Dr. MUSTAFA ATASOY

MENOPOZ
ÖNCESİ - SONRASI

Hormon Düzensizliklerinde
Bireye Özgü Biyoeşdeğer (Doğal) Hormon Kullanımı

HORMON

Sıcak Basmaları - Çikolata Kisti Hastalığı

Polikistik Over - Âdet Öncesi Sendromu

Meme Kanseri - Kemik Erimesi

Cilt Yaşlanması - Hashimoto

(FTA) FONKSİYONEL TIP AKADEMİSİ YAKLAŞIMI

FTA

DESTEK yayınları



Mustafa Atasoy

HORMON

MENOPOZ

Öncesi - Sonrası

DESTEK
yayınları

DESTEK YAYINLARI: 1099
SAĞLIK: 8

MUSTAFA ATASOY / HORMON

Her hakkı saklıdır. Bu eserin aynen ya da özet olarak hiçbir bölümü, yayınevinin yazılı izni alınmadan kullanılamaz.

İmtiyaz Sahibi: Yelda Cumalıoğlu
Genel Yayın Yönetmeni: Ertürk Akşun
Yayın Koordinatörü: Özlem Esmergül
Editör: Devrim Yalkut
Kapak Tasarım: Işıl Ilgıt Şimşek
Sayfa Düzeni: Işıl Ilgıt Şimşek
Sosyal Medya-Grafik: Tuğçe Budak - Mesud Topal

Destek Yayınları: Nisan 2019
Yayıncı Sertifika No. 13226

ISBN 978-605-311-574-8

© Destek Yayınları
Abdi İpekçi Caddesi No. 31/5 Nişantaşı/İstanbul
Tel. (0) 212 252 22 42
Faks: (0) 212 252 22 43
www.destekdukkan.com
info@destekyayinlari.com
facebook.com/DestekYayinevi
twitter.com/destekyayinlari
instagram.com/destekyayinlari
www.destekmedyagrubu.com

Deniz Ofset – Nazlı Koçak
Sertifika No. 40200
Maltepe Mahallesi
Hastane Yolu Sokak No. 1/6
Zeytinburnu / İstanbul

Mustafa Atasoy

HORMON

MENOPOZ

Öncesi - Sonrası

DESTEK yayınları

Erkek olsun kadın olsun hepimiz, ilerleyen yaşla birlikte hormonların düşmesini –ki izninizle ben buna sağlıklı yıllardaki hormon dengesinin bozulması diyeceğim– yaşlanmanın ve çöküşün bir sonucu olarak görüyoruz. Gerçekte ise, hormonların düşmesi yaşlanmanın ve çöküşün bir *sonucu* olmaktan daha fazla, bir *nedeni*.

İnsanın milyonlarca yıllık tarihi düşünüldüğünde "birkaç saniye önce" diye niteleyebileceğimiz 150 yıl öncesine dek, ortalama insan ömrü 45-50 yıldı. Bir başka deyişle, kadınların çoğunun "menopoz sonrası dönem" diye bir derdi yoktu. Eski tarihlerde gerçek anlamda doğal yaşamış olan insanlar, bizler kadar uzun yaşamadı. Gene, bizler kadar uzun bir "bozulan sağlık, düşkünlük ve ağır çekim bir ölüm" yolculuğundan da geçmediler.

Dürüst olacaksak, insanın elli yaş sonrasında hâlâ on yıllar boyu ve düşkün hale gelmeden yaşamak talebi, "doğada daha önce hesapta olmayan" bir talep olması yönüyle, "doğada hesapta olmayan" destekler gerektiriyor. "Hormonlara müdahale etmeyin, bu işi Doğa'ya bırakın" deniyor ama, Doğa sizin bu kadar uzun yaşayacağınızı hiç hesaba katmamıştı.

İÇİNDEKİLER

2017'DE YAKTIĞIM FONKSİYONEL TIP KIVILCIMI,
2018'DE MEŞALEYE DÖNÜŞTÜ:
FONKSİYONEL TIP AKADEMİSİ 5

GİRİŞ 9

KADINLARA VERİLEN –VE VERİLMEYEN!– HORMONLARIN
FİLM GİBİ HİKÂYESİ 19

Rahim (uterus) nedir? Âdet kanaması nasıl oluşur? *22*

Âdet döngümü nasıl takip etmeliyim? *22*

Estrojen nedir? *27*

Progesteron nedir? *28*

"PATENT TIBBI" VE HORMONLARINIZLA İLİŞKİSİ 35

*Menopoza girdim. Hormon alıyorum ve bazen âdet görüyorum.
Gene de korunmam gerekir mi?* *43*

Menopoz nedir? "Cerrahi menopoz" nedir? *43*

HASHİMOTO HASTALIĞINDA DOKTORUNUZ NEDEN
TİROİD HORMONU DOZUNU SIK SIK TAKİP EDİYOR DA? 47

Menopozu geciktirebilir miyiz? *50*

ZURNANIN ZIRT DEDİĞİ YER 54

Vücut hormonları neden üretir? Bunların hammaddesi nedir? *56*

Hormon nedir? Nasıl bir şeydir? *57*

Hormon hücreye nasıl etki eder? Meramını nasıl anlatır? *58*

HORMON VE ALICI (RESEPTÖR): "ANAHTAR VE YUVASI" 61

Menopozda libido (cinsel istek) ortadan kalkar mı?.....69

Menopozda libido (cinsel istek) ortadan kalkar mı?.....70

Biyoeşdeğer (Doğal) hormon ne demektir?.....71

Doğum kontrol haplarında hormon mu var?.....72

BANA VERİLEN ŞEY HORMON MUYDU HORMONSU MU?.....73

"Xenoestrojen" nedir?.....81

KADIN TÜRÜNÜN ÜSTÜNDEKİ LANET:
WHI ÇALIŞMASI VE DÜNYADAN UZMAN GÖRÜŞLERİ 89

Ama doktorum "Hormonlar kanser yapar" diyor?.....105

Doktorum biyoeşdeğer hormonlar ile ilgili yeterli sayıda çalışma ve kanıt olmadığını, bu yüzden de bunları kullanmayacağını söylüyor. Ne düşünmeliyim?.....105

Hormon tedavisi kilo aldırır mı? Vücutta su tutma, şişkinlik yapar mı?.....106

DOKTORUNUZUN AKLINDAN –O FARK ETMEDEN–
NELER GEÇİYOR? 109

BU HORMONLARI AĞIZDAN MI ALMALI, CİLDE Mİ SÜRMELİ?.....113

Sigara içenler hormon kullanmasa iyi olur diyorlar. Beynime pıhtı atarmış?.....118

... evlenince geçer diyorlar, doğru mu?.....118

Hormonları mümkün olduğu kadar kısa süreli kullanmalıyım, öyle değil mi?.....124

40 YAŞ SONRASI: BU DERTLER NEDEN
MENOPOZA DAHA YILLAR VARKEN BAŞLIYOR?.....126

Doktorum diyor ki: "Estrojeni krem şeklinde cilde sürmek fayda etmez. Hormonlar ciltten kana emilmez. Vücudunu baştan aşağı kremle kaplarsan belki." Siz ne dersiniz?.....131

YUMURTLAMAK YA DA YUMURTLAYAMAMAK:
ESTROJEN-PROGESTERON DENGESİ 133

Âdetlerim çok düzensiz ve ağır geçiyor. Kansızlık düzelmiyor.
Ne yapmam lazım? *138*

Hormonlu spiral taktırayım mı? *141*

Yaş 55. Menopozdayım. Hormonlar düşmüş.
O zaman bu meme kanseri nereden çıktı? *142*

Menopoza girdim mi diye tahlil yaptırdım. Önce "Girmişsin" dediler.
Sonra "Yok yok daha girmemişsin" dediler. *147*

DURUP DURURKEN ÇÖL SICAĞI: SICAK BASMALARI 149

Hormonlar uyku sorunuma çare olabilir mi? *151*

Menopoz sonrası hormon alırsam âdet kanaması tekrar mı başlayacak? *152*

ÂDET ÖNCESİ SENDROMU (PMS) 153

Fitoestrojen (bitkisel estrojen) nedir? *159*

HORMON REPLASMANININ TEMEL FELSEFESİ:
"DOĞAL" NEDİR? 160

HORMON DESTEK TEDAVİSİNDE DOKTOR-HASTA İLİŞKİSİ 172

BİREYE ÖZGÜ HORMON TEDAVİSİ NE DEMEKTİR? 175

Kadında testosteron eksiği diye bir şey var mıdır? *177*

HORMON REPLASMANI: PRATİK BİLGİLER VE UYGULAMA 180

Vajinal kuruluk cinsel yaşamımı bitirdi.
Kullandığım kremler de yeterince fayda etmedi.
İdrar kaçırması diye bir şey yok ama idrar tutmakta eskisine göre
biraz daha zorlanıyorum.
Bu amaçla hormon kullanmak konusunda ne dersiniz? *189*

Hayıt meyvesi ya da black cohosh (yılan otu) ile
doğal hormon tedavisi hakkında ne düşünürsünüz? *190*

Hormon replasmanı ile cildim genç kalır mı? *191*

PARDON! MÜSAADE EDİN BEN KANSERDEN KORKAYIM! 193

Hormon replasmanı Alzheimer riskini azaltabilir mi? *197*

DR. MİNE HANIM MEME KANSERİ OLMAYABİLİR MİYDİ? 201

YUMURTA İSTERSEN ÇOK, AMA ÇATLAMIYOR!
"POLİKİSTİK OVER." 221

Soğan suyu polikistik over, endometriozis, myomlar, yumurtalık kisti,
Âdet öncesi sendromu, kısacası her şeye iyi geliyor.
İyi gelmediği bir kadın sorunu var mıdır? *225*

Doğum kontrol hapı alırken âdetlerim nihayet düzene girdi.
Artık gün sekmiyor.
Yani, hormonal dengesizliğim iyileşti öyle değil mi? *227*

ÇİKOLATA KİSTİ HASTALIĞI (ENDOMETRİOZİS) 230

"Spiral" (rahim içi araç) kısırlık yapar mı? *237*

Doğum kontrol hapları kanser yapar mı? *238*

Doğum kontrol hapı kullanırsam yumurtlama olmuyormuş.
Demek ki yumurtalar harcanmıyor.
O zaman bu haplar menopozu geciktirir mi demek oluyor? *239*

KEMİK ERİMESİ (OSTEOPOROZ) 240

ERKEKLER VE TESTOSTERON 247

BENİM HİKÂYEM VE FONKSİYONEL TIP 256

BESİN DESTEKLERİMİZİ NASIL SEÇMELİYİZ? 278

REFERANSLAR 284

2017'DE YAKTIĞIM FONKSİYONEL TIP KIVILCIMI, 2018'DE MEŞALEYE DÖNÜŞTÜ: FONKSİYONEL TIP AKADEMİSİ

Doktorlar için yazdığım *Fonksiyonel Tıp* kitabı 2017 yılı başında basıldığında, Türkiye'de "Fonksiyonel Tıp" sözcüğünü telaffuz eden bile yoktu. Ne tıp çevrelerinde ne de internetteki popüler sağlık sayfa ve tartışmalarında "Fonksiyonel Tıp" sistematiğinin bahsi geçerdi.

Geldik 2019 başına. Bu inanılmaz kısa süre içinde, *Fonksiyonel Tıp* kitabı bir fenomen oldu. Kelimenin tam manası ile "Edirne'den Kars'a" ülkenin saygın üniversitelerinde ve tıp kurumlarında değerli akademisyenler ve bilim insanları, doktorlar Fonksiyonel Tıp düşüncesi ile tanıştılar. Ufak ufak kendi hayatlarına, hastalarının hayatlarına uygulamaya giriştiler. Birçok branştan çok önemli tıbbi toplantı ve kongrelerde davet üzerine Fonksiyonel Tıp'ı anlatma fırsatı buldum. Her branştan hekimler bu yaklaşımı derinlemesine anlamak için modüler eğitim kurslarımıza katıldı. Yapıp bitirdiğimiz modüller talep üzerine defalarca tekrarlandı. *Her branştan yüzlerce değerli hekim ve akademisyen, Fonksiyonel Tıp Akademisi'nin gururlu birer üyesi olarak bir sonraki toplantımızı iple çeker oldu.*

Bütün bunları, yalnızca iki yıl önce, ben dahil, kimse hayal bile edemezdi. Dünyada Amerika hariç, bu ölçüde yaygın ve güçlü bir Fonksiyonel Tıp topluluğu henüz dünyanın hiçbir ülkesinde oluşturulamadı. Önümüzdeki birkaç yıl içinde Fonksiyonel Tıp Akademisi'ni (FTA) uluslararası planda sözü geçen bir kuruluş haline getirmek amaçlarımız arasında.

2011-2013 yılları arası çok ağır hasta olduğum ve çok ağır ilaçlar kullandığım bir dönemdi. Bu dönemi, standart tıp yaklaşımındaki *hastalıkla mücadele etmek* yolunu değil, vücudumun doğal olarak sahip olduğu *sağlığa yönelme potansiyelini* desteklemek yolunu seçerek atlatmış, böylece hastalıklara eskisinden daha uzak bir

noktaya ulaşmıştım. Bunu, vücuduma ve ruhuma hak ettiği biçimde davranmaya karar vererek yapmıştım ve bu aslında Fonksiyonel Tıp'ın da en kısa tanımı olabilir. Bu süreci kitabın sonunda *"Benim Hikâyem ve Fonksiyonel Tıp"* başlığını taşıyan bölümde ayrıntılı olarak anlatıyorum. Bu bölüm, kendi iyileşme hikâyemin arka planında Fonksiyonel Tıp hakkında doyurucu bilgi verdiği için ilgilenen okuyucular için oldukça yararlı olacaktır.

2013 yılında bütünüyle iyileştiğimde kararımı vermiştim. "Bu iş" her nasıl olduysa, bunu derinlemesine öğrenip doktor arkadaşlarımla paylaşmalıydım. 2010-2013 arasındaki iyileşme yolculuğumda "online" kurslar almıştım. Bu esnada bir yandan da göz doktorluğuma, ameliyatlarıma devam ediyordum. Fonksiyonel Tıp'ın bilimsel altyapısını az çok kavramıştım. Kariyerimi riske etmeden, bir yandan göz doktorluğuna devam ederken, evimin sıcağından aldığım online eğitimlerin yüzeysel ve tek odaklı dokümanlarının tercümesinden ibaret, yani "Hiç yoktan iyidir" misali bir eğitim vermeye girişmeyi doğru bulmadım. Bir şeyi öğrenmek başka, eğitimini vermek ise bambaşka bir şeydi. Ülkede yakmayı planladığım meşale bana çok daha büyük bir sorumluluk yüklüyordu

Tüm göz doktorluğu kariyerimi, konfor alanımı terk ettim. Fonksiyonel Tıp'ın doğduğu yer olan Amerika'da dört ayrı kuruluşun eğitimlerini almak ve bunların dışında değişik oluşumların toplantılarına katılmak için 1,5 yıl içinde toplamda 1 yıl kadar Amerika'da eyalet eyalet dolaştım. Buralarda çok değişik bilgiler, yaklaşımlar ve tecrübeler sahibi sayısız kişiyle tanıştım ve tartıştım. Her katıldığım toplantıda, her tartıştığım kişide bilgilerim yeniden şekillendi ve gelişti. Ortaya damıtılmış bir sentez çıktı. Fonksiyonel Tıp eğitimi almayı kafasına koyan doktor arkadaşlarla bu sentezi hiç kıskanmadan, kendime zerre ayırmadan paylaşmayı kafama koydum.

Amerika'daki toplantılarda Hindistan'dan Şili'ye, Hollanda'dan Kanada'ya kadar tanıştığım meslektaşlarıma Türkiye üzerine projelerimi anlatırdım. Kaşlar hafif kalkar, beni biraz hayalperest bulduklarını nazikçe belli ederlerdi. *FTA işte böyle, bir hayal olarak başladı.*

Mesleki, sosyal, maddi, her türden birikimimi tamamen sıfırlamış olarak, elimde yalnızca henüz yazılmamış bir kitap hayaliyle ülkeye geri döndüğüm günden sonra bugün büyük bir kıvançla görüyorum ki, 2017'de tutuşan Fonksiyonel Tıp kıvılcımı, 2018'de bir meşaleye dönüştü.

2019 doktor eğitimlerimizde ülkenin kendi alanlarında söz sahibi akademisyenler ve uzmanları da, hem sunumlarla, hem panellerde görüş alışverişi ve tartışmalar yoluyla modüllerimize katılacak ve tecrübelerinden yararlanacağız. Hastanın her yönüyle desteklenmesini içeren bir takım çalışması gerektirdiği için, *2019 yılında FTA Sağlık Koçluğu ve Diyetisyenliği eğitimlerimizle* eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, biyolog ve psikologlara yetkin ve kapsamlı eğitimler planladık. Fonksiyonel Tıp Akademisi olarak hedefimizi, önümüzdeki üç yıl içinde Fonksiyonel Tıp'a uluslararası planda da katkı veren, ülkemizin bulunduğu bölgede yani Batı ve Doğu Avrupa ile Ortadoğu adına Fonksiyonel Tıp konusunda lider ve eğitmen bir kurum konumuna yükselmek olarak belirledik.

Başarılmış olanlar, *FTA olarak hep birlikte* başaracaklarımız için bize güven veriyor.

Dr. Mustafa Atasoy

Şubat 2019

GİRİŞ

Sağlık arayışında yapabileceğiniz en iyi şeyin *"sık sık check-up yaptırmak"* olduğu fikrinde iseniz, tekrar düşünmenizi öneririm. *Unutmayın: Sağlığınızı kaybettiğiniz yer hastane değil.* Sağlığınızı kaybettiğiniz yer eviniz, işyeriniz, öğle yemeğini atıştırdığınız o kebapçı, alışveriş yaptığınız o market, gün boyu kalkmadığınız o koltuk, boş yere tartıştığınız o sürücü, uykudan yiyerek seyrettiğiniz o televizyon programları. Eğer sağlığınızı haplarla göstermelik olarak değil, gerçek anlamda geri istiyorsanız, onu ancak *kaybettiğiniz yollardan geri geçerek* kazanabilirsiniz. Sağlığınızı hastanede kaybetmediniz. Orada geri kazanamazsınız.

Haftanın birkaç günü farklı poliklinikerde yakınmalarınızı dillendirip, tomografi, MR, endoskopi ne var ne yok çektirip hastaneden elinizde farklı birer reçete ve bazen de bir ameliyat randevusu ile ayrıldığınız pasif rolden silkinip, *sağlığınızın iplerini kendi elinize almaya karar verdiğiniz gün*, size bunu yapmanız için yol gösterip destek olacak bir Fonksiyonel Tıp Akademisi doktorunuzla işbirliğine adım atacağınız gündür.

Tabii ki burada, kazalar, mikrobik hastalıklar ya da *zaten kaybedilmiş olan sağlık* üzerine eklenen acil hadiselerden, örneğin kalp krizinden söz etmiyorum. Bunlar olduğunda "durumu toparlayıp yola devam edebilmek" –ve eğer gerçekten istiyorsak– sağlık hakkında tekrar düşünecek zamanı kazanabilmek için, hastanelere hepimizin ihtiyacı var.

Aranızdaki doktor arkadaşlar da dahil olmak üzere, bana göre sağlık arayışınızda yapmanız gereken ilk şey, vücudunuz hakkında daha fazla şey öğrenmek. Onun nasıl çalıştığını, beklentilerinin ne olduğunu daha iyi anlamak. Yapabileceğiniz ikinci en iyi şey ise, sizi *"bir depresyonlu"*, *"bir romatoid artritli"*, *"bir huzursuz bağırsaklı"* hasta olarak görmeye programlı olsalar da, kendi branşlarında değerli

birer uzman olan doktorlarınızla ilişkiyi kesmeden, sizi bu *hastalık etiketlerinin* ötesinde *bir birey olarak, bir bütün olarak* görmeye gönüllü bir Fonksiyonel Tıp Akademisi doktoru ile el ele vererek kendi sağlığınızın yönetiminde daha aktif ve daha güçlü bir rol almanız.

Bunlardan birincisi, yani "vücudunuz hakkında bilgi sahibi olmak, onu iyi tanımak" konusunda açık ara en kötü durumda olan kimler diye sorarsanız, yanıtım hiç tereddütsüz *kadınlar* olur. Sosyokültürel düzeyden neredeyse bağımsız olarak kadınlar, hayatlarına damga vuran belki de en karakteristik hadise, yani âdet döngüleri hakkında bile *neredeyse hiçbir şey* bilmiyorlar. Menopoz hakkında öğrenmeye çalıştıkları ise kesif bir dezenformasyon ve efsane bulutunun arkasında.

Bu nedensiz değil. Kadın vücudunun "sihirli" üretkenliği, binlerce yıldır akla gelmedik boş inançlar ve tabular ortaya çıkarmış. Eski Yunan uygarlığının hâlâ saygıyla andığımız ünlü hekimleri dahil, yüzlerce yıl boyunca insanlar hamilelikte âdetlerin kesilerek memeden süt gelmesini *"hamilelikte dışa çıkmayıp da vücutta biriken âdet kanının süte dönüşüp memeden akması"* olarak yorumlamışlardı! Konunun ağır sosyal bir tabu olması nedeniyle, aradan geçen binlerce yıla karşın bugün de hâlâ Eski Yunan'a rahmet okutacak şeyler işitebilirsiniz.

Doktor olalım olmayalım, ilerleyen yaşla birlikte sağlıkta tökezleme, peşi sıra dizilen hastalıklar ve hızlanan çöküş hakkında düşünürken, hormonların ilk aklımıza gelen konulardan olduğunu hiçbirimiz söyleyemeyiz. Erkek için olsun kadın için olsun hepimiz, ilerleyen yaşla birlikte hormonların düşmesini *–ki izninizle ben buna sağlıklı yıllardaki hormon dengesinin bozulması diyeceğim–* yaşlanmanın ve çöküşün bir *sonucu* olarak görüyoruz. Gerçekte ise, hormonların düşmesi yaşlanmanın ve çöküşün bir sonucu olmaktan daha fazla, bir *nedeni*.

Cinsiyet (seks) hormonlarının görevi sadece seks değil. Beyinden kemiğe, kemikten kalbe vücutta görev almadıkları bir hücre ve organ neredeyse yok.

Hormonlar sağlığınızı korumak veya kaybetmek konusunda son derece güçlü oyuncular. Gençlik yıllarını geride bırakmış, hormon dengesi bozulup zayıflamış olan çok fazla sayıda erkek ve kadın için, genç yıllardakinin *düzey olarak aynısı olmasa da* genel manada ona benzer bir hormon dengesini yeniden tesis etmek, bir başka yolla ne yaparsanız yapın erişilmesi olanaksız denecek kadar zor, doğru ve yerinde kullanıldığında ise olası kâr/zarar dengesi açısından yapılabilecek tüm diğer hamlelerden daha avantajlı ve güçlü bir hamle.

Yaşınız ne olursa olsun, sağlık ve hayatiyetin temeli daima: Doğru yiyecek seçimleri, düzenli fizik aktivite, stres yönetimi ve iyi bir uyku olmaya devam edecektir. Yaşadığımız çağ için konuşursak, bu saydıklarımıza doğru seçilmiş besin desteklerini de eklemek gerekebilir. Hücreleriniz ne kadar sağlıklıysa, hormonların verdiği mesajları o derece doğru olarak yerine getirirler. Bunların hepsini boşlayıp da bir hormon hapı almak, kremini sürmek ya da iğnesini vurdurup sağlıklı olmak ve "genç kalmak" boş bir hayal.

Bir hormon kullanmak, sağlığı destekleyen bir beslenme ve yaşam biçiminin yerine geçemez. Buna karşın, *eğer kişinin sağlıkla uyumlu olmayan, sağlığı desteklemeyen bir hormon düzeyi ve dengesi varsa, yaşam biçimi ne kadar doğru olursa olsun, bunun ödülünü alması imkânsız denecek kadar zor.* Bunun aksini söylemek için, hormonların vücudun bütününe hâkim olan rolünü ya bilmemek gerekir, ya da bilmezden gelmek.

İnsanın milyonlarca yıllık tarihi düşünüldüğünde "birkaç saniye önce" diye niteleyebileceğimiz 150 yıl öncesine dek, ortalama insan ömrü 45-50 yıldı. Bir başka deyişle, kadınların yumurtalıkları durduğunda zaten kendileri de "duruyordu". *Doğada olup biten, bu demektir ki "doğal" olan tam olarak buydu!* Sonuç olarak kadınların çoğunun "menopoz sonrası dönem" diye bir derdi yoktu.

Elli yaşın ötesine geçip seksenlere ulaşmak isteyen, üstelik bu süreyi de hastalık ve ameliyatlarla, örneğin felçli ya da Alzheimer'li olarak geçirmek istemeyen insan talebi, doğa için yeni bir talep. Eski tarihlerde *gerçek anlamda doğal yaşamış olan* insanlar, bizler kadar uzun yaşamadı. Gene, bizler kadar uzun bir *"bozulan sağlık, düşkünlük ve ağır çekim bir ölüm"* yolculuğundan da geçmediler.

Bugünün "modern" kadınının yaşam döngüsü, yalnızca 150 yıl önceki hemcinsinden adeta farklı bir canlı türü gibi! Eskiden yaşamının büyük bölümünü hamilelikler ve emzirme ile geçirirken, bugün gebelikler 35 yaşlarına kadar sarkıtılıyor ya da hiç hamile kalınmıyor. On yıllar boyunca doğum kontrol hapı kullanılıyor. Bu demektir ki yaşam bugüne dek doğada olup bitmiş olandan bambaşka bir hormonal sistem içinde sürdürülüyor.

Kadın türünün milyon yıldır görmediği çevresel toksinler, kozmetikler, işlenmiş yiyecekler ve kariyer stresi eşliğinde 40 yaşına ulaşıyor, 40-50 yaş arasında sağlıkları baş aşağı gitmeye başlıyor, sağlık ve ışıltılarını kaybetmeye başladıkları bu dönemden sonrasını da modern tıbbın olanaklarıyla ilaç ve hastane desteği sayesinde ayakta kalarak geçiriyorlar. *Burada Doğa'nın ya da evrimin bir kabahati yok.*

Onlardan daha önce böyle bir talep hiç olmamıştı. Evrimin mantığına göre "doğal" olan, 40'lı yaşları geçince türümüzün devamına artık katkıda bulunmayacak bir birey olarak kaynakları tüketmeyi bırakıp sahneyi gençlere terk etmemiz!

Bugün, kadının ya da insanın hâlâ doğanın bir parçası olduğunu söylemek bana göre mümkün değildir. Dürüst olacaksak, insanın elli yaş sonrasında hâlâ on yıllar boyu ve düşkün hale gelmeden yaşamak talebi, "doğada daha önce hesapta olmayan" bir talep olması yönüyle, "doğada hesapta olmayan" destekler gerektiriyor. *"Hormonlara müdahale etmeyin, bu işi Doğa'ya bırakın"* deniyor ama, Doğa sizin bu kadar uzun yaşayacağınızı hiç hesaba katmamıştı.

Kadının bu yeni sosyal ve hormonal yaşamının geniş hareket alanı ve yeni olanaklar getirdiğine şüphe yok. Ama milyonlarca yıllık "kullanma kılavuzunun" dışına çıkmanın bir bedeli var: Hormonal kargaşa, âdet öncesi sendromu, âdetle ilişkili migrenler, uyku sorunları, kilo alma, meme kanseri, düzensiz ve ağır âdet kanamaları, endometriozis, sıcak basmaları, kemik erimesi, depresyon, anksiyete, polikistik over, infertilite, kemik erimesi ve kırıklar gibi saymakla bitmez hormon temelli sorunlar, sağlıksız ve düşkün bir yaşlılık.

Yaşlılık hastalıkları insanoğlunun tarihinde yeni bir sorun. 50 yaşın ötesinde uzun yıllar boyunca sağlıklı ve faal kalmak isteği anlaşılabilir ve insani bir arzu. Ancak bu, insanoğlunun tarihinde çok yeni ve "doğada karşılığı olmayan" bir talep. Bu yeni talebi, sağlıklı yıllardaki hormon dengesinden çok uzakta gerçekleştirmeyi seçenlerin epey şansa ihtiyacı var, çünkü "doğaya karşı" kürek çekiyorlar.

Şimdi gelin birlikte bir sorunun yanıtını arayalım. Hiç zor değil, merak etmeyin. Doktor olmaya da gerek yok: Doktorumuz dahil herkesten işittiğimize göre, "hormon" verildiğinde kadında kanser riski artıyormuş. Tamam, şimdilik kabul ettik, hiç ayrıntıya girmeden devam ediyoruz.

Bir kadının kanında, diyelim 13-53 yaşları arasında âdet görmekte olduğu 40 yıl boyunca *estrojen* düzeyi, âdet döngüsü içinde ne zaman baktığımıza bağlı olarak ortalama 80-400 pg/ml arasında değişir. *Progesteron* ise ortalama 5-25 ng/ml arasında. Aynı kadına biz hormon tedavisi yapacak olsak, tedavide hedefleyeceğimiz değerler pekâlâ estrojen için bunun en altlarındaki 80-120 pg/ml, progesteron için de 5-10 ng/ml olabilir. *Bu düşük görünen değerler, hormon tedavisindeki tüm amaçlarımızı yerine getirmeye yeter* (çocuk doğurmak ya da âdet görmek gibi şeyler tabii ki bunlar arasında değil).

Alt sınırın üzerindeki bu değerler bize neden yeter biliyor musunuz? Çünkü hormon desteği yapmayacak olduğumuzda menopozda bu kadının kanındaki estrojen, aslında *kocasının 25-50 pg/ml'lik estrojen düzeyinin bile altına*, 3-10 pg/ml'ye inmiştir! Progesteron deseniz sıfıra yaklaşmıştır!

Şimdi, daha ben sormadan siz diyeceksiniz ki: *"İyi de, bu kadın kanında sizin menopoz sonrası verdiğinizden çok daha yüksek hormon düzeyleri ile 40 yıl boyunca bir serçe gibi şen şakrak dolaşmış? Üstelik en sağlıklı yıllarını geçirmiş? O zaman nasıl oluyor da siz birkaç yıl boyunca böyle düşük düzeyde hormon verince kanser oluyor?"*

Ben de size *"Esas bir de şunu dinleyin..."* diyeceğim: *"Bu kadın hamile kaldığında kanında normalde 80-400 pg/ml olan estrojen düzeyi tam 6.000-7.000 pg/ml'lik değerlere çıkıyor! Progesteron 5-25 ng/ml değerinden 50-100 ng/ml'ye fırlıyor. Demek ki defalarca hamile kalan kadınlar seneler boyunca kanlarında bu astronomik hormon düzeyleri ile dolaşıyor ve her nasılsa hamile kadınlar kanserden kırılıp insan nesli hâlâ sona ermiyor! Üstelik 'Hormon mu? Sakın ha!' diyenler, bir yandan da meme kanseri olmamak için hamile kalmanızı, yani kanınızda bu hormonların astronomik düzeylere fırlamasını öneriyor."* Size de burada bir terslik, doğal olmayan bir şey var gibi gelmiyor mu? Evet, kesinlikle doğal olmayan bir şey var: *Dünyada ve ülkemizde, kadınlara "hormon" niyetine verilmiş ve bugün hâlâ size verilmekte olan, doktorunuza da "Hormon mu? Sakın ha!" dedirten "şeyler", insan kanındaki doğal, gerçek hormonlar değil. Bunların kimyasal taklitleri.*

Dünyada 50 yaşın ötesine geçecek olan *milyarlarca* kadının menopoza gireceğini düşünürseniz, girmemiş olanların da polikistik over, endometriozis (ağrılı âdetler), düzensiz âdetler gibi ilaç endüstrisinin bu pazara kayıtsız kalmasını beklemezsiniz. *Ülkemiz ve dünya genelinde kadınlara "estrojen, progesteron" niyetine (!) verilen haplar, kanımızda dolaşan gerçek insan hormonlarından molekül yapısı olarak çok farklı, patentli kimyasal maddeler. Bunlar hormon değil. Hormonsu.*

Bugün doktorlarınızdan işittiğiniz "Hormonlar kanser yapıyor, beyinde pıhtı yapıyor" sözlerine neden olan bilimsel çalışmaların istisnasız tümü, insan kanında dolaşan hormonlardan farklı yapıda, ilaç fabrikalarının ürettiği hormon taklidi kimyasallar kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmaların gerçek doğal insan hormonları adına da geçerli olacağını iddia etmek, tıbbi biyolojik mantık ve bilim açısından mümkün değildir.

Molekül yapısı olarak gerçek insan hormonlarına kiraz dersek, milyonlarca kadına on yıllardır verilmekte olan kimyasal haplar vişne! Evet bunlar benzer meyveler, bir yaz günü atıştırmak için bu fark önemli de olmayabilir, ama hormonlar gibi yaşamsal rol oynayan güçlü oyunculardan bahsediyorsak, siz gelin bir de kadın vücuduna sorun. *Meme dokusuna sorun!*

Sentetik hormonsularla yola çıkılmış, fabrikasyon mantıkla yapılmış, büyük ancak bilimsel metodoloji açısından acınacak durumdaki araştırmaların medyadaki yansımasının tıp meslek örgütleri üzerinde yarattığı mahalle baskısı ülkemizde de devam ederken, son 10 yıldır dünyanın dört bir köşesinden aklıselim sahibi bilimadamları bu illüzyonu dağıtmak için uğraşıyor. Bunları *"Kadın türünün üstündeki lanet: WHI çalışması ve dünyadan uzman görüşleri"* adlı bölümde okuyacaksınız. Biz şimdilik yalnızca bir örnek vermekle yetinelim: Uluslararası Menopoz Derneği'nin (*International Menopause Society*) 2011 tarihli *"Menopoz sonrası hormon tedavisi ve orta yaş sağlığına ilişkin koruyucu stratejiler"* başlığını taşıyan açıklaması bakın kelimesi kelimesine ne diyor:

"WHI çalışmasına ait ilk sonuçların 2002 yılında medyaya sunulma biçiminden kaynaklanan aşırı tutuculuk, aradan geçen 10 yılda kadınların hormon replasman terapisinden uzaklaşmasına ve kalp-damar, bunama ve kemik erimesinden korunmak için kritik bir dönemi kaçırarak zarar görmelerine neden oldu." (Sturdee DW, Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, Cimacteric 2011)

Son 15-20 yılda yetişen koca bir nesil doktor, hatta kadın hastalıkları uzmanı ve endokrinolog, hormon replasmanı ve doğal (gerçek) hormonların kullanımı hakkında neredeyse hiçbir şey öğrenme fırsatı bulamadı. Olan kadınlara oldu.

Böylece yanlış hormonlar, yani taklit *hormonsularla* kör parmağım gözüne yanlış yapılan bu araştırmalar, sadece bu araştırmalara katılan kadınları etkilemekle kalmadı: *Hormonofobi* noktasına ulaşan bu temelsiz korku, o günden sonra milyonlarca kadının tabiata ve fizyolojiye uygun bir hormon tedavisi şansını kaçırmasına ve kemik erimesi, adale kaybı, hafıza sorunları, vajinal kuruluk ve zayıflama, cinsel istek kaybı, idrar kaçırma, kilo alma, uyku sorunları, depresyon ve daha bir dizi sorunla yaşamaya razı olmalarına, yüz binlerce kadının da kalp krizi, felç

ve Alzheimer hastalığı başta olmak üzere artmış diyabet riski, damar sertliğinin getirdiği tüm sorunlar, enfarktüsler, felçler, kalça ve omurga kırıkları, kalın barsak ve yemek borusu kanseri gibi nedenlerle hayatlarını yok yere daha erken kaybetmelerine neden oldu ve olmaya devam ediyor (Philip M. Sarrel, The Mortality Toll of Estrogen Avoidance: An Analysis of Excess Deaths Among Hysterectomized Women Aged 50 to 59 Years, Am J Public Health, 2013)

Amerika'da *California*, *Berkeley* ve *Thomas Jefferson* üniversiteleri jinekoloji öğretim üyelerince kaleme alınarak 2018 yılında *Osteoporosis International* dergisinde yayımlanmış olan bir makaleden aynen alıntılayalım:

"WHI çalışmasında hormon verilen kadınlarda kemik erimesine bağlı kırık riski azalmıştı. Bununla birlikte, çalışma sonunda hormon tedavisinin risklerinin faydasından daha fazla olduğuna ilişkin bir çıkarım yapılmıştı. Bugün bu ilk çıkarımların çoğu sorgulanmakta. Çalışmalar, bir kadında kemik erimesi olsun olmasın, hormon tedavisinin kırıkları engellediğine işaret ediyor. Hormon tedavisinin güvenliği, etkinliği ve maliyeti göz önüne alındığında aday kadınlarda kemik erimesinin birincil planda önlenmesinde ve tedavisinde hormon tedavisinin düşünülmesi gerektiğini öneriyoruz. Hormon tedavisi bireye özgü olmalıdır ve 'mümkün olan en düşük doz, en kısa süre boyunca' prensibi artık terk edilmelidir." (Levin VA, Estrogen therapy for osteoporosis in the modern era, Osteoporosis International 2018)

Tüm tartışmaların üstünde ve "filmin sonunda", hem de suni kimyasal hormonların en fabrikasyon ve en cahilane kullanıldığı en büyük ve meşhur hormon araştırmasında bile (WHI), kadınlar günümüze dek yani 18 yıl boyunca izlendiklerinde, bu kadınlarda kalp-damar olsun kanserler olsun, tüm nedenlerden ölümlerin *artmadığının* anlaşıldığı, 2017 Eylül'ünde *JAMA* dergisinde yayımlanan bir makalede duyuruldu (Manson JE, Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality, JAMA 2017). Duyurulunca ne oldu? Gazetelerde yalan habere karşı yayımlanan tekziplere ne oluyorsa o oldu.

Doktor arkadaşlara, jinekologlara *"Hormon tedavisi"* deyin, size *"Hangi hormon, hangi yolla veriliyor?"* diye bile sormadan *"Meme kanseri"* diyeceklerdir. *"Peki, hormon desteğinin olası yararları neler olabilir?"* diye sorsanız *"Kemik erimesine faydalı"* demekle yetinecekler. "Başka?" diye hiç sormayın. Son 10 yıldaki de-

ğerlendirmeleri takip edenler hariç, ezici çoğunluğu vücudun kalanı ile ilişki bile kurmayacak. Kadınların kalp, damar, kemik, cilt, beyin, hafıza ve ruhsal durumu 50 yaşından sonra *"artık ayda bir rahim içinden bir miktar kan dışarıya akmıyor"* diye çökmüyor! Estrojen ve progesteron hormonları ortadan çekildiği, yani *sağlığı destekleyen hormon dengesi bozulduğu için* çöküyor.

Bu kitabın her satırı, yalnız toplum değil, doktorların da çok büyük çoğunluğunun içinde yer aldığı dağ gibi bir önyargı yığınına karşı yazıldı. Toplumda hormon kelimesinin, hem kafasını karıştırıp hem dehşete düşürmediği kadın bulmanın neredeyse imkânsız olduğu bir ortamda yazıldı. Doktorların ise tamamına yakını, insan kanında bulunanın aynısının tıpkısı, yani *biyoeşdeğer hormonların* kullanımı konusunda aslında dişe dokunur *hiçbir* gerçek eğitim görmemiş oldukları halde, bundan neredeyse 20 yıl önce, doğada mevcut olmayan, ilaç fabrikası üretimi suni *hormonsularla* yapılmış olan ve her açıdan yanlış ve değersiz olduğu son yıllarda anlaşılmış olsa da hormonlar konusunda koca bir doktor neslinin beyninin fişini çekmeyi başarmış olan bir büyük meşhur araştırmanın (WHI) kulaktan dolma bilgileriyle *"Hormon mu? Sakın ha!"* noktasında sabitler.

Gel gelelim, kadınların âdetlerini düzene sokmak için, polikistik over için ya da menopoz yakınmaları için olsun, ağrılı âdetler için olsun, insan türünün kanında milyon yıldır dolaşan gerçek doğal hormonlar yerine ilaç fabrikası icadı, insan vücuduna yabancı, doğadışı, benim deyimimle *Frankenstein hormonsuların* Tanrı'nın günü biteviye reçete edilmesini garipseyen yok! *Çünkü sahne öyle kurulmuş.*

Bireye özgü tıp terimi son dönemlerde giderek daha sık kullanılmaya başlandı. Sürümden kazanan tek tip fabrikasyon "hasta işleme" sistemini başarıyla oturtmuş olan dev tıp sektörü makinesine sorarsanız, *bireye özgü tıp* dediğiniz şey tuzu kuru hastaların sosyetik bir şımarıklığından başka bir şey değil. Halbuki biz bu deyimi yalnızca kronik kompleks hastalıklardan mustarip hastalar değil, doktorlar açısından da parlak bir beyin, yıllar süren iyi bir eğitim ve yüksek bir empati gücünü çaresiz bırakan 15 dakikalık "reçete üretim seanslarına" sıkışmış yaşamlara dikkat çekmek için de kullanıyoruz.

Bu kitap, sadece 40-60 yaş arasındaki kadınlara değil, tüm yaş aralıklarındaki kadınlara hormonal dengelerinin öneminden bahsediyor. Bu dengeyi *"içinde suni hormonsu bir ilaçtan ibaret bir turuncu hapı her akşam yutmakla"* kuracağınızı zannetmenin, size nasıl başta meme kanseri olmak üzere su toplanması, kilo alma, uykusuz geceler, depresyon, kemik erimesi ve hafıza kaybı olarak döneceğini, bu

dengenin böylesi fabrikasyon yöntemler yerine *çok daha bilimsel* ve *çok daha bilinçli olarak* nasıl kurulabileceğini anlatıyor.

Doğada, kadının sağlıklı ve üretken yaşları boyunca estrojen hormonu, daima progesteron hormonu ile döngüsel olarak dengede iş görür. Bu ikisi arasında daima hem bir işbirliği hem de tatlı bir rekabet vardır. *Kadının hayat dolu ve hayat veren yıllarında* onu besleyen ve geliştiren de, işte bu estrojen/progesteron dengesidir. *Bugün 40 yaşını geçen pek çok kadında bu denge progesteron aleyhine bozulmuş durumda.* Bu çok yaygın sorunu "*40 yaş sonrası: Bu dertler neden menopoza daha yıllar varken başlıyor?*" adındaki bölümde inceliyoruz.

Estrojen baskınlığı diye adlandırdığımız bu temel sorun, 40 yaşını aşan kadınların çoğunun altını oymakla kalmayıp 20-40 yaş aralığında doğurgan dönemdeki bazı kadınlarda da *âdet öncesi sendromu* (PMS), *ağrılı adetler* ve *endometriozis, polikistik over* gibi son derece sık rastlanan rahatsızlıkların ana ekseninde olduğu halde ne yazık ki bugün rutin tıp yaklaşımında nadiren telaffuz edilip tartışılıyor.

"*40 yaş sonrası: Bu dertler neden menopoza daha yıllar varken başlıyor?*" adını taşıyan bölüm, kadınlarda hormonal değişimin başladığı, ilerleyen yıllardaki çöküşün ve hatta meme kanserinin zemininin hazırlandığı yaşamsal önemdeki 40-55 yaş arasında olup bitenlerin perdesini aralarken, "*Dr. Mine Hanım meme kanseri olmayabilir miydi?*" adını taşıyan bölüm ise bu kritik dönemde yapılabileceklere ilişkin önemli ipuçları veriyor.

Bu kitap, tüm yaş aralıklarındaki kadınların kendi vücutlarını tanımalarını ve böylelikle örneğin âdet düzensizliklerinde doğum kontrol hapı ya da hormonal müdahaleler açısından daha bilinçli tavır alabilmelerini, kemik erimesine karşı tek bir ilaca bağlı kalmaktan çok daha etkin ipuçları elde etmelerini amaçlıyor. Bir önemli uyarı: *Okuyucu yalnızca kendi yaş aralıklarına hitap eden ya da belli bir bölümü okumakla yetinirse bu kitaptan yararlanamaz. Kitapta açıklanan her bilgi bir bütünün parçası. Bu nedenle, kitabı ancak başından sonuna doğru bölümleri atlamadan okursanız bir bütünlük ve her yaş aralığı için değer kazanabileceğini söylemeliyim.*

Kadınların kendi hormonlarını tanımaları, bunların "nelere kadir" olduğunu, doğal (biyoeşdeğer) ve kimyasal hormonlar arasındaki önemli farkı anlamaları kitabın ilerleyen bölümlerinden yararlanmaları adına şart olduğu için, kitabın başından "*Kadın türünün üstündeki lanet: WHI çalışması ve dünyadan uzman görüşleri*" adını taşıyan bölüme dek elimden geldiğince basit planda kalarak bu amacı

yerine getirmeye çalıştım. Hormon konusunda kullanılan bazı temel terimleri de bu ilk bölümler içinde "Soru/Cevap" şeklinde açıklamaya çalıştım.

Menopozal hormon tedavisini bir gençlik pınarı ya da ölümsüzlük iksiri olarak görmüyor ve göstermiyorum. 55 yaşındaki hiç kimse, ne yaparsa yapsın ne dış görünüm ne de vücut sağlığı açısından 25 yaşındakinin "aynısı" olabilecektir. *Hormon desteğinin bir "anti-aging" etkisi muhakkak var. Bu destek sayesinde cilt yaşlanması ötelenir. Cildin kollajen yapısı, esnekliği ve nemi şüphesiz daha uzun süre korunur. Depresyon, "kendine değer vermeme, kendine bakmama, kendini çekici bulmama" duygusu ortadan kalkar. Uykular düzelir, vajina sağlığı ve cinsel yaşam daha uzun yıllar devam eder. Ancak bizim bu kitapta sürekli vurguladığımız ve bu kitabı yazma nedenimiz bunların çok ötesinde.*

Menopoz dönemine yaklaşan kadınların kadınsılıkları, cilt sağlıkları, kendi fiziklerine olan güvenleri, cinsel hayatları ve eşleriyle ilişkileri de evet son derece önemli, ama hormon tedavisine ilişkin bizim bu kitabı yazma nedenimiz temelde sağlık ve hayatiyete dair kazanımlar: Kadınların kemik erimesi, hafıza kaybı, meme kanseri, diyabet, kalın bağırsak ve yemek borusu kanseri, duygu durum bozuklukları, uyku sorunları, idrar kaçırmaları, kalp krizi ve felçler gibi saymakla bitmez sorunlarla dolu yıllar geçirmek, gereksiz yere sağlıksız geçirilen yıllar sonucu aramızdan erken ayrılmak konularında hormonların risk ve yararları açısından daha yetkin, daha bilimsel, daha güncel ve daha dürüst aydınlatılmaya ihtiyaçları var. Ancak bundan sonra, kendi vücudu için kararı kadının kendisi bilinçle verebilir.

Kitaba erkekler ve testosteron hakkında da bir bölüm eklemeyi gerekli gördüm. Bu bölüm, en başta ereksiyon ve libido sorunları yaşayan, bel çevresinde yağlar biriken, adaleleri zayıflayan, kemik erimesi görülen, şeker hastası ya da buna eğilim gösterenler olmak üzere bölüm içinde sıralamış olduğumuz yakınmalara sahip, özellikle 50 yaşını geçmiş olan erkekler için önemli bilgiler içeriyor.

KADINLARA VERİLEN –*VE VERİLMEYEN!*– HORMONLARIN FİLM GİBİ HİKÂYESİ

Tıp tarihinde, kadınlarda menopoz sonrası (postmenopozal) hormon tedavisi kadar tartışmalara yol açmış konu pek azdır. Aynı zamanda bu konu, günümüz tıp dünyasının biyolojiden, vücudun nasıl çalıştığından, giderek *"Tabiat Ana'dan"* uzaklaşarak nasıl toplu bir akıl tutulması yaşayabileceğini anlamak ve bunun altında yatan finansal düzeneklerin orta yerde duran *anormali* nasıl olup da "normal" olarak biz doktorların kafasına yerleştirebildiği hakkında konuşmak için de, az bulunur bir örnek.

"Cinsiyet/seks hormonları" adı altında dar bir kavrama sıkıştırılan bu hormonların, kadın olsun erkek olsun insan vücudunda beyinden kemiğe, kemikten psikolojiye, *kanserden kanseri önlemeye* hayati bir *fonksiyon* üstlenmedikleri, burunlarını sokmadığı nerede ise hiçbir konu ve hiçbir hücre yoktur! Buna rağmen, tıp ve uzmanlık eğitiminde ve günümüz tıp uygulamalarında bu derece üstünkörü geçiştirilen, bu derece yüzeysel bir bilgi ile adeta vurdumduymazca yaklaşılan, hekimlerin bu derece *biliyor "muş gibi"* yaptığı bir başka konu da sanırım yoktur. Gelelim hikâyemize.

1980'lerin başında, vücutta *kronik inflamasyon* ("mikropsuz iltihap") hakkındaki bilgilerimiz henüz oturmamıştı. Kalp ve damar hastalıklarının temelindeki esas mekanizmanın kan kolesterol düzeyi değil, damar duvarında sinsice yanıp giden bir mikropsuz iltihap, yani *inflamasyon* olduğu henüz anlaşılmamıştı. *"Kolesterol damar hastalıklarının esas sorumlusudur"* denip işin içinden çıkıldı. Bu basite indirgeyen bakış, ilaç firmaları tarafından derhal ve kahramanca desteklendi. Ne yazık ki bu, yalnızca bir yanılgıdan ibaret değildi. Bu bir *yanıltma*, bir *saptırma* idi. "Kolesterol" denen kavram ortaya atıldığında ilaç sektörünün anında gördüğü tablo şuydu: *"Çok kolay ve ucuz bir test olan kolesterol ölçümüne herkes ulaşabilir. Yani bu testi*

herkes yaptırabilir. Kimde 'yüksek' çıkarsa da hemen reçeteler yazılır. Üstelik bir kez reçete yazılan kişi, ilacı bittikçe tekrar alıyor ve hayat boyu kullanıyor."

Hesap doğruydu. Eczane raflarında gördüğünüz çeşit çeşit kolesterol ilaçlarından *sadece bir tanesi, Pfizer* firmasının *Lipitor* adlı ilacı, üretici firmanın kasasına *sadece 2012 yılı içinde* tam *12 milyar dolar* çekmişti. Bu, küçük ölçekli bir ülkenin geliriyle boy ölçüşebilecek bir paraydı.

Gene de ben –bu kitap için konumuzun dışında kalan– kolesterol saptırmacasını, hormonlar konusunda olup bitenlerden çok daha masum görüyorum. Kolesterol konusunda anlaşılması o günler için oldukça güç, tartışmalı bir durum vardı. *Apo-B, Apo-A1* ile *Lp-PLA2* gibi, sıradan kolesterol ölçümüne göre çok daha iyi bilgi veren tetkikler (REF.1-2) sayesinde riski gerçek anlamda değerlendirmek o yıllarda elimizde değildi. Hastaya bir "kolesterol ilacı" veriyor, kolesterolü düşen hastada da risk düştü zannediyorduk. Bugün *Apo-B, Apo-A1, Lp-PLA2* gibi modern kriterlerin hâlâ yaygın pratiğe girmemiş olması *bağışlanmaz* olsa da, 1980'li yıllarda tamamen iyi niyetli olan bilim çevrelerinin de bu basite indirgemeye kapılması doğaldı. Böylece her yerde kolayca yapılacak basit bir kolesterol ölçümü, hastanın hayat boyu kullanacağı bir reçeteye dönüşüyordu. *Bilimsel araştırma üretiminin finansal motoru olan ilaç sektörü, bu ilaçların yararlarını öne çıkarırken zararlarını gözden kaçıran ve doktorunuza ulaşan bilgi akışını kontrol eden dev gücüyle çalıştığında*, sizin doktorunuzun da tüm iyi niyetine karşın tıp dünyasının geneliyle birlikte hareket etmesi çok doğaldır.

Yanlış anlamaları engellemek için hemen belirteyim: *"Kolesterol" denen şey külliyen önemsizdir, safi şifadan müteşekkildir, ne kadar yüksekse o kadar iyidir"* falan demiyorum. Bilimsel ortamlarda kelam etmek durumunda olan hiç kimsenin de zaten böyle şeyler söylemek elinde değildir. Yok eğer hayatınız, tek bir tane bile bilimsel referans vermek gereğini hissetmeden haftanın beş günü boy gösterdiğiniz televizyonlar ile muayenehaneniz arasında mekik dokumaktan ibaret ise, sırtınızda yumurta küfesi yoktur: *"Ezberleri yıkıyorum, klasik tıp putlarını deviriyorum"* rolüne kendinizi kaptırır, kolesterol ölçümlerini külliyen önemsiz, kolesterol yüksekliğini ise daima ve yalnızca şifa kaynağı bir şey gibi gösterir, bir yandan ilaç şirketlerinin tıp dünyası üzerindeki tahakkümüne çok haklı olarak dikkat çekerken, günün sonunda tüm doktorları ilaç firmalarının ortağıymış gibi sunarak okları doktorların üzerine yöneltip ucuz halk kahramanı olabilirsiniz. Dediğim gibi, sırtınızda yumurta küfesi yoktur.

Ben burada üç önemli açıdan farklı şeyler söylüyorum: 1) Kolesterol ölçümleri önemsiz ya da anlamsız değil. Bununla birlikte bu ölçümler iyi bir gösterge değil ve artık yerlerine yenilerini koymanın zamanı geldi. 2) Kolesterol ilaçlarının yararının zararından fazla olduğu, sonuçta bu ilaçları kullanmanın doğru olduğu *sınırlı sayıda* hasta vardır. Yok değildir. Bununla birlikte, bu ilaçlar hem masum değil hem de bugünkü uygulamada gerekenden çok daha erken ve gerekenden çok ama çok daha fazla hastaya reçete ediliyorlar. 3) Bunları size yazan doktorlarınız ilaç firmalarıyla ortak falan değil. Bu, en azından kendi eşleri ya da annelerine de aynı ilaçları yazmalarından belli! *Her ülkedeki bir avuç doktor ve ilaç firmalarının finanse ettiği bazı araştırmaları yürütenler hariç, doktorlar ve sizin doktorunuz, bu oyunun dışında.*

Toparlarsak: Kolesterol ilacı furyası sadece ilaç sektörünün yok yere uydurmasından ibaret değildi. Bugünkü kadar kötüye kullanılan ve abartılı olmasa da, tıpta bir karşılığı vardı ve halen de var. Unutmayın, kolesterol konusundaki araştırmalar 1960-1985 arasında tam 13 Nobel ödülü almıştır. Demek istediğim, tıp dünyasının gözünün kamaşması ve bunun da ilaç sektörü tarafından suiistimal edilmesi anlaşılabilir bir durumdu.

Kadında menopoz sonrası hormon tedavisi hakkında bir karara varmak amacıyla büyük klinik çalışmaların planlanıp uygulandığı 1990'lı yılların sonları içinse, bilim dünyası adına kolesterol hadisesindeki gibi hafifletici mazeretler bulmak olanaksız. Hormon çalışmalarını yürüten "bilim insanları", *anlaşılmaz ve bağışlanmaz biçimde*, araştırmalarda kullanmak için insan kanındakine eşdeğer gerçek hormonlar yerine ilaç firmalarının ürettiği *kimyasal hormonsuları* seçtiler! Bunları da vücuda tabiat dışı bir yoldan, yani ağızdan hap şeklinde verdiler. Bunlar, gözü bağlanmamış iyi bir tıp fakültesi öğrencisi için bile kör parmağım gözüne, zorlama hatalardı. Hormonlar konusunda olan bitenle karşılaştırırsak, kolesterol hikâyesinde hâlâ inatla sürdürülen tavır olsa olsa bir "kabahat" sayılabilir.

Kadınlara verilen (ve verilmeyen!) hormonların film gibi hikâyesi ise, zaten baştan "*olmayacak iş*" durumundaki yanlış bir pozisyonu sonuna kadar *(ve bugün hâlâ!)* zorlayarak *milyonlarca kadının acı çekmesine, hastalanmasına ve gereksiz yere erken ölmesine neden olan bir trajedidir*. Bunun adı ise, bana göre bir "kabahat" olmanın çok ötesinde. Son 15 yıl içindeki bilimsel çalışma, değerlendirme ve makalelerin ışığında bu artık net (REF.3).

Kadınlara verilen *(ve verilmeyen!)* hormonların hikâyesi, âdet öncesi sendromu (PMS), endometriozis, menopozal hormon replasmanı, memenin kistik has-

talığı, meme kanseri, polikistik over sendromu (PKOS), kadınların en fazla eziyet çektiği ve birden çöktüğü dönem, yani menopoz *öncesi* (*perimenopoz)* yıllarda ortaya çıkan migrenler, uyku bozuklukları, cinsel istek (libido) kaybı, kilo verememe, metabolik sendrom gibi sorunlar yolu ile, toplumda gerçekten çok fazla sayıda kadının canını sıkan bu rahatsızlıkların tamamına ilişkin bir hikâye.

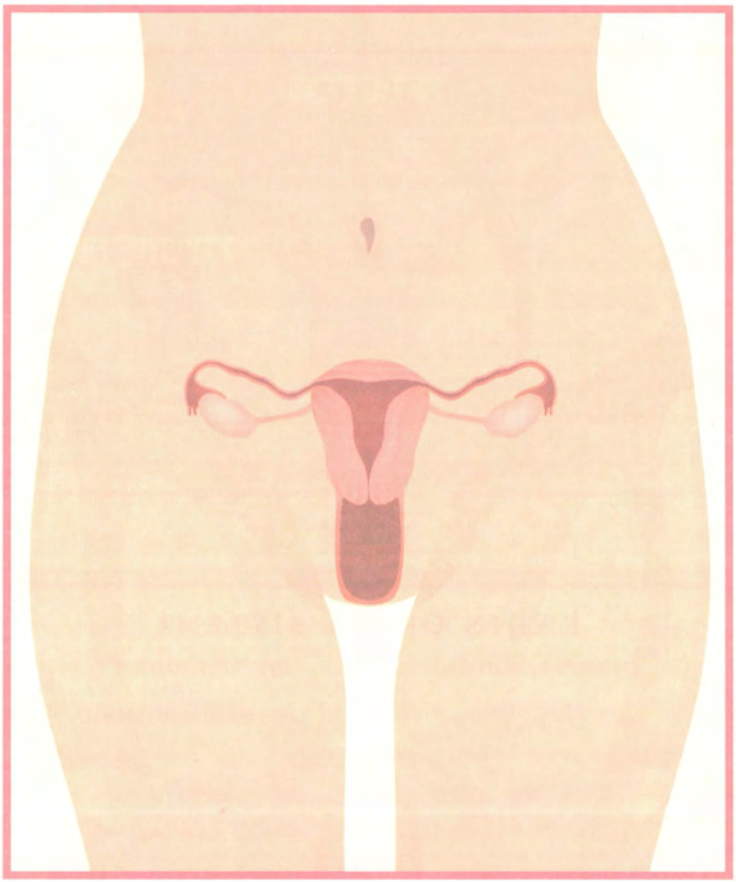
Menopoz sonrası dönemde beyin ve kalp-damar sistemlerinin çok daha erken ve çok daha hızlı çökmesine, diyabet, koroner arter hastalığı, kalın bağırsak, yemek borusu ve meme kanserlerine adım adım ilerlenmesine, cilt yaşlanmasına, kemik erimesine, ürogenital organlarda zayıflama, idrar kaçırma ve cinsel işlev bozukluklarını kader olarak kabul etmesine ilişkin bir hikâye.

Yıllarca süren ve hayatı zehir eden o sıcak basması ve gece terlemelerinden bahsetmiyorum bile! Bizim bu kitapta esas odağımızda olan konu semptomatik iyileşme, yani hastayı rahatlatmaktan ibaret değil. Konumuz, en başta beyin, kalp ve kemik olmak üzere organlarımızın gereksiz yere *baş aşağı* gitmesini ve gereksiz yere –meme kanseri dahil– hormonla ilişkili kanserlere yakalanmamızı elden geldiğince engellemek.

Rahim (uterus) nedir? Âdet kanaması nasıl oluşur? Âdet döngümü nasıl takip etmeliyim?

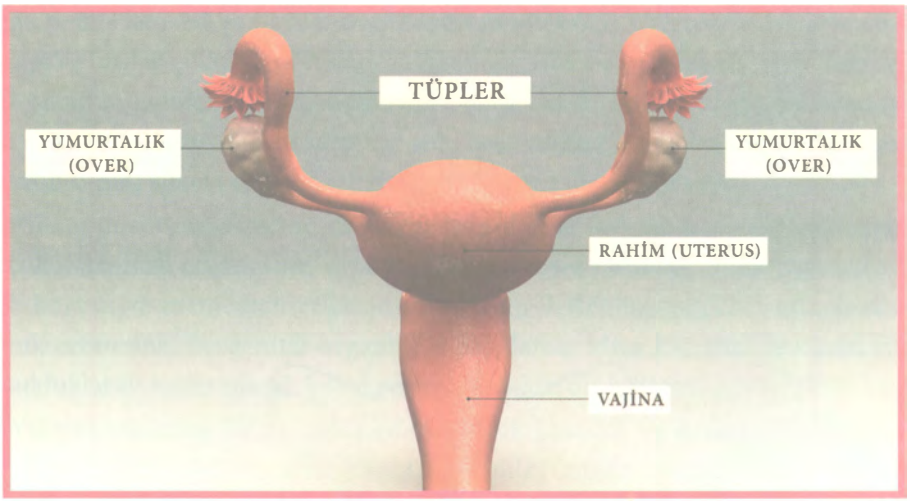
Rahim, (Şk.1A) tıbbi adıyla *uterus*, bebeğin gebelik boyunca içinde gelişip büyüdüğü organ. Normalde yalnızca 8 x 4 x 3 santimetre boyutlarında ve yalnızca 60 gram ağırlığında olan bu küçük organ, gebelik esnasında bebeğin içine sığacağı kadar büyüyor!

Rahmin iki yanında adeta "kolları" gibi uzanan iki tüp, bu *tüplerin* uçlarında da adeta parmaklar gibi uzantıları bulunur. Rahim, sağ ve sol tarafında karın boşluğunda asılı duran iki yumurtalıktan birinde bir yumurta kabuğu çatlayıp da içindeki yumurtacığı dışarı atacak olduğunda, iki tarafında bulunan kolları ve elleri gibi kullandığı tüpler yardımıyla bu yumurtayı yakalayıp içine alıyor. (Şk.1B) Vajenden geçerek rahim ağzı yoluyla ilerleyen sperm bu yumurta ile birleşebilirse, henüz mikroskobik büyüklükte olan bu bebek rahmin içinde büyümeye başlayacak.

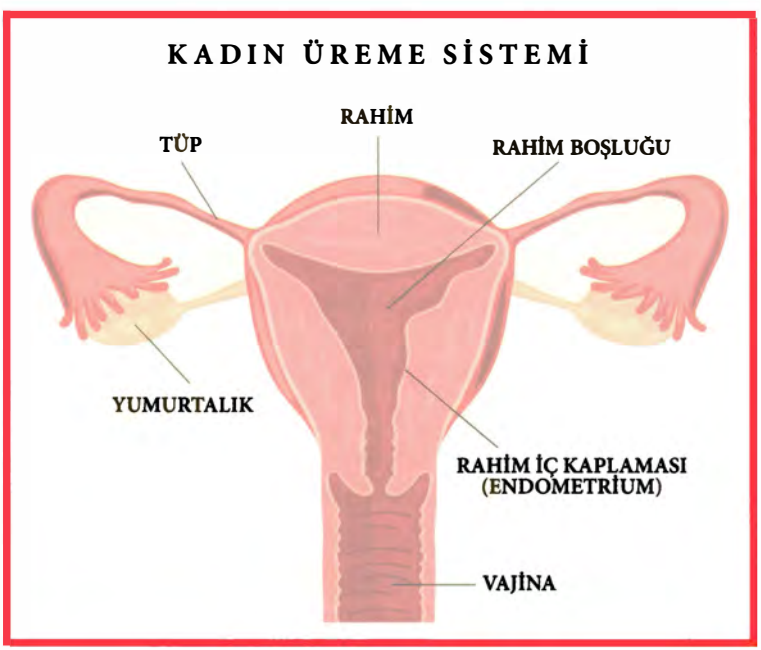


Şekil.1A Rahim (Uterus)

Rahim yani uterusun iç yüzeyi, bebek için hem yatak hem besin anlamı taşıyan bir tabaka ile kaplıdır. Bu tabakaya *endometrium* denir (Şekil.1C). Endometrium tabakasını besleyen ve büyüten esas olarak *estrojen*, bebeğe uygun bir yatak hale getiren de *progesteron* hormonudur. Döllenme olmadığı takdirde bebeğin yatağına gerek kalmadığı için hormon salgısı düşer. Bu durumda rahmin içini kaplayan bu tabaka beslenemez ve aynen bir yaranın sulu ve kanlı kabuğu gibi dökülerek dışarı atılır. *İşte binlerce yıldır efsanelere konu olan âdet kanaması denen şey, yalnızca bundan ibarettir!*



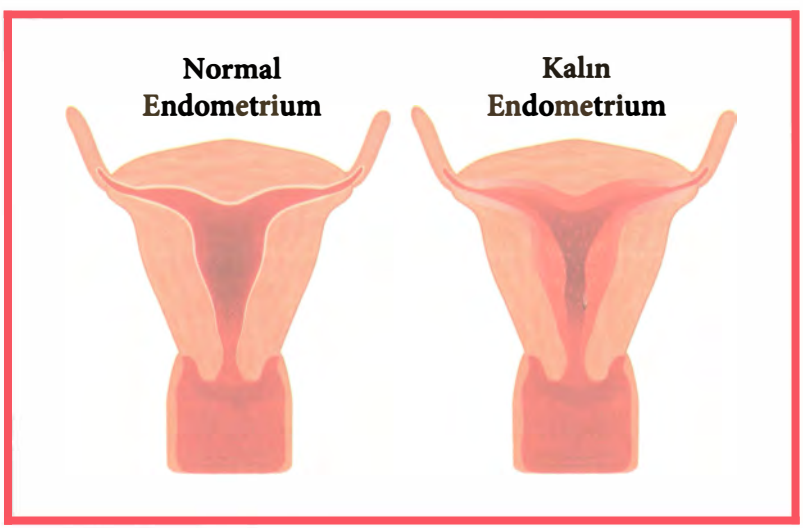
Şekil.1B



Şekil.1C

Döllenme gerçekleşmeyip bebek oluşmadığı halde sürekli ve aşırı estrojen salgılanacak olursa, rahmin içini kaplayan bu tabaka aşırı gelişir ve kalınlaşır. Jinekolog

doktorunuz ultrason muayenesinde bu tabakanın kalınlığını milimetre cinsinden ölçer. Bu ölçüm, rahmin dolayısı ile vücudun nasıl bir hormon etkisinde olduğunu anlamak açısından değerlidir. Diyelim ki rahim iç tabakası (endometrium) kalınlığı 1 mm, yani oldukça ince bulundu. Bu, o anda vücutta rahmin iç yüzeyini büyütüp geliştirecek kadar estrojen hormonu yok demektir. Diyelim ki bu tabaka 19 mm, yani oldukça kalın çıktı. Bu da, rahim iç döşemesi aşırı estrojen etkisi altında fazla kalınlaşmış ve büyümüş anlamına gelir. (Şk.2) Böyle kalınlaşmış bir tabakanın "dökülüp atılması" da tabii ki ağır bir âdet kanaması ortaya çıkarır. Hatta dökülüp atılanlar arasında "pıhtı" görüntüsü veren doku parçaları bile bulunabilir. Bu durum, genellikle iyi bir yumurtlamanın uzun süredir gerçekleşemediğine işaret eder. Önemli bir hormonal dengesizliktir. Jinekolog doktorunuz, aşırı büyüyüp kalınlaşmış olan bu dokuyu kazıyarak temizleyip, kanserli bir büyüme var mı diye patolojik inceleme isteyebilir.



Şekil.2 Normal ve kalınlaşmış rahim iç tabakası (endometrium)

Rahim kanseri, rahmin içindeki bu endometrium adlı tabakanın estrojen etkisi ile aşırı büyümesi sonucu ortaya çıkar. Eğer iyi bir yumurtlama varsa, yeterli progesteron salgınız var demektir. Progesteron estrojeni dizginler, aşırı büyümeyi engeller ve rahim kanseri ortaya çıkmaz.

Rahim ağzı kanseri ise bambaşka türde bir kanser. Rahmin içindeki döşemeye değil, rahmin vajinaya açılan kanalında ya da vajinaya bakan dış duvarının "cildine" ait, başka türde hücrelerden kaynaklanan bir kanser. Hormonlarla ilişkili olduğu düşünülmez. HPV (Human Papilloma Virus) adında, cinsel ilişkiyle geçen ve son derece sık rastlanan bir virüs bu kanserin büyük ölçüde nedenidir. Ergenlik çağına ulaşan kızların bu virüse karşı aşılanması kanser riskini tamamen ortadan kaldırmasa da ciddi ölçüde düşürür. Smear (smir) kontrolleri ile araştırılan şey işte bu, yani rahim ağzı kanseridir.

"Normal" kabul edilen âdet döngüsü, 21-35 gün arasında değişen düzenli bir döngüdür. Gene, "normal" kabul edilen kanama süresi 3-7 gün arasında ve miktarının da 30-80 ml arasında olduğu söylenir.

Her kadının, kendi âdet döngüsüne (aya) ilişkin tüm olan biteni *muhakkak* bir kenara not alması, daha sonra doktoru tarafından sorgulandığında ayrıntılı ve doğru bilgi verebiliyor olması çok önemli. Bilmeniz gereken birkaç temel nokta ile başlayalım: Tıbben âdet kanamasının ilk günü, âdet döngüsünün birinci günüdür. Diyelim ki 26 günde bir âdet görüyorsunuz. *Bu 26 günlük "döngünün" birinci günü, kanamanın başladığı gündür.* Yeni takvim buradan başlar. Bir dikkat edeceğimiz noktayı daha vurgularsak, âdet kanamasından birkaç gün önce açık renkli, lekelenme şeklinde olabilen, yarı akıntı yarı kanama bir görünüm ortaya çıkarsa, o günü başlangıç günü olarak, yani âdet kanamasının ilk günü olarak işaretlemeyiniz. Yeni döngünün birinci günü, "kanama denecek bir kanamanın" *başladığı* gündür. Diğerine "lekelenme" diyeceğiz.

Kitapta ilerledikçe göreceğiniz gibi, bireye özgü doğal biyoeşdeğer hormon kullanımı, en azından hormon dengesizliği ortadan kalkana dek hasta-hekim arasında yakın bir geribildirim gerektirir. Kadının âdet döngüsüne ilişkin aldığı notlar bu esnada büyük bilgi değeri taşır. Hormonal dengenin yerleştirilmeye çalışıldığı bu dönemde kadın, her âdet döngüsüne ilişkin aşağıdaki bilgileri *günbegün* not almalı ve doktoruna sunmaya hazır olmalıdır. Bu amaçla doktor tarafından hazırlanmış ve kadının üzerini dolduracağı bir hazır çizelge, işleri kolaylaştırabilir. Aşağıda sıralanmış olan yakınmalar, diyelim 28 günlük bir âdet döngüsünün dört haftasının her biri adına ayrı ayrı anlam taşır ve hormonal dengenizi değerlendirebilmesi için doktorunuza çok önemli bilgiler verir.

- Lekelenme, kanama günleri, kanama ağırlığı
- Göğüslerde gerginlik ve hassasiyet

- Vücutta su toplanması (yüzük ve ayakkabılarda sıkma)
- Uyku durumu (uykuya dalabilme ve uykuyu sürdürebilme)
- Duygu durum (mizaç) değişiklikleri: depresyon, anksiyete, sinirlilik
- Karında şişkinlik, gaz, ishal, kabızlık
- Migren benzeri baş ağrıları

Estrojen nedir?

Bu kitabın birçok yerinde "estrojen" deyip geçsek de, aslında insan vücudunda 3 ayrı çeşit estrojen görev yapıyor. Bunlar Estron (E1), Estradiol (E2) ve Estriol (E3) adını taşıyor. Üçü arasında en güçlüsü ve "estrojen" denince her zaman akla geleni estradiol'dür. Buna kısaca E2 de denir. Bizim de bu kitap boyunca eğer ayrıca belirtmiyorsak, "estrojen" dediğimizde kastettiğimiz şey estradiol olacaktır. Estron, menopoz sonrasında ağırlıklı olan estrojen türü. Estriol ise esas olarak plasenta tarafından üretilir, yani hamilelikte ön plandadır.

Vücutta estrojeni en çok yumurtalıklar (overler) üretir. Menopoz sonrasında yumurtalık fonksiyonu çok azaldığı için estrojen düzeyi de çok ciddi miktarda düşüyor. O kadar ki, doğurgan yılları içindeki bir kadının kanında estrojen ölçümü yapsak 100-500 pg/ml arasında değerler bulurken, menopoz sonrası aynı kadında estrojen değeri ancak 3-10 pg/ml arasındadır! Laf aramızda, menopoz sonrasında kadın kanındaki bu estrojen değeri, kadının kocasında bulunan normal erkek estrojen düzeyi olan 20-50 pg/ml'lik aralığın bile altına iniyor!

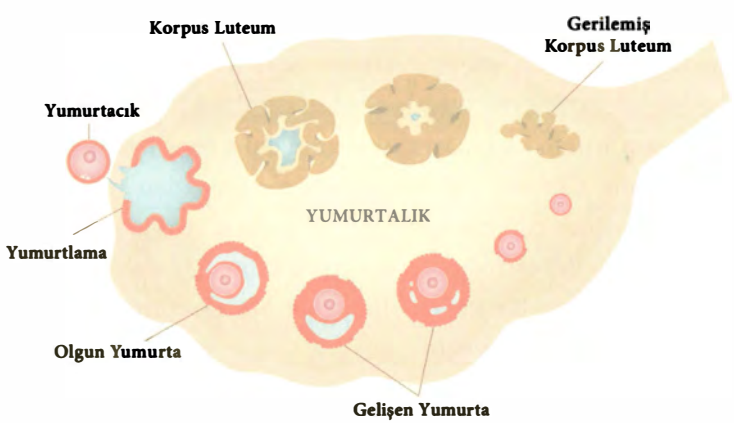
Yumurtalıklar dışında vücutta estrojen üreten bir başka yer de, yağ dokusu: Yağ hücreleri, böbrek üstü bezinden salgılanan "erkeksi" hormonları estrojene çevirir. Kilolu kadınların ciltlerinin daha genç kaldığını sanıyorum fark etmişsinizdir. Cilt altı yağ dokusunda menopozdan sonra da estrojen üretimi devam edince cilt için adeta bir "anti-aging" uygulaması yapar. Böylece bu kadınların cildi estrojenden mahrum kalmaz ve daha geç çöker. Tabii bu, şişmanlamanız için bir neden olmamalı! Merak etmeyin, kitapta ilerledikçe başka çözümler önereceğiz.

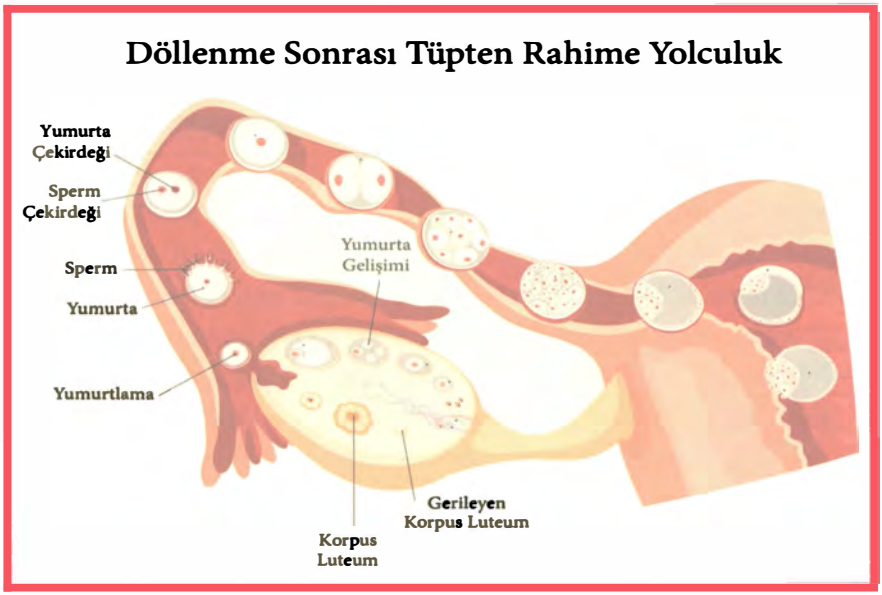
Estrojenin herkes tarafından bilinen görevleri kadınsı fizik özelliklerin belirginleşmesi yanında, rahim iç döşemesinde (endometrium) hücre çoğalmasını sağlamak. Böylece bu döşemeyi kalınlaştırıp bebeğin "yatağını" hazırlamak. İnanmak bana zor geliyor ama ne yazık ki gerçek: Doktorların bile çok büyük çoğunluğu, estrojenin görevlerini bunlardan ibaret sanıyor. Halbuki işin aslı çok farklı.

Genelde zannedilenin aksine estrojen, bu bahsedilenlerin dışında vücutta *yüzlerce* farklı noktada görev üstleniyor. *Estrojen beyin hücreleri arasındaki iletişimin sağlanması, kalp, damarlar, kemikler, cilt, hafıza, koku alma, işitme, düşünce keskinliği ve odaklanma gibi faaliyetlerde çok önemli görevler yürütüyor* (REF.4-5-6-7). Menopoz sonrası estrojen yokluğunda da doğal olarak bu görevlerin tümü aksıyor.

Progesteron nedir?

Adet döngüsünün başından ortasına (ayın ortasına) dek, yumurtalıktaki yumurta deposundan yaklaşık 150 tanesi büyümeye ve gelişmeye başlar. (Şk.3) Sonunda bu yumurtalardan en gelişmiş olanı çatlar ve içindeki yumurtacığı dışarı atar. Yumurtlama (ovulasyon) budur.

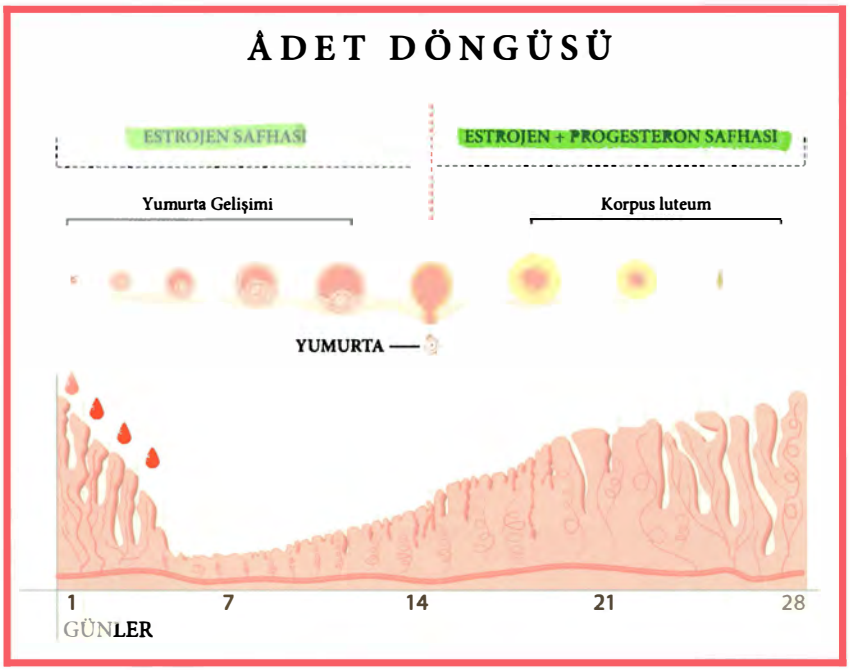




Şekil.3B Yumurtlama, döllenme ve rahime yerleşmek üzere yolculuk

Çatlayan yumurtanın "kabuğu" çok değerli ayrı bir görev üstlenir (Şk3). Bu kabuk, kendini tamir edip içini doldurarak başka bir yapıya evrilir ve korpus luteum adını alır. *Kadın vücudunun ve hamileliğin mucizevi hormonu progesteron,* işte bu kabuktan derhal salgılanmaya başlar, çünkü yumurtacık bir spermle birleşecek olursa bebeğin yaşaması için ona derhal progesteron gerekir. Bebek üç aylık olunca artık oldukça büyümüştür. Küçücük yumurta "kabuğunun" salgısı ona yetmez. Hamileliğin bu döneminden itibaren progesteron salgılama işini, bir organ boyutunda olan plasenta (eş) devralır. Yok eğer döllenme olmadıysa, yani ortada bebek yoksa korpus luteuma da ihtiyaç olmadığından o da büzüşerek kaybolur (Şk.3).

(Şk.4), bu anlattığımız âdet döngüsünü bir başka açıdan gösteriyor. Ayın (döngünün) ilk haftası içinde âdet kanaması (menstruasyon) olup bitiyor. Bu esnada günleri saymaya başladık ve yumurtalar büyümeye başladı bile! Görüldüğü gibi, 14. gün civarında bunlardan biri çatlıyor ve yumurtlama gerçekleşiyor. Kabuktan gelişen korpus luteum, döllenme olmadığı takdirde büzüşerek kayboluyor.



Şk.4 Âdet döngüsünde rahim iç tabakası ve yumurtanın eşzamanlı gelişimi. Döngünün ilk döneminde estrojen hormonu hâkim iken, ikinci dönemde progesteron devreye girer

Estrojende olduğu gibi, son dönemdeki araştırmalar *progesteronun vücuttaki fonksiyonlarının bebeği yaşatmanın çok ötesine geçtiğini* ortaya koydu. *Kalpte, damarlarda, kemikte, ama özellikle beyinde ve sinir hücrelerinde* progesteron için özel reseptörler (alıcılar) olduğu anlaşıldı. Progesteronun başta sinir sistemi olmak üzere, hamilelikle ilişkisi olmayan çok sayıda önemli işlevi ortaya kondu.

Progesteronun bir başka temel işlevi üzerinde ise daha sonra fazlası ile duracağımız için, burada kısaca belirtip geçmekle yetinelim: Progesteron, vücutta estrojen ile hem işbirliği içinde çalışır, hem de onu frenler, dengeler ve estrojenin aşırı büyütme etkisine karşı çıkar. *Progesteronun dizginlemediği bir estrojen, hücre çoğaltıcı etkisi ile meme ve rahim kanserlerine yol açabilir.*

Daha 15 yıl öncesine kadar menopoz dönemindeki kadınların çoğuna hormon tedavisi veriyorlardı. Şimdi ise neredeyse bütün doktorlar "Aman hormona bulaşma!" diyor? Ne oldu, nasıl oldu da böyle bir değişim gerçekleşti?

Bu değişimin hikâyesi, hakikaten *film gibi bir hikâyedir*. Kısa geçmemek, baştan almak lazım. Hem daha keyifli olur, hem de bugün hormon replasmanına ilişkin aramızda kol gezen şehir efsanelerinin altyapısını kavrayabilmek için bu şart. Okurken şunu sakın aklınızdan çıkarmayın: *Kadınlarımızın hayatının ta kendisini anlatan bu filmin çekimleri halen devam ediyor!* Kitapta bu hikâye içinde birlikte yol almakta iken değinip geçeceğimiz bazı temel hormon bilgilerini o anda henüz yerine oturtamadığınız için lütfen telaşlanmayın. Kitapta ilerledikçe, verilen bilgilerle her şey yerli yerine oturacak, *sonunda kendi hormonal dengeniz hakkında da bambaşka bir görüşe sahip olacak ve bambaşka çözüm olanakları olduğunun farkına varacaksınız.*

Filmin birinci bölümü, filmin tüm hikâyesine –ve bugün hâlâ kadınlarımızın sağlığına– damga vuran büyük bir klinik araştırma ile son bulur: *WHI (Women's Health Initiative). Birer doktor ve kadın neslini, ikisini birlikte*, bilim, akıl ve sağlık açılarından kırıp geçiren (REF.8) ve hâlâ buna devam etmekte olan bu *büyük ama berbat* çalışmayı, olabilecek en anlaşılır lisanla bu kitapta gözler önüne serdikten sonra özenle katlayıp bilim tarihinin çöplüğünde ait olduğu yere yerleştirmedikçe, *iyi niyetli ama araştırıp sorgulamayan doktorlarınızdan* duyduğunuz *"Aman hormona bulaşma!"* sığlığına set çekmemiz de mümkün olmayacak. İşte bu nedenle, WHI çalışmasından kitap içinde –maalesef– sık sık söz etmek zorunda kalacağız.

Şimdi hikâyemizin başına dönelim.

Kadın yumurtalığından estrojen ve progesteron olarak iki ana hormon salgılandığı, ancak 1900'lü yılların başlarında anlaşılmıştı. 1940'lı yıllara gelindiğinde ise antibiyotiklerin keşfi, tıpta deyim yerindeyse mucizeler yarattı. Bütün bir Avrupa kıtasında Azrail'in gölgesi gibi dolaşan veba, frengi gibi salgın hastalıklar, basit bir iğne (penisilin) önünde dize gelmişti. Bu göz kamaştırıcı zaferi takip eden *"kimyasallar yoluyla daha iyi bir yaşam"* fikrinin yükseldiği 1950'li yıllarda, kadınların menopoz sonrası sağlıklarında ortaya çıkan gözle görülür çöküşü engellemek için *kimyasal sentetik hormonlar* kullanma fikri ortaya atıldı. Molekül yapısı olarak kadın hormonlarına *benzeyen* (ama sadece *benzeyen*, aynısı olmayan) haplar geliştirip, bunları kadın türünün tarihinde ilk kez olmak üzere doğum kontrolüne yönelik kullanma denemeleri de, aynı yıllarda hız kazandı.

Filmin bundan sonrası, kadınların çoğunluğu için doğru bir hedefe (yani hormon replasmanına) yanlış araçlarla ve yanlış yoldan çıkılmasının hikâyesidir. Peki, nereye vardı bu hikâyenin sonu diyeceksiniz. Nereye olacaktı? *Tabii ki tamamen yanlış bir sonuca!* Bu kitabı yazma ihtiyacı da zaten buradan kaynaklandı.

Her şey, *Robert Wilson* adında bir Amerikalı doktorun yazdığı bestseller kitapla "patladı": *Feminine Forever* adındaki bu romanın etkisi çok büyük oldu. Dr. Wilson, tüm Amerika'yı dolaşarak doktorlara ve topluma, kadınlarda menopoz sonrası eksilen estrojeni yerine koymamız gerektiğini anlattı. *Wyeth* ilaç firmasının ürettiği *Premarin* adındaki estrojen *taklidi* (evet, bugün hâlâ eczanenizde satılmakta), hormon replasmanındaki kullanımı sayesinde Amerika'da en çok reçete edilen 5 ilaç arasına girmişti bile.

Sayfalarda ilerledikçe göreceğiniz gibi, Dr. Wilson'ın hormon replasmanı düşüncesi aslında temelde doğru bir düşünceydi, tabii uygulamadaki birkaç küçük (!) yanlış dışında:

"Kadında eksilen estrojen hormonunu yerine koyacağız" diyerek kadınlara verilen haplar *gerçek hormon değil, "hormonsu"* idi. Bu haplar kadınlara "estrojen hormonu" adı altında veriliyordu verilmesine fakat *bu maddeler insan vücudunun milyonlarca yıllık tarihinde daha önce hiç karşılaşmadığı*, ilaç fabrikası icadı yabancı kimyasal moleküllerdi. Aynı akıl almaz yanlış bugün hâlâ devam ediyor!

Doğada bu tür hormonların salgılandıkları yerden vücuda *"hap" şeklinde yani ağızdan*, sindirim sistemi yoluyla girmeleri diye bir şeyin örneği yoktu. Oysa bu *hormonsular* ağızdan hap olarak veriliyordu. Bugün hâlâ aynısı yapılıyor! Tamamen bu nedenle ortaya çıkan beyin, kalp, akciğer damarlarında tıkanıklık gibi küçük (!) sorunlardan ilerde bahsedeceğiz.

Doğada *kadının sağlıklı ve üretken yaşları boyunca* estrojen hormonu daima progesteron hormonu ile döngüsel olarak dengede iş görür. Bu ikisi arasında daima hem bir işbirliği hem de tatlı bir rekabet vardır. Kadının *hayat dolu ve "hayat veren" yıllarında* onu besleyen ve geliştiren de, işte bu *estrojen/progesteron dengesidir*. Halbuki tabiatı hiçe sayan bu kimyasal hormon denemelerinde bu denge yok sayılmıştı.

Antibiyotik haplarının başarısı ile gözleri kamaşmış, doğayı alt etmiş (!) olan Dr. Wilson ve çağdaşı tıp dünyası –tıpta bugün hâlâ hüküm süren– bir zafer sarhoşluğu

ile, insan vücudunun sağlıklı yıllarında nasıl çalıştığını dikkate almaya gerek bile duymamışlardı. *"Antibiyotiklerde nasıl olmuşsa, burada da tek hapla işi bitirebilirdik."* Fazla ince düşünmeye gerek yoktu. Zaten ilaç firmaları gereken her şeyi hazırlamıştı.

Dr. Wilson'ın kitabının ismi bile, hormon replasmanı yani o zamanki ismi ile söylersek *Estrojen Replasman Tedavisi*'ne (ERT) nasıl hem tıbbi dar görüşlülük hem de popüler ticari kaygıların hâkim olduğunu anlatmaya yeter: *Feminine Forever* (Sonsuza Dek Kadınsı) adlı kitabında Wilson, kadınların *"yaşamları boyunca fizik ve duygusal açıdan bütünüyle kadınsı kalacaklarını"* vaat ediyordu. Bunun için *Premarin* adındaki estrojen hapını kullanmaları yeterli idi. Dr. Wilson'ın kitabından alıntılayalım:

"Kadınlar, kendi kadınlıklarının ölümünü izlemeye mahkûm olmak yerine, kadınsılıklarını yaşam boyu koruyacaklar. (...) Kadınlar yaşamlarının yarısını seksüel açıdan nötr yaratıklar olarak geçirmek zorunda kalmayacaklar."

Anlayacağınız, iş daha başından yanlıştı. Bugün bizlerin kemik erimesini, beyin fonksiyonlarının kaybını, kalp-damar sisteminin bozulmasını, hormonal değişimin ortaya çıkardığı depresyonu ve duygusal çöküşü engellemek, diyabet, meme kanseri ve kalın bağırsak kanseri riskini azaltmak gibi amaçlarla kullandığımız, cinsel yönden aktif kalmak ve cilt yaşlanmasını geciktirmek gibi yönlerini ancak bir yan kazanç olarak gördüğümüz hormon yerine koyma tedavisini, sıcak basmaları ve gece terlemelerinin verdiği rahatsızlığı gideren adeta bir ağrı kesici kalıbına, hatta daha kötüsü, *"Her daim genç ve seksüel olarak aktif kalmak"* gibi popüler sloganlara sıkıştırmışlardı. Fena iş çıkardıklarını söyleyemeyiz: *"Hormonsu"* satışları iyi gidiyordu!

Bu furyayı gören aklıselim sahibi doktorlar, kadınlara hormon niyetine verilen *bu sentetik kimyasalların* insan vücudunda milyonlarca yıldır dolaşan gerçek hormonlardan *farklı* olduğuna dikkat çektiler. Bunların yalnızca kötü birer hormon taklidi, yani *hormonsu* olduğunu söylediler. *"Sağlıklı işleyen insan vücudunda estrojen daima progesteron ile işbirliğinde bir dengede çalışır. Bu bilinirken kadınlara yalnızca estrojen vermek tabiata aykırı"* diye haykırdılar (REF.9). Seslerini duyurmaları mümkün olmadı.

Tam da o yıllarda tıp, tabiattan ve insan vücudundan kopmaya başlamıştı. Artık tıp bilimi diye sadece ilaç deneyleri ve bunların istatistik sonuçları vardı. *Biyoloji, vücut fonksiyonlarının dengesini gözetmek bilimden sayılmıyordu.* Bu

durum ne yazık ki giderek ağırlaştı. Sonuçta kronik hastalık ve kanserlerden kırıldığımız bugünlere kadar geldik.

Bugün bir tıp kongresine gittiğinizde neredeyse hiçbir şeyin nedeni ve nasılının tartışılmadığını, konuşma ve sunumların neredeyse yalnızca ilaç çalışmalarının istatistik sonuçlarından ve meslek kuruluşlarının bunlardan çıkarak ilan ettiği genelgelerden ibaret hale geldiğini üzülerek görürsünüz. *Biyolojik mantık yürütme devre dışı kalmış, adeta ayıplanır olmuştur.*

1975'e gelindiğinde hormon tedavisinde karabulutlar belirdi. *Tabiatta olan bitene saygısızca, yani progesteron eşlik etmeden sadece estrojen* verilen bu kadınların binlercesinde uterus (rahim) kanserleri ortaya çıkmıştı! Fizyoloji ve fonksiyona sırtını dönmemiş doktorlar için *hiçbir şekilde sürpriz olmayan* bu gelişme üzerine tıp dünyası, kısa bir süre için ve zorunlu olarak da olsa, *Tabiat Ana*'yı, yani kadın vücudundaki *estrojen-progesteron dengesini* (s.133) hatırladı: *"Acaba bu kanser, progesteron olmadan yalnızca estrojen verdiğimiz için olmuş olabilir miydi?"*

Tabii ki öyle olmuştu! Amerikan jinekoloji derneklerinin başında araştırmaları yöneten koskoca bilim insanlarının ipleri ilaç firmalarının elinde olmasaydı da, bu bilimadamları insan doğası, insan fizyolojisi, kısacası insan fonksiyonlarını tıp 3. sınıf bilgileri düzeyinde olsun dikkate almaya tenezzül etmiş olsalardı, estrojen/progesteron dengesini canları istedi diye yok sayamayacaklarını düşünecek fırsatı bulamazlar mıydı? Gel gelelim, ipler sanayinin elindeydi. Devir *"bir hapla tabiatı alt etme"* devriydi.

"Madem estrojeni yalnız başına kullandığımız için rahim (uterus) kanseri ortaya çıktı, progesteron eklersek bunu önleyebiliriz" diye düşündüler. Doğruydu da. Öyle de yaptılar. Fakat ne yazık ki gene, *gerçek progesteron molekülünü kullanmak yerine progesteron taklidi Frankenstein bir hormonsu, yani MPA (medroksiprogesteron asetat)* (s.65) kullanmayı tercih ettiler. İşte bu, yapılan en yaşamsal hata oldu. Doğa bunu affetmedi.

Burada okuyucunun aklına *"İyi ama bilim insanları neden böyle yaptılar, neden doğal progesteron molekülünü kullanmadılar? Bulmak çok mu zordu?"* diye bir soru gelecektir. "Bilim" insanlarının böyle yapmasının son derece geçerli ve *duygusal* (!) bir nedeni vardı: *Tabiatta doğal olarak bulunan moleküllerin patentini alamazsınız.* Yani doğada kendiliğinden bulunan, kadın vücudunda dolaşan gerçek progesteron molekülünün patentini alamazsınız. Bir şeyin patenti sizde değilse de, para kazanamazsınız! *İşte bu kadar basit.*

"PATENT TIBBI" VE HORMONLARINIZLA İLİŞKİSİ

Genelde tıp sektörü, özelde hormon dünyasında neler olup bittiğini kavrayabilmek için *Patent Tıbbı* diye adlandırılan günümüz gerçeğini anlamanız muhakkak surette şart. Zaten bu yüzden bu konuya kitabın hemen başında bir bölüm ayırdım.

Doğada kendiliğinden bulunan maddelerin, örneğin magnezyumun, nar özütünün, alfa lipoik asidin, melatoninin patentlerini alamazsınız. Zerdeçalın patentini alamazsınız. Zerdeçalın aktif maddesi olan *curcumin*'in patentini de alamazsınız. Tabii ki ille de bir şekilde bu patenti alacağım diye kafaya takarsanız, *curcumin* molekülüne "X" adında bir başka molekül eklersiniz. Böylece ortaya *"curcumin-X"* diye yeni bir ikili madde çıkmış olur. İşte bunun patentini alabilirsiniz. Çünkü bu "yeni" bir şeydir. Doğada böyle bir molekül yoktur. Bunu siz "icat" etmişsinizdir. *"Peki ne yapacağım ben bu 'icat' ettiğim curcumin-X ile? Neden ille de patent almam gerekiyor?"* diyeceksiniz. Anlatalım.

Önce, firmanızın "icat ettiği" bu ikili molekül biçimindeki *curcumin-X*'in vücuda daha iyi emildiğini iddia eden bir çalışmaya sponsor olursunuz. Bu çalışmaları hayvanlar üzerinde yürütmek çok daha masrafsızdır. İnsan denekler ile yapılan çalışmalar ise, çok ama çok pahalıya çıkar. Hele kanser, kalp hastalıkları gibi konularda çalışıyorsanız milyon dolarları, hele büyük sayıda insanda büyük bir çalışma yapacak olursanız *milyar dolarları* gözden çıkarmanız gerekir. Durduk yere bu parayı verecek biri de bulunamayacağı için, sizin firmanız olmazsa bu çalışma yapılamaz. *Bu kadar basit.*

"Neden ille de bir çalışma yapmak zorundayım ki?" diye soracaksınız: Çünkü, ürününüzü satmak için tıp meslek örgütleri ve onların yönetiminde rol alan "kanaat önderi" doktorların onayına ihtiyacınız vardır. İlacınız satılabilmek için

onların onayından geçmelidir. Onlar da, ilacınıza *"Etkilidir"* diyebilmek için doğal olarak sizden "kanıt" isterler. Buraya kadar her şey güzel ve olması gerektiği gibi görünüyor. Diyecek söz yok. Şimdi iş, ilacınızı büyük bir klinik çalışmada deneyerek etkisini gözlemleyecek bir akademisyen doktor grubu bulmaya kalmıştır. Böylece bu büyük çalışma sayesinde onların da bilimsel kariyeri daha da güçlenecektir. *Kazan-kazan* stratejisine dayanan bu iş için bir ortak bulmakta tabii ki hiç güçlük çekmezsiniz. Özellikle de, çalışma için gereken yüz milyonlarca doları bastırmaya hazırsanız. Dürüst olacaksak, *"teorik olarak"* buraya kadar da bence sorun görünmüyor.

Çalışmanın sonuçları da bir şekilde olumlu ise, artık ürününüzü piyasaya sürebilirsiniz, çünkü patent sizdedir. Artık kimse sizin araştırmanızın sonucuna bakarak o maddeyi üretip satmaya kalkışamayacağı için, büyük para yatırarak *yaptırdığınız* araştırma "heba" olmaz.

Eğer patent almanız mümkün olmayan yani *doğal* bir madde, diyelim doğal estrojen hormonu ya da *curcumin* hakkında bir araştırma yaptıracak kadar akılsız iseniz, çok maliyetli olan bu araştırmanın altına siz girmiş olursunuz ama canı isteyen herkes sizin çalışmanızın sonuçlarından faydalanarak curcumin satmaya başlar. Araştırmaya parayı siz yatırdınız, ürünü ise herkes satıyor. Ne anladınız o zaman bu işten, öyle değil mi? Şimdi, pratikte ne olup bittiğine gelirsek, bütün bunlar iki farklı ölümcül sorun barındırıyor.

Birincisi, ister doğal hormon olsun ister nar meyvesi özütü, *"Doğada zaten bulunan bir madde için patent alınamaz"* demek, bu tür doğal maddeler için yapılacak büyük çalışmalara sponsor olacak firma hiçbir zaman bulunamayacak, yani en azından büyük klinik çalışmalar yapılamayacak demektir. *İki iki daha dört!*

Bu da, besin destekleri gibi doğal ürünler hakkında hem *hiçbir şey* bilmeyen hem de öğrenmek istemeyen ne kadar hekim arkadaş varsa, hepsine tek hamlede pırıl pırıl, çiziksiz ve son derece kullanışlı bir *"Geçiniz, bunlar bilimsel değil, bunlar hakkında bilimsel kanıt yok"* plağı hediye eder.

