



HORMONER?

Hormoner og hjertehelse

HVA VET MAN OM DET?

Hormonbehandling er ikke et enkelt tema. Her er det store variasjoner i anbefalt behandling mellom ulike land, og det er veldig mange aspekter for den opplyste pasient å sette seg inn i. I denne artikkelen gir vi et bilde av den diskusjonen som pågår i ledende gynekologiske fagkretser, samtidig som vi gir en innføring i de metodene som er i bruk i dag. Lurer du på å starte opp med hormonbehandling? Vi har tatt jobben med å samle nyttig informasjon slik at du selv kan bestemme deg for hva *du* vil gjøre.

Tekst: Margaretha Hamrin

Eggstokker fra sau til frokost?

Hva tenker du på når ordet overgangsalder dukker opp? Noen tenker på ord som søvnplager, humørsvingninger, hukommelsessvikt og hetetokter. Ektefeller tenker ofte på å finne seg et godt gjemmested.

Det var den greske legen Soranus fra Efesus som hundre år f.Kr. oppdaget menopause. Hans litteratur ble brukt helt fram til 400-tallet. Da bestemte den katolske kirken at slike ting skulle det ikke snakkes om.

Kvinnens levealder var ca. 56 år for de som var høyest på strå på Soranus sin tid. Siden gikk det nedover til 35 år i middelalderen, opp igjen til 46 år på 1800 tallet, og helt opp til 68 år på 1960-tallet. Enkelte mener at kvinnekroppen ikke har tilpasset seg den forlengede levealderen det siste århundret har gitt oss, slik at hormonproduksjonen «stenges ned» mot slutten av 40-årene.

I fransk medisinsk litteratur finner man igjen snakk om menopause på 16- og 1700 tallet. Da i svært nedgraderende ordelag. Men i 1889 kommer den første behandlingen fra en lege som hadde tatt problemet på alvor: To eggstokker av sau skulle inntas daglig sammen med ugjæret brød. Både legen og hans kone gjorde dette, og følte seg mye bedre begge to! Så skjøt utviklingen fart; en biokjemiker fra Berlin ved navn Adolf Butenandt fikk i 1939 Nobelprisen for å ha identifisert østrogen og progesteron. En eksplosiv legemiddelutvikling førte til tilgjengelige produkter til en rimelig pris. På 1960 tallet kom den amerikanske legen Robert Wilson ut med boken «Feminin forever» og «alle» begynte med østrogen. Den store bevegelsen av feminister omfavnet budskapet og følte at de endelig ble tatt på alvor. I 1975 kom det første store tilbakeslaget; man oppdaget en høy risiko for livmorkreft. Ny forskning ble satt inn og progesteron i kunstig form (gestagen) ble lagt til østrogenbehandlingen. På 1980-tallet

hadde pendelen sving seg tilbake og østrogen var igjen så populært at noen leger nærmest presset det på sine pasienter. Mange av de vitenskapelige rapportene som kom på 1990-tallet rapporterte om overveiende positive effekter av hormonterapien. Økt livslengde og livskvalitet, samt mindre benskjørhet, hjertesykdom, demens og leddsykdommer ble funnet i disse studiene. Østrogen ble av mange ansett som det nye vidundermiddelet. Det gikk så langt at en del tok til orde for å gi østrogen som hjertemedisin.

Så kom nedturen! - WHI-studien

For å være sikre på at dette bildet stemte ble Womens Health Initiativ skapt som en studie under National Institute of Health i USA, en storstilt undersøkelse som skulle undersøke de fleste sider av kvinners helse. En mindre del av studien handlet om hormoner, med 16000 deltakere. Østroget som ble brukt var av merket Premarin, et syntetisk østrogen utvunnet av hesteurin.

9. juli 2002 er av mange gynekologer omtalt som dommedag. Ansvar for østrogenstudien var overtatt av kardiologen Jacques Rossow. Øyenvitner forteller at han uttalte at «*vi skal skape tidenes medieoppstyr med avbruddet av denne studien*». Det klarte han. Det ble invitert til pressekonferanse og kommunisert at studien måtte avbrytes på grunn av mange uheldige funn. Kritikerne sier at *en* type østrogen som ble brukt på altfor gamle kvinner, i kun *en* dose, ble generalisert til å gjelde alle typer østrogen, alle doser og alle kvinner. I WHI-studien var mer enn hver tredje kvinne over 70 når de startet med østrogen, noe som var uhørt blant gynekologer. Disse eldre kvinnene var også de eneste i studien som hadde negative resultater på hjertehelse. Mange er i harnisk over at en studie som har kostet skattebetalerne i USA over en milliard dollar enda ikke frigir sine data slik at andre kan analysere dem.

Alternativmarkedet eksploderte

All medieomtalen av denne studien ga en stor mulighet for alternativmarkedet i USA, og senere i Europa. Kvinner sluttet med østrogen anmass og løp til helsekostbutikker der de kunne kjøpe andre hormonpreparater og tilskudd som ikke var under noen som helst regulering. Det var ingen grenser for hva disse tilbyderne kunne påstå å oppnå av vindunder effekter, og dollar rullet inn i kassene. Mange amerikanske leger mener at dette har gitt grobunn for en så sterk alternativ-lobby at flere forsøk på å lage nye studier med registrerte hormoner effektivt har blitt stoppet.

