



דר' יורם גלעדי, מומחה לרפואת נשים, מיילדות וליקויי פוריות
מרפאת "השמורה" – זכרון יעקב 04-6398383 פקס: 04 6392238

אלות כפירות בנאי פוריות

ביוץ – מתי הוא מופיע?

תאריך הביוץ משתנה מאשה לאשה. השוני הוא בזמן שעובר מתחילת הווסת ועד לביוץ. לעומת זאת – הזמן שעובר מהביוץ ועד לווסת הבאה קבוע אצל כל הנשים ומשכו – כ 11-16 יום (במוצע – 14 יום). באשה עם מחזור סדיר (כל 28 יום) הביוץ מופיע כ 14 יום מתחילת הווסת, וזהו הזמן בו היא פוריה ביותר. בנשים עם מחזורים ארוכים יותר אך קבועים, ניתן לחשב פחות או יותר את זמן הביוץ: לדוגמא – במקרים של מחזור שמופיע כל 35 יום, הביוץ התרחש כ – 14 יום לפני הווסת, כלומר – כ 21 ימים מתחילת הווסת הקודמת. (מסובך?? לא כל כך... תנסי לחשב בבית...)

בנשים עם מחזור לא סדיר, לעומת זאת, קשה מאד לחשב את זמן הביוץ ויש להיעזר בבדיקות מעבדה ואולטראסאונד.

אני נמצאת כרגע במהלך בירור בעיית פוריות. הרופא המליץ לי על ביצוע צילום רחם. שמעתי מחברות שמדובר בבדיקה קשה ביותר, ושקיימות כיום שיטות חדשות ונוחות יותר לאיבחון. מהי הבדיקה המומלצת?

מטרת צילום הרחם היא בדיקת המבנה האנטומי של חלל הרחם והחצוצרות, כדי לשלול בעיה מכאנית הקשורה לאי-פוריות. במהלך הבדיקה מחזיר הרופא צינורית דקה לצוואר הרחם, דרכה מוזרם חומר ניגוד אל תוך חלל הרחם. הפעולה מתבצעת תחת שיקוף רנטגן, שמאפשר לראות את מילוי חלל הרחם וכן – את מעבר הנוזל אל החצוצרות ומשם – לחלל הבטן (בתנאי שאכן קיים מעבר תקין).

מדובר בסך הכל בבדיקה, שעם כל האי-נעימות הכרוכה בה, היא פעולה קצרה (2-3 דקות). הכאב שנגרם במהלך הבדיקה קשור בהתכווצויות של הרחם בתגובה להזרמת חומר הניגוד, ודומה מאד לכאבי מחזור.

כמובן שכאב הוא עניין סובייקטיבי, אך מניסיוני כמבצע של הבדיקות הנ"ל, אני רואה כי סף הכאב של הנבדקת קשור ביחס ישיר למידת ההבנה של מה שנעשה וכן למידת שיתוף הפעולה עם הרופא בזמן הצילום.

בכל מקרה ניתן לקבל כחצי שעה לפני הצילום משכך כאבים (מסוג נקסין, נורופן וכו') ואז בדרכי שכיח לשמוע בסוף הצילום תגובה כמו "מה, זה היה כל הסיפור?... "

יש לציין כי צילום הרחם הוא בעיקרון בדיקה אבחנתית, אך במקרים רבים הוא משמש בעקיפין כשיטה טיפולית: בחלק מן המקרים קיימת חסימה קלה של פתחי החצוצרות שנפתחת בעקבות הזרמת הנוזל בלחץ דרך המעברים, ואכן – לא אחת קורה שבעיית האי-פוריות נפתרת והאישה נכנסת להריון זמן קצר לאחר הבדיקה, ללא צורך בטיפול נוסף!

