

השלכותיו של הטיפול הקרינתי על התפקוד המיני של חולי סרטן

לנה קורץ ולייבה כסלו

כטיפול יחיד או בשילוב עם טיפולים אחרים, כמו טיפול כימי, ניתוח וטיפול הורמונאלי (Katz, 2007). מיניות ופוריות, אלו שני מרכיבים בלתי נפרדים של איכות החיים, המשתנים, לעיתים קרובות, בעקבות מחלת הסרטן, הטיפולים בכלל וטיפול קרינתי בפרט. המטופלים יכולים לשאול: מה ניתן לעשות כדי לשמר איכות חיים טובה, ככל האפשר, לאחר הטיפול בקרינה? מה ניתן לעשות כדי למנוע נזקים אפשריים כתוצאה מהקרינה, או לפחות להפחיתם עד למינימום? כיצד ניתן לחזור לתפקוד מיני דומה לזה שלפני המחלה? המאמר הנכחי ישפוך אור על השלכותיו של הטיפול הקרינתי, ועל הבריאות המינית של מטופלים עם ממאירויות שונות.

כידוע, הטיפול בקרינה נמצא בשימוש רב באונקולוגיה ונועד להשמיד את התאים הסרטניים במטרה למגר את הגידול, להקטין ולעצור את התפשטותו. לפי נתונים שהתקבלו ממכוני הקרינה בארץ (2009), באדיבותו של פרופ' קוטן, מנהל המערך האונקולוגי ברמב"ם – הקריה הרפואית לבריאות האדם, כ- 60% מכלל חולי הסרטן החדשים בארץ, מקבלים טיפול בקרינה. 12,500 מתוך 23,000 חולי סרטן מקבלים קרינה, בשש מחלקות הרדיותרפיה בבתי החולים הגדולים בארץ. הטיפול הקרינתי נמצא בשימוש רב, לא רק לשם ריפוי, אלא גם במסגרת טיפול תומך, לצורך הקלה על כאב ולטיפול בבעיות אחרות, דוגמת טיפול ב-Spinal Cord Compression, Superior Vena Cava Syndrome וגורות מוחיות. הטיפול הקרינתי (החיצוני או הפנימי) יכול להינתן

קרינה לאזור האגן- כללי

מחקרים בנושא השלכות הטיפול הקרינתי על הבריאות המינית, מתמקדים בעיקר בקרינה הניתנת לאזור האגן. לקרינה לאזור האגן ישנה השפעה על התפקוד המיני, מבחינה פיזיולוגית ורגשית. הנתונים המתייחסים לאוכלוסיית הנשים מצביעים על כך ש- 1.6% – 80% מהמטופלות בקרינה חיצונית לאגן, יפתחו היצרות נרתיקית (White and Faithful מצוטטים אצל Jefferies, Hoy, McCahill, & Crichton, 2007). בעקבות ברכתריפיה, אחוז ההיצרות הנרתיקית גבוה יותר ומגיע ל- 13% – 88% (Lancaster, 2004). בספרות מציינים שכמחצית מהנשים המטופלות על ידי קרינה עקב סרטן צוואר הרחם, מדווחות על ירידה בפעילותן המינית (Corner & Bailey, 2001). בקרב גברים עם סרטן אורולוגי שטופלו על ידי קרינה, דווח על 35% – 40% של בעיות אין אונות (Corner & Bailey, 2001). Pommerville (2005) מצייין שמחצית מהגברים המקבלים קרינה חיצונית לאגן כטיפול בסרטן הערמונית ורבע מאלה המקבלים חייבות להילקח בחשבון (Pommerville, 2005). במאמרם של Heriot, Tekkis, Facio, Neary, & Lavery (2005) נמצא, שטיפול בקרינה בקרב גברים הסובלים מסרטן הרקטום, פוגע במספר מרכיבים של התפקוד המיני, כגון השגת זקפה, החזקת זקפה, השגת אורגזמה (אורגזמה יבשה) והימצאות במפגש מיני בכלל. השפעת הקרינה על בריאותו המינית של המטופל שונה מאדם לאדם ותלויה בסוג הקרינה, עוצמת הקרינה והאזור המוקדן (Katz, 2007). טבלאות 1 ו- 2 מציגות את השפעת הקרינה לאגן על תפקוד אברי המין ועל התפקוד המיני.

לנה קורץ R.N, B.A, אחות יועצת מיניות של האגודה למלחמה בסרטן lenak@cancer.org.il
לייבה כסלו R.N, M.A, אחות ראשית של האגודה למלחמה בסרטן livia_k@cancer.org.il

טבלה 1: השפעת הקרינה לאגן על תפקוד אברי המין (תלויה בשדה הקרינה)

מתוך (Corner and Bailey 2001)

גברים	נשים
פיברוזיס באגן	פירוזיס באגן
ירידה בטסטסטרון	אטרופיה של הנרתיק
פגיעה בעצב הפודנטלי	חוסר גמישות של הנרתיק
או בעצבים סימפטיים באגן	צלקות
ירידה בכמות הזרע	השמדה של כלי דם קטנים
פיברוזיס של כלי הדם	אפיתליום דק
ירידה בלחץ הדם באיברי המין	ירידה בלחות הנרתיקית
אספרמיה – ירידה בכמות הזרע עד להיעלמותו	

טבלה 2: הפרעות בתפקוד מיני בעקבות הקרינה

גברים	נשים
בעיות אין אונות	כאבים בזמן המגע המיני
כאבים בזמן פליטה	דימומים בזמן המגע המיני ואחריו
ירידה בכמות הזרע	מנופאזה מוקדמת
כאבים באגן	ירידה בליבידו
ירידה בתחושת אורגזמה	תחושת שריפה בגלל זרע בן הזוג
אנדרופאזה	
ירידה בליבידו	

