

אודות הגדלה שפירה של הערמונית

ד"ר אסף שבירו, רופא בכיר ביחידה לאנדואורולוגיה ומנהל תחום הגדלה שפירה של הערמונית, המחלקה לאורולוגיה, מרכז רפואי שיבא.

הקדמה

הערמונית היא בלוטה ייחודית לגברים, הממוקמת באגן מתחת לשלפוחית השתן ומקיפה את השופכה – הצינור המוביל את השתן מחלל השלפוחית החוצה. תפקידה העיקרי הוא לייצר את רוב נוזל הזרע, בעוד תאי הזרע עצמם נוצרים באשכים. הגדלה שפירה של הערמונית, המכונה Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) היא מצב שבו יש עלייה במספר תאי הבלוטה, מה שמוביל לגדילה שלה ולחץ על חלל השופכה וצוואר השלפוחית. תהליך זה עלול לגרום לחסימה חלקית או מלאה של זרם השתן, אף על פי שהמצב עצמו אינו מסכן חיים. עם זאת, ההגדלה עלולה להוביל למספר בעיות במערכת השתן. שכיחות ההגדלה השפירה עולה עם הגיל, כך שבעיות במתן שתן עקב BPH מופיעות אצל 15%–60% מהגברים מעל גיל 40, ועד 80% מהגברים בני 70 ומעלה. חשוב לציין כי גודל הערמונית אינו משקף בהכרח את חומרת התסמינים. הורמון הטסטוסטרון הוא הגורם המרכזי המעודד את גדילת הבלוטה, כאשר שינויים הורמונליים המתרחשים בגוף הגבר עם הגיל גורמים לשגשוג יחסי של תאי הערמונית ולהגדלתה, גם אם אין מחלה ממשית, מה שהופך את BPH לתופעה נפוצה בקרב אוכלוסייה בוגרת.

תסמינים וסימנים

כאשר הערמונית מגדילה את נפחה, היא לוחצת על השופכה, מה שמפריע לזרימת השתן וגורם להופעת תסמינים הנובעים מחסימה חלקית או מלאה של זרם השתן (תלונות חסימתיות), וכן מהשפעת החסימה על שלפוחית השתן עצמה (תלונות איריטטיביות). השפעה זו נגרמת בשל הלחץ של הערמונית על שריר השלפוחית, אך מושפעת גם משינויים טבעיים בגיל במבנה השלפוחית ובמערכת העצבים, וכתוצאה מכך נוצרים התסמינים השכיחים ביותר – איריטטיביים. התלונות החסימתיות כוללות ירידה בעוצמת הזרם, הפסקות בזרימה, קושי בהתחלת ההשתנה, טפטופים, צורך במספר פעולות השתנה כדי להתרוקן, תחושת אי-מלאות בשלפוחית, וזמן ממושך עד תחילת ההשתנה. התלונות האיריטטיביות מתבטאות בתדירות גבוהה בהטלת שתן במשך היום והלילה, דחיפות, ולעיתים בריחת שתן. חומרת הסימפטומים משתנה: אצל חלק מהגברים הם קלים ואינם משפיעים על אורח החיים, בעוד אצל אחרים הם משמעותיים עד כדי פגיעה באיכות החיים – גרימת עייפות, ירידה בריכוז, ישנוניות, הימנעות משתייה והתייבשות כרונית, הימנעות מפעילות גופנית, ספורט, פעילויות חברתיות, טיולים ונסיעות לחו"ל.

חוץ מתלונות הקשורות להשתנה, החסימה המתמשכת על ידי הערמונית עשויה לגרום לסיבוכים כגון:

- זיהומים חוזרים בדרכי השתן העשויים להיות לעיתים חמורים, מסוכנים, ומצריכים אשפוז וטיפול אנטיביוטי במתן לווריד
- דימום בהשתנה הנובע ישירות מרקמת הערמונית המשגשגת. הדימום לעיתים הוא משמעותי ומצריך מתן מנות דם או ביצוע פרוצדורות דחופות לעצירת הדימום (כגון ניתוח לצריבת הדימום, כריתה דחופה של הערמונית, או צינתור עורקי הערמונית).
- אצירת שתן - חוסר יכולת להטיל שתן וצורך בנשיאת קתטר שופכתי. המצב יכול להיגרם מזיהום ברקמת הערמונית הגורם לבצקת בבלוטה והחמרת החסימה, שתיה מרובה מאוד הגורמת להרחבת יתר של השלפוחית, התאפקות יתר, צריכה מוגזמת של אלכוהול, ושכיבה ממושכת. במקרים של אצירת יתר הנגרמת מאירוע מקדים (כגון זיהום, התאפקות יתר, וכו') ישנו סיכוי גבוה לגמילה מהקתטר ללא צורך בניתוח (כ-75%). במקרים בהם אצירת השתן נגרמה ספונטנית, ישנו סיכוי של כ-25% בלבד לגמילה מקתטר ללא צורך בניתוח.
- פגיעה בתפקוד הכליות - עקב כך שהשתן לא מצליח להתרוקן משלפוחית השתן, הלחץ בשלפוחית השתן עולה ושתן שמגיע מהכליות נתקל בלחץ גבוה וכך הלחץ בכליות עולה אף הוא. הדבר עלול לגרום לפגיעה בלתי הפיכה בתפקוד הכליות ואף לגרום לצורך בטיפול דיאליזה. התופעה בדרך כלל אינה מלווה בסימפטומים, ומתגלה בעת בדיקות דם שגרתיות המראות ירידה בתפקוד הכליות.
- אבנים בשלפוחית הנגרמות או מיצירה של אבנים בתוך שתן הכלוא בשלפוחית, או מאבנים קטנות היורדות מהכליות ונכלאות בשלפוחית עקב החסימה במוצאה.
- סעיפים בשלפוחית – עקב הלחץ הגבוה שנוצר בשלפוחית עקה החסימה, תיתכן פגיעה במבנה דופן השלפוחית ויצירה של כיסים (סעיפים) הבולטים החוצה משלפוחית השתן. הסעיפים הללו אינם מכילים שכבת שריר ולכן לעיתים יש קושי שלהם להתרוקן בשתן בעת השתנה.

אבחנה של הגדלה שפירה של הערמונית

בעת ההערכה מתבצע ראיון רפואי הכולל סקירה של הרקע הרפואי, אפיון של חומרת התסמינים וסרגל הזמן בו הם הופיעו, בדיקה גופנית (בדיקה רקטלית) של הערמונית הבאה להעריך את גודל הערמונית ואופי רקמת הערמונית, וכן שאלונים כמותיים IPSS ו IIEF -הבאים להעריך ולכמת את חומרת תסמיני ההשתנה והערכה של התפקוד המיני. יש לציין כי האבחנה של הגדלה שפירה של הערמונית היא אבחנה פתולוגית (ניתנת רק אם ישנו זיהוי רקמה שפירה לאחר ביופסיה או ניתוח ערמונית) אולם שכיח לקרוא להגדלה של הערמונית "הגדלה שפירה של הערמונית" גם אם אין אבחנה פתולוגית רשמית.

בדיקות נוספות המבוצעות לפי הצורך

- בדיקת שארית שתן, שבה מודדים באולטרסאונד את כמות השתן שנותרת בשלפוחית מיד לאחר ההשתנה – על מנת להעריך את יכולת ההתרוקנות
- בדיקת אורופלומטריה Uroflowmetry/ שבה מודדים במכשיר ייעודי את עוצמת זרימת השתן לאורך זמן – על מנת להעריך את יכולת ההשתנה
- בדיקת דם לקריאטינין, הוא תוצר שערכו בדם עולה כאשר תפקוד הכליות לקוי
- תוצאת בדיקת דם לרמת PSA (חלבון המיוצר בתאי הערמונית) על מנת לשלול הימצאות ממאירות ערמונית
- בדיקות הדמיה לקביעת גודל הערמונית (אולטרסאונד או MRI)
- בדיקת אורודינמיקה, סדרה של בדיקות הבאות לבחון את תפקוד השלפוחית והשופכה.
- ציסטוסקופיה (הסתכלות עם מצלמה גמישה על השופכה והשלפוחית), במידה ויש צורך לבחון ממצאים בשלפוחית או לבחון את המבנה האנטומי של השופכה/ הערמונית.

טיפול בהגדלה שפירה של הערמונית

בשנים האחרונות התרחבו מאוד אפשרויות הטיפול בערמונית מוגדלת וכל מטופל מקבל טיפול מותאם אישית, בהתאם לחומרת התסמינים.