Men, etter at den største ståheien hadde lagt seg så viser WHI-studien at de som startet med østrogen **før fylte 60 år** hadde **35% lavere dødelighet** enn kontrollgruppen. Dette ble stort sett ikke kommunisert gjennom mediene, og det som stod igjen i folks bevissthet var brystkreft.

Sovemedisiner og antidepressiva

Kvinner over hele verden sluttet med østrogener over natten. Men alle remediene fra alternativmarkedet ga ikke de ønskede effektene. Ganske raskt så man en ny trend i legemiddelforskrivningene: Etter hvert som pilen for østrogenbruk pekte nedover begynte en annen pil for kvinner i denne alderen å peke oppover: Forbruket av sovemedisiner og antidepressive medikamenter gikk rett i været.

3 av 4 kvinnelige gynekologer bruker det

Men kvinnelige gynekologer lot seg ikke skremme av WHI-studien. Fagbladet *Acta Obstetricia et Gynecologica* hadde i 2007 en oversikt over bruken av hormontilskudd blant skandinaviske gynekologer. Blant norske kvinnelige gynekologer og partnere til mannlige gynekologer brukte hele 75 prosent hormontilskudd. Andelen holdt seg like høy i årene etter at WHI-studien ble publisert. Tallene er basert på spørreundersøkelser og også omtalt i *Tidsskrift for legeföreningen*.

I Sverige brukte hele 88 prosent av kvinnelige gynekologer hormoner, og 86 prosent av partnere til mannlige gynekologer for WHI-studien kom. Her gikk bruken ned noen prosent til nærmere norsk nivå. Tallene fra danske gynekologer var tilnærmet identiske med de norske.

Tidsskrift for legeföreningen hadde i mai 2007 en artikkel om allmennlegenes syn på hormonbehandling i og etter overgangsalderen. Den viser at kvinnelige allmennleger også bruker hormoner i langt større grad enn gjennomsnittskvinnen, men ikke i fullt så stor grad som gynekologene. I artikkelen påpekes det: - *Det er interessant at selv om kvinnelige leger i høyere grad enn mannlige oppgir at de har en hovedregel for behandlingens lengde og at de er blitt mer restriktive, ser det ikke ut til at denne regelen gjelder for dem selv.* Og: - *To viktige forhold peker seg ut som mulige*

*forklaringer på forskjellen i forbruksmønster: Leger har lett tilgang til legemidler og er fortrolig med bruken, og at **legene for egen del bedømmer risikoen ved hormonbehandling som liten i forhold til nytten.***

En kuriosita i denne undersøkelsen var at mange av de kvinnelige legene oppga effekten som østrogen har på hud, hår og generell foryngelse som en tilleggsgrunn til at de valgte hormontilskudd.

Stadig fler godt informerte kvinner ønsker bioidentisk progesterone i tillegg til sitt bioidentiske østrogen.

Syntetisk eller bioidentisk

I motsetning til de hormonene som ble brukt i WHI-studien finnes det også hormoner som går under populærbetegnelsen bioidentiske hormoner. (Det finnes også flere andre og mer presise medisinske betegnelser på disse). Man bruker navnet bioidentisk fordi disse hormonene ligner mer på menneskekroppen i sin kjemiske struktur, men de er industrielt fremstilt på samme måte som de syntetiske. For å gjøre forvirringen komplett er det i USA også noe som kalles «compounding pharmacies» som er apotek der man mikser hormontilskudd som skal smøres på kroppen, samt en hærskare av alternative behandlere som «måler» hormonnivåer og foreskriver slike miksturer. Dette går også under betegnelsen bioidentiske hormoner, men det er ikke disse vi omtaler her. De bioidentiske hormonene som omtales her er legemiddelgodkjente produkter som foreskrives på resept av offentlig godkjente gynekologer. En god innføring i forskjellen på syntetiske og bioidentiske hormoner [finnes du her](#).

I motsetning til USA, er nesten all østrogen som foreskrives i Europa, både i pille- og plasterform, bioidentisk. Fordi piller skal gå gjennom leveren og fordøyelsessystemet er dagsdosen ca. 10 ganger høyere enn det man får gjennom et plaster. Av denne grunnen er østrogenplaster foretrukket av de fleste leger som kan mye om hormoner. Men problemet oppstår for norske og svenske kvinner som også trenger beskyttelse for livmoren: Mens man både i USA og de fleste andre europeiske land kan velge mellom syntetisk progesteron som går under navnet gestagen, og bioidentisk progesteron som

går under navnet Micronized Progesterone (heretter betegnet bioidentisk MP), er den syntetiske varianten standard behandling i Norge og Sverige. Men bioidentisk MP i flere former er legemiddelgodkjent i EU (EME) og i USA (FDA).

FH Norge har snakket med gynekologer som forteller at stadig flere ressurssterke og godt informerte kvinner ønsker bioidentisk MP i tillegg til sitt bioidentiske østrogen. Da søker gynekologen om innføring av Utrogestan eller Utrogest (piller) på registreringsfritak, eller de skriver ut Crinone vaginalgel. I andre land finnes Crinone 4 prosent for bruk sammen med østrogen. I Norge finnes den kun i 8 prosent for bruk ved kunstig befruktning. Gynekologene skriver derfor ut 8 prosent og kvinnene administrerer selv å halvere dosen. De aller fleste føler at det er enklere å bruke MP i pilleform, tatt om kvelden føler også de fleste at det gir en tilleggseffekt i form av ekstra god søvn. Men noen reagerer negativt på MP i pilleform, og da er Crinone et alternativ.