סרטן גינקולוגי

Katz (2007) מסבירה, שלאחר טיפול בברכיתרפיה מתרחשת תגובה של רקמת הנרתיק לטיפול, המובילה לפיברוזיס של הרקמות ולהרס האפיתל הנרתיקי. היצרות הנרתיק, יובש ופצעים, הנוצרים בעקבות הטיפול הקריני, עלולים לגרום לכאבים ודימומים בזמן מגע מיני. שכיחות הבעיות בתפקוד המיני בקרב נשים לאחר טיפול בממאיריות גינקולוגיות נע בין 50% ל-80% (Flay & Mathews מצוטט אצל White & Faithfull, 2006). כשנבדקה איכות החיים הקשורה לתפקודן המיני של נשים שחלו בסרטן גינקולוגי (N=202) נמצא, שזו הייתה גבוהה יותר בקרב אלה שקיבלו קרינה לאחר ניתוח, בהשוואה לנשים שעברו טיפול כירורגי בלבד (Leake, Gurrin, & Hammond מצוטט אצל White & Faithfull, 2006).

שכיחות ההיצרות הנרתיקית לאחר ברכיתרפיה נעה בין 13% ל-88% (Lancaster, 2004). ייתכן שהשונות הגבוהה בשיעור ההיצרות הנרתיקית בין המחקרים השונים, נובעת משונות גדולה מאד בהגדרת הקריטריונים של "היצרות נרתיקית" ו"התקצרות הנרתיק" במחקרים השונים (Lancaster, 2004). לאחר טיפול קריני זקוקות הנשים ל"אימון" של הנרתיק בעזרת "מאמנים" נרתיקיים (Vaginal Dilators). במידה והן מעוניינות להיות פעילות מינית, ניתן לעודדן לחזור לפעילות זו בהדרגה במקביל לשימוש במאמנים הנרתיקיים. הדרכה כזו חשובה לצורך שמירת הנרתיק מפני היצרות והידבקויות. שמירת הנרתיק נחוצה, לא רק כדי לאפשר קיום חדירה בעת מגע מיני, אלא אף לצורך בדיקות גינקולוגיות. בחלק מהמקרים, יחסי מין בזמן ההקרנות עלולים לגרום לכאבים ודימומים. כתוצאה

מהאישה, ממחלתה ומסוג הטיפול שקבלה. הקונצנזוס היחיד שעלה מהמחקר הוא שיש צורך במתן הדרכה לנשים שעוברות ברכיתרפיה (97%). שבעים ושלושה אחוזים חשבו שיש לתת הדרכה זו גם לנשים שטופלו על ידי קרינה חיצונית ו-47% לנשים עם מחלות גינקולוגיות. לעומת זאת, רק 22% מהנבדקות טענו שיש לתת הדרכה כזו לנשים שקבלו קרינה לאגן עקב סרטן הרקטום.

שישים ושבעה אחוזים מהמשתתפות בסקר ענו, שהן מבצעות אמדן לגבי התפקוד המיני של הנשים. במחקר זה נמצא כי אופן ותדירות השימוש במאמנים הנרתיקיים לא היו אחידים. ממצאי עבודה זו הצביעו על הנחיצות בניסוח המלצות אחידות לשימוש במאמנים נרתיקיים, ובהעלאת נושא הבריאות המינית במקביל להדרכה אודות המאמנים.

Jefferies, Hoy, & Crichton (2007) ניסחו המלצות לשימוש ב"מאמנים"/"מרחיבים" נרתיקיים (Vaginal Dilators) כחלק מקבוצת עבודה של אחיות גינקו-אונקולוגיות. על פי המלצתן, יש להשתמש במאמנים הנרתיקיים לפחות שלוש פעמים בשבוע, ללא הגבלת משך הזמן. ניתן להשתמש במאמנים במקביל לקיום יחסי מין. השימוש במאמנים יתקיים במקום נוח ובפרטיות (ניתן להשתמש במאמנים גם במקלחת או באמבטיה). על פי בחירתם של בני הזוג, בני/ בנות הזוג של האישה יכולים להיות שותפים בשימוש ב"מאמן" הנרתיקי. טרם החדרת ה"מאמן" לנרתיק, יש למרוח עליו תוסף לחות נרתיקי על בסיס מים. תנוחת החדרה תיבחר על פי נוחיות האישה. החדרה תתבצע בעדינות. כדאי להזיז את ה"מאמן" הנרתיקי קדימה ואחורה, ולסובב בעדינות, ככל שניתן. מומלץ להתחיל להשתמש ב"מאמן" הצר יותר, ולעבור לגודל הבא לאחר מספר ימים או שבועות, בהתאם לנוחיות האישה. מומלץ להשאיר אותו במשך 5-10 דקות, ולבצע תרגילים לרצפת האגן (רצוי להשאיר בכתב המלצות לתרגילים כאלה). חשוב לסובב את המאמן בכיוון השעון וגד כיוון השעון, לפי יכולת האישה. ניתן להשתמש בויברטורים במקביל למאמנים הנרתיקיים.

במידה והשחלות נכללות בשדה הקרינה, נצפית ירידה ברמת האסטרוגן הגורמת למנופאזה מוקדמת. מנופאזה מוקדמת יכולה להתבטא בגלי חום, שינויים במצב הרוח, מדודי שינה, יובש נרתיקי, חוסר גמישות של הנרתיק, דלקות חוזרות של הנרתיק, קושי להתרכז, עייפות ועוד (לידור, 2007).

Katz (2007) מסבירה, שבנוסף להשלכות הפיזיולוגיות של קרינה לאגן, ישנן גם השלכות רגשיות. העובדה שהמחלה נמצאת באזור איברי המין, מעלה לעתים רגשות אשם, ייסורי מצפון ופחד מקיום יחסי מין, שעלולים לפי תפיסת המטופלות להחמיר את המחלה.

