



דרושה בהפכה

מדי שנה, חולות רבות בסרטן השד מאובחנות מאוחר מדי בגלל הנחיות משרד הבריאות שמפנות נשים לממוגרפיה רק אחרי גיל 50. המלצות חדשות של עמותת "אחת מתשע" שנחשפות כאן לראשונה קובעות: כבר בגיל 25 נשים צריכות למלא שאלון הערכת סיכון, ובהמשך להיבדק לפי תוכנית אישית. עכשיו הרופאות שיוזמות את השינוי מסבירות על הכשלים בתוכנית הקיימת, איך הבינה המלאכותית נכנסת לתמונה ומדוע הבשורה החדשה לא תוביל לחרדה מיותרת - להפך



כשהאנוקולוג

ביקש מטלי רוזין, מנכ"לית עמותת "אחת מתשע", הפועלת למען חולות סרטן השד ובעצמה החלימה מהמחלה, להוריד חולצה וחזייה לצורך הבדיקה השנתית, היא הופתעה. רוזין, שנמצאת בתפקידה כבר שלוש שנים וחצי, יודעת שבדיקת מישוש שכל אישה מכירה – או כפי שהיא מכונה בעגה הרפואית "בדיקת שד קלינית", במהלכה ממשש הרופא את השדיים בישיבה ובשכיבה בניסיון לזהות גושים חשודים – לא ממש עושה את העבודה. לפחות לא כפי שסברו בעבר. למרות זאת, בפועל, חלק גדול מהנשים עדיין עוברות אותה באופן קבוע. "אני מגיעה למעקב פעם בשנה", היא מספרת. "הרופא דיבר איתי, בדק את התיק שלי ואז אמר 'אוקיי, בואי נבדוק אותך'. אמרתי 'בסדר, אבל למה?' התשובה שלו הדהימה אותי. הוא ענה 'כי זה מה שאנחנו עושים'."

בדיקה קלינית נחשבת לאחת השיטות הוותיקות לזיהוי מוקדם של סרטן השד. עם העלייה

לא כולן יאהבו את הבשורה הגדולה שהמלצות אלה נושאות: למרות שסרטן שד עדיין נחשבת מחלה של הגיל המבוגר – רוב החולות בה מעל 50 – כל אישה צריכה לתת את הדעת על הסיכון האישי שלה לפתח את המחלה קודם, הרבה הרבה קודם. "סרטן שד בצעירות הוא נדיר, אבל אם אתן מרגישות משהו – תתעקשו על בדיקה", אומרת פרופ' שני פאלוך שמעון, מנהלת היחידה לאונקולוגיה של השד במרכז הרפואי הרסה ויו"ר חוג השד באיגוד האונקולוגי. "שאף אחד לא יגיד לך שזה גוש חלב. גוש חלב זה מקום בצפון, לא בשד שלך! נטל ההוכחה הוא על הרופא".

על פי ההמלצות החדשות, שנכתבו בידי ועדת מומחים שבה חברות מיטב נשות המקצוע העוסקות בתחום בישראל, בהן אלה שמתראיינות לכתבה זו – כל צעירה מגיל 25 צריכה למלא שאלון הערכת סיכון אישית ולפנות איתו לרופא המטפל שלה, כירורג או רופא משפחה, על מנת לקבל תוכנית מעקב המתאמת למידת הסיכון האישי שלה לחלות במחלה.

"בהמלצות שלנו יש דרמה כפולה", אומרת רווין. "הראשונה היא שלפני הכל נדרש שאלון הערכת סיכון אישית. בזכות השאלון הזה, יש לנו סיכוי להציל נשים צעירות שלא מודעות לכך שהן בסיכון. השנייה היא ההבנה שבדיקת מישוש של השד היא לא בדיקת סקר. גם אם הרופא מישש ואמר שהכל בסדר, לפעמים זה לא מספיק. אנחנו לא מייטרות אותה לגמרי, רק שמות אותה בפרופורציות".

