

Klimakterievård

Klimakteriet är en naturlig biologisk händelse och definieras som tiden före och efter den sista menstruationen (menopaus). Under denna period minskar successivt östrogenproduktionen från ovarierna, vilket i slutänden leder till att endometriet inte längre stimuleras och menstruationerna upphör. Cirka 75 procent av alla kvinnor drabbas av vasomotorsymtom i form av värmevallningar och svettningar, som ofta orsakar sömnproblem, samt hjärtklappning [1]. Symtomen varierar mycket mellan olika individer [2], men en tredjedel av alla kvinnor i klimakterieåldern har så svåra besvär att de önskar någon form av behandling [3]. Symtom på torra slemhinnor i underlivet, så kallad vulvovaginal atrofi, hänger ihop med uttalad östrogenbrist och drabbar cirka 50 procent av postmenopausala kvinnor [4].

Socialstyrelsen har nyligen gjort en nationell kartläggning av råd, stöd och behandling av klimakteriebesvär [5] samt publicerat en rapport som visar på stora regionala skillnader tydande på ojämlig klimakterievård i landet [6]. Samverkan mellan olika professioner och vårdnivåer behöver förbättras, och primärvården behöver ta ett större ansvar. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) publicerade för några år sedan råd [7] och bakgrundsdokument [8] om menopausal hormonbehandling. Vidare har Läke-medelsverket nyligen publicerat behandlingsrekommendationer [9] och bakgrundsdokumentation [10] för menopausal hormonbehandling och lokal östrogenbehandling.

Denna ABC-artikel bygger på SFOG:s råd samt Läke-medelsverkets rekommendationer och riktar sig främst till primärvården.

MENOPAUS OCH TYPISKA SYM TOM UNDER OLIKA FASER

Menopaus, det vill säga den sista spontana menstruationsblödningen, inträffar i genomsnitt vid 51,5 års ålder, med en normal variation från 45 till 60 års ålder [11]. Tidpunkten för menopaus fastställs i efterhand då kvinnan varit blödningsfri i 12 månader. Många faktorer, inklusive ärftlighet och etnicitet, spelar roll för när menopausen inträffar [1, 11]. Rökning har samband med i genomsnitt två år tidigare menopaus än hos icke-rökare [12].

Klimakteriet pågår sammanlagt i 5 till 10 år och kan delas in i tre huvudfaser från det första tecknet på ovariell svikt till tiden efter menopaus då östrogenproduktionen har stabiliserats på en lägre nivå [13]:

- Premenopaus, definierat som sen reproduktiv period, är tiden före menopaus då ovariernas hormonproduktion börjar svikta. Initialt kan menstruationscykeln bli kortare och premenstruella stänklödnings (spottings) uppträda på grund av defekt lutealfas med minskad progesteronstegring. När östrogenproduktionen har minskat

Naomi Flamholz, ST-läkare, Vårdcentralen Hammarby Sjöstads husläkare, Stockholm
 ● naomiflamholz@gmail.com

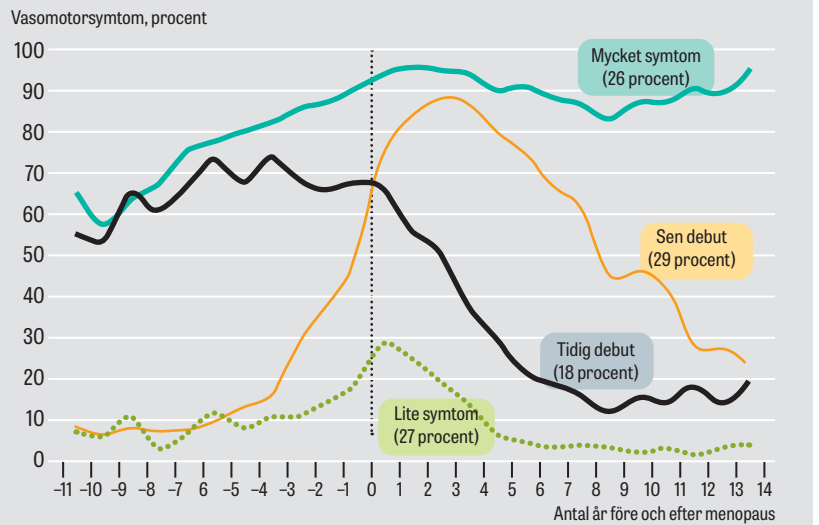
Angelica Lindén Hirschberg, professor, överläkare, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Gynekologi och reproduktionsmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm



Illustration: Mostphotos

»Symtomen varierar mycket mellan olika individer, men en tredjedel av alla kvinnor i klimakterieåldern har så svåra besvär att de önskar någon form av behandling«.

