

שאלה קלינית גדולה - מס' 1, יום ב 17/11/2025

כתיבה: ד"ר מור מרקוביץ', ד"ר מני עמרמן, ד"ר אליה בליטמן תפוחי

עריכה: ד"ר ליב שדמי

לבוחנת/ת: יש להציג לנבחנת/ת דף מידע מס' 1 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 1:

בן 30, נשוי מזה שנתיים, פונה אליך בבקשה להשלים בירור לאור קושי שלו ושל אשתו (בת 32) להרות, לאחר שנה של ניסיונות ספונטניים. בת הזוג מסרבת לעבור בירור בשלב זה.

שאלה מס' 1:

מה תרצה.י לשאול באנמנזה ?

תשובה:

אנמנזה:

- משך ועיתוי הבעיה – כמה זמן מנסים להרות, תדירות יחסי מין, תשאל לגבי שימוש באמצעי מניעה אצל/ו אצל בת הזוג, היסטוריה של אי פיריון אצל/ו או אצל בת הזוג עם בני זוג קודמים
- רקע רפואי ומחלות עבר – האם מחוסן בחיסוני שגרה, אשפוזים בילדות, היסטוריה של התפתחות מינית, מחלות אנדוקריניות קודמות (סוכרת, תת-פעילות של בלוטת התריס, תסמונת קושינג), מחלות כרוניות אחרות (מחלות כבד, כליות), בעיות אורולוגיות (וריקוצלה), היסטוריה של פגיעת ראש משמעותית, הפרעות נוירולוגיות, השמנת יתר, מחלות ילדות רלוונטיות (חזרת, אשך טמיר), מחלות מין, טיפול כימותרפי או הקרנות בעבר
- היסטוריה של ניתוחים / טראומה
- היסטוריה משפחתית - הפרעות פוריות בגברים במשפחה, מחלות אנדוקריניות או גידולים בהיפופיזה.
- נטילת תרופות וחומרים אחרים - נוגדי דיכאון, נוגדי פסיכוזה, אופיאטים, חוסמי דופמין, סטרואידים אנאבוליים, סטוסטרוון, מריחואנה או סמים אחרים.
- תפקוד מיני והפרעות קשורות - ירידה בחשק המיני, בעיות בזקפה או שפיכה ? ירידה בכמות נוזל הזרע, הפרשות מאיבר המין? תדירות ותזמון קיום יחסי מין ?
- תסמינים הקשורים להפרעות מרכזיות - הפרשה מהפטמות, כאבי ראש חוזרים, הפרעות ראייה (טשטוש, צמצום שדה ראייה), גניקומסטיה
- חשיפה סביבתית ותעסוקתית - חום ממושך באזור האשכים (סאונה, אמבטיות חמות תכופות), עבודה עם כימיקלים, מתכות כבדות, חומרי הדברה.
- אורח חיים ותזונה - פעילות גופנית, תזונה, צריכת אלכוהול, עישון
- מצב רגשי ונפשי - מתח או חרדה הקשורים לניסיונות להרות, דיכאון או שינויים במצב הרוח, כיצד הבעיה משפיעה על היחסים עם בת הזוג

הערה – ניתן לקבל התייחסות לבירור פריון הנוגע לבת הזוג (אך להכווין את הנבחן לאנמנזה של בן הזוג שהגיע לבדיקה).

לבוחנת/ - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הנבחן התייחס לכל היבטי האנמנזה הרלוונטיים, כולל תפקוד מיני, תשאל תסמינים רלוונטיים להפרעה הורמונלית, מחלות רקע, חשיפות סביבתיות, אורח חיים והיבטים נפשיים, תוך שמירה על רצף לוגי והבנה קלינית.

