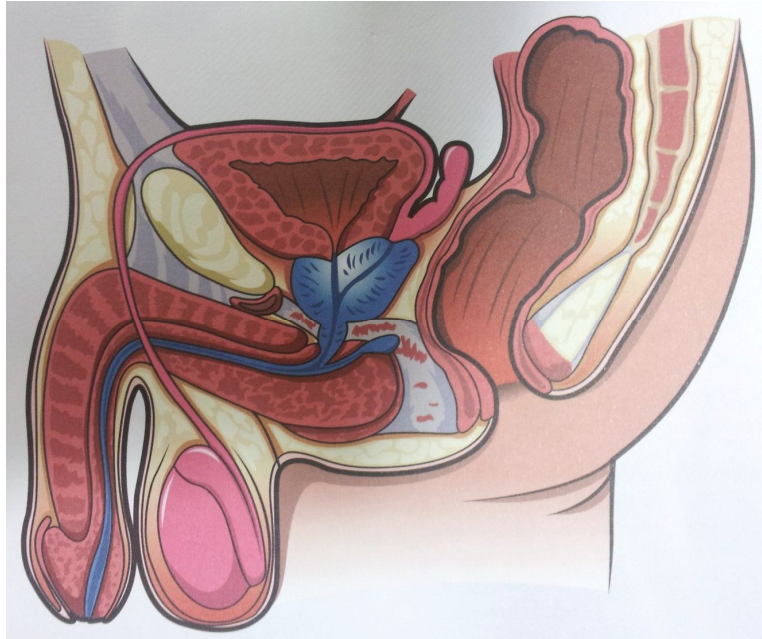


### הערמונית (פרוסטטה) – תפקידה וסיבוכיה

לבלוטת הערמונית צורה של פרי הערמון, הממוקמת במוצא שלפוחית השתן ועוטפת את חלק השופכה הקרוב לשלפוחית השתן. לבלוטה תפקיד חשוב מאוד בתקופת פריון הגבר על ידי יצור והפרשת נוזל הערמונית החיוני לחיזיונותם של תאי הזרע. לאחר תקופת הפריון לבלוטה זו אין כל תפקיד חיוני והמשך קיומה בגוף הגבר יכול להיות קשור לסיבוכים בלבד.



קיימים 3 סיבוכים עיקריים אפשריים הקשורים לבלוטה זו: 1. דלקות 2. הגדלה וחסמה 3. סרטן הערמונית.

1. דלקת הערמונית יכולה להופיע החל מגיל 20-30 שנה. הזיהום בד"כ הינו חיידקי ומקורו בד"כ קשור לזיהום עולה מהשופכה המודלקת ושלא מטופלת נכון ובזמן. ביטוי המחלה יכול להיות חריף, דרמטי וסוער או בצורה כרונית ומתונה. הצורה החריפה מלווה בד"כ בחום גבוה ולעיתים באצירת שתן. טיפול הבחירה הוא אנטיביוטיקה מקבוצת הקינולונים ולעיתים יש צורך בניקוז השלפוחית ע"י קטטר. הצורה הכרונית מלווה בד"כ במחושים ולעיתים בכאבים בשפולי הבטן עם הקרנה לאשכים ולאזור פי הטבעת והפרעה מסוימת במתן השתן. הטיפול האנטיביוטי בד"כ ממושך ולא תמיד עם תוצאות משביעות רצון. לעיתים תיתכן פגיעה באיכות ובכמות הזרע והופעת עקרות.

2. הגדלת הערמונית וחסמה קשורים בד"כ בהפרעה בריקון שלפוחית השתן. כל עוד שלפוחית השתן מתגברת על החסימה ע"י התכווצות שרירי דופן השלפוחית, הגבר בד"כ ללא תסמינים או עם הפרעות קלות בלבד במתן השתן. זו היא התקופה "המסוכנת", כי עקב העדר תסמינים הגבר לא מודע שהשלפוחית מתאמצת לדחוף את השתן החוצה וכתוצאה מכך היא מפתחת דופן מעובה ומאבדת את גמישותה מה שיכול לגרום לגירוי יתר של שלפוחית השתן ולקיבולת קטנה יותר. בהמשך מופיעים סימפטומים המביאים את הגבר לבירור אורולוגי. החולה מתלונן בדרך כלל על החלשת הזרע, תכיפות, דחיפות ונוקטוריה, הרגשת העדר התרוקנות וטפטוף סופי.