İkincisi, çalışma yapılırken yani "kanıt sertifikası" üretirken parayı verenin doğal olarak düdüğü çaldığı gerçeği. *Bugün Amerika'da bilimsel araştırmaların %80'i ilaç fabrikalarının desteğinde yapılıyor. Bu oran daha 1960'larda sıfıra yakındı!* Parayı yatıran siz iseniz, araştırmanın planlamasında, yani çalışma planlanırken incelenecek ya da "göz ardı edilecek" noktaların belirlendiği aşamalarda *"nazınızın geçmesi"* gayet doğaldır!

Firmanızın ürünü başarılı bulunursa, zaten onların da sponsoru olduğunuz büyük tıp dergilerinden birinde bu araştırma yayımlanır. Böylece, araştırmayı sizinle işbirliği içinde yürüten doktorlar da akademik olarak, meslek örgütlerinde güç kazanmış olurlar. Sponsorluğunu yaptığınız büyük tıp dergilerinde bu doktorların yönetim kurullarına girmeleri için kulis yaparsınız. Böylece sizin ürününüzü tanıtan çalışmalarda yer alan doktorlar, meslektaşları arasında "kanaat önderleri" haline gelirler. Mesleki derneklerin, bizler gibi hastalarla yüz yüze olan doktorların neyi ne zaman yapacakları ve yapmayacakları yönünde arada bir "yol gösterme" niyetine yayımladıkları *kılavuzlarda* kalem sahibi, işte bu "kanaat önderi" doktorlar olur. Sizin ürününüz de böylece bilimsel "kanıt" ve destek kazanmış olur. *Bu tam anlamıyla bir kazan-kazan oyunudur.*

Bu senaryoda sizi tedavi eden doktorunuzun yer aldığını hiçbir biçimde düşünmeyin. Neden mi? Çünkü bu doğru değil. Hiç kuşkunuz olmasın ki, doktorunuz kendi eşine, annesine, kızına ne yapacaksa size de onu yapıyor. Doktorunuz hakkında her ne düşünecekseniz işte bunu unutmadan düşünün!

Doktorunuzun ilaçlara dayanan ve belirtileri gidermeye yönelik bir tedavi yapıyor olması, "ilaç firmalarıyla ortak olarak" bir plan yürütmekte olmasından falan kaynaklanmıyor. Öğrendikleri ve çevresindeki meslektaşlarında gördüklerinin bundan başka bir şey olmamasına dayanıyor. Başka bir düşünce sistemini duymamış ya da maruz kalmamış olmasından kaynaklanıyor. Çevresindeki doktorlardan farklı düşünüp uygulayacak olduğunda *–tıpta, vücutta her zaman olabileceği gibi–* ters bir şey ortaya çıkarsa ülkemizde taş, yumruk, kurşun, hakaret ya da orantısız ve çökertici tazminat davaları ile kendisinden hesap sorulmasından *–haklı olarak–* çekiniyor. "Kanıt" üreten sistem *"Hormon olarak işte bunu kullanın"* demişse onu kullanıyor. *"Hormon falan kullanmayın"* derse de kullanmıyor.

Burada ilaç firmalarının sistemin her noktasına müdahale ediyor olmaları da gerekmiyor. Kanaat önderi doktor ve kurumları, tıbbi dergilerin editoryal kurullarını kontrol etmeleri yeterli oluyor. Hastalar ve doktorlar için en iyi olanla, sağlık ekonomisinin çarklarını çevirenler ne yazık ki her zaman aynı seçenekler değil.

Tıp biliminde bilimsel standartların oluşması ve oturması gibi iyi bir niyete yönelik olarak doğru bir ihtiyaç üzerine kurulmuş olan bilimsel araştırma sistemi, uygulamada tedaviyi fabrikasyona çevirip sürümden kazanan tıp ekonomisine hizmet ediyor. "İlaç Fabrikaları-Dev Hastaneler-Gıda Sektörü" üçgeninin

çarklarını daha hızlı çevirmeyen hiçbir bilimsel çalışma desteklenmiyor ve gün ışığına çıkamıyor. Sonra da "Bilimsel kanıt yok" oluyor!

Biz yukarıda patent örneğini *curcumin* üzerinden vermiş olsak da, bu tür maddelerin patentini almak size zaten fazla bir kazanç getirmeyecektir. *"Patent tıbbı"* temelde kanser ve kalp ilaçları gibi ultra pahalı "pazarlar" üzerinden yürür. Bunlarla karşılaştırıldığında, besin destekleri pazarı devede kulak değil, devede tüy kalır.

Dünyada yapılan bilimsel çalışmaların %80'inin ilaç firmaları tarafından finanse edildiği bir sır değil. En "prestijli" dergilerdeki çalışmaların neredeyse tümünün altını tırnağınızla birazcık kazısanız altından ya bir ilaç, ya bir cihaz *gizli reklamı* sırıtıyor. Açıkça söylersek, tıp biliminde bilgi ve "bilimsel kanıt" üretimine ilaç şirketlerinin yön verdiği, herkesin farkında olduğu bir gerçek. Hakkında konuşmaktan, hatta düşünmekten kaçındığı tatsız, rahatsız edici bir gerçek. Son 30 yılda tıbbi araştırmalar, yani benim deyimimle söylersem *"kanıt sertifikaları"* o denli pahalıya mal olur hale *getirildi* ki, tedavi deyince en pahalı yöntemler dışında öylesine başka bir şey düşünemez hale geldik ki, *"İyi de para olmadan bu araştırmalar nasıl yapılacak? Olacak canım artık o kadar"* yaklaşımı hepimizin beynini kilitledi gitti.

Bu ortam içinde "sürüden ayrılan" doktorlar, yıllar boyu tırnaklarıyla kazarak ve fazlasıyla hak ederek elde ettikleri tüm akademik, mesleki ve sosyal kazanımları tehlikeye atacaklarını da içten içe hissediyorlar.

İşte hep bu bahsettiğimiz çok basit nedenlerle, hormon replasmanı kadınlar üzerinde araştırılacak olduğunda "bilim insanları" doğal, *gerçek hormon moleküllerini değil çakma olanları*, yani bunların ilaç fabrikası üretimi taklitlerini denemeyi tercih ettiler. Çünkü onların patenti alınabiliyordu. Patenti alınamayan gerçek doğal hormonlarla kalp, kanser gibi pahalı araştırmalara sponsor arayıp bulmak yalnızca zor değil, olanaksızdı. Burada ise firmalar parayı sağlamaya zaten gönüllüydü. Çalışmalar ilaç fabrikalarının "icat ettiği" kimyasal hormonlarla yürütüldü.

Nerede kalmıştık hikâyemizde? Estrojeni tek başına verince uterus *(rahim)* kanserleri ortaya çıkmış, tıp dünyası *"Ha evet pardon doğru ya... Tabiatta bu iki hormon birlikte dengede çalışıyordu... Progesteron da verelim bari"* kıvamında uykudan uyanmıştı. Patentini alamadıkları progesteron yerine de onun taklidi, benim *Frankenstein* diye nitelendirdiğim *medroksiprogesteron asetat* (MPA) diye bir molekül *icat edip* kullandılar. Hakkını yemeyelim, MPA denen bu *Frankenstein* hormonsu, estrojene eşlik ettiğinde *rahim kanserini* önlemekte başarılı oldu.

Wyeth ilaç firması derin bir nefes aldı. *Çakma hormon* vagonu, artık yoluna devam edebilirdi. *Frankenstein MPA, gerçek yüzünü daha sonraları meme, beyin ve kalpte gösterecekti!*

Bu kimyasal hormon haplarının üretici firması *Wyeth* idi. (Bu firmayı daha sonraları 2009 yılında bir başka dev, *Pfizer* ilaç firması satın alarak bünyesine kattı.) *Wyeth* firması, altın yumurtlayan hormon tavuğuna çok güveniyordu. Estrojen+MPA içeren ürünün satışını daha da artırmak için büyük bir klinik çalışma yaptırmak istedi. Bu, hormon konusundaki tartışmaları bitirecek boyutta çok büyük bir çalışma olacaktı. *Wyeth* ilaç firması, Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (NIH) organize ettiği bu dev araştırmaya gereken parasal desteği sağladı: *WHI çalışması (Women's Health Inititative).*

WHI çalışması: Bazı şaşırtıcı kötü sonuçları açıklandığında menopoz sonrası hormon tedavilerinde tüm dünyanın altüst olmasına yol açan, 2002 yılına kadar neredeyse her kadına önerilmekte olan hormon tedavilerinin, o günden sonra *hiçbir kadına* uygulanmaması diye bir sonuç doğuran, tıp tarihinin en meşhur çalışmalarından biri. *Bu çalışma bana göre aynı zamanda A'dan Z'ye her şeyi ile: En başta çalışmada kullanılacak hormonların seçimi olmak üzere, planlanmasından yapılışına, sonuçların duyurulma yöntemine kadar, tıp tarihindeki en büyük birkaç suçtan biridir.*

Bugün kadınlara ihtiyaç duydukları *gerçek hormonların* verilmiyor olmasının nedeni de *"Keşke bu kötü bir şaka olsaydı"* diye nitelediğim bu berbat çalışma ve onun medyada yarattığı orantısız sansasyondan başka hiçbir şey değil. Aslında son 10 yılda yapılan onlarca bilimsel çalışma ve değerlendirme, hormon tedavisinin riskleri konusunda koparılan abartılı gürültünün maskesini düşürmüş durumda. Ancak bu, *aynen medyada yer alan bir yalan habere karşılık yayımlanan tekzip yazısının silik ve etkisiz kalması gibi, ne doktorlar ne de topluma ulaştı. İnsanın köpeği ısırdığı haberi bir kez manşetlerden verildikten sonra, "Pardon hayır geri alıyoruz ısırmamış" gibi çekici yanı olmayan bir haber, tabii ki kıyıda köşede kaldı.* Panik havasının beyinlere kazıdığı korku, hakikate üstün çıktı. Kimse o haldeyken araştırmaların küçük puntolarını okumaya zaman ayırmadı.

Bugün dünyada ve ülkemizde kadınlara ne menopoz çevresi (peri-menopozal) dönemde ne de menopoz sonrası (post-menopozal) dönemde hormon replasmanı yapılmıyorsa ve bu yüzden yüz binlerce kadın gereksiz yere kalp ve damar hasta-

lıkları, diyabet, felç, bunama, kalın bağırsak kanseri ve hatta progesteron eksikleri zamanında yerine konmadığı için meme kanseri ile hayatlarını daha erken kaybediyorlarsa, bunun nedeni işte *bu değersiz, bu berbat çalışma* ve bunun medyadaki sansasyonel yankılarıdır.

"Neden bize bu kitapta WHI çalışması denen bu çalışmadan söz etmek zorundasın? Biz doktor değiliz ki. Bir bilimsel araştırmanın bizimle ne alakası var?" diye düşünüyorsanız, çok yanılırsınız. Neden mi? Şunu deneyin anlarsınız, çok kolay: Doktorunuza gidip *"Menopoz dönemine yaklaştım/girdim. Vücut dengem hızla bozuluyor. Ben ben değil gibiyim. Hormon kullanmayı düşünüyorum. Ne dersiniz?"* diye sorun. Kim olduğu hiç önemli değil: İster dayınızın oğlu kulak-burun-boğazcıya, ister mahallenizdeki aile hekimine, ister üniversite kadın doğum profesörüne, ister romatoloğunuza, işiteceğiniz yanıt hep aynı olacaktır: *"Sakın ha! Meme kanseri mi olmak istiyorsun?"*

Meme kanseri olmamanın yollarını bu kadar iyi bilen (?) bunca doktor varken ve bunca kadın "kendi hormonlarından" son on beş yıldır vebadan kaçar gibi sakınmakta iken nasıl olup da meme kanserinin her yıl güçlenip adeta bir salgın haline geldiği aklınıza takılsa da, size düşen –haklı olarak– doktorunuza inanmaktır. Her biri yıllarca okumuş, başarılı, zeki, yetenekli, gerçekten son derece çalışkan ve iyi niyetli bir doktor ordusu bir konuda ağız birliği ediyorsa, doğru yanıt da herhalde budur öyle değil mi? *"Sakın ha! Meme kanseri mi olmak istiyorsun?"*

İşte bu doktorlarınıza *"Peki doktorum. Anladım kabul ettim, ama merak da ettim, bu bilginizin bilimsel kaynağı nedir?"* diye soracak olursanız ne olur? Çok çok büyük çoğunluğu *"Benim branşım değil, bu durumda size ayrıntı veremem, ama kadın doğumcu arkadaşlar hep öyle söylüyor. Daha ne olsun?"* deyip işin içinden çıkacaklardır. "Branşları dışında (!) olan bu çok önemli konu hakkında "ayrıntıyı" falan geçtik, kulaktan dolma olsun üç beş düzgün cümle çıkartabilecek olana ise rastlayamayacağınızı *garanti ederim.*

Bu arada laf aramızda, günümüz hâkim tıp yaklaşımının açmazı, biz bir önceki paragrafta *"branşları dışında"* diye yazmakta iken bir kez daha ışıl ışıl parlıyor, bilmem sizin de gözünüz kamaştı mı? Hormon denen şeyin tanımında vardır: *"Hormonlar, vücutta salgılandıkları yerden uzaktaki doku ve organları, vücudun tamamını etkileyen moleküllerdir"* diye. Buyurun böyle bir tanımı bir *branş* içine, yani vücudun bir coğrafik bölgesine sıkıştırın!

Yok eğer aynı soruyu bir kadın doğumcuya soracak olursanız *"Anladık. Sakın ha (!) hormon kullanmayacağız, ama hangi bilimsel nedenle böyle söylüyorsunuz sayın doktorum?"* diye, işiteceğiniz yanıt hep ve daima ve istisnasız ve biteviye ve değişmez ve bıktırıcı bir monotonlukla, hep aynı olacaktır: *"WHI çalışmasının sonuçları öyle çıktı."*

"İyi ama, o çalışma dışında bu konuda bildiğiniz bir dayanak var mı, varsa nedir? On yedi yıl önceki bu çalışmadan sonra, son yıllarda hangi çalışma ve değerlendirmeler yapıldı?" diye hiç boşuna üstelemeyin. Uğraşmayın, kaset çaresiz başa saracaktır: *"WHI çalışması."*

İsterseniz yarın deneyin görün. Plak takılacaktır: *"WHI çalışması."* Bu da şu demektir: Bu satırları okuyan siz istediğiniz kadar *"Bana ne WHI'dan kardeşim, ne diye bunu anlatıyorsun, ben doktor değilim ki?"* deyin. İster inanın ister inanmayın, eğer kadınsanız bugün sizin kişisel hormon dengeniz –ya da dengesizliğinizde diyelim– WHI çalışmasının payı çok büyüktür.

İşte bu berbat çalışma, böylesine büyük bir lanet olarak kadın sağlığı üzerinde tam 17 yıldır asılı duruyor. Biz de işte bu yüzden, topluma yönelik bir kitapta tıp terminolojisi ve bilimsel ayrıntılardan uzak kalma zorunluluğu elimizi ayağımızı bağlasa da, bu berbat çalışmayı burada iyice afişe etmek zorundayız ki bunca gürültü arasından anlatacaklarımız biraz olsun işitilebilsin. Bu yüzden de lütfen bana kitap içinde *"Aman, yeter senin de bu WHI çalışmandan!"* demeyiniz, sizden rica ediyorum.

WHI çalışması: Amerika'da 40 ayrı merkezde 27.327 kadının dahil edildiği bu çalışma 1998 yılında başlamış ve 8,5 yıl sürmesi planlanmıştı. Çalışmada menopoz sonrası eksilen hormonların, yani estrojen ve progesteronun yerine konması ile, menopoz sonrası kadınlarda hızla arttığını bildiğimiz kalp hastalığı, kemik erimesi, bunama gibi sorunların önlenmesi amaçlanıyordu. Hormon replasmanı hakkında o güne dek zaten bazı çalışmalar yapılmıştı ama en büyüğü, en maliyetlisi bu olacak ve bu konuda "son sözü" söyleyecekti.

İnsan kanında doğal olarak bulunan hormonlar yerine, onlardan çok farklı yapıda kimyasalların sırf patentleri alınabiliyor diye "hormon niyetine" hap şeklinde kadınlara verildiği bu çalışmanın sonuçları açıklandığında büyük bir hayal kırıklığı yaşandı: Görüntüye bakılırsa, "hormon" tedavisinin eksileri artılarından fazla idi: Evet, kalın bağırsak (kolon) kanserinde ve kemik erimesinde düzelme elde edilmişti. Evet, şeker hastalığı riskinde ciddi düşme vardı. Ancak

meme kanserinde büyük olmasa da belirli bir artış ortaya çıkmıştı. Beyin damar tıkanıklıkları ve felçler, akciğerde pıhtılar, kalp krizleri ise ciddi olarak artmıştı. Bu sorunlar anlaşıldığında, çalışmanın büyük kısmı planlandığı gibi 8,5 yıl sürmeden 5. yılda erken olarak sonlandırıldı.

Çalışmada verilen kimyasallarla eksilen hormonları güya yerine konan (!) bu kadınlar aynı zamanda duygu durum bozuklukları, yani anksiyete ve depresyondan yakındılar. *Nasıl oluyorsa artık*, eskiden hamilelikleri esnasında özellikle son aylarında tavana vurmuş düzeydeki *gerçek* kadınlık hormonlarıyla mışıl mışıl uyuyan bu kadınlar, bu *hormonsu* tedavisi altında uykusuzluk çeker hale gelmişti! *Nasıl oluyorsa artık*, eskiden kanlarında gerçek, doğal insan hormonlarının çok daha yüksek düzeyleri ile 30-40 yıl boyunca keskin bir hafıza ve berrak bir düşünce keskinliği ile sağlıklı yaşadıktan sonra, menopoz yani hormonlarının düşmesi nedeniyle hafızada zayıflama ve düşünce keskinliğinde bozulmadan yakınan bu kadınlar, kendilerini yaşlılıkta idare edecek kadarlık bile hormon (?) verilince çok değil 3-5 yıl içinde daha da kötülemiş ve *Alzheimer* olguları artmıştı. Bu *hormonsular* idrar kaçırmalarını bile artırmıştı! *"Nasıl oluyorsa artık"* dedik ama, aslında şaşacak bir şey yoktu, çünkü bu kadınlara verilenler gerçek hormon değil, *hormonsu* idi. Aynen şimdi size verilmekte olanlar gibi.

Bunun böyle olacağını tahmin etmek için, inanın aslında tıp fakültesi okumanıza bile gerek yoktu. Birazcık ilgi, birazcık düşünce, birazcık kafanızı çalıştırmanız, çevresel mesleki şartlandırılmışlığınızı birazcık kenara itmeniz ve *birazcık da dürüstlük* yeterli idi. Bunlardan fazlasına ihtiyacınız yoktu. Nedenini yavaş yavaş anlatacağız. Büyük ama beş para etmez bir bilimsel (?) çalışma olan *WHI*'dan ileride de –çaresiz– bahsedeceğiz ve bu *büyük dogmayı*, bu çalışmayı bizzat yönetenler ve o sırada *Kuzey Amerika Menopoz Derneği*'nin başında olanlar dahil, yıllar sonra nasıl yorumladıklarını ve dünya jinekoloji camiasında –her nasılsa– önemli yer sahibi olabilmiş birçok *dürüst* jinekolog doktorun WHI sonrası yıllar geçip bulutların dağıldığı günümüzde olup biteni nasıl değerlendirdiklerini, gerçek ve çakma hormonlarla yapılan replasman hakkında ne düşündüklerini, *WHI çalışmasına ezbere değil alıcı gözle baktığımızda ne göreceğimizi* sizlere yansıtacağız.

Bir düşünürseniz, insanda hormon dengesi bozulduğunda eksilen hormonun dışarıdan verilmesi yalnızca kadın hormonlarına özgü bir şey değil. Hepimiz şeker hastalığında insülin veya *Hashimoto* hastalığında tiroid hormonu kullanan birilerini tanıyoruz. Bu kişiler aldıkları tiroid hormonu *dozunun* kendileri için uygun

olup olmadığını anlamak için, yani kanda tiroid hormon düzeylerinin ayarlanması için sık aralarla kanda tiroid hormon düzeyini takip ederler.

Peki, ister âdetlerinizi düzene sokmak için olsun, ister polikistik over için olsun, isterse menopoz sonrasında olsun: Kadınlara içinde güya estrojen ve progesteron bulunan bu hormonlar verildikten sonra, neden tek bir kez bile kontrol amacıyla kan düzeyine bakılmıyor? Neden doktorunuz tiroid hormonunda olduğu gibi "Arada bir tetkik yaptıralım da şu verdiğimiz hormonun dozunu ona göre ayarlayalım" demiyor?

Hiç aklınıza gelmiş miydi? Gelmediyse lütfen kendinizi suçlamayın. Zaten doktorunuzun da aklına gelmiyor. *Doktorlar akıllarına "istenmeyen şeyler" getiremeyecekleri bir ortamda yaşatılıyorlar.*

Menopoza girdim. Hormon alıyorum ve bazen âdet görüyorum. Gene de korunmam gerekir mi?

Bu sorunun yanıtı kısa: Hayır, gerekmez. Hormon aldığınızda bunun sayesinde âdet görüyor olsanız bile gerekmez. Ancak menopozal hormon tedavisi aldığınızda âdet görüyorsanız, hormon miktarı gerekenden çok fazla ve tedavi uygunsuz yapılıyor anlamına gelir.

Menopoz nedir? "Cerrahi menopoz" nedir?

Kelimenin tıbbi pratikteki yaygın kullanımında, önceden âdet gören bir kadın eğer 12 ay boyunca âdet göremezse, menopoza girmiş kabul ediliyor.

İyi de, o gördüğümüz son âdetin "sonuncusu" olduğunu nereden bileceğiz? Bu tanıma göre tabii ki o anda bilemeyeceğiz. Bu yüzden de 12 ay bekleyip hâlâ âdet olmamışsak *"Tamam, demek ki o gördüğüm son âdetmiş, meğer o gün menopoza girmişim"* diyeceğiz. Bugün tıbbi pratikte en yaygın olarak kullanılan menopoz tanımı işte budur.

Bir de "Cerrahi Menopoz" diye adlandırılan menopoz türü var: Bunlar da yumurtalıkları ameliyatla çıkarılan kadınlar. Tahmin edersiniz ki burada *menopoz* diyebilmek, yani âdetlerin kesildiğinden emin olmak için "12 ay bekleme" şartına gerek kalmıyor çünkü ameliyat olduğu gün kadın menopoza girmiş oluyor. Yumurtalıkların çıkarılması dışında radyoterapi ya da kemoterapi de bir kadını menopoza sokmaya yetebiliyor.

Bazı kadınlarda ise rahim (uterus) alınmış ama yumurtalıklar yerinde bırakılmış olabilir (Şk.18). Âdet *kanaması dediğimiz şey*, estrojen etkisiyle kalınlaşıp gelişen ve daha sonra "dökülen" *rahim iç döşemesinin ta kendisi* olduğuna göre, yerinde bırakılan yumurtalıklar hormon salgılamaya devam etse de bu kadınlarda artık rahim olmadığından âdet kanaması da olamaz. Rahim ortadan kalksa da *yumurtalık-beyin ilişkisi devam ettiği için aslında en azından birkaç yıl, kanama olmaksızın içten içe hormonal âdet döngüsü devam eder*. Yani rahmi alınan bir kadın, yumurtalıkları yerinde ise artık âdet görmediği halde pekâlâ PMS (âdet öncesi sendromu) yakınmalarına sahip olabilir. Bu kadınlar, kanama hariç, aylık döngüyü tüm vücutları ile yaşarlar.

Bu arada, rahmi (uterus) alınan bir kadın, yumurtalıklara dokunmamış olsalar bile genellikle menopoza daha erken girecektir. Bunun nedeni şu: Ameliyatta rahim çıkarılırken, ona ait bazı damarları da –boşta kalıp kanamasın diye– kapatıp iptal etmek zorundasınız. Halbuki yumurtalıklar beslenmelerinin bir kısmını da bu damarlardan karşılar. Bu da, uterus çıkarılma ameliyatı (histerektomi) sonrasında yumurtalıkların damarlardan beslenmesi öyle ya da böyle bozulacak ve yumurtalıklar daha erken pes edecek anlamına gelir.

Neden burada rahim alınması ameliyatından bahsettiğime gelince: *İnanmak pek kolay değil ama, sadece Amerika'da her yıl tam 600.000 adet histerektomi ameliyatı yapılıyor. Bu kadınların ortalama yaşı 42.* Yakın dönemlere kadar rahimle birlikte neredeyse rutin olarak yumurtalıklar çıkarılırken, hormonların önemine ilişkin artan bilinç sayesinde artık bilinçli cerrahlar mutlaka gerekmedikçe yumurtalıklara dokunmamaya çalışıyorlar.

Çok sayıda araştırmayı bir araya getiren bir incelemenin sonucu: 55 yaşından önce yumurtalıkları alınan kadınların %8,6'sı, eğer bu yapılmamış olsaydı 80. yaş gününü kutlayabilecekti. Elli yaş öncesinde bir kadının yumurtalıklarını almak ise, yaşamını ortalama 8 yıl kısaltıyor (REF.9A)

Over kanserinden korkmak ve yumurtalıklarını aldırmayı istemek son derece anlaşılabilir bir şey. Bir yanda da başka bir gerçek var: Amerika'da over kanserinden yılda 15.000 kadın ölürken, koroner kalp hastalığından 327.000 kadın ölüyor. Her yıl 100-200 bin arasında kadın da *Alzheimer* oluyor. Yumurtalıklar alınarak hormonlarından mahrum bırakılan bu kadınlarda koroner kalp hastalığı ve Alzheimer riskinin ciddi olarak arttığını da herkes biliyor. Şu anda ise halen Amerika'da her yıl 300.000'den fazla rahim alınması ameliyatı yapılıyor ve bunların yarıdan fazlasına yumurtalıklar da eşlik ediyor.

Tüm araştırmalarda net olarak görülen bir gerçek var: Yumurtalıkları çıkarılarak erken menopoza sokulan kadınlarda henüz genç olan yaşlarıyla uyumsuz ağırlıkta *(ama menopozla, yani ortaya çıkan hormonal dengesizlikle uyumlu olarak!)* ortaya çıkan kalp hastalıkları, felçler, Alzheimer, şeker hastalığı gibi bir dizi rahatsızlıklar ve erken ölümler ciddi boyutta artıyor. Aslında aynı risk, menopoza "doğal" olarak erken girenler için de geçerli. Cerrahi olarak olsun, "doğal" olsun daha erken menopoza girenler daha erken yaşlanıyor, yaşlılık hastalıklarına daha erken yakalanıyor ve aramızdan daha erken ayrılıyorlar (REF.54A-54B-54C-54D-54E-54F). *Hormonların kadın sağlığı, yaşlanması ve hastalıkları için ne anlam taşıdığını ve hormon desteğinin daha sağlıklı bir yaşlanma ve daha geç yaşlanma için anlamını en net görebileceğiniz hadiselerden biri de budur.*

Şu anda Amerika'da 60 yaşına ulaşmış olan her 3 kadından birinin rahminin alınmış olduğunu söylersek, durumun boyutunu sanırım daha iyi ifade etmiş oluruz. Bu ameliyatların *ne kadarının gerçekten gerekli olarak yapıldığı*, kanser dışındaki nedenlerle yapılan histerektomilerin birçoğunun daha erken ve daha doğal yöntemlerle engellenip engellenemeyeceği ise, süregelen önemli bir tartışma konusu.

Akıl alacak şey değil ama, dünyada cerrahi olarak bu şekilde menopoza sokulmuş olan milyonlarca kadına hormon desteği olarak *sadece* estrojen verilmiştir. Onlara *"Rahim alınmış olduğu için artık rahim kanseri olmazsınız, onun için estrojen kullanırken birlikte progesteron almanıza gerek yok"* denmiştir. Hâlâ da öyle deniyor! Sanki insanda progesteron reseptörleri (yuvaları) yalnızca rahimde varmış gibi! İnsan vücudunun kalp-damar sisteminde, beyinde, kemikte ve diğer organlarında yoğun olarak var olan progesteron reseptörleri (yuvaları) sanki oralarda gereksiz olarak bulunabilirmiş gibi!

Şunu unutmayın: Progesteronun eşlik etmediği bir estrojen tedavisi *her durumda* dengesiz ve yanlış bir uygulamadır.

HASHİMOTO HASTALIĞINDA DOKTORUNUZ NEDEN TİROİD HORMONU DOZUNU SIK SIK TAKİP EDİYOR DA?...

Birçoğunuzun tiroid hormonu tedavisi alan bir tanıdığı vardır. Hatta bazılarınız bu tedavileri kendisi görüyor olabilir. Onlar, hormon tedavisi sırasında laboratuvar ölçümleriyle düzey takibinin ve doz ayarlamasının ne kadar önemli bir konu olduğunu gayet iyi bilirler. Biz de kadın hormonlarında süregelen acıklı vaziyeti tiroid hormonu üzerinden bir örnekle açıklayalım. Durum böyle daha net anlaşılacak. Hem böylece, genç-orta yaş kadınların bir başka "modern salgını" *Hashimoto* hastalığında tiroid hormonu verirken doz ayarlama konusunun abecesine de olsa kısaca bir dokunup devam etmiş oluruz. Tiroid hormonu *doz ayarlaması* ne yazık ki o denli sık bir sorun ki, durumu açıklamak için kullanacağımız bu örnek bir yan fayda olarak çok sayıda okuyucunun da işine yarayacaktır diye ümit ediyorum.

Bağışıklık sistemi dediğimiz şey, vücuda yabancılar girdiğinde onlara saldırarak etkisiz hale getirmek için gelişmiş bir savunma sistemi. Bu sistem, dost ile düşmanı ayırt etmek için tabii ki kimlik kontrolü yapar. Bunun için de, "şüphelinin" üstünde taşıdığı ona özgü maddeleri (*antijenler*) inceler. Eğer bağışıklık sisteminin kafası karışır da *kendi vücut dokusunu* düşman zannedecek olursa, kendi vücuduna da saldıracaktır. Modern yaşamda adeta salgın boyutuna ulaşan "otoimmun" hastalıklar da işte böyle ortaya çıkıyor.

Hashimoto adı verilen tiroid rahatsızlığı, otoimmun hastalıkların en sık görülenleri arasında. Burada bağışıklık sistemi hedefi şaşırmıştır. Normalde yabancılara saldırırken kullandığı *antikor* adı verilen silahlarla kendi tiroid bezine saldırıp tahrip etmektedir. Zaman içinde tiroid bezi iyice hasar görür, yeterli hormon salgı-

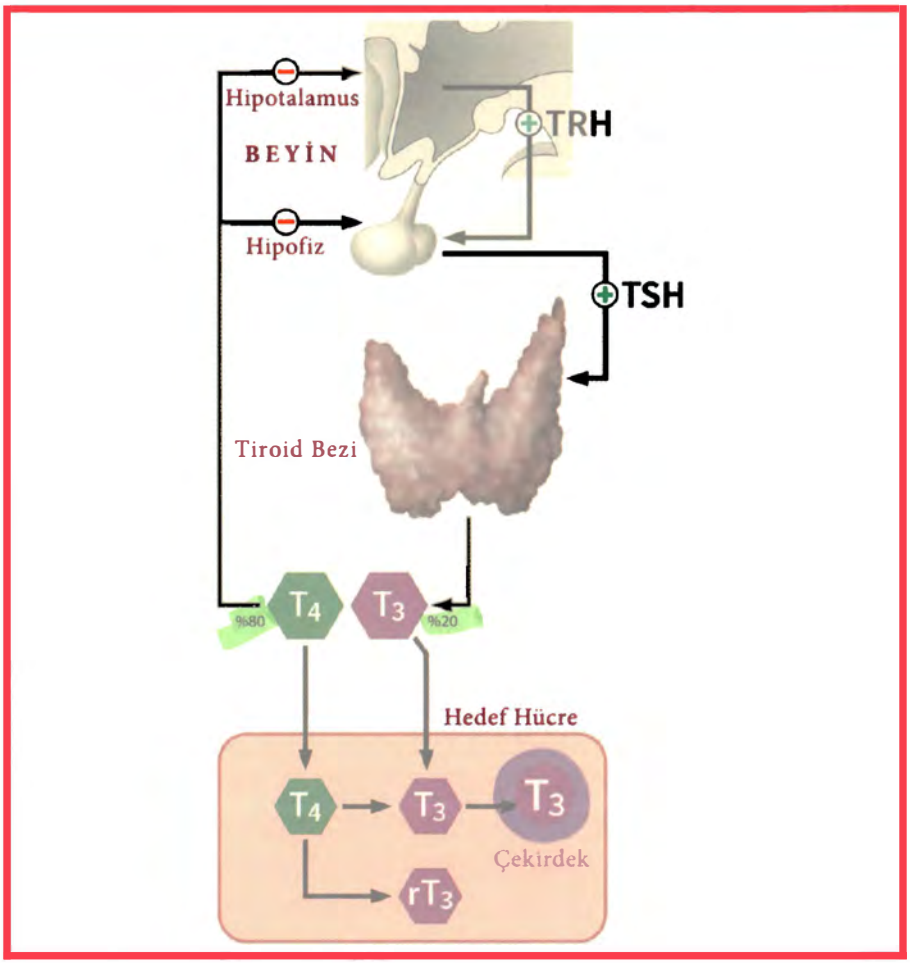
layamaz hale gelir ve kanda tiroid hormon düzeyi düşer. Tıp diliyle söylersek "hipotiroidi" ortaya çıkar. Bu durumda yapmanız şey belli: Dışarıdan tiroid hormonu "replasmanı" yaparsınız. Yani eksilen tiroid hormonunu kişiye ihtiyacı kadar, *yani sağlıklı insandaki normal düzeyi sağlayacak kadar* dışarıdan verirsiniz.

Tiroid hormonu çok önemli bir hormon olmakla birlikte, hakkında konuşmak için kadın hormonlarına göre çok daha basit kalır. Gene de, hormon metabolizması ve dengesinin en azından ana başlıklarını bu çok basit tiroid hormonu örneğinde olsun incelersek, menopozda bozulan çok daha karmaşık hormon dengesini düzeltmek için *her yaşta kadına aynı kimyasal hapı veren fabrikasyon tıp zihniyetini* daha çıplak görebiliriz.

Aranızdan tiroid rahatsızlığı olan okuyucular gayet iyi bilir, olmayanların da kontrol için yaptırdıkları laboratuvar test sonuçlarında T4 ve T3 adı verilen tiroid hormonlarına en azından gözü çarpmıştır. Şimdi çok ama çok basitçe, neymiş bu T4 ve T3, birlikte bakalım. ŞK.5'de görüldüğü gibi, tiroid bezinden kana T4 ve T3 adında iki farklı yapıda tiroid hormonu salgılanır. Bunlara T4 ve T3 adı veriliyor. Şekilde de gördüğünüz gibi, aslında tiroid bezinden kana direkt olarak salgılanan T3 hormonu az miktarda (%20). Tiroid salgısının çok büyük kısmı T4 şeklinde (%80).

Peki tabiat neden iki farklı tiroid hormonu kullanıyor? Bu iki hormonun vücut hücreleri üzerinde farklı farklı etkileri ve görevleri var da ondan mı? Yo hayır, bu ikisinin etkisi tamamen birbirine benzer. Peki o halde tabiat neden salgılanmak için vücutta iki farklı hormon ortaya çıkarmış? Açıklayalım. Bu kavramlar, yalnızca aramızdaki Hashimoto hastalarına değil, kadınlık hormonu olarak gerçek doğal hormonlar yerine onların taklidi kimyasallar kullanıldığında başımıza bunların neden geldiğini anlamak için bize yardımcı olacak.

T4 ile T3 arasında yaptıkları işin *niteliği* bakımından hiçbir fark yok. İkisi de hücrede aynı işi aynı biçimde yapar. İkisi arasındaki fark, *güç farkından* gelir: T4 zayıf etkilidir. Etki elde etmek için T3'e dönüşerek güç kazanmaya ihtiyacı var. Tiroid bezinden kana salgılanan %80 oranında T4 olmasına rağmen, esas güçlü hormon etkisine sahip olan T3'tür. Şekilde gördüğünüz gibi, hormonun etki edeceği hedef hücreye T4 olarak girse de, güç kazanmak için T3'e dönüşüyor. Ancak bundan sonra hücre çekirdeğinde "komutu vereceği" DNA noktasına yöneliyor. (T4'ün kendisi de çekirdekte etki edebilir, ancak bu zayıf bir etkidir)



Şekil.5 Tiroid bezinden T4 ve T3 salgısı. T4, T3'e dönüşerek güç kazanır

Çinko, selenyum gibi elementlerden yana bir eksiğiniz olmadıkça ve stres altında değilseniz, vücut bu T4 → T3 dönüşümünü (metabolizmasını) *kendi ihtiyaçlarına göre* düzenleyerek tiroid hormonunun etkisini ayarlar. Sistem o kadar güzeldir ki, tiroid bezi T4 hormonunu adeta bir *hammadde gibi* salgılar. Vücutta o anda tiroid etkisine ne kadar ihtiyaç varsa, bu T4 hormonu vücutta o oranda T3'e dönüşerek gücünü artırır. *Böylece kanda T4 adeta bir hammadde gibi dolaşır, hücre bunu doğal ihtiyacının durumuna göre T3'e çevirerek kullanır. Bu doğal döngü sayesinde, tiroid etkisi vücudun ihtiyacına göre esnek olarak ayarlanabilir.*

Menopozu geciktirebilir miyiz?

Menopozu geciktirecek ne bir ilaç var ne de buna özel olarak alabileceğiniz bir önlem. Bu konuda yapılmış gözlemsel çalışmalardan direkt bir sonuç çıkarmak da mümkün değil. Ancak bazı çalışmalarda *bitkisel ağırlıklı* beslenmenin menopozu geciktirdiğine ilişkin gözlemler var. Belki de en önemlisi yumurtalık deponuzdaki yumurtaları bağışıklık sisteminin saldırısından korumak, yani vücutta otoimmun ortamı engellemek ve genel anlamda sağlıklı kalmak olabilir. Bunun için de yapılacak en doğru şey, sağlıklı bağırsaklar ve mikrobiyotaya (bağırsaktaki "dost" bakteri topluluğu) sahip olmak. Onun için gereken de zaten –vegan demiyorum ama– *bitkisel ağırlıklı* beslenmek.

Bana gelen Hashimoto hastalarının neredeyse hepsi ile şöyle bir diyalog yaşarım:

"Doktor bey ben bu kullandığım tiroid ilacını bırakamayacak mıyım? Hayat boyu bu ilacı kullanmak zorunda mıyım?"

Verdiğim yanıta önce oldukça şaşırırlar:

"Siz ilaç kullanmıyorsunuz ki. Aldığınız tiroid hapı bir ilaç değil."

"Nasıl ilaç değil? Eczaneden alıyoruz işte. Doktor yazıyor."

"Evet ama bence o bir ilaç değil. Aldığınız tiroid hormonu, bundan yüz bin yıl önce yaşayan insanın kanında dolaşan tiroid hormonunun aynısının tıpkısı. En ufak bir farkı yok. Yüz bin yıl önce ilaç fabrikası diye bir şey olmadığına göre de, aldığınız şeye 'ilaç' diyemeyiz! Vücudunuzun daha iyi çalışması için doğal bir destek, mesela koenzimQ ya da B12 vitamini alıyorsunuz gibi düşünün. Yalnızca dozunu tam ayarlamak, koenzimQ ya da B12 vitamininden tabii ki çok daha önemli."

Neden tiroid "hormon replasmanı" yaptığımız bu hastalarda verdiğimiz hapı "ilaç" olarak görmediğimi, bu hapın neden kimyasal ilaçlardan farklı olduğunu okuyucunun kavraması bu kitabı anlamak için büyük önem taşıyor. Gelin birlikte düşünelim: Bugün tiroid hormonu verirken tedavinin takibini, verdiğimiz hormonların kan düzeylerini zaman zaman ölçmek yoluyla yapıyoruz. Durumun nasıl gittiğini buna göre değerlendiriyor, ihtiyaç oldukça verdiğimiz hormon dozunu düşürüyor ya da artırıyoruz. İnsülin tedavisi yaptığımız diyabetliler için de aynı

durum söz konusu. Ya insülin ölçüyoruz ya da onun etkisini direkt göreceğimiz kan şekerini. İnsülin dozunu böyle ayarlıyoruz. Buraya kadar tamam.

Şimdi, diyelim ki Aysel Hanım'a 100 mcg'lık bir tiroid hapı yazdık. Kendisi her sabah bu haptan aç karnına bir tane içiyor. Biz de, Aysel Hanım bu hapı içiyor içmesine de, acaba bu hormon planladığımız biçimde Aysel Hanım'ın kanına emiliyor mu, acaba Aysel Hanım'ın kendine özgü metabolizmasında arzu ettiğimiz kan düzeylerine ulaşıyor mu, *verdiğimiz T4 → T3'e acaba yeterince çevrilerek güç kazanabiliyor mu* diye bakmak istiyoruz. Kan tetkik sonucuna göre de 100 mcg'lik dozu artıracak ya da azaltacağız. Aysel Hanım'a sabah laboratuvara kan vermesi için bir tetkik istem kâğıdı yazıyoruz. Laboratuvar da kan örneğini alıp T4 ve T3 hormonlarına bakıyor, bize sonucu veriyor. Buraya kadar da tamam.

Biz laboratuvar istem kâğıdına Aysel Hanım'ın "dışarıdan" tiroid hormonu aldığı bilgisini verdik mi? *Hayır.* Aysel Hanım laboratuvarı bu konuda uyardı mı? *Hayır.*

Peki, kanında ölçülen T4 ve T3 hormonlarının ne kadarı Aysel Hanım'ın kendi tiroid bezinden geldi, ne kadarı verdiğimiz ilaçtan geldi, bu belli mi? Laboratuvar sonucu bize bunu söylüyor mu? *Hayır.* En ileri teknoloji laboratuvar cihazları kullanılsa da dışarıdan verilen tiroid hormonu ile hastanın kendi organından salgılanan tiroid hormonunu ayırt edebiliyor mu? *Hayır.*

Laboratuvardaki doktor arkadaşlar, sadece kontrol amacıyla kan alınan sağlıklı bir kişinin kendi doğal tiroid hormon salgısını ölçmek için hangi laboratuvar yöntemini kullanıyorlarsa, bizim dışarıdan verdiğimiz tiroid hormonunun kan düzeyine de tıpatıp aynı yöntemle bakıyorlar. Diyelim 1,45 pg/ml çıktı. Bu rakamın ne kadarı hastanın kendi tiroid organından geliyor, ne kadarı bizim verdiğimiz "ilaçtan", laboratuvar onu ayırt edemiyor. Çünkü *doğal olarak salgılanan hormon da, dışarıdan verdiğimiz de, molekül yapısı olarak birbirinin aynısının tıpkısı.*

Molekül yapısı olarak doğal olanın %100 aynısı (yani *"biyoeşdeğer"*) olan bu hormonu dışarıdan vermekte olduğumuzu zaten *vücut hücreleri de ayırt edemiyor*! *Tiroid* bezi tarafından kana salınan bir T4 molekülü hücreye ne mesaj veriyorsa, ne etki yapıyorsa dışarıdan verilen tiroid hormonu da *aynısını* yapıyor. Bu molekülü vücut hücreleri de –aynen laboratuvar cihazı gibi– gerçeğinden ayırt edemiyor.

Şk.5'de görüldüğü gibi doğal T4 molekülü nasıl T3'e çevriliyor ve sonra hangi yollardan metabolizmaya giriyorsa, dışarıdan verilen T4 hormonu da *aynen o yollardan* metabolize ediliyor. *Problem var mı? Bu açıdan yok. Bakalım nereden çıkabilir.*

Konuşmuştuk: Esas hormon gücüne sahip olan T4 değil, T3 hormonu idi (Şk.5). Demiştik ki, tiroid bezinden kana tiroid hormonunun %80'i T4 olarak verilir ama %20'si de direkt olarak T3 hormonu olarak salgılanır. *Gelelim doktorunuzun size verdiği tiroid hapına. Bu hap doğal tiroid hormonunun aynısı ama, yalnızca T4'ten oluşur. İçinde T3 yoktur! Yeterli etki gösterebilmesi için önce T3'e dönüşmesi gerekir. Bu da şu demek: Aldığınız T4 hapı eğer T3'e yeterince dönüşerek güç kazanmıyorsa, verilen ilaç tiroid organının yerini tam olarak tutamaz.*

Ne anlamış olduk? Tiroid hapınızdan beklediğiniz iyileştirici etkiyi alamıyorsanız, üç olasılık vardır:

1. Verilen ilaçtaki T4 hormon *miktarı* sizin için yetersizdir.

2. İçtiğiniz hormon hapı vücudunuza *emilmiyordur* (mesela hapı aç karnına yerine tok karnına alıyorsanız ya da yardımcı madde olarak bol kalsiyum içeren bir başka ilaçla birlikte alıyorsanız veya bunların hiçbiri olmasa da herkesin kanına bunlar farklı oranda geçebilir).

3. Bu haptaki *T4 → T3'e* dönüşerek güç kazanamıyor olabilir.

Laboratuvar tetkiklerinizi *Fonksiyonel Tıp Akademisi* yaklaşımı ile inceleyen bir göz, orada sadece T3, T4, TSH "normal" adı verilen aralıkta mı diye bakmaz. Hormonların bu dönüşümlerini ve vücudun nasıl çalıştığını iyi bilen bir göz, biri bunları ayırt eder ve doğru müdahaleyi yapar.

Diğer yandan, bırakın *T4 → T3 dönüşümü* gibi hayati önemde ama pek bilinmeyen bir meseleyi, standart uygulamada birçok hekim arkadaş T3 tetkikini istemiyor bile! Hatta sadece TSH ölçümü ile hormon dozu ayarlayanlar var. Kendi adıma ben, *T3, T4, TSH'ın üçünü birlikte* görmediğim bir sonuç kâğıdının nasıl olup da değerlendirilebildiğini anlayabilmiş değilim.

Diyelim ki *T4 → T3 dönüşümü* yetersiz göründü. Selenyum, çinko gibi desteklere ihtiyacınız var demektir. Stres yönetiminde desteğe ihtiyacınız var demektir. Tahmin edebileceğiniz gibi, bu konuştuklarımız işin alfabesidir. Aramızdaki bin-

lerce Hashimoto hastasının tiroid hormonu replasmanı sayesinde oldukça sağlıklı sürdürdükleri hayatlarından çok yakın bildikleri bir kesiti anlattık. Şimdi, *tiroid hormon replasmanının* abecesini anlamış olduğumuza göre, size iki sorum var:

Verdiğiniz T4 hormonunun güç kazanması ve etki etmesi için vücutta T3'e çevrilmesi gerekiyor. Peki, bu çevrimin vücutta yeterince yapılıp yapılamadığını bilmeden, yani T3 ölçmeden sadece T4 ölçerek doğru bir doz ayarlaması yapabilir misiniz?

Tabii ki hayır. İşiniz şansa kalmıştır. Bu kritik noktaya Hashimoto'lu okuyucuların dikkatini çektikten sonra, şimdi gelelim buradan kadın hormonlarına geçiş yapmamızı sağlayacak olan ikinci soruya:

Tiroid hormon tedavisine başladıktan sonra, verdiğiniz hormonla o kişide nasıl bir kan düzeyi ortaya çıktığını tek bir kez olsun ölçmeden, kontrollerde tek bir kan tetkiki bile yapmadan, herkese ezbere aynı dozda hormon verildiğini düşünebiliyor musunuz? "Olmaz öyle saçmalık!" dediğinizi işitebiliyorum.

ZURNANIN ZIRT DEDİĞİ YER

Tiroid hormonunu verip de kandaki değerlerine bakmadan tiroid tedavisi yaptığımızı hayal bile edemezsiniz. Çılgınlık gibi geliyor. Ama kadınlara verilen estrojen ve progesteron hormonu tedavisinde bugünkü durum, işte tam olarak bu!

Bugün ister menopoz, ister diğer âdet sorunları nedeniyle *kadınlara uygulanan tüm hormon tedavilerinde*, nispeten daha düşük dozlar içermekle birlikte doğum kontrol hapları da dahil, hiçbir zaman verdiğimiz "şeyin" kan düzeylerine bakamıyoruz. Çünkü laboratuvar tetkik cihazları haklı olarak bu sentetik kimyasal *"hormonsuları" görmüyor. "Ben burada insan hormonu göremedim"* diyor.

Kadın vücudundaki hücrelerin, laboratuvar cihazlarının kolayca yapabildiği bu ayrımı yapamadıklarını, *bizim progestin ya da progestagen diye uydurma isimler altında hastaya verdiğimiz bu "çakma progesteron" hormonsuları görünce "Şükür kavuşturana, işte progesteron!" dediklerine sahiden inanıyor musunuz?*

Hormon tedavisi yapacağız ve bu "hormonların" ne kan düzeylerini ne de o hasta özelinde nasıl ve ne yönde metabolize olduğunu, örneğin idrardaki metabolitlerini (artıklarını) takip bile edemeyeceğiz, sonra da "21. yüzyılda hormon tedavisi" yapıyor olacağız. Kimi kandırıyoruz? Tabii ki vücudu değil, kendimizi.

Çevrenizdeki kadınlara sorun. İster polikistik over, ister endometriozis, ister menopoz yakınmaları, isterse âdet düzensizlikleri olanlara. Onlara reçete edilen kadın hormonlarının kan düzeyleri *neden* takip edilmiyor? Bu hapların içinde kadınlık hormonları, yani estrojen ve progesteron yok muydu? Her laboratuvar estrojen ve progesteron ölçümlerini kolayca yapabiliyor. *Neden* hormon düzensizlikleri ya da menopoz nedeniyle hormon hapları verilen bu kadınlarda

estrojen, progesteron takipleri laboratuvardan *hiçbir zaman* istenmiyor? Neden tek bir kez bile *"Biz bu hormonları veriyoruz da, bakalım 'sizin kanınızda' nasıl bir düzey elde ettik Şerife Hanım? Hormon dozunu ona göre ayarlayalım"* denmiyor?

Neden ve nasıl mümkün oluyor da, jinekolog arkadaşlar erken menopoza giren 38 yaşındaki bir kadına da, sıcak basmaları başlayan 54 yaşındaki bir kadına da, yani hormonal açıdan birbirinden çok farklı iki yaratık olan bu kişilere *aynı hapları aynı dozda* yazıyorlar? *Neden* hormon ilacı takibinde, aynen tiroid hormon desteği yaparken olduğu gibi, *"Hormon düzeyleri acaba önümüzdeki bu hastamızda istediğimiz düzeye gelmiş mi? Doz ayarlaması yapmak gerekebilir"* diye tek bir kez bile tetkik istemiyorlar?

Neden biliyor musunuz? Bunun son derece geçerli bir nedeni var: Bu hormonsuları verdikten sonra laboratuvardan estrojen, progesteron ölçümü isteyecek olsalar da sonuç kâğıdında zaten *hiçbir şey* görülmeyecek de ondan! *"Bu da ne demek?"* diyeceksiniz. *"Yani benim eczaneden aldığım hapın içinde hormon yok mu? Bu nasıl olur?"*

Yanıtlayayım: Evet var, hem de "güçlü" taklitleri var, ama ne yazık ki gerçek insan hormonları yok! İşte bu yüzden de *gerçek insan hormon moleküllerini* araştıran laboratuvar cihazları onları göremiyor. Aslında onları vücudunuzdaki hücreler de *bulanık görüyor*. Kafanız mı karıştı? Hiç karışık değil, merak etmeyin.

Önce, daha da çarpıcı olarak anlatmak için şöyle ifade edeyim: Diyelim ki kadın doğum doktorunuz size âdet düzensizlikleri, polikistik over ya da menopoz nedeniyle almanız için bir hormon hapı yazdı. Hepimizin bildiği (!) gibi bu hapta –güya– kadınlık hormonları olan estrojen ve progesteron hormonları yer alıyor. Siz de günde bir tane içiyorsunuz. Şimdi, siz tabii ki lütfen bu söyleyeceğimi uygulamayın ama, diyelim ki oturduğunuz semtteki eczanelerin tümünü dolaşıp hepsinin raflarında o ilaçtan kaç tane varsa aldınız. Oturup hepsini bir tencerenin içine boşalttınız. Şimdi önünüzde koca bir tencere dolusu içinde estrojen (?) ve progesteron (?) olan hap var. Öyle ya, doktorunuz bunları estrojen ve progesteron *niyetine* yazmıştı. Bu bir tencere hormon hapının üzerine biraz zeytinyağı, biraz nane, kekik ve nar ekşisi ekledikten sonra önünüzde ne kadar hap varsa kaşıklayıp, bir tencere progesteron ve estrojen hapını yalayıp yuttunuz diyelim. Güzelce kana karışması için

de 2-3 saat bekledikten sonra en yakın laboratuvarda kanınızda estrojen ve progesteron ölçümü yaptırdınız.

Değerler tavana vuracak sanıyorsunuz değil mi? Sürpriz: Laboratuvardan çıkan estrojen ve progesteron değerlerinizde, tam bir tencere hormon hapından sonra, evet bir milim oynama bile olmayacak! *"Nasıl olabilir bu?"* diyeceksiniz. Gelin yavaş yavaş anlatalım, nasıl oluyor. Önce hormon nedir, neye benzer, neden bu kadar önemlidir, bundan –bize yetecek kadarlık– bahsedelim.

Vücut hormonları neden üretir? Bunların hammaddesi nedir?

Vücut, *"steroid hormon"* yapısındaki her hormonu, *kolesterolden* üretiyor. Cinsiyet hormonlarının her türü buna dahil. Stres sistemi hormonu olan *kortizol* gibi çok önemli bir dizi diğer hormon da. Kolesterol vücutta çok kritik, çok önemli moleküllerin hammaddesi. Kanda total kolesterol düzeyiniz iyice düşükse, örneğin 140'ın altında ise, çok kişinin sandığının aksine bu iyi haber değildir: Hormon üretecek malzemeniz yetersiz anlamına gelir.

Kolesterol molekülünün bir hormona dönüşmesinin ilk aşaması, hücrenin enerji santralleri olan *mitokondrilerde* gerçekleşir. *Fonksiyonel Tıp Akademisi*'nde mitokondri sağlığı üzerinde çok durmamızın onlarca nedeninden biri de budur.

Bu arada, bu hormonlar vücut dengesine ve duruma göre sürekli birbirlerine de dönüşürler. Aynen tiroid hormonu T4'ün *gereğinde ve gereği kadar* T3'e dönüşmesi gibi, vücuttaki 3 çeşit estrojen de birbirlerine, böbrek üstü bezlerinden salgılanan hormonlar erkeklik hormonlarına, onlar da kadınlık hormonlarına, sürekli bir dönüşüm ve denge vardır. *Bu hareketli denge, özellikle genç ve sağlıklı yıllarımızda bizi besleyen ve geliştiren, sağlığı destekleyen bir dengedir. Ta ki 40-50 yaşından itibaren bozulana kadar!*

Belirtmeye gerek var mı bilmem, vücudun doğal dengesinde sürekli cereyan eden bu değişimler, dönüşümler, metabolizma yolları, bugün kadınlara hormon niyetine verilen *haplar, yani vücuda yabancı kimyasallar* için söz konusu bile değil. Onlar "ilaç gibi" gelir, "ilaç gibi" giderler!

Hormon nedir? Nasıl bir şeydir?

Hormonlar, her biri vücudun neredeyse *her organındaki her hücreye* ulaşarak vücudun çalışmasını düzenleyen "yol gösterici" moleküllerdir.

Her hormon vücutta belirli doku ve organlarda üretilir ve buradan kana salgılanarak tüm vücuda dağılır. Bir hormon, salgılandığı yerin en uzağındaki vücut hücrelerinin bile işleyişini düzenleme gücüne sahiptir. Örneğin beyinden salgılanan bir hormon, vücudun her hücresine beynin "emirlerini" iletebilir. Pankreastan salgılanan insülin hormonu, vücudun her hücresine şekeri nasıl kullanacağı ve daha pek çok şey konusunda "genelge" ulaştırır. Hormon kelimesinin etimolojik anlamı da zaten *"harekete geçiren"* demektir!

Hormon moleküllerine bir tür kurye ya da askerde bir karargâh emrini ileten haberci gözüyle bakabiliriz: Tiroid ya da yumurtalık gibi küçük bir organdan kana salgılanarak yayılan bu "genelgeler", vücudun çok uzak noktalarındaki trilyonlarca hücreye ulaşan "emir" ve "mesajlar" taşır. Bu mesajı da direkt olarak hücrenin ana kumanda merkezi olan hücre çekirdeğindeki DNA'ya teslim ederler.

Bunun sonucunda, *hormon dengenizin durumuna göre* neler mi olabilir? Metabolizmanız hızlanabilir, uykunuz gelir, endişeniz artar, saçlarınız dökülür, cinsel arzu duyarsınız, hücreleriniz yenilenir, kalsiyum dengenizi korursunuz, bebeğiniz için rahminiz gelişir, sakalınız çıkar, kemikleriniz erir, yumurtlama gerçekleşir, kaslarınız güçlenir, kolesterol dengeniz düzelir, şeker hastalığınız hafifler, bağışıklık sisteminiz çöker, kanser olursunuz, kanserden korunursunuz, uykularınız bozulur, kilo alırsınız, kilo verirsiniz... Özetle, *hormon dengenizin durumuna göre*, olabilecekler saymakla bitmez.

Sık kullanılan bir deyimle anlatırsak, aslında *her hücreniz kelimenin tam anlamıyla bir "hormon çorbası" içinde yüzer*. Tiroid, insülin, paratormon, estradiol, estron, testosteron, inhibin, DHEA, kortizol, androstenedion, leptin, aldosteron, glukagon... Gene, saymakla bitmez bir hormon çorbası.

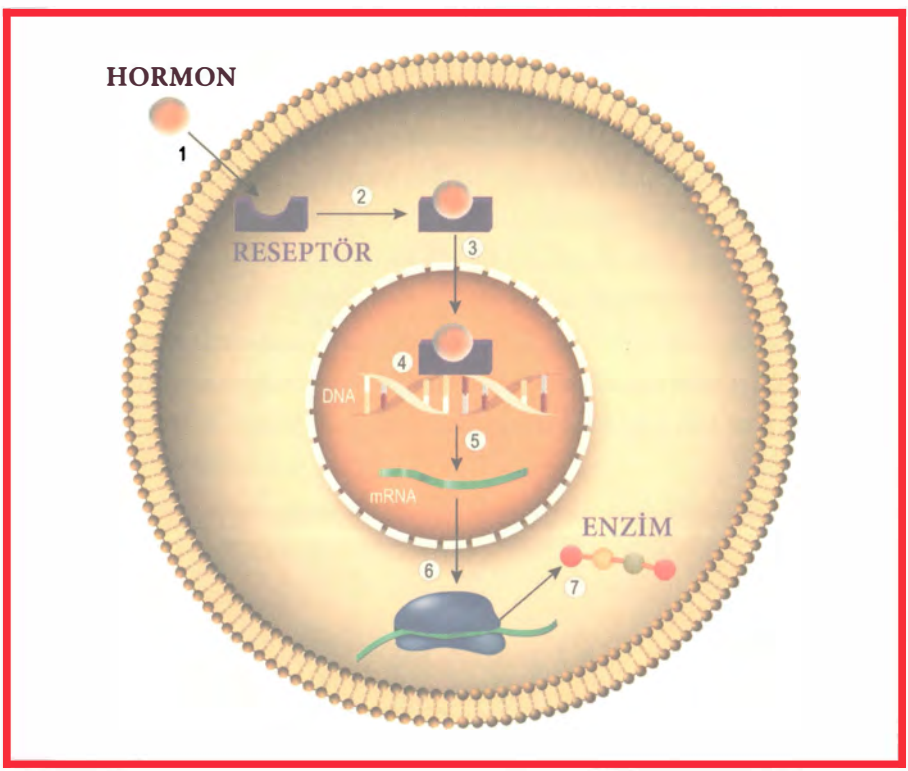
Fonksiyonel Tıp Akademisi yaklaşımı, vücudun hiçbir sistemini diğerinden bağımsız olarak görmez. Her sistem, dolayısı ile her "hastalık", bir diğeri ile ilişkilidir. Bu bilinçle baktığınızda vücudun değişik hormonal sistemlerini birbirinden bağımsız düşünmek olanaksız olmakla birlikte, bu kitap sınırları içinde bizim üzerinde duracağımız hormonlar, seks (cinsiyet) hormonları olarak bilinenler. *"Olarak bilinenler"* diyorum, çünkü bu hormonların *sağlık ve hastalıktaki* rolleri, yaygın inanışın aksine yatak odası ile sınırlı değil. Sağlık ve hastalık üzerinde, genelde sanılandan çok daha yaygın ve güçlü etkileri var.

Gene, bu kitap sınırları içinde yalnızca cinsiyet hormonlarından ve herkesin anlayabileceği bir planda bahsedeceğimiz için, bu hormonlarla *direkt ilişkide olan ve onları direkt etkileyen* stres hormonlarını ve onları salgılayan beyin/ böbrek üstü bezi sistemini (HPA aksı), *"Dr. Mine Hanım Meme Kanseri Olmayabilir miydi?"* başlığını taşıyan bölümde kısaca bahsediyor olmamız hariç, büyük oranda bir kenara bırakıyoruz.

Hormon hücreye nasıl etki eder? Meramını nasıl anlatır?

Hormon molekülü hücreye bir *mesaj* verir. Deyim yerindeyse, hücreye o sırada neyi nasıl yapması gerektiği hakkında bir *komut* verir. Üstelik bu komutu da gidip kıyıda köşedeki bir erbaşa, yani hücrenin önemsiz bir organına değil, direkt olarak hücrenin kumanda merkezine, yani hücre çekirdeğine iletir. Hücre çalışmasının tüm yazılım kütüphanesi, işletim sistemi çekirdekteki DNA içinde saklıdır.

Aşağıdaki şekilde, bir hormon molekülünün kendisine bire bir uyan alıcısı (reseptör) ile buluştuktan sonra hücre çekirdeğine yönelmesi resmedilmiş. Hormon, hücre çekirdeği içindeki DNA'ya yerleşebilmek için önce kendisine adeta bir anahtar ve yuvası gibi bire bir uyan bir alıcı ile birleşmelidir. Ancak bundan sonra DNA'ya doğru bir komut verebilir. Hücre de bu komuta uygun maddeler üreterek "hormonun sipariş verdiği" maddeleri üretir.



Şekil.6 Hormon molekülü, özel alıcısı (reseptör) ile birleştikten sonra DNA'ya mesajı iletebilir

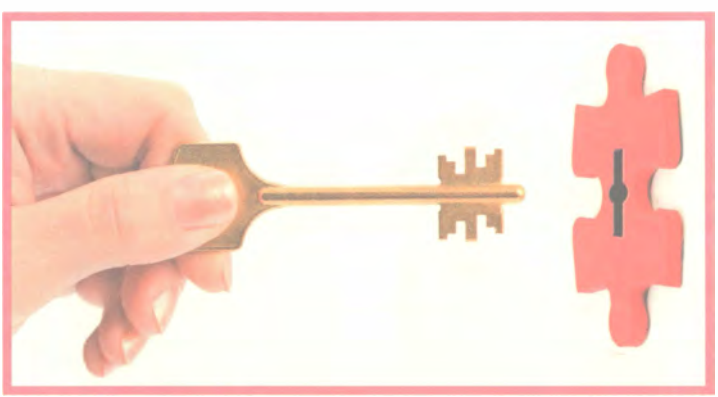
Hormonlar üst rütbede moleküllerdir. Bir kalsiyum, bir vitamin C gibi sıradan asker değillerdir. Ne diyeceklerse direkt olarak DNA'ya, yani karargâh merkezine söylerler. Hücre de bu "emre" göre ya bölünür çoğalır, ya metabolizmasını hızlandırır, ya hormonun uygun gördüğü maddeleri üretmeye başlar, ya farklılaşarak daha özel bir başka görev yüklenir. *Kısacası hormon ne mesaj vermişse hücre onu yapar.*

Hormonun bu mesajı verebilmesi için ilk şart, doğru hedefi bulmasıdır. "Mesajın" yumurtalıktan salgılandıktan sonra kemikteki, beyindeki doğru hedefe teslim edilmesi gerekir. Bunun için de ortada bir posta kutusu olması gerekiyor. Düşünün, radyo dalgaları ile evimize gönderilen bir konuşmayı da anlayabilmemiz için her şeyden önce onu *algılamamız/işitmemiz* gerek. Bunun için de bu dalgalar için *özel bir alıcıya (reseptör)* ihtiyacımız var. Radyo cihazı da bu işi görüyor. Evde bir radyo cihazı, yani radyo dalgalarını alacak bir reseptör (alıcı) yoksa, mesajın teslim edilmesi gerçekleşemez. Aynı şekilde bir hormon da, vereceği mesajı ancak kendisi için özel bir alıcı var ise iletebilir. Hücrede bulunan bu tür bir alıcıya tıp lisanında biz *reseptör* (yuva) diyoruz.

HORMON VE ALICI (RESEPTÖR): "ANAHTAR VE YUVASI"

Bu kitabı kavramak için şart olan bir örnek ile açıklayalım: Eğer sinyaller ile radyo cihazınız arasında bire bir uyum yok ise, örneğin cihaz AM bandına ayarlı ama yayın, yani mesaj FM bandında ise mesajı alamazsınız bile. Yayındaki konuşmayı hiç işitemezsiniz. Eğer yayın da cihaz da FM bandında, ama frekans tam ayarlı değilse, *konuşma öyle cızırtılı gelebilir ki, mesajı yanlış anlarsınız.*

Şimdi, hormonu anahtar, reseptörü de (alıcı) anahtar yuvası gibi düşünelim. Bir hücrede o hormona uygun alıcı (yuva) bulunmuyorsa, hormon o hücrede iş göremez. Anahtar, ancak kendisine uygun yuvaya girince kapı açılır ve mesaj kumanda merkezine teslim edilir.



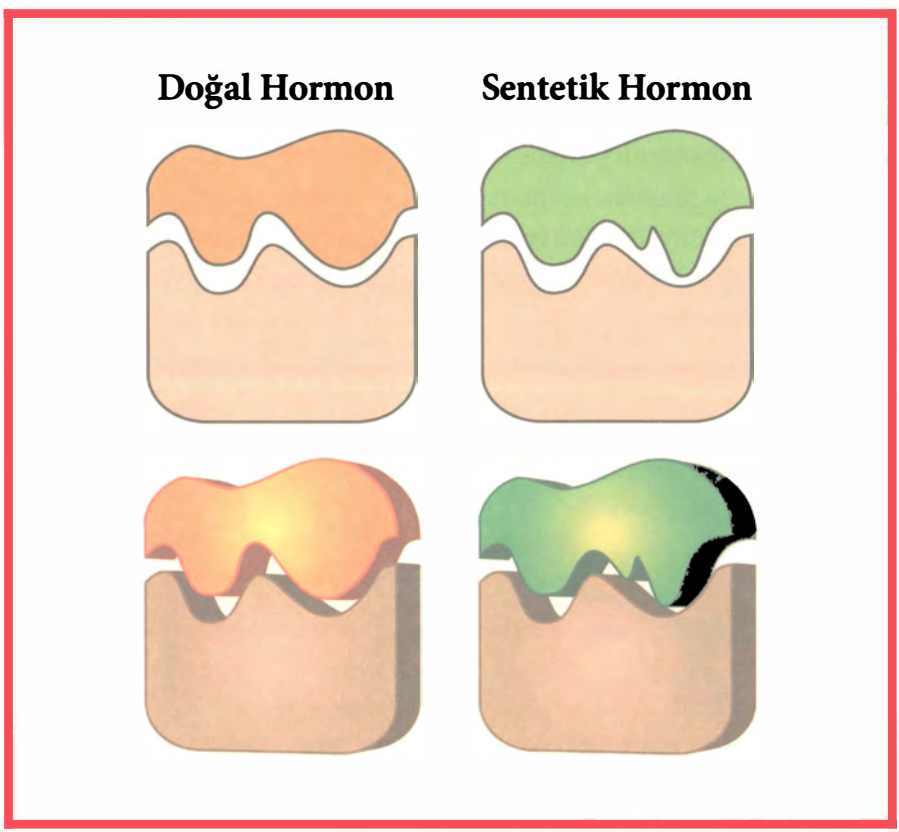
Şekil.7 Hormon ve alıcı (reseptör)

Bu anahtarın, yani hormonun yuvaya *mükemmel olarak* oturması ve uyması şarttır. *Aşağısı kurtarmaz.* Bahçe kapınızın anahtarı belki tam oturmasa da biraz zorlayarak açarsınız, sorun da olmaz. Radyo frekansı tamı tamına tutmasa da dinleyebilir ve söyleneni anlarsınız. Ses biraz parazitli olur o kadar. Ama *"DNA üzerindeki yuvanın*

ona tam uymayan bir anahtarla zorlanması" demek, *hücreye verilecek mesajlarda parazit* demektir ki, işte bunun sonuçları çok çok farklı ve üzücü olabilir!

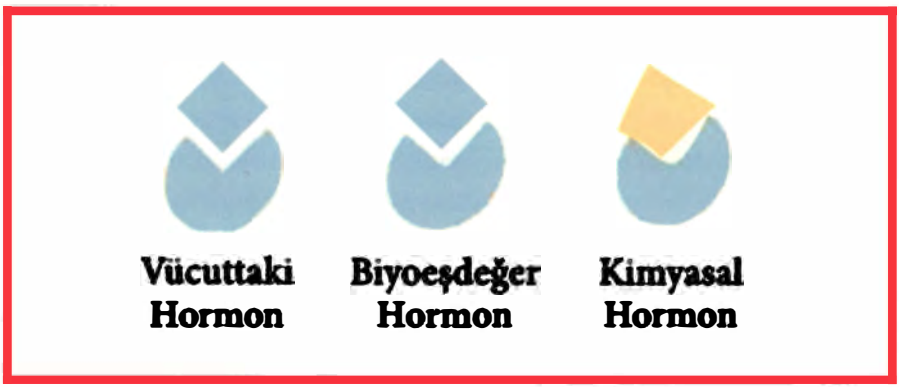
Taklit anahtar ile yuvayı yıllarca zorlamışsanız, kanser gelişimi için de şansınızı zorlamışsınız demektir.

Aşağıdaki şeklin sol tarafında, bir hormon molekülünün (yani anahtarın) hücre üzerindeki reseptör yuvasına nasıl birebir uyması gerektiği gösterilmiş. İşte ancak bu durumda, hücre DNA'sı doğru bir mesaj alabilir. Sağdaki örnekte ise kimyasal (taklit) hormonun yuvaya tam uymadığı görülüyor. Zorlayacak olduğunda gene kapıyı açabilir. Ama zorlayarak!



Şekil.8 "Yuvaya" tam uyan ile yuvayı zorlayan iki "anahtar"

Aşağıdaki şekilde ise, üç farklı hormon-reseptör yani anahtar-yuva ikilisi görüyorsunuz.



Şekil.9

Bunlardan *birincisi* vücudunuzda *doğal olarak bulunan* hormon-reseptör ikilisi: Gördüğünüz gibi, anahtar yuvaya tam oturuyor.

İkincisi, molekül yapısı olarak vücuttakinin tıpatıp aynısı olacak şekilde üretilmiş olan *biyoeşdeğer* hormon. *Vücuttakinin tıpatıp aynısı olduğu için* bu anahtar da yuvaya tam oturuyor. Aynen diğer rahatsızlıklarda kullandığınız tiroid hormonu ya da insülin hormonu gibi.

Şimdi gelelim üçüncüsüne: Bu da reçetenizle eczaneden alıp yuttuğunuz haplarda bulunan ilaç fabrikası uydurması *taklit hormonsu*. Bir başka deyişle, sonuçlarıyla doktorunuza *"Hormon mu? Sakın ha!"* dedirten meşhur ama berbat WHI çalışmasında binlerce kadına verilmiş olan hormon. Evet yuvaya girmiş. Ama tam oturmamış. Zorluyor. *Yuvayı aşındırıyor*.

Evet, yuvaya girmiş, yani: Âdet kanamalarınızı düzene sokuyor. Evet, rahim kanserini engelliyor. Evet, menopoz dönemine has sıcak basmaları ve gece terlemelerini hafifletiyor. Hatta evet, kemik erimesini önlüyor. Hatta evet, kolon (kalınbağırsak) ve yemek borusu kanseri riskini düşürüyor. Hatta evet, diyabet gelişimi riskini azaltıyor.

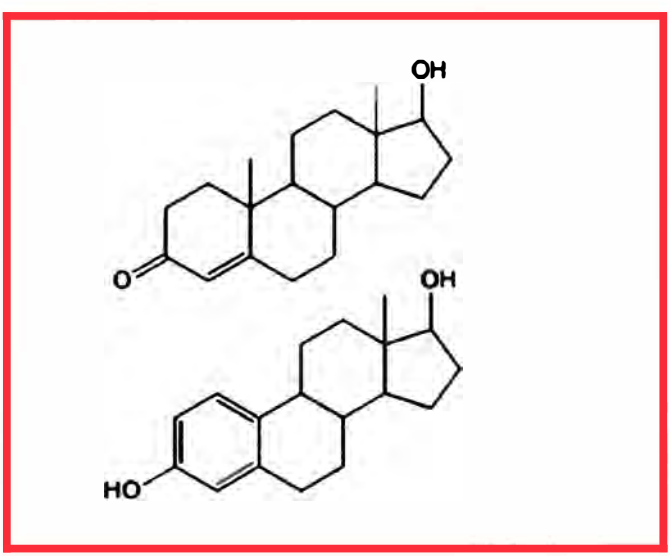
Ama meme kanserine yol açıyor. Alzheimer riskinizi artırıyor. Kalp-damar sisteminizi bozuyor. Pıhtılaşmalara, beyin ve akciğer damarlarınızda tıkanmalara, felçlere yol açıyor. Depresyon, halsizlik, keyifsizlik yapıyor. Eklem ağrılarınızı artırıyor.

İdrar kaçırmalarını artırıyor. Uykunuzu bozuyor. Vücutta bazı dokularda kilidin yuvasına otururken, diğerlerinde kapıyı kırıyor!

"Bu taklit hormonlardan bir tencere hap alsanız da laboratuvar tetkikinde çıkmaz" dedik, evet. Bu demek değildir ki bu taklit hormonlar güçsüz. Aksine, aşırı güçlü. Yuvayı zorlamayı beceriyorlar ama doğru anahtarın işini göremiyorlar.

Zaten laboratuvar ölçüm cihazı da bu uydurma hormon molekülünün gerçek insan hormonundan farklı olduğunu anladığı için, haklı olarak bunları "hormondan saymıyor". Test sonucunu *"Kanınızda estrojen ve progesteron bulunmuyor hanımefendi"* olarak veriyor. İyi de, laboratuvar cihazının anladığını vücut hücreleriniz anlamıyor mu sanıyorsunuz?

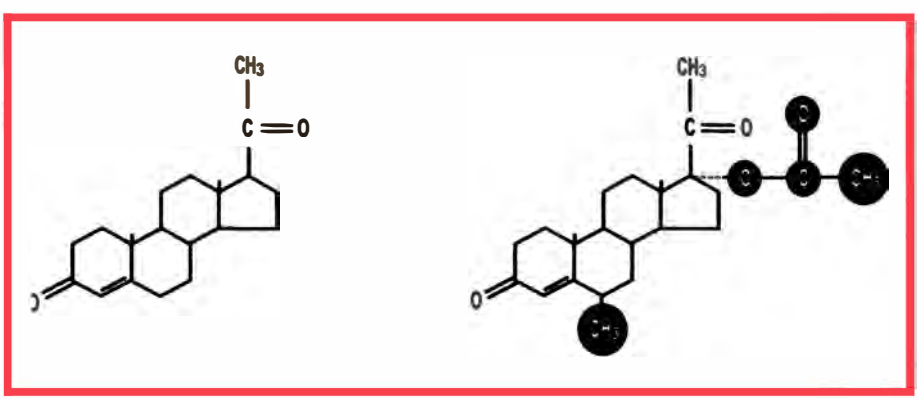
Gelin birlikte bakıp görelim *"İnsan vücudunun iki molekül arasındaki ufak farkları ayırt edecek kadar kafası çalışıyor mu çalışmıyor mu?"* diye. Aşağıdaki şekilde iki farklı hormon molekülü görünüyor. Bunlara şimdilik "A ve B" hormonları diyelim. Lütfen inceleyin. İlk bakışta neredeyse tıpatıp aynı gibi duruyorlar. Kimyasal yapıları birbirine çok ama çok benziyor. Tamamen aynı yapıya sahip gibiler ve sadece bir iki hidrojen atomunun yerleri farklı gibi duruyor. Herhalde vücuttaki etkileri de çok benzer olmalı, değil mi? Hatta vücut bu ikisini karıştırıp aynı molekül sanıyor olabilir, çünkü birbirlerine çok benziyorlar. Öyle mi dersiniz?



Şekil.10

Sürpriz! Birbirine çok benzeyen bu moleküllerden üstteki testosteron yani erkeklik hormonu, alttaki ise testosteron yani erkeklik hormonu! Biri kadın, diğeri erkek hormonu olarak iş gören bu iki molekülün bırakın çok farklı yapıya sahip olmasını, aradaki farkı görmek için adeta *"İki resim arasındaki 5 farkı bulunuz"* kıvamında bakmak gerektiğini fark etmişsinizdir. Peki bu, vücutta nasıl oluyor da karışıklık çıkarmıyor? Çıkarmıyor, çünkü bu hormonların hücre çekirdeğinde bağlandıkları alıcı yuva (reseptör) sizden benden çok daha hassas "gözlere" sahip! Bu moleküller arasındaki fark çok çok daha küçük olsaydı bile, reseptörler farkı hemen hissedecek, gelenin estrojen mi testosteron mu olduğunu derhal fark edeceklerdi. *Molekül yapılarında bu denli küçük, adeta belli belirsiz bir fark, bu iki molekülün hücreye bambaşka birer mesaj vermeleri için yeterli oluyor.*

Bahsetmiştik: Her kadında âdet döneminin ortasındaki yumurtlama sonrasında yumurta kabuğundan *(korpus luteum)* salgılanan ve rahme yerleşecek olan bebeğin yaşama tutunmasını sağlayan muhteşem, mucizevi bir hormon var: *Progesteron.* Şimdi biz, aşağıdaki şekilde progesteronun molekül yapısına bakalım. Yanına da şu berbat WHI çalışmasında kadınlara "progesteron niyetine" verilen ve evet, şimdi hâlâ eczanenizin raflarında sizleri bekleyen *medroksiprogesteron asetat* (MPA) adındaki *Frankenstein progestin* molekülünü yerleştirelim. Sizce bu iki "anahtar" aynı mı? Estrojen ve testosteron molekülleri arasındaki yok denecek kadarlık farkı bile derhal "görüp" anlayabilen ve hücre reseptörü (yuva) bu *çakma progesteronu* "yer" mi dersiniz?



Şekil.11 Solda gerçek, sağda "çakma" progesteron ("Frankenstein")

Peki, ben burada bu çakma progesterondan neden bahsediyorum? Çünkü sayın okuyucular, doktor olanlarımız olmayanlarımız! Bu çakma progesteronu eşimiz, annemiz, ablamız, kızımız yıllardır *"Progesteron kullanıyorum"* sanarak kullanıyor. WHI çalışmasında kadınlara vermek için o koskoca Amerikan jinekoloji derneklerinin koskoca bilim (!) insanları tarafından doğal progesteron yerine tercih edilerek bana göre tıp tarihinin en büyük suçlarından birine imza atılmış olan MPA, yani medroksiprogesteron asetat, bugün hâlâ kullanılıyor. *Onlarca* çalışmada meme kanseri riskini artırdığı apaçık ortaya çıkmış olan bu sahte progesteron yani *progestin*, düzensiz âdet kanamalarında kullanılmak üzere ülkemizin her bölgesindeki eczanelerin raflarında tam 5 mg'lık tabletlerden 150 mg'lık depo enjeksiyonlara kadar şu anda sizlere hizmete hazır bekliyor.

İster inanın ister inanmayın, hayatında işte bu, benim *Frankenstein* diye isimlendirdiğim hormonsu molekülü *"Progesteron yazıyorum"* niyetine reçetesine yazmamış tek bir kadın doğum uzmanı yoktur! Çünkü *Patent Tıbbı*, tüm jinekoloji bilim camiasını bu ikisinin "aynı şey" olduğuna her nasılsa inandırabilmiştir.

"Şimdi bunları okuyunca kendi kullandığım hormon hapının içinde ne var diye baktım. Şükür, ben medroksiprogesteron asetat diye bir şeyi hiç kullanmamışım" mı dediniz? O kadar emin olmayın. Sizlerin de çoğu, âdet kanamalarını düzene sokmak için olsun, menopoz desteği olarak olsun, endometriozis için olsun, dozu azaltılmış olsa da doğum kontrol hapları içinde olsun: Bu MPA'nın en son çıkan, en havalı 4. jenerasyon türevlerini, bir başla deyimle *Frankenstein'ın 4. göbekten torunlarını saymakla bitmez isimler altında* kullanıyorsunuz: *Noretisteron, levonorgestrel, megestrol, drospirenon, lynestrenol, noretinodrel, noretisteron, siproteron, desogestrel, dienogest...* Torunlar maşallah saymakla bitmez.

Bu ilaçlara karşı çıkan tıp derneklerini boşuna aramayın: Bulamazsınız. Ne de olsa bunlar *"Amerikan İlaç Konseyi (FDA) onaylı"* ilaçlar. *"Yanlış bir şey olsaydı önce koskoca Kuzey Amerika Menopoz Derneği karşı çıkardı"* mı dediniz? Keşke dünya öyle bir yer olsaydı. Bu kurumların onaylamış olduğu bazı ilaçlardan bahsedince ne demek istediğimi çok iyi anlayacaksınız.

Bu hormonsuların reçetelere böylesine yaygın yazılma nedenini sadece Patent Tıbbı'nın desteğine bağlamak yanlış olur. Bunların –doktorlar için– doğal hormonlara göre büyük bir avantajları vardır, doğruya doğru. Bunları reçeteye yazdıktan sonra doktorun kafasını yorması gereken hiçbir şey yoktur. İşin kolaydır. "Şu ilacı gece yatarken yut" deriz. Sonra da örneğin sıcak basmaların geçti mi, âdetlerin

düzene girdi mi diye sorarız. Geçmediyse sırada antidepresanlar, uyku ilaçları, doğum kontrol hapları, idrar söktürücüler, hormonlu spiraller, en zorda kalırsak ameliyatla uterusu (rahim) almak vardır.

En az bunun kadar önemli bir faktör: Bunların kullanımı kadınlar için de "kolaydır". Doğal, gerçek hormonlarla doğru dozu oturtana kadar vücudundaki belirtileri takip etmek, bunları doktora bildirmek, gidip kan tetkiklerini yaptırmak, kim uğraşacak bu işlerle! Yutarsın hapı biter gider. Senin işin kolay, doktorun işi kolay. Herkes mutlu. Ta ki Alzheimer, meme kanseri, kemik erimesi, uyku bozuklukları, depresyon gibi "nereden ortaya çıkıp nereden destek aldığı belli olmayan" dertlere kadar.

Doktor olarak işin kolaydır. Verdiğin kimyasal *hormonsunun* insan kanındaki düzeyi, insan vücudunda uğradığı değişiklikler yani metabolizması konularında takip etmen gereken hiçbir şey yoktur. Çünkü istesen de ölçemez ve takip edemezsin! *Yaptığını normal kadın doğasına uyarlamak ve ayarlamak gibi bir derdin yoktur. Nasıl olsa istesen de ayarlayamazsın.* Verdiğin hormonu o kadının bireye özgü olarak nasıl metabolize ettiğine laboratuvar tetkikinde bakıp değerlendirmen ve müdahale etmene de gerek kalmaz, çünkü zaten istesen de bakamazsın. İster MPA, ister *"Frankenstein'in en küçük, yani piyasaya en son çıkan torunu progestin"* olsun, kan düzeylerini, idrar düzeylerini, hiçbir şeyi takip etmene gerek yoktur: Çünkü zaten bunları ölçme olanağın yoktur.

Ölçebilseydin bile insanda doğal hormonlarda ya da diyelim kan şekerinde olduğu gibi "normal" bir aralığı yok ki bu "uzaylıların", bakıp da *"Değerlerimiz normal"* diyelim, *"Yüksek"* diyelim. Çünkü bu *uzaylıların* insanoğlu için *normal* değeri sıfır!

Velhasıl doktor olarak işin kısa ve basittir. Yani aslında basit değildir de, sen onu basite indirgemişsindir. İlacı reçeteye yazar, hastaya *"Şimdi iyi misin?"* dersin. Yan etki fazla olursa ya diğer ilaca geçer ya da başka bir tür ilaçla onu da hafifletirsin. O da olmadı ilgili branşın uzmanına sevk edersin.

Neticede doktor olarak işin çok daha kolay ve *hızlıdır*. Yani bir günde daha fazla sayıda hasta bakarsın. Sakın yanılmayın! Bu işler öyle uzaktan göründüğü gibi değil. Davulun sesi oralardan başka gelir. Bu "hızın" doktorunuzu mutlu da zengin de *etmediğine* şüpheniz olmasın! Bu, özel hastanedeki bir doktora fazladan kazanç değil, ancak ve ancak iş yükünde ve aldığı riskte artış olarak döner. Bununla birlikte, sistemin gerçek büyük oyuncuları, yani tıp sektörünün işverenleri ve ilaç sektörü için *hız* demek, daha büyük kazanç, yani her şey demektir.

Tekrar etmek istiyorum: Doktorunuz bu basite indirgenmiş hormon müdahalelerini yaparken sakın ola sanmayın ki bunu, sizi umursamadığı ya da kötülüğünüzü istediği için yapıyor. *Lütfen şu yazacağımı hiçbir zaman aklınızdan çıkarmayın:* Doktorunuz bunu, doğrusunun bu olduğunu, yapılması gereken ve yapılabilecek olanın bu olduğunu öğrendiği ve böyle gördüğü için yapıyor.

İlaç fabrikalarının *noretisteron*, *levonorgestrel*, *megestrol*, *drospirenon*, *lynestrenol*, *noretinodrel*, *noretisteron*, *siproteron*, *desogestrel*, *dienogest* ve benzeri *"en son çıkan her yeni torunu"* makyajlaması ve *"Bakın bakın, bu bir öncekinden daha iyi, zaten laf aramızda bir öncekinin patent süresi de dolmuştu"* demesi bir gerçeği değiştirmiyor: *Bunların alayı progesteronun kötü birer taklididir.* Biz doktorlar o müthiş dezenformasyon makinesi altında bunları progesteron zannetmeye devam edebiliriz. Bunun böyle olmadığını açıkça söyleyecek olursak da sektörün finanse ettiği akademik dergilerden, tıbbi meslek örgütlerimizden dışlanacağımızı alttan alta hissederek, kendimizi kandırmakta kullanacağımız birkaç mantık yürütme eşliğinde sesimizi çıkarmayabiliriz. *Hücre reseptörü (hormon yuvası) kanmayacaktır!* Reseptör, o gelen *Frankenstein* torununu daha uzaktan görünce farkı anlıyor. Dikkat ettiyseniz "daha uzaktan görünce tanıyor" *demedim*. Çünkü o reseptör, milyon yıldır böyle bir "şey" görmemiş. *Tanımıyor.* Yuvaya girip zorlayan bu uzaylı molekülün kim olduğunu bilmiyor.

Yazdığı kitabın popülaritesi ile körlemesine ve cahilce bir estrojen tedavisi çılgınlığına yol açan *Dr. Wilson* ne demişti? *"Diyabetlilerdeki insülin eksiğini gidermek için insülin hormonu kullanmamız nasıl doğalsa, menopozdaki estrojen eksiğini gidermek için estrojen hormonu kullanmamız da o kadar doğaldır."*

Dr. Wilson hem biraz haklıydı hem de çok haksız! Zaten bu yüzden bu tartışma bugüne kadar gelebilmiştir. *Dr. Wilson* insülin tedavisi ile kendi önerdiği estrojen tedavisinin benzerliğini söylemeye çalışırken, aradaki "küçük" farkı bilmezden geliyordu: *Diyabetlilerde kullandığımız insülinde tabii ki bir sorun yoktu. Bu insülin, molekül yapısı açısından insan kanındaki insülinin zaten tıpatıp aynısıydı.* Yani "biyoeşdeğer" (bioidentical) bir moleküldü. Aynen bugün kullandığımız tiroid hormonları ile insanın doğal tiroid hormonlarının molekül olarak tıpatıp aynı olduğu gibi. Halbuki *Wilson*'ın övdüğü *patentli hormonsular* "kilidi kıran" türde yabancılardı. *Bilinçli yaratılmış olan* bu kafa karışıklığı bugün hâlâ doktorlar arasında bir salgın gibi kol geziyor.

Menopozda libido (cinsel istek) ortadan kalkar mı?

Düşünecek olursak, bir kadının sırf rahim içi döşemesi artık kalınlaşıp da ayda bir dökülmüyor diye cinsel istek kaybı yaşaması mantıksız görünüyor. Yani sorun artık âdet görmüyor olmak değil. Her şeyden önce libido, özellikle kadın libidosu belli bir denkleme oturtmak için fazla karmaşık bir konu. Libido psikolojik, fizik, hormonal ve partner ile ilişkiye bağlı çok boyutlu bir mesele. Menopoz öncesi yıllarda bile her iki cins için partner davranışı, hayat şartları, beklentiler libido üzerinde güçlü etkenler.

Buna rağmen, menopozla ortaya çıkan vajen kuruluğu ile ilişkinin zevk değil ağrı veren bir eylem haline dönüşmesi, alınan kilolar ve cilt yaşlanması sonucu kendi fiziğine olan güven kaybı, artan halsizlik, sıcak basmaları diye saydıklarımızın her biri kadını cinsellikten uzaklaştırmaya yetebiliyor. Vajina duyarlılığının ve kayganlığının azalması da, tek başına kadını cinsellikten soğutmaya yetebilir.

Hormonların düşmesi libido kaybının tek nedeni değil. Bununla birlikte araştırmalar, cerrahi menopoza girmiş olanlar ve yoğun sıcak basmaları yaşayanlar yani hormonal değişimi daha keskin yaşayanlarda libido kaybı riskinin daha yüksek olduğunun altını çiziyor. Kendine bakmayan, *"nasıl göründüğü artık pek umurunda olmayan"* bir kadının estrojen replasmanı sonrasında depresif halini atıp eski ışıltısına kavuştuğunu da net olarak gözlemleyebiliyoruz.

Beyin, kalp ve kemikte "yaşlanmayı" engellemek amacıyla başlanan menopozal hormon replasmanı, bir yandan da cilt altı bağ dokusunda kollajen kaybını durdurarak ciltteki çöküşü geciktirmek, estriol krem (s.189) kullanımı ile vajeni eski sağlığını ve duyarlılığına kavuşturmak gibi "yan faydalar" da getirir. Bunlar kadında kendi vücuduna güven kaybını önleyerek buna bağlı potansiyel libido kaybını engellediği gibi, yaşam kalitesi ve partnerle ilişkiyi korumak adına önemli kazanımlar gibi görünüyor.

Menopozda libido (cinsel istek) ortadan kalkar mı?

Düşünecek olursak, bir kadının sırf rahim içi döşemesi artık kalınlaşıp da ayda bir dökülmüyor diye cinsel istek kaybı yaşaması mantıksız görünüyor. Yani sorun artık âdet görmüyor olmak değil. Her şeyden önce libido, özellikle kadın libidosu belli bir denkleme oturtmak için fazla karmaşık bir konu. Libido psikolojik, fizik, hormonal ve partner ile ilişkiye bağlı çok boyutlu bir mesele. Menopoz öncesi yıllarda bile her iki cins için partner davranışı, hayat şartları, beklentiler libido üzerinde güçlü etkenler.

Buna rağmen, menopozla ortaya çıkan vajen kuruluğu ile ilişkinin zevk değil ağrı veren bir eylem haline dönüşmesi, alınan kilolar ve cilt yaşlanması sonucu kendi fiziğine olan güven kaybı, artan halsizlik, sıcak basmaları diye saydıklarımızın her biri kadını cinsellikten uzaklaştırmaya yetebiliyor. Vajina duyarlılığının ve kayganlığının azalması da, tek başına kadını cinsellikten soğutmaya yetebilir.

Hormonların düşmesi libido kaybının tek nedeni değil. Bununla birlikte araştırmalar, cerrahi menopoza girmiş olanlar ve yoğun sıcak basmaları yaşayanlar yani hormonal değişimi daha keskin yaşayanlarda libido kaybı riskinin daha yüksek olduğunun altını çiziyor. Kendine bakmayan, *"nasıl göründüğü artık pek umurunda olmayan"* bir kadının estrojen replasmanı sonrasında depresif halini atıp eski ışıltısına kavuştuğunu da net olarak gözlemleyebiliyoruz.

Beyin, kalp ve kemikte "yaşlanmayı" engellemek amacıyla başlanan menopozal hormon replasmanı, bir yandan da cilt altı bağ dokusunda kollajen kaybını durdurarak ciltteki çöküşü geciktirmek, estriol krem (s.189) kullanımı ile vajeni eski sağlığını ve duyarlılığına kavuşturmak gibi "yan faydalar" da getirir. Bunlar kadında kendi vücuduna güven kaybını önleyerek buna bağlı potansiyel libido kaybını engellediği gibi, yaşam kalitesi ve partnerle ilişkiyi korumak adına önemli kazanımlar gibi görünüyor.

Biyoeşdeğer (Doğal) hormon ne demektir?

Biyoeşdeğer/Doğal/Sentetik kelimelerinin hormonlar için kullanımı kafa karıştırıcı olabiliyor. *Bu kafa karışıklığı önemli oranda da bilinçli olarak körükleniyor.* Bu körüklemede amaç, "gerçek" hormonlar ile "taklit" olanlara ilişkin yaşamsal ayrımı bulandırarak görünmez hale getirmek.

Bir terimin sözlük anlamı ile herhangi bir konudaki kullanımı farklılık gösterebilir. *Doğal* kelimesi, *"doğada kendiliğinden yer alan, doğadaki düzene uyan"* anlamını taşıyor. *Sentetik* ise, *"sonradan sentezlenmiş, yani imal edilmiş"* anlamında bir kelime. Eğer biz bu sözlük anlamları üzerinden yürüyeceksek, bir insana tutup da at idrarı ya da fare idrarından elde edilen estrojenleri vermeye kalkacak olsaydık, bu verdiğimiz maddenin "doğal" olduğunu pekâlâ söyleyebilirdik. Çünkü bunlar atlarda ve farede yani doğada "kendiliğinden bulunan" şeyler. Halbuki yaptığımız iş hiç de "doğal" olmazdı, çünkü at ve fare estrojenleri insan kanında bulunan estrojenlerden çok farklı yapıda.

Diğer yandan, biz insan kanındaki hormonların *molekül yapısı olarak aynısının tıpkısı* olan hormon moleküllerini, diyelim bir tür patatesten ya da soya fasulyesinde bulunan bazı hammaddelerden elde ettik. (Bugün de zaten böyle yapılıyor.) Sonra da insanlara bunları verdik. Birisi çıkıp bizim "sentetik" hormon kullandığımızı söyleyerek kafaları bulandırabilir, çünkü biz bu hormonları "doğada bulmadık". Onları soya fasulyesinden sentezledik. Tıpkı vitaminleri ya da insülin hormonunu bir biçimde sentezleyip kullandığımız gibi.

Burada artık önemli olan o hormon molekülünün *kaynağı değil.* İnsan kanında dolaşanın, insan doğasında bulunanın *aynısı olup olmadığı.* Vücut hücreleri, bu hormon moleküllerini soya fasulyesinden değiştirerek elde etmiş olsak da yapısal olarak insan kanındakinin aynısının tıpkısı oldukları için aynen alıp kabul eder.

Cilde sürdüğünüz gerçek bir estrojen molekülü buradan emilip kan yoluyla bir beyin hücresine girdiğinde, o beyin hücresi artık bu molekülün işin en başında yumurtalıktan mı salgılandığı yoksa cilde sürülerek mi geldiğini ayırt edemez. Etseydi de umurunda olacağını doğrusu zannetmiyorum! Molekül yapısı tıpatıp aynı olduğu için, "olmayan farkı" o sinir hücresinin de, kemik hücresinin de fark etmesi olanaksızdır.

İşte, kaynağı ne olursa olsun, hangi yolla nereden ve neden elde edilmiş olursa olsun, insan kanında milyon yıldır dolaşan hormonun aynısının tıpkısı yapıdaki hormonlara biz biyoeşdeğer hormon diyoruz.

Bununla birlikte günlük kullanımda, zaman zaman bu kitap içinde de, biyoeşdeğer hormonları kastederek "doğal" veya "gerçek", yapay kimyasal hormonları kastederek de "sentetik" terimi kullanılabiliyor.

Doğum kontrol haplarında hormon mu var?

Vitamin olmadığı kesin! Bunlara hormon demek yerine *hormonsu* demek daha doğru olur, fakat neticede bu haplar sizin kendi hormonal sisteminizin yerine suni bir hormonal sistem getirdiklerine göre, evet içlerinde miktarları oldukça düşürülmüş olsa da *"hormonsular"* yani estrojen ve progesteron *taklitleri* var. Hamile kalmaya engel olmak hiçbir şekilde "doğal" yani "doğaya uygun" olmasa da, günümüz sosyokültürel koşullarında nüfus planlamasının bir zorunluluk olduğu da tartışmasız.

BANA VERİLEN ŞEY HORMON MUYDU HORMONSU MU?

Doktorunuza *"Hormon mu? Sakın ha!"* dedirten araştırmalar bugün için geçersizdir. Bize örnek oluşturamaz. Çünkü:

- Bu araştırmalar gerçek insan hormonları ile yapılmamıştı. Taklit kimyasallar kullanılmıştı.
- İnsan estrojeni yerine at estrojenleri kullanılmıştı.
- Gerçek progesteron yerine kanserojen *Frankenstein* progestin grubu ilaçlar kullanılmıştı.
- Bunlar ciltten krem olarak vermek yerine ağızdan verilmişti.
- Bugün hâlâ, kadınlarda hormonal bir şey kullanılacağı zaman bu hormon taklidi kimyasallara başvuruluyor.
- Doğal gerçek hormonların ciltten uygulandığı hiçbir araştırmada kanser riski artışı gösterilememiştir.
- "Hormon kullanımı" konusundan uzak geçirilen uzun yıllar sonunda, doğal gerçek insan hormonlarının kullanımı ve takibi konusunda ne yazık ki jinekolog ve diğer hekimlerin ciddi bir eğitim eksiği ortaya çıktı.

Sizin 30'lu yaşlarınızda kanınızda dolaşan, hamilelik döneminize damga vuran progesteron hormonuna kiraz dersek, size kiraz niyetine verilen hap bazen vişne, bazen ahududu.

"Eh, o kadar olur idare ediverin" diyebilirdik ama işte vücut öyle demiyor. Demiyor, çünkü hormon dediğiniz şey sıradan bir mineral ya da vitamin değil. Hormonlar, direkt olarak hücre DNA'sına yani hücrenin beynine, kumanda merkezine etki

eden son derece kritik ve önemli moleküller. *Menopoz sonrası hormon dengemizin bozulmasının bizi böyle hızla yaşlandırması, hastalıkları böyle peşi sıra dizmesi ve sonunda bizi "oyun dışına atmasının" altında da zaten bu yatıyor.*

Size doktorunuzun *"Hormon mu? Sakın ha!"* demesinin yegâne –evet yegâne– sorumlusu olan WHI çalışmasında, *progesteron "niyetine" Frankenstein medroksiprogesteron asetat (MPA) kullanılmış olduğunu söylemiştik. Peki estrojen "niyetine" ne kullanılmıştı: Konjuge equine estrojenler (CEE).* Neydi bu "konjuge equine estrojenler"?

Konjuge equine estrojenlerin (CEE) ismi equus caballus'tan geliyor. Equus caballus, bildiğiniz beygirin Latincesi! Anlayacağınız, sevgili bilim insanlarımız bu araştırmada *kadınlara insan estrojenlerini vermek yerine hamile at idrarında çıkan estrojenleri vermeyi uygun görmüşlerdi. Bu haplar hâlâ sizin doktorunuzun reçetesinde ve eczanenizde yerlerini koruyorlar. "Yahu bu neden peki?"* derseniz, yanıt çok basit. Anlatmıştık. Gerçek insan estrojenlerinin patentini alamazsınız. O zaman para da kazanamazsınız. Sonunda para kazanamayacağınız bir iş için de bu tür büyük çalışmalara milyonlarca, bazen milyarlarca dolar yatırmanız akıl kârı olmaz.

