מין שגורם לסבל

ההתמכרות למין הולכת ומתפשטת וגורמת סבל לרבבות, אך המודעות לה עדיין נמוכה וכך גם זמינות הטיפול. מהם גורמי הסיכון להפרעה ומאפייניה וכיצד ניתן לטפל בה

שאולי לב־ran

ד', בן 48, פנה לפסיכיאטר בע־קבות פרידה מאשתו, חשש למקום עבודתו ומצב רוח כללי ירוד. הוא חשף כי בעיותיו הקשות בזוגיות החלו לאחר שאשתו גילתה כי הוא מבלה שעות רבות ביום בצפייה בפורנוגרפיה באינטרנט ובצ'אטים מיניים. וכך גילו גם במקום עבוד־תו. ניסיונותיו החוזרים של ד' לר־סן את התנהגותו, כגון התקנת תו־כנות החוסמות אתרים פורנוגר־פיים, לא הניבו הצלחה רבה. כעת, משאשתו נפרדה ממנו, מצב רו־חו הידרדר וצריכת הפורנוגרפיה גברה, הוא פנה לראשונה לייעוץ פסיכיאטרי ולטיפול.

כידוע, מיניות תקינה היא מר־כיב חיוני בחיינו; מבחינה אבו־לוציונית, המין נדרש להתרבות והפצת הגנום, מה שדורש מי־צורים חיים חיזוקים ביולוגיים במוח; כך, בקיום יחסי מין ובת־גובה לגירויים מיניים, מופעלת מערכת הגמול — הנמצאת בא־זורי מוח עמוקים ומטרתה האבו־לוציונית היא לשדר כי בוצעה פעולה חיובית שיש לחזור עליה. המוליך העצבי (נוירוטרנסמיטר) העיקרי הפועל במערכת הגמול הוא דופמין. מחקרים מדגימים כי בעת קיום יחסי מין (ואכילה) עולות רמות הדופמין באזור מער־כת הגמול עד פי שניים. מכאן נו־צרות תחושות גמול ועונג והאדם מקבל חיזוק חיובי, מבין שביצע פעולה "רצויה" ובהמשך יחזור עליה. קיימות עדויות מחקריות שאצל גברים מופרשת כמות רבה יותר של דופמין בתגובה לגירויים מיניים, מה שעשוי להסביר חל־קית מדוע התמכרות למין שכיחה יותר בקרבם.

בדומה להתמכרויות לחומרים, שילוב בין מרכיבים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים עומד בבסיס ההתמכרות למין. מבחי־נה ביולוגית, כאשר אדם עם מט־ען גנטי מתאים (התמכרות של אחד ההורים למשל) חווה אירו־עי חיים קשים, כגון טראומה מי־נית בילדות, עלולים להיגרם אצ־

> התמכרות זו עדיין חסרת הגדרה רשמית בעולם הפסיכיאטריה, מה שמקשה על אבחונה

לו שינויים מוחיים המגבירים את הסיכון לפתח התמכרות. למשל, פגיעה בתפקוד האמיגדלה — אזור מוחי אשר אחראי בין היתר לעי־בוד ולוויסות הרגשיים — המשפי־עה על מערכת הגמול במוח; בע־קבות הפגיעה באמיגדלה האדם נזקק לגירויים חזקים ותכופים יותר, אינו מצליח לחוש מתוג־מל מפעולות יומיומיות רגילות וקבלת ההחלטות שלו נעשית שקולה פחות. כך נוצר גם חו־סר איזון בין מערכת הגמול לבין מערכת הוויסות במוח — מערכת רציונלית שעיקרה באונות המצ־חיות ותפקידה לווסת את הדח־פים הטבעיים באמצעות למידה, התבוננות וזיכרון — והוא הבסיס להתמכרויות.

