



דף הבית «מאמרים ימי עיון וקישורים» מאמרים

סרטן השד אצל נשים מבוגרות - ד"ר מיה גיפס

הטיפול בסרטן השד אצל נשים מבוגרות – היבטים רפואיים ואתיים

ד"ר מיה גיפס, אונקולוגית בכירה, המרכז הרפואי שערי צדק

מתוך עלון "אחת מתשע", אביב 2010

שאלה: אם נגדיר את קבוצת הגיל המדוברת כנשים בנות 70 ומעלה, במה שונה תכנית הטיפול בסרטן השד בנשים מבוגרות מהטיפול בנשים צעירות יותר בעלות מאפייני מחלה זהים?
תשובה: הנטייה האוטומטית היא לתת טיפול פחות אגרסיבי לחולות מבוגרות מתוך מחשבה כי הן לא תוכלנה לעמוד בו או לא תוכלנה ליהנות מתוצאותיו לטווח ארוך בגלל גילן המתקדם. זו הסיבה לכך שבעבר לא הוכנסו חולות מעל גיל 70 למחקרים קליניים. יחד עם זאת, כיום קיימים מחקרים המראים כי טיפול כימותרפי הניתן לאנשים בגיל 70 ומעלה מביא לתוצאות דומות לאלה המושגות בצעירים.

עם העלייה בתוחלת החיים, ההצדקה לתת טיפול סטנדרטי לחולות מבוגרות הולכת ומתבססת. תוחלת החיים הממוצעת של אישה בת 70 ללא מחלות רקע משמעותיות היא כיום 10 שנים ומעלה. בתקופה זו קיים סיכון לחזרת המחלה ולקיצור תוחלת החיים, ולכן קיימת הצדקה לטיפול אדג'ובנטי. גם חולות עם מחלה גרורתית משיגות שיפור זהה בתוחלת החיים ובאיכות חיים, בין אם גילן נמוך או גבוה מ-70. כך שלמעשה, הגיל לכשעצמו אינו הגורם העיקרי בקביעת הטיפול בחולות עם סרטן שד. ההתייחסות הנכונה היא למצב הכללי של החולה. כמובן שיש להתחשב בכך שבקרוב חלק מהנשים המבוגרות הסבילות לטיפול ירודה, לכן עליהן לעבור הערכה גריאטרית מקיפה הכוללת: מצב תפקודי, מחלות רקע, תרופות נלוות, מצב קוגניטיבי, מצב תזונתי ומצב פסיכוסוציאלי לפני קביעת הטיפול.

שאלה: האם ישנם סוגי טיפולים בהם הגיל משפיע במיוחד על קבלת ההחלטות על הטיפול?

תשובה: התרופה שלדעתי היא הבעייתית ביותר למתן לחולות בגיל 70 ומעלה היא אדריאמיצין. כידוע, מדובר בתרופה המהווה אחד מעמודי התווך בטיפול בסרטן שד, בעיקר בטיפול אדג'ובנטי. אחת מתופעות הלוואי המוכרות של התרופה היא פגיעה בשריר הלב. גם אם אין סימני פגיעה במהלך הטיפול, נגרמת בחלק מהמקרים פגיעה ברזרבה התפקודית של הלב שיכולה לבוא לידי ביטוי שנים לאחר מתן התרופה. הניסיון המצטבר מצביע על כך שרגישות שריר הלב עולה עם הגיל, ולכן לא רצוי לטפל באדריאמיצין בנשים בגיל 70 ומעלה. כיום קיימות אלטרנטיבות טיפוליות רבות שאינן כוללות אדריאמיצין, שמאפשרות שמירה על יעילות הטיפול ומניעת נזק ללב.

מחקרים מצביעים על כך שטיפול קרינתי לשד לאחר הניתוח, מקטין באופן משמעותי את סיכויי חזרת הגידול לאותו שד. בנשים מגיל 70 ומעלה, עם גידולים קטנים, בעלי רצפטורים חיוביים, ללא מעורבות בלוטות, המקבלות טיפול הורמונלי אדג'ובנטי, יש מחקרים אשר מראים כי ניתן לוותר על הטיפול הקרינתי. כמובן שיש להמשיך במעקב.

שאלה: האם קיימים קווים מנחים פורמליים לטיפול, המתייחסים לסוגיית הגיל?

תשובה: לא, הקווים המנחים לטיפול בסרטן שד במצבים השונים אינם מתייחסים באופן נפרד לחולות מעל גיל 70. במידה ומצבה הכללי של החולה טוב, אין סיבה שלא להציע לה את הטיפול המוצע לחולה צעירה יותר.

שאלה: האם תוכלי להתייחס לדילמות הייחודיות העולות בפני הרופא/ה בטיפול בחולה

המבוגרת? מהם העקרונות האתיים המנחים?