לבוחנת/ יש להציג לנבחנת/ דף מידע מס' 2 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 2:

המטופל בריא, ללא מחלות רקע. אינו נוטל תרופות כרוניות, סטרואידים אנאבוליים או טסטוסטרון, מעשן מגיל 15 מעל קופסה ליום. הוא מספר כי בתור ילד סבל מעודף משקל משמעותי, אך בשנים האחרונות שומר על משקל יציב בעזרת תזונה מאוזנת ופעילות גופנית. אין היסטוריה של פגיעת ראש, לא עבר טיפולים כימותרפיים או הקרנות. מדווח על ירידה מתמשכת בחשק המיני וקושי בזקפה. ללא הפרשות חריגות מאיבר המין. תדירות יחסי המין עומדת על כפעמים בשבוע, ללא תזמון ספציפי סביב הביוץ, בת הזוג אינה משתמשת באמצעי מניעה. שולל בירור אי-פריון בעבר או הריון קודם אצל בת הזוג הנוכחית / קודמת.

בבדיקה גופנית:

ללא דיסמורפיזם, BMI-26, בבדיקת השדיים נמצאה גינקומסטיה דו-צדדית קלה עם רגישות קלה במישוש, אך ללא הפרשה פטמתית. שיעור הגוף נראה דליל מהמצופה, עם ירידה בשיעור הפנים והחזה. בבדיקת אברי המין, הפין תקין במבנהו, האשכים בגודל תקין אך במרקם רך, ללא גושים או וריקוצלה. בבדיקת הערמונית לא נמצאה רגישות חריגה. בלוטת התריס בגודל תקין וללא נוכחות גושים.

שאלה מספר 2:

מהן המלצותיך להמשך בירור? אנא ספקי הסבר מפורט למטופל על אופן ביצוע הבדיקות.

תשובה:

85% מהזוגות נכנסים להריון ספונטני לאחר שנה של ניסיונות, אם לא הושג הריון לאחר 12 חודשים של ניסיון (יחסי מין ללא אמצעי מניעה) מומלץ להתחיל הערכה ובירור, מומלץ בירור מוקדם יותר בנוכחות גורמי סיכון (גיל <35 / גורמי סיכון אחרים). פקטור גברי לאטיולוגיה לאי פריון מהווה 26-40% (לפי מקורות שונים), אין מקום להמתין לבירור של בת הזוג ורצוי לערוך את הבירור במקביל.

- בשלב ראשון יש להפנות את המטופל ל**בדיקת זרע** – יש להשלים שתי בדיקות זרע בטווח של 4-12 שבועות (לפי מקורות שונים). יש להימנע משפיכה 2-3 ימים קודם לכן, ולהימנע משימוש בחומרי סיכה.
- במטופל זה לאור ירידה בליבידו והפרעה בתפקוד מיני וכן ממצאים בבדיקה גופנית יש מקום להשלים **בדיקות דם** לבירור הורמונלי בנוסף. בדיקות מעבדה – TSH, DHEA, FSH, LH (יש להיות ער 3 שעות טרם נטילת הבדיקה וכן במנוחה 30 דקות), TESTOSTERON,

- המלצה לביצוע בירור במקביל בבת הזוג.

הערה: ניתן לקבל התייחסות להדמיה בשאלה של הפרעה מרכזית אך בשלב זה אין התוויה ברורה לביצוע. במטופל ללא תלונות סוגסטיביות או ממצאים בבדיקה גופנית הבירור הינו בדיקת זרע בלבד.
בדיקות נוספות שניתן להתייחס אליהן – קריוטיפ / בדיקות גנטיות, CFTR, בדיקות לזיהומים (לפי אנמנזה או אם מתעורר חשד קליני)

לבוחנת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה התייחס הנבחן לנתוני השאלה (אנמנזה ובדיקה גופנית) בבחירת הבדיקות הרלוונטיות? במידה והמליץ בדיקות נוספות האם נתן נימוק מוצדק? באיזו מידה ידע להנחות ולהסביר למטופל על אופן ביצוע הבדיקות?

