

העמותה הישראלית לסרטן העור

הנגשת מידע ותמיכה לחולי מלנומה וסרטני עור אחרים



הבית של כל חולי  
סרטן העור בישראל  
מדריך למטופל

## תוכן עניינים

5 עמ'	הקדמה.....
6 עמ'	מהי מלנומה?.....?
8 עמ'	שלבי התפתחות של מלנומה.....
9 עמ'	כיצד ניתן להעריך את חומרת המחלה.....
11 עמ'	הטיפול במלנומה.....+
21 עמ'	סוגי מלנומה.....?
25 עמ'	ניסויים קליניים.....?
28 עמ'	סרטן עור שאינו מלנומה.....?
33 עמ'	אבחון מוקדם.....?
35 עמ'	מרכזי טיפול המתמחים במלנומה.....H
39 עמ'	מיצוי זכויות.....?
40 עמ'	העמותה הישראלית לסרטן העור.....

העמותה הישראלית לסרטן העור  
הוקמה כמרחב לשיח, שיתוף והעצמה  
למאובחנים ותומכיהם והנגשת מידע חיוני  
מעודכן מהארץ ומהעולם, תוך כדי קידום ועיצוב  
מדיניות להעלאת המודעות לסרטן העור וחשיבות  
הגילוי המוקדם בקרב הציבור בישראל.

יש בי אהבה

והיא תתעורר ותיגע

יש בי אהבה

והיא תנצח

## הקדמה

- סרטן, סיבת המוות השנייה בשכיחותה (אחרי מחלות לב וכלי-דם). היא לא מחלה בודדת אלא **אוסף של מחלות ותסמינים** שמביאים לחלוקה בלתי נשלטת של תאים באזור מסוים בגוף.
- רוב התאים מתחלקים במהלך החיים כדי לשמור על התפקוד התקין של הרקמה והגוף. בתאים תקינים ישנם מנגנונים שמווסתים חלוקה זו ומונעים יצירה עודפת של תאים. סרטן מתרחש כאשר תא (או קבוצת תאים) מתחיל להתחלק ללא שליטה, ומכאן שכל התאים בגידול סרטני הם בעלי מקור משותף אחד – תא מקור או "תא האם".
- **תא הופך לסרטני רק כאשר החומר הגנטי שבו עובר מספר גדול של מוטציות** – שינויים בחומר הגנטי. מוטציות עלולות להתרחש כתוצאה מעישון, חשיפה לחומרים כימיים, חשיפה לקרינה (כולל קרינת השמש) וגיל מבוגר. גנטיקה מהווה גורם סיכון משמעותי בחלק מסוגי הסרטן, כמו לדוגמא בסרטן השד או סרטן המעי הגס.
- **גידול יכול להיות שפיר או ממאיר**. גידול שפיר הוא הצורה הקלה יותר של המחלה: הוא גדל לאט, בדרך-כלל עטוף במעטפת ואינו נוטה לשלוח גרורות. מנגד, גידול ממאיר הוא הצורה הקשה של המחלה והוא נוטה לגדול מהר, לחדור לרקמות שכנות ולשלוח גרורות.
- ההתמודדות עם מחלת הסרטן הינה מאתגרת וכוללת מרכיבים פיזיים ונפשיים. חשוב ליצור מעטפת תמיכה לחולה, שכוללת הן את הרופא המטפל והן את המשפחה, החברים הקרובים ובמקרה הצורך גם עובד סוציאלי או פסיכולוג.
- על-פי נתוני משרד הבריאות, מדי שנה מתגלים כ־30 אלף חולי סרטן חדשים, כשסוגי הסרטן הנפוצים ביותר הם סרטן השד, סרטן המעי הגס, סרטן הערמונית וסרטן העור (כולל מלנומה).

### כתבה וערכה:

ד"ר חדוה גונן,

מייסדת ויו"ר העמותה הישראלית לסרטן העור

### תודות:

למנכ"לית היוצאת: עינבל כהן תובל

למנכ"לית הנכנסת: קרן ביתן שמש

למנהלת הפרויקטים: שרה יזרעאל

תודה למתנדבי העמותה שמקדישים ממרצם וזמנם  
לפעילות העמותה.

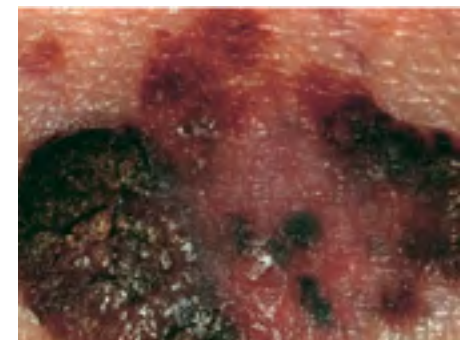
לחברות התומכות בפעולות העמותה: BMS, MSD,  
Novartis, Medison, La Roche Posay

ואחרונים אך מאוד יקרים: לקהילת המטופלים  
ובני המשפחה על האמון, על השיתוף ועל ההעצמה.

\* אין להתייחס למידע המובא כאן כהמלצה או יעוץ  
רפואי, ובוודאי שלא כתחליף להתייעצות עם הרופא  
המטפל, אלא כמידע כללי שעוזר להתמצא במונחים  
הרפואיים ובשיטות הטיפול השונות.

מהדורה שלישית – ינואר 2025

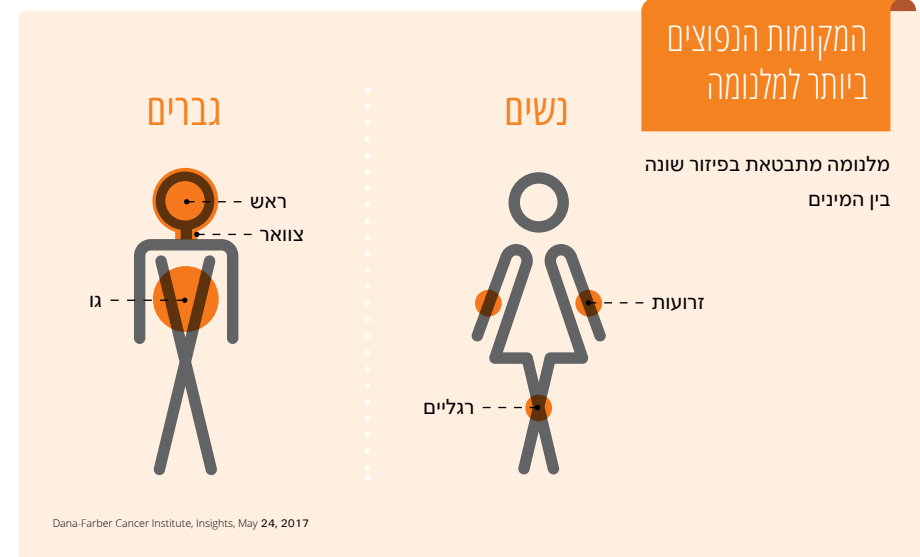
- **מלנוציטים** הם תאים בעור המייצרים מלנין – פיגמנט חום שמטרתו להכהות את העור על מנת להקטין את כמות קרני השמש שחודרות אל השכבות התחתונות של העור. מלנין הוא הסיבה לצבע העור הכהה שמתקבל כתוצאה משיזוף.



- מלנומה היא **סרטן ממאיר שמקורו בתאי המלנוציטים**. מכיוון שהמלנוציטים אחראים על ייצור המלנין, סרטן שמקורו בתאי מלנוציטים מתבטא בגוש כהה עם גוונים שונים של שחור, אפור, חום, כחול כהה ואדום, ובעל שוליים לא סדירים. הצורה "השפירה" של מלנומה היא שומה או נקודת חן.

- **מלנומה מוגדרת כסרטן העור החמור והקטלני ביותר**. בישראל מאובחנים בה כ-1,800 חולים בשנה. מרביתם מאובחנים בשלבים המוקדמים של המחלה

## המקומות הנפוצים ביותר למלנומה



## גורמי הסיכון למלנומה

- מחלות גנטיות מסוימות
- חשיפה לקרינה על סגולית (UV)
- היסטוריה של כוויות שמש
- ריבוי שומות
- עור בהיר, עיניים בהירות
- היסטוריה משפחתית למחלה
- כשל חיסוני
- גיל מתקדם, מין זכר

שבה המלנומה מרוכזת בעור בלבד וטרם הספיקה להתפשט מעבר לכך. מלנומה מהווה כ-5-7.5 אחוזים מכלל הגידולים הסרטניים בגברים ובנשים. בגברים ההסתברות לחלות במחלה גבוה יותר והיא מאופיינת בפיזור שונה בין המינים: בעוד נשים סובלות ממלנומה בעיקר בגפיים, אצל גברים היא מופיעה באזור הגו והראש. שיעור התחלואה עולה עם הגיל. המחלה בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל היא נדירה.

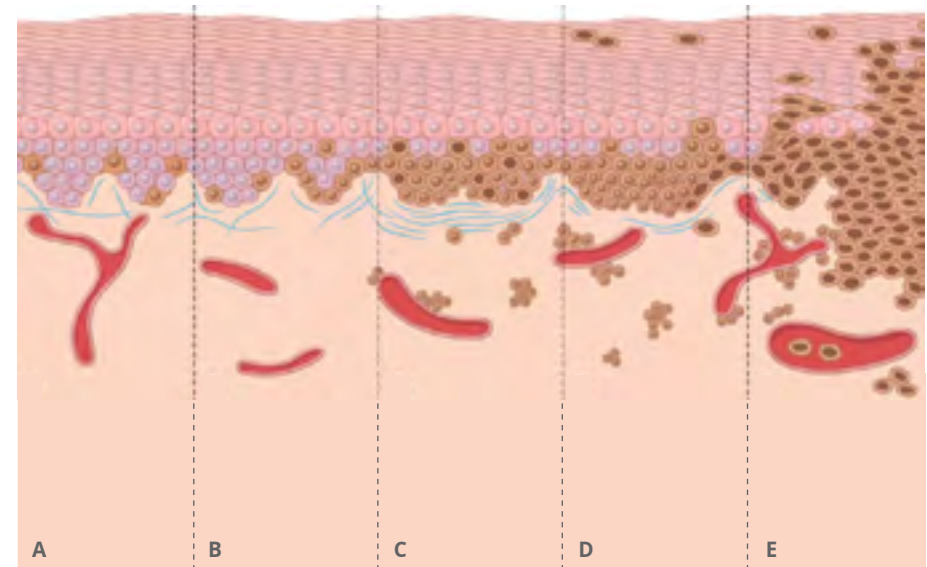
- **גורמי הסיכון למלנומה כוללים:** עור בהיר ועיניים בהירות, ריבוי נגעי שמש (מעל ל-50 שומות), חשיפה לקרינה אולטרא-סגולה (בעיקר קרינת UVB), רקע משפחתי, עישון, צריכת אלכוהול ודיכוי המערכת החיסונית. יש לציין שהסוכנות הבינלאומית לחקר הסרטן (IARC) סיווגה את הקרינה האולטרא-סגולה כמסרטן אנושי ודאי.

- **על פי נתוני משרד הבריאות**, במשך יותר משני עשורים עלה שיעור המלנומה בישראל באופן הדרגתי. בשנים האחרונות, בעקבות סידרה של התערבויות שנקטו משרד הבריאות, משרדי ממשלה אחרים וארגונים כמו האגודה למלחמה בסרטן, נעצרה מגמת העלייה ואף נצפתה ירידה קלה.

- **60% ממקרי המלנומה מופיעים כשומה חדשה על העור בעוד ש-40% מתבטאים כשינוי בשומה קיימת.** לכן – חשוב מאוד לבצע מעקב אחר שומות חשודות אחת לתקופה אצל רופא העור.

## שלבי ההתפתחות של מלנומה

מלנומה מתפתחת בשלבים, החל ממלנומה מקומית (melanoma in situ) ועד מלנומה גוררתית שמשפיעה על איברים רבים בגוף. כמו בכל סוג של סרטן, ככל שהגילוי נעשה בשלב מוקדם יותר – כך סיכויי ההחלמה טובים יותר.



