



Menopoz Akademisi

MENOPOZAL HORMON TEDAVİSİ (MHT) TÜRKİYE KLİNİK KULLANIM REHBERİ 2026

Hazırlayanlar: Dr.Banu Çiftçi, Dr.Çiğdem Abide Yayla, Dr.Selcen Bahadır, Dr.Telce Ayşen Küçükceran

Kapsam: IMS, BMS, NICE, EMAS, FIGO, CMS, NAMS (yeni adıyla, The Menopause Society) kılavuzlarının ortak ilkeleri pratikleştirilmiştir. Amaç; semptom kontrolü, endometrium güvenliği, bireyselleştirilmiş doz ve doğru preparat seçimini tek akışta göstermektir.

Temel prensip: MHT kararı hastanın yaşı, menopoz üzerinden geçen süre, semptom şiddeti, uterus varlığı/yokluğu, kanama paterni, VTE/kardiyometabolik risk, meme kanseri riski ve hasta tercihi birlikte değerlendirilerek verilir. Etkili düşük dozla başlanır; semptom, kanama ve risk profiline göre doz titre edilir.

Bu klinik kullanım rehberi ne sağlar?	Hekim için özet
Doz eşdeğerliği	Oral ve transdermal (patch/flaster ve jel) estradiol formlarını aynı tabloda gösterir.
Türkiye pratiği	Patch/flaster Türkiye’de şu an için erişilebilir değildir; jel ve oral ürünler ayrıca son sayfada listelenir.
Güvenlik	Uterusu olan her kadında yeterli progestojenle endometrium koruması esastır.
Dil standardı	Türkçe klinik terimler kullanılmıştır: menopozal, siklik/ardışık, devamlı kombine, transdermal patch/flaster.

1. Ortak kılavuz yaklaşımı

MHT'ye ne zaman, nasıl başlanır?

Kılavuzların ortak mesajı, MHT'nin vazomotor semptomlar ve menopozun genitoüriner sendromu için en etkili tedavi olduğu; kemik kaybını azalttığı ancak olası risklerin yaş, menopozdan geçen süre, doz, yol ve progestojen seçimiyle değiştiğidir.

Klinik soru	Pratik yanıt
En uygun başlangıç zamanı	Genellikle 60 yaş altı veya menopozdan sonraki ilk 10 yıl içinde (fırsat penceresi) yarar-risk profili daha elverişlidir. Daha ileri yaşta başlanacaksa düşük doz ve transdermal yol tercih edilir.
Hangi doz?	Semptomu kontrol eden en düşük etkili doz. Yetersiz yanıtta 6–12 hafta içinde değerlendirme ve doz/yol revizyonu yapılır.
Uterusu olan kadında	Östrojen tek başına verilmez. Endometrium koruması için yeterli süre ve dozda progestojen gerekir.
Uterusu olmayan kadında	Genellikle östrojen tek başına yeterlidir; endometriozis öyküsü gibi özel durumlarda progestojen eklenmesi düşünülmelidir.
Oral mi, transdermal mi?	Hasta tercihi, VTE riski, migren, trigliserid yüksekliği, obezite, hipertansiyon, sigara içimi, karaciğer ilk geçiş etkisinden kaçınma ihtiyacı veya oral intolerans varsa transdermal yol tercih edilir.
Takip	Başlangıçtan 8–12 hafta sonra semptom, kanama paterni ve yan etkiler değerlendirilir. Yıllık kontrolde yarar-risk dengesi yeniden gözden geçirilir. Tedavi sırasındaki kanama, sistematik değerlendirilmelidir.

Pratik cümle: MHT reçetesi “herkese tek doz” yaklaşımı değildir; semptom kontrolü, yan etki, kanama paterni ve hastanın risk profiline göre zamanla değişebilecek, yaşayan bir tedavi planıdır.

2. Siklik kombine mi, devamlı kombine mi?

Pratik karar algoritması

MHT planlanırken ilk karar noktası uterus varlığı/yokluğu ve mevcut kanama paternidir. Uterusu olan hastada östrojenin endometrium üzerindeki proliferatif etkisi mutlaka yeterli progestojen ile dengelenmelidir.

