

Ge inte patienter med anorexia nervosa östrogen eller p-piller i benbevarande syfte

Eftersom det inte finns någon entydig evidens för att hormonersättningsterapi är en effektiv behandling och prevention av osteoporos bör östrogen inte skrivas ut till unga kvinnor med ätstörning och uteblivna menstruationer. Vägen till tillfrisknande går i stället via viktökning.

Ätstörningar är ett vanligt och allvarligt tillstånd som drabbar unga människor, främst flickor. Prevalensen av anorexia nervosa är 0,2–1 procent; med mindre strikta kriterier är förekomsten sannolikt betydligt högre. Ett tidigt och ihållande tecken vid anorexi är amenorré. Långa perioder av svältpåverkan och undervikt kan innebära stora somatiska påfrestningar på i stort sett kroppens alla

organ. En sådan påverkan är bentäthetsförluster och utveckling av osteoporos.

Studier visar en årlig förlust på 2,5 procent av bentätheten (BMD) mätt med »dual energy X-ray absorptiometry« (DXA) hos kvinnor med anorexi [1, 2]. Patienter med anorexi löper en trefaldigt ökad risk för frakturer jämfört med åldersmatchade kontroller [3]. Bentäthetsförlusten anses bero på det låga BMI-värdet, lågt kaloriintag, lågt intag av kalk och D-vitamin, låga östrogennivåer, låga IGF-1-nivåer och kortisonpåslag [4, 5]. Vid kroniskt lågt energitillgång utblir hypotalamiska signaler till hypofysen, vilket leder till att ovarierna inte stimuleras. Följden blir frånvaro av östrogen och uteblivna ägglossningar [1].

Många läkare behandlar patienter med anorexi och menstruationsbortfall med östrogen. Förklaringen är sannolikt att de tror att patienten härigenom kommer att undvika bentäthetsförlusten. I en undersökning uppgav 78 procent av tillfrågade kliniker att de skrev ut hormonersättning (HRT) för att undvika bentäthetsförlust hos kvinnor med anorexi [6]. Användandet av östrogen kan skapa en falsk bild av att skelettet skyddas mot osteoporos, vilket kan minska patientens motivation att rehabilitera sin vikt [4].

I en nyligen publicerad artikel [1] framhålls just att på grund av att östrogen uppfattas ha en sådan avgörande positiv effekt på benmetabolismen har ett flertal studier utvärderat östrogenbehandling, framför allt i form av p-piller, på bentäthet hos kvinnor med anorexi. Resultatet har varit nedslående [1, 6, 7].

Viapianas studie [3] visar att bentäthetsförlust efter två år inte kunde förebyggas med HRT, samt att återfådd men-



Illustration: Jenny Nohlsam

»Det är viktigt att patienten uppfattar att det är viktuppgång som leder till att menstruationen kommer tillbaka.«

struation och viktökning var de viktigaste faktorerna för att öka bentäthet i höft och ländrygg. Samma slutsats drog Legroux-Gérot 2008 [8].

Miller följde 75 kvinnor med anorexi som varit amenoriska i minst 3 månader under 6 månader med avseende på deras BMD. Hos kvinnor som fick p-piller och inte gick upp i vikt minskade bentätheten, de som fick p-piller och ökade 10 procent i vikt fick inte ökad BMD, men hos kvinnor utan medicinering som återfick sina menstruationer och/eller ökade i vikt såg man en ökning av BMD [2].

Den uteblivna effekten på

bentätheten av östrogen hos kvinnor med anorexi kan bero på att östrogen trycker ner IGF-1 hos denna patientgrupp med redan låga IGF-1-nivåer. Orsaken skulle också kunna vara att bentäthetsförlusten inte bara beror på en ökad osteoklastaktivitet, dvs resorptionsaktivitet som hos postmenopausala kvinnor, utan också på sänkt osteoblastaktivitet, dvs sänkt bennybildningsaktivitet, vilket inte ses hos postmenopausala kvinnor. Östrogen reglerar framför allt resorptionsaktiviteten, men hos gruppen med anorexi är även de anabola osteoblasterna nedtryckta.

Nutritionell rehabilitering leder däremot till en kraftfull

anabol effekt på benet (bennybildningsaktivitet) mätt med benmarkörer. Benresorptionsmarkörer som är ökade vid anorexi sjunker när menstruationen har återfått [9]. Legroux-Gérot konkluderar 2012 att den mest prediktiva faktorn för förbättring av BMD i höft och ländrygg är viktökning [10]. Mycket talar för att den viktigaste insatsen är att återställa menstruationerna genom en ökad nutrition. För att menstruationerna ska återfås bör patienten under 9,4 (± 8,2) månader väga 2,05 kg mer än när amenorrén inträffade [11].

Kvinnor med ätstörning söker

ofta gynekolog på grund av amenorré. Hormonutredningen visar vanligtvis hypotalamisk hämning med låga värden av LH och FSH och låga östrogennivåer. Genom att visa patienten svaren på laboratorieproven och beskriva mekanismerna för tillståndet kan patienten fås att förstå orsaken till att menstruationen försvunnit. Det är viktigt att patienten uppfattar att det är viktuppgång som leder till att menstruationen kommer tillbaka.

