

Brugen og udbredelsen af systemisk hormonterapi mod klimakterielle gener i 3 lægehuse i Vestjylland

FORSKNINGSTRÆNINGSSOPGAVE

Lasse Espelid Kristensen
Torben Henrik Haurberg Pold
Thomas Juul Krahn

Vejleder:

Morten Haaning Charles, PhD, speciallæge i almen medicin
Ekstern Lektor

August 2022

INTRODUKTION

Klimakterielle gener rammer op mod 80-85% af alle kvinder^[6, 10]. En tredjedel til halvdelen af kvinder vil have moderate til svære gener, hvilket Dansk selskab for obstetrik og gynækologi (DSOG) angiver som behandlingsindikation. Klimakterielle gener omfatter hede- og svedeture, blødningsforstyrrelser, søvnforstyrrelser, tørhed af slimhinder, led- og knoglesmerter, humørændringer og påvirket seksualitet^[10]. Symptomerne relaterer sig til de faldende koncentrationer af de kvindelige kønshormoner.

Disse gener kan effektivt behandles med hormonterapi (HT) med østrogen eller østrogen/progesteron^[11]. Behandlingen har dog været særdeles omdiskuteret de sidste 30 år, og har gennem årene varieret betragteligt i udbredelse samt anseelse vedrørende sikkerhed og virkning^[4]. HT var bredt anvendt op gennem 80'erne og 90'erne, hvor observationelle studier og metaanalyser i slutningen af 80'erne pegede på gavnlige effekter mod såvel hedeture som hjerte-kar-sygdom, osteoporose og demens^[1, 3, 7]. Således anbefalede American College of Physicians i 1992 sågar HT som forebyggelse mod hjerte-kar-sygdom. Dette ændrede sig dog i 2002, hvor data fra Women's Health Initiative (WHI) blev offentliggjort. Disse antydede en øget risiko for hjerte-kar-sygdom, mammacancer og ovariecancer ved HT og forsøgene blev stoppet^[1, 2]. Dette medførte et markant skifte i brugen af HT og dets anseelse blandt både sundhedspersonale og patienter^[5]. I Danmark er der sket en markant reduktion af kvinder, der har modtaget behandling - fra 188.000 kvinder i 2002 til 51.000 kvinder i 2020^[8]. I USA er brugen af HT reduceret med op mod 80%^[5].

Siden offentliggørelsen af WHI's data, er disse dog blev reanalyseret gentagne gange ud fra tesen om det "kritiske vindue"^[1, 2, 10], som anfører at HT har den største gavnlige effekt såfremt den gives perimenopausalt eller tidligt postmenopausalt (ikke mere end 10 år efter menopause), ikke initieres ved kvinder >60 år, gives i kortest mulige periode og ikke gives til kvinder >65 år. Overholdes dette, vil de relative risici i forhold til hjerte-kar-sygdom, bryst-, ovarie- og endometriecancer være begrænsede i forhold til den gavnlige effekt^[4, 8].

I 2017 udgav DSOG deres vejledning til postmenopausal HT med udgangspunkt i NICE-guideline. Disse anbefaler, at man kan starte HT op ved moderate til svære hedeture og øvrige

klimakterielle gener, såfremt afprøvede livsstilsændringer gennem 3 måneder ikke har medført ønsket effekt, der ikke er nogen kontraindikationer og efter samlet vurdering af risikofaktorer. Hvis man bruger transdermal østrogen frem for tabletter, indikerer nye data sågar, at der kan være en gavnlig effekt på risikoen for hjerte-kar-sygdomme, hvorfor dette generelt anbefales^[10].

Nogle forfattere mener at de skadelige eftervirkninger af WHI har medført, at alt for få kvinder modtager HT grundet vedvarende misforståelse og fejlagtige opfattelser af risici blandt såvel patienter som sundhedspersonale. Dette medfører unødvendigt sænket livskvalitet samt øget forekomst af osteoporose, kardiovaskulær sygdom mv. blandt et stort antal kvinder^[2, 3, 5].