אם תסמיני המטופל קלים הוא עשוי להיות מופנה למעקב בלבד וניטור אחת למספר חודשים. לעיתים יש צורך בשינוי באורח החיים – להפסיק לשתות שעותיים לפני השינה, להגביל צריכת אלכוהול וקפאין ואף להימנע מהם לחלוטין, להאריך את משך הזמן בין הטלת שתן אחת לשנייה ולעשות פעילות גופנית קבועה.

כאשר התסמינים בינוניים מומלץ טיפול תרופתי בשילוב עם שינויים באורח החיים. מטרת הטיפול התרופתי היא להקטין את הערמונית, לדכא התכווצות לא רצונית של השלפוחית ולשפר את זרם השתן ואת ההתרוקנות. **קבוצות התרופות העיקריות:**

- קבוצת התרופות מסוג חסמי אלפא מרפות את שרירי הערמונית והשופכה ומקלות על החסימה הנגרמת על ידי רקמת הערמונית (שרירים מהווים כ-20% מנפח הבלוטה). התרופות ישפרו את זרם השתן, יכולת ההתרוקנות, ויאפשרו להתרוקן בעזרת לחץ נמוך יותר משלפוחית השתן. הטיפול עשוי לגרום גם לירידה מסוימת בתכיפות ההשתנה. תופעות הלוואי השכיחות ביותר הן סחרחורות בעת עבר משכיבה לישיבה, והפרעות בשפירה.

- תרופות מקבוצת מעכבי 5-אלפא רדוקטאז. זהו אנזים בעל תפקיד בציר ההורמונלי של טסטוסטרון. התרופה מורידה את השפעת הטסטוסטרון על רקמת הערמונית ובכך גורמת לדיכוי רקמת הערמונית וירידה בנפחה. לאחר כחודש של טיפול ניתן להתחיל להרגיש בהשפעה של התרופה, והיא מגיעה להשפעה מקסימלית תוך 6-12 חודשים. התרופה עשויה לגרום להקטנה של נפח הערמונית בכ-30%. אולם, במידה ונטילת התרופה פוסקת, בלוטת הערמונית עלולה לחזור ולגדול. תופעות הלוואי השכיחות ביותר הן ירידה בחשד המיני, ירידה ברמת האנרגיה, והפרעות בזיקפה.
- קבוצת התרופות האנטי-כולינרגיות. תרופות המפחיתות את כווץ שריר שלפוחית השתן, ובכך גורמות לירידה בתכיפות ההשתנה היומית והלילית. תרופות אלה אינן מטפלות בערמונית עצמה אלא בהשפעות של ההגדלה שלה על שלפוחית השתן. תופעות לוואי עיקריות: יובש בפה, יובש בעיניים, ועצירות.
- תרופות אגוניסטיות ל – B3-זוהי תרופה המפחיתה גם היא את כווץ שלפוחית השתן, אולם אינה כרוכה בתופעות הלוואי שעלולות להיגרם מקבוצת התרופות האנטיכולינרגיות. תופעת הלוואי העיקרית היא עלייה בלחץ הדם.
- תרופות צמחיות כגון תמציות של דקל ננסי, פועלות בעזרת השפעה אנטי-דלקתית ועיכוב סלקטיבי של אנזים 5-אלפא רוקטאז. תופעות לוואי עיקריות הן כאבי בטן ובחילות.
- תרופות מעכבות פופיאסטראז-5 – תרופות הניתנות גם להפרעות בזיקפה, אולם בהתוויה זו ניתנות במינון נמוך ובאופן קבוע אחת ליום. מנגנון התרופה הוא ככל הנראה הרפייה של שרירי הערמונית ושיפור הזרם. תופעות לוואי העיקריות הן כאבי ראש או גב.