"Peki anladık da, neden başka hayvan değil de at idrarı?" derseniz, *"Çünkü at estrojenleri molekül yapısı olarak insanınkine en yakın hayvandır da ondan. Uzun bilimsel araştırmalar sonucunda bu açığa çıkmış ve bu nedenle de at idrarı seçilmiştir"* diye yanıt verebilmeyi ben de çok isterdim. Ama ne yazık ki gerçek bu değil. *İlaç Endüstrisi-Gıda Endüstrisi-Dev Hastane* komplekslerinden oluşan Bermuda Üçgeni'nde böyle naif düşünceler taşımak yerine biraz daha realist olmak gerekiyor.

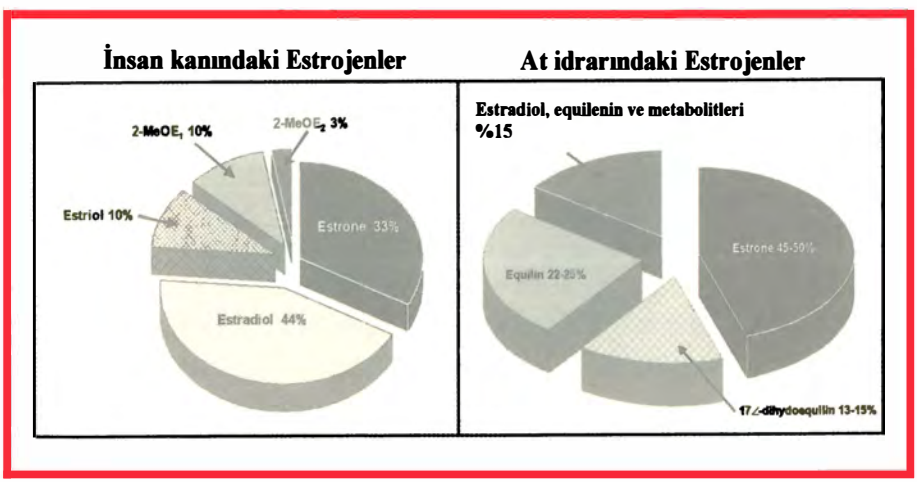
Atlar: 1) Büyük hayvanlardır – yani mesaneleri de büyüktür. 2) Hamilelikleri çok uzun sürer. 3) Uysal hayvanlardır. 4) Saman ve mısır slajı ucuzdur. *Doğru bir yatırım gibi görünüyor.* Özellikle ortaya çıkan estrojen taklitlerinin garip karışımı için bir patent almayı becermişsek!

"Peki neden ille de hamile bu atlar?" derseniz, hamile olmayan atlara göre idrarlarındaki estrojen miktarı doğal olarak çok daha yüksek de ondan. Hep bilimsel hep bilimsel olmak yerine biraz pratik ve ticari düşünmeniz, günümüzün gerçeklerine yaklaşmanıza yardımcı olabilir.

"Bunda ne sorun var ki, şeker hastaları için yıllarca domuzlardan elde edilen insülin kullanıldı" diyeceksiniz. Doğru, hatta ineklerden elde edilenler de kullanıldı. Diyabetikler şanslıydı: İnsan dahil yaklaşık 100 memelinin insülin proteini birbi-

rine çok benzer. İnek insülinini meydana getiren 61 amino asit, insan insülinini oluşturan 61 amino asitle sadece 3 amino asit farklılık gösterir. Domuz insülini ise, insandaki insülin proteini ile, sadece ve sadece bir tane amino asit hariç, tümüyle aynıdır! Tabii o zamanlar 8 ton domuz pankreasından sadece 250 gr insülin elde edebiliyormuşuz. Bakterilere gen transferi ile bakteri hücrelerini insülin fabrikası işçileri gibi kullanabileceğimizi keşfettikten sonra ise, kolayca insan insülini ile *molekül yapısı olarak bire bir aynı*, *yani biyoeşdeğer* insülin üretip kullanabilir olduk. Daha önce bahsettiğimiz gibi, Hashimoto hastalarının kullandığı sentetik tiroid hormonu da, insan T4 hormonunun molekül olarak bire bir aynısıdır.

Şimdi gelelim hep kullanageldiğimiz CEE, yani at estrojenlerine. Hâlâ doktorlarımızın reçetelerinde, eczanelerimizin raflarında yer sahibi at estrojenleri, insan cinsinin kanındaki estrojenlerle acaba aynı mı? Şk.12'de işte bunun karşılaştırması görülüyor (REF.10).



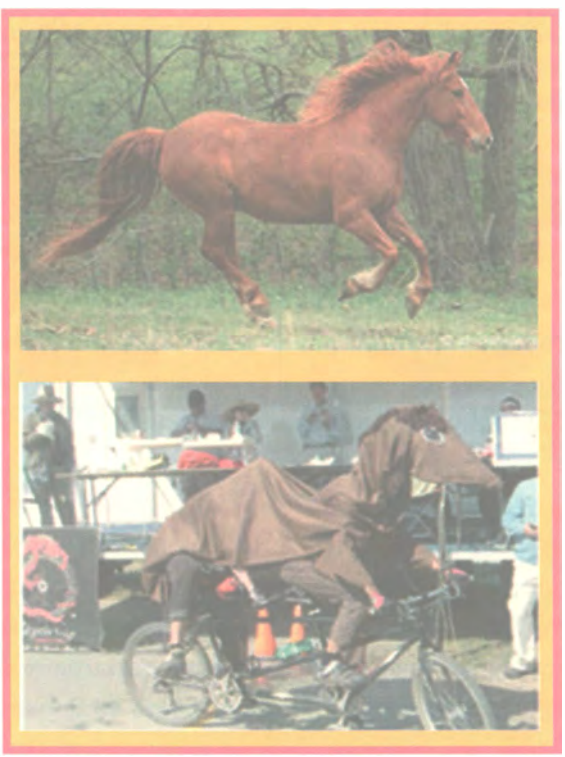
Şekil.12

Buyurun birlikte bakalım. İnsan kanında 3 çeşit estrojen olduğundan bahsetmiştik (s.27): *Estron* (E1), Estradiol (E2) ve Estriol (E3). Menopozdaki bir kadın kanında %33 oranında bulunan *Estron*, bu çakma haplarda %50 oranına çıkmış. "Hamilelik estrojeni" denen *Estriol sıfıra* inmiş! Ona da tamam ama yerini neye bırakmış? İnsanda *hiç ama hiç* mevcut olmayan, *beygirlere has Equilin* (%25) ve *17-dihidroequilin* (%15) denen "şeylere".

Fonksiyonel olarak en önemli, gerçek estrojen diye tanımladığımız *estradiola* gelince: Saymakla bitmeyecek ve dilimizin bile dönmeyeceği *(Δ8,9-dehydroestrone gibi) yüzlerce (evet evet yüzlerce)* başka beygir estrojeni ve metaboliti *ucubeler* ile hep birlikte %15'lik bir kısma sıkışmış. Böyle bir şeyi *"insan" kadınlarına* vermek sizce iyi bir fikir mi?

İşin en komik kısmı, konjuge equine estrojenlerinde (CEE) büyük yer kaplayan *equilin* ve *equilenin* gibi hamile atlara has estrojen türlerinin, hamile olmayan atlarda bile bulunmaması. Yani biz hormon replasmanı tedavisini sevgili atlarımıza uyguluyor olsaydık bile, bu haplar uygun olmayacaktı. Ama biz bunları menopoz sonrası insanlara vermekte mahzur görmedik!

Şimdi, sırf ilaç şirketleri ve onların güdümündeki *FDA*, yani Amerikan İlaç Kurumu ve gene onların güdümündeki *Kuzey Amerika Menopoz Derneği* ile Amerikan jinekoloji dernekleri öyle fetva veriyor diye, bu hilkat garibesi at estrojeni çorbası, insan kanındaki estrojenler ile aynı şey öyle mi?



Şekil.13 Aynı şey (!)

Şimdi lütfen kendinizi menopoz sonrası hormon replasmanı düşüncesinin ilk çıktığı yıllardaki bir araştırmacı bilim insanı olarak düşünün. Kadınlarda hormon replasmanının etkilerini inceleyeceğiniz bir çalışma yapmanız isteniyor. Bu araştırmada insan hormonlarının tıpkısı, yani biyoeşdeğer hormonlar mı kullanırdınız, yoksa hamile atlarınkini mi?

Bu soruyu okuma yazması bile olmayan, hormonlarla da tek ilişkisi onları salgılamak olan sokaktan geçen birine soracak olsak da alacağımız yanıt belli. Zaten Şk.12'e baktığınızda, insan estrojenlerinin eksiğini at estrojenleri ile tamamlamanın iyi bir fikir olmadığını söylemek de biyokimyada doktora derecesi gerektirmiyor!

Peki neden bu Amerikalı kocaman kocaman kadın doğum profesörleri WHI çalışmasında kullanmak için insan estrojeni yerine at hormonlarını seçtiler? Neden bu Amerikalı kocaman kocaman kadın doğum profesörleri doğal insan progesteronu yerine progestin denen Frankenstein hormonsular uydurdular? Neden hâlâ bugün hormon replasmanı için ve her tür hormonal sorun için, düzensiz kanamalardan endometriosise, oradan polikistik overe, hâlâ bu uzaylı kimyasallar kullanılıyor? Herhalde insan hormonları elde etmek çok zor veya masraflıdır da ondan diye düşünüyorsunuz değil mi? İşte bu soruya da *"Evet, insan hormonlarının aynısını elde etmek çok zor ve pahalı da ondan"* demek isterdim. Ama ne yazık ki bu da doğru değil. İnsan kanındakinin aynısı hormonlar gayet kolay ve pahalıya da mal olmadan sentezlenip elde edilebiliyor. Peki o zaman neden?

Yanıt, güneş altında pek çok konuda olduğu gibi, *parada* gizli.

Doğal estradiol molekülünün patentini alamazsınız. O zaman bizim yapacağımız şey bellidir. Önce uydurup sonra patentini alabildiğimiz "ucube moleküllerle" bir sürü çalışma yaparız. Nasıl olsa olumsuz çıkanları yayımlamak zorunda değiliz! Aradan olumlu çıkan birkaç tane bize yetecektir. Çalışma planlamasını da biz yaptığımıza ve hangi sonuç ölçütlerine bakılacağını, nelerin incelenip nelerin *incelenmeyeceğini* de biz belirlediğimize göre ve harcayacak milyarlarca dolarımız da olduğuna göre, bu kadarını olsun becerebilmemiz lazım.

Araştırmalarda kullanmak için hormon seçerken gerçek doğal insan hormonlarını seçmeyeceksiniz, sırf patentini aldınız diye bu beygir hormonu çorbasına ondan da beterini, yani progesteron taklidi Frankenstein progestinleri ilave edip kadınlara vereceksiniz, sonra meme kanserleri artınca da bu işten doğal insan hormonları sorumlu olacak, "Hormon kanser yapıyor, felç yapıyor" olacak öyle mi? Aklımızla alay etmeyin.

Dünyada kadın doğumcular başta olmak üzere tüm doktorlar arasında bu konuda yaşanan kafa karışıklığının belki de en önemli nedeni, hormonlar konusunda kullandığımız terminolojide, yani isimlendirmede. İster WHI çalışması, ister sayısız başka çalışmada hep büyük sorunlara yol açan estrojen ve progesteron taklidi *hormonsuların tümü*, "biyoeşdeğer (gerçek)" progesteron ve estrojen ile aynı kelimede, yani "estrojen" ve "progesteron" terimleri altında bir potada eritiliyor. Biz doktorlar aramızda konuşurken olsun, bilimsel dergilerde ve kitaplarda okuyup yazarken olsun, gerçek doğal estrojen ve progesteron ile, *bunlardan çok farklı yapıya sahip Frankenstein* hormonsuların hepsini aynı isim altında konuşuyoruz. "Estrojen" ya da "progesteron" deyip geçiyoruz.

Daha da kötüsü, meslektaşlarımız arasında –branşı ne olursa olsun– son 20 yıldır biyoeşdeğer hormonlar hatta hormonlar konusunda neredeyse tek kelime okuyup araştırmamış olan ne yazık ki çok fazla sayıda doktor arkadaş, bırakın progesteron ile progestinleri bir potaya koymayı, ne var ne yok hepsini *"hormon tedavisi"* (!) diye *neyi ifade ettiği belli olmayan* anlamsız bir şemsiye altında toplayıp *"Ama 'hormon tedavisi' kanser yapıyor"* ya da *"Sizde 'hormon tedavisi' kanser yapmış"* gibi akla zarar cümleleri telaffuz edebiliyor.

Verebileceğimiz yüzlerce, belki binlerce örnek içinden sadece birini verelim: *"Endometrial hiperplazide uzun süreli 'progesteron' tedavisinin hücre çoğalmasına etkisi"* başlığını taşıyan araştırmayı (REF.11) ele alalım. Ülkemizden bir çalışma. Çalışmanın başlığında kocaman *"progesteron"* yazıyor. Özet kısmını okursanız doktor arkadaşlar *"Üç aylık progesteron tedavisinin etkilerini inceledik"* diye yazmışlar. Yüzeysel baktığınızda hiçbir şeyin farkına varmazsınız. Ama satır satır okuduğunuzda, kullanılan "şeyin" gene son model *Frankenstein* torunu progestin *hormonsularından*, eczane raflarımızın müdavimi *noretisteron* olduğunu görürsünüz! Bilimsel makaleler kaleme alınırken gerçek hormonlar ile bu kimyasalların birbirinin yerine kullanılmasında hiçbir mahzur görülmüyor. *Maksat kafalar karışsın!*

Literatüre yerleşik bu özensiz kullanımın getirdiği kafa karışıklığının tesadüfen ortaya çıktığını düşünüyorsanız, saflığınızdan hâlâ bir şey kaybetmemiş olduğunuz için size imrenirim. Doktorun kafasında estrojen ya da progesteron düşüncesi belirdiğinde bunu reçeteye otomatik olarak Frankenstein taklitleri olarak dökmesine hizmet eden bir "kafa karışması"dır bu. "FDA onaylı" diye cilalanan pazarlama stratejisi öyle başarılı olmuştur ki, bugün kadın hastalıkları

öğretim üyelerinden sağlık ocağındaki doktor arkadaşlara kadar CEE konjuge beygir estrojenlerinin gerçek *estrojenden*, progestin denen *hormonsuların* gerçek progesterondan farksız olduğunu (!) "öğrenmeyen" (!) doktor kalmamış durumda. Durum böyle olunca da, kadın doğum doktorunuzu, bilgi dağarcığının bu konularından uzak *tutulmuş* olduğu için suçlamadan önce lütfen tekrar düşünün. *Ortada çok sağlam kurulmuş, çok güçlü bir düzen var.*

Peki, bu at estrojenleri meselesinde işin doğrusu nasıl olmalıydı diye sorarsanız, haydi önce biraz eskiye gidelim. *Hem biraz temiz hava alırız.* WHI adındaki berbat çalışmadan *bin yıl önce*, 1000'li yıllardan 1800'lü yıllara kadar Çinli hekimler imparatora, eşine ve bazı önemli kişilere hormon replasman tedavisi uygulamaya başlamışlardı bile! Ama o günlerde patent diye bir şey olmadığı için, imparatora ve eşine vermek için at idrarı kullanmayı ya da progestin molekülü uydurmayı akıllarına bile getirmemişlerdi. Bunun yerine genç erkek ve kadınların idrarlarını toplayıp kurutmuşlar, bunları macunlarla karıştırıp imparator ve eşine vermişlerdi. Bu yolla *yüzyıllar boyunca* imparator ve eşine "anti-aging" uygulaması yapmışlardı. Hamile at idrarı kullanmak akıllarına yatmamış olmalı! Doğrusu kadim Çinli hekimlere hak vermediğimi söyleyemem.

Aslını ararsanız ilaç araştırmacıları, harika bir hayvan olan *Equus Caballus*'un üreme fizyolojisine patent zoruna gösterdikleri ilgiyi *Homo Sapiens*'in yani insan türünün üreme fizyolojisine de göstermiş olsalardı, son yıllardaki binlerce trajedi yaşanmayacaktı.

"Peki, at estrojenleri insan hücresinde iş görüyor mu?" diye soracaksınız. Bu, *"iş görmek"*ten ne kastettiğinize bağlı. Bugün hayatımıza giren hemen hemen tüm plastikler, yani tekrar tekrar kullanılan pet şişelerden suyunuza sızan, konserve kutuların içini kaplayan, kasa fişlerindeki kaplamadan elinize, oradan da ağzınıza bulaşan BPA *(bisfenol-A)*, buzdolabına "streçe" sarıp koyduğunuz peynirlerinizin içine süzülen *vinil*, marketten balık alırken balıklarınızı yerleştirdikleri strafor köpük tepsilerden balığa geçen *polistren*, sözün kısası özellikle *hayvansal gıdaların yağlarında* biriken *"organoklor" zehirlerin tümü adıyla sanıyla birer "xenoestrojen" yani Türkçesi ile "yabancı estrojen"dir.* Bu plastikler, hücrede estrojenin bağlandığı reseptörlere (anahtar yuvasına) aynen estrojen *gibi* girebilirler. Bunların da estrojen *"gibi"* iş gördükleri şüphesiz. Fakat *aynı işi* gördüklerini söylemek mümkün değil. Evet kapıyı açıyorlar, ama ya yuvayı aşındırarak, ya kapıyı kırarak. Üstelik aynen zorlandığında yuva içinde kırılan bir anahtar gibi,

gerçek anahtarın da önünü tıkayarak yuvaya girmesine engel oluyorlar. Vücut enzimleri mesajını verip işi biten bir doğal hormonu kolayca yerinden çıkarıp temizlerken, bu "yabancıları" tanımadığı için temizleyemiyor. Bu nedenle aynen yuvayı zorlayıp kırılan bir anahtar gibi, işleri bitince uzaklaştırılmaları da çok zor oluyor. Tam olarak bu nedenle de etkileri uzun süreli, aşırı ve sapkın oluyor. Buna daha sonra değineceğiz.

Şimdi size iki estrojen preparatından bahsedeceğim: *Enjuvia* ve *Cenestin.* İkisi de bizim değil, Amerikan piyasasına ait ticari markalar olduğu için isimlerini rahatlıkla yazabiliyorum. İkisi de meşhur "FDA onayı" nişanını gururla göğüslerinde taşıyorlar. Yani FDA bu ilaçları uygun bularak onay vermiş.

Benim kişisel fikrim, aldıkları FDA onayını bu haplar kadar hak edecek bir başka ilaç bulmanız kolay değil. Neden derseniz, bu ilaçlar, daha önce bahsettiğimiz "at estrojenleri"nin tamamen aynısı moleküler yapıya sahipler. *"Peki sıra dışı olan ne?"* diyeceksiniz: Firmalar, bu CEE, yani at estrojeni yapısındaki hormonları Meksika patatesinden türetmişler! *E güzel arkadaşım, madem Meksika patatesinden hormon türetme teknolojisi elinde hazır, neden insan estrojeni değil de, at estrojeni imal edersiniz?* Dünyanın bütün akıl hastanelerini bir araya toplasanız, Meksika patatesinden –insanlar kullansın diye– "at estrojeni" imal etmek fikrini ortaya atan biri sanmam ki çıksın! Menopozdaki atlar kullansın diye üretseler anlarım, fakat amaç beşeri ilimlere hizmet. Benim düşüncem, sadece FDA onayı değil, "Patent Tıbbı Zorlama Nobel'i" almayı da sonuna kadar hak etmişler.

İşte, bir yandan bu komedi ilaçlara onay belgesi veren FDA, bu komedilere göz yuman ve destekleyen koca koca profesörlerin Amerikan jinekoloji dernekleri, meşhur Kuzey Amerika Menopoz Derneği *(North American Menopause Society, NAMS)* işte bu deli saçması, "uydurma Nobel'ine" layık haplara gönülden onay vermiş. Kahkahalarla gülseniz de olur ama, hüngür hüngür ağlasanız daha uygun olur. Ne manası kaldı FDA'in, "kurulu sisteme uygunluğu" onaylamak dışında? Aynı kurumlar bir yandan da tarihte tek bir sabıkası olmayan vajinal doğal estrojen kremi *estriol* aleyhinde dünyayı ayağa kaldırıp, bilimsel dergilere biyoeşdeğer hormonların "mahzurlarını" ballandıra ballandıra anlatarak *kadınları kendi hormonlarından korumaya çalışan* onlarca makale siparişi vermekten de geri durmuyorlar. Şükür, güneş balçıkla sıvanmayacak kadar büyük.

"Xenoestrojen" nedir?

Son zamanlarda artık genç kızlar çok erkenden "olgunlaşıyor". Normalden çok daha erken yaşta göğüsler belirginleşiyor. Erişkin bir kadındakine benzer ağırlıkta âdetler başlıyor. Günümüzün estrojen-benzeri toksin *"xenoestrojen"* (zeno-estrojen okunur) zengini hayvansal ürünlerini bolca tüketen genç nesil, aynen o tavukların 6 haftada 1,5 kiloya, danaların da 8 ayda 500 kiloya ulaşması gibi –maşallah teyzesi– hızla serpilmekte, göğüsleri belirginleşmekte. Ebeveynler bu durumdan adeta övgüyle bahsediyor: *"Baksana koca kız oldu, pek güzelleşti."* İşin aslı, ortada *patolojik* bir durum var.

Adıyla sanıyla *"hormon bozucu"* denen bu zehir denizinde hepimiz yüzüyoruz ama zaten karmaşık ve hassas bir hormon dengesine sahip kadınların fazladan aldıkları ciddi bir zehir kaynağı daha var: Kozmetikler. Parfümler!



Şekil.13 Kozmetikler: Xenoestrojen ailesinin tanıdık üyeleri

Kadınlar bu kozmetikleri direkt olarak cilde, dudağa, tırnaklara, saça uyguluyorlar. Bu hormon bozucu zehirler böylece *direkt olarak* kana geçiyor. Bu modern yaşamda karaciğeriniz işi başından aşkın olsa da, ağızdan aldığınız toksinleri az ya da çok *detoksifiye* ettikten yani zehirsizleştirdikten sonra kana geçmesine izin verecektir. Halbuki cilde sürdüğünüz bir krem, *karaciğerin kontrolünden geçmeden direkt olarak kana geçip* vücuda dağılıyor.

Daha kötüsü de var: Parfümler! Bakınız, bir parfümü tabii ki içmeyiniz ama içecek olursanız bunun büyük kısmı hiç olmazsa sindirim sisteminden emilecek, yani önce karaciğerinizden geçecektir. Parfümler, kokular, oda parfümleri, deterjan parfümleri denen akla ziyan zehirlere gelince: Bunlar kana bile geçmeden önce, burun tavanınızdan *direkt olarak beyninize* ulaşabilir. Hastalıklar neden bu kadar arttı sanıyorsunuz? Beş milyon yıllık insanoğlunun son elli yılda genetiği mi değişti de bunlar oldu?

Polikistik overli bir genç kızın bu bilgi çağında hâlâ oje ya da güneş kremi kullanması, yani güneş banyosu yerine *ftalat* ve *paraben* banyosu yapması, doktorunun ise bunlardan haberi bile olmayıp, zaten olsa da umursamayarak âdetleri *sahte bir düzene* sokacak doğum kontrol hapı yazması, inanmakta güçlük çekeceğiniz şeylerdir.

Gerçek şu: Şehir ortamında yaşayan kadınlar çok ağır bir sahte estrojen yükü altında. Doğu toplumlarında kırsal alanda yaşayan kadınların kanındaki estrojen düzeyleri, Batı toplumlarındakinden daha düşük. *Burada yanlış yerde duran şehirli kadınlar.* Şehrin zehirli ortamındaki kadınlar sağlıksız boyutta yüksek bir estrojen ve *xenoestrojen* yüküyle yaşıyorlar. Bu yüksek düzeylerden düşmenin başladığı menopoz çağında yaşadıkları dengesizlik de, haliyle daha ağır oluyor.

Xenoestrojenler denen *hormon bozucu toksinler*, aslında *çok güçlü ama sapkın* birer estrojen taklitçisi. Yapıları estrojene çok benziyor. Aynen *çakma hormonsular* gibi, estrojenin anahtar yuvasına giriyor fakat yanlış ve sapkın bir mesaj veriyorlar. Yuvadan çıkmak bilmiyorlar. Estrojen baskınlığı belirtileri altında sıraladığımız sıkıntıların modern şehir yaşamında bu denli artmasının en önemli nedenlerinden biri de bu zehirler.



Şekil. 15 Ev kimyasalları: İnsan türü üzerinde son 50 yılda hızlanan deneyin araçları

Kişisel fikrimi soracak olursanız, ilaç fabrikalarının estrojen niyetine icat ettiği her yeni molekülü, yani eczane raflarından kadınlara estrojen "niyetine" verilen her ilacı da xenoestrojen diye etiketlemek gerekir. Adı üstünde, "vücuda *yabancı* estrojenler" bunlar.

Vücudun doğal hormonları, daha önce konuştuğumuz gibi reseptöre (hücredeki alıcıya) gerekli mesajı verdikten sonra birkaç saat içinde işleri biter. Önce reseptörden ayrılır, sonra da vücuttan temizlenirler. Bu işi yapan "temizlikçi" enzimler milyonlarca yıldır aynı işi yapar. Bu enzimler şu yeni icat *hormonsuları tanımaz, bilmez.* Bu yabancıları oradan uzaklaştıracak özelliklere sahip değiller. Bu nedenle de *hormonsular* reseptör (yuva) ile aşırı süreler boyunca bağlantıda kalır ve aşırı uyarırlar. Bu süre boyunca doğal hormonların da önünü tıkayarak alıcıya bağlanmasını engellerler. Ayrıldıktan sonra safra ve idrarla temizlenmeleri yani doğal yollarla "işlenerek" vücuttan atılmaları da aynı nedenle çok güç ve yavaş gerçekleşir. Bu kimyasal *hormonsuların* beyinde pıhtı, memede kanser yapan "güçlü" etkileri buna bağlı. Doğum kontrol haplarına doğal hormon koyamıyor olmamızın nedeni de bu. Doğal hormonlar işleri bitince oradan temizlenirler. Hormonsular gibi reseptörü tuttu mu bırakmayarak hormonal sisteminizi felç edemezler. Böyle olunca da o doğum kontrol hapının "güvenilirliği" de daha düşük olur.

Vücutta işleme alınma (metabolizma) sürecinin doğal hormonlarda nasıl işlediği tıp biliminde çok iyi biliniyor. Buna karşın, piyasaya sürülen "her yeni Frankenstein toruncuğunun" vücutta nasıl işlem gördüğü yeni bir bilinmezlik getiriyor.

Xenoestrojenler günümüz toplumunda artan hormonal dengesizlikler, infertilite, sperm sayısında düşme, doğum defektleri, libido kaybı gibi üreme ile ilgili sorunlar dışında başta kanserler, bağışıklık sistemi hastalıkları, alerjiler, obezite gibi *yeni insan türünün yeni salgınları* üzerinde de önemli rol oynuyor.

Bugünün biz doktorlarına sorunuz, neredeyse hepimiz eczane raflarındaki bu kimyasal hormon taklitleri ile gerçek hormonların "aynı şey" olduğunu söyleyeceğiz. Peki, gözümüzü kapatalım, beynimizin fişini de nazikçe çekelim ve bir an için kabul edelim ki bunlar aynı şey.

Madem bunlar aynı şey, soruyorum:

1. Tekrarlayan düşükler ve infertilite (kısırlık) olgularının pek çoğunda doktor arkadaşlarımız kadın hastalarına *gerçek (biyoeşdeğer)* progesteron veriyor. Üstelik ellerini de bol tutuyorlar! Çünkü progesteron, yumurta ile spermin birleşmesinden sonra yerleşeceği rahim içi ortamını bebek için hazırlar. Bebeği besler ve geliştirir. Zaten bu nedenle, sağlıklı bir gebenin kanında progesteron hormonu normal düzeylerin birkaç kat üstüne çıkar.

Dönelim çakma progesterona, yani *Frankenstein* progestinlere: Madem bunlar *hakikisi* ile "aynı şey", *neden* infertilite hastalarınızda, hamile ya da hamile kalacak kadınlarda da tüm diğer kadınlarda yaptığınız gibi sentetik/çakma/*Frankenstein* progestinleri kullanmıyorsunuz da doğal progesteron kullanıyorsunuz? O çakmaların bebeği besleyemeyeceğini bildiğinizden olabilir mi? O *Frankenstein*'ların bebekte doğumsal defekt ve anomali ortaya çıkarmasından korkuluyor olabilir mi? *Hani bu hormonlar doğalı sentetiği hep aynı idi?* Nasıl oluyor da birini bebeği beslemek için bol keseden verirken, diğerini bebek var diye vermeye çekiniyoruz?

2. Madem bunlar aynı şey, *Frankenstein* progestin hapları verdikten sonra kanda olsun idrarda olsun progesteron ölçümleri *neden* artmıyor?

3. Frankenstein progestinlerin atası medroxyprogesteron'un (MPA) prospektüsünde yan etkiler ve risklerin yazdığı kısım sayfalar uzunluğunda. *Patent zoruna hormonsuları kullandığınız berbat WHI çalışmasında meme kanseri, felçler, bunamalar sadece 5 yıl içinde artarken, milyonlarca yıldır üstelik defalarca hamile*

kaldığında kanında bu hormonların doğal olanları tavan değerin defalarca üstüne çıkan bu kadınlarda neden bu "yan etkiler" görülmüyor? Neden tam aksine, kanında hormonlar onlarca kat artan bu hamile kadınlarda meme kanseri riski düşüyor?

4. *Neden* bu prospektüste yazan yan etkiler, WHI gibi milyar dolarlık ol(a)masa da, biyoeşdeğer doğal hormonlarla yapılmış olan *tek bir çalışmada bile* görülmüyor?

Hep güvenmek istediğimiz o koca koca profesörlerin uluslararası jinekoloji meslek örgütleri, *Amerikan Tıp Örgütü* (AMO) gibi kurumlar, orta yerdeki bu sorulara bırakın doyurucu yanıtlar vermeyi, tam aksine, gündeme gelmesini bile özellikle engelliyorlar. Aslında bu soruları onların ortaya atması ve sorması gerekiyordu. Peki onlar bunun yerine ne yaptılar: *"Madem WHI çalışmasında şu bizim ilaç firmalarının uyduruk kimyasal hormonlarının foyası meydana çıktı. Madem menopoz sonrası replasman için bizim çakmalar kullanılamıyor, o zaman senin doğal hormonların da kullanılmasın. Kabahat benim kimyasalların değil, külliyen 'hormon' denen kavramın olsun. Zaten doğal hormonlarla WHI benzeri büyük çalışmalar yapılıp güvenli oldukları da kanıtlanmadı ki canım"* plağına uzanıp iğneye takmakla yetiniyorlar.

O zaman neden "büyük" WHI çalışmasını tasarlarken kullanmak için taklitleri tercih ettiniz? En azından bilimsel bir merakla olsun, bu büyük çalışmanın bir grup hastasında olsun doğal hormonları *neden* kullanmadınız? İplerinizin ilaç firmalarının elinde olması dışında bir açıklamanız var mı? Yok. Hal böyle olunca, bu koca koca uluslararası jinekoloji dernekleri, FDA gibi kurumlara ne güvenimiz kalıyor ne de saygımız.

Bütün bu "kutsal" tıp dernekleri daha en başından sırtlarını Tabiat Ana'ya, yüzlerini ise Patent Tıbbı'na dönerek bunca insanlık trajedisine yol açan sanki başkası imiş gibi, *"Tıpta hiçbir tedaviyi şansa bırakamayız. Çok tedbirli olmalıyız. Kanıta dayalı tıpta bizim büyük randomize kontrollü çalışmalara, metaanalizlere ihtiyacımız var. Bugün için yeterli bilimsel kanıt yok. Bu konular üzerinde daha çok çalışmaya ihtiyacımız var"* diye aklımızla alay ediyorlar. İşin en başından bilerek "patentli yanlışı" seçip kadınların başına bu işleri açan aynı kişi ve kurumlar şimdi "olgun, yeterli kanıt olmadan beyanda bulunmayan, külyutmaz ve karizmatik bilim insanı" pozlarına bürünebiliyorlar. *Dünyada silah endüstrisinden bile büyük tek endüstri olan, yüz milyarlarca dolar büyüklüğünde (ve gücündeki)*

dev ilaç sanayii, serpilip gelişmenin yolunun o kutsal tıp kurumlarına ve yayınlarına *yön vermek* olduğunu uzun zaman önce keşfetti. Yapması gereken *tek şey* buydu. Ve ihtiyacı olan bırakın tek şeyi, hemen her şeyi yapmak için de gerekenden fazla gücü var.

Problem açık. Problem hormonlardan kaynaklanmıyor. Problem "hormon vermemizden" de kaynaklanmıyor. Problem:

1. Verdiğimizin *hormon olmamasında.*

2. Bu yabancı moleküllerin *normal hormon dengesine katılamamasında.* Verdiğimiz *hormonsuların* doğal hormon dengesinde olduğu gibi etkilerini gereğinde azaltıp gereğinde artıracak doğal ve esnek geribildirim *(feed-back)* mekanizmalarının *dışında kalmalarında.*

3. Bunları *ağızdan, yani Tabiat Ana'ya aykırı yolla vermemizde.* Yani *karaciğeri oyuna sokmamız ve bu yolla pıhtılaşma sistemini aşırı uyarmamızda.*

4. Fizyolojik düzeyler oluşturacak uygun dozlar (örneğin doğurgan dönemin düşük-normal aralığı) diye bir amacımız olması yerine, ilaç firmasının *"Günde bir yut iki yut"*una bakmamızda.

5. Verdiğimiz sahte "hormon"ların *o kişide elde edilen kan ve idrar düzeylerini* "ölçüp takip edememizde"

6. Verdiğimiz sahte hormonların *o "kişiye has" metabolizmasını takip edememizde.*

7. Verecek olsak bile, gerçek yani biyoeşdeğer hormonlar hakkındaki bilgilerimizin çok ama çok yetersiz olmasında. Düzeylerini nasıl ölçeceğimiz, nasıl takip edeceğimiz ve nasıl müdahale edeceğimizi *bilmememizde. Bilmediğimiz için bunları yok saymamızda.*

Peki, WHI gibi dev boyutta olmasa da, bu hormonların doğal (biyoeşdeğer) örnekleriyle yapılan laboratuvar ve klinik çalışmalar bunların daha güvenli olduğunu göstermiş mi? Görmek isteyen gözler için, şüphesiz evet.

Fransa'da 45-60 yaş arasındaki tam 98.995 kadını kapsayan büyük bir çalışmanın (E3N) sonuçları çok açık: Bu çalışmada incelenen on binlerce kadın arasında, progesteron (doğal ya da *Frankenstein*) olmadan *yalnızca estrojen* kullanan kadınlarda meme kanseri %30 artmış. Estrojenle birlikte *Frankenstein*

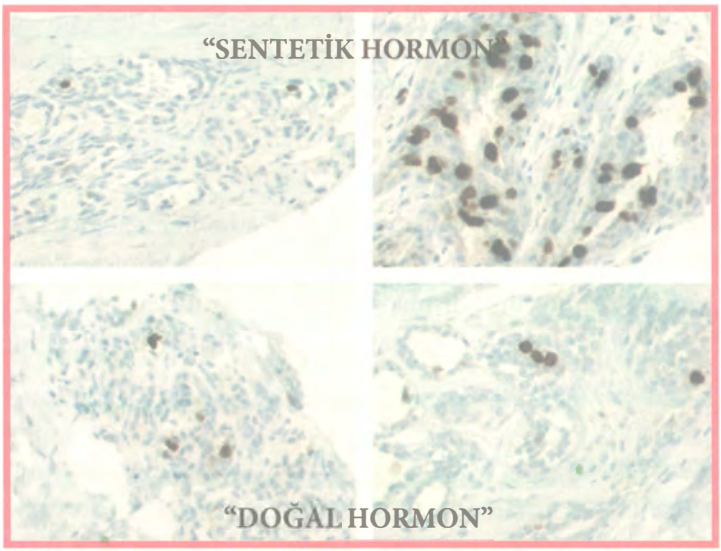
progestinler kullananlarda ise risk %70 artmış. Estrojen+Doğal progesteron kullananlarda ise meme kanseri riski artış değil *düşme* göstermiş! Bu dev çalışmanın sonuçlarını yayımladıkları bildirinin başlığı da açık ve net: *"Değişik hormon replasman tedavileri arasındaki meme kanser riski aynı değil."* Hani bunlar "aynı şey" idi? (REF.12)

2014 yılında yayımlanan bir çalışmada 1.555 kadında menopozal hormon replasmanı sonuçları araştırılmış. *Frankenstein progestin+estrojen alanlarda meme kanseri riski %200 artmış.* Bu çalışmada kullanılan *Frankenstein*, MPA'nın sevimli torunlarından *tibolone* imiş. Eczanenizde sizi bekliyor! *Aynı çalışmada doğal progesteron+estrojen alanlarda ise meme kanseri riski %20 azalmış.* Hani bunlar aynı idi? (REF.13)

Doğal estrojenlerin sentetiklerde olduğu gibi ağızdan hap yerine ciltten krem olarak uygulanmalarının kalp-damar ve pıhtılaşma riskleri açısından *çok* daha güvenli olduğu çok sayıda araştırmada net olarak ortaya çıkmıştır (REF.14-15-16).

Progesteron taklidi progestinler, yani benim kullandığım tanımlama ile *Frankenstein* hormonsuların koroner kalp hastalıklarına zemin hazırladığı gerek hayvan gerek insan çalışmalarında gözlemlenmiş (REF.17).

Hücre çoğalmasına yol açmak ve kansere zemin hazırlamak bakımından biyoeşdeğer hormonlar ile insan-dışı çakma hormonlar arasındaki farkı Şk.15'de gözümüzle görebilmemizi sağlayan bir araştırma da İsveç'in meşhur *Karolinska Enstitüsü*'nde yapılmış (REF.20). araştırmacılar, 44-66 yaş arası bir grup sağlıklı kadının memesinden biyopsi örnekleri almışlar. Daha sonra iki ay boyunca bu kadınların yarısına at estrojenleri ile *Frankenstein* progestinler, diğer yarısına ise doğal biyoeşdeğer estrojen ile doğal progesteron vermişler. Bu süre sonunda meme biyopsilerini tekrarlayıp hücrelerde nasıl bir değişiklik olduğunu incelemek istemişler. Mikroskobik görüntülerde koyu kahverengi görünen bölgeler, hızlı hücre çoğalmasına işaret ediyor. Dolayısı ile kanserli bir dokudan alındığında bu kahverengi noktalar son derece yoğun oluyor. Çakma hormonlar verilen kadın grubunda, *yalnızca iki ay içinde* nasıl çılgın bir hücre çoğalması olduğunu görmek için patolog değil, doktor bile olmanıza gerek yok. Doğal hormonlar verilen kadın grubunda ise hücre çoğalmasında *hiçbir* artış görünmüyor. *Çakma hormon alan kadın grubu bu işe iki ay yerine yıllar boyunca devam etseydi, sizce bu hücre çoğalması nereye varırdı gibi görünüyor?*



Şekil.15

KAROLINSKA

Aynı çalışmada çakma hormonsuların, meme genetik işleyişi (epigenetik) üzerinde de doğal hormonlardan çok daha güçlü ve başka türde değişimler ortaya çıkardığı izlenmiş. İşte, iki ay içinde yukarıdaki şekilde gördüğünüz çılgın hücre büyümesine neden olan kimyasal hormonlar, doktorunuza *"Hormon mu? Sakın ha!"* dedirten WHI çalışmasında kullanılanların aynısı. Sonra da ne oluyor? *"Hormonlar kanser yapıyor!"* oluyor. *"Sakın ha!"* oluyor.

Meme kanseri içinse, Frankenstein progestinler ile gerçek progesteron arasındaki fark gündüz ile gece gibi (REF.18-19-20). Progestinlerin yani progesteron taklidi hormonsuların bu sabıkalarından bahsettiğinizde size "yeni jenerasyon" progestinler için bu risklerin geçerli olmadığını söyleyen iyimser doktor arkadaşlar olursa bu ifadeye lütfen şüpheyle yaklaşın: Bir çalışmada "yeni jenerasyon" *noretisteron*, menopoz sonrası kadınlarda "Ata Frankenstein" *medroksiprogesteron asetat*'tan tam 2 kat daha fazla meme kanserine neden olmuş (REF.21).

Doktorunuza, *"Neden bu hormonların doğal, gerçek formları yerine taklit sentetik olanlarını kullanıyorsunuz?"* diye sorunuz. İnanılır gibi değil ama, alacağınız cevap standarttır: *"Bunlar da aynı, aynı etkiye sahip. Hem diğer, doğal dediklerinizle ilgili çalışmalar yetersiz."* (!) Bizim baktığımız noktadan ise gerçekte "yetersiz" olan başka bir şey gibi görünüyor.

KADIN TÜRÜNÜN ÜSTÜNDEKİ LANET: WHI ÇALIŞMASI VE DÜNYADAN UZMAN GÖRÜŞLERİ

• Hormon tedavisinin en kötü ve cahilane yapıldığı, taklit sentetik hormonsuların kullanıldığı çalışmalarda bile görülen meme kanseri artışı, dünyanın belki de en ünlü kadın hormonları uzmanı Dr. *Leon Speroff*'un deyimiyle "inanılmaz ölçüde düşüktü ve belki de gerçek değildi". Meme kanser riskindeki artış, medya tarafından topluma ve tıp dünyasına aşırı abartılı ve yanlış olarak yansıtıldı.

• Son 10 yılda dünyadan birçok uzman, özellikle menopoz sonrası ilk 10 yıl içinde ve doğru uygulanmak kaydı ile hormon tedavisinin kadınlarda çok sayıda ölümcül rahatsızlığı geciktirdiğine işaret ederek, kadınlar bundan mahrum bırakıldığı için yüz binlerce kadının gereksiz yere erken hastalandığı ve öldüğüne dikkat çekti.

• Aşırı abartılı ve medyatik biçimde ilan edilen hormon korkusunun ulaştığı boyut, bugün hâlâ doktorları son gelişmeleri değerlendirip uygulamaktan, hatta bunlar hakkında tartışmaktan bile alıkoyuyor.

• Olan, akılcı ve bireye özgü bir hormon desteğinden mahrum kalan kadınlara oluyor.

WHI çalışması ile ilgili sorunlar, çalışmada kullanmak için hormonlar yerine *hormonsuların* seçilmesi ile bitmiyor. Bilimsel açıdan bakıldığında, çalışmanın tasarlanmasından yapılışına, verilerin yorumlanmasından sonuçların duyurulma biçimine dek, birbirinden felaket metot hataları ve bilimsel eksikler var. Evet, WHI büyük bir çalışma ama deveye sormuşlar ya *"Neren eğri?"* diye. O da *"Nerem doğru ki?"* diye yanıt vermiş. WHI çalışması da "büyük", ama doğru hiçbir tarafı yok.

Topluma yönelik yazılmış bu kitapta bunların tümünü *bilimsel planda* tartışma olanağımız ne yazık ki bulunmuyor. Bununla birlikte, kitabın sonundaki "Referanslar" kısmı, okumak ve anlamayı samimiyetle isteyen her doktor için hizmete hazır. Bu bölümlere çok fazla sayıda referans özellikle koymadım ki okuyucu için itici olmasın, içinde kaybolmasın. *Dinlemek ve anlamak isteyen* doktor arkadaşlara bilimsel toplantılarda bunları anlatma fırsatı bulabildiğinizde itiraz edebilenin de neredeyse hiç çıkmadığını söylememe izin verin.

Daha önce, hormonsularla yapılmış olan dev *WHI çalışmasının* hormon tedavisi konusunda maalesef bir kilometre taşı olduğundan söz etmiştik. Bu çalışma, sonuçlarının *2002 yılında basına alelacele, yalan yanlış, aşırı abartılı bir olumsuzlukla yansıtılması ve basının da "insanın köpeği ısırdığı" bu haberi alıp gole çevirmesi sayesinde yarattığı panik ortamı ve suçluluk duygusu* ile, *hormon konusunda o günden bugüne tıp camiasının beyninin fişini çekmiş olan bir çalışmaydı.* Biz aşağıda, aradan geçen yıllarda dünyaca ünlü bazı doktorların günümüzde bu çalışmaya daha sakin kafayla baktıklarında nasıl yorumladıklarının örneklerini de vereceğiz.

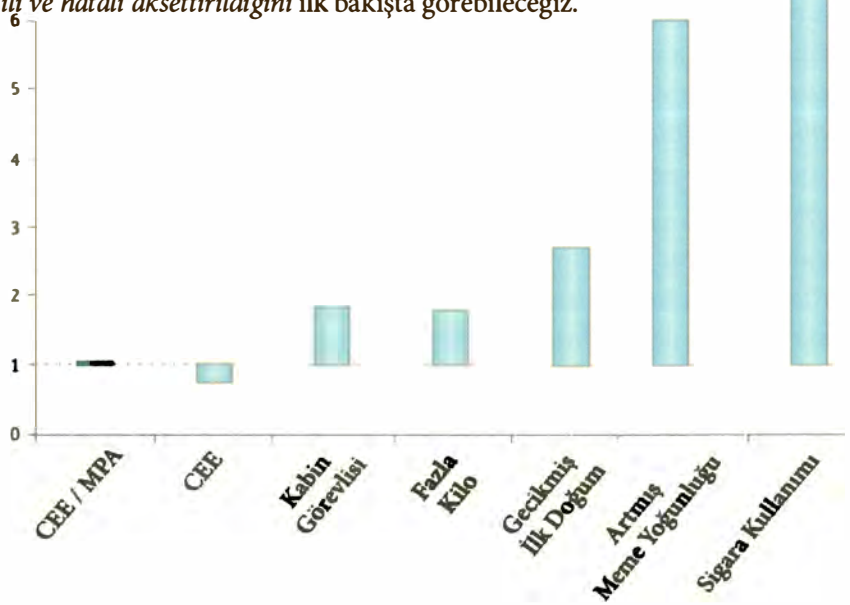
Bu dev çalışmanın içindeki 10 binden fazla kadına Frankenstein progestin verilmemişti. Bunlar sadece estrojen kullandılar. Şimdi bakın bu kadınlarda sonuçlar nasıl çıktı: Yıllar sonra veriler tekrar incelendiğinde, Frankenstein progestinden korunan *bu kadınlar içinde tedaviye erken olarak*, yani 50-60 yaşları arasında *başlamış olanlarda "meme kanseri de dahil olmak üzere"* koroner kalp hastalığı, kalın bağırsak kanseri, akciğer damar tıkanması, kemik erimesi ve kalça kırığı, inme (felç), Alzheimer ve diyabet gelişimi rahatsızlıklarının *tümünde* ve *her tür neden* dahil olmak üzere tüm ölümlerde ciddi azalma olduğu görüldü! (REF.22)

Bu kadınlarda estrojenle birlikte gerçek progesteron kullanmamak bir hataydı. Buna rağmen, at estrojenleri bile kullanmış olsalar, bunları ağızdan almış bile olsalar, *Frankenstein* progestinden sakınarak hormon desteği almak bu kadınları hastalıklar ve her türlü ölüm nedeninden kurtarmaya ve yaşamlarını uzatmaya yetmişti!

WHI sonuçları alelacele basına açıklanarak dünya doktorları ve kadınlarını kalıcı bir paniğe ve beyin felcine mahkûm ettiğinde, bırakın hormon/hormonsu ayrımını ya da bunları ağızdan/ciltten vermeyi, sonuçlar basına *panikle açıklandığında* ne "sadece estrojen" verilen grup ile estrojen+*Frankenstein* progestin verilen grup ayrı ayrı incelenmişti, ne de 50-60 yaş arası tedavi başlananlar ile 70-80 yaş arası başlananlar ayrı ayrı! *Elmalar, armutlar, çürük elmalar ve karnabaharlara birlikte sayım uygulanmıştı.*

WHI sonuçları, veriler bile doğru dürüst incelenmeden 2002 yılında medyaya panik halinde açıklandığında, kimse hiçbir şeyin farkında değildi. Ama toplumdaki panik kalıcı oldu. Doktorların haklı olarak *"Ben bu ortamda hormonlara elimi sürmem arkadaş, neme lazım"* tavrı kalıcı oldu. *Tıp dünyasının büyük bölümünün kafası ve bilgisi hâlâ 2002'de kaldı. O günden bugüne gereksiz yere yüz binlerce kadının yaşam kalitesi düştü, hızla çöktü, erken hastalandı ve aramızdan erken ayrıldı.* Araştırma sonuçları bu konuda net.

Frankenstein progestinlerin kullanıldığı kadınlarda ise meme kanseri riski "artmıştı". Bu doğru. Şimdi gelin ne kadar artmış, az mı çok mu bunu anlamak için hep birlikte Şk.16'yı alıcı gözle inceleyelim. *Nature Reviews Endocrinology* dergisinde 2017 yılında yayımlanan *"Hormon tedavisi: Günümüzün yaklaşımı"* adındaki bir incelemeden (REF.27) adapte ederek aldığımız bu grafik, bazı durumlar için bir kadında meme kanseri riskinin ne kadar arttığını –ya da azaldığını– gösteriyor. Grafiğin rakamlar yerine sütunlarla hazırlanmış olması sayesinde, *hormonsu* kullanıldığında bile *meme kanseri riskindeki bu artışın medyada ne denli inanılmaz ölçüde abartılı ve hatalı aksettirildiğini* ilk bakışta görebileceğiz.



Şekil.16 Meme kanseri riskinde artış.
Cetvelde "1" rakamı riskin aynı kaldığını gösterir. "3" rakamı 3 kat arttığını

Örneğin *geç çocuk sahibi olmanız* durumunda meme kanserinin kaç kat arttığını anlamak için o sütunun yüksekliğine bakarsak, çocuk doğurmayı ertelemenin bu riski ciddi oranda artırdığını görüyoruz. Eminim size *"Biliyorduk ama bu kadar olduğunu bilmiyorduk"* dedirtmiştir. Bu tür grafikler, anlatılan bir gerçeği rahatça görebilmemiz için genellikle bir yığın karışık rakamdan daha yardımcıdır.

Grafikte *fazla kilolu olmak* ve *uçak kabin görevlisi olmak* durumlarının da istatistik olarak meme kanseri riskini oldukça artırdığı görülüyor.

Gelelim en soldaki, "çocuk doğurmakta gecikmek" ya da "fazla kilolu olmak" sütunları ile kıyaslandığında meme kanserinde ancak *belli belirsiz bir sütun şeklinde, varla yok arası bir çizgi halinde* görülen "CEE+MPA" denen duruma. Bu ne biliyor musunuz? Bu da, WHI çalışmasında en cahilane biçimde kullanılmış olan en kötü hormonlar, yani estrojenler ve MPA denen *Frankenstein progestin* kullanılması sonucu meme kanserinin arta arta ne oranda artabildiğini gösteriyor! Evet, aynen böyle!

Sakın bu kadarlık da olsa meme kanseri riskindeki bu artışı küçümsediğimi düşünmeyin. Lütfen siz de küçümsemeyin. Küçük de olsa benim meme kanseri riskim neden artsın? Aksine azalsın! Bununla birlikte, aşağıda ifadelerini okuyacağınız dünyaca ünlü uzmanların belirttiği gibi, bu risk yaygın şehir (ve tıp) efsanesinden bize yansıyan boyutta bir risk olmaktan çok ama çok uzak. *Üstelik bu "belli belirsiz sütun", WHI'da kullanılan "en kötü çeşit hormonsuların, her yaşta kadına aynı hapı ezbere veren bir cehaletle uygulanması sonucu" ortaya çıkmış olan risk oranı.*

Biz de sanıyoruz ki meme kanseri riskinin bir numaralı sorumlusu hormonlardır. 15 yıldır neredeyse hiç hormon replasmanı yapılmamasına rağmen meme kanseri nasıl olup da hâlâ hızla artıyorsa!

Peki, ikinci sırada bulunan ve aşağı doğru uzanan, yani meme kanseri riskinde düşmenin izlendiği durum ne ola? Bu da, WHI çalışmasında *sadece estrojen* kullanılan ama *Frankenstein* progestinler *kullanılmayan* kadınlarda artmayıp aksine düşen, üstelik de belirgin olarak düşen meme kanseri riskini gösteriyor.

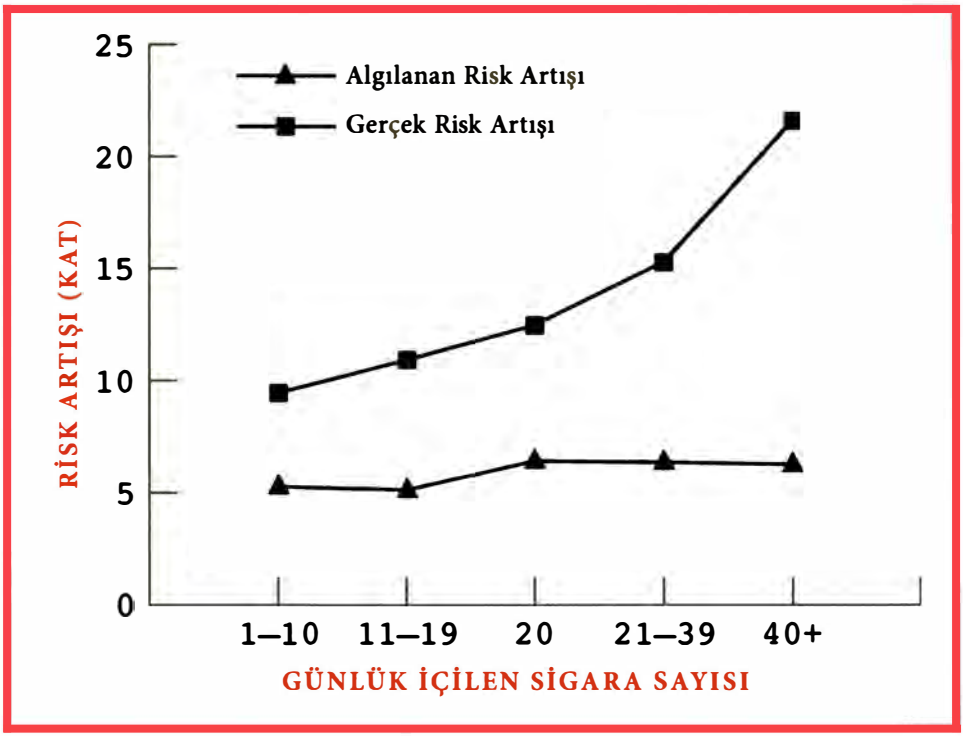
Bu tablodan çıkaracağımız ders, bazı çalışmalardan çıkarılan istatistik sonuçları anlamlandırmadan halka sansasyonel biçimde açıklamaya kalkışırsak, yaratacağımız şehir efsanesinin artık bizim kontrolümüzden de çıkabileceğidir.

Yıllar önce, sene 2004 olmalı, bir jinekolog arkadaşıma "Hormon replasmanı yapıyor musunuz?" diye sormuştum. *"Bıraktık"* diye yanıt vermişti. *"Hastalar bizden önce bıraktı"* diye de eklemişti. 2002 yılındaki sorumsuz medyatik duyuru gerçekten de etkili olmuştu!

Bir karşılaştırma yapabilmeniz için, basitleştirdiğimiz grafiğin orijinalinin yanına biz bir sütun daha ekledik. *Sigara içmenin akciğer kanseri riskini artırdığını hepimiz biliyoruz. Bu da en sağdaki sütunda. Şimdi lütfen bunu soldan birinci sıradaki, WHI'da "artan" meme kanseri risk sütunu ile karşılaştırın.*

Çevremizdeki birçok şeye ilişkin algımız, kendi kişisel yaklaşımımıza ya da o konuda bizde yaratılmış olan izlenime bağımlı. *"Sigara içmenin akciğer kanseri riskini artırdığını hepimiz biliyoruz"* dedik ama, örneğin bu riski acaba kendi gerçekliğine uygun düzeyde mi algılıyoruz, yoksa gerçekte olduğundan çok daha mı abartılı, ya da bu riski gerçekte olduğundan çok daha az olarak mı algılıyoruz? Amerika'da yapılmış bir araştırma bize bu konuda son derece ilginç veriler veriyor (REF.22B).

Sigara içenler arasında *"Sizce günde kaç adet sigara içilirse akciğer kanseri riski kaç kat artar?"* diye bir anket yapmışlar. Günde birkaç tane sigaradan 40 taneye, yani iki pakete kadar çıkıldığında, *sigara içenlere soracak olsanız* riskte pek de önemli bir fark ortaya çıkmıyor. Bunu grafikte üçgenler ile işaretlenmiş hat üzerinde görüyoruz. Bir de işin gerçeğine bakalım, bu da kare kutularla işaretlenmiş hat. Gördüğünüz gibi, hem gerçek risk onların zannettiğinden çok çok daha yüksek, hem de içilen sigara sayısı arttıkça bu risk katlanarak artıyor. Özellikle bir paketin üzerine çıkıldığında 20-25 kat artan bir risk görüyoruz! Üstelik bu araştırmada verilen yanıtlara göre, sigara içenlerin %51'i egzersiz yapmanın sigaranın zararlı etkilerini ortadan kaldıracağına, %28'i vitaminlerin sigaranın etkilerini sileceğine, %13'ü *"birkaç yıl sigara içmenin bir zarar vermeyeceğine"*, %36'sı ise *"akciğer kanserinin her şeyden çok genetiğe bağlı olduğuna"* inanıyorlarmış!



Şekil.17 Sigara içenlerin risk algısı ve gerçek akciğer kanseri riski

İster profesör doktora, ister sokaktaki kadına, kime sorsanız sanki hormon kullanmak sigara içmekten daha beter kanser yapar gibi bir hava var! Eşi fosur fosur sigara içen bir doktor arkadaş, bizim –üstelik biyoeşdeğer– hormon kullandığımızı duyunca gözleri dehşetle açılıp kaşları çatılarak *"Ama bunlar kanser yapmıyor mu?"* diyebiliyor. Halbuki bizim Fonksiyonel Tıp Akademisi olarak elimizi bile sürmeyeceğimiz at estrojenleri ve *Frankenstein* kimyasallar kullanılsa bile ortaya çıkan meme kanseri riskinin, sigara içenlerin –daha ölümcül bir kanser olan– akciğer kanseri riskine karşılık durumu Şk.16'da görülüyor. Ne yapalım yani, böylesine bir şehir efsanesi karşısında görmezden mi gelelim? Mahalle baskısı var diye susalım mı?

Bu karşılaştırmayı yaparken de estrojen ve progesteronun kalp-damar sistemi, beyin, kemik, cilt, seksüel fonksiyon, diyabet, yemek borusu ve kalın bağırsak kan-

serinin de arasında bulunduğu bir dizi organ ve hastalık adına koruyucu etkilerini sigaranın hanesinde aksi tarafa yazacağımızı da hatırlayalım.

Lütfen yanlış anlaşılmasın. Lütfen kasıtlı olarak da yanlış anlaşılmasın, olmaz mı? Biz burada ne demek istiyoruz? *"Kanser riskindeki ufak artışları boş verin"* mi diyoruz? *"Bilinçsiz bilgisiz hormon kullanın, merak etmeyin hiçbir şeycikler olmaz"* mı diyoruz? Tabii ki *hayır*. Fakat, hormon replasmanı ve meme kanseri riskindeki yükselişe ilişkin *şehir efsanesindeki akıl almaz abartının* boyutunu orta yere koymak ve *kral çıplak* demek istiyoruz. *Sigaranın akciğer kanseri yapmasından daha meşhur edilen "hormonun meme kanseri yaptığı" hikâyesini gerçek boyutuna indirip gözle görülür hale getiriyoruz.* Tekrar edelim: Bu küçük risk de, en kötü kimyasal hormonun en fabrikasyon ve en cahilane uygulanmasıyla olan biten risk!

Söylemeye gerek bile olmamalı: Bir doktor, hormonlar konusunda üst düzey eğitim almış ya da kendini yetiştirmiş değilse, hormon düzeylerini *ve metabolizmasını* yetkinlikle takip edecek durumda değilse, hormonsu kullanımından ibaret klasik eğitimi ne olursa olsun, hormon tedavisine hiç girişmemesi doğrusudur. Bunu takip edecek olan cümleyi yazarken bile rahatsız olacağım ama gene de yazayım: *Sakın, ama sakın, doktor gözetimi olmadan kendinizce ya da eczacı, diyetisyen, sağlık koçu, hemşire, "kozmetik uzmanı", neticede hekim olmayan herhangi birinin "gözetiminde", herhangi bir hormon kullanmaya başlamayı aklınızın ucundan bile geçirmeyin! Hormonlar B12 vitamini değildir.*

Bir dipnot olarak, *biyolojik mantıkta "sadece estrojen" kullanmak "daima" bir hatadır.* Kadının sağlıklı ve sağlığı destekleyen yıllarında estrojen ve progesteron (tabii *gerçek* progesteron!) daima birbirine eşlik etmiştir. WHI gibi büyük ama değersiz bir çalışmada meme kanseri düşmüş diye, progesteron olmadan estrojen kullanmak, tartışmasız olarak yanlış olur.

Özetle: *"Hormonsular"* meme kanserini çok az da olsa artırıyor, evet. Ama WHI'da olduğu gibi en fabrikasyon ve en cahilane kullanımda bile bu risk, sigara içmekten *yüzlerce kat* daha az! Kendimiz, eşimiz bir yandan sigara içerken ya da hastamıza sigara içip içmediğini bile sormazken, nasıl oluyor da doğal hormon kullanımından vebadan kaçar gibi kaçar halde olup da *"Hormon mu? Sakın ha!"* tepkisi verebiliyoruz? Bunun yanıtı medya yanıltmasının, mahalle baskısının ve "medikolegal korkuların derin baskısında" saklı.

Her şeyin sonunda, WHI çalışmasında üstelik en kötüsünden hormon kullanmış olan kadınlar günümüze dek, yani 18 yıl boyunca izlendiklerinde, bu kadınlarda kalp-damar olsun kanserler olsun, tüm nedenlerden ölümlerin *artmadığının* anlaşıldığı, 2017 Eylül'ünde *JAMA* dergisinde yayımlanan bir araştırmada duyuruldu (REF.22A). Duyuruldu da ne oldu? Gazetelerde yalan habere karşı yayımlanan tekziplere ne oluyorsa o oldu.

Aşağıdaki satırlarda WHI sonuçlarının alelacele, sansasyonel biçimde duyurulmasının doğurduğu yanlış sonuçlardan aynen bizim gibi yakınan dünyaca ünlü uzmanların görüşlerini okuyacaksınız. Onların da, bir doktor ve kadın neslini birlikte *mundar eden* WHI lanetinden yakındıklarını göreceksiniz.

2002 yılında sonuçları açıklanan WHI çalışmasının başındaki ana yönetici *Dr. JoAnn Manson* idi. Taklit hormonsular kullanılan bu "büyük" çalışmaya ait ilk paniğin atlatılıp da, verilerin sakin bir gözle incelendiği yıllara, 2016 Ağustos ayına gelindiğinde, *New York Times*'da kendisiyle yapılan bir röportajda bu kişi bile aynen şöyle diyordu:

"WHI sonuçları ciddi olarak yanlış anlaşıldı ve yanlış yorumlandı. Hormon tedavisinin yararlarının risklerinden açıkça üstün olduğu 'milyonlarca kadın gereksiz olarak bu destekten mahrum' kaldı."

Aynı röportajında kullandığı bir başka ifade de şuydu:

"Hormon replasmanı sarkacı biraz fazla uzağa sallandı."

Dilerseniz biz Bayan Manson'ın *Amerikanca* ifade ettiğinin Türkçe tercümesini yazalım: *"Kantarın topunu biraz fazla kaçırdık"* demek istemiş!

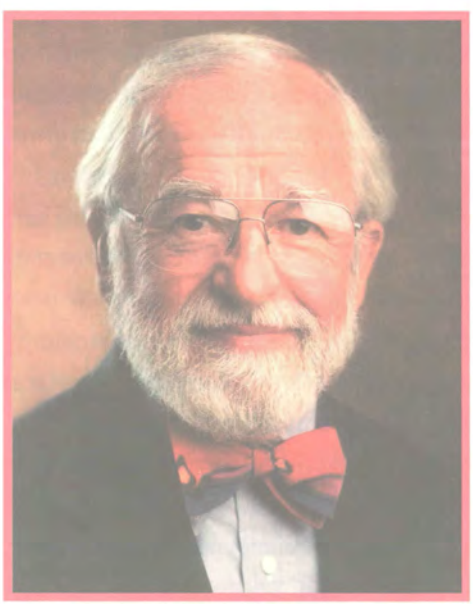
Aynı *Dr. JoAnn Manson*, 2017 yılındaki bir röportajında da *"Birçok kadın için, menopozdan 10 yıl geçmemiş olmak ve 60 yaşın altında olmak kaydı ile hormon tedavisinin yararları risklerinden üstündür"* deyip aynen şu sözlerle adeta günah çıkarıyordu:

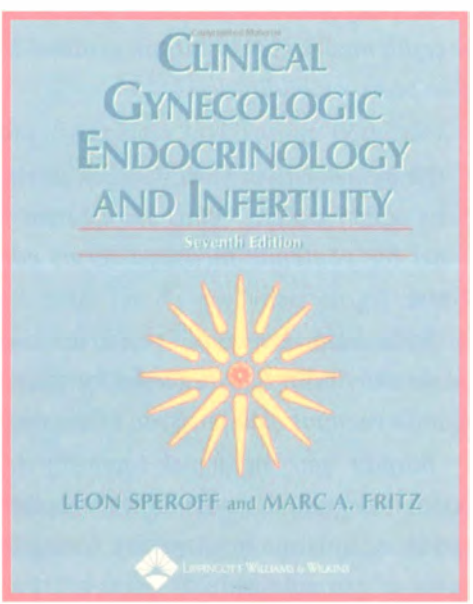
"Yanlış bilgilendirilmiş olmaları nedeniyle bir kadın nesli etkin bir hormon tedavisi şansını kaçırmış oldu. Şimdi 2002'yi (WHI) unutup neler biliyoruz bakma zamanı."

Gecikmiş özür diye işte ben buna derim!

Meşhur Amerikalı doktor *Leon Speroff*'un (Şk.18) *Jinekolojik Endokrinoloji* adında bir klasik kitabı vardır. Dünya jinekologlarının kadın hormonları konusundaki "kutsal ders kitabı" diyebileceğimiz, *dünyanın bu belki de en meşhur jinekoloji kitabının yazarı Leon Speroff*, 2006 yılında artık WHI çalışmasının foyasının meydana çıkmaya başladığı yıllarda *Obgynnews* dergisinin 1 Ekim 2006 tarihli sayısında kendisiyle yapılan bir röportajda (REF.23), *o konumdaki birinin kullanması beklenebilecek en açıksözlü anlatımla* konuşuyordu:

"Bugün itibarı ile bu çalışmanın sınırlarını da, medyadaki yansımalarının yanlış olduğunu da biliyoruz. WHI'a ilişkin duyurusu yapılan riskler gerçekte inanılmaz ölçüde düşüktü ve belki de gerçek değildi (Incredibly small and perhaps not real)."





Şk. 18 Dünyada kadın hormonları konusu ile ilgilenen belki de herkesin bildiği bir isim: Dr. Leon Speroff

Ne demek istiyor satır aralarında *Dr. Leon Speroff* bile? *"Ne demek çalışmanın sınırları?"* Açıklayalım. *"Kadınların üçte ikisi 60-80 yaş aralığında, yani menopoza gireli on yıllar geçmiş olan bir çalışmanın sonuçları, ancak menopozdan on yıllar geçmiş olan kadınlar için geçerlidir. 50-60 yaş arasında ya da menopoza yeni girmiş kadınlara uygulayamazsınız"* mesajını veriyor. *"Bu çalışmada kullanılan sınıftaki hormonlar, başka moleküllere genellenemez"* diyor.

Başka ne diyor? *"Arttı diye dünyayı ayağa kaldırdığınız meme kanseri riskindeki artış, şimdi sakin gözle bakınca aslında son derece küçüktü ve belki de gerçek bile değildi"* diyor.

Devam ediyor Leon Speroff:

"WHI sorunlarla dolu idi: Tanısal ve seçim kriterlerinde 'tarafgirlik', çalışma yürütülmekte iken dahil edilen ve özellikle çalışmadan çıkanların büyük oranlara ulaşması, medyaya berbat biçimde yapılan duyurular, 'uzmanlarca' yalapşap yorumlar ve çeşitli meslek kuruluşlarının medikal-legal korkuların derin etkisi altında yazılmış olan pozisyon bildirgeleri."

Ne demek istiyor yani, "bu çok önemli açıklamada" meşhur Leon Speroff? Biz daha açık yazalım: *"WHI sonuçlarını yalapşap yorumladınız ve rezalet sansasyonel bir yöntemle medyaya servis ederek bir hormonofobi ortaya çıkardınız"* diyor.

Ya sonraki *en önemli ve en kritik* ifadesi nedir Dr. Speroff'un? *Lütfen dikkatle tekrar okuyunuz: "Çeşitli meslek kuruluşlarının, mediko-legal korkuların derin etkisi altında yazılmış olan pozisyon bildirgeleri."*

Burada "şair" ne demek istemiştir dersiniz? Neden kadın doğum doktorunuz, bu kitapta yazdıklarımızı bilimsel toplantı ortamında çok çok daha ayrıntılı olarak kendisine anlatma fırsatını bize verdiğinde, her anlatılanı mükemmelen anlıyor ve kabul ediyor ama gene de "elini hormonlara sürmekten" çekiniyor? İşte *Dr. Leon Speroff* burada hepimize tam olarak bunu ifşa ediyor!

İlaç sektörünün *en kibar deyimle* "etkisi altındaki" *Kuzey Amerika Menopoz Derneği (NAMS)* başta olmak üzere meslek örgütleri, dünya jinekologlarına *"Şöyle şöyle durumlarda tedavi böyle böyle olmalı, yoksa mesleğini yanlış yapıyorsun demektir. Bilimsel değilsin demektir"* kıvamında ilan ettikleri meşhur *pozisyon bil-*

dirgelerinin ("kılavuzlar") "kadınların sağlığı ve bilim gözetilerek değil, mahalle baskısının etkisinde ve tazminat davalarının korkusu altında yazıldığını" dünya yüzündeki belki de en yetkin ağızdan itiraf ediyor.

Bana sorarsanız Kuzey Amerika Menopoz Derneği, kendisinin WHI işinde başından beri kör parmağım gözüne hatalı tutumundan hesap sorulmasından, *"Neden bu işe yanlış yoldan çıktınız, neden 'yalapşap' yanlış yorumladınız ve neden bu yanlışta bunca zaman ısrar ettiniz, neden hormonsu verdiğiniz bunca kadını felç ve Alzheimer ve az oranda da olsa artan meme kanseri yapıp, daha sonra da milyonlarca kadını gerçek hormonların doğru yolla kullanımından mahrum ve bunca kadını mundar ettiniz?"* sorularından kaçmak için yan çiziyor.

İsminiz koskoca *Dr. Leon Speroff* ise, tabii ki benim konuştuğum kadar açık konuşamazsınız ama, üstadın söylediklerinin *"meali"* de tam olarak budur! Ne anlama gelebilir *çeşitli meslek kuruluşlarının mediko-legal korkuların derin etkisi altında yazılmış olan pozisyon bildirgeleri*?!

Devam ediyor Dr. Speroff:

"Bana soran doktorlara bugünkü duruma ilişkin şunu söylüyorum: Elimizde kesin randomize çalışmalar olana kadar -ki sonsuza dek olmayabilir- hastanın tercih ettiği yol doğru olandır."

İşte burada Leon Speroff'un neye işaret ettiği (ya da neyi itiraf ettiği) *de çok ama çok önemli*: *Bu konuda elimizde randomize çalışmalar "sonsuza dek olmayabilirmiş"!* Neden olmayabilirmiş peki elimizde, *randomize çalışmalar*? *Üstelik de sonsuza dek?* Bilimadamlarının elini tutan mı var?

Evet öyle, var! Sorun da zaten burada.

Çünkü, burada *Speroff*'un kastettiği türden WHI gibi büyük çalışmalar günümüzde *milyarlarca* dolardan aşağıya mal olmuyor. Hiçbir ilaç firması çıkıp da patentini alamayacağı doğal hormonlar için WHI cesametinde bir çalışmaya sponsor olmayacağına göre, insanların daha sağlıklı yaşlanması ise *"İlaç Fabrikaları-Dev Hastane Kompleksleri-Gıda Endüstrisi"* denen Bermuda Üçgeni'ni mutlu etmeyeceğine göre, biyoeşdeğer hormonlar için bu büyüklükte bir çalışma *"sonsuza dek"* yapılamayacaktır. Speroff'un sözlerinin *direkt tercümesi* budur.

Bu da ne getirecektir: Tabii ki şu ana kadar ne getirmişse ondan başka bir şey değil. Yani? Size olanca açıklığıyla söyleyeyim. Kimse kusura bakmasın: Dünya yüzünde yenilikleri takip etmeyen, düşünmeye ve öğrenmeye üşenen, kendi branşında olsun araştırmaları didik didik okuyup yorumlamak yerine "meslek örgütlerinin" kılavuzlarının eline bakmanın konforuna alışmış, yanlışını/eksiğini görüp düzeltecek cesareti olmayan, hastaya biyoeşdeğer hormonlar verip bunların düzey ve metabolizmasını bireye özgü takip etmek için bilgisi, öğrenmek için ilgisi, zamanı ve niyeti olmayan, *"Her gün bir tane şu kırmızı haptan yutacaksın"* kolaylığına alışmış ne kadar jinekolog olan olmayan doktor arkadaş varsa, biyoeşdeğer hormonlarla onlarca yıldır yapılan onlarca küçüklü büyüklü çalışmalardaki kanıtları görmezden gelip hep bir ağızdan *"Hepsi iyi hoş amma bu sizin biyoeşdeğer hormonların güvenilirliği de büyük randomize çalışmalarla ikna edici biçimde ispatlanmadı ki canım. Ben anlamam vallahi, şöyle şöyle bir kanıt isterim"* plağına uzanıp iğneye takacak, derin bir nefes alıp rahat koltuklarına kurulacaklar. Nasıl olsa *Leon Speroff*'un da belirttiği gibi *"cehennem buz tutana kadar"* bu cesamette bir çalışma, biyoeşdeğer (gerçek) hormonlar için yapılamayacaktır. Hiç endişeye gerek yok. *Polikliniğe bir orta kahve lütfen!*

Bunun yanında, doktorların beyninin fişini çekmeyi başaran berbat WHI çalışmasına baktığınızda sanırsınız ki, çalışmayı tasarlayan "bilim" insanları kadın hormon fizyolojisinden tamamen habersizler. Hayatlarında hiç kadın görmemişler. Şimdi de diş ağrılarını geçirmek üzere *Gripin* üzerinde çalışıyorlar: Çalışmaya alınan 23.327 kadın arasında 78 yaşında olan da vardı, 42 yaşında erken menopoza giren de! 35 yaşında ameliyatla yumurtalıkları alınan da vardı, 54 yaşında kendiliğinden menopoza giren de. *Bu kadınlar biyolojik olarak, hele hele hormonal olarak birbirinden çok ama çok farklı canlılar olmalarına rağmen, bu "fabrikasyon" çalışmada tümüne aynı uyduruk hormon taklitleri aynı dozda verildi!* Buna verebileceğiniz tepki az sayıdadır: Gülseniz de olur, ağlasanız da. İkisine de kimse bir şey diyemez.

İşin Türkçesi, *"İlaç şirketlerinin fabrikasyon haplarını herkese birer tane yutturmaktan ibaret bir hormon replasmanı tasarlamamız lazım. Bu amaçla işi iyice basite indirgememiz gerekiyor"* denilince ortaya gerçekten o kadar basit bir çalışma çıkmış ki, tutup 79 yaşındaki kadına da, 39 yaşındaki kadına da *"Haydi çocuklar hormon replasmanı yapıyoruz"* diye aynı hormonsuyu aynı dozda vermişler! Bu

nasıl olabilir? Bu iki kadına her şeyi aynı verecek olsan da, *hormonu* nasıl aynı miktarda verirsin? Bu kadınları nasıl aynı sepete koyar da çalışma yaparsın?

Yanıt açık: Fabrikasyon olsun, yani ilaç fabrikası sistemine uyum sağlasın diye.

Dikkat buyurun: Bu kadınları –hormonal açıdan– yalnızca yaşa bağlı olarak da sınıflayamazsınız. 58 yaşında bir kadın henüz 3 yıldır menopozda iken, bir başka 58 yaşındaki kadın ameliyatla ya da kendiliğinden menopoza gireli 20 yıl olmuş olabilir! Yaptığın çalışmada bunların hiçbirini gözetmeden kadınların hepsine aynı suni hapları aynı dozlarda vermişsin. *Hem ortaokul biyoloji öğrencisi çocuğun yapmayacağı hatalar yapacaksın*, hem de bizler *"Hormon tedavisi bireye özgü olmalı"* dediğimizde *"Hormon tedavisinde bireye özgü davranmanın gereği bilimsel çalışmalarla kanıtlanmadı"* plağını iğneye takacaksın! Yıllardır aklımızla alay ediliyor ve kadınlar gereksiz yere erken çöküyor, hastalanıyor, felç, koroner hastalık, Alzheimer ve kanserlerden hayatını daha erken kaybediyor.

Hormon tedavisinin "bireye özgü olmasına" neden gerek yok (!) onu da söylememe gerek var mı? Tabii ki fabrikasyon olsun, yani ilaç fabrikası sistemine uyum sağlasın diye.

Kuzey Amerika Menopoz Derneği'nin çok değerli koskoca jinekoloji profesörleri sanmıyorum ki beni işitsinler. Ben gene de soracağım: WHI gibi çalışmalarda kadınlara hormon desteği verdiniz. Tamam. Herhalde 50-60-70-80 yaşındaki bu kadınları *Marilyn Monroe* yapacak kadar hormon vermeye niyetlenmediniz. Peki ne kadar verdiniz? *"Beyinleri erimesin, kemikleri erimesin, sıcak basmaları olmasın yeterli"* olacak dozda verdiniz. Harika, buraya kadar da tamam. (Bu arada, *"Neden normal kadındaki kan düzeyleri olacak kadar verdiniz?"* demedim. Çünkü anlatmıştık: Bu hormonsu ilaçların *"normal kan değeri"* diye bir şey yoktur.)

Peki sonra ne oldu? Sekiz yıl sürmesi planlanan araştırmayı tamamlayamadınız bile: Az da olsa artan meme kanserleri ve çok fazla artan damar tıkanıklıkları yüzünden beşinci yılda araştırmayı sonlandırdınız. Bunu da anladık. *İyi ama aklımıza takılıyor, sormayalım mı*:

Sizin verdikleriniz "eğer" *gerçek* insan hormonu ise ve bunlar beş yıl içinde insanı kanser ve kalp hastası yapıyorsa, bildiğimiz kadın cinsi 13 yaşından 53 yaşına kadar, yani *beş yıl değil, sekiz yıl değil, tam 40 yıl boyunca* bu hormonların *onlarca*

kat daha yüksek düzeyleri kanlarında dolaştığı halde nasıl oluyor da yaşıyorlar? Nasıl oldu da insan nesli sona ermedi?

Nasıl oluyor da, kanlarında bu hormonların en yüksek düzeyde olduğu 20-35 yaş arasında üstelik en sağlıklı yıllarını geçiriyorlar?

Nasıl oluyor da, hamile kalındığında şu meme kanseri yapan (!) kadın hormonları kanda *onlarca kat* arttığı halde, bir kadın hamile kalırsa meme kanseri riski düşüyor?

Nasıl oluyor da, kadınların MS (Multiple Skleroz) başta olmak üzere otoimmun hastalıklarının pek çoğu gebelik esnasında rahatlıyor? (REF.24-25)

Nasıl oluyor da, siz "hamilelik düzeyinden yüz katı düşük dozları sadece birkaç yıl" kullandığınızda bile bu kadınların sağlığını bozdunuz?

Çünkü sizin kullandığınız hormon falan değildi. *Hormonsuydu!*

Verdiklerinizin gerçek hormon olmaması bir yana, onları tabiata uygun yoldan da vermediniz. Bu hormonların doğal veriliş yolu ya ciltten krem şeklinde sürmek, ya vajinaya fitil olarak uygulamak (ki bu da "deriden" uygulamadır) ya da çok nadiren enjeksiyon olarak yapmaktır. Ancak bu yolla, bu tür hormonlar sindirim sisteminden geçmeden, karaciğerde değişime uğramadan doğrudan kana emilirler, kalbe ulaşırlar ve oradan da tüm vücuda dağılırlar. WHI çalışmasında (ve hâlâ günümüzde!) *bu hormonlar "doğaya aykırı biçimde" ağızdan hap şeklinde verildiği için karaciğerden geçerek kanda pıhtılaşmayı artırıyor. Kalp krizlerine, beyin damarlarında tıkanıklıklara ve sonuçta felçlere yol açıyor.*

Ağızdan kullanmayacak olursanız, *nedeni ortadan kaldırdığınız için*, doğaya saygı gösterdiğiniz için, aynen kadınlarda 13-53 yaş arası 40 yıl boyunca olduğu gibi bu risk de ortaya çıkmıyor. Eğer hormona başlamak için on yıllar boyunca bekleyip de kadında damar sertliğine neden olmadıysanız, hormon kullanmak kalp-damar risklerini tam aksine azaltıyor (REF.26). Bu *çok önemli* farktan *"Bu hormonları ağızdan mı almalı, cilde mi sürmeli?"* adını taşıyan bölümde daha ayrıntılı söz edeceğiz.

Biyoeşdeğer hormonlarla yapılmış onlarca büyüklü küçüklü bilimsel araştırma var. Bunların kimisi doğal hormonların *hücredeki* etkilerini moleküler biyolojik ya da genetik planda, bazıları kalp ve dolaşım, beyin ya da meme üzerindeki etkilerini *hayvanlar* üzerinde incelerken, diğerleri de *insanlar* üzerinde ama daha küçük ölçeklerde çalışmalardı. Bir başka önemli grup da, hormon tedavisi

alan on binlerce hatta yüzbinlerce insanda hormonların etkilerini, toplumda hormon almayan diğer insanlarla karşılaştıran "gözlemsel" çalışmalardı. *Hangi tür olursa olsun çalışmaların tümünde, biyoeşdeğer (gerçek) hormon kullanılan araştırmalarda alınan sonuçlar "istisnasız, daima" daha iyi olmuştur. "Dünya bilim tarihinde biyoeşdeğer estrojen ve progesteronun doğru yolla, estrojenin cilt yolu ile ve progesteronun vajinal yolla kullanımı sonucu herhangi bir kanserde artış izlenen tek bir araştırma yoktur"*

2002 yılından itibaren hızla baş aşağı giden hormon replasman tedavisi, kısa süre içinde neredeyse hiç kullanılmaz oldu. Columbia Üniversitesi'nden *Prof. Dr. Rogerio Lobo*, bu durumu 2016'daki *"Hormon replasman tedavisi: Günümüzün kavrayışı"* adındaki makalesinin (REF.27) *"Yetişmekte olan bir nesil doktorun kaybı"* başlığını koyduğu bölümünde şöyle anlatıyor:

"10-15 yıldır ABD'de ve muhtemelen dünyanın diğer köşelerinde de, dahiliye, aile hekimliği, hatta jinekolojide, yetişmekte olan doktorlar hormon replasmanı konusunda hiçbir eğitim görmediler."

Jinekolojik hormonların "kutsal kitabını" yazan Leon Speroff'un, WHI sonuçlarının açıklanmasından henüz bir yıl sonra, daha 2003'te kaleme aldığı *"WHI: Şimdi eleştiri zamanı!"* adlı makalede (REF.28) tıp camiasına yaptığı uyarı ders niteliğindeydi: Speroff *"Bir tıbbi mantık yürütme esnasında, yalnızca literatürü gözden geçirmekle kalmamalıyız. Bilgi birikimi ve kavrayışımızı da uygulamaya koymalı, kişisel eğitim ve tecrübemizi de kullanmalıyız. Bir hasta hakkında hüküm verirken dayanak hiçbir zaman tek bir gerçeklik, tek bir olgu, ya da tek bir bilimsel çalışma olmamalıdır. WHI, gerçeğin sadece tek bir yüzüdür"* demişti. Demişti ama, tek bir çalışma aradan geçen 15 koca yıl boyunca dünya jinekologlarının %95'inin –ve onların ağzının içine bakan tüm diğer doktorların– beyninin fişini çekmeye yetti.

Cape Town Üniversitesi Toplum Sağlığı Bölümü'nden Dr. Samuel Shapiro'nun saygın *Climacteric* dergisinde 2014 yılında yayımlanan ve *"Hormon tedavisinin riskleri ve yararları: Şu tıbbi dogma nihayet düzeliyor mu?"* başlığını taşıyan makalesinin (REF.29) *sonuç* bölümünde yazan cümleyi dikkatle okuyalım:

"WHI bulgularının yanlış yansıtılması ve abartılı yorumlanması, kadınları ve tıp dünyasını hormon replasmanının risklerinin faydasından daha fazla olduğu düşüncesine inandırarak menopoz dönemindeki kadınların sağlığına zarar vermiştir."

Tıbbi branşların meslek kuruluşları, özellikle büyük uluslararası dernekler, herhangi bir tıbbi durumla ilgili "resmi" düşünce ve tutumlarını zaman zaman yazılı bir metinle tıp dünyasına duyururlar. Buna *"Durum Bildirgesi" (Position Statement)* adı verilir. Bu açıklamaların adeta Birleşmiş Milletler bildirgesi gibi, son derece ihtiyatlı, hatta çok kez "aşırı ihtiyatlı" bir lisanla kaleme alındığını bilenler bilir. Buna rağmen *Uluslararası Menopoz Derneği*'nin *(International Menopause Society)* 2011 tarihli *"Menopoz sonrası hormon tedavisi ve orta yaş sağlığına ilişkin güncel koruyucu stratejiler"* başlığını taşıyan *Durum Bildirgesi* (REF.30) hiç de lafını esirgemişe benzemiyor:

"WHI çalışmasına ait ilk sonuçların 2002 yılında medyaya sunulma biçiminden kaynaklanan aşırı tutuculuk, aradan geçen 10 yılda kadınların hormon replasman tedavisinden uzaklaşmasına, kalp-damar, bunama ve kemik erimesinden korunmak için kritik bir dönemi kaçırarak zarar görmelerine neden oldu."

Gene saygın bir uluslararası kuruluş olan *Endokrin Derneği*'nin *(Endocrine Society)* 2010 yılında yayımladığı *Durum Bildirgesi*'nden:

"WHI çalışmasındaki veriler, yaş ortalaması 63 olan bir kadın grubundan elde edildi. Buradan çıkarılan sonuçlar, daha genç ve hormon tedavisine daha erken başlayacak olan kadınlara uygulanamaz. Bu kadınlarda risk ve kazancı hesaplamak için kullanılamaz." (REF.31)

Size de öyle gelmedi mi? Bütün bu üst düzey uzmanlar pek de "Hormon mu? Sakın ha!" der gibi görünmüyor. Bir yazılı bildirgede kullanılabilecek en açık biçimde *"WHI çalışmasından sonra geçen 10 yılda kadınlar hormon replasmanından mahrum bırakılarak lüzumsuz yere kalp-damar hastalıklarına yani felçlere, kalp krizlerine, kemik erimesine açık hale geldiler"* diyorlar.

Ama doktorum *"Hormonlar kanser yapar"* diyor?

"Yiyecekler kalp hastası yapar" ifadesi nasıl bir ifade ise bu da aynı değerde (!) bir ifade. Hangi yiyecek? Kime verirsen? Ne kadar yerse? Ne zaman yerse? Her gece yarısı çiftlik hayvanının tereyağı eklenmiş mısır şuruplu baklavadan bir kilogram yenen "yiyecekten" mi bahsediyoruz, akşamüstü yenen kabuklu mercimekten mi?

"Hormonlar" ifadesini böyle genelleyici kullanan her doktor, bana göre, *branşı ve akademik kariyeri ne olursa olsun*, "hormon" diye aynı sepete koyduğu şeylerin moleküler farkını, klinik uygulamadaki farklarını, araştırmaları ve daha bir dolu ayrıntıyı incelememiş ve *düpedüz bilmiyor* demektir. Bu, hiçbir biçimde o kişinin bir hekim olarak tüm bilgisini, tecrübesini ortadan kaldırmaz ve değerini düşürmez. Bununla birlikte, *hormon konusundaki* gelişmeleri takip etmediği sonucunu rahatlıkla çıkarabiliriz.

Doktorum biyoeşdeğer hormonlar ile ilgili yeterli sayıda çalışma ve kanıt olmadığını, bu yüzden de bunları kullanmayacağını söylüyor. Ne düşünmeliyim?

Bu sorunun en güzel yanıtını "Kadın türünün üstündeki lanet" adını taşıyan bu bölümde vermiş olduk. Doktorunuz son yıllardaki bu değerlendirmeleri takip etmiyor gibi görünüyor. Kitapta yer yer bahsettiğimiz *Patent Tıbbı*'nı kavradıysanız, biyoeşdeğer hormonlar ile *büyük* çalışmaların *Dr. Leon Speroff*'un deyişiyle (s.99) *"hiçbir zaman"*, benim deyişimle de *"cehennem buz tutana dek"* neden yapılamayacağını anlamışsınızdır.

Bunun yanında, ortada Ağrı Dağı heybetiyle duran bir gerçeği unutmayalım: *Hormonsuların aksine*, biyoeşdeğer hormonların doğru yolla, yani ciltten/vajinadan verildiği çok sayıda laboratuvar, hayvan ve insan araştırması içinde bu kullanımın kanser, kalp, beyin ve diğer hastalıkları artırdığını gösteren, *tek bir tane bile* araştırma yoktur.

Diğer yandan, Tabiat Ana'nın doğal hormonlarının güvenilirliği hakkında yapılmış olan "araştırma", tarihte insanoğlu tarafından yapılmış ve yapılacak olan bütün bilimsel çalışmalardan daha büyük: *Milyarlarca kadın, milyonlarca yıldır kanında bu hormonlarla yaşıyor.* Hem de bu hormonların kanlarında en yüksek düzeyde dolaştığı 20-40 yaş arasını, yaşamlarının en sağlıklı yılları olarak geçiriyor. *Bu hormonlar birkaç yıllık kullanımda felçleri, damar tıkanıklıklarını ve daha az da olsa meme kanserini artıran "Frankenstein hormonsular" ile aynı şey olsaydı, insan nesli çoktan tükenmiş olurdu.*

Hormon tedavisi kilo aldırır mı? Vücutta su tutma, şişkinlik yapar mı?

Bunun yanıtını anlamak için en kolayı önce hayvan deneylerine bakmak. Yumurtalıkları yani hormonları ellerinden alınan hayvanlarda ne olup bittiğine bakalım ve anlayalım: Hormonlar mı kilo aldırıyor, yoksa hormonlarınızın elinizden alınması mı?

Deney hayvanlarının yumurtalıklarını alarak menopoza sokarsak, hayvanın aynı miktar yemesine rağmen yağlandığını, özellikle de karın çevresinde ve karaciğerinde yağlanma olduğunu, şeker hastalığına daha yatkın hale geldiğini görüyoruz (REF.128). Yumurtalıkları alınan hayvanların günlük yaktığı kalori miktarında yani metabolizma hızlarında derhal bir azalma ortaya çıkıyor. Hayvan kilo alıyor ve vücutta inflamasyon hızla artıyor (REF.129).

Menopozal hormon tedavisi alan kadınlarda da, karında biriken yağların ve metabolik bozulmanın hormon tedavisi almayıp "doğala" ya da benim deyimimle "oluruna" bırakanlara göre daha hafif olduğuna, hormon tedavisi alanların kan kolesterol ve lipid değerlerinde düzelme olduğuna ilişkin bir dizi araştırma var (REF.130-131).

Şunu da ekleyelim: Aslında aynı durum, yaş 50'nin üzerine çıktığında testosteron düzeyi düşmeye başlayan erkeklerde testosteron desteğinin metabolik yararı, karın ve karaciğerde yağlanma, adale kaybı, insülin direnci ve şeker hastalığı adına, hem de çok daha belirgin olarak söz konusu.

Menopoz ile ortaya çıkan hormonal dengesizliğin kilo almakta önemli bir etken olduğuna hiç şüphe yok. Buna karşın, kilo alma ve metabolik bozulma söz konusu olduğunda pek çok başka faktörün de devrede olduğunu unutmamak gerekiyor. Yaş aldıkça "çöp" niteliğinde değersiz yiyeceklerle mideyi doldurup vücuda yük bindirmemek, aktif ve hareketli bir yaşam sürmek, sağlıklı bir bağırsak mikrobiyotasına (dost bakteri topluluğuna) sahip olmak sağlıklı kilonun temeli olmaya devam ediyor.

"Vücutta su toplamaya" yani ödeme gelince: Hapla yapılan hormon tedavilerindeki iki büyük yanlış ödeme (su toplanmasına) yol açabiliyor. Birinci neden, ağızdan verilen estrojen hormonunun ciltten krem olarak sürülene göre gereksiz boyutta, genellikle 2 mg gibi çok yüksek bir estrojen dozu içermesi. İkinci neden de şu: Gerçek progesteron diüretik, yani idrar söktürücü iken, hapın içindeki *Frankenstein* progestin aksine su tutucudur (REF.132). Gerçek biyoeşdeğer progesteron, ciltten estrojen ile uygun dozda uygulandığında "su tutması" diye bir sorun söz konusu değildir.

Olan, akılcı ve bireye özgü bir hormon desteğinden mahrum kalan kadınlara oluyor.

Menopozal hormon tedavisi alan kadınlarda da, karında biriken yağların ve metabolik bozulmanın hormon tedavisi almayıp "doğala" ya da benim deyimimle "oluruna" bırakanlara göre daha hafif olduğuna, hormon tedavisi alanların kan kolesterol ve lipid değerlerinde düzelme olduğuna ilişkin bir dizi araştırma var (REF.130-131).

Şunu da ekleyelim: Aslında aynı durum, yaş 50'nin üzerine çıktığında testosteron düzeyi düşmeye başlayan erkeklerde testosteron desteğinin metabolik yararı, karın ve karaciğerde yağlanma, adale kaybı, insülin direnci ve şeker hastalığı adına, hem de çok daha belirgin olarak söz konusu.

Menopoz ile ortaya çıkan hormonal dengesizliğin kilo almakta önemli bir etken olduğuna hiç şüphe yok. Buna karşın, kilo alma ve metabolik bozulma söz konusu olduğunda pek çok başka faktörün de devrede olduğunu unutmamak gerekiyor. Yaş aldıkça "çöp" niteliğinde değersiz yiyeceklerle mideyi doldurup vücuda yük bindirmemek, aktif ve hareketli bir yaşam sürmek, sağlıklı bir bağırsak mikrobiyotasına (dost bakteri topluluğuna) sahip olmak sağlıklı kilonun temeli olmaya devam ediyor.

"Vücutta su toplamaya" yani ödeme gelince: Hapla yapılan hormon tedavilerindeki iki büyük yanlış ödeme (su toplanmasına) yol açabiliyor. Birinci neden, ağızdan verilen estrojen hormonunun ciltten krem olarak sürülene göre gereksiz boyutta, genellikle 2 mg gibi çok yüksek bir estrojen dozu içermesi. İkinci neden de şu: Gerçek progesteron diüretik, yani idrar söktürücü iken, hapın içindeki *Frankenstein* progestin aksine su tutucudur (REF.132). Gerçek biyoeşdeğer progesteron, ciltten estrojen ile uygun dozda uygulandığında "su tutması" diye bir sorun söz konusu değildir.

Olan, akılcı ve bireye özgü bir hormon desteğinden mahrum kalan kadınlara oluyor.

DOKTORUNUZUN AKLINDAN –O FARK ETMEDEN– NELER GEÇİYOR?

Fonksiyonel Tıp Akademisi yaklaşımındaki biyoeşdeğer menopozal replasman tedavisinin (MRT) hastaya konjuge at estrojenleri yerine bir estrojen hapı ya da *noretisteron* türünde bir *Frankenstein* progestin yerine bir bir doğal progesteron hapı yutturmaktan *çok daha fazlası* olduğunun altını çizmemiz gerek.

Biyokimya ve moleküler biyolojideki son gelişmeler ışığında cinsiyet hormonları düzeylerinin en doğru olarak *nasıl ölçüleceğini*, bu hormonların *o kişiye özgü olarak nasıl metabolize* edildiğini, bu metabolitlerin neler olduğunu ve ne anlamlara geldiğini biz doktor olarak bilmiyorsak, hastaya söyleyebileceğimiz şey de haliyle ilaç fabrikası tasarımı çalışmaların *"Akşam yemeğinden sonra turuncu hapı içeceksiniz Semra Hanım"* basitliğinden öteye gidemeyecek.

Bununla da kalmayacağız. *Tüm bunlara kafa yorup, hastaya ilişkin tüm verileri denkleme koyarak hormon replasmanı yapmaya çalışan meslektaşlarımızın gerisinde kalıyor olmamak için de*, onlar hakkında *"Bilimsel kanıt olmadan hormon tedavisi yapıyorlar. WHI çalışmasındaki sonuçları görmezden geliyorlar. Uluslararası 'ulu' meslek kuruluşlarımızın kılavuzlarındaki standart kalıpların dışına çıkıyorlar"* deyip işin içinden çıkacağız!

Neden böyle yapacağız peki? Çok basit. Son derece anlaşılabilir nedenlerle. Son derece doğal ve insani duygularla, kendisi de fark etmeden, tam olarak aynı kelimelerle olmasa da, *doktorunuzun bilinçaltından neler geçtiğini* yazalım. Bu böyle diye de doktorunuzu sakın kınamayın:

"Neme lazım, bin bir güçlükle yıllar boyu uğraşıp profesör, doçent, genel pratisyen, kadın doğumcu, endokrinolog, dahiliyeci, aile hekimi ya da genel cerrah oldum. Al-

lah'a şükür düzenli hastam var. İşlerim bir şekilde yürüyor. Çok uzun yıllar boyunca, çok ama çok fazla çalıştım. Ama işte sonunda aileme bakabiliyorum. Şimdi bu hormon işine bulaşırsam, bir hastamda da verdiğim hormonla 'hiç ilişkisi olmasa da' tutup meme kanseri ortaya çıkarsa, herkesin her tür hormon için bilir bilmez kanser yapıyor dediği ortamda, benim bunca yıldır tırnaklarımla kazdığım kariyerime, ismime ne olacak?"

"Evet kabul ediyorum, 15 yıldır hormon falan verdiğimiz yok, ama meme kanserleri tam gaz artmaya devam ediyor! Yani bu kanserler ille de verilen hormondan oluyor diye bir şey yok. Zaten tıp tarihinde biyoeşdeğer doğal hormonun cilt yoluyla verildiği hiçbir çalışmada kanserlerin arttığı görülmüş de değil. Bunu da anladım. Aksine, ben bu kadında bireye özgü kanserojen bir hormon metabolizması varsa bunu ortaya koyup buna müdahale edeceğim. Hormon dengesizliğini gidereceğim. Bu da kanser riskini artırmayıp aksine azaltacak" (REF.32-32a-32b).

"İyi güzel ama, aslında hiçbir şekilde benim verdiğim hormondan kaynaklanmış olmasa da, bugünün zehirli dünyasında bazı hastalarımda muhakkak kanser ortaya çıkacak. O zaman, mesleki kılavuzlar dışında hiçbir şey takip etmeyen, bu doğal (biyoeşdeğer) hormon tedavilerini hem zerre araştırmamış, hem de zerre bilmeden karşı çıkan bazı meslektaşlarımın eleştirilerini ben nasıl göğüslerim? Bu hastama bir meslektaşım bilir bilmez 'Sana hormon vermişler de ondan kanser olmuşsun' diyecek olursa, ben bunun altından nasıl kalkarım?"