מבחינה פסיכולוגית, התנה־גות מינית כפייתית משמשת לע־תים קרובות להרגעת בעיות רקע נפשיות כגון דיכאון או חרדה. וכא־שר אדם נדרש להרגעה זו באופן חוזר ונשנה, ובאינטנסיביות רבה, הדבר עלול להתפתח לכדי התמכ־רות. מבחינה חברתית, זמינות מו־גברת של גירויים מיניים (לדוג־מה באמצעים טכנולוגיים) תורמת לחשיפה אליהם בגיל צעיר יותר וכך גדל הסיכוי לפתח התמכרות. זאת מכיוון שהמוח המתפתח פגיע במיוחד ומערכת הגמול מתפתחת הרבה לפני מערכת הוויסות; מחקר שפורסם ביוני בכתב העת Journal of Behavioral Addictions מתאר קשר מובהק בין גיל חשי־פה ראשונית לפורנוגרפיה ותכי־פותה — כגון צפייה יומיומית בת־כנים פורנוגרפיים — לבין הסיכוי להתפתחות התמכרות למין.

כאשר הדחף למין הופך אינ־טנסיבי, מופרז וחסר שליטה (אם ביחסי מין, אוננות, פורנו־גרפיה ועוד), הערך האבולוציוני שלו נפגע והוא גורם לסבל ופו־גע באיכות החיים. זאת מכיוון שהאדם ממשיך לרדוף אחר תחושת הגמול למרות הנזקים שנ־גרמים לו בשל כך. בדומה להתמכ־רויות רבות, לא ניתן להגדיר מהי התמכרות למין מבחינה כמותית ואובייקטיבית, ולכן לעתים הני־סיון להגדיר את הגבול בין התנה־גות מינית "תקינה" ובין התמכרות למין הוא בעייתי. אך יש לתופעה מאפיינים קליניים וכך ניתן לנ־סות לאבחנה. למשל, קושי להפ־סיק את ההתנהגות המינית הכ־פייתית או לצמצמה למרות מאמ־צים, תנודתיות משמעותית במצב הרוח בתגובה אליה, דפוס קבוע של התנהגויות־סיכון (כגון קיום יחסי מין לא מוגנים עם פרטנרים זרים בתדירות גבוהה), התרגלות וסבילות (עם הזמן נדרשות עוצ־מת גירוי ותדירות גבוהות יותר), זמן רב המושקע בהשגת הפעי־לות המינית, ושימוש במין כדי להימלט מרגשות שליליים.

בראי ההיסטוריה התמכרות למין כונתה בשלל כינויים ובהם נימפומניה, דון־ג'ואניות, התנה־גות מינית כפייתית, מיניות אימ־פולסיבית והפרעה היפר־מינית. הביטוי "התמכרות למין" שבו אנו משתמשים כיום הפך בשנים האחרונות לשגור במיוחד. זאת מכיוון שספר האבחנות הפסי־כיאטריות האמריקאי, ה־DSM, הגדיר ב־2013 (המהדורה האח־רונה שלו) הימורים כפייתיים כה־תמכרות וכך נפרצה הדרך לה־גדרת התנהגויות (ולא רק חומ־רים) כהתמכרות. במקביל עלתה כמובן הנגישות הטכנולוגית למין — כגון סרטוני פורנוגר־פיה באינטרנט, צ'אטים מיניים, אפליקציות מין מזדמן — והפ־כה את התופעה לנפיצה מתמיד.

כנס ארוטיקה בברלין, בחודש שעבר. למצולמים אין קשר לכתבה צילום: אקסל שמידט/רויטרס

אך בניגוד להתמכרות להימורים, התמכרות למין עדיין חסרת הגד־רה רשמית במערך האבחון הפסי־כיאטרי, ב־DSM, מה שגורר חוסר אחידות באבחונים. כלומה, קיימים אמצעי אבחון התמכרות למין רבים — למשל, כ־20 שאלונים פסיכיאטריים שונים — וכך יית־כן שאדם יענה על הקריטריונים להתמכרות באמצעי אחד אבל לא באחר. ההצעה לכלול את ההתמ־כרות למין כהפרעה רשמית בפ־רק "הפרעות התמכרות" ב־DSM לא התקבלה ב־2013 בשל היעדר מידע מחקרי מספק בתחום. אך בשנים האחרונות החלו התלונות הקליניות להצטבר ומכאן התגבר העיסוק הקליני והמחקרי בתחום.

