



Besins Healthcare

Att.: Market Access Sweden

8. oktober 2025
Sagsnr. 2025061243

Reference usk
T +45 44 88 93 50
E usk@dkma.dk

Utrogestan får generelt klausuleret tilskud

Afgørelse

Utrogestan, bløde kapsler med indhold af mikroniseret progesteron i styrken 100 mg, får med virkning fra 27. oktober 2025 generelt klausuleret tilskud til følgende klausul:

"Kvinder i behandling med oral østrogen (Estrofem/Estrofem mite) eller transdermal østrogen gel i pumpe eller kutanspray, som har behov for gestagen til beskyttelse mod endometriehyperplasi".

Sagsfremstilling

I har den 10. juni 2025 ansøgt om generelt tilskud til Utrogestan, bløde kapsler med indhold af mikroniseret progesteron i styrken 100 mg (herefter Utrogestan).

Godkendt indikation

Utrogestan er godkendt som supplement til østrogensubstitutionsbehandling i peri- og postmenopausen.¹

Udleveringsgruppe

Utrogestan fik markedsføringstilladelse den 19. april 1996 og er markedsført i Danmark. Utrogestan er placeret i udleveringsgruppe B.

Anbefalet dosis

Sædvanligvis er dosis ifølge produktresuméet 2 kapsler svarende til 200 mg daglig i mindst 12 dage per måned.¹

International Menopause Society (IMS) skriver i deres behandlingsvejledning² fra 2016, at mikroniseret progesteron hos postmenopausale kvinder kan anvendes i et kontinuerligt regime med 100 mg daglig.

Virkning af progesteron

Ved anvendelse af progesteron til behandling af postmenopausale kvinder i østrogensubstitutionsbehandling ses en dosisafhængig induktion af sekretoriske forandringer i endometriet. Progesteron har endvidere en antiproliferativ og antimitotisk virkning på endometriet og gives for at beskytte endometriet mod den proliferative effekt af østrogen i forbindelse med hormonterapi ved behandling af generende symptomer relateret til overgangsalder. Herved mindskes risikoen for endometrie-cancer.^{2,3,4}

Anbefalet behandling

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)

DSOGs vejledning om postmenopausal hormonterapi³ fra 2017 tager udgangspunkt i den tilsvarende NICE guideline⁴. DSOGs vejledning er under opdatering og

forventes tilgængelig i efteråret 2025.⁵ DSOG henviser derudover til behandlingsvejledningen fra IMS² fra 2016, som ligeledes forventes opdateret i 2025.⁶

DSOG skriver, at substitution med kvindelige kønshormoner kan overvejes ved generende symptomer relateret til overgangsalder efter grundig information om fordele og risici, herunder en vurdering af kvindens kardiovaskulære risiko. Der bør behandles i lavest mulig dosering, i kortest mulig tid og gerne med dermal applikation. Hysterektomerede kvinder behandles med østrogen alene og ikke-hysterektomerede kvinder behandles med østrogen kombineret med gestagen/progesteron. Det fremgår desuden af vejledningen, at kontinuert kombineret hormonterapi med østrogen og gestagen er mere sikkert for endometriet end cyklisk behandling, og måske endda beskyttende. DSOG skriver, at et Cochrane-review dokumenterede, at alle doser af ren østrogen er forbundet med øget risiko for endometriehyperplasi, mens lavdosis østrogen kombineret med progesteron synes at beskytte endometriet.³

Kontraindikationer for hormonterapi er brystcancer, endometriecancer og anden hormonsensitiv cancer eller disposition herfor samt venøs tromboemboli, apopleksi og kardiovaskulær sygdom.³

Sundhedsstyrelsen (SST)