תשובה: האיזון העדין שבין הרצון לתת טיפול יעיל לבין החשש מגרימת נזק בולט במיוחד כאשר מטפלים בחולות מבוגרות. חלק מהחולות מוגדרות כשביריות ואינן יכולות לעמוד בטיפול סטנדרטי. חשוב לזהות אותן מראש ולהציע להן טיפול אשר לא יפגע באיכות החיים שלהן. העיקרון האתי הראשון הוא להימנע מגרימת נזק. העיקרון השני הוא שיתוף החולה בהחלטה תוך שקיפות מלאה של התועלת הצפויה מהטיפול ותופעות הלוואי האפשריות. רק קשר פתוח בין הרופא למטופלת, המבוסס על עקרונות אלה, מוביל להחלטה המתאימה לכל חולה.

שאלה: הממוגרפיה כלולה בסל הבריאות בישראל עד גיל 74. האם לדעתך בצדק הגבילו את הגיל מבחינת היעילות הרפואית? עד כמה יעילה בדיקת MRI בגילאים אלה? מה לגבי בדיקה ידנית אצל כירורג שד בגיל זה?

תשובה: בנשים מעל גיל 70 ממוגרפיה מאפשרת אבחון גידולים בשלב מוקדם ברמת דיוק גבוהה מאחר שמרקם השד שומני ברובו. לא ברור אם אבחון מוקדם זה מתורגם להארכה משמעותית של תוחלת החיים כפי שקיים בצעירות יותר. רוב המחקרים אשר בדקו את יעילות הממוגרפיה כבדיקת סקר לא כללו נשים מעל גיל 70-74 וזו הסיבה לכך שההמלצות הפורמליות הן לביצוע הבדיקה עד גיל זה. לדעתי ההמלצה על המשך ממוגרפיה כסקר לא צריכה להישען על הגיל בלבד אלא על תוחלת החיים הצפויה של הנבדקת ועל רמת הסיכון שלה. נשים שתוחלת החיים הצפויה שלהן היא 10 שנים ומעלה יכולות בהחלט להרוויח מהמשך הבדיקה.

כשבדקו את יעילות בדיקת MRI כסקר בקרב נשים בסיכון גבוה לסרטן שד, כולל נשאות, כללו בעיקר נשים עד גיל 65. בשלב זה לא קיימים נתונים המצביעים על יעילות הבדיקה או מצדיקים המלצה על הבדיקה בנשים מעבר לגיל זה. יש להדגיש כי בדיקת MRI כסקר מומלצת אך ורק לנשים עם סיכון גבוה לפתח סרטן שד (מעל 15%) ולא לכל אישה. בדיקה ידנית ע"י רופא מנוסה מוסיפה כ-5% יעילות באבחון סרטן שד. יש חשיבות רבה לשיחה עם הרופא הן במישור האינפורמטיבי והן במישור הרגשי.

שאלה: כיצד מתמודדים עם בעיות הקשורות בבריאות העצם אצל נשים מבוגרות שעברו או עוברות טיפולים בסרטן השד?

תשובה: בריחת סידן וירידה בצפיפות עצם עד כדי אוסטיאופורוזיס הן תופעות שכיחות בנשים הנמצאות בגיל המעבר, ושכיחותן עולה עם הגיל. הסיבה לירידה בצפיפות העצם היא הירידה הדרסטית ברמות האסטרוגן, תופעה המאפיינת את גיל המעבר. ירידה זו נגרמת בעקבות הפסקת ייצור האסטרוגן בשחלות. בנשים אלו נמשך ייצור אסטרוגן, בכמויות קטנות, ברקמת השומן ובבלוטת האדרנל. האסטרוגן הוא אחד ההורמונים החשובים בשמירה על צפיפות העצם.

תרופות מקבוצת מעכבי הארומטז (ארימידקס, פמרה, ארומזין) נמצאו יעילות בנשים עם סרטן שד הן כטיפול במחלה גרורתית והן כטיפול אדג'ובנטי. הן מהוות נדבך חיוני בטיפול בכל חולה עם סרטן שד עם רצפטורים חיוביים. מנגנון הפעולה של תרופות אלה מתבסס על ירידה נוספת של כ-97% בייצור האסטרוגן. המחסור החמור באסטרוגן הנגרם ע"י התרופות מביא להאצה בירידה בצפיפות העצם וזו אחת מתופעות הלוואי העיקריות של תרופות אלה. מספר מחקרים בדקו את האפשרות של מתן תרופות לטיפול באוסטיאופורוזיס במקביל לטיפול ההורמונלי בתרופות מקבוצת מעכבי הארומטז. התרופה זומרה, הניתנת כעירוי תוך ורידי אחת ל-6 חודשים במקביל לטיפול במעכבי ארומטז, הוכחה כיעילה במניעת הירידה בצפיפות עצם. זומרה הייתה יעילה במיוחד כאשר הטיפול בה התחיל עם התחלת הטיפול במעכבי ארומטז בהשוואה להתחלה מאוחרת, כאשר כבר יש ירידה בצפיפות העצם. יש מחקרים שהדגימו יעילות גם בטיפול בתרופות נגד אוסטיאופורוזיס הניתנות בכדורים.