En studie visade också att kvinnor med anorexi som tog p-piller fick höjda CRP-nivåer, vilket medför en 20-procentigt ökad risk att utveckla kardiovaskulär sjukdom [12].

Den gynekologiska undersökningen kan i stället användas i tillfrisknings syfte. Patienter kommer på ett återbesök för provtagning och undersökning efter 3–6 månader. När patienten börjar gå upp i vikt ses ökade LH-, FSH- och östradiolnivåer. Vid gynundersökningen kan man påvisa ökad fluor och friskare slemhinnor. Ultraljudsundersökning visar ett förtjockat endometrium, att folliklar vuxit i ovariet och att ovulation kan vara på gång. Under-

INGRID BERGSTRÖM

specialist obstetrik och gynekologi, med dr, biträdande överläkare, Osteoporoscentrum, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

ingrid.b.bergstrom@karolinska.se

MILITA CRISBY

specialist i neurologi, docent, överläkare, Mando AB, Mandometerkliniken Novum, Huddinge

ANNE-MAJ ENGSTRÖM

specialist i allmänmedicin och barnpsykiatri, Ungdomsmottagningarna Nacka och Gullmarsplan

MATS HÖLCKE

specialist i barn- och ungdomsmedicin, överläkare, medicinskt ansvarig, Mando AB, Mandometerkliniken Novum, Huddinge

MONIKA FORED

specialist i barn- och ungdomsmedicin, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare, Capio Anorexi Center AB Stockholm

PIA JAKOBSSON KRUSE

specialist i obstetrik och gynekologi, överläkare, ungdomsenheten, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset, Stockholm

ANN-MARIE AF SANDEBERG

specialist i psykiatri, verksamhetschef, Stockholms Centrum för ätstörningar

sökningen kan motivera patienten att fortsätta sin väg till att bli frisk och få tillbaka mensmen genom viktuppgång.

P-piller är motiverade endast om kvinnan behöver preventivmedel. Man ska då välja kombinerade p-piller och inte preventivmedel med enbart gestagener, eftersom gestagen kan försämra BMD. Det går också att använda kopparspiral. Hormonspiral

är inte att föredra då den leder till att den så viktiga kontrollen över menstruationsmönstret försvinner.

Vi hoppas att alla vårdgivare i framtiden vid rehabilitering av patienter med anorexi ger ett likartat budskap så att det vi säger blir trovärdigt och leder till tillfrisknande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Foo JP, Hamnvik OPR, Mantzoros CS. Optimizing bone health in anorexia nervosa and hypothalamic amenorrhea: new trials and tribulations. *Metabolism*. 2012;61: 899-905.
3. Viapiana O, Gatti D, Dalle Grave R. Marked increases in bone mineral density and biochemical markers of bone turnover in patients with anorexia nervosa gaining weight. *Bone*. 2007;40:1073-7.
4. DiVasta AD, Gordon CM. Hormone replacement therapy for the adolescent patient. *Ann NY Acad Sci*. 2008;1135:204-11.
7. Strokosch GR, Friedman AJ, Wu SC, et al. Effects of an oral contraceptive (norgestimate/ethinyl estradiol) on bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *J Adolesc Health*. 2006;39:819-27.
8. Legroux-Gérot I, Vignau J, Collier F, et al. Factors influencing changes in bone mineral density in patients with anorexia nervosa-related osteoporosis: the effect of hormone replacement therapy. *Calcif Tissue Int*. 2008;83:315-23

LÄS MER Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Ta bort Tavegyl

■ Antihistaminer (H1-receptorblockare) används framför allt på indikationen urtikaria och allergisk rinokonjunktivit. Första generationens antihistaminer har besvärande biverkningar (sedation), vilket är mindre vanligt med moderna antihistaminer. Första generationens antihistaminer saknar också dokumentation som lever upp till nutida krav. I moderna översikter avråds från att använda dessa preparat [1, 2]. Det är då förvånande att ett första generationens antihistamin som klemastin (Tavegyl) fortfarande används på tveksamma och odokumenterade indikationer. Delvis stöds denna felaktiga användning av texten i Fass. Denna baseras huvudsakligen på den föråldrade produktresumén för Tavegyl, som fick sitt första godkännande 1969. Produktresumén fick nytt godkännande av Läkemedelsverket 2008, men det förefaller inte som om verkets granskning var särskilt aktiv. **För gravida** anges att Tavegyl

tillhör kategori A, »inga kända risker vid användning under graviditet«. Detta gör att många tycker sig lugnt kunna skriva ut preparatet till gravida. Fass är dock inte en medicinsk lärobok utan en ren produktkatalog som utgår från produktresumén. Detta gäller dock inte avsnitten om graviditet och amning; dessa skrivs av tillverkarna själva [3].

En sökning i PubMed för »clemastine AND pregnancy« visar att inga artiklar har publicerats. Det finns således inga skäl för att gravida ska utsättas för ett gravt sederande preparat utan dokumentation. Det är bättre att följa Läkemedelsverkets [4] rekommendation att skriva ut icke sederande antihistaminer med god säkerhet, som cetirizin, desloratadin och loratadin.

Fortfarande används också Tavegyl till barn från 1 års ålder trots sedationsrisken. Internationella översikter [5] avråder på vetenskaplig grund starkt från bruket av första

