



נייר עמדה 9

## מנופאזה- חידלון וסת - גיל מעבר

אושר יוני 2003

### מבוא

הירידה בפעילות השחלתית ובהפרשת האסטרוגן בגיל המעבר, מתבטאת בתסמינים מידיים ובסיכונים לטווח הארוך.

ההפרעות הנגרמות עקב כך עלולות לפגוע באיכות החיים ואף בתוחלת החיים. מטרת נייר עמדה זה להצביע על התופעות המוקדמות והמאוחרות הקשורות בתהליך זה ולציין דרכי המניעה והטיפול בהם.

### 1. הגדרות:

- גבוהה. הערה: במנופאזה נגרמת, FSH מנופאזה – הפסקת הוסת משך 12 חודשים או יותר, מלווה ברמת \* גבוהות FSH כתוצאה מטיפול כירורגי או אחר. ניתן להסתפק ברמות קדם מנופאזה – התקופה שלפני המנופאזה, כמוגדר לעיל, שבה מופיעים תסמיני גיל המעבר \* מנופאזה מוקדמת – מוגדרת כמנופאזה המופיעה לפני גיל 40 \*

### 2. תופעות ומצבים קליניים:

- מוקדמות – הזעות לילה, גלי חום, נדודי שינה ושינוי במצב רוח. לעיתים יתכנו גם כאבי שרירים מפרקים, \* ופאלפיטציות בתקופת הביניים – יובש בנרתיק, ירידה בליבידו, דיספראוניה, תלונות אורינאריות \* מאוחרות – אוסטאופורוזיס וככל הנראה מחלות קרדיו וסקולאריות ומחלות דימנטיות \*

### 3. אנמנזה:

#### יש להדגיש

- היסטוריה של דימומים לא סדירים \*
- מחלות שד \*
- תופעות טרומבואמבוליות \*
- מחלות כבד \*
- שברים \*
- (גורמי סיכון קרדיו- וסקולאריים (עישון, סכרת, היפר- ליפידמיה, יתר לחץ דם והיסטוריה משפחתי \* שימוש בתרופות \* כריתת רחם וניתוחים גינקולוגיים אחרים \* מחלות ממאירות \*

#### באנמנזה משפחתית יש לשים דגש על

- אוסטאופורוזיס \*

(ממאירות (שד, שחלה, רחם, מעי גס \*

טרומבופיליה משפחתית \*

מחלות קרדיו-וסקולאריות \*

#### 4. בדיקה + מעבדה

(א). מידע הנדרש לפני הטיפול (שנה

בדיקה גינקולוגית \*

בדיקת שד \*

בדיקת לחץ דם \*

ב. בדיקות דימות על פי ההמלצות הקיימות

(אולטרסאונד אגני. (אין לעת עתה המלצה מחייבת \*

. ממוגרפיה \*

בדיקת צפיפות עצם \*

1. מעל גיל 65.

2. בנשים עם גורמי סיכון.

3. כל אישה המעוניינת בקבלת טיפול לאוסטאופורוזיס באם תמצא הוריה לכך.

ג. בדיקות דם

לפני טיפול יש לשקול ביצוע הבדיקות הבאות

ספירת דם \*

\* FSH.

\* TSH.

סוכר בדם \*

פרופיל שומני \*

תפקודי כבד \*

#### 5. HRT - בדיקות מעקב לאישה המטופלת ב

1. בדיקה גינקולוגית.

2. אולטרסאונד אגני – יש לשקול אחת לשנה.

3. יש להנחות את האישה לבצע מעקב שד בהתאם להוראות משרד הבריאות.

4. (בהתאם להנחיות האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה. (אין המלצות לעת עתה – PAP.

5. דיגום רירית הרחם – יש לשקול לדגום רירית מעובה.

6. בדיקת צפיפות עצם – לפי המלצות משרד הבריאות, ובהתאם לשיקול קליני (יש הממליצים על בדיקה

(חוזרת אחת לשנתיים

#### 6. טיפול:

טיפול הורמונלי תחליפי יינתן לטיפול בתסמיני גיל המעבר. יש לדון מחדש עם האישה מידי שנה בנחיצות \*

המשך הטיפול

\* הנשים שהחלו טיפול בתקופה הפרה-מנופאוזלית יש מקום להעריך מחדש את הצורך בטיפול לאחר תקופת

מה.