Olika scenarier för debut, duration och svårighetsgrad av vasomotorsymtom under normalt klimakterium.



► De olika kurvorna representerar mycket respektive lite symptom samt tidig och sen debut av symptom (omarbetad från Tepper et al 2016 [2]).

till en viss nivå störs ägglossningen, vilket leder till anovulatoriska blödningar som ofta är oregelbundna, kraftiga och långdragna.

- Perimenopaus är tiden runt menopaus och domineras av vasomotorsymtom, det vill säga värmevallningar, svettningar och sömnproblem som följd av sjunkande och svängande östrogennivåer.
- Postmenopaus är tiden efter menopaus och varar resten av kvinnans liv. Folliklarnas östrogenproduktion i äggstockarna upphör så småningom, men viss östrogenproduktion kvarstår via omvandling av androgener till östrogen i perifer vävnad, som fettvävnad. Denna fas kännetecknas av symtom på vulvovaginal atrofi med torra slemhinnor i underlivet, sveda och samlagsmärtor. Andra symtom som kan förekomma är urinträngningar, upprepade urinvägsinfektioner samt vasomotorsymtom.

Vasomotorsymtom varar i genomsnitt i cirka fem år under peri- och postmenopaus, medan atrofiska symtom kvarstår utan behandling. Andra symtom som ofta förekommer under klimakteriet är humörförändringar, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, minnesproblem, ökad stresskänslighet, oro, ångest och hjärtklappning samt led- och muskelsmärta. Dessa symtom är inte säkert kopplade till östrogenbristen i sig, men kan indirekt ha samband med klimakteriet och därför lindras av hormonbehandling.

HÄLSORISKER EFTER MENOPAUS

Den minskade östrogenproduktionen under klimakteriet har samband med vissa hälsorisker, som ökad förlust av benmassa samt ökad risk för benskörhetsfraktur lokaliserad till höfterna, ryggraden och handlederna [14].

Viktuppgång och förändrad kroppssammansättning är vanlig under klimakteriet, och redan åren före menopaus ökar risken för bukfetma i kombination med minskad muskelmassa [15], vilket i sin tur innebär en ökad risk för kardiovaskulär och metabol sjukdom.

Postmenopausala kvinnor, oberoende av ålder, har ungefär dubbelt så hög risk för kardiovaskulär sjukdom, framför allt kranskärlssjukdom, som premenopausala kvinnor i samma ålder [16]. Risken anses vara kopplad till minskad produktion av östrogen som har skyddande effekter på hjärt-kärlsystemet. Vidare har postmenopausala kvinnor en högre risk för insulinresistens och typ 2-diabetes i förhållande till premenopausala kvinnor. Diabetes i sin tur ger en femfaldigt ökad risk för hjärtinfarkt hos kvinnor [17].

DIAGNOSTIK

Förhöjd nivå av follikelstimulerande hormon (>40 E/l) bekräftar menopaus. Vid typiska symtom hos en i övrigt frisk kvinna i normal klimakterieålder behövs ingen hormonanalys för diagnos [1, 7, 9]. Däremot ska misstänkt tidigt klimakterium utredas hormonellt [18]. Prematur ovariell insufficiens definieras som amenorré i kombination med förhöjt follikelstimulerande hormon före 40 års ålder, medan amenorré och förhöjt follikelstimulerande

TYPISKA SYM TOM UNDER KLIMAKTERIETS FASER

PREMENOPAUS

- Initialt kortare menscykel och stänklösa blödningar premenstruellt beroende på defekt lutealfas
- Blödningsrubbnings med oregelbundna, rikliga och långdragna blödningar, så kallade anovulatoriska blödningar
- Debut av värmevallningar, svettningar och sömnsvårigheter