השאלונים הפסיכיאטריים בו־חנים אם האדם לוקה במאפייני התופעה כפי שתוארו קודם לכן, כגון קושי להפסיקה ותנודתיות במצב הרוח. לפי מאפיינים אלו ונוספים ניתן לחשוד מי סובל מהתמכרות למין; כיום מדובר ב־3%-6% מהאוכלוסייה הבוגרת.

בכל אופן, להעדפות אישיות תפקיד משמעותי בבחירת הגי־רויים המיניים ומכאן בפוטנ־ציאל להתפתחות ההתמכרות. במחקר שפורסם באפריל בכתב העת Neuroimage עברו 19 גב־רים דימות תהודה מגנטית תפ־קודי (fMRI) — סריקה שמודדת פעילות של אזורים מוחיים בא־מצעות זרימת הדם בהם — בעת צפייה בתמונות פורנוגרפיות. ככל שהתמונות תאמו את העד־פותיהם האישיות (כפי שהגדירו אותן מראש) כך גברה עוצמת הפ־עילות של אזור הקרוי Ventral Striatum ("סטריאטום הגחון"), המהווה חלק חשוב במערכת הג־מול במוח. תמונות פורנוגרפיות אחרות לעומת זאת גרמו לפעילות נמוכה בהרבה באותו אזור. כלו־מר, ניתן להסיק מכך שהעדפה מי־נית שיכולה להגביר אצל אחד את הפוטנציאל להתמכרות לא בהכ־רח תעשה זאת אצל אחר.

יש לציין כי התמכרות למין עלולה להופיע גם בשל מחלות גופניות או פסיכיאטריות או לג־רום להן. על כן, בכל הערכה של התמכרות למין חשוב לבדוק אם הן קיימות ברקע. למשל, בעק־בות אירוע מוחי עלולות להיפגע האונות המצחיות וכך עולה הסי־כון להתנהגות מינית מופרזת, שכן אחד מתפקידי האונות הוא כא־מור לווסת דחפים. התנהגות מי־נית מופרזת עלולה לנבוע גם מה־תקפי מאניה של אנשים הסובלים ממאניה־דיפרסיה (הפרעה דו־קו־טבית), שכן היא אחד מביטויי הת־קפים אלו. או שלחלופין התנה־גות מינית שכזו פוצעת את העור או גורמת למחלות מין מידבקות, למשל בשל אוננות־יתר או ריבוי פרטנרים. התמכרות למין עשויה גם להתלוות להתמכרויות אחרות, כגון לסמים, אלכוהול והימורים. זאת כפי הנראה בשל מנגנונים מוחיים משותפים, כגון שפעול יתר של מערכת הגמול.

הטיפול בהתמכרות למין כו־לל מרכיבים ביולוגיים (תרופ־תיים), פסיכולוגיים וחברתיים בדומה להפרעות פסיכיאטריות אחרות. מטרת הטיפול התרופתי היא להפחית את הדחף המיני או לווסתו. בפועל אין תרופה ייעודית לכך ומדובר בעיקר בתרופות נוג־דות דיכאון שהפחתת החשק המי־ני היא תופעת לוואי שלהן. הטי־פול הפסיכולוגי־חברתי הוא בעי־קר קוגניטיבי־התנהגותי, שבו בין השאר מלמדים את המטופל לה־תמודד עם הדחף המיני באמצעות חלופות כגון טכניקות רגיעה; או שמסייעים לו להבין מהיכן נוב־עות מחשבות כגון "רק אחרי פו־רקן מיני אוכל להירגע" ולהח־ליף אותן במחשבות אחרות. לע־תים קרובות נדרש גם טיפול זוגי לשיקום המיניות ויחסי האמון בין בני הזוג וטיפול במחלות הנלוות אם ישנן.

