



Dr. Aysegül Çiftçi

MENOPOZ HORMON TEDAVİSİNE HANGİ HASTALARDA BAŞLANMALI?

Menopoz hormon tedavisi (MHT), semptomatik kadınların yaşam kalitesini iyileştirmede kanıta dayalı etkili tedavi yöntemidir. Ancak kime, ne zaman ve hangi koşullarda başlanacağı sorusu, klinisyenler için hâlâ en temel tartışma konularından biri olmayı sürdürmektedir. Uluslararası Menopoz Derneği'nin (IMS) 2024 yılında yayımladığı White Paper, menopoz hormon tedavisini '5W' yaklaşımı çerçevesinde; kime, ne, ne zaman, neden ve hangi tedavinin başlanması gerektiği sorularını sistematik olarak ele alarak değerlendirmekte ve MHT endikasyonlarını netleştirmektedir⁽¹⁾.

Semptomatik Kadınlar: Birincil Endikasyon

MHT'nin temel endikasyonu, kadının günlük yaşamını olumsuz etkileyen vazomotor semptomlar (VMS: sıcak basması, gece terlemesi) ile vulvo-vajinal atrofi/genitoüriner menopoz sendromudur (VVA/GSM). Kadınların %80'inin VMS yaşadığı, %25'inin ağır semptomlardan etkilendiği ve semptom süresinin ortalama 8–10 yıla ulaşabildiği göz önüne alındığında, bu popülasyonun büyüklüğü ve tedavi gerekliliği açıkça ortaya çıkmaktadır. Avrupa Endokrinoloji Derneği'nin (ESE) 2025 yılında yayımladığı Klinik Pratik Kılavuzu, semptom başlangıcından itibaren 10 yıl içinde ya da 60 yaş altında MHT'ye başlanmasını güçlü kanıt düzeyiyle önermektedir⁽²⁾. Tedavi aynı zamanda kemik kaybını önler, kırık riskini azaltır ve kardiyovasküler sisteme olumlu katkı sağlayabilir.

Prematür Over Yetmezliği ve Erken Menopoz

Prematür over yetmezliği (POY) ve erken menopozlu kadınlar, semptom varlığından bağımsız olarak MHT için ayrı bir öncelikli grubu oluşturmaktadır. Bu hastalarda tedavi, yalnızca semptom kontrolü için değil; osteoporoz, kardiyovasküler hastalık ve bilişsel gerileme gibi uzun vadeli riskleri azaltmak amacıyla da zorunludur. Endikasyon kontraendike olmadığı sürece MHT'ye tanı konulduğu anda başlanmalı ve en az olağan menopoz yaşına dek sürdürülmelidir. Ardından periyodik olarak yeniden değerlendirilmelidir.

Asemptomatik Kadınlar: Sınırlı Endikasyon

Semptomsuz kadınlarda MHT, olağan menopoz yaşında kardiyovasküler hastalık veya demans için primer korunma amacıyla önerilmemektedir. Bununla birlikte, bazı ülkelerde osteoporoz önlenmesi birincil endikasyon olarak kabul görmekte; bu grupta yarar-zarar dengesi bireyselleştirilerek değerlendirilmelidir. Postmenopozal osteoporoz, kırık riskini belirgin biçimde artıran, ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kanada Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği'nin (SOGC) 2022 kılavuzuna göre menopoz semptomları olan, 60 yaş altında, meme kanseri veya tromboembolik hastalık öyküsü bulunmayan ve kardiyovasküler riski düşük postmenopozal kadınlarda MHT'de hem semptom kontrolü hem de kırık koruması açısından geçerli bir seçenek olarak önerilmektedir⁽³⁾.



Yüksek Riskli Kadınlar: Bireyselleştirilmiş Yaklaşım

Hormon reseptörü pozitif meme kanseri veya endometrium kanseri öyküsü bulunan kadınlar geleneksel olarak MHT için kontrendike kabul edilmektedir. Bununla birlikte, yaşam kalitesini ciddi biçimde bozan semptomlarda, erken evre kanser tedavisi sonrası bireysel yarar-zarar tartışması yapılabilir. Geçirilmiş büyük cerrahi ve uzun süreli immobilizasyon nedeniyle gelişmiş VTE öyküsü olan hastalarda ise antikoagülan profilaksi eşliğinde MHT değerlendirilebilir.