- A** עור נורמלי עם מספר מועט של מלנוציטים.
- B** התרבות (היפרפלזיה) של מלנוציטים.
- C** היפרפלזיה נוספת עם חדירה לשכבות העמוקות של העור ורקמות חיבור.
- D** הופעת מלנוציטים בשכבות השטחיות של העור, כולל הופעת שומות חדשות.
- E** מלנומה מתקדמת עם חדירה לכלי דם ואפשרות לשליחת גרורות.

תורן: Robbins basic pathology

## כיצד ניתן להעריך את דרגת המחלה?

מבחינה קלינית – נהוג להעריך גידולים סרטניים על פי GRADING (צורת התאים במיקרוסקופ) או STAGING (גודל הגידול ודרגת התפשטות):

### Stage 0

נקרא גם melanoma in situ: תאי מלנומה נמצאים רק בשכבה החיצונית של העור, האפידרמיס.

הטיפול כולל הסרה כירורגית של הנגע יחד עם חלק קטן מהשוליים הבריאים כדי להבטיח שהאזור נקי מתאים סרטניים.

### Stage 1

הגידול חדר לדרמיס. עובי הגידול עד 2 מ"מ והוא עלול להיות כיבי (פצע פתוח ודלקתי ברקמה).

הטיפול כולל ניתוח כריתה מקומית נרחבת (Wide Local Excision). במלנומה שמערבת את שכבות העור בעומק של 0.8 מ"מ ומעלה או כזאת עם התכייבות, מקובל ליטול דגימה של בלוטת הזקיף בנוסף לכריתה המקומית הנרחבת. פרוט בעמ' 11.

### Stage 2

הגידול חדר לדרמיס. שלבים אלו מחולקים לתתי-שלבים (IIC-IIA), בהתאם לעומק החדירה (נמדד במילימטרים) ובהתאם לנוכחות נמק/התכייבות בגידול.

הטיפול כולל כריתת הרחבה ודגימת בלוטת זקיף, ראה עמ' 11. אם נקבע שהמטופל בשלב IIB או IIC יוצע טיפול מונע בדומה לזה הניתן למחלה גוררתית למשך שנה. בנוסף יתבקש המטופל לעבור הדמיית (ראה עמ' 19).

## Stage 3

הגידול התפשט מהאתר הראשוני לבלוטות לימפה סמוכות או שלח לסביבתו מיקרו-גרורות תת-עוריות. שלב זה מחולק לארבעה תתי-שלבים (IIIA-IIID), בהתאם למספר בלוטות הלימפה המעורבות ועוד.

טיפול מונע בנוסף לכריתה המקומית הנרחבת. הטיפול דומה מאוד לזה שניתן למחלה ממושטת (גרורתית) – כלומר בשלב 4. הטיפול ניתן למשך שנה ובמקביל מתקיים מעקב אונקולוגי שכולל הדמיות (ראה עמ' 19).

## Stage 4

מלנומה גרורתית: תאי המלנומה התפשטו לאיברים מרוחקים בגוף כגון הריאות, הכבד או המוח.

הטיפול כולל הסרה כירורגית של הנגעים שניתנים להסרה, טיפולים תרופתיים (אימונותרפיה וטיפול מכוון מטרה) והשתתפות במחקרים וטיפולים ניסיוניים.

# הטיפול במלנומה אפשרי

ישנם שני טיפולים עיקריים במלנומה: טיפול ניתוחי וטיפול תרופתי.

## הטיפול הניתוחי

הטיפול הניתוחי במלנומה כולל ארבעה סוגים של טיפולים, והבחירה ביניהם נעשית כתלות בשלב המחלה:

### 1 הסרת הנגע

כאשר הנגע הוא שטחי ומוגבל לשכבה החיצונית של העור ניתן לבצע הסרה של הנגע, לרוב בהרדמה מקומית, עם כריתה של מספר מילימטרים נוספים מהשוליים, על מנת לוודא שכל התאים הממאירים הוסרו. בדרך כלל מדובר בניתוח פשוט יחסית עם החלמה מהירה ואחוז סיבוכים קטן.

### 2 כריתה מקומית נרחבת (Wide local excision)

אם התגלתה מלנומה בביופסיה, והשוליים אינם נקיים יש צורך לבצע כריתה נרחבת. המנתח מסיר חלק קטן מהרקמות שנראות תקינות באזור המקיף את הגידול (שוליים – margins). פעולה זו נדרשת כדי להבטיח שלא נותרו תאים סרטניים, ומפחיתה את הסיכון להישנות המחלה. אם עובי הגידול הסרטני קטן מ-1 מ"מ יהיה צורך להסיר ס"מ אחד של עור בריא. אם המלנומה עבה מ-1 מ"מ, תכלול הרחבת החתך 2 ס"מ של עור בריא מכל צד של צלקת הביופסיה הראשונית. כריתה מקומית נרחבת תעשה בהרדמה מקומית, אלא אם כן תהיה משולבת עם בדיקת בלוטת זקיף (ראה בפסקה הבאה) ואז יתבצע ההליך בהרדמה כללית.

### 3 בדיקת בלוטת זקיף ו/או הסרת בלוטות לימפה

בלוטות לימפה הן איברים השייכים למערכת החיסון, והן מאכלסות צברים של תאי חיסון שממתינים למפגש עם פתוגנים מחוללי מחלה. תפקיד נוסף של מערכת הלימפה היא ניקוז הנוזל הבין-תאי והובלתו חזרה לדם. אם הניקוז נעשה מאזור שבו יש נגע סרטני, תאי סרטן עלולים "לברוח" מהגידול המקורי ולהגיע לבלוטות הלימפה, בדרך כלל לבלוטה הראשית שמנקזת את האזור הנגוע ונקראת "בלוטת זקיף" או "sentinel lymph node". בדיקה זו נעשית לכל אדם שאובחן בגידול מלנומה

שבביופסיה ראו שעוביו גדול מ-0.8 מ"מ או שיש בו התכייבות. לפני הכריתה המקומית הנרחבת, מוזרקת כמות מזערית של חומר רדיואקטיבי סביב האזור שבו אובחן הגידול ולאחר מכן נעשה מיפוי גרעיני שמדגים לאילו בלוטות לימפה ראשונות (ובהן בלוטת הזקיף) הגיע החומר. אחר כך, בעת הכריתה, מוזרק נוזל כחול לאזור שאליו הוזרק החומר הרדיואקטיבי, ובלוטת הזקיף נצבעת, נכרתת ונשלחת לביופסיה כדי לראות אם היא נגועה. אם לא ימצאו בה תאים סרטניים, זה אומר ששאר בלוטות הלימפה נקיות גם הן והמחלה לא מפושטת (גידול בשלב 1 או 2). אם ימצאו בה תאים סרטניים, המלנומה תוגדר כשלב 3 ויהיה צורך בטיפול למניעת מחלה גרורתית (ראה בהמשך "טיפול אדג'ובנטי").

#### 4 ניתוח להסרת גרורות

גרורות הן מוקדים משניים של מחלת סרטן מפושטת. מטרת הניתוח, שמבוצע תמיד בהרדמה כללית, היא הסרת הגרורות כדי להשיג שליטה טובה יותר על המחלה ולמנוע כאב או סבל כתוצאה ממיקום הגרורה.

### הטיפול התרופתי

פתרון ניתוחי מהווה ברוב המקרים רק חלק מהטיפול ולעיתים אינו אפשרי. במקרים אלו ישקל מתן טיפול תרופתי. בשנים האחרונות חלה התפתחות עצומה בפיתוח טיפולים למלנומה גרורתית, ועיקרם מובאים כאן:

#### 1 טיפול מכוון מטרה (טיפול ביולוגי או Targeted Therapy)

טיפול "מכוון מטרה", targeted therapy, הידוע גם כ"טיפול ביולוגי", הוא טיפול שמתערב בתהליכים ביולוגיים טבעיים וגורם להם לפתוח במלחמה כנגד הגידול הסרטני. הטיפולים הביולוגיים מתקיפים את תאי הסרטן עם תופעות לוואי קלות יותר מאלו שיש בכימותרפיה או הקרנות. הטיפולים הללו הם חלק מתחום "הרפואה המותאמת אישית", שלוקחת בחשבון את המאפיינים הגנטיים של הגידול ובמקרים רבים הם השיטה המועדפת לטיפול בסוגי סרטן שונים, כולל מלנומה.

### מעכבי BRAF

כמחצית מחולי המלנומה נושאים מוטציות בגן BRAF שאחראי על יצירת חלבון שמביא להתחלקות מהירה של תאי המלנומה. תרופות מעכבות חלבון BRAF מחזירות לתא את היכולת לבצע רגולציה על ההתחלקות של עצמו, בדרך-כלל על ידי הפעלת מנגנון הרס עצמי (שחסר בתאי סרטן).

#### נוגדי BRAF הנמצאים בשימוש כיום הם:

- ומוראפניב (Vemurafenib), שם מסחרי: זלבורף (Zelboraf).
- דברפניב (Dabrafenib), שם מסחרי: טפינלר (Tafinlar).
- אנקורפניב (Encorafenib), שם מסחרי: בראפטובי (Braftovi).

יש לזכור שתרופות אלה יעילות רק נגד מלנומה עם מוטציה בגן BRAF. בחולים ללא מוטציה זו, שימוש במעכב BRAF עלול לגרום לעיתים לתגובה הפוכה – גדילה מואצת של הסרטן. התרופות ניתנות ככמוסות, מיועדות בעיקר לחולים בשלבים מתקדמים של המחלה וגורמות להתכווצות הגידולים אצל החולים הנושאים את המוטציה. תופעות הלוואי כוללות פריחה, חום שעשוי להגיע ל-40 מעלות, גרד, רגישות לשמש, כאבי פרקים, שלשולים, פגיעה בכליות ובכבד. לרוב תופעות אלו חולפות כמה ימים לאחר הפסקת הטיפול, ולעיתים אינן נשנות בעת חידושו.

### מעכבי MEK

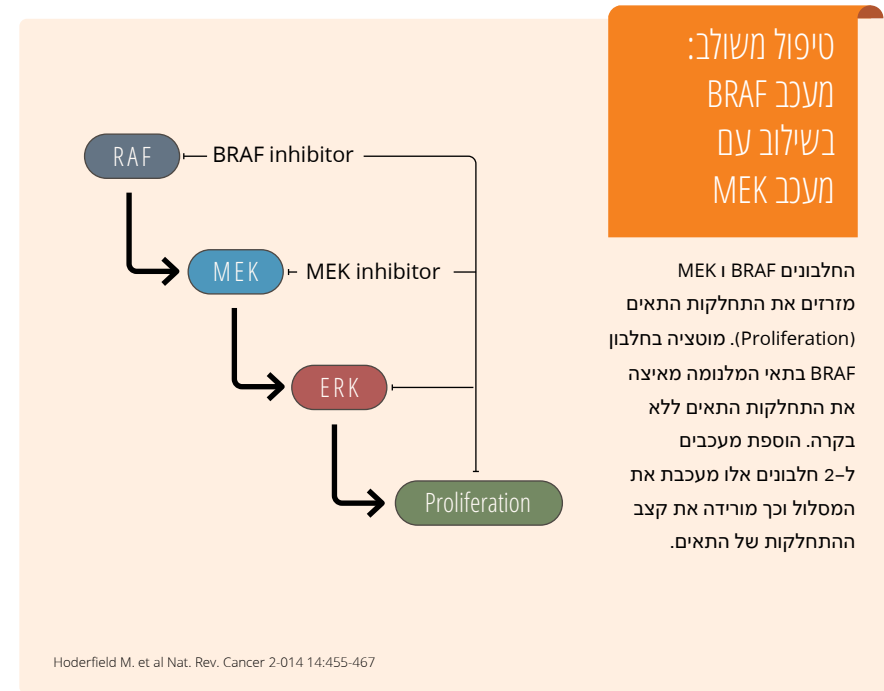
תרופות אלו מעכבות את פעילותו של חלבון בשם MEK וכך פוגעות ביכולת החלוקה של תאים סרטניים. תרופה זו יעילה בעיקר במקרים בהם קיימת מוטציה בגן BRAF.