Diskusjonen rundt bioidentisk progesteron

Det svenske legetidsskriftet *Läkartidningen* har tidligere hatt en del fokus på akkurat bioidentisk MP. I juli 2014 skrev Hilde Löfqvist, spesialist i gynekologi/obstetrik, i et innlegg at gynekologer stadig oftere får kvinnelige pasienter som vil ha bioidentisk MP. «Ofta begär de helt enkelt behandling med bioidentiskt progesteron och vill inte pröva standardpreparaten. De vill undvika blodpropp och minimera risiken för bröstcancer.» Videre skriver hun: «Som läkare kan man mycket väl förstå deras önskan, och det känns fel att inte gå dem till mötes. Deras uppfattning stämmer väl överens med vad som blivit alltmer tydligt vad gäller fördelarna med kombinationen transdermalt östrogen (sedan flera år etablerat i Sverige och bioidentiskt med den kroppsegna formen av östradiol) och naturligt progesteron, kontra syntetiska progestagener som erbjuds i Sverige. Kombinationen betraktas som vetenskap och beprövad erfarenhet av många erkända forskare i Europa, även om kunskaperna och erfarenheterna i Sverige är begränsade. I januari 2013 skrev jag därför till Läkemedelsverket för att förklara varför dessa preparat bör beviljas licens.»

I en oppfølgingsartikkel i samme tidsskrift skriver Hans Frykman, spesialist i obstetrik og gynekologi: «Man har visat att transdermalt östrogen (= plaster) tillsammans med Progesteron inte ger ökad risk för trombos eller stroke, vilket östrogentabletter gör. I allt flera artiklar från framstående forskare framhålls nu att transdermalt östrogen med naturligt progesteron/dydrogesteron i kontinuerlig behandling verkar vara bästa alternativet för HRT.»

I mange europeiske land, herunder Tyskland, Østerrike og Frankrike, er bioidentisk MP sammen med bioidentisk østrogen i plaster førstevalget. Og i juni 2012 kom Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada med nye retningslinjer der bioidentisk MP og østrogen i plasterform er anbefalt "gullstandard". De har også laget en oversikt over pluss og minus med de ulike måtene å ta hormoner på. Her fremheves det at bioidentisk MP gir en positiv effekt på blodkar og HDL, mens syntetisk gestagen gir en negativ effekt på blodkarene og nuller ut østrogenets gode effekt på kolesterolet. Videre fremhever de at bioidentisk MP ikke gir økt risiko for brystkreft, mens syntetisk gestagen gir slik risiko.

For østrogen fremhever de at østrogen i pilleform gir økt risiko for slag, men at denne risikoen ikke finnes ved å ta østrogen som plaster. Østrogen i pilleform kan også gi høyere triglyserider, mens disse nivåene blir lavere med østrogen i plaster.

Testosteron

Mange av de kvinnelige gynekologene som kan mest om bioidentiske hormoner, og som bruker dette selv, er også sterke tilhengere av å ta en liten dose testosteron. I USA bruker mange leger testosteronbehandling av kvinner for å [beskytte mot brystkreft](#), for bedre mentalt velvære, og for å få en ekstra energi i hverdagen. Dosen må være liten, ellers kan effekten bli det motsatte av hva man vil ha, og gi andre bivirkninger som grovere stemme, kviser og uønsket hårvekst. Den anerkjente gynekologen Susan Hardwick-Smith har laget [en informativ video](#) om dette temaet. I Norge finnes det ikke egen testosteron i doser som passer for kvinner, men det begynner å bli mer og mer vanlig også her å få dette som en del av hormonbehandlingen. Mange får skrevet ut Tostran 2%, og bruker ca. et halvt pump daglig som man smører på utsiden av lårene eller på innsiden av håndleddene. Den anerkjente amerikanske gynekologen Erika Schwartz har selv brukt bioidentiske hormoner i over 20 år. Hun anbefaler, som så mange andre gynekologer, å bruke testosteron i tillegg til østrogen og progesterone. [Her kan du lese et intervju med Schwartz.](#)

Brystkreft

En av hovedgrunnene til at kvinner velger å ikke ta hormontilskudd er en økt risiko for brystkreft. WHI-studien viste av for de som ikke tar hormoner vil 45 av 1000 kvinner mellom 50 og 70 år utvikle brystkreft. For de som tok hormontilskudd økte dette tallet til 47 etter 5 års behandling og til 50 etter 10 års behandling. Tall som senere er frigjort fra WHI-studien viser at de mellom 50 og 60 år som kun



Timing-hypotesen går ut på at man må starte med østrogen **tidlig nok for å få den gode effekten**. Forskningen, inkludert WHI-studien, viser **alle de gode effektene** av østrogen på kvinner mellom 50 og 60 år.

tok østrogen (de som hadde fjernet livmoren) faktisk hadde lavere risiko for brystkreft enn kontrollgruppen. Det er nå stor konsensus i det internasjonale gynekologiske miljøet om at det er det syntetisk gestagenet som gir den økte brystkreftrisikoen. En stor fransk kohortstudie (E3N) med over 80 000 deltakere viste at kvinner som brukte bioidentisk østrogen- og MP (som er det vanlige i Frankrike) hadde lavere risiko for brystkreft enn kontrollgruppen.