מטרת הטיפול בדרך כלל היא להוריד את התנגודת במוצא שלפוחית השתן על ידי תרופות מקבוצת חוסמי אלפא אדרנרגיות ולאפשר לשלפוחית השתן להתאמץ פחות, להגביר את זרם השתן ולהתרוקנות טובה של השלפוחית. בשלב זה התגובה לטיפול תלויה במידת הנזק שנגרם לשלפוחית השתן. אם הנזק הוא קשה ובלתי הפיך, יהיה אומנם שיפור בזרם השתן אך התכיפות והדחיפות ימשכו ואם הנזק לשלפוחית הינו קטן תוצאת הטיפול תהיה טובה. החולה יצטרך ליטול התרופה כל עוד הוא מגיב היטב לטיפול. חולים עם יתר לחץ-דם הינם מועמדים טובים יותר לטיפול תרופתי זה, כי תרופות אלו מורידות את לחץ הדם כך שניתן להגיע איתם למינונים גבוהים של התרופה עם פחות תופעות לוואי שיכולות לנבוע מירידת לחץ הדם.

קבוצות תרופות נוספות כוללות קבוצת מעכבי 5 אלפא רדוקטז כגון אבדורט וקבוצת תרופות על בסיס צמחי כגון פרמיקסון או שילובם עם חוסמי אלפא. כאשר אין תגובה טובה לטיפול התרופתי קיימת האופציה הניתוחית שכוללת כריתת בלוטת הערמונית על ידי פתיחת דופן הבטן או על ידי כריתה חשמלית דרך השופכה ללא פתיחת דופן הבטן. כמו כן ניתן להסיר הערמונית על ידי לייזר או על ידי נידוף. צורת הניתוח נקבעת בהתאם לגודל ומבנה הערמונית ובהתאם לניסיון המנתח. השיפור במתן השתן בד"כ מידי עם תוצאות טובות ולטווח רחוק.

3. סרטן הערמונית יכול להימצא בתוך בלוטת הערמונית מבלי שהגבר יחוש הפרעה כלשהיא. בשנים האחרונות חלה עליה משמעותית באבחון מוקדם של סרטן הערמונית בעקבות המודעות הגבוהה למחלה והשימוש בבדיקת דם לסמן ה PSA . ה PSA הינו חלבון המיוצר ע"י תאי בלוטת הערמונית ורמתו גבוהה יותר בנוכחות תאים סרטניים או כשמדובר בבלוטה מודלקת או גדולה. כאשר עולה חשד קליני או מעבדתי לסרטן הערמונית מבצעים ביופסיה מונחת בעזרת סונר דרך החלחולת. לאחר קבלת תשובה פתולוגית של סרטן הערמונית, המשך הטיפול מותאם לפי דרגת הגידול, אחוז התפוסה של הגידול וגיל החולה. כמו כן, עומק חדירת הגידול מעבר לעטיפה של בלוטת הערמונית (קפסולה), הופעת גרורות בבלוטות הלימפה, גרורות בעצמות או באברים אחרים. בגידול עם דרגת סיכון נמוכה מומלץ היום מעקב בלבד. כשמדובר בגילאי העשור השביעי והשמיני עם דרגת סיכון בינונית מומלץ טיפול קרינתי בלבד או בשילוב טיפול הורמונלי וכשמדובר בדרגת סיכון גבוהה עם גרורות הטיפול הינו כמוטרפי בשילוב טיפול הורמונלי ו/או טיפול קרינתי פליאטיבי ממוקד. לאחרונה ממש ניתן לבצע בדיקות גנטיות היכולות לאפיין האם מדובר בגידול אגרסיבי או שקט וכן בעזרת צילום MRI ניתן לקבל תמונה ברורה יותר על גודל מוקד הגידול ומיקומו. בתקופה האחרונה ההתייחסות לגישה הניתוחית נעשתה יותר ויותר סלקטיבית ומצומצמת וזאת בשל התחלואה הרבה הכרוכה בניתוח ובעיקר השליטה על מתן השתן ופגיעה אפשרית בתפקוד המיני.