אין עדיין הגדרה ברורה של מאפייני החולות המתאימות ביותר לטיפול בתרופות נוגדות אוסטיאופורוזיס. יחד עם זאת, ברור כי רצוי לטפל בחולות אשר יש להן אוסטיאופורוזיס בזמן תחילת הטיפול במעכבי ארומטז.

חשוב לציין כי הטיפול בתרופות נוגדות אוסטיאופורוזיס ניתן במקביל לטיפול בוויטמין D, סידן ופעילות גופנית.

בנוסף למניעת ירידה בצפיפות עצם, חלק מהמחקרים הדגימו שיפור בפרמטרים הקשורים לסרטן השד, כתוצאה מהטיפול בתרופות נוגדות אוסטיאופורוזיס. עדיין מוקדם לומר בוודאות

אם אכן תרופות אלה פועלות גם כנגד הגידול עצמו.

שאלה: מהם הטיפולים הפליאטיביים הנפוצים בטיפול בנשים מבוגרות?

תשובה: טיפול פליאטיבי הוא טיפול שמטרתו שיפור איכות החיים וטיפול בסימפטומים. כל הטיפולים הפליאטיביים המוצעים לנשים צעירות מוצעים גם לנשים מבוגרות. גם כאן יש להתחשב במצב הכללי של החולה ובמחלות הרקע.

שאלה: עד כמה מערבים את בני משפחתה של החולה- הילדים הבוגרים שלה – בשיקולים ובהחלטה על הטיפול?

תשובה: ברוב המקרים בני המשפחה מעורבים באופן פעיל בכל שלבי הטיפול, כולל קבלת ההחלטות השונות, ליווי לבית החולים וטיפול בבית החולה. מידת המעורבות נקבעת ע"י החולה. לעיתים בני המשפחה מעוניינים, מתוך דאגה לחולה, לחסוך ממנה את הידיעה על מחלתה. לדעתי, אי מסירת האינפורמציה לחולה פוגעת בזכותה לדעת ושוללת ממנה את הזכות לבחור בדרך הטיפולית המתאימה לה. מעבר לכך, לא ניתן ליצור יחסי אמון רופא-חולה כאשר אין תקשורת גלויה ואמיתית. יחסי האמון הללו הן בעלי חשיבות מכרעת בהתמודדות החולה עם מחלתה, ומאפשרים קשר ממושך של טיפול וליווי. יוצאים מן הכלל, כמובן, מקרים בהם החולה סובלת מבעיה בהתמצאות ובשיפוט ויש לה אפטרופוס.

שאלה: האם בהחלטות על טיפול בחולה המבוגרת נלקחים בחשבון מידת התמיכה המשפחתית או אחרת שהיא מקבלת, מקום המגורים שלה (בית, בית אבות), מידת הניידות וכו'?

תשובה: ההתייחסות לחולה האונקולוגית, בכל גיל, היא התייחסות כוללנית המקיפה בין השאר את המערכות התומכות שלה. הטיפול האונקולוגי מחייב הכרה מעמיקה של החולה, בני משפחתה וסביבת חייה. לא ניתן לתת טיפול אונקולוגי פעיל, בעיקר כימותרפיה והקרנות, מבלי שיש מערכת סביבתית להישען עליה. בחולה מבוגרת הצורך במערכת תמיכה גדול במיוחד, מאחר שלעיתים החולה מוגבלת מבחינה תפקודית עוד לפני תחילת הטיפולים, וקיים סיכוי סביר שהתפקוד עוד ידרדר.

מעבר לתמיכה בבית חשוב לברר את יכולת החולה להגיע לטיפולים ולפגישות בהתאם ללוח הזמנים המתוכנן. במקרים בהם אנו מתרשמים שאין תמיכה סביבתית אנו פועלים ליצירת תמיכה כזו ע"י יצירת קשר עם בני משפחה ביוזמתנו, אשפוז בבתי חולים סיעודיים ואף אשפוז בבית החולים בתקופות הטיפולים. במקרים נדירים, כאשר לא ניתן לגייס מערכת תמיכה והחולה מסרבת לאשפוז אנו נאלצים להתפשר על טיפול קל יותר, או לוותר על טיפול בכלל, שוב מתוך העיקרון של להימנע מלגרם נזק.

חזרה למאמרים

כל הזכויות שמורות לאחת מתשע,

טל' משרד 03-6021717 טל' הקו החם 1-800-363-400, כתובת: אוסישקין 100, תל אביב. www.onein9.org.il, דוא"ל callus@onein9.org.il

התכנים נועדו לספק מידע בלבד, ואין במידע משום ייעוץ רפואי משפטי או מקצועי מטעם העמותה, והעמותה אינה אחראית לכל ליקוי /או טעות ו/או אי דיוק במידע או בדרך העברתו לגולש באתר או למשתמש במידע.

עיצוב אתרים: סטודיו בהיר | Quickyweb | ארטוויז'ן