inom 10 år efter menopause.

Kontraindikationer för systemisk MHT:

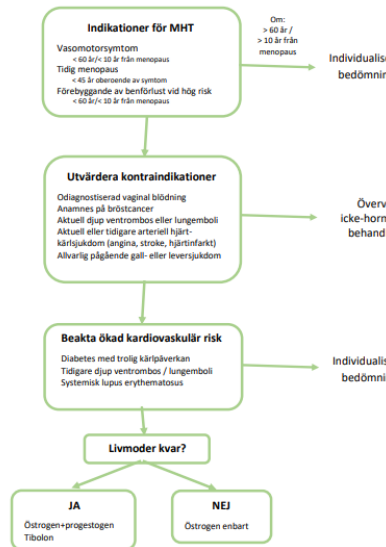
I allmänhet bör MHT inte användas till kvinnor med:

- Odiagnostiserad vaginal blödning/missktand endometrie cancer
- Anamnes på bröstcancer
- Aktuell djup ventrombos eller lungemboli
- Aktuell eller tidigare artériel hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt
- Allvarlig pågående gall- eller leversjukdom

Förslutighet bör också iaktas hos kvinnor med:

- Diabetes med trolig kärlpåverkan
- Tidigare djup ventrombos eller lungemboli eller kända riskfaktorer för dessa, se vidare bakgrundsdokumentet och gäller fr.a. oral östrogenbehandling
- Gallblädersjukdom (gäller oral östrogenbehandling)
- Tidigare endometrie cancer, se vidare bakgrundsdokumentet
- Vissa övriga tillstånd:
 - * Östrogenbehandling kan förvärra astma, epilepsi, migrän, akut intermittent porfyri, systemisk lupus erythematosus, leverhemangiom och demens och bör därför användas med försiktighet vid dessa tillstånd.

Figur 1. Rådsschema för systemisk MHT



*För individualiserad bedömning, se särskilt Bakgrundsdokumentet. *För icke-hormonell behandling, se Bakgrundsdokumentet

Start av behandling

Preparatval, regim, och dosering av systemisk behandling

- 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. I Tabell 1 visas samtliga aktuella registrerade preparat för MHT i Sverige. För specifikt preparatval, var god se Regionala terapirekommendationer.
- Kvinnor som har livmodern kvar bör ha ett endometriskydd och systemisk östrogenbehandling måste därför alltid kombineras med ett progesteron i form av tabletter, plåster eller spiral. Beträffande kroppseget progesteron och dydrogesteron, var god se Bakgrundsdokumentet.
- Sekventiell behandling rekommenderas till kvinnor som är perimenopausala eller tidigt postmenopausala, varefter kontinuerlig regim kan provas.
- Progesterontillägg vid sekventiell behandling kan ges månatligen (12 dagar varje månad) alternativt fyra gånger per år (14 dagar varje tredje månad); för många kvinnor kan det vara en fördel att minimera progesterontillägget.
- För kvinnor som kan tänka sig spiral är kombinationen östrogen och hormonspiral ett bra alternativt.
- Transdermala östradiolpreparat (plåster, gel, spray) är att föredra, speciellt vid ökad risk för kardiovaskulär, metaboli- och lever-/gallsjukdom.

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 celprovskontrollerna.
- Blodtryckskontroll.
- Gynekologisk undersökning om indiceras (rekommenderas vid första besöket, alternativt inom sex månader).

Uppföljning

- En första uppföljning för kontroll av symtomlindring bör ske efter ca tre månader och kan göras per telefon. Vid oregelbundet blödningsmönster rekommenderas gynekologisk undersökning med ultraljud och desutom efter fem års behandling med kombination innehållande dydrogesteron eller mikroniserat progesteron liksom för sekventiell behandling med tillägg av progesterontillägg.
- Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med ett till två års intervall.
- Dos, regim och administrationsätt kan justeras efter behov och vid stigande ålder hos kvinnan.
- Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metaboli risker.
- När det gäller ekvipotens, dvs vilken dos av östradiol administreras på ett visst sätt som motsvaras av annat administrationsätt, finns inga exakta sätt att beräkna, här anges förslag från några olika källor (https://hormones.org.uk/wp-content/uploads/2018/08/MHT-practical-prescribing_AUG2018.pdf; <https://www.menopause.org.au/information-sheet/426-ams-guide-to-equivalent-mht-hrt-doses>). Vi föreslår därför att vid byte av administrationsätt utvärderas behandlingseffekten utifrån symtom och blödningsmönster vid exempelvis telefonkontakt efter ca tre månader.

SFOG - RÅD (4 sidor)

Tabell 1. Aktuella registrerade preparat för MHT i Sverige

Preparatnamn	Form	Substans	Dosering/dag
Östrogen			
Oral			
Femaneon	Tablett	Östradiol	1 - 2 mg
Proginon	Tablett	Östradiol	1 - 2 mg
Transdermal			
Divigel	Gel	Östradiol	0,5 - 1 mg
Estradot	Plåster*	Östradiol	25 - 100 µg/24h*
Estrogeil	Gel	Östradiol	0,75 - 1,5 mg
Lenestto	Spray	Östradiol	1-3 spraydosor (1,53mg/d)
Kombinationspreparat, sekventiell			
Divina plus	Tablett	Östradiol/MPA	2 mg/10 mg
Femasevens	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/2 mg
Femoston	Tablett	Östradiol/Dydrogesteron	1 mg/10 mg 2 mg/10 mg
Novofem	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/1 mg
Trivina	Tablett	Östradiol/MPA	2 mg/20 mg
Transdermal			
Sequidol	Plåster*	Östradiol/NETA	50 µg/250 µg
Kombinationspreparat, kontinuerlig			
Oral			
Actiwell	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/0,5 mg
Angemim	Tablett	Östradiol/DRSP	1 mg/2 mg
Clovelle	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/0,5 mg
Duaveve	Tablett	Konj. Östrogen/Bazedoxifene	0,45 mg/20 mg
Eviana	Tablett	Östradiol/NETA	0,5 mg/0,1 mg
Femaron	Tablett	Östradiol/NETA	2 mg/1 mg
Femostoncontil	Tablett	Östradiol/Dydrogesteron	0,5 mg/2,5mg 1 mg/5mg
Indivina	Tablett	Östradiol/MPA	1 mg/2 mg 1 mg/5 mg 2 mg/5 mg
Noresmea	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/0,5 mg
Transdermal			
Estalis	Plåster*	Östradiol/NETA	50 µg/250 µg
Livial	Tablett	Tibolon	2,5 mg
Gestagener/Progesteron			
Dyphaston*	Tablett	Dydrogesteron	2,5-5 mg/10 mg/d*
Primolut Nor	Tablett	NETA	0,35-2,5 mg/5 mg/d*
Provera	Tablett	MPA	2,5-5 mg/10 mg/d*
Utrogestan	Kapsel	Mikroniserat progesteron	100 mg/200 mg/d*
Mirena	Spiral	LNG	20 µg/24tim