#### נוגדי MEK הנמצאים היום בשימוש:

- קובימטיניב – Cobimetinib, שם מסחרי: קוטליק (Cotellic).
- טרמטיניב – Trametinib, שם מסחרי: מקיניסט (Mekinist).
- בינימטיניב (binimetinib), שם מסחרי: מקטובי (Mektovi).

### שילוב נוגדי BRAF עם נוגדי MEK

מחקרים מצאו שבעוד שעיכוב חלבון BRAF בלבד מוביל לנסיגה של הגידול לזמן קצר בלבד, עיכוב בו זמני של חלבון MEK עשוי להאריך את האפקט מעכב הגדילה על תאי הסרטן. שילוב של שתי תרופות ביולוגיות מביא בחלק גדול מהחולים לנסיגה של הגידול, שיכולה להימשך חודשים עד שנים, ללא עליה בשיעור תופעות הלוואי. כ-20% מהחולים יגיבו היטב לטיפול הביולוגי גם לאחר חמש שנים מתחילתו והמלנומה שלהם תיסוג במהרה. אולם אצל חולים רבים תפתח עמידות לטיפול זה לאחר כשנה-שנה וחצי, ואז לרוב המשיך הטיפול יהיה אימונתרפיה.

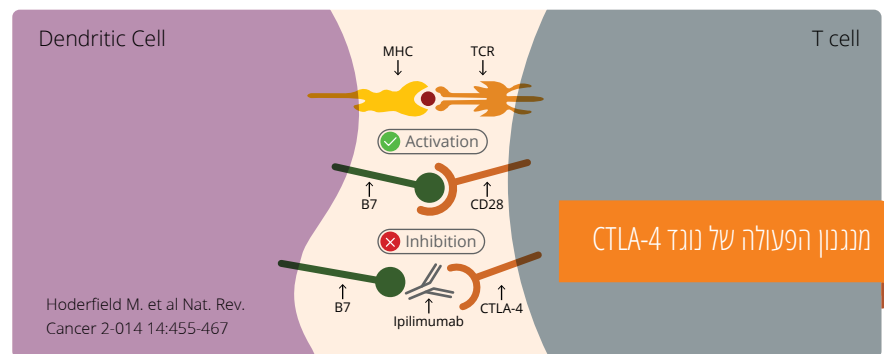


### 2 אימונתרפיה

הטיפול באימונתרפיה מתמקד בהפעלת המערכת החיסונית של המטופל לצורך הרס של התאים הסרטניים, במיוחד במקרים בהם יש חשש ממחלה גרורתית או מחזרה של המחלה. תרופות אימונתרפיות מבוססות ברובן על נוגדנים שגורמים ליצירת תגובה חיסונית, או להעצמת תגובה קיימת כנגד תאים סרטניים. התגובה החיסונית תלויה בחלבונים רבים, חלקם זרזים וחלקם מעכבים. ההנחה היא שהתגברות על מנגנוני ההגנה של הגידולים תאפשר תגובה קלינית ממושכת, בשל יצירת תגובת זיכרון חיסוני. הטיפול ניתן בעירוי לוריד מדי שבועיים או שלושה.

**נוגד חלבון CTLA-4**

- איפילימומאב - Ipilimumab, שם מסחרי: יירבוי (Yervoy).



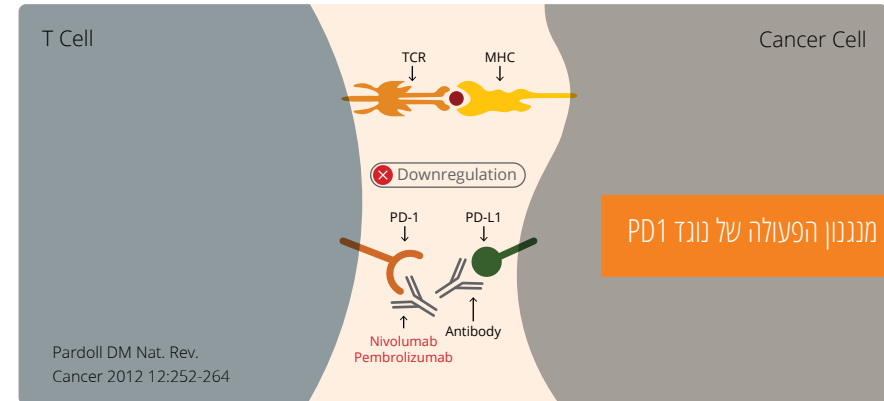
איפילימומאב הוא נוגדן חד-שבטי (נוצר על ידי אותו סוג של תאי מערכת החיסון שמקורם בתא יחיד), שנצמד לקולטן CTLA-4 הנמצא על פני מעטפת לימפוציטים מסוג T וגורם להפעלתם (ראה ציור). ההפעלה המוגברת של תאי T מאפשרת למערכת החיסון להילחם בתאי הגידול. תופעות הלוואי המרכזיות של איפילימומאב נובעות ממנגנון הפעולה שלו, קרי: הפעלה אוטואימונית כנגד איברים שונים. האיברים המרכזיים שעשויים להיפגע הם מערכת העיכול (שלשול/קוליטיס) והעור (פריחה וגרד). באופן נדיר יותר יכולה להיות פגיעה בכבד, וכן הפרעות הורמונליות.



**נוגד חלבון PD-1**

**כיום נמצאים בשימוש שני מעכבי PD-1:**

- ניבולומאב - Nivolumab, שם מסחרי: אופדיבו (Opdivo).
- פמברוליזומאב - Pembrolizumab, שם מסחרי: קיטרודה (Keytruda).



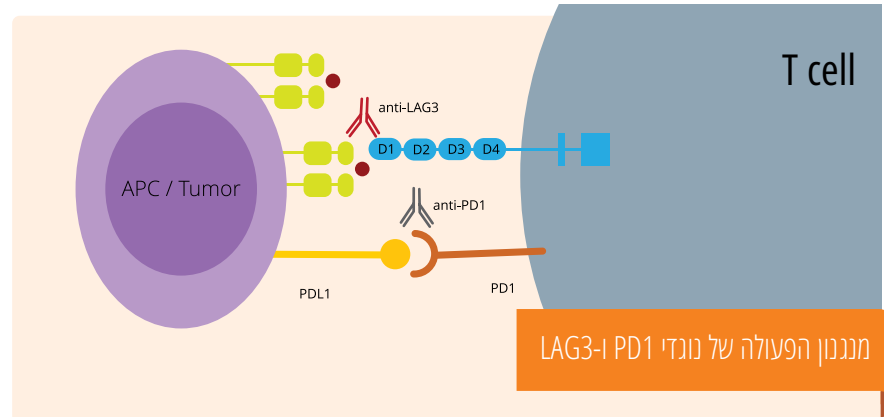
מננן הפעולה של נוגד PD1

נוגד PD-1 ניתן כקו ראשון לחולים ללא מוטציה בחלבון BRAF. זהו נוגד חד-שבטי החוסם את הרצפטור PD-1 וכך מגביר את פעילות תאי T של מערכת החיסון. ההפעלה המוגברת של תאי T מאפשרת למערכת החיסון לתקוף את תאי המלנומה. תופעות לוואי אפשריות של תרופות אלו: עייפות, שיעול, בחילות, גירודים, פריחות בעור, ירידה בתיאבון, עצירות, כאבי פרקים ואף שלשולים.

**שילוב של תרופות אימונתרפיות**

השילוב של Nivolumab ו-Ipilimumab, שאושר על-ידי ה-FDA (מינהל התרופות האמריקאי) בשנת 2015, מגביר את הפעילות הכללית של מערכת החיסון והופך אותה ליעילה יותר כנגד תאי הגידול. מחקרים מהשנים האחרונות מראים כי מתן שתי התרופות יחד, לדוגמה נוגד CTLA-4 יחד עם נוגד PD-1, הביא להקטנה של הגידול בכ-60% מהחולים כשרובם נהנו מתגובה מתמשכת. מכיוון שהגברת היעילות טומנת בחובה גם סכנה לרעילות שמתבטאת במחלות אוטואימוניות - הטיפול הזה מתאים רק לחלק מהחולים ויש ליטול אותו בזהירות המתבקשת. שילוב נוסף שנכנס לסל התרופות בישראל הוא ניבולומאב יחד עם נוגד חלבון LAG3, שנקרא Relatlimab. גם במקרה זה, נקשר הנוגד לחלבון LAG3 שעל מעטפת

הלימפוציט ובכך מונע את הבקרה השלילית שלו על תא החיסון. במילים אחרות, קשירת הנוגד מפעילה את תאי החיסון. הוכח שהשילוב של ניבולומאב ורלטלימאב יעיל יותר מניבולומאב לבד. שילוב זה ניתן ביחד בעירוי ואינו מאריך את זמן הטיפול. השילוב נקרא Opdualag. אופדואלג, כמו Ipi/Nivo, עלול לגרום לתופעות לוואי הקשורות להפעלת יתר של מערכת החיסון. כך עלולות להיגרם תופעות לוואי כגון פריחה ממושטת, שלשולים, פגיעה דלקתית בכבד, בכליות, בבלוטות אנדוקריניות ובמערכת רבות נוספות. התייעצות עם האונקולוג בניהול תופעות לוואי היא חיונית. תופעות לוואי אלה יכולות להתרחש בכל עת, עשויות להופיע בזמן מאוחר יותר ועלולות להתרחש שבועות עד חודשים לאחר קבלת המנה האחרונה של הטיפול.



מננן הפעולה של נוגדי PD1 ו-LAG3

Tawbi HA et al, N Engl J Med. 2022;386:24-34

**תופעות לוואי המחייבות הגעה לחדר מיון:**

- חום מ - 38 מעלות צלזיוס ומעלה
- הקאות ו/או שלשולים מרובים - מ 6 יציאות ליממה ומעלה
- שיעול חדש עם קושי בנשימה
- שינויים בקצב הלב או כאב חזה חדש
- שינוי פתאומי בראיה/ בלבול חדש, רעד, פרכוס
- ובכל מקרה יש לדווח על כל שינוי במצב לצוות המטפל. אם יש ספק, אין ספק!

## אפשרויות טיפול בשלבים מוקדמים כפעולת מנע

מהו טיפול משלים (אדג'ובנטי וניאו אדג'ובנטי)

מטופלים עם מלנומה בשלב III ואפילו מצבים בשלב II, נמצאים בסיכון להישנותה בתוך תקופה של חמש שנים. זו הסיבה שמטופלים בשלבים מוקדמים אלו חייבים לשקול טיפול משלים/מסייע (טיפול אדג'ובנטי). מטרת הטיפול המסייע היא להשמיד את התאים של המלנומה שהתנתקו. הוא עושה זאת על ידי כך שהוא מתערב בתהליכים של צמיחה והתרבות של התאים האלה או על ידי כך שהוא עוזר למערכת החיסונית לצוד את התאים ולהשמיד אותם. בדרך זו, אפשר אולי למנוע מהמלנומה להתפשט או לחזור.

אפשרויות הטיפול האדג'ובנטי

משאובחנת במלנומה שלב III (ובמקרים מסוימים אף בשלב II חוזרני או מכויב) קיימות עבורך שלוש אפשרויות:

### טיפול ממוקד-מטרה

אם הבדיקה של ה-BRAF מראה כי יש בגידול שלך מוטציית BRAF. פרוט נרחב על מנגנון פעילות מעכבי BRAF/MEK, אופן לקיחתם ותופעות הלוואי האפשריות ניתן לקרוא בעמוד 12-14.

