



Menopoz Akademisi

MENOPOZDA NONHORMONAL TEDAVİLER TÜRKİYE KLİNİK KULLANIM REHBERİ 2026

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

Vazomotor semptomlar - Uyku - Duygudurum – Menopozun Genitoüriner Sendromu- Meme kanseri sonrası yaklaşım

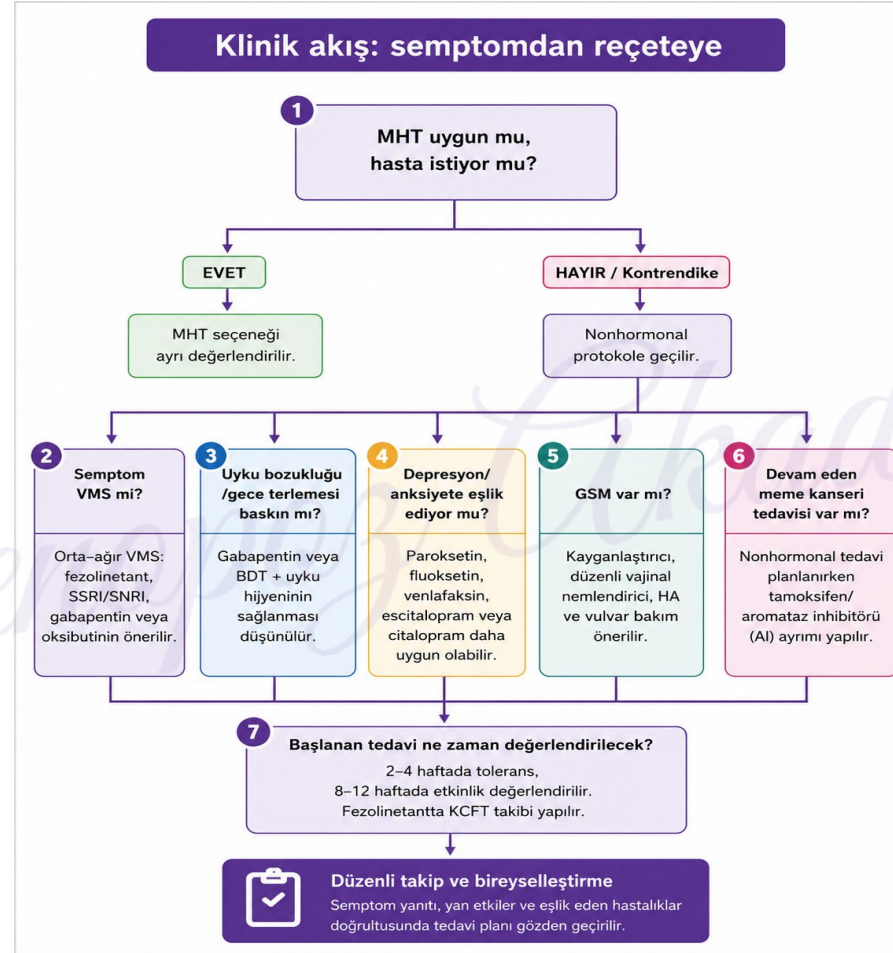
Kapsam: IMS 2026, The Menopause Society/NAMS 2023, BMS 2025, Kanada/SOGC-CMS, Australian Menopause Society, NICE, ACOG, EMAS ve FIGO çizgisindeki öneriler sentezlenmiştir. Amaç, MHT alamayan, istemeyen veya ek nonhormonal desteğe ihtiyaç duyan hastada güvenli ve uygulanabilir karar akışı sağlamaktır.

1. MHT uygun mu?	2. Baskın semptom ne?	3. Etkileşim var mı?
Menopozal hormon tedavisi (MHT), vazomotor semptomlar (VMS) için en etkili tedavidir. Ancak meme kanseri öyküsü, diğer kontrendikasyonlar veya hasta tercihi/istememesi nedeniyle nonhormonal tedaviler gerekebilir.	VMS, uyku ve duygudurum bozuklukları, menopozun genitoüriner sendromu (GSM) ayrı ayrı değerlendirilmelidir.	Fezolinetant CYP1A2 inhibitörleri; tamoksifen CYP2D6 inhibitörleri ile etkileşebilir.

