

Klimakteriebehandling

Fastställt juni 2021 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m juni 2023.

Huvudbudskap

- ◉ Kvinnor som söker för klimakteriebesvär ska kunna erbjudas behandling med menopausal hormonterapi (MHT) vid klimakteriebesvär. Klimakteriebehandling kan startas och skötas inom allmänmedicin hos kvinnor >45 år, med stöd av denna RMR.
- ◉ Många kvinnor har också god nytta med minimal risk av lokal östrogenbehandling och bör uppmantras att använda det.

Bakgrund

Sju av tio kvinnor i klimakteriet upplever vasomotoriska symtom som svettningar, värmevallningar och sömnproblem. En tredjedel av kvinnorna har så uttalade besvär, att de vill ha behandling. Menopausal hormonterapi (MHT) har god effekt på östrogenbristsymtom och risk-nytta förhållandet är bäst om behandlingen påbörjas i samband med klimakteriet.

Klimakteriet, menopaus eller övergångsåldern är den tid då kvinnans menstruation upphör. Medianåldern för en kvinna att gå in i klimakteriet är 52 år, men både fem år tidigare eller senare är vanligt.

Utredning

Vid ställningstagande till MHT, ska kvinnans symtom i relation till risker bedömas. Beakta differentialdiagnoser som depression och tyreoidasjukdom. Informera om betydelse av livsstil, exempelvis vikt, rökning och fysisk aktivitet. Blodtryck ska mätas. Kvinnan ska delta i screeningprogram mot cancer i bröst (mammografi) och livmoderhals (cellprovtagning).

Gynekologisk undersökning ska göras vid eller inom ett halvår efter påbörjad systemisk östrogenbehandling för att utesluta en stor bäckenresistens, då muskelknutor (myom) kan tillväxa av behandlingen. Ultraljudsundersökning av gynekolog behöver göras om undersökningsfynden är osäkra eller om kvinnan har oklara blödningar.

Vid osäkerhet om menopaus hos kvinnor under 45 år, kan blodprovet S-FSH kontrolleras. Provet kan i särskilda fall underlätta diagnostiken hos kvinnor med hormonspiral (innehåller gestagen) som kan ha varit utan mens i många år innan klimakteriebesvären debuterar. Då ger blödningsfrihet ingen vägledning om menopaus. Har kvinnan däremot fortsatt mens, med eller

utan spiral, ger S-FSH ingen vägledning om kommande menopaus trots symtom.

Indikationer för MHT

- Klimakteriebesvär - vasomotoriska symtom hos kvinnor yngre än 60 år eller inom 10 år efter menopaus.
- Tidig menopaus hos kvinnor yngre än 45 år oberoende av symtom. Det gäller särskilt för kvinnor med prematur ovarialsvikt (yngre än 40 år) eller menopaus efter kirurgi på äggstockarna.

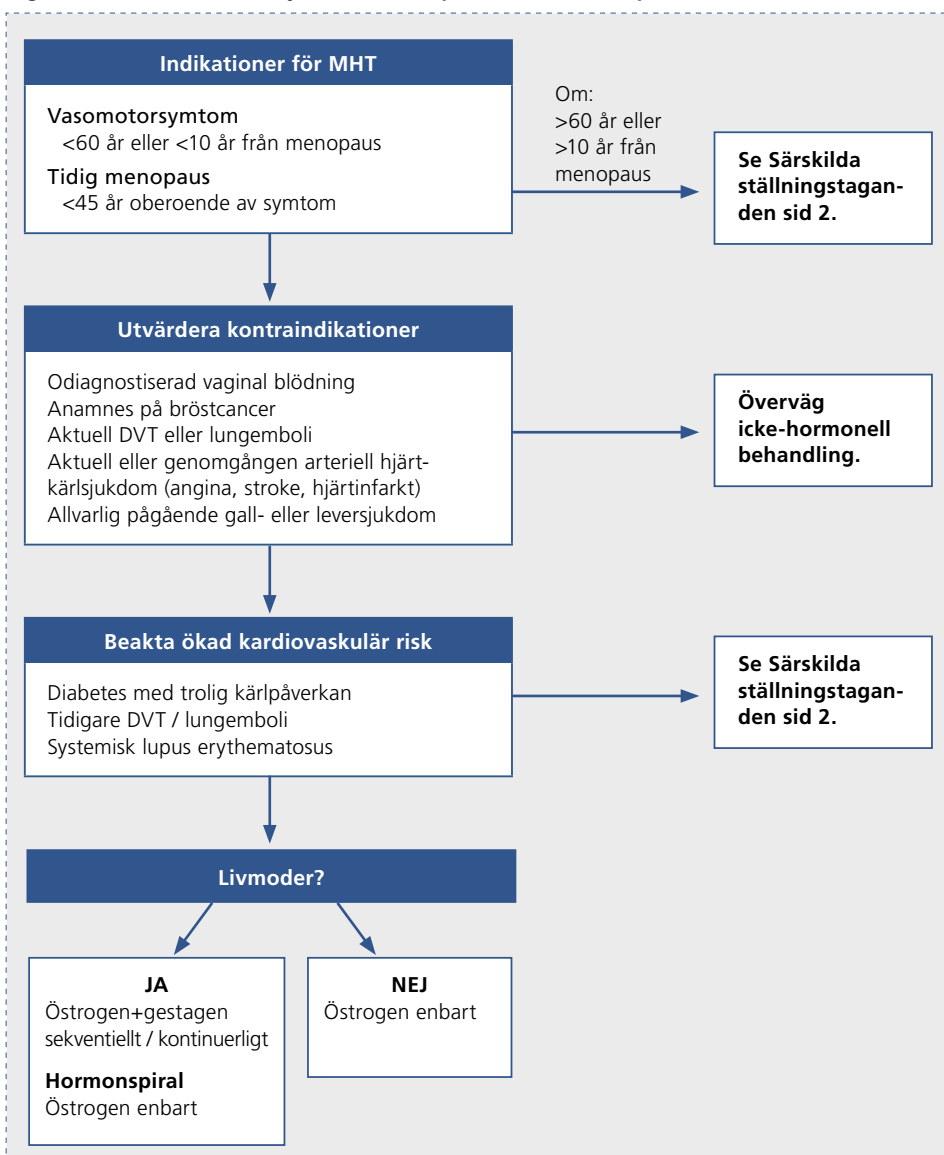
MHT har positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt, frakturrisik och att förebygga hjärt-kärlsjukdom samt minskar risken för diabetes respektive mortalitet.