Af Indsatser for Rationel Farmakoterapi's artikel *Hormonbehandling i overgangsalderen*⁷ fra 2022 fremgår det, at mange kvinder i forbindelse med overgangsalderen (menopausen) oplever blødningsforstyrrelser, hede-svedeture og atrofisk vaginitis. Det fremgår også, at disse gener er ufarlige og ofte går over af sig selv, og at systemisk hormonterapi kun bør anvendes ved persisterende, moderate til svære gener, der påvirker livskvaliteten. Østrogen som monoterapi kan anvendes til kvinder uden en livmoder, hvorimod kvinder med en livmoder skal have østrogen og gestagen i kombination. Kombinationsbehandling kan gives enten som kontinuerlig behandling (ingen blødninger) eller sekvensbehandling, hvor der opstår bortfaldsblødninger i perioderne uden gestagen. Systemisk østrogen som monoterapi kan også gives til kvinder med en livmoder, såfremt dette sker i kombination med en højdosis hormonspiral (Mirena, Levosert) for at modvirke vækst af livmoderslimhinden. Sundhedsstyrelsen skriver endvidere, at transdermal østrogenbehandling anbefales som førstevalg til kvinder med risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom, idet brug af oral behandling med østrogen alene eller i kombination med gestagen i observationelle studier er associeret med højere forekomst af venøse blodpropper og stroke, i forhold til brug af transdermal behandling.^{7,8}

Effekt af mikroniseret progesteron

DSOG og NICE har ikke vurderet anvendelsen af mikroniseret progesteron særskilt. DSOG³ henviser til vejledningen fra IMS², hvor det fremgår, at et randomiseret placebo-kontrolleret studie, PEPI-studiet⁹, har påvist tilstrækkelig endometriebeskyttelse hos personer i menopausal hormonterapi med mikroniseret progesteron i både cyklisk og kontinuerligt regime. Effekten af mikroniseret progesteron er vurderet histologisk og sammenlignet med syntetiske progesteroner.

Priser og behandlingsalternativer^{a,b}

Utrogestan

Behandlingsprisen for Utrogestan per cyklus på 28 dage er 50,71 – 64,08 kr. i et cyklisk regime med 200 mg daglig i 12 dage og 59,16 – 74,76 kr. i et kontinuerligt regime med 100 mg daglig.

Kombinationsbehandling med oral østrogen og Utrogestan som separate lægemidler

Behandlingsprisen for kombination af Utrogestan og østrogen tabletter i et kontinuerligt regime per cyklus på 28 dage er henholdsvis 105,68 – 110,46 kr. (Estrofem/Estrofem mite) og 192,90 kr. (Østradiol "DLF"). Tabletter med østrogen har generelt tilskud.

Kombinationsbehandling med transdermal østrogen og Utrogestan som separate lægemidler

Behandlingsprisen for kombination af Utrogestan og transdermal østrogen i et kontinuerligt regime per cyklus på 28 dage er 105,86 – 245,96 kr. for østrogen gel i pumpe, 185,74 – 438,90 for østrogen gel i brev, 101,64 – 186,61 kr. for østrogen kutanspray og 214,41 – 326,71 kr. for østrogen depotplaster. Gel, kutanspray og depotplaster med østrogen har generelt tilskud.

Kombinationslægemidler med østrogen og gestagen

Behandlingsprisen for kombinationsplaster med østrogen og gestagen i et kontinuerligt regime per cyklus på 28 dage er 172,20 kr. Kombinationsplaster har generelt tilskud.

Behandlingsprisen for orale kombinationslægemidler med østrogen og gestagen i et kontinuerligt regime per cyklus på 28 dage er 62,23 – 140,65 kr. De orale kombinationslægemidler har generelt tilskud.

Sundhedsøkonomisk analyse

Ansøger har medsendt en sundhedsøkonomisk analyse (Markov model), der sammenligner mikroniseret progesteron og medroxyprogesteron som tillægsbehandling til østrogen hos kvinder i menopause, enten som cyklisk eller kontinuerlig behandling. Effektdata stammer fra et fransk kohortestudie¹⁰ initieret i 1990 og med selvrapporterede data, som undersøgte sammenhængen mellem kombinationsbehandling med østrogen og progesteron og risikoen for brystkræft i forhold til tid fra menopause debut til behandlingsstart. Analysen finder, at mikroniseret progesteron dominerer medroxyprogesteron.

Sagsforløb

I har den 10. juni 2025 søgt om generelt tilskud til Utrogestan.

Jeres ansøgning blev forelagt for Medicintilskudsnævnet den 24. juni 2025, hvor nævnet anbefalede, at Utrogestan får generelt klausuleret tilskud til:

^a Priser i takstperioden 23. juni til 6. juli 2025.

