

**EXECUTIVE COMMITTEE**

Joseph Orly, Ph.D., President  
Anat Jaffe, M.D-Ph.D., Secretary  
Karen Tordjman, M.D., Treasurer

**COUNCIL**

Zeev. Blumenfeld. M.D  
Alon Chen, Ph.D.  
Yoav Sharoni, Ph.D.  
Ilan. Shimon, M.D  
Haim. Werner, Ph.D.

1 מרץ, 2011

לכבוד  
ד"ר אורנה טל  
מנהלת אגף למדיניות  
טכנולוגיות רפואיות  
טל: 02-5657730  
פאקס: 02-5657740

הנדון: הצעות הועדה המקצועית בנושא נירואנדוקרינולוגיה לקראת דיון על הרחבת סל הבריאות לשנת 2012

- (1) סומברט (פגביזומנט) - קו שלישי: נמצא כעת בסל כמונוטרפיה לחולי אקרומגליה לא מאוזנים. אנו מבקשים לבטל הדרישה לשימוש בסומברט כמונוטרפיה ולאפשר שילוב בין אנלוגים לסומטוסטטין וסומברט בטיפול באקרומגליה לחולים הבאים:
- א- בחולים אשר נצפתה הגדלה בנפח הגידול ההיפופיזרי תוך טיפול בסומברט כמונוטרפיה. [תוספת אנלוגים לסומטוסטטין במקרים אלה מפחית את נפח הגידול ומאפשר הפחתה במינון של סומברט]
- ב- חולים המטופלים באנלוגים לסומטוסטטין ולא מאוזנים, ושהגידול שלהם נושק לכיאזמה האופטית. [במקרים אלה, הפסקת הטיפול באנלוגים לסומטוסטטין ומתן סומברט בלבד עלול לגרום להגדלה בנפח הגידול וכתוצאה מכך לחץ על הכיאזמה שיסכן את הראיה]
- ג- חולים אשר אינם מאוזנים תחת המינון המקסימלי המומלץ של סומברט (30 מ"ג ביום).  
הערה: קבלת הצעה זאת אינה כרוכה בתוספת תקציב, כי לרוב ניתן להפחית את המינון של סומברט בעקבות השילוב עם אנלוגים של סומטוסטטין
- (2) הורמון גדילה למבוגרים עם חסר בהורמון הגדילה - סל התרופות כולל היום מתן הורמון גדילה (GH) למבוגרים עם חסר בהורמון (AGHD) רק אם מדובר במחלה /פגיעה מוכחת בהיפופיזה /הפותרלמוס, וקיימים 2 צירים הורמונאליים היפופיזריים פגועים אחרים. אנו מציעים הרחבת האינדיקציה לטיפול ב-AGHD במקרים הבאים:
- א. מבוגרים צעירים (מעל גיל 18) עם חסר מבודד של הורמון גדילה (IGHD) שסיימו טפול ב GH לצורך גדילה, והוכח בבדיקות חוזרות לאחר הפסקת טפול ב GH שהחסר אצלם נמשך גם כמבוגרים
- ב. מבוגרים עם מחלה באזור ההיפופיזה (גידול, קרינה, ניתוח, טראומה, וכד') שיש להם חסר משמעותי מוכח של GH בבדיקות, ללא תלות בתפקוד צירים היפופיזריים אחרים.

3) PASIREOTIDE/ SOM-230 (סיגניפור) בזריקה יומית (2 זריקות ליום, ב-2 מינונים) לחולי מחלת קושינג:

א. מחלת קושינג פעילה לאחר כשלון ניתוחי

ב. חזרת המחלה אצל חולים שהיו ברמיסיה

ג. חולים נאיביים שלא עברו ניתוח.

4) טמודל – בסל לחולי ממאירויות שונות באינדיקציות ספציפיות. אנחנו מציעים שטיפול זה יינתן גם ל:

א. חולים עם קרצינומה של היפופיזה

ב. חולים עם אדנומה אטיפית של ההיפופיזה, עם עדות לגדילה והתנהגות אגרסיבית למרות טיפול ניתוחי,

קרינתי ותרופתי כמקובל.

**(האגודה מבקשת ממשד הבריאות להפעיל השפעתו ולהרחיב את ההתוויה הרשומה של התרופה גם לגידולים**

**הנדירים ביותר של ההיפופיזה)**

חברי הוועדה לנוירואנדוקרינולוגיה רכזת הוועדה – ד"ר יונה גרינמן, פרופ' אילן שמעון, פרופ' בן גלזר ועדת גידולים נוירואנדוקרינים- רכז- פרופ' דיויד גרוס, ד"ר סימונה גרוזינסקי

בברכה,

ד"ר ענת יפה

מזכירה, אגודה ישראלית לאנדוקרינולוגיה

מנהלת יחידה לאנדוקרינולוגיה וסוכרת מ"ר הלל יפה

---

ADDRESSES:

J. Orly, Department of Biological Chemistry, The Alexander Silberman Institute of Life Sciences The Hebrew University of Jerusalem 91904, Tel: (2) 658-5451; Fax: (2) 658-6448; EM: [orly@vms.huji.ac.il](mailto:orly@vms.huji.ac.il)

A. Jaffe, Endocrinology & Diabetes Mellitus Unit, Hillel Yaffe Medical Center, Hadera, 38100. Tel:(04)6304748 ; Fax:(04)6304289, EM: [jaffe@hy.health.gov.il](mailto:jaffe@hy.health.gov.il)

K. Tordjman, Institute of Endocrinology, Metabolism & Hypertension, Tel-Aviv Sourasky Medical Center, Tel-Aviv 64239. Tel: (03)6973726; Fax: (03)6974578; EM: [karentor@tasmc.health.gov.il](mailto:karentor@tasmc.health.gov.il)