PERIMENOPAUS

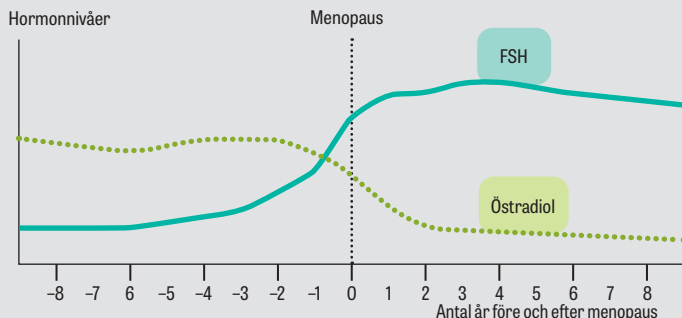
- Vasomotorsymtom som värmevallningar och svettningar

- Sömnstörning och hjärtklappning
- Symtom på torra slemhinnor kan börja

POSTMENOPAUS

- Atrofiska symtom såsom torra slemhinnor, sveda, samlagsmärtor
- Urinträngningar och upprepade urinvägsinfektioner
- Vasomotorsymtom, som värmevallningar och svettningar, och sömnstörning kan fortgå

Schematiskt diagram över stigande nivå av follikelstimulerande hormon (FSH) och sjunkande östradiolnivå före och efter menopaus.



Differentialdiagnoser att beakta vid utredning



► Sjukdomstillstånd som ger upphov till symtom liknande dem som kan förekomma i klimakteriet, till exempel sköldkörteldysfunktion, artros, reumatologiska sjukdomar, muskelsjukdomar, anemi, stressutlösta symtom och egentlig depression.

hormon mellan 40 och 45 års ålder betecknas som tidig menopaus [18].

Remiss till specialist i gynekologi

Okomplicerade klimakteriebesvär ska kunna behandlas inom primärvården, och gynekologisk undersökning är inte nödvändig om kvinnan saknar aktuella besvär från underlivet.

Vid följande tillstånd rekommenderas dock remiss till gynekolog:

- Utredning vid oklar diagnos, olaga blödning och/eller misstanke om gynekologisk cancer
- Misstanke om tidig menopaus
- Förändringar i vulva/vagina förutom atrofi
- Inkontinensbesvär
- Recidiverande urinvägsinfektioner
- Insättning och uppföljning av systemisk hormonbehandling beroende på kompetens.

Differentialdiagnoser

Vid typiska symtom enligt ovan ska samband med klimakteriet misstänkas i första hand, men i vissa fall måste andra tillstånd beaktas. Det är därför viktigt att utesluta differentialdiagnoser vid utredning av klimakteriebesvär.

RÅDGIVNING OCH SJÄLVHJÄLP

Ökad kunskap och personcentrerade individuella samtal via primärvården kan minska besvär och förbättra livskvaliteten hos kvinnor i klimakteriet [19]. Det är tydligt att rådgivning om klimakteriet och information om olika typer av behandling är vad kvinnor önskar mer från vården [6]. Samtidigt bör livsstilsvanor om motion, kost, stress och sömn beröras, liksom samtal om alkohol och rökning. Ett praktiskt hjälpmedel för motivation till hälsosam livsstil med ökad fysisk aktivitet är fysisk aktivitet på recept, Far [20].

MENOPAUSAL HORMONBEHANDLING

Det finns stark evidens för att menopausal hormonbehandling i samband med klimakteriet är effektiv mot vasomotorsymtom (värmevallningar och svettningar, vilka ofta leder till sömnbesvär och hjärtklappning) och andra östrogenbristrelaterade symtom [7-10, 21].

Vid ställningstagande till hormonbehandling görs en bedömning av kvinnans symtom, eventuella kontraindikationer samt individuell risk-nytta-värdering. En validerad självskattningsskala (Menopause rating scale) kan användas för utvärdering och uppföljning av klimakteriesymtom [22].

Indikationer och kontraindikationer

Menopausal hormonbehandling kan övervägas till kvinnor vars klimakteriesymtom påverkar livskvaliteten negativt och som önskar behandling [7-10]. Övriga indikationer är tidig menopaus (före 45 år) oavsett symtom samt för förebyggande av osteoporos vid hög risk för fraktur hos postmenopausala kvinnor där andra osteoporosläkemedel inte är lämpliga. Kontraindikationer är tidigare bröstcancer, odiagnostiserad vaginal blödning, aktuell djup ventrombos eller lungemboli, aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom som angina, stroke eller hjärtinfarkt, samt allvarlig gall- eller leversjukdom [7-10].