"כל העולם מדבר על רפואה מותאמת אישית", אומרת פרופ' רינת ירושלמי משאלי, מנהלת היחידה לאונקולוגיה של השד במרכז דוידוף לטיפול ומחקר מחלות הסרטן בבית החולים בילינסון. "אנחנו רואים את המגמה הזו בבחירת הטיפול האונקולוגי לסרטן שד, וגם במחלות אחרות. מה שעדיין חסר הוא בדיקות סקר לסרטן שד, מותאמות אישית. בגיל 50, כל אישה בישראל מקבלת גלויה שאומרת 'תבואי פעם בשנתיים לממוגרפיה', אבל אחוז מכלל הגידולים הממאירים בשד מופיעים לפני גיל 50. הרעיון מאחורי ההמלצות החדשות הוא לעשות הערכת סיכון אישית. מעשית, זה אומר להוציא את רוב הנשים ממעגל החרדה, כי רוב הנשים לא נמצאות בסיכון מוגבר. כלומר לומר לרובן 'אתן לא שם, זה לא רלוונטי לכן כרגע, בואו בעתיד שוב'. מצד שני, אם את נשאת של BRCA את צריכה להתחיל בבדיקות מגיל 25. הרבה נשים שמגיעות אליי לא מודעות בכלל לסיפור משפחתי של סרטן. שאלון הוא כלי שמסייע בהערכת סיכון מותאמת אישית". "תוכנית הסקר בישראל, שמציעה ממוגרפיה אחת לשנתיים בין גיל 50 ל-74 וקובעת לכל אישה תור קונקרטי לבדיקה באופן יום, מצוינת בהרבה מובנים", אומרת פרופ' תניר אלויס, מנהלת מערך השד והמחלקה לכירורגיית שד במרכז הרפואי הרסה ויו"ר חוג השד באיגוד הכירורגי. "הבעיה שכרבע מהמאובחנות החדשות מדי שנה הן מתחת לגיל 50, ואם אין להן מודעות בגלל סיפור משפחתי משמעותי או מוטציה, הן עוברות מתחת לרדאר. רובן לא מתגלות בבדיקת סקר, אלא כאשר יש כבר ממצא שמורגש במישוש, שהוא בהגדרה שלב יותר מתקדם עם סיכויי החלמה פחות טובים. אפשר לנהל סימפוזיונים שלמים בשאלה מאיזה גיל צריך להתחיל את הסקר, אבל כשמסתכלים על נתוני התחלואה בארץ יש קפיצה מאוד משמעותית בין גיל 45 ל-50, וקפיצה טיפה פחות משמעותית בין גיל 40 ל-45. יש המון

פרופ' שני פאלוך שמעון: "סרטן שד בצעירות הוא נדיר, אבל אם אתן מרגישות משהו – תתעקשו על בדיקה. שאף אחד לא יגיד לך שזה גוש חלב! גוש חלב זה מקום בצפון, לא בשד שלך. נטל ההוכחה הוא על הרופא"

שגרתית. מציאנו שדווקא בקבוצה הזו התועלת הייתה נמוכה יותר – מתוך עשרת אלפים בדיקות ידניות, הבדיקה תגלה רק מקרה וחצי של סרטן. גם בקבוצת הנשים שנמצאות בסיכון מוגבר בגלל היסטוריה משפחתית של המחלה לא מצאנו עלייה בתועלת".

האם ניתן לומר שזמנה של הבדיקה הידנית חלף והיא מיותרת לגמרי, או שיש להמשיך לקיים אותה במגבלות מסוימות?

"יש חשיבות לבדיקה הקלינית, אך לא בבדיקת סקר. גם היום אחוז לא מבוטל מהגידולים מאובחן לאחר שאישה פונה לכירורג בשל ממצא קליני בשד. היות ויש תוספת קטנה של גילוי הודות לבדיקה הידנית, יש נשים שלא ירצו לוותר עליה. גם בעידן של הרמיות שד מתקדמות לא מעט גידולים מאובחנים על ידי האישה עצמה, ולכן אסור להתעלם מממצאים חרשים. אישה שמרגישה שינוי בשד חייבת לפנות לבדיקה ידנית, גם אם ביצעה ממוגרפיה".

× × ×

ההמלצות החדשות של "אחת מתשע", שנחשפות כאן לראשונה לקראת חודש המודעות הישראלי לסרטן השד, שחל בספטמבר, משנות את התפיסה בכל הקשור לגילוי מוקדם של סרטן שד. המסר העיקרי הוא הערכת סיכון מגיל צעיר, לפי שאלון המשקלל מגוון גורמי סיכון מסוגים שונים והתאמת תוכנית מעקב אינדיווידואלית.

ממוגרפיה בטווח של פחות משנה מהבדיקה הידנית, היה רק מקרה אחד שאובחן בעקבות הבדיקה הידנית. "זוהי עדות לכך שעבור נשים בגיל 45 ומעלה, שנמצאות במעקב שגרתית, בהתאם להמלצות, שיעור האבחון בבדיקה הידנית נמוך ביותר", מסבירה פרופ' מנס.

אולם גם עבור נשים צעירות יותר, שלא נכללות בתוכנית האיתור הלאומית, המחקר מצביע על כך שערכה של הבדיקה הידנית מצומצם ביותר. ארבע נשים בגילים האלה שנכללו במחקר אובחנו עם סרטן שד, בכולן הגידול זוהה בממוגרפיה. רק במקרה אחד הבדיקה הידנית העלתה ממצאים מחשידים. ועדיין, אצל שבעה אחוזים מהנבדקות הבדיקה הידנית הייתה לא תקינה וחייבה כירורג נוסף. "עבור נשים שעוברות בדיקות סקר ועבור נשים שנמצאות מתחת לגיל של בדיקות הסקר, התועלת של הבדיקה הידנית לאיתור סרטן נדירה", נכתב במסקנות המחקר.