Perimenopozal Dönem ve ≥ 60 Yaş Grubu

Perimenopozal kadınlarda MHT ruhsat dışı olmakla birlikte semptomatik olgularda uygulanabilir; dalgalı endojen östrojen nedeniyle yan etki riski göz önünde bulundurulmalıdır. 60 yaş ve üzerinde MHT'ye başlamak, artmış VTE ve inme riski nedeniyle rutin olarak önerilmemektedir; ancak persistan VMS varlığında bireyselleştirilmiş yaklaşım kabul görmektedir. Lokal östrojen tedavisi bu yaş grubunda kontrendike değildir ve VVA/GSM için etkin bir seçenek olmayı korumaktadır.

JAMA2023'te yayımlanan derlemede menopoz geçişi sırasında kadınların %50–75'inin vazomotor semptomlar ve %50'den fazlasının genitoüriner menopoz sendromu yaşadığını ortaya koymaktadır. VMS'nin yaklaşık %50 kadında 7 yılı aşan bir seyir izlediği, GSM'nin ise genellikle kalıcı nitelik taşıdığı vurgulanmaktadır⁽⁴⁾.

Orta-ağır VMS için birinci basamak tedavi, vazomotor semptom sıklığını plaseboya kıyasla yaklaşık %75 oranında azaltan sistemik östrojen tedavisidir; uterusu olan kadınlarda endometrial koruma amacıyla progesteron veya progestin eklenmesi zorunludur. Oral ve transdermal östrojen benzer klinik etkinlik gösterirken, transdermal uygulama hepatik ilk geçiş metabolizmasına uğramadığından venöz tromboemboli açısından daha avantajlı bir güvenlik profiline sahip olabilir. Hormonal tedavi için en uygun adaylar, 60 yaş altında, menopoz başlangıcından itibaren 10 yıl içinde ve kardiyovasküler hastalık ile meme kanseri açısından yüksek riski olmayan kadınlardır.

Hormonal tedavi kullanımının kontrendike olduğu ya da tercih edilmediği olgularda sitalopram, desventafaksin, essitalopram, gabapentin, paroksetin ve venlafaksin gibi non-hormonal seçenekler VMS sıklığını yaklaşık %40–65 oranında azaltmaktadır; bunlar arasında yalnızca düşük doz paroksetin FDA onaylıdır.

Hormonal tedavinin kardiyovasküler hastalık önleme amacıyla kullanımı önerilmemekte; osteoporozu olan ancak semptom taşımayan kadınlarda ise spesifik osteoporoz ilaçlarının tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir.



Sonuç

IMS 2024 White Paper'ın temel mesajı açıktır: MHT kararı, her hasta için semptom yükü, menopoz tipi, yaş, komorbidite ve bireysel tercih değerlendirilerek alınmalıdır. Tedaviye başlama kararında semptomların varlığı ve şiddeti belirleyici olurken, POY/erken menopozda uzun vadeli koruyucu etki ek bir gerekçe oluşturmaktadır. Keyfi süreler yerine bireyselleştirilmiş, kanıta dayalı ve ortak karar verme ilkesine dayanan bir yaklaşım, güncel menopoz yönetiminin omurgasını oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. Panay, N., Ang, S. B., Cheshire, R., Goldstein, S. R., Maki, P., Nappi, R. E., & International Menopause Society Board. (2024). Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies—an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*, 27(5), 441-457.
2. Lumsden, M. A., Dekkers, O. M., Faubion, S. S., Lindén Hirschberg, A., Jayasena, C. N., Lambrinoudaki, I et al. (2025). European Society of Endocrinology clinical practice guideline for evaluation and management of menopause and the perimenopause. *European Journal of Endocrinology*, 193(4), G49-G81.
3. Khan, A. A., Alrob, H. A., Ali, D. S., Dandurand, K., Wolfman, W., & Fortier, M. (2022). Guideline no. 422g: menopause and osteoporosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(5), 527-536.
4. Crandall, C. J., Mehta, J. M., & Manson, J. E. (2023). Management of menopausal symptoms: a review. *Jama*, 329(5), 405-420.