אנשים הסובלים מהתמכרות למין לרוב פונים בעצמם לטיפול בשל סבלם העצום. אך לצערנו, על אף שההפרעה הולכת ומת־פשטת, המודעות לה עדיין נמו־כה וכך גם זמינות הטיפול עבורה; ברפואה הציבורית אין מרכזי טי־פול ייעודיים וברפואה הפרטית האפשרויות מצומצמות ביותר. הגם שנדרש עוד מחקר רב על בי־טויי ההפרעה ודרכי הטיפול בה, העלאת המודעות אליה ושירותי טיפול זמינים הם נדבך מרכזי בה־פחתת סבל של רבבות.

ד"ר שאולי לב־ran הוא מנהל המרפאה להתמכרויות ותחלואה כפולה וע. מנהל במרכז לבריאות הנפש לב השרון

לסייע לחולי שבץ לחזור לתפקד

צנתור המוח זוכה לעדנה מחודשת. מחקר נרחב שפורסם לאחרונה מצא כי כאשר הוא ניתן בשילוב תרופות הוא יעיל יותר כטיפול בשבץ מוחי ממתן שלהן לבד

איתן אוריאל

שבץ מוחי חסימתי (איסכמי), שמהווה גורם מרכזי לתחלואה ותמותה בגיל המבוגר, נגרם בשל חסימת כלי דם מוחי בקריש דם או תסחיף והפרעה באספקת הדם למוח. כך, האזור המוחי הפגוע, זה שסובל ממחסור בדם וחמצן, מא־בד את יכולות התפקוד שלו, וכ־תוצאה מכך עלול להיפגע תפקוד האיברים שהוא שולט בהם.

גורמי הסיכון העיקריים להיווצרות קרישים ותסחי־פים ולהיצרויות של כלי דם באוכלוסייה המבוגרת הם השמנת יתר, יתר לחץ דם, עישון והפרעה בקצב הלב. הצטברות של שומנים על פני הדופן הפנימית של כלי הדם (טרשת עורקים) עלולה בסו־פו של דבר לגרום להיצרות כלי הדם ולהיווצרות קרישי דם בתו־כם; יתר לחץ דם פוגע במבנה הדו־פן הפנימית של כלי הדם באופן שמעלה את הסיכון להיצרותו (או לקרע שלו); הניקוטין שבסיגריות מאיץ את תהליך טרשת העורקים ומעלה את קרישיות הדם; ובעת הפרעה בקצב הלב (מסוג פרפור עליות) עשויים להשתחרר מחללי הלב הפנימיים תסחיפים שעלו־לים לחסום גם הם את כלי הדם.

הטיפול המקובל בחולים שע־ברו שבץ מוחי איסכמי הוא מתן תוך־ורידי של התרופה tPA אשר ממיסה קרישי דם. זאת בחלון זמנים של עד ארבע שעות וחצי מהופעת התסמינים (כגון סחרחר־רת וחוסר יציבות, הפרעה בש־דה הראייה, חולשת פלג גוף וק־שיים בדיבור או בשפה), כאשר הנזק עדיין הפיך לעתים. אך למ־רות יעילותה המוכחת, חלון הז־מנים הצר של ה־tPA לא מאפ־שר לה לסייע לחלק גדול מהחו־לים, אלו שלא מגיעים בטווח זה לבית החולים. בנוסף, עבור חו־לים שסובלים מחסימה של כלי דם מוחי גדול ה־tPA לא תהיה יעילה לעתים קרובות. כך או כך, בכל חשד לשבץ מוחי יש לפנות מידית לחדר המיון כדי שתתקבל שיפיקו תועלת מצנתור מוח. על סמך המחקרים פרסמה ב־2015 אגודת הלב האמריקאית (AHA) קריטריונים בנושא. מהם עולה כי החולים המתאימים לטיפול זה הם בין השאר כאלו שסובלים מחסימה בכלי דם מוחי מרכזי וגדול, כלומר שנוקקים לשליפת הקריש ואין די בהמסתו, וכאלו שתפקדו עצמאית לפני האירוע.