סרטן הערמונית

שיעור הבעיות בהשגה או בשימור זקפה לאחר קרינה לערמונית נע בין 7% ל-64% (Incrocci, Sloob, & Hop, 2007). יתכן שהסיבה לשינויים בתפקוד המיני אצל גבר בעקבות טיפול בקרינה

מהפחד מפני כאב, נשים נמנעות לעתים ממגע פיזי בכלל, דבר שמביא אותם להתרחקות והסתגרות מבני זוגן. חשוב מאוד להבין, שעל הצוות המטפל מוטלת האחריות, לא רק להסביר על תופעות הלוואי של הקרינה ועל חשיבות השימוש במאמנים נרתיקיים, אלא גם להתייחס להיבט הרגשי של הפגיעה באיברי מין. בעבודתם של Capone, Good, Westie, et al (מצוטט אצל Katz, 2005) נבדקו שתי קבוצות נשים עם סרטן גינקולוגי. קבוצת הביקורת קיבלה מידע שיגרתי לפני הטיפול הכירורגי, וקבוצת הניסוי קיבלה ארבעה ייעוצים אישיים עם פסיכולוג, שדן איתם על התהליך הנפשי בקשר הזוגי שהן חוו. חמישים ושבעה אחוזים מהמשתתפות בקבוצת הניסוי חזרו לפעילות מינית רגילה, לעומת 16% מקבוצת הביקורת. תוצאות אלה מצביעות על החשיבות המשמעותית של הכללת נושא הזוגיות והאינטימיות באופן שיטתי בטיפול הכולל, בנשים החולות בסרטן גינקולוגי ובבני/ בנות זוגן.

מאמנים נרתיקיים - Vaginal Dilators

קיימת הסכמה בקרב המטפלים בנשים המקבלות קרינה לאגן, בדבר החשיבות של השימוש ב"מאמנים" הנרתיקיים (Jefferies, Hoy, McCahill, & Crichton, 2007; White & faithfull, 2006). כשנבדק תוכן ההדרכה על ידי Lancaster (2004), נמצאה שונות רבה בין המידע שניתן במרכזי קרינה שונים בכל הקשור לתדירות השימוש במאמנים הנרתיקיים, למשך הזמן המומלץ לשימוש בהם ולמועד ההתחלה והסיום. Lancaster (2004) בדק סוגיות אלה ב-15 מרכזי קרינה באוסטרליה באמצעות סקר טלפוני. על פי ממצאיו, רק מספר מהמרכזים (ששה מתוך חמישה עשר) עודדו נשים להשתמש ב"מאמנים" הנרתיקיים כחלק מהטיפול. המועד המומלץ להתחלת השימוש במאמנים היה שונה בין המרכזים. חלקם הדריך את המטופלות להתחיל להשתמש ב"מאמנים" הנרתיקיים בעת הטיפול בקרינה חיצונית (לפני הברכיתרפיה), בעוד שבמרכזים אחרים הנשים הודרכו להתחיל להשתמש בהם ששה שבועות מסיום הטיפול הקרינתי. ההמלצה לתדירות השימוש נעה בין אחת לשבוע לפעם ביום. גם משך זמן החדרת ה"מאמן" לנרתיק היה שונה בין מרכזי קרינה השונים שנכללו במחקר ונע בין 2-3 דקות ל-20 דקות בכל פעם. כמו כן, משך תקופת השימוש במאמנים הנרתיקיים נעה בין ששה שבועות לזמן בלתי מוגבל. White & Faithfull (2006) בדקו את ההדרכה והייעוץ הניתנים לנשים המקבלות קרינה לאגן, ומידת התייחסותן של האחיות לבריאות מינית. הנתונים נאספו מ-40 אחיות קרינה ו-52 אחיות גינקו-אונקולוגיות ברחבי אנגליה. גם מחקר זה הצביע על העדר אחידות בהדרכה. חלק מהמשתתפות בסקר הדריכו את הנשים אודות השימוש במאמנים הנרתיקיים עוד בשלב תכנון הקרינה (21%), בעוד שאחרים הדריכו אותן בשבוע האחרון של הטיפול הקרינתי (29%). שישים אחוזים מהאחיות ענו שהן משלבות הדרכה בעל פה ובכתב. משך זמן ההדרכה של 63% מהאחיות נע בין פחות מ-15 דקות ועד ל-30 דקות. הבחירה האם להדריך את הנשים הושפעה מהתרשמות האחות

מהנשים סובלות מכאב ודפורמציה של האזור הנגעו. עובדה זו עלולה להשפיע על דימוי גופן. הסימנים הנשארים לעד על העור לאחר הסימולציה מהווים תזכורת תמידית, לחלק מהנשים, על קיום המחלה (Katz, 2007).

מחלות המטולוגיות

כאשר קרינה ניתנת כטיפול למחלת הלימפומה, השלכותיה על התפקוד המיני תלויות באיבר המוקרן (חזה, בטן, מוח, חוט שידרה), כמו גם במינון הקרינה (נמוך או גבוה). כאשר הקרינה ניתנת לאזור הבטן, מנסים להגן על השחלות במידת האפשר באמצעות הרמת שחלות במטרה לשמר את הפוריות. הקרינה הניתנת לאזור המוח ועמוד השדרה, כטיפול מניעתי לחולי לויקמיה ולימפומה מסוג NHL, משפיעה ישירות על תפקוד ההיפותלמוס. כתוצאה מכך ישנה השפעה על יצירת ההורמון Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH), המביאה לכשל שחלתי (Katz, 2007).