רווין, כחוליה התורפה למגבלה המאכזבת הזו על בשרה. "אובחנתי במאי 2020", היא מספרת. "שלושה חודשים קודם, בינואר או בפברואר, הייתי אצל כירורג שד, שברק אותי ביסודיות והבדיקה שלו הייתה תקינה. מגיל 30 אני הולכת לאותו רופא. יש לנו את הבדיחה הקבועה שלנו, הוא אומר שהכל בסדר ואני מסכימה לחזור לבדיקה הבאה. כמו תמיד, קיבלתי ממנו הפניה לממוגרפיה, ובממוגרפיה ראו גוש. אבל גם כשחזרתי אליו עם המיקום המדויק, הרופא לא הצליח להרגיש את הגוש הזה. אין לי שמץ של טענה אליו, הוא היה בגודל 1.2 סנטימטר ועמוק. לא היה לו סיכוי למצוא אותו. זה הכי טוב שהוא היה יכול לעשות".

"כל כירורג זוכר מקרה שבו איתר למישהי גידול בבדיקה ידנית", אומרת פרופ' מנס, "אולם אלה עדויות אנקדוטליות, שאינן מספיקות כדי להעיד על השפעת הבדיקות האלה ברמת האוכלוסייה. הבדיקה הידנית מגלה לא פעם ממצאים חסרי חשיבות, שצריך לברר אותם, למרות שרוב הזמן מדובר בממצאי סרק. זה מלחיץ את המטופלות ויוצר עומס במערכת לבדיקות כמו אולטרסאונד וביופסיות.

"ניסינו לברוק אם יש קבוצות שבהן התועלת של הבדיקה הידנית גדולה יותר, למשל בצעירות שאינן עוברות ממוגרפיה

במודעות הציבורית למחלה, בשנות ה-50 של המאה הקודמת, הוחלט להמליץ עליה כבדיקת סקר לאוכלוסייה הכללית. אולם בשנים האחרונות ירד קרנה, עקב עלייה בזמינות הממוגרפיות ומחקרים שהראו שהיא עלולה להוביל לריבוי ביופסיות מיותרות עקב זיהוי ממצאים חסרי חשיבות. זו הסיבה שהמלצות חדשות שמפרסמת בימים אלה עמותת "אחת מתשע", קובעות כי בדיקת מישוש של השד, שנעשית על ידי רופא או רופאה, אינה יעילה לאבחון סרטן שד מוקדם. ההבנה החדשה הזו התפתחה, בין השאר, על סמך מחקרים מישראל שערכה פרופ' תהילה מנס, מנהלת היחידה לניתוחי שד בבית החולים שיבא, שגילו כי לבדיקה הידנית יש תועלת שולית באבחון מוקדם של המחלה, הן בנשאות של המוטציות הגנטיות המגבירות את הסיכון למחלה, והן בנשים בעלות סיכון ממוצע לחלות, שמקפידות לבצע בדיקות הרמית סקר כמו ממוגרפיה. "הבדיקה הידנית היא חלק מהבדיקות המקובלות במקומות מסוימים בעולם, בעוד שבמקומות אחרים לא", מסבירה פרופ' מנס. "עד היום לא נעשו מחקרים שבהם בצורה משכנעת את הערך שיש לבדיקות האלה באיתור מוקדם של סרטן שד ומניעת תמותה מהמחלה".

על מנת לברוק אם הבדיקה הידנית מועילה לנשים שנמצאות במעקב מסודר נעזרו פרופ' מנס, יחד עם החוקרת ד"ר שני שנהר-צרפתי וסטודנט למחשבים, במאגר נתונים של יותר מ-8,000 נשים שעברו בדיקה ידנית במסגרת 15 אלף בדיקות סקר שנעשו בבתי חולים בין השנים 2006 ל-2016. חלקן עברו בדיקת ממוגרפיה בעת בדיקות הסקר, אובחנתיים הסמוכים לבדיקה הידנית. "מדובר בנשים בריאות, שעוברות בדיקות סקר באופן שגרתית", אומרת פרופ' מנס. "ביקשנו לבחון כמה מתוך הנשים האלה אובחנו עם סרטן שד, והאם האבחון נעשה בבדיקה ידנית או בממוגרפיה".

32 מקרי סרטן אובחנו בקרב נשים בנות 45 ויותר, שהשתתפו בבדיקות הסקר בתוך שלושה חודשים מהביקור שלהן בבית החולים, רובן אובחנו בעקבות ממצא הרמית. בקבוצת הנשים שביצעה

"הבדיקות המוקדמות שיזמתי הצילו את חיי"

הילה הבר, מתנדבת בעמותת "אחת מתשע", היא דוגמא חיה, תרתי משמע, לחשיבות המעקב המוקדם בנשים שנמצאות בסיכון לפתח סרטן שד. הבר (51) אובחנה לפני שלוש שנים, חודש וחצי אחרי שאמה אובחנה אף היא באותה מחלה.