כעת נשאלת השאלה כי־צד פתיחת כלי הדם החסום בצ־נתור משפרת את תפקודם של החולים הללו; רקמת המוח שכ־

> נמצא כי הצנתור הוריד את דרגת הנכות וסייע לחולים לחזור לתפקוד עצמאי

לי הדם המוחי סיפק לה דם וחמ־צן עד שנחסם (רקמת אוטם) ניזו־קה באופן בלתי הפיך במהרה. עם זאת, הרקמה המקיפה אותה (רק־מת פנומברה) עדיין מקבלת אס־פקת דם מסוימת מכלי הדם הסמו־כים ולכן בשעות הראשונות לאחר האירוע היא עדיין מתפקדת. כלו־מר, קיים חוסר נוירולוגי אבל הוא עדיין הפיך. כך, בצנתור מוח ני־תן בחלון זמנים רחב יותר מארבע שעות וחצי לשלוף את הקריש ול־פתוח את כלי הדם החסום כך שי־ספק דם וחמצן לרקמת הפנומברה ויציל אותה. הניסיון להמיס במק־רה זה את הקריש באמצעות ה־tPA הוא פחות יעיל לפי המחקרים.

מטא־אנליזה, שכללה חמי־שה מחקרים ו־1,287 מטופלים ופורסמה בספטמבר בכתב העת JAMA, בדקה מהו חלון הזמנים שבו צנתור מוח עשוי להיות יעיל כטיפול בשבץ. נמצא כי בטווח של 7.3 שעות בממוצע מהופעת הת־סמינים, טיפול זה בשילוב טיפול תרופתי (ממיסי קרישי דם) שני־תן לפני כן היה יעיל יותר מטי־פול תרופתי בלבד; נמצא כי הוא הוריד את דרגת הנכות בעקבות השבץ לנמוכה יותר בטווח של שלושה חודשים. כלומר, שיפר את החסרים הנוירולוגיים וסייע לחולים לחזור לתפקוד עצמאי.

בסופו של דבר, בשל הקרי־טריונים להתאמת צנתור המוח, רק כעשרה אחוזים מחולי הש־בץ המוחי האיסכמי יפיקו תוע־לת ממנו. עם זאת, בעקבות המח־קרים האחרונים בתחום, נראה כי טיפול זה יכול לשפר משמעותית את תפקודם לאחר השבץ ולסייע לעצמאותם.

ד"ר איתן אוריאל הוא מומחה לנוירולוגיה ומחלות כלי דם של המוח ומנהל המחלקה הנוירולוגית במרכז רפואי כרמל

הרופא היהיר

הפטרנליזם של הרופא והאסימטריה שביחסיו עם החולה כפי שהם מובעים בספרות

לימור שריר

"חדשות יפות שמעתי בפתח, שמתקלסים בהוראות שלי ומסר־בים לקבל תרופות שאני רושם... עוזות נפש שאין כדוגמתה!... חוקן שנתתי ליבי להתקינו במו ידי... וכאן מסרבים לקבלו... זהו מעשה שלא יתואר!". זוהי תגובתו הזו־עמת והמוגזמת של הרופא על אי ציות החולה להוראתו, המסמלת התנהלות יהירה ופטרנליסטית, מתוך המחזה "החולה המדומה" מאת המחזאי הצרפתי מולייר, שהוצג לראשונה ב־1673.