Mevcut durum	Önerilen rejim	Açıklama
Son adet < 12 ay	Siklik/ardışık kombine MHT düşünülmelidir.	Östrojen her gün; progestojen ayda 12–14 gün. Perimenopozal düzensiz endojen aktivite nedeniyle devamlı kombine başlanırsa kanamalar yönetilemeyebilir.
Son adet ≥ 12 ay	Devamlı kombine MHT tercih edilebilir.	Östrojen + progestojen her gün. Hasta aylık çekilme kanamasını tercih ediyorsa veya erken geçişte kanama kontrolü açısından siklik rejim de seçilebilir.
1 yıl siklik kombine MHT rejimi tamamlandı	Devamlı kombineye geçiş düşünülebilir.	BMS yaklaşımı: en az 1 yıl siklik kombine MHT sonrası, kanama istemeyen uygun hastada devamlı kombine rejime geçilebilir.
POI / erken menopoz	Siklik rejim daha uzun süre tercih edilebilir.	BMS, son adeti çok erken yaşta olanlarda siklik kombine rejim düşünülmesini destekler. Hasta yaşı ve over aktivitesi dikkate alınır.
Uterus yok	Östrojen tek başına	Progestojen gerekmez; özel durumlar hariç (endometriozis, subtotal histerektomi, endometrial ablasyon)
LNG-RİA 52 mg (Mirena)	Östrojen + LNG-RİA ile endometrium koruması	Uygun hastada, kontrasepsiyon da isteniyorsa pratik seçenek olabilir. Kullanım süresine dikkat edilmelidir. LNG-RİA 19.5 mg (Kyleena) yeterli endometrium koruması sağlamadığından MHT’de önerilmez.

Kanama paterni takibi: Siklik rejimde beklenen çekilme kanaması olağandır. Devamlı kombine rejimde ilk aylarda kanama olabilir; ancak 6 aydan uzun süren, şiddetlenen veya amenore sonrası başlayan kanama sistematik değerlendirilmelidir.

Endometrium koruması: BMS yaklaşımı, siklik kombine rejimde progestojenin genellikle 12–14 gün/ay verilmesini; devamlı kombine ise günlük progestojen kullanımını vurgular.

3. Östrojen doz eşdeğerleri

Aşağıdaki tablo, IMS ve BMS eşdeğerlik dokümanındaki transdermal patch/flaster referansı ve jel doz karşılıkları dikkate alınarak pratikleştirilmiştir. Jel emilimi bireysel değişebilir; eşdeğerlikler mutlak biyoeşdeğerlik değil, klinik başlangıç ve titrasyon rehberidir.

Doz kategorisi	Transdermal patch/flaster	0,06% estradiol jel tipi	Oral estradiol yaklaşık aralık
Ultra düşük doz	12.5 mcg/gün	0.375 mg/gün	0.5 mg/gün
Düşük/ standard	25-50 mcg/gün	0.75 -1.5 mg/gün	1.0 -2.0 mg/gün
Yüksek	75-100 mcg/gün	2.25 -3.0 mg/gün	2.0 -4.0 mg/gün

Jel dozuna özel açıklama: 0,06% estradiol jel tipinde 1,5 mg/gün jel, 0,1% estradiol jel tipinde yaklaşık 3 pompaya eşdeğerdir. Ürünlerin pompa/ölçü içeriği değişebileceği için klinik hesaplamada estradiol mg miktarı esas alınmalıdır.

Klinik başlık	Nasıl uygulanır?
Doz artışı	Semptom sürüyorsa ve kontrendikasyon yoksa 6–12 hafta sonra doz artırılabilir veya yol değiştirilebilir.
Kan düzeyi	Rutin estradiol düzeyi şart değildir; emilim şüphesi, terapötik doza ulaşmak, yüksek doz ihtiyacı, POI/cerrahi menopoza gibi özel durumlarda yardımcı olabilir.
Transdermal tercihi	Hasta tercihi, VTE riski, migren, trigliserid yüksekliği, obezite, hipertansiyon, sigara içimi veya oral intolerans varsa tercih edilmelidir.

Klinik uyarı: Jel preparatlarda pompa sayısı markalar arasında aynı doz anlamına gelmez. Bu nedenle “kaç pompa?” sorusundan önce “kaç mg estradiol?” sorusu sorulmalıdır.