לבוחנת: יש להציג לנבחנת דף מידע מס' 3 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 3:

המטופל השלים בדיקות מעבדה ובדיקת זרע (פעמיים) והגיע אליך עם התוצאות לקבלת הסבר.

נספח מספר 1:

תוצאות בדיקת זרע (שנייה):

פרמטר	תוצאה	טווח נורמה
נפח	2	מעל 1.5 מ"ל
ריכוז תאי זרע (מיל"/מL)	7.5	מעל 20 מיליון/מL
תנועתיות כללית (%)	35%	מעל 40%
תנועתיות פרוגרסיבית (%)	25%	מעל 32%
מורפולוגיה תקינה (%)	3%	מעל 4%
pH	7.6	7.2-7.8
תאי דלקת (מיל"/מL)	0.3	מתחת ל 1 מיליון/מL

תוצאות בדיקת הדם:

Test	Results	Units	Normal range
FSH	0.8	mIU/mL	1.5-12.4
LH	2	mIU/mL	1-9
Prolactin	1000	mIU/L	45-375
Testosterone	3.9	nmol/L	6.5-24

TSH	1.96	mIU/L	0.5-5
-----	------	-------	-------

שאלה מס' 3 :

תארי את הממצאים ומשמעותם, מהן המלצותיך עבור המטופל כעת ?

תשובה:

- **בדיקת הזרע** פתולוגית, הממצאים הינם – נפח הזרע תקין, אוליגוספרמיה (ריכוז נמוך), אסטנוזוספרמיה (מוטליות), וטרטוזוספרמיה (הפרעה מורפולוגית).
- **בבדיקות המעבדה - FSH** וטסטוסטרון נמוכים, פרולקטין גבוה - מסביר את הירידה בליבידו והפרעה בתפקוד מיני

החשד הוא להפרעה מרכזית (טסטוסטרון נמוך עם FSH) נמוך.

לאור פרולקטין גבוה, עולה חשד לאדנומה היפופיזרית ויש להפנות את המטופל לביצוע MRI. בנוסף עישון משפיע על איכות הזרע וגורם לפגיעה בתפקוד מיני – ספירה מוטליות ומורפולגיה ולכן יש להמליץ למטופל על הפסקת עישון על מנת לשפר את איכות הזרע והתפקוד המיני במקביל להשלמת הבירור.

לבוחנת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה המטופל ביצע אינטגרציה של המידע שהתקבל, הגיע לאבחנה של הפרעה מרכזית והציע המשך בירור מתאים ? נבחן שלא יתייחס לנושא העישון לא יקבל ציון מעל 3

לבוחנת: יש להציג לנבחנת דף מידע מס' 4 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 4:

בחשד להפרעה מרכזית, שלחת את המטופל לבצע MRI מח, אלה תוצאות ההדמיה

נספח מס' 2 – תוצאות MRI ראש

הבדיקה בוצעה ברצף: FLAIR, T2, T1, דיפוזיה, ללא ולאחר הזרקת ח.ג.
הבדיקה כללה רצפים המכוונים לבלוטת ההפופיזה.

ממצאים:

היפופיזה

תהליך תופס מקום של אספקט הימני של ההיפופיזה כ-13 מ"מ טרנסוורסלי, 13 מ"מ קדמי אחורי, ו-14 מ"מ בגובה. סביר שמדובר במקוראדנומה היפופיזרית. חדירה לסינוס הקברנזי מימין (knosp) דרגה 2 או אפילו 3. ללא היצרות של הקרוטיד הקברנזי. הגוש גם בולט כלפי מטה ומרחיב את רצפת האוכף. סטייה של גבעול ההיפופיזה שמאלה. ללא אפקט על הכיזמה או עצבי הראייה.