SJÄLVSKATTNINGSSKALA (MENOPAUSE RATING SCALE)

För att uppskatta svårigheten av dina klimakteriebesvär är det bra om du fyller i en självskattningsskala som du tar med till din läkare. De första tre frågorna handlar om kroppsliga och vegetativa symtom (svettningar, vallningar, sömnproblem). Fråga 4-7 fångar upp psykiska problem (depression, retlighet, oro, utmattnings). Fråga 8-10 handlar om urogenitala besvär (sexuella problem, besvär från urinblåsan och slidtorrhet). Slutligen, fråga nummer 11 tar upp eventuella ledbesvär. Svårighetsgraden är graderad från 0 (inga besvär) till 4 (mycket svåra besvär).

Symtom	Inga	Lindriga	Svåra	Mycket svåra
1. Blodvallningar, svettningar (tillfälliga svettningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hjärtproblem (ovanlig medvetenhet om hjärtslag, hjärtat hoppar över ett slag, hjärtklappning, spändhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sömnproblem (svårigheter att somna, svårigheter att sova hela natten, vaknar tidigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deprimerad (känner sig nere, ledsen, på gränsen till att börja gråta, brist på energi, humörsvängningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Retlighet (känner nervositet, inre spänningar, känner aggressivitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oro (inre rastlöshet, panikkänslor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fysisk och mental utmattnings (försämrad prestationsförmåga i allmänhet, försämrat minne, koncentrationssvårigheter, glömska)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sexuella problem (ändring av sexuell lust, i sexuell aktivitet och tillfredsställelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Urinblåseproblem (svårigheter att urinera, ökat behov av att urinera, inkontinens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Slidtorrhet (torr eller brännande känsla i slidan, svårigheter vid samlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Led- och muskelbesvär (ont i lederna, reumatiska besvär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDIKATIONER OCH KONTRAIKATIONER FÖR SYSTEMISK MENOPAUSAL HORMONBEHANDLING

INDIKATIONER

- Vasomotorsymtom <60 års ålder eller <10 år från menopaus
- Tidig menopaus <45 års ålder oberoende av symtom
- Förebyggande av benförlust vid hög risk för faktur <60 års ålder eller <10 år från menopaus

KONTRAIKATIONER

- Tidigare genomgången bröstcancer
- Odiagnostiserad vaginal blödning
- Aktuell djup ventrombos eller lungemboli
- Aktuell eller tidigare arteriell hjärt-kärlsjukdom
- Allvarlig pågående gall- och leversjukdom

Inför menopausal hormonbehandling

Allmänna rekommendationer inför insättning av menopausal hormonbehandling visas i rutan till höger.

Behandlingen ska individualiseras med hänsyn till om kvinnan fortfarande menstruerar, har uppnått menopause, om hon har intakt livmoder eller är hysterektomerad samt eventuella hälsorisker och egna preferenser. Användning av hormonspiral eller p-piller kan ge blödningsfrihet och försvåra bedömningen, men det är symtomen som ska vara vägledande.

Kvinnor som fortfarande menstruerar

Kvinnor med anovulatoriska blödningar utan vasomotorsymtom behandlas med cykliskt gestagen 10 dagar varje månad, vilket ger en regelbunden bortfallsblödning. Vid vasomotorsymtom hos en kvinna som fortfarande menstruerar ges östrogen (oralt eller transdermalt) kontinuerligt i kombination med sekventiellt gestagen (oralt 12 dagar varje månad eller transdermalt 14 dagar varje månad), vilket framkallar månatlig blödning [7-10]. Ett alternativ till sekventiellt gestagentillägg är hormonspiral (Mirena), som ger blödningsfrihet.

Postmenopausal kvinnor

Kvinnor med klimakteriebesvär och menopause för mer än ett år sedan som önskar blödningsfrihet behandlas med kontinuerlig kombinerad regim med östrogen (oralt eller transdermalt) och gestagen (oralt, transdermalt eller hormonspiral) [7-10]. Ett alternativ är östrogen med utglesad gestagenregim 14 dagar var tredje månad som då framkallar blödning. Samtliga kvinnor med intakt uterus ska ha gestagentillägg som skydd mot endometrieproliferation i livmodern [7-10].