Mange mindre studier har senere kommet. Disse spriker i resultat, alt fra å vise en lavere brystkreftrisiko, til å vise en helt lik profil som kontrollgruppen, til å vise en svakt forhøyet risiko. En faktor som gjør det ekstra vanskelig å trekke konklusjoner er at de ulike studiene bruker ulike hormoner. Noen bruker bioidentisk østrogen og syntetisk gestagen, andre bruker syntetisk østrogen, mens igjen andre bruker bioidentisk av begge slag (som den franske studien). I tillegg kan det være en faktor om østrogenet er tatt i pilleform eller som plaster. Og så er det alder, noen studier deler inn i aldersgrupper, andre gjør det ikke. Derfor blir sammenligningsgrunnlaget svært vanskelig.

Blandt amerikanske gynekologer er holdningen ganske entydig i at bioidentisk progesteron [ikke gir brystkreft](#). En ny dansk studie som vi omtaler på side 9 viser ingen økning

i brystkreft etter 10 år på hormontilskudd. I den studien var det brukt bioidentisk østrogen i pilleform og syntetisk gestagen. Bo von Schoultz, professor ved enheten for obstetrik og gynekologi på Karolinska instituttet i Stockholm sa til *Läkartidningen* at den franske kohortstudien og andre lignende studier diskuteres på internasjonale fagkongresser. Man ser på resultatene som svært lovende, men svarene må støttes av ytterligere klinisk og eksperimentell forskning.

Hvorfor forskes det ikke på bioidentisk?

Et spørsmål som ofte reises er hvorfor det ikke satses mer fra legemiddelindustrien på store studier av bioidentiske hormoner. Svaret er at bioidentiske hormoner ikke kan patenteres, legemiddelindustrien har derfor ingenting å tjene på dette. Dermed forskes det heller ikke på hormoner i privat regi. Men hvis det finnes en behandling for kvinner som vil gi mye bedre livskvalitet, forhindre forbruk av antidepressiver og sovemedisiner, sykemeldinger og uføretrygder, hvorfor ser man det da ikke som en samfunnsoppgave å forske på dette? Mange mener, og kanskje med rette, at hadde det handlet om menn, så hadde forskningen vært offentlig finansiert og i gang for lenge siden. Men nå som kvinner, i langt større grad enn tidligere, har inntatt yrker som leger, gynekologer og forskere, har det kommet et nytt og bredere fokus på dette området.

Den danske studien

Denne studien ble publisert i *British Medical Journal* i 2012. Den fulgte 1006 kvinner mellom 45 og 58 år gjennom 16 år. Halvparten brukte hormontilskudd. Her fant man ingen økt risiko for brystkreft og man fant en beskyttende effekt for kvinners hjertehelse med hormontilskudd. De som ikke tok hormontilskudd hadde 50 prosent høyere risiko for hjerteproblemer og 40 prosent høyere hjertelatert dødelighet. For gruppen som brukte hormoner fant man faktisk litt færre tilfeller av brystkreft enn hos kontrollgruppen.

“Legene selv nøler ikke med å bruke hormoner, men de er mer restriktive med pasientene sine”

Hovedformålet i denne studien var å måle effekten av østrogen på benskjørhet hos kvinner. I tillegg til å bekrefte den positive effekten østrogen gir på dette området, viste altså denne studien det samme som det de mange studiene på 1990-tallet hadde vist i forhold til hjerte-kar og total dødelighet.

Dr Tobie de Villiers, president i International Menopause Society sa i forbindelse med denne studien at dette reflekterer hva som skjer når kvinner begynner med hormoner i det overgangsalderen inntreffer. *“The results are different to the results of the Women’s Health Initiative (WHI) study, reported 10 years ago, but that’s because they were looking at very different groups of women. The WHI was a large study, but it looked at much older women, with an average age of 63 when they started HRT. In contrast, this Danish study looks at women who start taking HRT at the time of the menopause, around 50 years of age. The Danish study also followed up these women for 16 years, which is significantly longer than the follow-up of WHI. This new work supports the safety of HRT taken at the time of the menopause.”*

Dr. John Stevenson ved Royal Brompton Hospital i London uttalte: *“The strength of the study is its long duration, and this shows that HRT, started around the menopause, is really pretty safe indeed, even for longer-term use. If taken in the appropriate way, with regard for individual circumstances, then women should really no longer be worried about using HRT.”*

Og disse kommentarene fører oss rett inn det som kalles timing-hypotesen....

“Window of opportunity”

Kort fortalt går timing-hypotesen ut på at man må starte med østrogen tidlig nok for å få den gode effekten. De som mener dette viser til at forskningen, inkludert WHI-studien, viser alle de gode effektene av østrogen på kvinner mellom 50 og 60, mens det for kvinner som starter lenge etter at hormonene begynner å slukke får en motsatt effekt, en økt sykkelighet. Østrogen reparerer ikke dårlige funksjoner, men bevarer de gode, sier tilhengerne. For å få **god effekt av østrogen er det i slutten av 40-årene man bør planlegge å starte med hormoner** ifølge denne hypotesen. Resultatene fra American Heart kongress i 2014 støtter opp under dette (se referatet fra professor Kjetil Retterstøl på nest siste side).

Ditt liv - ditt ansvar!

