

קשר בין חשיפה לשואה לשיטיון בגיל הזקנה

מהי דמנציה

שיטיון (דמנציה) הוא מחלה המתבטאת בפגיעה בזיכרון ובתפקודים קוגניטיביים נוספים כמו התמצאות במרחב, שיפוט ויכולת לתפקד ביום יום – רחיצה, הלבשה, ואכילה עצמאית. עם החמרת המחלה החולים אנם מזהים את בני משפחתם ומתקשים ללכת, לבלוע ולדבר. החל משנות השבעים הייתה מקובלת בקהילה המדעית חלוקה של מחלת השיטיון על פי הממצא הנאורו-פתולוגי במוחם של החולים בניתוח שלאחר המוות. לפי חלוקה זו ההנחה הייתה שכ-70% מחולי השיטיון סובלים ממחלת אלצהיימר, כ-20% משיטיון הנגרם מפגיעה בכלי הדם של המוח, ועוד כ-10% סובלים משיטיון של פרקינסון או כתוצאה מצרכה מופרזת של אלכוהול. בשנים האחרונות התברר שהרוב הגדול של הסובלים מדמנציה (כ-90%) מציגים ניתוח שלאחר המוות תמונה מעורבת של מחלת אלצהיימר, שיטיון שמקורו בפגיעה בכלי דם, ושיטיון שמקורו בפרקינסון. ממצא זה חשוב משום שהוא מדגיש את העובדה ששיטיון הוא תוצאה של תהליכים פאתו-פיזיולוגיים רבים ומגוונים.

מחלת השיטיון מערבת את כל המשפחה וכרוכה במתח רב, מאמץ ודיכאון בקרב בני המשפחה הקרובים. כמו כן המחלה כרוכה בהוצאות כספיות ניכרות כמו מימון עזרה בבית או אשפוז מוסדי. הוצאות אלו נעות בין 50,000 ל-100,000 ש"ח בשנה. מימון בא ממקורות פרטיים, מביטוחים משלימים או מתמיכה ממשלתית. רוב רובם של החולים הדמנטיים ממלאים אחר דרישות הזכאות של הביטוח הלאומי.

אפידמיולוגיה

מחקרים אפידמיולוגיים מוכיחים שאין הבדלים גיאוגרפיים או אתניים משמעותיים בשכיחות הדמנציה, ואם יש כאלה הם מתווכים ע"י גורמי סיכון כדוגמת העדר השכלה או אריכות ימים. רוב המחקרים מצביעים על כך ש-1% מהאוכלוסייה יחלה בשיטיון לקראת סוף החיים. שכיחות השיטיון בין בני 70 ומעלה היא כ-10%, כשהשיעור עולה בהדרגה עד ל-30% בין בני 80 ומעלה. מספר מחקרים רמזו על כך שאנשים שחיים עד גיל מופלג (מעל 95) נוטים לחלות בדמנציה פחות מהצפוי, אך ממצא זה מוטל בספק.

תוחלת החיים מאבחנת הדמנציה ועד המוות היא בין 5 ל-7 שנים. לחולים הדמנטיים תוחלת חיים קצרה בכשנתיים מבני המחזור שלהם שאינם סובלים מדמנציה. סיבות המוות של חולים דמנטיים אינן שונות מסיבות המוות באוכלוסייה הכללית אך מסיבה לא מובנת חייהם קצרים יותר.

בישראל חיים כ-70,000 חולי שיטיון, כאשר רובם חיים בבתייהם ומיעוטם מתגוררים במוסדות ציבוריים או פרטיים ובבתי חולים גריאטריים. מספר ניצולי השואה בקרבם הוא כ-30,000. מספר זה צפוי להישאר קבוע עוד כשנה או שנתיים ולאחר מכן לרדת במהירות.