Kvinnor som saknar livmoder

Kvinnor som saknar livmoder behandlas med enbart östrogen i kontinuerlig regim [7-10].

Hormonpreparat

Östrogenkomponenten som används i menopausal hormonbehandling är bioidentiskt östradiol, det vill säga substansen är identisk med kroppseget hormon [7-10]. Östradiol finns som peroral och transdermal beredning (plåster, gel eller sprej). Transdermal behandling bör väljas till kvinnor med riskfaktorer för blodpropp samt metabol sjukdom; se nedan.

I Sverige används gestagen framför allt i tablettform eller i hormonspiral som ger ett säkert endometrieskydd [7-10]. Många kvinnor efterfrågar dock bioidentiskt progesteron som alternativ till gestagen. I dagsläget finns inte progesteron tillgängligt i Sverige med indikationen menopausal hormonbehandling. Det går dock att förskriva på licens [8, 10]. Dydrogesteron är strukturellt progesteron och finns som registrerat läkemedel i sekventiell och kontinuerlig regim. Kunskapsläget om eventuella skillnader i risker och säkerhet med progesteron och dydrogesteron jämfört med gestagen är fortfarande oklart [9, 10].

För specifika preparatval hänvisas till regionala terapirekommendationer.

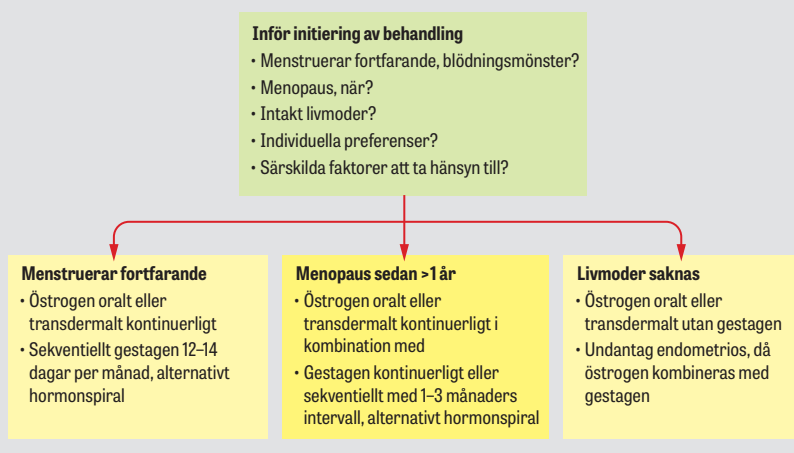
Biverkningar

Vanliga och ofta övergående biverkningar som kan vara relaterade till östrogen- och/eller gestagenkom-