Kılavuzların ortak mesajı

Ortak mesaj	Klinik karşılığı
VMS tedavisi semptom şiddetine göre seçilir.	Orta-ağır ateş basması / gece terlemesinde farmakolojik tedavi düşünülür. Hafif semptomda eğitim, tetikleyici yönetimi ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) yeterli olabilir.
Fezolinetant VMS tedavisine özgü nonhormonal seçenektir.	GSM tedavisinde yeri yoktur. Başlamadan önce ve tedavi süresince karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) izlemi gerekir.
SSRI / SNRI duygudurum bozuklukları eşlik ediyorsa avantajlıdır.	Tamoksifen kullanan hastada paroksetin/fluoksetinden kaçınılır; venlafaksin, escitalopram daha uygundur.
Gabapentin gece terlemesi ve uyku bozukluklarında avantajlıdır.	Gece başlanır. Gündüz uyku hali, baş dönmesi, sersemlik ve düşme riski nedeniyle özellikle yaşlı hastalarda dikkat edilir.
GSM için ilk basamak nonhormonal lokal tedavilerdir.	Kayganlaştırıcı, düzenli kullanılan nemlendirici, hyaluronik asit (HA), vulvar bakım ayrı ayrı veya birlikte kullanılabilir. VMS'ye özgü nonhormonal ilaçlar GSM'i düzeltmez.

2. Klinik akış: semptomdan reçeteye



Pratik reçete mantığı: Tek bir semptom için tek ilaç seç. VMS için başladığın ilacın GSM'i tedavi etmeyeceğini hastaya anlat. GSM varsa lokal nonhormonal tedavi protokolü ayrıca yazılmalıdır.

3. VMS için farmakolojik seçenekler: doz ve izlem

Jenerik	Türkiye örnek marka/form	Endikasyon/fenotip	Doz	İzlem ve süre	Uyarı
Fezolinetant	VEOZA 45 mg film kaplı tablet	Orta-ağır VMS; MHT uygun değil veya istenmiyorsa	45 mg günde 1; titrasyon yok.	2-4 haftada yanıt; 12 haftada devam kararı. KCFT başlangıç, 1., 2., 3. ay; sonra 6. ve 9. ay veya klinik gereklilik.	*CYP1A2 inhibitörleriyle kullanma. Karaciğer hastalığı/ KCFT yüksekliği varsa dikkat. GSM tedavisi değildir.
Paroksetin	Paxera, Paxil, Seroxat vb; 10/20 mg. 7.5 mg'lık formu Türkiye'de bulunmamaktadır.	VMS için FDA onayı olan SSRI.	Düşük doz 10 mg/gün ile başlanır; 20 mg/gün'e çıkılabilir.	2-4 hafta tolerans; 8-12 hafta etkinlik. Keserken yavaş azaltılır.	Tamoksifenle kullanımdan kaçın: güçlü CYP2D6 inhibisyonu. Sedasyon, libido azalması, kilo artışı, kesilme sendromu.
Venlafaksin	Efexor XR, Vegenis XR, Sulinx XR, vb.	VMS + depresif/anksiyöz belirtiler; tamoksifen alan hastada uygun seçenek.	37.5 mg/gün 4-7 gün, sonra 75 mg/gün ; gerekirse 150 mg/gün olarak titre edilir.	2-4 hafta tolerans; 8-12 hafta etkinlik. Keserken yavaş azaltılır.	Bulantı, ağız kuruluğu, uykusuzluk, terleme, kan basıncı (KB) artışı, kesilme sendromu.
Escitalopram	Ciprallex, Citoles, Secita vb.	VMS + depresif/anksiyöz belirtiler; tamoksifen alan hastada uygun seçenek.	5 mg/gün başla; 10 mg/gün hedef. Gerekirse 20 mg/gün.	2-4 hafta tolerans; 8-12 hafta etkinlik. Keserken yavaş azaltılır.	Bulantı, libido azalması, uyku hali/uykusuzluk; QT uzaması / polifarmasi dikkat.
Citalopram	Cipram, Citol, Citrex vb.	VMS + duygudurum bozuklukları/anksiyete.	10 mg/gün başla; 20 mg/gün hedef.	2-4 hafta tolerans; 8-12 hafta etkinlik. Keserken yavaş azaltılır.	QT uzaması/polifarmasi; yaşlı hastada, elektrolit bozukluğuna dikkat.
Sertralin	Lustral, Selectra, Misol , vb	VMS için ilk tercih değil; depresyon/anksiyete baskınsa.	25 mg/gün başla; 50 mg/gün hedef.	2-4 hafta tolerans; 8-12 hafta etkinlik. Keserken yavaş azaltılır.	VMS yanıtı daha sınırlı olabilir; GIS yan etki, uykusuzluk/sedasyon.
Gabapentin	Neurontin, Gabaset, Neruda	Gece terlemesi, uyku bölünmesi, VMS + nöropatik ağrı.	100-300 mg gece; sonra 300 mg gece -> 300 mg x2 -> 300 mg x3. Uzman kararıyla daha yüksek.	İlk hafta sedasyon; 2-4 hafta yanıt. Renal fonksiyona göre doz.	Uyku hali, baş dönmesi, sersemlik, ataksi, ödem; yaşlı hastada düşme ve araç/iş güvenliği uyarısı.
Oksibutinin	Üropan	Seçilmiş hasta; VMS + urgency/aşırı aktif mesane eşlik ediyorsa.	2.5 mg gece veya 2.5 mg x2; toleransa göre 5 mg x2.	İzlem daha çok etkinlik ve antikolinerjik yan etkilere odaklanır.	Off-label VMS kullanımı. Antikolinerjik yüke dikkat; ağız kuruluğu, konstipasyon, glokom,