ממצאים שלאחר המוות (נירו -פתולוגיה)

שתי פגיעות ברקמת המוח מתקשרות למחלת אלצהיימר: רבדים וסבכים (plaques and tangles). המרכיב העיקרי של הרובד הוא חלבון (עמילואיד) השוקע באזורים אסטרטגיים ברקמת המוח. חלבון זה מופיע גם אצל אנשים מזדקנים ללא ביטויי מחלה קליניים, אך מופיע בחולים דמנטיים בכמות גדולה יותר ובאזורים האסטרטגיים. קרוב לודאי שהעמילואיד מתחיל לשקוע בעשור החמישי או השישי לחיים, אך תוצאות השקיעה ניכרות רק אחרי שנים. מדענים עדיין חלוקים ביניהם האם חלבון זה רעיל לעצבי המוח ועל כן הגורם להריסתם, או האם הוא מהווה ממצא מקרי (epiphenomenon). הסבכים נגרמים על ידי שקיעת חלבונים אחרים בתוך תאי המוח. בנוסף, קיים דלדול של רקמת המוח, כולל באזורים הקשורים בצבירת מידע חדש (היפוקמפוס). כמו כן נהרס מספר גדול של סינפסות, והפרשת החומרים המשמשים לקשר בין תאי המוח (neurotransmitters) פוחתת. ההבדל העיקרי בין סוגי הדמנציה הוא באזורי המוח הנפגעים, אך כל הדמנציות של גיל הזקנה הן בסופו של דבר תוצאה של תהליך ניווני הדרגתי.

אטיולוגיה ופתו-פיזיולוגיה

למרות השקעה אדירה במחקר ועניין רב של הקהילה המדעית, עדיין לא ידוע מהי הסיבה לשיטיון בכלל ולשיטיון מסוג אלצהיימר בפרט. התהליך הפתו-פיזיולוגי שבו נוצר העמילואיד מובן, אך לא ברור מה מתחיל תהליך זה ולמה זה קורה באנשים אלה ולא באחרים. ניתן לעצור את שקיעת העמילואיד בחיות מעבדה ולגרום להאטה של ההידרדרות הקוגניטיבית בחיות אלו. מחקרים קליניים מתבצעים בימים אלה, בהם נעשה ניסיון לעצור את שקיעת אותו חלבון ברקמת המוח של חולי אלצהיימר.

גורמי סיכון

גיל: הזדקנות היא גורם הסיכון העיקרי לשיטיון. החל מגיל 65 שכיחות השיטיון מכפילה את עצמה כל חמש שנים, עד גיל 90. חולים מעטים ביותר חולים בשיטיון בין גיל 50 ל-65, אך קרוב לודאי שזוהי מחלה שונה משיטיון של גיל הזקנה. רוב רובם של החולים הדמנטיים מתרכזו בין הגילאים 78 ו-82.

גנטיקה: אנשים שלהוריהם או לאחיהם מחלת שיטיון נמצאים בסיכון וגבר לחלות בשיטיון אף הם, אך הסיכון המוגבר מתבטא באופן משמעותי רק אחרי גיל 75. בנוסף, אנשים בעלי הסממן הגנטי APO-E4 נמצאים בסיכון מוגבר לחלות באלצהיימר, אך לא ברורה המשמעות הפתו-פיזיולוגית של אותו סמן.

גורמי סיכון קרדיו-וסקולאריים: יתר לחץ דם, סכרת, השמנה וכולסטרול גבוה – כולם הוזכרו במחקרים גורמי סיכון למחלת אלצהיימר (ולא רק לדמנציה וסקולארית). לא ברור מהו המנגנון בו גורמי סיכון קרדיו-וסקולאריים מעלים את הסיכון למחלת אלצהיימר אך יתכן שלפחות חלק מהסיכון מתווך ע"י הפרשה לא תקינה של אינסולין.

רמת השכלה: מחקרים רבים הוכיחו קשר סטטיסטי הפוך בין רמת השכלה פורמאלית לבין שכיחות מחלת אלצהיימר. קרוב לודאי שאנשים שניחנו במוח משוכלל יותר נוטים פחות ללקות במחלה.

