

FAGUTVIKLING

Hormonterapi kan trygt brukes i overgangsalderen

Kvinner i overgangsalderen som bruker hormonterapi, får bedre livskvalitet og en stor helsegevinst. Det viser ny forskning.

[Helena Enger](#)

Gynekolog

Volvat Medisinske Senter, Oslo

[Hormonterapi](#)

[Kvinnehelse](#)

[Gynekologi](#)

Sykepleien 2023;111(90860):e-90860

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.90860](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.90860)

Hovedbudskap

Hormonterapi i overgangsalderen er helsefremmende for plagede kvinner. Problemet er at mange kvinner ikke har kunnskaper om hormonterapi, men de forbinder bruk av all østrogenbehandling med brystkreftfare og død. I dag vet vi at kvinner som bruker hormonterapi i overgangsalderen, har lavere sykkelighet og dødelighet senere i livet enn kvinner som ikke bruker hormonterapi.

Er det farlig å bruke hormonterapi mot overgangsaldersplager? Dere skal få svaret med en gang: Nei, det er det ikke!

Det er helsefremmende å bruke hormonterapi mot overgangsplager så lenge den startes hos friske kvinner under 60 år eller gis til friske kvinner som har hatt sin siste menstruasjon for mindre enn ti år siden (1). Tidsrommet kalles for *window of opportunity* eller «mulighetenes vindu», og det er viktig ikke å gå glipp av denne muligheten for behandling, ved behov (2).

Problemet er at de fleste kvinner ikke vet dette. Mange er redde og forbinder bruk av all østrogenbehandling med brystkreftfare og død. Skepsisen stammer blant annet fra en stor amerikansk studie, The Women's Health Initiative (WHI) (3), som i 2002 gikk ut med midlertidige funn og advarte mot fare for brystkreft, blodpropp og slag ved hormonbehandling.

Etter at forskerne gikk gjennom resultatene på nytt, ble det klart at denne risikoen ikke gjaldt for de yngste kvinnene som var med i studien, de under 60 år. I tillegg har utallige nye studier motbevist påstandene (3).

For eksempel vet vi i dag at kvinner som bruker hormonterapi i overgangsalderen, har lavere sykkelighet og dødelighet senere i livet enn kvinner som ikke bruker hormonterapi. I tillegg er det påvist en bedre livskvalitet uten store overgangsplager (2).

Slik vi vurderer farene i dag, er hormonbehandling kontraindisert ved brystkreft, og ved blodpropp og hjertesykdom bør vi være tilbakeholdne med å anbefale systemiske hormontilskudd.

Vi må kjenne igjen symptomene på overgangsalderen

Jeg anser en fagartikkel i *Sykepleien* som en god mulighet til å formidle ny kunnskap om hormonbehandling til sykepleiere. Det hevdes at overgangsalderen er det siste tabuet – at den ikke snakkes om og er skambelagt.

Det er på tide å snakke høyt og tydelig om overgangsalderen, for den handler om kvinnehelse. Det foreligger som sagt bedre livskvalitet og en stor helsegevinst ved å bruke hormonterapi mot plager i overgangsalderen.

«Det hevdes at overgangsalderen er det siste tabuet.»

Det vi må begynne med, er å snakke om å kjenne igjen symptomer på overgangsalderen. De fleste kvinner vet at overgangsalderen inntreffer rundt 52-årsalderen, og at hetetokter, menstruasjonsforstyrrelser og tørre slimhinner i skjeden kan oppleves som problematisk. Symptomene over er kun noen få av de østrogenmangelrelaterte plagene som kvinner kan få.

Andre veldokumenterte plager er søvnvansker, hjertebank, leddsmerter, konsentrasjonsvansker, uro, depresjon, angst, slitenhet, hjernetåke og vektøkning. Slike plager er det viktig at både kvinnene selv og deres behandlere kjenner igjen for å kunne håndtere plagene på best mulig måte (4).

Plager av østrogenmangel bør behandles

Misforstå meg ikke. Hormonterapi er ikke en vidundermedisin som hjelper på alt. Vi kan for eksempel ha leddsmerter, hjertebank og oppleve tristhet eller depresjon av andre grunner enn østrogenmangel. Men hvis det er østrogenmangelen som utløser plagene, vil hormonterapi kunne hjelpe.