Kontraindikationer för MHT

- Anamnes på bröstcancer.
- Oklar blödning från livmodern, misstänkt livmoderkroppscancer.
- Aktuell djup ventrombos (DVT) eller lungemboli.
- Aktuell eller genomgången arteriell hjärt-kärlsjukdom (angina, stroke, hjärtinfarkt).
- Allvarlig pågående gall- eller leversjukdom.

Försiktighet ska iaktas hos kvinnor som har diabetes med kärlpåverkan och tidigare livmoderkroppscancer. För peroralt östrogen gäller försiktighet även vid riskfaktorer för eller tidigare DVT / lungemboli och gallblåsesjukdom.

Figur 1. Flödesschema för systemisk menopausal hormonterapi



Diagnos

N95.9 Klimakteriebesvär UNS

Vasomotorisktymtom kan debutera före, under eller efter menopaus. Ofta kvarstår symtomen i flera år efter debut.

För att ställa diagnos behövs varken ultraljudsundersökning eller hormonella blodprov hos kvinnor över 45 år. Kvinnor i klimakteriet yngre än 45 år ska utredas av gynekolog.

Läkemedel

Östrogen (östradiol) i lägsta effektiva dos kan ges i form av tablett, plåster, gel eller spray för systemisk behandling. Hos kvinnor med livmoder ska systemisk östrogenbehandling kombineras med gulkroppshormon (gestagen eller progesteron) cykliskt eller kontinuerligt, för att undvika ökad risk för endometrie-cancer.

Före och under första året efter menopaus, kombineras östrogen med gulkroppshormon cykliskt genom att framkalla bortfallsblödningar. Vanligast är progesteronlikt syntetiskt gestagen i tabletter som tas 12 dagar per månad eller 14 dagar var tredje månad (utglesad terapi). Hormonspiral är ett bra alternativ och ger ofta blödningsfrihet.

Hos kvinnor utan naturlig menstruation sedan minst ett år, kan östrogen och gulkroppshormon kombineras i samma tablett eller plåster för att få blödningsfrihet. Påbörjas den här behandlingen för tidigt, får kvinnan blödningsrubbing pga. egen fortsatt och varierande hormonproduktion.

Kvinnor utan livmoder behöver inget gulkroppshormon, med undantag för dem som behandlats för endometrios och därför bör använda kombinerade läkemedel alternativt tibolon.

För läkemedel och terapiråd, se [REKlistan](#).

Uppföljning

Vid nyinsatt systemisk behandling rekommenderas telefonkontakt efter 3 månader.

Blödningsstörning de första 3 månaderna är vanligt och behöver inte remitteras till gynekolog.

Vid varje förskrivningstillfälle ska risk-nytta bedömning göras med hänsyn till kvinnans övriga sjukdomar och hälsorisker. Återbesök ska erbjudas med 1–2 års intervall. Vid behov justeras behandlingen: dos, regim och administrationssätt. Hjälpt att sluta röka ska erbjudas, se [Prevention och behandling vid tobaksbruk](#).

