

סוף שבוע – עיתון "הארץ"

אני בשיחה ■ איילת שני, צילום: דודו בכר

26.06.2014

רפואה נפרדת לנשים ולגברים? פרופ' מרק גלזרמן חושב שהגיע הזמן

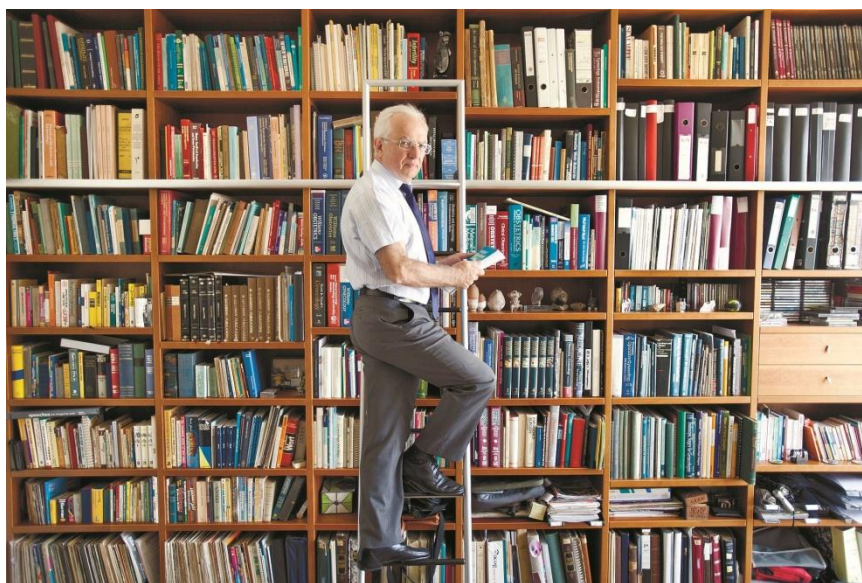
פרופ' מרק גלזרמן, 69, מנהל המרכז לחקר הרפואה המגדרית במרכז הרפואי רבין ונשיא האיגוד הבינלאומי והישראלי לרפואה מגדרית, גר בתל אביב. איפה: בית קפה בתל אביב
מתי: ראשון, 17:00

אתה מעלה טענה מהפכנית – שקיים צורך ברפואה נפרדת לנשים ולגברים.

אפשר להתייחס לזה כאל "הבנה של המובן מאליו". גברים ונשים שונים לא רק באיברי המין שלהם, אלא בכל מערכות הגוף. המערכות דומות אנטומית אבל מתפקדות בצורה שונה, והמסקנה הבלתי נמנעת היא שגם המחלות והסימנים למחלות שונים. אבל היות שרוב המחקר עד היום בוצע בגברים ולא בנשים, הידע הרפואי שלנו רלוונטי לגברים. ובעקבות כך אנחנו, הרופאים, עושים עוול לנשים, משום שלא הפנמנו שהשוני גדול מהדמיון.

נתעכב רגע על העניין הזה, של נשים במחקר רפואי. למעשה, עד לפני כמה שנים, נשים לא נכללו במחקרים קליניים, בהוראת FDA. לאחר שבשני ניסויים מפורסמים בתרופות, תאלידומיד ו DES-נגרמו נזקים חמורים לנשים ולעובריהן.

ההחלטה הזאת התקבלה במקור כדי להגן על נשים. בנוסף, העולם המדעי, המחקרי, קיבל את ההמלצה הזאת ברצון, תמיד העדפנו לקחת למחקר גברים ולא נשים, משום שזה הרבה יותר קל.



פרופ' מרק גלזרמן.

למה?

משום שנקבות, נשים לצורך העניין, הן לא אורגניזם סטטי. יש ביוץ ומחזור הורמונלי, בעוד הזכר יציב יותר. גם המחקר בחיות נערך לרוב על זכרים ולא על נקבות, אפילו כשמדובר במחלות שנפוצות אצל נשים. בעולם של בני האדם גם המבנה החברתי הוא כזה שכל הנטל הוא עדיין על האשה – אם הילד חולה, או אם צריך לקחת את הסבתא לבית החולים, האשה תעשה את זה, כך שהמחויבות למחקר היא פחותה. יתרה מזו, נשים לא ששות להיכנס למחקר. ולכן ההמלצה הזאת ש FDA – הוציא ב-1977 התקבלה בשמחה רבה, ועד היום המחקר נעשה בעיקר בגברים ולא בנשים.