קרינה כל גופית (Total Body Irradiation-TBI)

קרינה כל גופית נמצאת בשימוש במחלות המטואונקולוגיות, וכטיפול מכין להשתלת מח עצם. טיפול זה מדכא את מערכת החיסון ומשולב, לרוב, עם טיפול כימי.

קרינה כל גופית ותרופות ממשפחת האלקלים, כמו בוסולפן וציקלופוספמיד, משפיעות על הגודות. כמעט כל הבנות והבנים שהשתלו לפני בשלותם המינית ובגילאים של בגרות מוקדמת, יסבלו מבגרות מינית מאוחרת. הריכוז הנמוך של הורמוני המין בדם עלול להוביל לכישלון הגודות. לילדים אלה, המקבלים קרינה כל גופית לפני גיל ההתבגרות, מומלץ לתת תמיכה של הורמוני מין, בכדי להקטין את הבעיות הפסיכולוגיות הקשורות לכך ובכדי לאפשר התפתחות מינית תקינה ככל האפשר (Leiper, 1995).

בעיות בפוריות הקשורות לקרינה

הטיפול בקרינה עלול להשפיע באופן משמעותי על פוריות האישה והגבר. השלכות הקרינה על מערכת הרבייה תלויות במינון, בכמות הפרקציות ובמשך הטיפול.

קרינה ישירה לאשכים במינונים נמוכים משפיעה על ה- germ epithelia. מינון קרינה הגבוה מ- 0.35 Gy גורם לאספרמיה שצפויה להיות הפיכה. משך הזמן שבו מתרחש שיקום תהליך יצירת הזרע גדל, ככל שמינון הקרינה גדול יותר. למינון של מעל 15 Gy תהיה השפעה על תאי לידניג (Leydig cell), והנזק יכול להיות קבוע. במקרים אלו יש מקום להציע הקפאת זרע (Ogilvy-Stuart & Shalet, 1993).

תגובת השחלות לקרינה משתנה בהתאם לגיל האישה ומינון הקרינה. לדוגמה, במינון של 4 Gy לרחם, 30% מהנשים מתחת לגיל 40 ו-100% מהנשים מעל גיל 40 תסבולנה מעקרות. הקרינה לאגן עלולה להשפיע על תפקודם של איברי הרבייה של נשים בגיל הפוריות, וניתן לצפות להפלות מרובות וללידות מוקדמות. בחלק

נובעת מפגיעה בעורקים, בורידים ובעצבים באזור המוקרן. היקף הפגיעה תלוי בסוג הקרינה, בכמות הקרינה ובשדה הקרינה: לגברים המקבלים פחות מ- 40 Gy לשטח שדה קרינה של עד 70% מבסיס הפין, יש סיכוי גבוה יותר לחזור לתפקוד מיני תקין. הגורם החשוב שישפיע על התפקוד המיני הוא היקף הפיברוזיס הנגרם עקב אספקת חמצן ירודה לגופים המחילתיים (Cavernosa Corpora). בקרב גברים שמקבלים ברכיתרפיה, הנזק יגרם מהכנסת המחטים היוצרות טראומה לאזור המוקרן, ולא דווקא מהקרינה עצמה (Katz, 2007).

חשוב לציין שהירידה בתפקוד המיני מתרחשת כשנה לאחר תחילת הטיפול בקרינה חיצונית. כמחצית מהגברים ידווחו על בעיות בתפקוד מיני כשלוש שנים לאחר סיום הקרינה (Merrick et al מצוטט אצל Katz, 2007). ישנם מקרים בהם הירידה תחול כחמש שנים לאחר סיום הטיפול. התפקוד המיני לאחר ברכיתרפיה ברוב המקרים נשמר יותר, בהשוואה לאופנים אחרים של טיפולי קרינה. במקרים רבים, הגברים מרוצים יותר מתפקודם המיני לאחר טיפול בקרינה בלבד, לעומת אלו שקיבלו שילוב של טיפול הורמונאלי וקרינה.

Katz (2007) מסבירה, שפגיעה בתפקוד המיני אצל גברים לאחר קרינה, כוללת פגיעה ביכולת להגיע לזקפה, ביכולת לפלוט זרע ולכאבים בזמן אורגזמה. ברגע שההחלטה על סוג הטיפול נופלת בידי הגבר, ישנם גברים הבוחרים לקבל טיפול קרינתי לעומת טיפול ניתוחי, עקב הצפי לפגיעה נמוכה יותר בתפקודם המיני. חשוב מאוד שהצוות המטפל יעדכן את המטופלים אודות השלכות הטיפול על תפקודם המיני, בדומה לנעשה לגבי תופעות לוואי אחרות.

סרטן האשכים

הפגיעה בתפקוד המיני אצל גברים עם סרטן האשכים נובעת משילובם של הטיפולים (ניתוח, כימותרפיה וטיפול בקרינה). בקרב קבוצה זו ניתן לצפות לקשיים בהשגת זקפה ובכמות הפליטה (Jonker-Pool et al מצוטט אצל Katz, 2007). לעתים הגברים ידווחו, אומנם, על זקפות בוקר, אך עדיין הזקפה לא מספיקה בכדי לקיים יחסי מין הכוללים חדירה (Tinkle, Howard, & Kerr מצוטט אצל Katz, 2007).

סרטן השד

השד של האישה הינו איבר ארוטי ונשי, אשר מקושר לעתים עם מיניות בתרבות שלנו. בשד נמצאים אזורים ארוגניים, המהווים מקור הנאה חשוב ביותר עבור חלק מהנשים והגברים. הפגיעה בשד לא רק מסכנת או משבשת את דימוי גופה של האישה, אלא עלולה להוות אצל חלק מהנשים הפרעה רצינית בכל השלבים של מעגל התגובה המינית.