«Tenk tanken! Kan det være østrogenmangel som ligger bak plagene?»

Da er det viktig å behandle på denne måten og ikke starte antidepressiv behandling eller gi betennelsesdempende medisin mot leddsmerter når grunnen for plagene er en helt annen og kunne vært løst på en enklere måte, som kanskje også ville hjulpet på andre plager. Budskapet er: Tenk tanken! Kan det være østrogenmangel som ligger bak plagene en kvinne opplever midt i livet?

Det er allment kjent blant gynekologer at cirka 30 prosent av kvinnene ikke er plaget av overgangsalderen, at 30 prosent er middels plaget, og at 30 prosent er veldig plaget.

I henhold til retningslinjene til Norsk gynekologisk forening (5) kan hormonterapi forskrives mot overgangsalderssymptomer hos plagede kvinner. Da er det viktig å kjenne igjen plagene behandlingen kan hjelpe på. Vi må også huske at enhver kvinne er unik, også medisinsk sett, og at en eventuell hormonterapi må tilpasses den enkelte i styrke, form og lengde.

Hvorfor behandler vi ikke overgangsplager?

Noen hevder at overgangsalderen er en naturlig tilstand som ikke skal tukles med. Da finnes det i så fall flere naturlige tilstander som vi faktisk velger å tukle med. Naturen hadde i utgangspunktet ikke tenkt at norske kvinner i snitt ville bli 84 år gamle.

Levealderen er økt voldsomt de siste 200 årene etter at medisinske fremskritt er blitt en del av hverdagen vår. Det betyr at en kvinne som kommer i overgangsalderen rundt 52-årsalderen, vil leve med sin østrogenmangel i omtrent 30 år etter siste menstruasjon.

Vi velger å behandle aldersdiabetes, høyt kolesterol og høyt blodtrykk, for å nevne noen ikke helt unaturlige sykdommer. Felles for disse tilstandene er at de blir vanligere med økende alder og økende vekt. Ganske naturlig, da vi vet at mennesker legger på seg med økende alder i løpet av livet.

Hvorfor skal vi da ikke hjelpe kvinner med overgangsaldersplager til en bedre livskvalitet? Når vi ser at det til og med gir en helsegevinst senere i livet? Er hetetokter, hjertebank, uro, depresjon og leddsmerter mindre alvorlig når det er kvinner midt i livet som blir plaget?

Kvinner er forskjellige – både i graden av plager, men også i nedarvet risiko for sykdom senere i livet. Noen av oss har foreldre som er friske i kropp og i sjel og blir 90 år gamle. Andre har det ikke like lett og kan fortelle om familierelatert sykdom, der både foreldre, onkler og tanter er operert på grunn av trange kar til hjertet, at mange i familien lider av aldersdiabetes, dårlige kolesterolverdier, høyt blodtrykk eller annen sykdom.

Vi kan forhindre noen risikofaktorer for sykdom

Noen sykdommer kan være livsstilsrelaterte. Det å trene, spise sunt og prøve å holde vekten er viktig og kan gi svært god uttelling i form av god helse, både i denne fasen og senere i livet.

Trening – gjerne styrketrening, lite alkohol, ikke røyk og vektkontroll er en god start. Og når vi snakker om vekt: Mange kvinner i overgangsalderen forteller at de trener og spiser som før, men likevel går opp i vekt. Det er dessverre veldig vanlig. Ifølge Kreftforeningen er kraftig overvekt forbundet med både sykdom og kreft (6).

Det er både vanskelig og utakknemlig å prøve å gå ned i vekt når vi først har gått opp, men det finnes muligheter for hjelp til å gå ned i vekt. Alle som sliter med vektproblemer, bør prøve å lese informasjonen fra Kreftforeningen (6) for å få råd om vektreduksjon. Fastlegen kan komme med råd om hva slags type vektreduksjon hver enkelt kvinne kan få hjelp med.

Uansett fortjener alle vektplagede som prøver å ta opp kampen mot overvekten, en gullmedalje, for vektreduksjon er både tungt og hardt arbeid.