"Hasta için yararını anlamış olsam da hormon yazmasam bana kim ne diyebilir? Hormon replasmanı yapılmayan kadınların ilerde bu nedenle daha erken hastalanıp öleceğini araştırmalar söylüyor evet, ama nasıl olsa benden hormon vermedim diye hesap soran olamaz."

"Hadi diyelim ki hormon tedavisi yapacak olayım. Meslektaşlarım arasında, hormon kullanmanın hastasının iyiliğine olduğunu anlamış olsa bile bugünkü mahalle baskısı altında böyle bir riski almak istemeyenler, bir yandan da tıbbi gelişmelerin ve hormon kullanan bizlerin gerisinde kalıyor görünmemek için, bizim açığımızı kolluyor olursa, tüm kariyerimi nasıl riske atarım?"

"Yıllarca nelere katlanıp üniversitede öğretim üyesi oldum. Şimdi çoğunluğun tavrına uymuyorum diye beni meslek örgütümüzden, üniversitelerin, dergilerin yönetim kurullarından dışlarlarsa ne yaparım? Hele hele ilaç endüstrisini karşıma alırsam, sponsor oldukları çalışmalarda beni ekipte görmek istemezlerse akademik kariyerime nasıl devam ederim? Altı yaşımdan beri, kendimi bildiğimden beri hiç

durmadan çalışıyorum. Bunca yıllık, bunca büyük çaba ile kendime edindiğim yer elimden alınırsa ne yaparım? Neden riske gireyim ki? Beni –hastam dahil– koruyacak kim var?"

"Tamam biyoeşdeğer hormon replasmanının bilimsel altyapısı sağlam, aklıma da yatıyor, ama neden bu konuda mesleki kılavuzların ezberi ve medyanın yarattığı mahalle baskısı ile herkes başka konuşurken, ben hastaya bir sürü laf anlatıp, sürünün dışına çıkıp, ondan sonra verdiğim hormonla ilişkili olsun ilişkisiz olsun bütün olası riskleri üstleneyim? Bana ne yararı var? Neden dertsiz başıma dert alayım?"

"Hormon desteği aldıkları için değil, aksine bozuk hormon dengeleri nedeniyle meme kanseri, felç, kolon kanseri, kemik erimesi, diyabetin ağırlaşması, idrar tutamama, sıcak basmaları, vajinal kuruluk, libido kaybı, Alzheimer, depresyon, anksiyete, uykusuzluk gibi saymakla bitmez dertler ortaya çıkabiliyor evet, hormon replasmanı bunların çoğunu engelliyor, hafifletiyor ya da riski azaltıyor evet, hastamda bunlar olursa üzülürüm evet, ama bunların hepsine zaten 'Yaş geldi artık, normal, doğal' denip geçiliyor. Nihayetinde hepsinin de tıp camiasında genel kabul görmüş birer ilacı ve ameliyatı var. Neden sürüden ayrılayım da olası eleştirileri göğüslemek zorunda kalayım?"

Doktorunuzun aklından, farkında olsa da olmasa da, aynen bu kelimelerle olsa da olmasa da, bu düşünceler geçiyor diye sakın ama sakın onu suçlamayın! En azından bunu yapmadan önce kendinizi *samimiyetle* onun yerine koyun.

Sürüden ayrılmak kolay değildir.

Bu arada, doktorunuz uygulamıyor diye, biyoeşdeğer hormon tedavisinin çok nadir, çok uç, marjinal bir şey olduğunu mu düşünüyorsunuz? 25 yıldan fazla süredir biyoeşdeğer hormonlar Avrupa ve Amerika'da bu yaklaşımı benimseyen *binlerce doktorun on binlerce hastasına* uygulanıyor. *2015 yılında yayımlanan bir makaleye göre, Amerika'da değişik araştırmalara göre biyoeşdeğer hormonları sadece majistral olarak kadınların sayısı 1 ila 2,5 milyon. Amerika'da tüm hormon reçetelerinin %28-68'ini de bunlar oluşturuyor* (REF.33).

Gene, *birilerinin "kasıtlı" yanlış anlamasına* yol açmak istemem: Biyoeşdeğer hormonların dikkatsiz, bilgisiz, gereksiz kullanımlarının da risksiz ve sorunsuz olduğunu hiçbir şart altında söylüyor değilim. Tam aksine, *hastanın metabolizmasına bir bütün olarak hâkim olacak bilgimiz (gerek hasta birey hakkındaki bil-*

gimiz, gerek kendi bilgimiz) yetersizse, hastanın hikâyesini ve semptomlarını çok yakından bilip takip edemiyorsak, hastanın hormonlarla ilgili semptomlarını tanıyıp değerlendiremiyorsak, *hastaya özel hormon düzeylerini ve hormon metabolizmasını doğru laboratuvar testleriyle değerlendirip takip edecek hormon biyokimyası bilgimiz yetersiz ise*, ya da hastanın hormon tedavisi alma ihtiyacı esasen "sonsuza kadar genç ve çekici kalma hayalinden" kaynaklanıyorsa, hormonlara müdahale etmemeliyiz. Nokta.

BU HORMONLARI AĞIZDAN MI ALMALI, CİLDE Mİ SÜRMELİ?

• Estrojen kalp ve damar sağlığını korur. Damar sertliğinin ortaya çıkmasını engeller. Ancak menopozdan sonra on yıllar geçmiş ve zaten damar sertliği yerleşmişse, estrojenden gelecek fayda şüphelidir.

• Menopozal hormon tedavisi alacaksanız, ideal olan zaman aralığı menopoza girdikten sonraki ilk 10 yıldır.

• Halen dünyada ve ülkemizde birçok kadına ağızdan estrojen hormonu veriliyor.

• Bugün tüm bilimsel verilere göre, estrojeni ağızdan almak tek kelimeyle yanlış bir uygulama. Bunu yaparsanız pıhtılaşma sisteminin elektronik beyni olan karaciğerde kısa devreye neden olursunuz. Sonuç, beyinde pıhtılar, kalp damarında tıkanıklıklar olacaktır. Bu durum ciltten uygulamalarda ortaya çıkmaz.

Kadınlara verilmiş ve verilmekte olan *Frankenstein* hormonlar *doğada örneği bulunmayan* yapay kimyasal moleküller. Bu, onlara ait çok temel bir sorun. Bunu konuştuk anlaştık. Ne yazık ki, bugün yaygın hormon kullanımında doğaya aykırı ve hatalı olan sadece bu değil: *Bu yanlış hormonlar kadınlara üstelik yanlış yoldan, yani ağızdan hap şeklinde veriliyor.* Biz *Fonksiyonel Tıp Akademisi* olarak hormonların daima ciltten uygulanmasını öneriyoruz. "Ciltten" uygulamanın bir diğer yolu, gece yatmadan önce vajinaya yerleştirilen bir kapsül veya fitil şeklinde uygulamak.

Bunları hap şeklinde ağızdan vermek tabii ki daha pratik, ama sağlıksız ve riskli. Araştırmalarda öyle meme kanserinde olduğu gibi belli belirsiz değil, *çok ciddi boyutta artan kalp, beyin ve akciğer damar tıkanıklıkları, "ağızdan kullanım" sonucunda ödenen bedelden başka hiçbir şey değil.* Doğada olup bitenden ne kadar saparsan, aldığın risk de o oranda büyür.



Şekil.19. Estrojen / progesteron kullanımı: Krem mi hap mı?

Hap olarak almayı neden doğadan sapma olarak niteliyoruz? Bunun nedenini anlamak için, kadın doğasında cinsiyet (seks) hormonları vücutta nereden salgılanıyor ve sonra nereye gidiyor diye buyurun birlikte bakalım. Biliyoruz ki kadında yumurtalıklardan *estrojen* ve *progesteron*, erkekte ise testislerden *testosteron* salgılanıyor. Hormonlar yumurtalıktan salgılanınca ilkönce yumurtalık kılcal damarlarına, oradan toplardamarlara giderek en sonunda kalbe ulaşıyorlar. Henüz vücuda dağılmış değiller. Ancak kalpten pompalanarak vücudun tamamına dağılınca hedefe varıyor, doku ve hücrelerde görevlerini yapıyorlar. Peki, işleri bittikten sonra ne oluyor?

Görevi biten hormonlar, ya kullanıldıkları dokunun içinde işleme alınır (yani *metabolize* olur) ya da aynı işlem karaciğere taşındıktan sonra gerçekleşir. Karaciğerde doğal, *gerçek* hormonlar doğal yıkım ürünlerine (*metabolitlerine*) ayrılır ve sonra da vücuttan atılırlar. *Örneğin estrojenin "atık işleme merkezi" karaciğerdir. İşi bitmiş, atık niteliğindeki estrojen, karaciğerdeki atık işleme merkezinden geçtikten sonra safra yolu ile bağırsağa, oradan da dışkı ile vücut dışına atılır. Doğal olan, milyonlarca yıldır olup bitmekte olan budur. Bu hormonlar hedeflerine ulaşmadan önce topluca karaciğerden geçmiyorlar.*

Bugün tıpta kullanılan kimyasal seks hormonlarını ise biz doktorlar *ağızdan hap şeklinde* veriyoruz. En önemli problemlerden ve tabii ki gene *Tabiat Ana*'ya aykırı olanlardan bir diğeri de bu. Peki, bu yolla verdiğimizde ne oluyor? Doğal olarak salgılanandan bir farkı mı var? *Evet, hem de çok önemli bir fark var!*

Hap şeklinde ağızdan verdiğimiz seks hormonları *kana geçmeden önce ilk olarak sindirim sistemine*, yani bağırsaklara gidiyor. Buradan kana karışıyor. Biliyoruz ki, sindirim sistemine giren her şey, kana karışmadan önce karaciğerden geçmek zorundadır. *"E geçiversin ne var bunda?"* diyeceksiniz. Ne yazık ki bu o kadar hafife alınacak bir değişiklik değil. *İşe öbür yoldan gitmeye benzemiyor.* Estrojen, normalde olduğu gibi vücutta işi bittikçe karaciğere "atık olarak işlenmek" için yavaş yavaş uğramak yerine verilen dozun hepsi birden bağırsaktan emilip hızla karaciğere yükleniyor. Yüklenince ne mi oluyor?

Estrojenin diğer hormonlardan önemli bir farkı vardır: Estrojen kanda diğer hormonlara göre çok ama çok daha düşük miktarda bulunur. Öyle ki, herkesin anlayacağı biçimde söylersek: Diğer hormonların kandaki "normal" değerlerini biz "kilogramla" ölçerken, estrojenin ölçümünü "miligramla" yaparız. *Estrojen dozu, ister dışarıdan biz verelim ister yumurtalık salgılasın, hassas meseledir – herkese aynı kimyasal hapı yutturduğun fabrikasyon yaklaşımla olacak iş değildir.*

Karaciğer, dozu çok hassas olan bu estrojeni metabolize etmek için son derece karmaşık "detoksifikasyon" yolları kullanır. Kadın doğasında yumurtalıktan doğal biçimde kana salgılanan estrojen, önceki paragrafta anlattığımız gibi sırasıyla yumurtalık kılcal damarlarına, sonra toplardamarlara, sonra kalbe, oradan vücut dokularına pompalanıyor. Dokuda işi bittikten sonra da yavaş yavaş ka-

raciğere doğru yol alıp burada "atık işleme merkezinde" işleniyorlar. Doğurgan dönemdeki bir kadında, bu yolla işlenmek için karaciğerden saatte *4-8 mikrogram* (gramın binde biri) estrojen geçer. *Buraya kadar tamam. Çok da karışık sayılmaz.*

Eczanelerde bazı doğal biyoeşdeğer estrojen içeren haplar da var. *Estrace*, *Estrafem*, *Climen*, *Trisequens* gibi çeşitli ticari isimleri var. Raflarda sizi bekliyorlar. Evet, bunlar doğal estrojen. *Doğal ama* akıl almaz derecede yüksek bir doz, tam 2 miligram *(yani 2.000 mikrogram!)* estrojen içeriyorlar! Bir kadın bu "hapı yuttuğunda" ne olur?

Bir kadın bu hapı *"Koskoca Amerikan İlaç Kurumu FDA, koskoca Kuzey Amerika Menopoz Derneği'nin anlı şanlı profesörleri onayladığına göre olsa olsa şifadır"* diyerek yuttuğunda, bu hapın ince bağırsağa, oradan da karaciğere geçmesi bir saati bile bulmaz. Bu ne demek? Normalde saatte 4-8 mikrogram estrojen "işleyen" karaciğer, bir saat içinde tam 2.000 mikrogram estrojenle yüzleşiyor demek! *"Peki ne önemi var bu teferruatın?"* diyebilirsiniz. *Eğer enfarktüsler, beyin damar tıkanmaları, bacak ve akciğer ana damarında pıhtılaşmalar teferruatsa, evet bu da teferruat!* Nedenini anlamak için de büyük âlim olmak gerekmiyor.

Bakınız, kanımız gerektiğinde pıhtılaştığına göre, içinde bunu sağlayan maddeler var demek öyle değil mi? Peki kim imal ediyor bu pıhtılaşma maddelerini: *Karaciğer.* Bir pıhtının işi bittiğinde erimesini sağlayan maddeler de lazım ki, damar pıhtıyla tıkanmasın öyle değil mi? Bunları kim imal ediyor: Gene karaciğer. (*"Neymiş bu karaciğer!"* diyeceksiniz.)

Karaciğer, vücuttan gelen sinyalleri değerlendirerek bu maddelerin üretimini pıhtılaşmanın gerektiği duruma uygun bir denge tutturacak biçimde yapar. Ama siz karaciğere estrojen gibi hücre kumanda merkezine emir veren, hücrede üretimi artıran çok güçlü bir bileşiği saatte 4-8 mikrogram yerine bağırsaktan hızla emilerek yarım saat içinde tam 2.000 mikrogram *(2 mg) gibi doğadışı bir miktarda birden yükleyecek olursanız*, karaciğer de ne yapacağını şaşırıyor. Zavallı organ *milyonlarca yıldır* böyle bir ani estrojen baskınıyla karşılaşmamış. Bir tür alarm reaksiyonu veriyor. Hatalı bir biçimde aşırı pıhtılaşma maddeleri üretip kana vermeye başlıyor. Sonuç kalp, beyin ve akciğer damarlarında tıkanıklıklar (REF.34).

Hele sahte estrojen *hormonsular*, yani at estrojenleri ve özellikle *onların da beteri, yani reçetelerimizdeki etinil estradiol gibi kimyasallar*, daha önce bahsettiğimiz

sapkın etkileri nedeniyle böyle miktarlara çıkmaya bile gerek olmadan karaciğeri yolundan saptırıyorlar. *Bunlar da eczanenizin raflarında sizi bekliyor.* Sonuç, felçler, kalp krizleri, akciğerde damar tıkanıklığı. Bu yazdıklarımıza ilişkin çok sayıda makale ve çalışma *vardır.* Tabii ki *okuyana.* Amerikan jinekoloji meslek örgütlerinin kılavuzlarından başka bir şey takip etmeyen bir hekim içinse, o makaleler *yoktur* (REF.35-36-37-38-39-40-41-42).

Bana eğer soracak olursanız *"Aklıma takıldı, doğal estrojeni anladım da, bugün hâlâ doktorumun bana vermekte olduğu çakma estrojenler karaciğerden 'normal' miktarda mı geçiyor?"* diye. Vallahi yanıt veremem. Mümkünü yok. Hiç boşuna ısrar etmeyin.

Neden derseniz: Yahu bu kimyasal çakma hormonların kan dolaşımında "normal düzeyi" diye bir şey yok ki size yanıt verebileyim! Bunlar normal insanoğlunda bulunmuyor ki! Şunu biliyoruz tabii: Bunlar da bağırsaktan hızla emiliyorlar. Bacak, akciğer, beyin, kalp damarlarını daha da beter tıkıyorlar. Daha önce de söylediğimiz gibi, bunlar güçsüz estrojenler değil. Reseptörü (yuvayı) tutunca bırakmayan türde estrojenler. Bırakmıyorlar, çünkü yuvaya girip anahtarı çevirince *"Tamam kardeş, sen işini yaptın, şimdi gel şöyle geç"* diye o estrojeni oradan ayırıp yıkıma uğratacak olan enzimler bu verilen *hormonsuları* tanımıyorlar. Yuvadan ayıramıyorlar. *Bu da, aynen karaciğeri aşırı uyararak sapıttığı gibi, meme hücrelerini de "sapıtabiliyor".*

Damarlar "hormon" kullananlarda işte bu pıhtılaşma meselesinden tıkanıyor. Varis sorununuz varsa ya da sigara içiyorsanız işte bu yüzden doktorunuz *"Size doğum kontrol hapı uygun değil"* diyor. İşte bu yüzden ağızdan hap şeklinde verilen estrojenler beyin damar tıkanıklıkları, kalp krizlerine yol açıyor. *Bilim tarihinde, doğala özdeş "biyoeşdeğer" hormonların ciltten kullanıldığı "tek bir tane insan ya da hayvan çalışmasında bile" bu hormonların pıhtılaşma sorunlarını artırdığı izlenmemiştir.* Amerika, Fransa, İtalya ve Almanya başta olmak üzere doğal hormonları cilt yolu ile kullanan yüz binlerce kadın var. Daha önce söylediğimiz gibi, *doğal hormonlarla ciltten yapılan replasmanın meme kanserini artırdığına ilişkin de tek bir tane –evet yanlış okumadınız– bilim tarihinde tek bir tane bile araştırma yoktur. Ama bunların hormonsulardan daha güvenli olduğuna ilişkin bir dizi makale ve araştırma var* (REF.42-43-44-45-46-47-48).

Sigara içenler hormon kullanmasa iyi olur diyorlar. Beynime pıhtı atarmış?

Sigara içenler sigara içmese çok iyi olur, bu doğru. Hormonlar ağızdan alınırsa –ki bunun pıhtılaşmayı artırdığı için yanlış bir uygulama olduğunu daha önce anlattık– üstüne bir de damar katili sigara içilecekse tıkanıklık riski tabii ki artar, bu da doğru. *Ancak* ciltten uygulanan estrojen pıhtılaşmayı etkilemez. Damarları ise aterosklerozdan yani damar sertliğinden *korur*. Özetle, hormonu ciltten alıyor olmanız şartı ile riskiniz yalnızca sigara içmenizden kaynaklanan bir risktir. "Yalnızca" derken, sigara içmemek için yeterinden fazla neden ve kanıt olduğunu belirtmemize tabii ki gerek yok.

... evlenince geçer diyorlar, doğru mu?

Üç noktalı boşluğa ne koysanız olur. Yumurtalık kistlerinden meme kistlerine, âdet öncesi sendromundan polikistik overe, endometriozisten akneye ve hatta migrenlere kadar üç noktalı boşluğa yerleştirip de doktorlara sorulmayan bir durum neredeyse yoktur. Burada "evlenmekten" kastedilen aslında tabii ki nikâh dairesinde imza atmak değil, hamile kalmak. Halk arasında efsane boyutuna taşınmış olsa da, bu denli yaygın bir söylencenin altında ne olduğunu düşünürsek, polikistik overden endometriozise, âdet öncesi sendromundan memede kistlere kadar estrojen baskınlığının (s.128) etkisini göz önüne aldığımızda gebe kalmanın vücuda ihtiyacı olan progesteronu verdiğini anlamak kolaylaşır. Bu sorunları olan kadınların pek çoğu gereksiz yere uzun yıllar estrojen baskınlığında (progesteron eksiğinde) yaşıyorlar.

WHI çalışmasında iskemik felç (inme) olguları (beyin damar tıkanmaları ile ortaya çıkan felçler) bu berbat çalışmanın *henüz birinci yılında* ortaya çıkmaya başlamıştı! Ne sonuç çıkaracakmışız? Bu hormonlar kanda dolaşacak olursa hızla, hatta bir yıl içinde damarları tıkıyormuş!

Hepimizin bir beyni var, öyle değil mi? Gelin birlikte düşünelim. Nasıl olmuştu da 1 (bir!) yıl içinde bu kadınların damarları sertleşebilmişti? *Bu nasıl, tarihte eşi benzeri görülmemiş bir ateroskleroz (damar sertliği) idi ki 1 (bir!) yıl içinde yoktan var oluyordu?* Ne olmuştu da bu kadar kısa sürede bu kadınların kardiyovasküler riski bu noktaya ulaşabilmişti?

Nasıl olmuştu da 15-55 yaş arasında *tam 40 yılı* kanında estrojen ve progesteronun en yüksek düzeyleriyle ve sağlıklı damarlarla ve hoplaya zıplaya geçiren bu kadınlar 1 (bir!) yılda "damar sertliğine" yakalanmıştı? 40 yıldır çok daha yüksek kan hormon düzeyleriyle pıhtılaşıp tıkanmayan damarlar, nasıl olup da 1 (bir!) yılda tıkanmıştı? Bu akla mantığa sığan bir şey mi? *Bu birinci bulmacamız. Düşünelim. Neticede hepimizin bir beyni var. Sadece Amerikan Menopoz Derneği'nin değil!*

İsterseniz son söyleyeceğimizi başta söyleyip, Fransa'da 2007 yılında yayımlanan *büyük* bir çalışmaya *(ESTHER)* göz atalım. Bu çalışmayı Fransa'daki birçok hastane ortak yürütmüş. Bu hastanelere başvuranlar arasında beyin, bacak, akciğer gibi organların damarlarında pıhtıdan tıkanma (tromboemboli) saptanan bir kadın görüldükçe bu çalışmaya dahil edilmiş. Arka arkaya teşhis konan ilk 271 damar tıkanıklık olgusu, *"Acaba hormon mu kullanmışlar, kullanmışlarsa hangisini?"* diye incelenmiş. Sonuçlar incelendiğinde, *"ağız yoluyla hap şeklinde" estrojen* kullanmanın damar tıkanması riskini *%420 artırdığı* görülmüş! *"Cilt yoluyla yani krem olarak" estrojen* kullananlarda ise damar tıkanması riski *%10 azalmış*! Bunun üzerine *doğal progesteron* kullananlarda ise, damar tıkanması riski *%30 azalmış*! (REF.49)

Her ikisini de okuyucunun keyif alacağı biçimde birlikte çözmek üzere, hadi ikinci bulmacamıza geçelim: WHI çalışmasında hormon verilmesinin *ilk iki yılı içinde* kalp koroner hastalık riski *%68 artmış*. Peki, buraya kadar kabul. Bu hormonları *2-5 yıl arası süre boyunca* kullananlarda ise *risk %25 azalmış*. İnsan işte burada bir *"Allah Allah?"* diyor, öyle değil mi? Madem bu kadınlar hormon kullanmaya devam etmişler, üstelik daha da uzun süre hormon kullanmışlar, damar

tıkanıklığının daha da artması lazım öyle değil mi? Gel gelelim risk daha kısa süre hormon kullanmaya göre daha az çıkmış. Şimdi de bomba geliyor: *Beş yıldan daha da uzun süre kullananlarda ise, sürpriz: Kalp-damar tıkanıklık riski %34 azalmış!* (REF.50) Buyurun bu bulmacayı çözelim. Sandığınızdan çok daha basit olacak, merak etmeyin.

Şimdi, tüm temel bilim çalışmalarından biliyoruz ki özellikle estrojen, damar sertliği gelişimini her hayvanda, yani tavşanda da, maymunda da, insanda da, farede de *önlüyor. Bundan kimsenin şüphesi yok.* Zaten menopozdan sonra kadınlarda damar sertliği müthiş hız kazanıyor. Hadi ona *"Yaş gelmiş canım, doğal(!)" diyelim.* 37 yaşında yumurtalıkları alınmış olan kadınlar 50-55 yaşına geldiğinde damar sertliği konusunda yaşıtlarına neden tur bindiriyor? Demek ki mesele *"Yaş geldi, doğal"* değil, estrojenden mahrum kalıp kalmama meselesiymiş! (Bu arada, şu "doğal" sözcüğü son derece alengirli bir sözcük, biliyor musunuz? Zaten o yüzden bu sözcüğe ilerde koca bir bölüm ayıracağız.)

Bahsetmiştik, WHI denen berbat çalışmada elmalar ile armutlar, patlıcanla mandalina aynı torbaya konmuştu: Menopoza gireli çok uzun zaman olan kadınlar ile yeni girenlere fabrikasyon muamele edilmişti. Hormon *başlanan* deneklerin üçte ikisi 60-80 yaş arasındaydı! 60 yaşın altında olanların da bir kısmı zaten 40'lı hatta 30'lu yaşlarda, yani on yıllar önce menopoza girmişlerdi. *Damarları esnekliğini kaybetmiş, sertleşmişti ve bunun nedeni on yıllardır estrojenden mahrum kalmış olmalarıydı!* Şimdi, damarları *zaten estrojen yokluğu nedeniyle sertleşmiş, esnekliğini yitirmiş olan* bu kadınlara bunun üstüne bir de yanlış yolla, yani ağızdan güçlü at estrojenleri verip de biraz önce anlattığımız gibi *pıhtılaşmayı* artırırsan ne yapmış olursun? Önceden sertleşmiş olan damarları *hızla* tıkarsın! Verdiğinin ilk yılı içinde, hatta ilk aylarında. Yani çalışmada olduğu gibi. Böyle bir zeminde kalp krizi ve beyinde pıhtılar olması için tabii ki yıllar geçmesi gerekmez. Olan biten şey normal bir damar sertliği olsaydı, yıllar içinde yavaş yavaş gelişirdi.

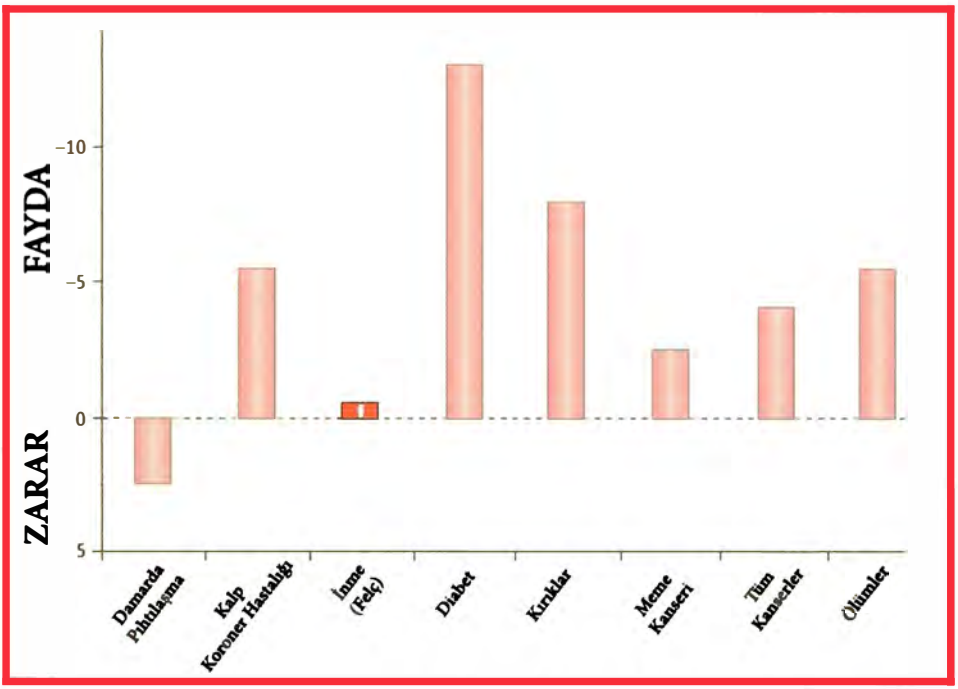
Hem zaten estrojen vermediğiniz için damar sertliği ve daralması ortaya çıkaracaksın, hem tıkanmaya hazır hale getirdiğin bu damarlara *ağızdan* estrojen verip pıhtılaştırarak son darbeyi vuracaksın, hem de suçlu estrojenin kendisi olacak! *Aklımızla yıllardır alay ediliyor.*

Şimdi gelelim bulmacamızın yanıtına: Çalışmada, menopozun üzerinden 10 hatta 20 yıl geçmiş olan 60-80 yaşındaki ciddi sayıda kadında zaten damar sertliği yerleşmişti. Bunda estrojen *kullanmamış* olmalarının rolü çok büyüktü. Bunun üzerine ağızdan estrojen aldıklarında, tıkanmaya hazır olan bu damarlar pıhtılaşma maddelerinin aşırı üretimi sayesinde ilk iki yıl içinde tıkandı. Böylece ilk 2 yıllık hormon kullanımında %68 gibi ciddi bir risk artışı oldu. "Bu kurbanlarda olan olup da" *geriye damarları henüz sertleşmemiş, menopoza gireli 10 yılı aşmamış kadınlar kaldıkça, hormon kullanmanın yararı kendisini gösterme fırsatı buldu.* Bu kadınlardan 5 yılın ötesinde hormon kullanmaya devam edenler estrojenin koruyucu etkisinden faydalandı. Damar sertliği daha yavaş gelişti. Bu sayede de kalp, beyin, akciğerde damar tıkanıklıkları *hiç hormon kullanmayanlara göre %34 azaldı.*

Şimdi şu klasik "kötü örnek", yani doktorunuza *"Hormon mu? Sakın ha!"* dedirten meşhur WHI çalışmasında, bu kitapta bizim bahsettiğimiz hatalardan sadece ikisi yapılmamış olan binlerce kişilik kadın grubunda ne fark etmiş ona bakalım. Hangi iki hata yapılmamış bu şanslı kadınlarda? Birincisi, bu kadınlarda estrojen tedavisine 50-60 yaşları arasında başlanmış. Tutup da 75 yaşında hormon başlanıp, menopozdan sonra 10 yıldan fazla hormon almadan geçirip, bu nedenle yani estrojen yokluğundan zeminde damar sertliği ortaya çıkmış kadınlar değil bunlar. İkincisi, bu kadınlarda Frankenstein progestinler kullanılmamış. Şimdi aşağıdaki grafikte (Şk.20) kolayca görelim, bu kadınlara estrojenin fayda ve zararları neler olmuş.

Grafikte çeşitli sağlık durumları için orta hattın ("0") üzeri fayda, orta hattın aşağısı ise zararı simgeliyor. Görüldüğü gibi: Kalp koroner arter hastalığı, felçler, diyabet, kırıklar, meme kanseri, tüm diğer kanserler, tüm nedenlerden ölümler, kısacası akla gelen neredeyse tüm kriterlerde yalnızca bu iki hatayı yapmamanız, *hem de en kötü örnek hormon tedavisinde* size çarpıcı boyutta sağlık kazanımı getirmeye yetiyor. İşte bu kitabı yazmamızın, "Kral çıplak!" dememizin nedeni de bu gibi bilimsel veriler.

Peki, tek zarar hangi konuda olmuş? Pıhtılaşmalar artmış. Neden artmış? Neden olacak: Üçüncü hatayı düzeltmemişler de ondan: Bu estrojeni ağızdan hap şeklinde vermişler!



Şekil.20 Zamanında başlanan, ancak hap şeklinde ve sentetik hormonlarla yapılan tedavide görülen fayda/zarar

Peki, hap şeklinde verince bu pıhtılaşma neden kalp koroner hastalığı ve felçlere yol açmamış? Çünkü tedaviye geç başlanmamış. Menopoz sonrası onlarca yıl estrojensiz bırakıp da zaten bu nedenle ortaya çıkan damar sertliği zemininde gerçekleşmemiş bu pıhtılaşma. Böyle olunca da kalp ve beyin damarlarını tıkamamış. *Eğer üçüncü hatayı da düzeltselerdi, yani estrojeni ciltten verselerdi, o pıhtılaşma artışı da olmayacaktı.* Bakın Dr. Marc L'Hermite ne diyor. Meşhur jinekoloji dergisi *Climacteric*'in editörleri arasında bulunan ve *Belçika Menopoz Derneği* başkanlığı yapmış olan jinekolog *Dr. Marc L'Hermite*'in aynı dergide 2013 yılında yayımlanan bir makalesinden:

"Estrojen muhtemelen kalbi korur, ama progestinler bu etkiyi negatife çevirir. Ağızdan hormon tedavisi damar tıkanıklığı, safra kesesi hastalığı ve muhtemelen felçlere de neden olur. 'Tüm bu riskler estrojeni ciltten vermekle önlenebilir.' Doğal, 'vücuttakine eşdeğer' progesteron kardiyovasküler sorunlar, hipertansiyon, felç ve hatta meme kanseri için 'en doğru progesteron' olarak görünmektedir." (REF.51)

Dr. L'Hermite, kitap boyunca vebadan kaçar gibi kaçtığımız, *Frankenstein* diye isimlendirdiğimiz progestinler yerine doğal "biyoeşdeğer" progesteron öneriyor. Damar tıkanıklıkları ve felçlerin ise estrojeni ciltten vermekle önlenebileceğine işaret edip, aynı makalede devam ediyor:

"Toplardamar tıkanmaları, felç ve meme kanseri risklerinin 'olmaması' sayesinde, bu tedavi rejimi, kemik erimesi riski yüksek olan 'asemptomatik kadınlarda da' hasta bazında risk/fayda oranı değerlendirilerek uygulanabilir."

Ne diyor Dr. L'Hermite? *"Damar tıkanmaları, felç ve meme kanseri riskinin olmaması sayesinde"* diyor. Ne demiyor? Tabii ki *"Hormon kullanan hiçbir kadında bunlar olmaz"* demiyor. Zaten bunlar hiç hormon kullanmayanlarda da oluyor. Ancak, *bu doğal hormonları doğru yolla verirseniz hiç hormon kullanmayanlara göre risk artışı olmaz* diyor. Biz *Fonksiyonel Tıp Akademisi*'nde bununla da yetinmek istemiyoruz. Riski daha da düşürmek istiyoruz. Dr. L'Hermite'in bahsettiğinin ötesinde, eğitimlerimizde bu doğal hormonların *kişiye özgü* metabolizmasını takip etmek ve yönlendirmenin de üzerinde duruyoruz.

Başka? *"Asemptomatik kadınlarda da"* diyor. Bu ne demek? Sadece sıcak basması, gece terlemesi gibi tipik menopoz yakınmalarını dindirmek için değil, *bahsi geçen kronik hastalıkların riskini azaltmak için de, hiçbir menopoz yakınması olmayan kadınlarda da hasta bazında risk/fayda oranı değerlendirilerek uygulanabilir* diyor. Benim düşünceme göre de, hormonların en anlamlı kullanımı bu: Yaşlanma ile ortaya çıkan ve bunda hormon dengesindeki bozulmanın da rol aldığı hastalıkları geciktirmek ve önlemeye çalışmak.

Doğru yöntem, biyoeşdeğer hormonları ciltten ya da vajinadan krem, jel ya da fitil formunda uygulamaktır. Böyle yaparsak, bu hormonlar yumurtalık ya da testisten salgılandıklarında doğal senaryoda ne olup bitiyorsa aynısı olur: Krem ya da jel, aynen yumurtalıktan salgılandığı gibi yavaş yavaş cilt altındaki yağ dokusuna emilir, buradan da yavaş yavaş kılcal damarlara geçer. Estrojen kılcal damardan toplardamarlara, buradan da kalbe ulaşır. Kalpten tüm vücuda dağılır. Buraya kadar karaciğer devrede mi? *Hayır*. Karaciğere doğadışı bir yüklenme var mı? *Hayır*. Karaciğerin "sapıtıp" pıhtılaşma maddelerini üretmesi için neden var mı? *Hayır*. Dokuda

işleri biten estrojen de, hem yerel dokuda hem karaciğerde metabolize olup yıkıma uğramak ve atılmak üzere yavaş yavaş tekrar kan dolaşıma geçer ve karaciğere gidip işlenir. Bağırsaktan topluca emilip karaciğerin feleğini şaşırtan bir estrojen yükü olmadığı için de, pıhtılaşma sisteminin hammadde üreticisi olan bu önemli organ hataya sürüklenmez. Bacak, akciğer, beyin damarlarınız tıkanmaz. *Bu kadar basit.*

Lütfen *"Bu kadar basitse doktorum niye bunu düşünmüyor?"* demeyin. Hem böylesine basit, hem de bilimsel temeli böylesine sağlam olan bu kavramlar doktorunuzun bilincinden ve tartışma alanlarından *uzak tutulmuş* olduğu için *sakın* onu suçlamayın. Hep söylediğim gibi, sağlık pazarında çok sağlam kurulmuş bir "bilgi akış kanalları" sistemi var. *Nelerin "bilgi" ve "kanıt" olarak kabul edileceği, sonuçta doktorunuzun neleri "bileceği" kontrol ediliyor. "Görüntüdeki" amaç bir standardizasyon sağlamak. Bunun yararlı sonuçları da yok değil. Ama buradaki gibi çok zararlı sonuçları da var: "Bilgi" denen, "kanıt" denen kavramlar artık sektör ile iç içe geçmiş bazı mesleki kuruluşların "sertifikasına" bağlanmış durumda. Gece gündüz çalışan o aşırı meşgul doktorunuzun bu duvarları aşması hiç kolay değil.*

Hormonları mümkün olduğu kadar kısa süreli kullanmalıyım, öyle değil mi?

Konuyu yüzeysel incelemiş olan az sayıda doktor arkadaş ve bu konuda sadece kulaktan dolma duyduklarını aktaran çok daha kalabalık bir başka doktor grubundan sürekli duyacağınız bir kalıp vardır: *"Hormon tedavileri eğer yapacaksanız da en fazla 5 yıl süreyle yapın. Daha uzun süreyle değil"* diye. İsterseniz kendiniz sorun görün. İnsan, bunca kalabalık bir doktor grubunun ağız birliği ettiği bir ifadenin sağlam bir bilimsel temele dayandığına inanmak istiyor. Ne çare ki, biyoeşdeğer ve çakma hormonları ayırt etmekten uzak tutulmuşlukla başlayan temel kafa karışıklığı, kadın ve erkek hormonları konusunun her yönüne nüfuz etmiş durumda. WHI dahil onlarca bilimsel araştırmanın verdiği mesaj son derece açık. Net. Üstelik mantıklı da. Ama *Columbia Üniversitesi*'nden *Prof. Dr. Rogerio Lobo*'nun, *"Yetişmekte olan bir nesil doktorun kaybı"* diye yakınmasına (s.103) yol açan *ezbere mahalle baskısı, bunca zeki ve araştırmacı doktorun bilimsel verilere alıcı gözle bakmasını engelliyor.*

"Hormon replasmanı 5 yıldan uzun süre yapılmamalı" şehir efsanesinin dayandığı veriler eğer geçerli ve mantıklı ve bilimsel *olsaydı bile*, bu durum *sadece çakma hormonlar için* geçerli olacaktı. *Çünkü bunlar sadece çakma hormonların kullanımına ilişkin veriler olacaktı. Yani "başka" moleküllere ait veriler.* Altı tamamen boş olan bu "En fazla 5 yıl" lafını eskiden ortaya atan Kuzey Amerika Menopoz Derneği *bile*, 2017 yılındaki pozisyon bildirgesinde böyle bir kesin sürenin artık geçerli olmadığını söylüyor (REF.52).

Finlandiya'da 332 bin kadının yaklaşık 20 yıl izlendiği bir çalışmanın sonuçları 2018 yılında yayımlandı (REF.53) ve *"Hormon tedavisini kesenlerin kalp krizi ve felç geçirme riskinin toplum geneline göre daha yüksek olduğu"* ortaya çıktı. Bu risk, hormon kullanmaya devam eden, yani riskini daha da düşürmeye devam edenlere göre ise daha da yüksekti!

Hormon tedavisinin kesilmesinin kemik erimesini çok ciddi biçimde hızlandırdığı, kalça ve diğer kemiklerde kırık riskini ciddi ölçüde artırdığı da artık anlaşılmış durumda (REF.54).

40 YAŞ SONRASI:
BU DERTLER NEDEN
MENOPOZA DAHA YILLAR VARKEN BAŞLIYOR?

• 40-55 yaş aralığının hormonal açıdan fırtınalı yılları, kadınların çoğunda fizik ve duygusal anlamda silinmez izler bırakır. Önlerinde uzanan yaşamlarındaki sağlık ve hastalıklarının temeli bu dönemde atılır.

• Bu yaş aralığında ortaya çıkan ve birbiri ile ilişkisiz görülen bir dizi sorunda, estrojen/progesteron dengesizliği başrolde.

Perimenopoz adını taşıyan menopoz öncesindeki dönemden, yani kadın yaşamının bu en kritik döneminden bahsedeceğimiz bu bölümde, dilerseniz önce menopoz nedir onu anlayalım. Bir kadın ne zaman menopoza *girmiştir*?

Tıpta kabul edilen tanıma göre, bir kadın 12 ay boyunca âdet görmemişse, artık "menopozda" kabul edilir. Menopoza giriş tarihi de âdetten kesilmiş olduğu o gündür. Kadın, *artık âdet görmediği o günü* hayat çizgisinde bir milat olarak kabul eder. Halbuki bu birçok açıdan anlamsızdır.

İnanmak zor ama, bugünün sosyokültürel açıdan iyi durumdaki kadınları bile, aynen eski Mısır ya da Ortaçağ Avrupası kadınlarında olduğu gibi, âdet görme "ritüeline" gerçekte sahip olduğundan çok daha ağır sosyal anlamlar yüklüyor. *Kadınlar vücutlarını tanımıyor.*

Yalnız kadın değil doktor olarak da yaygın bakışa göre, sanki kadının hormonal hayatı son kez âdet gördüğü *o gün* (menopoz) ile *o günden sonrası* olarak iki ayrı keskin bölüme ayrılıyor(!) İyi ama, 52 yaşında menopoza girecek bir kadında neden ta on yıl öncesinden, 40 yaş civarında âdet *aralarında sıklaşma*, *âdet kanamasında uzama ve düzensizlikler*, *kilo alma ve verememe*, *göğüslerde gerginlik*,

daha önce olmayan türde migrenler, uyku sorunları, hafızada zayıflama, âdet öncesi gerginlik sendromu, hipotiroidi, depresyon, anksiyete, mizaç değişmeleri gibi dertler ortaya çıkıyor? Daha "menopoz gününe" 5-10 yıl yok muydu?

Bu belirtiler neden bu dönemde artıyor? Örneğin vücutta estrojen veya diğer hormonlar 20-35 yaş arasına göre daha mı yükseliyor ki bunlar oluyor? Ya da isterseniz tersini düşünelim: Bu belirtiler hormonların yükselmesi değil de *azalması* nedeniyle oluyorsa, neden 60-70 yaşına gelince sıcak basmaları ve bir öndeki paragrafta sıraladığımız yakınmaların çoğu daha ağırlaşmak yerine hafifliyor? 40-55 yaş arasına yerleşen bu dönemi 20-35 yaş arası doğurgan dönemden ve 55 yaş sonrasındaki menopoz sonrası dönemden ayıran özellik nedir?

40-55 yaş arası kadında gerek fizik gerek ruhsal, ciddi hasar bırakan bu sorunların *hormonal sistemin müthiş bir değişim yaşadığı bu geçiş döneminde* ortaya çıkması tesadüf müdür? Hormonal fırtınaların vücudu yıprattığı bu yaşlar, herkese *"Şu antidepresanı, şu analjezik hapı, bir de şu uyku ilacını yemekten sonra yut"* demekle yönetilecek bir dönem midir?

"Eh gençlik gibi de olmaz ki canım, yaş artık geliyor. Baksana oğlan bile üniversiteye başladı. Olacak artık o kadar." Hasta ve doktor olarak böyle *söylenmek* dışında, vücutta olup bitmekte olana yönelik yapabileceğimiz bir şeyler yok mudur?

Biz doktorlar bu yakınmalar için ne yapıyoruz? Antidepresan, idrar söktürücü, anksiyolitik, ağrı kesici, *hormonsu kimyasallar*, velhasıl kadının o günkü yakınmasına uyan elimizde ne varsa veriyoruz. Aslında düpedüz kendi kuyruğumuzu kovalıyoruz. Ya da bir doğum kontrol hapı (yani "düşük dozda" bir *hormonsu*) ile kadının hormonal sistemini *stop ettirip*, âdet döngüsünü de *hormonsu hapın yapay düzenine* sokuyoruz. Kadın da düzenli ve normal miktarda âdet görüyor*"muş gibi"* oluyor. Açıkça söylersek, "yapay ama daha az gürültülü bir hormon dengesizliğine" *razı oluyoruz.* Bu arada problemin temeli tabii ki düzelmediği için, kadını diğer bütün sorunlarına ayrı ayrı birer ilaç verecek olan diğer branşlara gönderiyoruz. Nasılsa hepsinde şikâyetleri baskılayacak bir ilaç var!

Hastanelerde ve doktorlar arasında seneler geçirmiş biri olarak konuşuyorum. Bugünkü bakışımla bana inanılmaz geliyor ama, *estrojen baskınlığı* terimini ne tıp eğitimimde, ne sonrasında, ne de kadın doğumcu arkadaşlardan işittim. Günlük pratikte adı neredeyse geçmiyor. Aslında bu son derece önemli kavram, özellikle 40-55 yaş arasındaki kadınlarda çok sık rastlanan sayısız sorunun altında yatan etkenler arasında temel önemde.

Perimenopoz yani kelime anlamı olarak "menopoz çevresi" diye isimlendirilen dönem, yuvarlak olarak söylersek 40-55 yaş arası için konuşuluyor. Her ne kadar menopoz "çevresi" diye isimlendirilse de, pratik kullanımda perimenopoz daha ziyade *menopozun hemen öncesindeki yılları* ifade etmek için kullanılır.

Bu yıllara eşlik eden önemli bir olgu, yaşanmaya başlayan *değişime* karşı kendini gösteren "inkâr" faktörü. Birçok kadın bu yıllarda baş gösteren her fiziksel değişimi, toplumda kendisi için alışık olduğu "genç" statüsüne bir tehdit olarak algılar. Olan biteni kabullenmenin güçlüğü, fizik sorunları daha da ağırlaştırabilir. Menopoza *girmiş* olan yani âdetten kesilmiş olan bir kadındaki durumun aksine, bu yakınmalar kadının çevresi ve hatta doktoru tarafından "nedensiz" olarak değerlendirilip anlaşılamayabilir. Ruhsal yük bir tarafa, perimenopoz sürecindeki biyolojik fırtına ve vücut üzerinde yarattığı hasar, ne yazık ki çok kez kadın doğumcu doktor arkadaşların bile dikkat odağının uzağında kalır.

Pek çok kadın, 40 yaşını geçmeye başladığı yıllarda aşağıdaki listede sıralanmış dertlerin, üstelik birden fazlasının, sanki sözleşmişler gibi hep birlikte ortaya çıkıverdiğini çaresizlik içinde seyreder. Bu yakınmaların altında yatan en önemli mekanizma, daha önce öneminden bahsettiğimiz *estrojen/progesteron dengesinin "progesteron aleyhine" bozulması. Buna "estrojen baskınlığı" diyoruz.*

- PMS (Premenstruel Sendrom/Âdet öncesi sendromu)
- Düzensiz ve uzamış, çok kez ağırlaşmış âdet kanamaları
- Âdet döngüsü ile ilişkili migrenler
- Depresyon, anksiyete (endişe)
- Mızaç gelgitleri
- Uyku sorunları: Uykuya dalmakta güçlük, uyku bölünmesi
- Meme kistlerinde büyüme, göğüslerde gerginlik ve hassasiyet
- Bu yıllarda yavaş yavaş gelişme ortamı bulan ve bunu daha sonraki yıllarda sinsice değerlendiren meme kanseri
- Bu yıllarda menopoz sonrası dönemden bile daha hızlanan, ancak henüz filmlerde çıkacak ya da kemiği kıracak boyuta ulaşmadığı için gözden kaçan hızlı kemik erimesi
- Kilo alma, kilo verememe, ödemler ve şişkinlik
- Hafıza ve düşünce keskinliğine ilişkin sorunlar

• Migren benzeri baş ağrıları, özellikle âdet döngüsünün 2. yarısında ve sonuna yakın olanlar

• Otoimmun hastalıklarda alevlenme (Hashimoto ve diğerleri)

• Menopoza yaklaşılan yıllarda estrojen düzeyinde iyice artan oynaklıkla ortaya çıkan sıcak basması ve gece terlemeleri

Uzun yıllar boyunca saat gibi 28 günde bir ya da 26 günde bir gelen âdetler, bu geçiş döneminde bazen 21 günde, bazen 28 günde gelmeye başlar. Âdet kanamaları eskiye göre ağırlaşabilir ya da eskiye göre hafifleyebilir. Bazen iki ay kanamasız geçip, ardından ağır bir âdet kanaması görülebilir. *Özetle, düzen -ve hormonal denge- bozulmuştur.*

Birçok kadın bu durumdan bir arkadaşına bahsettiğinde *"Bu dönem için normal canım. Yapacak bir şey yok. Zamanla geçip gidecek nasılsa"* yanıtını aldıktan sonra antidepresanlar, baş ağrıları için ağrı kesiciler ve uyku ilaçlarına sarılır. Bunlarla elde edilen rahatlama gerçek bir iyileşme değildir evet, ama asıl büyük sorun daha derindedir: *Kadında "kemik erimesi" ve "meme kanserinin" temeli, işte bu perimenopoz döneminde atılıyor.*

İsterseniz teknik ayrıntıya hiç girmeden, milyonlarca yıldır tatlı bir rekabet halinde birbirini dengeleyerek iş gören *estrojen/progesteron işbirliğinin (dengesinin)* nasıl işlediğine birkaç örnek verelim:

• Estrojen, rahim iç döşemesini (endometrium) büyütüp kalınlaştırır.

• Progesteron ise bu tabakayı bebeğin yerleşebileceği biçimde olgunlaştırır. Estrojen etkisi ile aşırı büyümesini engeller: *Sizin anlayacağınız aşırı âdet kanamasını ve rahim kanserini engeller!*

• Estrojen vücutta yağ depolanmasını ve kilo almayı sağlar. Hayvan yetiştiricilerinin kullandığı "hormonun" estrojen olmasının nedeni budur. Progesteron bu etkiyi frenler.

• Estrojen vücutta su tutar. Ödem yapar. Progesteron ise doğal bir idrar söktürücüdür.

• Estrojen kemik *yıkımını azaltır*, progesteron kemik *yapımını artırır.* Böylece ikisi el ele kemik erimesini engeller.

• Estrojen meme dokusunda çoğalma ve büyüme yapar. Progesteron ise bunu kontrol altında tutarak meme kanserini engeller.

• Estrojen pıhtılaşmayı artırır. Progesteron bunu kontrol eder.

• Estrojen kolesterol ve trigliserid dengesini olumlu yönde etkiler. Damar iç döşemesinde nitrik oksit üretimini artırır ve özellikle kalp damarlarında genişleme yapar. Damar sertliği gelişimini önler. Progesteron bu etkilere destek çıkar.

• Estrojenin aşırı yüksek veya aşırı düşük olması sırası ile gerginlik veya depresyona yol açar. Progesteronun ise güçlü bir anksiyete (endişe) giderici etkisi vardır. Uykusuzluğa birebirdir. *Sağladığı uyku doğal, beyin hücrelerini tamir eden bir uykudur.*

Progesteron için bu söylenenlerden rahim üstündeki etkisi hariç "hiçbiri" Frankenstein progestinler için geçerli değildir. Frankenstein progestinler rahimde iş görüyor, bunun dışında vücudun tamamına veriyorlar (REF.55).

Eylül 2016'da *JAMA* dergisinde yayımlanan bir Danimarka çalışması, progesteron taklidi *Frankenstein* progestin kimyasalları içeren doğum kontrol haplarını kullanan genç kızlar arasında depresyon sıklığının, kullanmayanlara göre *%220'ye varan (!)* artış gösterdiğini ortaya koyuyor (REF.56). Çakma hormonlar böyle depresyona yol açarken, gebeliğin son aylarında kanda doğal progesteronun normalin birkaç kat üzerine çıktığı dönemlerin depresyondan en uzak duygu durumu ile, en huzurlu uykularla geçirilmesi bize gerçek ve çakma hormonların farkı hakkında bir mesaj veriyor mu dersiniz?

Estrojen ve progesteron arasındaki "tatlı rekabet desek de olur, verimli işbirliği desek de olur" bu ilişki, öyle bin yılda veya on binlerce yılda değil, milyonlarca yılda gelişti ve olgunlaştı. İkisinin de görev tanımları milyonlarca yıl içinde belirlendi. İlaç fabrikasında icat edeceğin en son moda bir uzaylı molekülü bunlardan birinin yerine geçiremezsin. Bu hormonlardan birinin etkisini diğeri aleyhine bozamazsın. Hele progesteron aleyhine hiç bozamazsın! Bozarsak doğa bize er geç cezayı kesecektir.

Perimenopozal yani 40-55 yaş arasındaki hormonal çalkantı dönemini bugünün "modern" kadınları çok daha sorunlu geçiriyor. Anneannelerimiz, bize nazaran çok daha doğal ortamlarda yaşayan Uzakdoğu ülkelerindeki kırsal kesim kadınları, Gürcistan'ın dağ köylerindeki kadınlar bu dönemi neredeyse sıkıntısız atlatıyor. Zaten bu nedenle Uzakdoğu ülkeleri kırsalında, küçülen dünyamızın artık ender nok-

talarında kalmış olan doğal kırsal yörelerde ve eski kuşaklarda, menopoz çevresi ve menopoz sonrası yakınmalar çok daha hafif atlatılıyor. Onlarda endometriozis, polikistik over, belli yaş aralığı hariç olmak üzere ağır âdet öncesi sendromlar çok çok daha ender. Onların derdi üst üste doğumlar nedeniyle ortaya çıkan varisler ve rahim sarkması. Hormonal düzensizlikler değil. Neden? Bunu anlamak için de *bir sonraki bölümde günümüz kadınında estrojen/progesteron dengesinin progesteron aleyhine nasıl ve neden bozulduğuna ve buna karşı neler yapabileceğimize* bakacağız.

Doktorum diyor ki: *"Estrojeni krem şeklinde cilde sürmek fayda etmez. Hormonlar ciltten kana emilmez. Vücudunu baştan aşağı kremle kaplarsan belki."* Siz ne dersiniz?

Doktorunuz bir 10-15 yıl önce belki bunu söyleyebilirdi, ama şimdi söylemesi garip. Çünkü, WHI'da hormon *haplarının* foyası meydana çıktıktan sonra, ilaç firmaları "mecburen" ciltten patch (hormonlu plaster) ya da krem şeklinde kullanılan biyoeşdeğer hormonlar üretmeye başladılar. Avrupa'da, Amerika'da *Tabiat Ana*'ya saygısı olan ve vücuttan kopmamış olan binlerce doktor zaten on yıllardır bu kremleri uzman eczanelerde siparişle hazırlatıp kullanıyorlardı. İlaç fabrikaları ise, ancak WHI skandalından sonra bir kadın nesli uyanmaya başlayınca, yani yeni bir pazar ortaya çıkınca bu ürünleri piyasaya sürdü. *Climara patch* gibi ciltten uygulanan biyoeşdeğer ürünler ortaya çıkardılar ve bunlar geleneksel otoritelerce de onaylandı. Neticede artık doktorunuzun "beslendiği" bilgi kaynakları da ciltten kullanımın etkin bir yöntem olduğunu ifade ediyorlar.

"İyi ama bu biyoeşdeğer hormonlar doğal olduğu için firmaların patent alamadığını söylemiştiniz. Bunlara nasıl patent almışlar peki?" sorusu aklınıza gelebilir: *Patch* adı verilen bu "hormonlu plasterin" içindeki doğal estrojen için almıyor firma o patenti. Hormonu o patch yolu ile vermenin *tasarımı* için, yani estrojeni veriş *yöntemi için* alıyorlar. Böylece firmanın işi görülmüş oluyor.

Estrojeni ve testosteronu ciltten sürmenin tedavide etkin bir yol olduğu konusunda bugün için bir tartışma kalmadı. Ciltten yaptığınız estrojen tedavisinin klinik etkilerini de net olarak görebiliyorsunuz, kan ve idrar düzeylerini de tetkiklerle takip edebiliyorsunuz.

Ciltten krem şeklinde progesteron kullanımı ise, yurtdışında son derece yaygın bir uygulama ve klinikte beklenen etkiyi sağladığı konusunda büyük bir tecrübe var. Ancak, bu uygulamanın kan ve idrarda takibi ile ilgili aydınlatılamamış noktalar ve bu kitabın amacını aşan teknik tartışmalar mevcut. Bu yüzden kişisel olarak ben progesteronu genellikle "cildin" bir diğer bölgesinden, yani vajinal yolla uygulamayı tercih ediyorum. Böyle alamayan kadınlarda ise ağızdan ya da ciltten krem olarak veriyorum.

Progesteron ağızdan alındığında, aldığınız miktarın ancak %10'u değişmeden progesteron olarak kana geçebilir: Karaciğer, bağırsaktan emilip kendisine gelen progesteronu tamamen başka bir şeye çevirip kana yani vücuda öyle bırakır. Bu çevirdiği progesteron *metaboliti* (ürünü) size mükemmel, doğal bir uyku verir. Beyni iyileştirir. Anksiyete (endişe) duygusunu ortadan kaldırır. Fakat uyku getirici özelliği nedeniyle gündüz değil, gece yatmadan yarım saat önce alınması uygun olur. Bu progesteron hapı ülkemizde bulunabiliyor.

YUMURTLAMAK YA DA YUMURTLAYAMAMAK: ESTROJEN-PROGESTERON DENGESİ

• 40-55 yaş aralığındaki pek çok kadın, estrojen/progesteron dengesizliğini gidermek için uygulanacak doğal progesteron desteğinden büyük fayda görür. Aynı zamanda estrojen metabolizmasını düzenleyecek yiyecek seçimleri ve doğal desteklerin kullanılması, birbiriyle ilişkisiz zannedilen bir dizi rahatsızlığı hafifletebilir.

• Meme içindeki hormonal ortam, kandaki hormonlardan ciddi ölçüde bağımsızdır. Meme bağımsız bir estrojen fabrikası gibi çalışabilir.

• Meme kanseri gelişiminde estrojen atıklarının nasıl işlendiği (estrojen metabolizması) anahtar roldedir. Bu metabolizma, her kadının kendi kimliğine özel bir sistemle işler. Bu sistemi meme kanseri henüz başlamadan saptamak ve değiştirmek mümkün görünüyor.

Her kız bebek kendi yumurtalıklarında (*overler*) sayısız *yumurtacık* ile doğar. Ergenlik dönemine giren bir genç kızın yumurtalıklarında yaklaşık 400 bin adetten oluşan bir yumurtacık deposu hazır durumdadır. Bu döneme kadar uyuklamış olan bu yumurtacıklar, artık beyinden salgılanmaya başlayan FSH ve LH adındaki hormonların çağrısı sayesinde uyanacaktır.

Her âdet döneminde birkaç yüz *aday yumurtacık*, beyinden salgılanan bu hormonların etkisi ile kendine ait bir kabuk zar içinde büyümeye ve *yumurta* haline dönüşmek için gelişmeye başlarken, bir yandan da estrojen salgılarlar. Bu estrojen, rahim iç tabakasını (endometrium) büyütüp kalınlaştıracak ve burayı onlar için hazırlayacaktır. Beynin çağrısına derhal cevap verenler bunlar olduğuna göre, bu birkaç yüz *aday yumurtacık*, yumurtalık (over) içindeki yüz binlerce yumurta içinde en hazır durumdaki, yani en "kaliteli" yumurtalardır.

Âdet döngüsünün ortasındaki ovulasyon (yumurtlama) gününe gelindiğinde, bu yüzlerce yumurtadan en gelişmiş olanı kabuk zarını çatlatarak dışarı çıkar. Demek ki en başarılı yumurta odur. Yarışı kazanmıştır! Ovulasyon (yumurtlama) gerçekleşmiştir.

O âdet döneminde hep birlikte büyümeye çalışan diğer yüzlerce yumurta için artık yarış sona ermiştir. Bunlar o andan itibaren yavaş yavaş pörsümeye ve yok olmaya başlarlar. *Bu da, bir kadın 13 yaşından 43 yaşına gelene kadar her âdet döneminde beynin çağrısına cevap veren "en kaliteli yumurtalar olan" binlercesinin "harcandığı" anlamına geliyor.*

Rahim, iki tarafında bulunan kollarının (tupler) parmaksı çıkıntıları ile "yarışı kazanmış" olan yani kabuğunu çatlatarak dışarı çıkacak olan yumurtayı gözlemektedir. Yumurta kabuğundan dışarı çıktığında onu bu parmaklarla yakalayarak tüpün içine alır. Ancak bu yumurta ile birleşebilmek için vajinadaki spermin önünde oldukça uzun bir yol var. Spermin rahim ağzından girdikten sonra rahim kanalını kat etmesi ve tüplere ulaşması gerekiyor.

Yumurta çatlamış, yumurtlama gerçekleşmiştir ama *kabuğun* işi burada bitmez, aksine yeni başlar: Yumurtanın *kabuğu*, içini tekrar doldurarak yapısını değiştirir ve *korpus luteum* adını alır. *Çatlamış ve yumurtasını dışarı atmış olan bu kabuk (korpus luteum), derhal progesteron salgılamaya başlar.* Çünkü yumurta döllenirse, yani bir sperm ile birleşirse, uterusa bir bebek yerleşecek demektir. Bu bebeği beslemek için de progesteron şarttır! Yumurtlama, âdet döngüsünün (ayın) ortasında gerçekleştiğine göre (s.30), âdet döneminin bundan sonra gelen yani "ikinci" yarısına progesteron hormonu damga vuracaktır.

Özetle, progesteron ancak ve ancak bir yumurtlama olabilmişse salgılanır. Âdet döngüsünün (ayın) başında gelişmeye başlayan yüzlerce yumurtacıktan salgılanan estrojen salgısı ise her durumda ortaya çıkar. Ama yumurtlama her zaman gerçekleşemez. "Birçok kez yumurtacıklardan hiçbiri bunu başaramaz." Yani, estrojen "garantidir", ama progesteron iyi bir yumurtlama olmadan olmaz! Eldeki kaliteli yumurtacıklar 40 yaşından sonra tükenmeye başlayınca da, yumurtlama olsa da yeterli progesteron elde etmek zorlaşır. Bu da estrojen/progesteron dengesini bozar.

Döllenme eğer gerçekleşmişse, bundan sonra *korpus luteum* (kabuk) performansında en ufak bir yetersizlik, yani progesteron düzeyinde en ufak bir düşme, bebeğin beslenememesine yani hamileliğin kaybına yol açabilir. Kadın doğumcu

arkadaşlar düşük tehdidi olanlara işte bu yüzden ciddi dozda doğal biyoeşdeğer progesteron verirler (tabii bebek varken "tabiat dışı" *Frankenstein* progestinleri kullan(a)mazlar).

Gebeliğin 12 haftasına gelindiğinde bebek artık oldukça büyümüştür. Küçücük yumurta kabuğundan *(korpus luteum)* salgılanan progesteron ona yetmeyecektir. Bu nedenle 12 haftadan itibaren progesteron hormonu salgılama işini daha büyük bir "organ" olan plasenta ("eş") devralır. Plasenta sayesinde bu dönemden itibaren kan progesteron düzeyleri gebelik dışı dönemin onlarca hatta yüzlerce katına çıkar ve doğuma dek öyle kalır.

Söylemeye gerek var mı bilmiyorum, birkaç kat birden artan bu hormon, reçetelerimizde ve eczane raflarımızdaki *Frankenstein progesteron taklidi progestinler* değildir! Öyle olsaydı hamilelik meme kanserini önlemez, aksine milyonlarca yıl içinde bugüne dek kadın –ve insan– nesli sona ererdi!

Kadının daha genç yaşlarındaki âdetlerinde gelişen yumurtacıkların –beynin çağrısına daha erken ve derhal kulak vererek gelişmeye başlayanlar onlar olduğuna göre– yumurtacık deposu içindeki en sağlıklı yumurtalar olduğunu tahmin edebiliriz. Aynı biçimde, 40 yaşından sonraya kalanların da bu çağrıya en duyarsız, yani fonksiyon açısından en geride olacaklarını tahmin edebiliriz. Bu ne anlama gelir? Âdet görülen yılların sonlarına yaklaştıkça, *40-45 yaşlarında yumurta fonksiyonu ve kalitesi iyice düşer.* İnfertilite konusunda çalışan doktor arkadaşların bu yaş aralığındaki kadınlara hiç de ümitvar konuşmamalarının altında yatan da zaten budur.

40 yaşlarında yumurta kalitesi ve fonksiyonunda bozulma olması, yumurtanın kabuk zarı (korpus luteum) fonksiyonu da bozuluyor anlamına gelir. Bu da, bu yaşlardan itibaren progesteron salgısı yetersizleşiyor demektir ve zaten bilimsel araştırmalar da bunu ortaya koymuştur (REF.57).

Aslına bakarsanız, bu yaş dönemindeki birçok âdet kanaması, gerçekte bir yumurtlama olmadan tamamlanıyor. Yumurta çatlamayınca progesteron salgılayacak kabuk da oluşmuyor. Ama âdet kanaması olması için yumurtlama gerekmez: Âdet kanaması olması için, gelişen ama çatlayamayan yüzlerce yumurtacıktan salgılanan estrojenin etkisi ile rahim iç döşemesinin büyüyüp kalınlaşması, sonra adeta sulu bir yara kabuğu gibi dökülüp atılması yeterli (s.23).

Yumurtlama fonksiyonundaki bozulmanın bir başka nedeni de, günümüzde çok artan bağışıklık sistemi hastalıkları. *Otoimmun hastalıklar* olarak bilinen bu

rahatsızlıklarda vücudun *bağışıklık sisteminin kafası karışmıştır.* Kendi doku ve organlarını adeta bir yabancı olarak algılar ve onu tahrip etmek için "silahlı ekipler" yollar. Hashimoto ve diğer romatizmal hastalıklar işte böyle ortaya çıkar. Eklem romatizmasında olduğu gibi şişen kızaran bir şeyler "dışarıdan" belli olmasa da, yumurtalıklar da bu "dost ateşinden" sıklıkla nasibini alan organlar arasında. Erken menopozun, yani yumurtalıkların erkenden pes etmesinin ve infertilitenin bu derece yaygınlaşmasının altında hem bu otoimmun mekanizma, hem de *günümüzde bir xenoestrojen toksin denizi içinde yüzüyor olmamız* yatıyor.

Sonuç: Tamamen yumurtalık fonksiyonuna bağımlı olan progesteron salgısı 40 yaşlarından itibaren yetersizleşir ve estrojeni dengeleyemez.

Bu çok önemli konuyu bir kez daha ve daha açık ifade etmeliyim: Diyelim 46 yaşındasınız. Âdet kanamalarınız da *düzenli*. Ne yazık ki bunun böyle olması, âdet döngünüzde her şeyin *olması gerektiği gibi* işlediği anlamına gelmiyor. Âdetlerinizin "düzenli" olması, ay ortasında beklenen *yumurtlamanın* gerçekleşmiş olduğunu garanti etmiyor. *Tek bir kez bile yumurtlama olmadan", bu demek ki yumurta kabuğu (korpus luteum) diye bir şey hiç gelişmeden, yani bir damla progesteron salgılayamadan, gayet düzenli âdet kanamalarınız olabilir!* Siz de *"Benim âdetlerim saat gibi canım"* diyor olabilirsiniz. Rahim içi zarının gelişip kalınlaşıp sonra dönem dönem âdet kanaması biçiminde dökülmesi için estrojenle beslenmesi yeter. Progesterona ihtiyaç yoktur. *Öyle ya da böyle âdet görüyorsanız, ciddi miktarda estrojeniniz var demektir. Peki, onu dengeleyecek progesteronunuz var mı?*

Progesteron "yalnızca" yumurtlama halinde, yani çatlayan yumurtanın kabuğundan salgılanır. Başka yolu yoktur. Estrojen içinse yumurtlamaya ihtiyaç yok. Estrojen, yarışmaya girip kaybeden ama çatlayamayan *yüzlerce yumurtacık* tarafından her durumda salgılandığı gibi, böbrek üstü bezlerinden salgılanan "erkeksi" hormonların (*Androstenedion, DHEA*) tüm vücuttaki yağ dokusu içinde estrojene çevrilmesiyle de (*aromatizasyon*) kolayca ve bolca estrojen elde edilebilir.

Hatta *menopoz sonrasında bile*, estrojen çok düşse de sıfıra inmez. Özellikle kilolu kadınlar, böbrek üstü hormonlarını yağ dokusunda estrojene çevirerek hatırı sayılır miktarda estrojen üretebilirler. Bilirsiniz, kilolu kadınların ciltleri daha genç kalır. Çünkü estrojenin "anti-aging" etkisinin avantajını yaşarlar. Ama *yumurtlama günleri geride kalmış, yani progesteron sıfıra inmiştir.* Estrojeni

dengeleyecek progesteronları hiç yoktur. *Bu da artmış meme kanseri riski, kemik erimesi ve diğer riskler demektir.*

Estrojen baskınlığındaki sorunları bunca vurgularken yanlış izlenim vermek istemem. *Estrojen düşmanınız değildir. Zaten bir bacağınızı kaybederseniz diğer bacağınız da size düşman değildir. Ancak sadece onunla yürümeye kalkarsanız, size düşman gibi davranır.* 40 yaşlarından itibaren yumurtlama kalitesi zayıfladıkça, progesteron salgınız da düşer. Ama estrojen düzeyi yerindedir. Bir "bacağın" eksik oluşu, artık diğer "bacağın" size düşman gibi davranmasına neden olabiliyor.

İşte bu nedenlerle, benim düşünceme göre, 40-45 yaşından itibaren, "sanıldığından çok ama çok daha fazla kadının", özellikle yukarıda sıraladığımız estrojen baskınlığı yakınmalarına sahiplerse, progesteron desteğine muhakkak ihtiyaçları var. Evrim penceresinden ve hormon dengesi açısından bakıldığında (s.) bu yaşlardan itibaren kadınların çoğunluğunda progesteron desteğinde bulunmak akıllıca olur.

Bu yaş aralığından itibaren yapılacak bir progesteron desteği, sadece bu bölüm başında sıraladığımız yakınmaları giderip âdetleri düzene sokmakla kalmayacak, aynı zamanda meme kanseri riskini de azaltacaktır. Bu destek, genellikle âdetin ikinci yarısı içinde, yani normalde zaten progesteron hâkimiyetinde geçmesi gereken günler içinde olacak biçimde kullanılır. Doğal progesteron duruma göre gece yatarken vajina içine, ağızdan ya da cilde sürerek kullanılabilir. Her durumda, bunları daima eline aldığı hormonları bilen bir doktorun ayarlaması gerekir. Kendi başınıza değil.

Kadında hormonla ilgili dertlerin neredeyse tamamı, myomlar olsun memede kistler olsun, endometriozisin çikolata kistleri olsun, hormonla ilişkili migrenler olsun, gerçekten de gebelikte hafiflemeyen sorun adeta yok gibi! Bunun esas nedeni de gebelikte plasentanın vücudu progesterona *doyurmasından* başka bir şey değil.

Fonksiyonel Tıp Akademisi'nde düzenlediğimiz kurslarda işte bu nedenle ben doktor arkadaşlara, yarı şaka, hep şunu söylerim: *"Bana göre perimenopoz yıllarında progesteron desteği, bir hormon replasmanı meselesi değildir. Bir kadın ve insan hakları sorunudur."*

40-55 yaş aralığındaki bu dönemde estrojenin progesteron karşısındaki baskınlığına en önemli müdahale progesteron desteği ile olsa da, yapılabilecekler ve yapılması gerekenler bundan ibaret değil. Özellikle bu dönemde yeni yeni filizlen-

meye başlayan meme kanserinin bu ortamda gelişmemesi için estrojen baskınlığını ve estrojen metabolizmasını da yönetmek gerekiyor. Bu konuda yapabileceklerimizi "Dr. Mine Hanım meme kanseri olmayabilir miydi?" başlıklı bölümde daha ayrıntılı konuşacağız.

Âdetlerim çok düzensiz ve ağır geçiyor. Kansızlık düzelmiyor. Ne yapmam lazım?

Bu durum hemen hemen daima *ağır bir estrojen baskınlığına* işaret eder. Tabii ki her şeyden önce, normal dışı, ağır, düzensiz bir kanama varsa bunun organik bir sorundan kaynaklanıp kaynaklanmadığı muhakkak bir jinekolojik muayene ile aydınlatılmalıdır. Organik sorun derken: Bu kanama myomlara bağlı olabilir, poliplere bağlı olabilir, hatta bir tür kansere bağlı olabilir! Bu olasılıklar elenmeden, sizi örneğin bir yıldır herhangi bir jinekolog görmemişken, ağır âdet kanamasına ezbere hormonal düzensizlik deyip çıkamazsınız.

Bunun dışında, özellikle 45-50 yaşından sonra ortaya çıkmış olan her *sürpriz* kanamada, en azından kanseri elemek için muayene olmak şart. Bütüncül *Fonksiyonel Tıp Akademisi* bakışıyla destek veren ve hormon dengesini yöneten doktorun da, bu tür durumlarda hastayı bir jinekoloğun kontrolü için yönlendirmesi gerekir.

Bir kanser ya da organik hastalık elimine edilmişse, bana göre özellikle menopozun öncesindeki yıllarda düzensizleşen âdet kanamalarını düzene sokmak için, progesteron (tabii gerçek progesteron) hem çok etkili, hem de en doğal çözüm. Kadından kadına değişmekle birlikte, genellikle 40-55 yaş aralığındaki hangi yıllar içinde gerekiyorsa, *döngüsel progesteron desteği* ile hem âdet kanamaları düzene sokulabilir, hem âdet kanamaları hafifler, hem de meme, kemik, beyin dahil olmak üzere vücudun bütününün ihtiyacı olan bir doğal destek sağlanmış olur.

"Döngüsel progesteron desteği" derken: Bir örnek verecek olursak, *"Âdetin ilk gününden itibaren 14. günde başla, her seferinde 12 gün boyunca kullan ve bırak"* gibi bir aylık *döngüsel* kullanımı kastediyorum. Progesteron kullanımını bıraktıktan sonra genellikle birkaç gün içinde âdetiniz başlayacaktır. Bu şekilde bir kullanımda, eğer yeterli doz progesteron kullanılmakta ise çok kez 2-3 ay içinde kanama şiddeti normale döner. Bu amaçla progesteronun gücünü gösterebileceği en uygun uygulama vajinal yolla yapılır. Size düşen, bu aylar boyunca âdet düzeniniz hakkında tuttuğunuz notları doktorunuza aktarmak ve durum düzene girinceye kadar bir sonraki döngü (ay) için kullanım stratejisinde bir değişiklik yapma konusunda karar verebilmesi için doktorunuzu bilgilendirmektir. Durum düzene girince artık doktorunuzun uygun göreceği biçimde uzun vade devam edebilirsiniz.

Progesteronu bıraktıktan kaç gün sonra kanamanın başladığı, ağırlığı, kaç gün sürdüğü, birlikte göğüslerde gerginlik ve hassasiyet olup olmadığı gibi önemli veriler, not almanız ve doktorunuzla paylaşmanız gereken bilgiler. *Âdet öncesinde lekelenme yaşamanız, hemen hemen daima kullandığınız progesteron dozunun sizin için yetersiz olduğuna işaret eder.* Aynı durum yani âdet öncesi lekelenme progesteron kullanmazken kendiliğinden ortaya çıkmışsa da, korpus luteumdan kendi progesteron üretiminiz yetersiz demektir ve sonuçta ikisi de aynı kapıya çıkar. Doktorunuz bu bilgilere göre progesteron uygulamasında ayarlamalara gider.

Bir kadın eğer 10-14 gün boyunca yeterli dozda progesteron kullanmasına rağmen bıraktıktan sonra iki hafta geçip de âdet olmamışsa, rahim içinde kanama şeklinde dökülecek bir doku bile büyüyüp gelişememiş demektir. Bu da, rahim iç tabakasını büyütme görevini üstlenen estrojen salgısının iyice düşük olduğunun kanıtıdır. Tabii unutmamak ve göz önünde bulundurmak gereken bir diğer olasılık da kadının hamile kalmış olması!

Bunları ancak bir hekim ayarlayabilir. Siz değil. Bu satırlarda size anlatmaya çalışıp altını çizdiğim şey, bu işin sahte hormonsularla değil, gerçek (biyoeşdeğer) progesteron uygulanarak yapılmasının başta meme olmak üzere tüm vücut için daha sağlıklı olduğu.

Ne yazık ki dünyada jinekolog arkadaşların büyük çoğunluğu hâlâ doğal (biyoeşdeğer) progesteron ile *Frankenstein* progestinleri aynı şey gibi düşünüyor. Bu kadınların ihtiyacının *progesteron* olduğunu onlar tabii ki çok iyi biliyorlar. Progesteronun da, anlattığımız gibi âdet döngüsünün (ayın) ikinci yarısında verilmesi gerektiğini tabii ki son derece iyi biliyorlar. Ama sonuçta, gerçek progesteron yerine, onunla "aynı olduğunu" düşündükleri *Frankenstein* progestinlerden reçeteye bir tane yazıp, *"Şu hapı 15 gün içip bırak, bekle, âdetin gelecek"* diyorlar. Gerçekten de dedikleri gibi oluyor, âdetler düzene giriyor.

Giriyor, çünkü bu progestinler rahim (uterus) için gerçekten doğal progesterondan farksız. Daha önce anlatmıştık: Rahimdeki hormon yuvasına progestinler tam oturuyor. Ancak meme, beyin, kemik, kalpteki anahtar yuvalarını *kırıyor*. Rahimde yerleşecek olan bebeği besleyemiyor. İnfertilite tedavisi gören ya da hamile ama düşük riski yüksek kadınlara gerçek progesteronun verildiği gibi verilemiyor. Yani özetle bunların aslında hormon değil, ilaç oldukları ancak kadın hamile olduğunda bebek adına hatırlanıp kabul ediliyor! Aynı işi doğal progesteron ile yapmak, başta meme olmak üzere vücudunuzu çok daha mutlu edecektir. Bunu yatmadan önce vajinaya mı, yutarak mı, krem sürerek mi yapmanızın en doğru olduğunu ise doktorunuz ayarlamalıdır.

Hormonlu spiral taktırayım mı?

Hormon ilaçlı spiral, kadın için de doktor için de gerçekten büyük rahatlık. Taktırdığınızda hem ağır geçen âdetler hafifliyor –hatta birçok kadında âdetler tamamen ortadan kalkıyor– hem de doğum kontrolü elde edilmiş oluyor. *"Bu spiralin içindeki hormon ilacı kana geçmiyor"* dense de, işin doğrusu bu ilaç kana düşük miktarda ama yıllarca ve sürekli olarak geçiyor. Meme kanseri açısından tamamen temize çıkmış bir uygulama değil. 2017 yılında Danimarka'da hormonal doğum kontrol yöntemleri kullanan 1,8 milyon kadının 11 yıl izlenmesiyle elde edilen verilere göre, hormonlu spiral uygulaması meme kanserinde artışa neden oluyor (REF.58, 58.A) ancak riskteki artışın çok da çarpıcı olmadığını söylemek lazım. Zaten daha önce bahsettiğimiz gibi, hormon niyetine *Frankenstein* progestinler kullanıldığı durumda da, meme kanseri riski artmasına artıyor ama halk arasında ve doktorlar arasındaki yaygın efsanedeki kadar değil.

Neden *hormonlu spiral* demiyorum da *hormon ilaçlı spiral* diyorum? Çünkü bu spiralin içinde gerçek hormon, gerçek progesteron yok. *Frankenstein* hormonsu, yani bir progestin var. İdeal ve sevimli bir uygulama olmadığı kesin. Buna karşın pratikliği ve doğum kontrolündeki başarısı, onu bir kenara atılamayacak alternatifler arasında tutuyor.

Bu bilgilerle ne yapmak gerekir? Seçim doktorunuza ve daha da önemlisi size kalmış olsa da, eldeki verileri toparlarsak: Amaç doğum kontrolü ise, her şey gözetildiğinde en güvenli ve etkili yöntem *hormonsuz bakır spiral* olarak görünüyor. Her şey birlikte gözetildiğinde doğum kontrolü açısından ilk denemek gereken belki de bu. Estrojen yükü ağır olan, âdetleri düzenli olmayan kadınlarda rahim içi dokusu (endometrium) aşırı büyüdüğünde spiral ağır ve düzensiz olan âdet kanamalarını artırabiliyor. Bazı kadınlarda lekelenmeye de neden olabiliyor. Bunlara engel olmak için, bakır spiralle birlikte âdetin ikinci yarısında vajinal ya da ciltten krem olarak progesteron da kullanılabilir ve böylece hem meme hem diğer dokular estrojen baskınlığından korunmuş olabilir.

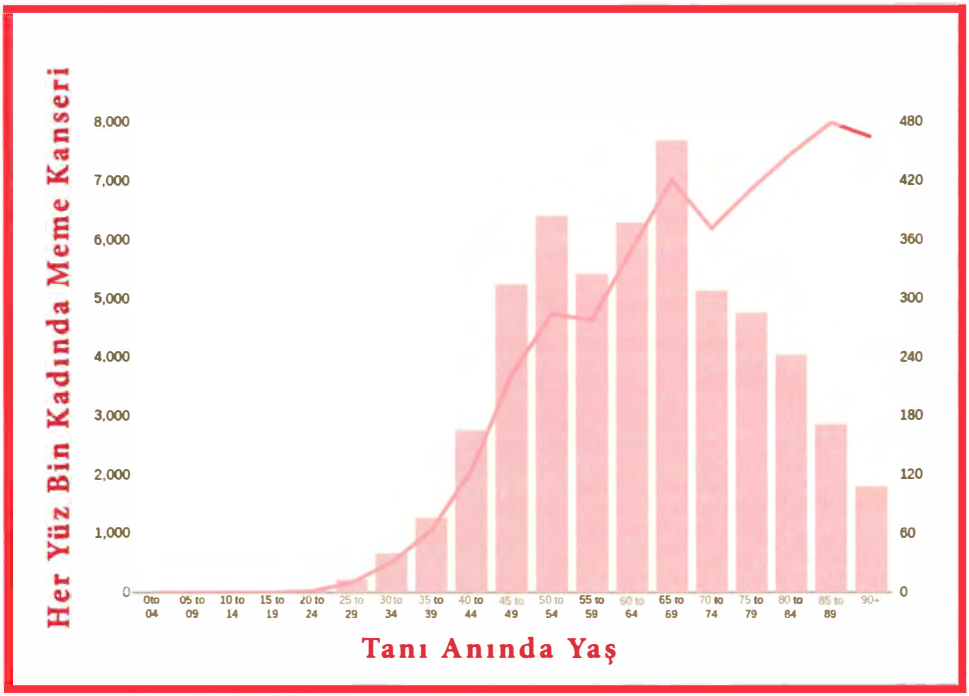
Tabii ki hasta "*Doktor Hanım/Bey beni ayın 12 günü krem sürmekle ya da yatarken vajene bir kapsül/ fitil koymakla uğraştırmayın, meme kanseri, kemik erimesi, kalp hastalığı ve diğer riskler biraz artarsa da artsın razıyım*" diyorsa, doktorunuza kalan bir hormonlu spiral koyup geçmek olur.

Sorun doğum kontrolü değil de ağır ve düzensiz kanamalar ise, zaten estrojen baskınlığı var demektir. Bu durumda zaten vücudun progesteron ihtiyacının giderilmesi gerekir. Döngüsel (aylık dönemin ikinci yarısında, doktorunuzun uygun göreceği biçimde) vajinal yolla doğal progesteron kullanımı 2-3 dönem içinde âdetleri düzene sokar ve kanamayı hafifletir.

Eğer çok ağır âdet kanamaları varsa (ki her zaman olduğu gibi, böyle durumlarda myom ve diğer olası sorunlar açısından daima bir jinekolog kontrolünden geçmek doğru olur) güçlu bır *Frankenstein* progestını sadece 2 ay kullandıktan sonra aciliyet geçince doğal progesterona dönülürse, bır daha estrojen aşırı hâkimiyet kuramayacak ve rahim içini aşırı doldurup ağır kanama olmayacaktır çünkü progesteron onu artık en baştan dizginleyecektir.

Yaş 55. Menopozdayım. Hormonlar düşmüş. O zaman bu meme kanseri nereden çıktı?

Öyle ya, sizin de aklınıza takılmıyor mu? Meme kanserinde madem hormonların rolü büyük, neden meme kanseri tanısı konanların yaş ortalaması 62? *Madem meme kanserine hormonlar neden oluyor, nasıl oluyor da, örneğin 69 yaşındaki meme kanseri riskiniz, hormonların zirvede olduğu 29 yaşından tam 60 kat daha fazla olabiliyor?* (REF.59A) Hiç düşünmemiştiniz öyle değil mi? (Merak etmeyin, bunu hiç düşünmemiş olanlar yalnızca siz tıp dışı okuyucular değilsiniz.)



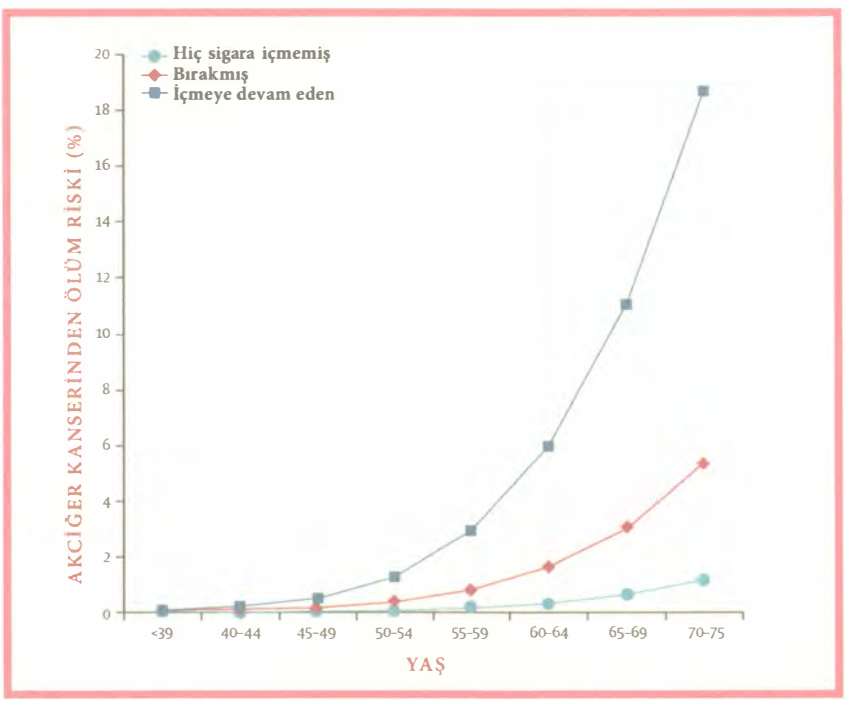
Şekil.21 Meme kanseri tanısı hangi yaşlarda konuyor?

Şekilde gördüğünüz gibi seneler geçip *estrojen adeta yok oldukça, meme kanseri riski yükseliyor*! Diyeceksiniz ki: *"Kadın yaşlanıyor da ondan."* İyi ama estrojen meme kanseri için bu kadar mı önemsiz? Yukarıdaki tabloda görünen çarpıcı durumdan nasıl bir sonuç çıkarmamız gerekiyor? Meme kanserinde estrojenin bir faktör olmadığını mı? Hatta şekle bakarsak meme kanserine estrojen versek daha mı iyi olacak demek oluyor!? Tabii ki değil.

Demiştik ki: *"Zaten kanser yaşlılarda daha sık görülüyor."* Doğru. Kanser riski biz yaşlandıkça artıyor. Doğru. Yaş ile akciğer kanseri riskinin grafiğine bakacak olsak onda da, aynen meme kanserindeki gibi riskin ileri yaşlarda daha yüksek olduğunu görürdük. Bu da doğru. *Ama burada farklı bir şey var.*

Gene, hepimize en tanıdık olan sigara ve akciğer kanseri örneğinden yardım alalım. Sigara içenlerde de, 40 yaşından önce akciğer kanseri çok nadir. Sigara içenlerde de, kanser riski 70 yaşlarında en yüksek. İyi ama, sigara içenler bu zehiri bırakırlarsa, hiç içmemiş olanlara göre riskleri gene de yüksek kalsa da, içmeye

devam edenlere göre çok ciddi olarak azalıyor. Aşağıdaki grafik (Şk.22) üç ayrı grubun yaşa bağlı akciğer kanseri riskini gösteriyor. Mavi çizgi "hiç sigara içmemiş olanlar", kırmızı çizgi 50 yaşında bırakanlar, lacivert çizgi ise *"Keyif benim değil mi?"* deyip devam edenler. Üç grupta da, 40 yaşından önce akciğer kanseri çok nadir. Üç grupta da, 70 yaşındaki risk 40-50 yaşlarından çok daha yüksek. Evet, yaş önemli. Ama sigarayı bırakanların riski, bu kanserojene devam edenlere göre anında düşüyor! *Şimdi, aklımıza gelen soru şu:* 50 yaşında menopoz sonucu "hormonları bırakanlarda" meme kanseri riski neden böylesine düşmüyor da adeta sigara içmeye devam edenler gibi artmaya devam ediyor? *Yoksa yumurtalık susmasına rağmen bu meme bir yerlerden hormon mu buluyor?*



Şekil.22 Sigarayı bırakınca kanser riskinde ortaya çıkan belirgin düşme. Peki hormonu "bırakınca"?

Sıkı durun. Şimdi sizlerle, doktorunuzun da (Fonksiyonel Tıp Akademisi üyesi değilse) *çok muhtemelen bilmediği müthiş bir bilgi paylaşacağım.* Ne demiş-

tik: *"Estrojen baskınlığı demek, estrojen düzeyi muhakkak yüksek demek değildir. Progesterona oranla yüksek demektir." Menopoz sonrası vücutta estrojen düzeyi çok düşer tamam, ama progesteron neredeyse sıfırlanır!* Bu da, vücutta estrojen baskınlığı demektir. *"Memede" neler olup bittiği ise, şimdi anlatacağım gibi, bambaşka bir hikâye!* Hekim arkadaşlara verdiğim eğitimlerde olsun özel sohbetlerimde olsun, meme "toprağında" neler olup bittiğini kavramak için bana göre *olmazsa olmaz* bu bilginin nasıl olup da konuşulmuyor hatta işitilmemiş olduğuna hep şaşırmışımdır.

Bir kadın, diyelim 30 yaşında iken kanında estrojen *(Estradiol)* ölçümü yapsak, âdet döngüsünde (ay içinde) nereye denk geldiğimize göre 100-400 pg/ml arasında değişen bir değer buluruz. Eğer aynı ölçümü 65 yaşında yapacak olursak, karşımıza 3-10 pg/ml gibi, laboratuvarın ölçmekte bile güçlük çekeceği kadar düşük bir değer çıkar. Şaşılacak bir şey yok: Yumurtalıklar stop etmiş, artık estrojen üretmiyor. Kemik, kalp, beyin, vajina, cilt estrojensiz kalmış. Eh, bu durumda herhalde meme dokusu ya da benim kullanmayı sevdiğim deyimle *"meme toprağında"* da estrojen kalmamış olmalı öyle değil mi? Ne de olsa kanda estrojen düzeyi eskisinin neredeyse yüzde birine inmiş durumda. Nereden gelecek estrojen?

Sürpriz: Yapılan çalışmalarda müthiş bir şey saptanmış. Menopoz sonrası bir kadının kanında estrojen dibe vurmuş, beyin, kalp ve damarlar ve cilt estrojenden mahrum kalmış olmasına rağmen *meme dokusu içindeki* estrojen düzeyi 30 yaşındakine göre neredeyse değişmiyor! (REF.60)

Yani sayın okuyucu, bugün 58 yaşında olabilirsiniz. Vücudunuzda ve kanınızda estrojen pek kalmamış olabilir. Kemikleriniz erimekte, hafızanız zayıflamakta, damarlarınız sertleşmekte, cildiniz incelip kırışmakta olabilir. Ama memenizdeki estrojen, 28 yaşınızdakini aratmıyor! Üzgünüm ama, bu pek de bir "müjde" sayılmaz, çünkü artık çocuk yapmayı ve emzirmeyi düşünmüyorsanız, memedeki yüksek estrojen *(eğer onu dengeleyecek progesteron desteği almıyorsanız)* bu saatten sonra olsa olsa meme kanserinin işine yarayacak.

Meme dokusu kandan gelecek estrojene muhtaç değil. "Meme dokusu kendi estrojenini kendi üretebiliyor." Kanda estrojen olsun olmasın, sen dışarıdan estrojen replasmanı yap yapma, o kendi niyeti ne ise onu yapabiliyor. Meme "toprağının" niyeti iyi değilse eline geçen her şeyi, örneğin böbrek üstü bezi hormonlarını estrojene çevirebiliyor. *Halbuki bu yaşlarda artık yumurtlama söz konusu değil.*

Yani estrojeni dengeleyecek progesteron hiç kalmamış durumda. Bu da şu anlama gelir: *"Evet, menopoz sonrası vücutta bir estrojen baskınlığı var. Ama meme dokusu içinde çok daha ağır bir estrojen baskınlığı var." İşte bu, meme kanserlerinin hâlâ çok çok büyük bir kısmının nasıl olup da estrojenin iyice düştüğü ama progesteronun tamamen yok olduğu 50 yaşlarından sonra ortaya çıktığını gayet güzel açıklıyor.*

Neden meme kanseri örneğin 20-40 yaş arasında, estrojenin en yüksek olduğu yaşlarda çok daha nadir ortaya çıkıyor? Çünkü o yaşlarda meme içinde de, diğer dokularda da, estrojeni dizginleyen onun milyon yıllık yoldaşı progesteron işbaşında. O yaşlarda kadında hâlâ güçlü bir yumurtlama oluyor, yani yumurta kabuğundan progesteron salgılanıyor. 40 yaş sonrası yumurtlama zayıflayınca, progesteron salgısı zayıflıyor ve meydan estrojene kalıyor. *Böylece, "estrojen baskınlığının" daha önce yazdığımız tüm yakınmaları ile birlikte meme kanseri tohumları da büyümek için aradığı ortamı 40 yaştan itibaren bulmuş oluyor.*

Ortalama hızla çoğalan bir meme kanseri hücresinin mamogramda saptanabilir büyüklüğe ulaşması için 5-8 yıl geçmesi gerektiğini düşünürseniz, mamogramlarda ve ultrasonlarda *"Hiçbir sorun yok"(!)* görünen *bu kritik yılları bilinçsizce ve progesteronsuz geçirmenin bize nelere mal olabildiğini daha kolay anlarsınız.*

Kanda estrojen bakarken esas ıskaladığımız şey, benim görüşüme göre *"o kadına ait meme toprağının"* estrojeni nasıl işlediği, yani *estrojenin metabolitleri (atık ürünleri).* Kan tetkikleri ne yazık ki bu bilgiyi bize vermiyor. Biraz önce anlattıklarımıza göre, zaten kanda ölçülen estrojen düzeyine bakarak *meme içindeki estrojen düzeyini* tahmin etmek de olanaksız. *Bunlara rağmen, memede estrojen adına ne olup bitiyorsa, bunun izleri eninde sonunda "estrojen metabolitleri" yani atıkları şeklinde idrara yansımak zorunda!* Biz de bunu *Dutchtest* gibi (s.183) ileri hormon profilleri ile inceliyoruz.

Geldik can alıcı soruya: *"Benim meme 'toprağımın' huyunu önceden bilebilir miyim? Bilsem de yapabileceğim bir şey var mı?"* Bana göre bu iki sorunun yanıtı da kocaman birer *evet*! Ama dilerseniz bu çok önemli konuyu *"Dr. Mine Hanım meme kanseri olmayabilir miydi?"* adını taşıyan bölümde konuşalım. Estrojen baskınlığı ile nasıl baş edebileceğimizi konuşmayı da, aynı bölüme bırakalım.

Bu aşamada yalnızca şu *hayati* bilgiyi paylaşmakla yetineceğim: *Her kadının meme dokusu ("toprağı") kendine özgü bir ayarla çalışıyor.* Her kadının hücrele-

ri estrojeni *kendi kimlik kâğıdına has bir formülle* işliyor (REF.103). Her kadının *estrojen metabolizması* hücre düzeyinde bir diğer kadından farklı çalışıyor. *Fonksiyonel Tıp Akademisi*'nde tercih ettiğimiz bazı ileri testlerle bunu ölçmek ve değerlendirmek mümkün. *Üstelik, o bireye has niyeti bozuk bir estrojen metabolizması saptandığında bunu değiştirmek de mümkün! Hem de ilaç değil, bazı besinlerin özlerinden yapılmış doğal desteklerle ve yaşam stilimizde yapacağımız ufak ama anlamlı değişikliklerle.* Dilerseniz bunları kullanmakta iken testi tekrarlayıp, estrojen metabolizmasının olumlu yönde değiştiğini, yani yaptığınızın gerçekten işe yaradığını da pekâlâ görebilirsiniz. Bu konuya *"Dr. Mine Hanım meme kanseri olmayabilir miydi?"* adlı bölümde daha ayrıntılı olarak devam edeceğiz.

Önemli farkı tekrar vurgulayalım: Bütün bunlarla yapmaya çalıştığımız nedir? *Kansere erken tanı koymak falan değil, kanserin ortaya çıkmasını suyun başında engellemek!* Yapmaya çalıştığımız şey, tam olarak bu. Tıp sektörünün iplerini elinde tutan ekonomik güçlerin buna neden eğilmediklerine gelince: *Kansere "erken tanı" koymanın sektörde ciddi bir ekonomik karşılığı olduğunu hepimiz biliyoruz. Fakat kanseri "engellemenin" hiçbir ekonomik karşılığı yok.*

Menopoza girdim mi diye tahlil yaptırdım. Önce "Girmişsin" dediler. Sonra "Yok yok daha girmemişsin" dediler.

Her şeyden önce, menopozun tarifi "bir yıl boyunca âdetten kesilmiş olmak" (s.43). Bu tarif böyleyse, demek ki *"Menopoza girdim mi?"* diye bakacağınız şey, bir kan tetkiki değil. Bununla birlikte, *"Yavaş yavaş menopoza giriyor muyum acaba?"* diye bakacaksanız, evet tahliller bir fikir verebilir. Bana kalsa ben buna da bakmam. Çünkü bir işime yaramayacak. *"40 yaş sonrası: Bu dertler neden menopoza daha yıllar varken başlıyor?"* adındaki bölümde okuduğunuz belirtiler (s.126) başlamışsa, zaten menopoz yıllarınız ufukta görünmüş demektir. Estrojen baskınlığının dengesizliğini yaşıyorsunuz demektir. Progesteron desteğine ilaveten, *"Dr. Mine Hanım meme kanseri olmayabilir miydi?"* bölümünü daha bir dikkatli okumanız gerekiyor demektir!

Menopoza giriyor musunuz diye gene de laboratuvarda bakılacak diyelim. Neye bakıyor doktorlar bunu anlamak için? *"Estrojende düşme başladı mı?"* diye bakıyorlar, bir de beyinden salgılanan *"FSH hormonu yükselmiş mi?"* diye bakıyorlar. Bunlar yanıltıcı sonuç vermeye çok açık testler. Çünkü, 40 yaş sonrası kadında estrojen düzeyi hem gün içinde hem de günden güne büyük oynaklık gösterir. Bu yaşlarda, diyelim bir hafta arayla baktığınız estrojen/FSH değerlerinin adeta tahterevalli gibi karşılıklı inip çıktığını görebilirsiniz. Bir hafta FSH yüksek estrojen düşük, ertesi hafta FSH düşük estrojen yüksek çıkabilir. Çıkan sonuç tombaladan çıkmış bir sonuçtur.

Söz konusu olan 20-35 yaş aralığında saat gibi işleyen bir kadın hormonal düzeni ise, sabah saatinde alınacak bir kan örneğindeki hormon ölçümleri tutarlıdır ve geçerlidir. Ancak menopoza yaklaşırken estrojen oynaklıkları gerek günden güne, gerek gün içinde o kadar artar ki, kan alınan saatteki estrojen düzeyi tamamen şansa bağlıdır. 24 saatlik idrar toplanması ya da bunun pratik bir versiyonu, yani idrara batırılmış kurutma kâğıdından ölçüm (*Dutchtest*) gibi yöntemler kullanarak bu sorun tamamen aşılabilir (REF.60A). Böyle bir yöntem dışında baktıracağınız kan tetkiklerine gelince, bugün ne diyorsa ertesi hafta tersini söyleyebilirler. Bence hiç baktırmayın. Hormonal dengenizdeki değişikliğin vücudunuzdaki yansımalarını, yani yakınmalarınızı ve âdet düzeninizi değerlendirebilecek bir doktorun izlenimi, *"Menopoza giriyor muyum?"* sorusunu yanıtlamak için size kan tahlillerinden daha fazla yardımcı olacaktır.