טיפולם ניתוחיים

כאשר התסמינים בינוניים-חמורים והטיפול התרופתי אינו עוזר או שאינו מספק, או במקרים של סיבוכים, ישנם הטיפולים הניתוחיים. להלן עיקרי הטיפולים הניתוחיים הקיימים:

- **כריתת ערמונית בגישה סגורה: (TURP – Trans-urethral resection of tumor)** הליך שבו מסירים את הרקמה העודפת מהערמונית (חלק הערמונית המרכזי המוגדל והחוסם – אדנומת הערמונית) וכך מקלים את הלחץ בשלפוחית. ההליך מבוצע מבלי לפתוח את הבטן, באמצעות סיב אופטי דק שמחדר דרך צינור השתן. בקצהו סכין מעגלית חשמלית שבאמצעותה מתבצעת הסרת הרקמה בפיסות קטנות תוך כדי צריבה על מנת למנוע דימומים. את פיות הרקמה שואבים החוצה מהגוף, דרך השלפוחית. הניתוח מתבצע שנים רבות, הוא יעיל יחסית, אולם אינו מבוצע בערמוניות גדולות מעל 100 סמ"ק, ופוגע בשפיכה ברוב המקרים.
- **אקוואבלציה: (Aquablation of the prostate)** ניתוח אקוואבלציה של הערמונית הוא ניתוח חדשני המתבצע בעזרת מערכת המשתמשת בזרוע רובוטית משולבת בציסטוסקופ (מצלמה)

הנכנסת לשופכה ומאפשרת הסתכלות ישירה על רקמת הערמונית במקביל לפעילות הזרוע הרובוטית. בתחילת הפרוצדורה מעריכים בעזרת אולטרסאונד המוכנס לחלחולת את המבנה התלת מימדי של הערמונית, אותו מזינים למערכת. המערכת מבצעת בעזרת הזרוע הרובוטית תוך מספר דקות כריתה של רקמת הערמונית החוסמת בעזרת סילון מים בעוצמה גבוהה וללא שימוש בחימום או צריבה. לאחר מכן צורבים את צוואר השלפוחית במכשיר חשמלי כדי למנוע דימומים ומסירים רקמת ערמונית שארית במידה וישנה כזאת. הטיפול הוא מהיר מאוד יחסית, וכרוך בפגיעה קטנה יותר בצוואר השלפוחית ובצינוריות הזרע ובכך משמר ברוב המקרים את מנגנון השפיכה. הפרוצדורה היא היחידה המשתמשת גם בציסטוסקופ (מצלמה המוכנסת לשופכה המשולבת בזרוע הרובוטית) וגם במכשיר אולטרסאונד בו זמנית, ובכך מאפשרת לזהות את המבנים החיוניים לשימור בסביבת הערמונית. בנוסף, הטיפול אפשרי לערמוניות גדולות מאוד, מה שהיה שמור עד כה רק לניתוחים פתוחים או לניתוחי לייזר. היתרונות של ניתוח זה – טיפול במגוון רחב של גדלים של ערמוניות, משכו הקצר, צורך נמוך במתן דם לאחר הניתוח, זמן אשפוז קצר, פגיעה בשכיחות נמוכה בצוואר השלפוחית וצינוריות השפיכה ולכן שכיחות נמוכה של פגיעה בשפיכה (שמירת יכולת שפיכה בכ-85% מהמקרים), שכיחות נמוכה מאוד של אי נקיטת שתן לאחר הניתוח, יעילות לטווח ארוך (רק כ-1% מכלל המטופלים בשנה יזדקקו לניתוח חוזר).