פגיעה עורית באזור השד בעקבות קרינה מקשה, לעתים, אפילו על האפשרות לחיבוק או נגיעה. לחלק מהנשים עלול להיות קושי לשהות בעירום, בגלל תחושה של מראה לא אסטטי. חלק

רמת הטסטוסטרון. הגברים המקבלים טיפול קרינתי המשולב עם טיפול הורמונאלי, לעתים מדווחים על ירידה גופנית כללית, עליה במשקל, חלוקת שומן נשית, צמיחת שדיים, הקטנת איבר מינם, נשירת שיער מחלקים שונים של הגוף, דוגמת החזה, גלי חום ותחושת בלבול, תשישות ושינויים במצב הרוח (Basaria et al., 2002; Lindqvist, Rasmussen, & Widmark, 2008). Navon & Morag (2003) דיווחו על ראיונות עם 15 גברים חולי סרטן שקיבלו טיפול הורמונאלי. חלקם קבלו גם טיפול קרינתי. מטרת מחקרם הייתה, להבין מה הן ההשלכות של תופעות הלוואי של הטיפול ההורמונאלי על היכולת של מטופלי סרטן הערמונית לשמר את יחסיהם עם בנות זוגם מלפני הטיפול, ולזהות את דרכי ההתמודדות שלהם עם הקשיים שנצרכו בעקבות הטיפול. מהממצאים עולה, שתוך זמן קצר מתחילת הטיפול ההורמונאלי, המטופלים הבינו שהטיפול נמנע מהם את היכולת לקיים יחסי מין, את החשק המיני, את החלומות האירוטיים והפנטזיות. גישה תומכת של בת הזוג וניסיונו של המטופל להתגמש, הובילו לשימור היחסים כפי שהיו טרם הטיפול. עם זאת, שימור היחסים עלה בהעמדת פנים תמידית ומעיקה. חלק מהמטופלים תיארו את יחסיהם עם בנות זוגם במונחים חיוביים, למרות השינויים שחוו בתפקודם המיני.

במאמר אחר של Navon & Morag (2004), הגברים הביעו מחשבות לגבי תחושת גבריותם: "כשאני רואה את הגוף שלי, אני שואל את עצמי מי אני? אישה? גבר? אני מאוד מבולבל. אני חושב שאני לא זה ולא זה". "התחלתי לראות את עצמי גבר חסר גבריות. אין דרך אחרת לראות את זה". ציטוטים אלה מצביעים על מציאות חדשה, רבת זהויות סותרות, אליה נקלעו המטופלים בעקבות הטיפול ההורמונאלי שקיבלו. מצב זה, בו הם מתקשים להגדיר את זהותם המינית, מחייב התייחסות רב מקצועית של הצוות המטפל.

גם בקרב נשים המקבלות קרינה לאגן, ניתן לצפות לירידה בחשק המיני. כפי שצוין לעיל, הקרינה עלולה להשפיע על תפקוד השחלות. כתוצאה מכך, ישנה ירידה ברמת האסטרוגן, הגורמת למגוון תופעות מוקדמות של גיל המעבר, כולל ירידה בחשק המיני. כדי למזער את הנזק, יש מקרים בהם ניתן לבצע הרמת שחלות לפני הטיפול בקרינה.

אחת התופעות הנוספות כתוצאה מירידה ברמת האסטרוגן היא יובש נרתיקי וחוסר גמישות הנרתיק, הגורמים לכאבים בזמן המגע המיני, ולעיתים אף לתסכול, ולרתיעה ממגע פיזי בכלל, שמא זה יגמר באקט מיני. בקשר לשינויים בחשק המיני (Corner & Baliley, 2001) מצאו ש-30%–50% מהנשים שמקבלות קרינה לאגן דיווחו על דיספראוניה (כאבים בזמן מגע מיני) ועל דימומים לאחר יחסי מין עם חדירה. אלה, למעשה, הסיבות העיקריות לחוסר שביעות רצון מיחסי מין.

לסיכום, הירידה בחשק המיני בקרב גברים ונשים כאחד מושפעת מתופעות לוואי נוספות, כגון: תשישות קשה, כאבי בטן, שלשולים, צריבה במתן שתן, בחילות, ירידה בתיאבון, כוויות וצללקות ועוד. נזק עורי בעקבות הקרינה יכול להישאר במשך זמן רב. תופעות

מהנשים מבצעים הרמת שחלות כדי למנוע חשיפה לקרינה ולמזער את הנזק (Ogilvy-Stuart & Shalet, 1993).

גם רענני ומאירוב (2008) מציינים, שקרינה ישירה לאזור האגן פוגעת בתפקוד השחלות. הם מסבירים שהדבר עלול להביא להפסקת הפרשת הורמוני המין, מצב הדומה לניתוח לכריתת שחלות. מידת הפגיעה תלויה במינון הקרינה הישירה ובמידת החשיפה לקרינה בסמוך לשדה הקרינה. רענני ומאירוב (2008) מסבירים שהרחם עלול להיפגע מקרינה לבטן ולאגן, כתלות במינון ובגיל בעת ההקרנה. בילדות שהוקרנו טרם גדילת הרחם, עם התבגרותן המינית נמצא נפח קטן של הרחם. פגיעה בתפקוד הרחמי עלולה להיגרם בחשיפה למנות קרינה של 14–30 Gy, כתוצאה מפגיעה הנגרמת לכלי הדם הפוגעת באלסטיות של שריר הרחם. אפילו במינוני קרינה נמוכים יותר, כמו ב-TBI, נראה פגיעה בגדילת הרחם ובזרימת הדם ברקמה. טיפול קרינתי לאחר ההתבגרות המינית גורם לפגיעה ברירת הרחם, ועל כן קיימת הפרעה ביכולת ההשרשה של העובר. בהריונות שנקלטו מדווח על שיעור הפלות מוגבר, לידות מוקדמות ועל הפרעות בתפקוד השליה.