4. Türkiye pratiğinde jel dozları

Buradaki en kritik nokta: pompa/ölçü kelimeleri markalar arasında aynı miktarı ifade etmez. Önce estradiol içeriği hesaplanmalı, sonra klinik yanıt ve kanama paternine göre titrasyon yapılmalıdır.

Jel	Bir ölçü/pompa ne içerir?	Nominal mg karşılaştırması
0,06% estradiol jel	1 tam cetvel yaklaşık 2.5 g jel = 1.5 mg estradiol	1/2 cetvel $\approx$ 0.75 mg; 1/3 cetvel $\approx$ 0.5 mg
0,1% estradiol jel	1 pompa/puff yaklaşık 0.5 g jel = 0.5 mg estradiol	1 puff $\approx$ 1/3 cetvel; 3 puff $\approx$ 1 tam cetvel

Hekim pratik bilgisini nasıl doğru yazmalı? “1 puff 0.1% estradiol jel = 1/3 cetvel 0.06% estradiol jel ” ifadesi mg içerik açısından doğrudur. Ancak “1 puff 0.1% estradiol jel = 50 mikrogram/gün flaster” ifadesi, BMS eşdeğerlik tablosunda doğrudan yer almadığı için klinik kullanım rehberinde birebir eşdeğer olarak kullanılmamalıdır.

5. Progesteron

Endometrium koruması ve doz seçimi

Uterusu olan hastada sistemik östrojen mutlaka yeterli progesteron ile dengelenmelidir. Doz; östrojen dozu, rejim tipi, kanama paterni ve yeterli endometrium koruması sağlanmasına yönelik ayarlanır.

Rejim	Mikronize progesteron (oral veya vaginal)	Didrogesteron	Diğer progesteronlar	Not
Siklik/ardışık kombine	200 mg, ayda 12–14 gün (düşük/standard doz)	10 mg, ayda 12-14 gün (düşük/standard doz)	NETA: 5 mg/gün, ayda 12 gün (düşük/standard doz) MPA: 10 mg/gün, ayda 12 gün (düşük/standard doz)	Yüksek östrojen dozlarında progesteron doz/süresi artırımı gerekebilir.
Devamlı kombine	100 mg/ gün (düşük/standard doz)	5-10 mg/ gün (düşük/standard doz)	NETA: 5 mg/gün, sürekli (düşük/standard doz) MPA: 2.5-5 mg/gün, sürekli (düşük/standard doz) LNG-RIA 52 mg	İlk 6 ay kanama olabilir. Persistan/artan kanama değerlendirilmelidir.

Güvenlik notu: BMS, siklik kombine rejimde 12–14 gün/ay progesteron; devamlı kombinede günlük progesteron yaklaşımını vurgular. Yeni veya beklenmeyen kanama; doz atlama, yetersiz progesteron, yüksek östrojen dozu veya endometrial patoloji açısından değerlendirilmelidir.

Klinik pratik cümle: Uterusu olan bir hastada sistemik östrojen reçeteleniyorsa, reçetenin güvenliği yalnız östrojen dozuyla değil, progesteronun yeterli doz ve sürede verilmesiyle belirlenir.

6. Kanama yönetimi ve takip

MHT alan hastada kanama, “normal MHT kanaması” diye otomatik olarak kabul edilmemelidir. Kanama paterni, rejim tipi, kullanım süresi, doz atlama, progesteron yeterliliği, endometrium kanseri risk faktörleri ve yapısal patolojiler birlikte değerlendirilmelidir.

Kanama durumu	İlk yaklaşım	Ne zaman ileri değerlendirme?
MHT'nin ilk 3 ayında kanama	İlaç uyumu, doğru gün sayısı, doz atlama, uygulama hatası kontrol edilir.	Ağır/uzamış kanama veya risk faktörü varsa beklenmez.
Devamlı kombine 6 aydan sonra kanama	Rejim, progesteron dozu, östrojen dozu ve uygulama gözden geçirilir.	Devam eden veya 6 ay amenore sonrası başlayan kanama TVUS/endometrium değerlendirmesi gerektirir.
Siklik rejimde çekilme kanamasının düzensizleşmesi	Progesteron süresi/dozu, östrojen dozu ve yapısal nedenler değerlendirilir.	Kanama artarsa, süre uzarsa veya ara kanama varsa araştırılır.
6 ay amenore sonrası kanama	Postmenopozal kanama gibi ele alınır.	Gecikmeden değerlendirme yapılır.
Endometrium kalınlığı	Rejim tipine göre yorumlanır.	BMS plansız kanama kılavuzunda devamlı kombine düşük riskli hastada 4 mm; siklik rejimde 7 mm (siklus gününden bağımsız) eşik yaklaşımı kullanılır.