Vi vil i det følgende undersøge udbredelsen af HT som behandling for klimakterielle gener i patientpopulationerne, der er tilknyttet de 3 forfatteres respektive klinikker, og se hvorvidt de afspejler de aktuelle rekommendationer - både mht. effektuering af behandling, samt om udbredelsen af behandlingen afspejler den forventede prævalens af kvinder med klimakterielle gener.

METODE

Dataindsamling blev foretaget i maj 2022 via IT-systemerne XMO (2 praksisser) og WinPLC (1 praksis).

Vi har identificeret alle kvinder født mellem 01.05.1957 til 01.05.1977 sv.t. 45 - 65 år på søgetidspunktet. Fra denne gruppe fandt vi kvinder i behandling med østrogen-terapi ud fra en søgning på ATC-koden G03 (Kønshormoner og modulatorer af genitalsystemet). Dette resulterede i en kohorte på i alt 351 kvinder.

Herefter blev der lavet en manuel gennemgang af samtlige patienter for at identificere patienterne i HT for klimakterielle gener, og udelukke kvinder i HT på baggrund af f.eks. ooforektomi, samt kvinder i lokal østrogenbehandling. Dette resulterede i den endelige kohorte på 30 kvinder (*figur 1*).

Fra journalmaterialet indsamlede vi data vedrørende østrogenpræparat, varighed af behandling, om der var tillagt gestagen, om kvinden var hysterektomeret og om behandlingen var initieret hos gynækolog eller egen læge.

Slutteligt har vi identificeret antal kvinder i hver aldersgruppe fra 45-49 år, 50-54 år, 55-59 år og 60-64 år totalt i de 3 praksisser.

I WinPLC blev der trukket data ved hjælp af det indbyggede statistiske værktøj. Søgekriterierne heri tillod ikke at afgrænse fødselsperioden fra 01.05.1957 - 01.05.1977, men i stedet kunne alderen angives fra 45 til 65 år. Da søgningen blev foretaget d 27.05.2022, er der efterfølgende foretaget en manuel gennemgang af kvinder på 66 år, for at finde evt. manglende patienter. Endvidere tillader WinPLC ikke søgning på overordnede ATC-niveauer, hvorfor der i stedet blev søgt på samtlige relevante G03-subkategorier.

Søgningen i XMO blev gjort under patient-statistikmodulet med følgende søgestreng:

```
"Stamdata{fødselsdato>="19570501" and fødselsdato<="19770501" and køn="kvinde"} and Medicin{dato>="20220501" and dato<="20220531" and atc="G03"}"
```

Endvidere har vi for den samme gruppe af kvinder i alderen 45-65 år, ved hjælp af de indbyggede statistik-moduler fremsøgt patienter med ICPC-koden X11 - Klimakteriel(t) symptom/klage.

RESULTATER

I de 3 klinikker, hvorfra vi har opsamlet data, er der i alt 18.578 tilmeldte patienter, fordelt på 9761 i Vildbjerg, 4658 i Kibæk og 4159 i Ringkøbing. Af disse er 2434 kvinder i alderen 45-65 år, demografisk fordelt ligeligt mellem de 3 praksisser (*tabel 1*).

De fordeler sig aldersmæssigt med 576 kvinder i alderen 45-49 år, 615 kvinder i alderen 50-54 år, 658 kvinder i alderen 55-59 år og 585 kvinder i alderen 60-64 (*tabel 3*).

Af disse kvinder fandtes 351 i behandling med præparater fra ATC-gruppen G03 ved søgning i WinPLC og XMO. Ved manuel gennemgang af disse patienter fandtes vores kohorte på 30 patienter i HT på indikationen klimakterielle gener. De øvrige patienter blev frasorteret grundet enten lokalt virkende G03 præparater eller HT på andre indikationer som f.eks præmatur ovarieinssufficiens, hvor behandlingen blev initieret før kvinden fyldte 45. Derudover er frasorteret patienter med G03 præparater som led i prævention, og enkelte der slet ikke fik G03-præparater, som alligevel fremgik af søgningen. Dette var både tilfældet for XMO og WinPLC (*figur 1*).