Jenerik	Türkiye örnek marka/form	Endikasyon/fenotip	Doz	İzlem ve süre	Uyarı
					idrar retansiyonu, ileri yaş hastada uzun dönemde kognitif risk/düşüş.
Klonidin	Türkiye’de ruhsatlı olarak bulunmamaktadır.	NAMS 2023 rutin önermiyor.	Ana protokole alınmaz.		Etkinlik sınırlı; hipotansiyon, ağız kuruluğu, sedasyon, rebound hipertansiyon.
Pregabalin	Türkiye’de var; Lyrica, Neurica, Pagamax vb ancak VMS için ana seçenek değil.	NAMS 2023 rutin önermiyor.	VMS amacıyla rutin başlanmaz.		Sedasyon, baş dönmesi, sersemlik, kilo artışı, bağımlılık/solumum depresyonu riski; gabapentin varken geri planda.

Bu tablodaki marka adları örnektir. Reçete öncesi güncel TİTCK/KÜB-KT, eczane tedariki ve kurum formülleri kontrol edilmelidir.

**** CYP1A2 inhibitörleri:** Amiodarone / Amlodipine/ Cimetidine / Ciprofloxacine / Citalopram / Crisaborole / Diclofenac/ Dihydralazine / Efavirenz / Fluoroquinolone/ Fluxetine / Fluvoxamine/ Furafylline / Gemfibrozil / Interferon/ Ketoconazole/ Levonorgestrel / Etilin estradiol / Methoxsalen/ Mexiletine / Miconazole / Mibefradil / Nifedipine / Piperemic Acid / Rucaparib / Tacrolimus/ Thiabendazole/ Ticlopidine/ Tranylcypromine

Klinik ipucu: İlk seçimin nedeni dosyada açık yazılmalıdır: “MHT istemiyor”, “meme kanseri öyküsü”, “tamoksifen kullanıyor”, “gece semptomu baskın”, “duygudurum bozukluğu eşlik ediyor” gibi.

4. Farmakolojik olmayan tedaviler: ne önerilir ne önerilmez?

Yaklaşım	Kılavuz mesajı	Nasıl önerilir?	Not
BDT	Önerilen psikolojik yaklaşımlardan biridir. VMS rahatsızlık algısı, uyku ve baş etme üzerinde yararlı olabilir.	6-8 seans yapılandırılmış program; yüz yüze/online planlanabilir.	Farmokoterapi yerine veya onunla birlikte kullanılabilir.
Klinik hipnoz	Kanıtı olan non-farmakolojik seçeneklerden biridir.	Seanslar eğitilmiş uygulayıcı ile yapılır.	Erişim sınırlıdır.
Kilo yönetimi	Özellikle fazla kilolu/obez hastada VMS şiddetini azaltabilir; kardiyometabolik yarar sağlar.	Beslenme ve direnç/aerobik egzersiz önerisi, uyku apnesi yönetimi planlanır.	Tek başına şiddetli VMS tedavisi değildir.
Uyku hijyeni ve tetikleyici yönetimi	Destekleyici öneridir; güçlü kanıtlar yoktur.	Alkol, aşırı şeker tüketimi, sıcak ortam, geç saatte kafein alımı, gece ekran maruziyeti, düzensiz uyku gibi tetikleyiciler gözden geçirilmelidir.	Hafif semptomda yeterli olabilir.
Akupunktur	Kanıt tutarsız; rutin VMS tedavisi olarak güçlü öneri değildir.	Mevcut kanıtların sınırlı olduğu bilgisi hastayla paylaşılmalıdır.	Kanıtı seçeneklerin gecikmesine yol açmamalıdır
Çin Bitkisel Tıbbi	Standartizasyon, etkileşim, güvenlik sorunları, eksternal validasyon sınırlı olduğundan kanıtlar tutarsızdır. IMS 2026 orta düzeyde kanıt kategorisine almıştır. Özellikle akupunktur ile birlikte uyku bozukluklarında etkindir.	Kullanılacaksa ürün içeriği ve karaciğer/ilaç etkileşimi sorgulanmalıdır.	Onkoloji hastasında özellikle dikkat edilmelidir.
Black cohosh, fitoöstrojen, izoflavon, evening primrose, vitamin E, omega-3	Çoğu kılavuzda VMS için rutin önerilmez veya kanıt yetersizdir/tutarsızdır. Black cohosh IMS 2026'da orta düzeyde kanıt kategorisine alınmıştır.	"Güvenli/doğal" varsayımı yapılmaz; etkileşim ve hepatotoksisite sorgulanmalıdır.	Takviyeler ilaç gibi izlenmelidir. Black cohosh tamoksifenle önerilmez, izoflavonlar meme kanserinde önerilmez.
Vajinal/vulvar lazer/enerji bazlı cihazlar	GSM için rutin ilk basamak değildir; uzun dönem güvenlik/etkinlik kanıtı sınırlıdır.	Araştırma bazlı kullanılabilir.	Uzun dönem etkinlik ve güvenlilik verilerinin sınırlı olduğu hastayla paylaşılmalıdır.