Alkohol gir større risiko for brystkreft enn hormonterapi

Hvorfor er det så viktig å prøve å holde vekten? Jo, både det å bli kraftig overvektig med BMI over 30 og det å ha et høyt alkoholforbruk (4) anses å være farligere for brystkreftrisikoen enn å bruke hormonterapi mot overgangsaldersplager. Angående alkohol er bruk av mer enn ett glass vin daglig vist å øke kreftrisikoen generelt (7).

«De største risikofaktorene for brystkreft er alder, kjerteltetthet og gener.»

Og når vi først er inne på risikofaktorer for sykdom, er de største risikofaktorene for brystkreft alder, kjerteltetthet og gener. Disse er vi født med og kan ikke endre. Desto større grunn for å legge til rette for bra forhold for trening, diett og sunt kosthold.

Hormonterapi motvirker bentap og kan øke livskvaliteten

Benskjørhet den eneste tilstanden der hormonterapi, eventuelt i tillegg til annen behandling, anbefales for å motvirke bentapet – selv uten overgangsplager.

Hormonterapi i overgangsalderen forebygger sykdom senere i livet, men det er ikke en grunn til å gi hormonterapi etter norske retningslinjer (5). Plager i overgangsalderen må være til stede. Da bør man kjenne igjen symptomene.

At kvinner på hormonterapi i overgangsalderen holdt seg friskere senere i livet, kunne vi se allerede i 2002 i WHI-studien (3), om vi bare hadde sett på de yngste studiedeltakerne under 60 år. I denne gruppen kvinner fant de i tillegg økt livskvalitet med bedre søvn, færre hetetokter og bedre seksualfunksjon i tillegg til en reduksjon i hjerte- og karsykdom og diabetes.

Videre forelå det senere i livet færre benskjørhetsrelaterte benbrudd og redusert forekomst av tykktarmskreft. Det ble heller ikke påvist økt dødelighet av brystkreft eller økt samlet kreftrisiko blant de yngste kvinnene (2).

Tidligere negative effekter av hormonterapi var misvisende

Men denne informasjonen druknet i støyen fra studiens skremmende resultater om brystkreft, blodpropp og slag, som ble funnet i resultatene fra den eldre kvinnegruppen.

Det er viktig at kvinner vet at målet med WHI-studien (3) var å undersøke hvorvidt hormonterapi hadde en positiv effekt på hjerte- og karsykdom og benskjørhet, og det hadde den. For å finne ut av dette inviterte forskerne kvinner mellom 50 og 80 år til å være med i studien. Det ble ikke spurt om hvem som hadde hetetokter, eller hadde tatt hormonterapi tidligere. Preparatene som ble gitt, var andre enn de som blir anbefalt i dag. Alle fikk samme dose, og snittalderen på kvinnene i studien var 63 år.

I dag får ingen kvinne på 63 år hormonterapi ved ønske dersom hennes siste menstruasjon ligger lenger tilbake enn ti år. Da er det for sent å starte opp behandling siden mengden åreforkalkning anses å være for stor. «Mulighetenes vindu» er passert. Nettopp det at hormonterapien startet for sent, er et av kritikkpunktene i forbindelse med WHI-studien. Den har likevel gitt oss mye viktig informasjon, spesielt om langtidsfunn etter hormonbehandling.

I dag vet vi mer om hormonpreparater

I tillegg vet vi i dag hvilke preparater som har de beste bivirkningsprofilene, og den internasjonale anbefalingen om hormonterapi mot overgangsaldersplager er østrogenet østradiol med et gestagentillegg av typen mikronisert progesteron eller dydrogesteron for alle som ikke har operert bort livmoren (2, 4). Med denne kombinasjonen er det i en stor studie fra Frankrike ikke påvist økt brystkreftfare de første fem til sju-åtte årene av behandlingen (8).

Østradiol og mikronisert progesteron er begge såkalt bioidentiske, det vil si helt like det østrogenet eller progesteronet som dannes i eggstokkene våre. Ved bruk av disse preparatene eller østradiol og dydrogesteron kan risikoen for brystkreft reduseres ytterligere (2, 4). Husk at det ikke er økt samlet dødelighet verken av brystkreft eller annen kreft ved bruk av hormonterapi.

I tillegg forebygger hormonterapi åreforkalkning, hjerte- og karsykdom, benskjørhet, demens, urinveisinfeksjon samt demper leddplager og har ofte en positiv effekt på både søvn og humør (4).