^b Ved prissammenligning anvendes følgende doser per dag for udvalgte lægemidler:

Orale lægemidler med østrogen: 1-2 mg (Estrofem/Estrofem mite) og 2 mg (Østradiol "DLF").

Transdermale lægemidler med østrogen: 1-3 doser dagligt (gel i brev og kutanspray): 1-4 doser dagligt (gel i pumpe) og 25 µg/24 timer – 100 µg/24 timer, 2 plastre ugentligt (depotplaster).

Orale kombinationslægemidler: 0,5+1 mg, 1+2 mg, 2,5+1 mg, 5+1 mg eller 5+2 mg én gang dagligt.

Transdermale kombinationsplastre: 50+170 µg/uge, 2 plastre ugentligt.

Utrogestan: 100 mg.

"Kvinder med risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom, der er i transdermal østrogenbehandling og som har behov for gestagen til beskyttelse mod endometriehyperplasi".

I sin indstilling af den 20. august 2025 udtaler nævnet:

"Vi indstiller, at lægemidlet Utrogestan får generelt klausuleret tilskud til følgende klausul:

"Kvinder med risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom, der er i transdermal østrogenbehandling og som har behov for gestagen til beskyttelse mod endometriehyperplasi".

Vi vurderer, at Utrogestan har en sikker og værdifuld terapeutisk effekt på en velafgrænset indikation og at den behandlingsmæssige værdi for Utrogestan står i rimeligt forhold til prisen, når lægemidlet anvendes til patienter omfattet af vores forslag til klausul.

I vores vurdering af, at Utrogestan har en sikker og værdifuld terapeutisk effekt, lægger vi vægt på, at Utrogestan er godkendt som supplement til østrogensubstitutionsbehandling i peri- og postmenopausen.¹ Vi lægger også vægt på, at IMS skriver, at PEPI-studiet⁹ har påvist tilstrækkelig endometriebeskyttelse af mikroniseret progesteron hos personer i menopausal hormonterapi i både cyklisk og kontinuerligt regime sammenlignet med andre lægemidler med indhold af progesteron.² Vi lægger endvidere vægt på, at DSOG³ og SST⁷ skriver, at kvinder i overgangsalderen med livmoder skal have kombinationsbehandling med østrogen og gestagen for at beskytte endometriet.

Ansøger har søgt om generelt tilskud, hvilket betyder, at alle patienter omfattet af den godkendte indikation vil være omfattet af et sådant generelt uklausuleret tilskud. Vi vurderer imidlertid, at behandlingsprisen for Utrogestan ikke står i rimeligt forhold til den behandlingsmæssige værdi for kvinder, der ikke har risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom, som kan behandles med en kombination af oralt østrogen og gestagen i et kontinuerligt regime, der koster 62,23 – 140,65 kr. per cyklus på 28 dage. Ved vores vurdering lægger vi vægt på anbefalingerne fra DSOG³ og SST⁷ om at behandle ikke-hysterektomerede kvinder med østrogen kombineret med gestagen/progesteron, samt at SSTs anbefaling om at anvende transdermal behandling som førstevalg udelukkende omfatter kvinder med risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom.⁷ Vi lægger desuden vægt på, at DSOG³ skriver, at kontinuerlig kombinationsbehandling med østrogen og gestagen er mere sikkert for endometriet end cyklisk behandling, og måske endda beskyttende.

Vi finder udelukkende, at behandling med Utrogestan er rationel for patienter omfattet af vores forslag til klausul: Kvinder med risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom, der er i transdermal østrogenbehandling og som har behov for gestagen til beskyttelse mod endometriehyperplasi.