Dönüp dolaşıp nereye geldik? 40-45 yaşından itibaren progesteronun estrojen karşısındaki kaçınılmaz zayıf kalışına. *Estrojen/Progesteron dengesindeki bozulmaya: "Estrojen baskınlığına."* Progesteronun neden düştüğünü konuşmuştuk. Ama ne yazık ki estrojen baskınlığının tek nedeni progesterondaki düşme değil: *Hepimiz bir gizli "estrojen denizi" içinde yüzüyoruz* (s.81).

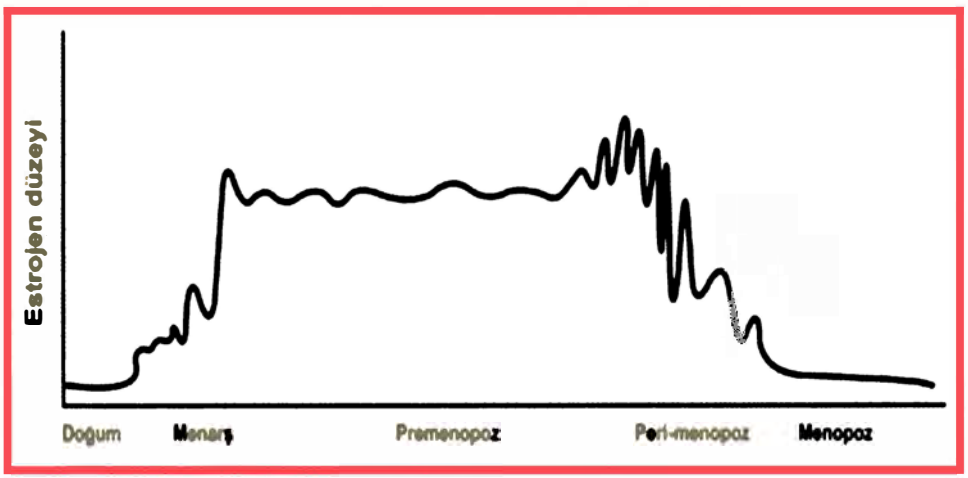
DURUP DURURKEN ÇÖL SICAĞI: SICAK BASMALARI

- Sıcak basmaları ve gece terlemelerinin ağırlığı ve kaç yıl süreceği, kadından kadına büyük farklılık gösterir.
- Sıcak basmalarının altında estrojen oynaklığı ve stres sistemi tetiklenmesi yatar.
- Stres azaltma teknikleri ve nefes teknikleri sıcak basmalarında yararlıdır.
- Her durumda sıcak basmalarına karşı en etkili yöntem, doğru yolla yani cilt yoluyla estrojen ve bazı uygun durumlarda da progesteron kullanımıdır.

Neredeyse hepimiz, biz doktorların bile çoğu, menopoz öncesinden başlayıp menopozun ilk yıllarında devam eden sıcak basmaları ve gece terlemelerinin nedeninin "estrojen yetmezliği" olduğunu sanıyoruz. Halbuki olay ortada: Sıcak basmaları, birçok çalışmaya göre ortalama 7 yıl boyunca kadına rahatsızlık verdikten sonra ortadan kayboluyor. Bu yakınmaların nedeni "estrojen eksiği" olsaydı, 75 yaşındaki bir kadında ortadan kalkmak yerine daha da ağırlaşırdı!

Sıcak basmaları ve gece terlemeleri estrojenin mutlak anlamda "yetmezliğinden" değil, menopoz çevresinde yani *perimenopoz döneminde estrojen düzeylerinin "oynaklığından" kaynaklanıyor*. Birçok kadın için *"Çeken bilir!"* denecek ölçüde büyük rahatsızlık veren sıcak basması, *stres sistemi* ile çok yakından ilişkili. Bunu şematik fakat oldukça doğru biçimde ifade etmek için şöyle anlatalım: Biliyorsunuz, evdeki fırınımızda "termostat" denen bir parça vardır. Fırını belli bir dereceye ayarladığımızda, sıcaklık o derecenin üstüne çıkacak olursa termostat devreye girer ve ısıtmayı keser. O derecenin altına inecek olursa da, gene termostat devreye girer ve ısıtmayı açar. Vücutta da ısı ayarlamasını yapan "termostat" beyindedir. Bu termostatın "derece ayarının" saptanmasında estrojen önemli rol sahibi. Daha önce bahsettiğimiz gibi,

perimenopoz yıllarında (genelde 40-55 yaş) kanda estrojen düzeyi büyük inme çıkmalar gösterir (Şk.23). Böyle olunca da "termostat derece ayarı" sürekli oynar!



Şekil.13 Menopoz çevresindeki yıllarda kan estrojen düzeyinde büyük oynaklık yaşanır

Stres Sistemi ile ilişkisini de şöyle düşünebilirsiniz: Termostat, vücut sıcaklığını yüksek ya da düşük olarak "okumuş" olsa bile, buna cevap verebilmek için ısıtmayı devreye sokması ya da devreden çıkarması gerekir. Yani on/off düğmesini indirmesi ya da kaldırması icap eder. İşte, stres durumunda salgılanan adrenalin ve kortizol gibi maddeler de bu düğmeyi indirme işini üstlenir. Stres azaltıcı teknikler, hipnoterapi, yoga, meditasyon, Qi Gong, nefes egzersizleri, uyku hijyeni gibi yöntemlerin istikrarla uygulandığında ciddi fayda vermesinin altında yatan da bu.

Sıcak basmalarından kurtulmak için *tartışmasız en etkili yol* biyoeşdeğer hormon kullanımı. Keten tohumu, soya izoflavonları, şerbetçiotu gibi fitoestrojenler ya da black cohosh gibi bitkisel ürünlerden de yararlanılabilir ancak bunların etkileri biyoeşdeğer hormon kullanımı ile karşılaştırılabilecek düzeyde değil.

Estrojen düzeyi genelde düşük olan menopozal bir kadında estrojen desteği vermek, kanda estrojen oynamalarını "düzleştirerek" monotonlaştırır ve bu yolla "termostat" tepkisini durdurur. Diğer yandan, menopozun hemen öncesindeki yıllarda sıcak basmaları başlamış olan, yani estrojen düzeyi zaten genelde yüksek olan erken dönem perimenopoz kadınında estrojen vermek yerine yalnızca progesteron kullanmak estrojen dalgalanmalarına hâkim olmak için daha doğru bir yoldur.

Sözün kısası, hormonal durumun klinik ve laboratuvar parametrelerini tanıyabilen, *tamamen kişiye bağlı değişkenlikler gösteren bu geçiş döneminde* sizi bütüncül manada takip edebilen bir doktor en büyük yardımcınız olacaktır. Vücut estrojenlerinizi safra yoluyla attığınızı daha önce belirtmiştik. Sindirim sitemi, bağırsaklar ve bağırsaklardaki bakteri topluluğunun (mikrobiyota) estrojen dengenizde seyirci olduğunu düşünmeyin. *Xenoestrojen* maruziyetinizin (Şekil.14) bu denkleme katılmadığını sanmayın. Stres yönetimindeki başarı ya da başarısızlığınızın, uyku düzeninizin hormonal dengenizi etkilemediğini düşünmeyin. "Sizi bütüncül manada takip edebilen bir doktor" derken bu kavrayışı kastediyorum. Şunu da unutmayın: Poliklinikte size ayırabildiği 10-15 dakikada hem sizi dinleyip, hem muayenenizi tamamlayıp, hem reçetenizi yazmak zorunda olan bir doktor arkadaştan bunların tümünü talep etmeniz sizin adınıza bir hayal, doktor adına da çok büyük bir haksızlık olacaktır.

Her durumda, yapabileceğiniz en büyük ve affedilmez hata, bir doktorun gözetiminde olmadan kendi kafanıza göre hormon kullanmak olur.

Hormonlar uyku sorunuma çare olabilir mi?

Uyku bozukluğu çok sayıda nedene bağlı olabilir. Bunlar içinde cinsiyet hormonlarından ziyade stres sistemi hormonları daha önemli bir yer tutar. Bunun yanında, örneğin sadece yatma saatine yakın olarak benim "çöp" ismini verdiğim şeyleri, yani kana hızlı geçecek karbonhidratları yemekten vazgeçmek bile, gecenin ortasında uyanma derdinizi ortadan kaldırabilir.

40 yaş sonrasında başlayan *uyku sorunları* eğer diğer estrojen baskınlığı belirtileri ve özellikle *anksiyete (endişe)* ile birlikte ise, progesteron hormonunu çok kez yaptığımız gibi vajinadan ya da ciltten vermek yerine uyku sorunu giderilinceye kadar ağızdan vererek, perimenopoz çağındaki kadın hastalarımızda mucizevi denecek boyutta olumlu yanıt alabiliyoruz. Bu etki elde edildikten sonra vajinal desteğe geçilebilir ya da en başında bunlar kombine edilebilir. Her durumda, bunları biyoeşdeğer hormon kullanımını bilen ve vücudunuzu bir bütün olarak değerlendirebilen bir doktorun üstlenmesi gerekir.

Menopoz sonrası hormon alırsam âdet kanaması tekrar mı başlayacak?

Hayır, âdet kanamanız olmayacak. Olmamalı. Estrojenin beyniniz, kalbiniz, kemikleriniz, cildiniz, duygu durumunuz, sıcak basmasını engelleme ve diğer olumlu etkilerini göstermesi için âdet kanaması yapacak kadar yüksek doza ihtiyaç yoktur.

Niyetiniz çocuk doğurmak olmadığına göre, rahmin bebek için hazırlanmasına gerek yok. Yani rahmin iç döşemesinin kalınlaşıp âdet kanaması biçiminde dökülecek kadar büyütecek estrojene ihtiyacımız yok.

Bununla birlikte, gerçek hormonlar yerine *hormonsu* haplar kullanan birçok kadında âdet kanaması ortaya çıkıyor. Doğal estrojen içeren hapların eczane raflarında bulunan örnekleri de, gereksiz ve anlamsız ve zararlı ölçüde yüksek dozlar içeriyor. Buna rağmen, ilaç firmalarının dümen suyundaki Kuzey Amerika Menopoz Derneği ve FDA onayını alabilmişler. Bu kimyasalların (en fazla da *etinil estradiol* denen hormonumsunun) reseptör (yuva) üzerindeki etkileri çok uzun sürüyor. Tuttu mu bırakmıyor. Etkisi aşırı ve kontrolsüz oluyor. Hormonsu haplar kullanırken menopozda olmanıza rağmen âdet kanamalarının nedeni işte bu.

Bu *"estrojenimsilerin"* laboratuvar ölçüm ve takipleri yapılamadığından, doz ayarlaması diye bir şey de yalan oluyor. Zaten bu yüzden doktorunuz, tiroid hormonu alanlara söylediği gibi *"Arada tahlil yaptırıp görelim kullandığımız hormon düzeyi uygun mu?"* diyemiyor.

Bazen, çok erken yaşlarda menopoza girmiş genç kadınlarla karşılaşırız. Bu kadınlar, âdet görmeye toplum içinde yüklenen anlamların etkisi altında sizden "tekrar âdet görmeyi" talep ederler. Önce, kadına bunun gereksizliği izah edilmelidir. Eğer sosyal açıdan güçlü bir talep varsa, sağlık adına bir anlam ve gereği olmamakla birlikte, ciltten kullanılan estrojen dozunu standart dozun üzerine çıkararak bu kadınların arzusu yerine getirilebilir. Bu durumda progesteron dozu ve veriliş yolu da buna göre ayarlanır.

ÂDET ÖNCESİ SENDROMU (PMS)

• Adet öncesi sendromu, kadının yaşam kalitesini uzun yıllar boyunca büyük ölçüde düşürebilen, ciddi bir rahatsızlık.

• Bu rahatsızlık için kullanabileceğimiz birden fazla silah var.

Premenstruel sendrom (PMS) o kadar sıklaştı ki, sanki normal bir şeymiş gibi, "kadın olmanın bir parçası" imiş gibi ele alınmaya başlandı. Bazen birileri çıkıp bunun da ötesinde, bir tür *"kadın huysuzluğu"* olarak niteleyip alaycı yaklaşımlara bile yelteniyor.

Hormonal dalgalanma ve düzensizlik sonucunda ortaya çıktığı apaçık ortada olmasına karşın, 1970'lere kadar PMS diye bir şeyin *biyolojik anlamda varlığı bile* kabul edilmiyor, "histerik" bir kadın davranışı olarak olay psikiyatrlara havale edilip işin içinden çıkılıyordu.

Histeri diye bir "teşhisin" tıpta kullanımı nihayet 1952'de *Amerikan Psikiyatri Derneği* tarafından terk edilene dek, Batı tıbbında tüm hastalıklar içinde belki de en fazla sayıda konulmuş olan yanlış "tanı" olabilir! Bu tarihe kadar histeri tanısı için *"sinirlilik, uykusuzluk, ürpertiler, sıvı birikimi (ödem), baş ağrısı, hazımsızlık, iştah kaybı, anlamsız gülme ya da ağlama, sorun çıkarma eğilimi, anksiyete (endişe), göğüste ağırlık hissi"* gibi sonu gelmez bir liste halinde uzayan "bilimsel" tarifler yapılıyordu.

"Histeri" tablosunun uterus (rahim) ile bağlantılı olduğu düşüncesi çok eskilere gider. O kadar ki, tıp tarihinin en eski kayıtlarından birinde, MÖ 1900 yıllarına uzanan bir Mısır papirüsü üzerinde, kadında izlenen garip davranışsal değişikliklerin kökeninde *"vücut içinde gezip dolaşan rahmin"* yattığı yazıyor. Zamanın Mısırlı hekimleri de, rahmi "yerine dönmeye zorlamak" için kadına ya ağızdan iğrenç ya da

zehirli maddeler verir veya vajene güzel kokulu çekici nesneler yerleştirirmiş. Aynı düşünce Eski Yunan'da da devam etmiş. *Histeri* terimi de zaten Yunanca rahim anlamına gelen *hsyterika* kelimesinden türemiştir. Bugün de, her yıl dünyada milyonlarca kadında uygulanan "rahim alınması" ameliyatının tıbbi adı *histerektomi*dir.

İsmi PMS yani "âdet öncesi sendromu" olan bu dönemsel rahatsızlığın rahimle, hatta âdet kanamasının kendisiyle bile direkt bir alakasının olmadığı, hadisenin "âdet" ile sınırlı olmayıp daha yaygın bir hormonal düzensizlik olduğu nereden belli biliyor musunuz? Çünkü rahim alındıktan, yani ortada âdet kanaması diye bir şey kalmadıktan sonra da PMS devam ediyor! Yani "âdet öncesi sendromu" yaşamanız için âdet görüyor olmanız gerekmiyor. Bu kadınlar, dışarıya bir kanama biçiminde belirti vermese de, hormonal döngünün etkilerini tüm vücutlarıyla yaşıyorlar.

Benzer biçimde, "hormonlu, daha doğrusu *hormonsulu* spiral" yerleştirilmiş olan birçok kadında rahim içi döşemesi o kadar zayıflar ki âdet kanamaları tamamen ortadan kalkar, ama bir yandan da aynı *hormonsulu* spiral yerleştirilmiş bazı kadınlarda da bu işlemden sonra PMS ortaya çıkabiliyor ya da ağırlaşabiliyor. Sözün kısası, ismi "âdet öncesi sendromu" ama, âdet görmeyen kadınlarda da pekâlâ görülebiliyor.

Eğer adil olacaksak, milattan önceki Eski Mısır ve Yunan hekimlerinin, 5. yüzyıldan ta 16. yüzyıla kadar süren Avrupa Ortaçağı'ndaki engizisyon anlayışından çok daha bilimsel bir yaklaşım uyguladıklarını teslim etmemiz gerekir. Eski Yunan kültüründe filizlenmeye başlayan bilim, tıp, demokrasi, felsefe gibi medeniyet kavramları, Ortaçağ Avrupası'nda din baskısı altında geçen yüzyıllar boyunca rafa kaldırıldı. Artık "histeri" ve benzeri sorunlarda tanı belliydi: İçinize şeytan girmişti ve size bunları o yaptırıyordu. Tedavi araç gereçlerinin temini de oldukça kolaydı: Bir odun yığını ve ateş.

PMS, *Tabiat Ana*'nın öngördüğü "sağlıklı" bir durum falan değil. Neden olduğu mizaç değişiklikleri de, bu hormonal düzensizliğin beyin üzerinde hiç de sağlıklı bir etki bırakmadığına işaret etmiyor. Normalde sevgi dolu ılımlı bir kadın, eşine çocuğuna karşı bile kaprisli ve agresif davranışlar içine girebiliyor, patlamalar yaşayabiliyor, endişe, depresyon ve uykusuzluğa teslim olabiliyor. *PMS net ve açık bir hormonal dengesizlik belirtisi. Menopoz çevresi yakınmaları da öyle.*

PMS neden eskiye göre daha sık? Neden "modern şehirli" kadınlarda daha sık? Bu da bir yana, neden ergenlik dönemi, doğum sonrası dönem ve menopoz öncesinde

daha sık? Bu dönemlerin ortak özelliği nedir? Sonda söyleyeceğimizi başta söyleyelim: İş gene estrojen/progesteron (E/P) dengesinde düğümleniyor.

Ergenlik döneminde yumurtalıklar yeni görevlerine henüz adapte olmaktadır. Fonksiyonel, "iş görecek" yumurta üretmeyi "öğrenmemişlerdir". Doğum sonrası dönem de, uzun bir yumurtlama molasından sonra yumurtalıkların kendini toplama dönemi. Doğumdan sonra da "iyi" bir yumurtlama oldukça gecikebilir. Menopoz öncesi dönem de, kaliteli yumurtaların tükenmeye başladığı dönem. *Bunların üçü de* kaliteli bir yumurtlamanın olmadığı, yani progesteronun gene estrojenin gerisinde kaldığı *estrojen baskınlık dönemleri*. Aynı mantık, PMS'in daha sık ortaya çıktığı bazı diğer durumlar için de geçerli.

Topluma yönelik bir kitap için biraz fazla ince bir nokta ama, meraklıları için: PMS'in yumurtlama ile özel bir ilginç ilişkisi var. Hiç yumurtlama yoksa, yani hiç progesteron yoksa, genellikle PMS ortaya çıkmaz! *PMS, progesteronun estrojen karşısında belirli bir kritik oranda zayıf kaldığı dönemlerde ortaya çıkıyor.* Bunu aşmak için –tabii ki doktorunuz tarafından– bilinçli bir progesteron uygulaması *(Frankenstein progestin* değil) yalnızca PMS'i büyük olasılıkla ortadan kaldırmakla kalmaz, aynı zamanda Estrojen/Progesteron dengesizliğinin kemik erimesi ve meme kanseri riskinde artma gibi olası sorunlarına da el atmış olur.

Bu kitapta geniş tartışma olanağımız olmasa da, değinip geçelim: Fonksiyonel Tıp'ta biz estrojen/progesteron dengesizliğini de vücut sistemlerinden koparıp değerlendiremeyiz. Bütün bu dengesizlikler, stres sistemi (Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal/HPA sistemi) sorunları, kan şekeri oynaklıkları, diyette mikrobesin eksikleri, estrojen/xenoestrojenlerin karaciğerde arıtma (detoks) işleminde yetersizlik ve esansiyel yağ asit eksiklikleri temelinde daha kolay gelişiyor. *Klasik basite indirgeyici yaklaşımla diş ağrısına Panalgin, soğuk algınlığına Gripin, depresyonu olana Xanax verir gibi hormon tedavisi yapacak kim varsa, "branşı ve akademik kariyeri ne olursa olsun" hormonlara elini bile sürmezse herkes için daha hayırlı olur.*

Bazı kadınlar hormonal oynaklıklara karşı yapısal olarak daha hassastır. Birçok kadında otuzlu yaşlara kadar hafif seyreden PMS, *perimenopoz* yani *menopoza çeyrek kala* yıllarında daha can sıkıcı olmaya başlar. Perimenopoz dönemi deyince, kadından kadına değişmekle birlikte genel olarak 40-50 yaşlar arasından bahsediyoruz.

PMS, âdet döngüsünün (ayın) ikinci yarısında, tam olarak söylersek âdet kanamasından önceki 15 gün içinde olmak kaydı ile birkaç gün boyunca ya da bu iki haftanın tamamında hüküm sürebilen ve âdet kanaması günlerine, yani yeni döngünün ilk günlerine de taşabilen bir rahatsızlık dönemidir. Çok değişik türde yakınmaların bir ya da birden fazlası ile kendini gösterebilir.

Davranışsal:

- Sinirlilik, saldırganlık
- Mizaç değişkenliği
- Depresyon
- Kontrolü kaybetme hissi
- Uyku bozuklukları
- İştah değişiklikleri, aşermeler
- Düşünce keskinliğinde düşme, unutkanlık

Fizik bulgu ve yakınmalar:

- Ödem: Yüzük ve ayakkabıların sıkması
- İshal ya da kabızlık, şişkinlik
- Baş ağrıları
- Göğüslerde gerginlik, hassasiyet ve ağrı
- Eklemlerde ağrı

PMS çok sıktır ve dirençlidir evet ama bu hafifletilemez ya da ortadan kaldırılamaz anlamına gelmez. Elimizdeki silahların hangisinin hangi kadında daha etkin olacağını kestirmek kolay olmasa da, deneyebileceğimiz birden fazlasının olduğunu bilmek rahatlatıcıdır. Bunlar arasında en etkilisi olmakla birlikte en fazla göz ardı edileni, evet yine, doğal progesteron hormonu!

Biyoeşdeğer hormonlar konusunda yetişmiş bir doktor, progesteron hormonunu bazen ağızdan, bazen vajenden, bazen ciltten krem şeklinde, bazense bunları kombine olarak kullanarak PMS dertlerinizin *büyük kısmına* ciddi çözümler getirebilir. Doktorunuz progesteronun hangi dozda, hangi yoldan ve hangi yakın-

maları baskın olan hastalarda nasıl kullanılacağı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bununla da kalmamalı, hastaya önerdiği hormon kullanımının bunu takip eden aylarda yakınmalarda ve laboratuvar bulgularında ortaya çıkaracağı değişiklikleri takip etmeye ve kafa yormaya hazır olmalıdır.

Ne yazık ki, doğala özdeş (biyoeşdeğer) progesteronu yalnızca düşük tehdidi olan hamilelerde ve infertilite (kısırlık) tedavisinde kullanma alışkanlığında olan doktor arkadaşlarımız arasında bu rahatlatıcı ve iyileştirici kullanımın yaygınlaşması için bir süre daha geçmesini bekleyeceğiz gibi görünüyor. *Fonksiyonel Tıp Akademisi*, bu yararlı yaklaşımın doktor arkadaşlar arasında yaygınlaşmasında aktif rol alıyor.

Doktor olarak size gelen bir PMS hastası olduğunda, reçeteye uzanıp bir antidepresan, bir "ödem çözücü", idrar söktürücü (yani elektrolit dengenizi boş yere bozucu!), gerçek bir uykudan çok suni bir "sızma" elde edeceğiniz bir uyku ilacı, bir ağrı kesici, onunla birlikte her nasılsa "mide koruyucu" diye bir isim verilmiş başa bela haplardan bir tane, endişe ve sinirlilik için de bir trankilizan yazıp *"Sabah akşam bir bardak suyla içeceksiniz"* diyerek yapacağımız bir "tedavinin" daha standart ve daha kolay olduğunu kabul ediyorum. Ancak bu, gerçek bir iyileşme olmayacaktır.

38 yaşında genç bir kadın, ağır PMS ve ağır âdet kanamaları ile size geldiğinde ve siz ona progesteron kullanmasını önerdiğinizde şaşırabiliyor. Bu kullanımı menopoz sonrası hormon replasmanı ile karıştırıyor. Size *"Yani bu yaşımda hormon kullanmaya mı başlayacağım?"* diye sorabiliyor. *Günümüzün "Kadının hormon dengesi ne durumda olursa olsun, hormonlara dokunma" mahalle baskısı altında, kendisine verilecek olan hormonun zaten onun hormonal dengesizliğini yani estrojen baskınlığını gidermek için verildiğini, kullanacağı hormonun zaten kendi vücudu tarafından salgılanan ama yetersiz kalan bir hormon olduğunu ilk anda haklı olarak düşünemiyor.*

Her durumda, her zaman olduğu gibi, bizim görevimiz hastaya bildiklerimizi dürüstlük ve açıklıkla izah etmek ve neticede hastanın kendi vücudu üzerindeki karar hakkına saygı göstermek olmalı. Ben böyle yapıyorum. Bildiğimi izah ediyorum ama ısrar etmiyorum. Bu hormon kullanımının hastasının yararına olduğuna yüzde yüz emin olsa da, hekimden hastayı ik a etmek için ısrar etmesini, daha sonra da bu kullanımla tamamen ilişkisiz olarak gelecekte vücutta ortaya çıkabilecek her türlü rahatsızlığın sorumluluğunu üstlenmesini hiçbirimiz bekleyemeyiz!

Âdetle ilişkili olan migren baş ağrılarında da, doğru bir progesteron kullanımı ile bazı kadınlarda "mucize" denecek sonuçlar alabiliyoruz. Âdet öncesi dönem-

deki uyku sorunları içinse progesteron, sağladığı gerçek uyku ile tam bir kurtarıcı olabiliyor. *"Bunların nasıl kullanılacağını yazmamışsınız ama!"* diye içinden geçirenleriniz varsa: Bunu yönetecek olan, doğal hormon kullanımında bilgi ve eğitim sahibi bir doktordur. Siz değil.

Progesteron metabolitlerinin beyinde GABA reseptörleri üzerinde güçlü etkisi ile anksiyete giderici (REF.61) etkisi var. Elektrik kablolarının etrafında kısa devre yapmaması için nasıl plastik bir yalıtım malzemesi varsa, beyinde sinir hücrelerinin etrafında da *myelin* adını taşıyan bir tabaka vardır. Progesteron, myelin tabakasının sentezinde önemli rol sahibi. *Multiple Skleroz* hastalarının gebelikte iyileşme dönemine girmelerinin nedeni de bu. Progesteron ve metabolitleri beyin ve sinir sistemi için çok önemli görevler üstleniyor (REF.62-63).

PMS ve ağır âdet kanamaları konusunda en büyük silahımız progesteron olsa da, yapabileceklerimiz sadece onunla sınırlı değil: Âdet kanamasından önceki iki haftada kahve ve alkol tüketiminden ve stres yaratan durumlardan kaçınmak, nefes egzersizleri, yoga ve meditasyon, stresin rol aldığı her şeyde olduğu gibi PMS konusunda da bize gerçekten yardımcı olacaktır.

Şekerli ve unlu yiyeceklerden uzak durmak, sağlıkla ilgili hemen her konuda olduğu gibi PMS konusunda da faydalı. *Magnezyum* kullanımı da, PMS'in tüm bileşenleri üzerinde hafifletici etki yapar. Ancak magnezyumun alışıldık kullanımlardaki miktarları ile bu yararları elde edemezsiniz. Daha yüksek dozlar gerekir. Ağızdan magnezyum kullanımında aşırıya kaçtığınızda karşılaşabileceğiniz tek sorun ishal olabilir, başka hiçbir şey değil. *Sizi ishal yapan dozun hemen altındaki doz, genellikle PMS ve hatta birçok sorunda sizin için en doğru doz demektir.* Magnezyum kullanımında malat, sitrat, glisinat gibi formlar ya da bunların kombinasyonlarını tercih etmeye çalışın, karbonat ve oksit formlarını değil.

İyi bir multivitamin, olağandan yüksek doz bir vitamin B6, taze çekilmiş keten tohumu ve aktif omega-3 (DHE+EPA) oranı yüksek bir balık yağı da destek alınabilecekler arasında. "İyi" bir multivitamin deyince: Yürürlükteki kısıtlayıcı yönetmelikler varlığında, ülkemizde böyle bir multivitamin yok. Ülkemizde bir üretici istese de, bana göre iyi denecek bir multivitamin üretemez çünkü yönetmelikler onun elini ayağını bağlıyor. Aslına bakarsanız bu durum çok sayıda destek ürün için de geçerli, ancak en acıklı durum multivitamin ve mineraller konusunda yaşanıyor. Araştırarak elinizden gelenin en iyisini yapmaya çalışabilir ve içeriğine göre ülkemizdekilerden daha hesaplı olan bazı yurtdışı ürünleri de elde etmeye çalışabilirsiniz.

Silahlarımızı listelersek:

- *Yeterli dozda* "doğal progesteron" (duruma göre ağızdan, ikisi birden ya da vajenden ya da krem olarak)
- Nefes egzersizleri ve stres azaltma teknikleri (hipnoz, meditasyon)
- *Yeterli dozda* magnezyum
- *Taze çekilmiş* keten tohumu
- *Yeterli dozda* B6 vitamini ve bir multivitamin
- Âdet öncesindeki iki haftada alkol ve kahveden kaçınmak

Fitoestrojen (bitkisel estrojen) nedir?

Fitoestrojen, bazı bitkilerde bulunan estrojen benzeri maddelere verilen isim. En meşhuru keten tohumu ve soya fasulyesi olmakla birlikte birçok başka bitkide de bulunurlar. İzoflavonlar olarak da geçerler.

Bir maddenin "estrojen benzeri" etkisi olması için, estrojen reseptörüne (yuvasına) oturuyor ve onu uyarabiliyor olması gerekir. Fitoestrojenler de böyle moleküller. Estrojen yuvasına uyarlar ve onu estrojen gibi, ama onun yaptığından *çok daha hafifçe* uyarırlar. Böylece hafif bir estrojen gibi etki ederler. *"Peki, bu yolla gerçek güçlü estrojenin yuvasının önünü tıkayıp onu engellemiş de olmazlar mı?"* diye sorarsanız *"Bakın bu çok doğru bir soru"* diye yanıt veririm: Kendi estrojeni kalmamış yani menopoz dönemindeki bir kadına verdiğimizde bu bitkisel desteklerin "estrojen" etkisi ortaya çıkar ve sıcak basmalarını dindirebilirler. Aksine, menopoz öncesi yıllarda, estrojen baskınlığı yaşayan bir kadında kullanacak olursak bu kez ortamdaki estrojenin önünü tıkayarak "anti-estrojen" etki gösterebilirler..

Neticede bunlar bu amaçla aktardan alıp kafanıza göre kullanılacak şeyler değildir. Ancak birçok doktorun sizin hormonal durumunuzdan bağımsız olarak ezbere ve bilmeden söylediği gibi "her durumda zararlı" şeyler falan da değildir!

Etkileri, kullanan kadının yaşına ve o dönemdeki kişisel hormonal dengesine göre tamamen aksi yönlerde olabilir. Bu konular klasik tıp eğitiminin tamamen dışında kaldığı için, bu ayrıntıları değerlendirebilecek bir hekim gözetiminde kullanılmaları uygun olur.

HORMON REPLASMANININ TEMEL FELSEFESİ: "DOĞAL" NEDİR?

Yaşlılık hastalıkları insanoğlunun tarihinde yeni bir sorun. 50 yaşın ötesinde uzun yıllar boyunca sağlıklı ve faal kalmak isteği anlaşılabilir, insani bir istek. Ancak bu, insanoğlunun tarihinde çok yeni ve "doğada mevcut olmayan" bir talep. Bu yeni talebi, sağlıklı yıllardaki hormon dengesinden çok uzakta gerçekleştirmeyi seçenlerin epey şansa ihtiyacı var, çünkü "doğaya karşı" kürek çekiyorlar.

Yirminci yüzyılın başında ABD'de 20 yaşına ulaşmış olan kadınların %90'ı evli imiş. Bu oran bugün yalnızca %12! Daha yakınlara gelelim: 1970 yılında ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran annelerin oranı onda bir bile değilken, bu oran bugün üçte bire ulaşmış durumda! (REF.64) İnsan, son 100 yıl içinde milyonlarca yıldır deneyimlediği evrimsel gelişimin arka planını oluşturan sosyal, çevresel ve hormonal şartların bütünüyle dışında, yepyeni bir dünyayı deneyimliyor. *Sonucu zaman gösterecek.*

Kadınların yaklaşık dörtte biri, menopozal geçiş dönemini diğerlerinin tam olarak neden şikâyet ettiğini bile anlayamadan, tamamen olaysız ve sıkıntısız atlatıyor. Büyük bir kısmı ise, daha âdetler kesilmeden yani menopoza girmeden yıllar önce, perimenopoz döneminde birçok sıkıntı ile çoktan tanışmış oluyor.

Menopozda hormon desteği söz konusu olduğunda önümüze birden fazla soru gelir. Önce, tipik menopoz yakınması yani sıcak basması ve terleme şikâyetleri bile olmayan bir kadında ne yapmak en doğrusudur? Hormon düzeyleri düşüp sağlıklı yılların hormon dengesi bozulduğu için beyin, cilt, kalp, kemikte hızlanacak olan çöküşü engellemek amacıyla hormon desteğinde bulunmak mı? Hiç müdahale etmemek ve "doğal" akışına yani *"oluruna bırakmak"* mı?

Organ ve vücut çökmesi, kalp-damar hastalıkları ve daha erken ölümü şimdilik bir kenara bırakıp kadının yaşam kalitesine odaklanırsak: Sıcak basması, ter boşanmaları, düşünce keskinliğinde düşme, halsizlik, depresyon, kendine bakımı ihmal etmek, cinsel isteksizlik, vajinal kuruluk ve uyku bozuklukları gibi dertlerle tanışan bir kadında ne yapmak daha doğrudur? Bunlardan sıcak basması ve gece terlemelerinin zamanla geçeceğini belirterek kadını yatıştırmak, olmadı *black cohosh* bitki özü ile idare etmeye çalışmak, diğerlerini ise yaşın getirdiği "doğal" şeyler olarak olgunlukla sineye çekmek mi? Reçetemizdeki antidepresanlar ve uyku ilaçları ile idare etmek mi en iyisi?

Aklıma gelmişken: Antidepresanlar ve uyku ilaçları "doğal" mıydı?" Peki ya doğum kontrol hapları?

Gelin soruyu bir adım öteye taşıyalım: Hormon desteği verecek olduğumuzda, kadında sıcak basması gibi yakınmaları ortadan kaldırmakla yetinmek mi gerekir, yoksa bozulan hormon dengesini biraz olsun düzelterek yaşa bağlı organ çöküşü ve hastalıklardan korunmaya çalışmak mı?

Sonda söyleyeceğimi başta söyleyeyim: Benim mütevazı kişisel görüşüm, kadın hormonları konusunda tıbbın "kutsal kitabını", yani belki de dünyanın en meşhur jinekoloji kitabını yazmış olan *Dr. Leon Speroff*'un 2006 yılında açıkladığı kişisel tutumu ile benzerlik gösteriyor:

"Bana soran doktorlara bugünkü duruma ilişkin şunu söylüyorum: Elimizde kesin randomize çalışmalar olana kadar -ki sonsuza dek olmayabilir- hastanın tercih ettiği yol doğru olandır."

"Hastanın tercih ettiği yoldan" bahsedebilmemiz için, önce hastanın bilgilendirilmesi gerekir. Bunun için de önce *biz doktorların* bilgilenmek için çaba sarf etmesi gerekiyor! Belki de biz doktorlar işe, bugüne dek *Frankenstein hormonsular*, *Estratest* gibi garabet testosteron hapları ve *Enjuvia* gibi "Zihni Sinir" patent zorlamalarını önümüze bilimsellik etiketi altında anlı şanlı FDA onaylarıyla getiren, tıbbi araştırma literatürünü bunlarla dolduran *Kuzey Amerika Menopoz Derneği* gibi meslek (?) örgütlerinin yönergelerini, hiç olmazsa bundan böyle beynimizi, araştırma kapasitemizi, donanımımızı askıya alıp da gözü kapalı uygulamadan önce biraz sorgulamakla başlayabiliriz. *Bu kurumların orta yerdeki sicili bunu gerektiriyor.*

Kadınlara verilen *(ve verilmeyen!)* hormonlardan konuşurken biz aslında neden bahsediyoruz? Yalnızca genç ve güzel ve seksi kalmaktan mı? Yoksa biz aslında aşağıdakilerden mi bahsediyoruz?

Beyin gücünde, düşünce keskinliğinde ve hafızada kayıp
Osteoporoz (kemik erimesi)
Meme ve rahim kanseri
Kalın bağırsak kanseri
Özefagus (yemek borusu) kanseri
Depresyon, anksiyete
Diyabet gelişimi ve diyabette ağırlaşma
Kalp-damar hastalıkları
Âdet düzensizlikleri ve sorunları
Migren
Kilo alma
Uyku sorunları
Adale kaybı
Düşük libido
Ciltte kolajenin ve nemin kaybı, incelme ve kırışıklıklar
Saç dökülmesi ya da olmaması gereken yerlerde çıkması

Bu hormonların insan fizyolojisindeki rollerinin seks hormonu olmanın çok ötesinde olduğunu bilmeyen bir doktor için, hormon replasmanı yapmak ya da yapmamak konusunda tavır almak ve fikir belirtmek tabii ki "kolay" ama ne yazık ki bu, kararının doğru olmasına yardımcı olmuyor.

Her zamanki gibi, önce *Tabiat Ana* ne yapmış ona bakalım: Beyin nöronları da, beynin bağışıklık sistemi hücreleri olan *mikroglialar* da, kemikler de, kalbin koroner damarları da çok yoğun olarak hormon reseptörleri (yuvaları) bulunduruyor. *Bu neden olabilir? Tesadüf ya da karışıklıktan ibaret olabilir mi? Mesela, tabiatın elinde fazladan reseptör kalmış da mundar olmasın diye beyne, kalbe, kemiğe dağıtmış olabilir mi? Yani kaynak israfından mı ibarettir?*

Bu hormonlar menopoz öncesinde on yıllardır beyin, kemik, kalp ve damarlar gibi organlarda yerine getirdiği işlevleri dostlar alışverişte görsün diye göstermelik olarak mı yürütüyordu?

Bir jinekolog arkadaşınızdan *"Rahmi alınmış bir kadın rahim kanseri olamayacağı için artık progesterona ihtiyacı kalmaz. Gerekirse sadece estrojen verirsin yeter"* ifadesini işittiğinizde hayretten küçük dilinizi yutsanız yeridir, ama yutmuyoruz. Çünkü dünya jinekologlarının çok büyük kısmı, koca koca profesörler bunu söyleyebiliyor. Çünkü dünya doktorlarının çok büyük kısmı son 30-40 yılda insan vücudundan ve Tabiat Ana'dan koparıldı. Geriye hastanın şikâyetleri ile ilaçların bilek güreşi kaldı. Bunu hasta olarak ben de yaşamıştım (s.256).

Ağır romatizmal hastalığım sırasında iki haftada bir kendime enjekte ettiğim bir ilacım vardı: *Humira.* Pahalı bir ilaçtı. Bu ilacın görevi, bağışıklık sistemimdeki *lenfosit* adı verilen askerlerin namlularının ucunu tıkamaktı. Böylece bu silahlar kendi eklemlerime karşı ateş açamaz duruma gelecekti. Tabii böyle olunca ihtiyaç olan durumlarda da ateş açılamayacak, verem ve kanser gibi hastalıklara karşı da zayıf düşecektim. Zaten bu nedenle, verem tedavisinde kullanılan bir ilaca da yanında koruyucu olarak başlamıştım bile. Bağışıklık yanıtımı çok güçlü olarak baskılayan bu ilacı bana yazan doktorum, iyi bir üniversitede ünlü bir romatolog öğretim üyesiydi. Buraya kadar her şey "normal".

Peki, ister bu değerli hocamıza ister her Allah'ın günü bağışıklık sistemi hastalıkları ile uğraşan bir başka romatolog hocamıza *"Şu güçlü ilacı onlar için yazdığınız bağışıklık sisteminin askerleri, yani lenfositler vücutta nerededir?"* diye soracak olsak, bunu biliyor olmalarını istesek, çok mu şey istemiş oluyoruz? Eğer tüm bağışıklık sistemi hücrelerimin %70-80'i bağırsaklarda ise (REF.65), yıllar süren tedavim boyunca bir Allah'ın kulunun bana, geçtim mikrobiyotayı, *"İshalin kabızlığın var mı, karnında şişkinlik gaz oluyor mu?* diye bile sormaması doğal mıdır?

Doğaldır, çünkü günümüz tıp eğitiminde biz doktorlar 3. sınıftan 4. sınıfa geçer geçmez vücuttan da *Tabiat*'tan da kopartılıyoruz. Geride hastalık "tanıları", alınlarına bu "etiket" yapıştırılmış hastalar ve o etiketlere karşılık gelen ilaçlar kalıyor. Olan bitene bu pencereden bakarsanız, *"Kadınlara verilen ve verilmeyen (!) hormonların film gibi hikâyesinin"* neden yanlış başlayıp yanlış gitmekte olduğunu anlamak kolaylaşır.

Menopozal hormon tedavisi, tıbbi bir konu olmakla birlikte bir yaşam felsefesi konusudur da. Tıbbi açıdan teknik olarak baktığımızda daha çetrefilli olan bu ko-

nuyu, kuşbakışı olarak evrim ve biyoloji penceresinden kişisel olarak nasıl gördüğüme birazdan değineceğim.

Menopoz sonrası hormon replasmanı yapmak mı doğrudur, her şeyi *"oluruna bırakmak"* mı? Bu soruyu *"Yapılmalı"* ya da *"Hayır yapılmamalı"* diye tek kelime ile cevaplamaya kalkışmadan *önce*, hepimizin yanıt vermesi gereken bir soru var, o da şu: *"Çocuğu disiplinli yetiştirmek iyi bir şey midir?"*

Eğer bu soruya tek kelime "evet" ya da hayır" cevabı verebiliyorsanız, "hormon tedavisi" deyip geçtiğiniz şey için de tek kelimelik bir cevabınız olabilir.

Nasıl bir çocuğu? Hangi ortamdaki bir çocuğu? Hangi psikolojik yapıdaki bir çocuğu? Hangi eğilimlere sahip bir çocuğu? Disiplinden kastedilen nedir? "Yetiştirmekten" kastedilen nedir, neleri kapsar? Hangi hedefe yönelik olarak yetiştirmek? Asker mi? Sanatçı mı? Hatta hatta bir şeyin "iyi" olmasından kastedilen şeyi bile, toplumun, ebeveynin ve çocuğun kendi iyiliklerine göre ayrı ayrı dallandırabiliriz.

İyi haber şu ki, hormon tedavisi hakkında yanıtlamamız gereken sorular, disiplinli çocuk yetiştirme konusundaki sorular kadar karmaşık değil. Bu sorular şunlar:

1. Hangi tip hormon? Biyoeşdeğer mi (tabiattakinin aynısı) yoksa kimyasal mı?

2. Hangi yolla veriliyor?

3. Söz konusu kişinin *bireye özgü* metabolizması, estrojenleri ne hızda ve ne yönde metabolize ediyor?

4. Bu hormonlar hangi laboratuvar ölçümleri ile takip ediliyor?

5. Tüm bunlar kadının tüm vücudunu ve diğer rahatsızlıklarını kapsayan bütüncül bir bakışla mı yapılıyor?

6. Kadının eşlik eden rahatsızlıkları ve hastalıkları neler?

Bu sorulara verilecek değişik yanıtlar ortaya öylesine değişik tablolar çıkarır ki, bunları külliyen bir tutup "Hormon tedavisi şöyledir böyledir" ifadesi ile birtakım görüşler beyan etmek için bu konulardan "külliyen" bihaber olmanız gerekir.

Harvard Üniversitesi Toplum Sağlığı Bölümü'nün efsanevi hocası *Walter Willett*, toplumun hâlâ etkisinden kurtulamadığı "yağsız yeme" çılgınlığındaki kendi sorumluluklarına atıfta bulunarak *"Amerikan toplumunun o kadar ince düşüneme-yeceğini varsayarak, yağ kötüdür deyip çıktık. İyi yağ, kötü yağ ayrımını yapmadık. Sonuçları ağır oldu"* demişti.

Hormon yerine koyma tedavileri konusunda toplumun başına gelen de buna benziyor. Doğalı, sentetiği, doğrusunu, yanlışını ayırt etmeksizin *herkese her türlüsünden* hormon tedavisi dönemi 2002'de WHI skandalı ile bitti, ardından gene hiçbir ayrım yapmadan bu sefer de *hiç kimseye hiçbir zaman hiçbir türlü* hormon tedavisi yapmama dönemi başladı! Tabii ki tıp camiası aslında Amerikan toplumundan çok daha ince düşünebilecek bir camia, ama yukarılarda değindiğimiz gibi, biz doktorlara bilgi akışının kontrolünün ipleri, sandığımızdan çok daha başka ellerde.

"Menopoz sonrasındaki kadınlarda ve yaş alan erkeklerde hormon desteği yapılmalı mı?" sorusunu iki ucun hangi tarafından olursa olsun ezbere yanıtlamak, aynen *"Çocuğu disiplinli yetiştirmek iyi midir?"* sorusunda olduğu gibi bizi hataya sürükler. *Bu konuda tıbbi değerlendirmelerle birlikte, evrim perspektifinden yaşamın tarifi gibi felsefi tartışmalara da yer açmak lazım.*

Bahsettiğimiz iki "ucun" bir tarafında, yaş almanın getirdiği zorluk ve rahatsızlıkların neredeyse tümünü "doğal" karşılamamız gerektiğini söyleyen bir anlayış var. Bu görüşe göre, kişinin fonksiyonlarında, enerjisinde, yaşam kalitesinde nasıl bir düşme olursa olsun, ortaya adı ile sanı ile bir "hastalık" çıkmamışsa, başta hormonlar olmak üzere müdahale etmek "doğal" değildir. Kalp damarları tıkanmışsa açılmalıdır. Neden ortadan kalkmadığı için tabii ki tekrar tıkanabilir, ama işte gene tıkanırsa gene açılmalıdır. *Alzheimer* teşhisi konmuşsa ilaçlarınızı almalısınız. Bu ilaçlar hastalığın nedenine yönelik olmasa da, hastalığın ilerlemesini durdurmasa da almalısınız. Yok eğer Alzheimer teşhisi henüz konmamışsa, hafızanızdaki zayıflamayı gün gibi hissediyor olsanız bile, bu görüşe göre yapabileceğiniz "bilimsel" bir şey yoktur. Çünkü *Patent Tıbbı*, bu durumlar için doğal ajanlar kullanarak büyük bilimsel çalışmalar yapmamıştır: *Zaten hastalıkları engellemenin bir ekonomik karşılığı yoktur.*

Uykularınız eski tadında değilse, günün genelini halsiz geçiriyorsanız, eskiden bilmediğiniz hazımsızlık sorunları yaşıyorsanız, adalelerinizin yerini yağlar alıyorsa, cinsel yaşamınız yokları oynamaya başlamış ve üstelik bunu artık umursamıyorsanız, idrar kaçırmalar başlamışsa, eskisinden farklı bir şey yiyip içmemenize rağmen bir de başınıza diyabet çıktıysa, anlamadığınız bir anksiyete sabahları size musallat olduysa, horlamaya başladıysanız, artık eskisi gibi koku alamadığınızı fark ediyorsanız, bunlar hep *"Ee, yaş ilerliyor, olacak artık o kadar"*dır. Böyle idare edecek, daha kötü durumda olanlara bakıp şükredeceksinizdir. Hatta ufaktan

kolesterol ve tansiyon ilaçları almaya başlamanız bile *"Bu yaşlarda normal"*dir. Bu öyle bir bakıştır ki, Gürcistan yaylalarında tepelere tırmanıp ot toplayan, kovanları taşıyan, iştahı da uykusu da yerinde kadınlara ya da Girit Adası'nda 75 yaşında bisikletiyle gezmeye çıkan beyefendilere "insan dışı anormal yaratıklar" diye bakmanızı gerektirir.

Bu yaklaşıma göre hormonlarınızın düşmesi, *"yaşınız için normal"* olan düzeylere inmesi, neredeyse ortadan kaybolması, aslında sizin için "normal", "doğal" yani neticede "iyi" bir şeydir!

Bir de diğer uç var: 65 yaşında 30 yaş görünümü ve performansının peşinde koşanlar. 50 yaşında *"Maraton koşup bitireceğim"* diyenler. 55 yaşında, yüksek ve yarışmacı iş stresi, yetersiz ve kalitesiz uyku, çöp değerinde bir beslenme ve hareketsiz bir yaşamın getirdiği hızlı çöküşe hormonlarla "kolayından ve hızlı" çare arayanlar. Hormonlara gerek hasta gerek doktor olarak "daha genç görünmek" penceresinden bakanlar. 60 yaşındaki hastasında illa ki 20 yaşın hormon düzeylerini tutturmaya çalışan doktorlar. Daha da kötüsü: Hormon düzeylerine bile bakmadan reçete eden ve tedavi esnasında da hormon düzeylerini, hormon metabolizmasını takip etmeyen, hastanın nüfus kâğıdına bakıp hormon reçetesi yazan doktorlar.

İki uzak uçtaki bu yaklaşımların ikisi de sorunlu.

"Menopoz doğanın bir parçası, bunu değiştirmeye çalışmak doğaya aykırı" cümlesini, *"Doğaya karşı biraz ayıp olmuyor mu Mustafa'cım*?" tadında kalkan kaşlar bakışı eşliğinde, kim bilir kaç kadın doğumcu dostumdan işitmişimdir. Bana *"Doğaya müdahale etmeyelim lütfen"* diyen aynı kadın doğumcu dostlarım, kim bilir kaç bin adet *doğum kontrol hapı reçetesi* yazmışlardır tahmin bile edemiyorum! Buna da, bu hapların üstelik *doğadışı hormonsular* içeriyor olmasını da bir kenara bırakarak, doğanın güçlü bir parçası olan, birçok hastalığı engelleyen veya iyileştiren hamileliği engellemesi açısından dikkat çekiyorum.

Doğanın kanunları ile kavga ederek yaşamak, felsefi açıdan kulağa iyi gelmiyor. Doğayı, doğada olup biteni "oluruna bırakmak" ilk bakışta daha "doğal", daha "olgun", daha "barışçıl" gibi görünüyor. *"Menopoz doğanın kanunu, buna müdahale etmek doğal değil"* ifadesi insana sanki daha sıcak ve sempatik bir yaklaşım gibi geliyor.

Bununla birlikte, doğa belgesellerinde izlediğimiz *"yaşlanan hayvanın sürü tarafından ölüme terk edilmesi"* de tam bir doğa kanunu! Şimdi bu "doğa kanununu"

insanlara nasıl uygulayacağız? *"Doğada olan biten"* penceresinden bakıp bu prensibi temel alacaksak, bunu da değiştirmeye çalışmanın doğru olmadığı pekâlâ öne sürülebilir. İnsanın yaşı ilerlediğinde tansiyonunun çıkması da tabii ki "doğaldır", hastalıklar da "doğaldır". Hatta aslında ölüm bile "doğaldır".

Yaşlanma doğaldır. Ya da şöyle söyleyelim: *Doğal* bir *dejenerasyondur*. Tabiat böyle işliyor. İşte felsefi soru ve sorunlar da burada düğümleniyor: Neyi "doğal" kabul edeceğiz, neyi "doğa ile kavga etmek" kabul edeceğiz?

Size yüzde yüz "doğal" olan en sağlam doğa kanunundan bahsedeyim: "Tabiatın (evrimin) birincil önceliği türün devamıdır." Bunu tehlikeye atmamak için, yeryüzünün mevcut kısıtlı kaynaklarını üreme yeteneği halen var olan ve soyunu devam ettirebilecek güçlü bireyler lehine kullandırmak ister. Türün devamına artık katkı sağlayamayacak olan "yaşlı" bireyleri eleyerek "gereksiz" kaynak tüketimine engel olmak da buna dahildir.

Kendimden örnek vereyim: Arabam şu anda 14 yaşında. Doğrusu bana sorarsanız arabamdan memnunum. İşimi gayet güzel görüyor ve yenilemeyi de düşünmüyorum. Ancak, yarın götüreceğim serviste bana *"Doktorum bu arabayı tekrar çalışır hale getirmek sana en az 40 bin liraya patlar"* derlerse, ister istemez oturup bir hesap yapmaya başlarım: *"Bu harcamayı yapsam bile bu araba beni daha kaç yıl götürür? Yarın öbür gün daha da büyük masraf çıkarırsa ne olacak? Acaba şunun üstüne biraz koyup yeni bir araba mı alsam?"* diye düşünmeye başlarım. Kabul edersiniz ki bu düşünce de "doğal" bir şey! İşte tam da bu nedenle, biz "esk meye" başlayınca da *Tabiat Ana*'nın aklından buna çok benzeyen cümleler geçiyor. Türün devamına katkıda bulunamayacak yaşa ulaştığımızda, bizi oyunun dışına itmek için bir yol arıyor. Beynimize silah sıkacak hali olmadığı için de, hormonlarımızı düşürüyor. Çünkü biliyor k , hormon dengeniz bozulursa sadece bir organınız değil, bütün vücut, bütün hücreleriniz çökecek ve yavaşça sahneden ineceksiniz.

Hiç endişeniz olmasın, bunların hepsi "doğal".

İnsan DNA'sının milyon yılda %1 bile değişmediğini düşünürsek, bundan diyelim otuz bin yıl önce yaşayan insanlardan yapısal olarak hemen hemen hiç farklı olmadığımızı anlamak kolaylaşır. Otuz bin yıl, insanın ve atalarının tarihinde *dün denecek kadar kısa* bir süre. Bununla birlikte, otuz bin yıl önce ne bugünkü doğum kontrol yöntemleri, ne bugünkü toplum sistemi mevcuttu. İnsanlar avcı-toplayıcı bir hayat sürüyorlardı. İnsan, hiçbir biçimde en ufak bir müdahalede bulunmadığı hayvan ve bitkilerle besleniyordu.

O zamanlar yaz ve kış, yani sıcak ve soğuk vardı. Kurak ve yağışlı mevsimler, yani kıtlık ve bereket dönemleri vardı. Gece ve gündüz, yani karanlık ve aydınlık vardı. Tüm hayvanlar gibi insanların da hormonları yiyeceğin en bol, mevsimin en sıcak, aydınlığın en bol olduğu dönemde zirve yaptı. Ancak ve yalnızca bu dönemde çiftleştiler ve ürediler.

Bugün bu döngülerin hiçbiri yok. Yiyecek, ışık, sıcak her dönem elimizin altında. Adeta güneşin hiç batmadığı ve meyvelerin her mevsim elimizin altında olduğu bir dünyada yaşıyoruz. Kış günü, gecenin bir saati arabayı otoparka park ettikten 5 dakika sonra, evimizde bir suni ışık cümbüşü içinde, kalorifer peteğinin yanında üzümlü kek yiyerek sıcak çayımızı yudumluyor olabiliriz. Genlerimize yazılı tüm kodların şok içinde olduğunu fark etmiyoruz bile.

Bugün, kadının ya da insanın hâlâ doğanın bir parçası olduğunu söylemek bana göre mümkün değildir.

Kadın vücudu, dünya yüzündeki milyonlarca yıllık varlığının çok büyük bölümünü ya hamile ya da emzirmekle geçirerek evrimleşti. *Gerçek doğada* kadın yiyeceğin bol, hormonların ise yüksek olduğu bahar mevsiminde hamile kalır(dı). Bundan sonraki 1,5 yılı ise, *hiç durmadan* emzirerek geçerdi. Yalnızca 200 yıl öncesine gitsek bile, bebek maması diye bir şey işitilmiş değildi. 200 bin yıl öncesinde de durum farklı olmasa gerek. Haliyle, o günlerde de bebekler dizi dizi dişlerle doğmuyordu. Kreşler icat edilmemişti. Bebeği yalnız bırakmak olanaksızdı. Bugün bile, "medeniyetin" girememiş olduğu *(!) Kung* kabilesi gibi az sayıdaki Afrika ve Orta Amerika toplumlarında anneler bebeklerini 1,5 yıl boyunca ve neredeyse her saat emzirirler. Bu da kadınlara, bebeğini az da olsa büyütene kadar ihtiyacı olan doğum kontrolünü sağlar. Bebeğin dişleri kesmeye başlayıp emzirme tavsayınca da, önündeki ilk baharda yeni bir hamilelik sıradadır.

Güvenilir nüfus sayımlarına ancak 1800'lü yılların sonları için ulaşabiliyoruz. Bu dönem ve 1900'lü yılların başında yapılan sayımlar, insanoğlu için doğumda beklenen ortalama yaşam süresini 45-47 yaş arasında olarak veriyor. İnsanoğlunun genetik kodlarının yavaş yavaş yazıldığı yüz binlerce yıl önceki şartlarda ise bu sürenin daha uzun olduğuna inanmamız için hiçbir neden yok. Bu da demek oluyor ki, kadın eğer bir önceki doğumda aşırı kanama ve diğer sorunlardan ya da bir hayvan ısırığından kaptığı mikroptan ya da soğuktan, kıtlıktan, açlıktan, selden ya da savaştan korunacak kadar şanslıysa, ancak 45 yaş civarına kadar sürecek olan yaşamının doğurgan dönemi olan 15-28 yaşları arasında 5-6 kez hamile kalır ve

bu çocukları büyütecek zamanı ancak olurdu. Bu yaşı geçecek olursa da, torunlarını kucağına almanın mutluluğunu yaşardı. "Kariyer planlaması" diye bir kavram yoktu. Bugünkü toplum yapısında olduğu gibi *"çocuk sahibi olmak için kendini hazır hissedecek"* finansal ve psikolojik yeterlilik arayışıyla hamileliği 39 yaşına kadar erteleyerek *milyonlarca yıldır aslında büyükanne rolünde olduğu yaşta* infertilite tedavilerine girişmezdi. Antibiyotikler, elektrik ve hatta bunca teknolojiye karşın, bugün 39 yaşında hamile kalma şansınız, 30 bin yıl öncesinden ancak biraz daha fazladır. Evrim dediğin şey birkaç yüzyılda olup bitmiyor.

Kadın vücudu ve bu vücuda hâkim olan hormonal sistem, *işte bu anlattığımız döngüsel şartlar altında* evrimleşti, gelişti ve bugüne ulaştı. Bugünkü kadın vücudu da, bugünkü kadın DNA'sı da, bundan 30 bin yıl önceki kadın vücudunun ve genetiğinin tıpkısı. Bugünkü "modern" kadının biyolojik sistemlerine "tanıdık" olan da, o zamanın şartları. Evrim ve doğa için, insan ve kadın vücudunun günümüzdeki şartları ve talepleri çok yeni. *"50 yaşın ötesine geçip 80'lere ulaşmak isteyen, üstelik bunu hastalık ve ameliyatlarla, örneğin felçli ya da Alzheimer'li olarak geçirmek istemeyen insan türü talebi, doğa için yepyeni bir talep." Doğada mevcut olmayan bu talebin "doğada mevcut olmayan" bir destek gerektirmesinde de, bana göre şaşacak bir şey yok. Ben, menopoz sonrası kadınlara da, düşük testosteronla yaşlanan erkeklere de bu perspektiften bakıyorum.*

Menopoz sonrası dönem hakkında bana bir şey soracak olursanız, "evrimin kendi mantığının" 50 yaş sonrası insan türü ile insanları ile pek de ilgilenmiş olduğunu şahsen düşünmüyorum. *Evrim yalnızca ilgili türün soyunun devam etmesi ile ilgilenir. "Doğa tarihinde, 50 yaş sonrası insanların önlerindeki yaşam için gelişmiş bir 'doğal' yol haritası yoktur. Tabii ölümden başka."*

Bu nedenle, 50 yaş sonrası için neyin "doğal" neyin "doğaya aykırı" olduğu penceresinden yapılacak bir tartışma, bence suni ve spekülatif bir tartışma olmaya mahkûmdur.

Milyonlarca yıl boyunca, kadın türünün hayatı boyunca âdet görmekte olduğu sürenin toplamı birkaç yılı ancak bulurdu. Toplamda beş altı kez hamile kalırdı ve bu yıllar boyunca vücudu normalin defalarca kat üzerine yükselen progesteron hormonuna doyardı. Bugünün kadınları ise âdet görerek olsun, doğum kontrol hapları kullanarak olsun, on yıllar geçiriyor ve bu âdetlerin de pek çoğu, hap kullanılanların ise neredeyse tamamı, yumurtlama olmadan yani progesteron üretemeden estrojen baskınlığı altında gerçekleşiyor.

Bugünkü toplum yapısının kadın hormon dengesinde ortaya çıkardığı en büyük ve belirgin eksiklik, yaşanmayan hamilelikler süresince kemiklerin, beynin, kalp-damar sisteminin, immun sistemin ve *memenin* mahrum kaldığı progesteron hormonudur. Doğada progesteronun kadının doğurgan dönemi boyunca üstlendiği rol, sağlık için yaşamsal bir önem taşıyor. Bu nedenle hamile kalırsanız daha az meme kanseri olursunuz, bu nedenle multiple skleroz hastaları hamile kalınca iyileşme dönemine girer, bu nedenle hamileliğin bittiği günlerde aniden progesteron düşünce Hashimoto'ya açık hale gelirsiniz.

Yaşınız ilerledikçe hormonlarınız düşer. Ben buna –izninizle– hormon dengenizin bozulması diyorum! Öyle ya, eğer 57 yaşındaki hormon dengemizi *"vücudun sağlık ve esenliğini koruyacak bir hormon dengesi"* diye tarif edecek olursak, *bambaşka* bir tablo olan 27 yaşındaki hormon dengemize ne isim vereceğiz? Bozuk hormon dengesi mi?

"Ama o durum 57 yaş için doğal" diyecek olursanız, akla bir soru geliyor: Neden yaşımız ilerleyince koenzimQ alıyoruz? Neden tansiyon hapı yutuyoruz? O yaşlar için koenzimQ'nun düşmesi de, tansiyonun yükselmesi de, hatta kalp hastalıkları da aslında "doğal" değil mi? Peki hastalıklar ve ölüm? Onlar da "doğal" değil mi?

Dürüst olalım: Ortada daha baştan "doğal olmayan" bir şey var: 50 yaşından sonra hâlâ yaşıyor olmamız. Bununla da kalmayıp on yıllar boyunca hastalanmadan yaşamak talebimiz.

Bununla, insan doğasının 80-90 yaşlarına dek yaşama *potansiyeline* sahip olmadığını söylüyor değilim. Soğuktan, açlıktan, yırtıcılardan, savaşlardan, kıtlıktan, bulaşıcı hastalıklardan korunma şansını bulmuş olan yakın dönem bireyleri arasında ciddi yaşlara ulaşanlar oldu. Örneğin Mimar Sinan, öldüğünde 99 yaşındaydı. Ama bu istisnalar, insan vücudunun yaşama, gelişme, üreme ve "kenara çekilme" kurallarının yazıldığı milyonlarca yıl boyunca, bundan 100 yıl öncesine kadar, yok denecek kadar azdı ve evrimin kuralları bu istisnalara göre yazılmadı.

"Hormonlarınızın düşmesi" (yani eski sağlıklı hormon dengenizin bozulması) "yaşlanmanın yalnızca bir sonucu değildir". En az onun kadar, hatta ondan daha fazla, "yaşlanmanın temel bir nedenidir".

Kilo alma, hipertansiyon, kanserler, felçler, bunama, kalp krizleri, romatizmal hastalıklar hormonların zirvede seyrettiği on yıllar boyunca değil, hormonlar ortadan kaybolduktan sonra ortaya çıkıyor ve bunların tümü, hormon düzeyleri

daha düşük kişilerde daha sık görülüyor. *Prostat kanseri bile, testosteron düzeyleri düşük erkeklerde daha sık görülüyor*(REF.65A).

Gençleşme/gençleştirme hayalleri de doğru değil, 65 yaşında bir kişinin olması gereken, olabileceği genel sağlık durumunun "normalini" beş ilaç kullanan mecalsiz komşularına sabitleyip işin içinden çıkmak da doğru değil. *Tek doğru, her insanın benzersiz ve ayrı bir birey olduğu.* Eğer bir kişinin hormon düzeylerinde ortaya çıkan düşme ve dengesizlik, yaşlanma/hastalanma/ölüm denen kaçınılmaz yolculuğunda *o birey için* ana faktörlerden biri haline gelmekte ise, Tabiat Ana'yı mümkün olduğunca ve tevazuyu da elden bırakmadan takip ve taklit ederek *hormon dengesini sağlığı destekleyen yöne çevirmek*, yapabileceğimizin en iyisi gibi görünüyor.

Bizim yapmamız gereken, kadının sağlıklı yıllarındaki, dünyaya bir çocuk getirebilecek sağlığa sahip yıllarındaki dengenin "düzey olarak aynısı olmasa da genel anlamda ona benzer bir dengeyi, o yıllardaki hormon düzeylerine çıkmaya hiç gerek olmadan" *–çünkü artık ne çocuk doğurma niyetimiz var ne de âdet görmeye ihtiyacımız–* tesis etmeye çalışmak olmalı.

Ne yazık ki, ilk iki bölümde bahsettiğim nedenlerle, yani büyük ama berbat düzenlenmiş değersiz bir çalışma olan WHI'ın medyatik etkisi nedeniyle son 15-20 yılda yetişen doktor nesilleri "seks hormonları" ve hormon replasmanı konusundan uzakta bir yaşam sürdüler. *Bir jenerasyon kadın ile birlikte bir jenerasyon doktor da, hormon eğitim ve öğrenimi açısından kaybedildi.* İşte bu nedenle, kadınlara biyoeşdeğer hormon replasmanı konusunda bilinçli destek verebilecek hekim bulabilmek yalnızca ülkemizde değil, tüm dünyada bir sorun. 2019 yılı sonunda *Fonksiyonel Tıp Akademisi* mezunlarını vermeye başladığında, bu çok önemli eksik ülkemizde kapanmaya başlayacak. Bundan hiç kuşkunuz olmasın.

HORMON DESTEK TEDAVİSİNDE DOKTOR-HASTA İLİŞKİSİ

• Menopozal hormon desteği konusu doktor-hasta arasında açıklıkla konuşulmalı, başlanmadan önce amaç ve öncelikler belirlenmeli.

• Tüm vücudu ilgilendiren ve etkileyen hormon replasmanının, tüm vücudu bütüncül olarak görebilen ve kadını birey olarak ayrıntılı takip edebilen bir hekim tarafından yönetilmesi en doğrusudur.

Menopoz sonrası hormon replasmanı için en önemli aşamanın, kadının ve doktorun birbirlerini birçok konuda yeterli bilgilendirmesi olduğunu düşünüyorum. Her şeyden önce, bilgilendirilmesine rağmen hormon desteğine şu ya da bu nedenle sıcak bakmayan bir kadına hormon replasmanını doktorun empoze etmesini doğru bulmuyorum. Kadının kendi vücudu üzerindeki tasarrufuna saygı göstermek gerekiyor. Her ne kadar onun *"doğaya bırakmak"* diye değerlendirdiği bu seçim, bir önceki bölümde açıkladığımız nedenlerle gerçekte doğaya bırakmaktan çok *"oluruna bırakmak"* olsa da, hatta aslında *"doğaya karşı"* bir çaba olsa da, seçim hakkı ona aittir. Bize düşen, seçenekleri ve riskleri ona yetkinlik ve açıklıkla anlatmak ve onun seçimine destek vermek olmalı. Öncelikli olarak yapılması gereken de, amaç ve hedefleri belirlemek.

Amaç yalnızca sıcak basması ve terlemeler gibi "tipik menopoz yakınmalarını" atlatmak ise, her ne kadar hormon kullanımındaki başarıyı yakalamak gerçekten çok zor olsa da, hormon-dışı yollar denenebilir. Sıcak basmaları konusunda başaktörlerden biri estrojen dalgalanmaları ise, diğeri de tıpta *Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal (HPA) Sistem* diye geçen *stres sistemi*. Stres azaltıcı teknikler, yoga, meditasyon, hipnoterapi, nefes egzersizleri, uyku hijyeni gibi yöntemler inanç ve istikrarla uygulandığında muhakkak fayda verir.

Bugün menopozal hormon tedavisinin *halen* dünyada en *yaygın* uygulanma nedeni, yalnızca sıcak basması ve ter boşanmalarını gidermeye yönelik. Gene, *yaygın* olmasına bakacak olursak oldukça yaygın bir öneri, bu hormonların mümkün olan en kısa süre kullanılması, "5 yıllık sürenin" aşılmaması. Sağlam bir bilimsel temele dayanmasa da, hâlâ doktorlar arasında en *yaygın* görüş bu. Zaten sıcak basmaları 5 yılın ötesinde genellikle kendiliğinden hafifliyor.

Benim düşünceme göre, biz doktorlardan bilgi ve fikir almaya gelmiş olan bir kadının, dünyada *halen* en "yaygın" yaklaşımın bu olduğunu öğrenmeye de hakkı var. Neticede kararı o verecektir. Fakat aynı kadının başka bir şeyi bilmeye de hakkı var. Son yıllardaki araştırmalarda görülen şey şu: *"Sıcak basmaları geçti"* ya da *"5 yıllık süre doldu"* diye hormon kullanmayı bırakan kadınlar arasında, hormona devam eden kadınlara göre *hem kalça kırıkları hem de tüm nedenlerden ölümler* ciddi oranda artıyor (REF.66-67).

Başka bir şeyi de bilmeye hakları var: "Risk var" denilerek hormondan uzak tutulmuş olan yüz binlerce kadının, üstelik yanlış bir yolla yani ağızdan hap şeklinde estrojen kullanmış kadınlara göre bile, kalp-damar, kanser, Alzheimer dahil *tüm nedenlerden* aramızdan gereksiz yere erken ayrıldığı anlaşılmış (REF.68). Meşhur jinekoloji meslek kuruluşlarından hormonlar konusunda en olumsuz ve en ilaç sektörü etkisinde olanları bile, 2017 yılında yayımladıkları kılavuzlarda bu 5 yıl "söylencesinin" artık geçerli olmadığını belirtiyorlar (REF.69).

Yok hormon replasmanına sadece sıcak basması değil de bunama, kalp-damar hastalıkları, kemik erimesi, şeker hastalığı, felç, kolon kanseri, uyku sorunları, cinsel istek ve fonksiyon kaybı, cilt yaşlanması, depresyon ve benzeri sorunları engellemek ya da geciktirmek amacı ile yöneliyorsanız, gayet tabii ki size bütün bu vücut sistemleri temelinde *bütün olarak* (bütüncül) bakabilen ve tüm bu vücut sistemleri açısından takip edebilen bir doktorunuzun yönetmesi en mantıklısı olacaktır. Çünkü burada amaç, artık bir yakınmayı gidermenin ya da vücudun belli bir coğrafik bölgesine ait tedavinin ötesine geçmiştir.

Şüphesiz ki, vücudunuzu bir bütün olarak görüp değerlendirebilen bir jinekolog doktorun, size hormon tedavisi uygulamak için bir başka doktordan eksiği değil olsa olsa fazlası vardır. Ancak, doktorunuz mükemmel bir kadın ve doğum hastalıkları uzmanı olmakla birlikte, hormon destek tedavinizin kemik, beyin, diyabet, kalp, meme, karaciğer, tiroid, mitokondriyal sistem, mikrobiyota ve detoksifikasyon, stres ve uyku sistemi ve diğer biyolojik sistemlerle etkileşimini *sizin bi-*

reyinize özel bütüncül bir bakışla değerlendirmek ve takip etmek için gerekli zamanı ayıramayacaksa *ya da* bu konuda özel bir eğilim, eğitim ve tecrübesi yoksa, sizi bu açılardan değerlendirip takip edecek bir Fonksiyonel Tıp doktoru ile işbirliğinde periyodik jinekolojik kontrollerle destek vermesi *sizin için en iyi* çözüm olabilir. *Çünkü bence sizin bunların tümüne ihtiyacınız olacaktır. En basit* örneği verelim: Doktorunuz günlük dışkılama alışkanlıklarınızı bilmiyorsa, estrojen metabolizmanızı değerlendirip takip etmesi bana göre mümkün değildir. Mümkün olduğunu sanıyorsa, o doktorunuz estrojen metabolizmasını zaten bilmiyor demektir.

Hormon replasmanı takibinizi hangi doktorunuz yapıyor olursa olsun, hatta bir hormon replasmanı yaptırmıyor olsanız da, hiçbir yakınmanız olmasa da, bir kadın olarak, muhakkak bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının yıllık ya da duruma göre daha uzun ya da kısa aralarla periyodik kontrolü altında olmanız doğrudur. Hormon tedavisi görün ya da görmeyin, hesapta olmayan bir vajinal kanama, akıntı, genital bölgede ya da kasıkta geçmeyen bir sancı, gebelik şüphesi, kanser şüphesi gibi burada sayamayacağım çok sayıda nedenden dolayı, bir jinekolog hekime her kadının ihtiyacı vardır ve olacaktır. Tıpta uzmanlaşma, bir organa ya da bir coğrafik bölgeye odaklanma bugün bazı sorunlar ortaya çıkarmıştır, bu doğru. Tüm vücudu etkileyen hormon tedavisini tüm vücudu bütüncül olarak görebilen bir doktorun yönetmesi ideal olandır, bu da bana göre doğru. Ancak bunlar, branş uzmanlarına olan ihtiyacımızı ortadan kaldırmıyor.

Hormon replasman tedavisinin özellikle ilk birkaç ayında, vücudun yeni hormonal dengesi oturana dek, daha doğru bir deyimle vücudun bozulan hormonal dengesi yeniden oturana dek hasta, hekimi vücudunda ve yakınmalarında ortaya çıkan değişiklikler açısından muhakkak bilgilendirmeli, gerek belirtiler gerek tetkikler açısından yakın takipte kalmalı (s.181).

BİREYE ÖZGÜ HORMON TEDAVİSİ NE DEMEKTİR?

Söz konusu hormon tedavisi ise, bireye özgü yaklaşım bir lüks değil bir zorunluluktur.

"Bireye özgü" hormon tedavisi deyimini, *sizin vücudunuzun* "ihtiyaçlarına uygun biçimde" ve *esnek olarak* planlanmış bir hormon tedavisi anlamında kullanıyorum. Bunu *hormonsularla* yapmak imkânsız: Bunların kanınızdaki miktarını bile gidip laboratuvarda ölçtüremezsiniz, geçtim "bireye özgü" olmasını! Bu haplar, ilaç fabrikasının sürümü artırmak mantığına göre planlanmış şeyler. 38 yaşında erken menopoza girene de, 62 yaşındaki kadına da aynı yeşil hapı günde bir kez yutturmaya kalkışan akla ziyan *basite indirgenmiş* yaklaşımlar.

Tabii ki biyoeşdeğer/doğal hormon kullanımı sonucunda da yan etkiler ortaya çıkabilir. Ama bunlar, *hormonsularda* olduğu gibi *kullanılan "şeyin" en baştan yanlış olmasına* değil, hormonun *dozu* ya da hormon kombinasyonunun doğru ayarlanmamasına bağlı ortaya çıkar. Bu nedenle, bir yan etki durumunda *hormonsularda* olduğu gibi tedaviyi kesmeniz de gerekmez, çünkü yakınma ve laboratuvar ölçümlerine göre *dozda ayar yapma* şansınız vardır.

Bireye özgü hormon tedavisinde doktorunuz bir dizi hormonu kanda, idrarda, artık kendisi her nasıl uygun görüyorsa ölçtürür. Bu düzeyler ile sizin yakınmalarınızın, rahatsızlıklarınızın ve potansiyel hastalıklarınızın ilişkisini kurar. Daha sonra hormon tedavisine başlandığında vücudunuzun vereceği yanıtı yakından takip eder. Tekrar bir laboratuvar testi isteyerek, verilen hormonun vücuda ne oranda geçtiğini ortaya çıkarır. Böylece verilen hormon dozu ile *sizde* elde edilen kan ve idrar düzeyi, *sizin* cildinizden bu hormonların ne derece vücuda geçtiği, vücudunuzun bu hormonları nasıl işlediği (metabolize ettiği) ve *sizin* vücudunuzdaki

değişiklikler olarak hormona yanıtı arasındaki ilişkiler ortaya konmuş olur. Varılacak sonuca göre dozda veya hormon kombinasyonunda ince ayar yapar. Zaman içinde, örneğin bir yıl sonra laboratuvar ölçümü tekrarlanarak her şeyin istenen düzende gidip gitmediği kontrol edilir. *Fonksiyonel Tıp Akademisi*, doktorlar arasında bu prensipleri yerleştirmeye çalışmak amacıyla eğitimler veriyor.

"Bunun bireye özgü tedavisi olmaz" diyenlere bakmayın. Bireye özgü yaklaşım, belki de her şeyden fazla hormonlar söz konusu olduğunda gerekli. İki farklı kadın alalım. Örneğin kan şekeri veya tansiyonun "normal" değerleri, ağrı kesici ya da antibiyotik hapının kullanılacak dozları ve bu haplara verdikleri yanıtlar açısından iki kadın arasındaki fark evet fazla olmayabilir. Ancak hormon tedavisi almayan iki kadının bile, aynı yaşta olsalar da hormonal döngüleri ve dengelerinin çok farklı olduğunu tıp dışı okuyucular bile eminim tahmin ediyordur! Âdet öncesi sendromu (PMS) yaşayan iki farklı kadının yakınmaları da, bunların ağırlığı da birbirinden çok farklıdır. Hatta aynı kadının her ay yaşadıkları da farklıdır. İki kadının sıcak basması ve gece terlemeleri bile, çok farklı şiddettedir.

Hormonal dengedeki bu değişkenlik, özellikle menopoz çevresi yıllarda (perimenopoz) yani 40-55 yaş aralığında aynı kadın için bile önceden kestirilemez. Özellikle bu dönemde yeni hormon dengesini oturtana dek hekim ve hasta muhakkak yakın irtibatta kalmalı. Birçok kadın, kullandığı hormonların kendi vücudu üzerindeki yansımalarını gözlemleyerek kısa zamanda öğrenir ve kendi hormon dengesini sağlayan doz ve kullanım konusunda doktora destek olabilir.

Tedaviye başlamadan önce hormonların kanda ve idrarda ölçümleri, size ait bir temel kavram edinmek ve stratejiyi bunun üzerine geliştirmek için yararlıdır, ancak *hormonların sizin vücudunuzdaki yansımaları bu rakamlardan daha bile değerli bilgi verir.*

Bütün bunları yürütebilmek için doktorunuzun sizi, *vücudunuzun diğer rahatsızlıkları ve yaşam biçiminizle bir bütün olarak* değerlendirebilecek biri olması, ayrıca doğal, biyoeşdeğer hormonların *farmakokinetiğini* bilmesi gerekir. *Farmakokinetik* de ne oluyor derseniz: Ben bu doğal hormonları ağızdan, vajinadan ya da ciltten verirsem vücuda nasıl geçer? Bunları hangi yöntemle ölçerim? Düzeyleri nasıl değerlendiririm? Bu düzeyler ile kadının yakınma ve bulgularındaki değişimlerin ilişkisini nasıl kurarım? Bu soruların her biri, biyoeşdeğer hormon replasmanı için bir zorunluluktur. Bu bahsettiğim noktalara gereken zaman ve emeği

ayıramayacak bir hekim, benim düşünceme göre hormonlara elini sürmemelidir.

Biyoeşdeğer hormonları *bireysel olarak* sizin dokularınızın, meme dokunuz başta olmak üzere nasıl işlediği (metabolize ettiği) hakkında en ayrıntılı bilgiyi veren bir idrar testi, özellikle meme kanserine daha gelişmeden müdahale edebilmek açısından bize çok değerli fikir verebiliyor (s.214).

Bu bahsedilenler, zaten sizin vücudunuzun bir parçası gibi işleme alınmayacak olan, onun doğal metabolizmasına girmeyecek olan, vücudunuzda ölçülmesi bile mümkün olmayan sentetik *hormonsular* için söz konusu olmadığından, bu *ilaçların* kullanımında vücudun doğal dengesi hakkında kafa yormaya da gerek kalmaz. Çünkü bu sentetik hormon ilacı zaten sistemi kendi sistemine çevirecektir. Bu nedenle, kimyasal hormonlar kullanan bir hekimseniz bunları bilmenize gerek kalmaz. Öğrenmeye de üşeniyorsanız *"Bunlar hikâye canım"* der geçersiniz.

Şunu açık ve net yazalım: Menopoz sonrası kadının durumunu *"şu hormonun veya bu hormonun eksiği"* olarak görmek sığ görüşlülüktür. Bana göre menopozda söz konusu olan şey bir "eksik hormon" durumu değil, bozuk hormon dengesi. Estrojen, progesteron, testosteron ve stres hormonlarının "dansında" ayakların sürçmesi. *Hormonlar bir bütün olarak değerlendirilmeli, çünkü öyle çalışıyorlar.*

Kadında testosteron eksiği diye bir şey var mıdır?

Erkekte testosteronu biz doktorlar bile sadece "yatmak kalkmaktan" ibaret zannediyoruz. Son yıllardaki araştırmalar ise, erkek sağlığında ve sağlıklı bir yaş almada sağlıklı testosteron düzeylerinin son derece önemli bir rolü olduğunu gösteriyor.

Gelelim kadında testosterona. Söz konusu olan libido ise, testosteron sadece erkekte değil kadında da önemli rol oynar. Menopoz çevresi yıllar (perimenopoz) ve menopoz sonrasında bazı kadınlarda testosteron desteğinin seksüel fonksiyonlar üzerinde yararlı olduğunu gösteren çok sayıda çalışma var (REF 104). Hafıza kaybı, sözel ifade yeteneği ve beyin fonksiyonları için de, kadında testosteron desteği yararlı oluyor (REF 105). Kadında testosteronun kemik erimesi ve mizaç açısından da etkili olduğu belirtilir.

Bütün bunlara karşın testosteronun, kadın için estrojen ve onun yol arkadaşı progesteron ölçüsünde yaşamsal olmadığını da belirtmek gerek. Bu nedenle, bir kadında libido eksiği, kemik erimesi ya da mizaç düşmesi gibi sorunlar temelinde testosteron kullanmaya başlamadan önce kadının estrojen yönünden yeterli durumda olduğuna emin olmak gerekir. Estrojen açısından desteklendiğinde birçok kadında "testosteron eksiği" görünümü de ortadan kalkıyor.

Bununla birlikte, ölçülen testosteron düzeyleri düşük olan ve açıkça libido eksiğinden yakınan bir kadın, *menopoz sonrası ya da öncesindeki yıllarda, testosteron desteğinden ciddi yarar görebiliyor*. Burada bir sorun, hormon tedavilerinin uzun zamandır hekimlerin dikkatinden ve eğitim programlarının odağından çok uzak olması nedeniyle bırakın kadını, erkekte bile testosteron ölçüm ve değerlendirmelerinin nasıl yapılması gerektiğini bilen hekim sayısının ne yazık ki az olmasıdır. Bunun üzerine, testosteronun kadında oynadığı rolün daha yeni yeni anlaşılmaya başlanmış olması, bu ölçümlerin kadında nasıl yapılması gerektiğine ilişkin kavramlar ve eğitimin henüz yerleşmediğini düşünürsek (REF.106) uygulamadaki güçlük anlaşılabilir. Laboratuvar "normal" aralıklarına bakarak yapılan birçok değerlendirme ve hatta sık kullanılan bazı ölçüm yöntemlerinin kendisi, testosteron konusunda ne yazık ki güvenilir değil. *Fonksiyonel Tıp Akademisi* eğitimlerimizin bu açığı hızla kapatacağını ümit ediyorum.

Kadında kuralına uygun yapılan bir testosteron uygulamasının güvenli olduğuna ilişkin bir dizi araştırma var (REF.107-108). Hatta, kadından erkeğe cinsiyet değişimi amacıyla çok yüksek doz testosteron verilen kadınlarda bile damarsal hastalıklar, meme kanseri ve diğer ciddi rahatsızlıklar açısından bir risk artışı izlenmemiştir (REF.109).

Kadına testosteron desteği verilecek olduğunda bu ancak ısmarlama (majistral) yaptırılacak kremlerle olabilir, çünkü ne yazık ki piyasada kadınlara yönelik ticari bir ürün bulunmuyor. Bu açık nedeniyle bazı eczacıların doktor talebiyle erkeklere yönelik enjeksiyon için hazırlanmış testosteron ürünlerini vazelin gibi sağlıksız maddelerle karıştırıp, içinde neyin ne kadar olduğunu, ciltten ne kadar emildiğini kendilerinin de bilmediği garip karışımlar şeklinde hazırladıklarına şahit oluyorum. Bu doğru değildir. Bu tür bilinçsiz kullanımlarda tüylenme artışı, akne gibi yan etkiler ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, bilinçli bir biçimde reçete edilip bilgiyle hazırlanacak majistral (eczanede hazırlama) bir ürünün kullanımında hiçbir sorun görmüyorum.

HORMON REPLASMANI: PRATİK BİLGİLER VE UYGULAMA

Depresyon: *"Sabah yataktan kalkmak için hiçbir neden bulamıyorum."*

Hafıza kaybı: *"Çocuklarımın doğum gününü hatırlamakta bile zorlanıyorum."*

Anksiyete: *"Her akşamüstü sanki kötü bir şey olacak duygusu gelip çöküyor."*

Beyin sisi: *"Kafamı bir türlü toplayıp odaklanamıyorum, kaybolup gidiyorum."*

Duygu durum değişkenliği: *"Durduk yere ağlamaya başlıyorum Ertesi gün her şey gözüme iyi görünüyor. Bazen yarın nasıl biri olacağımı ben de bilmiyorum."*

Uyku sorunları: *"Gece defalarca uyanıyor ve sonunda bir daha uyuyamıyorum."*

Sıcak basmaları: *"Sanki birden fırının kapağını açmış gibi oluyorum."*

Gece terlemeleri: *"Gece 2-3 kere sırılsıklam çamaşır pijama değiştiriyorum."*

Kendi imajına özensizlik: *"Nasıl göründüğüm artık umurumda değil."*

Vajinal kuruluk: *"Kupkuruyum. Kaydırıcılar da bir yere kadar."*

Cilt yaşlanması: *"Cildim iyice inceldi ve kurudu."*

Kilo verememe: *"Şu aldığım 5 kiloyu bir türlü veremiyorum."*

Ödem: *"Ayakkabılarıma sığmıyorum, yüzüklerimi takamıyorum."*

Göğüslerde gerginlik, hassasiyet: *"Eşimin bana sarılması bile canımı yakıyor."*

Sabırsız, aksi: *"Çevremdekiler dönem dönem çok ters ve toleranssız olduğumu söylüyor."*

Baş ağrıları: *"Bu yaştan sonra bu migren nereden çıktı anlamadım. Âdet öncesindeki on gün bana zehir oluyor."*

PMS: *"Âdet sonrası ikinci hafta hariç bütün ay ben ben değilim."*

Libido kaybı: *"Cinsellik aklıma gelmiyor bile artık. Doğrusu aramıyorum da."*

Bütün bu sıralanan yakınmalar ve daha fazlası, hormon dengeniz ya da dengesizliğinizin şifreleri hakkında doktorunuza değerli bilgiler verir. Bu tür yakınmaların bazısı estrojen yetersizliği, bazısı progesteron yetersizliği, bazısı ise estrojen karşısında progesteronun yetersizliği yani estrojen baskınlığına, bazıları ise testosteron eksiğine işaret eder. Bunları ayırt etmek ve değerlendirmek doktorunuzun işi. *Size düşen, bu yakınmaları dönemleri itibarı ile kaydetmek, eşlik eden hormon kullanımı ya da vücutta olup biten diğer hadiselerle birlikte doktorunuzu eksiksiz bilgilendirmek.*

Menopoz öncesi yıllar için konuşursak, önce doğal progesteronu farklı bir yere koyalım: Özellikle 40-55 yaş arası estrojen baskınlığı (s.133) başta olmak üzere düzensiz ve ağır âdetler, âdet öncesi sendromu, perimenopoz yıllarındaki uyku sorunları ve migrenler, endometriozis, polikistik over, fibrokistik meme gibi durumlar için doğal biyoeşdeğer progesteron kullanımı, menopoz sonrasında hastanın tercihine, seçimine bağlı olan bir "hormon replasmanı" uygulamasından farklı nitelikte. Ben bu durumlarda progesteronu, tıbbi durumun gerektirdiği bir tıbbi müdahale olarak niteliyorum. Sentetik ilaçlarla olan müdahaleden farkı, bunun ilaçlar gibi yan etkilere neden olmaktan ziyade meme kanseri riskini düşürmek, anksiyete ve uykuya yardımcı olmak gibi yan faydalar ortaya çıkaran bir uygulama olması. Birbirinden farklı bu rahatsızlıkların her birinde, diğer destekler ve gereğinde ilaçlarla birlikte doğal progesteronun ne yolla ve ne dozda, nasıl bir zamanlama ile kullanılacağı, tamamen doktorunuzun biyoeşdeğer hormon kullanımı konusundaki eğitimine kalmış bir konu. Biz bu bölümün kalanında daha çok menopoz sonrası hormon replasmanına yönelik konuşacak olsak da, bölüm içinde menopoz öncesi dönemdeki okuyucuların da yalnızca gelecek yıllar için değil, şimdiki dönem adına da öğrenecekleri önemli bilgiler olacaktır.

Önce ana kural: Eğer hormon kullanacaksanız, gerçek insan hormonu olmalı. Bu hormon ciltten krem veya jel şeklinde sürülmeli ya da vajinaya krem, fitil olarak uygulanmalı. Progesteronun uyku desteği ve anksiyete giderici olarak ağızdan kullanımı hariç, kadın ve erkek hormonlarının hiçbir türü kesinlikle ağızdan hap şeklinde alınmamalı. Bunlar ana kurallar.

Gene bir temel kural: Bir *doktorun* önerisi, gözetimi ve takibi altında olmadan, kendi başınıza hormon kullanmayı aklınızın ucundan bile geçirmeyin. Rüyanızda görseniz hayra yormayın.

Hormon replasmanından daha iyi sonuç almak için, replasmana başlamadan önce ya da onunla birlikte:

- Yiyecek seçimlerindeki en azından büyük hatalar olsun düzeltilmeli.
- Kan şekeri oynaklıkları giderilmeli, yani kana hızlı karışan unlu-şekerli yeme alışkanlıkları bir parça olsun düzelmeli.
- Tiroid sorunları gözden geçirilmeli.
- Kabızlık varsa ortadan kaldırılmalı.
- Kanda homosistein düzeyi 6-8 mmol/L arasında ve vit B12 düzeyi en az 550 pg/ml olacak biçimde desteklenmeli.

Hormon desteğine başlanmadan önce, tercihen son 6 ay içinde bir standart jinekolojik kontrol muayenesi yapılmış olmalı. Burada esas amaç, tedaviye başlanmadan *önce* rahimde kanser, polip, myom gibi bir sorun olup olmadığını ortaya koymak. Aynı nedenle mamogram, vajinal smir (smear) gibi tetkikler de tamamlanmalı. Kemik yoğunluğu için alınacak bir DEXA görüntülemesi, 1-1,5 yıl sonra tekrarlanarak hormon replasmanı sayesinde nereden nereye geldiğimizi görüp moralimizi düzeltmesi açısından işe yarayabilir.

Hormon kullanımına başladıktan kısa bir süre sonra da, kadının *bireysel olarak* verilen hormonları ciltten ne oranda emebildiği ve *özellikle ne yönde metabolize ettiği de* yapılacak testlerle ortaya konmalı. Günümüz bilimi standartlarında bir hormon replasmanı ancak böyle yapılabilir. Hormon replasmanı *"Demek 53 yaşındasınız, demek sıcak basmalarınız var. O zaman şu hapı günde bir kez kullanın. Hayır hayır, kullanım esnasında hormon ölçümü yapmayacağız çünkü bu hap zaten tetkiklerde görünmez"* basitliğinde yapılamaz.

Hormon tedavisinde kişiye özgü tedavi ve ayarlama isteniyorsa, sadece kan tetkikleri yaptırmak da günümüzün tıbbi bilgi standartlarının bana göre altında. Kanda estrojen ölçüleceği zaman *daima* SHBG (Sex Hormon Bağlayıcı Globulin) ile birlikte bakılmalı. Estrojen desteğine başlanmadan alınacak bir temel SHBG düzeyi, estrojen tedavisinin takibinde doz ayarlaması bakımından olsun, ölçülen estrojen değerlerini yorumlamak açısından olsun değer taşır.

Bana göre, yalnızca kan değerlerine bakarak yapılacak olan bir hormon replasmanı, yıllar sürecek önemli bir karar olan hormon kullanımı kararı ile bağdaşmı-

yor. Ben, ancak yurtdışında yaptırabilsek de kişiye özgü çok ayrıntılı bilgi veren bazı ileri hormon tetkiklerini tedavinin etkinliği ve özellikle güvenliği açısından gerekli görüyorum. Benim tercih ettiğim testte, kadın günün 4 ayrı saatinde yaptığı idrara ayrı birer bir kurutma kâğıdını batırdıktan sonra çıkarıp kurutuyor. Bu kurutulmuş kâğıtları bir zarf içinde Amerika'da bu konuda öncülük yapan bir laboratuvara gönderiyoruz *(Dutchtest Complete)*. Bu test, *tüm dünyada hormon konusunda çalışan özel laboratuvarlar içinde var olan belki de en karmaşık ama en ayrıntılı bilgi veren hormonal test olduğu için*, bizim *Fonksiyonel Tıp Akademisi* olarak tercih ettiğimiz test profili. İdrarı tercih ediyoruz çünkü, kadının *meme dokusu dahil olmak üzere* tüm vücudunda hormonal açıdan olup bitenler bir şekilde eninde sonunda idrara yansımak zorunda.

Menopozal hormon tedavisi planladığımız bir kadında henüz hormona başlamadan direkt olarak bu testi yapmıyoruz. Çünkü *tedaviye başlama kararını vermek için* bu teste ihtiyacımız yok. Bunun için en başta klinik görünüm ve hikâye olmak üzere kanda ölçülen estradiol, SHBG, total testosteron, FSH gibi veriler yeterli oluyor. Biz bu verilere dayanarak *bu kadın bireyinde* hormon dengesini yaklaşık bir dengeye oturtmak için en uygun görünen hormon uygulamasına başlıyoruz. Gene, en başta klinik görünüm yani yakınma ve belirtileri gözleyerek birkaç hafta ile 2 ay arasında değişen bir süre içinde bu dengeyi yakalıyoruz. Kadının hormonal dengesindeki oynaklık ne kadar belirginse, dengeyi yakalamak o kadar uzun sürecektir. Bu da, menopozun hemen öncesindeki ya da hemen sonrasındaki fırtınalı dönem için, en uyumlu dengeyi bulmak daha fazla deneme ve zaman gerektirecek anlamı taşıyor.

Bu sırada, diyelim 0,5 mg'lık bir estradiol (E2) içeren bir krem ya da jele başladık ve kadına bunu sabah ve akşam sürmesini söyledik. Bu bölümün başında, hormonal dengesizlikler durumunda bir kadının ifade edebileceği yakınmalara örnekler vermiştik. Sıraladığımız bu yakınmaları kadının yaşı, daha önce kullanmış olduğu hormonlar, geçmiş âdet ve doğum hikâyesi, son yıllarda ve aylardaki âdet döngülerine ilişkin hikâyesi, birlikte bulunan hastalıklar, sindirim ve dışkılama alışkanlıkları, psikososyal yakınmalar gibi değişkenlerin etkisini de gözeterek değerlendiriyor ve kullanılan hormona *onun vücudunun* vereceği tepkilere göre bu kullanımda bazı ufak değişiklikler yapıyoruz. Böylece hormon dengesini yerleştirmeye çalışıyoruz.

Artık *sağlığı törpüleyecek* değil, *sağlığı destekleyecek* durumda olduğunu düşündüğümüz bu yeni hormon dengesine ulaşınca da *"Tamam artık uzun süre böyle gidebilirsin"* demeden önce, bu yeni duruma vücudun *bireye özgü* uyumunu "mikroskop altına" almak üzere *Dutchtest Complete* testini yaptırıyoruz. Böylece, *o kadının* hormonu cildinden ne oranda emebildiğini, estrojeni iyi yönde mi yoksa sorun çıkaracak yönde mi işlediği (s.212), bu estrojenleri temizleyip temizleyemediği, bu açılardan kanser önleyici olarak geleceğe yönelik bir destek kullanmanın gerekip gerekmediği, stres sisteminin kortizol salgılanımı yani gündüz/gece ritmi (s.205) ve vücut işleyişine ilişkin daha birçok konuda ayrıntılı bilgi edinmiş oluyoruz. Gelen sonuçlara göre de hormon kullanımında ve destek önerilerinde "ince ayara" gidiyoruz. Artık kadın uzun süre, muhtemelen yıllar boyunca bu ayarda gidebilir ve *Dutchtest*'i tekrarlamaya ancak çok nadiren ihtiyacımız olur.

Buna hormon testini sadece menopozal hormon replasmanında ince ayar yapmak için değil, kronik hastalıklara henüz "yakalanmamış" yani bir tanı "ismi" almamış, ama bu yanlış yola girmiş olan bireylerde ya da yalnızca yaşlanma hızını değerlendirmek ve doğal yöntemlerle modifiye etmek isteyen kişilerde erken dönemde ve gerçek sağlık yönünde bir geri dönüşü sağlamak amacı ile organizmanın "hormon çorbasının" şifrelerini çözmek amacıyla da kullanmaktayız. Aynı test, stres sistemi hormonları (kortizol ve diğer pek çok hormon) hakkında, kişide B12 ve B6 vitaminlerinin fonksiyonel yeterliliği, beyin dokusunun serbest radikal hasarı, glutatyon durumu hakkında da son derece ayrıntılı bilgiler verdiği için depresyon, anksiyete, Alzheimer riski ve kansere direnç konularında önlemler almamıza yardımcı olabiliyor.

Bu test sonuçlarına (s.214) ilk kez bakan bir doktor arkadaş *"Ne kadar acayip isimli bir sürü hormon tetkikleri? Ne yapıyorsunuz bütün bunlarla?"* diyebiliyor. *"Biz 2. sınıf biyokimya derslerinden kendimizi zor kurtarmışız, burada daha beteri karşımıza çıktı"* diyen de çıkıyor, *"Bunlar üst uzmanlık araştırmaları"* diyen de, *"Bunlar boş işler, bilimsel değil, bunlara ihtiyaç yok, bu testler para tuzağı"* diyen de. Şu kadarını söyleyelim: O "acayip isimli" hormon metabolitlerinin hepsi, tek tek, bizlerin sağlığı ve tüm hastalıklarımızda ciddi rol sahibi. Hepsinin tek tek, şu anda annelerimiz, babalarımız, eşimiz, kızımız ve kendimizin kronik hastalıklarında önemli *klinik anlamı* olduğuna şüpheniz olmasın. Özellikle çağımızda, yani stres ve toksinlerin hormonal sistemin tüm dengesini bozduğu bugünlerde.

"Ben yıllardır doktorluk yapıyorum, binlerce hasta gördüm. Bu tür testlere ihtiyaç duymuyorum. Benim büyük tecrübem var, bu tecrübemle bunları ayarlıyorum. Bunlara acemi doktorların ihtiyacı var" diyen bir doktorunuz varsa, *bu testleri değerlendirmeyi bilmediğinden hiç ama hiç şüpheniz olmasın.*

Uygulamaya gelirsek, menopozal hormon terapisi için bu kitap dahilinde üzerinde durduğumuz üç tane hormon var: *Estrojen, progesteron ve testosteron.* Demek ki bize gerekenler bu üç hormondan biri ya da birkaçı. Tabii ki bunlar dışında vücutta çok önemli görev üstlenen çok sayıda hormon bulunuyor. Özellikle HPA Ekseni yani Stres Sistemi ile ilgili olan kortizol ve DHEA hormonlarının dengesi, cinsiyet hormonları ve kronik hastalıklar ile çok yakın ilişki içinde. Stres Sistemi hormonları, Fonksiyonel Tıp içinde temel önem taşıyor. Biz bu kitap dahilinde bu önemli konuya sadece *"Dr. Mine Hanım meme kanseri olmayabilir miydi?"* bölümünde çok kısaca değinebiliyoruz. Hekim okurlarımız daha ayrıntılı teknik bilgiyi www.fonksiyoneltipakademisi.com linkinden sipariş verebilecekleri doktorlara özel yazılmış *Fonksiyonel Tıp* kitabımızı okuyarak edinebilirler.