טיפול הורמונלי למניעת מחלות לב וכלי דם-אינו מוצדק \*

בבחירת הטיפול המניעתי מבין כל התרופות הקיימות לאוסטאופורוזיס, יש להתחשב בשיקולי תועלת / סיכון \*

יש מקום להמליץ לאישה באימוץ אורח חיים בריא \*

שד פיברוציסטי, מיגרנה, היפרטריגליצרידמיה משפחתית, HRT-מצבים הדורשים שיקול נוסף בטיפול ב \*  
אבני כיס מרה, סיכון יתר לסרטן השד

הוראות נגד יחסיות לטיפול הורמונלי תחליפי: רחם שרירני, אנדומטריוזיס, טרומבוזיס וורידית, תסחיפים, \*  
קרישיות יתר, אפילפסיה

הוריות נגד מוחלטות לטיפול הורמונלי תחליפי: מחלת כבד פעילה, דמום נרתיקי ממקור לא ברור \*

## 7. תרופות:

### 1. טיפול הורמונלי חלופי

טיפול הורמונלי סטנדרטי כולל אסטרוגן ופרוגסטרון \*

מאחר וההשפעה המיטיבה של הטיפול הורמונלי קיימת כל עוד לוקחים את התרופות, ניתן להמשיכה כל \*  
עוד קיימת ההתוויה

בתלונות אורוגנטליות ניתן לתת טיפול נרתיקי \*

(אין צורך בתוספת פרוגסטרון בנשים ללא רחם). (למעט מקרים של אנדומטריוזיס \*  
לא מומלץ להתחיל בטיפול הורמונלי חליפי, בסמיכות לאירוע כלילי איסכמי \*

מומלץ להפסיק טיפול הורמונלי כשבועיים לפני ניתוח אלקטיבי או מחלה המצריכים שכיבה ממושכת \*

במידה ואשה פיתחה אירוע קרדיאלי תחת טיפול הורמונלי, אין כיום התוויה ברורה להפסיק את הטיפול \*

טיפול הורמונלי חלופי באסטרוגן או אסטרוגן ופרוגסטרון ממושך עלול להעלות את הסיכון לתחלואה, אך לא \*  
לתמותה, מסרטן השד

אין מניעה במתן טיפול הורמונלי חלופי לתופעות חריפות של גיל המעבר, בנשים שלאחר סרטן השד \*

### 2. תכשירים נוספים לטיפול בתופעות גיל המעבר

סידן – מומלץ לנשים לצרוך 1200-1500 מגר' סידן ליום \*

מגיל 60, וכן בהעדר חשיפה לשמש – D ויטמין \*

והן ביספוספנטים – רשומים למניעה וטיפול באוסטאופורוזיס, וכן למניעת שברים SERMS \*

תחליפי הורמונים – למיניהם (ביניהם פיטואסטרוגנים) עדין לא הוכחו בצורה מדעית כיעילים במניעת \*  
תופעות גיל המעבר

## מקורות:

תוספות מקרי סרטן שד בנשים המטופלות ע"י הורמונים הוא \*

מקרים על כל 1000 נשים הנוטלות הורמונים 5 שנים 2

מקרים על כל 1000 נשים הנוטלות הורמונים 10 שנים 6

מקרים על כל 1000 נשים הנוטלות הורמונים 15 שנה 12

Beral Lancet 350:1047;1997

הנייר נוסח ע"י ועד האגודה הישראלית לגיל המעבר באשה ובגבר

הנייר עובד ואושר ע"י מליאת ניירות העמדה של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

WHI - הנוסח מהווה תיקון נייר העמדה לאור תוצאות מחקר ה

## 9: חברי הצוות להכנת נייר עמדה מס'

פרופ' צ. בן רפאל - יו"ר החברה לגיל המעבר. ראש הצוות. 1

ד"ר א. פאר - מחלקת נשים ויולדות, בי"ח רמב"ם. 2

ד"ר י. פרנקל - מחלקת נשים ויולדות, בי"ח שיבא. 3

4. פרופ' ע. פינס - מח' נשים ויולדות, בי"ח לים

5. פרופ' ב. קפלן - מח' נשים ויולדות, בי"ח בלינסון

6. פרופ' ד. איילון - מח' נשים ויולדות, קופ"ח לאומית יפו

7. דר' נ. אקשטיין - מח' נשים ויולדות, בי"ח לים

#### **חברי "מליאת ועדת העמדה" לפי סדר ה-א-ב**

ח. אברמוביץ; ג. אוהל; ר. אחירון; מ. אטינגר; ו. אינסלר; י. איצקוביץ; ר. בכר; ש. בלס; ע. בלר; מ. בן עמי; צ. בן

רפאל; א. גבע; מ. גולדנברג; מ. גלסנר; מ. גלזרמן; א. הרמן; א. וישניצר; ש. זוהר; צ. חגי; ח. יפה; מ. כץ; נ.

נציג המחלקות; לאופר; י. לסינג; מ. מזור; א. מלויצקי; ש. סגל; א. סמואלוב; מ. פשר; ע. פישמן; ר. רונאל; א. שלו

מזכיר ב. חן ב. קלנר -; שאינן נותנות מומחיות