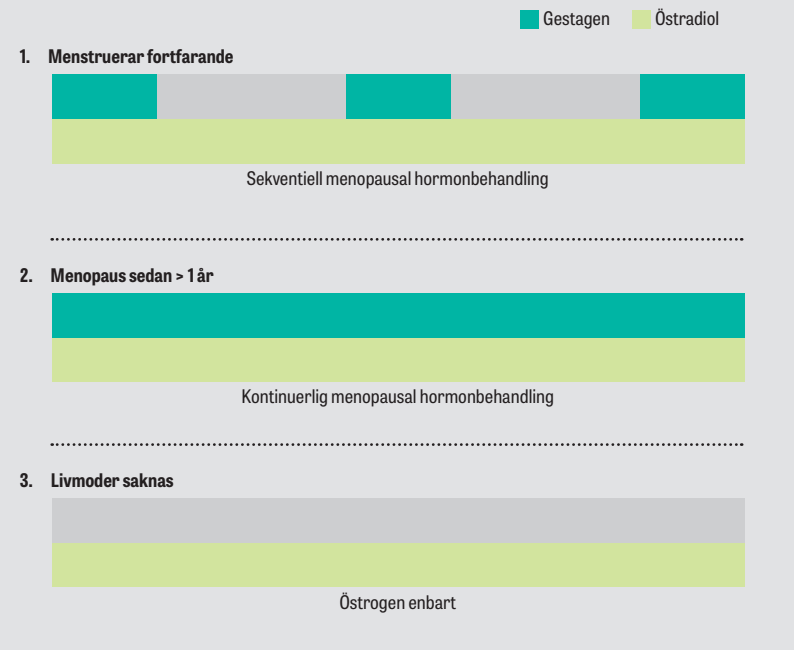
INFÖR INSÄTTNING AV SYSTEMISK MENOPAUSAL HORMONBEHANDLING

- Behandlingen bör påbörjas före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopause, då risk-nytta-förhållandet är som mest fördelaktigt om behandlingen initieras i nära anslutning till menopause
- Gynekologisk undersökning är inte nödvändig vid behandlingsstart om inte patienten har aktuella gynekologiska besvär
- Kontroll av vikt och längd (BMI) samt blodtrycksmätning rekommenderas
- Screeningprogram för mammografi och cellprov ska följas
- Allmänt gäller lägsta effektiva hormondos under begränsad tid

Behandlingsprinciper för systemisk menopausal hormonbehandling



Behandlingsalternativ



ponenten är bröstspänning och svullnad. Humörpåverkan är framför allt gestagenrelaterad och kan kräva byte av gestagen och/eller regim. Olaga blödningar orsakas vanligen av inadekvat dos eller regim av östrogen- och/eller gestagenkomponenten. Viktökning är inte en biverkan av hormonbehandlingen [23].

Risker samt positiva hälsoeffekter

Peroralt östrogen har samband med ökad risk för djup ventrombos, medan transdermal administrering av östrogen undkommer första passage-effekten i levern och inte ger någon påvisad riskökning. Vid ökad risk för kardiovaskulär händelse som trombos, metabol sjukdom eller lever-/gallsjukdom rekommenderas transdermal östrogenbehandling [7-10].

Menopausal hormonbehandling har samband med en något ökad risk för bröstcancer, som tilltar med behandlingstidens längd och varierar med behandlingsregim (3-8 extra fall efter 5 års behandling vid en bakgrundsrisk på 13 fall per 1 000 kvinnor) [10, 24-25]. Högst risk föreligger vid kombinerad kontinuerlig regim (östrogen + gestagen), medan risken är lägst vid enbart östrogen, som dock endast ges till kvinnor som saknar livmoder.

Menopausal hormonbehandling har också positiva effekter på benmineralhalt och frakturrisik. Om insättningen sker i nära anslutning till menopaus minskar risken för hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet [8, 10].

Uppföljning och avslutande behandling

För rekommenderad uppföljning av menopausal hormonbehandling, se ruta. Behandlingseffekten är dosberoende och inträder successivt redan efter ett par veckor till full effekt efter cirka 3 månader av given dos.

Om kombinationer med progesteron/dydrogesteron eller 3 månaders utglesad regim används ska endometriet kontrolleras med ultraljud efter 5 år (och därefter årligen) eftersom endometriesäkerheten är sämre än vid konventionell menopausal hormonbehandling [9].

Behandlingen ska avslutas när symtomen inte längre påverkar livskvaliteten negativt. Det finns dock ingen given tidsgräns för hur länge behandlingen kan pågå. Beslut att avsluta behandlingen tas i samråd med kvinnan och med hänsyn till den individuella risk-nytta-balansen.

ICKE-HORMONELL BEHANDLING

Kvinnor som har eller har haft bröstcancer ska inte ges hormonbehandling vid upplevda vasomotoriska symtom utan rekommenderas icke-hormonell behandling, som antidepressiv medicinerings med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) eller selektiva noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI), vilka har visat måttlig effekt jämfört med placebo [8, 10]. Andra former av icke hormonell behandling redovisas i ruta.

LOKAL ÖSTROGENBEHANDLING

Vaginal lågdosbehandling med östrogen (kräm, vaginaler, slidpiller, vaginalring) rekommenderas vid symtom på vulvovaginal atrofi såsom torra slemhinnor, samlagssmärta, sveda och klåda, men även vid urinträngningar och upprepade urinvägsinfektioner

UPPFÖLJNING AV SYSTEMISK MENOPAUSAL HORMONBEHANDLING

- Kontakt efter 3 månader via telefon eller digitalt för uppföljning av symptom och eventuella bieffekter
- Efterföljande kontroller rekommenderas med 1-2 års intervall för bedömning av fortsatt behandling
- Vid komplikationer som olaga blödning rekommenderas kontroll med gynekologisk undersökning och ultraljud
- Vid användning av progesteron, dydrogesteron eller utglesad 3-månadersregim i mer än 5 år ska endometriet kontrolleras med ultraljud oavsett om blödningsmönstret ändrats eller inte, och därefter årligen