חבלת ראש: כמה מהמחקרים בנושא זה, אך לא רובם, טענו כי חבלת ראש חמורה בכל גיל מעלה את הסיכון למחלת אלצהיימר. הועלתה אפשרות שחבלת ראש גורמת לשקיעת עמילואיד, אך גם ממצא זה לא הוכח ברוב המחקרים.

דיכאון: אנשים שבמהלך חייהם סבלו מדיכאון (major depression) נמצאים בסיכון מוגבר לאלצהיימר, אך גם ממצא זה לא הוכח בכל המחקרים ומשמעותו הפתו-פיזיולוגית אינה ברורה. חשוב לציין שאין כל רמז לכך שדיכאון הוא מחלה ניוונית כמו מחלת אלצהיימר.

גורמים נוספים: כמו תזונה, רמת ויטמינים, או רמת אלומיניום הועלו בעבר כגורמי סיכון למחלת אלצהיימר אך תרומתם נשללה עם הזמן.

טיפול

לא קיים היום טיפול למחלת אלצהיימר. מספר תרופות הניתנות לחולים במחלה זו מצליחות להאט במעט מאור את התקדמותה. עיון בספרות העדכנית מצביע על כך שלא יימצא טיפול מונע לשיטיון בטווח של חמש שנים מהיום.

הקשר בין שיטיון ושיטיון מסוג אלצהיימר לשואה

בכדי לקבוע קשר אפשרי בין חשיפה למחלה יש להוכיח סבירות ביולוגית בין החשיפה לבין התהליך הפתו-פיזיולוגי של המחלה מעבר לקשר סטטיסטי. לא קיים הסבר פתו-פיזיולוגי לשאלה מדוע אירועי שואה בילדות או בגיל מאוד צעיר עלולים לגרום שקיעה של חלבון עמילואידי, או ניוון של תאי המוח. כמו כן לא קיים מחקר המוכיח קשר סטטיסטי ישיר בין חשיפה לשואה לבין שיטיון. עם זאת קיימים מחקרים התומכים בקיום קשר בין חשיפה לשואה ושיטיון.

מחקרים שמוכיחים קשר בלתי ישיר ורופף בין חשיפה לשואה ושיטיון

מספר מחקרים הוכיחו קשר בין PTSD ובין ירידה קוגניטיבית. קשר זה הוכח באנשים שגורם ה-PTSD שלהם היה שואה או השתתפות במלחמה כחיילים. יש לציין שהמחקרים המוכיחים קשר בין PTSD לירידה קוגניטיבית בניצולי שואה כולם בוצעו באנשים הצורכים את שירותי הרפואה הייחודיים ליוצאי צבא בארה"ב. חולים אלה הראו ירידה קוגניטיבית בתחומים ספציפיים, ולא ברוב התפקודים הקוגניטיביים, כצפוי בחולי שיטיון. (Golier et al., Yehuda et al.)

פורסמו גם מחקרים שטענו שבחלק מחולי PTSD נצפה צמצום של איזור ההיפוקמפוס במוח שהוא האזור הראשון שנפגע במחלת אלצהיימר. ההסבר שניתן לממצא זה (בהתבסס על ניסויים בחיות מעבדה) הוא שלחץ נפשי, המתלווה ל-PTSD, גורם להפרשה מוגברת של סטרואידים וזו פוגעת בהיפוקמפוס. למרות העניין שהתעורר בעקבות פרסומים אלה מחקרים נוספים לא הצליחו להוכיח באופן עקבי קיום הפרשה מוגברת של סטרואידים או צמצום של ההיפוקמפוס בחולי PTSD.