אבל בעצם ההנחה הזאת מובלע איזשהו פרדוקס. אם נשים מנועות מלהשתתף במחקר בשל השונות שלהן, הרי שראוי להעמיק בחקר האפקט של השונות הזאת, לא?

לפני כל שינוי צריך להבין שיש צורך בשינוי, אבל ההבנה הזאת עדיין לא קיימת. רוב החוקרים עדיין לא מודעים לחשיבות העניין הזה.

למעשה אנחנו כרגע מצויים במצב שבו אשה הולכת לרופא ומקבלת תרופה שכלל לא נבדקה על נשים.

נכון. והתוצאה היא שהתרופה עלולה לא להיות יעילה עבורה, או חמור מזה - להזיק לה. לפני כעשור, GAO גוף אמריקאי שדומה קצת למבקר המדינה, קיבל את המנדט לבדוק תרופות שהוצאו מהשוק משום שהתברר שהן לא טובות לנשים. לא פחות מעשר תרופות כאלה נמצאו. תרופות שחלקן נמצאו לא מועילות וחלקן מזיקות. עכשיו, צריך להבין מה המשמעות של הוצאת תרופה מהשוק. זו רעידת אדמה. עד שמכניסים תרופה לשוק זה יכול לקחת 10 או 15 שנות פיתוח, בעלויות של מאות מיליוני דולרים. כך שאם חברה פרמצבטית מסכימה או מחליטה להוריד תרופה מהמדף, כנראה היא חוששת מאוד.

אילו תרופות, לדוגמה?

תרופה להפרעת קצב לב, למשל, שפעלה בשיטה של הארכת קטע מסוים של פעילות הלב על מנת להחזיר אותו לקצב סדיר. התרופה הזיקה לנשים, לעתים גרמה למוות, משום שאצלן, מתברר, הקטע אותו התרופה מאריכה ארוך יותר בלאו הכי, ואם מוסיפים ומאריכים אותו, זה עלול לגרום לדום לב.

מהמם.

יש דוגמאות רבות מאוד, שהמנגנון פשוט עובד בצורה אחרת, ומכאן שגם האבחון וגם הטיפול צריכים להיות שונים. זה דבר שלוקח זמן. הרי עד לפני 150 שנה, נגיד, חשבו שילדים לא שונים ממבוגרים. היחס אליהם - מקצועית, רפואית ותעסוקתית - היה כאל מבוגרים קטנים. התפיסה הזאת עדיין קיימת לגבי נשים. הרפואה המגדרית באה לשנות אותה ולהחדיר את התובנה הבסיסית שגבר ואשה הם אורגניזמים שונים.

איך פורטים את זה לרמת קבלת ההחלטות של הרופא היושב מול אשה במשרדו?

על מנת שהרופא יוכל לתת לך את הטיפול הטוב ביותר, צריך להיות לו מספיק ידע לגבי התרופה והאפקט שלה על נשים, ולזה אי אפשר עדיין לצפות.

פמיניסטיות אוהבות את העניין הזה, של רפואה מגדרית?

הן קודם כל רוצות לדעת מה אני, ואחרי שאני מצליח לשכנע אותן שאני לא שוביניסט, הן תוהות אם בכך שאני מנסה לקדם רפואה מגדרית, אני לא שם את האשה בעמדה לא שוויונית, שהיא האחר. אני מסביר שאנחנו לא אותו דבר, שאמנם צריכים להיות לנו כלים זכויות שווים, אבל מבחינת מבנה ביולוגי, השוני מובהק.

איך התחיל העניין שלך בתחום?

אני 40 שנה רופא נשים, ורק בשנים האחרונות הבנתי שאף פעם לא הייתי רופא נשים - הייתי רופא של איברי המין של האשה, אף פעם לא של האשה עצמה. קראתי ספר שנכתב על ידי קרדיוולוגית אמריקאית, מריאן ג. לגאטו, ספר פופוליסטי, לקהל הרחב. וכשקראתי את הספר הזה אמרתי לעצמי - או שביזבזתי כמה ימים על משהו שטוטי ולא רלוונטי, או שכבר 40 שנה אני חי לא נכון.

מה היה שם שטילטל אותך?

ההבנה הבסיסית - גבר ואשה שונים. עכשיו, אם את שואלת רופא, תמיד ידענו שדברים כמו החלמה מניתוח או צריכת תרופות פועלים בצורה שונה אצל נשים וגברים. ידענו את זה אינטואיטיבית, אבל לא עשינו כלום עם הידע הזה. ואחרי שהתחלתי להעמיק בעניין הזה הבנתי שחייבים לעשות עם זה משהו.