DHEA (*dehidroepiandrosteron*) "desteği" hakkında ise –teknik bilgiye hiç girmeden– kısa bir uyarıda bulunmayı görev biliyorum: Özellikle "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp" camiasında DHEA kullanımının fazlasıyla sık olduğunu gözlemliyorum. Bana göre, kortizol/DHEA ilişkisi hakkında bir hastada tükürük ya da idrar testiyle gündüz/gece döngüsel örgüsü net olarak ortaya konmadan, sadece kanda DHEA düşük çıktı diye DHEA vermek hastaya zarar verme potansiyeli taşır.

İnanıyorum ki, biyoeşdeğer hormon replasmanı doğru hastada doğru biçimde uygulandığında birey ve toplum sağlığına vereceği potansiyel fayda konusundaki bilinç önümüzdeki dönemde hızla yükselecek. Bunu, *Fonksiyonel Tıp Akademisi* olarak düzenlediğimiz eğitimlere katılan doktor arkadaşların tepkilerinden okumak mümkün. Bu bilinç yükseldikçe ve talep oluştukça –bu eminim ki kısa zaman içinde gerçekleşecek– hormon replasmanında kullanılacak olan biyoeşdeğer hormon ürünleri daha kolay elde edilebilecek. Bugün ise bu, kadınların ancak yurtdışında tanıdık bazlı bireysel çaba ile aşabildiği bazı güçlükler içeriyor.

Biyoeşdeğer estrojen ve progesteronu nereden elde edebiliriz? Önce estrojenden başlayalım. WHI çalışmasında hormonsuların riskleri anlaşılınca son 15

yılda biyoeşdeğer hormonlara yönelim arttı. İlaç firmaları, bu farklı ve bilinçli pazarı elden kaçırmamak için biyoeşdeğer estrojen içeren ürünler çıkarmaya başladılar. Ülkemizde bulunabileni "patch" şeklinde. Cildinize sıkıca yapışan birkaç santimetre boyunda bir hormonlu plaster düşünün. Adına "patch" diyorlar. Bu plaster içine belli bir miktar estrojen emdiriyorlar. Plaster sürekli vücudunuza yapışık kalıyor, yani ciltten yavaş yavaş estrojen veriyor. Haftada bir, *patch* adı verilen bu plasteri çıkarıp yenisini yapıştırıyorsunuz. Ülkemizde *Climara* markasıyla satılıyor.

Kötü bir sistem mi? Hayır. Çünkü gerçek estrojen içeriyor ve ciltten veriliyor. Sorun şu ki, doz ayarlamasını kişiye göre yapmak zor. Krem uygulamasındaki *"O zaman geceleri bir doz daha sürün/Sabah dozunu akşama alın bir böyle bakalım vücudun yanıtına/Gece daha büyük bir doz sürün/Bu dönemde günde iki kez kullanalım, sonra günde bire ineriz"* benzeri esnek uygulamaları haftalık yapıştırılan ve sabit bir doz veren patch ile uygulamak pratikte olanaksız. Bir başka sorun, sürekli cilde yapışık olan plasterin bazı kadınlarda ortaya çıkardığı tahriş, alerji ve duş alırken plasteri korumanın güçlüğü.

Bir başka ilaç firmasının cilde sürmek için jel şeklinde ürettiği, *Estreva* adını taşıyan bir estrojen (Estradiol) ürünü var. Kullanım ve doz ayarlaması patch kullanımına göre daha pratik görünüyor. Yurtdışında birçok ülkede rahatça bulunabilen ve pahalı olmayan bu ürün, bir süre öncesine kadar ülkemizde eczanelerde de bulunabiliyordu ancak artık bu mümkün olmuyor. Bu nedenle hastalarımız yazılan reçetelerini Avrupa'dan getirtmek durumunda kalıyorlar. Bu ilaçların yıllık maliyetleri de yüksek değil. Fransa'da ve Almanya'da *Estreva*, İspanya'da ise *Oestraclin* adında bir biyoeşdeğer estradiol ürünü mevcut. Menopozal hormon tedavisi konusunda Fonksiyonel Tıp Akademisi sayesinde artacak bilinçle birlikte bu ürün ya da muadillerinin firmalar tarafından ülkemizde de kısa zamanda tekrar piyasaya sürüleceği konusunda kuşkumuz yok.

Bunlar dışında, Amerika ve Avrupa'da oldukça yaygın olan *majistral* (eczanede ısmarlama hazırlanan) hormon kremleri mevcut. Amerika, Almanya, Avusturya ve Fransa'da majistral hormon hazırlamada oldukça ciddi tecrübesi olan eczaneler var. Bu yöntemin avantajı, ısmarlama yapıldığı için tam olarak arzu edilen doz ve özellikte hormon karışımlarının elde edilebilmesi. Ancak bu kaynaklara yönelmeden önce, söz konusu eczaneyi bilgi, tecrübe ve güvenilirlik açılarından araştırmanızın önemini belirtmeme sanırım gerek yoktur. Eğer

tamamen aynı ürünü bir ilaç fabrikası üretimi olarak elde edebiliyorsanız, daha sıkı kontrollerden geçmiş bir ürün olacağı için majistral ürünlere karşı bunu tercih edebilirsiniz.

Bunun yanında, örneğin kadınlar için uygun olacak dozda testosteron içeren bir krem üreten ilaç fabrikası mevcut değil. Her ne kadar estrojen ve progesteron kadar sıklıkla ortaya çıkmasa da, öyle bir ihtiyaç olduğunda güvenilir bir majistral eczane (compounding pharmacy) bulmanız gerekiyor.

Progesteron konusunda daha şanslıyız. Bunun da nedeni, infertilite ve düşük tehdidi durumlarında jinekolog arkadaşların çok sık olarak *gerçek progesteron* kullanmak zorunda kalmaları. Şükür ki, rahimde bebek varken ya da amaç hamilelik iken *Frankenstein* progestinleri gerçek progesteron yerine kullanma şansları olmadığından, burada olsun gerçek biyoeşdeğer progesteron kullanılıyor. Bu sayede de bizler doğal progesteronu kolayca bulabiliyoruz. Ülkemizde *Progestan* adı altında kapsüller şeklinde piyasada. Bu kapsülleri firma ağızdan hap şeklinde alınması için üretmiş, ancak doktorunuzun progesteronu ne amaçla uygun gördüğüne bağlı olarak ağızdan ya da vajinaya uygulanabiliyor. Progestan, ne yazık ki bazı kişiler için alerjik bir gıda olan, bizim de Fonksiyonel Tıp'ta pek sevmediğimiz ve insan vücudu için uygun olmadığını düşündüğümüz bir yiyecek olan yerfıstığının yağını içeriyor. Buna rağmen, estrojen baskınlığından kendisi ve vücudu kıvranan bir kadında bu tatsız ayrıntıyı görmezden gelmek zorunda kalıyoruz. Umarız yakında daha sağlıklı yağlar içinde çözünmüş progesteron ürünleri hizmete girer. Tüketici bilincinin –ve doktor bilincinin– artması ile o günler de uzak değil diye düşünüyorum.

Progesteron, yurtdışındaki Fonksiyonel Tıp çevrelerinde en sık olarak ciltten krem şeklinde verilir. Bu krem Amerika ve Avrupa'da reçetesiz de temin edilebiliyor. Sonuçlardan hastalar ve doktorlar gayet memnun görünüyor. Buna rağmen ciltten uygulandığında *bilimsel anlamda* vücuttaki etki yolları, kan ve idrarda takip yöntemine ilişkin çözülmemiş soruların varlığı nedeniyle, benim ilk tercihim olan bir uygulama değil. Ben, kadın uyum gösterdiği müddetçe progesteron kapsülü vajinal yolla uygulamayı daha güvenli buluyorum. Ancak uykusuzluk, anksiyete ve migrene yönelik uygulamasında belli bir süre ağızdan vermeyi ya da vajinal kullanım ile birlikte kombine etmeyi tercih ediyorum.

Ciltten uygulanacak hormon ürünleri jel ya da krem şeklinde üretilmiş olabilir. Krem şeklinde ise en az 15-20 kere ovalayarak sürmenizi öneririm. Bunun sonucunda cilt biraz kızarabilir ki, genişleyen kılcal damarlar emilimi artıracaktır. Aynı biçimde, duştan çıkıp henüz yeni kurulandığınız anlara denk getirebilirseniz, sıcak deriden emilim gene daha iyi olacaktır. Her durumda, emilim de etki de, bireye has değişikliklere açıktır ve gerek belirtiler gerek laboratuvar olarak takip edilmesi uygun olur. Bu tür *"ince ayarların"* yapılabiliyor olması, biyoeşdeğer kullanımın sayısız avantajından sadece biridir.

Jel şeklinde olanlarını uygulama alanına olabildiğince geniş bir alana yani incecik bir tabaka halinde sürmek ve kurumasını beklemek yeterlidir. Ovalamak gerektirmez. Krem şeklinde olanları ise gene geniş bir alana sürmek ama 2 dakika kadar ovalayarak yedirmek gerekir. Cilde sürülen hormon, deri altındaki yağ tabakası tarafından emilir ve buradan yavaş yavaş kana geçerek kalbe ulaşır, oradan da tüm vücuda dağılır. Sürülen alanı her seferinde değiştirerek, döndürerek uygulamak akıllıca olacaktır. Böylelikle belli bir bölgedeki yağ tabakasının hormon ile aşırı doyması ve artık sürülen hormonu kabul etmemesi engellenmiş olur. Uygulayacağınız alana önceden herhangi bir başka krem, losyon, nemlendirici sürmeyin. Bu tür kozmetik ürünleri –eğer illa kullanacaksanız– (s.82) hormon kreminden en az 30 dakika sonra sürün.

Bu ürünlerden jel olanlar sürüldükten sonra 30 dakika, krem olanlardan sonra ise en az 1 saat boyunca eşiniz ya da çocuğunuzla bu bölgeler yoluyla uzun temaslardan kaçınmak doğru bir önlem olur.

Ön kol (dirsek altı) ve kolların *iç* yüzeyi, boyun, yanaklar, alın, diz arkası, ayak üst yüzeyi gibi cildin ince olduğu bölgeler ciltten uygulamalar adına emilim için avantajlıdır. Bacakların iç yüzeyi de bu bölgeler kadar olmasa da bu amaçla kullanılabilir. Göğüslerin üzerine estrojen krem ile direkt uygulama yapmanızı önermiyoruz çünkü daha önce belirttiğimiz gibi özellikle menopoz sonrası dönemine ait meme dokusunun her kadında kendine has apayrı ve bağımsız bir hormon metabolizması vardır. Meme, dışarıdan aldığı hormonu kana vermeyip kendi dilediği gibi kullanabilir. Halbuki bizim amacımız memeyi değil, beyni, kemikleri, kalp ve damarları desteklemek.

Vajinal kuruluk cinsel yaşamımı bitirdi. Kullandığım kremler de yeterince fayda etmedi. İdrar kaçırması diye bir şey yok ama idrar tutmakta eskisine göre biraz daha zorlanıyorum. Bu amaçla hormon kullanmak konusunda ne dersiniz?

Daha önce bahsettiğimiz gibi, 3 çeşit estrojen var. Bunlar estron (E1), estradiol (E2) ve estriol (E3). Genel amaçlarla yani sıcak basması, kemik erimesi, hafıza kaybı, damar sertliği ve diğer yararlı etkileri için cilde sürerek kullandığımız estrojen ise, *Estradiol* ya da Avrupa'da bulabileceğiniz ticari ismi ile *Estreva*. Vajinal kuruluk ve idrar kaçaklarının ortaya çıkmasını önlemek amacıyla kullanmamız gereken krem ise, E3 yani estriol içermelidir.

Vajina içine ve çevresine, üretra yani idrar yolu ağzını da içine alacak şekilde haftada iki kez olmak üzere bir hormonlu krem uygulaması, *Avrupa ve Amerika'da on binlerce kadının on yıllardır yaptığı bir uygulama.* Burada kullanılan kremin içindeki estrojen "hamilelik estrojeni" diye de bilinen *Estriol* yani *"E3"*tür. Ülkemizde de bu ucuz kremi *Estriol* ismiyle piyasada bulabilirsiniz. Vajina ve idrar yollarında kullanmak için doğru estrojen budur. Biyolojik özellikleri sayesinde adeta bu amaç için ısmarlama yaratılmış gibidir (REF.71). Adı "zayıf estrojene" çıkmış olan estriol, vücut için zayıftır, evet. Sizi kemik erimesinden bile korumaz. Ancak vajina için "ısmarlama yaratılmış" olan bu estrojen türü, vajinal kuruluğun hakkından kolayca gelme konusunda özel olarak güçlüdür. Estriol'ün yerel kullanımda son derece güvenli olduğuna ilişkin de çok fazla sayıda araştırma var (REF.72).

Eğer vajina duvarında zayıflık ve incelme zaten ortaya çıkmış ise, ilk 2 hafta boyunca her gün, daha sonraki haftalarda ise haftada 2 kez uygulamak idrar yolu ağzı ve vajina sağlığını geri getirmek ve korumak için yeterli olacak, hiçbir nemlendirici kullanmanıza da gerek kalmayacaktır.

Bu noktada, "*Peki, bir kadın vücuttaki genel etkileri için zaten estradiol (E2, Estreva) krem ile ciltten standart estrojen replasmanı yapıyorsa, vajinal kuruluk ve zayıflama için de ayrıca haricen estriol (E3) krem kullanması gerekir mi?*" diye bir soru akla gelebilir. Bana göre bu sorunun doğru yanıtı şudur: Bir kadının vajinal kuruluk ve zayıflamayı geri çevirmek için yeterli estrojen miktarını vajina bölgesinde elde etmek için koluna ya da bacağına sürmesi, gereken *estradiol* miktarını artırması doğru olmaz. Yani boyuna, yüze, kol içine her gün yüksek doz *estradiol* sürüp vajene sağlık kazandırmaya çalışmak yerine, haftada 2-3 kez vajene *estriol* sürmek ve vücut için kullanılan *estradiol* krem dozunu gerekenden yukarı çıkarmamak daha akıllıcadır. Vajene haftada 2-3 kez sürülecek *estriol* bu amaç için yeterli olur, çünkü yalnızca bu bölgeye has olmak üzere *estriol*, *estradiolden* daha güçlü etkiye sahiptir.

Özetle, estriolün krem olarak vajene yerel kullanımı hem son derece etkilidir hem de bu konuda "sabıka kaydı" tamamen temizdir.

Hayıt meyvesi ya da black cohosh (yılan otu) ile doğal hormon tedavisi hakkında ne düşünürsünüz?

Önce, bu bitkilerle yapılan tedavi –tabii ki– doğaldır, ancak bunlar hormon değildir. Yani bu bir "hormon tedavisi" değildir. Bununla birlikte, bu bitkilerin standardize ekstraktları (s.278) bazı hormonal dengesizliklerde yararlı olabilir.

Tartışmalı olmakla birlikte, black cohosh (*Cimicifuga racemosa*) kök özütlerinin sıcak basmalarında yararlı olduğu yaygın bir bilgi. Benim fikrimi sorarsanız fazlasıyla hafifsıklet bir tedavi olarak görüyorum.

Hayıt (*Vitex agnus castus*) bitkisinin ağustos ayında olgun olarak toplanan meyvelerinden elde edilen özütün de, vücutta progesteron salgısını desteklediğine ilişkin çalışmalar var. Bundan hareketle polikistik over, PMS gibi durumlarda faydalı olabildiğini anlayabiliriz. Hayıtın standardize ekstraktlarını içeren kapsüller, ılımlı olgularda doğru ve sabırlı kullanımda yarar sağlayacak ürünlerdir. Buna karşın, 43 yaşında düzensiz ve ağır âdet kanamaları olan, belirgin estrojen baskınlığında olan ya da açıkça polikistik over hormonal dengesizliği taşıyan bir kadında hayıt ile yeterli progesteron elde edileceğini ummak bana göre iyimserlik. Ben bu durumlarda vücuda ihtiyacı olan progesteronu direkt olarak ve uygun biçimde sağlamaktan yanayım.

Hormon replasmanı ile cildim genç kalır mı?

Hormon replasmanının sağlıklı bir yaş almada öneminin altını çizdiğimiz bu kitapta birincil önceliğimiz "genç kalmak" ve "genç görünmek" değil. *Bununla birlikte, cilt yaşlanmasını geciktirmek adına estrojen hormonundan daha güçlü bir silah bulmak da hiç kolay değil.*

Kadınlar, cildin yapısına geçip geçmediği ve herhangi bir hissedilir fayda sağladığı bile şüpheli bir dizi kolajen ve hyalüronik asit kremine bir yandan servet öderken, bir yandan da bu kremlerle birlikte saymakla bitmez petrol ürünü toksinleri de ciltlerine ve vücutlarına alıyorlar.

İnsanın en büyük organı olan derinin her katmanı yoğun estrojen reseptörleri (alıcıları) taşır. Menopoz sonrasında cilt kolajen yapısını hızla kaybeder. Hyaluronik asit gibi glikozaminoglikanlar azalır. Sonuçta cildin esnekliği, nemi ve gerginliği kaybolur ve kırışmalar ortaya çıkar. Cilt incelir ve zayıflar. Yara iyileşmesi gecikir.

Estrojen desteği ciltte kolajen ve hyaluronik asit yapımını ciddi biçimde artırır. Kolajen yıkımına engel olur. Hyaluronik asit yapımını artırır. Böylece ciltte kırışıklıklar ve kuruluk yerine esneklik ve nem artışı sağlanır. Derinin bariyer fonksiyonu sağlamlaşır. Her ne kadar bizim hormon tedavisindeki birincil önceliğimiz *Alzheimer*, kalp-damar hastalıkları gibi ölümcül rahatsızlıkları engellemek ya da geciktirmek olmakla birlikte, estrojen replasmanının cilt yaşlanması üzerinde de tartışmasız olarak olumlu bir etkisi var ve bir dizi araştırma da bunu ortaya koymuş (REF.123-124-125).

PARDON! MÜSAADE EDİN BEN KANSERDEN KORKAYIM!

Odaklanmamız, güçlerimizi seferber etmemiz gereken şey kansere "erken tanı" koymak, olabildiğince çok sayıda kanser tanısı koymak olmamalı. Aksine, olabildiğince az kanser tanısı koymak, kanser tanısı koymamızı "engellemek" olmalı. Kanserin tek gerçek şifası, önlemek!

Aslında bu birçok hastalık için böyle, ama özellikle kanser için temel alınması gereken, hedefe yerleştirmek gereken kavram *"tanı koymak"* değil, *"önleyici tıp"* olmalı. Ben kendimi bildim bileli duyduğum bir slogan var: *"Kanserden korkma, geç kalmaktan kork!"* Yok kardeşim, müsaade edin de ben kanserden korkayım! Bana "erken teşhis" falan koymayın!

Kanserde "erken tanı" da gayet tabii önemli. Vücudumda kanser gelişiyorsa tabii ki bunun tanısının geç değil erken olarak konmasını isterim. Buna şüphe yok. (Bu başlıktan hareketle, bu kitapta en başta prostat kanseri ve sonra da meme kanseri konusunda dünyada süregiden *"aşırı erken"* tanı, yani *fazladan tanı* ve sonuçta *fazladan tedavi* konusunu, çok önemli bir konu olmasına rağmen hassas bir konu olması nedeniyle hiç girmeden bahis dışında bırakıyorum.) (REF.73-73A-73B-73C-73D) Dönelim erken tanı ve tedaviye.

Amerikan Başkanı Nixon *"Kansere Karşı Ulusal Savaş"* ilan edeli neredeyse 50 yıl geçti. Geldiğimiz noktanın –başta hastalar olmak üzere– herkes farkında. Kansere karşı "en son" geliştirilmiş üstün nitelikli bir ilaç, yepyeni bir ameliyat tekniği, kansere son derece erken, milimetrik boyuttayken, hatta daha kanserleşmeden (!) tanı koyan görüntüleme cihazları sayesinde kanser tedavisinde kazandığımız büyük başarıları Allah'ın günü duydukça, şu çok bilinen boksör fıkrası elimde olmadan aklıma gelir: Boksörümüz her raunt rakibinden dayak yemekte, her molada

suratı biraz daha kızarık ve şiş olarak köşesine oturmaktadır. Antrenörü ise her molada *"Çok iyi gidiyorsun aslanım. Adamı fena patakladın, yedin bitirdin. Az daha üstüne git devrildi devrilecek"* demektedir. Sonunda bizimki dayanamaz: *"Hocam anladım adamı fena dövdüm. İyi de beni kim dövüyor?"*

Günümüzde artık şu meşhur *"Kanserden korkma geç kalmaktan kork"* sloganını tekrar düşünmenin zamanı gelmedi mi? Bu sloganı her duyduğumda içimden *"Sen korkma arkadaşım. Müsaade et de ben korkayım"* cümlesi geçer.

Kansere karşı hedefi doğru mu koyduk? *Kanser hücrelerini öldürmeye yönelik "en son" ilacı bir kez daha geliştirmeye harcanan astronomik parasal kaynaklarımızı doğru hedefte mi kullanıyoruz?* Bu yolun sonunun –en azından maddi anlamda– çıkmaz sokak olduğunu görmek gerçekten bu kadar zor mu?

Dikkatimizin ve kaynaklarımızın en azından daha büyük bir kısmını önleyici tıbba yönlendirme zamanı gelip geçmedi mi? Kansere karşı savaşın gerçekte nasıl ve hangi yollarla açılması gerektiğini anlamamız için daha kaç 50 yıl geçmesi gerekecek? Kaç 50 yılı bırakın, dünyanın *–en azından finansal anlamda–* tek bir 50 yıl daha kansere karşı böyle savaşacak (!) kaynağı var mı? Bu dev kaynakların bir kısmını olsun toplumu yaşam modelleri, yiyecek seçimleri, çocuk beslenme alışkanlıkları, sürdürülebilir tarım ve gıda politikaları, çevresel kirlilik, zehir saçan ürünlerle kaplı günlük yaşamımız konusunda *öyle baştan savma değil, ısrarlı, sistematik, ödüllendirici* ve *sonuç alıcı tarzda* eğitmek ve bu şartları onlara sağlayacak ortamları yaratmak için kullansaydık bugün bu ucu kapkaranlık tünelde olur muyduk?

Riskli grupta gördüğümüz bir hastaya mamografi çekmeyelim mi: Çekelim. İyi güzel ama orada bir şey göreceksek bu zaten o "şeyin" hücresel boyutta orada en az 5 yıldır var ve yavaş yavaş gelişmekte olduğu anlamına gelmiyor mu? Kanser denen şey üç ayda beş ayda *sıfırdan* gelişmiyor. *Neden o en değerli 5 yılı ıskalayalım? O safha için geliştirilmiş bir ilaç piyasada olmadığı için mi?*

Kansere "önleyici tıp" yaklaşımının "erken tanı"ya indirgenmesi haklı olarak ağır eleştirilere konu oluyor. Açıkça yazmak isterim: *Kanseri önlemek ≠ Erken tanı!* Toplumun algılama ve bilinç odağının sürekli "erken tanı" kavramında tutulmak istenmesinin beni neden daha da rahatsız ettiğini açıklamadan önce, bu erken tanının da "hakkını vererek erken" olanlarına ne yapıyoruz sormak isterim: Diyelim mamografideki görünümden şüphelendik ve memeden biyopsi aldık. Patoloji sonucu da "atipik hiperplazi", yani Türkçesi *"Kanser diyemeyiz*

ama boş bırakmaya da gelmez" diye geldi. Önümüzde meme kanseri riski diğer kadınlardan daha yüksek bir hasta var. Bir şeylerin yanlış gitmekte olduğu patoloji raporu ile bile doğrulanmış olan bu kadını olsun nasıl yönlendiriyoruz? Bir davranış biçimimiz, *bekle ve gör* uygulamak.

"Bekle ve gör" ne demek? Şu demek: *"Ayşe Hanım siz şimdi gidin. Memenizi bu duruma getiren iç ve dış şartlar içinde yaşamaya lütfen devam edin. 3 ay sonra gene mamografiye gelin, sık sık mamografik kontroller yapalım. Durum daha da kötüleşirse bir biyopsi daha yapalım, sonuçta kanser tam gelişirse 'erken tanı' koyalım."*

İkinci bir olası davranış biçimi ise cerrahi ve yanlış kullanılan deyimle hormon, daha doğru deyişle *anti-hormon* tedavisi.

Peki, bir üçüncü yol yok mudur? *"Sık kontrollere gelelim kanseri erken yakalayalım"* derken bir yandan da bu gidişatı tersine çevirmek için biz neler yapabiliriz? Çaresiz bir seyirci miyiz, yoksa aslında büyük oranda güç bizde mi? Gelecek bölümde bunlardan bahsedeceğiz.

Ben de bir kanser hastası olsam gayet tabii ki tanıyı geç değil erken almış olmak isterim. Bir doktor olarak da hastama kanser tanısını erken safhada koymak isterim. Bunlar su götürmez. Fakat, bugün için onkoloji kliniklerinde yatan hastalara servis edebildiğimiz şey ev yapımı limonata olmadığına göre, en başından kanser riskimi azaltmaya odaklanmam çok daha doğru olmaz mı? *Toplumun dikkati, odağı ve bilincini yönlendiren kampanyalarda "erken tanı" mottosunun "yüzde biri" kadarlık yer alabiliyor mu anti-kanser yaşam kavramı?*

Diyeceksiniz sana riskini azaltma diyen mi var? Tüm kanserle savaş (!) kampanyalarında, kansere karşı "bilgilendirmelerde" (?) kanseri en baştan, daha klinik olarak gelişmeden önlemek, örneğin meme kanserini mamografide görünmeden önlemek veya geriletmeye yönelik bilgilendirmelere *en iyimser tahminle* %5 yer ayrılıyor. Erken tanıya/En ileri teknolojiye/4 boyutlu ultrasonlara/En son model mamografilere/En pahalı PET cihazlarına/En son ameliyat tekniklerine/En son çıkan kemoterapötik ilaçlara yönelik "bilgilendirmeler" (?) ise %95 yer kaplıyor. *Bu, "en hafif deyimle" rahatsız edici.*

Pembe kurdeleli meme kanseri "farkındalığı" kampanyalarının size de ulaşmış olduğuna şüphem yok. Bu kampanyayı ortaya atan ve Amerikan Kanser Enstitüsü ile birlikte 1985'te başlatarak kampanyanın sponsorluğunu üstlenen ve odağına da mamografi taramalarını koyan dev firma bir hayır kuruluşu falan değil: *Astra-Ze-*

neca. Dev bir ilaç firması. *"Meme kanserinde erken tanıyı, mamografi taramalarını topluma ne kadar yaygınlaştırırsak o kadar iyi. Ondan daha da erkeni daha iyi. Ne de olsa kanserden korkma geç kalmaktan kork."*

Kanserden korkmamıza gerek yok. Geç kalmaktan korkalım. Ne diyelim, böyle hayırsever firmalara tüm insanlığın ihtiyacı var. Bu arada küçük bir ayrıntı vereyim: *Astra-Zeneca,* meme kanseri hastalarında en sık kullanılan iki ilaç olan *tamoksifen* ve *anastrazol*'un üreticisi. Yüzünüz mü ekşidi? Bir de şunu dinleyin: *Astra-Zeneca,* hormonal sistemi bozucu etkisi bilinen ot ilacı (herbisit) *Atrazin* adındaki toksinin de üreticisi! Fena iş gibi görünmüyor. Tüm köşeler tutulmuş, ne dersiniz?

Benim sormak istediğim şey ise: Meme kanseri "farkındalığını" anladık – hem de fazlasıyla! *Hani toksin farkındalığı?* Meme kanserinin önlenebilir nedenlerinin öyle baştan savma dostlar alışverişte görsün kabilinden değil, her köşedeki *"Kanserden korkma mamografiye gel"* kampanyalarına eşdeğer güç ve yaygınlıkta bilincimize kazındığı kampanyalar hani?



Şekil.24 Bir meme kanseri "farkındalık" ilanı

Kozmetikleri, pestisidleri, evlerimizde bulunan 35 ayrı çeşit kimyasalı, arsenikli duvar kâğıtlarını, kurşunlu badana boyalarını, atrazin gibi zehirleri ve en basit beslenme prensiplerini gazetelerin "alternatif" sağlık köşelerinden ya da yalan yanlış internet sayfalarından bölük pörçük takip edebilen meraklılar etsin. Bataklıkla ilgilenmek bizim işimiz değil. Bütün bunlara erken tanı farkındalık (!) kampanyalarının arasında bir yerde *iş olsun diye* değinip geçmemiz de zaten bu yüzden. O meme toprağında hayati önemdeki 5-8 yılda tohumlar gelişip 2 mm'ye gelip mamografide görünsün, işte bizim işimiz o zaman başlasın!

Herkesi tarayalım ki daha da erken, daha da fazla kişide *"erken tanıya"* gidelim. Ne de olsa *"kanserden korkma"*. Erken teşhis hayat kurtarır.

"Kanserin önlenebilir nedenleri ve bunlara yönelik farkındalık" adına, bu erken tanı kampanyaları sonucunda halkın aklında kalan nedir? Koca bir sıfır! Ulaşabilmiş olan tek mesaj, aslında ulaştırmayı gerçekten istemiş olduğumuz tek mesaj: *"Herkes mamografisini yaptırsın ki erken teşhis konsun, bol bol teşhis konsun.*

Hormon replasmanı Alzheimer riskini azaltabilir mi?

Bu soruya önce soruyla karşılık vermek gerek: *Kadın menopoza gireli ne kadar zaman geçti?* Yaklaşık bir süre telaffuz edecek olursak: *"10 yılı geçti mi geçmedi mi?"* Alzheimer riskine ilişkin ve estrojen tedavisinin etkinliği konusunda en önemli faktör, menopoza gireli 10 yıl gibi uzun bir süre geçip geçmediği. Bu kritik *"fırsat penceresinin"* kapanıp kapanmadığı yani bu açıdan geç kalıp kalmadığınız.

Dilerseniz bu kilit önemdeki konuyu birazdan açıklamak üzere bir kenara bırakıp, estrojen beyin için ve Alzheimer'i engellemek adına gerçekten önemli mi, bilimsel çalışmaların teknik terimlerine bulaşmadan anlatalım. Tabii ki kitap sonunda bilimsel çalışmaların referanslarını verdiğimiz sayfalar hekim okuyucuların hizmetindedir.

Araştırmalarda estrojenin, beynin özellikle gelişmiş bilişsel merkezlerinin fonksiyonları üzerinde çok önemli etkileri tartışmasız biçimde gösterilmiştir (REF.110). Aynen progesteronun beyin hücreleri üzerindeki güçlü koruyucu etkisi gibi (REF.111-111A).

Farelerden maymunlara, tüm hayvanların yumurtalıklarını çıkarırsanız beynin hafıza merkezi olan hipokampus bölgesinde *Alzheimer'e tıpatıp benzeyen* değişiklikler ortaya çıkıyor. Estrojenin beyin için anlamı işte bu! Üstelik bu hayvanlara yumurtalıklarını çıkardıktan sonra zaman geçirmeden estrojen tedavisi verirseniz, beyindeki dejenerasyondan korunuyorlar ve bunama ortaya çıkmıyor! (REF.112-113-114)

Yumurtalıkları çıkarılarak erken menopoza giren kadınlarda yalnızca kalp-damar hastalıkları (REF.115) ve kemik erimesi (REF.116) derhal hızlanmakla kalmıyor, bunama ve nörolojik hastalıklardan ölümlerin arttığı da biliniyor (REF.117).

Beynimizdeki hafıza merkezi *hipokampus* adını taşır. *Alzheimer* hastalığında etkilenen beyin bölgesi de işte bu bölge. Menopoz sonrası hormon desteği almayan kadınlarda, hormon tedavisi görenlere göre radyolojik görüntülemede hipokampus bölgesinin daha hızlı küçüldüğü izlenmiş. Sizce bu ne anlam taşıyor? (REF.118)

Bir başka araştırmada, menopozdaki kadınlar içinde estrojen düzeyleri daha düşük olanların bilişsel beyin performansları daha düşük bulunmuş. Ayrıca herhangi bir tür hormon desteği alanlar, hormon almayanlara göre nöropsikiyatrik testlerde daha başarılı olmuşlar (REF.119).

Bunama riski taşıyan bir menopozlu kadın grubunun estrojen verilerek hem nöropsikiyatrik hem PET görüntülemesi eşliğinde ileriye dönük olarak 10 yıl boyunca izlendiği bir araştırmada çok önemli bulgular elde edilmiş. Menopoz sonrası bir kadında biyoeşdeğer doğal estrojen kullanıldığında beyin metabolizmasının patentli estrojenlere göre daha fazla arttığı, kelime hafızasının doğal estrojen kullananlarda daha belirgin iyileşme gösterdiğine tanık olunmuş. Aynı araştırmada, doğal estrojen almayı bırakan kadınlarda beynin bazı önemli bölgelerinde metabolik bozulma izlenmiş. Estrojen tedavisi birlikte progesteron alanlarda ise, beyin metabolizması açısından en iyi sonuçlar gözlenmiş (REF.120).

Menopoz sonrası kadınlarda *Alzheimer* riskinin hormon replasmanı ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmaları inceleyen bir makalede, incelenen 12 çalışmanın 10'unda hormon tedavisinin *Alzheimer* riskini ciddi bir oranda düşürdüğü ortaya çıkmış (REF.121). Bütün bunlar bize estrojen desteğinin menopoz sonrası kadınlar için önemi hakkında güçlü mesajlar veriyor.

Bütün bunlara ve buraya alamadığımız daha fazlasına rağmen, eğer doktorunuz Alzheimer riski ile estrojen hormonunun en ufak bir ilişkisi olduğundan bile haberdar ise, sıra dışı bir doktorunuz olduğunu bilin ve ona sıkı sıkı sarılın. Günümüzün *"Hormon mu? Sakın ha!"* dünyasında doktorlara böyle bilgiler kolay kolay ulaşmıyor.

Şimdi gelelim en önemli ve biraz da acıklı kısma: Estrojenin Alzheimer'i önleyici ve beyni koruyucu etkisine ilişkin yukarıda sıraladığımız araştırmaların neredeyse hepsinde, hayvan deneyleri dahil, çarpıcı bir ortak gözlem var: *Eğer estrojene menopozdan çok uzun süre geçtikten sonra başlamışsanız, beyne ne yazık ki hiçbir faydası olmuyor!* Çünkü estrojenin besleyici etkisinden mahrum kalınan bu süre zarfında beyindeki estrojen reseptörleri (yuvaları) tamamen ortadan kayboluyor! O saatten sonra estrojen verseniz de, ortada reseptör/alıcı/yuva kalmamış olduğundan, o estrojen artık görev yapamıyor. İnsanda olsun, farede olsun, maymunda olsun, yumurtalıklarını çıkardıktan sonra bu hayvanlarda Alzheimer gelişmesini engellemek istiyorsanız estrojeni çok gecikmeden vermeniz gerekiyor (REF.122). Yani burada menopoza girdiğiniz anda başlayan bir fırsat penceresi var ve geç kaldığınızda bu pencere ne yazık ki kapanıyor.

Şimdi, ortaya iki soru çıkıyor: Menopozdan sonra *"Hormon mu? Sakın ha!"* mahalle baskısı altında uzun yıllar estrojensiz geçirmişsek beyinde estrojen yuvası kalmıyor. Artık hormon versek de beyin için çok geç. Bunda anlaştık. Peki, vücudun diğer bölge ve organları için de aynı şey geçerli mi? Yani diğer organlar da yararlanamıyor mu? Bu birinci soru. İkinci soru ise, menopozdan sonra tam olarak ne kadar süre geçmişse "Artık beyin için geç" diyebiliriz?

Bu sorulardan özellikle ikincisine net ve kesin yanıt vermek bugünkü bilgilerle kolay değil. Ben araştırmalarıma göre kendi anladığımı söyleyeyim: Menopozdan sonra hormon desteği olmadan on yıldan fazla süre geçirmiş iseniz, estrojenin beyin üzerindeki etkilerinden yararlanamama olasılığınız büyük demektir. Eğer bu süre 5 yılın içinde ise, kaybınız yok diyebiliriz. Bunun yanında, beyin dışındaki dokularda estrojen reseptörleri aynı hızla kaybolmuyor gibi görünüyor. Bu da, bu süreyi geçirmiş bile olsanız, diğer organ ve dokularda estrojen iş görecek anlamı taşıyor. Yani kemik, kalp-damar sistemi ve diğer organlardaki yararlar için bu kadar kötümser olmamız için bir neden yok. Her durumda, *Alzheimer* konusundan bağımsız olarak, tutup da 80 yaşında hormon replasmanına başlamak bugün zaten kolayca önerilecek bir şey değil. İleri yaşlarda hormon tedavisine başlamadan önce altta yatan başka hastalıklar yönünden ince eleyip sık dokumak doğru olur.

Özetle, hormon replasmanı için genellikle "on yıl" olduğu söylenen bir "fırsat penceresi" var. Bu pencere kapanmadan, hele ilk 5 yıl içinde başlandığında alınacak sonuçlar çok çok daha y z güldürücü olacaktır. Değersiz ve geçersiz bir WHI çalışmasının aşırı medyatik etkisinin ortaya çıkardığı mahalle baskısının doğal estrojen kullanımından mahrum bırakmış olduğu kaç kadının yakalandığı *Alzheimer* hastalığında estrojen mahrumiyetinin de katkısı olmuştur, tahmin etmek hiç kolay değil.

DR. MİNE HANIM MEME KANSERİ OLMAYABİLİR MİYDİ?

Kanserde gerçek erken müdahale, kanser tanısı almanızı önleyen müdahaledir. Örneğin vajinal smear (smir) kontrolleri bunu yapabilir. Meme kanserini engelleme konusunda ise özellikle estrojen metabolitleri bize yeni kapılar aralıyor. Kişiye has estrojen metabolizmasını ortaya koymak, yiyecek seçimleri, özel besin destekleri, kansere dirençte anahtar rol oynayan HPA aksı yani stres sistemini inceleyip düzenlemek, *kanseri henüz hücre düzeyinde iken* sınırlamaya çalışan vücut savunmasının elini kolunu bağlayan toksinleri saptamak ve etkisizleştirmek, estrojen baskınlığının karşısına doğal progesteronu koymak ve daha pek çok şey, meme kanseri tanısının "erken" konmasının ötesinde *hiç konmaması için* yardımcı olabilir gibi görünüyor.

Size bir *doktor* hastamdan bahsedeceğim. Neden doktor bir hastayı seçtin diyeceksiniz: Özellikle seçmedim, zaten hastalarımın üçte biri doktorlar. Bunun dışında, doktorların da aynen sizler gibi birer insan, birer potansiyel hasta olduklarının ve tıp kavrayışımızdaki sorunlardan onların da nasibini aldığının altını çizmek istedim.

Hastamızın ismi burada Mine Hanım olarak geçecek. Akdeniz Bölgesi'nde yaşıyor. Çocuk hastalıkları uzmanı. Bana geldiğinde 46 yaşında idi. Bir oğlu var. Doktorlarının kendisine önerdiği gibi, bundan önceki yıllarda düzenli mamografilerini yaptırmış. Son mamografisini yaptıralı sadece 6 ay olmuş. O da temiz çıkmış. Ancak *meme yoğunluğu* oldukça yüksek imiş. Aynı tarihlerde bir de meme ultrasonu yapılmış ve "fibrokistik meme" olduğu söylenmiş. Son yıllarda âdetleri biraz düzensizleşmiş. Âdet kanamaları biraz daha ağır ve uzun

geçmeye başlamış. Âdetleri öncesinde göğsünde ciddi ölçüde gerginlik ve hassasiyet olurmuş. Son birkaç yıldır gece uykuya dalmakta ve kesintisiz uyumakta eskiye göre güçlük çekiyormuş.

Derken bir gün, sol memesini yoklarken eline bir sertlik gelmiş. İncelemeler tekrarlanınca bu kez öyle "check-up'ta rastlanan" türünden, yani yavaş büyüyen ve milimetrik değil, ne yazık ki 29 mm gibi ciddi büyüklükte ve koltuk altı lenf bezlerine de yayılmış olan bir tümörle karşılaşılmış.

Dr. Mine Hanım bize ilk geldiğinde durup durup aynı şeyi söylüyordu: *"Ben meme kanseri olmamalıydım."* Doğrusu haksızdı diyemeyiz. Bize gelmeden önce doldurduğu formda kendi cümlelerinden okuyunca siz de hak vereceksiniz. *Sayfalar süren bu ayrıntılı hasta hikâyesi formu, Fonksiyonel Tıp hasta kabulünün temelidir ve her hasta ilk randevuya gelmeden önce bu formu doldurmak durumundadır.* Bakalım neler yazmış doktor hanım:

"15 yıldır sağlıksız hiçbir şey yemiyorum. İçine şeker ve un giren şeylerin tadını unuttum desem yeri. Düşük glisemik indeksli besleniyorum. Kahvaltıda yumurta, peynir, zeytin, yeşillik, zerdeçal-karabiber-zeytinyağı karışımı. Akşam yemeğinde kuzu eti veya sebze yemeği. Saat 19.00 sonrasında sadece sıvı alıyorum. Ekmek yemem. Tatlı-bisküvi-kek hiç tüketmem ama meme kanseri olduktan sonra sanırım abartmışım deyip 3-4 kek yedim. Soğuk içecek sadece madensuyu ve ev yapımı ayran. Neskafe 4-5 defa içiyorum. İçmediğimde ararım. Sigara hiç içmedim. Günde 40 dakika yürüyorum. Pilatese başladım. Son 2 yıldır işyerim stressiz. İnançlıyım, sık sık dua ederim."

Ne dersiniz, Mine Hanım *"Benim meme kanseri olmamam gerekiyordu"* diye yakınmakta hiç de haksız sayılmaz öyle değil mi?

Şimdi eline gelecek kadar bir kitle olmasına rağmen altı ay önce yapılmış mamografisi nasıl "temiz" çıkmış olabilir diye aklınıza bir soru gelebilir, ancak ilk akla gelen "Gözden kaçmıştır" açıklamasının doğru olmayabileceğini belirtelim: Bazı kanserler, özellikle hızlı büyüyen ve tatsız olanlar, belli bir büyüklüğe kadar çok ama çok yavaş büyürler, ancak belli bir büyüklüğe ulaşıp kan damarlarından beslenecek duruma gelince birdenbire hızla büyümeye başlarlar. Mamografi ve benzer *tarama* programlarının genellikle bunları değil, *zaten yavaş –ya da çok yavaş– büyüyen (ya da büyümeyen)* kanserleri yakalıyor olmasının nedeni de budur.

Dr. Mine Hanım'ın sağ memesi alınarak yerine bir protez yerleştirilmiş. Ameliyat çevresinde kısa bir "destek" kemoterapi görmüş. *Tamoksifen* adındaki anti-estrojen ilacı kullanması önerilmiş. Mine Hanım, bize de gelmeden önce bir başka bakış açısından da görüş almak amacı ile ismi kamuoyunda iyi bilinen bir fitoterapist doktora görünmüş. Bu arkadaşımız Mine Hanım'a *"Tamoksifen kullanmasına gerek olmadığını"* söyleyerek *propolis, astralagus, cat's claw* kapsül ve *salvestrol* vermiş. Bana geldiğinde bunları kullanıyordu.

Doktor hanıma her şeyden önce tamoksifen kullanımına başlamasını salık verdim. Biyopside estrojen reseptörü pozitif olan bir hastada *tamoksifen*'in yararının olası yan etkilerinden daha üstün olduğunu göz ardı edemezdik. Bunun onu şaşırttığını saklamadı. Ben ise bu tepkiye şaşırmadım, çünkü bununla daha önce de birçok defa karşılaşmıştım. İnsanlar benim ve *Fonksiyonel Tıp Akademisi* yaklaşımının tüm ilaçlara "düşman" olduğumuzu ve hiçbir durumda hiçbir ilaç kullanmadığımızı sanıyorlardı. Halbuki ilaçlardan da destek almamız gereken çok sayıda durum ve safha hâlâ var!

"İlaçlarla ilgili sorun, biz doktorların onları hem ilk seçenek hem de tek seçenek olarak görmemiz." İnsan vücudunun kendini iyileştirme gücünü göz ardı etmemiz. Orada bir vücudun mücadele etmekte olduğunu unutmamız. Her şeyin "verilen ilaçla hastalık arasında" cereyan ettiğini sanmamız. İlaç verelim vermeyelim, vücuda destek vermeyi ihmal etmemiz.

Dr. hanımı dinlediğinizde, derinlemesine sorguladığınızda, Fonksiyonel Tıp bilgisi ile hormon analizleri yaptığınızda (s.214) memesinde yıllardır zaten göz göre göre, adeta "bağıra bağıra" *meme kanserini beslemekte olduğunu* görebiliyordunuz. Aklınızdan *"Bunların hepsi engellenebilirdi"* diye geçirdiğinizi Mine Hanım'ı üzmemek için hissettirmemeye çalışıyorsunuz.

Birçok meme kanseri hastası, tanı konmadan önce *estrojen baskınlığının* tipik bulgularından (s.133) bir veya daha fazlasından doktorlara –naçar– yakınarak seneler geçirirler: Kilo verememe, düzensizleşen ve ağırlaşan âdet kanamaları, artmış meme yoğunluğu, ergenlik yaşlarından bu yana rahat bırakmış olan ama 40 yaş civarı tekrar kâbus gibi ortaya çıkan *premenstruel sendrom* yani âdet öncesi göğüste gerginlik, uykusuzluk, sinirlilik, ödem gibi. Bütün bunlar vücutta *estrojen-progesteron döngüsel dengesinin progesteron aleyhine bozulduğuna*, yani hücre düzeyinde meme kanseri açısından uygun bir hormonal ortam oluştuğuna işaret

eder. Buna rağmen, ya hasta, ya doktor ya da ikisi birden, bunları *"Olacak bunlar bu yaşlarda"* tadında veya bazı yatıştırıcı ilaçlarla karşılamakla yetinir.

Mine Hanım kilolu değildi, ancak son yıllarda aldığı 3-4 kiloyu verememekten yakınıyordu. Âdetler düzensiz ve biraz ağırlaşmış, mamografide meme yoğunluğu artmış, âdet dönemleri de sıkıntılı geçmeye başlamıştı. Özetle, ortadaki tablo ağır olmasa da bir menopoz öncesi *estrojen baskınlığı* tablosu idi. Estrojen/Progesteron dengesinin ikincisi aleyhine bozulması demek, en basit biyoloji kuralına göre, kontrolsüz hücre çoğalmasını davet eder.

Mine Hanım'ın iyot düzeyini ölçen olmamış. Kimse ona –gündüz/gece döngüsünün kaybolduğu çağımızda– melatonin olsun vermeyi düşünmemiş. Kimse *onun meme içi dokusunda "Mine Hanım'a özgü" estrojen metabolizmasını* inceleyip de, bu "toprak" kanser geliştirecek yönde mi çalışıyor acaba diye bakmamış. Eğer gerçekten öyle ise, bu hormon metabolizmasının yönünü tamamen doğal bazı desteklerle değiştirebileceğini aklına getirmemiş.

Kimse onun Stres Sistemi yani Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal sistemine ait hormon dengesini *(HPA aksı) inceleyip müdahale etmenin meme kanserine direnç ile güçlü ilişkisini* düşünmemiş. Kimse onun dışkılama alışkanlıklarını, bağırsak/mikrobiyota *yani bağışıklık sistemini* sorgulamamış. Kimse onun vitamin D düzeyini bile ölçmemiş!

Zaten bunları yapmaya kalksa sosyal güvenlik sistemleri de bunlara "metelik vermiyormuş". Bunları cebinden karşılaması gerekiyormuş. Zaten sosyal güvenlik sistemleri o kanser denen sürprize (?) mümkün olan en erkenden tanı koyup mümkün olan en fazla hastayı tedaviye almaya göre kurgulanmış. *"Sağlığa ayrılan kaynakların tümü o noktadan sonrasına rezerve edilmiş." Kimler tarafından ve hangi kurumların elbirliğiyle dersiniz?*

Mine Hanım'ın uyku keyfi son 5 yıldır kaçmıştı. Yorgun hissedip uykuya çekiliyor ama uzun süre uykuya dalamıyordu. Birçok kez gecenin ortasında uyanıyor, tekrar uyuması uzun süre alıyordu. *"Bunun meme kanseri ile ne ilişkisi var?"* diye düşünüyorsanız, yanıldığınızı kesin bir dille söylememe izin verin.

En basit bir hastalık bile tek bir nedene bağlı değildir. Gribe bile yakalanıp yakalanmayacağınız birçok değişkene bağlıdır. Sadece soğuk hava ya da sadece güçlü bir virüs çok kişiyi hasta etmeye yetmez. Buna yanlış beslenme, yorgunluk ve duygusal stresler eklendiğinde aramızdan bazıları pes ederken, diğerleri hiçbir şey ol-

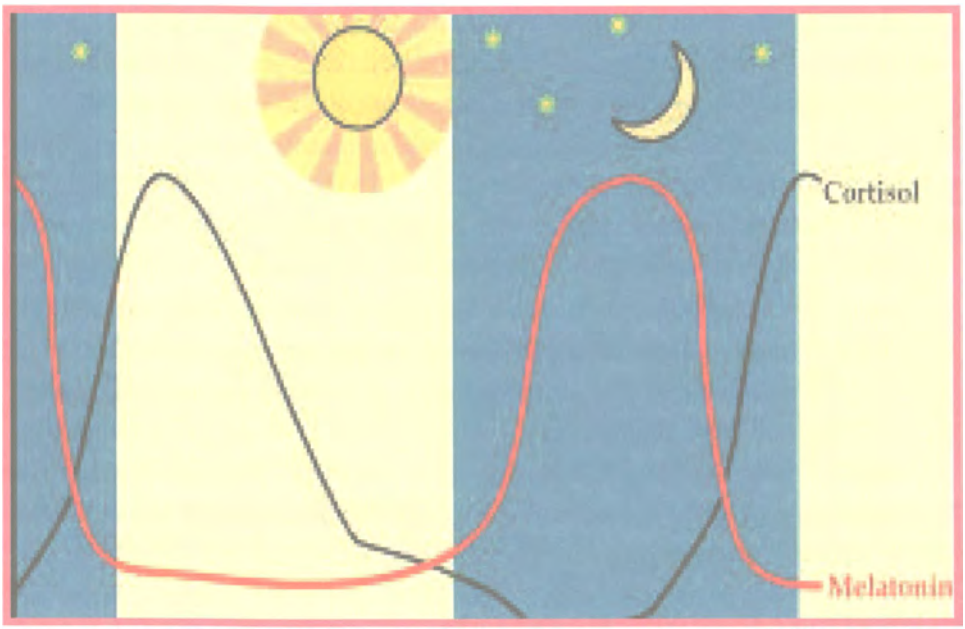
mamış gibi yoluna devam edebilir. Ama bunların üzerine binecek bir uykusuzluk, bağışıklığı az da olsa baskılayacak bir ilaç onları da dize getirir. Burada, bu basit rahatsızlıkta bile, artık tek bir nedenden bahsetmek olanaksızdır.

Biz *Fonksiyonel Tıp Akademisi* yaklaşımında standart tıpta hastadan istenmeyen, hatta pek duyulmamış testler talep edebiliyoruz. Hatta standart yaklaşım ile belki de en uzak düştüğümüz nokta, talep ettiğimiz testler olabilir. Bunun son derece kolay anlaşılır bir nedeni var: Farklı şeylerin peşindeyiz.

"Standart yaklaşımdaki" testler hastaya bir *"tanı" koymaya, yani "bir isim verme" hedefine yönelik* tasarlanmıştır. Bu "ismi" verince de karşılığında yazan ilacı reçeteye yazar "kurtulursunuz". Doğru dürüst düşünmenize, kafanızı çalıştırmanıza, yorulmanıza, sorgulamanıza gerek kalmaz.

Fonksiyonel Tıp Akademisi'nde ise bizler, standart tıpta göze çarpmayan, daha belirsiz ama gerçekte hayati önemde ve gerçekte hastanın altını oymakta olan *fonksiyon bozukluklarını* anlamanın peşindeyiz. Bu nedenle de standart pratikteki doktor arkadaşların bilmediği ve *"Bunlar ne oluyor Allah aşkına, ne acayip, ne gereksiz testler"* (!) diye tepki verdikleri bazı testler isteriz. Bunlardan bazıları ancak yurtdışına gönderilerek yapılabilen testlerdir. Mine Hanım'da da bunlardan birini istedik. Standart yaklaşımda "yok sayılan" ama Amerika'da Fonksiyonel Tıp çevrelerinde çok önemsenen bu testin ne faydası, daha doğrusu ne faydaları oldu birlikte göreceğiz. Okuyucuyu uzaklaştırmamak için fazla teknik detaya inmeden yazmaya çalıştığımız bu bölüm, biraz olsun meraklı okuyucular için bizce çok değerli bilgiler içeriyor ve önemli mesajlar veriyor.

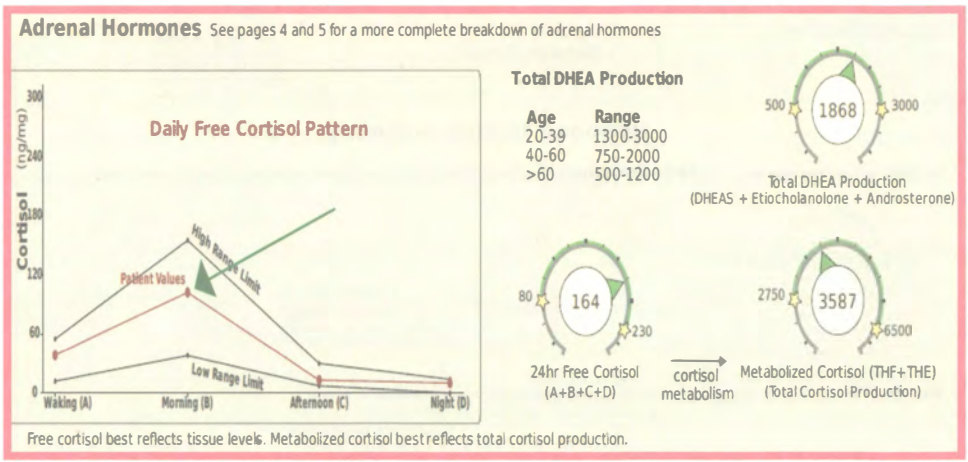
Gündüz/gece döngüsü, yani teknik deyimle "sirkadyen ritim", insanoğluna ve canlılara ilişkin en temel biyolojik hadiselerden biri. Beyin ile böbrek üstü bezlerinin işbirliği ile çalışan bu sisteme *HPA aksı* ya da *Stres Sistemi* deniyor. Böbrek üstü bezinden salgılanan kortizol hormonu, esasen vücudun bir tehdit altında kaldığı *stres* dönemlerinde salgılanarak vücudu olası bir "dövüşe" hazırlamak görevini taşır. Sağlıklı bir gündüz/gece döngüsünde aynı hormon, biz sabah uyanırken en yüksek düzeye ulaşarak (Şk.25) bu defa vücudu uyku durumundan uyanıklığa geçişin "stresine" hazırlar. Sabah saatinden itibaren de kortizol düzeyi giderek düşer ve bizi rahat bir uykuya bırakmak üzere gece yarısına doğru en düşük düzeye iner. *Bu döngüdeki ritmik doğal akışın bozulması vücudun enfeksiyonlara ve kansere direncini kırdığı gibi anksiyete, depresyon ve Alzheimer için de zemin hazırlar.*



Şekil.25 Gündüz-Gece döngüsü "Sirkadyen ritim"

Bir hastada gündüz/gece döngüsünün sağlıklı çalışıp çalışmadığını değerlendirmenin iyi bir yöntemi, gün boyunca vücutta kortizol hormonu takibi yapmak. Bunun da en geçerli ve en pratik yolu, günün dört ayrı saatinde bir kurutma kâğıdını o saat alınan idrara batırdıktan sonra kurutmak ve tetkike göndermek. Ne yazık ki, aynı amaç için kan alınarak bakılan kortizol değerleri anlamsızdır, çünkü dört kere hastaneye gitmek, kan alınması gibi işlemlerin kendisi insanda zaten kortizol salgılatacaktır!

Gündüz/gece döngüsü yani *Stres Yanıtı* dediğimiz sistem, kişinin kendi günlük doğal yaşantısına müdahale etmeden ölçülmeli. Bunun için de kişi, rutin bir günü içinde sabah kalkar kalkmaz, bundan iki saat sonra, akşamüstü ve gece yatarken olmak üzere toplamda dört kez aldığı idrar örneklerine bir kurutma kâğıdını daldırıp çıkararak kurutur. Böylece tüm güne yayılan örnekler alınmış olur. Sonuçlar tabloya işlendiğinde, test sonucunda karşımıza aşağıdaki gibi bir şekil çıkar (Şk.26):

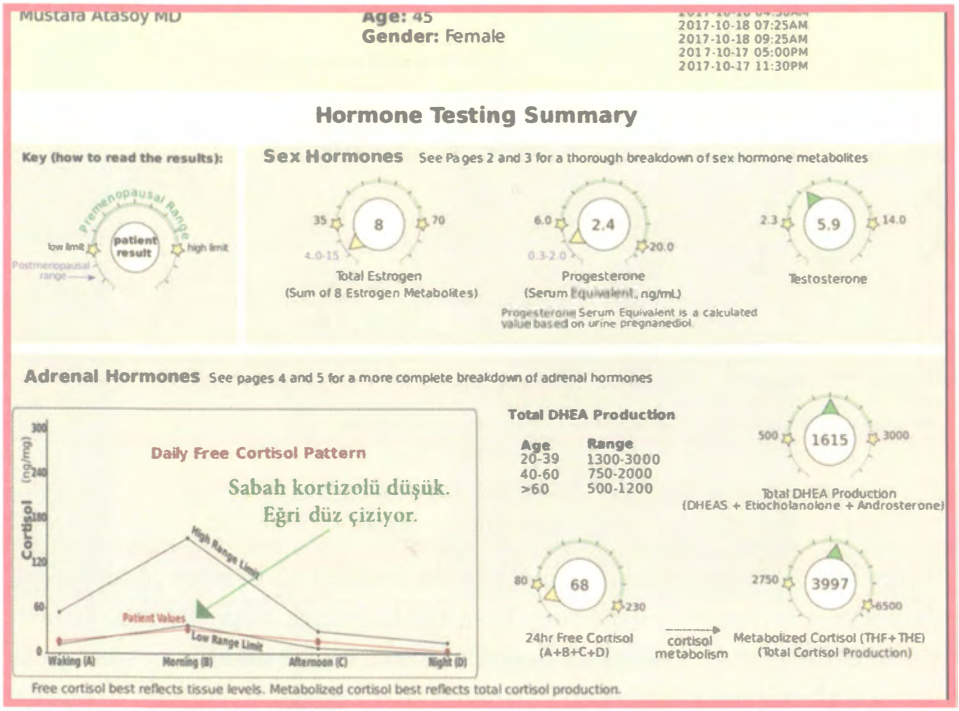


Şekil.26 Sağlıklı kortizol ritmi

Gündüz/gece ritmi sağlıklı olan bir kişide, kortizol eğrisi *okun gösterdiği gibi* sabah tepeye tırmanmalı, daha sonraki saatlerde giderek düşmelidir. Bu tetkikte de öyle görünüyor. Hastamıza ait değerler kırmızı renkle belirtilmiş. Hastaya ait kırmızı renkteki kortizol değerleri yani gündüz/gece döngüsü, "normal" aralığı belirleyen siyah çizgiler içinde seyrediyor. Her şey olması gerektiği gibi. Okun bulunduğu noktada sabah kortizolü sağlıklı biçimde sabah bir "tepe noktasına" çıktıktan sonra, gece yarısına kadar giderek aşağı iniyor.

Bu olmayıp da kortizol eğrisi adeta "düz çiziyorsa", kansere direnç ciddi manada düşük olacaktır. Son yıllarda meme kanserinden (REF.74) akciğer kanserine (REF.75), oradan böbrek kanserine (REF.76) yapılan bilimsel araştırmalarda, kortizol eğrisi "düz çizen" hastalar kansere "sabah tepeye çıkıp sonra inen" hastalardan *çok daha az* bir direnç gösterebilmişler. Gündüz/gece döngüsü yani kortizol eğrisinin sağlıklı bir tepe noktası gösteriyor olması, birçok çalışmada bir kanser hastasında sağ kalım açısından hastaya ait tüm diğer değişkenlerden bağımsız, tek başına belirleyici önemde olarak kendini göstermiş!

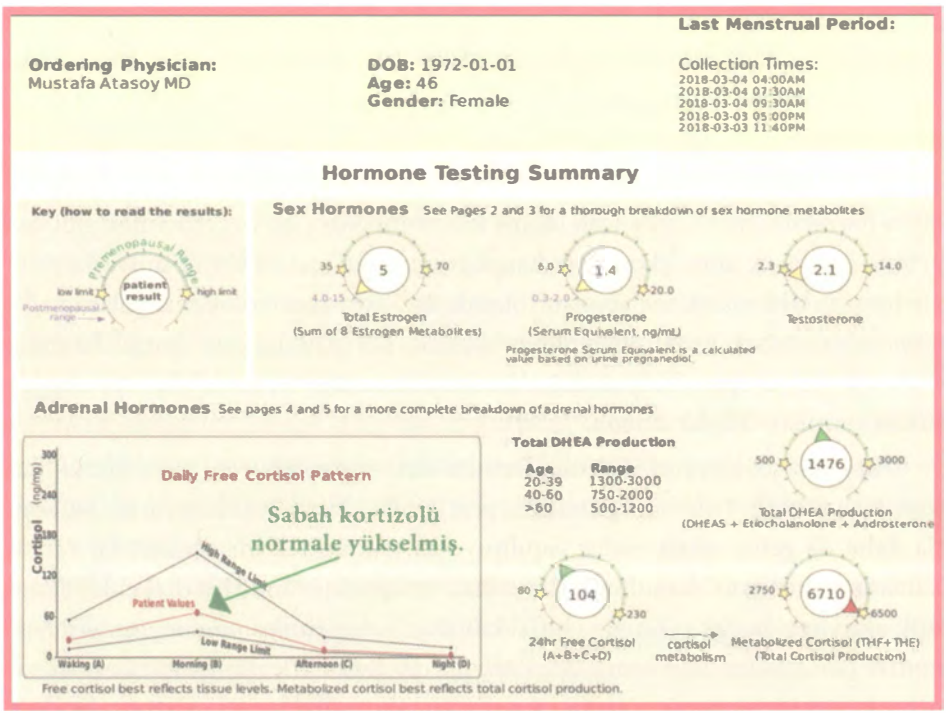
Şimdi de Dr. Mine Hanım'a ait gündüz/gece döngüsü yani kortizol eğrisine göz atalım (Şk.27). Sabah saatinde olması gereken sağlıklı "tepe noktasına" yükseliş kaybolmuş. Eğri adeta düz çiziyor. *Çalışmalara bakarsak, bu bize bir hastanın kansere direnci açısından hiç de iyi şeyler söylemiyor.* Stres ve bağışıklık sisteminin esnekliğini kaybettiğine işaret ediyor.



Şekil.27

Bunu görünce neler yaptık: Mine Hanım'a stres algılama ve yönetimi konusunda yardımcı yollar önerdik. Nefes egzersizlerini hayatına katmasını tavsiye ettik. Yaşadığı şehirde hipnoterapi konusunda bir uzman bulabilirse yararlanmasını tavsiye ettik. Yogayı bir tür sabah jimnastiğine indirgemeyen, yoganın köklerinden ve felsefesinden kopmamış bir yaklaşımla tecrübe etmesini önerdik. Stres sisteminin sağlıklı çalışmasında önemli rol oynayan birçok mikrobesin yönünden yoğun olarak destekledik. Kadim tıp geleneklerinde, Çin ve Hint tıbbında binlerce yıldır kullanılan fakat etki mekanizmaları yeni yeni ortaya çıkarılan, stres sisteminin eski esnek döngüsünü geri kazanmasına yardımcı olan *"adaptojen" adı verilen bitkilerin standardize özlerinden karışımlar* tasarladık ve kullandık. Kortizol metabolizmasındaki soruna yönelik olarak standardize ektraktlar içeren kapsüller de kullandık. *Kullandıklarımızın içinde, bundan 100 bin yıl önceki insan vücudunun tanımadığı, karşılaşmadığı, "yeni icat" hiçbir şey yoktu.*

Birkaç ay sonra aynı testi tekrarladığımızda (Şk.28) Mine Hanım'ın sabah gündüz/gece döngüsü yani sirkadyen ritmi artık doğal bir görünüm almış, "düz" yani yanıtsız ve esnekliğini kaybetmiş görüntü kaybolmuştu. "Çökmüş" kortizol değeri normale gelmiş, DHEA düzeyi kendiliğinden yükselmişti. Eğer bilimsel çalışmalar bize doğruyu söylüyor ise, Mine Hanım'ın kansere direnci artmıştı!



Şekil.28 Mine Hanım'ın normal aralık içine dönmüş kortizol eğrisi.

Devamını okudukça Mine Hanım'ın *"Benim meme kanseri olmamam gerekiyordu"* diye –haklı olarak– yakınırken yaşam tarzına ilişkin çizdiği mükemmele yakın tabloya rağmen altını daha nelerin –kimseler fark etmeden– oymakta olduğunu keşfedeceğiz.

"40 yaş sonrası: Bu dertler neden menopoza daha yıllar varken başlıyor?" adlı bölümde bahsetmiştik (s.126): Menopoz sonrasında tüm vücutta estrojen düşü-

yor, ama meme dokusu fabrika gibi estrojen üretmeye devam ediyor ve ne yapıp yapıp meme içindeki doku 30'lu yaşların estrojen düzeyini koruyor! İkinci bir çarpıcı bilgiden de bahsetmiştik: Her kadının "meme toprağı", bu estrojeni farklı biçimde işliyor. Kimi kadında iyi yani zararsız artıklara dönüştürecek yönde, kimi kadında ise zararlı artıklara dönüştürecek yönde.

Meme kanserini, daha doğru bir deyimle başta hormonla ilişkili kanserler olmak üzere bir dizi kanser türünü *başlatan* da, estrojeni kötü yönde işleyen kadınlarda ortaya çıkan işte bu estrojen "artıkları" yani *metabolitleri* olarak görünüyor. Buna işaret eden çok fazla sayıda tatmin edici araştırma var (REF.77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90).

Bu araştırmaları daha da genişletmek ve tıbbın genel kabulüne oturtmak kolayca mümkün olabilirdi, ancak meme kanserini önlemek ve geriletmek gibi uzun erimli, karmaşık ama "ekonomik karşılığı olmayan" çalışmaların milyarlarca dolar tutacak dev masrafına sponsor olacak ilaç firmalarını nereden bulacağız? *Ne zaman* bulacağız? Yanıtı, jinekolojik hormon bozukluklarının "kutsal kitabının" yazarı Dr. Leon Speroff biyoeşdeğer hormonları araştıran türdeki çalışmalar hakkında vermişti: *"Hiçbir zaman."* (s.99)

Düpedüz söyleyeyim. Estrojenlerinizi *sizin vücudunuzun birey olarak* nasıl metabolize ettiği (işlediği) günümüz pratiğinde pek konuşulmuyorsa, bu konuda daha da geniş araştırmalar yapılmıyorsa, bunun tek bir açıklaması var: Bir kansere "erken tanı" konulması ilaç, cihaz ve tıp sektöründe bir dizi ciddi ekonomik aktiviteyi başlatır. Bu, dev bir sektördür. *Sakın yanlış anlamayın, hastasının kanser olmasından memnun olacak tek bir doktorun bile dünya yüzünde mevcut olmadığına hiç şüpheniz olmasın.* Ancak tıp bilimi, "bilimsel" araştırmaları takip ediyor. Tıp bilimini bilimsel araştırmalar şekillendiriyor. Bu bilimsel araştırmaların da %80'inden fazlası ilaç şirketlerinin parasıyla yapılıyor. Silah endüstrisi ile yarışan bu dev finansal gücün bilime bir hayırsever bağışı olarak aktarılmasını beklemek saflık olur. "Bilimsel" araştırmalara ayırdıkları bu dev para, misliyle geri dönecek olan bir şirket yatırımından başka bir şey değil.

Bir kenara çekilip baktığınızda, ortada *en başta doktorlar olmak üzere* kimsenin kötü niyeti olmasa da, kanser olmuş kişilerin bu şirketlerin mali bilançosunda çok ciddi bir yer kapladığını görmek zorundayız. Kanser olması engellenmiş kişilerin ise bu bilançoda "eksi" yazacağı da bir hakikattir. Kimse, *en başta dok-*

torlar, diğer insanların kanser olmasından mutlu olmaz. Ancak bugün "kanıta dayalı tıp" adı verilen tıp biliminde neyin "kanıt" kabul edileceğine perde arkasından yön verenlerin bu şirketler olduğunu görmezsek, kavrayışımız *en hafif deyimle* eksik kalır.

Şu tatsız ama *basit somut* gerçeği anlamak kolay, yüzleşmek ise zor: Doktor Mine Hanım'ın vücudunda kanser gelişmesine suyun en başında engel olmak, bu dev sektöre mali olarak eksi yazar! Bunun tersi ise artı yazar. Eğer *"Endüstriyel Tarım ve Gıda sektörü/İlaç Endüstrisi/Sağlık Sektörü"* üçlüsünde yer alan dev oyuncuların kararlarına –çok doğal olarak– ekonomik hesaplar yön veriyorsa, sistemin Mine Hanım'da kanserin ortaya çıkmasını engellemek yönünde yatırım yapmasını beklemek saflık olur. Kansere erken tanı koymanın –derhal paylaşılan ve direkt– bir ekonomik karşılığı var. Kanseri *engellemenin* ise, direkt ve görünürde, hiçbir ekonomik karşılığı yok.

İşte, estrojen metabolizmasındaki sapmanın kanseri başlatan belki de en önemli etken olduğuna ilişkin çok sayıda çalışmaya günümüz tıbbının sırtını dönmesine de bu açıdan bakmanız, *"Doktorum bana bunlardan hiç bahsetmedi. Benim doktorum çok iyi bir doktor. Demek ki bunlar hikâye imiş"* ezberini bir daha düşünmenize yardımcı olabilir. Doktorunuz bu sektörün ciddi boyutta kontrol ettiği bilimsel araştırmaları iyi niyetle takip ediyor ve sizin için kendi bildiği en iyisini yapmaya çalışıyor. Hepsi bu.

"40 yaş sonrası: Bu dertler neden menopoza daha yıllar varken başlıyor?" adlı bölümde şu soruyu ortaya atmıştık: *"Benim meme 'toprağımın' huyunu önceden bilebilir miyim? Bilsem de yapabileceğim bir şey var mı?"* Aynı bölümde her iki sorunun yanıtını "Evet!" olarak vermiş ve bunu örneklemeyi bu bölüme bırakmıştık.

Meme dokunuzun içindeki estrojen düzeyi 30'lu yaşlarınızdan farksız. Bu estrojenlerinizi ne yönde metabolize ettiğiniz (işlediğiniz) yaşamsal bir önem taşıyor. İyi yani zararsız yönde mi, yoksa olumsuz yani riskli yönde mi? Bu sorunun yanıtı temelde genlerinize bağlıdır. Bilgisayar tabiriyle söylersek, sizin *işletim sisteminize* bağlıdır. *Donanıma* ilişkin bir şeydir. Bilgisayarınızı yani vücudunuzu değiştiremeyeceğinize göre de, bu donanım hiçbir zaman değişmeyecektir.

"O zaman elimizden gelen bir şey yok" demeyin: "Bilgisayarı" değiştirmeseniz de ona yeni bir *yazılım* yüklediğinizde bambaşka bir biçimde çalışmasını sağla-

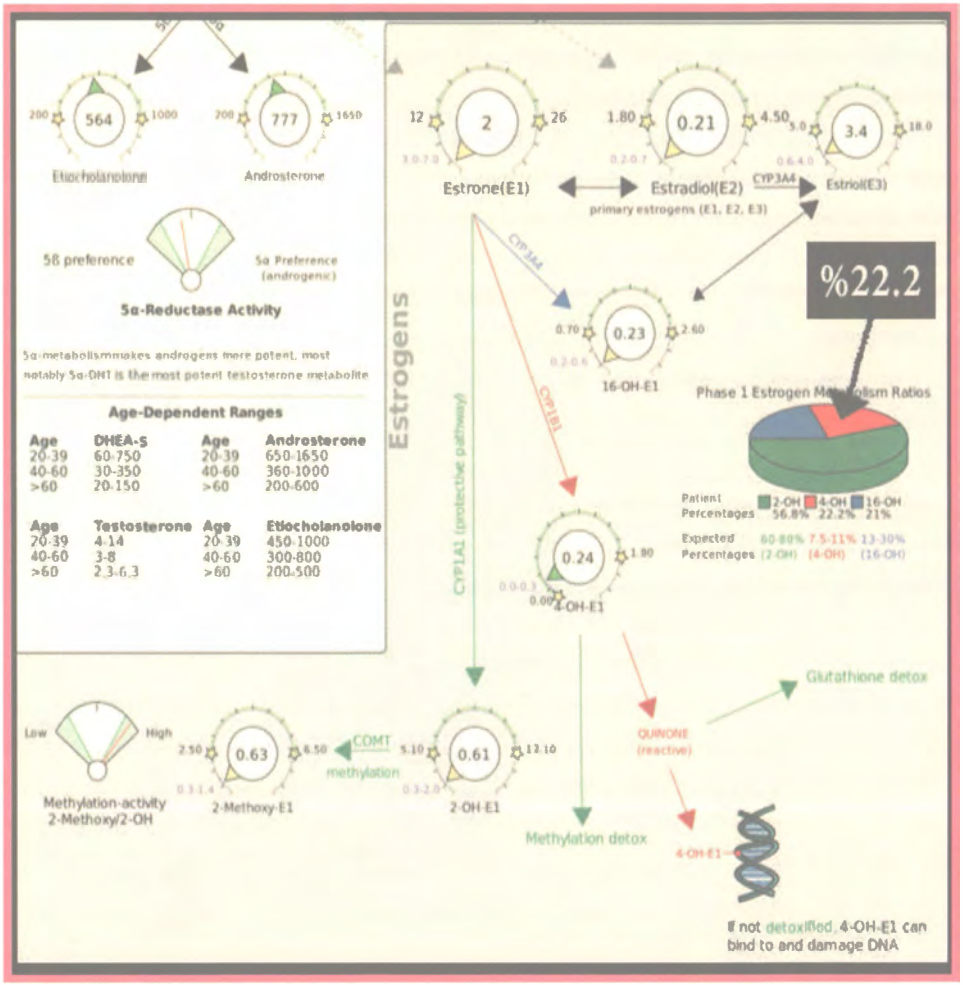
yabilirsiniz! Son dönemlerin yükselen yıldızı *epigenetik* bilimi de işte bunu, yani "yazılım değiştirmenin" gücünü araştırıyor.

Mine Hanım'a daha önce yaptığımız hormon testi, gündüz/gece ritmi dışında estrojen metabolitlerini, yani estrojeni nasıl *işlediğinizi* de gösteriyor. Mine Hanım'ın estrojenlerini işleyen tezgâhlarının "iyi" yönde mi yoksa kanserojen özellikte mi "estrojen atığı" ürettiği, onun vücudunda kanserin *ortaya çıkıp çıkmayacağına* ilişkin bir soru. Ortaya çıktıktan *sonra* "erken tanı" koymaya ilişkin değil. Ondan daha erken bir döneme ilişkin. Kanser tedavisinden sonra ise, başka bir yerden tekrar başlayıp başlamayacağına ilişkin.

Mine Hanım'ın idrarında çıkan estrojen metabolitlerini gösteren sonuçlar Şk.29'da görülüyor. Vücutta kullanılıp işi biten estrojenler, atık madde işleyen tezgâhlara sevk edilirler. Bu tezgâhlardan kimisi zararsız hatta koruyucu atıklar (metabolitler) üretirken, kimi tezgâh da DNA'nızdan parçalar koparan yani kanseri tetikleyen ürünler ortaya çıkarır.

Mine Hanım'ın estrojen işleme artıklarını (metabolitlerini) gösteren Şk.29'da *koruyucu olanlar yeşil, kanserojen olanlar ise kırmızı renkte* belirtilmiş. Bunların normal toplumda beklenen oranları da altlarında yazılı. Kanserojen olan *kırmızı* atıkların normal kadınlarda beklenen oranı %7,5-11 arasında iken, Mine Hanım'da %22,2 gibi çok yüksek olduğu görülüyor. Yani şekildeki "pastada" kırmızı renk büyük bir dilim olarak izleniyor. Koruyucu yeşil estrojen atıkları ise aksine, %60-80 arasında olması beklenirken %56,8'de kalmış. Bu oranlar, Mine Hanım'ın bireysel, kendine özgü estrojen metabolizmasını yansıtıyor. Mine Hanım'ın genetik şifreleri, estrojenlerini yanlış tezgâhlarda işliyor!

Yukarıda anlattığımız gibi, bu genetik "bilgisayar donanımını" değiştiremeyiz. Ancak yazılımını değiştirebiliriz. Buna, "genetiğin üzerinde" anlamında *epigenetik* diyorlar ve bizim Mine Hanım'da yapmaya çalışacağımız da tam olarak bu olacak.

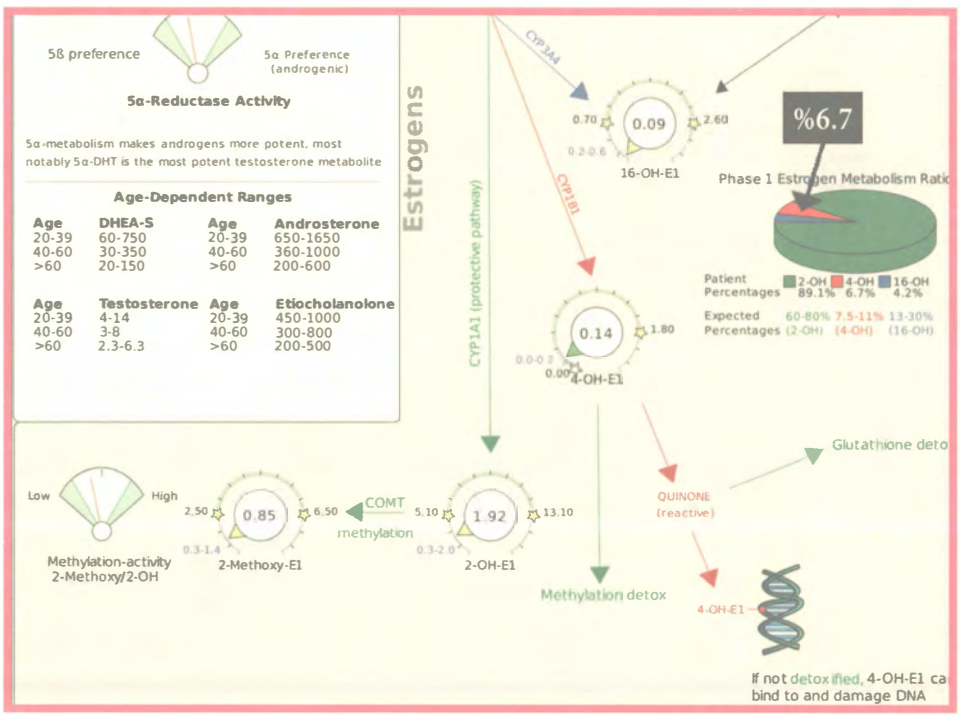


"Şekil.29 Yüksek düzeyde kanserojen estrojen atıkları"

Genlerin yazılımını değiştiren ilaçlar günümüzde yok denecek kadar az. Olanlar da bunu doğa ile uyumlu ve ılımlı bir yolla değil, çok daha kaba ve kırıcı yöntemlerle yapıyor. Bu genlerle zaten milyonlarca yıldır ilişkide olan bazı besinler ya da onlardan elde edilen özler ise, sapkın genlere ılımlı ve uyumlu bir lisanla yol gösterebiliyor. Bunlardan biri de DIM (diindolilmetan) adı verilen besin özüdür.

DIM, lahanagillerden elde edilen bir doğal madde. Memenizde estrojenlerinizin işlendiği tezgâhlardan sağlıklı olanlarına hız verirken, kanserojen atık ortaya çıkaranları yavaşlatıyor (REF.91-92-93).

Birkaç aylık tedavi sonrasında doktor hanımın testini tekrarladığımızda, *kırmızı* kötü atıkların %22,2'den %6,7'ye indiğini, *yeşil* yani koruyucu atıkların ise %56,8'den %89,1'e çıktığını görebiliyoruz. Pastanın *kırmızı yani riskli dilimi* artık incecik kalmış!



Şekil.30 Tedavi sonrasında kanserojen estrojen atıklarının (kırmızı) çok azaldığı ve normale indiği izleniyor

Şu ana kadar neler yapmış olduk? Sirkadyen (gündüz/gece) ritmini düzelterek kansere direnci artırmış olduk. Buna ilaveten, yeni kanser hücreleri gelişmesine engel olmak için Mine Hanım'ın estrojen metabolizmasını kanser üreten taraftan sağlıklı yöne doğru çevirmiş olduk.

Mine Hanım bize gelmeden, daha doğrusu kanser tanısı almadan önceki yıllarda âdet kanamaları düzensizleşmeye ve ağırlaşmaya başlamıştı. Özellikle son yıllarda âdet öncesinde göğüste meme başı bölgesinde belirgin olan hassasiyet daha da artıyordu. Bu da, büyük ihtimalle *estrojen baskınlığında* seneler geçirdiği anlamına geliyor. Kanser hücreleri 3-5 yıl boyunca hatta daha fazla süre boyunca mikroskobik büyüklükten başlayarak çok yavaş yavaş çoğalmış, bu safhada mamografide görülememiş, ancak belli bir büyüklüğe ulaşınca kan damarlarından beslenmeye başlayarak birden büyümüştü.

Kötü estrojen metabolizması nedeniyle kanserli hücrelerin *ilk olarak* ortaya çıktığı, vücudun ise çoğalan kanser hücreleri ile mücadele ederken bizden yardım beklediği o değerli yıllar ne yazık ki heba edilmişti. Bu yıllar sadece pasif bir yaklaşımla, "erken tanı" yakalamak için düzenli mamografilerle yetinerek geçmişti.

Mine Hanım, meme kanserine neden oldukları bir dizi çalışmada ortaya konmuş olan progestin *hormonsularını* "düşük dozda" içeren doğum kontrol haplarını uzun zaman kullanmıştı. 40 yaş civarı baş gösteren düzensiz ve ağır kanamaları durdurması için de, doktor arkadaşı tarafından önerilen bir *Frankenstein* progestin hapını birkaç yıl kullanmıştı. Günde bir hap yutuvermekle bu iş hallolmuştu. Mine Hanım "mutluydu". Elde edilen hafif ama *suni* âdet kanaması, onu rahat ettiriyordu. Ama "rahat ettirdiği" birileri daha vardı: Memede çoğalmak için fırsat bekleyen kanser hücreleri.

"Bu hapların içinde çok az hormon var" lafı sizi rahatlatır mı bilmiyorum? *Birincisi*, o hapların içinde hormon değil hormonsu var. *Frankenstein* progestinlerin meme kanseri riskini artırdığını gösteren de birçok çalışma var (REF.94). *Hangi miktar zehirin tam olarak kime az ya da çok geleceğini, kimin ip üstünde giden dengesini tepetaklak edebileceğini kestirebileceğimizi de hiç sanmıyorum. İkincisi*, doğal progesteronun meme kanserine yol açtığına işaret eden tek bir bilimsel çalışma bile ortada yok, ama aksine birçok çalışma var. Düzensiz ve ağır kanamalara doğal progesteron kullanarak mükemmelen hâkim olmak elimizde iken, neden bu Frankenstein kimyasalları kullanıyoruz, neden memede pusuda bekleyen kanser hücrelerine arka çıkıyoruz anlamak kolay değil. Patentinin alınamıyor yani üzerinden para kazanılamıyor olması dışında doğal progesteronun kabahati nedir?

Mine Hanım'ın durumunda yapılması gerekenler şunlar olmalıydı:

1. Vücudun fazla estrojeni dışarı atmasına yardım etmek

2. Estrojen metabolizmasını kanser hücresi üretmeyen sağlıklı bir yöne çevirmek

3. Doğal progesteron kullanarak dengeyi kurmak

4. *Xenoestrojenler* (s.81) adı verilen estrojen benzeri kimyasallardan (kozmetikler, petrol türevleri, tarım ilaçları) hastayı uzak tutmak

Şimdi, bunları nasıl yaparız kısa da olsa birlikte göz atalım.

Fazla estrojeni nasıl dışarı atarız? Bunu yapmak için, her şeyden önce işi biten estrojeni vücut *nereden* dışarı atar bunu bilmemiz gerekiyor. Bunu bilmek için de, vücudun nasıl çalıştığını bilmek gerekiyor. Günümüzün sürümden kazanan *seri üretim* tanı/tedavi sisteminde, o olağanüstü biyolojik sistemleri ile iyileşmeye çalışan vücut adeta cansız bir mankene indirgendi gitti! Estrojeni vücudun hangi yoldan dışarı attığını bu zamanda kim okur, kim dinler? Atamıyor olsa da bunun hazırda bir ilacı var mıdır, yok mudur? Eğer yok ise, geçiniz efendim! O konuda "bilimsel araştırmalar" illa ki yetersiz kalacaktır. Biz "doktorluk bilimine" yani ilaçlara dönelim. Fazla estrojeni vücudun nasıl attığıyla uğraştığımız tıp fakültesi yıllarına dönecek değiliz, öyle değil mi?

Vücuttan zararlı bileşikleri biz bunlara toksinler diyelim– dışarıya atmanın zaten pek az yolu var. Bunları ancak ter ile, idrarla ya da dışkı ile atabiliriz. Ter ve idrarla estrojen atmak pek söz konusu değildir. *Estrojen fazlasını temizlemek ve safra ile bağırsağa atma işi, karaciğerin görevidir*. Bunu bilmiyor oluşunuza lütfen hayıflanmayın: Günümüzde biz doktorlar da bunları bilmez durumda yaşıyoruz.

"Karaciğer safra ile bağırsağa atar" dedik ama, bağırsağa atıldı diye henüz tuvalete atmış olmadık! Karaciğer, atık estrojen fazlasını oniki parmak bağırsağından, yani bağırsakların en üst noktasından boşaltır. Bu noktadan tuvalete kadar estrojenin daha 7,5 metre yolu var. Sizce bu yol boyunca atık estrojenin, aynen yediğimiz besinler gibi, emilip de tekrar kana geçmesi diye bir şey olabilir mi?

Doğru yanıt: *"Adamına göre değişir."* Eğer kabızlık çekiyorsanız, yani günde büyük tuvalete günde *en az* bir kez çıkmıyorsanız, dışkınız bağırsakta uzun zaman

bekliyorsa, bağırsak bakterileriniz yani mikrobiyotanız dengesiz ise bu estrojenler –sanki besinmiş gibi– vücuda geri emilirler. Geri emilen bu estrojeni atmak için de zavallı karaciğer, sanki içinde yüzdüğümüz toksin denizinde zaten işi başından aşkın değilmiş gibi, vücutta dolaşan estrojenden yakaladığını tekrar temizleyip tekrar bağırsağa boşaltmaya çalışacaktır. Yok, doğal yaşayan, bitkisel ağırlıklı beslenen, yani bol lifli yiyecekler tüketen biriyseniz kabızlık çekmeyeceksiniz, bağırsak bakterileriniz zengin ve dengeli olacak ve "çöpü" bağırsakta bekletmeden boşaltacaksınız anlamına gelir. Aslında bu durum sadece fazla estrojen için değil, vücuttan atmamız gereken pek çok toksin için de söz konusu. "Çöpü" bağırsakta bekletmeden boşaltmak, detoksifikasyonun temel bir kuralı. Estrojen fazlası dahil olmak üzere karaciğerin bağırsağa attığı çöplerin önemli bir grubunun tekrar vücuda geri emilmesini engellemek amacıyla *Ca D Glucarate* adında bir doğal bileşiği destek olarak almanız, vücudunuzdaki fazla estrojeni atmanıza yardımcı olabilir. *Ca-D-Glucarate*, bu özelliğiyle toksin atılımına destek olan bir bileşik. *Ca-D-Glucarate*, bu özelliğiyle her tür toksin atılımına destek olan ve başta hormonla ilişkili olanlar olmak üzere kanserden korunmada bize destek çıkabilen bir bileşik (REF. 94B-94C-94D).

Bu arada dışkılama demişken, bana göre günde bir defa dışkılama yeterli değil. Şöyle düşünün: Bu dışkı denen şey "çöp" değilse, atmamız gerekmiyorsa hiç atmayalım! Yok eğer çöp ise, kendimize soralım: Mutfakta çöpü nerede bekletiyoruz? Poşet içinde. Eğer "o çöpü" de bağırsakta poşette bekletiyorsanız, mesele yok. İçindeki atıklar, toksinler etrafa bulaşmayacak yani vücuda geri emilmeyecektir. Ama böyle bir poşet sistemi kurmadıysanız, bence çöpünüzü 24 saat bekletmeyin derim.

Diyeceksiniz ki: *"Bende estrojen baskınlığı bölümünde anlattığınız (s.128) bir sürü şey zaten var, büyük tuvalete ise 3-4 günde bir çıkıyorum, ama doktorum bana bu tuvalet mevzusunu hiç sormadı."* Haklısınız, ama bunun için lütfen doktorunuza kızmayın. Geçerli sistem, zaten doktorunuzu vücudunuzdan da, onun nasıl çalıştığından da koparmak yoluyla "kendi işini" görüyor.

Dr. Mine Hanım'ın mükemmele yakın bir beslenmesi olduğunu görmüştük. Muhtemelen bu, onu daha ağır estrojen baskınlığı sorunlarından korumuştu. Ancak öyle görünüyor ki, kötü yönde işleyen *bireye özgü estrojen metabolizması ona tuzak kurmuştu.*

Estrojen metabolizmasını (atıklarını) kanserli hücreleri destekleyen kötü yönden sorunsuz bir yöne, hatta kanser gelişimini engelleyen yöne (REF. 89-90-91-92-93) çevirmek için yapılabilecek çok şey vardır. Biz de bunları yaparak –biraz geç de olsa– Mine Hanım'ın "atık temizleme yönünü" tetkiklerinde de gördüğünüz gibi değiştirebilmiştik. Bunun için neler yapılabilir?

En başta ve bu amaç için en güçlü olarak: *Her gün bir yolunu bulup* öğünlerinizde kırmızı lahana, roka, alabaş turp, buharda hafif pişmiş brokoli ya da karnabahar bulundurabilir, eğer bunu düzenli yapamıyorsanız gene lahanagillerden elde edilen *DIM (diindolilmetan) adı verilen destek, hormonla ilişkili kanserlerden korunmak adına size çok büyük destek çıkabilir* (REF.93A-93B-93C-93D-93E-93F).

Nar, uzum çekirdeği, vişne, karadut gibi mücevherlerde bolca bulunan flavonoidleri, ya bu mücevherleri *düzenli olarak, mümkünse her gün* diyetinize ilave etmekle, ya da flavonoid özleri içeren kapsüller almak suretiyle vücudunuza katabilirsiniz. Bunlar arasında yüksek EGCG içeren (HPLC ölçümü ile %50) yeşil çay ekstresi, pikonogenol, resveratrol, centella asicatica (gotu kola), yaban mersini antosiyanidinleri, uzum çekirdeği antosiyanidinleri sayılabilir. Bu yolla hem estrojen atıklarınızı doğru biçimde temizleyebilir, hem de kanser hücre gelişimine çok yönlü set çekebilirsiniz. Gereksiz kozmetik ve kimyasal temizlik malzemelerinden kaçınmak ve böylelikle *xenostrojen* yükünüzü artırmamak da son derece önemli.

Ne demiştik? Grip bile tek faktöre bağlı değildir, kaldı ki kanser bağlı olsun. Biz şimdi, çoğalan kanser hücrelerine karşı Mine Hanım'ın vücudunu çaresiz bırakan başka neler vardı ve bunlara zamanında sırtımızı dönmemiş olsak neyi değiştirebilirdik bunlara bakmaya devam edelim. Bunların bazıları fazla teknik olacağı için söyleyip geçmekle yetineceğiz.

Mine Hanım'ın kan tetkiklerinde *homosistein* 16 mmol/L idi. Değerli okuyucu, lütfen bir sonraki kan tetkikinizde bir yolunu bulup doktorunuzdan homosistein tetkikini de kontrol tetkiklerinize eklemesini rica ediniz. Homosistein değeriniz 6-8 mmol/L arasında olmalıdır. Laboratuvarınızın "normal" aralıkları böyle söylemese de, doğrusu budur. Homosistein değeriniz bu aralıkta ise ne yazık ki *"Demek ki vücutta her şey yolunda"* diyemiyoruz. Ama bu aralığın dışında, hele epey dışında ise rahatça *"Vücutta yolunda olmayan çok fazla şey var"* diyebiliriz. (REF.94A) Yolunda olmayanlar arasında, meme kanserindeki öne-

minden daha önce bahsettiğimiz estrojen atıklarını (metabolitleri) temizleme işi de vardır (REF.95-96-97).

Mine Hanım'ın 16 mmol/L olan değeri, zaten kötü huylu estrojen metaboliti üreten vücudun bunları temizlemekte de yetersiz kalması ile sonuçlanıyor ve Mine Hanım kanser kitlesi "eline gelmeden" önceki yıllarını işte böyle geçiriyordu. Bu yüksek değerin nedenleri arasında 348 pg/ml gibi, gene güya "normal" olan ama gerçekte olması gerekenden düşük düzeydeki vitamin B12 değeri de göze çarpıyordu. Mine Hanım'ın idrar iyot değeri de çok düşüktü ve bu da hem tiroid hem meme için hiç de iyiye işaret değildi.

Mine Hanım'ın GGT değeri 47 U/L idi. GGT, sadece karaciğer hastalığını gösteren bir işaret zannedilse de, anlamı bunun ötesindedir. Gene, standart görüşe göre normal sayılacak bu 47 U/L değeri, Fonksiyonel Tıp'ta bize göre –özellikle bir kadın için– yüksektir. Artmış *glutatyon* ihtiyacına, yani vücudun bir şeylerle mücadele ettiğine ve bu mücadelede "antioksidan cephane sıkıntısı" çektiğine işaret eder (REF.98-99-100). *Vücudu desteklemek için ille de mamografide bir şey görüp de "erken tanı" koymayı beklerseniz, doğruyu konuşalım, koyacağınız tanı aslında hiç de "erken" değildir.*

Dr. Mine Hanım'ın Cerrahpaşa Adli Tıp'ta yaptırdığımız ağır metal testinde idrarında çok yüksek düzeyde *arsenik* olduğunu gördük. Sandığınızın aksine, arsenik düzeyinizin yüksek olması için birinin sizi zehirlemesi gerekmez. Tarımda kullanılan çok sayıda böcek ve ot ilacında arsenik de bulunur. Nasıl odaya sıktığınız sivrisinek öldürücü spreyin %99'u odaya ve eşyalara, belki %1'i sivrisineğin "ciğerine" gidiyorsa, tarım ilaçlarının da %1'i hedefe yani böceğe ulaşırken %99'u toprağa yani sularınıza karışır. Duvar kâğıtlarından seramiğe, ahşap kaplamalara kadar arsenik pek çok yere girer. Arsenik kanserojendir (REF.101). Hücrenin enerji üreten ve toksinleri temizleyen işlevlerinde elini kolunu bağlar. Mine Hanım'ın yıllardır yavaş yavaş çoğalan kanser hücrelerini kontrol altına almakta ona ayak bağı olan bir dizi şeyden biri de büyük olasılıkla buydu. *Fonksiyonel Tıp Akademisi* eğitimine sahip bir hekim arseniğin hücrede *ne* yaptığını, bunlara *nasıl* karşı çıkabileceğimizi ya da vücuttan nasıl atabileceğimizi bildiği için –eğer zamanında görmüş olsaydı– Mine Hanım'a yol gösterebilirdi.

Bana gelmeden önce Dr. Mine Hanım ünlü bir fitoterapiste görünmüştü. Bu fitoterapist hekim, Mine Hanım'a kullanması önerilen (anti-estrojen) tamoksifen adındaki ilacı *"almasına gerek olmadığını"* söylemiş ve bunun yerine köpekbalığı kıkırdağı, kedi pençesi (*Cat's claw*) ve salvestrol önermekle yetinmişti. Mine Hanım'a bu aşırı iyimser yaklaşımın ne bilimsel ne de akıllıca olmadığını izah etmek de bize düşmüştü.

Dr. Mine Hanım bize geldiğinde ikide bir –haklı olarak– *"Ben meme kanseri olmamalıydım. Nasıl oldu da bu oldu?"* deyip duruyordu. Kendisi için ana sorun olan *bozuk estrojen metabolizmasının* ona kurduğu tuzağı, vücut buna karşı koymaya çalışırken eline ayağına dolanan eksikleri, hekim olmasının da sağladığı kolaylıkla ona izah ettikten sonra bir daha ondan bu soruyu işitmedik. Problemin ne olduğunu ve şu anda bunu çözmüş olduğunu bilmek de Mine Hanım'a güç vermişti.

YUMURTA İSTERSEN ÇOK, AMA ÇATLAMIYOR! "POLİKİSTİK OVER."

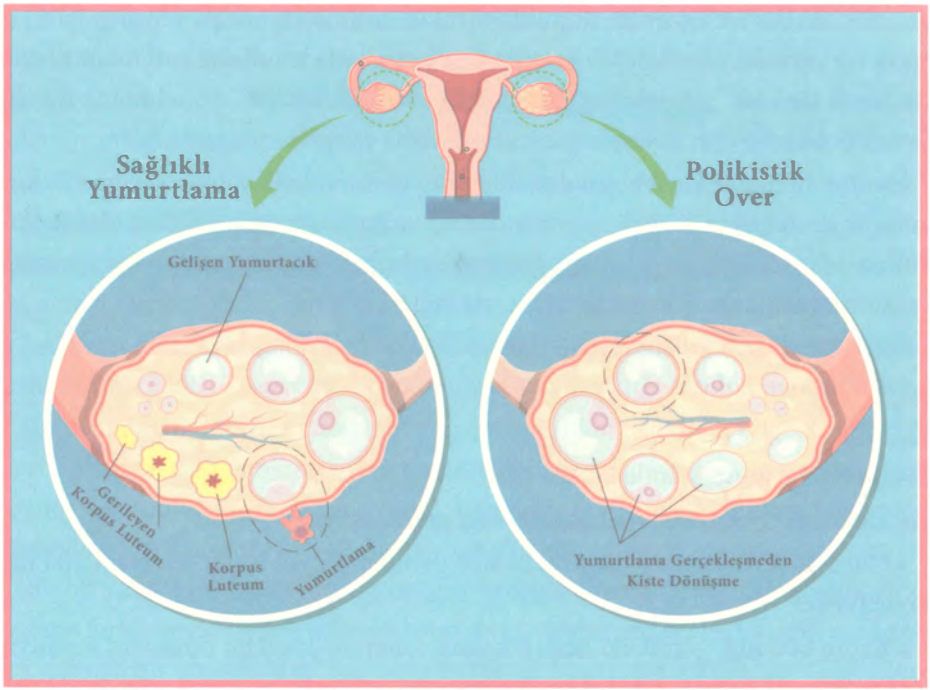
Polikistik Over Sendromu isminin halk arasında bile bilinir halde olması, bu durumun ne kadar sık karşılaşılan bir rahatsızlık olduğunu anlamak için yeterli. Tanı kriterlerindeki bulanıklık nedeniyle önemli sayıda genç kız ve kadına bu tanının "fazladan" konduğu bir yandan tartışma konusu olmaya devam etse de, polikistik over gerçekten çok sık rastlanan bir rahatsızlık. Doğurgan dönemdeki kadınların %10'unda polikistik over sendromunun var olduğu söyleniyor! O kadar ki, modern şehirli suni yaşam altında nasıl bağışıklık sistemi hastalıkları öylesine arttı ki eskiden biz doktorların dilinin ancak döndüğü *Hashimoto'yu* bugün toplumda bilmeyen kalmadıysa, aynı şekilde polikistik overi de bilmeyen kalmadı desek yeri. Bunun nedeni hem hormon bozucu çevresel toksinlerin hayatımızın her alanına girmesi, hem de insülin direncini besleyen çöp niteliğinde unlu ve şekerli yiyeceklerin neredeyse her gün tüketilir hale gelmesi.