"יש לנו רומן ארוך עם סרטן השד", היא מספרת. "לפני 20 שנה אחת הרודות שלי חלתה בגיל 32, אחרי לידת בנה. אחריה חלו עוד שתי דודות, אחת מהן פעמיים. מגיל צעיר מאוד ברור לי שגם אני בסיכון, למרות שגם אמה שלי וגם אני נבדקנו

ואף אחת מאיתנו לא נשאת של המוטציות הגנטיות שקשורות להתפתחות המחלה. הבנו לבד שלא ייתכן שיש חולות מכל הצדדים, ואין אצלנו מוטציות.

"בגלל המודעות הגדולה במשפחה לסכנה, אמא שלי חינכה אותי מאז שאני זוכרת את עצמי להיברק ולא להזניח את הבריאות שלי.



"השליחות שלי". הבר

אני נבדקת באופן סדיר מגיל 30. יש לי רופאת משפחה נפלאה שדואגת לי מאוד, וכך הייתי כל השנים במעקב של כירורג שד ואולטרסאונד". לפני קצת יותר משלוש שנים אובחנה אמה של הבר בסרטן השד, בגיל 73.

"היא אובחנה בממוגרפיה, בשלב מוקדם מאוד של המחלה, ועברה ניתוח וחמש הקרנות", מספרת הבר. "חודש וחצי אחר כך הלכתי לבדיקת אולטרסאונד שגרתית. שם התברר לי שטעיתי בתאריך, והגעתי חודשיים מוקדם מדי. התור שלי היה בדצמבר, והגעתי לרופאה באוקטובר. בדיעבד היה לי מזל גדול. הרופאה בדקה אותי ואמרה לי 'יש שינוי, אני רוצה שתעשי ביופסיה'. למחרת עברתי ביופסיה ובאמת גילו לי גידול קטן. בבדיקת MRI שנערכה לאחר מכן גילו גידול נוסף באותו צד".

הבר נכנסה למסלול טיפולים אינטנסיבי, שנמשך שנה ושלושה חודשים וכלל ניתוח

לכריתת מקומית של הגידולים, הקרנות, כימותרפיה ותרופות ביולוגיות. "בגלל שהגידול שלי אובחן בשלב מאוד מוקדם, החשש היה שיש מוקדים נוספים, שלא נראו בבדיקות. לכן הוחלט לתת לי כימותרפיה מניעתית. קיבלתי 11 טיפולים, אחד בכל שבוע.

"הדבר הראשון שעשיתי כשאובחנתי היה להרים טלפון לעמותה ולדבר עם אחת המתנדבות. היא אמרה 'הטיפולים זה לא מה שאת חושבת. את לא תשבי כל היום על האסלה ותקיא את נשמתך'. זה משפט שלא אשכח לה. היו ימים שהלכתי ישר מהטיפולים לעבודה. שיתפתי את הסביבה שלי, כדי להקל על עצמי ולקבל תמיכה. הייתי עם פאה שבועיים, ואחריהם זרקתי אותה לפח והסתובבתי עם קרחת".

מאז שהחלימה, מלווה הבר חולות בעצמה. "זו השליחות שלי. המחלה יכולה לדרוך בדלת של כל אחת. הבדיקות מצילות חיים. אם לא הייתי מודעת לסיכון המשפחתי ונבדקת ביוזמתי מגיל צעיר מאוד, לא היו מוצאים את המחלה שלי בזמן".

"אישה שיש לה גידול אגרסיבי, אסור שתמתין חודשיים לביופסיה". עומדות, מימין: פרופ' רינת ירושלמי משאלי, פרופ' מירי סקלייר לוי, פרופ' תהילה מנס, יושבות: טלי רוזין, פרופ' תמר אלוויס, פרופ' שני פאלוך שמעון

צילום: אילנה מלינקוב, איפור: בלה ברון



טלי רוזין, פנב"לית "אחת פתשע": "הייתי אצל כירורג שד שבדק אותי ביסודיות, והבדיקה שלו הייתה תקינה. כמו תמיד, קיבלתי ממנו הפניה לממוגרפיה, ובממוגרפיה ראו גוש. אבל גם כשחזרתי אליו עם המיקום המדויק, הרופא לא הצליח להרגיש את הגוש. הוא היה בגודל 1.2 סנטימטר ועמוק. לא היה לו סיכוי למצוא אותו"

שלה, שבמקרה של גילוי מוקדם עומדים על יותר מ-90 אחוז. יש דברים שאפשר לעשות כדי למנוע את הופעת המחלה, משמירה על אורח חיים בריא ועד נטילת תרופות למניעה. אישה שיודעת שהיא בסיכון גבוה לפתח סרטן שד יכולה לבחור באופן מודע להימנע משימוש בהורמונים חיצוניים, שעלולים להגביר את הסיכון, כמו גם להימנע מצריכה של מזונות שקשורים בעלייה בתחלואה. אלכוהול למשל ידוע כגורם סיכון משמעותי. שמירה על משקל תקין ופעילות גופנית הם אסטרטגיה מניעתית להרבה מחלות, כמו גם לסרטן השד.