אני מבינה שלממסד הרפואי יש ביקורת על עצם התפיסה הזאת של רפואה שונה לנשים ולגברים.

רופא שחושב שאלה שטויות נמצא במצב של דיסוננס קוגניטיבי, ולעתים יגיב במגננה.



אבל בחזון שלך, אחרי שהמהפכה הזאת תתחולל, נגיד עוד 30 שנה...

למה 30 שנה? עוד חמש שנים.

ואז, איך זה ייראה?

אני סבור שיהיו תרופות שונות לגברים ולנשים. זה כבר קורה FDA – הוציא הנחיה לגבי כדור שינה שנקרא "אמביאן", שהמינון שלה צריך להיות שונה בין גברים לנשים, כי התברר שלנשים יש ממש האנגאבור מהתרופה הזאת למחרת, וקשה להן לנהוג ולתפקד.

שוק מחקר ופיתוח התרופות מונע משיקולים מסחריים. איך זה צפוי להשפיע עליו?

זו באמת שאלה, כי אפשר להרוויח ואפשר להפסיד. אם אני, כחברת תרופות, יודע שהתרופה שאני מוכר עלולה להזיק לנשים ואני לא מגיב לזה, אני חשוף לתביעות אסטרונמיות.

אבל הצד השני עשוי להיות אינטרס מסחרי חזק.

יש פה שני חישובים שונים. האחד אומר – אם עד היום מכרתי מאה יחידות מתרופה, לגברים ולנשים, היום אני צריך למכור 50 ו-50 ולעשות השקעה נוספת בפיתוח ואפילו בעיצוב האריזות ולכן זה יעלה לי יותר. הגישה השנייה אומרת שאנשים בין כה וכה קונים חפיסה של כדורים, ובמקום לקנות חפיסה אחת הם יקנו שתיים, אחת לגבר ואחת לאשה. יש פה הרבה מאוד גורמים מורכבים שנכנסים לתוך שיקולי חברת התרופות, אבל הדבר המרכזי הוא שאין להן ברירה. הן פשוט לא יכולות להמשיך להתייחס לשני המינים כאל מקשה אחת ולמכור להם תרופות שעלולות להזיק לאחד המינים.

איפה יושב הקריטריון המגדרי בתוך ההיררכיה של האבחון? אם אנחנו מחליטים שמגדר זה קריטריון רפואי, למשל, אז למה לא מוצא אתני?

זה בהחלט קריטריון. אם אני שומע שאשה מגיעה למיון עם כאבי בטן קשים, והרופא במיון מתקשר אלי ככונן בכיר להתייעצות, אני אשאל אותו מאיזה מוצא היא, משום שאם היא צפון-אפריקאית, למשל, אז יכולה להיות מחלה ספציפית שנקראת FMF.

ומה יותר חשוב? המגדר קודם למוצא?

מבחינתי זה אחד הדברים הראשונים. המקצוע היחיד ברפואה שבו שואלים את האשה באיזה שלב של המחזור היא מצויה הוא גינקולוגיה. עכשיו, מבחינת האופן שבו היא מעבדת תרופות – אשה לפני הביוץ, או אחרי הביוץ, לפני הווסת או אחרי הווסת, אלו ארבע נשים שונות. אותה תרופה משפיעה אחרת בכל מקטע אחר של המחזור.

ואחרי שביצעת את האבחנה – תיתן באמת טיפול שונה?

כן. קחי לדוגמה כאב בחזה – שהוא סימפטום קלאסי לבעיה לבבית, אבל אצל נשים, בשונה מגברים, הוושט מתכווץ הרבה יותר חזק. ולכן, כשאשה מתלוננת על כאב בחזה, זה יכול להיות קשור בכלל לפעילות של הוושט. דוגמה אחרת – אשה מתלוננת בפני הגינקולוג שבימים הראשונים של המחזור היא סובלת מכאבים קשים ואספירין או אופטלגין לא עוזרים. הגינקולוג צריך לשאול אותה אם במקביל לכאבים היא סובלת גם משלשולים וכאבי ראש. למה? כי בזמן המחזור נשים מפרישות פרוסטוגלנדין, הורמון שמכווץ את הרחם, אבל הוא עלול לכווץ גם את השריר החלק במעיים, ולגרום לשלשולים, או לכווץ כלי דם במוח ולגרום לכאב ראש. ואם אני יודע ומבין את כל זה, אני צריך לתת לאשה טיפול שנוגד את ההורמון הזה. כך אני בעצם בוחר תרופה לפי מגדר.