Å bruke hormoner er et personlig valg som man selv må ta ansvar for. Fastlegene vegrer seg gjerne for å skrive dette ut, selv om de kvinnelige legene selv bruker det i utstrakt grad. Gynekologene er ofte langt mer positive til å skrive det ut. Det beste er derfor å sette seg godt inn i alle sider av saken, og gjøre seg opp en egen mening om hva som er viktig for seg selv. For den som leser engelsk finnes det mange bøker om temaet, skrevet av anerkjente gynekologer med lang praksis på feltet. Du bør også ha vilje og tålmodighet til å teste deg fram til hva som fungerer og ikke fungerer i henhold til doser, administrasjon osv. Mange norske kvinner foretrekker å gå til leger som er eksperter på dette feltet. Flere er kunder ved gynekologiske klinikker i UK eller i USA, og velger å bruke penger på å reise dit en gang i året. De som velger slike løsninger, er gjerne svært helsebevisste i forhold til både kost og mosjon, og prioriterer egen helse høyt.

Men: Det er etablert kunnskap at selv moderat inntak av rødt kjøtt og alkohol gir en økt risiko for brystkreft. Det samme gjelder mangel på mosjon. Legene opplever gjerne at en kvinne som tar hormoner, og som får brystkreft, automatisk vil skylde på disse. Dette kan være en av grunnene til at legene selv ikke nøler med å bruke hormoner, mens de er mer restriktive med pasientene sine. Legene frykter kanskje å få beskyldinger mot seg i form av at de ikke har vært strenge nok i forskrivelsen av hormoner, fordi de vet at pasientene ikke tar inn over seg at brystkreft ofte kan skyldes ulike andre livsstilsfaktorer. Som på alle andre områder gjelder også her at valget er vårt eget, og det er vi selv som skal leve med konsekvensene av våre valg, enten vi velger å ta hormoner eller ikke, og hva slags hormoner vi velger. Dette er godt forklart i [denne videoen](#). Hvem vi velger å lytte til og hva vi velger å gjøre, det er det kun vi selv som bestemmer. Å være velinformert og aktivt søke informasjon er et første skritt mot å kunne velge det man mener passer best for en selv.



Som på alle andre områder gjelder også her at **valget er vårt eget**, og det er **vi selv som skal leve** med konsekvensene av våre valg, enten vi velger å bruke hormoner eller ikke.



Ny kunnskap tar lang tid

Den anerkjente amerikanske gynekologen Susan Hardwick-Smith har en egen [Youtube-kanal](#) med mange informative videoer som er basert på det som nyere forskning har vist om hormonbehandling. [I denne videoen](#) om testosteronbehandling refererer Hardwick-Smith til en studie som viser at det i gjennomsnitt tar 18 år fra en medisinsk behandling er godkjent i henhold til nyeste forskning, til behandlingen er allmenn kunnskap og godtatt blant legene. Å være oppdatert på et hvert fagfelt er ikke mulig for noen leger, og mange lener seg (ofte) på gammel kunnskap som de lærte under studietiden. I tillegg har Hardwick-Smith i nevnte video en egen refleksjon om hvorfor akkurat leger som yrkesgruppe kan bruke noe lengre tid enn andre grupper på å anerkjenne ny kunnskap.

Østrogen reduserer risikoen for hjerteinfarkt

Østrogen reduserer risikoen både for hjerteinfarkt og tarmkreft. - Medieopplagene etter en tvilsom studie i 2002 har gitt en falsk østrogenalarm, sier professor emeritus Ole-Erik Iversen ved UiB til forskning.no. – I ettertid kan vi slå fast at dette var en falsk østrogenalarm, som dessverre fikk altfor stor negativ oppmerksomhet i mediene, sier Iversen, som i en årrekke har forsket på kvinnehelse og hormoner ved Kvinneklinikken i Bergen. Medieopplagene skapte en uønsket og unødvendig frykt blant norske kvinner mot å ta hormontilskudd i årene etter overgangsalderen blant kvinner, mener han. Studier som viser at kvinner over 50 får lavere risiko for hjerteinfarkt om de tar hormontilskudd, har ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet i media mener Iversen. [Les hele artikkelen her.](#)

“Medieopplagene skapte en uønsket og unødvendig frykt blant norske kvinner mot å ta hormontilskudd.

Studier som viser at kvinner over 50 får lavere risiko for hjerteinfarkt om de tar hormontilskudd, har ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet i media”.