ICKE-HORMONELL BEHANDLING VID VASOMOTORSYMTOM

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

- Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) eller selektiva noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) har visat måttlig effekt jämfört med placebo
- Växtbaserade läkemedel finns som receptfria preparat och har godkänts av Läkemedelsverket utifrån säkerhetsdata, men den kliniska effekten är inte säkerställd

ICKE-FARMAKOLOGISK BEHANDLING

- Det finns evidens för att regelbunden fysisk aktivitet (framför allt konditionsträning) har viss symtomlindrande effekt
- Elektroakupunktur kan minska symtomen, men effekten är inte säkerställd jämfört med kontrollbehandling

INDIKATIONER OCH SÄRSKILT ÖVERVÄGANDE VID LOKAL ÖSTROGENBEHANDLING

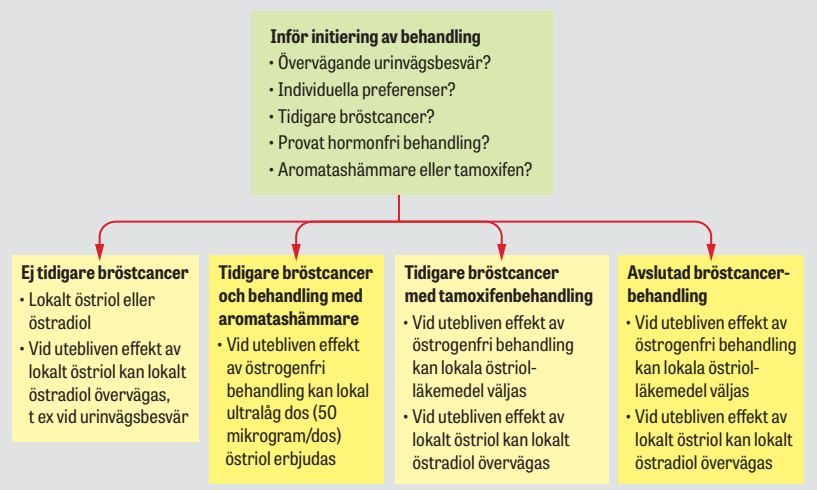
INDIKATIONER

- Torrhet/skänska, sveda, irritation och klåda i underlivet
- Smärta vid samlag, minskad lubrication
- Överaktiv blåsa, dysuri
- Recidiverande urinvägsinfektioner

SÄRSKILT ÖVERVÄGANDE

- Vid tidigare genomgången bröstcancer rekommenderas lokal östrogenfri behandling i första hand
- Vid utebliven effekt av östrogenfri behandling kan lokal östriolbehandling övervägas

Principer för lokal östrogenbehandling



[4, 7-10]. För specifika preparatval hänvisas till regionala terapirekommendationer. Lokal östrogenbehandling ökar inte risken för vare sig bröstcancer eller livmodercancer och kan kombineras med systemisk behandling [4, 7-10]. Till kvinnor som har eller har haft bröstcancer rekommenderas dock lokal östrogenfri behandling i första hand. Vid utebliven effekt kan lokal lågdosbehandling med östrogen övervägas [26]. Behandlingen är effektiv så länge den pågår, men effekten upphör ganska snabbt efter avslutad behandling. I de flesta fall kan lokal östrogenbehandling rekommenderas livet ut. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Naomi Flamholz är grundare av och medicinskt ansvarig för den digitala klimakterietjänsten Womni.

Citera som: *Läkartidningen. 2023;120:22123*

MEDICINENS ABC

● Medicinens ABC är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga självständigt.

Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.

● Kontakta Lena Marions (lena.marions@lakartidningen.se) för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- klimakteriet är en naturlig biologisk händelse som innebär att äggstockarnas östrogenproduktion successivt avtar och som har samband med vasomotorisktymtom (svettningar och värmevallningar, som ofta orsakar sömnproblem och hjärtklappning) samt urogenitala besvär
- ökad kunskap och förbättrad rådgivning om klimakteriet samt positiva livsstilsförändringar med regelbunden fysisk aktivitet och rökstopp kan minska besvär och förbättra livskvaliteten hos kvinnor med symtom
- cirka en tredjedel av alla kvinnor har uttalade vasomotorisktymtom, som påverkar livskvaliteten negativt, och önskar effektiv behandling
- menopausal hormonbehandling är den mest effektiva behandlingen mot vasomotorisktymtom och förbättrar livskvaliteten samt har positiva hälsoeffekter om den sätts in i nära anslutning till menopause
- lokal östrogenbehandling är effektiv mot symtom på vulvovaginal atrofi.