5. GSM: hormon veremiyorsak ne yaparız?

Basamak	Tedavi	Uygulama	Değerlendirme
1	Eğitim + vulvar bakım	Parfümlü ürün, sık vajinal duş, iritan ped/sabunlardan kaçınılmalı; pamuklu iç çamaşırı; nazik temizleme önerilir.	Her hastaya önerilmelidir.
2	Kayganlaştırıcı	Cinsel aktivite sırasında su bazlı veya silikon bazlı kayganlaştırıcı önerilir. Koital ağrıda etkindir.	Hızlı etki gösterir; ürün uyumu sorgulanmalıdır.
3	Vajinal nemlendirici	Sadece ilişki sırasında değil, düzenli kullanım gerekir. Genellikle haftada 2-3 kez önerilir.	4-8 haftada klinik yanıt beklenmelidir
4	HA ürünleri	Vajinal jel/ovül/tablet formuna göre haftada 2-3 kez; ürün talimatı ve toleransa göre değişir.	8-12 haftada yanıt beklenmelidir; lokal irritasyon olabilir.
5	Pelvik taban fizyoterapisi / dilatör	Disparoni, vajinismus benzeri kasılma, pelvik taban hipertonusu veya uzun süre cinsel aktivite yoksa önerilir.	Fizyoterapist/cinsel terapi iş birliği uygundur.

Hastaya anlatılacak cümle: “Vajinal kuruluk için düzenli lokal bakım gerekir. Kayganlaştırıcı ilişki sırasında, nemlendirici ve HA ise ilişki olmasa bile haftalık bakım tedavisi gibi kullanılır.”

6. Meme kanseri öyküsü: VMS ve GSM pratik yaklaşım

Klinik durum	VMS yaklaşımı	GSM yaklaşımı	Kaçın / dikkat
Tamoksifen kullanıyor	SNRI, gabapentin, oksibutinin; BDT ve klinik hipnoz.	Önce nonhormonal GSM protokolü. Yanıtsız ağır olguda düşük doz lokal östrojen düşünülebilir.	Paroksetin ve fluoksetin gibi güçlü CYP2D6 inhibitörleri.
Aromataz inhibitörü kullanıyor	SSRI / SNRI, gabapentin, oksibutinin; BDT ve klinik hipnoz	Önce nonhormonal GSM protokolü. Lokal östrojen gerekiyorsa onkologla ortak karar verilmelidir.	Lokal östrojenin sistemik emilim endişesi konuşulur.
Meme kanseri öyküsü var, aktif endokrin tedavi yok	Risk, süre, reseptör durumu ve onkoloji planı öğrenilir; nonhormonal seçenekler genellikle ilk tecihdir.	Nonhormonal başlanır; yanıtsız olguda uzman görüşü ile lokal hormonal seçenekler tartışılır.	Genelleme yapılmamalıdır.
Ciddi uykusuzluk	Gabapentin gece veya BDT-uyku modülü; gerekirse psikiyatri/uyku desteği.	GSM varsa ayrı lokal protokol.	Sedatif etki, düşme riski konusunda uyarılmalı, alkol/benzodiazepinden kaçınılmalıdır.