ירידה בחשק המיני (ליבידו)

ליבידו הוא מושג שהתווה על-ידי פרויד ומבטא את האנרגיה המינית, שהיא לדעתו אחד משני הכוחות המניעים של הנפש. ליבידו איננו יצר המין כפשוטו, אלא מכלול גורמים המשפיעים על עיצוב האגו, שמקורם בדחפים מיניים מולדים ונרכשים כאחד (ברמן ושמיר, 2008). קרל יונג השתמש גם הוא במושג הליבידו, אך לאו דווקא כגורם מיני, אלא כשם לאנרגיה הנפשית המניעה את ההתנהגות (אנקורי, 1993).

על הליבידו ישנה השפעה הורמונאלית, רגשית וסביבתית (Schover, 1997). אם נבדוק את כל הגורמים הללו, ניווכח שבשלושתם יכול להיות שינוי כלשהו בזמן המחלה.

טיפול בקרינה בפני עצמו, בדרך כלל לא גורם לירידה בליבידו אצל גברים, מכיוון שברוב המקרים הקרינה אינה משפיעה על רמת הטסטוסטרון שלהם. אולם כדאי לקחת בחשבון, שהירידה בחשק המיני יכולה להשתנות באופן עקיף, עקב התופעות הפיזיות והרגשיות הנלוות לטיפול הקרינתי, דוגמת שלשולים, גירויים טורדניים בעור, שינויים במצב הרוח, דאגות ועוד.

כפי שהוזכר קודם, קרינה לאגן של הגבר הניתנת לאזורים נמוכים באגן, בהם האשכים הנכנסים לשדה הקרינה, עלולה לפגוע ביצור טסטוסטרון, האחראי על הליבידו. ישנן טכניקות קרינה ממוקדות כמו TRMI (Intensity Modulated Radiation Therapy), שמפחיתות את הנזק לאשכים. בטיפול כירורגי באגן החשק לרוב אינו נפגע (כיון שרמת הטסטוסטרון, המיוצרת באשכים לא נפגעת), אבל נוצרת פגיעה פיזיולוגית בעקבות כריתת עצבים וכלי דם באזור הגניטאלי. פגיעה זו עלולה לגרום לבעיות בהשגת זקפה, ולא בחשק המיני. הפגיעה קשה יותר כאשר הטיפול הקרינתי משולב עם טיפול הורמונאלי, שמטרתו להפחית את

שאלות נפוצות של מטופלים

1. האם הקרינה עוברת לבן/בת זוג בעת המגע?

כאשר מדובר בקרינה חיצונית, אין חשש מהעברת הקרינה בעת מגע פיזי בכלל, ובעת מגע מיני בפרט. כשמדובר בכינתרפיה, המצב שונה.

בנשים המקבלות בכינתרפיה לנרתיק – אין מניעה לקיים יחסי מין ברגע שמקור הקרינה הוצא.

בגברים המקבלים בכינתרפיה לערמונית – הדבר תלוי בכמות הקרינה המשוחררת מהגרגרים הרדיואקטיביים ובמשך הזמן שהקרינה משוחררת. ישנם מקרים בהם ממליצים להימנע מקיום יחסי מין במשך כארבעה שבועות מתחילת הטיפול, בעוד שישנם מקרים בהם לא חל איסור כזה. ישנם רופאים הטוענים, שבפעמים הראשונות לאחר החדרת הגרגרים הרדיואקטיביים יש להשתמש בקונדום, למקרים נדירים בהם הגרגרים עלולים להיפלט החוצה. יש הממליצים על שימוש בקונדום למשך כחודש. בכל מקרה, מומלץ להתייעץ עם רופא הקרינה.

2. האם ישנה סכנה בעת קיום יחסי מין בזמן הטיפול הקריניתי?

באופן כללי אין סכנה לקיים יחסי מין בתקופת הטיפול הקריניתי. במקרה שאיברי המין פיתחו כוויה, דלקת או דימומים בעקבות הטיפול, מומלץ להימנע מחדירה (Intercourse) ולפנות לצוות לצורך טיפול בבעיה. יחד עם זאת, בהחלט יש מקום ליחסים אינטימיים ללא חדירה (Outercourse), בהתחשב בתופעות הלוואי ובמוכנות של כל אחד מבני הזוג.

מומלץ שבני הזוג יקפידו הקפדה יתרה וימשיכו להשתמש באמצעי מניעה במהלך הטיפולים ומספר חודשים לאחר מכן, עקב הסכנה להיווצרות מומים בעובר. בכל מקרה של תכנון הריון, חשוב להתייעץ תחילה עם הצוות המטפל.

3. האם השינוי בתפקוד המיני בעקבות קרינה לאזור האגן הוא שינוי הפיך?

אין תשובה חד משמעית לשאלה זו. כפי שהוזכר לעיל, בקרב נשים, יש חשיבות רבה לשימוש במאמנים הנרתיקיים בזמן הקרינה ואף תקופה ממושכת לאחר סיומה (עקב התהליך הפיברוטי הנוצר עם חלוף הזמן). השימוש בהם חיוני ואמור למנוע את היצרות הנרתיק, ולאפשר בדיקות גינקולוגיות וחזרה לחיי מין הכוללים חדירה.

גם אצל גברים הפגיעה כתוצאה מהקרינה ממשיכה להיווצר לאחר סיומה. אם הגבר מתחיל בתהליך השיקום המיני בזמן הטיפול וממשיך אותו לאחר סיומו, ישנם סיכויים טובים יותר שחיי המין שלו לא יפגעו או יפגעו פחות. כמובן יש לקחת בחשבון גורמים נוספים לשינויים בתפקוד המיני, כגון התפקוד המיני לפני מחלה, מחלות רקע, תרופות, גיל, הימצאות של בת זוג וכדומה.