מה לגבי הטענה שעצם העיסוק בנושא בגיל כל כך צעיר מעורר חרדה מיותרת? את בעצמך אומרת שרוב הנשים לא בסיכון גבוה. האם הזיהוי המוקדם של מי שנמצאות בסיכון מצדיק את ההמלצה הנורפת לכלל הנשים הצעירות?

"לאורך השנים יש תנודות בשיעור החלות

מוגבר, מומלץ שתגיע לכירורגית שד, שתקבע איזה מעקב מתאים לה. אם הסיכון המצטבר לתחלואה במהלך החיים הוא מעל 20 אחוז, היא זכאית לפי הסל גם ל-MRI. לנשים ממוצא אשכנזי, מלא או חלקי ואתיופי, מומלץ לבצע בדיקת דם לנשאות גנטית של אחת המוטציות שמגבירות את הסיכון למחלה החל מגיל 25. מומלץ לפנות לייעוץ גנטי גם אם מישו מבני המשפחה הקרובה, מצד האם או האב, חלו בגיל צעיר בסרטן השד, השחלה, הערמונית או הלב. במקרה של חשש, חשד או ממצא, כמו תמיד – יש לפנות מיד לרופא.

"לפעמים אישה שואלת אותי 'מה יש לי לעשות עם המידע הזה?', אומרת פרופ' ירושלמי משאלי. "יש דברים שניתן לעשות, גם ברמת המניעה וגם ברמת הגילוי המוקדם. מי שתהיה במעקב צמוד תגדיל מאוד את הסיכוי לגילוי מוקדם ואת סיכויי ההחלמה

מחשבוניים אינטרנטיים, שיכולים לעשות הערכת סיכון אישית על סמך הרקע וגורמי סיכון. על פי דרגת הסיכון ניתן לתת לכל אישה המלצות פרטניות למעקב".

פרופ' פאלוך שמעון: "לרוב האוכלוסייה מומלץ לעבור ממוגרפיה מגיל 50, אבל יש קבוצה של נשים שאנחנו מפספסים אותה, שיש להן גורמי סיכון כמו סיפור משפחתי מאוד חזק או הקרנות שקיבלו בעבר לבית החזה, שמרמזים שהן צריכות בדיקה מוקדמת יותר. לנשים האלה מעקב מגיל 50 עלול להיות מאוחר מדי. המסר שלנו הוא שהרבה לפני גיל 40 אישה צריכה לעבור הערכת סיכון אישית ראשונה, על סמך נתונים רפואיים ואישיים בהם סיפור משפחתי. ההערכה הזו בחינם, ותעזור לנו לגלות עוד חמישה-עשרה אחוז מהנשים שצריכות גישה זהירה יותר מההמלצות הכלליות".

מי שמילאה את השאלון בעבר, כך קובעות ההמלצות החדשות, צריכה לשוב ולמלא אותו מדי חמש שנים, על מנת להעריך מחדש שינויים כמו אבחנת סרטן חדשה במשפחה, שינוי באורחות החיים, תוצאות של בדיקות דם לנשאות ועוד. ההמלצות קובעות עוד שצפיפות שד גבוהה נחשבת גורם סיכון עצמאי לסרטן השד, וכן עלולה למסך את המחלה, לכן במקרים כאלה לעיתים יש צורך בהשלמת בדיקות ההרמיה (כמו אולטרה-סאונד, ממוגרפיה עם חומר ניגוד, MRI). אם אישה מגלה באמצעות השאלון שהיא בסיכון

הצעירות בסרטן שד בישראל, אך נכון להיום אי-אפשר לדבר על מגמת עלייה. רק אחוז אחד מכלל אירועי סרטן השד הם מתחת לגיל 30. ועדיין, פה ושם אנחנו רואות צעירות שחלו. המטרה שלנו כפולה: לאתר את אותן נשים שנמצאות בסיכון גבוה לחלות מסיבות שונות, כולל נשאות, שההמלצה היא להתחיל לעקוב אחריהן בגיל 25 – ולשחרר את השאר. מחקרים בעולם הראו שחלק מהנשים סבורות שהסיכון שלהן לפתח סרטן שד מגיע ל-50 אחוז, שזה רחוק מאוד מהמציאות. השאיפה, בין השאר, היא גם לומר לאלה שאינן נמצאות בסיכון 'הסירי דאגה מליכך'."

