

## מתי לפנות לרופא/ת נשים?

אמהות רבות פונות אלי ושואלות מתי עליהן להביא את ביתן לרופאת נשים? לכאורה, התשובה לשאלה זו פשוטה: "יש לפנות לרופא או רופאת נשים בעת הצורך, או לשם בדיקה שגרתית". אולם מתי יש לילדה צעירה או נערה מתבגרת צורך לפנות לרופא נשים? מהן הסיבות לפנייה כזו? ובמה כרוך מפגש עם רופא נשים בגיל כה צעיר?

קיימות מספר סיבות לפנייה לרופא או רופאת נשים בגיל הצעיר, בילדות שטרם התבגרו מינית (prepubertal). הפרשה נרתיקית, גרד וצריבה בפות הינן תלונות שכיחות במרפאות לגינקולוגיה של ילדות ומתבגרות. בילדות, תלונות אלו עשויות להיגרם ממספר סיבות, השונות מהאבחנות השכיחות בנשים בוגרות. [1] דימום בגיל הצעיר הוא סימן מדאיג, המחייב פנייה לרופא נשים לשם שלילת זיהום, גוף זר או חלילה גידול. יש לזכור, שדימום נרתיקי והפרשה נרתיקית עשויים להיות סימן להתעללות מינית (child sexual abuse). כאב בטן בילדות צעירות נגרם במרבית המקרים מסיבות שאינן גינקולוגיות. יחד עם זאת, מומלץ להפנות ילדה לבדיקת רופא נשים במקרה שלא נמצאה סיבה אחרת לכאב. בנוסף, ניתן להפנות לבדיקת רופא נשים ילדות עם ממצא מבני (אנטומי) בלתי ברור באזור הגניטאלי.

נערות מתבגרות פונות לרופא נשים בעיקר בגלל הפרעות במחזור הווסת. אל-ווסת ראשונית (primary amenorrhea) היא מצב שבו נערה מתבגרת טרם קיבלה את הווסת הראשונה. יש לפנות להערכה של רופא נשים בגיל 13 אם טרם התפתחו סימני מין משניים, וניתן להמתין בסבלנות עד גיל 15 אם הופיעו סימני מין משניים. מצב של היעדר דימום ווסתי למשך 90 יום נקרא אל-ווסת שניונית או משנית (secondary amenorrhea). [2,3] הסיבה השכיחה ביותר לאל-ווסת משנית בנערות פעילות מינית היא הריון, ובערות שאינן פעילות מינית היא הפרעת אכילה.

כאבי מחזור (dysmenorrhea) הם הסיבה השכיחה ביותר לפנייה של מתבגרות לרופא נשים, [4] והם כוללים מספר רב של תופעות המתרחשות בסמוך לתחילת הדימום הווסתי, ובמהלכו. המיקום השכיח ביותר של כאבי מחזור הוא בבטן התחתונה, אבל הוא יכול להופיע גם בבטן עליונה, בגב, בירכיים, ועשוי להיות מלווה בכאבי ראש, סחרחורת, בחילות, הקאות, שלשול, גלי חום, חולשה ואפילו עילפון. כ-90% מהנערות והנשים עד גיל 25 מדווחות על כאבי מחזור בחומרה כלשהי, החל מכאב קל שאינו משפיע על מהלך החיים ועד היעדרות מפעילות יומיומית (לימודים, חוגים, עבודה). [5] מרבית הנערות משתמשות בתרופות שאינן יעילות נגד כאבי מחזור, או בתרופות מתאימות במינונים שאינם יעילים. [6]

כאבי מחזור ראשוניים (primary dysmenorrhea), הם כאבים שאינם קשורים לפתולוגיה של האגן הקטן, ומגיבים היטב לטיפול בתרופות מקבוצת Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs (להלן NSAIDs). [7,8] ניתן לטפל בכאבי מחזור גם בתכשירים הורמונאליים כמו פרוגסטטיבים וגלולות למניעת הריון. הטיפול בכאבי מחזור משניים לפתולוגיה של האגן הקטן (כגון: אנדומטריוזיס, מומים מולדים של המערכת המולריאנית, דלקת של האגן הקטן, ועוד) תלוי בפתולוגיה הבסיסית.

דימומי ווסת חזקים עלולים להיגרם מהפרעות בבייץ, מהריון (הפלה מאיימת, הפלה בלתי שלמה, הפלה עצמונית שלמה), זיהום, גידולים, מחלות סיסטמיות, הפרעות בתפקוד בלוטת התריס, הפרעות במערכת הקרישה, ושימוש בתרופות (במיוחד תכשירים הורמונאליים ותכשירים עם השפעה על מערכת העצבים המרכזית). [9,10] מומלץ להפנות את הנערה לבדיקה של רופא נשים אם הדימום אינו סדיר, אם היא נזקקת ליותר מ-6 מוצרי היגיינה ביממה, אם הדימום נמשך למעלה משבוע, או כאשר מופיעה אנמיה ללא סיבה אחרת.