ישנה, אכן שיטה נוספת המקבילה פחות או יותר לבדיקה הנ"ל והיא מתבצעת באמצעות אולטרא סאונד –

העיקרון כאן הוא דומה: החדרת נוזל לחלל הרחם, ובמקביל בדיקת אולטרא סאונד (בגישה נרתיקית או בטנית) והזגמת מהלך זרימת הנוזל בחלל הרחם והחצוצרות. היתרון של שיטה זו הוא בהזגמה טובה יותר של חלל הרחם וזיהוי פגמי מילוי שלעיתים מוסתרים בצילום רחם רגיל, וכן – זיהוי, במקביל, של שריר הרחם, עם פגמים אפשריים בו, מה שלא ניתן לראות בצילום רנטגן. בנוסף – שיטה זו מומלצת לנשים אצלן ידועה רגישות ליוז (חומר הניגוד בצילום רחם רגיל מכיל יוד, האסור בשימוש לנשים עם תופעות אלרגיות לחומר זה).

יש לציין כי שתי השיטות דומות מבחינת הכאב/אי-נוחות הנגרמות לנבדקת.

עברתי טיפולי פוריות ע"י תרופות בשם מנופור ואוביטרל. כשבוע לאחר סיום הטיפול הופיעו כאבי בטן עזים, ואושפזתי בבית החולים למשך מספר ימים עקב ציסטות בשחלות. האם לא ניתן היה למנוע מראש את הסיבוך הזה?

טיפול הפוריות למיניהם מבוססים ברובם על עיקרון של גירוי השחלות, שמטרתו להשיג מספר רב יותר של ביציות, ובכך להגדיל את הסיכוי להפריה והריון.

מטרה זו מושגת ע"י מתן הורמונים שנמצאים בגוף באופן טבעי, אך ניתנים לאישה בכמויות גדולות יותר כדי לגרום באופן מכוון לגירוי יתר של השחלות. התוצאה המושגת היא רצויה, אך כמו בכל התערבות רפואית אחרת, גם כאן עלולות להופיע תופעות לוואי, שאחת מהן היא: **"תסמונת גירוי יתר שחלתי" (Ovarian Hyperstimulation Syndrome)** שמתבטאת בהבשלת מספר גדול של ביציות (בדרכ מעל 20) מלווה בהפרשת רמות גבוהות של הורמון שנקרא אסטרוגן. בשלבים מאוחרים יותר, לאחר הביוץ, אותם אזורים בשחלה שמהם יצאו הביציות (נקראים כעת "גופיפים צהובים") ממשיכים להפריש כמויות גדולות של הורמונים, וכן חומרים נוספים שגורמים ליציאת נוזלים מתוך כלי הדם לחללים אחרים בגוף, וכתוצאה מכך – ה"גופיפים הצהובים" הופכים לכיסי נוזל גדולים (ציסטות) בשחלות. הנוזל שיוצא מכלי הדם גורם לבצקות קשות בכל הגוף, ולהצטברות נוזל בחלל הבטן ומסביב לריאות.

במקרים הקשים יותר עלולה להתפתח בהמשך עצירת שתן, הפרעות נשימה, הפרעות אלקטרוליטים בדם ומצבים של קרישיות יתר של הדם.

מן האמור לעיל ניתן להבין שתסמונת זו עלולה להיות מסוכנת ביותר, אך מצד שני יש לזכור שיש לתסמונת דרגות חומרה שונות: למעשה – כמעט בכל טיפול תרופתי להשראת ביוץ הרופא גורם במכוון לגירוי יתר של השחלות, וכל ה"חוכמה" או – אם תרצו, "האמנות של הרפואה", היא לגרום לתסמונת להופיע בדרגה הקלה ביותר שלה, ובכך לתת למטופלת מכסימום סיכוי להריון עם מינימום סיכון.