### אימונתרפיה

שימוש בתרופות שמכוונות "לעורר" את מערכת החיסון להילחם בכל תאי המלנומה שנשארו. פרוט נרחב על מנגנון פעילות חלבוני הבקרה (checkpoint inhibitors), אופו לקיחתם ותופעות הלוואי האפשריות ניתן לקרוא בעמוד 15-17.

### מעקב פעיל (ללא מעורבות של תרופות)

מעקב פעיל פירושו להשגיח על המלנומה, במקום לטפל בה מיד. אולי הגידול הוא בעל סיכון נמוך יחסית להישנות או אולי קיימות בעיות בריאות שבעטין יש חשש לעבור את הטיפול. המעקב עשוי לכלול: בדיקות גופניות מספר פעמים בשנה שמתמקדות בעור ובבלוטות הלימפה וסריקות הדמיה.

טיפול ניאו-אדג'ובנטי

במלנומה בשלב III, המעורבות הבלוטית עלולה לעיתים להיות משמעותית מאוד, כך שהסרה מלאה של הבלוטות האזוריות והשארית אגן ניקוז נקי ממחלה עשויות לגרום לתחלואה ולפגיעה משמעותית באיכות חיי המטופל. גם הגידול הראשוני עלול להיות נרחב, ומצריך ניתוח מורכב. בחולים עם מחלה נתיחה, טיפול קדם-ניתוחי עשוי למנוע את הצורך בניתוח נרחב ומהווה מקור מידע פרוגנוסטי אמין המאפשר לחזות את יעילות הטיפול. טיפול קדם-ניתוחי מיטבי מאופיין בהשגת שיעורי תגובה גבוהים בזמן סביר ומלווה במיעוט יחסי של תופעות לוואי. טיפול קדם ניתוחי עשוי בעתיד גם לתת אופציה לאונקולוג לשקול להפחית את מספר הטיפולים לאחר ההליך הכירורגי.

### בדיקות דימות - כחלק ממעקב רפואי

- אולטראסאונד: סריקת הדמיה המשתמשת בצלילים או תנודות כדי ליצור תמונות של החלקים הפנימיים של הגוף.
- טומוגרפיה ממוחשבת (CT): טכניקה של סריקת הדמיה המשתמשת בקרני רנטגן מזוויות שונות בכדי ליצור תמונה תלת-ממדית של פנים הגוף.
- טומוגרפיה פליטת פוזיטרונים (PET/CT): שיטת הדמיה המשלבת CT עם בדיקת הדמיה גרעינית אחרת PET כדי לספק מידע מפורט על המבנה ועל התפקוד של התאים והרקמות בגוף. בדיקה זו מסייעת לגלות גידולים פעילים ולדרג אותם.
- דימות תהודה מגנטית (MRI): טכניקת סריקה המשתמשת במגנטים וגלי רדיו כדי לייצר תמונות של איברים בגוף.

### 3 טיפול בקרינה (רדיותרפיה)

טיפול בקרינה, או רדיותרפיה, הינו שימוש בקרינה מייננת, בעלת אנרגיה גבוהה שנועדה להרוס את הגידול הממאיר. הקרינה המייננת, בעלת האנרגיה הגבוהה, חודרת לאזור אותו רוצים להקרין, וגורמת לפגיעה בתאים הממאירים. כדי להפחית את הנזק לתאים הבריאים מתבצע טיפול בקרינה רק לאחר תכנון מדוקדק, שמטרתו לכוון את מלוא מנת הקרינה לתאי הגידול, ולמנוע חשיפה של תאים בריאים למנות גדולות של קרינה.

טיפול בקרינה ניתן במכון הקרינה בבתי החולים כסדרה יומיומית, במשך מספר שבועות, כל טיפול נמשך בין 10 ל-15 דקות, אך ההכנות לטיפול, לרבות המיקום המדויק מול מכשיר הקרינה, נמשך זמן. הטיפול אינו גורם כאב, אך חשוב להישאר ללא תזוזה במהלך הטיפול. במקרים מסוימים, כגון בקרינה לאזור הראש, תידרש לחבוש מסכה או מתקן לקיבוע הראש במקום. תופעות לוואי של הטיפול הקרינתי כוללות סחרחורת, חולשה ועייפות, שיכולות להימשך לעיתים גם שבועות או חודשים לאחר תום הטיפול. לפעמים אזור העור שהוקרן יכול להיות אדמומי ורגיש. תופעות לוואי אלו הן זמניות וחולפות לרוב לאחר סיום הטיפול.

ניתן לתת גם קרינה לחולי מלנומה ממושטת כדי לשלוט מקומית בגרורות או כדי לשפר את התגובה לטיפול האימונותרפי. בנוסף, הקרינה יכולה להיות טיפול תומך (פליאטיבי) – הקלה על תסמינים כגון כאבים ודימומים שנגרמים מהגידול או מגרורותיו – שמשפר את איכות החיים.

טיפול הקרנת פרוטונים נחשבים לדבר הבא בתחום טיפולי ההקרנות. מדובר בטיפול הקרנה מתקדמים. בניגוד לטיפול הקיים בקרני רנטגן, שאינו סלקטיבי ועלול לגרום לנזקים ברקמות שמסביב לגידול, הטיפול בהקרנת פרוטונים ממוקד בגידול עצמו ולא גורם לנזק היקפי. הקרנת פרוטונים פועלת על ידי העברה מדויקת של קרינה באנרגיה גבוהה לגידול. הקרינה גורמת נזק ל-DNA של התאים הסרטניים ומובילה להרס שלהם. הטיפול המתקדם ניתן רק בכאחוז אחד מבתי החולים בעולם ומיועד בעיקר לטיפול בילדים ובמקרים של גידולים במוח או בבית החזה, כאשר יש חשש שטיפול הקרנות לא ממוקדים עלולים לפגוע באיברים סמוכים.

## סוגי מלנומה

בעוד שרוב מקרי המלנומה באים לידי ביטוי בעור, ישנם מקרים נדירים שבהם המלנומה מופיעה בצורה שונה או באיברים שונים:

### 1 מלנומה של העין - הסוגים והטיפולים

- **מלנומה של הענביה (uveal melanoma)** היא מלנומה תוך-עינית, והיא הסוג השכיח ביותר של מלנומה בעין.
- **מלנומה של הלחמית (conjunctival melanoma)** היא נדירה, ומתפתחת על פני שטח העין.
- **מלנומה של עור העפעפיים (eyelid melanoma)** היא נדירה מאוד, ומאובחנת בארץ אחת למספר שנים.

### מלנומה של הענביה

הענביה היא השכבה בעין הכוללת את הקשתית (iris), שהוא החלק הצבעוני בעין, המווסתת את כמות האור הנכנסת אליה. הענביה עשירה במלנוציטים. מלנומה של הענביה היא הגידול התוך-עיני הנפוץ ביותר. כ-50 מקרים חדשים של מלנומה של הענביה מאובחנים כל שנה בישראל. הגיל הממוצע להופעת מלנומה של הענביה הוא 55, ומרבית המקרים מאובחנים אחרי גיל 40. מלנומה של הענביה נדירה מאוד בילדים. הגורם להופעתה לא ידוע. עדיין לא ברור אם קיים קשר בין קרינת UV להתפתחות מלנומה של הענביה.

ברוב המקרים, לא קיימים תסמינים כלשהם, והמחלה יכולה להתגלות בבדיקת עיניים שגרתית. בניגוד לגידולים אחרים, בדרך כלל אין צורך בביופסיה לצורך אבחון מלנומה של הענביה, והאבחנה יכולה להיעשות במידת דיוק גבוהה ביותר באמצעות אופתלמוסקופיה ובדיקת אולטרסאונד. צילום הגידול נעשה לצורך תיעוד ומעקב.

### הטיפול במלנומה של הענביה

**ברכיתרפיה (קרינה מקומית פנימית):** בשיטה זו נעשה שימוש בלוחית (פלאק) המכילה חומר רדיואקטיבי, המוצמדת בניתוח אל קיר העין, מאחורי הגידול. הלוחית נשארת מאחורי העין במשך מספר ימים, ובתום מספר הימים המחושב נעשה ניתוח

נוסף להוצאת הלוחית. הלוחית עצמה היא מקור הקרינה, והקרינה נעשית רק לגידול ולרקמות העין שלידו.

**קרינת פרוטונים (Proton beam):** ראה עמ' 20 במסגרת.

**ניתוח להסרת הגידול:** הניתוחים מתאימים רק לגידולים בעלי קוטר קטן. במקרים שהמלנומה רחבה מבצעים הסרה של העין.

**התרופה קימטראק (KIMMTRAK; Tebentafusp):** מלנומה של הענביה עלולה להתפשט לאיברים אחרים בגוף, בדרך כלל לכבד. אי לכך, על המטופלים במלנומה של הענביה לעבור בדיקות תקופתיות של הכבד הכוללות בדיקת הדמיה של הכבד ובדיקת דם לתפקודי כבד. בדיקות אלו מבוצעות בדרך כלל כל שישה חודשים כל החיים. התרופה קימטראק רשומה בסל הבריאות לטיפול במלנומה גרורתית או בלתי נתיחה של הענביה אשר נמצאה חיובית ל HLA-A\*02:01 (אנטיגן לויקוציטי אנושי מסוג מסויים; נקבע על ידי בדיקת דם פשוטה). התרופה נקשרת לחלבון אשר מוצג על פני שטח תאי הגידול שבענבית העין באמצעות אנטיגן לויקוציטי אנושי מסוג HLA-A\*02:01. בעקבות הקישור חל שפעול של תאי מערכת החיסון מסוג T והם משחררים חומרים נוגדי דלקת (ציטוקינים) וחלבונים ציטוליטיים הגורמים למות של תאי הגידול.

התרופה ניתנת בעירוי תוך ורידי המוזלף במשך 20–15 דקות אחת לשבוע. בשלושת השבועות הראשונים עולים בהדרגה במינון, תוך בחינת התגובה ותופעות הלוואי. בשל הסיכון לתגובה חריפה, שלושת המנות הראשונות ניתנות בבית החולים ולאחריו יש להישאר להשגחה של לפחות 16 שעות. מהמנה הרביעית ואילך ניתן לקבל את הטיפול בכל מרכז רפואי ולהישאר להשגחה של 30 דקות בלבד.

#### תופעות לוואי אפשריות:

- חום
- עייפות או חולשה
- הקאות
- צמרמורת
- כאב ראש
- בחילה
- לחץ דם נמוך
- סחרחורת ותחושת עילפון

**יש להתקשר או לפנות מיד לרופא המטפל אם אתה מפתח תסמינים כלשהם!**

## מלנומה של הלחמית

מלנומה של הלחמית (הרקמה המצפה את לובן העין והצד הפנימי של העפעפיים) נדירה בהרבה מזו של הענבייה, ומדי שנה מאובחנים בארץ כחמישה מקרים חדשים של מלנומה זו. ברוב המקרים מלנומה זו נובעת מנגעים פיגמנטיים בלחמית – כתמים שטחיים המופיעים בדרך כלל במבוגרים (מלנוזיס ראשוני נרכש; PAM). לעיתים המלנומה עלולה להתפתח משומה (nevus) בלחמית, לעיתים ללא כל נגע פיגמנטי קודם. בגלל הסכנה להתפתחות מלנומה בלחמית, בכל נגע פיגמנטי חדש בלחמית במבוגרים יש לבצע ביופסיה, או להסירו לגמרי. במקרה של חשד למלנומה של הלחמיות מבצעים ביופסיה. ברוב המקרים ניתן ורצוי להסיר את המלנומה בשלמותה. יש המוסיפים טיפול בהקפאה (קריוטרפיה) על מנת להפחית את הסיכון להישנות המלנומה. הטיפול היעיל ביותר למניעת הישנות היא הוספה של קרינה מקומית – ברכיטרפיה, לאזור ממנה הוסרה המלנומה. במקרים בהם אזור המלנומה היה נרחב, יש צורך בשיקום פני שטח העין על ידי שתל לחמית או שימוש בממברנה אמניוטית. במקרים נדירים בהם המחלה מפושטת מאוד, לעיתים בעקבות חדירה לארובת העין, יש המסירים את העין כולה, כולל תוכן הארובה (exenteration).