I vores vurdering lægger vi vægt på, at DSOG³ skriver, at der ved hormonbehandling altid bør behandles i lavest mulig dosering, i kortest mulig tid og gerne med dermal applikation, samt at SST⁷ anbefaler transdermal behandling som førstevalg til kvinder med risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom, idet brug af oral behandling med østrogen alene eller i kombination med gestagen i observationelle studier er associeret med højere forekomst af venøse blodpropper og stroke sammenlignet med transdermal behandling. Vi lægger endvidere vægt på, at behandlingsprisen for Utrogestan i kombination med transdermal østrogen gel i pumpe eller kutanspray i et

kontinuerligt regime på 105,86 – 212,31 kr. per cyklus på 28 dage, ligger på niveau med behandlingsprisen på 172,20 kr. for kombinationsplaster med indhold af østrogen og gestagen i et kontinuerligt regime.

Vi vurderer, at der ikke er forhold, der gør sig gældende for Utrogestan, som betyder, at lægemidlet ikke kan få generelt klausuleret tilskud til vores forslag til klausul.

Vi har ikke lagt vægt på den medsendte sundhedsøkonomiske analyse. Det skyldes særligt, at analysen er baseret på resultater fra et fransk kohortestudie¹⁰ fremfor data fra randomiserede studier. I det anvendte studie¹⁰, som blev indledt i 1990, indgår selvrapporterede data for hvilket lægemiddel, som patienten var i behandling med og data for komparator dækker over flere andre behandlinger. Samlet vurderer vi, at data, der indgik i analysen, har lav ekstern validitet og er forbundet med store usikkerheder”.

Vi har den 21. august 2025 partshørt jer over Medicintilskudsnævnets indstilling.

I har den 27. august 2025 svaret, at I ikke har bemærkninger til nævnets indstilling.

Vi har den 30. september 2025 partshørt jer over vores påtænkte afgørelse om at tildele Utrogestan generelt klausuleret tilskud til følgende klausul:

”Kvinder i behandling med oral østrogen (Estrofem/Estrofem mite) eller transdermal østrogen som gel i pumpe eller kutanspray, som har behov for gestagen til beskyttelse mod endometriehyperplasi”.

I har den 6. oktober 2025 oplyst, at I ikke har bemærkninger til vores påtænkte afgørelse.

Begrundelse

Det fremgår af medicintilskudsbekendtgørelsens^c § 1, stk. 2, at Lægemiddelstyrelsen ved vurderingen af, om der skal ydes generelt tilskud til et lægemiddel, lægger vægt på, 1) om lægemidlet har en sikker og værdifuld terapeutisk effekt på en velafgrænset indikation, og 2) om lægemidlets pris står i rimeligt forhold til dets behandlingsmæssige værdi, jf. dog stk. 3 og 4.

Der fremgår af § 1, stk. 3, at med mindre ganske særlige forhold gør sig gældende, ydes der ikke generelt tilskud til et lægemiddel, hvis

- 1) iværksættelse af behandling med lægemidlet kræver særlig undersøgelse og diagnosticering,
- 2) der er nærliggende risiko for, at lægemidlet vil blive anvendt uden for den godkendte indikation,
- 3) lægemidlet udelukkende eller overvejende anvendes til formål, hvortil der ikke med rimelighed kan forventes tilskud fra regionsrådet,
- 4) lægemidlets effekt ikke er klinisk dokumenteret,
- 5) der er risiko for, at lægemidlet anvendes som førstevalg, uanset dette efter Lægemiddelstyrelsens vurdering ikke bør være tilfældet,
- 6) det er uafklaret, om eller hvornår lægemidlet skal anvendes som førstevalg,
- 7) der er nærliggende risiko for, at lægemidlet gøres til genstand for misbrug,
- 8) lægemidlet hovedsageligt anvendes i sygehusbehandling, eller

^c Bekendtgørelse nr. 618 af 2. juni 2025 om medicintilskud. Tilgængelig fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2025/618>

9) lægemidlet på grund af en særlig lægemiddelform ikke kan indtages af patienten selv.

Det fremgår af § 1, stk. 4, at Lægemiddelstyrelsen i overensstemmelse med kriterierne fastsat i stk. 2 og 3 vurderer, om regionsrådets tilskud skal betinges af, at lægemidlet ordineres med henblik på behandling af bestemte sygdomme eller persongrupper (generelt klausuleret tilskud).

