

## גיל המעבר: הזדמנות לחיים בריאים ואיכותיים יותר

ד"ר מירי בן-עמי

8.8.2019

הורמונים המיוצרים ע"י השחלות, מערכת האדרנל (בלוטת יותרת הכליה), בלוטת התריס ועוד הרבה איברים ותאים בגוף, הם שליחינו בגוף לאנרגיה, רוחה נפשית וחיים בריאים והם שולטים על רוב הפונקציות הגופניות החשובות ביותר מצרכים בסיסיים כגון רעב ומצב רוח ועד לצרכים מורכבים יותר כגון תפקוד הלב, מערכת העצבים והמח ופריון. איזון ורמות הורמונים תקינות הם הבסיס לבריאות שלמה, חיים מאושרים ומניעת מחלות רבות שהסיכון להן עולה עם הגיל.

הירידה בפעילות השחלות ובהפרשת האסטרוגן בגיל המעבר, מתבטאת לא רק באובדן הפוריות אלא גם בתסמינים מיידיים ובהשפעות לטווח הארוך. התסמינים והתהליכים הנגרמים עקב כך עלולים לפגוע בתוחלת החיים ובאיכותם. טיפול הורמונלי חלופי מדויק ומותאם אישית, משלים חוסרים אלה על מנת לטפל בתסמינים המיידיים ולהשפיע באופן חיובי והגנתי על בריאותנו לטווח הארוך.

למרבה הצער, הרבה נשים הסובלות מתסמינים בתקופת המעבר לגיל המעבר מפחדות ליטול הורמונים בגלל תוצאות שהתפרסמו בשנת 2002 ממחקר ה-WHI-בארה"ב שקטל את הטיפול ההורמונלי עקב דיווח פזיז מידי על עליה בסיכון לחלות בסרטן השד וסיכונים למחלות לב, לפני שבוצע ניתוח מעמיק של התוצאות. מאז התווספו תוצאות המשך המחקר ובוצעו תתי-ניתוחים שמוכיחים שהטיפול בהורמונים ספציפיים בטוחים לשימוש, אינם גורמים לסרטן שד ואף מגנים מפני מחלות שהסיכון להן עולה עם הגיל כגון מחלות לב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס), בעיות במערכת האורינרית ועוד.

למחלות הסרטן יש גורמי סיכון רבים שהעיקריים ביניהם כוללים תורשה, גנטיקה, השמנת יתר, עלייה בגיל, צריכת אלכוהול וחיים ללא פעילות פיזית ומהיום סיכון גדול יותר לחלות בסרטן לעומת הסטטוס ההורמונלי בגוף. בנוסף, חשוב לדעת שלא כל ההורמונים מעלים סיכון להחמרה או הישנות המחלה. בתוצאות המשך של מחקר ה-WHI המפורסם, הוכח שנשים שנטלו אסטרוגן מעל 13 שנים היו עם סיכון נמוך יותר לחלות בסרטן השד לעומת אלו שלא נטלו הורמונים כלל. בנושא ההגנה מפני סרטן השד, ההסבר המשוער לכך הוא שיש השפעה שונה של אסטרוגן המופרש בגוף שגורם לגדילה של תאים בשד וברחם לעומת אסטרוגן חיצוני שניתן למטרות טיפוליות ומשוער שהוא דווקא גורם לתמותה (אפופטוזה) של תאים סרטניים בשד. מדענים ממשיכים לחקור נושא מורכב זה על מנת להמשיך ולהבין לעומק את השפעת ההורמונים השונים על גדילת התאים באיברים שונים בגוף לרבות השד, רחם ושחלות. בנשים שחלו בעבר בסרטן או בעלות סיכון מוגבר עקב גנטיקה, רפואה נכונה הינה להתייחס

לשלה הנתונים הרפואיים ולהתאים למטופלת את סוג הטיפול המתאים ביותר והבטוח ביותר בשיתוף פעולה מלא עם הרופא האונקולוג והמטופלת עצמה.

עוד שתי תובנות חשובות שעלו בעקבות מחקר WHI ומחקרים נוספים, הם שהורמון הפרוגסטין הסינטטי גורם לעליה בסיכון לסרטן השד כעבור 5 שנות שימוש לעומת הפרוגסטרום הזהה במבנה שלו להורמון המיוצר בגוף שאינו מעלה סיכון לסרטן שד ואף יש לו השפעות טובות על מערכות חשובות בגוף. הנושא השני הוא שמחקרים מוכיחים שישנה ירידה משמעותית בסיכון לאירועים לבביים ותמותה בנשים שנטלו הורמונים ב-10 השנים הראשונות אחרי גיל המעבר. במקרים של נטייה לקרישיות יתר מומלץ להימנע ממתן הורמון האסטרוגן בכדורים מאחר שהפירוק בכבד עלול לגרום לעליה בקרישיות. מתן הורמון דרך העור במקרים רבים מהווה פתרון טוב לחלק מהנשים ואינו מעלה סיכון לקרישי דם או תסחיף.

לשמחתי, יש היום מידע רב ממחקרים גדולים וברמה גבוהה בנושא גיל המעבר ובריאות הורמונלית בנשים. ידוע היום בדיוק איזה סוג הורמון הכי יעיל ובטוח (אסטרדיול, פרוגסטרום, DHEA, טסטוסטרון ועוד), איזה צורת מתן/פורמולציה הכי מתאימה לפתרון הבעיה (דרך הפה, העור, וגינלי ועוד) ומתי הכי בטוח ויעיל להתחלת טיפול.

לסיכום, הכניסה לגיל המעבר הוא 'אירוע מגן' (על האשה), המציג הזדמנות ייחודית לזיהוי בעיות הקשורות לגיל המעבר, לקבלת הדרכה מתאימה לגבי הבדיקות התקופתיות שחשוב לבצען, לאבחן סיכון להופעת מחלות ולקבוע את הצורך בהתערבות או טיפול מניעתי אם בכלל וכן להמליץ על כל ההיבטים הרלוונטיים לשיפור הבריאות ואיכות החיים היום ולעתיד.

מקורות:

Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M et al; WHI Investigators. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *New England Journal of Medicine*. 2010; 304(15):1684-1692

D Gareth R Evans and Anthony Howell, Review Breast cancer risk-assessment models, *Breast Cancer Research*, 2007;9:213 (doi:10.1186/bcr1750)

Edward Yu, Eric Rimm, Lu Qi et al. Diet, Lifestyle, Biomarkers, Genetic Factors, and Risk of Cardiovascular Disease in the Nurses' Health Studies. *American Journal of Public Health*. 2016 September; 106(9): 1616-1623

Key TJ, Appleby PN, Reeves GK, et al; Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group. Sex hormones and risk of breast cancer in premenopausal women: a collaborative reanalysis of individual participant data from seven prospective studies. *Lancet Oncology*. 2013 Sep;14(10):1009-19.

Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomized trial. *BMJ* 2012;345:e6409.

JoAnn V. Pinkerton, Dr. Fernando Sanchez Aguirre, Jennifer Blake, et al NAMS Board of Trustees et al. The 2017 hormone therapy position statement of The North American. *Menopause*. Vol. 24, No. 7, pp. 728-753

Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ. Basic and clinical pharmacology, Chapter 40, 2012.

Lobo RA, Bélisle S, Creasman WT et al. Should symptomatic menopausal women be offered hormone therapy? *MedGenMed*. 2006;8(3):4

North American Menopause Society; *Menopause Practice, A Clinician's Guide*, Chapter 4, 5<sup>th</sup> Edition 2014