× × ×

סרטן שד הוא הסרטן השכיח ביותר בנשים, בישראל ובעולם. ישראל נמצאת במקום ה-24 מבין 185 מדינות בעולם בתחלואה בו, ובמקום ה-73 בתמותה כתוצאה ממנו.

בשנת 2021 היווה סרטן חודרני של השד כשליש מכלל הגידולים החודרניים בנשים בישראל. 78 אחוזים מהמקרים החדשים בשנה זו אובחנו בבנות 50 ומעלה, אולם באותה שנה אובחנו במחלה 43 צעירות מתחת לגיל 30. בשנת 2021 חלה עלייה של עשרה אחוז במספר הנשים שאובחנו עם סרטן שד, לעומת 2020. בסך הכל אובחנו בשנה זו 5,962 מקרים חדשים בישראל, כ-90 אחוז מהם ביהודיות.

המחלה היא גם גורם התמותה הראשון בשכיחותו מבין מחלות הסרטן בנשים. בשנת 2021 נפטרו ממנה 997 נשים, רובן המוחלט יהודיות. ההישרדות לחמש שנים אצל מי שאובחנו במחלה עומדת בשנים האחרונות בישראל על כ-90 אחוז. גילוי מוקדם הוכח כמפחית את התמותה מהמחלה, כמאפשר לשנות את מהלכה ולאפשר טיפול בה באמצעים פחות אגרסיביים. מכאן חשיבות ההמלצות החדשות, שאומרות לכל אישה צעירה: דעי מה הסיכון שלך לחלות, ואם את בסיכון גבוה – תיבדקי.

"נשים שיש להן סיפור משפחתי נרחב או גנטיקה מוכרת של סרטן השד עוברות בדיקת MRI פעם בשנה", אומרת פרופ' מירי סקלייר לוי, מנהלת היחידה לדימוות שד במכון מירב, המרכז רפואי שיבא. "אבל הרבה פעמים אנחנו פוגשות נשים צעירות שיש להן סיפור משפחתי ולא נתנו עליו מספיק את הדעת על מנת לברוק. הנשים האלה מתפספסות ומגיעות במצב של מחלה יותר מתקדמת, שיש בה גוש נמוש. לכן נכון להשתמש בכלי שיצביע מראש מי מהנשים נמצאת בסיכון.

"אם, לדוגמה, יש אמה שחלתה בגיל 45, ההמלצה שלנו לבנות שלה היא להתחיל להיבדק בגיל 35. במקרה כזה נעשה בדיקת ממוגרפיה כבסיס להמשך, אולטראסאונד וגם MRI בגלל הסיכון המוגבר".

המערכת הציבורית העמוסה לעייפה וכולל לקלוט עוד משה לא מבוטלת של נבדקות, שיעוץ רק בשל היותן בסיכון גבוה? "העומס על המערכת אכן גדול, אבל הרווח יהיה באבחון המוקדם. נשים כאלה יאובחנו בשלב יותר מוקדם, עם מחלה יותר קלה ופחות תמותה. גם המערכת תרוויח מזה".

הכלי המרכזי לאבחון מוקדם של סרטן השד הוא בדיקת ממוגרפיה, הבוחנת את רקמות השד באמצעות קרני רנטגן, ושיעור הזיהוי בה עומד על חמישה-שבעה מקרים לכל 1,000 בדיקות. התוכנית הלאומית לגילוי סרטן השד באמצעות ממוגרפיה,

הכלי המרכזי
לאבחון מוקדם.
בדיקת ממוגרפיה



צילום: שאטרסטוק

רוב מקרי הזיהוי המוקדם, מתקדם בצעדי ענק. "בדיקת הסקר הבסיסית היא עדיין ממוגרפיה, אבל יש הרבה מאוד עבודות שמוכיחות שממוגרפיה עם חומר ניגוד, שהיא בדיקה זולה ומדויקת, עושה עבודה מצוינת", אומרת פרופ' סקלייר לוי. "לצערי היא עדיין לא נכנסה בישראל לשימוש באופן מספיק נרחב.

"שימוש במערכות AI מאפשר להעריך על סמך בדיקת ממוגרפיה את הסיכון של הנבדקת לפתח סרטן בשנתיים הקרובות ובמידת הצורך לשלוח אותה ל-MRI. גם זה יאפשר לנו לזהות אותן נשים שיש להן סיכון מוגבר ולהפנות אותן לבדיקה יותר מדויקת, שתאפשר גילוי יותר מוקדם. מערכות הבינה המלאכותית אינן מושלמות, והפענוח הסופי הוא על סמך שיקול הדעת של הרופא, שנדרש להחליט בכל מקרה האם מדובר באמת בחשד גבוה או בממצא שיש לו הסבר אחר, כמו צלקת, ולכן נדרש משנה זהירות. אבל אני סבורה שבמקרה שהמערכת זיהתה אישה שהיא בסיכון גבוה למחלה, לגמרי נכון להסתמך עליה ולהמשיך לבדוק.