עוד בימי הביניים, תקו־פה שבה מחלות ומגפות הכחי־דו אוכלוסיות שלמות, גבר הפחד מהן ועמו התלות המוחלטת ברו־פא, כיודע־כל, וסופרים ומחזאים הביעו ביקורת על היותו כזה בא־מצעות הגרוטסקה, הסאטירה והפרודיה. למשל, הסופר והמ־שורר האנגלי ג'פרי צ'וסר מתאר בספרו משנות ה־80 של המאה ה־14 "סיפורי קנטרברי" רופא נודע המשוכנע שאינו יכול לט־עות וגם עשה יד אחת עם רוק־חים כדי להתעשר: "ריפא בשעת רצון לכוכבים... מקור כל מחלה מיד ניחש... וקהל רוקחיו מוכן... כי כל אחד בוכות רעו נשכר". גם מחזות וסיפורים מאוחרים יותר המשיכו לבקר את דמותו של הרופא כיהיר, פטרנליסטי ומורם מעם. הסופר והמחזאי הרוסי אנ־טון צ'כוב מתאר את הפטרנליזם של הרופאים הפסיכיאטרים ואת הנוזק האינטלקטואלי־שכלי שהם גורמים למטופליהם. בסיפורו "הנזיר השחור" מ־1886 מתארת אותם דמותו של אנדריי ואסיליץ' קוברין, המגיסטר רואה החזיונות: "הרופאים וקרובי משפחה טו־בי לב יביאו בסופו של דבר לידי כך שהאנושות תיטמטם, הבינו־ניים ייחשבו לגאונים והציבילי־זציה תאבד". ובמחזה "הדילמה של הרופא" מ־1906 מאת המח־זאי האנגלי ג'ורג' ברנרד שו, גי־בור המחזה — רופא מוכר ונערץ — מתאהב באשתו של חולה שח־פת סופני, מסרב לטפל בו ומפנה אותו במתכוון לרופא לא יוצלח כדי לגרום למותו. לאחר מכן, כא־שר מתחוור לו שאותה אשה כבר נישאה בשנית לאחר מות בעלה, הוא מתוודה: "רצחתי סתם אדם, ללא כל מטרה. אבל אני רופא, אין לי ממה לחשוש...".

הסופר והסאטיריקן היהודי יצחק ארטר הוקיע בספרו "גל־גול נפש" מ־1845 את "קלון הרופאים הבורים, הקונים את לב ההמון העברי בהליכותיהם הגאות, בסוסיהם ומרכבותיהם..., גוזלים וחומסים את החולים הע־ניים ומאבדים בסַמֵּי־רפואותיהם הרבה נפשות, הבוטחות בהם וב־חכמתם". גם גדול הסופרים הע־בריים ש"י עגנון לא חסך דברי ביקורת על דמות הרופא. ברו־מן שלו מ־1935, "סיפור פשוט", מספר הירשל הורביץ גיבור הסי־פור ש"חדרו של הרופא יפה מר־פואותיו... שזה הביאני לידי שינה ואילו הן אינן מועילות כלום", ו"שהרופא בא לתקן את הגוף ומחלה את הנפש". והרופא, הפ־סיכולוג והסופר היהודי פרופ' פישל שניאורסון מפליא לתאר את ד"ר גלייך בספרו "הרופא והפילוסוף" מ־1976: "שהיה... מתבל את דבריו במילות לטי־ניות סודיות המפילות אימה על השומעים".

> "רצחתי סתם אדם. אבל אני רופא, אין לי ממה לחשוש..."

ציטוטים מן הספרות ממחישים את האסימטריה שביחסי הרופא־חולה שקיימת מימים ימימה ואת תחושות החולה לגבי התנהלותו הפטרנליסטית של הרופא. הרו־פא נחשב בעבר לאוטוריטה שאין לערער עליה — לרוב חרץ את גו־רלו של החולה מבלי לשתף אותו בטיפול ומבלי לקבל את הסכמ־תו. ומאז ומתמיד החברה מחפ־שת מנגנונים שירככו את האסי־מטריה ואת הפטרנליזם המוב־נים ביחסים אלו. אחד העיקריים שבהם הוא חוק זכויות החולה, שבישראל נחקק ב־1996 כנגזרת של חוק יסוד: כבוד האדם וחי־רותו, שמבטא מעבר חד מפטר־נליזם לאוטונומיה; הרופא נדרש למסור לחולה את המידע הרפואי הדרוש לו, וכך משמש כמקור מי־דע ונותן שירות, והחולה מחליט אם לקבל את הטיפול המוצע לו. גם מהפכת הטכנולוגיה החלישה את האסימטריה בין הרופא לחו־לה. כיום לחולה יש גישה בלתי מוגבלת למידע רפואי, והוא לא נחשב לנחלתו הבלעדית של הרו־פא. כך נוצר הצורך להגדיר מח־דש את הקשר המקצועי ביניהם.