4. היכן ניתן לקבל ייעוץ מיני לחולה שמקבל טיפול קריניתי או טיפול אונקולוגי אחר?

של נירופתיה והתכווצויות יכולות להופיע בעת מגע פיזי, ולכן המטופלים זקוקים לעתים לדרכים חלופיות ולטכניקות שונות של מגע, שלא יגרמו להם אי נוחות ואי נעימות. העור הינו אחד האיברים המיניים החשובים בגוף האדם, ולכן שלמותו ובריאותו מהווים חלק חשוב בתפקוד מיני בריא (Katz, 2007).

סיכום

השינויים בבריאות המינית הנובעים מהטיפול הקריניתי הם רבים, וקשורים בו זמנית, הן להשלכות הפיזיולוגיות והן להשלכות הפסיכולוגיות של הטיפול. יחד עם זאת חשוב להבין, ששינויים בתפקוד מיני אין פירושם סוף לחיי המין. גם אם השינויים הפיזיים וגם אם לא, ניתן לסייע למטופל להתמודד עם המצב החדש שנוצר. במקרים רבים, בעקבות ההדרכה או הייעוץ, המטופלים ובני זוגם מצליחים לתפקד מינית באופן כזה המספק אותם.

רוב המטופלים שואפים לקיים שיחה ביוזמת הצוות המטפל בנוגע להשלכות הטיפולים על דימוי גופם והערכתם העצמית, כמו גם על השינויים בתפקוד המיני ובחיייהם האינטימיים (Southward & Killer, 2009).

ההדרכה אודות השינויים הצפויים בתפקוד המיני בעקבות קבלת הטיפול הקריניתי עדיין לוקה בחסר. הצוות מדווח על קושי להעלות את הנושא לדיון עם המטופלים מסיבות מרובות, כגון בושה, מבוכה, חוסר זמן וחוסר ידע (Krebs, 2008). יש אחריות המתקשות לשוחח על הנושא עם מטופלים מבוגרים. אחרות נמנעות מהעלאת הנושא עם מטופלים שאין להם בני זוג, או עם בני המין השני. המחסומים של המטופלים ברורים ומובנים, אבל חשוב לדעת שאחריות הדרכת המטופלים אודות השלכות הטיפול הקריניתי על התפקוד המיני, מוטלת על הצוות המטפל. הצוות יכול להיעזר בחוברות הסברה ובדפי מידע, אך אלה צריכים להיות משולבים בהדרכה וייעוץ מילוליים. במקרה שישנו קושי להדריך את המטופלים בנושא, חשוב להפנות אותם למומחים שעוסקים בייעוץ מיני.

חשוב להבין, שישנם מצבים שהדרכה אודות השלכות על בריאות מינית היא הכרחית בכל מצב, שאם לא כן, עלול להיווצר נזק שקשה לתקנו, ואף לעיתים נזק בלתי הפיך (לדוגמה, אופן השימוש במרחיבים נרתיקיים למניעת היצרות נרתיקית עד כדי הידבקויות. דוגמה נוספת היא הדרכה לגברים המקבלים קרינה לאגן, לשם מזעור הנזק שעלול להיגרם ליכולתם להשיג זקפה). כאנשי מקצוע אסור לנו להחליט עבור המטופלים מה חשוב להם ומה לא, ובכך להשפיע, לעיתים, על עתיד חייהם האינטימיים. מיניות היא חלק בלתי נפרד מהחיים, ולכן, בהיותנו שותפים במתן טיפולים מצילי חיים, חשוב שנשכיל לכלול בעבודת האחות גם התייחסות שיטתית ושגרתית לבריאותם המינית של המטופלים, בכל שלבי המחלה והטיפולים, ללא תלות בגיל המטופל, מגדרו, מצבו המשפחתי ומצב מחלתו. המטופל בלבד הוא זה שיחליט בדבר רצונו לשוחח על הנושא, ויקבע את המועד המתאים לו.

לידור, א. (2007). גיל המעבר. נדלה מהאינטרנט בתאריך 6.9.09 מהאתר: <http://www.doctors.co.il/ar/5855/> גיל+המעבר:+נשים+מתבגרות

רענני, ה., ומאירוב, ד. (2008). שימור פוריות בחולות אונקולוגיות. נדלה מהאינטרנט בתאריך 6.9.09 מהאתר: <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?itemID=1618>

Basaria, S., Lieb, J., Tangs, A. M., DeWeese, T., Carducci, M., Eisenberger et al. (2002). Long term effect of androgen deprivation therapy in prostate cancer patients. *Clinical Endocrinology*, 56, 779-786.

Corner, J., & Bailey, C. (2001). *Cancer nursing care in context*. London: Blackwell Science.

Heriot, G., Tekkis, P., Facio, W., Neary, P. & Lavery, I. (2005). Adjuvant radiotherapy is associated with increased sexual dysfunction in male patients undergoing resection for rectal cancer. *Annals of Surgery*, 242(4), 502-511.

Incrocci, L., Sloob, K. A., & Hop, W. C. J. (2007). Tadalafil (Cialis) and erectile dysfunction after radiotherapy for prostate cancer: An open – label extension of a blinded trial. *Urology*, 70, 1190-1193.

ישנם מספר מקומות שבהם ניתן לקבל ייעוץ מיני, ע"י צוות שמשלב את הידע בתחום האונקולוגיה והסקסולוגיה.

באגודה למלחמה בסרטן קיים ייעוץ מיני שניתן על ידי אחות אונקולוגית. הייעוץ אינו כרוך בתשלום ואין צורך בהפניה מגורם כלשהו. יש לקבוע תור בטלפון מספר 03-5721618.