בעיקרון – ניתן לזהות מראש אלו מקרים עלולים להסתבך לדרגות חומרה קשות –

לדוגמא – נשים הסובלות משעור יתר, פצע אקנה וביוץ לא סדיר הן אלו שעלולות לעבור ממצב של חוסר ביוץ מוחלט למצב של גירוי יתר, ולכן יש להתחיל איתן מראש במינון נמוך של התרופות. גם במהלך הטיפול ניתן לחזות מראש הופעת סיבוכים לפי מספר הביציות הגדול ולפי הרמות הגבוהות של האסטרוגן בדם במהלך הטיפול. במקרים אלו ניתן לעבור תוך כדי הטיפול לסוג אחר של תרופות, או – במקרים קיצוניים, להפסיק את הטיפול עוד לפני שלב הביוץ. כאמור - יש לזכור כי דרגה קלה של גירוי יתר שחלתי – כולל הופעת מספר ציסטות בשחלות ואפילו כמות מסוימת של נוזל בחלל הבטן, היא תופעה שכיחה לאחר טיפולי השראת ביוץ, ולמעט אי-הנוחות שנגרמת לאישה עקב הלחצים והנפיחות בבטן, איננה גורמת לסכנה ממשית. במקרים אלו כל התופעות צפויות להיעלם מעצמן בהדרגה תוך מספר ימים – עד שבועיים לאחר הטיפול, ללא סיבוכים. (יש לציין כי דווקא במקרים בהם הטיפול הצליח ויש הריון, הסימפטומים יכולים להימשך זמן ארוך יותר).

אני בת 24, בריאה, נשואה חצי שנה, ומנסה מאז להרות ללא הצלחה.

לאחר ששאלתי רופא נשים הוא פטר אותי בתשובה של "הכל בסדר", ואין צורך בטיפולים. אני מאד מעוניינת בהריון כעת. האם לא כדאי בכל-זאת להתחיל בבדיקות?

ההגדרה ה"יבשה" של קושי בכניסה להריון היא – לאחר שנה של נסיונות, וזאת מכיוון שידוע כי רק כ 50% מהזוגות מצליחים להרות בחצי שנה הראשונה של הנסיונות, ואילו בסוף אותה שנה נשארים 15% מהזוגות ללא הריון.

מכיוון שאת לא נכנסת להגדרה הנ"ל, הרי שמבחינה רפואית אין סיבה להתחיל ולפתוח בבדיקות מקיפות. אך מכיוון שהנושא בוער לך כרגע, מין ההגיון לבצע מספר בדיקות ראשוניות ופשוטות (ראיון רפואי, בדיקה גופנית, אולטראסאונד גינקולוגי וכן – בדיקת זרע לבן-הזוג), כדי לוודא שאכן אתם שייכים לאותם 85% מן הזוגות שיהרו במהלך השנה הראשונה ללא צורך בטיפול.

אני בת 32 בריאה בדור'כ. מנסה להרות מזה כשנתיים. אני סובלת כמעט תמיד מכאבי בטן עזים משך כל תקופת הווסת, אך עד עתה הסתדרתי עם זה פחות או יותר. בחודשים האחרונים התחיל להופיע דימום רקטלי קל

שבאופן מוזר, מופיע רק בזמן הווסת. האם יש קשר לכאבים או לבעיית הפוריות שלי?

דימום רקטלי כשלעצמו מצדיק בירור מיידי של מערכת העיכול. הוא יכול לנבוע מבעיה קלה וזניחה כמו טחורים, אך יכול להיות קשור גם לבעיות אחרות כמו גידול במעי הגס. במקרה הספציפי שלך, רצוי בהחלט גם לשלול בעייה גינקולוגית, מכיוון שהשילוב של כאבי מחזור + בעיית פוריות + דימום רקטלי בזמן ווסת, יכול להיות קשור לבעייה שנקראת "אנדומטריוזיס" – תאים שמקורם ברירת הרחם שמסיבה כלשהיא מתפזרים בחלל הבטן, כולל המעיים, ומגיבים לפעילות ההורמונלית המחזורית, ולכן גם גורמים לדימום בכל מקום בו הם נמצאים, במקביל לדימום הווסתי. דימום זה במקומות שונים בחלל הבטן יכול לגרום לכאבים עזים, ואם אותם תאים חודרים למעי הגס, יכול להופיע גם דימום רקטלי.