Åsikterna går isär vad gäller

- synen på risker med menopausal hormonbehandling och framför allt långtidsrisk för bröstcancer
- eventuella skillnader i bröstcancerriks och endometriesäkerhet med progesteron och dydrogesteron jämfört med gestagen, där kunskapsläget fortfarande är oklart.

REFERENSER

- Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, et al. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14(4):199-215.
- Tepper PG, Brooks MM, Randolph JF Jr, et al. Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition. *Menopause.* 2016;23(10):1067-74.
- Lindh-Åstrand L, Hoffmann M, Hammar M, et al. Hot flushes, hormone therapy and alternative treatments: 30 years of experience from Sweden. *Climacteric.* 2015;18(1):53-62.
- Lindén Hirschberg A, Bitzer J, Cano A, et al. Topical estrogens and non-hormonal preparations for postmenopausal vulvovaginal atrophy: an EMAS clinical guide. *Maturitas.* 2021;148:55-61.
- Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnr 2020-1-6568.
- Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2021-9-7583.
- SFOG-råd för menopausal hormonbehandling 2019. Uppdaterad version 2021. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2021.
- SFOG-råd för menopausal hormonbehandling 2019. Uppdaterad version 2021. Bakgrundsdokument. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2021.
- Läkemedel vid klimakteriesymtom, menopausal hormonbehandling (MHT). Behandlingsrekommendation. April 2022. Uppsala: Läkemedelsverket; 2022.
- Läkemedelsverket. Menopausal hormonbehandling (MHT). Bakgrundsdokumentation. April 2022. Uppsala: Läkemedelsverket; 2022.
- Gold EB. The timing of the age at which natural menopause occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(3):425-40.
- arente RC, Faerstein E, Celeste RK, et al. The relationship between smoking and age at the menopause: a systematic review. *Maturitas.* 2008;61(4):287-98.
- Ambikairajah A, Walsh E, Cherubin N. A review of menopause nomenclature. *Reprod Health.* 2022;19(1):29.
- Torgerson DJ, Bell-Syer SE. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA.* 2001;285(22):2891-7.
- Lovejoy JC, Champagne CM, de Jonge L, et al. Increased visceral fat and decreased energy expenditure during the menopausal transition. *Int J Obes (Lond).* 2008;32(6):949-58.
- Rosano GMC, Vitale C, Marazzi G, et al. Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climacteric.* 2007;10(Suppl 1):19-24.
- Lobo RA, Davis SR, De Villiers TJ, et al. Prevention of diseases after menopause. *Climacteric.* 2014;17(5):540-56.
- Norling A, Lindstrand A, Hirschberg AL. Prematur ovariell insufficiens - underdiagnostiserat tillstånd. *Läkartidningen.* 2020;117:FUF7.
- Rindner L. Women's health in midlife - a person-centered approach in primary care - effects on mental, somatic, and urogenital symptoms, and quality of life [avhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2021.
- Lindblom H, Berin E, Spetz Holm AC, et al. Klimakteriebesvär I: Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, et al (redaktörer). *FYSS* 2021.
- Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021. p. 369-74.
- »The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society» Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2022;29(7):767-94.
- Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, et al. The Menopause Rating Scale (RMS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:45.
- Papadakis GE, Hans D, Gonzalez Rodriguez E, et al. Menopausal hormone therapy is associated with reduced total and visceral adiposity: the OsteoLaus Cohort. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;103(5):1948-57.
- Chlebowski RT, Anderson GL, Aragaki AK, et al. Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the Women's Health Initiative randomized clinical trials. *JAMA.* 2020;324(4):369-80.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet.* 2019;394(10204):1159-68.
- Regionala cancercentrum i samverkan. Kunskapsbanken. Nationellt vårdprogram för bröstcancer. Version 4.2. 23 aug 2022 [citerat 27 sep 2022]. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/vardprogram/nationellt-vardprogram-brostdcancer.pdf>