במקרים של מלנוזיס ראשוני נרכש (PAM) של הלחמית, ניתן כיום להציע למטופלים כימוטרפיה או אימונוטרפיה מקומית בטיפות (Interferon alpha2b, Interferon) המניב תוצאות טובות מאוד. בדרך זו ניתן למנוע את התפתחות המחלה למלנומה. מלנומה על הלחמית עלולה להתפשט לחלקים אחרים בגוף, אך בדרך כלל היא מתפשטת קודם לבלוטות הלימפה הקרובות, אלו שלפני האוזן ואלו שמתחת ללסת התחתונה. במעקב אחר חולים עם מלנומה של הלחמית, יש לעקוב אחר גדילה אפשרית של בלוטות אלו, ואם הן גדלות יש לבצע ביופסיה (Sentinel lymph node biopsy). אם מתפתחת מחלה גרורתית, מטפלים בה באותן תרופות המשמשות לטיפול במלנומה של העור.

## מלנומה של עור העפעפיים

זוהי הופעה לא שכיחה של מלנומה בכלל ובאזור העין בפרט. זוהי מלנומה עורית לכל דבר ועניין. הייחודיות במיקום זה הוא שניתן לטפל בה בכריתה מקומית לגידולים קטנים, או ברכיטרפיה לגידולים בינוניים.

## 2 מלנומה של הריריות

בדומה למלנוציטים המצויים בעור, מלנוציטים ברירית עלולים להפוך לסרטניים ולעבור מוטציה. שינויים אלו מביאים להתפתחות של סוג של מלנומה הנקראת מלנומה של הריריות. מלנומה רירית מהווה כ-1.4% מכלל המלנומה. כ-50% מהמלנומות הריריות מתחילות בראש ובצוואר. רוב 50% הנותרים מתחילים באזור פי הטבעת ובאיברי המין הנשיים, ואחוז קטן מתפתח בושט, כיס המרה, המעי, הלחמית והשופכה. מלנומה של הריריות אינה קשורה לחשיפה לקרינת UV. חלק מהטיפולים שאושרו למלנומה עורית אינם יעילים באותה מידה לטיפול במלנומה של הריריות. לכן מתבצע מחקר למציאת סוגי טיפולים חדשים ושילובים של טיפולים שעובדים טוב יותר במלנומה של הריריות.

**טיפול במלנומה רירית מקומית** כרוך בדרך כלל בניחות להסרת הגידול שעלול

להסתיים בטיפול בקרינה. במקרה של **מלנומה רירית גרורתית**:

- ניתוח להסרת גידולים ורקמות מסביב.
- טיפול בקרינה כטיפול משלים לאחר ניתוח.
- ניסויים קליניים שמערבים אימונותרפיה או טיפול ממוקד.

## 3 מלנומה של הקצוות (Acral melanoma)

סוג זה נדיר יותר, ומופיע בדרך כלל בכפות הידיים והרגליים, או מתחת לציפורניים. סוג זה שכיח יותר אצל אנשים כהי עור ואינו נגרם כתוצאה מחשיפה לשמש. הטיפול הראשוני במלנומה של הקצוות הוא ניתוח, והוא עשוי לכלול הסרת הגידול ושיליים של רקמה בריאה סביבו. במקרים מסוימים, ייתכן שיוסרו גם בלוטות לימפה כדי לבדוק אם הסרטן התפשט. טיפולים נוספים למלנומה של הקצוות עשויים לכלול טיפול בקרינה, אימונותרפיה, טיפול ממוקד המבוסס על שינוי גנומי בגידול, או כימותרפיה. חלק מהטיפולים שאושרו למלנומה עורית אינם יעילים באותה מידה לטיפול במלנומה של הקצוות. לכן מתבצע מחקר למציאת סוגי טיפולים חדשים ושילובים של טיפולים שעובדים טוב יותר במלנומה של הקצוות.

## 4 מלנומה בילדים

מלנומה בילדים, או מלנומה פדיאטרית, היא מחלה נדירה. עם זאת, שכיחותה נמצאת בעליה מתמדת בארה"ב, ככל הנראה עקב חשיפה מוגברת לקרינת UV בשילוב גורמים גנטיים ואחרים.

## ניסויים קליניים

מחקרים קליניים הינם כלי מרכזי וחשוב בפיתוח דרכים חדשות לזיהוי, מניעה וריפוי של מחלת הסרטן. בעזרת הממצאים של המחקר הקליני קובעים החוקרים באם הטיפול שנבחן הוא אפקטיבי ובטוח, והאם הוא יעיל יותר מטיפולים קיימים אחרים. השתתפות המטופלים במחקרים תורמת להרחבת הידע המדעי על מחלת הסרטן, ומסייעת בפיתוח שיטות טיפול חדשות. היתרון של המטופלים המשתתפים במחקר הוא בראש ובראשונה באפשרות להיחשף לטיפולים חדשניים שלא קיימים במסגרות הסטנדרטיות, וכן זוכים המטופלים בליווי צמוד ואישי של צוות המחקר ושל הרופא המטפל.

חלק מהמחקרים מתקיימים במדינת ישראל בלבד, וחלק מתקיימים במקביל במספר רב של מדינות בעולם. מחקרים הנערכים בישראל מותנים באישור ועדות האתיקה (ועדת הלסינקי) בבתי החולים, בפיקוח משרד הבריאות ובמידת הצורך גם באישורו. מטופלים אשר מעוניינים להשתתף במחקר קליני, חייבים לקבל הסבר מהצוות הרפואי לגבי המחקר. לאחר קבלת ההסבר ובמידה והחליט להשתתף, המטופל נדרש לחתום על טופס הסכמה.

ניתן להיכנס לאתרים הבאים, ולהתייעץ עם הרופא המטפל בהקשר למחקרים מתאימים:

- **מחקרים קליניים – העמותה הישראלית לסרטן העור בשיתוף על חברת LEAL**  
<https://shorturl.at/g1Phe>
- **מחקרים קליניים בתחום סרטן העור – מלנומה וסרטני עור אחרים – האגודה למלחמה בסרטן**  
<https://shorturl.at/5iAzt>
- **אתר המחקרים הקליניים My Trial של משרד הבריאות**  
<https://shorturl.at/ipOU6>

### בדיקה גנטית לטיפול בסרטן בהתאמה אישית

מוטציה גנטית היא שינוי קבוע בגן אחד או יותר. בדיקת המוטציה נעשית על רקמת הביופסיה של הנגע/גרורה אך בשנים האחרונות עולה יותר ויותר המונח ביופסיה נוזלית: Circulating tumor DNA (להלן ctDNA). ctDNA הוא DNA מקוטע ממקור גידול שמופיע בדם ואינו כרוך בתאים. כיוון ש-ctDNA יכול לשקף את הגנום השלם של הגידול הסרטני, הוא זוכה להתעניינות בשל השימושיות הפוטנציאלית שלו, באופן שדגימות דם הנלקחות בנקודות זמן שונות יכולות לשמש לניטור ההתפתחות או הנסיגה של התהליך הסרטני לאורך הטיפול האנטי-סרטני.

בניגוד לסוגי סרטן אחרים המוטציה השכיחה שאחריה עוקבים במלנומה היא מוטציה בחלבון BRAF. התקווה היא שמחקרים עתידיים ישפכו אור על מוטציות נוספות בסרטן העור שניתן להתאים להן טיפולים. מיופיו גנטי של תאי סרטן העור אינו כלול בסל הבריאות. מומלץ להתייעץ עם הרופא המטפל לגבי כדאיות הבדיקה והיכן לעשות אותה.

### TIL

המושג TIL, או "לימפוציטים חודרי גידול" (Tumor Infiltrating Lymphocytes), מתייחס לתאי מערכת החיסון שמצליחים לחדור לתוך הגוש הסרטני ולהילחם בו. למרות שהם אינם נמצאים בכל סוגי הסרטנים, נוכחות שלהם במלנומה מצביעה על סיכוי טוב יותר להגיב לטיפולים אימונותרפיים.

טיפול במלנומה גרורתית בעזרת אימונותרפיה תאית (Adoptive Immunotherapy) בטכנולוגיית TIL, מיועדת לחולים בשלב מתקדם של מלנומה גרורתית אשר עומדים בקריטריונים של התאמתם לטיפול. השיטה מבוססת על ההנחה כי בסביבת הגידול הממאיר קיימים תאים לימפוציטים מסוג T, אולם עקב כשל מערכתי בגוף, התאים אינם פעילים דיים. מטרת הטיפול הוא להרבות את תאי ה-TIL הללו, לגרום להם להיות מאד פעילים בגוף החולה, ועקב כך לגרום להרג/הרס התאים הסרטניים.

### מיקרוביום או השתלת "צואה"

מיקרוביום הוא מונח רחב המתאר את כלל החיידקים המהווים חלק בלתי נפרד מהגוף האנושי – בחלל הלוע, באף, על פני העור ובעיקר במעי. לחיידקים האלו שחיים איתנו יש תפקידים מגוונים וחשובים, כמו סיוע בפירוק המזון שאנו אוכלים אך גם השפעה משמעותית על פעילות מערכת החיסון. למעשה, ידוע כי הרכב מסוים של חיידקים במעי תומך בפעילות מערכת החיסון נגד הסרטן, בעוד שהרכב אחר של חיידקים עלול להפריע לפעילותה.

בטיפול השתלת מיקרוביום אנו מבקשים להחליף את החיידקים במעי המטופל ולהעביר אליו אוכלוסיית חיידקים כזאת שתפעל לטובתו. באמצעות טיפול אנטיביוטי רגיל מחסלים את החיידקים הקיימים, ואז משתילים חיידקים שהופקו מצואת תורם שמחלתו נסוגה באופן מלא בזכות הטיפול האימונותרפי. ההנחה היא כי החיידקים הקיימים במעי של תורמים אלה מסייעים לפעילות מערכת החיסון נגד תאי הסרטן.

ההשתלה יכולה להיעשות דרך הפה בקפסולות, או במתן ישיר למעי בהליך קולונוסקופיה.

מחקר פורץ דרך, ראשון בבני אדם, שבוצע במכון אלה הסתיים בהצלחה עם נסיגה מרשימה של המחלה ב-3 מתוך 10 חולים שטופלו. חולים אלו לא הגיבו לטיפול קודם באימונותרפיה, והחלו להגיב אליו רק לאחר הטיפול בחיידקים. תוצאות המחקר פורסמו בעיתון המדעי הנחשב Science.

<https://www.science.org/cms/asset/43b72ba8-1a51-4f44-b316-33b8b53e4cd6/pap.pdf>

# סרטן העור שאינו מלנומה

מלבד המלנוציטום ישנם תאים נוספים שנמצאים בעור, בעיקר תאי בסיס ותאי קשקש. כל אחד מהם עלול להוות מקור להתפתחות של סרטן בעור. יותר מ-10,000 איש בישראל מאובחנים מדי שנה כחולים בסוגים אלו של סרטן העור. המחולל העיקרי של גידולים אלה הוא חשיפה לשמש, ורובם ניתנים לריפוי מלא על ידי הליך כירורגי פשוט.

## 1 קרצינומה של תאי הבסיס (Basal cell carcinoma)

### ראה הרחבה באתר העמותה:

[/https://www.melanoma.org.il/basal-cell-carcinoma](https://www.melanoma.org.il/basal-cell-carcinoma)

**תא המקור:** תאי בסיס או "תאי גזע" הנמצאים בחלק התחתון של העור.

**שכיחות:** הסרטן הנפוץ ביותר בעולם, מהווה כ-30% ממקרי הסרטן בכלל וכ-75% ממקרי סרטן העור שאינם מלנומה.

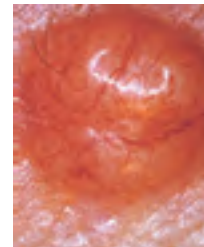
**גורם סיכון עיקרי:** חשיפה מסוכנת לשמש, בעיקר לקרינת UVB.