בבית חולים "לניאדו" קיימת מרפאה אונקו-סקסולוגית. גם במרפאה זו ניתן לקבל ייעוץ ללא תשלום. לקביעת תור, ניתן להתקשר לטלפון מספר 054-2527325.

במרכז הרפואי תל-אביב, במרפאת "מיל"א", ניתן ייעוץ על ידי אחות אונקולוגית ללא תשלום. לקביעת תור ניתן להתקשר לטלפון מספר 03-6974164.

קיימות מרפאות לטיפול מיני לכלל האוכלוסייה במרכזים הרפואיים השונים (ברוב המקרים בתשלום). הייעוץ והטיפול ניתנים על ידי צוות רב מקצועי, בהתאם לבעיה שאובחנה. ניתן לקבל פרטים באגודה למלחמה בסרטן.

מקורות

אנקורי, מ. (1993). זיכרונות, מחשבות, חלומות – ק. ג. יונג. תל אביב: הוצאת רמות – הוצאת אוניברסיטת תל אביב.

ברמן, ע., ושמיר, א. (עורכים) (2008). זיגמונד פרויד, מיניות ואהבה. תל אביב: הוצאת עם עובד.



www.ions.org.il

The Israeli Oncology Nursing Society
העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל

לפני מספר חודשים עלה לאוויר האתר המחודש של העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל. האתר מיועד לכולנו – אחיות, מטופלים, סטודנטים וכל מי שיש לו נגיעה בנושא הסיעוד האונקולוגי וההמטולוגי.

מה באתר?

גלריה

- גלריית תמונות מארועים שונים בהן השתתפו אחיות אונקולוגיות

חדשות ופרסומים

- עדכונים מפעילויות העמותה בארץ ובח"ל
- הצגה בכנסים
- זכייה בפרסים
- השתתפות בפעילויות בינלאומיות של אחיות אונקולוגיות
- יוזמות ותוכניות למטופלים

עדכונים

- ימי עיון והשתלמויות
- קורסים וכנסים בארץ ובעולם
- ניתן להוריד טפסי הרשמה לכנסים, בקשות למלגות הצגת מועמדות לפרסי העמותה ועוד...

מגוון מקורות מידע

- מצגות למטופלים ולאחיות
- דפי הדרכה למטופלים
- הנחיות מקצועיות לעוסקים בתחום
- מאמרים נבחרים
- קישורים לאתרים בארץ ובח"ל

אז נתראה ב: www.ions.org.il

נורית שניידר

אילנה בוכוול

Jefferies, H., Hoy, S., McCahill, R., & Crichton, R.M.A. (2007). Guidelines on vaginal dilator use after pelvic radiotherapy. [http://www.nursingtimes.net/103\(30\)](http://www.nursingtimes.net/103(30)), p: 28-29. נדלה בתאריך 27.8.09

Katz, A. (2005). The Sounds of Silence: Sexuality Information for Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(1), 238-241.

Katz, A. (2007). Breaking the silence on cancer and sexuality. A hand book for healthcare providers. U.S.A: Oncology Nursing Society.

Krebs, L. U. (2008). Sexual Assessment in Care: Concepts, Methods, and strategies for success. *Seminars in oncology Nursing*, 24, 88-90.

Lancaster, L. (2004). Preventing vaginal stenosis after brachytherapy for gynaecological cancer: an overview of Australian practice. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 30-39.

Leiper, A. D. (1995). Late effects of total body irradiation. *Archives of Disease in childhood*, 72(5), 382-385.

Lindqvist, O., Rasmussen, B. H., & Widmark, A. (2008). Experiences of symptoms in men with hormone refractory prostate cancer and skeletal metastases. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 283-290.

Navon, L., & Morag, A. (2003). Advanced prostate cancer patients' ways of coping with the hormonal therapy's effect on body, sexuality, and spousal ties. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1378-1392.

Navon, L., & Morag, A. (2004). Liminality as biological disruption: Unclassifiability following hormonal therapy for advanced prostate cancer. *Social Science & Medicine*, 58, 2337-2347.

Ogilvy-Stuart, A. L., & Shalet, S. M. (1993). Effect of radiation on the reproductive system. *Environment Health Perspective*, 101 (suppl 2), 109-116.

Pommerville, P. J. (2005). From bedside to bed. Recovery of sexual function after prostate cancer. *Canadian Family Physician*, 51(7), 941-943.

Shover, R.L. (1997). *Sexuality and Fertility after cancer*. U.S.A: John Wiley & Sons, Inc.

Southard, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 231-217.

White, I. D., & Faithfull, S. (2006). Vaginal dilation associate with pelvic radiotherapy: A UK survey of current practice. *International Gynecology Cancer*, 16, 1140-1146.

חוששים להיכנס למים?

BDRY המגן המושלם לאטימה ממים - שומר על גופך יבש ונקי

מוצרי BDRY האיכותיים מיוצרים בארה"ב, ומאפשרים אטימת וואקום מושלמת להגנה ממים במקרים של: גבס, חבישה, פרוטזה, התקנים, בעיות עור ועוד.

עם מגן BDRY תוכלי להתקלח, לשחות בבריכה ואפילו לצלול בים!

- מגן רגל
- מגן יד
- מגן PICC
- מגן בטן (סטומה, פג וכד')
- מגן רגל תותבת

מגיני BDRY מיוצרים במספר מידות להתאמה עבור ילדים ומבוגרים.

שרון שחם | עיצוב גרפי



היבואן: גרוברמן שיווק, ת.ד. 795 שוהם. טל: 073-7373800 www.bdry.co.il

*למידע והדרכה לצוותים רפואיים - טל. 054-6611501