*Syns 2 ggr/vecka.

*Licenspreparat (dec 2020).

- ^a Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 2,5-5 mg dagligen, beroende på östrogendosen. I sekventiell regim används 10 mg dagligen under 12 dagar varje månad.
- ^b Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. För kontinuerlig regim används t.ex. 0,35 mg (Mini-P) alternativt en halv tablett 5 mg (2,5 mg). I sekventiell regim används 5 mg i 12 dagar varje månad alternativt 1,4 dagar 4 gånger om året (ligglig regim).
- ^c Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. Sekventiell regim används för samma antal dagar per månad eller var tredje månad som under punkt c.
- ^d Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 100 mg dagligen (Licenspreparat). I sekventiell regim används 200 mg (off-label) under 12 dagar varje månad.

NETA=Nortestosteronacetat, MPA=Medroxyprogesteron, DRSP=drospirenon, LNG=levonorgestrel.

Duration av behandling

- Beslut om avslutande av behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om fem års behandlingstid 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.
- Kvinnor med tidig menopause eller prematur ovarialinsufficiens bör fortsätta behandling till minst normal menopausålder (52 år) och längre vid behov.

Avslutande av behandling

- Alltför tidiga utsättningsförsök riskerar att misslyckas och nyttan av upprepade, årliga utsättningsförsök kan därför ifrågasättas. Däremot kan gärna dosanpassning provas.
- Det finns ingen evidens för att risken för att klimateffektens återkommer mer sällan vid nedtrappning av behandlingen jämfört med att sluta tvärt.

Positiva långtidseffekter med MHT

(påbörjat före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopause)
För referenser, var god se Bakgrundsdokumentet

Total dödlighet

- Lägre total dödlighet oavsett orsak jämfört med placebo i meta-analyser under behandling samt avtagande effekt efter avslutad behandling.

Kranskärlsjukdom

- Ca 50 procent lägre risk att drabbas av kranskärlsjukdom eller relaterad mortalitet.

Stroke

- I skandinaviska studier, där huvudsakligen östradiolpreparat används, ses ingen ökad risk.

Demens

- Bland kvinnor som påbörjar behandlingen före 60 års ålder har man inte sett någon ökad risk för demens och vid tidig menopause har man snarare sett en skyddseffekt.

Kolorektalcancer

- Det finns klar evidens för en minskad risk för kolorektalcancer hos kvinnor som använt MHT.

Endometrie cancer

- Behandling med kontinuerlig kombinerad regim av MHT innehållande gestagen minskar risken för endometrie cancer jämfört med ingen behandling.

Frakturrisik

- MHT minskar effektivt förlusten av benmassa och kan till och med ge en viss ökning.
- MHT minskar risken för icke-vertebrala frakturer; 55 procent lägre risk jämfört med placebo.
- Efter avslutad behandling ökar förlusten av benmassa igen och enstaka studier har påvisat en ökning i frakturrisik.

Eventuella risker med MHT

- Risken för att insjukna i bröstcancer med MHT skiljer sig åt mellan olika regimer och preparat. Enbart östrogenbehandling har i den stora WHI-studien visat minskad risk för bröstcancer medan en del observationsstudier har visat en liten ökad risk. En något större risk för bröstcancer har däremot visats med kombinerad MHT och denna är troligen beroende av dos, duration och ingående östrogener och progesteroner. Observationsstudier visar lägre risk för bröstcancer med östradiol och mikroniserat progesteron eller dydrogesteron jämfört med östradiol och syntetiskt gestagen. Uppföljning mer än fem år visar dock en något ökad risk för bröstcancer även med kombinationen östradiol och mikroniserat progesteron/dydrogesteron.
- Ett annat observationsstudier visar en ökad risk för endometrie cancer med östrogen i kombination med mikroniserat progesteron, medan kombinationer med syntetiska gestagener i kontinuerlig regim minskar risken jämfört med ingen behandling.
- Risken för djup ventrombos med peroral MHT är något förhöjd framför allt under de första två åren av behandlingen, ingen riskökning finns dock påvisad med transdermal östrogenbehandling. MHT med peroral östrogen kombinerad med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron innebär troligen mindre riskökning än med gestagen.

Andra icke-hormonella behandlingar

Andra icke-hormonella behandlingar inkluderar fysisk aktivitet, fysioterapi, SSRI och SNRI-preparat, och akupunktur (var god se Bakgrundsdokumentet).

Androgensubstitution

Var god se Bakgrundsdokumentet.

Speciella tillstånd

För kvinnor med prematur ovarialinsufficiens, tidig menopause, årlighet för bröstcancer, anamnes på bröstcancer, endometrie cancer eller ovariale cancer, diabetes, kardiovaskulära risker, metaboli syndrom, anamnes på djup ventrombos eller SLE, var god se Bakgrundsdokumentet.