"אני מקווה שבאמצעות השאלון, בשילוב עם השימוש ב-AI, נוכל להצביע על נשים שנמצאות בסיכון וצריכות MRI. בנשים כאלה יש להשתמש בבדיקה באופן יותר ליברלי. יש גם טכנולוגיות חדשות נוספות לאבחון מוקדם, שנמצאות בשלבים שונים של פיתוח ונראות מבטיחות, כמו כלבים שמריחים סרטן, או חיית ששנמצא בחזיה ומוזהה שינויים שעלולים להיות תתולוגיים". את חושבת שמהצד השני, כל האמצעים האלה יאפשרו גם לפטור נשים מסוימות ממעקב תכוף? לומר להן "אתן לא צריכות ממוגרפיה פעם בשנה?"

"בהחלט כן. זה הכיוון. אם הבדיקות תקינות לגמרי, ייתכן מאוד שבקרוב נוכל להגיד לאישה 'בואי לבדיקה הבאה רק בעוד שנתיים או שלוש'."

sarit_r@netvision.net.il

מבדיל בבירור בין נשים שנמצאות בסיכון משמעותי לחלות לנשים שאינן נמצאות בסיכון כזה. מה אפשר היום לעשות עם הידע הזה מחייב חשיבה, ויש הרבה שאלות שצריך להתייחס אליהן: מאיזה גיל מתחילים לבדוק, מאיזו דרגת סיכון מפנים לבירור נוסף, איך נשים יקבלו את הכלי הזה, מה יהיו ההשלכות הכלכליות שלו ועוד.

"אחד החששות הוא שהשימוש באלגוריתם יעלה מאוד את השימוש בממוגרפיה, אבל אולי הוא דווקא יקטין אותו, כי רוב הנשים יהיו בסיכון נמוך. היום, כשעושים את הסקר לאוכלוסייה הכללית, את מצפה למצוא באלף ממוגרפיות חמישה עד שבעה מקרי סרטן. אבל אם נוכל לבצע את הממוגרפיות האלה רק בנשים שהן בסיכון מוגבר ולמצוא 30 או 40 מקרים לכל אלף ממוגרפיות, כבר ייעלנו מאוד את הבדיקה והקלנו על נשים שחוששות לשווא שהן בסיכון. חשוב גם לבדוק איך נשים מקבלות מידע כזה, כשאומרים להן שהן בסיכון נמוך או גבוה. אנחנו נצטרך לתפור אותו עד לפרטים הכי קטנים, אבל אין ספק שהוא מאוד מלהיב. גם עולם הדימות, שאחראי עדיין על

גבוהה יותר. בשנים הקרובות, כך מעריכים המומחים, תתחולל מהפכה של ממש באופן האבחון והטיפול בסרטן. ממערכות בינה מלאכותית, שמצליחות לאתר ממצאים זעירים עוד לפני שעין אנושית מבחינה בהם, ולהתריע על מחלה קרובה עוד לפני הופעת סימנים קליניים, דרך בדיקות חדשניות שמוזהות תאים סרטניים מיקרוסקופיים במחזור הדם, ועד טיפולים מותאמים אישית

פרופ' רינת ירושלמי בשאלי:

"המשמעות היא להוציא את רוב הנשים ממעגל החרדה,

כי רוב הנשים לא נמצאות בסיכון מוגבר. כלומר לומר

לרובן 'אתן לא שם, זה לא רלוונטי לכן כרגע, בואו בעתיד

שוב'. מצד שני, אם את נשאת של BRCA את צריכה להתחיל

בבדיקות מגיל 25"



המכוונים במדויק לפרופיל הגנטי של כל מטופלת.

"אצל הרבה נשים יש סיפור משפחתי משמעותי, אבל למרות שלכולם ברור שיש כאן מרכיב גנטי, כל הבדיקות לזיהוי מוטציות שמגבירות את הסיכון למחלה שליליות", אומרת פרופ' ירושלמי בשאלי. "היום מדברים על שינויים קטנים בגנום שלא נחשבים למוטציות, אבל כאשר הם מופיעים במקבץ הם מגבירים את הסיכון להתפתחות תחלואה. אנחנו כבר יודעים לזהות את השינויים האלה ומתחילים לבנות מודלים מתמטיים לאוכלוסיות השונות, שלוקחים בחשבון גם את הסיפור המשפחתי, ויאפשרו להעריך את הסיכון הגנטי של נשים כאלה ולזהות מראש מי נמצאת בסיכון. גם צפיפות שד, שהיא גורם תחלואה נוסף, צריכה להכנס למודל הכללי. כל הדברים האלה נמצאים עדיין ברמת המחקר, אבל העולם המדעי, גם בישראל, צועד במהירות לעבר הכיוון הזה".

