

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Gestagener og risiko for redusert beinmasse

Spørsmål til RELIS: Ein allmennlege kjenner til at bruk av p-sprøyte (Depo-Provera) over tid kan gje auka risiko for lav beinmasse, men lurar på kor lenge ein kan bruke p-sprøyta før beinmassen byrjar å bli redusert? Han spør også om det er tilsvarende risiko ved bruk av minipiller med desogestrel (Cerazette).

Desogestrel høgdoserte minipiller (som t.d. Cerazette) gjev ovulasjonshemming i større grad enn tradisjonelle minipiller. Bruk av desogestrel kan gje reduserte østradiolnivå i serum, men det er foreløpig ikkje klart om dette har klinisk relevans i forhold til reduksjon av beinmineraltetthet (BMD). Ei utgreiing frå Cochrane skriv at det foreløpig ikkje er mange eller store nok studiar til å kunne konkludere om gestagenpreparat til peroral bruk, implantat eller intrauterine innlegg har negativ effekt på BMD. WHO seier imidlertid at det ikkje bør vere restriksjonar for bruk av andre gestagenpreparat enn p-sprøyte som medroksyprogesteronacetat depotinjeksjon (DMPA) med omsyn til risiko for redusert BMD (1).

Når det gjeld kva tid redusert BMD kjem til syne refererer preparatomtalen til Depo-Provera til ei studie med vaksne kvinner som vart behandla med DMPA i inntil fem år. Reduksjonen av BMD hos desse kvinnene var mest uttalt dei to første åra av behandlinga, med mindre reduksjon i dei påfølgjande åra. Lengre behandlingsvarigheit var forbunde med langsamare gjenvinning av BMD, og preparatomtalen skriv at bruk av preparatet ut over to år bør vurderast nøye. Dette gjeld kvinner i alle aldrar (2). Dei britiske legemiddelmyndighetene tilrår på si side byte til eit anna antikonsepsjonsmiddel etter bruk av DMPA i to år (3). Også andre studiar rapporterer om DMPA-relatert beintap som størst dei første to åra (4). I ei studie støtta av produsenten av Depo-Provera var reduksjonen i BMD størst det første året av behandlinga. I denne studia følgde ein 228 kvinner som brukte DMPA i inntil fem år og samanlikna resultatane med BMD hos 310 kvinner som ikkje brukte hormonelle antikonseptiva (5). I ei anna studie viste reduksjonen i BMD signifikant korrelasjon med alder og varigheit av DMPA-bruk, og artikkelforfattarane føreslår at kvinner over 40 år som brukar DMPA i lengre periodar (> to år), bør følgjast opp med måling av BMD og/eller beinremodellering kvar sjette månad

(6). Den norske preparatomtalen skriv ikkje noko om behov for måling av BMD under behandling med DMPA (2).

Generelt gjeld det for DMPA at beintapet aukar med varigheit av behandlinga, men dette kan synast å vere delvis reversibelt etter seponering (1–2). Spesielle populasjonar, som unge kvinner som ikkje er ferdig med beindanninga samt perimenopausale kvinner, kan også synast å vere spesielt utsett, også for moglege langtidsbiverknader (7). Bruk av andre prevensjonsmiddel enn DMPA bør også vurderast for kvinner med betydelige livsstils- og/eller medisinske risikofaktorar for osteoporose (2).

Konklusjon

Bruk av minipiller med desogestrel reduserer østradiolnivå i serum, men foreløpig er ikkje data tilstrekkelige til å kunne seie om dette aukar risikoen for redusert BMD. P-sprøyte er forbunde med eit signifikant tap av BMD som synast å vere mest markant dei første to åra. Beintapet aukar imidlertid med aukande behandlinglengde, og bruk ut over to år er av fleire kjelder ikkje tilrådd.

Referansar

1. RELIS database 2007; spm.nr. 2355, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no/database)
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Depo-Provera. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endra: 07. april 2005).
3. Albertazzi P, Bottazzi M et al. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 2006; 73: 577–83.
4. Clark MK, Sowers M et al. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate (Abstract). *Fertil Steril* 2006; 86 (5): 1466–74.
5. Kaunitz AM, Miller PD et al. Bone mineral density in women aged 25–35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception* 2006; 74: 90–9.
6. Shaarawy M, Yousef EM et al. Effects of the long-term use of depot medroxyprogesterone acetate as hormonal contraceptive on bone mineral density and biochemical markers of bone remodeling. *Contraception* 2006; 74: 297–302.
7. Lopez LM, Grimes DA et al. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane database of systematic reviews* 2006, issue 4. Art. no.: CD006033. DOI: 10.1002/14651858.CD006033.pub2.

Tina Bakkebø, cand.pharm. og Sofia Frost Widnes, cand.pharm., RELIS Vest