**צורת הופעה:** נגע מורם, חלק, עשיר בכלי דם תת-עוריים.

**אבחנה ושליחת גרורות:** כמעט ואינו שולח גרורות. למרות

השיפור באבחנה ובטיפול – כ-40% מהחולים יחוו חזרה של

הנגע תוך 5 שנים.



## כיצד מטפלים בקרצינומה של תאי בסיס (BCC)?

### אפשרויות הטיפול בקרצינומה שטחית של תאי בסיס

**ניתוח (הסרה כירורגית של הגידול):** הסרה כירורגית בשיטה הסטנדרטית הוא הטיפול הנפוץ ביותר בסרטן עור. ניתוחי מוהס (Mohs Surgery) – ניתוח Mohs הוא הטכניקה המועדפת להסרת BCC. במהלך הפרוצדורה הרופא מסיר את הגידול הנראה לעין ובנוסף שוליים מזעריים של רקמה מסביב ומתחת לאזור הגידול. כל שכבת עור שהוסרה נצבעת ונבחנת תחת המיקרוסקופ במעבדה תוך כדי הטיפול כדי לראות אם נותרו תאים סרטניים בשוליים ובעומק. התהליך חוזר על עצמו עד אשר לא מזהים תאים סרטניים. טכניקה זו מומלצת לגידולים מסביב לעין, באזור האף, השפתיים, האוזניים, הקרקפת, או אברי המין.

**טיפול בקרינה (רדיותרפיה):** קרינה כוללת ריכוז קרן אנרגיה על הגידול. סוג זה של טיפול ניתן על ידי מומחה קרינה בבית חולים או במרכז טיפול ועשוי להימשך שישה שבועות או יותר. טיפול בקרינה עשוי להתאים למטופלים שאינם מתאימים לניתוח. מתאים גם כטיפול נוסף לאחר כריתת BCC אם הסרטן בסיכון גבוה להישנות או מתקדם, או אם נותרה מחלה שארית.

**טיפול פוטודינמי:** בטיפול זה משולבים תכשיר המעלה את הרגישות לאור יחד עם מקור אור, על מנת להרוס את התאים הסרטניים. טיפול זה מתאים לגידולים שטחיים. **תרופות מקומיות** על העור בחולים עם BCC בסיכון נמוך או BCC שטחי, או כאשר למטופל יש מספר BCCs באזור מסוים, ניתן להשתמש באחת מ-2 תרופות על העור: 5-fluorouracil או imiquimod. משחות מסוג זה הן אפשרויות חלופיות עבור חולים שאינם יכולים לעבור ניתוח או טיפול קרינתי.

### אפשרויות הטיפול בקרצינומה מתקדמת של תאי בסיס

**טיפול מוכוון מטרה:** שתי תרופות מגיעות בצורת גלולות והן מעכבות באופן ממוקד (targeted therapy) צמיחת BCC. תרופות אלו מכונות לעיתים "מעכבי מסלול הקיפוד" – מסלול שהוא בעל תפקיד מרכזי בשגשוג והישרדות תאי הבסיס הממאירים: Sonidegib (Odomzo) ו-Vismodegib (Erivedge). תופעות הלוואי השכיחות ביותר שדווחו על ידי אנשים הנוטלים תרופות אלו הן עצירות, ירידה בתיאבון, שלשולים, עיוות טעם, עייפות, נשירת שיער, נוקשות מפרקים, התכווצויות שרירים, בחילות, הקאות וירידה במשקל. לא ניתן להשתמש בהן בהריון או בהנקה, ויש להקפיד על כל האמצעים למניעת הריון.

**אימונתרפיה:** התרופה האימונתרפית (Cemiplimab (Libtayo היא תרופה תוך ורידית המיועד לטיפול בחולים עם BCC מתקדם מקומי או BCC גרורתי, אשר טופלו בעבר עם Vismodegib או Sonidegib, או חולים שתרופות אלו לא התאימו עבורם. Cemiplimab ניתן במרפאה או בבית חולים כעירוי תוך ורידי כל שלושה שבועות למשך שנתיים. תגובות הלוואי השכיחות ביותר כוללות פריחה, גירוד, שלשול, עייפות, כאבי שרירים/מפרקים ו/או הפרעה בתפקוד בלוטות אנדוקריניות. לא ניתן להשתמש ב-Cemiplimab בהריון או בהנקה, ויש להקפיד על כל האמצעים למניעת הריון. יש לצפות לכניסת עוד מעכבי PD1 לטיפול ב BCC מתקדם (פמברוליזומאב, ניבולומאב ועוד).

## 2 קרצינומה של תאי קשקש CSCC

**ראה הרחבה באתר העמותה:** <https://www.melanoma.org.il/csc>

**תא המקור:** תאי אפיתל ("תאי קשקש") בחלק העליון של העור, קרוב לפני השטח.

**שכיחות:** הסרטן השני בשכיחותו.

**גורם סיכון עיקרי:** חשיפה מסוכנת לשמש, בעיקר לקרינת UVB.

**צורת הופעה:** פלאק או קשקשת בצבע אדום עם התפתחות

כיב במרכז. לעיתים מתבטא כפצע שאינו מגליד.

**אבחנה ושליחת גרורות:** לרוב מאובחן כשהוא קטן וכמעט

ואינו שולח גרורות.

**איברים מעורבים:** מלבד העור, יכול להופיע גם באיזורים

ריריים כמו ריאות, וושט או חלל הגרון.



## מהן אפשרויות הטיפול בסרטן עור תאי קשקש?

### טיפולים טרום סרטניים

בחולים עם טרום סרטן CSCC, הנקראים actinic keratoses, ישנן אפשרויות רבות

לטיפול מקומי. אלה כוללים את האפשרויות שלהלן.

**משחות:** 5-fluorouracil או Efidix (אפודיקס) היא משחה כימותרפית לסרטן העור,

ניתן למרוח אותה כקדם מקומי ישירות על העור פעמיים ביום כדי להרוס קרטוזות

אקטיניות. שיטה זו אינה פולשנית ולא מעוותת. החומר הפעיל נספג על ידי התאים

הסרטניים, ה"סוברים" שאפודיקס הוא תרכובת שהם צריכים כדי להרכיב DNA.

התאים הסרטניים אינם יכולים להשתמש באפודיקס לייצור DNA וימותו. משחות

נוספות קיימות כמו Imiquimod (תרופה המפעילה ומגבירה את מערכת החיסון)

סירבניבולין, ו-Diclofenac.

**פילינג כימי עם חומצה טריכלורואצטית** עשוי להתאים לאנשים עם קרטוזות

אקטיניות נרחבות על הפנים והקרקפת. טיפול זה צריך להתבצע על ידי איש מקצוע

ויגרום לשכבת העור העליונה לרדת. השפעות הפילינג יגרמו לגירוי ואדמומיות בעור

הפנים למשך עד חודש. לאחר ריפוי פצעים, חלק מהמטופלים מדווחים על תוצאות

קוסמטיות משופרות בנוסף להסרת הנגע.

**טיפול פוטודינמי** משלב רפואה עם אור כדי להרוג את תאי הגידול. בחלק הראשון

של טכניקה זו, נקבעת תרופה שבהמשך תגרום לרגישות של התאים הסרטניים

לאור. לוקח יום או יומיים לתאי הסרטן לספוג את התרופה. לאחר מכן, אור עם אורך גל מסוים של אנרגיה ממוקד ב-CSCC. תהליך זה יוצר רדיקלי חמצן חופשיים רעילים בתוך התאים הסרטניים, אשר הורג אותם. גידולים שטחיים הם אידיאליים לטיפול זה. אור אינו יכול לחדור לגידולים עמוקים או גדולים.

### הטיפול בסרטן עור קשקשי שטחי

**כריתה כירורגית רגילה או ניתוח בשיטת מוהס Mohs** – ראה למעלה

בקרצינומה של תאי בסיס.

כדי לקבל שוליים נקיים, ניתוח Mohs הוא אפשרות הטיפול המועדפת עבור אנשים

עם cSCC בסיכון נמוך, בסיכון גבוה ובסיכון גבוה מאוד, מכיוון שהוא מאפשר לרופאים

להגיע להסרה מלאה של כל התאים הסרטניים שנצפו.

**טיפול בקרינה** – קרינה כוללת ריכוז קרן אנרגיה על הגידול. הקרינה העזה תגרום

לנזק מסיבי בתוך התאים הסרטניים, שיוביל למותם. סוג זה של טיפול ניתן על ידי

מומחה קרינה בבית חולים או במרכז טיפול ועשוי להימשך שישה שבועות או יותר.

קרינה עשויה להועיל גם כהמשך לכריתה, כטיפול "משלים". כמו כן טיפול בקרינה

עשוי לשמש לחולים שאינם יכולים לעבור ניתוח.

### תרופות לסרטן עור תאי קשקש אזורי וגרורתי

**אימונותרפיה:** שני הטיפולים הנפוצים ביותר המאפשרים זמינים עבור cSCC אזורי

וגרורתי הם Cemiplimab (ליבטאיו) או Pembrolizumab (קיטרודה). יש לצפות

לכניסת מעכבי PD1 נוספים לטיפול ב-cSCC. ניתן במרפאה או בבית חולים כעירוי

תוך ורידי במשך 30 דקות. ניתן להשתמש בה כל שלושה שבועות לתקופה של עד

שנתיים. תגובות הלוואי השכיחות ביותר כוללות פריחה, גירוד, שלשולים, עייפות, כאבי

שרירים/מפרקים ו/או תפקוד לקוי של בלוטות אנדוקריניות. לא ניתן להשתמש בהן

בהריון או בהנקה, ויש להקפיד על כל האמצעים למניעת הריון.

## 3 קרצינומה של תאי מַרְקֵל - MCC

**תא המקור:** תאי מרקל הם תאים שמשמשים כקולטנים למגע עדין.

**שכיחות:** קטנה ביותר (בערך פי 40 פחות מזו של מלנומה).

**גורם סיכון עיקרי:** בהירי עור שנחשפו לקרני השמש, ואנשים בעשור השביעי עד



## אבחון מוקדם עשוי להציל חיים!

איבחון מוקדם עשוי להציל חיים! הסיכוי להחלמה מוחלטת מותנה בהסרה כירורגית של הגידול – פעולה שקל יותר לבצע כשמדובר בגידול קטן ולא גרורתי. איבחון מוקדם הוא תוצאה ישירה של מעקב, שיכול להתבצע במספר דרכים:

### איבחון עצמי

מחקרים מצביעים על כך שהחולה, ולא הרופא, הוא האדם הסביר ביותר לאבחון שינויים ממאירים על גופו. אל תהיו ביישנים! מעקב עצמאי צריך להתבצע לפחות אחת לחודש, מול מראה או בעזרת בן / בת הזוג. יש לבדוק את כפות הידיים והרגליים, כולל בין האצבעות והבהונות, ולא לפסוח על אזורים "נסתרים" כמו ישבן, גב, החלק האחורי של הירכיים והמפשעה. בנוסף יש לבדוק את החזה והבטן, השדיים (כולל קיפולי העור מתחת לשדיים), בתי השחי, הפנים, הצוואר והעורף.

