

Fördelar och risker med hormonbehandling i klimakteriet

Omkring 80 procent har klimakteriesymtom av varierande grad, och hos 10–30 procent påverkar de livskvaliteten. För dem vars livskvalitet blir lidande är det värt att överväga hormonersättningsbehandling, såvida det inte finns några hinder för den. Med hormonersättningsbehandling, som är den hittills mest effektiva behandlingen av klimakteriebesvär, menar man östrogenbehandling. För dem som har livmodern kvar eller som lidit av svår endometriosis kompletteras östrogenet med gulkroppshormon (progestin). Utan gulkroppshormon ökar östrogenet risken för livmodercancer och kan aktivera endometriosen och orsaka symtom. Ett annat alternativ är syntetiskt tibolon som har samma fördelar och risker som den traditionella hormonbehandlingen.

Den mest väsentliga nyttan med hormonersättningsbehandling är att klimakteriesymtomen minskar. Östrogenet minskar effektivt värmevallningar, nattsveptningar och sömnsvårigheter och kan ha positiva verkningar också för humöret och för klimakterierelaterade ledsmärter. Utöver att östrogenet lindrar klimakteriebesvären förebygger det osteoporos och därmed benfrakturer. Hos dem som lider av sömnapné kan östrogenet minska de nattliga andningsuppehållen.

Hormonersättningsbehandlingen minskar dessutom risken att insjukna i diabetes och tjocktarmscancer.

När det gäller riskerna med hormonersättningsbehandling är de viktigaste den ökade risken för ventrombos och bröstcancer. Därtill höjer behandlingen något risken att insjukna i äggstockscancer och gallstenssjukdom. Ventrombosrisken hänger samman närmast med hormonersättningsbehandling i tablettform och inte så mycket behandling med plåster, gel och sprej genom huden. Om en person har en betydande risk för ventrombos av andra orsaker avråder man hormonersättningsbehandling helt och hållet. Risken för livmodercancer ökar endast om behandlingen genomförs i strid med anvisningarna så att östrogenet inte kombineras med ett gulkroppshormonpreparat.

Hos dem som lider av migrän kan hormonsersättningsbehandlingen leda till att anfällen blir fler. Oftast lyckas behandlingen dock då östrogenet tillföres genom huden och man väljer hormonspiral som källa till gulkroppshormon. Hos dem som lider av underfunktion av sköldkörteln (hypotyreos) ökar oral hormonersättningsbehandling behovet av sköldkörtelhormon. Det här är dock inte ett problem, så länge man hittar den nya lämpliga dosen av sköldkörtelhormon. Behovet av extra hormon uppstår inte då man använder östrogenplåster, -gel eller -sprej.

Även om det talas mycket om den förhöjda bröstcancerrisken är den tilläggsrisk som är förknippad med hormonersättningsbehandling mycket liten. Risken ökar betydligt mer till följd av till exempel övervikt, rökning och alkohol. Oberoende av hormonersättningsbehandling insjuknar fler än var tionde kvinna i bröstcancer under sitt liv. Det innebär alltså att omkring hundra kvinnor av tusen och tusen kvinnor av tio tusen kvinnor drabbas av bröstcancer i något skede av sitt liv, oberoende av hormonersättningsbehandling. Bland dem som använder kombinerad hormonersättningsbehandling (östrogen och gulkroppshormon) förekommer det 6–12 fler cancerfall per tusen kvinnor (per 10 000 kvinnor är antalet 6–8 flera cancerfall). Risken är desto större ju längre hormonersättningsbehandlingen pågår. Om den inte varar längre än fem år ökar risken för bröstcancer inte. En behandling med enbart östrogen orsakar en lägre risk än kombinationsbehandling, och i vissa undersökningar har behandlingen med enbart östrogen rentav

minskat risken för bröstcancer. Det är också anmärkningsvärt att sex procent av alla kvinnor mellan 50 och 80 år har bröstcancer utan att veta om det. Hormonersättningsbehandlingen kan öka de här cancerfallen och därför är det viktigt att genomgå en mammografiundersökning innan behandlingen inleds.

När det gäller risken för äggstockscancer konstateras årligen 1–2 fler fall per tio tusen personer som använder hormonersättningsbehandling. Äggstockscancer är förvisso betydligt ovanligare än bröstcancer. I fråga om den betydligt vanligare tjocktarmscancern minskar hormonersättningsbehandlingen risken med sex fall per år.

Tidigare förekom sambandet mellan hormonersättningsbehandling och hjärt- och kärlsjukdomar ofta i tidningsrubrikerna. Nyare undersökningar visar att hormonersättningsbehandling skyddar för de här sjukdomarna om den inleds inom tio år efter att klimakteriesymtomen börjat. Om behandlingen däremot inleds först efter tio år växer risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Detsamma gäller risken för demens: hormonersättningsbehandlingen skyddar för demens om den inleds i tid, och vice versa.

För en i grunden frisk, normalviktig person med sunda levnadsvanor har hormonersättningsbehandling större fördelar än nackdelar för hälsan. Det är ändå inte alltid så lätt att leva hälsosamt och många har redan i klimakterieåldern riskfaktorer för olika sjukdomar. Utöver livsstil kan det här också bero på ärftliga faktorer. Eftersom riskfaktorena är individuella är det viktigt att alla som funderar på hormonersättningsbehandling diskuterar situationen med sin läkare.

Riina Katainen, gynekolog

(Översättning: Folkhälsan)