



Dr. Aşkı Ellibeş Kaya

MENOPOZAL HORMON TEDAVİSİ VE KADIN CİNSEL SAĞLIĞI: KLİNİK ETKİLER VE KANIT DÜZEYLERİ

Menopoz döneminde kadın cinsel sağlığı, hormonal değişimlerin yanı sıra psikolojik, ilişkisel ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir süreçtir. Özellikle östrojen ve androjen düzeylerinde meydana gelen azalma, cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk, dispareni, uyarılma güçlüğü ve orgazm bozuklukları gibi sorunların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir. Menopozal hormon tedavisinin (MHT) temel amacı vazomotor semptomların ve genitoüriner menopoz sendromunun tedavisidir. Bununla birlikte, bazı hormonal tedaviler kadın cinsel fonksiyonları üzerinde de olumlu etkiler gösterebilmektedir.

Lokal vajinal östrojen tedavisi, GSM'ye bağlı vajinal kuruluk ve dispareni tedavisinde etkinliği en güçlü kanıtlarla desteklenen ve güncel kılavuzlar tarafından güçlü öneri derecesi ile tavsiye edilen seçeneklerden biridir. ^[1,2] Lokal östrojen tedavisi vajinal epitel kalınlığını artırmakta, vajinal kan akımını iyileştirmekte, elastikiyeti desteklemekte ve vajinal pH'ı normalize etmektedir.

Sistemik östrojen tedavisinin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisi ise daha çok vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları ve yaşam kalitesindeki iyileşme üzerinden dolaylı olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle oral östrojen uygulamalarında karaciğerden ilk geçiş etkisine bağlı olarak seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG) düzeylerinin artması, serbest testosteron düzeylerinde azalmaya yol açabilmektedir. Bu nedenle cinsel fonksiyonların korunması açısından transdermal östrojen uygulamaları sıklıkla daha avantajlı kabul edilmektedir. Buna karşılık sistemik östrojen tedavisinin Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (HSDD) tedavisindeki etkinliği net olarak gösterilememiştir. ^[1-3]

Menopoz döneminde kadın cinsel sağlığı açısından Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (HSDD) tedavisinde etkinliği en güçlü bilimsel kanıtlarla desteklenen hormon testosterondur. Postmenopozal kadınlarda testosteron tedavisinin cinsel isteği, cinsel uyarılmayı, orgazm sıklığını ve tatminkâr cinsel ilişki sayısını artırabildiği çok sayıda randomize kontrollü çalışma ve meta-analiz ile gösterilmiştir^[3] Bu nedenle uluslararası konsensüs raporları ve güncel kılavuzlar, uygun postmenopozal kadınlarda HSDD tedavisinde testosteron kullanımını desteklemektedir.^[4]

HSDD; kalıcı veya tekrarlayıcı cinsel istek azalması ile karakterize, kişide belirgin sıkıntıya neden olan ve başka bir tıbbi ya da psikososyal nedenle açıklanamayan bir kadın cinsel işlev bozukluğudur. DSM-5'te HSDD terimi büyük ölçüde Kadın Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu (Female Sexual Interest/Arousal Disorder) başlığı altında birleştirilmiş olsa da menopoz ve testosteron tedavisi literatüründe kullanılmaya devam etmektedir. Tanı kliniklidir ve serum testosteron düzeyinin düşük olduğunun gösterilmesi gerekli değildir. Günümüzde kadınlarda serum testosteron düzeyleri ile cinsel istek arasında zayıf ve tutarsız bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle düşük testosteron düzeyi tek başına HSDD tanısını desteklemez, normal testosteron düzeyi de tanıyı dışlamaz. Tedavinin amacı belirli bir sayısal hedefe ulaşmak değil, testosteron düzeylerini kadınlar için fizyolojik aralıkta tutmaktır. Bu nedenle tedavi sırasında düzenli klinik ve laboratuvar izlemi önerilmektedir^[4] Testosteronun bilişsel fonksiyonlar, enerji düzeyi veya genel iyilik hali üzerindeki etkileri için ise çalışmalar olmakla birlikte yeterli kanıt için konsensus bulunmamaktadır.



Prasteron (dehidroepiandrosteron, DHEA), son yıllarda menopozal cinsel sağlık alanında dikkat çeken tedavi seçeneklerinden biridir. Vajinal uygulanan DHEA, lokal dokularda hem östrojene hem de androjene dönüşerek etkisini göstermektedir. Bu dönüşüm büyük ölçüde vajinal dokular içerisinde gerçekleştiği için sistemik hormon düzeylerinde anlamlı artış oluşturmaz. Klinik çalışmalar, vajinal DHEA kullanımının dispareniyi azaltabildiğini, vajinal atrofi bulgularını iyileştirebildiğini ve bazı kadınlarda cinsel uyarılma ile orgazm fonksiyonlarına katkı sağlayabildiğini göstermektedir.^[5] Bu nedenle özellikle sistemik hormon tedavisi kullanmak istemeyen veya kullanamayan kadınlarda önemli bir alternatif olarak değerlendirilmekle birlikte mevcut kanıt düzeyi lokal östrojen tedavisi ve testosteron kadar güçlü değildir.

Tibolon ise östrojenik, progestojenik ve androjenik özelliklere sahip sentetik bir steroid moleküldür. Menopoz semptomlarının tedavisinde etkili olmasının yanı sıra bazı çalışmalarda libido ve cinsel tatmin üzerinde olumlu etkiler gösterdiği bildirilmiştir. Tibolonun SHBG düzeylerini azaltması ve serbest androjen fraksiyonunu artırması bu etkilerin olası mekanizması olarak düşünülmektedir. Ancak tibolonun cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkilerine ilişkin kanıtlar testosteron kadar güçlü değildir ve hasta seçimi önem taşımaktadır^[6]

Sonuç olarak menopoz döneminde cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde tek bir hormonal yaklaşım tüm hastalar için uygun değildir. Tedavi seçiminde semptomun tipi, eşlik eden menopoz bulguları, hastanın beklentileri ve bireysel risk profili dikkate alınmalıdır. Vajinal kuruluk ve dispareninin ön planda olduğu kadınlarda lokal östrojen ve vajinal DHEA etkili seçenekler arasında yer alırken, HSDD tedavisinde etkinliği en güçlü şekilde gösterilmiş hormonal tedavi testosterondur. Sistemik östrojen tedavisi ise daha çok vazomotor semptomların düzeltilmesi yoluyla cinsel yaşam kalitesine dolaylı katkı sağlamaktadır. Günümüzde kadın cinsel sağlığının yönetiminde temel yaklaşım, semptom tipine göre tedavinin bireyselleştirilmesi ve kanıt düzeyi en yüksek tedavi seçeneğinin tercih edilmesidir.



Kaynaklar

1. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-794.
2. Panay N, Fenton A, Hamoda H, Hillard T, Islam R, Pedder H, Romero L, Vincent AJ; IMS Recommendations Writing Group. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause. Climacteric. 2025;28(6):634-656.
3. Wolfman W, Krakowsky Y, Fortier M. Guideline No. 422d: Menopause and Sexuality. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(11):1334-1341.e1.
4. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women ve ISSWSH Clinical Practice Guideline.
5. Nappi RE, Cucinella L. Sexuality, pelvic floor/vaginal health and contraception at menopause. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;81:85-97.
6. Genazzani AR, Monteleone P, Giannini A, Simoncini T. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. Hum Reprod Update. 2021;27(6):1115-1150.