- **כריתת ערמונית בגישה פתוחה (SPP) או RPP – Suprapubic prostatectomy** (**Retropubic prostatectomy**): מיועד לערמוניות גדולות במיוחד, זהו הליך שבו נכרת החלק הפנימי של הערמונית דרך חתך בבטן התחתונה. הניתוח יעיל מאוד אולם עקב טבעו הפולשני של הניתוח, שכיחות ניתוח זה הולכת ויורדת בשל קיום חלופות ניתוחיות פחות חודרניות הכרוכות באשפוז והחלמה קצרים יותר. **כריתת ערמונית בלייזר (HoLEP) (Holmium Laser Enucleation of Prostate)**: הליך שבו כורתים את החלק החוסם של הערמונית באמצעות אנרגיית לייזר בגישה דרך השופכה. הניתוח הוא מאוד יעיל לטווח ארוך. זהו הניתוח הוורסטילי ביותר, והיחיד המתאים לערמונית בכל גודל ומבנה. אולם, הניתוח כרוך ברוב המקרים בפגיעה ביכולת השפיכה, ישנו שיעור יחסית גבוה של דליפות שתן לאחר הניתוח (שרובן הגדול חולף עם הזמן), הניתוח אורך זמן ארוך יחסית (כתלות בגודל הערמונית), ומסובך יחסית ללימוד וביצוע.
- **התקנים שופכתיים** – קיימים התקנים זמניים או קבועים, אשר דוחקים את רקמת הערמונית החוצה מהשופכה ובכך משפרים את החסימה על ידי הערמונית. ההתקנים פוגעים בשפיכה אולם לרוב אינם יעילים כמו הטיפולים הניתוחיים.
- **REZUM**: טיפול לא ניתוחי במהלכו מזריקים אדי קיטור בלחץ גבוה לתוך רקמת הערמונית במספר אתרים. לאחר מספר שבועות רקמת הערמונית מתחילה להיספג בהדרגה ומתרחשת הקטנה של הבלוטה והפחתת החסימה. הפעולה מתאימה בעיקר לערמונית קטנות יחסית ללא אונה אמצעית מפותחת. יתרונה הגדול בכך שהיא זעיר פולשנית, אינה פוגעת בתפקוד השפיכה במעל 95%

מהמקרים, אולם מצריכה נשיאה של קתטר שופכתי לכשבוע לאחר הניתוח ויעילותה בשיפור תלונות ההשתנה אינה רבה כמו רוב ניתוחי הכריתה של רקמת הערמונית.

- **אמבוליזציה (חסימה) של עורקי הערמונית: (PAE – Prostatic Artery Embolization) הליך**

שמבוצע ביחידה לרדיולוגיה פולשנית בהרדמה מקומית וטשטוש, שבו מזריקים לעורקים המזינים את הערמונית חומרים שחוסמים אותם וכך מקטינים אותה בהדרגה. הטיפול מתבצע גם כטיפול דחוף בדימומים קיצוניים מהערמונית. הליך זה מתאים לערמוניות גדולות, פחות פולשני משיטות אחרות, גורם לפחות דימומים, ואינו פוגע ביכולת השפיקה. עם זאת, הוא פחות יעיל מניתוחים בשיפור ההשתנה, כרוך בקרינה משמעותית, ולא יכול להיעשות למטופלים עם טרשת עורקים. הטיפול בדרך כלל שמור למטופלים הזקוקים לטיפול ניתוחי אולם אינם מעוניינים בכך או כאלה שאצלם ישנו סיכון הרדמתי גבוה במיוחד.

הזמינות של סוללה של טיפולים מאפשרת מסגרת טיפולית שלמה הנותנת האפשרות לתפוז הטיפול המתאים ביותר לכל מטופל ומטופל.

המעקב לאחר הטיפול

באשפוז לאחר ניתוח לכריתת רקמת ערמונית, המטופל נושא קתטר שופכתי למשך יממה או שתיים, והוא מוצא לפני השחרור מאשפוז. בהמשך מתבצע מעקב פעיל המותאם למטופל והטיפול שעבר, בדרך כלל הפגישה הראשונה כחודש לאחר הניתוח, ולאחר מכן אחת למספר חודשים בתקופה שאחרי הניתוח. במידה ובמהלך הניתוח נלקחה דגימת רקמה לפתולוגיה, בפגישה לאחר הניתוח תימסר התשובה הפתולוגית. תוכנית המעקב תקבע לכל מקרה לגופו, ותכלול הערכה רפואית, בדיקה גופנית, הערכת וכימות סימפטומי ההשתנה והשיפור בהם, לעיתים בדיקת PSA, ומעקב קליני ארוך טווח על מנת להעריך השיפור לאורך זמן. רוב התרופות שקיבל המטופל לפני הניתוח יופסקו זמן קצר לאחר הניתוח, אולם לעיתים יש צורך להמשיך בתרופות המטפלות בכיוון-יתר של שלפוחית השתן לאור השפעות לא הפיכות על שלפוחית השתן. לאחר מספר שנים רקמת הערמונית עשויה לגדול שוב אולם נדיר שיהיה צורך בניתוח נוסף, ומוערך בעד 1% לשנה, כתלות בטיפול הניתוחי הספציפי אותו עבר המטופל.

הכותב הוא מנהל תחום הגדלה שפירה של הערמונית במרכז רפואי "שיבא", תל השומר