Dagens behandling skreddersys

Hvor lenge kan en kvinne bruke hormonterapi mot sine plager? I dag foreligger det faglig enighet om at det er kvinnens livskvalitet som bestemmer hvor lenge hun bruker hormonterapi, så lenge hun ikke har fått alvorlig sykdom som forbyr hormonterapi, som for eksempel kreft i livmorhulen eller brystet (9).

Valget skal være informert, det vil si at kvinnen skal opplyses om fordeler og ulemper og bestemme sammen med legen hva hun ønsker videre. Genazzani og medarbeidere (9) anbefaler at man tar opp spørsmålet til vurdering med fem års mellomrom. Videre bør preparater vurderes kontinuerlig og de sikreste preparatene forskrives og gis i så lav dose som mulig, men så høy som nødvendig for å gi god effekt mot kvinnens plager (9).

«Om vi velger å gi østrogen gjennom huden, unngår vi risikoen for blodpropp og blodtrykksøkning.»

Om vi velger å gi østrogen gjennom huden, unngår vi risikoen for blodpropp og blodtrykksøkning. I tillegg kan vi gi en dose som er lavere enn om preparatet gis i tablettform (10).

Det betyr at behandlingen skreddersys for hver enkelt kvinne. Hvor høy dose trengs? I hvilken form? Og hvor lenge? Angående dosen titreres det ofte fra lav dose til høyere, og subjektiv symptomfrihet hos kvinnen regnes som riktig dose. Dette gjelder for kvinner som kommer i overgangsalderen til vanlig tidspunkt mellom 45- og 55-årsalderen.

Hvordan når vi ut med det positive budskapet?

Forskningen er entydig positiv, men hvordan når vi ut med budskapet om at hormonterapi til kvinner med overgangsplager er helsefremmende og ikke farlig?

Jeg tenker at kunnskap er makt, og om vi klarer å dele denne kunnskapen – ikke bare med alle kvinner, men også med alle sykepleiere, leger og medier – så er vi kommet et godt stykke videre. Overgangsalderen blir mindre skremmende om kvinner vet at plagene kan behandles (1). Til slutt har jeg en oppfordring til sykepleiere i samtale med pasienter: Fokuser på hvordan de subjektivt beskriver sine plager, og del denne kunnskapen.

Det handler om kvinnehelse!

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



LAV DOSE: Ved å gi østrogen gjennom huden unngår vi risikoen for blodpro... **LES MER** ▾

1. Enger H. Hetetokter og kalde fakta. 1. utg. Oslo: Frisk forlag; 2020.
2. Eriksen EF, Moen MH, Iversen OE. Østrogener i menopausen – på tide å endre anbefalingene? Tidsskr Nor Legeforen. 2018;138(6). DOI: [10.4045/tidsskr.17.1059](https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1059)

3. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanic ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321–33. DOI: [10.1001/jama.288.3.321](https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321)
4. Baber R, Panay N, Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016;19(2):109–50. DOI: [10.3109/13697137.2015.1129166](https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166)
5. Øverli I, Ullern Å-M, Johansen N. Overgangsalder (menopause). Veileder. Oslo: Norsk gynekologisk forening; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/overgangsalder-menopause/> (nedlastet 06.12.2022).
6. Kreftforeningen. Overvekt og kreft. Oslo: Kreftforeningen; u.å. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forebygging/overvekt-og-kreft/> (nedlastet 06.12.2022).
7. Kreftforeningen. Forebygging alkohol og kreft. Oslo: Kreftforeningen; u.å. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft/> (nedlastet 06.12.2022).
8. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat. 2008;107(1):103–11. DOI: [10.1007/s10549-007-9523-x](https://doi.org/10.1007/s10549-007-9523-x)
9. Genazzani AR, Monteleone P, Giannini A, Simoncini T. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. Hum Reprod Update. 2021;27(6):1115–50. DOI: [10.1093/humupd/dmab026](https://doi.org/10.1093/humupd/dmab026)
10. Mueck A. Postmenopausal hormone replacement therapy and cardiovascular disease: the value of transdermal estradiol and micronized progesterone. Climacteric. 2012;15(sup1):11–7. DOI: [10.3109/13697137.2012.669624](https://doi.org/10.3109/13697137.2012.669624)