Lokal behandling

Indikationer

Vid följande symtom finns det evidens för behandling med lokalt östrogen:

- Torrhetsskänsla, sveda, irritation och klåda i underlivet
- Dyspareuni, minskad lubrikation
- Överaktiv blåsa, dysuri och samtidig förekomst av urogenital atrofi
- Recidiverande urinvägsmykrober

Kontraindikationer

Tidigare har lokalt östrogen varit en absolut kontraindikation för bröstcancerpatienter som får adiuvant behandling med aromatashämmare. Detta har nu ändrats med nya publicerade data som visar god effekt vid vulvovaginal atrofi hos denna patientgrupp utan systemisk påverkan på PSN-nivåer med lägsdos estriol (Blissel 50 µg/dos). Det Nationella vårdprogrammet för bröstcancer 2020 rekommenderar nu lokala östrialpreparat (i första hand Blissel) vid utebliven effekt av östrogenfria behandlingar till bröstcancerpatienter med aromatashämmare och symtom på vulvovaginal atrofi. Medicineringen bör dock ske i samförstånd med patientens onkolog.

Preparat

Nedanstående tabell (Tabell 2) visar registrerade preparat för lokalt östrogenbehandling. Samtliga preparat har tagit vid effekt jämfört med placebo men effekten är dosberoende och östradiolpreparat är mer potent än östrialpreparat, särskilt när det gäller den urogenitala slemhinnan.

Tabell 2. Aktuella registrerade hormonpreparat för lokalt östrogenbehandling

Preparatnamn	Läkemedelsform	Östrogensubstans	Dos
Oestring	Vaginalinlägg	Östradiol	7,5 µg/24 timmar
Vagifem-Vagidonna	Vaginaltablett	Östradiol	10 µg
Ovestrin	Vaginalkula	Östradiol	500 µg
Blissel	Vaginalgel	Östrial	50 µg
Estrokrad	Vagitorium	Östrial	30 µg

Lokal behandling med DHEA (Intravasa)* 6,5 mg vagitorium dagligen kontinuerligt) är också godkänt för vulvovaginal atrofi enligt den Europeiska läkemedelsmyndigheten, var god se Bakgrundsdokumentet.

Sammanfattning

- 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- 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 har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturnrisk och om insatt i nära anslutning till menopaus också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinna med tidig menopaus (före 45 års ålder) och prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är besvärsfri, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom.
- Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.
- Kombinationsbehandling (östrogen + progestogen) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicineringsmedan östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancerrelaterad mortalitet mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, vg. se bakgrundsdocumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- 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.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopaus, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har livmodern kvar behöver MHT med progestogener.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingsduration gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltrakten rekommenderas lågdos vaginal östrogenbehandling.

Sammanfattning

- 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- För symtombehandling med MHT är risk-nytta förhållandet klart fördelaktigt om medicineringsinitiering i nära anslutning till menopaus, dvs. före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopaus.
- MHT har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturnrisk och om insatt i nära anslutning till menopaus också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinna med tidig menopaus (före 45 års ålder) och prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är besvärsfri, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom.
- Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.
- Kombinationsbehandling (östrogen + progestogen) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicineringsmedan östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancerrelaterad mortalitet mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, vg. se bakgrundsdokumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- 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.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopaus, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har livmodern kvar behöver MHT med progestogener.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingsduration gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltrakten rekommenderas lågdos vaginal östrogenbehandling.

En del kvinnor avstår från MHT.

Klimakteriet är en fysiologisk process och ingen sjukdom.

Sammanfattning

- 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- För symtombehandling med MHT är risk-nytta förhållandet klart fördelaktigt om medicineringen initieras i nära anslutning till menopaus, dvs. före 60 års ålder eller alternativt inom 10 år efter menopaus.
- MHT har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturnrisk och om insatt i nära anslutning till menopaus också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinna med tidig menopaus (före 45 års ålder) och prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är besvärsfri, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom.
- Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.
- Kombinationsbehandling (östrogen + progestogen) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicineringsmedan östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancerrisk mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, vg. se bakgrundsdokumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- 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.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopaus, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har livmodern kvar behöver MHT med progestogener.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingsduration gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltrakten rekommenderas lågdos vaginal östrogenbehandling.

Sammanfattning

- 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- För symtombehandling med MHT är risk-nytta förhållandet klart fördelaktigt om medicineringsinitiering i nära anslutning till menopaus, dvs. före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopaus.
- MHT har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturnrisk och om insatt i nära anslutning till menopaus också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinna med tidig menopaus (före 45 års ålder) och prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är besvärsfri, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom.
- ~~Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.~~
- Kombinationsbehandling (östrogen + progestogen) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicineringsmedan östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancerrelaterad mortalitet mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, vg. se bakgrundsdocumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- 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.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopaus, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har livmodern kvar behöver MHT med progestogener.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingsduration gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltrakten rekommenderas lågdos vaginal östrogenbehandling.

Sammanfattning

- 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- För symtombehandling med MHT är risk-nytta förhållandet klart fördelaktigt om medicineringsinitiering sker i nära anslutning till menopaus, dvs. före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopaus.
- MHT har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturnrisk och om insatt i nära anslutning till menopaus också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinna med tidig menopaus (före 45 års ålder) och prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är besvärsfri, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom.
- Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.
- Kombinationsbehandling (östrogen + progestogen) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicineringsperiod medan östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancerrelaterad mortalitet mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, vg. se bakgrundsdokumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- 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.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopaus, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendoser och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har livmodern kvar behöver MHT med progestogener.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingsduration gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltrakten rekommenderas lågdos vaginal östrogenbehandling.