מוח

המוח בעל מבנה תקין עם מראה בגדר התקין של קו האמצע, כולל הקורפוס קלוזום.
ללא מוקדי אות פתולוגיים.
ללא האדרה חריגה.
ללא עדות לתהליך תופס מקום.
ללא הפרעה רסטריקטיבית בדיפוזיה.
ללא עדות לאוטם.
ללא סימני לחץ.
חדרי המוח וחללי ה-CSF ברוחב תקין.
קו האמצע והמעבר הקרניו-צריביקלי שמורים.
אות זרימה תקין בכלי הדם הגדולים האינטרא-קרניאליים.

שאלה מס' 4:

מה האבחנה של המטופל? מה עקרונות הטיפול במצב שלו?

אנא התייחסו לאפשרויות הטיפול השונות ועבור כל אפשרות דון. ביתרונות וחסרונות אפשריים וכן במעקב

הנדרש

תשובה:

למטופל מאקוראדנומה היפופיזרית מפרישה הגורמת לאי פריון ראשוני.

יש להפנות את המטופל לאנדוקרינולוג

הטיפולים האפשריים הם :

- טיפול פומי - אגוניסטים לדופמין (הקו הראשון לטיפול באוכלוסייה הכללית)

○ קברגולין – יעיל יותר. ת"ל אפשריות - בחילות, סחרחורת, כאבי ראש. עלול להחמיר פסיכוזה.

○ ברומוקריפטין

יש לעקוב אחר הטיפול התרופתי בבדיקות פרולקטין חוזרות, מעקב הורמונים היפופיזריים וכן מעקב MRI. יש

להמשיך בטיפול לפחות שנתיים. לאחר מכן, ניתן לשקול הפסקה הדרגתית אם רמות הפרולקטין נורמליות וגודל הגידול פחת משמעותית.

- טיפול כירורגי - ניתוח טרנס-ספנואידלי (Transsphenoidal Surgery) מהווה התוויה כאשר רמות הפרולקטין

אינן משתפרות והתסמינים נמשכים למרות מינונים גבוהים של קברגולין או המטופל אינו סובל את הטיפול

באגוניסט דופמין. במטופל הנ"ל, ניתן לשקול ניתוח כקו ראשון בגלל אי פריון (וכמובן יש לדון ביתרונות

וחסרונות של אפשרויות הטיפול השונות)

- קרינה- נדירה, נשקלת במקרים עמידים

- במקרים של היפוגונדיזם ממושך ניתן לשקול טיפול חלופי בטסטוסטרון

- הפסקת עישון

לבוחנת/ נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הנבחן הכיר את הטיפולים המתאימים והמעקב הנדרש וידע להתייחס ליתרונות וחסרונות של

האפשרויות השונות?

קטע מידע מספר 5:

המטופל התחיל טיפול תרופתי ב-CABERGOLINE. ממשיך מעקב בדיקות מעבדה ודימות עם הטבה בערכי פרולקטין. בהמשך לתכנית הטיפולית שהצעת הגיע לביקור בנושא גמילה מעישון.

שאלה מס' 5:

כיצד תפתחי שיחה עם המטופל בנושא הפסקת עישון, כיצד תעריך. את מידת המוטיבציה שלו להפסיק לעשן?

תשובה:

שימוש בגישה מוטיבציונית - הערכת מקומו של המטופל על פי מעגל השינוי, שימוש בשאלות פתוחות

- Ask שאלו בכל הזדמנות על מצב העישון
 - Advice ייעצו בנוגע להפסקת עישון
 - Assess העריכו את המוכנות להפסקת עישון. בשלב זה מומלץ להעריך כמה משתנים נוסף על בשלותו של המעשן למהלך גמילה: מידת המוטיבציה לגמילה מעישון, מידת האמונה ביכולת להפסיק לעשן, הערכה של מידת התמכרות על פי סולם פגרסטרם, בירור השיטה המועדפת לגמילה. בירור חסמים אישיים להפסקת עישון – פחד מהשמנה, תסמיני גמילה ועוד.
 - Assist עקרונות להכוונה התנהגותית בגמילה מעישון: קביעת יום להפסקה, ארגון הסביבה הביתית, הכנה חברתית ומשפחתית, הערכת קשיים ותכנון דרכי התמודדות. תכשירים תרופתיים.
 - Arrange קביעת ביקור מעקב בסמיכות להפסקת העישון והמשך מעקב
- הערה:** במטופל הזה יש מקום להתייחס לעישון בהקשר של סיבה לאי-פרייון, פגיעה בתפקוד מיני וכן לנושא העישון הפסיכי במקרה שיהיה הריון עבור האם והתינוק כשילוד "moment for intervention"