### ניתן להעריך שומה החשודה כמלנומה על-פי עקרונות ה-ABCDE:

**ASYMMETRY** – שומה לא סימטרית.

**BORDER** – שומה בעלת גבול לא סדיר.

**COLOR** – שומה בעלת יותר מצבע אחד (שחור, אפור, חום, כחול כהה ואדום).

**DIAMETER** – שומה בעלת קוטר גדול מ-6 מ"מ.

**EVOLUTION** – שינוי מהיר בגודל או צבע השומה הוא ככל הנראה המדד החשוב ביותר באבחון מלנומה.

### אבחון על ידי רופא עור

ביקור אצל רופא עור צריך להתבצע לפחות אחת לשנה. הרופא יבחן ביסודיות את כל השומות על הגוף, כולל ה"נסתרות" שבהן (על הגב, העורף, הציפורניים ואברי המין) בעין ועל ידי דרמוסקופ – מכשיר דמוי זכוכית מגדלת שמסייע לרופא באיתור נגעים חשודים. דרמוסקופיה מאפשרת זיהוי מדויק יותר של שינויים ממאירים, עד כדי 90%, בהשוואה ל-60-70% בבדיקה על ידי רופא עור בעין בלתי מזוינת.

השמיני לחייהם. בנוסף, בשנת 2008 התגלה קשר בין הדבקה קודמת בוירוס MCV (Merkel cell polyomavirus) לקרצינומה של תאי מרקל.

**אבחנה ושליחת גרורות:** נגע עורי בצבע סגלגל שגדל במהירות ואינו רגיש למגע (יכול גם להופיע כמסה קשיחה בצבע העור). הנגע יכול להופיע באזורים החשופים לשמש כמו אזור הראש-צוואר או גפיים אך גם באזורים שאינם חשופים לשמש. לסרטן מסוג זה יש נטיה להישנות ולשלוח גרורות. קרצינומה של תאי מרקל היא גידול ממאיר וקשה לטיפול, ולמרות שהשיחות שלו קטנה – התמותה ממנו גבוהה.

### הטיפול

כולל הסרה כירורגית של הנגע המלווה לעיתים קרובות בהקרנות למיטת הניתוח. במרץ 2017 אישרה ה-FDA (מנהל התרופות והמזון האמריקאי) טיפול אימונתרפי כנגד MCC גרורתי. לאחרונה נכנסה התרופה גם לסל הבריאות בישראל. שמה אבלומאב (Avelumab) – זוהי תרופה אימונתרפית הרוחמת את מערכת החיסון של הגוף להילחם בגידול הסרטני. התרופה פועלת על ידי חסימת חלבון PD-L1 הנקשר לתאים מסוג T של מערכת החיסון, ובכך מאפשרת לתאי ה-T את היכולת לזהות את התאים הסרטניים ולהשמידם (בדומה לתרופות מסוג חסמי PD1 במלנומה). בנוסף לאבלומאב אושר טיפול גם בפמברוליזומאב (קיטרודה) ויש לצפות שיאושר עוד חסמי PD1 שאושרו לסרטני עור מסוג מלנומה ונון מלנומה מסוג BCC, cSCC.



מקור: American Osteopathic College of Dermatology



מקור: Korea Biomedical Review

# מרכזי טיפול אונקולוגיים המתמחים במלנומה

מרפאות לבדיקת שומות ניתן למצוא באתר העמותה [www.melanoma.org.il](http://www.melanoma.org.il)

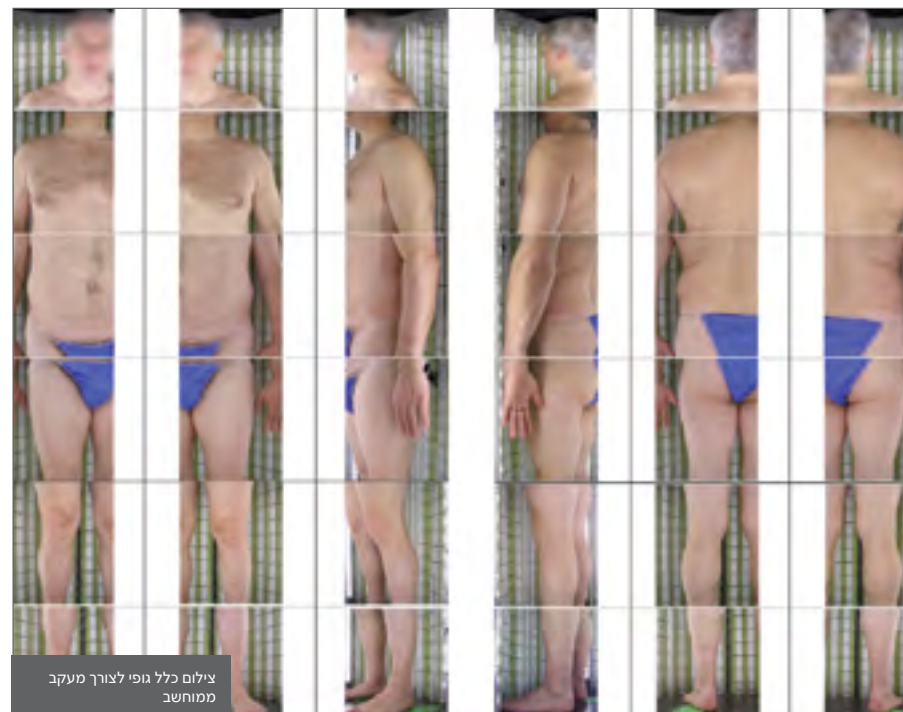
## מיפוי שומות ממוחשב

בתיעוד ומעקב באמצעות מיפוי שומות ממוחשב (Total Body Mole Mapping): שיטה למעקב בלתי פולשני לאבחון של סרטן העור ובעיקר מלנומה.

במיפוי הממוחשב מצולמות ומתועדות כל השומות והנגעים על עור הגוף, מארבעה כיוונים ובזוויות שונות. הנתונים מועברים לתוכנה מיוחדת המשווה בין מיפויים שנעשים במרווחי זמן קבועים (חצי שנה עד שנה), וכך מסייעת לאבחון הופעה של שומה חדשה, שומה שמשנה את צבעה או גודלה, או שומה ששונה מהשומות האחרות.

רשימת המרפאות בהן ניתן לעבור מיפוי ממוחשב נמצאת באתר העמותה הישראלית לסרטן העור [www.melanoma.org.il](http://www.melanoma.org.il) ("אבחון מלנומה").

## מיפוי שומות ממוחשב



צילום כלל גופי לצורך מעקב ממוחשב

אבחון מוקדם

מכון אלה למלבאום לאימונו-אונקולוגיה, בית החולים שיבא, תל השומר

### אחיות מתאמות:

לאה גילרנטר, שירה מילר

טלפון: 052-6667028

דיאטן קליני: צח-יצחק גיל

tzach.gil@sheba.health.gov.il

מזכירות: צביאלה מור

טלפון: 03-5302243

פקס: 03-5304934

mirp.melanomaonco@sheba.gov.il

### ד"ר רוני שפירא-פרומר:

מנהלת מכון אלה

פרופ' יעקב שכטר: מייסד ויו"ר מכון אלה

ד"ר שירלי גרינברג: אונקולוגית

ד"ר שקד לב-ארי: אונקולוגית

פרופ' דב זיפל: מנהל היחידה

לכירורגיה אונקולוגית

פרופ' עידו פביאן: מומחה באונקולוגיה

של העין

מכון שרת, בית החולים הדסה עין כרם, ירושלים

פרופ' שחר פרנקל: מנהל היחידה

לגידולי עיניים

אחות מתאמת: יעל סלובטיצקי

yealsn@hadassah.org.il

זימון תורים הדסה:

02-5842111 או \*6777

פרופ' מיכל לוטם: מנהלת תחום

גידולי עור

ד"ר יונתן כהן: אונקולוג

ד"ר ג'וש מוס: אונקולוג

ד"ר מני ברכה: כירורגיה אונקולוגית

ד"ר שרון מרימס: אונקו דרמטולוגית

ד"ר רוני שרברק-חסידיים: מומחית

ברפואת עור

מרכזים אונקולוגיים  
של טיפול במלנומה

## המרכז לגידולי עור דוידוף, המרכז הרפואי רבין, פתח תקווה

**פרופ' גל מרקל:**

מנהל מכון דוידוף, אונקולוג

**ד"ר נתנאל אשר:**

מנהל המרכז לגידולי עור

**ד"ר דניאל הנדלר, ד"ר קטיה חנוביץ,**

**ד"ר רז מוטעי:** אונקולוגים

**פרופ' אייל פניג, ד"ר נגה קורמן,**

**ד"ר דרור לימון:** רדיותרפיה

**פרופ' אמיליה חודק, ד"ר ליהי עצמון:**

דרמטואונקולוגים

**ד"ר שמעון דולניקוב:** כירורגיה

**פרופ' דין עד-אל:** פלסטיקה

**פרופ' גדעון בכר, ד"ר אבירם מזרחי,**

**ד"ר דן יניב:** א.א.ג.

**פיירוז עיסה:** עובדת סוציאלית

**מעיין מרגלית, קרן פורפר:** תזונה

**אחות מתאמת:** גבי חני גלקוף

טלפון: 03-9378007

BL2030431A@clalit.org.il

## המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי (איכילוב)

**ד"ר מיודובניק מור:** מומחית באונקולוגיה

ועור, מנהלת יחידת גידולי עור

**ד"ר נזרי ערן:**

מומחה בכירורגיה אונקולוגית וכללית,

מנהל יחידת ניתוחי מלנומה

**גב' נטלי גרקוב:** אחות מתאמת גידולי עור

natalyagr@tlvmc.gov.il

## המרכז הרפואי העמק - עפולה

**פרופ' גיל בר סלע:**

מנהל המכון האונקולוגי

**ורוניקה שוורצברג:**

אחות מתאמת

**נטלי:** מזכירה 050-8446902

**שיר דניאל:** מזכירה

shida2@clalit.org.il

טלפון: 04-6495725

## המרכז הרפואי רמב"ם - חיפה

**פרופ' אירית בן אהרון:**

מנהלת המכון האונקולוגי

**ד"ר רמי דוחן:** אונקולוג

**דפנה שרמן:** אחות מתאמת

## המרכז הרפואי ע"ש סורוקה, באר שבע

**פרופ' עמיחי מאירוביץ:**

מנהל מערך אונקולוגי

**ד"ר אלכסנדר יעקובסון:** מומחה

לסרטני עור וסרקומה + מנהל אשפוז יום

**רגינה מיכלין:** אחות מתאמת

## בית החולים זיו - צפת

**פרופ' זידאן ג'מאל:**

ראש המערך האונקולוגי

**ד"ר יוליה שניידר:** רופאה מתמחה

בגידולי עור

## המרכז הרפואי שמיר

**ד"ר רעיה ליבוביץ':**

מנהלת המכון האונקולוגי

**גב' יעל בוגן:** פסיכולוגית

**מרים וילמס ובוריס קנטור:**

עובדים סוציאליים

**גב' רויטל (טלי) כהן-שמש:**

דיאטנית קלינית מוסמכת

ליצירת קשר: 08-9779673

08-9779674

d\_sherman@rambam.health.gov.il

טלפון: 04-7776446

טלפון מזכירות: 04-7776400

**בטי שריק:** אחות אחראית אשפוז יום,

טלפון: 08-6245000

פקס: 08-6400189

somr6@clalit.org.il

**חן גרי:** אחות אחראית

טלפון לזימון תורים:

04-6828550, 04-6828951

פקס: 04-6828621

Oncologyd@ziv.gov.il



## מיצוי זכויות

חולי מלנומה זכאים לזכויות מגוונות מגורמים שונים, בהתאם למצבם הרפואי ולרמת תפקודם. לפניכם מידע חלקי אודות זכויות והטבות להן אתם עשויים להיות זכאים כתוצאה ממצבכם הרפואי. מידע זה הוא מידע כללי בלבד ואין לראות בו קביעה לגבי זכויותיכם. מידע מפורט יותר נמצא באתרי המשרדים והרשויות כפי שיפורט בהמשך. באתר העמותה הישראלית לסרטן העור תוכלו למצוא פלטפורמה דיגיטלית למיצוי זכויות: <https://www.melanoma.org.il/%d7%9e%d7%a2%d7%a8%d7%9b%d7%aa-%d7%96%d7%9b%d7%95%d7%99%d7%95%d7%aa/>

הפלטפורמה תיקח אתכם צעד צעד ותפתח בפניכם את הטפסים הרלבנטים למיצוי זכויותיכם. למתקשים אנו מציעים ליווי של מתנדבי העמותה. נא לפנות לקו החם: 058-4135753 | 054-8153142



### כללי

למידע מקיף ומפורט על כלל הזכויות של חולי סרטן באתר כל זכות לחץ כאן.  
למידע כללי על סל זכויות חולים אונקולוגיים באתר כל הבריאות לחץ כאן.  
ארגוני סיוע ציבוריים:

- מרכז "כיוונים" לזכויות רפואיות, הפועל במרכזים הרפואיים הדסה עין כרם והדסה הר הצופים. מספק מידע וסיוע במיצוי זכויות רפואיות לחולים ולבני משפחותיהם השירות ניתן לכלל תושבי הארץ. למידע מלא על השירות ויצירת קשר לחץ כאן.
- מרכזי מיצוי זכויות של משרד הבריאות הפועלים בבתי החולים: איכילוב, רמב"ם, זיו וכפר שאול. למידע מפורט על השירות ויצירת קשר לחץ כאן.
- שירות "יד מכוונת" של ביטוח לאומי - סיוע בהגשת תביעה והכנת התיק הרפואי בחינם. למידע מלא על השירות ויצירת קשר לחץ כאן.
- יחידות "סגולה" - מוקד מיצוי זכויות לאזרחים ותיקים בתוך בתי חולים ברחבי הארץ המספקים מידע לגבי זכויות בתחום הבריאות והשיקום עבור אזרחים ותיקים המאושפזים בבית החולים. למידע מלא על השירות ויצירת קשר לחץ כאן.

