
USA fjerner advarsel mot menopausal hormonbehandling – samsvarer med norsk praksis

INVITERT KOMMENTAR

GRY WARSLA

warslagry@gmail.com

Gry Warsla er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og avtalespesialist i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Amerikanske kvinner blir ikke lenger møtt med en generell advarsel mot menopausal hormonbehandling. Det er en god anledning til å trekke fram at også norske kvinner er tilbakeholdne på grunn av eldre informasjon.

De amerikanske legemiddelmyndighetene, U.S. Food and Drug Administration (FDA), fjernet i november 2025 den generelle advarselen (black-box warning) fra legemidler for menopausal hormonbehandling [\(1\)](#). Bakgrunnen var en oppdatert vurdering av risiko og nytte basert på dagens kunnskapsgrunnlag. For norske forhold innebærer dette få endringer i retningslinjene [\(2\)](#).

Menopausal hormonbehandling ble lenge vurdert som risikofylt etter Women's Health

Initiative sin rapport i 2002 [\(3\)](#). I ettertid er det godt dokumentert at tallene i stor grad gjaldt en eldre høyrisikopopulasjon, og ikke kvinner som starter behandlingen nær menopausen. Retningslinjene i Norsk gynekologisk forenings metodebok, sist revidert i 2025, gjenspeiler dette: Menopausal hormonbehandling skal individualiseres og vurderes ut fra alder, tid siden menopause, symptomer og risikoprofil [\(2\)](#). Likevel møter vi gynekologer fortsatt mange kvinner som har vært tilbakeholdne med hormonbehandling basert på eldre informasjon.

«Menopausal hormonbehandling skal individualiseres og vurderes ut fra alder, tid siden menopause, symptomer og risikoprofil»

Menopausal hormonbehandling er indisert ved betydelige plager som påvirker livskvaliteten (2). Lavest mulig effektive dose bør benyttes, og kvinner med livmor skal ha gestagen i tillegg til østrogen for endometriebeskyttelse. Østrogen monoterapi medfører liten eller ingen økt risiko for brystkreft (4). Kombinasjonsbehandling med østrogen og gestagen kan øke denne risikoen noe, og risikoen varierer mellom preparater (4). Mikronisert progesteron ser ut til å gi lavere risiko enn enkelte eldre, syntetiske gestagener (4). De absolutte risikoøkningene er små og må vurderes opp mot livskvalitet.

FDA-endringen gjør det tydeligere at menopausal hormonbehandling skal baseres på individuell risikovurdering, oppdatert evidens og kvinnens egne symptomer og preferanser. Avgjørende for trygg behandling er i tillegg god klinisk vurdering, god informasjon til kvinnen samt god oppfølging.

Behandlingstiden er utvidet fra perimenopause til over 60 års alder og skal ikke styres av en fast øvre grense, men vurderes jevnlig basert på symptomer og risiko. Menopausal hormonbehandling anbefales ved prematur ovariesvikt frem til forventet naturlig menopausealder og kan vurderes videre der det er indikasjon.

Målet med menopausal hormonbehandling er å bedre livskvalitet, redusere vasomotoriske plager, bedre søvn, behandling av urogenital atrofi og i noen tilfeller forebygge osteoporose hos yngre postmenopausale kvinner. Samtalene med pasienten bør alltid omfatte nytte, risiko, forventninger og alternative behandlingsmuligheter – både hormonelle og ikke-hormonelle. Menopausal hormon med oppstart før 60 års alder eller innen ti år etter menopause øker ikke risikoen for hjerte- og karsykdom (3). Transdermal behandling er forbundet med lavest risiko for venøs tromboembolisme og slag (3, 4). Velregulert hypertensjon, diabetes og annen vanlig komorbiditet er ikke kontraindikasjoner når pasienten er adekvat behandlet for disse tilstandene.

«FDA-beslutningen bekrefter i stor grad den moderne tilnærmingen som allerede ligger i norske retningslinjer»

Kontraindikasjoner mot systemisk behandling er blant annet brystkreft, østrogensensitive maligne tilstander, uavklart vaginalblødning, aktiv venøs tromboembolisme, aktiv koronarsykdom og alvorlig leversykdom (5). Hos kvinner med tidligere venøs tromboembolisme kan transdermal østrogen vurderes dersom risikoprofilen tillater det.

FDA-beslutningen bekrefter i stor grad den moderne tilnærmingen som allerede ligger i norske retningslinjer: Menopausal hormonbehandling er en effektiv behandling som kan brukes trygt hos de fleste kvinner når den individualiseres og startes i riktig tidsvindu (1).

LITTERATUR

1. Food and Drug Administration. Removal of boxed warning for menopausal hormone therapy. Silver Spring, MD: FDA, 2025.
2. Norsk gynekologisk forening. Gynekologisk Veileder: Overgangsalder – menopause. [https://metodebok.no/emne/XfjH5Pzi/overgangsalder-\(menopause\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/XfjH5Pzi/overgangsalder-(menopause)/veieder-gynekologi-(ngf)) Lest 28.11.2025
3. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE et al. Menopausal Hormone Therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* 2017; 318: 927–38. [PubMed][CrossRef]
4. 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: 1159–68. [PubMed][CrossRef]
5. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H et al. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 1: CD004143. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 5. desember 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0734
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.