ד"ר לימור שריר היא רופאה ומרכזת קורס ספרות ורפואה בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב ומחברת הספר "הרהורים על ספרות ורפואה – דיילמות ביחסי רופא־חולה"

לתת תקווה למתקרחים ששום טיפול לא מסייע להם

אלופסיה אראטה היא מחלה שגורמת לנשירת שיער, נקודתית או נרחבת. מחקרים חדשים מצאו כי ניתן לטפל בה בתרופות שמיועדות למחלות אחרות, ממאירות ודלקתיות

יובל רמות ואברהם זלוטוגורסקי

אלופסיה אראטה (קרחת סג־לגלה בעברית) היא מחלה שגו־רמת לנשירת שיער בקרב כשני אחוזים מהאוכלוסייה, נשים וג־ברים בכל גיל. אצל רוב החולים השיער נושר באזור מוגבל בלבד, בקרקפת או בזקן, ונוצרת קרחת קטנה בצורה אליפטית. אצל חלק מהם נושרים גם הגבות, הריסים או שערות באזורים אחרים בגוף. במיעוט המקרים המחלה גור־מת לנשירת שיער מאזורים נר־חבים יותר בגוף ואפילו מכולו או מכל הקרקפת. בניגוד למקרי הנ־שירה הנקודתית הקלים והבינו־ניים, שבהם השיער יכול לעתים לצמוח חזרה ספונטנית לאחר כמה חודשים, במקרים הקשים השיער לא חוזר לצמוח, מה שפוגע משמ־עותית באיכות חייהם של החולים וברווחתם. הסיבות ללקות בדרגת מחלה כזאת או אחרת אינן ידועות וכיום לא קיים טיפול מלא בה; בחסר נרחב או מלא של השיער ניתן לטפל כיום בעיקר בסטרואיד מסוג קורטיזון, נוגד דלקת שמ־צמית את השיער שוב, זמנית או באופן קבוע, אך טיפול ממושך בו אינו אפשרי בשל תופעות הלוואי שהוא גורם להן כגון יתר לחץ דם, סוכרת והשמנה.

אלופסיה אראטה היא מחלה אוטואימונית, שבה מערכת החי־סון תוקפת את הגוף. מחקר שפו־רסם בכתב העת Nature ב־2010 אפשר להבין טוב יותר את המ־נגנונים העומדים בבסיסה. במ־חקר זה נאספו דגימות עור ודם מ־1,054 חולי אלופסיה אראטה ומקבוצת ביקורת של 3,278 נב־דקים בריאים, ונבחן הגורם הגנ־טי להתפתחות המחלה באמצעות בדיקה גנומית. באמצעות השוואת הגנום של הנבדקים נמצא כי המ־חלה מתפתחת בשל נטייה גנ־טית — נוכחות של 18 גנים שרו־בם פוגעים בפעילות התקינה של מערכת החיסון, ובאופן ספציפי בתאים שלה, תאי דם לבנים מסוג T; נמצא כי אותם גנים מובילים ליצירת חלבונים דלקתיים (ציטו־קינים) שגורמים לתאי ה־T לתקוף את זקיקי השיער ולהביא לנשיר־תו. כלומה, כך הזקיקים מפסיקים לגדול ולייצר שיער ועוברים למ־עין תרדמת עד שמפסיק תהליך ייצור החלבונים הדלקתיים. ניתוח מעמיק של דגימות החולים (הע־רכה כמותית של הגנים) גילה כי בתקיפתם את זקיקי השיער, תאי ה־T למעשה מפריישים אינטרפ־רון — חלבון דלקתי הידוע כמש־פעל את מערכת החיסון — הגו־רם גם לתאי הזקיקים עצמם להֵ־פריש חלבונים דלקתיים.

