

Lokal behandling af vulvovaginal atrofi

Sarah Wåhlin-Jacobsen¹ og Anette Tønnes Pedersen²

Vulvovaginal atrofi (VVA) er med en prævalens på op mod 50% en særdeles hyppig tilstand hos postmenopausale kvinder og skyldes mangelfuld østrogenpåvirkning af de kvindelige genitalia [1]. Tilstanden ses også hos kvinder som ammer, ved brug af lavdosis p-piller og hos kvinder i behandling for brystkræft [1]. Der er en høj grad af underrapportering og selvbehandling, formentlig pga. manglende viden og tabuisering [2].

Typiske symptomer er tørhed, ændret udflåd, kløe og svie. Mangelfuld lubrikation medfører ubehag og smerter ved samleje, og kontaktblødninger kan forekomme. Tilstanden øger risikoen for inkontinens, vaginale og urinvejsinfektioner. [1].

Ved gynækologisk undersøgelse fremstår slimhinden tynd, bleg og skinnende, evt. med petekkier. De vaginale rugae er glattet ud og agglutination kan ses. Diagnosen stilles på baggrund af symptomer og klinisk undersøgelse [2]. Før behandling påbegyndes skal forekomst af genital patologi udelukkes, og vaginalblødning af ukendt årsag bør altid afklares.

Behandlingen er lokal, hvor især lokal behandling med østrogen er effektiv [3]. Der er i 2018 blevet godkendt endnu et lægemiddel til lokalbehandling af vulvovaginal atrofi. Det indeholder prasteron, der metaboliseres til testosteron og østrogen, men langtidsrisikoen mht. udvikling af blandt andet bryst- og livmoderhalskræft er usikker [4]. Lokalbehandling administreres intravaginalt som tabletter, ring, creme eller vagitorier. Alternativt til hormonal behandling findes nonhormonelle vaginale fugtighedsgivere (fx Replens, Repadina), som kan fås på fx apoteket [5]. Glidecremer kan anbefales ved seksuel aktivitet, hvoraf de silikonebaserede glidecremer holder effekten i længere tid.

Ved lokal østrogenbehandling er der en begrænset systemisk absorption af østrogen [6], og det er derfor ikke nødvendigt samtidigt at behandle med genstagen for at forebygge endometrie-cancer. Der er ikke påvist øget risiko for brystkræft med lokal østrogenbehandling, og der er derfor ikke begrænset behandlingsvarighed [7]. Hos kvinder med hormonfølsom brystkræft bør nonhormonal behandling afprøves først. Lokal østrogen kan anvendes i samråd med onkolog [8].

Lokal behandling med CO₂-laser har kasuistisk vist sig at have god effekt på VVA, men evidensen er sparsom, den biologiske plausibilitet mangelfuld og der mangler især opfølgende data på langtidseffekten [9].

En stor udfordring ved lokalbehandling er adhærens. Det berettes, at mange kvinder vælger at selvseponere behandlingen efter kort tid, fordi effekten først ses efter flere ugers behandling, mens bivirkninger i form af øget udflåd opstår umiddelbart. Ved ordination af lokal behandling af VVA er det derfor vigtigt at informere om fordele og ulemper og at støtte patientens valg af behandling ud fra patienten egne præferencer [10].

Det er vigtigt at informere om, at der kan gå flere uger, før man oplever effekt af behandlingen, og at øget udflåd er normalt og vigtigt for at fordele lægemidlet i vagina og

på vulva. Generne ved brug af lægemidlet kan mindskes ved at anvende lægemidlet inden sengetid og benytte trusseindlæg dagen efter.

Tablet 1. Lægemidler til lokal behandling af vulvovaginal atrofi.			
	Behandlingsregime	Særlige opmærksomhedspunkter	Pris pr. dag i kr. (medicinpriser pr. 12.02.19)
Vagifem® vaginaltablet 10 µg	1 tablet x 1 dagligt i 2 uger, herefter x 2/uge	Opløses intravaginalt, tabletrester i udflåd	11,58 de første 2 uger, herefter 3,3
Estring® vaginalindlæg 7,5 µg/24 t	Skiftes hver 3. måned	Kan tages ud ved samleje	3,42
Ovestin® vaginalcreme eller vagitorium	0,5 mg x 1 dagligt i 2-3 uger, herefter x 2/uge	Det kan være svært at dosere cremen	Fås i håndkøb – ingen fast pris
Intrarosa® vagitorium 6,5 mg	1 vagitorium x 1 dagligt	Risikoen for udvikling bryst- og livmoderhalskræft på længere sigt er ukendt	11,05

Korrespondance

Sarah Wählin-Jacobsen, sarahwaahlin@gmail.com

Habilitetserklæringer og referencer

Kan ses på www.irf.dk

- 1) Klinisk Sexologi, Københavns Universitet
- 2) Gynækologisk Klinik og Fertilitetsklinikken, Rigshospitalet

Referencer

1. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. Mayo Clin Proc 2010;85:87-94.
2. Gandhi J, Chen A, Dagur G et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. Am J Obstet Gynecol 2016;215:704.

3. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;8:CD001500.
4. Interrosa EPAR. European Medicines Agency. 14.02.2018. https://www.ema.europa.eu/documents/assessment-report/intrarosa-epar-public-assessment-report_en.pdf.
5. Sinha A, Ewies AA. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric* 2013;16:305-12.
6. Labrie F, Cusan L, Comez JL et al. Effect of one-week treatment with vaginal estrogen preparations on serum estrogen levels in postmenopausal women. *Menopause* 2009;16:30-6.
7. Shapiro M. What should guide our patient management of vulvovaginal atrophy? *Climacteric* 2019;22:38-43.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, Farrell R. ACOG committee opinion no. 659: the use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent breast cancer. *Obstet Gynecol* 2016;127:93-6.
9. Preti M, Vieira-Baptista P, Digesu GA et al. The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology. An ICS/ISSVD best practice consensus document. *neurourol Urodyn* 2019;1.
10. Minkin MJ, Maamari R, Reiter S. Improved compliance and patient satisfaction with estradiol vaginal tablets in postmenopausal women. *Int J Womens Health* 2013;5:133-9.