לבוחנת/ נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הכיר את העקרונות על פיהם מומלץ לנהל מפגש בנושא גמילה מעישון?

קטע מידע מספר 6:

מעשן מעל קופסה ליום במשך 15 שנה, מעשן סיגריה ראשונה מיד כשקם בבוקר. מספר נסיונות עצמאיים לגמילה מעישון כשלו. חושש מהשמנה. אשתו הפסיקה לעשן לקראת נסיון כניסה להריון ולכן מאוד מעוניין להיגמל מעישון. מעוניין בסיוע תרופתי לגמילה מעישון.

שאלה מס' 6:

הסברי על האפשרויות לטיפול תרופתי לגמילה מעישון- מה תופעות הלוואי והתוויות נגד של כל טיפול? לאור החשש לעליה במשקל מה הטיפול תרופתי המומלץ למטופל זה?

תשובה:

מדובר במעשן כבד מאוד מגיל צעיר.

- מעשן שהתמכרותו גבוהה או שצפוי להתקשות בגמילה יוכל ליהנות מטיפול ב-Bupropion או ב-Varenicline בשילוב עם תחליפי ניקוטין או משילוב של תחליפי ניקוטין בשיטת Patch Plus מדבקה כתכשיר ארוך טווח לצד גומי לעיסה או לכסנית כתכשיר קצר טווח, על פי צורכי המטופל.

- לכסניות ניקוטין - מכיל אספרטיים כממתיק. עלול לגרום מעט שלשולים. לא מומלץ לחולי פנילקטונוריה ולסובלים מחוסר בפרוקטוז.
- מסטיק ניקוטין – עלול לגרום הפרעות שינה, פריחות, עקצוץ עורי. לא מומלץ שימוש במחלות חניכיים או בעיות במשן.
- מדבקות ניקוטין - הפרעות שינה, פריחות, עקצוץ עורי. לא מומלץ לשימוש בזמן פריחה ממושטת או פסוריאזיס.
- Varenicline – עלול לגרום לחלומות בחילות, חלומות משונים.
- Bupropion SR – עלול לגרום להפרעות שינה, יובש בפה. לא לשימוש בהפרעה פירכוסית, הפרעות אכילה, מחלה דו-קוטבית ולצד מעכב MAO.
- אם המעשן או הרופאים המטפלים מוטרדים מעלייה במשקל בזמן הגמילה, לגומי לעיסה המכיל ניקוטין ול-Bupropion SR יש יתרון בצמצום קל של שיעור העלייה. השפעה זו צפויה רק בזמן השימוש בתכשיר התרופתי ואין לטיפול השפעה ארוכת טווח. בזמן גמילה מעישון מומלץ להדריך בנושא תזונה נכונה ולהמליץ לבצע פעילות גופנית. פעילות גופנית יכולה לסייע גם בהתמודדות עם כמה מתסמיני הגמילה.

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הכיר/ת את הטיפולים התרופתיים, תופעות לוואי והתוויות נגד? האם ידע להמליץ על טיפול המתאים לצמצום עליה במשקל?

קטע מידע מספר 7:

המטופל נגמל בהצלחה מעישון והפסיק מעקב רפואי. לאחר מספר שנים חוזר למעקב בגיל 43 ומספר כי חזר לעישון כבד לפני כשנה בעקבות משבר זוגי לאחר הלידה של בנו השני. שמע מחברים כי מומלץ למעשנים כבדים לעשות CT ריאות.