תוחלת החיים של ניצולי שואה

מחקרים שנעשו בישראל, אשר השוו בין תוחלת החיים של ניצולי השואה לזו של האוכלוסייה הכללית, לא הוכיחו הבדלים בתוחלת החיים. ההפך הוא הנכון – ניצולי שואה חיים יותר זמן. היות ושיטיון מסוג אלצהיימר מקצר את משך החיים, ממצא זה מדבר נגד קשר אפשרי בין חשיפה לשואה ושיטיון (Ayalon et al., Stressman et al., Collins et al.)

בתאום עם הרשות לזכויות ניצולי השואה (להלן "הרשות") הוגדרו כל ניצולי השואה כמשתייכים לשתי קבוצות.

הקבוצה הראשונה נקראת "הקבוצה הראשונה" ואליה משתייכים בהתאם לסיכום נכי רדיפות הנאצים שבתקופת מלחמת העולם התקיימו בהם אחד מהאלה :

א. שחה במחנה. לענין זה "מחנה" – מחנה השמדה, מחנה ריכוז, מחנה שעבדו בו בעבודת פרך, מחנה ענישה, מחנה מעבר וכו'.

ב. שחה בגטו.

ג. שהה באתר השמדה של האיזוגרופן או משתפי הפעולה עימם.

ד. חי חיי סתר או חי בזהות בדויה ושהה באזור שנכבש או סופח בידי גרמניה.

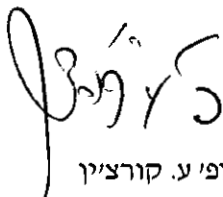
שאר נכי רדיפות הנאצים נקראים "הקבוצה השנייה".

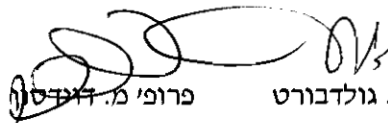
סיכום

לא הוכח קשר ביולוגי-רפואי בין שיטיון בכלל ושיטיון מסוג אלצהיימר בפרט לבין חשיפה לתנאי השואה. כמו כן לא הוכח קיום קשר סטטיסטי בין חשיפה לשואה לבין שיטיון, אם כי קשר בלתי ישיר יכול להיות מתווך ע"י PTSD או דיכאון.

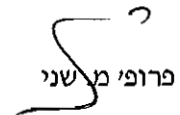
בין אם חשיפה לשואה מגבירה את הסיכון לשיטיון ובין אם לא, נראה כי ההתמודדות עם המחלה קשה יותר למשפחות ניצולי השואה. לממצא זה הסברים סוציו-אקונומיים שונים. בין ניצולי השואה יש מספר רב של אנשים שעלו לישראל בגיל מבוגר יחסית, לא הספיקו להתעורות בחברה, ומצבם הכלכלי אינו שפיר. אנשים אלה ומשפחותיהם מתקשים להתמודד עם מחלה כרונית קשה כדוגמת שיטיון וזקוקים לתמיכה מוגברת.

לכן אנו ממליצים לתת 1/4 הכרה ע"י הרדיפות לניצולי הקבוצה הראשונה.


פרופ' ע. קורצ'בין


פרופ' מ. דנד'ין

פרופ' א. גולדברט


פרופ' מ. שני

References

1. Julia Golier et al. Memory Performance in Older Trauma Survivors. Ann. NY Acad. Sci. 1071: 54-66, 2006.
2. Rachel Yehuda et al. Longitudinal Assessment of cognitive Performance in holocaust survivors with and without PTSD. *Bilo. Psychiatry* 60:714-721, 2006
3. Liat Ayalon, et al. Late-life mortality in Older Jews Exposed to the Nazi Regime. *JAGS* 55:1380-1386, 2007.
4. Jochanan Stressman, et al. Holocaust Survivors in Old Age: The Jerusalem Longitudinal Study. *JAGS* 56:470-477, 2008.
5. Chen Collins et al. Health Stautus and Mortality in Holocaust Survivors Living in Jerusalem 40-50 Years Later. *Journal of Traumatic Stress*, 17 : 403-411, 2004.