I alt var 1,2% af kvinderne i aldersgruppen 45-65 år således i HT behandling. Gennemsnitsalderen ved initiering af behandling var 51,3 år og patienterne havde på søgetidspunktet i gennemsnit fået behandlingen i 4 år (*tabel 1 og 2*).

8 af de 30 kvinder sv.t. 26,6% havde fået behandlingen >5 år. 3 kvinder sv.t. 10% havde fået behandlingen i >10 år.

1 af de 30 kvinder fik ikke relevant progesteron-supplement.

Hos 40% af kvinderne var behandlingen initieret hos gynækolog. Lægehuset Kibæk adskiller sig fra de 2 andre praksisser ved at alle deres pt. i HT fik den initieret ved gynækolog (*tabel 1*).

I forhold til ICPC-kodning var i alt 605 kvinder i alderen 45-65 kodet med X11 svarende til 24,9%. Af kvinder i HT behandling var 22 kvinder kodet med X11 svarende til 73,3%.

14 af kvinderne sv.t. 46,6% fik dermal behandling mod 16 kvinder i tablet-behandling.

41,6% af kvinder med HT initieret ved gynækolog fik transdermal behandling. Hos kvinder initieret ved egen læge fik 50% transdermal HT.

DISKUSSION

Som anført var der i 2020 i Danmark 51.000 kvinder i HT på baggrund af klimakterielle gener mod 188.000 i 2002. Vi har med vores dataudtræk undersøgt udbredelsen af HT i 3 klinikker i Vestjylland med en samlet patientpopulation på 18.578.

Vi har fundet at 1,2% af kvinderne i alderen 45-65 år i den gruppe er i HT på indikationen klimakterielle gener.

I forhold til kvaliteten af den givne behandling i vores praksisser ses det, at behandlingen startes på et relevant tidspunkt med en gennemsnitsalder for start af behandling på 51,3 år. Dette ligger tæt på gennemsnittet for danske kvinders alder ved menopause 51,4 år^[12]. Ingen patienter er opstartet i behandling efter at være fyldt 60 år. Det har i vores undersøgelse ikke været muligt at se på intervallet fra menopause til opstart af behandling hos den enkelte patient, men ovenstående tyder på at behandlingen ikke initieres senere end 5 år efter menopause og lever op til anbefalet behandling. I forhold til varigheden af behandling ses det derimod, at henholdsvis 26,6% har været i behandling i mere end 5 år og 10 % i mere end 10 år. Dette indikerer at praksis ikke helt lever op til anbefalingen om årlig kontrol med kritisk gennemgang af indikation for behandling.

Ved HT til kvinder med en livmoder, er der indikation for samtidig behandling med progesteron, for at reducere risikoen for endometriecancer. I vores undersøgelse fandt vi i alt 24 kvinder i HT med bevaret livmoder. Blandt disse kvinder identificerede vi en enkelt kvinde, der ikke fik progesteron og således ikke var i relevant behandling.

Ser man på behandlingen initieret af speciallæge i gynækologi og sammenligner med behandling i almen praksis er der følgende forskel: Gennemsnitsalder ved opstart af behandling ligger på henholdsvis 50,3 år og 51,8 år for gynækolog og almen praksis. Vi har ikke kunne vurdere varighed af behandling opstartet ved gynækolog vs almen praksis, da kontrol af behandlingen ligger i regi af almen praksis.

Samlet set synes vores data at indikere, at behandlingen af klimakterielle gener i praksis følger de kliniske vejledninger ganske tæt.

For at vurdere og diskutere udbredelsen og brugen af HT i de inkluderede praksisser, må vi først overveje prævalensen af disse gener i vores kohorte.

Det medfører dog en udfordring at estimere prævalensen, da debuttidspunktet af symptomer varierer, og det samme gør sig gældende for varigheden.