Vi finder, at Utrogestan har en sikker og værdifuld terapeutisk effekt på en velafgrænset indikation og at behandlingsprisen for Utrogestan udelukkende står i et rimeligt forhold til den behandlingsmæssige værdi, og dermed opfylder kriterierne for generelt tilskud i medicintilskudsbekendtgørelsens § 1, stk. 2, for patienter omfattet af følgende klausul:

"Kvinder i behandling med oral østrogen (Estrofem/Estrofem mite) eller transdermal østrogen som gel i pumpe eller kutanspray, som har behov for gestagen til beskyttelse mod endometriehyperplasi".

I vores vurdering lægger vi i lighed med Medicintilskudsnævnet vægt på, at Utrogestan er godkendt som supplement til østrogensubstitutionsbehandling i peri- og postmenopausen.¹ Vi lægger endvidere vægt på, at IMS i deres behandlingsvejledning skriver, at PEPI-studiet⁹ har påvist tilstrækkelig endometriebeskyttelse hos personer i menopausal hormonterapi med mikroniseret progesteron i både cyklisk og kontinuert regime.² Yderligere lægger vi i lighed med Medicintilskudsnævnet vægt på, at DSOG³ og SST⁷ skriver, at kvinder i overgangsalderen med livmoder skal have kombinationsbehandling med østrogen og gestagen for at beskytte endometriet.

Vi vurderer udelukkende, at den behandlingsmæssige værdi af Utrogestan står i et rimeligt forhold til prisen for patienter omfattet af klausulen *"Kvinder i behandling med oral østrogen (Estrofem/Estrofem mite) eller transdermal østrogen som gel i pumpe eller kutanspray, som har behov for gestagen til beskyttelse mod endometriehyperplasi"*.

Dette gælder, når vi stiller kontinuerlig behandling med Utrogestan i kombination med de billigste orale eller transdermale lægemidler med østrogen overfor henholdsvis andre mulige kombinationer af Utrogestan og østrogen som separate lægemidler og kombinationslægemidler med østrogen og gestagen.

Vi finder, at det er mest hensigtsmæssigt at anvende Utrogestan i kombination med østrogen i et kontinuerligt regime. Ved vores vurdering lægger vi vægt på, at DSOG³ skriver, at kontinuerlig kombinationsbehandling med østrogen og gestagen er mere sikkert for endometriet end cyklisk behandling, og måske endda beskyttende. Vi har derfor i vores vurdering stillet de forskellige kontinuerlige behandlinger overfor hinanden.

Vi finder videre, at behandling med Utrogestan udelukkende er rationel, når lægemidlet kombineres med de billigste lægemidler med indhold af østrogen.

For Utrogestan i kombination med oral østrogen lægger vi i vores vurdering vægt på, at behandlingsprisen for Utrogestan og Estrofem/Estrofem mite, tabletter i et kontinuerligt regime per cyklus på 28 dage på 105,68 – 110,46 kr. er lavere end behandlingsprisen for kombination af Utrogestan og Østradiol "DLF", tabletter på 192,20 kr. Vi lægger endvidere vægt på, at behandlingsprisen for Utrogestan i kombination med Estrofem/Estrofem mite, tabletter er indenfor prisspændet for de orale

kombinationslægemidler med østrogen og gestagen på 62,23 – 140,65 kr., der har generelt tilskud.

For Utrogestan i kombination med transdermal østrogen lægger vi vægt på, at behandlingsprisen for Utrogestan og østrogen gel i pumpe eller kutanspray i et kontinuerligt regime per cyklus på 28 dage på henholdsvis 105,86 – 245,96 kr. og 101,64 – 186,61 kr. er lavere end behandlingsprisen for Utrogestan i kombination med østrogen gel i brev eller depotplaster på henholdsvis 185,74 – 438,91 kr. og 214,41 – 326,71 kr. Vi lægger desuden vægt på, at behandlingsprisen for Utrogestan i kombination med de billigste transdermale lægemidler med østrogen er på niveau med behandlingsprisen for kombinationsplaster med østrogen og gestagen på 172,20 kr., der har generelt tilskud.

Vi har i lighed med Medicintilskudsnettet ikke lagt vægt på den medsendte sundhedsøkonomiske analyse, da data i analysen har lav ekstern validitet og er forbundet med store usikkerheder. Analysen er baseret på resultater fra et fransk kohortestudie¹⁰, som blev indledt i 1990, og som inkluderer selvrapporterede data for hvilket lægemiddel, som patienten var i behandling med og hvor data for komparator dækker over flere andre behandlinger.

