



סרטן הערמונית



ד"ר איתי שטרנברג,
מומחה לאורולוגיה, המרכז הרפואי מאיר

סרטן הערמונית הוא הסרטן השכיח ביותר בגברים, ומתוך ארבעה גברים שיחלו בסרטן במהלך חייהם, לאחד יהיה סרטן ערמונית. יחד עם זאת רק אחד מתוך שמונה גברים שיחלו בסרטן ערמונית, ימותו מסיבה זו.

גילוי מוקדם

הגילוי המוקדם מתבצע על ידי בדיקת דם הבודקת את רמת ה- PSA - אותו חלבון המאפשר לתא הזרע להפרות את הביצית. הבדיקה נכנסה לשימוש בתחילת שנות ה-80 והביאה לעליה משמעותית בגילוי מוקדם של סרטן ערמונית, ובהמשך גם לירידה בתמותה מסיבה זו.

רמת PSA מוגברת יכולה לתת תמונה של אפשרות לסרטן ערמונית, אולם רק ביופסיה יכולה להבדיל בין מצב ממאיר למחלות שפירות, שיכולות אף הן להביא לרמה מוגברת של PSA. את הבדיקה מומלץ לערוך עד גיל 75 לכל היותר.

בשנים האחרונות עלתה הטענה כי נוצר מצב של אבחון וטיפול יתר בסרטן הערמונית ועל כך נרחיב בהמשך.

אבחון

האבחון הסופי נעשה על ידי ביופסיה המבוצעת בהנחיה של אולטרה סאונד המוחדר דרך פי הטבעת. כיום מקובל לערוך את הביופסיה בהרדמה מקומית בלבד כך שמדובר בבדיקה פשוטה יחסית וללא כאבים.

MRI של הערמונית במקרה הצורך עשוי לתת תמונה מדויקת יותר של הערמונית, ולהחלטה האם לערוך ביופסיה נוספת, וכן מהו המקום המדויק ממנו כדאי לקחת דגימה בביופסיה.

לאחר קבלת תוצאות הביופסיה, שקלול של רמת ה-PSA, ממצאי בדיקה גופנית וממצאי בדיקת ה-MRI ניתן לסווג את דרגת הסיכון ובעקבותיה לשקול את המשך הטיפול.

אפשרויות טיפול

מעקב פעיל

כיום כמחצית מהחולים שאובחנו בסרטן הערמונית נמצאים ברמת סיכון נמוכה - נמוכה ביותר ומתאימים למעקב פעיל, הכולל בדיקות PSA, בדיקה גופנית אחת למספר חודשים וחזרה על ביופסיה ו-MRI אחת לשנה - 3 שנים. מטרתו של המעקב הפעיל הוא לזהות כאשר דרגת הסיכון עולה ולטפל באופן פעיל בזמן. נמצא כי 97-99% מהחולים אשר בוחרים להימנע מטיפול ולהישאר במעקב פעיל לא ימותו מסרטן הערמונית.

אופציה ניתוחית - כריתת ערמונית

כריתת הערמונית יכולה להתבצע בשיטה פתוחה, לפרוסקופית או רובוטית. הניתוח כולל הסרת הערמונית בשלמותה, שלפוחיות הזרע ובמרביית המקרים גם את בלוטות הלימפה האגניות. תופעות הלוואי המרכזיות של ניתוח הסרת ערמונית הוא פגיעה ביכולת להגיע לזקפה ובמקצת המקרים גם לדליפת שתן.

ברוב המקרים של המקרים ניתן לבצע באותו ניתוח הליך של שימור עצבים אשר משפר את סיכויי המטופל לשמור על יכולת להגיע לזקפה אחרי הניתוח. בעבר מי שאובחן כבעל סיכון גבוה, עבר ניתוח ללא שימור עצבים וסבל מחוסר אונות, אולם כיום ניתן לשמר עצבים גם לחולים בסיכון גבוה. אחד מתוך שלושה יוכל להסתפק בניתוח ללא צורך בטיפול אונקולוגי נוסף.

הקרנות

אופציה נוספת היא הקרנות חיצוניות או השתלה של גרגירים רדיואקטיביים בערמונית (ברכירפיה). היא מתאימה רק לחולים בסיכון נמוך ובמקרים של סיכון בינוני או גבוה ניתן לשלב אותה עם הקרנות חיצוניות וטיפול הורמונלי. ברכירפיה מצריכה הרדמה כללית כמו בניתוח אך האשפוז קצר יותר עם תופעות לוואי דומות.



ההקרנות החיצוניות לא מצריכות אשפוז והרדמה, אך מדובר בטיפול ממושך הנמשך כ-8 שבועות 5 ימים בשבוע. תופעות הלוואי דומות מאוד לניתוח בשכיחותן ובאופיין. חשוב לציין כי חולים בסיכון גבוה לרוב יזדקקו לשילוב של מספר שיטות טיפול על מנת להחלים, וכאשר סדר הטיפולים מתחיל בניתוח, קל יותר לתת הקרנות בהמשך. אם מתחילים את הטיפול בהקרנות, קשה מאוד להמשיך לניתוח ותופעות הלוואי שכיחות יותר.

מתי כדאי להישאר במעקב פעיל ללא צורך בטיפולים נוספים?

אמנם מדובר בסרטן שכיח, אולם בחלק מהמקרים המחלה עשויה להתפתח לאט. לכן, כמחצית מהחולים עם אבחנה חדשה של סרטן ערמונית המאובחנים עם סרטן בסיכון נמוך מתאימים למעקב ודחיית טיפול פעיל. הדחייה בטיפול נותנת אפשרות לדחות את הופעת תופעות הלוואי הכרוכות בניתוחים ובהקרנות. דחיית הטיפול מאפשרת שימור של איכות החיים היכולה להמשך שנים ארוכות.

כיום כמחצית מהחולים שאובחנו בסרטן הערמונית נמצאים ברמת סיכון נמוכה - נמוכה ביותר ומתאימים למעקב פעיל, הכולל בדיקות PSA, בדיקה גופנית אחת למספר חודשים וחזרה על ביופסיה