Vi har initielt forsøgt at afdække prævalensen ved at søge på ICPC-koden X11 - klimakterielle gener. Dog med en formodning om at kodning i almen praksis er mangelfuld. Søgningen førte til i alt 605 kvinder sv.t. 26,89%. Ved en gennemgang af de 30 kvinder i HT ses det også at kodningen er ganske inkonsekvent (kun 73,3% af kvinder i HT var kodet) , og samtidig er der stor variation mellem de enkelte praksisser. Endvidere er det ikke sikkert at ICPC-koder igen fjernes efter diagnosen er ophørt. Samlet vurderer vi at kodningen i de 3 praksisser er mangelfuld og vi kan derfor ikke benytte en estimeret prævalens ud fra dette.

Vi vil i stedet tillade os at give et bud på en punkt-prævalens ud fra litteraturen og følgende viden og antagelser:

- Kvinderne i vores kohorte fordeler sig ligeligt i hele aldersspændet med en svag overvægt af kvinder i alderen 55-59 år (*tabel 3*).
- Gennemsnitsvarigheden af klimakterielle gener er 5 år⁸.
- En tredjedel til halvdelen af alle kvinder vil opleve klimakterielle gener i behandlingskrævende grad^[8].

Da vi undersøger kvinder i et aldersspænd strækkende sig over 20 år, antager vi derfor, at en fjerdedel af disse (sv.t. 608 kvinder) aktuelt vil være i den 5-årige periode med klimakterielle gener.

Ud fra det mest forsigtige estimat vil en tredjedel af disse kvinder, sv.t. 203 kvinder, have gener i moderat til svær grad og således være kandidater til HT.

Det giver således en estimeret punkt-prævalens på 8,3% af klimakterielle gener i moderat til svær grad for kvinder i alderen 45-65 år.

Der er naturligvis stor usikkerhed omkring denne beregning. Vi har konsekvent valgt det mest konservative estimat, for ikke at overestimere diskrepansen mellem de aktuelt behandlede og det forventede antal kvinder med behandlingskrævende gener.

Tilbage står dog fortsat en stor diskrepans mellem de aktuelle 30 kvinder i HT tilknyttet de 3 praksisser og de estimerede 203 potentielle kandidater. Der er flere potentielle forklaringer på denne forskel, som vi vil forsøge at belyse i det følgende.

Kompleksiteten af HT kan tænkes at afholde nogle almen praktiserende læger fra at initiere den^[1]. *R.D. Langer et al*^[2], angiver at modstanden mod HT affødt af WHI's undersøgelse i 2002 har medført at en hel generation af almen praktiserende læger uddannet fra omkring årtusindeskiftet og frem, ikke har fået den nødvendige undervisning i HT, og derfor ikke er tilbøjelige til at opstarte behandlingen. På trods af et væld af nypublicerede guidelines og rekommendationer, der forsøger at gøre op med konklusionerne fra WHI i 2002, sker der kun ganske få ændringer i behandlingen af klimakterielle gener^[4], og frygten for HT persisterer både i sundhedsvæsenet og den generelle befolkning^[7].

Kompleksiteten af behandlingen gør, at adgangen til gynækologisk speciallæge også påvirker andelen af kvinder i HT. I Vestjylland er adgangen væsentlig mindre end i f.eks. København (nærmeste gynækologiske klinik er i Silkeborg) og dette er derfor potentielt en yderligere hindring. Vores patient-population er netop tilknyttet 3 praksisser i Vestjylland, og det er derfor ikke givet at vores udregnede diskrepans er repræsentativ for et landsgennemsnit. Blot vores 3 praksisser i mellem er der stor forskel i behandlingen af klimakterielle gener, trods det at de er demografisk sammenlignelige. F.eks. modtager 0,8% af kvinder i målgruppen HT i Kibæk mod 1,8% i Ringkøbing.