Sammanfattning

- 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- 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 har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturnrisk och om insatt i nära anslutning till menopaus också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinna med tidig menopaus (före 45 års ålder) och prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är besvärsfri, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom.
- Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.
- Kombinationsbehandling (östrogen + progestogen) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicinering medan östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancerrisk mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, vg. se bakgrundsdocumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- 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.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopaus, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har livmodern kvar behöver MHT med progestogener.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingsduration gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltrakten rekommenderas lågdos vaginal östrogenbehandling.

Sammanfattning

- 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.
- MHT är den mest effektiva och bäst dokumenterade behandlingen vid vasomotorsymtom och andra östrogenbristrelaterade symtom.
- 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 har också positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturnrisk och om insatt i nära anslutning till menopaus också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet.
- Kvinna med tidig menopaus (före 45 års ålder) och prematur ovariell svikt (före 40 års ålder) ska, även om hon är besvärsfri, erbjudas behandling med MHT åtminstone till förväntad menopausålder om inga kontraindikationer föreligger.
- Kontraindikationer för MHT är odiagnostiserad vaginal blödning, anamnes på bröstcancer, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom, som angina, stroke, hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom.
- Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos medan transdermal administrering av östrogen inte har det.
- Kombinationsbehandling (östrogen + progestogen) är associerad med en något ökad risk för bröstcancer efter mer än fem års medicinering medan östrogen enbart ger en betydligt mindre risk eller ingen riskökning alls. För eventuella skillnader i bröstcancer risk mellan syntetiskt gestagen och mikroniserat progesteron och dydrogesteron i kombination med östrogen, vg. se bakgrundsdocumentet. Nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet med MHT.
- 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.
- Allmänt gäller att MHT ska individualiseras. Man bör ta hänsyn till ålder, tidpunkt för menopaus, kvinnans hälsorisker och preferenser för bedömning av den individuella risk-nytta balansen med MHT.
- Läkaren bör rekommendera en lämplig MHT-formulering med lägsta effektiva östrogendos och optimal administreringsväg samt erbjuda kvinnan regelbundna kontroller. Kvinnor som har livmodern kvar behöver MHT med progestogener.
- Beslut om att avsluta behandling bör tas efter noggrant övervägande av kvinnans preferenser och risk-nytta balans. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandlingstid gäller inte längre.
- För enbart symtom från urogenitaltrakten rekommenderas lågdos vaginal östrogenbehandling.

Systemisk behandling

Indikationer för systemisk MHT

- (1) Vasomotorsymtom (VMS): MHT rekommenderas som förstahandsbehandling om inga kontraindikationer föreligger hos kvinnor yngre än 60 år eller kortare än 10 år efter menopaus.
- (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.

Systemisk behandling

Indikationer för systemisk MHT

- (1) MHT kan övervägas till kvinnor yngre än 60 år alternativt mindre än 10 år efter menopaus som har klimakteriesymtom som till ex. VMS med negativ påverkan på livskvalitén.
- (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.

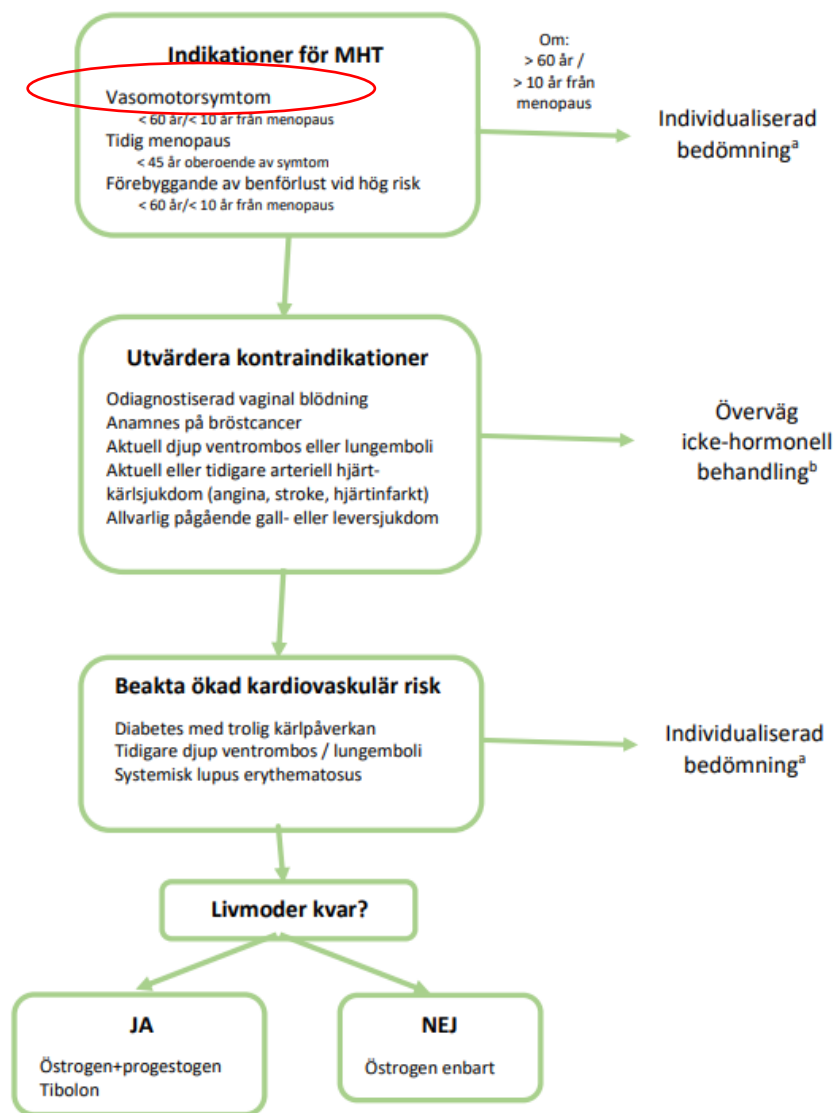
För utvärdering och uppföljning av klimakteriesymtom kan Menopause Rating Scale (MRS) användas.