מה לגבי כאב, שעוצמתו קשה להערכה? אילו מחקרים נעשו על ההבדלים בתפיסת כאב בין גברים לנשים?

מדדי הכאב הם עניין בעייתי, ומחקר הכאב בעייתי גם מבחינה אתית. למרות זאת יש מחקרים שנעשים, למשל, בעזרת fMRI שמאפשר לראות ביטויי כאב באזורים שונים במוח. יש מחקרים שבדקו תרופות מסוימות ואת הקולטנים שלהן במוח. ואנחנו יודעים היום שיש קולטנים שהם יותר פעילים אצל נשים מאשר אצל גברים.

כלומר שתרופה ספציפית תהיה אפקטיבית יותר על נשים מאשר על גברים.

כן. מדד אחר שאנחנו לוקחים בחשבון הוא כמה זמן התרופה נשארת בגוף. תרופה כמו אקמול, למשל, משתחררת יותר באטיות בגוף האשה מאשר מגוף הגבר ולכן אשה תצטרך כמות קטנה יותר ממנה מאשר גבר במשקל זהה.

אילו עוד דוגמאות יש לאופן שבו המערכות עובדות שונה אצל נשים וגברים?

מערכת העיכול, למשל. כשאני למדתי בבית הספר לרפואה, לימדו אותנו שמערכת העיכול היא בסך הכל כמו מדף בסופרמרקט – המזון עובר בה, הגוף לוקח מה שהוא צריך והיתר יוצא כפסולת. היום אנחנו יודעים שמערכת העיכול היא הרבה יותר מתוחכמת, קשה להאמין עד כמה. היא גם עובדת באופן אוטונומי: למעט הבליעה והיציאה שעליהם שולט המוח, היא עושה הכל לבד. היא לא צריכה את המוח - יש לה מוח משלה.

מחשבה מטרידה משהו.

כן. המוח של מערכת העיכול מכונה "סקנד בריין" - המוח השני. כעיקרון, המוח שלנו מנצח על כל הפעולות בגוף - נותן פקודות ומקבל חזרה פידבק. חוץ מאשר על מערכת העיכול. הרבה יותר מידע הולך ממערכת העיכול למוח מאשר להפך, ממש כאילו המוח ויתר על שליטה במערכת העיכול. מערכת העיכול מאוכלסת על ידי אוכלוסיית חיידקים אדירה שבלעדיה לא נוכל לשרוד. הם מבצעים גם תפקידי עיכול, מעורבים במערכת החיסונית, וכדומה. את יודעת כמה חיידקים אנחנו סוחבים איתנו? קרוב לשני קילו.

באמת? איכס.

למה? זה טוב. אנחנו חיים איתם בסימביוזה. מדברים היום על מגה אורגניזם, שכולל את המטען הגנטי שלנו ואת המטען הגנטי של החיידקים. המבנה הגנטי שלנו הוא עשרה אחוזים אנושי וכל היתר חיידקי. עכשיו, כאילו זה לא מספיק מורכב - יש גם הבדלים מגדריים.

בסוגי החיידקים, בכמות החיידקים?

גם וגם, ובמיקומים שלהם. אלו מחקרים ממש חדשים, ואנחנו צפויים לראות כאן שינויים שישפיעו על כל מהלך חיינו. כל מה שאנחנו מכניסים לפה נשאר במערכת הנקבית פי שניים יותר זמן מאשר במערכת הגברית. זאת אומרת שגם יכולת הספיגה כפולה. ומה המשמעות? יכול להיות שאנחנו אוכלים בוקר, צהריים וערב, אבל לנשים עדיף לאכול רק בוקר וערב. עוד משהו שאני לא יודע אם יש לו קשר סיבתי ישיר, אבל קשר נסיבתי ודאי שיש - לנשים יש פי ארבעה יותר אבני כיס מרה ופי חמישה יותר מעי רגיז. זו מחלה של נשים, שאין לנו מושג מאיפה היא באה. גם המרה עצמה שונה מאוד בין גבר לאשה. מומחה לאנטומיה לא יוכל להבדיל בין מרה של גבר לאשה, אבל כימאי יוכל. וזה גם משתנה לאורך המחזור.