Som tidligere nævnt findes der stadig en modstand mod HT blandt sundhedspersonale efter WHI. Den samme modvilje findes også hos patienterne, der fortsat vil være tilbøjelige til ikke at søge læge grundet klimakterielle gener^[1, 2, 7]. Der findes samtidigt et stort marked for ikke-receptpligtige planteøstrogener og komplementær behandling mod klimakterielle gener^[2], men disse planteøstrogeners effekt og evt. bivirkninger er imidlertid ikke særligt undersøgt, og sikkerhedsprofilen er omdiskuteret^[2, 10]. Et studie fra 2015 i USA har vist at op mod 35% af postmenopausale kvinder bruger planteøstrogener mod klimakterielle symptomer^[5].

Samlet set har vi fundet 30 patienter i HT ud af estimerede 203 patienter der er kandidater til behandlingen. Vores tal understøtter således hypotesen at klimakterielle gener er markant underbehandlede i Vestjylland, betinget af flere potentielle faktorer, hvoraf nogle er belyst i det ovenstående.

Denne underbehandling medfører unødvendig lidelse, reduceret livskvalitet og øgning i grad af kroniske sygdomme i den kvindelige befolkning^[1-5].

Måden at få vendt denne udvikling er kompleks og mangefacetteret, men bør indeholde vedvarende oplæring og undervisning af sundhedspersonale, samt oplysning til den kvindelig population omkring behandlingsmuligheder. Lægen bør være vidende omkring risici og bivirkninger samt effekter af HT; både i forhold til symptomlindring, men også potentielt gavnlige effekter i reduktion af kronisk sygdom - alt dette for at facilitere, at patienten kan træffe et oplyst valg omkring behandling på et relevant og sagligt grundlag^[4].

KONKLUSION

Vores studie har fundet, at ud af 2434 kvinder i alderen 45-65 år tilknyttet 3 praksisser i Vestjylland, får 30 kvinder HT. Vi har ud fra en estimeret punktprævalens på 8,3% beregnet at 203 kvinder er kandidater til HT behandling ud fra DSOG's guidelines.

Der er således en stor diskrepans, hvilket understøtter hypotesen om at klimakterielle gener er underbehandlede i Vestjylland. Hvorvidt denne diskrepans afspejler det generelle niveau i Danmark, kan diskuteres og kræver yderligere data at belyse.

Kvaliteten af behandling ligger ganske tæt på rekommendationerne. 3 patienter har været i behandling længere end de anbefalede maksimalt 10 år, og en enkelt kvinde med uterus var ikke i relevant progesteronbehandling. Vi har ikke indsamlet data for HT blandt kvinder >65 år, og kan derfor ikke udtalte os om dette aspekt af rekommendationerne.

Gennemsnitsvarigheden af behandlingen ligger på 4 år og er således under det anbefalede, og behandlingen er gennemsnitligt initieret når kvinderne er 51,3 år.

14 kvinder er i transdermal østrogen-behandling, og omend det ikke er kontraindiceret at give tablet-behandling, er transdermal HT at foretrække.

Vi har i det følgende forsøgt at skitsere en enkel behandlingsvejledning til brug for behandling i almen praksis, der kan implementeres i den kliniske dagligdag.

FORSLAG TIL BEHANDLINGSVEJLEDNING AF KLIMAKTERIELLE GENER MED UGANGSPUNKT I IRF OG DSOG

Målgruppe: Kvinder med moderate til svære hede-/svedeture og andre klimakterielle gener med alder <60 år og <10 år siden menopause.

Kontraindikationer for HT:

- Aktuel eller tidl. bryst- eller endometrie-cancer (inkl. uafklaret vaginalblødning og genetisk disp.)
- Aktuel eller tidl. venetrombose, AMI eller stroke samt kendt trombofili.
- Høj kardiovaskulær risiko (SCORE>5%)
- Leversygdom.

Før behandling:

Afklar risiko for kardiovaskulær sygdom ved SCORE (rygning, alder, hypertension, kolesterol). Informer om lille men øget risiko for bryst-, ovarie- og endometrie-cancer samt venøse og arterielle blodpropper.

Hormonterapi:

Estradiol gel: Estrogel 0,5-1,5 mg dagligt.

Til kvinder med livmoder:

Der skal tilføjes et gestagen: Højdosist gestagenspiral: Mirena el. Levosert.