Det är en validerad självskattningsskala bestående av 11 frågor om fysiska och mentala klimakteriesymtom med gradering från 0 = inga symtom till 4 = mycket svåra symtom.

MRS: Menopause rating scale

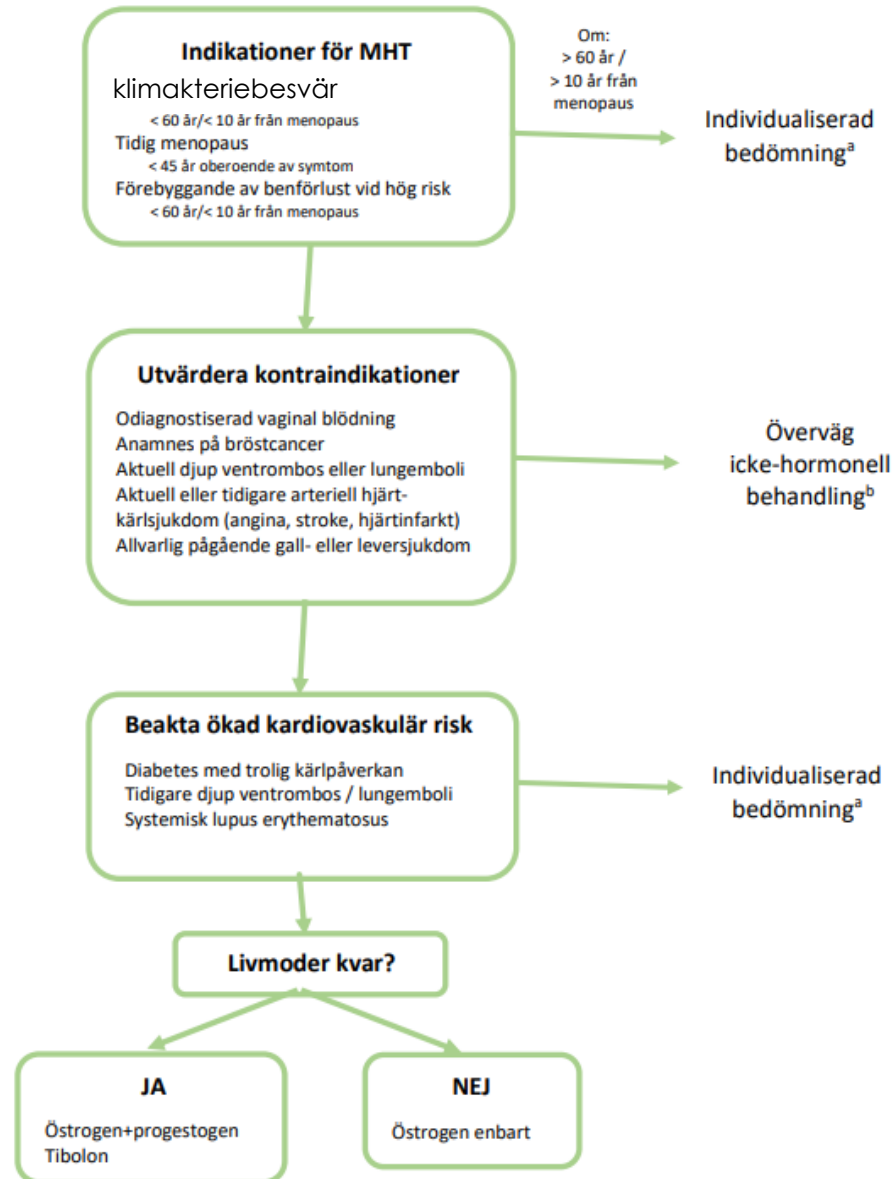
	0	1	2	3	4
1- Värmevallningar					
2- Palpitationer					
3- Sömnsvårigheter					
4- Tendens till depression					
5- Irritabilitet					
6- Ångest					
7- Svårt att fokusera, nedsatt minne					
8- Nedsatt sexuell lust					
9- Urinvägsbesvär					
10- Slemhinnetorrhet					
11- Besvär fr leder och muskler					

Figur 1. Flödesschema för systemisk MHT



^a För individualiserad bedömning, se särskilt Bakgrundsdocumentet. ^b För icke-hormonell behandling, se Bakgrundsdocumentet

Figur 1. Flödesschema för systemisk MHT



^a För individualiserad bedömning, se särskilt Bakgrundsdocumentet. ^b För icke-hormonell behandling, se Bakgrundsdocumentet

Kontraindikationer för systemisk MHT:

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

- (1) Odiagnostiserad vaginal blödning/misstänkt endometriecancer
- (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 med trolig kärlpåverkan
- (2) Tidigare djup ventrombos eller lungemboli eller kända riskfaktorer för dessa, se vidare bakgrundstexten och gäller fr.a. oral östrogenbehandling
- (3) Gallblåsesjukdom (gäller oral östrogenbehandling)
- (4) Tidigare endometriecancer, se vidare bakgrundstexten
- (5) Vissa övriga tillstånd^a

^a Östrogenbehandling kan förvärra astma, epilepsi, migrän, akut intermittent porfyri, systemisk lupus erythematosus, leverhemangiom och demens och bör därför användas med försiktighet vid dessa tillstånd.

Kontraindikationer för systemisk MHT:

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

- (1) Odiagnostiserad vaginal blödning/misstänkt endometriecancer
- (2) Anamnes på bröstcancer
- (3) Aktuell djup ventrombos eller lungemboli
- (4) Aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom orsakad av trombotisering (eller plack destabilisering) av arteriosklerotiska förändringar till ex. angina, stroke, eller hjärtinfarkt.
- (5) Allvarlig pågående gall- eller leversjukdom

Försiktighet bör iakttas hos kvinnor med:

- Tidigare endometriecancer.