Kılavuzların ortak çizgisi: meme kanseri öyküsünde sistemik MHT genellikle önerilmez; VMS için nonhormonal tedaviler ilk basamak kabul edilir. GSM'de nonhormonal tedavi başarısızsa lokal hormonal seçenekler risk-yarar ve onkoloji ile ortak karar çerçevesinde değerlendirilir.

7. Örnek vaka akışı: doktorun uygulaması

Vaka	Karar akışı	Örnek plan
Vaka 1: 53 yaş, MHT istemiyor, günde 8-10 VMS, vajinal kuruluk yok, KCFT normal.	Orta-ağır VMS + MHT istemiyor + GSM yok.	Fezolinetant 45 mg günde 1. Başlangıç KCFT; 1., 2., 3. ay KCFT; 4 haftada VMS yanıtı.
Vaka 2: 51 yaş, meme kanseri, tamoksifen kullanıyor, gece terlemesi, uykusuzluk, hafif anksiyete.	Tamoksifen + CYP2D6 uyarısı + gece semptomu.	Paroksetin/fluoksetin verme. Venlafaksin 37.5 -> 75 mg veya gabapentin 100-300 mg gece. BDT ve uyku planı ekle.
Vaka 3: 58 yaş, meme kanseri, aromataz inhibitörü kullanıyor, vajinal kuruluk ve disparoni, VMS hafif.	AI+ GSM baskın	Kayganlaştırıcı ilişki sırasında, vajinal nemlendirici, HA ürünü, vulvar bakım. Yanıtsız ağır olguda onkologla lokal hormonal tedavi kararı.
Vaka 4: 64 yaş, VMS + urgency, glokom yok, MHT uygun değil.	VMS + aşırı aktif mesane.	Oksibutin 2.5 mg gece veya 2.5 mg x2; antikolinerjik yan etki ve off-label kullanım hakkında bilgilendirme. 2-4 haftada ağız kuruluğu/konstipasyon/kognitif etki kontrolü.

8. Kırmızı çizgiler: sık yapılan hataları önle

GSM'i VMS ilacıyla tedavi etme

Fezolinetant, SSRI/SNRI, gabapentin ve oksibutinin vajinal kuruluk tedavisi değildir. GSM için lokal bakım protokolü gerekir.

Tamoksifende paroksetin/fluoksetin verme

Güçlü CYP2D6 inhibitörleri tamoksifen metabolizmasını olumsuz etkileyebilir. Alternatif seç.

Fezolinetantı KCFT'siz başlama

Başlangıç ve tedavi takvimindeki karaciğer testlerini planlamadan başlamak güvenli değildir.

Bitkisel ürünleri zararsız varsayma

Standartizasyon, hepatotoksitesite, ilaç etkileşimi ve onkoloji hastalarında östrojenik etki belirsizliği konuşulmalıdır.

Klonidin ve Pregabalin rutin başlama

Güncel rehberlerde yan etki/etkinlik dengesi nedeniyle ana seçenek değildir.

Oksibutininini yaşı hastada seçme

Antikolinerjik yük, glokom, idrar retansiyonu, konstipasyon ve kognitif risk mutlaka değerlendirilir.

9. Temel kaynak kılavuzlar ve ürün kontrolleri

International Menopause Society.	IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. 2026
The Menopause Society	The 2023 nonhormone therapy position statement.
British Menopause Society	Non-hormonal-based treatments for menopausal symptoms. Consensus statement. Reviewed Nov 2025
SOGC Clinical Practice Guideline No. 422a SOGC Clinical Practice Guideline No. 422b	Menopause: Vasomotor Symptoms, Prescription Therapeutic Agents, Complementary and Alternative Medicine, Nutrition, and Lifestyle Menopause and Genitourinary Health
Australian Menopause Society	NonHormonal Treatments for Menopausal Symptoms.
NICE Guideline NG23	Menopause: identification and management
ACOG	ACOG Clinical Consensus. Treatment of Urogenital Symptoms in Individuals With a History of Estrogen-dependent Breast Cancer.
EMAS	EMAS position statement: Non-hormonal management of menopausal vasomotor symptoms EMAS care pathway for women during midlife and beyond. 2022
FIGO	Individualized benefit–risk assessment in menopausal hormone therapy and related position statement approaches.
AUA/SUFU/AUGS Guideline	Genitourinary Syndrome of Menopause
Ürün Kontrolleri	EMA Product Information: VEOZA (fezolinetant) FDA Drug Safety Communication: VEOZAH (fezolinetant) liver injury warning MHRA Drug Safety Update: Fezolinetant risk of liver injury and monitoring recommendations TİTCK KÜB/KT ve ürün kontrol sayfası

Oluşturulma Tarihi: 17/07./2026

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