כך שיש הבדלים באמת משמעותיים בתפקוד מערכת העיכול בין גברים לנשים, אבל אנחנו בכל זאת אוכלים דומה, באותה תדירות, את אותם המזונות. הדברים הללו יצטרכו להשתנות. נושא נוסף שעוסקים

בו הרבה לאחרונה הוא דיכאון. אנחנו נוטים לראות בדיכאון מחלה של נשים. אבל האמת היא כנראה אחרת.

אני מניחה שנשים פשוט יודעות לתווך את הדיכאון שלהן, וגברים פחות.

בהחלט. לאשה תמיד יש את החברה הטובה לבכות על כתפה. גבר לא יעשה את זה. הוא צריך להתמודד עם זה בעצמו. מעבר לכך, אבחון של דיכאון נעשה באמצעות שאלון קבוע שהקריטריונים שלו הם קלאסיים לנשים. אבל אצל גברים הדיכאון מתבטא לעתים אחרת לגמרי – הם פונים לאלכוהול, הם נעשים מוחצנים יותר, אגרסיביים מאוד.

אז יש צורך גם בפסיכיאטריה מגדרית.

בוודאי. עכשיו יצאה מהדורה חדשה של "DSM" ספר אבחנות אמריקאי, ולראשונה מצוינים בכל פרק גם אספקטים מגדריים. מדהים. אז שם קיים גם תת אבחון של דיכאון אצל גברים. אם הגבר כבר הולך לפסיכיאטר, שלא מודע לביטויי הדיכאון השונים בין נשים לגברים, וינסה לאבחן על סמך שיטת האבחון הקיימת, ולא ישאל את השאלות האמיתיות כמו "אתה שותה יותר", או "הלכת מכות לאחרונה?" זו בעיה. כשמסתכלים על המספרים של מקרי ההתאבדות – יש פי ארבעה גברים מתאבדים יותר מאשר נשים מתאבדות. חוץ מזה, אצל נשים הרבה פעמים ניסיון ההתאבדות הוא זעקה לעזרה, בעוד שאצל הגבר מדובר במשהו יותר אלים – הוא קופץ, יורה בעצמו, דוקר. אי ההבנה הזאת של ביטוי שונה לגמרי של אותה מחלה, דיכאון, היא בעייתית.

אז מה בעצם אפשר לעשות?

אני חושב שצריך לחזור למחקרים שכבר נעשו ולבצע אותם מחדש, על אף העלויות המטורפות. צריך לכתוב מחדש את ספרי הלימוד, להודות בכך שחלק ממה שלמדנו ואנחנו מלמדים לא שווה את הנייר שהוא כתוב עליו.

אתה אומר את זה לסטודנטים שלך?

בוודאי. אני אומר להם מה שאתם קוראים היום כמחקר, תצטרכו לקרוא שוב. כי זה פשוט כבר לא רלוונטי.



העניין שלך ברפואה מגדרית הוביל אותך לערוך מחקר על ההבדלים בהריון עם עוברים זכרים ונקבות. אחת המסקנות היא שהריון של זכר הוא הריון בסיכון.

בהריון של זכר יש יותר ירידות מים מוקדמות, לידות מוקדמות, יותר ניתוחים קיסריים אצל בנים וגם אחרי הלידה כאשר יש סיבוכים הם יותר שכיחים בקרב בנים. אמרה לי פעם מיילדת ותיקה שעובדת בפגייה שכשהיא שומעת בכי של זכר היא רצה יותר מהר. וזה מאוד השפיע עלי, התובנה הזאת.

שהתינוק הזכר הוא במצוקה יותר גדולה? למה?

יש לזה כמה הסברים. אחד מהם הוא העניין ההורמונלי. עובר ממין זכר, החל משבוע 16, חשוף לגל של הורמון זכרי, טסטוסטרון, שדומה ברמתו לרמת ההורמון אצל גבר בוגר. באמת רמות גבוהות ביותר של טסטוסטרון. והטסטוסטרון, שאחראי על מאסת השריר ועל הגדילה המהירה יותר, גם מדכא את מערכת החיסון. עכשיו, שלא תטעי, לאורך כל החיים של הגבר זה נשאר כך. מערכת החיסון של גבר פחות טובה מזו של אשה. הוא פגיע יותר לרוב המחלות. ולכן, על כל 100 נקבות נוצרים 173 זכרים, אבל בזמן הלידה היחס כבר קרוב ל-49-51, כי יש יותר הפלות של עוברים זכרים. ופגיעות היתר הזאת נשארת לאורך כל מעגל החיים.

עד הסוף. ותוחלת החיים הקצרה יותר.

כן. הגבר הוא המין החלש. לגמרי.