"Tıpık" bir polikistik overli kadını tarif edecek olursak: Kilo fazlası ve insülin direnci olan, vücudunda özellikle meme başı çevresinde, göbek çevresinde veya çene bölgesinde uygun olmayan biçimde tüylenme görülen, yüzünde ve sırtında akne (sivilce) derdi olan, saç dökülmesinden yakınan bir genç kadından bahsederiz. Âdetler sıklıkla düzensiz veya uzun aralıdır. Âdet kanaması değişken olmakla birlikte ağır kanamalar izlenebilir. Kolesterol ve tansiyon yüksekliği de bulunabilir. Birçoğunun ailesinde de polikistik overe benzer bir hikâye vardır. Birçoğunun ailesinde, özellikle babasında şeker hastalığı hikâyesi bulunabilir. Hastanın doktora başvurma nedeni sıklıkla *infertilite*, yani hamile kalmakta yaşadığı güçlüktür.

Bununla birlikte, çizdiğimiz "tipik" tablo bütün polikistik overliler için geçerli değil. Normal kiloya sahip polikistik overlilere pekâlâ rastlanır, ama bunların birçoğunda da insülin direnci var! Polikistik overli bir genç kadının, kilosu ne olursa olsun çöp niteliğinde karbonhidratları, yani makarnalar, börekler, yaş pastalar, tatlılar, pilavlar, ekmek, hamurişleri, kola ve benzeri tüm içecekler, "meyve suyu" diye isim takılmış olan şeylerle vücuduna işkence etmeyi bırakıp, bağırsak sağlığı ve mikrobiyota (dost bakteriler) açısından doğru şeyler yapıp, hayatına egzersiz ve hareket katması şarttır ve birçok kez tek başına bile hastalığı geri çevirebilir.

Polikistik over terimi, "over" yani yumurtalıkta çok sayıda kist bulunduğunu ifade ediyor. Daha önce bahsettiğimiz gibi (s.28) normalde her âdet döneminde yumurtalıkta gelişmekte olan çok sayıda yumurta içinden sadece bir tanesi çatlamayı ve "yumurtlamayı" başarır. Bu yumurtanın kabuğu *korpus luteuma* dönüşüp progesteron salgılarken, "çatlama yarışını" kaybeden diğer yumurtalar büzüşüp küçülerek kaybolurlar. *Polikistik overde ise, gene çok sayıda yumurta hep birlikte gelişir, ancak hiçbiri çatlayamaz. Yani yumurtlama (ovulasyon) gerçekleşmez. Bu nedenle de birçoğu büzüşüp küçülmez.* Böylece ultrasonla muayenede sanki *"çok sayıda kist"* varmış gibi bir görünüm alırlar. *"Polikistik"* terimi buradan gelir. Tanı koyarken yaşanan bulanık bölge ve tartışma, genellikle ultrason değerlendirmesindeki farklı yorumlardan kaynaklanır. Son dönemde yapılan çalışmalar, polikistik over tanısında hastalığa ismini veren ultrason görünümü yerine AMH (Anti Müllerian Hormon) ölçümlerinin (REF.102) kullanılmasının bu belirsizlik durumunda ultrason muayenesinden daha güvenilir olacağına işaret ediyor.

Polikistik over rahatsızlığının nasıl olup da ortaya çıktığını tartışmak bu kitaptaki amacımızın dışında olsa da, *hastaların çoğunda insülin direncinin bu rahatsızlık için merkezi bir rol oynadığını belirtmek gerek. İnsülin direnci polikistik overi beslerken, polikistik over de insülin direncini besler.* İnsülin direncini çözdüğünüzde bu hastalıktaki hormonal düzensizliğin kısırdöngüsünü kırdınız demektir. İnsülin, karmaşık bir mekanizma ile bu hastalar için aşırı tüylenmede de önemli bir etken. Bir üst başlık atarsak, yaşam modeli olarak bir şeker hastası için doğru olan pek çok şey, bir polikistik overli için de doğrudur diyebiliriz.



Şekil.31 Solda normal yumurta gelişimi.
Sağda normal gelişimi tamamlayamayan, bir aşamada "takılan" yumurtalar

Polikistik overli bir genç kadının bu rahatsızlığı bir tür "iyileşebilen şeker hastalığı" gibi düşünmesini öneriyoruz. Nasıl şeker hastalığında beslenme ve egzersizi boş verip ilaçlara sarılanlar er geç ciddi sağlık sorunları yaşıyor ve gerçek anlamda iyileşemiyor, buna karşın akıllı yiyecek seçimlerini alışkanlık edinenler ve hayatına hareket katanlar çok daha zinde ve çok daha sağlıklı yaşıyorsa, aynen polikistik overli bir kadının da tedavisinde en önemli rolün kendisinde olduğunu bilmesi şart. Bununla birlikte, hastanın o kısırdöngüyü kırabilmesi için doktorun önereceği destekler, bilinçli seçilmeleri şartıyla ciddi ölçüde yardımcı olur.

Yaşam stilinde ve yiyecek seçimlerinde yapılacak değişiklikler, kilo verme, yaşamına hareket katma gibi doğru yönelimler yeterli destek ürünlerle birlikte polikistik overi ortadan kalıcı olarak kaldırabilir. Bağırsak ve mikrobiyota (bağırsaktaki "dost" bakteriler) sağlığını yerleştirmek de metabolizmaya olumlu yansır. Egzersize kısaca değinirsek: Sandalyede oturmakla karşılaştıracak olduğumuzda

yürümek harika bir egzersiz. Bununla birlikte, insülin direncini yenmek için yürümek ne yazık ki yeterli değil. Kısa da olsa yokuşlarla kendinizi zorlamanız, gene kısa süreli de olsa "yüksek yoğunluklu interval egzersizlere" yönelmeniz insülin direnci/polikistik over kısırdöngüsünü çok daha çabuk kırmanızı sağlar.

İnsülin direncine karşı besin destekleri büyük yarar sağlayabilir. Bu amaçla kullanılacak desteklerin bilinçli seçilmiş olması ve en az altı ay kesintisiz olarak kullanılması şarttır. Bu ürünler doğru yiyecek seçimleri ve egzersizin yerine geçemez, ancak onlardan daha kolay ödül almanızı sağlarlar.

Polikistik overde kullanılabilecek besin destekleri, üründe aranacak nitelikler ve önerilen ortalama doz:

- İnozitol 2 gram, günde iki kez
- Tarçın 10:1 ekstraktı (özütü) 200 mg, günde iki kez
- Gurmar (Gymnema sylvestre) > %20 gymnemik asit içeren ekstrakt 200 mg, günde iki kez
- Krom 500 mg, günde iki kez (ülkemiz yönetmelikleri bu doza izin vermiyor olsa da)
- Alfa lipoik asit 600 mg, günde iki kez
- N-asetil sistein 600 mg, günde iki-üç kez
- Çemen otu (fenugreek) %20 ekstraktı 375 mg, günde iki kez
- Berberin 500-1000 mg, günde iki kez

Son yıllardaki çalışmalar, özellikle insülin direnci, kan şekeri düzenlenmesi ve kolesterol/trigliserid yüksekliği sorunu yaşayanlarda *berberin*'in ciddi yarar sağlayabileceğini gösteriyor. *Ancak, hamile kalma arzusu veya olasılığı olanların kesinlikle berberin'den uzak kalması gerektiğini unutmayın!*

Bu destekleri kullanırken en sık yapılan yanlış, eksik doz kullanmak ya da gerekenden kısa bir süre kullanmak. Bu, gereken dozu ne doktor ne hastanın bilmemesinden kaynaklanabildiği gibi, *standardize* olmayan, yani içindeki etken maddenin miktarı açıkça belli olmayan bitkisel ekstraktlar (özler) kullanmaktan da kaynaklanabilir (s.278). Tüketici talebinin bilinçsizliği, doktorun bilgisizliği, üreticinin ise hem bilgisizliği hem suiistimali ile birleşince, ortaya piyasadakilerin çoğunda olduğu gibi *"etikette bir dolu bitkinin ismi var ama cismi yok"* ürünler çıkabiliyor.

En doğrusu bu besin desteklerinin de doktor önerisi ve takibi altında kullanılmasıdır ama, bunu yazınca yanında gerçeği de yazmak zorundayız: Bu tür doğal destekler hakkında biz tıp fakültesinde *hiçbir şey* öğrenmiyoruz. *Tek bir kelime bile!* Daha önce bahsettiğimiz "Patent Tıbbı", sadece bilimsel "kanıt" üretimi üzerinde değil, tıp eğitimi üzerinde de endirekt olarak söz sahibi.

Doktorunuz size besin desteği olarak bir ürün önerdiğinde, özel bir ilgisi olup da kendisi araştırmış ya da bir özel eğitim almış değilse, ne tür bir doğal besin desteği olursa olsun, şundan emin olabilirsiniz: Doktorunuz o besin desteğini sadece bir kaynaktan "öğrenmiştir". Size o doğal desteği önermesinin tek nedeni de odur: Firma temsilcisinin ("reprezant") onun masasına bıraktığı broşür!

Bu firmalar, doktorların doğal besin destekleri konusundaki bilgi eksiğini çok güzel kullanırlar. Biz doktorlar bir tarçın ekstresinde neyi aramamız gerektiğini, inozitol dozunun ne olması gerektiğini, hatta alfa lipoik asit hakkında bile, düpedüz söyleyelim: *Hiçbir şey* bilmeyiz. *Berberin*'in adını bile duymuş olanlarımız çok küçük bir azınlıktır. Bir doktorun önüne, örneğin prostat hipertrofisi konusunda beş tane farklı doğal destek ürünü koyup da en iyisini seçmesini istesek, kura çekmek dışında bir şansı yoktur. Bunların hiçbiri doktorunuzun kabahati değil. *Onun kabahati*, kırk yılın başında, o da tedaviye en dirençli hastasında firma temsilcisinden duyduğu için hastasına önerdiği o aslında beş para etmez besin desteğini, üstelik de gerekenden daha kısa süre kullandırdıktan sonra "*Bu ot çöpler de bir işe yaramıyor kardeşim, zaten bu işler bilimsel değil*" deyip işin içinden çıkmasıdır.

Soğan suyu polikistik over, endometriozis, myomlar, yumurtalık kisti, Âdet öncesi sendromu, kısacası her şeye iyi geliyor. İyi gelmediği bir kadın sorunu var mıdır?

Önce, soğan yararlı bir yiyecek. Her şeyi bir yana bıraksak bile, soğan çok iyi bir prebiyotiktir yani bağırsakta bulunan dost bakterilerinizi besler. İnançla ve ısrarla yerseniz kolesterol değerleriniz düşebilir. İçerdiği quercetin alerjilerde yararlıdır, ayrıca antioksidan etkilidir. Herkese her fırsatta her yolla soğan tüketmelerini öneririm. Yemekleri takiben ya da soğan yemekle karında gaz sorunu olanlara ise önermem. Buraya kadar hepsi tamam. Bundan ötesi efsane.

Yumurtalık kistleri sağlıklı birçok kadında, hatta neredeyse her kadında bir dönem gelir geçer. Zaman içinde bu kistlerin çoğu kendiliğinden kaybolur. Âdet öncesi sendromları da, endometriozis ağrıları da bazı âdetlerde daha hafif atlatılır. Bazı polikistik over hastalarının beslenme ve egzersiz açısından yaptıkları küçük değişiklikler büyük fark yaratabilir. Bir insanın yarar göreceğine inandığı bir şeyi yemesi ya da içmesi de stres sistemi üzerindeki düzenleyici etkisi ile her türden rahatsızlıklarına şaşırtıcı ölçüde iyi gelebilir. Tıpta "plasebo etkisi" dediğimiz çok güçlü bir etki vardır. "Okunmuş pirinç" denen şey de bu yolla "etki eder". Bir ülkede hormonal sorunlara sahip on binlerce kadın soğan suyu efsanesi altında garip ve hikmeti tamamen kendinden menkul şu ayrıntılı soğan suyu tariflerine uyduğunda, aralarından bir kadının "iyileşmesi" bu efsaneyi 1000 kadına yayar. Etkisiz olduğunda ise kimse "soğanın arkasından" konuşmaz. Zaten konuşsa da diğeri gibi yayılmaz. *"Soğanı ikiye böleceksin, altı buçuk dakika kaynatacaksın, ılık ılık içeceksin, yudum yudum içeceksin. 21 günü tamamlayacaksın."* Neden ikiye? Neden altı buçuk dakika? Neden yudum yudum? Neden 21 gün? Soğanın hangi bileşeninin bu hastalıklardaki nereye nasıl bir biyolojik etki mekanizması var? Ne alakası var? Bunları açıklamanıza gerek yoktur, çünkü size kimse sormaz. Aynen hiçbir bilimsel, biyolojik ve mantıki temeli olmayan ot kaynatma tariflerinde olduğu gibi, tarifi ne kadar ayrıntılı verirseniz, okuyan ya da dinleyenler *"Baksana adam âlim, ne kadar ince noktaları biliyor"* diyeceklerdir.

Dünya halklarında soğan suyunun yararına ilişkin her ülkede farklı efsaneler var. Bunlar kanserden görme bozukluklarına, kulak enfeksiyonlarından saç dökülmesine, kısırlıktan uykusuzluğa uzanan çok geniş bir yelpazede yerleşiyor. Ülkemizde yaygın olanı ise, kadın hastalıklarındaki yararına ilişkin.

Doğum kontrol hapı alırken âdetlerim nihayet düzene girdi. Artık gün sekmiyor. Yani, hormonal dengesizliğim iyileşti öyle değil mi?

Kadında âdet döngüsü, beyinden salgılanıp yumurtalıklara (overlere) ulaşarak onlara çağrıda bulunan özel hormonlarla (FSH, LH) başlar ve döngüsel olarak bir denge içinde devam eder. Doğum kontrol hapı, beyinden salgılanan bu hormonları susturur. Böylece bu doğal döngüyü daha başlamadan yok eder. Bundan ayrı olarak, rahim ağzındaki salgıları spermin geçemeyeceği şekilde değiştirmek yolu ile de gebe kalmayı engeller.

Siz doğum kontrol hapı kullanmakta iken yumurtalıklarda yumurtalar yarı yola kadar gelişir, ama içlerinden biri "ipi göğüsleyip" çatlayamadan daha yarı yolda tümü büzüşür. *"İyi ama o zaman nasıl âdet görüyorum bu hapı kullanırken?"* diye soracaksınız. En kısa ve hakiki yanıt şu: *O âdet doğal bir âdet değil. Hatta "gerçek" bir âdet de değil.*

Hap kullanırken beyin olsun, yumurtalık olsun, o "sahte âdet" adına bütünüyle devre dışı kalmıştır. *O âdetler sizin değil, "hapın" âdetleridir.* Vücuttan yani yumurtalıktan değil, *haptan gelen hormonla* endometrium (rahim içi döşemesi) önce büyüyüp kalınlaşır, sonra bu suni ortamda bebek yerleşemediği için aynen normal âdette olduğu gibi dökülüp gider. Sonuçta tamamen hapa bağımlı bir âdet kanaması ortaya çıkar. *Bu kanama, adeta rahim ile kullanılan hap arasındaki bir meseledir.* "Beyin, yumurtalık, vücut bu âdet kanamasında tamamen devre dışı kalmıştır."

Soruyu kısaca yanıtlarsak, evet hap kullanınca "âdetler" muhakkak düzene girer. Yani rahim iç döşemesi "hapın takvimine" uygun olarak dökülür. *Ama aslında bu, sizin hormonal dengeniz ve sisteminiz "düzene girdi" anlamına gelmiyor. Aksine, hormonal sisteminiz "devreden çıktı" anlamına geliyor.*

Bu hapların hepsinde bir çeşit *sahte* progesteron, yani progestin adı verilen *hormonsu* bulunur. Progestinler vücut dokuları içinde yalnızca rahimde gerçek progesteron gibi iş görüyor. Bunun dışındaki dokularda yani beyin, kemik, kalp, meme gibi organlarda ise, daha önceleri anlattığımız gibi (s.61) "hormon anahtar yuvasının" önünü tıkıyor.

Polikistik overlide yumurta çatlayamadığı için, yani yumurtlama gerçekleşemediği için progesteron üretimi zaten yok hükmüne inmişken, bu hapı kullanınca üstüne bir de bu hormonun yuvasını bloke etmiş oluyoruz. Hapta bulunan estrojen de böylece progesteron ile dengelenemiyor. Doğum kontrol haplarının su tutma, depresyon, meme kanseri riskinde ufak da olsa artış gibi yan etkileri progesteronun devreden çıkmasına, kilo alma, damarlarda pıhtılaşma ve tıkanıklıklar gibi yan etkileri ise estrojeni *ağızdan* almaya bağlı olarak ortaya çıkıyor.

Doğum kontrol haplarında bir miktar *hormonsu* estrojen ve bir miktar da *Frankenstein* progestin bulunduğunu söyledik. Doğruya doğru, bunların dozu eskiye göre azaltılmış durumda. Bu sizin içinizi rahatlatır mı bilmem. Benimkini tam anlamıyla rahatlatmıyor. Bu hapları özellikle uzun süreli kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin az da olsa arttığı da son dönemdeki çalışmalarla artık ortaya çıkmıştır (REF.103).

Gebeliğin önlenmesinde eğer korunacak olan kadınsa, hem doğal hem yüzde yüz etkili hem de pratik bir yöntem ne yazık ki yok. Kullanma kolaylığı ve etkinlik açısından haplar ile yarışmak da hiç kolay değil. Ancak, en başta meme kanseri olmak üzere potansiyel sorunlar ve doğal âdet düzenini ortadan kaldırması nedeniyle, eğer korunacak olan kadın ise ben hastalarıma hapları değil, *hormonsuz* spiral denemelerini öneriyorum.

Polikistik overde günümüzün yaygın uygulaması, kadına bir doğum kontrol hapı vermek. Bu hap, yukarıda açıkladığımız gibi adeta "sistemi kapatır". Kadının kendi hormonal döngüsü tümüyle devreden çıkar. Yerine "hapın âdet düzeni" gelir. Böylece âdet kanamaları "düzene girer". Yeni tüylenmeler azalır. Günde bir hap yutuvermek karşılığında fena değil gibi duruyor, öyle değil mi?

Ne yazık ki "görünüşü kurtaran" bu durum, aslında iyileşme yönünde bir değişim anlamı taşımıyor. Kilo, insülin direnci, kolesterol yüksekliği, artmış kalp-damar hastalıkları riski, estrojen baskınlığı hâlâ devam ediyor. Baskılanmış olan bozuk hormonal sistem altyapıda varlığını sürdürüyor. "Düşük dozda" da olsa sürekli alınan hormonsular da doğrusu kulağa hiç hoş gelmiyor. İnfertilite

(kısırlık) ise bu hapları bırakıp yumurtlamayı uyaracak başka ilaç tedavilerine girişmeyi gerektiriyor. Halbuki yiyecek seçimlerinde daha bilinçli olmak ve biraz hareket, insülin direncine yönelik destekler eşliğinde ve progesteron ile desteklendiğinde hastaların büyük çoğunluğunda doğal bir âdet düzeni ve yumurtlamayı sağlama mümkün olabiliyor.

Gelelim benim *yaygın uygulamadaki en büyük eksik* olarak nitelendirdiğim progesteron desteğine. Polikistik overde yumurtalar çatlayamadığına göre, yumurta kabuğu yani *korpus luteum* gelişemiyor. Bu da, progesteron salgılanamıyor demek. Buna karşın, çatlamasalar da çok fazla sayıda yumurta "kistik" büyüklüğe ulaşıyor. Büzüşüp kaybolmak yerine uzun süre faal oluyorlar, yani ciddi ölçüde estrojen salgılıyorlar. Bu da, polikistik overli vücut kesinlikle sürekli olarak *estrojen baskınlığında* yaşıyor anlamına gelir.

Gerek Amerika'daki Fonksiyonel Tıp uygulayıcılarının, gerek bizim tecrübemizde progesteron doğru ve etkin kullanıldığında polikistik over hastalarında dönüştürücü bir etki ortaya çıkarabiliyor. Progesteron, çatlayamayan çok sayıda kistik yumurta tarafından salgılanan estrojeni dizginleyerek rahim içindeki aşırı kalınlaşmayı önler. Böylece hem âdet kanamaları ağır değil normal seyreder, hem de vücudun progesteron eksiği yerine konmuş olur. Progesteronu polikistik over için özel bir yöntemle uygulayarak birçok hastada yumurtlamayı sağlamak da mümkün olabiliyor, fakat bunun için standart progesteron desteğinden daha farklı bir protokol uygulamak gerekiyor. Her durumda bu, doktorunuzun yöneteceği bir konu.

Her durumda, eğer amaç düzenli ve normal ağırlıkta âdet görmek ise, bana göre doğum kontrol hapları yerine daima döngüsel progesteron kullanımı tercih edilmeli (s 139). Bu kullanımda 2-3 âdet dönemi içinde hemen hemen her polikistik overli kadında âdetleri düzene sokup hafifletmek mümkün. *Hapların aksine, burada kullanılan progesteron doğal bir hormon, vücuda verilen de vücudun zaten eksiğini çekmekte olduğu bir hormon.* Gerçek progesteron ayrıca tüylenmeyi azaltmakta da çok yardımcı olur. Tüylenme demişken bir not düşelim: Bir kez ortaya çıkmış olan tüyler ancak epilasyonla kaybolabilir. Tedavideki amaç yenilerinin çıkmasını azaltmak ve önlemektir.

Polikistik over hastalarının ciddi bir sorunu hamile kalamamak, yani infertilite. Yalnızca progesteronu özel bir protokolle uygulamak bile bazı hastalarda yumurtlama ve hamileliği getirebiliyor. Buna karşın, infertilite konusu muhakkak bir infertilite kliniği ya da bu konuda uzmanlaşmış bir jinekolog tarafından yönetilmelidir.

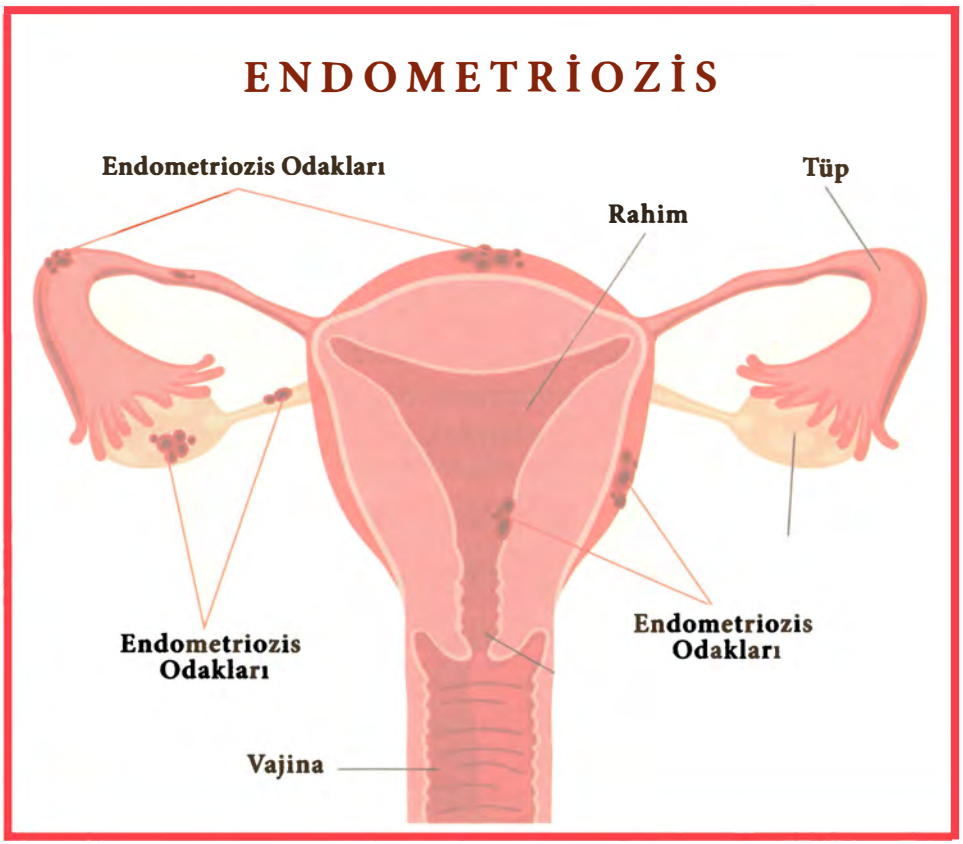
ÇİKOLATA KİSTİ HASTALIĞI (ENDOMETRİOZİS)

Endometriozis, "Çeken bilir!" denecek ölçüde ağrılı âdetlere neden olabilen ve infertilite nedenleri arasında da en başta adı geçen bir rahatsızlık. İnflamasyon ve aromatizasyonu engellemek amacıyla akıllı yiyecek seçimleri ve besin destekleri, hastalığın şiddetini ciddi ölçüde azaltabilir. Nasıl ki bu hastalık hamilelikte iyileşiyorsa, doğal progesteronu gereken yüksek dozlarda kullanmak hem endometriozis yönünden büyük yarar sağlar hem de sıklıkla yumurtalıkları tutan ve sağlıklı bir yumurtlamayı engelleyen bu rahatsızlıkta vücudun progesteron eksiği giderilmiş olur.

Endometriozis, kadınların yaklaşık %10'unu etkileyen gerçekten çok sık bir rahatsızlık. İnfertilite olgularının da en önemli sorumlularından. Nedeni ve nasıl geliştiği konusunda çok fazla görüş öne sürülmüş olsa da, halen tam olarak aydınlatılabilmiş değil.

Endometriosis, rahmin iç yüzünü kaplayan *endometrium* adındaki tabakaya ait olan dokunun, normal âdet kanamasında olduğu gibi dışarıya akıp dökülmek yerine geriye, rahmin "kolları" yani tüplere doğru (Şk.32) ilerleyip yumurtalıklar üzerine ve karın boşluğuna dökülerek buralarda yerleşmesi olarak tanımlanabilir. Normalde bulunmaması gereken bu noktalara yerleşen rahim içi dokusu, her âdet döngüsünde hormonların etkisi ile *sanki rahim içindeymiş gibi* büyür, gelişir ve dökülmek ister, ama karın boşluğu içinde tabii ki dökülecek yer bulamaz. Karın içinde, yumurtalıklar üzerinde, hatta kalın bağırsak ve mesane duvarı üzerine "dökülerek" buralara yerleşebilen rahim dokusu, her âdet döneminde bu noktalarda adeta iltihaplı biçimde çoğalıp kanayarak şiddetli ağrıya neden olur. Hastalık da zaten ismini, rahmin içini döşeyen *endometrium* tabakasından alır. Rahmin iç yüzünde olması gereken bu kat-

man bazen *rahim duvarının içine* girer. Bu dokunun içinden normal âdette olduğu gibi dökülemediği için, âdet esnasında rahim duvarı kaslarının içine yaptığı kanama ve iltihapla gerçekten çok ağrılı âdetler ortaya çıkarır.



Şk.32 Rahim, tüpler ve yumurtalıkta kanamalı endometriozis odakları

Endometriozisin neden oldukça sıkıntılı bir durum oluşturacağını anlamak için, normal âdet döngüsünde ne olduğunu hatırlayalım. Âdet döngüsünün (ayın) ilk yarısında estrojen etkisi altında rahim iç tabakası (endometrium) gelişerek kalınlaşır. İkinci yarısında ise, *korpus luteum* yani yumurta kabuğundan salgılanan progesteron bu tabakayı olgunlaştırır ve bebeğin yerleşebileceği duruma getirir. Döllenme gerçekleşmeyince korpus luteum büzüşerek yapısını kaybeder, böylece progesteron

desteğini kaybeden endometrium tabakası beslenemeyerek adeta bir yara kabuğu gibi ayrılır ve önce rahmin iç boşluğuna, oradan da vajene ve dışarı atılır (Şk.23).

Dikkat ediyorsanız, endometrium tabakasında kalınlaşma, büyüme, olgunlaşma ortaya çıkarken bu tabaka *rahmin içindeki boşluğa doğru* büyüyor, dökülürken de vajen yoluyla bir çıkış yolu bulduğu için sorunsuz olarak vücudu terk ediyor. Eğer bu büyüyen tabakayı tutup da başka bir organın dokusunun içine, böyle bir boşluk bulundurmayan bir yere koyarsak bize problem çıkaracaktır. Bu doku hormonların etkisiyle gene büyüyüp kalınlaşır, ama bu sefer içinde büyüdüğü organ ve dokuda baskı ve ağrıya yol açar. Dökülmek için bir yer bulamayınca organın içine bir kanama ortaya çıkarır. Endometriozis dokusunun inflamasyon (mikropsuz iltihap) maddelerinden son derece zengin olması da hissedilen ağrıyı şiddetlendirir.

Rahim içinden kaynaklanan endometriozis dokusu yumurtalık üzerine ya da içine yerleştiğinde, normal âdet döngüsü hormonları ile önce gelişir, ama dışarı dökülecek yer bulamaz. Böylece yumurtalık içinde içi kan dolu kistler oluşur. Bu kan bek ediğinde içindeki demirin etkisi ile kahverengiye dönüşür. *"Çikolata kisti"* deyimi buradan gelir.

Endometrioziste ağrılı âdet, ağrılı ilişki, sırt ağrısı, ağrılı dışkılama gibi yakınmalar olabilir. Genellikle âdet döngüsü (ay) kısa, ama âdet kanaması uzun ve oldukça ağrılıdır. Birçok hastanın 1. derece akrabalarında da bu hastalık hikâyesi bulunabiliyor. En tipik endometriozis hastası 25-30 yaş arasında, doğum yapmamış ve mükemmeliyetçi kişilik özelliği taşıyan bir genç kadın olarak kendini gösteriyor.

Bunlar dışında bir önemli sorun, infertilite yani gebe kalamama durumu. Endometriozisin hiçbir ağrılı yakınmasının mevcut olmadığı ve böyle bir tanı almamış kadınlarda bile, infertilitenin altta yatan nedeni çok kez bu rahatsızlık olabiliyor. İnfertilite yakınması olan kadınların dörtte birinden fazlasında, buna endometriozisin neden olduğu öne sürülüyor.

Endometriozis dokusu estrojene bağımlıdır. Bu nedenle de yatıştığı, gerilediği iki doğal durum vardır: "Menopoz ve hamilelik. Yapılan tedaviler de esasen bu ikisine benzer bir hormonal durum elde etmeye dayanır."

Menopozda estrojen ile beslenen tüm vücut dokularında zayıf ama olduğu için, doğal olarak endometriozis dokusu da zayıflıyor. Gebeliğe gelince, gebelikte tabii ki estrojen düzeyi düşmüyor aksine çok yükseliyor, ancak plasentanın salgıladığı çok yüksek yoğunlukta progesteron, estrojeni dizginlemeye yetiyor.

Endometriozis, cerrahi girişimler gerektirebilen karmaşık bir jinekolojik hastalık. Organlara yayılabilen odakların temizlenmesi, infertilite için tüp bebek tedavileri gibi bir dizi işlemler gerekebiliyor.

Bizim bu rahatsızlık hakkında bu kitap sınırları içinde sizlerle paylaşacağımız üç husus var:

1. Size bu ifade edilmiş olsun olmasın: Yiyecek seçimleri, endometriozis üzerinde son derece etkili!

2. Gene, daha önce bahsettiğimiz nedenlerle (s.35) size söylenmemiş olsa da, besin destekleri bu rahatsızlıkta son derece önemli.

3. Bu kitabın pek çok noktasında aynı şeyi tekrarlamak zorunda kalmış olsak da: Doğal progesteron, bu rahatsızlıkta da, olması gerekenden çok daha nadir, hatta kullanılmıyor desek yeri.

Endometriozis dokusunun serpilip gelişmesinde aldığı üç önemli destek var. Bunlardan birincisi *inflamasyon*. İnflamasyon (yangı, mikropsuz iltihap) son yıllarda neredeyse tüm kronik hastalıkların altında yatan mekanizma olarak mercek altında. Damar sertliğinin bile, damar duvarında içten içe süregiden bir inflamasyona bağlı olduğu anlaşılmış durumda. "İltihap" deyimi ile mikrobik bir iltihap değil, romatizmalı bir eklemde olan bitene benzer bir "yangı" kastediliyor. Kaynağı ne olursa olsun inflamasyon, endometriozis ateşine benzin döküyor.

Endometriozise ikinci destek ise, teknik terimi ile söylersek *aromatizasyon*. Böbrek üstü bezinden salgılanan "erkeksi" hormonların estrojene çevrilmesine aromatizasyon deniyor. Endometriozis dokusunun bu konuda olağanüstü bir yeteneği var. Böbrek üstü bezi hormonlarından eline ne geçerse estrojene çevirebiliyor. Böylece kendisini besleyecek estrojeni kendisi imal ediyor. *İnflamasyonun aromatizasyonu daha da artırdığına da dikkat çekelim.*

Endometriozis dokusunun aldığı üçüncü destek ise son derece zekice: Üzerinde taşıdığı progesteron reseptörlerini (yuvalarını) ortadan kaldırıyor! "Dostumuz" progesteronun etkisinin azalması inflamasyonun şiddetini artırıyor. Burada çok önemli bir nokta şu ki, her ne kadar bu dokuda progesteron hormon yuvaları zaten hastalığa has olarak azalmış olsalar da, artan inflamasyon eldeki

progesteron yuvalarını da tahrip ediyor! Böylece bir kısırdöngü ortaya çıkıyor. Eğer inflamasyonu ve aromatizasyonu engelleyebilirsek bu kısırdöngüyü birkaç yerinden kırabiliriz.

Şimdi, bize düşen bu iki mekanizmayı elden geldiğince engellemek olmalı. Bunun da yiyecek seçimlerimizle ve kullandığımız besin destekleriyle ciddi bir ilişkisi var. Bunlar patenti alınamayan ve "ilaç" haline getirilemeyen araçlar olduğu için büyük ihtimalle size bunların öneminin hak ettikleri ölçüde izah edilmemiş olduğunu tahmin etmek zor değil.

2012'de yapılan bir çalışmada (REF.105), bir yıl boyunca glutensiz diyete alınan bir endometriozisli kadın grubunun tam %75'i ağrılarında ciddi azalma bildirmiş. Kalan %25'lik kadın, bir değişme bildirmemiş, ancak bu süre boyunca hiçbir hastanın ağrılarında artma olmamış. Hastaların tümü, genel fizik fonksiyonalite, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal ilişkiler ve mental sağlıkta düzelme bildirmiş. Çölyak hastaları arasında da endometriozise daha sık rastlandığı bildiriliyor (REF.133).

Bundan ne sonuç çıkarmak gerekiyor? Endometriozisin nedeni gluten mi? Tabii ki hayır. Hiçbir kronik hastalığın tek nedene indirgenemeyeceğini daha önce konuşmuştuk. Ancak endometrioziste *inflamasyon* (yangı) adı verilen, romatizmal hastalıklardakine benzer mikropsuz iltihabın bu hastalığın en önemli altyapısını oluşturduğunu düşünürsek, vücutta inflamasyonla seyreden neredeyse tüm kronik hastalıklarda bu inflamasyonun kaynağının bağırsaklar olduğunu da bilirsek, ağzımıza atacağımız şeyleri daha bilinçli seçmemizin önemi kendiliğinden ortaya çıkar.

Gluten konusunun derinliklerine dalmak bu kitabın amacının dışında. Yalnızca bir değinip geçelim: *"Gluteni kestim şöyle zayıfladım, böyle iyileştim"* diye ballandıra ballandıra anlatan kişiler ve hastalar hepimizin çevresinde. "Gluteni kesmenin" yararı konusunda şüphe yok. Ancak, *"Gluteni kestim"* diyen bir kişi, gluten *molekülünü* kestiği için mi "iyileşti" *yoksa* içinde gluten barındıran ekmek, makarna, hamburger, hamurişleri, tatlılar, bira gibi çöp niteliğinde yiyecekleri kestiği ve üstelik bunların yerine –mecburen– daha besleyici şeyler yediği için ya da içinde gluten bulunduran bu çöp niteliğindeki yiyecekleri yiyerek altyapıdaki bir SIBO (ince bağırsakta aşırı bakteri üremesi) ateşine benzin atmayı kestiği için mi? Genellikle doğru yanıt birinci şık değildir.

Gayet tabii ki, gluten maddesini hiçbir şart altında almaması gereken ama bundan haberi olmayan, hastalığını glutenin beslediğinin farkında bile olmayan ciddi

sayıda insan var. İnflamasyon (yangı) ile seyreden her ciddi kronik hastalığa sahip olan kişi, gluten duyarlılığı ile ilgili testleri yaptırmalıdır. Ne yazık ki kişi gluten duyarlı olduğu halde bu testler sıklıkla negatif sonuç verir, yani sanki glutene duyarlı değilmiş gibi sonuç çıkar. Bu nedenle test yaptırmamızın amacı, sadece pozitif sonuçları yakalamaktır. Çünkü eğer böyle ise, kronik rahatsızlıktan esas sorumlunun glutenin molekülü olduğu anlaşılır. Bu durum hastaya ilişkin şu son derece önemli bilgiyi verir: Glutenin *zerresini bile* hayatından çıkarmadığı müddetçe hastalığı ilerlemeye devam edecektir. Test negatif çıkarsa, *"Gluten duyarlılığı yok"* diyemediğimiz için hasta bu kez 3-6 ay boyunca glutensiz bir beslenmeyi dener ve bunun sonuçlarına bakılır. Bana göre, endometriozis de bu denemeyi kesinlikle hak eden bir rahatsızlık (REF.133A).

Genel anlamda, inflamasyon ateşini körükleyen (pro-inflamatuvar) yiyecekler yerine bu ateşi söndüren (anti-inflamatuvar) yiyeceklere yöneldiğinizde endometriozis ağrılarında *kesinlikle* ciddi bir azalma elde edersiniz. Bu size beyin, kalp, karaciğer, bağırsaklar gibi diğer organlarınızın sağlığı, gün içinde daha yüksek bir enerji, daha iyi uykular, daha sağlıklı bir kilo, daha sağlıklı bir bebek gibi saymakla bitmez kazançlar da getirecektir.

2013'te yapılan bir çalışmada, insandan alınan endometriozis hücreleri farelere yerleştirilerek hayvanlarda enzometriozis hastalığı oluşturulduktan sonra, üzüm kabuğunda bulunan *resveratrol* ve yeşil çayın aktif bileşeni olan *EGCG* bu farelere verildiğinde endometriozis gelişimini güçlü olarak engellediği görülmüş (REF.134).

Endometrioziste anti-inflamatuvar yiyeceklerin öneminden bahsettik. Yeşil çay, nar ve diğer kırmızı meyveler her zaman dostunuzdur. Bununla birlikte, toprağın can çekiştiği günümüzde ne yazık ki artık yiyecekler eski besleyici özelliklerini çok büyük ölçüde kaybetti. Endometriozis gibi ciddi bir durumda standardize içerikli besin destekleri kullanmak bana göre vazgeçilmezdir.

İnflamasyonu azaltmakta kullanabileceğimiz desteklerde arayabileceğimiz içerikler arasında bazılarını sayarsak:

- N asetil sistein 600 mg, günde üç kez
- Alfa lipoik asit 600 mg, günde iki kez, mümkünse boş mideye
- Melatonin 10 mg, yatmadan yarım saat önce

- Nar özütü (%30-40 punicalagin içerecek biçimde standardize) 400-500 mg, günde iki kez
- Yaban mersini özütü (%25 oligomerik proantosiyanidin içerecek özellikte) 100 mg, günde iki kez
- Yeşil çay özütü (HPLC ile %50 EGCG içerecek özellikte) 500 mg, gunde 2 kez
- Resveratrol (HPLC ile %99 saflıkta) 250 mg, günde iki kez
- Pycnogenol 200 mg, günde 2 kez
- Üzüm çekirdeği ekstraktı (%95 proantosiyanidinler içerecek özellikte) 200 mg, günde iki kez
- Gotu kola (%40 asiaticosid içerecek özellikte)

Bunlar arasında birçoğu aynı zamanda *aromatizasyonu* da (böbrek üstü bezlerinden aşırı estrojen üretimi) frenlediği için çift yönlü yarar gösterir.

Aromatizasyona yönelik destekleri listelersek:

- İyot (ancak ölçüm sonrası eksik olduğu gösterildikten sonra)
- Yeşil çay özütü
- Üzüm çekirdeği proantosiyanidinleri
- Keten tohumu (s.159)
- Genistein, daidzein (suya *izoflavonları*) (s.159)
- Melatonin 10 mg, yatmadan yarım saat önce
- Beyaz kultur mantarı
- Resveratrol

Melatonin, bana göre tüm endometriozisli hastaların *mutlaka* kullanması gereken bir destek. Yapılan çalışmalarda da bu görülmüş (REF.135). Ülkemizdeki yönetmeliklerde melatonin ne yazık ki bir "ilaç" kabul edilmiş ve bir besin desteği olarak yurtiçinde elde edemiyorsunuz. Avrupa ve Amerika'da pek çok ülkede bir doğal destek olarak serbestçe ulaşabileceğiniz ve çok sayıda üretici olduğu için rekabet ortamında fiyatı düşük olan melatonin, ülkemizde eczanelerde "ilaç" statüsü ile ancak yetersiz bir dozda ve aşırı pahalı olarak bulunabiliyor. Böyle olunca da,

enzometrioziste gece yatmadan yarım saat önce almanızı önereceğim 10 mg ve üzerindeki dozları elde etmeniz ancak yurtdışından olacaktır.

Her durumda, eğer bağırsak düzeniniz bozuksa, kronik kabız iseniz, her yemekten sonra gaz ve hazımsızlıktan yakınıyorsanız, şunu bilin ki bu sorununuzu en azından belli ölçüde çözmeden vücutta inflamasyon kaynağından kurtulmanız kolay olmayacaktır. Sağlıklı bir bağırsak, sağlıklı bir mikrobiyota (dost bakteriler) endometriozisi körükleyen besini onun elinden almanızda sizin için büyük önem taşıyor.

Ağrılı âdetlerde, âdetten bir gün öncesinden, en azından âdet başlar başlamaz olmak üzere örneğin ibuprofen gibi bir ağrı kesici/antiromatizmal ilacı her yemekle birlikte almak gerekebilir. Bu durumda günde bir kez kullanım genellikle yetersiz kalır.

Son olarak ama belki de en önemlisi: Endometriozis rahatsızlığınızda kullandığınız hormon haplarında bulunan progestinleri uzun yıllar boyunca kullanmak yerine *doğal progesteron kullanımı ile, bu rahatsızlığın gerektirdiği yüksek dozlarda ve tercihen vajinal yolla kullanmak kaydı ile, aynen hamilelikte bu rahatsızlığın gerileten doğal progesteron gibi* iyileştirici bir etki elde edilebilir.

"Spiral" (rahim içi araç) kısırlık yapar mı?

Bu eski bir inanış. Sadece bizde değil, Amerika'da da kadınlar arasında rahim içi aracın infertiliteye yol açtığına ilişkin yaygın ve abartılı bir söylenti var. Bana göre eldeki doğum kontrol yöntemleri içinde en sağlıklısı hormonsuz rahim içi araç. Tek sıkıntısı, nadir olmayarak âdet çevresinde lekelenme yapması. Birlikte âdetin ikinci yarısında progesteron kullanarak bu engellenebilir, ancak bunda da başarısız olunursa doğum kontrol hapları ile karşılaştırıldığında ehvenişer bir yöntem olarak sentetik hormonlu spirale başvurulabilir.

Doğum kontrol hapları kanser yapar mı?

Ne yazık ki doğal biyoeşdeğer hormonları hamile kalmayı engellemek amacıyla kullanamıyoruz. Bu hormonlar Doğa'nın bir parçası. Doğa'nın gündeminde de, "hamile kalmayı engellemek" bulunmuyor.

Her gün riskler alırız. İşe gitmek üzere evden çıkmak bile, hatta evde kalmak bile bir risktir. Burada esas mesele, alınan riski olası kâr/olası zarar penceresinden irdelemek.

Bir karar alırken önümüzde daima seçenekler ve riskler vardır. Bunları örneğin menopoz sonrası hormon replasmanı için düşünelim. Menopoz sonrasında ciltten *biyoeşdeğer hormon* kullanırsak meme kanseri riskinizin arttığına ilişkin hiçbir çalışma ortaya konmuş değil. Bu yönde bir kanıt bilim tarihinde mevcut değil. Biyoeşdeğer hormon kullanılmış olan çalışmalar ise bu riskin değişmediğini, aksine bazı çalışmalarda azaldığını gösteriyor (REF.127). Kimyasal hormonlar kullandığınızda ise, bu risk az da olsa tereddütsüz biçimde artıyor.

Şimdi geldik meme kanseri çekincesi ile hormon kullanmama kararı aldığınızda, yani hormon tedavisinin her çeşidinden uzak kaldığınızda, hele menopoz sonrası ilk on yıl içinde olmanıza rağmen kararınızı hormon kullanmama yönünde kullandığınızda ne olup bittiğine: Kalın bağırsak ve yemek borusu kanseri, enfarktüs, felçler, *Alzheimer* gibi hastalıklar nedeniyle *erken ölüm riskinizin*, meme kanseri riskinden elde ettiğiniz kazanca göre çok daha büyük olduğu son 10 yıl içindeki incelemelerde ortaya çıkmış durumda.

Doğum kontrol haplarının kanser riskini artırdığı son yıllarda yapılan araştırmalar ile ortaya kondu (REF.126). Bununla birlikte, bu risk de oldukça küçük bir risk. Buna rağmen, eğer hormonsuz spiral veya bir başka alternatif bir doğum kontrol yöntemine uyum sağlayabilirseniz, bence bu riski almaya gerek yok. Eğer başka bir yönteme uyum sağlayabiliyorsanız, *hormonsu* içeren şeylerden, spiral olsun hap olsun, uzak kalmanızda fayda var.

Doğum kontrol hapı kullanırsam yumurtlama olmuyormuş. Demek ki yumurtalar harcanmıyor. O zaman bu haplar menopozu geciktirir mi demek oluyor?

Ne yazık ki öyle demek olmuyor. Doğum kontrol hapı kullanırken de, yumurtalıktaki yumurtalardan kalabalık bir grup her zamanki gibi büyümeye başlar ve çatlayıp yumurtasını dışarı atabilmek için yarışmaya girerler. Doğal döngüde bunlardan birisi "yarışı kazanıp" çatlar ve yumurtlama gerçekleşir, diğerleri büzüşüp kaybolur. Hap kullanımında ise bu yumurtalar gene bir dereceye kadar gelişirler ama hiçbirinde çatlama olmaz. Neticede hepsi birlikte erkenden büzüşür ve "harcanır".

Hap kullanırken yumurtlama oldukça nadir. Fakat bu olduğunda da, hapın etkisiyle rahim ağzı salgılarının yapısı değişmiş olduğu için sperm rahmin ağzından geçemez ve döllenme gerçekleşmez. Hapı bıraktıktan sonra hem yumurtlama sistemi hem de rahim ağzı salgıları uzun zaman kendini toparlayamayabilir. Hapı bıraktıktan sonra hamile kalmakta bir yıla varan süre güçlük yaşayabilirsiniz, ancak hapın kalıcı bir kısırlığa neden olması beklenmez.

KEMİK ERİMESİ (OSTEOPOROZ)

Kemik erimenize dur diyecek yöntemin yan etkiler yerine aynı zamanda tüm hücrelerinizin ve vücudunuzun sağlığını destekleyecek bir şey olmasını istiyorsanız magnezyum, D vitamini, boron destekleri yanında bitkisel ağırlıklı beslenmeye geçiş yapın. Bir Özbek atasözü "40 yaşına kadar kuzu ye, 40 yaşından sonra kuzu ne yiyorsa onu ye" der.

Her durumda yapabileceğiniz tartışmasız en güçlü ve yan faydalar getirecek hamle, biyoeşdeğer estrojen ve ona eşlik edecek olan progesteron desteği kullanmaktır.

Size sormak isterim: Osteoporozla nasıl oluyor da kadın doğum doktorları ilgileniyor? Nasıl oluyor da kemik erimesi gibi bir bir konu onların "uzmanlık alanına" dahil kabul ediliyor? Kemikle üreme sisteminin ne ilişkisi olabilir?

Kadın doğumcuların kemik erimesi ile ilişkisi, estrojenin kemik erimesi ile ne kadar yakından ilişkili olduğunun en güzel göstergesi!

Osteoporoz da, bu kitapta yer yer anlatmaya çalıştığımız *patent tıbbının* yararına olmak üzere kurgulanmış basite indirgeyici, "sürümden kazanılan" tıp yaklaşımının hâkim olduğu konulardan biri. *"Kemik yoğunluğunu ölç. Düşükse ilacını ver. Bir de söyle süt içsin kalsiyum alsın"* şeklinde özetlenebilecek bu basite indirgeyici bakış, yaşla birlikte ortaya çıkan kemik erimesi ve çöküşü yavaşlatmak için hem yeterli değil, hem de yan etkilere açık.

Sözü geçmişken, süt hakkındaki kişisel görüşümü kısaca açıklayayım: Süt, özellikle inek sütü, zannedildiği kadar yararlı bir gıda *değil.* Bundan ayrı olarak, kronik hastalıkları olan birçok kişi için, sanıldığı kadar zararsız bir gıda da *değil.* Birçok kişide süt, bağırsak geçirgenliğini artıran ve otoimmun sorunlara

yol açan bir gıda. Süpermarketlere girdiğimde küçük çocukları için kutularca inek sütü, hem de –boyalısından– satın alan anneleri şaşkınlıkla izliyorum. *Bütün sorun, kutudaki süt (?) ile anne sütünün kavram olarak karıştırılmasından kaynaklanıyor.*

Sütü süt olarak tüketmekten ziyade yoğurt yapmakta kullanın. Yoğurt yaparken de "köy yoğurdu" adı altında aldığınız bir yoğurdun kırk sekizinci göbek mayasında üremiş bilinmeyen bakteri ve mantarlar yerine, markette dolapta korunmuş olması kaydı ile her seferinde yeni bir poşet hazır maya kullanmanızı öneririm. Bunlar kötünün iyisidir. Neden derseniz, üniversiteler "ev yoğurdu" örnekleri toplayıp incelediklerinde probiyotik bakterilerle değil, hiç ilişkisiz bakterilerle karşılaşıyorlar.

Kalsiyum, osteroporozu önlemek için tabii ki yeterli alınması gereken bir mineral. Ama osteoporoz için önemli besinler arasında toplumda halihazırda en yetersiz alınanı kalsiyum değil. Aldığınız destek ürünler ve ilaç tabletlerinin içinde bile, dolgu olarak ciddi miktarda kalsiyum bulunuyor. *En başta vitamin D olmak üzere magnezyum, vitamin K2, çinko, boron gibi önemli başka faktörlerin toplumdaki eksiği kalsiyumdan çok daha sık.*

Bu, kalsiyum almayın demek değil. Fakat, nasıl damar sertliği/kolesterol ikilisi elma/kırmızı haline geldiyse, osteoporoz da kalsiyumdan ibaret sanılıyor. Kalsiyum kaynağı olarak da süt, tek kelime ile kötü bir seçim. *"O zaman kalsiyumu nereden alacağız?"* sorusu bunu o kadar otomatikman takip eder ki, cevabı buraya yazmamak olmaz: *İnek nereden alıyorsa oradan!*

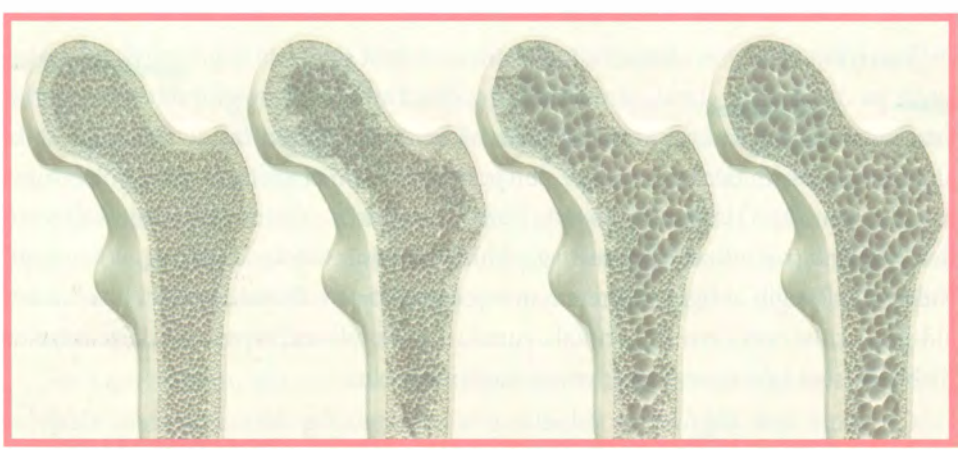
Kalsiyum desteğini alırsanız, kalsiyum karbonat şeklinde değil kalsiyum malat, sitrat ya da glisinat olarak almayı tercih edin. Bunlar diğeri gibi tebeşir değildir, yani biraz daha pahalıdır ama çok daha iyi emilirler. Lütfen "mide koruyucu" gibi akla zarar bir isim takılmış olan *proton pompa inhibitörü* grubu ilaçları, çok zorunlu olduğunuz kısa dönemler dışında kullanmayın ki sindirim sisteminiz kalsiyum dahil besinleri sindirebilsin ve bağışıklık sisteminiz dostu düşmanı şaşırmasın. Kalsiyumu ineğin aldığı yerden almanız çok daha iyi bir fikirdir, çünkü bitkilerden aldığınız kalsiyum hem sütteki kalsiyumdan daha iyi emilir, hem de daha fizyolojik bir kalsiyum/magnezyum dengesi sağlanmış olur.

Çoğumuz kemikleri beton kolonlar gibi değişmez yapılar zannederiz. Gerçekte ise kemikte sürekli bir yapım ve yıkım hüküm sürer. Yeni ve esnek kemik dokusunun, eskiyenin yerini alması için bu şarttır.

Erişkin çağda kemiklerimizin boyu büyümez, doğru ama iç yapıları kontrollü olarak sürekli yıkılır ve tekrar daha esnek ve dayanıklı olacak yenileri yapılır.

Mutfağınızı yenilerken olduğu gibi, kemiğin yenilenmesi için de, hem yıkılması hem de yeniden yapılması gerekir. Kemikte yıkım işinde *osteoklast* denen hücreler, yapım işinde ise *osteoblast* denen hücreler görev alır. İşte estrojen ve progesteronun vücutta bazen birbirine karşıt, bazen de işbirliği içinde, ama daima ikili bir takım halinde yaptığı işlerden biri de burada: Kemik kaybını engellemek için estrojen ve progesteron işbirliği yaparlar. *Estrojen osteoklastlara etkisi ile yıkımı yavaşlatırken, progesteron da osteoblastlara etkisi ile yapımı artırır.* Bu bir takım çalışmasıdır. Bu yolla elde edilen kemik sağlamlığı ve esnekliğini bugün kemik erimesine karşı kullanılan ilaçlarla elde edemezsiniz.

Kemiklerin dışında sert bir "kabuk" kısım ("kortikal kemik") ve içinde de süngersi bir bölüm ("trabeküler kemik") bulunur. Kemik iliği, iç kısmındaki bu süngersi bölümde yerleşir. Bu yapı daha zayıf gibi görünse de, aslında bal peteğine benzer yapısının özel düzeni sayesinde hem çok sağlamdır, hem de süngersi yapısı kemiğe uygulanan darbeleri emmesini ve yumuşatmasını sağlar. Kemiğe esneklik kazandırır. Aşağıdaki şekilde, osteoporoz sonucu en sık olarak kırılan kemikler arasında olan kalça kemiğinin iç yapısındaki ince ve sık süngersi yapının, osteoporoz ilerledikçe nasıl eridiği, "bal peteklerinin" düzensiz olarak seyreldiği, boşluklar oluştuğu ve zayıfladığı görülüyor. Diğer şekilde ise, kalça kemiğinin "boynunda" ve gövdesinde oluşan kırıklar şematik olarak gösterilmiş.



Şekil.32 Kemik yapısının giderek zayıflaması: Osteoporoz



Şekil.33 Kemik erimesi: Kalça kemiğinde ve uyluk kemiğinde kırıklar

Kemikte süren bu faaliyetler için kemiklerin adaleler ve üzerlerine binen ağırlıkla uyarılmaları gerekiyor: Uzay yolculuğunda uzun görevler üstlenen astronotlarda kısa süre içinde ve şaşırtıcı bir hızla kemik erimesi gözlenmiştir. Osteoporozu engellemek için adalelerinizi biraz olsun zorlayan yani kemiklerinizi uyaran *direnç egzersizlerini* hayatınıza katmanız gerekiyor.

Osteoporozda son derece önemli bir faktör de asidik beslenme: "Birçok incelemede kemik erimesini durduran faktorler arasında en onemlisinin bitkisel ağırlıklı beslenme ve bunun sonucu ortaya çıkan asit alkali dengesizliği olduğu sonucuna varılıyor." (REF.136-137) Potasyum ve magnezyum gibi alkali mineralleri sebzeler ve otlarla doğal tuzlar şeklinde almak yerine orantısız ve mantıksız boyutta hayvansal ağırlıklı bir gıda tüketimine gidilmesi, dokudaki asit birikiminin kemikten erime ile karşılanmasına neden oluyor. *Bundan yalnızca 80 yıl öncesi ile*

karşılaştırıldığında Amerika'da tavuk eti tüketimi tam 150 kat artmış durumda! Bu çılgınlıktan başka bir şey değil.

Bir araştırma *"Bitkisel proteinlere oranla yüksek bir hayvansal protein tüketimi, menopozal kadınlarda kemik kaybı ve kırık riskini artırıyor"* başlığını taşıyor. 1035 kadının alındığı bu ileriye dönük araştırmada, bitkisel protein alımına oranla en yüksek oranda hayvansal protein alan menopozal kadınlarda kalça kırığı riskinin, diğerlerine göre tam 4 kat arttığı ortaya çıkmış! Üstelik bu ilişki, hayvansal protein-osteoporoz ve kırık ilişkisinin yaş, kilo, kalori alımı, estrojen kullanımı, sigara, egzersiz, alkol, kalsiyum alımı ve total protein alımı, yani özetle akla gelebilecek her faktör göz önüne alındıktan sonra da anlamlı kalmaya devam etmiş (REF.138).

Hayvansal proteinleri ağzınıza sürmeyin, vegan beslenin demiyorum. Bu kitap bir beslenme önerileri kitabı da değil. Tabağınızda koca bir biftek ve onun dörtte biri kadar yeşillik değil, bunun tersi olmalı diyorum. Günümüzün fabrikasyon hayvansal gıdalarında özellikle yağlı dokularında akıl almaz boyutta *biriken* toksinler (pestisitler, ot ilaçları, petrol artıkları) de, modern dünyanın abartılı et tüketimi kültürüne kapılmamak için bir başka çok önemli neden.

Beslenme ile ilgili bir tartışmayı kolayca her yöne çekebilir, görüşünüz her ne olursa olsun öne sürecek sizinkine yakın görüş ve araştırmaları da her zaman bulup çıkarabilirsiniz. Değişmeyen bir gerçek orta yerde duracaktır: *Bilim tarihinde bitkisel ağırlıklı beslenmenin sağlık yararları konusundaki büyük birikim ile yarışmak mümkün değildir. Bitkisel ağırlıklı beslenme, bana göre özellikle kanser, kemik erimesi ve bazı sık rastlanan tekrarlayıcı böbrek taşı hastaları için önem taşıyor.*

Menopoz sonrası kemik erimesi izlenen kadınlarda *potasyum sitrat* ile yapılacak bir alkali desteğinin kemik erimesine ilişkin parametreleri tamamen düzelttiği (REF.139) ve kemik yoğunluğunu artırdığı (REF.140) net olarak gösterilmiştir. Bunu okuyunca sakın ola bir yerden potasyum sitrat alıp kullanmaya kalkmayın! Potasyum ancak doktorunuzun kontrolü altında kullanılabilecek, aksi takdirde son derece ciddi riskli olabilen bir mineral. Alkali desteği olarak potasyum sitrat yerine İngiliz karbonatı (sodyum bikarbonat) almanızı önermiyorum. Bununla birlikte, gene doktorunuzun ayarlayacağı biçimde potasyum sitratla değişimli kullanılan bir karbonat kullanımı yararlı olabilir. Düzenli kullanabiliyorsanız, ev yapımı bir sirke de dokuları alkali tutup kemik erimesini engellemek için çok

yararlıdır. Maliyetini karşılayabilecek kişiler için bir *iyonize alkali su* ünitesi de, bilinçli kullanmak kaydı ile osteoporoza çok ciddi katkı sağlayabilir.

Şimdi konumuza, kemik erimesinin kadın doğumcularla ilgisine dönelim. Kemik erimesi için en önemli faktörler arasında, en başta dokuları alkali tutmak olmak *üzere vitamin D, magnezyum, vitamin K2, boron* ve *kalsiyumu* saymıştık. Bunların tümünden daha etkili olan faktör ise, estrojen. *Menopoz sonrası kemik kaybına yol açan faktörlerin açık ara en önemlisi, estrojenin kaybı.*

Amaç kemik erimesini durdurmak ve geri çevirmek ise, estrojenden güçlü bir silah bulmak neredeyse imkânsız. Estrojenin hangi çeşidini olursa olsun, düşük dozlarda bile olsun kullandığınızda, vitamin D düzeylerinizi iyi tutmak kaydı ile kemik erimesini geri çevirebilirsiniz. Tabii ki biyoeşdeğer estrojen olarak ve ciltten kullanmak her zaman doğal ve akıllıca olandır.

Daha önce *"Progesteronun eşlik etmediği bir estrojen kullanımı her zaman her durumda yanlıştır"* demiştik. Tabii ki doğal biyoeşdeğer progesteron bu kullanıma da eşlik edecektir. Aslına bakarsanız kemikteki progesteron reseptörlerinin (yuvalar) meşrebi geniş: Frankenstein progestin bile kullansanız kemik yoğunluğunu artırıyor (REF.141), ancak meme ve beyin sağlığı için tabii ki gerçek progesteron tercih edilmeli.

Çoğumuz sanırız ki, kemik erimesi menopozdan sonra başlar. Halbuki kemik yoğunluk ölçümleri 30-35 yaşından itibaren düşmeye başlıyor. İşin aslı, 30-35 yaşına ne kadar sağlam bir kemikle girerseniz, yani kemik yoğunluğu "banka hesabınız" ne kadar şişkinse, ilerleyen yaşınızda harcayacak o kadar kemiğiniz var ve kırıklar sizden o kadar uzak kalacak anlamına gelir.

Burada benim esas dikkat çekmeye çalışacağım dönem, bir kez daha, yuvarlak olarak *40-55 yaş* arasına konumlandırdığımız *"menopoz çevresi/menopoz hemen öncesi"* yani *perimenopoz* diye adlandırdığımız dönem. Size pek bilinmeyen ama önemli bir bilgi vereyim: *Kadında en "hızlı" kemik kaybının yaşandığı dönem, bu yıllar.* (REF.142) Evet, kırıklar bu yaşlarda değil daha sonra ortaya çıkıyor ama bunun nedeni, kemikte zayıflamanın henüz kırılacak noktaya ulaşmamış olması.

Biraz önce, estrojenin düşük dozda bile kullanılmasının kemik erimesini önlemeye yönelik güçlü etkisinden bahsetmiştik. Daha önceleri de (s.128), kadından kadına değişmekle birlikte yaklaşık 40-55 yaş aralığındaki *perimenopoz* döneminde kadınların çoğunda "gereğinden fazla" estrojen bulunduğunu ve bu yılların *est-*

rojen baskınlığı yılları olduğunu söylemiştik. Bir kez daha ve kemikte de, estrojen/progesteron dengesinin bozulması aleyhimize işliyor. *Bu yıllarda, âdetleri düzenli olsa da yumurtlama performansında yalnızca belli belirsiz bir düşüş yaşayan kadınlarda bile kemik erimesi derhal hızlanıyor!* (REF.143) *Progesteron eksiği kendini kemikte derhal belli ediyor.* Bu yaş döneminde estrojen/progesteron dengesi yönünden progesteronun zayıf düşmesine izin vermememiz için onlarca nedenden biri daha. Kitapta *estrojen baskınlığı* başlığı taşıyan bölümün, kadınlar için birçok açıdan dikkatle okunması gerekiyor.

Amerika'da *California*, *Berkeley* ve *Thomas Jefferson* üniversiteleri jinekoloji öğretim üyelerince kaleme alınarak 2018 yılında *Osteoporosis International* dergisinde yayımlanmış olan makaleden (REF.143B) yapmış olduğumuz alıntıyı lütfen tekrar okuyun (s.15).

ERKEKLER VE TESTOSTERON

1940'larda yapılmış, bugünkü bilimsel düzey ve mantık açısından tamamen geçersiz düzeydeki bir iki bildiri, testosteron replasmanının prostat kanseri ortaya çıkardığına ilişkin tıp dünyasında çok yaygın bir söylenti ortaya çıkardı. O günden bugüne, bu ilişkiyi destekleyecek hiçbir kanıt ortaya konamamasına karşın bu efsane devam ediyor. İşte bu ortamda son 10-15 yıla kadar uzak durulan testosteron kullanımı, son yıllarda tüm dünya ülkelerinde başta ABD, Kuzey Avrupa ülkeleri ve Kanada başta olmak üzere dünya çapında ciddi bir ivme kazandı.

Bu bölümde bahsettiklerimiz, en başta ereksiyon ve libido sorunları yaşayan, bel çevresinde yağlar biriken, adaleleri zayıflayan, kemik erimesi görülen, şeker hastası ya da buna eğilim gösterenler olmak üzere bölüm içinde sıralamış olduğumuz yakınmalara sahip olan erkeklere önemli bilgiler veriyor.

Erkek yaşlanması ve buna eşlik eden hastalıklar konusunda düşük testosteron düzeylerinin ve testosteron desteğinin rolü öylesine büyük, günlük tıp yaklaşımımız içinde buna ilişkin bilinç öylesine zayıf ki (REF.143A) bunun aynen kadın hormonları konusundaki "hormonofobi" konusunda olduğu gibi bir toplum sağlığı sorunu olduğunu düşünüyorum. Bir şekilde zaman bulup bu konuda ayrı bir kitap yazmam gerektiğini düşünsem de, kadınlar için yazdığım bu kitabın içinde de bir bölüm halinde olsun yer vermek istedim.

Testosteronun erkeğin sağlıklı yaş alması konusunda oynadığı rolün öneminden *biraz olsun* haberdar iseniz, elli yaşından itibaren yapılan ve adına "check-up" denilen o tetkik silsilesinde bakılan onlarca gerekli gereksiz şey içinde testosteronun bulunmaması karşısında hayretten diliniz tutulur (REF.144-144A-144B-144C).

Bunun üç nedeni var:

1. Testosteronu sadece "yatmak kalkmaktan" ibaret zanneden bilgi eksiği

2. 90 yaşındaki adamda olması beklenen testosteron değerini 45 yaşındaki adamda ölçünce bunu "normal aralık içinde" diye kaydeden geleneksel tıp ezberi

3. Testosteron desteği almanın prostat kanserine yol açacağına ilişkin, *bilim tarihindeki hiçbir araştırma ile desteklenmemiş olan* yaygın şehir efsanesi

Yaşlanmaya başlayan erkekte testosteron her ne kadar hastalıklar, sağlık ve hayatiyet adına bir başka yolla elde etmek imkânsıza yakın kazanımlar sağlasa da, erkeklerin tedaviye girişme nedeni çok kez seksüel fonksiyon konusundaki yararları. Gerçekten de araştırmalarda, toplumda "viagra" adıyla özdeşleşmiş olan ilaç türlerine yanıt vermeyen düşük testosteronlu erkekler bile, bu ilaçlardan göremediği faydayı testosteron replasmanından görebiliyor ya da testosteron kullanımı altında bu ilaçlara yanıt verir duruma geliyor (REF.145). Buna karşın, testosteron sağlık adına kesinlikle seksüel fonksiyondan çok öte bir anlam taşıyor.

Özellikle kilo fazlası olan, bel çevresinde yağlar biriken, akşam yemeğinden sonra uyuklamaya geçen, şeker hastalığı tanısı konmuş ya da buna meyilli, kemik erimesi olan, adale kaybı yaşayan, son yıllarda mizaç yönünden giderek daha "aksi" birine dönüşen, ereksiyon sorunları yaşayan, özellikle yaşam enerjisi ve isteği, motivasyonunu kaybetmekte olan biri için testosteron *tüm bu belirtileri birden* geriye çevirmekle kalmayıp, aynı zamanda kan şekeri, insülin direnci, HDL/LDL kolesterol, trigliserid, kemik yoğunluğu gibi pek çok sağlık parametresinde eşzamanlı iyileşme ile erkekteki "düşkünlük" halini geri döndürmek dahil olmak üzere *tüm bu saydıklarımızı tek başına olumlu etkileyebilecek güçteki belki de tek araç* (REF.146-147).

Erkekte testosteron eksikliği ile birlikte olan belirtiler sanılandan çok daha zengin:

Libidoda azalma, ereksiyon kalitesinde düşme
Kas gücü ve kitlesinde azalma
Kemik erimesi
Halsizlik, enerji yokluğu, depresyon
Motivasyon ve inisiyatif kaybı

Eski sekiz saatlik kesintisiz uykuların kaybolması
Yaşam enerjisi ve isteğinde azalma
Düşünce keskinliğinde düşme
Anksiyete
Kendine güvende düşme
Hafızada zayıflama
Irritabilite, öfke patlamaları, *"Aksi ihtiyar" (Grumpy old man)* sendromu
Prostat hipertrofisi
Karın kaslarının yerini alan yağ kitlesi
Sonuç vermeyen egzersiz seansları
Bel ve eklem ağrıları

Erkekte düşük testosteron düzeylerini akla getirecek rahatsızlıklar arasında şunları sayabiliriz:

Metabolik sendrom
Karın çevresinde ve karaciğerde yağlanma, obezite
Diyabet
Depresyon
Adale kaybı
Kemik erimesi
Hafıza kaybı
Ereksiyon güçlüğü

Bunların yanında, düşük testosteron düzeylerinin yalnız insanda değil, tüm memeli hayvanların erkeklerinde kolay sinirlenme, huysuzluk, gerginlik, depresyon ve sersemlik hali yaptığı biliniyor (REF.148).

Düşük testosteron ile yaşlanan erkekte aşağıda sıralananlara benzer bir ruh hali ortaya çıkar:

Kederli
Enerjisi düşük, halsiz

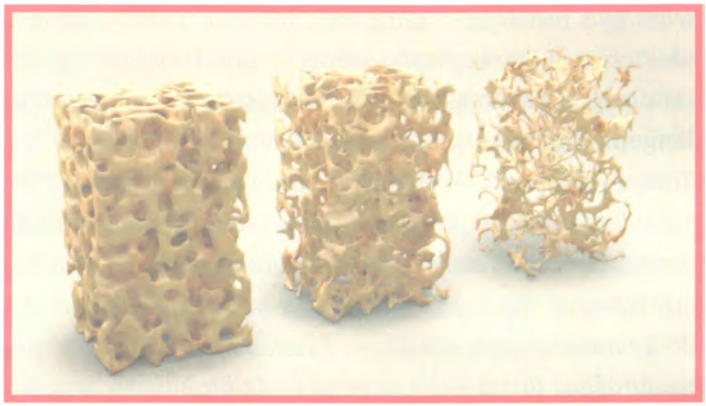
Öfkeli, gergin
Huzursuz
Sevgisiz
Sürekli savunma halinde
Tatminsiz
Alaycı
Sabırsız
Tartışmaya hazır
Talepkâr
Hobi ve aktivitelerden uzak, ilgisiz
Konsantrasyon ve hafıza sorunları
Uyku sorunu yaşayan

Yapılan birçok araştırmada, yaşlanmakta olan erkeklerin düşük testosteronlu grubunda sık rastlanan bu tablonun ve ona eşlik eden depresyonun, antidepresanlardan fayda görmeyen dirençli olgularda bile testosteron tedavisinden yarar gördüğü izlenmiş (REF.149-150).

Düşük testosteron düzeylerine sahip yaşlanmakta olan erkekler arasında testosteron desteği verilenlerde enfarktüs, felç ve tüm diğer nedenlerden ölümlerin ciddi olarak azaldığını gösteren çalışmalar var (REF.151-152).

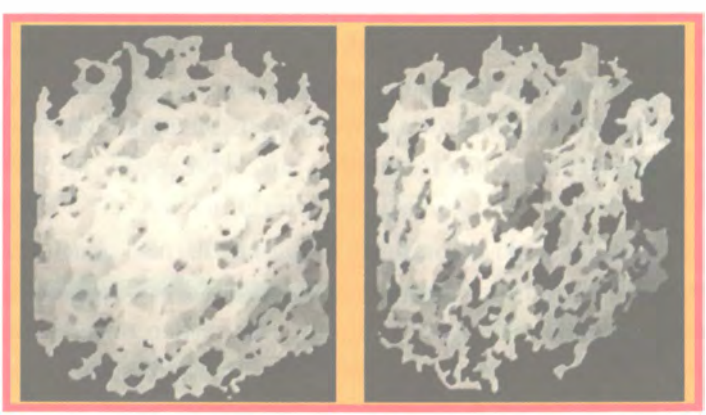
Testosteron tedavisi hakkında yapılmış *onlarca çalışmayı* birlikte inceleyen büyük araştırmalarda bu tedavinin kalp-damar sağlığı üzerinde hiçbir olumsuz etkisi olmadığı sonucuna varılırken (REF.153-154) birçok araştırmada da yararlı etkiler göstermiş (REF.155). Bunlara karşın, bilimsel en ufak bir geçerliliği olmayacak ölçüde yalapşap yapılmış olan sadece 2 (iki) adet çalışma, 2014 yılında "insanın köpeği ısırması" misali internete malzeme olarak *"Testosteron kalbe zararlıymış"* efsanesine dönüşecekti ki, neredeyse tüm dünyadan uzmanlar birleşerek yayımladıkları bir bildiri ile bu iki çalışmanın tamamen geçersiz olduğunu ortaya koydular. (REF.156)

Şk.34'de, kemik erimesinin kemik iç yapısını nasıl zayıflattığının üçboyutlu bir canlandırması görülüyor.



Şekil.34 Üç boyutlu canlandırmada kemik erimesinde ilerleme

Kemik erimesi karşısında *"Eh, yaşlanıyoruz da ondan"* diyebilirsiniz. Bakalım olayın esası yaş mı? Aşağıdaki şekil, "Düşük testosteronlu erkeklerde kemik yapısındaki bozulma" başlıklı 2003 tarihli bir bilimsel çalışmadan (REF:156AA). Her ikisi de 30 yaşında olan iki erkekten mikro MR tekniği ile alınan *sanal biyopsi* görüntülerini izliyorsunuz. Soldaki testosteron düzeyi sağlıklı olan 29 yaşındaki bir erkeğe, sağdaki ise testosteron düzeyi düşük olan 31 yaşındaki bir erkeğe ait. Düşük testosteron ortamında bu genç yaşa rağmen kemiğin iç süngersi yapısının sıkı bal peteği yapısını nasıl kaybettiği, inceldiği ve zayıfladığı gözle görülebiliyor.



Şekil.35 Düşük testosteron düzeyinde hızlı kemik erimesi

Şimdi gelelim esas meseleye: "Testosteron tedavisi" lafını telaffuz ettiğiniz neredeyse her doktorun *"İyi ama prostat kanseri?"* diye irkildiğini göreceksiniz. Tıp dünyasının, efsanelerin yayılma hızı ve direnci açısından dünyanın geri kalanından farklı olduğunu düşünüyorsanız yanılıyorsunuz.

Kanada Toronto Üniversitesi'nden *Dr. Jerald Bain* şöyle diyor: *"Testosteron tedavisinin prostat kanserine yol açtığına ilişkin temelsiz korku, doktorların semptomatik erkek hastalarda düşük testosteron tablosunun üzerine gitmelerini engelledi."*

Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden *Dr. Abraham Morgantaler* ise bu konuda *kelimesi kelimesine* şöyle söylüyor: *"Testosteron tedavisinin prostat kanser hücrelerini büyüttüğüne ilişkin inancın ne şu anda bir bilimsel temeli vardır, ne de geçmişte olmuştur."*

Tekrar altını çizelim: *Dr. Morgantaler'in belirttiği gibi, bilim tarihinde testosteron replasmanının prostat kanseri ortaya çıkardığını ortaya koyan tek bir araştırma, tek bir çalışma yoktur.* Bunun aksine, yani testosteron tedavisi ile prostat kanseri riskinde bir artış *olmadığını* gösteren ise bir dizi araştırma var (REF .156A-157-158-159-160-161-162). Bütün bunları *Fonksiyonel Tıp Akademisi*'nde doktor arkadaşlarımız için düzenlediğimiz eğitimlerde son derece ayrıntılı olarak tartışıyoruz, ancak topluma yönelik bir kitapta bunları derinlemesine irdeleme şansımız ne yazık ki yok. Kitap sonlarındaki referanslar hekim okuyucularımız ve diğer meraklı okuyucuların hizmetinde.

Testosteron konusunda yaşanan bir başka büyük sorun var. Bugünkü kafa karışıklığında ciddi pay sahibi olan son derece yaygın bir yanılsama. Yaşlanmaya başlayan bir erkeğin sağlık durumundaki gidişatı genel anlamda bize özetleyen çok değerli bir test olmasına rağmen, genel kontrollerde erkeklerden istenen laboratuvar testleri arasında testosteronu ne yazık ki hiçbir zaman göremediğimizden bahsetmiştik. Sorun şu ki, kanda testosteron düzeyi bir şekilde ölçülmüş bile olsa, bu ölçümün değerlendirilmesi konusunda da bir problem var.

Ülkemizde ve dünyadaki laboratuvar sonuç kâğıtlarının genelinde, erkek kanında testosteron değerlerinin "normal aralığı" nedir diye baktığınızda, 200-1200 ng/dl diye bir "normal aralık" görüyorsunuz. Her şeyden önce bu, mantıksız ve gülünç ölçüde geniş bir "normal" aralık! Benim yaptığım sunumlarda *"Kamyon geçer bu aralıktan"* diye dalga geçmemi hak edecek kadar geniş bir "normal" aralık bu. "Normal" erişkin insan ağırlığının 40 kg ile 240 kg arasında olduğunu söylemek gibi bir şey.

Diyelim 50 yaşındaki Timur Bey bize geldi. Testosteron değerini ölçtük ve 320 ng/dl'lik bir değer bulduk. Bu değer, bahsedilen 220-1200 ng'lık "normal aralığın" içinde midir? Evet. Hatta alt sınır olarak gözüken 200'den epey yukarıda mıdır? Ona da evet. Demek ki o zaman ne diyeceğiz? *"Geçmiş olsun Timur Bay, maşallah testosteron düzeyiniz gayet iyi, bu açıdan sorun yok"* diyeceğiz. Acaba öyle mi?

Şimdi biz dilerseniz içi ferahlamış, ama şu keyifsizlik, libido kaybı, ereksiyon zayıflığı ve adale kaybının nedenini başka polikliniklerde aramak üzere randevular yazdırmakta olan Timur Bey'i ve akla zarar laboratuvar "normal aralıklarını" bir kenara bırakıp bilimsel araştırmalar ne demiş çok kısa bir göz atalım. Durum zaten kendini hemen belli edecektir. Aşağıdaki tabloda, tıp tarihinde testosteron ölçümleri konusunda çok önemli araştırmalar yapmış bir isim olan *Dr. Vermuelen*'in değişik yaş gruplarındaki sağlıklı erkeklerde yaptığı ölçümlerde bulduğu ortalama değerler görülüyor (REF.163). Timur Bey gibi 45-55 yaş arası erkeklerde *Vermuelen* testosteron değerlerini ölçmüş ve ortalama olarak 606 ng/dl bulmuş. Gene Vermuelen, 75-85 yaş arasındaki erkeklerde yaptığı ölçümlerde ortalama testosteron değerini 471 ng/dl olarak saptamış. *Hatta 85-100 yaş aralığındaki erkeklerde bulduğu ortalama değer 376 ng/dl!* Sizce bu durumda Timur Bey'e ne dememiz gerekiyor?

Age	Number of Subjects	Total Testosterone	Standard Deviation	Free Testosterone	Standard Deviation	SHBG (nmol/L)	Standard Deviation
25-34	45	617	170	12.3	2.8	35.5	8.8
35-44	22	668	212	10.3	1.2	40.1	7.9
45-54	23	606	213	9.1	2.2	44.6	8.2
55-64	43	562	195	8.3	2.1	45.5	8.8
65-74	47	524	197	6.9	2.3	48.7	14.2
75-84	48	471	169	6.0	2.3	51.0	22.7
85-100	21	376	134	5.4	2.3	65.9	22.8

Şekil.36 Sağlıklı erkeklerde yaş aralıklarına göre ortalama testosteron düzeyleri

50 yaşındaki Timur Bey'in testosteron değeri, standart tıbbımızın laboratuvarlarının "normal aralığı" denen garip kavrama göre "normal" görünse de, 90 yaşındaki

erkeklerin ortalama değerine bile ulaşamıyor. Sizin de, bundan sonra ölçülen testosteron değerleriniz doktorunuz tarafından "normal" olarak değerlendirildiğinde, laboratuvarın o iyimser "normal" aralıklarının size de iltimas geçip geçmediğinden şüphelenmeniz yerinde olabilir.

Bu konuda *Fonksiyonel Tıp Akademisi* eğitimlerimizdeki gibi teknik ayrıntılara girmemiz olanaksız, ancak bir noktayı kısaca belirtmek isterim. Bahsettiğimiz testosteron ölçümleri *total testosteron* ölçümleridir. Bunun dışında *serbest testosteron* ölçümleri de değerlendirmede çok büyük değer taşır. *Serbest testosteron* düzeyini anlamak için doktorunuz daima total testosteron ile birlikte SHBG (Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin) ölçümünü istemeli ve bu iki değerden yapacağı bir hesaplama ile serbest testosteron ölçümlerini kendisi hesaplamalıdır. Bunun nedeni kısaca şu: Laboratuvarların *serbest testosteronu* direkt olarak ölçmek için bugün kullandığı yöntemler yetersizdir ve çok sık olarak yanıltıcı sonuç verir.

Erkeklerin şanslı olduğu bir konu: Erkeklerde Biyoeşdeğer hormon/Sentetik kimyasal hormon sorunsalı yıllar önce çözülmüş durumda. Sentetik *metiltestosteron* kullanan kas geliştirme ve halter sporcularında görülen bir dizi karaciğer hastalıkları nedeniyle bu tartışma yıllar önce kapanmış. Kadınlarda olduğu gibi, testosteron konusunda da kimyasal *hormonsular* kendi kurbanlarını üretmiş. Kadınlardan farklı olarak ise, erkeklerde bu hormonsularda ısrar edilmemiş. Bunlar yerine tüm dünyada biyoeşdeğer (doğal) enjeksiyon ve jel olarak testosteron ürünleri piyasaya sürülmüş.

Ne yazık ki bir kez daha, ülkemizde bu ürünlere ulaşımınız son derece kısıtlı. Ciltten uygulananlar arasında dünyada en iyi bilinen testosteron markası *Testojel* adını taşıyor. Ancak bu ürünün kullanımı biraz sorunlu: Birincisi, bu ürün garip ölçüde pahalı. İkincisi de, yeterli dozu elde edebilmek için oldukça büyük bir jeli cilde yedirmek gerekiyor. Bu nedenlerle, en ideal kullanım olan ciltten kullanımı seçecek olanların, doktorunun yazdığı reçeteyi majistral (ismarlama) olarak yaptırması gerekiyor. Ülkemizde bu konuda güvenilir ve tecrübeli eczane sayısının artacağını ümit ettiğimiz bu dönemde birçok hastamız bu ürünü Avrupa'daki eczanelerden temin etmek yoluna gidiyor. Diğer bir yol ise, testosteronu enjeksiyon olarak kullanmak.

Enjeksiyon formundaki doğal testosterona doktorunuzun reçetesi ile eczanelerden ulaşmak mümkün. Ancak ülkemizde bulunan formu kalçadan 2-3 ayda bir iğne olmak gerektiriyor. İğne olmaktan daha önemlisi, bu 2-3 aylık süre içinde kan

testosteron düzeyi ciddi oynamalar gösteriyor. Bu da, kan hücre yoğunluğunda (hematokrit) istenmeyen artışlara neden oluyor. Piyasada bulunan ürünler içinde bu oynamaya *nispeten* daha az neden olanı, *testosteron undecanoate* içereni.

Ciltten krem ya da jel olarak uygulanacak bir testosteron tedavisi ise, bu oynamaları ortadan kaldırıyor ve kan hücre yoğunluğunda artışa çok daha nadir neden oluyor. Ayrıca daha istikrarlı ve daha az değişken bir kan düzeyi tutturmak mümkün oluyor. Her durumda, testosteron tedavinizi yönetecek olan doktorunuz tedaviye başlamadan önce ve daha sonra belli aralıklarla bu basit kan sayımınızı yaptırarak, kan sayımı fazla artacak olursa sizden kan vermenizi isteyebilir.

Bu bilgilerin hepsinin üzerine yerleştirmeniz gereken mesaj ise şu: "Kadın olsun, erkek olsun, hiçbir hormon tedavisi, doğal biyoeşdeğer ürünler kullanılsa bile, bu konuda yetişmiş bir hekimin önerisi, gözetimi ve takibi altında olmadan kesinlikle başlanamaz. Hormonlar balık yağı değildir."

BENİM HİKÂYEM VE FONKSİYONEL TIP

2010 yılının sonlarına doğru bir gün, sağ ayak bileğimde belirgin bir şişme ve sıcaklık olduğunu fark ettim. Zaten birkaç gündür üstüne rahat basamıyordum, biraz da ağrıyordu. Ama pek üstünde durmamıştım. Son durum ise hiç normal görünmüyordu. *"Kopardık herhalde bir şeyleri"* diyerek ortopedist arkadaşıma gösterdim. *"Burkmuşsun bileğini"* dedi. *"Hiç farkında değilim"* diye yanıtladım. *"Ama haklısın, görünen o."*

Sağ bacak diz-altı atele (yarı alçıya) alındı. Anti-inflamatuar bir şeyler başlandı. Aynı günlerde, eski dostum bel fıtığı tekrar ziyaretime geldi. Zaten 20 yıldır beni hiç ihmal etmez, her yıl muhakkak 3-4 kez yatılı misafirliğe gelirdi. Müşkülpesent bir misafir de sayılmazdı: Voltaren-Muscaril karışımından 1 hafta kadar günde 2 kere kabadan, ayağa kalkınca da 2-3 hafta Majezik+Muscoflex, gönlünü hoş tutmaya yeterdi. Tabii ki bunlar, yaklaşık 10 yıldır kullandığım –Allah eksikliğini göstermesin– Nexium, Antepsin, Gaviscon ve Rennie ana yemekleri eşliğinde ikram edilirdi.

Ayağımın atele alındığı o günlerde eski dostum tekrar kapımı çaldı. Fakat bu sefer sanki ikramlar ona yetmiyor gibiydi. Günler içinde belimdeki ağrı yayıldı ve şiddetlendi. Ayak bileğimin ağrısı kötüleşti. Ortopedist arkadaşım ateli çıkardığında, şişlik ve sıcaklığın yukarılara yayıldığını gördük. *"Bu basit bir burkulma değil, tenosinovit diyeceğiz artık buna"* dedi arkadaşım. Ateşim yoktu. Ateli çıkardık, ilaçlara soğuk uygulama ve istirahatı ekledik. Bel fıtığım içinse, 20 yıldır yapmakta olduklarıma devam edecektim.

Rahatlama olmadı. Geceleri bel ve bilek ağrısından kurtulmak için denediğim hiçbir pozisyonda rahat edemiyordum. Geceyi ağrılarla geçiriyor, sabah da ağrıdan kaskatı durumda oluyordum. Böyle durumlarda insan ne kendine, ne de bir doktor

arkadaşına "durduk yerde" romatizmal bir hastalığı yakıştırabiliyor. Sonunda bir sedimentasyon ve CRP baktırdım. Sedimentasyon: 55 mm/h, CRP: 9,4 mg/L geldi. Olayın rengi değişti. Artık bir romatizma hastasıydım. Hem de ciddi boyutta.

Bir dizi MR çekimi, romatolog/fizik tedavi/radyolog konsültasyonları sonucunda kalça ekleminde ağır bir inflamasyon (mikropsuz iltihap) yani *spondilartrit* görülünce, *"çevre eklemleri de tutan Ankilozan Spondilit"* tanısı kondu. *Endol* ve *Salazopyrin* başlandı. Ağrılarla mücadele eden ben, bunlara Voltaren'i de ekledim. Bu durumda tabii ki ülser takımı –*Nexium*, *Antepsin*, *Gaviscon* ve *Rennie*– tam kadro sahadaydı. Ankilozan spondilit tanısına pes etmemeye karar verdim. Omurga egzersizlerine başladım.

İki hafta sonra MR'larım eşliğinde Ankara'da öğretim üyesi dostlarıma göründüğümde, beni bir müjde bekliyordu: Radyolojik tetkikler ankilozan spondilit için tipik değildi. *"Müjde"* dedi bölüm başkanı arkadaşım. *"Radyoloji'ye de danıştık. Bu durumda senin tanın ankilozan spondilit değil, 'Reaktif Artrit'. Birkaç ay içinde iyileşme bekliyoruz. Agresif gitmez bu, korkma."*

Ne var ki durum hızla kötüye gitti. Artık her iki ayak da bütünüyle o kadar şiş ve ağrılıydı ki, yalnızca çok bol bir bot giyebiliyordum. El parmaklarımın şiş ve ağrılı dönemlerinde ameliyat randevularımı iptal etmeye başladık. Akla gelmedik kemik ve eklemlerde ağrılı şişmeler ortaya çıkıyordu. Hal böyle olunca *Metotrexat* (ciddi romatizmal hastalıklar ve kanserde kullanılan bir ilaç) ilave edildi. Tüm kaburga bileşkelerinde ağrılı şişmeler, hatta göğüs kemiği ve sırt kemiğinde bile şişlikler ortaya çıktığını hayretle izliyordum. Ağrıdan uyuyamadığım gecelerin sabahında, beni daha da artan ağrılar bekliyordu. Kortizon ilave edildi. Dozu giderek yükseldi. Bu agresif klinik gidiş nedeniyle, hastalığımın ismi *"Seronegatif Romatoid Artrit"* olarak değişti. Bana verilecek en son isim –beni yerleştirecekleri en son kutu– için doktor arkadaşların ağzının içine bakıyor, sonra da gidip o "hastalıkla" ilgili her şeyi okuyordum.

Bugünkü bakış açımla artık biliyorum ki, bana "hastalık tanısı" adı altında hangi *ismi* verdiklerinin gerçekte *hiç ama hiçbir* kıymeti yoktu. Bana hastalığımın *nedeni*, *nasılı* ve *altında yatan mekanizmalar hakkında bu isimlerin hiçbiri*, *hiçbir şey* söylemiyordu. Reaktif artrit olsa kaç yazar, Mükremin deseler ne fark ederdi? Ama o günlerde klasik anlamda iyi eğitimli bir doktor olarak benim beynim de, tanı *isimlerinin* dar kutuları arasında dolaşmaktan ötesine yabancıydı. Biz doktorların, hastalıkları hâlâ 2000 yıl önce yapıldığı gibi fenomenolojik olarak, yani belirtileri-

ne göre gruplayıp sınıflamakta olduğumuzu o günlerde fark edemiyordum. Böyle yapmak yerine, *altta yatan nedenlere göre* yapılacak –ve hastanın hayatını değiştirecek– bir sınıflama paradigmasının bizim dünyamızda yeri yoktu.

Hastalığımın ve ilaçlarımın 10. ayında bir gün, belimden sol bacağımın bütününe yayılan son derece şiddetli bir ağrı ortaya çıktı. Alışılmadık olan yalnızca ağrının şiddeti değildi: Sol ekstremite "felç" olmuştu. Bacağın büyük bölümünde dokunma duyusu tamamen ortadan kalkmıştı. Ama doğrusu ağrının maşallahı vardı. Kas gücüne gelince, vücudun en güçlü adalesi olan baldır kası tamamen devreden çıkmıştı. Tek bir adım atmam bile olanaksızdı.

Bu olaydan 5-6 yıl önce, ani bir omurga kayması nedeni ile bel omurlarım vidalarla birbirine tutturularak sabitlenmişti. Şimdiki tablo, daha önce başıma gelen bu ortopedik omurga kaymasına çok benziyordu. Doğal olarak tekrar kaydığını düşündük. Koltuk değneklerimi kuşandım, Ankara'ya gittim. Ülkenin en iyi birkaç omurga cerrahından olan, Hacettepe'de öğretim üyesi eski bir arkadaşıma muayene oldum: Arkadaşım *"Dostum bu gene kaymış görünüyor. Seni önden de vidalayacağız"* dedi. Hastaneye yattım, MR'lar çekildi, aç kaldım. Ertesi gün ameliyata girecektim. Akşam saat 20.00 gibi omurga cerrahı arkadaşım geldi. Kafası karışmış görünüyordu. *"Ameliyat iptal"* dedi. *"MR'da bu durumu açıklayacak bir kayma yok. Durumu anlamış değiliz ama sen gene de aç kal. Gerekirse sabah bir belden anestezi olsun veririz. Çok ağrın var çünkü."*

Ertesi sabah sağ kolumun dirseği bacak boyutunda şişince, bu sıra dışı durum aydınlandı: Romatizmal hastalık, omurga etrafındaki eklemleri tutmuş, bu eklem çevresinde şişmeye neden olmuş ve böylece omurgadan çıkan sinir köklerine yaptığı baskıyla omurga kayması boyutunda bir felç tablosu ortaya çıkarmıştı. Üstelik bunu yapmayı, ben ful doz salazopyrin+Voltaren+Metotrexat+80 mg kortizon kullanmakta olmama rağmen becermişti! Bu noktada, gene Hacettepe'den bir romatizma öğretim üyesi, daha önce başlamak istemediğimiz *"biyolojik ajanlar"* denen ilaçlara başlamak durumunda olduğumu söyledi. *Humira*'ya başladım. Bu durumda, *Metotrexat* ve kortizonu azaltarak kestim. Voltaren ve Salazopirin ve anti-ülser takımına ise devam edecektim.

Humira bende ciddi rahatlama sağladı. Hayatımı sürdürebilir duruma geldim. Bunu takip eden birkaç ay sonra koltuk değneklerimi attım. Tabii ki çorabımı çıkarabilmek, yerden bir şey alabilmek gibi şeyler hayatımdan çıkmıştı. Çevremdeki ve yerdeki şeyleri uzanıp alamadığım için özel bir alet kullanıyordum. Humira ciddi

pahalı bir ilaçtı. Raporunu ancak üniversiteden alabiliyordunuz ve her 3 ayda bir raporu yenilemeniz gerekiyordu. Sanıyorum bunda ilacın fiyatı kadar, toplumsal verem kontrolü da amaçlanıyordu: Tüm hücresel bağışıklık sisteminizi baskılayan bu "biyolojik" ajanlar, sizi verem dahil birçok fırsatçıya karşı savunmasız kılıyordu. İlaç raporu için her seferinde yeni bir göğüs filmi ve temiz raporu getirmem gerekliydi. 3 ayda bir Humira ilaç raporunu her yenilemek istediğimde, *"Bu ilaç beni lenf kanseri yapabilir, bu ilaç beni verem yapabilir. Bunu anladım ve kabul ediyorum"* diye imza atıyordum.

Verem riski ciddi olduğundan, Humira alana yanında bonusunu, yani koruyucu olarak *isoniazid* adındaki verem ilacını da veriyorlardı. Onu da kullanmaya başladım. "Felç" sonrasındaki tarifi zor sinirsel ağrılar bacağımın ve belimin peşini bırakmadığı için, *Lyrica* ilave edildi. Geceleri *Lyrica* almayınca ağrıdan, alınca da *Lyrica*'dan, uyuyamıyordum. Gece ilerleyen saatte ve sabahları durumum kötüleşiyor, evde salona gidiş dönüş seyahati neredeyse yarım saatimi alıyordu. Sanki dağ tırmanışı yapıyordum. Karaciğer enzimlerim ALT, AST 6 aydır 70-100 U/L arasında gidip geliyordu. Karaciğerden her gün yiyorduk, ama ilaçları kesmem olanaksızdı.

Fizik Tedavi'de üniversite bölüm başkanı olan eski bir dostum, bana *"Mustafa'cım... Hayatımızın kalanını kabul edilebilir ağrılar ve kabul edilebilir yan etkilerle geçirmek durumundayız"* demişti. Haklıydı. Eğitim aldığı düşünce sisteminde, elinden gelen başka bir şey yoktu. Aldığı iyi eğitim, çekiç dışındaki silahları görmezden geliyordu.

O sıralarda çalıştığım hastane el değiştirmiş, büyük oranda bir kanser hastanesi halinde re-organize edilmişti. Hem rapor alırken imza attığım metin, hem de hastanede karşılaştığım kanserli hastaların durumunu Allah'ın günü gördüğümden, *"Kanserden korunmak için ne yapabilirim?"* diye birkaç doktor arkadaşa danışmak istedim. Aldığım yanıtlar, eğer bu konuda anneme danışıyor olsaydım, çok muhtemelen farklı olmayacaktı: *"Sigara içme (zaten hayatımda içmemiştim). Dengeli (?) beslen. Fazla stres yapma. Ailede kanser var mı? Bu işler temelde genetik"* gibi şeyler.

"Kanserin erken tanısı, daha erken, daha da erken, en erken tanısı" hakkında her şeyi bilen bizlerin, *kanserden uzak kalma* konusunda annemden farksız olduğunu ilk olarak o günlerde fark ettim. Ama doğrusu bu ya, o zamanki bakış açımla bu da bana garip gelmemişti. Nihayetinde üniversite halk sağlığı bölümünde değildik!

Bir gün hastane çıkışı bir kitapçının önünden geçerken, sağlık kitaplarını karıştırmayı akıl ettim. *Anti-Kanser Yeni Bir Yaşam Tarzı* diye bir kitap gördüm. *David*

Servan-Schreiber adında bir Fransız-Amerikalı nöropsikiyatr tarafından yazılmıştı. Kitabın arkasında yüzlerce makalenin referans gösterildiğini fark ettim. Okumaya değer olabilirdi. Hayatımı sonsuza dek değiştirecek bir an yaşamakta olduğumun ise, farkında değildim.

Dr. Schreiber, 80'li yıllarda MR'ların ilk geliştirilmekte olduğu dönemlerde, denekleri MR'a sokup matematik hesaplamaları yaptırıyor ve bu esnada MR'da bir değişiklik olup olmadığını gözlemliyormuş. Günün birinde, beklenen deneklerden biri gelmemiş. *"Ben denek oluvereyim bu seferlik"* demiş Dr. Schreiber. Girmiş MR cihazına. "Test" beklediğinden daha uzun sürmüş. Çıktığında ise nedenini öğrenmiş: Deney sırasında beyninde bir tümör saptanmış! Ameliyat, radyoterapi, kemoterapi derken, 1,5 yıl sonra kanser nüksetmiş. Tedavi tekrarlanmış. İstatistiklere baktığında, kendisine biçilen ömrün aylar olduğunu fark etmiş.

Bundan sonrasını kitabın kendisinden okumanızı öneririm. Dr. Schreiber, tümör nüksettiğinde çok geç kalmış olmasına karşın, o andan itibaren *başta yiyecek seçimleri ve stres yönetimi olmak üzere* yaşam modelindeki yanlışlara nasıl odaklandığını, okuyup araştırdıkça hâkim tıp modeli ve eğitimimizdeki dar bakışın sorunlarını nasıl gördüğünü bir roman tadında anlatıyor. Bir kanser hastası için büyük güç kaynağı, bir doktor için de, içinde yaşadığı ortama bir başka açıdan ışık tutabilecek bir kıvılcım tutuşturması yönünden, harika bir kitap. Bu kıvılcımı bir meşaleye çevirip çevirmemek ise, tamamen okuyan doktorun *gerçeğe ve bilime* duyduğu tutkuya bağlı.