נערות עם ווסת לא סדירה, אקנה ושיעור-יתר עלולות לסבול מתסמונת השחלות הפוליציסטיות. [11] מומלץ להפנות נערות אלו להערכה של רופא נשים מיומן, שיבצע בירור קליני, מעבדתי וסונוגרפי, ויתאים לנערה את הטיפול. יש לזכור, שהשכיחות של תסמונת השחלות הפוליציסטיות גבוהה במתבגרות, ויורדת עם הגיל. התסמונת עשויה להתבטא בצורה שונה בגילאים השונים: החל מהופעת שיעור מיני בגיל מוקדם ( premature pubarche) אל-ווסת ראשונית או שניונית, אקנה, שיעור יתר והשמנה במתבגרות; הפרעות בבייץ והפרעות פריון בנשים בגיל הפוריות; ועליה בסיכון למחלות קרדיו-ווסקולאריות ולסרטן השחלות ורירית הרחם (endometrium) בנשים בוגרות.

מומלץ להפנות נערות לייעוץ של רופא נשים לפני תחילת קיום יחסי מין, לצורך התאמת אמצעי מניעה והדרכה. יש להפנות נערות בהריון (רצוי או בלתי רצוי) לרופא נשים בהקדם האפשרי. במקרים של חשד לתקיפה מינית, יש להפנות את הנערה לבדיקה באחד האתרים שאושרו לצורך זה ע"י משרד הבריאות.

איגוד הגינקולוגיים האמריקאיים ממליץ על ביקור שיגרתי ראשון אצל רופא נשים בין גיל 13 ל-15, שמטרתו: הכרות עם רופא הנשים, הערכה של ההתבגרות המינית, איתור בעיות הקשורות למחזור החודשי, והדרכה. [12] החברה הישראלית לגינקולוגיה של ילדות ומתבגרות ממליצה גם היא על מפגש היכרות כזה. לאחר תחילת קיום יחסי מין מומלץ להקפיד על בדיקה גינקולוגית שגרתית שנתית החל מגיל 21. [13]

הביקור הראשון אצל רופא/ת נשים מלווה בחששות ומבוכה: "מה היא תגיד לי?", "מה היא תשאל אותי?", "אולי היא תכעס עלי?", "אולי היא לא נחמדה?", "אולי אין לה זמן?", "מה היא תעשה לי? היא תבדוק אותי? צריך להתפשט? זה כואב?"

המפגש עם רופא הנשים כולל שיחה לגבי מצב הבריאות הכללי, הרגלים (עישון, פעילות גופנית), מחלות במשפחה, מחזור הווסת, יחסי מין ואמצעי מניעה, וזאת בנוסף לשיחה אודות סיבת הפנייה לרופא. אם מפגש ההיכרות בגיל 13-15 מתרחש בנוכחות ההורים, ניתן לקבל אנמנזה מדויקת יותר לגבי רגישות לתרופות וטיפול משפחתי (למשל תרומבופיליה), ומידע נוסף שיתכן שאינו ידוע לנערה. הבדיקה הגופנית כוללת הסתכלות, מדידות (גובה, משקל, לחץ דם, דופק), בדיקה גופנית כללית עם דגש על בדיקת הבטן ובמידת הצורך גם בדיקה של הגניטליה. יש להדגיש בפני הנערה שבדיקה גינקולוגית מתבצעת רק לפי הצורך, לעיתים קרובות הבדיקה אינה כוללת בדיקה פנימית, והיא מתבצעת תוך הסבר והסכמה שלה. חשוב להסביר לנערה את חשיבות המפגש עם רופא הנשים, ושעל תוכן המפגש חלים כל כללי החיסיון הרפואי.

לסיכום, יש להפנות ילדות צעירות ונערות מתבגרות לרופא נשים במספר רב של מצבים, חלקם שכיחים. מומלץ להפנות לרופא נשים הבקיא בתחום גינקולוגיה של ילדות ומתבגרות, ושהינו בעל ניסיון וכישורי תקשורת טובה עם ילדות ומתבגרות.

1. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, et al. Do We Need to Treat Vulvovaginitis in Prepubertal Girls? *BMJ* 2005; 330:186-8.
2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current Evaluation of Amenorrhea. *Fertil Steril* 2006;86(suppl.1):s148-55.
3. Reindollar RH, Novak M, Tho SP, et al. Adult-onset Amenorrhea: a study of 262 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:531-43.
4. Jamieson DJ, Steege JF: The Prevalence of Dysmenorrhea, Dyspareunia, Pelvic Pain and Irritable Bowel Syndrome in Primary Care Practices. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 55-8.
5. Dawood MY: Primary Dysmenorrhea: Advances in Pathogenesis and Management. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 428-41.
6. O'Connell K, Davis AR, Westhoff C: Self-treatment Patterns Among Adolescent Girls with Dysmenorrhea. *J Ped Adolesc Gynecol* 2006; 19: 285-9.
7. Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, et al: Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs for Dysmenorrhea (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010, CD001751. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2010.
8. Harel Z: Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 363-371.
9. Gray SH, Emans SJ. Abnormal Vaginal Bleeding in the Adolescent. In: Emans, Laufer, Goldstein's *Pediatric & Adolescent Gynecology*, 6<sup>th</sup> ed, Emans SJ, Laufer MR. (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012. p.159-161.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion no. 557. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. *Obstet Gynecol* 2013;121:891-6.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin no. 108. Polycystic Ovary Syndrome. *Obstet Gynecol* 2009;114:936-49.

12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion no. 460. The Initial Reproductive Health Visit. *Obstet Gynecol* 2010;116:240-3.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion no. 534. Well-Woman Visit. *Obstet Gynecol* 2012;120:421-4.