לאחרונה עברתי צילום רחם שבעקבותיו נמסר לי כי שתי החצוצרות חסומות. נמסר לי כי הטיפול הטוב ביותר במקרה כזה הוא הפריית מבחנה. האם ישנן שיטות אחרות לא ניתוחיות לפתרון הבעיה?

כדי לענות על שאלתך יש לעיין בצילום הרחם כדי לקבוע את מיקום החסימה. אכן – הפתרון האופטימלי של בעיה מכאנית (חסימת חצוצרות, הידבקויות בחלל הבטן וכו') הוא הפריית מבחנה. היוצא מן הכלל במקרה כזה הוא – חסימה הממוקמת במקום יציאת החצוצרות מן הרחם, מה שקרוי בשפה המקצועית "חסימה פרוקסימלית", כשאז ניתן לראות בצילום את חלל הרחם בלבד ללא מעבר חומר ניגוד לחצוצרות. בחלק ממקרים אלו מדובר בחסימה "קלה" כתוצאה מהצטברות רקמה של רירית דופן הרחם בפתח החצוצרה, הידבקויות קטנות כתוצאה מזיהום בעבר, או שלעיתים לא מדובר כלל בחסימה, אלא תוצאה של כווץ השרירים של דופן הרחם והחצוצרה בתגובה להזרקת חומר הניגוד במהלך הצילום. במקרים אלו ניתן לבצע צינתור חצוצרות – פעולה דומה לצילום רחם: תחת שיקוף רנטגן מוחדר צנתר לחלל הרחם ודרכו – אל פתח החצוצרה החסום. שיעור ההצלחה במקרים

אלו הוא גבוה (לפי דווחים שונים – עד 70-80%). הפעולה מבוצעת בדומה לצילום רחם, ללא צורך בהרדמה (או עם אילחוש מקומי של צואר הרחם). ניתן לתת משככי כאבים לפני הפעולה שגורמים, בנוסף, להרפייה של שריר הרחם כדי למנוע התכווצות שלו במהלך הפעולה.

במסגרת בירור בעיית פוריות, נמצא כי ספירת הזרע של בן-זוגי נמוכה מהנורמה. לאחרונה שמעתי על טיפול חדשני בבעיה כזאת ע'י סתימה של וורידי האשך תחת שיקוף רנטגן. האם זהו אכן הפיתרון לבעייה?

בכ – 20% מהמקרים של בעיית פוריות אצל הגבר, מוצאים, במקביל, הרחבה של וורידי האשך הנגרמת כתוצאה מהפרעה בניקוז הדם הוורידי, מצב שנקרא – ואריקוצלה. בעייה זו ניתנת לטיפול ע'י חסימה כירורגית של אותם וורידים פגועים, כדי לאפשר לגוף ניקוז טוב יותר באמצעות מערכות וורידים אחרות.

פיתרון זה איננו "חדשני" ומבוצע מזה שנים רבות באמצעות ניתוח קל שבו קושרים את הוורידים הפגועים, אם בגישה ניתוחית רגילה או באמצעות לפרוסקופ. החידוש בשיטה שתוארה בעיתונות הוא בטכניקה בלבד – במקום ניתוח משתמשים בשיטה פחות חודרנית שבה חוסמים את כלי הדם ע'י הכנסת סליל לתוך כלי הדם תחת שיקוף רנטגן.

בכל מקרה – יש לזכור שני דברים חשובים:

- 1) לא כל בעיות פוריות הגבר נובעות מהרחבת וורידי האשך.
- 2) גם תיקון הבעייה לא מבטיח תמיד שיפור של ספירת הזרע ו/או הריון.