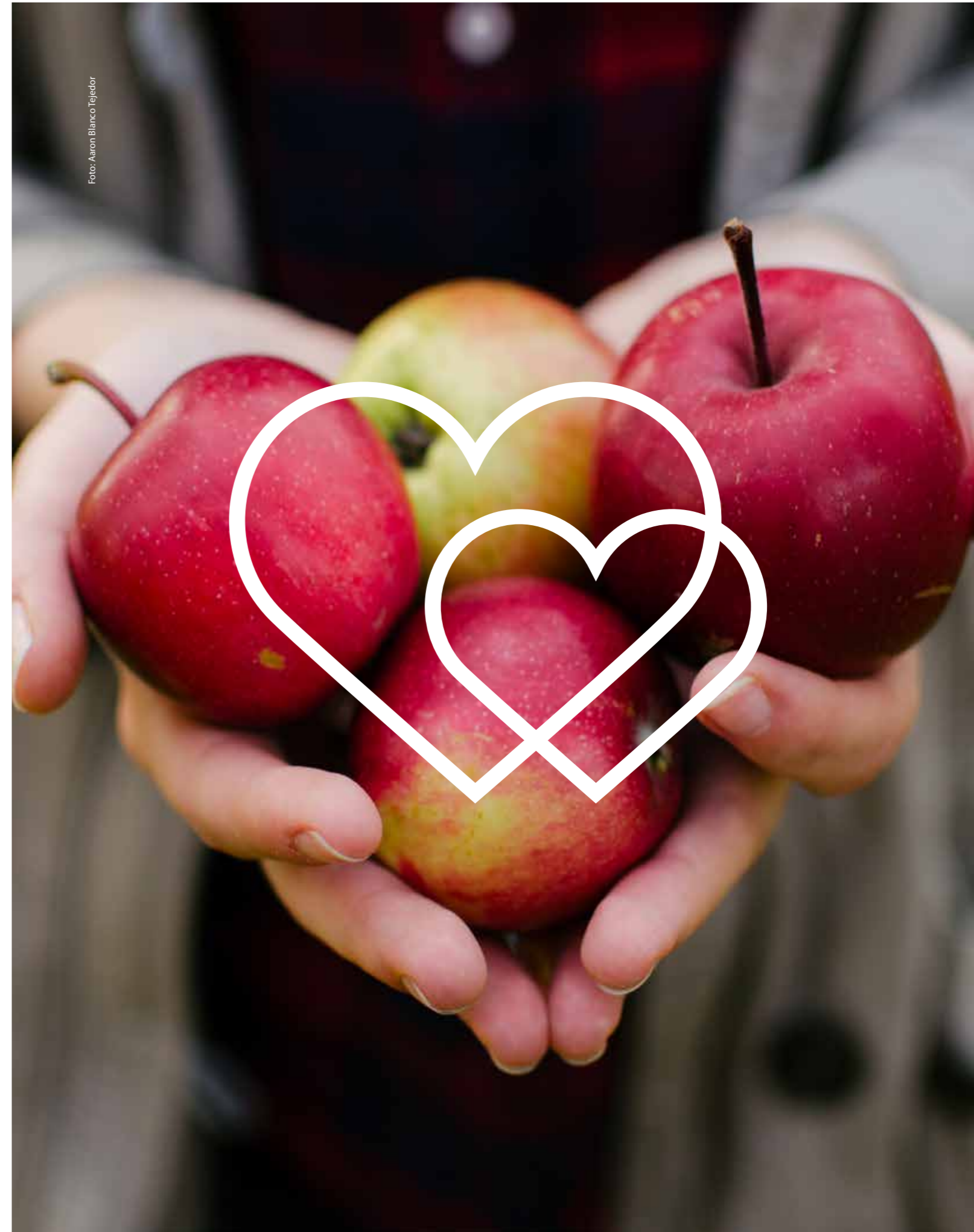


Foto: Aaron Blanco Tejedor

HVOR SKAL JEG STARTE?

Alle som skal bruke hormoner bør søke god informasjon, finne seg en lege som kan noe om dette området (veldig mange leger kan lite om dette, særlig fastleger), og man bør teste seg fram til hva som fungerer for sin egen kropp. Kvinner som er belest på dette området finner ofte at de har kommet ut med samme kombinasjon av hormoner. Dette er som regel kombinasjonen de tar:

Estradot plaster (bioidentisk østrogen) styrke mellom 25 – 75 mikrogram
Utrogest -pille (bioidentisk progesteron) 100 eller 200 mg (denne skriver legen ut på registeringsfritak)
Tostran (bioidentisk testosteron) 200 g

Det er viktig å vite hvorfor man vil ha bioidentiske hormoner. Særlig med tanke på at det er det syntetiske gestagenet som fører til økt risiko for brystkreft, i henhold til ledende gynekologer på området. I stedet vil man ha progesteron som er bioidentisk. Dette er for å beskytte livmoren. Har man fjernet livmoren er det ikke behov denne beskyttelsen. Men mange kvinner uten livmor velger å bruke litt progesterone likevel, fordi de opplever at det gir flere andre positive virkninger i kroppen. Man tar pillen om kvelden, de fleste opplever også at dette gir bedre søvn. Den som vil beholde mensene, tar 200 mg i syklus på 12 kvelder pr. mnd. Den som vil bli kvitt mensene tar 100 mg hver kveld. Etter 2-6 måneder bør man være kvitt mensene helt, men i denne perioden kan det bli en del blødninger i hytt og pine, så det kommer alt an på hva man selv orker å stå ut med. Tostran prøver man seg gjerne litt fram med på dosen. En hel «pump» er for mye for de fleste. Man blir fort vant til å klemme ut et «bitte lite» pump, og eventuelt øke litt hvis man vil ha mer effekt. En kvise eller to kan komme i starten, hvis det ikke avtar så reduserer man bare på mengden som smøres inn. For den som vil ha enda en ekstra beskyttelse for livmoren, kan man ta progesteron vaginalt en gang i uken, i tillegg til utrogest-pillen. Da kommer beskyttelsen på riktig sted, og gir god effekt. Mange bestiller en gynekolog-anbefalt krem fra USA som heter [Progest](#), den kan blant annet bestilles hos [Herb](#). Progest er ikke godkjent å føre inn i Norge, men vi har aldri hørt om at den blir stoppet i tollene. Det er anbefalt å gå til gynekolog en gang pr. år for å måle tykkelsen på livmorslimhinnen. Denne skal ikke bli for tykk, dette reguleres greit ved å justere styrkeforholdet mellom østrogen og progesteron.