Vi finder, at der ikke foreligger omstændigheder, der ifølge medicintilskudsbekendtgørelsens^d § 1, stk. 3, medfører, at der ikke kan ydes generelt klausuleret tilskud til Utrogestan til patienter omfattet af klausulen.

Retsregler

Afgørelsen er truffet med hjemmel i § 1, stk. 2, nr. 1 og 2, sammenholdt med stk. 4, i medicintilskudsbekendtgørelsen^d.

* * *

Revurdering

Afgørelsen er truffet på baggrund af oplysninger til rådighed på afgørelsestidspunktet. Hvis disse senere ændrer sig, kan vi revurdere afgørelsen.

Tilskudsstatus for Utrogestan bliver revurderet i forbindelse med den regelmæssige revurdering af lægemidlers tilskudsstatus.

Klagevejledning

I kan klage over denne afgørelse hos Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Slotsholmsgade 10-12, 1216 København K, der dog ikke vurderer vores faglige skøn.

Med venlig hilsen



Ulla Kirkegaard Madsen
Sektionsleder

^d Bekendtgørelse nr. 618 af 2. juni 2025 om medicintilskud. Tilgængelig fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2025/618>

Referencer

1. Produktsresumé for Utrogestan. 22. april 2022. Offentliggjort 25. april 2022. Besøgt 8. oktober 2025. Tilgængelig fra: https://produktresume.dk/AppBuilder/logging_redirect/https%253A%252F%252Fspcweb.produkter-sume.dk%252FSPCREPL%252FHuman%252FU%252FUtrogestan%252C%252520kapsler%252C%252520bl%2525c3%2525b8de%252520100%252520mg.doc?button=search&entity_id=04a54cbaed5a65817e58d4fa5fdf8567&entity_title=Utrogestan%2C+kapsler%2C+bl%C3%B8de+100+mg.doc&entity_type=productresume&q=utrogestan&rank=6&type=&utf8=%E2%9C%93
2. Baber RJ, Panay N, Fenton A IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016 Apr;19(2):109-50.
3. Postmenopausal hormonterapi med udgangspunkt i NICE guideline. Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik. 2017. Besøgt 8. oktober 2025. Tilgængelig fra: https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/59419baf725e253851a0be64/1497471926097/CVD_HT_endelige_EL_LH+%281%29.pdf
4. Menopause: Identification and management. National Institute for Health and Care Excellence. 2015. Besøgt 8. oktober 2025. Tilgængelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/chapter/Recommendations>
5. Jessen B. Mange læger tager selv hormoner, men får kritik for at være restriktive over for kvinder i overgangsalderen. *Ugeskrift for Læger*. 26. maj 2025. Besøgt 8. oktober 2025. Tilgængelig fra: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/mange-laeger-tager-selv-hormoner-men-faar-kritik-vaere-restriktive-over-kvinder-i>
6. IMS Recommendations. International Menopause Society (IMS). 2025. Besøgt 8. oktober 2025. Tilgængelig fra: <https://www.imsociety.org/statements/ims-recommendations/?v=0ecbf9426bcf>
7. Hormonbehandling i overgangsalderen. Indsatser for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. 2022. Opdateret 6. april 2022. Besøgt 8. oktober 2025. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-Farmakoterapi-3-2022/Hormonbehandling-i-overgangsalderen>
8. Hormonbehandling i klimakterie og menopause. Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. 2021. Besøgt 8. oktober 2025. Tilgængelig fra: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Hormonbehandling-i-klimakterie-og-menopause/Hormonbehandling-i-klimakterie-og-menopause_2021.ashx
9. The Writing Group for the PEPI Trial. Effects of hormone replacement therapy on endometrial histology in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 1996;27275:370-5.
10. Fournier A, Mesrine S, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F. Estrogen-progestagen menopausal hormone therapy and breast cancer: does delay from menopause onset to treatment initiation influence risks? *J Clin Oncol*. 2009 Nov 1;27(31):5138-43.