Takipte sistematik kontrol listesi:

- İlk kontrol: 8–12 hafta içinde semptom yanıtı, uyku, yaşam kalitesi, kanama, meme hassasiyeti, baş ağrısı ve ödem değerlendirilir.
- Yıllık kontrol: Doz, kan basıncı, kilo ya da VKİ, meme kanseri taraması, kardiyometabolik risk, VTE riski, ilaç etkileşimleri ve tedavi ihtiyacı yeniden değerlendirilir.
- Her kontrolde: Uterus varsa progesteron uyumu mutlaka sorulur.

Pratik klinik yaklaşım: Kanamayı azaltmak için yalnızca östrojen dozunu düşürmek bazen semptomları geri getirebilir ve terapatik düzeyin altında kalınmasına sebep olabilir. Önce progesteron uyumu, doz/süre yeterliliği ve uygulama hatası sorgulanmalıdır.

7. Klinik örneklerle pratik reçete senaryoları

Aşağıdaki örnekler hasta danışmanlığı ve klinik karar akışını kolaylaştırmak için hazırlanmıştır. Spesifik doz seçimi; hastanın semptom şiddeti, risk profili, kanama paterni, uterus varlığı/yokluğu ve tedavi hedeflerine göre bireyselleştirilmelidir.

Senaryo	Pratik yaklaşım	Örnek açıklama
Perimenopozal, son adet 4 ay önce, uterus var, ateş basması belirgin	Siklik/ardışık kombine MHT	Östrojen günlük + uygun progestojen; 12–14 gün/ay. Düzensiz kanama olursa rejim, doz ve uygulama tekrar değerlendirilir.
Son adet 14 ay önce, uterus var, kanama istemiyor	Devamlı kombine MHT	Östrojen günlük + uygun progestojen; günlük. İlk aylarda kanama olabilir; persistan kanama değerlendirilir.
Uterus yok, yoğun vazomotor semptom	Östrojen tek başına	Oral veya transdermal yol; risk profiline göre seçilir. Progestojen genellikle gerekmez.
Obezite/VTE risk faktörü/migren/sigara içimi öyküsü	Transdermal östrojen öncelikli düşünülür, uygun progestojen eklenmelidir.	Oral östrojenin ilk geçiş etkisinden kaçınmak gerekir; bireysel risk değerlendirmesi yapılır.
İlk kullanımda semptom sürüyor	Uygulama ve doz kontrolü + titrasyon	Doğru ürün, doğru doz, doğru kullanım sorgulanır. 6–12 haftada doz revizyonu yapılabilir ancak klinisyen gerekli görürse daha erken de dozu tekrar değerlendirilebilir.
Yüksek östrojen dozu gerekiyor	Endometrium koruması güçlendirilir	Uterus varsa progestojen dozu/süresi östrojen dozu ile orantılı değerlendirilir; kanama takibi sıklaştırılır.

Hastaya anlatılacak kısa cümleler:

- Bu tedavi kişiye özeldir; hedefimiz sizi iyi hissettiren en düşük etkin dozu bulmaktır.
- Rahminiz varsa östrojenin yanında rahim içini koruyan progestojen mutlaka gerekir.
- Jellerde ölçü markaya göre değişir; her üründe aynı doz değildir.
- İlk aylarda lekelenme olabilir; ancak uzayan, artan veya sonradan başlayan kanamayı mutlaka bildirin.

Klinik not: Hasta eğitimi MHT güvenliğinin önemli bir parçasıdır. Hasta; doz, uygulama şekli, kanama paterni, ne zaman başvuracağı ve takip zamanları konusunda açık şekilde bilgilendirilmelidir.