Dr. Servan-Schreiber, en sonunda kansere yenik düşmeden önce, *Pittsburg Üniversitesi Integratif Tıp Bölümü*'nü kurmak, dünyanın dört köşesinde araştırmalarını anlatmak, *Sınır-Tanımayan Doktorlar Derneği*'nin kurucuları arasına girmek, Guatemala, Tacikistan, Irak, Hindistan ve Kosova'da gönüllü doktor olarak çalışmak ve yazdığı kitaplarla –benim gibi– binlerce kişinin hayatına dokunmak için "istatistiklerden" hayatına 19 dolu dolu yıl eklemeyi başardı!

Bir doktor olarak o güne dek aldığım eğitim fena sayılmazdı. TUS sınavlarında iki yıl arayla iki kez Türkiye'de ilk 5 içinde yer almış, hem de *göz* gibi genel tıptan en uzak bir dalda geçirilen 5 yıllık ihtisas süresi bittikten sonra girdiğim ECFMG sınavlarını çok yüksek bir puanla geçmiştim. Schreiber'ın kitabının yaklaşımı ve lisanı da, bütünüyle bilimsel görünüyordu. Bunlara rağmen, kitapta yansıtılan bakış açısıyla daha önce hiç karşılaşmamıştım. Aldığım "iyi eğitimdeki" dar odaklı bakışın, bize ancak *bazı* kanallardan bilgi akışı sağlandığının ancak o zaman farkına varabildim.

Okumaya, araştırmaya ve öğrenmeye başladım. *Öğrendikçe şaşırdığım şeylerin en başında*, yiyeceklerin biz doktorların zannettiği kadar basit şeyler olmaktan ne kadar uzak oldukları geliyordu. Okudukça *yiyecek seçimlerimde değişiklikler* yapmaya başladım. Bunun yanında yiyeceklerin günümüzdeki hallerinin –sağlıklı kalma amacı için belki ama– bir hastalığın altyapısını *geri çevirmek* için yeterli olmadıklarını öğrenmem uzun sürmedi. *Besin desteklerini (supplement)* ve doğal destekleri bilinçli olarak seçerek kullanmaya başladım. Bunları yalnızca kanser riskimi azaltmak için yapıyordum. Romatizmamın temellerini ortadan kaldırmaya kalkışmayı, aklımdan geçiremezdim bile!

Fakat bunları yaptıkça fark ettim ki, ağrılarım ve şiş eklemlerimin sayısı azalıyordu! Düzeldikçe okudum, okudukça uyguladım, uyguladıkça düzeldim. Ben kanseri engellemek isterken romatizmam düzelmeye başladığı gibi, mide ağrılarım ve reflüm de hafifliyordu. Son 15 yılı her iki dirseğimde hem lateral epikondilit "tenisçi", hem medial epikondilit "golfçü" dirsekleriyle geçiren ve defalarca kortizon enjeksiyonları olup kolunda bantlarla yaşayan ben, dirsek ağrılarını da unutmaya başladım. Önceleri reflü yüzünden köpeğimi bile çömelerek sevebilirken, reflü hayatımdan tamamen çıkmıştı. Hayatım boyunca kesinlikle 1-2 bavul dolusu ülser ilacı kullanmışımdır. İki kez de, ciddi miktarda kan kustuğum akut erozif gastrit atağı yaşamışlığım vardı. Şimdi ise mide ağrısı nedir unutmuştum bile.

İyi ama, ben yola "Kanser riskimi düşüreyim" diye çıkmıştım, romatizmamı geriletmek ve yok etmek için değil. Zaten aldığım eğitim dahilinde bunu aklımdan bile geçiremez, hayal bile edemezdim. Aldığım eğitimde *"Bu romatizma neden ortaya çıktı? Bağışıklık sisteminin aklı nerede ve neden karışmış olabilir? Ben bunu düzeltebilir miyim?"* diye bir yaklaşımın esamisi yoktu. Biz yalnızca, kendi vücuduna saldıran bağışıklık sistemini hangi ilaçlarla baskılayabileceğimizi, bu ilaçları hangi "hastalıkta" nasıl seçeceğimizi ve bunların yan etkilerini öğreniyorduk. Hepsi bu kadar. *"Neden?" sorusu, bu anahtar kelime*, bizim sözlüğümüzde bulunmuyordu. Bu hastalıkların *"nedeni bilinmiyordu"*. Zaten bende de genetik açıdan bir eğilim saptanmıştı bile: *"HLAB27 pozitif"* idim. Bu da, spondilitim başta olmak üzere nerede talihsizlik yaşadığımı açıklıyordu. Yani sebep ortadaydı. *(Size bir sır vereyim, ama lütfen eklemlerim duymasın: Benim HLAB27 hâlâ pozitif!)*

Kanser olmayayım derken, başta romatizmam olmak üzere her şeyde birden düzelme başlamıştı. İlaçlarımı teker teker azaltmaya başladım. 2012 Haziran'ında, hastalık başlangıcından 1,5 yıl sonra, Arthrotec, Salazopyrin ve Humira

kullanmaktaydım. Ağrılarım o kadar azalmıştı ki, bana Humira'yı reçete eden romatoloji öğretim üyesi doktoruma sormaya cesaret ettim: *"Hocam çok iyiyim. Humira'ların arasını biraz açabilir miyim?"* Hastalığın sekiz ay önce beni düşürdüğü durumu görmüş olan doktorum gönülsüzdü: *"Eğer gerçekten 'çok' iyiysen Humira'yı 3 haftada bire çıkartmayı deneyebilirsin"* diye yanıtladı. Ben ilaçları giderek azaltmaya devam ettim. 2013 Haziran'ında doktoruma aşağıdaki maili yazdım. Oradan *aynen* alıntılıyorum:

"Hocam, geçen sene Humira'yı biraz azaltmak için sizden izin istemiştim. Siz de biraz gönülsüz onay vermiştiniz. Hocam, son bir yıl içinde hayat modelimde (beslenme modelim, microbiyota vs. uzun hikâye) radikal ve bilinçli değişiklikler yaptım. Bazı besin desteklerini kullandım. 'Sanıyorum hastalığın temeline dair bir değişiklik yapmayı becermiş olabilirim.' Şu anda Humira'yı son birkaç seferdir 8 haftada bir kullanıyorum. 2013 yılında tek bir ağrı kesici almadım. Başka da hiçbir ilaç kullanmıyorum. CRP sedimentasyon artık hiç yükselmiyor. 2013 yılında en ufak bir ağrım olmadı. Her gün spor yapıyorum. Humira'yı kaç haftada bire kadar düşürdükten sonra 'Atık tümden kesebilirim' diyebilirim?"

Hocadan yanıt *"Sen zaten kesmişsin"* mealinde geldi: *"O zaman tamamen bırak ve izleyelim."* Gene de içi pek rahat görünmüyordu: *"Umarım tekrar başlamak zorunda kalmayız."*

2014 yılı başında hocaya son bir mail yazdım:

"Durumdan sizi haberdar etmek ve takip amacı ile yazıyorum. Humira'yı en son 6 ay önce kullanmış durumdayım. Son konuştuğumuzdan bu yana tek bir aspirin bile almadım. Dozunu artırdığım tek şey spor:) En ufak bir ağrım yok. İlginiz için çok teşekkür ederim."

Bu diyaloğu buraya neden almak istedim? Son derece iyi yetişmiş ve tanınmış bir doktor olmanın dışında harika bir insan da olan doktorum, bir romatoloğun bile nadir gördüğü ağırlıkta bir romatizma olgusunun, bu kadar kısa sürede aspirin bile kullanmadan spor yapar duruma gelmesi gibi, onun için bile hiç şüphesiz sıra dışı olan bu durumla, doktor ve insan olarak duyduğu memnuniyet dışında, pek ilgilenmemişti. Bana *"Bir anlat bakalım ne yaptın? Nasıl bir mantık yürüttün? Nasıl oldu bu iş?"* diye merak edip sormaya gerek bile duymamıştı.

Onun düşünce sisteminde, *bir insanın otoimmun hastalığının iplerini kendi eline alması* diye bir senaryo yoktu. "Olmayan" bir konuda da, öğrenebileceği bir şey

olamazdı. *"Tıpta neler neler oluyordu. Böyle sıra dışı örnekler, mucizeler hep duyduk şeylerdi."* Böyle bir şeyin –onun bilmediği– bir sistematiği ve tekrar edilebilirliği olması mümkün değildi.

Diyeceksiniz bugün durumun nedir? İlaçları kestiğimden bu yana beş buçuk yılı tamamladım. Bu sürede hiçbir yakınmam için yarım aspirin bile almadım. Hiçbir nedenle tek bir kez bile hiçbir ilaç kullanmadım. *Yuttuğum besin desteği kapsüllerinin içinde, bundan 30 bin yıl önceki insan vücudu için tanıdık olmayan hiçbir şey yok.* Ağrı nedir unuttum. Sağ ayak parmaklarımda, ancak şişlikler indikten sonra deforme olduklarını görebildiğim "yamulmalardan" ve bu deformite nedeni ile ayak tabanının çökmesi nedeniyle gelişen birkaç nasıra ait iz dışında bana romatizmamı hatırlatan hiçbir şey kalmadı. 5 yıldır grip olmuyorum. Rahatça 50 km bisiklet basıyorum. Mide ağrısı, ülser, reflü tarih oldu. Dirseklerimdeki epikondilitlerden eser kalmadı. Bel fıtıkları bile, yılda belki bir kez, şöyle birkaç saatlik kendilerini hatırlatabilir oldular. Evdeki kutu kutu Voltaren'ler Muscaril'lerin son kullanım tarihleri geçti. 35 yıl önce o zamanın tekniği olan açık ameliyatla sağ dizimde spor yaralanmaları sonucu oluşan yırtıklar nedeni ile medial ve lateral menüsküsler tümüyle çıkarılmış, ön çapraz bağ tam kopuğu için de sekonder tamir yapılmıştı. 12 yıl önce de bunların üstüne ligamentum patellayı da koparırken patellar kemiği de dörde ayırmış, Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Kliniği'nde *Prof. Dr. Halit Pınar'ın mükemmel cerrahisi sayesinde* ayağa kalkmıştım. Ancak, böyle bir dizde yıllar içinde doğal olarak osteoartrit ağrıları ortaya çıkmıştı ve onlarla yaşamaya da alışmak durumundaydım. Yolculuklardaki sabit diz pozisyonu olsun, gece olsun, en azından hafif bir sızı dizimin rutini haline gelmişti. *"Ağızdan aldığın bağ dokusu yapıtaşları ve enzimler, ta diz eklemine kadar nasıl gidecek sindirilmeden?"* klasik itirazı ile geçen yıllardan sonra destek kullanmaya başlamış ve nihayet ağrılarım fayda görmeye başlamıştı. Ancak hastalığım sonrasında okuduğum "ikinci tıp fakültesi" sayesinde hücresel inflamasyon mekanizmalarının ibresini diğer tarafa döndürünce, ağrılar tümüyle tarih oldu.

Ben yalnızca "kanser riskimi azaltmak" istemiştim. Bütün bunlar nasıl olmuştu? *"Tıpta böyle mucizeler hep duymuşuzdur. Bir mantık yürütmeye, bir anlam çıkarmaya gerek yok. Nihayetinde bir randomize kontrollü çalışmadan bahsetmiyoruz. Yani buradan bilimsel bir sonuç çıkmaz"* durumu mu söz konusuydu? Yoksa ortada moleküler biyoloji, immunoloji, epigenetik bilimlerindeki son gelişmeler

sayesinde gayet güzel açıklanabilir, yani tekrar edilebilir (reproducible) bir durum olup, "tam aksine" *kronik hastalıklardaki hâkim yaklaşımın taşıyamayacağı ağırlıkta bir anlam* mı içeriyordu?

Artık iş benim için, bırakın kanserden korunmayı, "hastalıklarımı" iyileştirmenin de ötesinde bir anlam kazanmıştı. Ülkenin en iyi üniversitelerindeki en bilgili ve tecrübeli öğretim üyesi arkadaşlarımın benim için el ele vermelerine ve her ay SGK'ya binlerce liralık ilaç masrafı çıkarmama rağmen hastalığımdan kurtulamamıştım. Arkadaşlarımın yaptıkları şey temelde, bağışıklığımı giderek bir öncekinden daha güçlü ilaçlarla baskılamaktı. Ben ise, olan bitene bakarsak bunun *tam tersini* yaptıkça, yani "bağışıklığı güçlendirdiği" bilinen yiyecek ve besin desteklerini bilinçli olarak kombine ettikçe iyileşmiş, iyileştikçe de ilaçlarımı azaltmıştım. Peki bu nasıl olmuştu?

Otoimmun hastalığımı gördüklerinde *"Neden?"* sorusunu sormak akıllarından bile geçmeyen, *"Bağışıklık sistemi bu bireye bunu 'neden' yapıyor?"* sorusu, doktorluk eğitim ve pratiklerinin "fıtratında" olmayan doktor arkadaşlarıma soracak olsanız, bu "hastalık" nasıl gelmeye karar vermişse, öylece de gitmeye karar vermiş olmalıydı. *"Bu hastalıklar zaten hafifleme ve alevlenmelerle seyreder"* idi. Tekrar gelirse bağışıklığı baskılayacak, giderse de şükredecektik. *Sene oldu 2019, şu "alevlenmeyi" hâlâ bekliyoruz!*

2012 ve 2013 yılları boyunca yiyecek seçimleri ve besin destekleri hakkında durmaksızın okuyup öğrendikçe, "çaresizlik" temelli bu yaklaşımdaki yanlışı daha iyi görebilir olmuştum. Bütün bunlara rağmen, tıpkı Alternatif Tıp uygulamalarından aktarılan başarı öyküleri gibi: Anlattığım –ve anladığım– öykü, bir sonraki hastayı incelemek ve girişimde bulunmak için bana pusula olacak bir sistematik yaklaşım, bir metodoloji vermiyordu. Evet, tarçın insülin duyarlılığını artırıyordu, bromelain diz osteoartritinde faydalıydı, melatonin yalnız uyku bozukluklarında değil, meme kanseri tedavisi görenlerde de yardımcı olabiliyordu, deve dikeni tohumu karaciğere iyi geliyordu, omega-6/omega-3 oranı temel bir sorundu, vitamin D'nin yüksek düzeyleri şart idi, glutamin bağırsağa faydalıydı, vitamin K hem kemik erimesi hem kanserden korunma için ihmal edilmemeliydi, lahanagillerin mucizesi gerçekti, kolon kanseri olup da zerdeçal kullanmamak akıl alacak şey değildi, ya da migrende akupunktur, kronik ağrılarda nöral terapi gerçekten denenmeye değerdi, enerji tedavilerinden fayda alınabiliyordu vs. vs. ama sonuç?

45 yaşında, fibromyalji ağrıları çeken, anksiyolitik kullanan, her yemekten sonra karında gazdan ve ayrıca âdet düzensizliklerinden yakınan, Hashimoto tanısıyla Euthyrox kullanan ve tiroid değerleri "normal" sınırlarda görünen, buna karşın eli ayağı hâlâ soğuk, kilo veremeyen ve kabızlığı devam eden ve uyku düzeni bozuk bir kadın hastaya bütüncül anlamda nasıl yaklaşmamız, ne düşünüp ne yapmamız gerektiği anlamına mı geliyordu bütün bunlar? Gazı için zencefil, anksiyetesi için passiflora, âdet düzensizliği için –çaresiz– bir doğum kontrol hapı, kabızlığı için erik kurusu, fibromyalji ağrıları için nöral terapi ya da akupunktur önerilebilir, uykusu için de Valerian (kedi otu) verilebilirdi. Bütün bunlar bir süreliğine de olsa –bu örnekteki doğum kontrol hapı hariç– hastayı ilaçların yaptığı gibi fizyolojik esnekliği bozmadan rahatlatabilirdi de.

İyi ama bu yaklaşımdaki *bütünlük* neredeydi? Hastaya doktorunun verdiği anksiyolitik için *"Yani bu organizmada bir Tranxilene eksiği mi vardı da bunu veriyoruz?"* sorusunu soran biz "değişik" düşünenler, *"Yani bu organizmada bir passiflora eksiği mi vardı da bunu veriyorsunuz?"* sorusu karşısında ne söyleyebilecektik? *Bu kadındaki rahatsızlığın kaynağına, "nedenine ve bu bireye has olmak üzere nasılına dair" ne biliyorduk?* Bunu bilmeden ve araştırmadan, "semptomatik tedavi" yapmakla eleştirdiğimiz klasik ilaç tıbbından ne farkımız kalıyordu? Hastalığın patofizyolojide gelişerek ortaya çıktığı moleküler biyolojik yolu deşifre edemezsek, haritasını çıkaramazsak, onu hangi yoldan geriye çevirecektik? *Başka hangi yol vardı ki?*

Evet, başta romatizma olmak üzere hastalıklarımı yenmiştim. Evet, yaşadıklarımdan ve yaptıklarıma safha safha aldığım cevaplardan bunun bir "tesadüf" ya da "mucize" olmadığına emindim. Ama bu, diğer hastalar –ve doktorlar– için ne anlama geliyordu? Kronik uyku bozukluğundan mustarip bir depresyonlu hastaya, bir hipertansiyon hastasına, bir premenstruel sendromlu kadına, bir migrenliye, bir diyabetliye, erken dönem Alzheimer hastasına ne söylememizi sağlayabilirdi *"Beslenme sandığınızdan çok daha önemli. Beslenme konusunda şu genel doğrulara yönelin, şu genel yanlışlardan uzaklaşın"* demenin ötesinde? "Çöp" yemekten vazgeçerek gerçek yiyeceklere yönelmek, kötüleşmeyi durdurup iyileşmeye yönelmek için kuşkusuz bir ön şart. Ama homeostazis mekanizmaları artık çalışmayan bu organizmayı *işler hale* getirmek için hastaya bunları söylemenin yeterli olmasını ummak fazla iyimserlikti. Doğal besin desteklerinden faydalanacak olsak da, bunu hastanın yakınmalarına göre, *semptomatik* değil de hastayı *iyileştirmek* için, yani

altta yatan biyolojik disfonksiyonlarına göre nasıl yapabilirdik? Bunlara nasıl bir sistematik yaklaşım mümkün olabilirdi?

Kronik kompleks hastalıklar için klasik tıbbın *"semptom ve belirti üzerine kurulu olan hastalık sınıflaması ve bu ICD kodunun karşılığındaki ilaç"* şeklinde işleyen tedavi yaklaşımındaki basite indirgemeciliği görüyor, fakat bu yaklaşım sistemi yerine bir başkasını bir türlü düşünemiyordum. *Düşünce ve hareket odağım hastalıklardan -hastalık isimlerinden- kurtulamıyordu.* Sonunda Fonksiyonel Tıp düşünce sistemi ile tanıştığımda, bütün bu soruları benden çok önce düşünen ve yanıtlayanlar olduğunu anladım. Yanıt, diğer pek çok önemli yanıt gibi, basitti. Yapılacak tek ve en doğru şey bireyin *fizyolojisini* incelemekti. Tabii biyokimya ve moleküler biyoloji gibi diğer disiplinlerin yardımı ile.

Biz doktorlardaki izlenime bakarsanız, okulda okuduğumuz biyokimyasal reaksiyonlar herkeste standart bir düzende tıkır tıkır işlemektedir. Eğer adı konmuş bir hastalığı yoksa -hatta varsa bile!- kimsede ne eksiklik ne aksaklık var demektir. Vücut kendini tamir etme, savunma ve dengeyi koruma işlerini hepimizde aynı standart mükemmellikle yapmaktadır. Ta ki günün birinde bir ağacın altından geçerken kafamıza bir kronik hastalık düşene kadar. Hepsinden kötüsü: Bu hastalık kafamıza düştükten *sonra da* durumda bir değişme olmaz: Vücudun fizyolojik fonksiyonları göz ardı edilmeye devam eder. *Organizmanın "hastalık" süreçlerinde de -gayet tabii ki!- devam eden kendini tamir etme, savunma, dengeyi koruma, yani sonuçta kendini iyileştirme yönünde gösterdiği çabanın işlerliğini hem ölçmek, hem değerlendirmek, hem de desteklemek pekâlâ mümkün.* Ama biz bunları tıp fakültesinde öğrenmiyoruz.

Günümüzün sürümden kazanma temelinde işleyen hızlandırılmış basite indirgeyici sisteminde, vücudun bu olağanüstü iyileşme potansiyelini bütünüyle göz ardı etmemiz normalleştirilmiş durumda. Onun yerine, ilaçlar ile semptomlar arasındaki bilek güreşini takibe almamız yerleştirildi. Bize yerleşmiş ezbere bakarsanız, genlerimiz kaderimizdir. Madem öyle, *yiyecek seçimleri ve besin destekleri başta olmak üzere* genlerimizin dışavurumunu etkilemek elimizde değildir. Bize düşen önce kaderimize küsmek, sonra da ilaç çalışmalarında etkisi gösterilmiş en son ilaç hangisiyse, onu yutmaktır. Ağzımıza attığımız her lokma ile, kafamızda köpürttüğümüz her şampuan ile, eve ofise astığımız "oda parfümleri" ile genlerimize sürekli veri girmekte olduğumuz da bilimkurgudan ibarettir. Zaten öyle olmasaydı biz bunları tıpta okurduk, bir klinik anlamları olsaydı da kongrelerimizde anlatılırdı, öyle değil mi?

Tıbbın ilk 3 yılı boyunca temel bilimlerde öğrendiğimiz vücut *fonksiyonlarına* dair kavramlar, bir "tanı" ismi konduktan sonra –nasıl oluyorsa artık– adeta tümüyle önemsiz hale geliyor, yok oluyor, kül olup uçuyorlar! Sanki vücut, sağlıkta sürdürdüğü *–ve sayesinde sağlığı sürdürdüğü!–* karmaşık ve dinamik denge mekanizmalarını biz 4. sınıfa geçtiğimiz anda durdurmakta, artık bunları iyileşmek yönünde kullanmaya falan çalışmamaktadır. Öylece durup bizden sadece antidepresan, PPI mide ilacı, antibiyotik, diüretik ve statin hususlarında çektiği açlığı gidermemizi beklemektedir.

Doktor arkadaşlarınıza tarçının şeker hastalarında faydalı bir şey olduğunu söylemekle yetinecek olursanız, size TV magazin haberlerinden "bilimsel olmayan" bir şeyler konuşan "otçu-çöpçü doktorun biri" olarak bakarlar. Yok eğer *"Arkadaşlar, tarçın bir PPAR (peroxysome proliferator activated receptor) alfa ve gamma reseptörü agonisti olarak insülin sinyallerinde kolaylık sağlıyor, böylece Nf-κB'yi de baskılamış oluyor, yemek sonrası çayınıza tarçın çubuk atın"* falan diyecek olursanız durum daha da kötüleşir: Bir daha kimse sizinle aynı masaya oturmak bile istemeyecektir. Yapacağınız bir şey yoktur. Durumunuz ümitsizdir. Tıp, fonksiyondan kopmuştur.

Amerika'dan döndüğümde, eski hastanemdeki doktor arkadaşları görmeye gitmiştim. Hastane laboratuvarındaki uzman doktor arkadaşı da ofisinde ziyaret ettim. Benim alternatif (!) bakış açıma eski sohbetlerimizden aşina olan arkadaşım, *"Nelerle uğraşıyorsun bakalım görüşmeyeli?"* diye sordu. *"Fonksiyonel Tıp"* diye cevap verdim. *"Nasıl bir şey yani?"* diye üsteleyince, bir laboratuvar branşındaki doktora anlatmanın en veciz yolu bu olsa gerek diye düşünerek, *"Mesela laboratuvardan, sizinkilerden değişik şöyle tetkikler isteyip değerlendiriyoruz. Keyifli oluyor"* diye cevap vererek, elinizde tuttuğunuz bu kitapta da, "Dr. Mine Hanım" için verdiğimiz örnekteki hormon tetkiklerinden bir hastaya ait örneği gösterdim (*lütfen* siz de bu noktada, yalnızca kısacık bir bakış atmak, için s.30'u açıp şekle bakınız). Uzman doktor arkadaşım işte gördüğünüz bu tetkiki gözucuyla inceledikten sonra bana *"Yani bu seninki Çin Tıbbı mı oluyor?"* diye sorabildi.

Derin bir nefes aldıktan sonra, monitörde hâlâ açık durmakta olan hormon metabolitleri tetkikine, refleks olarak, ben de bir göz attım. Evet, bir yanlışlık yoktu, aynı şeye bakıyorduk! Arkadaşıma bunu söyleten ne olabilirdi? Hem de laboratuvar tetkiklerine aşina bir göze, önündeki görüntünün "Çin Tıbbı" haline dönüşerek ulaşmasına yol açan o görkemli önyargı, tüm ihtişamıyla, size diz

çökmenizi emreden bir kudretle tam karşımda duruyordu. Neden sonra, doktor arkadaşımı adeta kör ederek bunu ona söyleten şeyin farkına vardım: Biraz önce ben ona *"Mesela laboratuvardan, 'sizinkilerden değişik', şöyle tetkikler..."* diye yanıt verirken, o "sizinkilerden değişik" tanımlamasını duyduğu anda arkadaşım oradan ayrılmıştı. Güvenliğini, kimliğini –bütünüyle gereksiz ve temelsiz ve yanlış olarak– tehdit altında hissettiği o anda, saniyede 300.000 kilometre hızla, *kendisinin* "bilim" adını verdiği, çevresine hendekler kazıp dikenli tellerle çevirdiği ülkesinin güvenli topraklarına dönmüş, sınır dışındaki biz Çinliler ve otçu-çöpçülere kafasını iki yana sallayarak bakmaya başlamıştı. *"Dostum, 2-metoksi-Estron/2-hidroksi-Estron oranının Çin Tıbbı ile alakasını nasıl olup da kurabildin?"* diye sormak faydasızdı. Sormadım.

Bize tıp fakültesinde söylenmiş olduğunu hiç sanmıyorum: Ağırlığınız 80 kg ise vücudunuzda ortalama 8 kg mitokondri var demektir! Ne dersiniz, şu "enerji santrallerini" ciddiye almaya başlamalı mıyız? *Bir kalp hücresinin hacminin tam %50'sini –ve bir beyin hücresinin hacminin % 25'ini– mitokondriler kaplar. Hücrenin tüm diğer "organları" %50'ye sıkışmak zorundadır!* Bu nefes kesici gerçekliğe rağmen, herhangi bir kalp ya da sinir hastalığındaki ilaç protokolü hakkında konuşabildiğiniz bir kardiyolog ya da nörolog arkadaşınızla, mitokondriler hakkında iki kelime olsun konuşamaz durumdasınız. Sizce bu normal mi? Bu işte bir eksik/yanlış yok mu? Böyle devam edebilir miyiz?

Yani bu mitokondri denen şeyler *Made in Germany* olup, arıza-servis gerektirmeden, fonksiyon kaybı göstermeden hasta 20 yaşında iken nasıl çalışıyorlarsa 55 yaşındaki Parkinson'lu ya da diyabetlide de aynı performansta çalışıyor olmalılar –işleri ne ki bunların?– böyle mi düşünmeliyiz? Mitokondri fonksiyonunu önemsememiz, merak etmemiz, ölçmemiz, desteklememiz için birinin bize vücut ağırlığımızın %10'unu mitokondrilerin oluşturduğu gerçeğini söylemesi mi gerekiyor? Antenlerimiz ne zamandan beri ancak böylesine gross gerçekleri algılayabilir duruma geldi? Tıp fakültesi 4. sınıfa geçtiğimiz günden beri mi?

Kalp hücresinin yarısından fazlasını mitokondriler kaplayacak ve ağzımızdan mitokondri kelimesini *tek bir kez bile* çıkarmadan elimizde reçete bloknotu 30 yıl mükemmelen kardiyologluk yapabileceğiz. Sizce bu normal mi? Gerçekten böyle mi devam etmeliyiz?

Annem 84 yaşında. Doktorlarının kontrolü altında uzun süredir idrar söktürücü+tansiyon ilacı kullanıyor. Son kontrolünde *kan ölçümünde* potasyumu düşük bu-

lunmuş. Potasyum kanda ölçüldüğünde "normal" görünen pek çok kişinin, özellikle sebzelerden fakir besleniyorsa, hele idrar söktürücü kullanıyorsa, aslında *hücre içinde* ciddi potasyum eksiği vardır. 50 yılı aşkın takma diş kullanan biri olarak da, çene kemiğinde ciddi erime var ve bu nedenle yıllardır *beslenmesinde* güçlük yaşıyor. Ben bu satırları yazarken ziyaret ettiğimde, onu –eline sağlık– bir güzel muayene eden ve *"Ciğerini üşütmüşsün"* diyen doktorunun yazmış olduğu ilaçları almaktaydı. Güçlü bir antibiyotik, bir öksürük kesici ve ağrı kesici-iltihap giderici tablet. Doktoru bunları yazmış, annemi evine göndermiş ve 1 hafta sonra kontrole çağırmış.

Bunda garip ya da yanlış bir şey var mı? Hayır. Üç aşağı beş yukarı biz doktorların standart uygulaması. Fakat insanın aklına gelmiyor değil: Annem odadan çıktığında odaya giren bir sonraki hasta, 25 yaşında atletik bir genç olsa. Bu genç de, tıpkı annem gibi öksürük, halsizlik, hafif ateş ve ciğeri dinlediğinde de tamamen aynı bulgulara sahip olsa, doktor arkadaş acaba bu hastaya *tamamen aynı* tedaviyi yazıp bir hafta sonra kontrole mı çağıracaktı, bir fikir yürütelim.

Tanı-ICD → ilaç eşleştirme refleksi öyle bir noktada ki, bu örnekteki iki kişi bize birbiri ardına muayene olsa bile, bu iki kişi temel besin alımı, sindirim sistemi, detoksifikasyon, mitokondrial sistem, mikrobiyota ve bağışıklı altyapısı, *hücre-içi* elektrolit durumu gibi fizyolojik parametreler açısından birbirine *fazlasıyla uzak iki farklı organizma* olmasına rağmen, sırf hastanın *(hastalığın?)* ilaç eksiğini giderdiğimiz için yaptığımız şeyin tuhaflığını fark edemez durumdayız. Olsa olsa, bu 84 yaşındaki kadının antibiyotiği vücuttan atabilecek karaciğer böbrek sorunu var mıdır diye bir ilaç seçimi yapacağız. *Odağımızda yalnızca tanı ve ilaç var.* İnflamatuar yanıt, hormonal denge, elektrolit dengesi, detoksifikasyon için gereken amino asitler, glutatyon üretimi, yani patofizyoloji, yani vücudun iyileşme çabasındaki *fonksiyonları* odak noktamızdan çok uzaklarda. Öyle olmasaydı, bu iki kişinin *iyileşmek için* ihtiyaçlarının aynı olduğunu nasıl düşünebilirdik?

Kısa ve kavraması kolay olması nedeniyle bu örneği verdikten sonra şunun altını önemle çizelim: Buradaki "ciğer üşütmesi" gibi *akut* ya da mikrobik sorunlar, gerçekte Fonksiyonel Tıp'ın ilgi ve görev alanı *dışındadır*. Daha sonra açıklayacağımız gibi, *akut (ani/acil) tıbbi sorunlarda standart yaklaşım zaten etkin ve doğru olandır.* Bütün sorun, bu yaklaşımı kronik kompleks hastalıklara da uygulamamızdan çıkıyor.

Bu kitabın birçok yerinde, standart tıptaki otomatikleşmiş ilaç kullanımı davranışına eleştirel bir bakış göreceksiniz. Bu, kesinlikle *"İlaçlar her zaman her*

durumda yanlış seçenektir, onları çöpe atabiliriz" anlamına gelmiyor. İlaç kullanımının uygun olduğu birçok durum ve safha var. Sorun, elimizdeki tek silah türünün ilaçlar zannedilmesinde! Başta yiyecek seçimleri olmak üzere, çevresel faktörlerin genlerle ilişkileri, uyku ve hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen, yani *Stres Yanıtı* sistemlerinde yapılacak düzenlemeler, hasta bireyin metabolizmasına has mikrobesin eksiklerini açığa koyarak yapılacak besin destekleri, detoksifikasyon sistemini desteklemek, hastalığın altında yatan biyolojik sistemleri kemiren tetikleyici ve sürdürücülerin hastanın yaşam alışkanlıklarından temizlenmesi gibi, *ilaçlardan daha süratli değil, ama çok daha temel ve güçlü ve gerçek silahların yok sayılmasında.*

"İlaç fabrikalarının hiçbir ürünü kullanılmayacak" takıntısı altında ilaçların yerine bitkisel ürünleri geçirerek *semptomlara odaklı tedavi* yaptığımız takdirde, eleştirdiğimiz klasik tıp ilaç-davranışından da bir farkımız kalmıyor. Bizim zaten *klasik yaklaşımda doğru olmadığını söylediğimiz temel şey, "tanı→ICD→ilaç" eşleştirmesiyle yetinen paradigmanın kronik kompleks hastalıklar için olağanüstü basite indirgeyici olmasından başka bir şey değil.* Bu basite-indirgeyici düşünce sistemini değiştirmiyorsak, işlemeyen bir sistemdeki "kötü adamların" yerine "iyi adamları" oyuna sokmuş oluyoruz, o kadar: *"Tansiyonun mu düşük: Meyan kökü iyi geliyor", "Öksürük mü var: Vişne ye", "Ülser mi dediler: Kakule kullan."* Ya da hadi daha "teknik" olalım: *"İnflamasyon mu var: Zerdeçal al iyi gelir."*

Örneğin, vücutta bir ağır metal yükünü ortaya koymak için, bir fonksiyonel tıp doktoru idrar, DMSA-provoke idrar, saç, kan düzeyleri ölçümlerinin tümünü önüne koysa da klinik arka planında kafasını kaşıyarak zorlu düşüncelere dalarken, gıda duyarlılıkları konusunda IgG, IgG4, IgE inceleyen testler arasındaki yöntem ve teknik farkları ve anlamlarını tartışırken, mikrobiyota dengesizliklerini açığa koyabilmek için dışkıda kantitatif kültür ya da PCR testleri, nefeste hidrojen-metan testi, idrarda organik asitler incelemesinde disbiosis marker'leri gibi testler arasından –akla karayı– seçerken, Avrupa integratif tıp ekolüne bağlı bazı "Alternatif Tıp" uygulayıcıları, bir tür biyorezonans "frekans" yöntemi ile (Vegatest vb.) ile ya da bir spektrofotometre cihazı (!?) ile bütün bunların yanıtını saniyesinde buluverir. Parmağınıza tutturulan bir elektrot ile bir elektrik akımı (?) ya da dalga boyu (?) ölçüp yararlı minerallerden ağır metallere kadar, hem de hücre içinde ayrı, dışında ayrı (!) ne var ne yoksa, renkli renkli sonuç kâğıtlarıyla grafikler halinde 2 saniyede güya önünüze koyar. *"İyi ama bu testlerin kendisini nasıl test*

ettiniz?" diyecek olsanız, sorunuz ortada kalır. Test sonuçlarınız size aynen, Nasreddin Hoca'nın dünyanın merkezini işaret ettiği biçimde bir kesinlikle açıklanır. Reddedemezsiniz, ama kabul etmeniz için hiçbir bilimsel neden de bulamazsınız. Günümüz tıbbının tökezlediği ya da ayak sürüdüğü bu noktalara "pseudobilim" (yalancı bilim) üreticilerinin hızla yerleştiği ve genelde Almanya menşeli bu tür hikmeti kendinden menkul cihazları bizim gibi 3. dünya ülkelerine pazarlayarak çaresiz hastaları kullandığı bir çağ yaşıyoruz.

Fonksiyonel Tıp kendi başına bağımsız ya da "alternatif "bir bilgi bütünü değildir. Örneğin Çin Tıbbı'ndaki gibi meridyenler esasına ya da homeopatideki gibi enerji temeline dayalı bir "başka bilgi kütüphanesine" dayanmaz. Bildiğimiz temel tıp bilimleri araştırma literatüründen özümsenen bilgilerin, tamamen farklı bir yaklaşımla kliniğe –hastayla el ele– uygulanmasından ibarettir. Hasta bireyle karşılaştığında bir FT klinisyeninin kafasındaki soru, alışıldık *"Önümdeki hastalığın ismi ne?"* sorusu değildir. Kafasını meşgul eden sorular çok başkadır:

- Organizmada ortaya çıkan bu durumun nedeni ne?
- Bu duruma neler katkı veriyor?
- Vücudun kendini iyileştirme mekanizmalarının işlerliği ne durumda?
- Vücudun bu işlevinde yetersiz kalmasına neden olan biyolojik sistem disfonksiyonları neler?
- Vücudun bu işlevine destek olmak için bu organizmanın 1) Kurtulması gereken şeyler var mı? 2) Karşılanmamış bir gereksinimi var mı?
- Hastanın neden hastalandığı ve nasıl iyileşeceğini anlaması için ihtiyacı olan bilgi düzeyi nedir?
- Hastanın fiziki hastalığının, psikolojik ve ruhsal durumu ile ilgisi nedir?

Türk hekimlerine Fonksiyonel Tıp'ı tanıtmak amacı ile yazdığım *Fonksiyonel Tıp* kitabı, son yıllarda *Institute for Functional Medicine* (IFM), *American Academy of Antiaging Medicine* (A4M), *International College of Integrative Medicine* (ICIM) ve *American Functional Medicine Association* (AFMA) gibi Amerikan Fonksiyonel Tıp çevrelerinde katıldığım bilimsel toplantılar ve alma fırsatı bulduğum eğitimlerin ve bunların oldukça ötesine geçen kişisel çalışma ve araştırmalarımın *kısıtlı sayıdaki örnek konularda "sohbet tarzındaki" yansımalarından* oluşuyor.

Doktorlar tarafından bize sık sorulan sorular:

- Fonksiyonel Tıp, bana ve hastama ne verebilir? İkimiz için de, buna neden ihtiyacımız olsun? Her şey böyle de yürümüyor mu?
- Kullandığınız şu fantezi laboratuvar testleri. Görüp işitmediğimiz şeyler. Bunların gerçekten bir klinik anlamı var mı?
- Uyku, egzersiz, stres, ama özellikle beslenmenin önemini biraz abartmıyor musunuz?
- Neden bu kadar çok besin desteği kullanıyorsunuz? Doğrusu bu kadar hapı ne ben yazarım, ne de hastam yutar.
- Diyelim ki FT yaklaşımı ilgimi çekti. Bunu hayatıma nasıl katabilirim?

Bu kitaptaki –biraz da zorlu, ama umarım keyifli– yolculuğunuzda bu sorulara doyurucu yanıtlar alacağınızı sanıyorum. Biz şimdilik kısa birkaç pratik bahisle yetinelim.

Fonksiyonel Tıp'a ihtiyacımız var mı? Hastamız Nurşen Hanım'ı pazartesi Hashimoto'su için endokrinoloğa, salı tansiyonu için kardiyoloğa, çarşamba sırt ağrıları için romatoloğa, perşembe ağır âdet kanamaları için kadın doğumcuya, cuma da anksiyete için psikiyatra gönderen bir sistemin parçası olarak çalışıyoruz. Bu insanlar yaptıkları işte uzman mı? *Şüphesiz.* Bilgi ve tecrübeleri değerli mi? *Hiç kuşkusuz.* Onlara gerçekten ihtiyacımız var mı? *Mutlaka.* Kişisel bazda çıkardıkları iş değerli mi? *Kesinlikle.* Uzmanlıkları iptal edip yerine yeni bir sistem koymak nasıl bir fikir? *Zararlı bir fantezi...*

Bir alana uzmanlaşmanın, hasta organizmanın *bütününü* görmemizi *kaçınılmaz olarak* zorlaştırdığına ilişkin bu kitapta anlatmaya çalıştığımız şey, uzmanlıklara ihtiyacımız olmadığı değil. Uzmanlıklara mutlak biçimde ihtiyacımız var ve olmaya devam edecek. Günümüzde *her alanda* bilgi birikimi akıl almaz bir hızla artıyor. Laboratuvar değerlendirmeleri, bin bir çeşit teknolojinin kullanıldığı görüntüleme yöntemleri, bırakın tüm branşları tek bir branştakine bile hâkim olmanız kolay olmayacak denli çeşitli ve bir yandan da yenileri çıkmaya devam eden ilaçlar, sayısız tanısal ve cerrahi girişimler uzmanlaşmayı mutlak zorunlu kılıyor. Hatta bir göz doktoru olarak bile, şaşılık, *az görme*, refraktif cerrahi, okülo-plastik, vitreoretinal cerrahi gibi farklı disiplinlerin nasıl yararlı ve gerekli olduğunu gayet iyi biliyorum.

Rahim iç döşemesi kalınlığını ölçmek için de, bronkoskopi için de, beyin MR'ını değerlendirmek için de, katarakt ameliyatı için de, kalça protezi için de, kalbi dinlemek için de, diyaliz hastasının ilaçlarını ayarlamak için de: O konuda tecrübeli uzmanlara ihtiyacımız var. Olmaya da devam edecek.

Konu akut/subakut hastalıklar olduğunda, modern tıptaki bu branşlaşma olağanüstü bir iş çıkarıyor. *Yalnız akut hastalıklar da değil, kronik kompleks hastalıkların gidişi sırasında ortaya çıkan sayısız "acil ve yar-acil" sorunu da,* ancak uzmanlıklar yoluyla güvenilir biçimde çözebiliriz. Girişimleri bir yana bıraksak bile, bu uzmanların ta uzmanlık eğitimi yıllarından başlayarak kendi alanlarındaki benzer hasta gruplarında kaç hastanın *elini tutup* diyalog kurmuş olduklarını düşünmek bile bu birikimi anlamak için yeterli. *Bu insanlar klinikteki yıllarını piknikte geçirmediler.* Bu tecrübeye saygı duymak ve ondan *yararlanmak* durumundayız.

Bu uzmanlar günlük yoğun mesailerinde kronik hastalara sayısız hayati müdahalede bulunuyorlar. Bu müdahaleleri onlardan başka kimse de yapamaz. *Ne var ki, kronik kompleks hastalıkların altında yatan "ve bu hastalıkları zaten en başta ortaya çıkarmış olan" (!) biyolojik fonksiyon bozuklukları, bu uzmanların "kendi organ-temelli branşlarıyla ilgili düzeltme ve tamir" dokunuşları eşliğinde aynen devam ediyor.* Devam etmekle de kalmayıp, diğer birçok kronik hastalık ortamını beslemeyi de sürdürüyorlar. *Bu kronik hastalıkların gerçekte iyileşmek yerine alttan alta ilerledikleri*, her dürüst ve bilinçli doktorun farkında olduğu koca bir gerçek.

Huzursuz bacak sendromu, myastenia gravis, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, psoriatik artrit, vitiligo, Hashimoto, jinekolojik hormon düzensizlikleri, hafıza kaybı, diyabet, halsizlik, irritabl bağırsak sendromu, fibromyalji, hipertansiyon, libido kaybı, Parkinson, akne, ateroskleroz vd. Kronik hastalıkların hiçbiri, ne iyileşiyor ne de iyiye gidiyor. Yapabildiğimiz şey bir hastalık yönetimi (disease management).

Doktorların ilaçlara dayanan ve semptomatik planda kalan bir tedavi yapıyor olmaları, ilaç firmalarıyla ortak bir planı yürütmekte olmalarından kaynaklanmıyor. Öğrendikleri ve çevrelerinde gördüklerinin bundan başka bir şey olmamasına dayanıyor. Başka bir düşünce sistemini duymamış ya da maruz kalmamış olmalarından kaynaklanıyor. Burada sistemin her noktasına ilaç firmalarının müdahale ediyor olmaları da gerekmiyor. Kanaat önderi kişi ve kurumları, mesleki dergilerin

yayın kurullarını kontrol etmeleri yeterli oluyor. *Hastalar ve doktorlar için en iyi olanla, sağlık ekonomisinin çıkarlarını çevirenler için en iyi olan, çok kez aynı seçenekler değil. Haksızca hedefe konmalarının aksine, doktorlar gerçekte hastalar ile aynı tarafta.*

Bu sistemde doğduk ve eğitildik. Olan biten her şey de, yalnızca ve yalnızca bu yüzden bize doğal geliyor. Odağımızı hastalık "tanılarından" kurtarıp, *bu hastalıkların altında yatan*, bu hastalıkların tümü ile her birinin ayrı ayrı yolları kesişen ve her bir "tanıya" ayrı ayrı katkı veren –ilerde bahsedeceğimiz– belli başlı *birkaç* biyolojik sistem disfonksiyonuna odaklanmadığımız müddetçe, iyi ihtimalle Nurşen Hanım'ın turları devam edecek, kötü ihtimalle de onkologda son bulacaktır.

Bu trafikte fonksiyonel tıp doktoru merkezde yer alarak tüm biyolojik sistemlere temel destek verirken, tüm uzmanlıklarla bilimsel bilgi alışverişinde bulunarak onlarla koordine olarak çalışacaktır. Amaç, hastanın tüm hastalıklarında eşzamanlı ve gerçek bir düzelme ve sadece semptomatik değil, hastalığın o birey için ortaya çıktığı yolu moleküler biyolojik anlamda deşifre ederek, aynen geldiği yoldan sağlık yönünde bir geri dönüşü koordine etmektir. FT doktorunun, hastayı branş uzmanlıklarından koparak tek başına takip ve tedavi etmesi ne doğru olur, ne de bu mümkündür.

Bu işbirliğinin hastaya sağlayacağı kuşkusuz yararlar yanında ilgili branş uzmanına açacağı kapılar ve yaşatacağı mesleki keyif, söz konusu doktor arkadaşın mesleki merakı, yıllardan sonra öğrenme heyecanını ne kadar koruyabildiği, bilimsel dürüstlüğü, mesleki işbirliğindeki bilimsel cesareti gibi değişkenlere sıkı sıkıya bağlıdır. Her gün resim yaptığı tuvalde kullanabileceği bambaşka renkleri de paletine taşımak isteyecek doktor arkadaşlar için, Fonksiyonel Tıp yepyeni bir kavrayış sunabilir.

"Fonksiyonel Tıp doktorunun günlük pratiği nasıl bir şeye benzer?" diye soracak olursanız: Açık ara ile en belirleyici farklılık, hasta hikâyesine verilen önem ve ayrılan zaman konusundadır. *İlk muayenenin de öncesinde* hasta, kendisine verilen sorgulama formları üzerinden doldurduğu kendine ait 10 sayfalık bilgiyi doktora teslim eder. Bu formlarda hastanın annesinden süt mü emdiği, yoksa mamayla mı beslendiğinden başlayarak tüm geçmişi ve hastanın hayatındaki tüm değişiklikler sistematik olarak sorgulanmıştır. Söylemeye gerek yok: Yakın dönemdeki tüm tanı, tetkik ve tedavileri de –branş ya da "anatomik bölge" ayırt etmeksizin tümü ile ilgili– bu bilgilere dahil edilir. Böylece doktor, henüz ilk

randevunun *öncesinde* hasta ile ilgili çok ayrıntılı bilgi sahibi olur. Doktor ancak bunları inceledikten sonra, yani hasta hakkında zaten oldukça iyi bir bilgi sahibi olduktan sonra *ilk randevu* planlanır. Buradaki amaç, hastayla ilk buluşma sırasındaki yaklaşık 1,5 saatlik süreyi mümkün olan en iyi şekilde kullanmaktır. Bir FT klinisyeni yoğun ve uzun mesai yaptığı bir günde ancak 5-6 yeni hasta bakabilir. Bu ilk buluşmayı takiben 3, 6 ve 12 aylık plan ve hedefler belirlenir. *Amaç, hedef süreler sonunda hastanın daha az ilaç kullandığı fakat daha iyi hissettiği –daha sağlıklı olduğu– bir eski bir zamana geri dönmesidir.*

FT pratiği ile karşılaşan ana akım tıp doktoru arkadaşların ilk tepkisi ya *"Ne kadar karışık ve garip laboratuvar tetkikleri istiyorsunuz. Bu testler fantezi mi, yoksa gerçekten bir işe yarıyor mu? Bu testlerin bir klinik anlamı var mı?* ya da *"Ne kadar çok besin desteği (supplement) kullanıyorsunuz. Bu kadarı gerçekten şart mı? Peki bir zararı olmuyor mu? Bunlar yerine pazardan alıp pişirip yesek olmaz mı?"* ifadeleridir.

Yanıtını aradığınız sorunun ne olduğuna bağlı olarak, yani: *"Hastamın tanısı şu üç hastalık arasından hangisi?"* mi, yoksa *"Bu rahatsızlık hangi biyolojik disfonksiyon altyapısında gelişmiş?"* mi? İşte o "karışık ve garip" laboratuvar tetkiklerinin bize verdiği bilgilerin klinik anlamı bu anahtar ayrıma bağlıdır.

Besin destekleri konusuna gelince: Kronik hastalıkların bireyde yer etmiş olan kısırdöngülerini geriye çevirebilmek ve fizyolojik homeostatik sistemlerin paslanmış çarklarını yeniden döndürebilmek için, en azından tedavinin ilk altı ayında besin desteklerine mutlak surette ihtiyaç duymaktayız. Bu besin desteklerinin seçiminde en büyük yardımcınız bu konularda bilgili bir doktorunuz olması, ikincisi de sizin bu konuda bilinçlenmenizdir. Bu kitaba eklediğimiz "Besin desteklerimizi nasıl seçmeliyiz?" bölümü, size yol göstermek açısından iyi bir başlangıç olabilir.

Kronik bir hastalığı ilerlemekte olan bir kişiye *"Canım fazla da karıştırma. Her şeyden yiyeceksin, az az yiyeceksin. Dengeli (?) besleneceksin. Çayına şeker koyma, sebze-meyve ye"* gibi romantik boş popüler söylemlerin *–günümüz modern gıdaları gerçeğinde–* nasıl temelsiz olduğunu, bugün şehirlerde, hatta köylerde sofraya ulaşan yiyeceklerin halini ortaya koyan birçok bilimsel çalışma var. Öldürdüğümüz bir topraktan bizi yaşatacak bitkiler yetişmiyor. Kronik hasta olan biri, en azından gerekli yiyecek seçimleri değişikliklerini oturtana kadar, en azından iyileşene, yani fizyolojik dengeyi tekrar tesis edip biyolojik sistemlerinin çarklarını yağlayıp işler hale getirene kadar, bu besin desteklerine *muhtaçtır*.

Bugün biliyorum ki bu destekler olmasaydı ben de iyileşemezdim. *(Benim durumum ve kullandığım destekler için büyük bilimsel çalışmalar -tabii ki- yapıl(a)mamış olduğu için, bunu bir "bilimsel kanıt" olarak ortaya getiriyor değilim. Sonsuza kadar yapılamayacak olduğunu herkesin bildiği bu çalışmaların sonucunu beklemediğim için de Tanrı'ya şükrediyorum.)* SGK'ya çok büyük mali yük olmaya yıllarca devam edecektim. Amerika'da *Humira*'nın hastanın yaşam kalitesini artırdığı her yıl başına maliyeti tam *45.600 dolar* olarak hesaplanıyor. Gelin bu tür karmaşık hesapları ve Amerikan maliyetlerini şimdilik bir yana bırakıp çok basit bir hesap yapalım: Kullandığım ilaçlardan *sadece* kendime enjekte ettiğim Humira'nın bizim sağlık sistemine maliyeti yılda 25.000 TL idi. Yani, 10 yıl kullanırsam 250.000 TL ve bu hastalık ve ilaçla 20 yaşamayı başaracak olursam da yarım milyon lira. Bu, yalnızca bir kişinin ve yalnızca Humira ilacının sisteme maliyeti. Kronik inflamasyonun ortam hazırlayacağı diğer hastalıklar, görüntülemeler, girişimler, kanser vb. diğer olası tedaviler buna dahil değil! Fonksiyonel Tıp öğrenip kendime uygulamam sonucu ülke ekonomisine *tek bir kişi olarak* ne kazandırmış olduğumu hesaplarken sıfırların sayısının ne hızla arttığına dikkat edin.

Bütün bunları -eksik olmasın- gözünü kırpmadan tıkır tıkır ödeyen sosyal güvenlik sistemi, benim üç kuruşluk alfa lipoik asit, selenyum ya da zerdeçal ekstremi lüks ve gereksiz bularak ödemiyor! Aynı sağlık sistemi, son 5 yıldır kendisine maliyetimi düpedüz 0 (*sıfır*) TL'ye indirmiş olmama, yurtdışından destek ürünlerin ithalini de, hammadde ithaliyle yurtiçinde düşük maliyetli destek ürün üretilmesini de zorlaştıran yüksek ruhsatlandırma maliyetlerini yürürlüğe koyarak yanıt veriyor. Benim olanağım vardı ve hastalığım esnasında bir yolunu bulup yurtdışındaki destek ürünlerine ulaşabildim. Fakat şu anda benzer sıkıntıyı çeken çok sayıda insan olduğunu biliyorum. Japonya'da, Amerika'da, Hollanda'da, Fransa'da, Rusya'da insanların on yıllardır kolayca elde edip kullandığı birçok besin desteğinin ülkemizde gerek ithalat gerek üretim olarak "yasaklar" listesinde olmasını anlamak kolay değil. Bu yaklaşımın yeni bir bakışla çözüleceğini ümit ediyorum.

Kimi hasta için, kendisine tedavide bir rol verilmesi ve yol gösterilmesi can sıkıcıdır. Yemeklerden sonra birkaç tablet yutarak semptomları baskılayıp kendini kandırmayı ve hastalığın ilerlemesini sineye çekmeyi tercih eder. Kimi hasta ise tam tersi, kendisine biçilen bu pasif rol eşliğinde durumun giderek kötüleşmesini beklemek yerine, *hastalığının ve sağlığının iplerini elinde hissetmenin ona verdiği gücü* tercih eder.

Fonksiyonel Tıp, hastayı ona biçilen pasif rolden çıkarır. *Hastayı aktif bir oyuncu durumuna sokar ve ondan bunu bekler.* Ameliyatlık bir bel fıtığı ya da akut böbrek yetmezliği durumunda hasta doğal olarak pasif durumdadır. Sonucu belirleyen çok büyük oranda doktorunun tecrübe, bilgi ve yeteneğidir. Fakat kronik hastalıklarda durum değişir: *Bir kronik hastalığınız varsa, hiçbir doktor size sizin olduğunuz kadar ne faydalı, ne de zararlı olabilir. Hastalıklarınızın meydana geldiği yer hastaneler değil, eviniz ve işyeriniz. Emin olun ki, aynı yoldan geri giderek iyileşeceği yer de eviniz ve işyerinizdir.*

BESİN DESTEKLERİMİZİ NASIL SEÇMELİYİZ?

Bir ürün kutusu üzerinde gördüğümüz *"biberiye ekstraktı"* yazısı bize ne söyler? Ya da ne *söylemez*? Bir diğer firmanın etiketinde ya da internet sayfasındaki *"%3 rosmarinik asit içeren biberiye ekstraktı"* ifadesi ile arasındaki çok önemli fark nedir?

Şimdi, diyelim ki bir kronik rahatsızlığınız var. Ya da doktorsunuz ve kronik rahatsızlıkları olan hastalarınız var. Bu nedenlerle ya da yalnızca sağlıklı kalabilmek için doğal besin destekleri kullanmayı düşünüyorsunuz. Ama paranızı sokağa atmak istemiyorsunuz. Daha da önemlisi, kendinizi *"Sağlam destekler alıyorum, güvendeyim"* zannederken davul tozu minare gölgesi alıyor olmak olasılığı canınızı sıkıyor.

Aslına bakarsanız siz bunları "doğal olarak" yani yediklerinizden almak istiyorsunuz. Örneğin kronik bir hastalık, toksinler veya kolesterol ilaçlarınız sayesinde mitokondrilerinizde tükenmiş olan koenzimQ için günde 200 mg'lık bir koenzimQ kapsülü almayı doğru bulsanız da, kapsül almak yerine koenzimQ'dan zengin ürünlerden yiyerek "doğal" almak size daha doğru geliyor. Gazete kupürlerinde koenzimQ'nun en bol bulunduğu yiyecekler listesine göz atıyorsunuz. Karaciğer, dana eti, balık, tavuk gözünüze çarpıyor. *Haydi bu akşam bir tabak köfte yiyelim.*

Yalnız küçük bir sorun var: Kapsüldeki günlük 200 mg'lık koenzimQ miktarını alabilmek için, ya günde 5 kg dana karaciğeri yiyeceksiniz, ya günde 10 kg tavuk, ya da günde 40 kg ton balığı. Yani oldukça iştahlı biri olmanız gerekiyor.

Nar ya da taze sıkılmış nar suyu için ise durum çok daha iyi: Ülkemizde ekim-şubat ayları arasında bu mucize meyveye ulaşmak kolay (laf aramızda, bu şenliği kaçırmamanızı hepinize tavsiye ederim). Ancak bu meyveye yıl boyu ulaşım şansınız ne yazık ki yok. Halbuki siz damar sertliği, romatizmal rahatsızlıklar gibi kronik inflamatuar bir hastalıkla mücadele eden vücudunuza bu desteği *her gün*

ve yıl boyu vermek istiyorsunuz. Ya da kanser tedavinizi henüz tamamladınız ve zayıf düşmüş vücudunuz bundan sonra kansere direnirken aralıksız kullanmak istediğiniz bilimsel bir besin desteği arıyorsunuz. Bunun için her gün sürekli nar suyu içmek de, pratik olmaması bir yana içerdiği şeker nedeniyle sizi düşündürüyor. "İyi" bir nar ekstresini düzenli ve pratik olarak, yani kapsül şeklinde uzun süreli kullanmaya karar verdiniz diyelim. Şimdi soru şu: Acaba şu tezgâhtaki nar ekstresi kutularından hangisi sizin için doğru seçim? *Bunlarda gerçekten "nar" var mı? Varsa ne kadar var?*

Eczacınıza danışayım diyorsunuz. *"Bak şu firmanın ürünleri iyi"* diye yanıt veriyor. Eczacı böyle söylediğine göre doğru seçim bu olmalı diyorsunuz. Kutuyu elinizde bir evirip çeviriyorsunuz: "Nar ekstraktı" yazıyor. *"Özünü çıkarmışlar demek, iyi bari"* diyorsunuz. *"Kaç tane varmış bunun içinde? Kaç gün gider yani bir kutusu? Eh, fiyatı da uygunmuş."* İki kutu alıp çıkıyorsunuz.

"Zerdeçal ekstraktı", "nar ekstresi, "çemen otu özü" diye bir etiket gördüğünüzde, üzerini lütfen dikkatle okuyun. *"Zerdeçal ekstraktı"* diye yazıp geçmişse, beni dinleyin: Satın almanıza değecek bir şey değildir! Çünkü bu ifadenin bize söylediği *hiçbir şey* yoktur. "Gurmar ekstresi, hayıt ekstraktı, tarçın özü" gibi laflar okuduğunuzda *"Söyleyecek daha anlamlı bir lafı olsaydı söylerdi"* diye düşünebiliriz. Aktardan aldığım zerdeçal tozunun kapsüle konmuşuna neden yüksek ücret ödeyeyim?

Daha önemlisi, bu kapsülü kullanıyorum diye neden kendimi yeterli zerdeçal kullanıyor sanayım?

Burada bir parantez açmakta yarar var: Ülkemizde geçerli olan ve anlamak için hiç uğraşmasanız akıl sağlığınız için yararlı olacak bazı yönetmelikler nedeniyle, destek ürün üretici firmalarının ürünün tam olarak niteliğini etiketin üzerine yazması her nedense kısıtlanmış, adeta yasaklanmış durumda! Yani dolu ve kaliteli içerik kullanan, özellikli hammadde kullanan üretici, bunu kutusu üzerine yazamıyor. Kapsülün içinde ismi var cismi yok, özelliksiz ve ucuz hammadde kullanan üretici ile farkı anlaşılamıyor. Bu da üreticiyi özelliksiz ve ucuz hammadde kullanmaya teşvik ediyor. *"Peki nasıl karşılaştıracağız, iyiyi kötüyü nasıl ayırt edeceğiz?"* derseniz çok haklısınız, ama durum bu! Yapabileceğiniz en iyi şey, almayı düşündüğünüz ürünün üreticisinin internet sayfasına gidip içerik ayrıntısını oradan incelemek, kutunun üzerinden değil.

Nar mı kâr mı? Destek ürünlerin etiket içeriğini okumanın ipuçları:

Ne demiştik? Üzerinde *"nar ekstresi (ekstraktı)"* (?) yazıp başka bir şey yazmayan bir ürünü, internette araştırıp içeriğine bakmadan satın aldıysanız *umut* satın almışsınız anlamına gelir. Diyelim ki baktınız ama ne etikette, ne internette içerik hakkında bulduğunuz tek bilgi şu ise: *"Nar ekstresi/ekstraktı." Bana sorarsanız o ürünü derhal, bir kalemde, geçiniz!* Tabii burada aşağıda anlatacağım bir başka büyük sorun var: İnanılır gibi değil ama, ülkemizdeki yönetmelikler üreticinin besin desteği ürünlerin tam ve ayrıntılı içeriğini kutusuna yazmasını yasaklıyor! Hatta üreticinin kendi internet sayfasında içerik listesini ayrıntılı ilan etmesini de yasaklıyor! Böylece kaliteli, pahalı hammadde kullanan üretici cezalandırılmış oluyor. Kalitesiz, ucuz hammadde kullanan üreticiye gün doğuyor. Yapabileceğiniz şey almayı düşündüğünüz ürünün içeriği hakkında ayrıntılı bilgi veren bir internet sayfasına ya da eğer güveniyorsanız üreticiye ulaşmak.

Bir bitkisel besin desteğini kapsül içinde satın alacaksam, bu kapsülde bitkinin *konsantre, çok yoğun bir özü* olması gerekiyor. Zaten bunun için alıyorum. Aslında bu da yetmez: Bu özün, *besinin yararlı olan bileşiklerini toplamış olması* gerekir. Şimdi, biraz önceki paragraftan sonra elinizi "nar ekstraktı" diye hoş ve boş bir etiketi bulunan üründen çektiniz. Rafta bir başka kutu gördünüz. Üzerinde *"%20 ellajik asit içeren nar ekstresi"* yazıyor. *"Tamam"* dediniz. *"İşte bu boş konuşmuyor. Gerçek narı buldum. Ellajik asit nar çekirdeğinde bulunur."*

Ne yazık ki, *"%20 ellajik içerir"* diye yazsa da hâlâ güvende değilsiniz. Evet, ellajik asit nar çekirdeğinde bulunan bir polifenoldür. Ama kestane kabuğu gibi daha ucuz kaynaklardan elde edilen ellajik asit, ürüne "nar" izlenimi vermek için sonradan ilave edilmiş olabilir. Üstelik ne yazık ki olan biten çoğunlukla budur! Hatta *"%60 ellajik asit içerir"* (!) diye yazıyorsa ellajik asidin sonradan katıldığına emin olabilirsiniz. Nar ile alakası olmayan ve *hiçbir zaman olmamış* bir ürünü size "nar ekstresi" diye satmanın kolay yolu, başka değersiz bitkilerden elde edilen ellajik asidi bu karışıma ilave etmekten geçer. Ne de olsa ellajik asit, "nar çekirdeğindeki madde" diye nam yapmıştır. Bütün bunlar tağşiş mesleğinin ince uygulamalarıdır.

Durum acıklı: Amerika'da yapılan bir araştırmada (REF.164) piyasada "nar ekstraktı" olarak satılan 27 farklı markanın ürünlerini incelemişler. Ürünlerin hepsinin etiketinde gururla "ellajik asit üzerinden standardize ekstrakt" diye yazıyor-

muş. Araştırmada ürünler, şaşmaz bir yöntem olan HPLC ile incelenmiş. Sonuç: Bu 27 farklı marka ürün içinde *sadece 5 tanesinde* narı nar yapan ellajitaninlerin *izine olsun rastlanabilmiş*! Diğer 22 tanesinde ise nar kimliğine ait *hiçbir şey* bulunamamış. Hatta bunların 5 tanesinde ellajik aside bile rastlanmamış, yani tağşişe bile gerek duymamışlar!

Ne yazık ki satın aldığımız şişelenmiş nar sularına da, yalnızca fruktoz şurubu değil, yerli yersiz diğer meyve suları karıştırılmamışsa şanslıyız demektir çünkü *"Meyve sularında tağşiş: Çok sık rastlanan bir sorun için çözümler"* başlıklı makalede de (REF.165) görüleceği gibi Batı ülkelerinde bile durum hiç de iç açıcı görünmüyor.

Peki çaresiz miyiz? Hayır: *Narı nar yapan* ve bilimsel çalışmalarda yararı esas gösterilmiş olan bileşikler *ellajitanin*'ler. Bunların en önemlilerinden biri de *punicalagin* adını taşıyor. Zaten nar ağacının Latince ismi de *Punica granata*. Bu demektir ki, kutu üzerinde örneğin *"%30 punicalagin içerir"* diye bir ifade okuduysanız, gerçekten nar aldınız demektir. Üstelik, bilimsel çalışmalarda kullanılmış olan nar ekstresi dozları ile kendi kullandığınız ya da hastanıza önereceğiniz *"nar dozunu"* da artık karşılaştırabilirsiniz. Bunlar "standardize ekstrakt" kullanmanın avantajlarıdır.

Evet, *punicalagin* gibi ellajitaninlerin, narın yapısında bulunan en yararlı bileşikler olduğunu öğrendik. Hatta, bırakın nar ekstresini, punicalagin maddesinin *izole* kullanıldığı deneysel çalışmalarda bile kalın bağırsak kanser hücrelerinin gerilediği (REF.166) bilimsel araştırmalarda gösterilmiş.

Gene de siz çok yaygın bir yanılgıya sakın düşmeyin: "%35 punicalagin içeren ekstrakt" demek, *"Bu ürün sadece punicalagin maddesinden ibaret. Yani adamlar narın içinden sadece punicalagini alıp çıkarmış, geride kalan faydalı ne varsa çöpe atmış. Bu ürüne artık nar mı denir?"* demek *değildir*. Ona zaten nar ekstresi denmezdi, "punicalagin" denirdi!

%35 punicalagin içeren ekstrakt" demek, nar meyvesinin özü çıkarılırken yararlı bileşenlerini koruyacak bir yöntem uygulanmış ve *narın alametifarikası* olan bir yararlı bileşen, yani burada *punicalagin, bir işaretleyici (marker) olarak kullanılmış* demektir. Bu ürün içeriğinde punicalagin yanında, narın yapısındaki diğer tanninler ve flavonoidler gibi yararlı bileşikler de bulunur. Şu var ki, işaretlemek amacı ile bunlardan punicalagin tercih edilmiştir. Aynı şey sakız ağacı, meyan kökü, ısırgan kökü gibi diğer diğer bitkilerin *bilgiyle ve dürüstçe hazırlanmış* ekstraktları için de geçerlidir.

Gayet tabii ki besinlerimizi, böcek ilacı ve suni gübre dolu koca bir süngere çevirmediğimiz, mineral zenginliği yağmalanmamış, doğal organik madde içeriği kuşa dönmemiş yerel bir topraktan yıl boyu doğal olarak elde edip yemek en güzeli ve en sağlıklısı. Ama ne yazık ki artık böyle bir dünyada yaşamıyoruz. Bunun en güzel kanıtı da ortada: Hastaneleri dolduran kronik hastalar ve hayatımızın ta içine giren kanser tehdidi.

Demek ki ne yapıyoruz? Şişenin üstünde kocaman "Nar ekstresi 500 mg" yazıyorsa "Neymiş bu 500 mg?" diye üreticinin internet sitesine bakıyoruz. *Ekstre* lafından başka bir şey yoksa, rafa aynen geri koyuyoruz. Nar özelinde konuşursak da, ellajik asit ile standardize ekstrakt diyorsa, gene, gülümseyerek rafa geri bırakıyoruz. Her bir üründe neyi ve hangi dozu aramamız gerektiği ne yazık ki karmaşık ve zorlu bir araştırmayı gerektiriyor.

Peki, diyelim ki *"Her kapsülde %30 punicalagin içeren nar ekstraktı, 100 mg"* diye yazıyor. Bu ne demek: Her kapsülde %30'luk kısmı punicalagin olmak üzere, 100 mg miktarında *gerçek* nar ekstraktı (özü) var demek. Doğru ürünü bulduk. Peki ama, elimizdeki bu *kapsülün* tümü kaç mg'dır dersiniz?

Orta boy kapsüller 650 mg ağırlığındadır. Sizinki de öyle olsun. 100 mg'ı nar ekstraktı imiş. Peki, geri kalan 550 mg ne ola?

Kapsüllerin içine şu ya da bu miktarda dolgu ve katkı maddesi koymak uygulamada bir zorunluluk. Aksi halde ürün topaklanabilir, yapısı bozulabilir, kapsüle doldurulamayacak biçimde yapışkan kümeler oluşturabilir. Fakat bu dolgu ve katkı maddelerinin zararlı ya da alerjen olabilecek ürünler olmaması gerekir. Nedir bunlar: *Stevia haricindeki tüm tatlandırıcılar, maltodextrin, gluten, soya, süt ürünleri, yumurta, mısır, market ürünlerinde bulunan sayısız zararlı gıda koruyucuları, "yapay" boya ve aromalar.* Diyelim ki seçtiğiniz üründe bunların hiçbiri yok. Magnezyum stearat, silica, pirinç unu, sorbitol ya da xylitol gibi bu tür ürünlerde genelde kullanılan alışıldık ve *prebiyotik özellikte* dolgu maddeleri kullanılmış. Bravo size. Doğru seçim.

Şimdi geldik daha ince bir noktaya: Bu nar ekstraktını gene diyelim ki diyabet ve damar sertliği için kullanmak istemiştiniz. Ya da prostat kanseri tedaviniz sonrasında. Ya da, kilo verip yağlarınız erirken açığa çıkan zehirli atıklar yani toksinler beyninizdeki mitokondrilere yapışmasın diye. Ya da romatizmal hastalığınızın alevini dindirmek için istemiştiniz. Bu konuları okuyup öğrenirken de gördünüz ki bu tür durumlarda üzüm çekirdeği ya da yaban mersini ekstraktı da nar gibi et-

kili. *Üstelik bu tür doğal ürünler birlikte kullanıldığında hemen daima "sinerjik" etki yaratıyor.* Yani birbirinin etkisini artırıyorlar! Rafta bir de *yaban mersini ekstraktı* gördünüz. Üstelik *%95 proantosiyanidin içerecek biçimde standardize bir ekstrakt.* Bu demektir ki dünya standartlarına uygun, iyi bir ürün. Ne kadar varmış her kapsülde? 200 mg. Firma da nar ekstraktı ile aynı, yani güvenilir bir firma. Etiket içeriği iyi. Katkı maddeleri sorunsuz görünüyor. Bundan da bir kutu alıyorsunuz. El ele çalışacak iki güçlü ürünü birlikte kullanacak olmaktan mutlusunuz.

İyi de burada da "bir garip durum" yok mu? 100 mg'lık bir aktif madde için 650 mg'lık bir kapsül, 200 mg'lık bir başka aktif madde için de gene 650 mg büyüklüğünde bir başka kapsül kutusu satın aldınız. Bu da, iki ayrı ürün için iki ayrı kutu ücreti, iki ayrı kapsül, iki ayrı marka, iki ayrı ruhsat, iki ayrı kargo, iki ayrı üretim bandı ve işlemi, iki ayrı pazarlama, iki ayrı stok maliyeti ücretleri ödediniz anlamına geliyor. Halbuki kullanım alanlarında hemen hemen daima birbirini destekleyen bu iki ürün aktif maddelerini firma 100+200=300 mg olarak *bir tane 650 mg'lık kapsül içine* birlikte koysaydı, ilk kutuya ilave olarak yalnızca bir hammadde ücreti ödeyecektiniz. Hatta, bu iki ürünle kol kola iş görebilecek başka ürünler için yer bile kalacaktı! Şu var ki firmanın *hammadde başına kâr oranı* düşecekti. Fakat siz bu işten kârlı çıkacaktınız ve yuttuğunuz kapsül sayısı azalacaktı.

Çok özet olarak bahsettiğimiz bu mantık yürütmeleri ve temel bilgiler ne toplum ne doktor kesiminde pek bilinmediği için, destek ürün üreticileri *haklı olarak* şöyle düşünüyor: *"Ürün hammaddesini değerli ve pahalı tutmaya gerek yok. Nasıl olsa böyle yapsak da farkını anlayacak kimse yok. Boş yere ürünün maliyetini yükseltmeyelim. Hammadde maliyetini düşük tutalım, onun yerine pazarlama ve tanıtıma, broşürlere, reklama, ambalaja ağırlık verelim."* Doğrusu hak vermemek elde değil. Firmalar ürün içeriğine, hammadde kalitesine yatırım yaptıklarında bunu kimse "görmüyor" ve hakkını vermiyorsa, ama tanıtıma ağırlık verdiklerinde karşılığını alıyorlarsa bunun aksini yapmalarını onlardan bekleyemeyiz. Bugün bu ürünlerin etiket fiyatlarında hammadde yani içerik maliyeti ancak küçük bir oran oluşturuyor. Fiyatın büyük kısmı depolara, eczane kârlarına, reklama, ambalaja, broşürlere, tanıtıma gidiyor. Ancak ve ancak tüketici tarafında yükselecek bir bilinç onları içeriğe önem vermeye zorlayabilir.

REFERANSLAR

1- (Barter PJ et al, Apo-B versus cholesterol in estimating cardiovascular risk and in guiding therapy: report of the thirty-person/ten-country panel, J Int Med, 2006

2- Walldius G, The apoB/apoA-I ratio is better than the cholesterol ratios to estimate the balance between plasma proatherogenic and antiatherogenic lipoproteins and to predict coronary risk, Clin Chem Lab Med. 2004)

3- Philip Sarrel, The Mortality Toll of Estrogen Avoidance: An Analysis of Excess Deaths Among Hysterectomized Women Aged 50 to 59 Years, Am J Public Health, 2013

4- C. Lord, Hippocampal volumes are larger in postmenopausal women using estrogen therapy compared to past users,never users and men: a possible window of opportunity effect, Neurobiol Aging, 2008

5- B.B. Sherwin, Estrogen and cognitive functioning in women, Endocr. Rev, 2003

6- Brann DW, Neurotrophic and neuroprotective actions of estrogen: Basic mechanisms and clinical implications, Steroids, 2007

7- Scott E, Estrogen neuroprotection and the critical period hypothesis, Frontiers in Neuroendocrinology, 2012

8- Shapiro S, Risks and benefits of hormone therapy: has medical dogma now been overturned?, Climacteric 2014)

9- John R. Lee, What your doctor may not tell you about menopause, Warner Books 1995

9A- Parker W, Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease, Obstetr Gynecol 2005

10- Xu X, Quantitative measurement of endogenous estrogens and estrogen metabolites in human serum, Ann Chem 2007 / Evans J, Horse breeding and management, Elsevier 1992

11- Bese T, The effect of long-term use of progesterone therapy on proliferation and apoptosis in simple endometrial hyperplasia without atypia, Int J Gyn Cancer, 2006

12- Fournier A, Unequal risk for breast cancer associated with different hormone replacement therapies, Breast Cancer Res Treat 2008

13- Stute P, Is breast cancer risk the same for all progestogens? Arch Gynecol Obstetr 2014

14- E Oger, Differential effects of oral and transdermal estrogen/progesterone regimens on sensitivity to activated protein C among postmenopausal women: a randomized trial, Am Heart Assoc 2003

15- M Canonico, Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study, Circulation 2007

16- Kuhl H, Pharmacology of estrogens and progestogens influence of different routes of administration, Climacteric 2005

17- Rosano GM, Natural progesterone, but not medroxyprogesterone acetate, enhances the beneficial effect of estrogen on exercise-induced myocardial ischemia in postmenopausal women, J Am Coll Cardiol 2000

18- Fournier A, Unequal risk for breast cancer associated with different hormone replacement therapies, Breast Cancer Res Treat 2008

19- Mueck AO, Comparison of the proliferative effects of estradiol and conjugated equine estrogens on human breast cancer cells and impact of continuous combined progestogen addition, Climacteric 2003

20- Murkes D, Percutaneous estradiol/oral micronized progesterone has less-adverse effects and different gene regulations than oral conjugated equine estrogens/medroxyprogesterone acetate in the breasts of healthy women in vivo, J Gynecol Endocrinology 2012

21- Lyytinen H, Breast cancer risk in postmenopausal women using estradiol–progestogen therapy, Obst Gynecol 2009

22- Eric Roehm, A Reappraisal of Women's Health Initiative Estrogen-Alone Trial: Long-Term Outcomes in Women 50–59 Years of Age, Obst Gynecol Int 2014

22B- Weinstein ND, Smokers' unrealistic optimism about their risk, BMJ 2005

22A- Manson JE, Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality, JAMA 2017

The Women's Health Initiative Randomized Trials

23-Obgyn News, vol.41 No:19, October 1, 2006

24- Sicotte NL, Treatment of multiple sclerosis with the pregnancy hormone estriol, Ann Neurol 2012

25- Kipp M, Multiple sclerosis: Neuroprotective alliance of estrogen–progesterone and gender, Frontiers Neuroendocrinol 2012

26- Arnson Y, Hormone replacement therapy is associated with less coronary artery atherosclerosis and lower mortality , J Am Coll Cardiol 2017

27- Lobo RA, Hormone-replacement therapy: current thinking, Nat Rev Endocrinol 2016

28- Speroff L, WHI trial: It's time to be critical! Am J Obst Gynecol 2003

29- Shapiro S, Risks and benefits of hormone therapy: has medical dogma now been overturned?, Climacteric 2014

30- Sturdee DW, Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, Cimacteric 2011

31- Santen RJ, Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement, J Clin Endocrinol Metab 2010

32- Eric Roehm, A Reappraisal of Women's Health Initiative Estrogen-Alone Trial: Long-Term Outcomes in Women 50–59 Years of Age, Obst Gynecol Int 2014

32a- Lobo RA, Hormone-replacement therapy: current thinking, Nat Rev Endocrinol 2016

32b- Salpeter SR, Bayesian meta-analysis of hormone therapy and mortality in younger postmenopausal women. Am J Med 2009

33- Pinkerton JV, Compounded bioidentical hormone therapy: identifying use trends and knowledge gaps among US women, Menopausa 2015

34- Kuhl H, Pharmacology of estrogens and progestogens: influence of different routes of administration, Climacteric 2005

35- Vehkavaara S, Differential Effects of Oral and Transdermal Estrogen Replacement Therapy on Endothelial Function in Postmenopausal Women, Circulation 2000

36- Laliberte François, Does the route of administration for estrogen hormone therapy impact the risk of venous thromboembolism? Estradiol transdermal system versus oral estrogen-only hormone therapy, Menopause 2018

37- Canonico M, Hormone therapy and risk of venous thromboembolism among postmenopausal women, Maturitas 2015

38- Simon A.S.,Venous thromboembolism and cardiovascular disease complications in menopausal women using transdermal versus oral estrogen therapy, Menopause 2016

39- Scarabin PY, Progestogens and venous thromboembolism in menopausal women: an updated oral versus transdermal estrogen meta-analysis, Climacteric 2018

40- Canonico M, Oral versus transdermal estrogens and venous thromboembolism in postmenopausal women: what is new since 2003? Menopause 2016

41- Wakatsuki A, Different effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estrogen replacement therapy on size and oxidative susceptibility of low-density lipoprotein particles in post-menopausal women. Circulation 2002

42- M Canonico, Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study, Circulation 2007

43- Abenhaim H, Bioidentical, Synthetic, and Animal Based Hormone Replacement Therapies and Risk of Breast Cancer, J Obstet Gynecol Can 2018

44- Holtorf K, The Bioidentical Hormone Debate: Are Bioidentical Hormones (Estradiol, Estriol, and Progesterone) Safer or More Efficacious than Commonly Used Synthetic Versions in Hormone Replacement Therapy?, J Postgrad Med 2015

45- Lyytinen H, Breast Cancer Risk in Postmenopausal Women Using Estradiol–Progestogen Therapy, Obstet Gynecol 2009

46- Murkes D, Percutaneous estradiol/oral micronized progesterone has less-adverse effects and different gene regulations than oral conjugated equine estrogens/medroxyprogesterone acetate in the breasts of healthy women in vivo, J Gynecol Endocrinology 2012

47- Fournier A, Unequal risk for breast cancer associated with different hormone replacement therapies, Breast Cancer Res Treat 2008

48- Stute P, Is breast cancer risk the same for all progestogens? Arch Gynecol Obstetr 2014

49- M Canonico, Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study, Circulation 2007

50- Hodis HN, Postmenopausal hormone therapy in clinical perspective, Menopause 2007

51- L'Hermite M, HRT optimization, using transdermal estradiol plus micronized progesterone, a safer HRT, Climacteric 2003

52- The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society Menopause 2017

53- Venetkoski MM, Increased cardiac and stroke death risk in the first year after discontinuation of postmenopausal hormone therapy. Menopause 2018

54- Karim R, Hip fracture in postmenopausal women after cessation of hormone therapy: results from a prospective study in a large health management organization. Menopause 2011

54A- Morgan E. Levine, Menopause accelerates biological aging, PNAS 2016

54B- Lobo R, Surgical menopause and cardiovascular risks, Menopause 2007

54C- Cathleen M. Rivera, Increased cardiovascular mortality following early bilateral oophorectomy, Menopause 2009

54D- Lynne T.Shuster, Premature menopause or early menopause: Long-term health consequences, Maturitas 2010

54E- X-Y Tao, Effect of primary ovarian insufficiency and early natural menopause on mortality: a meta-analysis, Climacteric 2015

54F- Mondul AM, Age at Natural Menopause and Cause-specific Mortality, Am J Epidemiol 2005

55- Kuhl H, Pharmacology of estrogens and progestogens: influence of different routes of administration, Climacteric 2005

56- Charlotte Wessel Skovlund, Association of Hormonal Contraception With Depression, JAMA Psychiatry 2016

57- Santoro N, Characterization of reproductive hormonal dynamics in the perimenopause, J Clin Endocrinol Metab 1996

58- Morch LS, Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. NEJM 2017

58.A- Tuuli S, Levonorgestrel-releasing intrauterine system and the risk of breast cancer: A nationwide cohort study, Acta Oncologica 2016

59- Gann PH, Estrogen and Progesterone Levels in Nipple Aspirate Fluid of Healthy Premenopausal Women: Relationship to Steroid Precursors and Response Proteins, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006

60- Falk RT, Relationship of serum estrogens and estrogen metabolites to postmenopausal breast cancer risk: a nested case-control study Breast Cancer Res 2013

60A- Newman M, Evaluating urinary estrogen and progesterone metabolites using dried filter paper samples and gas chromatography with tandem mass spectrometry (GC–MS/MS), BMC Chemistry 2019

61- Arafat ES, Sedative and hypnotic effects of oral administration of micronized progesterone may be mediated through its metabolites, Am J Obstet Gynecol 1988

62- Baulieu E, Progesterone as a neuroactive steroid, with special reference to the effect of progesterone on myelination, Steroids 2000

63- Jiang C, Microglia and cyclooxygenase-2,:Possible therapeutic targets of progesterone for stroke, Int Immunopharmacol 2011

64- Ventura SJ, First births to older mothers ,AJPH 1989

65- Douglas-Escobar M, Effect of intestinal microbial ecology on the developing brain, JAMA Pediatr 2013

65A- Morgantaler A, Prevalence of prostate cancer among hypogonadal men with prostate-specific antigen levels of 4.0 ng/mL or less, Urology 2006

65AA- Caspari R, Older age becomes common late in human evolution, Proc Nat Acad Sciences 2004

66- Venetkoski MM, Increased cardiac and stroke death risk in the first year after discontinuation of postmenopausal hormone therapy. Menopause 2018

67- Karim R, Hip fracture in postmenopausal women after cessation of hormone therapy: results from a prospective study in a large health management organization. Menopause 2011

68- Philip Sarrel, The Mortality Toll of Estrogen Avoidance: An Analysis of Excess Deaths Among Hysterectomized Women Aged 50 to 59 Years, Am J Public Health, 2013

69- The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society Menopause 2017

70- Lobo RA, Hormone-replacement therapy: current thinking, Nat Rev Endocrinol 2016

71- Bergink EW, Oestrogen binding proteins in the female genital tract, J Steroid Biochemistry 1984

72- Vooijs GP, Review of the endometrial safety during intravaginal treatment with estriol, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995

73- Archie Bleyer Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence, N Engl J Med 2012

73A- Grubb RL, Screening for Cancer: Lessons Learned from the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial, Urology 2015

73B- Schröder FH, Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study, NEJM 2009

73C- Andriole GL, Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up, J Nat Cancer Inst 2012

74D- Sandhu GH, Overdiagnosis of Prostate Cancer, JNCI 2010

74- Sephton SE, Diurnal Cortisol Rhythm as a Predictor of Breast Cancer Survival, J Nat Cancer Inst 2000

75- Sephton SE, Diurnal cortisol rhythm as a predictor of lung cancer survival, Brain, Behaviour Immunity 2013

76- Cohen L, Depressive Symptoms and Cortisol Rhythmicity Predict Survival in Patients with Renal Cell Carcinoma: Role of Inflammatory Signaling, 2013 PLoS ONE 7(8): e42324. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042324

77- Esala R, Problematic Detoxification of Estrogen Quinones by NAD(P)H-Dependent Quinone Oxidoreductase and Glutathione-S-transferase, Chemical Res Toxicol 2008

78- Santen RJ, Estrogen metabolites and breast cancer, Steroids 2015

79- Russo J, Estrogen and its metabolites are carcinogenic agents in human breast epithelial cells, J Steroid Biochem Molec Biol 2003

80- Liehr, JG, Is Estradiol a Genotoxic Mutagenic Carcinogen?, Endocrine Reviews 2000

81- Cavalieri EL, Inhibition of Depurinating Estrogen-DNA Adduct Formation in the Prevention of Breast and Other Cancers, Breast Cancer Prev 2016

82- Russo J, The role of estrogen in the initiation of breast cancer, J Steroid Biochem Molec Biol 2006

83- Lareef MH, The estrogen antagonist ICI-182-780 does not inhibit the transformation phenotypes induced by 17-β-estradiol and 4-OH estradiol in human breast epithelial cells, Int J Oncology 2005

84- Rogan EG, Relative imbalances in estrogen metabolism and conjugation in breast tissue of women with carcinoma: potential biomarkers of susceptibility to cancer, Carcinogenesis 2003

85- Yang L, Novel biomarkers for risk of prostate cancer: Results from a case–control study, Prostate 2008

86- Zahid J, Unbalanced estrogen metabolism in ovarian cancer, Int J Cancer 2013

87- Zahid, Unbalanced estrogen metabolism in thyroid cancer, Int J Cancer 2013

88- Gaikwad N W, Urine Biomarkers of Risk in the Molecular Etiology of Breast Cancer, Breast Cancer 2009

89- Samartzis EP, The estrogen metabolites 2-methoxyestradiol and 2-hydroxyestradiol inhibit endometriotic cell proliferation in estrogen-receptor-independent manner, Gynecol Endocrinol 2016

90- Moore SC, Endogenous Estrogens, Estrogen Metabolites, and Breast Cancer Risk in Postmenopausal Chinese Women, J Nat Cancer Ins 2016

91- Bradlow HL, Indole-3-carbinol as a Chemoprotective Agent in Breast and Prostate Cancer, In vivo 2008

92- Dalessandri KM, Pilot Study: Effect of 3,3-Diindolylmethane Supplements on Urinary Hormone Metabolites in Postmenopausal Women With a History of Early-Stage Breast Cancer, Nutrition and Cancer 2004

93- Sepkovic DW, Estrogen Hydroxylation—The Good and the Bad, Annals New York Academy Sci 2009

94- Lyytinen H, Breast cancer risk in postmenopausal women using estradiol–progestogen therapy, Obst Gynecol 2009

94A- Hui-Yong-Peng, Elevated homocysteine levels and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis of prospective studies, J Zhejiyang Univ 2015

95- Mueck AE, 2-Methoxyestradiol—Biology and mechanism of action, Steroids 2010

96- Pribluda VS, 2-Methoxyestradiol: an Endogenous Antiangiogenic and Antiproliferative Drug Candidate, Cancer Met Rev 2000

97- Lakhani NJ, 2-Methoxyestradiol, a Promising Anticancer Agent, Pharmacother 2003

98- Strasak AM, Prospective study of the association of gamma-glutamyltransferase with cancer incidence in women, Int J Cancer 2013

99- Ruttmann E, GGT as a risk factor for cardiovascular mortality, Circulation 2005)

100- Kazemi-Shirazi L, GGT and long-term survival: Is it just the liver? Clin Chem, 2007

101- Tapio S, Arsenic in the aetiology of cancer, Mutation Res 2006

102- Sahmay S, Diagnosis of polycycstic ovary syndrome: AMH in combination with clinical symptoms, J Assit Reprod Gen 2014

103- Morch LS, Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. NEJM 2017

104- Somboonporn W, Testosterone for peri and postmenopausal women, Cochrane Database 2005

105- Davis Susan R, Effects of testosterone on visuospatial function and verbal fluency in postmenopausal women: results from a functional magnetic resonance imaging pilot study, Menopause 2014

106- Manal K, Validity of Serum Testosterone, Free Androgen Index, and Calculated Free Testosterone in Women with Suspected Hyperandrogenism, Oman Medical J 2012

107- Hofling M, Testosterone inhibits estrogen/progestogen-induced breast cell proliferation in postmenopausal women, Menopause 2007

108- van Staa T.P., Study of adverse outcomes in women using testosterone therapy, Maturitas 2009

109- Traish AM, Safety of Physiological Testosterone Therapy in Women: Lessons from Female-to-Male Transsexuals (FMT) Treated with Pharmacological Testosterone Therapy, J Sexual Med 2010

110- Shanmugan S, Estrogen and the prefrontal cortex: Towards a new understanding of estrogen's effects on executive functions in the menopause transition, Human Brain Mapping 2012

111- Singh M, Progesterone, brain-derived neurotrophic factor and neuroprotection, Neuroscience 2013

111A- Berent-Spillson A, Distinct cognitive effects of estrogen and progesterone in menopausal women, Psychoneuroimmunology 2015

112- Daniel JM, Estradiol Replacement Enhances Working Memory in Middle-Aged Rats When Initiated Immediately after Ovariectomy But Not after a Long-Term Period of Ovarian Hormone Deprivation, Endocrinology 2006

113- Luine VN, Rapid Enhancement of Visual and Place Memory by Estrogens in Rats, Endocrinology 2003

114- Leuner B, High levels of estrogen enhance associative memory formation in ovariectomized females, Psychoneuroendocrinology 2004

115- Rivera CM, Increased cardiovascular mortality following early bilateral oophorectomy, Menopause 2009

116- Yoshida T, Impact of surgical menopause on lipid and bone metabolism, Climacteric 2011

117- Rocca WA, Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause, Neurology 2007

118- Lord C, Hippocampal volumes are larger in postmenopausal women using estrogen therapy compared to past users, never users and men: A possible window of opportunity effect, Neurobiology of Aging 2008

119- Sherwin BB, Estrogen and Cognitive Functioning in Women, Endocrine Rev 2003

120- Rasgon NL, Prospective Randomized Trial to Assess Effects of Continuing Hormone Therapy on Cerebral Function in Postmenopausal Women at Risk for Dementia, PLOS One 2014

121- Brann DW, Neurotrophic and neuroprotective actions of estrogen: Basic mechanisms and clinical implications, Steroids 2007

122- Scott E, Estrogen neuroprotection and the critical period hypothesis, Front Neuroendocrinol 2012

123- Hall G, Estrogen and skin: The effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin, J Am Acad Dermatol. 2005

124- Shah MG, Estrogen and Skin, Am J Clin Dermatol 2001

125- Dunn LB, Does Estrogen Prevent Skin Aging? Results From the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) JAMA Dermatol 1997

126- Fournier A, Unequal risk for breast cancer associated with different hormone replacement therapies, Breast Cancer Res Treat 2008

127- Morch LS, Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. NEJM 2017

128- Sternfeld B, Menopause, physical activity and body composition/fat distribution in midlife women .Med Sci Sports Exerc 2005

129- Rogers N H , Reduced energy expenditure and increased inflammation are early events in the development of ovariectomy-induced obesity, Endocrinology 2009

130- Yuksel H , Effects of oral continuous 17beta-estradiol plus norethisterone acetate replacement

therapy on abdominal subcutaneous fat, serum leptin levels and body composition, Gynecol Endocrinol 2006

131- . Davis SR, Effects of estradiol with and without testosterone on body composition and relationships with lipids in post-menopausal women . Menopause 2000

132- Kuhl H, Pharmacology of estrogens and progestogens: influence of different routes of administration, Climacteric 2005

133- Marziali M, Gluten-free diet: a new strategy for management of painful endometriosis related symptoms? Minerva Chirurgica 2012

133A- Stefansson O, Risk of endometriosis in 11 000 women with celiac disease, Human Reproduction 2011

134- Ricci AG, Natural therapies assessment for the treatment of endometriosis, Human reproduction 2013

135- - Schwertner A, Efficacy of melatonin in the treatment of endometriosis: A phase II, randomized, double-blind, placebo-controlled trial, Pain 2013

136- Frassetto LA, Worldwide incidence of hip fracture in elderly women: relation to consumption of animal and vegetable foods. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000

137- Buclin T, Diet Acids and Alkalis Influence Calcium Retention in Bone, Osteoporos Int 2001

138- Sellmeyer SE, A high ratio of dietary animal to vegetable protein increases the rate of bone loss and the risk of fracture in postmenopausal women, Am J Clin Nutr 2001

139- Sebastian A, Improved mineral balance and skeletal metabolism in postmenopausal women treated with potassium bicarbonate, JAMA 1994

140- Jehle S, Partial Neutralization of the Acidogenic Western Diet with Potassium Citrate Increases Bone Mass in Postmenopausal Women with Osteopenia, J Am Soc Nephrology 2006

141- Prior JC, Cyclic medroxyprogesterone treatment increases bone density: a controlled trial in active women with menstrual cycle disturbances Am J Med 1994

142- Prior JC, Progesterone and Bone: Actions Promoting Bone Health in Women, J Osteoporos 2010

143- Prior JC, Spinal bone loss and ovulatory disturbances, NEJM 1990

143A- Tyagi V, Revisiting the role of testosterone: Are we missing something?, Urology 2017

143B- V. A. Levin, Estrogen therapy for osteoporosis in the modern era, Osteoporosis International 2018

144- Hyde Z, Low Free Testosterone Predicts Frailty in Older Men: The Health in Men Study, JCEM 2010

144A- K T Khaw, Endogenous testosterone and mortality due to all causes, cardiovascular disease, and cancer in men: European prospective investigation into cancer in men, Circulation 2007

144B- Shores MM, Low Serum Testosterone and Mortality in Male Veterans, JAMA Int Med 2006

144C- Corona G, Endogenous Testosterone Levels and Cardiovascular Risk: Meta-Analysis of Observational Studies, J Sexual Med 2018

145- Ti-S Hwang, Combined use of androgen and sildenafil for hypogonadal patients unresponsive to sildenafil alone, Int J Impotence Res 2006

146- Francomano D, Effects of Five-Year Treatment with Testosterone Undecanoate on Metabolic and Hormonal Parameters in Ageing Men with Metabolic Syndrome Int J Endocrinology 2014

147- Allan CA, Testosterone Therapy Prevents Gain in Visceral Adipose Tissue and Loss of Skeletal Muscle in Nonobese Aging Men, J Clin Endocrinol Metab 2008

148- Lincoln GA, The irritable male syndrome, Reprod Fert Dev 2002

149- Seidman SN, Testosterone replacement therapy for hypogonadal men with SSRI-refractory depression, J Affective Dis 1998

150- Shores MM, A randomized, double-blind, placebo-controlled study of testosterone treatment in hypogonadal older men with subthreshold depression (dysthymia or minor depression), J Clin Psych 2009

151- Sharma R, Normalization of testosterone level is associated with reduced incidence of myocardial infarction and mortality in men, Eur Heart J 2015

152- Shores MM, Testosterone Treatment and Mortality in Men with Low Testosterone Levels, J Clin Endocrinol Metab 2012

153- Rastrelli G, Cardiovascular impact of testosterone therapy for hypogonadism, Exp REv Cardiovasc Ther 2018

154- Corona G, Testosterone Replacement Therapy and Cardiovascular Risk: A Review, World J Men's Health 2015

155- Cheetham T.C., Association of Testosterone Replacement With Cardiovascular Outcomes Among Men With Androgen Deficiency, JAMA Int Med 2017

156- Morgantaler A, Testosterone and cardiovascular risk: world's experts take unprecedented action to correct misinformation, Aging Male 2014

156A- Feneley MR, Is Testosterone Treatment Good for the Prostate? Study of Safety during Long-Term Treatment, J Sexual Med 2012

157- Kacker R, Can testosterone therapy be offered to men on active surveillance for prostate cancer? Preliminary results, Asian J Androl 2016

158- Shifting the Paradigm of Testosterone Replacement Therapy in Prostate Cancer, World J Men's Health 2018

159- Baillargeon J, Long-term Exposure to Testosterone Therapy and the Risk of High Grade Prostate Cancer, J Urology 2015

160- DEbruyne FMJ, Testosterone treatment is not associated with increased risk of prostate cancer or worsening of lower urinary tract symptoms: prostate health outcomes in the Registry of Hypogonadism in Men, Urological Oncology 2016

161- Haider A, Incidence of Prostate Cancer in Hypogonadal Men Receiving Testosterone Therapy: Observations from 5-Year Median Followup of 3 Registries, J Urology 2015

162- Shabsigh R, Testosterone therapy in hypogonadal men and potential prostate cancer risk: a systematic review, Int J Impotence Res 2008

163- Vermuelen A, Declining androgens with age: an overview, 1995



HORMON
MENOPOZ
ÖNCESİ - SONRASI

Kanında estrojen ve progesteron, yani kadınlık hormonları dolaşan ya da artık dolaşmayan her kadının okuması gereken bir kitap...

Menopoz sonrası hormon desteği almak mı
"doğaya karşı mücadele" anlamına gelir, yoksa almamak mı?

Doktorunuz size gerçek insan estrojenleri yerine at estrojenleri veriyor olabilir mi?

Polikistik over, çikolata kisti hastalığı, menopoz, âdet düzensizliklerinde
size verilen patentli sentetik/kimyasal progesteron hormonu,
kanınızda dolaşan hormonun aynısı mı, yoksa kötü huylu bir taklidi mi?

13 yaşından 53 yaşına dek tam 40 yıl boyunca kanında kadınlık hormonları ile
sağlıklı yaşayan, üstelik hamile kaldığında kanında bu hormonlar onlarca,
yüzlerce katına çıkan, dahası hamilelikler yaşarsa meme kanseri riski azalan kadınlar,
nasıl oldu da menopoz için aynı hormonlar
sadece birkaç yıl verilince meme kanserine yakalandı?
Verilenler gerçek insan hormonu muydu?
Hormon taklidi patentli ilaçları kullanmak adına hangi yanlışlar yapılmış,
bu arada gerçek insan hormonlarının adı nasıl kötüye çıkmıştı?
Kendimiz için ne ders alıp, ne yapabiliriz?

40-55 yaş arası "menopoz çevresi" kritik dönem neden yaşamsal önem taşıyor?

Sıcak basması/gece terlemesi yalnızca verdiği rahatsızlıktan mı ibaret,
yoksa bunu yaşadığınız dönemler kemiklerinizin en hızlı eridiği,
kalp-damar hastalıklarının temelinin atıldığı yıllar olabilir mi?

Meme kanserine taramalar ile "erken tanı" koymanın çok ötesinde,
kanserli hücre henüz gelişmeden, yüksek riske sahip meme "toprağını"
önceden saptamak ve bu yapıyı doğal desteklerle değiştirmek mümkün mü?

Her yaştaki kadın hormon düzensizliklerinde beslenme,
besin destekleri ve doğal hormonlardan nasıl destek alabiliriz?

DESTEK yayınları
₺ 44 KDV'den muaftır.
www.destekyayinlari.com
facebook.com/DestekYayinevi
twitter.com/destekyayinlari



ISBN 9786053115748
9 786053 115748