Oral östrogenbehandling kan påverka ovanstående tillstånd. Däremot kan **transdermal** östrogenbehandling förskrivas efter individuell bedömning hos kvinnor med:

- Diabetes med trolig kärlpåverkan.
- Tidigare djup ventrombos och lungemboli eller kända riskfaktorer för dessa tillstånd (till ex kända trombofila sjukdomar såsom brist på protein C, protein S eller antitrombin).
- Artärbräck (Aneurysm).
- Gallblåsesjukdom.
- Migrän med aura (MHT i kontinuerlig behandling i lägsta effektiva dos rekommenderas).

Östrogenbehandling kan förvärra astma, epilepsi, visa leversjukdomar som till ex. akut intermittent porfyri, systemisk lupus erythematosus och leverhemangion och bör därför användas i samråd med behandlande läkare.

Aktuella registrerade preparat för MHT i Sverige

Preparatnamn	Form	Substans	Dosering/dag
Östrogen			
<i>Oral</i>			
Femanest	Tablett	Östradiol	1 - 2 mg
Progynon	Tablett	Östradiol	1 - 2 mg
<i>Transdermal</i>			
Divigel	Gel	Östradiol	0,5 - 1 mg
Estradot	Plåster ^a	Östradiol	25 - 100 µg /24t ^a
Estrogel	Gel	Östradiol	0,75 - 1,5 mg
Lenzetto	Spray	Östradiol	1-3 spraydoser (1,53 mg/d)
Kombinationspreparat, sekventiell			
<i>Oral</i>			
Divina plus	Tablett	Östradiol/MPA	2 mg/10 mg
Femasekvens	Tablett	Östradiol/NETA	2 mg/1 mg
Femoston	Tablett	Östradiol/Dydrogesteron	1 mg/10 mg, 2 mg/10 mg
Novofem	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/1 mg
Trivina	Tablett	Östradiol/MPA	2 mg/20 mg
<i>Transdermal</i>			
Sequidot	Plåster ^a	Östradiol/NETA	50 µg/250 µg
Kombinationspreparat, kontinuerlig			
<i>Oral</i>			
Activelle	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/0,5 mg
Cliovelle	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/0,5 mg
Eviana	Tablett	Östradiol/NETA	0,5 mg/0,1 mg
Femanor	Tablett	Östradiol/NETA	2 mg/1 mg
Femostonconti	Tablett	Östradiol/Dydrogesteron	0,5 mg/2,5mg, 1 mg/5mg
Indivina	Tablett	Östradiol/MPA	1 mg/2 mg, 1 mg/5 mg, 2 mg/5 mg
Noresmea	Tablett	Östradiol/NETA	1 mg/0,5 mg
<i>Transdermal</i>			
Estalis	Plåster ^a	Östradiol/NETA	50 µg/250 µg
Livial	Tablett	Tibolon	2,5 mg
Gestagener/Progesteron			
Duphaston ^b	Tablett	Dydrogesteron	2,5-5 mg/10 mg/d ^c
Primolut Nor	Tablett	NETA	0,35-2,5 mg/5 mg/d ^d
Provera	Tablett	MPA	2,5-5 mg/10 mg/d ^e
Utrogestan	Kapsel	Mikroniserat progesteron	100 mg ^b /200 mg/d ^f
Mirena	Spiral	LNG	20 µg/24tim

^a Byts 2 ggr/vecka.

^b Licenspreparat (Sept 2024).

^c Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 2,5-5 mg dagligen, beroende på östrogendosen. I sekventiell regim används 10 mg dagligen under 12 dagar varje månad.

^d Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. För kontinuerlig regim används t.ex. 0,35 mg (Mini-P) alternativt en halv tablett 5 mg (2,5 mg). I sekventiell regim används 5 mg i 12 dagar varje månad alternativt i 14 dagar 4 gånger om året (utglesad regim).

^e Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. Sekventiell regim används för samma antal dagar per månad eller var tredje månad som under punkt c.

^f Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 100 mg dagligen (Licenspreparat). I sekventiell regim används 200 mg (off-label) under 12 dagar varje månad.

NETA=Norestisteronacetat, **MPA**=Medroxiprogesteron, **DRSP**=drospirenon, **LNG**=levonorgestrel.

^a Byts 2 ggr/vecka.

^b Licenspreparat (Sept 2024).

^c Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 2,5-5 mg dagligen, beroende på östrogendosen. I sekventiell regim används 10 mg dagligen under 12 dagar varje månad.

^d Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. För kontinuerlig regim används t.ex. 0,35 mg (Mini-P) alternativt en halv tablett 5 mg (2,5 mg). I sekventiell regim används 5 mg i 12 dagar varje månad alternativt i 14 dagar 4 gånger om året (utglesad regim).

^e Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. Sekventiell regim används för samma antal dagar per månad eller var tredje månad som under punkt c.

^f Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 100 mg dagligen (Licenspreparat). I sekventiell regim används 200 mg (off-label) under 12 dagar varje månad.

NETA=Norestisteronacetat, **MPA**=Medroxiprogesteron, **DRSP**=drospirenon, **LNG**=levonorgestrel.

a=plåster

b=Duphaston Utrogestan 100 mg

c=Duphaston dosering

d=Primolut Nor dosering

e=Provera dosering

f=Utrogestan dosering

a=plåster

b=Duphaston Utrogestan 100 mg

c=Duphaston dosering

d=Primolut Nor dosering

e=Provera dosering

f=Utrogestan dosering

^a Byts 2 ggr/vecka.

^b Licenspreparat (Sept 2024).

^c Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 2,5-5 mg dagligen, beroende på östrogendosen. I sekventiell regim används 10 mg dagligen under 12 dagar varje månad.

^d Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. För kontinuerlig regim används t.ex. 0,35 mg (Mini-P) alternativt en halv tablett 5 mg (2,5 mg). I sekventiell regim används 5 mg i 12 dagar varje månad alternativt i 14 dagar 4 gånger om året (utglesad regim).