המרכז הרפואי קפלן, רחובות

פרופ' אלה עברון: ראש המחלקה

ד"ר עדי רסקו:

אונקולוגית, מומחית לגידולי עור

עובדות סוציאליות:

הילה שגיא, חגית לסרי

אילנה ארץ: דיאטנית

מזכירות: 08-9441373/8

אשפוז יום, תחנת אחיות: 08-9441607/8

# העמותה הישראלית לסרטן העור מלנומה וסוגי סרטן עור אחרים

הבית של כל חולי סרטן העור ובני משפחותיהם

העמותה הישראלית לסרטן העור מעניקה לחולים ולבני משפחותיהם את המעטפת השלמה הנדרשת להתמודדות עם מחלת המלנומה וסרטן העור, החל מרגע האבחון של המחלה ועד להחלמה המלאה באמצעות:

- תמיכה רגשית לחולים ולבני משפחותיהם.
- הנגשת מידע רלבנטי לשיטות טיפול בהם נעשתה פריצת דרך משמעותית בשנים האחרונות.
- הכוונה לניסויים קליניים ברחבי העולם.
- מעורבות בהכנסת טיפולים מצילי חיים לסל התרופות.
- העלאת המודעות לסרטן העור בקרב הצבור בישראל.

שנת הקמת העמותה: 2015

מייסדת: ד"ר חדוה גונן (אובחנה במלנומה גרורתית והחלימה תודות לטיפול פורץ דרך).

נשיא העמותה: פרופ' אהרן צ'חנובר, חתן פרס נובל בכמיה לשנת 2004.



## פעילות העמותה

### תמיכה והנגשת ידע

העמותה הישראלית לסרטן העור הוקמה על מנת לייצר קהילה תומכת ולהיות בית חם לכלל המטופלים ובני משפחתם. אנחנו שואפים להיות בקשר עם כל חולה שפונה אל העמותה, לתת לו כל מידע או עצה שיבקש ולהקל עד כמה שנוכל עם ההתמודדות שלו ושל משפחתו עם המציאות החדשה שנכפתה עליהם. מתנדבי העמותה מציעים כתף חמה, מידע, ליווי, שיתוף, ובעיקר חברות המבוססת על ניסיון אישי, במספר צורות:

### מענה טלפוני בקו החם

מחלימים או חולי מלנומה ותיקים מוכנים לשתף בניסיון ובידע שצברו, לתת עצה ומילה טובה כמו שרק חברים שהיו שם בדרך קודם, יכולים לתת. עבור רבים מאיתנו, שיחה ראשונה זו, מהווה אירוע משנה חיים, מקור לעידוד, תמיכה ומידע.

קו החם של העמותה: 052-3680149 | טלפון נוסף: 058-4135753

### מלווה/תומך

מטופל או בן משפחה שפנה לקו החם, עשוי להיות מופנה למלווה שיוצמד אליו לאורך זמן, תלוי במטופל ובצרכיו. מדובר בעיקר בסיוע במיצוי זכויות, הפנייה לסעד/רווחה וכד'.

### קבוצות תמיכה בליווי אנשי מקצוע

הנושאים המוצעים:

- מאובחנים חדשים.
- מחלימים "לחיות טוב עם המלנומה".
- התמודדות עם אובדן.
- בני משפחה מטפלים.

למעוניינים, נא לפנות בטל': 052-3680149 או במייל: [hedva@melanoma.org.il](mailto:hedva@melanoma.org.il)

## 9 פלטפורמת מסע המטופל - תהיה נגישה באתר במהלך 2025

הפלטפורמה משמשת מפת דרכים עבור המטופל: עוקבת אחר כל המסע שעתידי המטופל לעבור במהלך תקופת המחלה. הפלטפורמה מתארת את שלבי מסע המטופל כולל סרטוני הסבר, לינקים להעשרה, וטיפים ממטופלים "ותיקים". מפת מסע מטופל מעניקה למטופל ובני המשפחה מידע בנוגע לאבחון המחלה, קביעת השלב, הסבר על הטיפולים, שאלות שכדאי לשאול את הרופא, החלמה ועוד.

## כנסים ארציים ואזוריים

הכנסים מספקים הזדמנות למפגש רעים, להתעדכנות ולשיתוף במידע. במפגשים אלה מתקיימות הרצאות על חידושים בתחום הטיפול והמחקר, על נושאים של בריאות ואורח חיים וכן שיתוף בנושא התמודדות אישית עם המחלה. המשתתפים חולקים מניסיונם עם אחרים, מחזקים ומתחזקים. שותפות הגורל מקרבת את הלבבות.

**הרצאות מכנסי העמותה ניתן לראות באתר העמותה [www.melanoma.org.il](http://www.melanoma.org.il)**

## העלאת המודעות לסרטן העור בקרב הציבור

- קמפיילים בפייסבוק (למשל נושא הצללת גני שעשועים).
- סריקת שומות במקומות ציבוריים (למשל בחוף מציצים, ת"א).
- רוכבים נגד סרטן העור - מסע אופניים מראש הנקרה לאילת, שחברנו גיל פרס, מחלים ממלנומה גרורתית, לקח בו חלק.
- כתבות וראיונות בתקשורת.

## תכנית לאומית למניעת סרטן העור

- הצגת תכנית לאומית למניעת סרטן העור בפני ועדת הבריאות של הכנסת.
- דוח כלכלי - עלויות סרטן עור למשלם המיסים והיקף חיסכון בעקבות תוכנית.
- מחקר בינלאומי תוכניות למניעת סרטן העור בעולם.
- דוח ממ"מ (מכון המחקר והמידע) של הכנסת.
- שת"פ עם המוסד לבטיחות וגהות - פיתוח לומדה לעובדים בשמש, כתיבת הנחיות לעובדים בשמש, קמפיילים לעובדים, הרצאות והדרכות משותפות. השתתפות בקואליציה לבריאות תעסוקתית.

- קידום נושא הגדרת סרטן עור כמחלת מקצוע.
- שת"פ עם השירות המטאורולוגי - הדרכת חזאים, הפקת סרטונים וקמפיין משותף, הנחיות וחומרים לחזאים לקראת הקיץ.
- כתיבת הנחיות לחוזר מנכ"ל - משרד החינוך.
- פעילות להוזלת מסנני קרינה.
- הצעת חוק לאיסור שימוש בשמן שיזוף.
- הכנסת בדיקת עור למדדי איכות של משרד הבריאות.
- הגשה לסל של בדיקת עור ממוחשבת לסל הבריאות עבור מטופלים בעלי סיכון גבוה.
- **תו מגן שמש** - תו שניתן לחברות דרמו קוסמטיות שהגנת העור מפני קרינת UV עומדת בראש מעייניהן.
- **זרקור על העור** - תכנית להדרכת מטפלות ובני משפחה לזיהוי נגעי עור בקרב הגיל השלישי.
- הרצאות לתלמידים, עובדים וקהילות שונות בנושא הסכנות בחשיפה לשמש.
- **בדיקה ניידת** - בדיקות עור במקומות עבודה וארגונים.
- בדיקות עור בחודש המודעות בחופים ובמקומות ציבוריים בשיתוף עם חברת לה רוש פוזה.
- קמפיילים ברשתות החברתיות בסיוע משפיעניות.
- כתבות וראיונות בתקשורת.
- **האור והעור** - תערוכה במוזיאון המדע בבאר שבע - בשלבי תכנון.

## קהילות סגורות בפייסבוק

**מ-לנו-מה:** כיום רשומים קרוב ל-1000 חברים שדנים על בסיס יומיומי בכל השאלות הקשורות במלנומה, משתפים, מייעצים ומעודדים איש את רעהו. ההצטרפות מותנית במענה על מספר שאלות. חובה לענות עליהן.  
<https://www.facebook.com/groups/598073357013135>  
**עם נון מלנומה:** כיום רשומים כ-3000 חברים. מטרת הקבוצה זהות לאלו של המלנומה.  
[https://www.facebook.com/groups/nonmelanoma/?locale=he\\_IL](https://www.facebook.com/groups/nonmelanoma/?locale=he_IL)

## הרשימות שלי

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

אתר האינטרנט של "העמותה הישראלית לסרטן העור"

[www.melanoma.org.il](http://www.melanoma.org.il)



דף הפייסבוק של "העמותה הישראלית לסרטן העור":

[www.facebook.com/melanoma.il](http://www.facebook.com/melanoma.il)



הצטרפות לקהילת מלנומה – קבוצה סגורה

מ-לנו-מה בפייסבוק:

[/https://www.facebook.com/groups/598073357013135](https://www.facebook.com/groups/598073357013135)

נא לענות על כל השאלות!

הצטרפות לקהילת עם נון מלנומה בפייסבוק

<https://www.facebook.com/groups/nonmelanoma>

מיילים של העמותה:

[hedva@melanoma.org.il](mailto:hedva@melanoma.org.il) | [hedvag@gmail.com](mailto:hedvag@gmail.com)

[keren@melanoma.org.il](mailto:keren@melanoma.org.il)



טלפונים: 052-3680149 | 058-4135753



### אנו קוראים לציבור המטופלים ובני משפחותיהם:

#### להירשם לעמותה

<https://www.melanoma.org.il/contact>

לעקוב אחרינו בפייסבוק ולעשות לנו like.

להצטרף לקהילות הסגורות, לשתף, לתת טיפים חשובים, להעלות נושאים רלוונטיים

להיוועץ בקן החם.

לקחת חלק בקבוצות התמיכה (דרך הקו החם או דרך המודעות בפייסבוק).

לטובת הפעילות שלנו:

אנא תרמו: <https://www.melanoma.org.il/donate>

הצטרפו לעיגול לטובה: לכם אלו שקלים בודדים בחודש - לנו תרומה משמעותית.

<https://www.melanoma.org.il/igul-letova>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



העמותה הישראלית לסרטן העור הוקמה כפלטפורמה  
לשיח, שיתוף, העצמה ותמיכה לחולים והמעגל התומך,  
לצד הנגשת מידע חיוני ועדכני מהארץ ומהעולם

כתובתנו ברשת: [www.melanoma.org.il](http://www.melanoma.org.il)

העמותה הישראלית לסרטן העור  
הנגשת מידע ותמיכה לחולי מלנומה וסרטני עור אחרים