Tabletbehandling: Hvis seneste blødning er indenfor 1 år, skal gives cyklisk gestagen - f.eks Provera 5 mg x 1, i 12-14 dage, hver 3. måned.

Ved kontinuerlig gestagen kan f.eks gives tabl. Utrogestan 100 mg x 1 daglig.

Ikke hormonel behandling der kan forsøges (sparsom evidens): Livsstilsændringer med motion, kostomlægning, rygestop. Evt. kognitiv terapi, yoga, mindfulness.

Behandling startes på lavest mulige dosering og kan opjusteres efter 3 måneders behandling.

Behandlingsvarighed: Årlig kontrol med kritisk gennemgang af indikation for behandling.

Anbefales stop eller udtrækning efter max. 5 år.

REFERENCER

- 1 Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol*. 2017 Apr;13(4):220-231. Epub 2016 Oct 7. PMID: 27716751.
- 2 R. D. Langer, H. N. Hodis, R. A. Lobo & M. A. Allison (2021) Hormone replacement therapy – where are we now?, *Climacteric*, 24:1, 3-10
- 3 Lobo RA, Pickar JH, Stevenson JC, Mack WJ, Hodis HN. Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis*. 2016 Nov;254:282-290
- 4 Palacios S, Stevenson JC, Schaudig K, Lukasiewicz M, Graziottin A. Hormone therapy for first-line management of menopausal symptoms: Practical recommendations. *Womens Health (Lond)*. 2019 Jan-Dec;15:1745506519864009
- 5 Manson JE, Kaunitz AM. Menopause Management--Getting Clinical Care Back on Track. *N Engl J Med*. 2016 Mar 3;374(9):803-6
- 6 Sussman M, Trocio J, Best C, Mirkin S, Bushmakin AG, Yood R, Friedman M, Menzin J, Louie M. Prevalence of menopausal symptoms among mid-life women: findings from electronic medical records. *BMC Womens Health*. 2015 Aug 13;15:58
- 7 Cagnacci A, Venier M. The Controversial History of Hormone Replacement Therapy. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Sep 18;55(9):602
- 8 Louise Bjørkholt Andersen, Jeppe Bennekou Schroll, Henrik Horwitz, Ellen Løkkegaard, Lotte Hvas. Hormonbehandling i overgangsalderen. *Rationel Farmakoterapi* (3), 2022
- 9 Mathie Mørck Jepsen, Henrik Horwitz. Planteøstrogener, *Rationel Farmakoterapi*(3), 2022
- 10 Thomas Benjamin Aaen, Birgit Arentoft, Louise Inkeri Hennings, reservelæge, Stine Kretzchmar Nielsen, Jeppe Schroll, Lea Lund Sjøgren, Line Holdgaard Thomsen, Lea Langhof Thuesen. DSOG: Postmenopausal hormonterapi med udgangspunkt i NICE guideline. 20.03.2017, DSOG. Ellen Løkkegaard
- 11 Maclennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;2004(4):CD002978.
- 12 Ditte Trolle, Dorte Bojer, Bjarne Lühr Hansen. Klimakteriet. *Lægehåndbogen.dk*, 25.07.2019