DEN DANSKE STUDIEN FRA 2012

Denne studien ble publisert i British Medical Journal i 2012. Den fulgte 1006 kvinner mellom 45 og 58 år gjennom 16 år. Halvparten brukte hormontilskudd. Her fant man ingen økt risiko for brystkreft og man fant en beskyttende effekt for kvinners hjerte med hormontilskudd. De som ikke tok hormontilskudd hadde 50 prosent høyere risiko for hjerteproblemer og 40 prosent høyere hjerte relatert dødelighet. For gruppen som brukte hormoner fant man faktisk litt færre tilfeller av brystkreft enn hos kontrollgruppen.

Dr Tobie de Villiers, president i International Menopause Society sa i forbindelse med denne studien at dette reflekterer hva som skjer når kvinner begynner med hormoner i det overgangsalderen inntreffer.

“The results are different to the results of the Women’s Health Initiative (WHI) study, reported 10 years ago, but that’s because they were looking at very different groups of women. The WHI was a large study, but it looked at much older women, with an average age of 63 when they started HRT. In contrast, this Danish study looks at women who start taking HRT at the time of the menopause, around 50 years of age. The Danish study also followed up these women for 16 years, which is significantly longer than the follow-up of WHI. This new work supports the safety of HRT taken at the time of the menopause.”

Referat fra AHA - november 2014

ØSTROGEN OG HRT

Tekst: Professor Kjetil Retterstøl

Østrogen kan virke positivt på friskt endotel med østrogenreseptorer. Dette, kombinert med det faktum at kvinner får økt LDL-kolesterol og redusert HDL-kolesterol etter menopausen, gjorde at mange på 1990 tallet trodde at østrogentilskudd i forbindelse med menopause kunne være gunstig for å forebygge hjerte – og karsykdom. Så kom den store Woman Health Initiativ studien (WHI) studien i 2002 som viste at østrogentilskudd ga økt kardiovaskulær risiko, og bruken av østrogen ble da kraftig redusert.

I Chicago ble kardiovaskulær risiko ved bruk av østrogentilskudd diskutert blant annet basert på resultater fra Early Versus Late Intervention Trial With Estradiol (ELITE) study og the Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS) studien. I ELITE-studien studerte man effekten av oral 17β-østradiol (østrogen) på utviklingen av tidlig (subklinisk) aterosklerose og kognitiv svikt hos 643 friske postmenopausale kvinner. Den viste at kvinner som startet østrogen tidlig (gjennomsnitt 3,4 år etter menopause) hadde en 50% reduksjon i av progresjon av aterosklerose målt ved karotis intima media tykkelse, sammenlignet med placebo etter 6 år. KEEPS studien var en dobbeltblind, placebokontrollert klinisk studie av 727 kvinner over fire år. Transdermal hormonbehandling eller et placebo ble startet senest 36 måneder etter

kvinnens siste normal menstruasjon. Man fant der en gunstig effekt på fastende blodsukker og biomarkører for insulinresistens. Det er nå også utført metaanalyser på flere slike RCTer som understøtter betydningen av oppstartstidspunktet av HRT behandling i forhold til menopausen og etter hvert har det modnet seg en såkalt “TIMING HYPOTHESIS”.

Det overraskende er at dette også understøttes ved subanalyser av WHI studien i etterkant, der ser man at HRT gir en 26% økt risiko hos 70-79 år gamle kvinner, mens i 50-59 år gamle kvinner fant man en 10% redusert totalmortalitet i HRT gruppen versus placebo. “TIMING HYPOTHESEN” handler om at edotelet har østrogenreseptorer som kan frigjøre NO de første årene etter menopause, men at østrogenreseptorene etterhvert forsvinner, samt at stive aterosklerotiske kar mister de vasodilatoriske egenskapene.

I Chicago ble diskutert ulike aspekter av WHI og etterfølgende studier og det virket å være en ganske utbredt stemning at det nå var på tide å revurdere HRT i forhold til CVD. Indikasjon for østrogen etter menopause er lindring av symptomene av menopausale plager, men, slik vi trodde i 1990 årene, er det det sannsynligvis andre fordeler, gitt at det er riktig gitt til rett tid.

FH-kvinner OG ØSTROGEN

Vi har snakket med gynekolog Åsle Marit Ullern som har sin praksis på Best Helse i Oslo og kurser også andre gynekologer, blant annet om bioidentiske hormoner som etterspørres i stadig større grad.

Er det spesielle hensyn kvinner som har FH bør ta i forhold til bruk av hormontilskudd? Alle kvinner har en høyere risiko for å utvikle hjerte- og karsykdom etter overgangsalderen, men for kvinner med FH inntreffer denne risikoen tidligere enn hos de uten. Dermed kommer også dilemmaet om man skal starte med hormonbehandling tidligere hos kvinner med FH. Den nye danske studien er svært interessant, det samme er det som ble lagt fram på American Heart konferansen i november 2014. Men det trengs flere store studier før vi kan gi helt sikre råd.

Kvinner med FH bør ikke starte med hormonbehandling hvis de har etablert aterosklerose, da man mistenker at østrogenet kan få plakket til å løsne og flytte på seg. For kvinner som ikke har etablert aterosklerose men som har FH, er mitt råd at de bruker hormonplaster og ikke tabletter. Dette er fordi oralt østrogen har vist en liten risiko for blodpropp (på samme måte som p-piller), og mye tyder på at transdermalt østrogen ikke gir samme risiko.