שאלה מס' 7 :

מה ההמלצות לבדיקת CT לגילוי מוקדם של סרטן ריאה במעשנים? מהן המלצותיך עבור מטופל זה ?

תשובה:

- כח המשימה הישראלית לרפואה מונעת ממליץ להציע לכל המעשנים והמעשנות בגילאים 50-80, שלהם לפחות 20 שנות קופסה, אשר מעשנים עתה או שהפסיקו לעשן ב-15-10 השנים האחרונות, לבצע LDCT מדי שנה. לפי ההנחיות האחרונות התקפות למועד כתיבת הבחינה- הבדיקה טרם הוכנסה לסל הבריאות בארץ וההמלצה היתה להפנות לפי שיקול דעת קליני ל-CT רגיל או LDCT במכונים פרטיים בעלות של 300 שח (לעונים על הקריטריונים).
- בגורול יש המלצה סקירה למעשנים בגילאי 55-80 עם היסטוריה של מעל PY30 (או הפסיקו לעשן לפני >15 שנים)
- החל מ-01/09/25 – הבדיקה הוכנסה לסל הבריאות עבור גברים ונשים בגיל 65-75, עם 20 שנות חפיסה לפחות המעשנים כיום או הפסיקו לפני פחות מ-15 שנים. הבדיקה תבוצע אחת לשנתיים. שימו לב כי מדובר בעדכון שאינו בספרות הבחינה ולכן יש לקבל כנכונה גם תשובה שהבדיקה בסל וגם שהבדיקה אינה בסל הבריאות.

המטופל אינו עומד בקריטריונים של בדיקת הסקר. עם זאת לאור עישון כבד מומלץ לבצע הערכת סיכון באופן אישי כולל תשאול על תסמינים של שיעור/ המופטזיס, קוצר נשימה וקושי בביצוע מאמצים, מדידת לחץ דם ומעבדה להערכת סיכון קרדיו וסקולרי. במידה ויעלו ממצאים יש מקום להשלים בירור ממוקד לפי הממצאים שיעלו. יש לבצע הערכה מחודשת לנכונות של המטופל להיכנס לתהליך של גמילה מעישון. יש לתשאל את המטופל לגבי מצבו בבית, יחסים עם בת הזוג, התמודדות עם הטיפול בילדים וכן לשוחח שוב על נושא הנזק והסכנה שבעישון פסיבי.

לבוחנת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה מכיר/ה את ההמלצה והקריטריונים ל-LDCT?

באיזו מידה התייחס הנבחנת/לסיכון האישי של המטופל ונתן המלצות כוללניות בנושא העישון וסיבוכיו

מקורות מידע:

- 1) GOROLL – PRIMARY CARE MEDICINE 8TH EDITION - Chapter 120- APPROACH TO THE INFERTILE COUPLE.
- 2) GOROLL – PRIMARY CARE MEDICINE 8TH EDITION - Chapter 100 - EVALUATION OF GALACTORRHEA AND HYPERPROLACTINEMIA.
- 3) . Phillips, K., Olanrewaju, R. A., & Omole, F. (2023). *Infertility: Evaluation and Management*. *American Family Physician*, 107(6), 623–630.
- 4) . Bruehlman, R. D., Winters, S., & McKittrick, C. (2022). *Galactorrhea: Rapid Evidence Review*. *American Family Physician*, 106(6), 695–700.
- 5) Gaddey, H. L., Dakkak, M., & Jackson, N. M. (2022). *Smoking Cessation Interventions*. *American Family Physician*, 106(5), 513–522.
- 6) פרק 12: קידום בריאות ורפואה מונעת - המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת. 2022. Smoking morbidity and cessation. - נזקי העישון והדרכים למניעה ולגמילה