APPENDIX

Tabel 1

Patient nr	Alder	Varighed år	Alder ved start	Østrogen-præparat	Progesteron	Hysterektomeret	AP/GYN	ICPC-kode	Praksis
1	56	1	55	Trisekvens	ja	nej	AP	X11	Vildbjerg
2	59	7	52	Estrofem mite	ja	nej	GYN	nej	Vildbjerg
3	58	5	53	Trisekvens	ja	nej	AP	nej	Vildbjerg
4	48	2	46	Estrogel	ja	nej	GYN	X11	Vildbjerg
5	55	1	54	Livial	ja	nej	AP	X11	Vildbjerg
6	56	7	49	Evo-Conti	ja	nej	AP	nej	Vildbjerg
7	52	1	51	Divigel	ja	nej	AP	nej	Vildbjerg
8	58	6	52	Divigel	ja	nej	AP	nej	Vildbjerg
9	53	1	52	Estrogel	ja	nej	AP	nej	Vildbjerg
10	57	3	54	Trisekvens	ja	nej	AP	X11	Vildbjerg
11	52	0	52	Estrogel	ja	nej	GYN	X11	Vildbjerg
12	58	3	55	Divigel	ja	nej	AP	nej	Vildbjerg
13	56	2	54	Trisekvens	ja	nej	AP	X11	Vildbjerg
14	59	2	57	Vivelle Dot	ja	nej	GYN	X11	Vildbjerg
15	59	5	54	Estrofem mite	nej	ja	AP	X11	Ringkøbing
16	59	3	56	Estrofem mite	nej	ja	AP	X11	Ringkøbing
17	61	10	51	Livial	ja	nej	GYN	X11	Ringkøbing
18	53	8	45	Østradiol	ja	nej	GYN	X11	Ringkøbing
19	50	1	49	Activelle	ja	ja	GYN	X11	Ringkøbing
20	60	11	49	Divigel	ja	nej	AP	X11	Ringkøbing
21	49	3	46	Trisekvens	ja	nej	AP	X11	Ringkøbing
22	54	0	54	Vivelle Dot	nej	nej	AP	X11	Ringkøbing
23	52	5	47	Divigel	ja	nej	AP	X11	Ringkøbing
24	55	4	51	Østradiol	ja	nej	AP	X11	Ringkøbing
25	55	8	47	Vivelle Dot	nej	ja	AP	X11	Ringkøbing
26	59	11	48	Estrofem	nej	ja	GYN	nej	Kibæk
27	49	0	49	Evo-Sequi	ja	nej	GYN	X11	Kibæk
28	56	5	51	Estrofem	nej	ja	GYN	X11	Kibæk
29	52	0	52	Vivelle Dot	ja	nej	GYN	X11	Kibæk
30	59	5	54	Estradiol	ja	nej	GYN	X11	Kibæk
GENNEMSNIT	55,3	4	51,3						

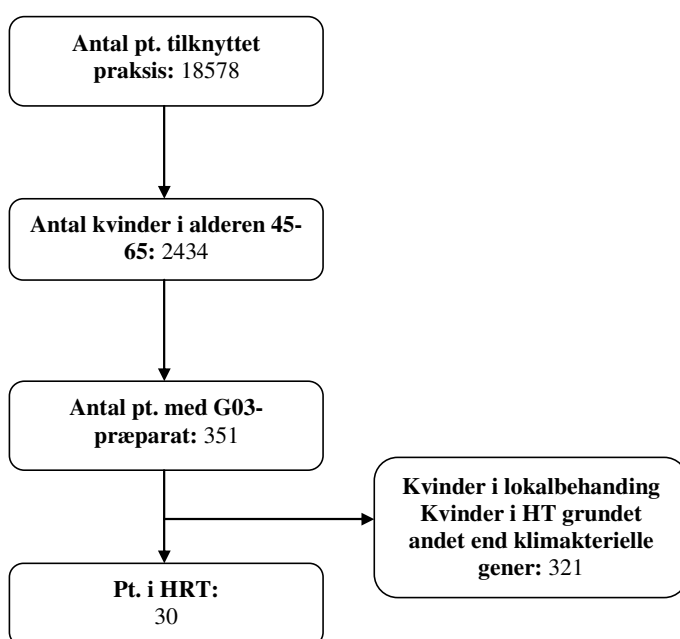
Tabel 2

Praksis	Pt. i alt	Kvinder ml. 45-65.	Pt. i G03	Pt. i HT	X11	Procent af kvinder i behandling
Vildbjerg	9761	1202	135	14	324	1,16%
Kibæk	4658	616	94	5	100	0,80%
Ringkøbing	4159	616	122	11	181	1,78%
TOTAL	18578	2434	351	30	605	
Procent af kvinder i HT	1,23					

Tabel 3

Aldersgruppe	Antal patienter
45-49	576
50-54	615
55-59	658
60-64	585
TOTAL	2434

Figur 1



Figur 2