8. Türkiye’de kullanılan preparatlar

İçerik ve doz

Aşağıdaki tablo marka örneklerini içerir; erişilebilirlik, ruhsat ve geri ödeme durumu zamanla değişebilir. Tüm rehber boyunca sadece T.C. Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsatlı ilaçlar dahil edilmiştir. 09.06.2026 tarihli Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz kurumu aktif ilaç (SKRS) listesindeki Türkiye’de mevcut olan ürünler listeye alınmıştır. SKRS ’de değişiklikler olduğunda bu liste de güncellenecektir. Reçete öncesi güncel KÜB/KT ve eczane bulunurluğu kontrol edilmelidir.

Grup	Türkiye’de mevcut ruhsatlı marka	İçerik/doz	Klinik not
Transdermal östrojen jel	Femijel	Estradiol 0,06%; 1 cetvel yaklaşık 2.5 g jel = 1.5 mg estradiol	Uterus varsa progestojen eklenir.
Oral östrojen	Estrofem	Estradiol 2 mg film tablet	Uterus varsa progestojen eklenir.
Siklik /ardışık oral kombine	Trisequens	Estradiol hemihidrate 2 mg, Estradiol hemihidrate 2 mg + 1 mg NETA, Estradiol hemihidrate 1 mg	Çekilme kanaması istenen uygun hastada düşünülebilir.
Devamlı oral kombine	Angeliq Activelle	Estradiol hemihidrate 1 mg + drospirenon 2 mg Estradiol hemihidrate 1 mg + 0.5 mg NETA	Kanamasız rejim tercih edilen uygun hastada düşünülebilir.
Mikronize progesteron	Progestan oral veya vajinal (off-label)	Progesteron 100 mg veya 200 mg yumuşak kapsül	Siklik kombine rejimde 200 mg 12–14 gün; devamlı kombine rejimde 100 mg
Progestojen	Duphaston / Didrogeron	Didrogesteron 10 mg tablet	Siklik kombine rejim 10 mg 12-14 gün ; devamlı kombine rejim 5-10 mg
Progestojen	Tarlusal Primolut-N Jinteron	Medroksiprogesteron asetat 5 mg tablet NETA 5mg tablet Noretisteron 5 mg tablet	Siklik kombine rejim 10 mg 12 gün ; devamlı kombine rejim 2.5- 5 mg Siklik kombine rejim 5 mg 12 gün ; devamlı kombine rejim 5 mg
Lokal vajinal östrojen	Vagifem Estriol krem Blissel jel	Estradiol hemihidrate vajinal tablet 10 mcg Estriol krem 1 mg / gram Estriol jel 50 mcg/ gram	Yükleme dozu: 2 hafta her gece 1 vaginal tb, idame dozu: haftada 2 gece 1 vaginal tb Yükleme dozu: 3 hafta her gece 1 tam aplikatör idame dozu: haftada 2 gece ½ aplikatör Yükleme dozu: 3 hafta her gece 1 tam aplikatör idame dozu: haftada 2 gece 1 tam aplikatör

Son klinik mesaj: MHT’de başarı; doğru kadında, doğru zamanda, doğru dozda, doğru yolla ve yeterli endometrium korumasıyla tedaviyi bireyselleştirmektir.

9. Temel kaynak kılavuzlar

British Menopause Society	HRT preparations and equivalent alternatives; Progestogens and endometrial protection; Management of unscheduled bleeding on hormone replacement therapy
NAMS / The Menopause Society	Hormone Therapy Position Statement
International Menopause Society	Recommendations and key messages on women's midlife health and menopause
The European Menopause and Andropause Society	Maintaining postreproductive health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society
NICE	The NICE guideline, Menopause: diagnosis and management.
FIGO	Counseling in menopausal women: How to address the benefits and risks of menopause hormone therapy. A FIGO position paper;
Canadian Menopause Society	Systemic MHT Equivalency Table

Oluşturulma Tarihi: 12/06/2026

"Bu klinik kullanım rehberi, güncel bilimsel veriler, kılavuz önerileri ve ürünlerin ülkemizdeki ruhsatlanma durumu dikkate alınarak düzenli olarak güncellenecektir. "