ממצא זה פתח צוהר לניסיונות טיפול בתרופות חדשות, כאלו המ־עכבות את יצירת החלבונים הדל־קתיים שנמצאו בתאי ה־T ובתאי הזקיקים, חלבונים המכונים JAK. נמצא כי תרופות אלה מסוגלות לרסן את חלבוני ה־JAK, וכך נע־צר התהליך הדלקתי בזקיקים, ני־תן להעיר אותם מתרדמתם ולחדש את צמיחת השיער. שתיים מהתרו־פות האלו, ממשפחת מעכבי JAK, כבר נמצאות בסל הבריאות, אך לא לטיפול באלופסיה אראטה: רוקסוליטיניב מאושרת לטיפול במחלות ממאירות של מח העצם וטופסיטיניב מאושרת לטיפול בד־לקת מפרקים שגרונית. שני מח־קרים שפורסמו בספטמבר בכתב העת JCI Insight דיווחו על חו־לים שסבלו מאלופסיה אראטה בד־רגה בינונית־קשה — נשירת שי־ער מחלקים נרחבים מהקרקפת (מעל 50% ממנה) או מכל הקר־קפת או הגוף — וטופלו בתרופות אלה. במחקר הראשון טופלו 66 חולים בטופסיטיניב, ואצל כש־ליש מהם חלה צמיחה משמעותית קלינית של שיער הקרקפת (מעל 50%). במחקר השני טופלו 12 חולים ברוקסוליטיניב, ואצל תש־עה מהם חלה צמיחה משמעותית קלינית של השיער. תופעות הלוואי היו זיהומים קלים בדרכי הנשימה העליונות שלא דרשו הפסקת טי־פול. שני מחקרים נוספים, שפו־רסמו החודש בכתב העת JAAD Journal of the American) (Academy of Dermatology, מצאו כי הטיפול בטופסיטיניב הצליח לסייע לצמיחה משמעו־תית מחודשת של שיער הקרקפת בקרב תשעה מתוך 13 נערים עם אלופסיה אראטה בתוך כחצי שנה בממוצע, עם תופעות לוואי קלות; ובקרב 58% מתוך 90 חולים בד־רגה קשה בתוך ארבעה עד 18 חו־דשים. יש לציין כי כמה חוקרים מתוך המחקרים הללו קשורים לח־ברות תרופות המפתחות את מע־כבי ה־JAK.

המוקד האליפטי של הנשירה צילום: אברהם זלוטוגורסקי

גם במרפאתנו, מרפאת השיער בהדסה עין כרם, טופלו בהצלחה כמה חולים בטופסיטיניב וברוק־סוליטיניב. בנוסף, במחקר שערכ־נו במרפאה, שפורסם ב־2015 בכ־תב העת EBioMedicine, מצאנו כי עוד תרופה השייכת למעכ־בי ה־JAK, בריסיטיניב, הנמצאת בשלבי מחקר לטיפול במחלות דלקתיות, הצליחה להצמיח שי־ער קרקפת של חולה אחד בדרגה קשה. הוא נוטל את הטיפול כבר ארבע שנים מבלי לסבול מתופ־עות לוואי ושערו ממשיך לצמוח ומכסה את כל הראש.

אמנם תוצאות המחקרים הללו ראשוניות בלבד ומבוססות על מעט חולים, אך העדויות המצט־ברות מפיחות תקווה עבור חולים רבים, גם בדרגה קשה, שטיפולים אחרים לא סייעו להם.

הכותבים עובדים בבית החולים הדסה עין כרם: פרופ' יובל רמות הוא מנהל מרפאת הידראדניטיס סופורטיבה ופסוריאזיס במחלקת עור ומין, ופרופ' אברהם זלוטוגורסקי הוא מנהל מרפאת השיער ומחלקת עור ומין

עורכת המדור: רונה מור rona.mor@haaretz.co.il