Kontrollera att kvinnan gjort screening med mammografi och cellprov.

När den systemiska östrogendosen sänks, får kvinnor ofta nytta av lokal östrogenbehandling. Flertalet läkemedel är receptfria och har god lokal effekt med minimal riskprofil. Däremot har lokalt östrogen inte tillräcklig effekt på vasomotor-

symtom. Lokalt östrogen har heller inte samma risker eller kontraindikationer som systemisk behandling. För läkemedel och terapiråd, se [REKlistan](#).

Avslutande av MHT

Kvinnor med tidig menopaus eller prematur ovarialsvikt bör fortsätta behandlingen till efter normal menopausålder (52 år).

För övriga kvinnor är behandlingstiden inte längre begränsad till 5 år, utan beslut tas tillsammans med kvinnan efter övervägande av risk-nytta. Dosen östrogen kan trappas ner och efter lång tids behandling kan det räcka med 2–3 tabletter i lägsta dos per vecka för att lindra symtomen.

Avslutas behandling med MHT, tveka inte att föreslå lokal östrogenbehandling vid lokala besvär t.ex. dyspareuni eller urinvägsbesvär. Flertalet behandlingssalternativ är receptfria.

Annan behandling än MHT

Regelbunden fysisk aktivitet, akupunktur och läkemedel (SSRI-SNRI) har effekt på vasomotorisktymtom, även om nyttan inte är lika väldokumenterad som systemisk östrogenbehandling.

Socialstyrelsen har 2020 publicerat guiden "[Levnadsvanors betydelse för lindring av klimakteriebesvär](#)" med ett [informationsblad](#) som kan lämnas till patienter.

Vårdnivå

Hos kvinnor över 45 år initieras behandlingen av allmänläkare och gynekolog konsulteras vid behov.

Särskilda ställningstaganden

Att påbörja systemisk MHT till kvinnor över 60 år eller mer än 10 år efter menopaus rekommenderas inte pga. högre absolut risk i åldersgruppen för hjärt-kärlsjukdom, stroke, DVT och demens. Efter 5 års behandling med kombinerad östrogen-gestagenterapi ses en förhöjd risk för bröstcancer. Samma riskökning ses inte hos kvinnor utan livmoder som bara använder östrogen. Kvinnor med MHT behöver fortsätta genomgå mammografi, även när den vanliga screeningen avslutas och då får remiss skrivas.

lakttag försiktighet då östrogenbehandling kan förvärra astma, epilepsi, migrän, akut intermittert porfyri, SLE, leverhemangiom och demens.

Transdermalt östradiol (plåster, gel, spray) är att föredra vid ökad risk för kardiovaskulär-, metabol- och leversjukdom. Peroralt östrogen ökar risken för DVT, medan transdermalt östrogen inte gör det.

Bioidentiska progesteroner efterfrågas av en del kvinnor som alternativ till syntetiska gestagener, både pga. förhoppningar om mindre humörstörning och lägre risk för bröstcancer. Kombinerade läkemedel med

östrogen och progesteronlikt dydrogesteron i tabletter kan förskrivas på recept sedan 2019. Läkemedlet saknar subvention och ingår inte i högkostnadsskyddet. Samma gäller för indikation klimakteriebehandling, om recept skrivs på progesteron att använda i slidan med systemisk effekt. Däremot kan peroral behandling med progesteron eller utrogestan tabletter bara förskrivas efter licensansökan.

Endometrieskyddet vid användning av bio-identiska progesteroner (inkl utrogestan och dydrogesteron) är inte lika väl dokumenterat som vid användning av gestagen, varför ultraljudskontroll av endometriet hos gynekolog rekommenderas med 2 års intervall. Sammantaget rekommenderas därför MHT-behandling i första hand med östrogen + syntetiskt gestagen, se [REKlistan](#).

FÖR TERAPIGRUPP GYNEKOLOGI

Charlotte Greppe, ordförande

Referenser

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi:

- [SFOG Råd Menopausal hormonterapi \(MHT\)](#), antagna 210121
- [Bakgrundsdokument MHT 210121](#)

National Institute for Health and Care Excellence – NICE, UK:

- [Menopause diagnosis and management 2015 \(updated 2019\)](#)

The North American Menopause Society – NAMS:

- [The 2017 hormone therapy position statement](#)
- [The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement](#)

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi:

- [Postmenopausal hormonterapi med udgangspunkt i NICE guideline \(2017\)](#)

Västra Götalandsregionen

- [RMR Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi 2020](#)

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Gynekologi
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se