פרופ' רינת ברזילי, מדענית מחשב ישראלית-אמריקאית מ-MIT, שחלתה בעצמה בסרטן השד, פיתחה מודל מבוסס בינה מלאכותית המסוגל לזהות התפתחות של סרטן שד עד חמש שנים מראש באמצעות ניתוח צילומי ממוגרפיה, שמוזהה רפואי שינוי ברקמה שהעין האנושית לא קולטת. המודל נבדק על אלפי צילומים בעולם, כולל בישראל, ונמצא שהוא מבדיל היטב בין נשים שנמצאות בסיכון מוגבר לפתח סרטן שד בשנים הקרובות – לאלה שלא. פרופ' אלויס, שנוסעת בקרוב ללמוד את יישומי היכולת החדשה והמופלאה הזו בבוסטון, סבורה שהעתיד טמון ביכולת לזהות את הסיכון למחלה הרבה לפני שהיא מתפתחת. "האלגוריתם של פרופ' ברזילי

חשוד בממוגרפיה החלו בירור תוך שבועיים מהבדיקה, לעומת היעד שנקבע בתוכנית – 90 אחוז ויותר. 58 אחוז בלבד השלימו בירור על ידי הדמיה חמישה שבועות מרגע זיהוי הממצא החשוד, ורק 68 אחוז עברו ביופסיה בתוך שבועה שבועות מהבדיקה החשודה. 90 אחוז מהנשים סיימו את הבירור בתוך 104 יום – שלושה חודשים וחצי – מזיהוי הממצא החשוד, אחרון שמשמעותו עלולה להיות ירידה בסיכוי לריפוי.

"הרוח הזה משקף כמה בעיות חמורות מאוד", אומרת פרופ' פאלוך שמעון. "הראשונה היא שגנשים בישראל אמנם מגיעות לבדיקת ממוגרפיה ראשונה – 70 אחוז זה לא מעט ביחס לעולם – אבל לא חוזרות לבדיקה השנייה. הבעיה השנייה היא פרק הזמן הארוך שעובר בין בדיקה לא תקינה עד לביצוע ביופסיה. לפעמים זה הרה גורל. אישה שיש לה גידול אגרסיבי, אסור שתמתין חודשיים לביפוסיה. בבתי החולים התור לביפוסיה מהיר יחסית, אבל רוב בדיקות הסקר לא מתבצעות בבתי חולים. זה לא רק העומס על המערכת, זה גם איך האישה יודעת לראות לעצמה, האם היא מבינה את חומרת הנושא ואת חשיבותו, איך המידע הזה נמסר לה. יש כאן שירות רפואי חיוני שניתן באופן שאינו מיטבי, והמדינה חייבת להבין מה גורם לו – האם מדובר בבעיה אוניברסלית בכל הארץ, או האם הבעיה בפרופיה חברתית, מגורית או סוציו-אקונומית – כדי לדעת איך מתקנים אותו".

× × ×

עולם הרפואה מתקרב במהירות לחזון של אבחון מוקדם, טיפול ממוקד והישרדות

ההמלצות החדשות לאבחון יעיל של סרטן השד

מגיל 25 מלאי שאלון הערכת סיכון וגשי איתו לרופא.ההמטפל.ת לקבלת תוכנית מעקב אישית.

מלאי את השאלון מחדש פעם בחמש שנים. או אם יש שינוי באחד מהדברים הבאים: אבחנה חדשה של סרטן שד או בן משפחה שחלה בסרטן שד, שינוי באורחות חיים, תוצאה של בדיקת דם לנשאות, אבחון של מישהו במשפחה עם סרטן שחלה, בלבב, או ערמונית בגיל צעיר. במקרה של חשש, חשד או ממצא, יש לפנות מיד לרופא.המטפל.ת.

בדיקת מישוש של השד (ושנעשתה על ידי רופא.ה) אינה יעילה ביכולת לגלות סרטן שד מוקדם.

צפיפות שד גבוהה נחשבת גורם סיכון לסרטן שד, ועלולה למסך מחלה. במקרים של צפיפות שד גבוהה לעיתים יש צורך בהשלמת בדיקות ההדמיה (כמו אולטרסאונד, ממוגרפיה עם חומר ניגוד, MRI).

נשים ממוצא אשכנזי (מלא או חלקי) או אתיופיות, החל מגיל 25 מומלץ לעשות בדיקת דם לנשאות גנטית.

אם מישהו ממשפחתך הקרובה ומצד האם או האב) חלו בגיל צעיר בסרטן השד, השחלה, הערמונית או הלבב – פני ליעוץ גנטי.

ממוגרפיה היא הכלי המרכזי לאבחון מוקדם. החל מגיל 50 מקבלת כל אשה פנייה יזומה לבדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים. את יכולה לבקש הפניה לממוגרפיה מגיל 45, גם בהיעדר תלונות, ממצאים, או היסטוריה משפחתית.