Det er mye snakk om bioidentiske hormoner, og en del kvinner reiser til utlandet for å få disse? Det er ikke nødvendig. I Norge er alt østrogen bioidentisk, og de som ikke vil ha, eller tåler, syntetisk progestin kan vi skrive ut bioidentisk progesterone på registreringsfritak til. Det blir litt mer papirarbeid for legen og litt dyrere for pasienten, men er fullt mulig å gjøre.

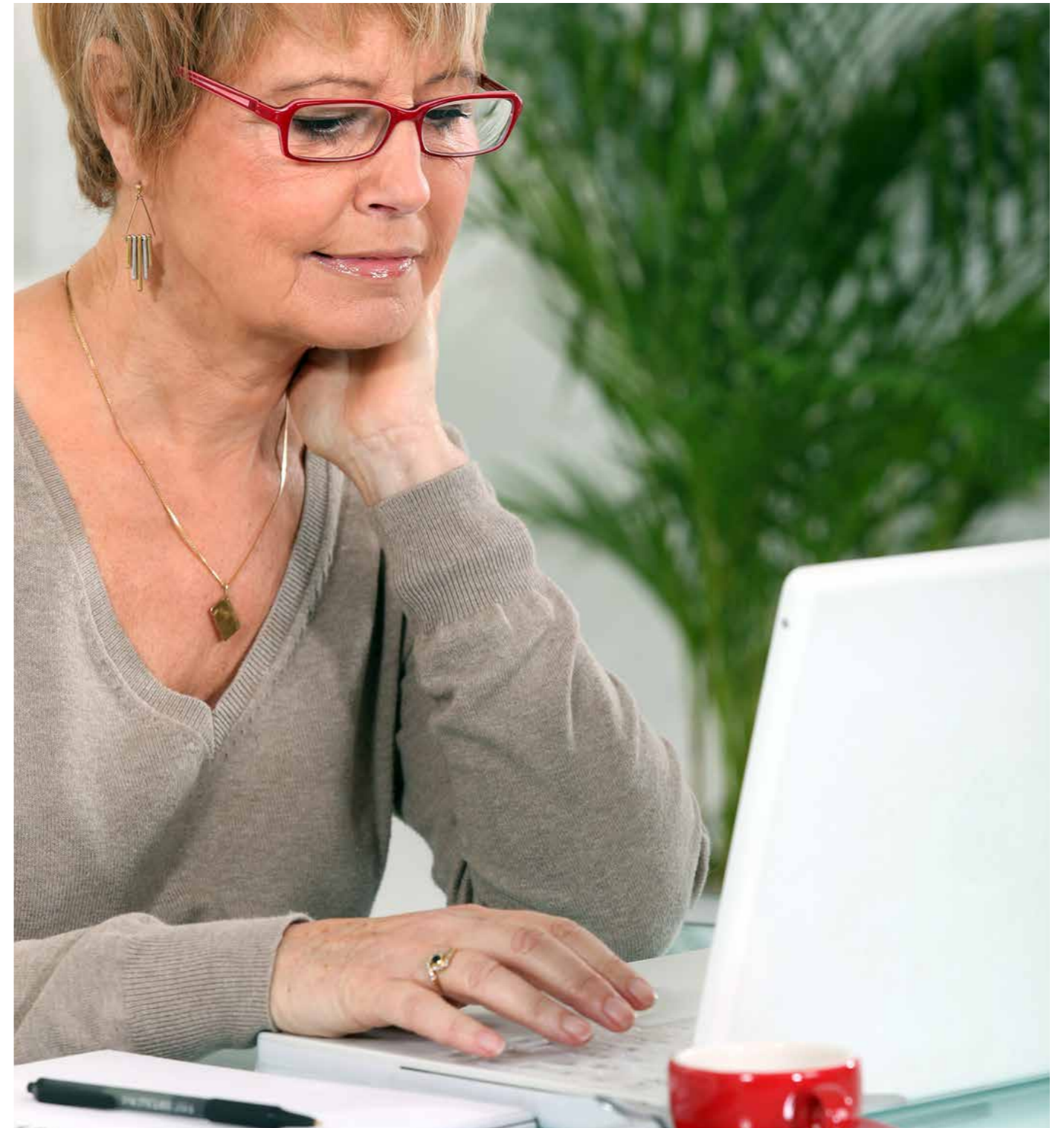
Media har fokusert på at kvinners sykefravær er større enn menns, og at andelen kvinner over 50 som uføretrygdes

øker, tror du dette har sammenheng med at østrogennivået synker?

– Ja, det tror jeg absolutt! Mange kvinner i den alderen har mye smerter, en del er sykmeldte på grunn av depresjoner og bruker antidepressiver. Veldig mange lider i stillhet. Hormontilskudd vil ikke løse alt, men kan gi et viktig pusterom og ny energi. Alle vet at særlig søvnproblemer gjør hverdagen vanskelig å komme gjennom. Hormonbehandling er med på å gi kvinner en stemme og energi til å sortere i livet sitt.



Når den mye kritiserte WHI-studien kom så fortsatte 75% av kvinnelige gynekologer å bruke hormontilskudd. Har du noen tanker om hvorfor ikke flere sluttet når andre kvinner sluttet anmass? Kvinnelige gynekologer leser tallene i studier, ikke bare avisoverskriftene. De som bruker hormontilskudd har veiet ulempene opp mot fordelene og trukket sine konklusjoner ut fra det.



Kvinnelige gynekologer leser tallene i studier, ikke bare avisoverskriftene.

De som bruker hormontilskudd har veiet ulempene opp mot fordelene og trukket sine konklusjoner ut fra det.