^e Kontinuerlig/sekventiell regim. Gestagendosen är beroende av östrogendosen. Sekventiell regim används för samma antal dagar per månad eller var tredje månad som under punkt c.

^f Kontinuerlig/sekventiell regim. I kontinuerlig regim används 100 mg dagligen (Licenspreparat). I sekventiell regim används 200 mg (off-label) under 12 dagar varje månad.

NETA=Norestisteronacetat, **MPA**=Medroxiprogesteron, **DRSP**=drospirenon, **LNG**=levonorgestrel.

Tabell 2. Aktuella registrerade hormonpreparat för lokal östrogenbehandling

Preparatnamn	Läkemedelsform	Östrogensubstans	Dos
Oestring	Vaginalinlägg	Östradiol	7,5 µg/24 timmar
Vagifem-Vagidonna	Vaginaltablett	Östradiol	10 µg
Ovesterin	Vaginalkräm, vagitorium	Östriol	500 µg
Blissel	Vaginalgel	Östriol	50 µg
Estrokad	Vagitorium	Östriol	30 µg

Preparat som ska läggas in i tabellen:

- Veoza (Fezolinetant): Icke-hormonell behandling som nyligen godkänts för behandling av VMS i samband med klimakteriet. Fezolinetant motverkar effektivt VMS men inte andra östrogenrelaterade symtom.
- Vagirux (=Vagifem)
- Gynoflor (0.03 mg Estriol (=”Estrokad”)/50 mg Lactobacillus acidophilus).

Veozza är ett bra alternativ vid VMS men saknar de andra positiva

östrogenerffkterna som är angelägna exempelvis för kvinnor med tidig menopaus

eller POI.

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 indicerad (rekommenderas vid första besöket, alternativt inom sex månader).

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 indicerad

- Det finns inget vetenskapligt stöd för ultraljudsscreening av symtomfria kvinnor för att upptäcka livmodercancer.
- Av detta skäl rekommenderas **inte** screening vare sig från ISUOG (International Society of Ultrasound in Ob/Gyn) eller NCI (National Cancer Institute) för de två verkliga riskgrupperna för endometriecancer: - tamoxifenbehandlade och obesa.
- Riktlinjerna för tamoxifenbehandlade är mycket tydliga : ”dessa bör endast utredas vid olaga blödning”.
- Enl NCI: ”There is no evidence that screening by ultrasonography reduces mortality from endometrial cancer.”

Uterine Cancer[Patient](#) >[Health Professional](#)[Endometrial Cancer Treatment](#)[Uterine Sarcoma Treatment](#)[Endometrial Cancer Prevention](#)**[Endometrial Cancer Screening](#)**[Research Advances](#) >

Endometrial Cancer Screening (PDQ®)—Health Professional Version

[Go to Patient Version](#) >

ON THIS PAGE

- [Summary of Evidence](#)
- [Significance](#)
- [Evidence of Benefit](#)
- [Special Populations](#)
- [Evidence of Harms](#)
- [Latest Updates to This Summary \(03/15/2024\)](#)
- [About This PDQ Summary](#)

Summary of Evidence

In This Section

- [Transvaginal Ultrasound: Benefits](#)
- [Transvaginal Ultrasound: Harms](#)
- [Endometrial Sampling \(Biopsy\): Benefits](#)
- [Endometrial Sampling \(Biopsy\): Harms](#)

Note: The Summary of Evidence section summarizes the published evidence on this topic. The rest of the summary describes the evidence in more detail.

Other PDQ summaries on [Endometrial Cancer Prevention](#); [Endometrial Cancer Treatment](#); and [Uterine Sarcoma Treatment](#) are also available.

Transvaginal Ultrasound: Benefits

There is no evidence that screening by ultrasonography (e.g., endovaginal ultrasound or transvaginal ultrasound) reduces mortality from endometrial cancer. Most cases of endometrial cancer (85%) are diagnosed at low stage because of symptoms, and survival rates are high.

Transvaginal Ultrasound: Harms

Based on solid evidence, screening asymptomatic women will result in unnecessary additional biopsies because of false-positive test results. Risks associated with false-positive tests include anxiety and complications from biopsies.

Study Design: Evidence obtained from cohort studies.

Internal Validity: Fair.

Consistency: One study for endometrial biopsy and one study for hysteroscopy.

Magnitude of Effects on Health Outcomes: Small negative magnitude.

External Validity: Fair.

Endometrial Sampling (Biopsy): Benefits

There is inadequate evidence that screening by endometrial sampling (i.e., biopsy) reduces mortality from endometrial cancer. Most cases of endometrial cancer (85%) are diagnosed at low stage because of symptoms, and survival rates are high.

[Uterine Cancer](#)[Patient](#) >[Health Professional](#)[Endometrial Cancer Treatment](#)[Uterine Sarcoma Treatment](#)[Endometrial Cancer Prevention](#)[Endometrial Cancer Screening](#)[Research Advances](#) >

Endometrial Cancer Screening (PDQ®)–Health Professional Version

[Go to Patient Version](#) >

ON THIS PAGE

- [Summary of Evidence](#)
- [Significance](#)
- [Evidence of Benefit](#)
- [Special Populations](#)
- [Evidence of Harms](#)
- [Latest Updates to This Summary \(03/15/2024\)](#)
- [About This PDQ Summary](#)

Summary of Evidence

In This Section

- [Transvaginal Ultrasound: Benefits](#)
- [Transvaginal Ultrasound: Harms](#)
- [Endometrial Sampling \(Biopsy\): Benefits](#)
- [Endometrial Sampling \(Biopsy\): Harms](#)

Transvaginal Ultrasound: Benefits

There is no evidence that screening by ultrasonography (e.g., endovaginal ultrasound or transvaginal ultrasound) reduces mortality from endometrial cancer. Most cases of endometrial cancer (85%) are diagnosed at low stage because of symptoms, and survival rates are high.

results. Risks associated with false-positive tests include anxiety and complications from biopsies.

Study Design: Evidence obtained from cohort studies.

Internal Validity: Fair.

Consistency: One study for endometrial biopsy and one study for hysteroscopy.

Magnitude of Effects on Health Outcomes: Small negative magnitude.

External Validity: Fair.

Endometrial Sampling (Biopsy): Benefits

There is inadequate evidence that screening by endometrial sampling (i.e., biopsy) reduces mortality from endometrial cancer. Most cases of endometrial cancer (85%) are diagnosed at low stage because of symptoms, and survival rates are high.

Uppföljning efter insatt behandling

Vid ny förskrivning rekommenderas uppföljning efter ca tre månader som kan göras per telefon. Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med ett till två års intervall. Vid behov justeras dos, regim och administrationssätt. Vid oregelbundet blödningsmönster rekommenderas gynekologisk undersökning med ultraljud. Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker.

Efter fem års behandling med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron liksom sekventiell behandling med utglesat progestagentillägg rekommenderas gynekologisk undersökning inklusive ultraljud pga begränsade kunskaper om endometrieskyddande effekt på längre sikt.

Uppföljning efter insatt behandling

Vid ny förskrivning rekommenderas uppföljning efter ca tre månader som kan göras per telefon. Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med ett till två års intervall.

Vid behov justeras dos, regim och administrationssätt. Vid oregelbundet blödningsmönster rekommenderas gynekologisk undersökning med ultraljud. Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker.

Efter fem års behandling med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron liksom sekventiell behandling med utglesat progestagentillägg rekommenderas gynekologisk undersökning inklusive ultraljud pga begränsade kunskaper om endometrieskyddande effekt på längre sikt.

Uppföljning efter insatt behandling

Vid ny förskrivning rekommenderas uppföljning efter ca tre månader som kan göras per telefon. Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med ett till två års intervall.

Vid behov justeras dos, regim och administrationssätt. Vid oregelbundet blödningsmönster rekommenderas gynekologisk undersökning med ultraljud. Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker.

Efter fem års behandling med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron liksom sekventiell behandling med utglesat progestagentillägg rekommenderas gynekologisk undersökning inklusive ultraljud pga begränsade kunskaper om endometrieskyddande effekt på längre sikt.

Uppföljning efter insatt behandling

Vid ny förskrivning rekommenderas uppföljning efter ca tre månader som kan göras per telefon. Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med ett till två års intervall. Vid behov justeras dos, regim och administrationssätt. Vid oregelbundet blödningsmönster rekommenderas gynekologisk undersökning med ultraljud. Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker.

Efter fem års behandling med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron liksom sekventiell behandling med utglesat progestagentillägg rekommenderas gynekologisk undersökning inklusive ultraljud pga begränsade kunskaper om endometrieskyddande effekt på längre sikt.

Uppföljning efter insatt behandling

Vid ny förskrivning rekommenderas uppföljning efter ca tre månader som kan göras per telefon. Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med ett till två års intervall. Vid behov justeras dos, regim och administrationssätt. Vid oregelbundet blödningsmönster rekommenderas gynekologisk undersökning med ultraljud. Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker.

Efter fem års behandling med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron liksom sekventiell behandling med utglesat progestagentillägg rekommenderas gynekologisk undersökning inklusive ultraljud pga begränsade kunskaper om endometrieskyddande effekt på längre sikt.

Uppföljning efter insatt behandling

Vid ny förskrivning rekommenderas uppföljning efter ca tre månader som kan göras per telefon. Återbesök med förnyad risk-nyttavärdering bör erbjudas med ett till två års intervall. Vid behov justeras dos, regim och administrationssätt. Vid oregelbundet blödningsmönster rekommenderas gynekologisk undersökning med ultraljud. Byte till transdermalt östrogenpreparat kan övervägas vid stigande ålder och/eller vid tillkomst av hjärt-kärlrisker och metabola risker.

Efter fem års behandling med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron liksom sekventiell behandling med utglesat progestagentillägg rekommenderas gynekologisk undersökning inklusive ultraljud pga begränsade kunskaper om endometrieskyddande effekt på längre sikt.

Motion till riksdagen
2022/23:801

av Louise Thunström och Paula Holmqvist (båda S)

En jämlik klimakterievård i hela landet

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att se över förutsättningarna för att bedriva en mer jämlik och stärkt vård för klimakteriebesvär i hela landet och tillkännager detta för regeringen.

Socialstyrelsens kartläggning från 2021 pekar på ett behov av såväl förbättrad information och vägledning till kvinnor i klimakteriet som ett nationellt kunskapsstöd till vården i fråga om råd, stöd och behandling. Kvinnor i eller på väg in i klimakteriet behöver tillgång till en vård av hög kvalitet oavsett var i landet de bor och oavsett förkunskaper.

tillgång till en vård av hög kvalitet oavsett var i landet de bor och oavsett
förkunskaper.

År 2024:

Underbehandling?

Underbehandling, varför?

Okunskap? oro?

- Kvinnor som tidigare haft VTE.
- Kvinnor med kontraindikation för komb. p piller.
- VET risk (APC resistens, mm).
- Br cancer hereditet.
- POI/ prematur menopaus.
- Kvinnor som har andra besvär än VMS.

År 2024:

Överbehandling?

Överbehandling, varför?

Okunskap? ekonomisk vinst?

- Speciellt hos kvinnor i premenopaus ålder.
- Kvinnor med psykisk ohälsa.
- PMS/PMDS
- Kvinnor som vill använda MHT ”i förebyggande syfte”

Är det fel? Farligt?



TACK!

See you in Valencia



15TH EUROPEAN CONGRESS
ON MENOPAUSE AND ANDROPAUSE
14 – 16 MAY 2025 | VALENCIA

Empowering Science and Healthcare

2025.emas-online.org

