

מדריך למטופל לשיקום תפקוד מיני ושליטה בשתן לאחר ניתוח כריתת בלוטת הערמונית הנרחבת (רדיקלית) בשל סרטן ערמונית

ניתוח לכריתה נרחבת (רדיקלית) של הערמונית (פרוסטטה) הוא אחד הטיפולים העיקריים לשם ריפוי סרטן הערמונית, המטרה העיקרית של הניתוח היא להסיר את בלוטת הערמונית ואת תאי הסרטן שהתגלו בה. בניתוח מוסרים את הערמונית כולה יחד עם שלפוחיות הזרע וחלק מצינור הזרע, כמו כן בהתאם לצורך גם בלוטות לימפה באגן אשר גם אליהן יכולים להגיע תאי סרטן מהערמונית ובהמשך להתפתח לכדי גרורות. נרחבות הניתוח נקבעת על ידי המנתח במשותף עם אונקולוג. מכון שהעצבים וכלי הדם החשובים להיווצרות הזקפה בפין עוברים בסמוך לערמונית, לאחר כריתת הערמונית עלולים להיגרם קשיים בהשגת זקפה תקינה. בנוסף הערמונית וצוואר כיס השתן מהווים חלק ממנגנון הסוגרים האחראים לשליטה בשתן, כמו כן הערמונית צמודה לסוגר הנותר של דרכי השתן, לכן לאחר ניתוח עלולים להיגרם קשיים גם בתחום זה של השליטה במתן השתן.

יש לזכור שגם במידה ונגרמת פגיעה באחד התפקודים האלה, ניתן לטפל בכך ולשפר את המצב מאוד. מטרת חוברת זו היא להסביר את הגורמים להופעת הפגיעות התפקודיות לאחר כריתה שלמה של הערמונית, ואת דרכי המניעה והטיפול האפשריים.

יש לזכור שמטרת הניתוח היא ריפוי מחלת הסרטן וכי מרבית המטופלים לא יסבלו ממידה קשה של תופעות לוואי אלה, אם בכלל, אולם הם חשובים מכון שהם משפיעים באופן משמעותי על איכות החיים. הסיכוי להימנע או למזער תופעות אלו תלוי במצבו הרפואי הכללי של המטופל עוד טרם הניתוח, בגודל נרחבות ומידת האגרסיביות של הסרטן בערמונית, במהלך הניתוח, ובמידת

שימור העצבים והסוגרים הסמוכים לערמונית. חלק מתהליך השיקום לאחר הניתוח מתחיל בהכנה נכונה עוד לפני הניתוח וגם על כך יוסבר בהמשך.

באם תחווה לאחר הניתוח הפרעות משמעותיות בתפקוד המיני או קשיים בשליטה במתן השתן, מומלץ לשוחח על כך עם המנתח בעת הביקורות המתוכננות במכון האורולוגי והוא יוכל להנחות אותך כיצד לשפר את המצב. כמו כן ניתן לפנות לרופאי המרפאה לאורולוגיה תפקודית במסגרת המכון האורולוגי אשר להם מומחיות נוספת בטיפול בבעיות אלו.

• קשיים בשליטה בשתן:

לאחר הניתוח תשתחרר מהאשפוז עם קטטר (צינור מנקז בדרכי השתן) ותוזמן למרפאת המכון האורולוגי לצורך הוצאת הקטטר. לאחר הוצאת הקטטר מרבית המטופלים יחזרו לשלוט שליטה מלאה בשלפוחית תוך שבועות עד חודשים לאחר הניתוח – אך כ-2%-8% מהמטופלים צפויים לסבול מהפרעה כרונית בשליטה במתן שתן. חלק קטן נוסף מהמטופלים יסבלו מדליפת שתן קלה מאוד, מספר טיפות) במאמץ (כגון בזמן שיעול, עיטוש, צחוק, או מאמץ גופני) אשר אינה מפריעה להם בהתנהלות היום יומית הרגילה. מחקרים הראו שתרגול שרירי רצפת האגן (פיזיותרפיה) עוד טרם הניתוח משפר את הסיכוי ומקצר את משך הזמן הנדרש לחזרה לשליטה טובה בשתן לאחר ניתוחים לכריתה שלמה של הערמונית.

מייד לאחר הוצאת הקטטר מטופלים רבים סובלים מבריחת שתן, בדרך כלל בכמות קטנה, וזאת עקב עליית לחץ תוך בטני בזמן שיעול, צחוק, התעמלות, מאמץ כל שהוא, מעבר מישיבה לעמידה וחולשה זמנית של מנגנון הסוגר הנותר. לכן בעת הגמילה מהקטטר יש להצטייד מראש באמצעי ספיגה (פדים, תחתונים סופגים) במיוחד ביום הגמילה מהקטטר.

לרוב תופעת בריחת השתן משתפרת וחולפת עם הזמן כאשר מרבית המנותחים משיגים שליטה טובה כעבור 3 חודשים, ובמיוחד אם מבצעים תרגילים לחיזוק רצפת האגן – תרגילי קיגל (KEGEL). במקרים בהם נותר קושי בשליטה בשתן גם בחלוף 3 חודשים המצב עוד עשוי להשתפר במהלך 6-12 חודשים אחרי הניתוח. במקרים מסוימים האורולוג המטפל יכול לרשום לך תרופות המשפרות את השליטה בשתן או על ידי שיפור יכולת האגירה של השתן בכיס השתן (ספאזמקס, טוביזא, וסיקר, בטמיגה) או על ידי חיזוק פעולת כיווץ שרירי הסוגר (דולוקסטין, ינטריב, סימבלטה).

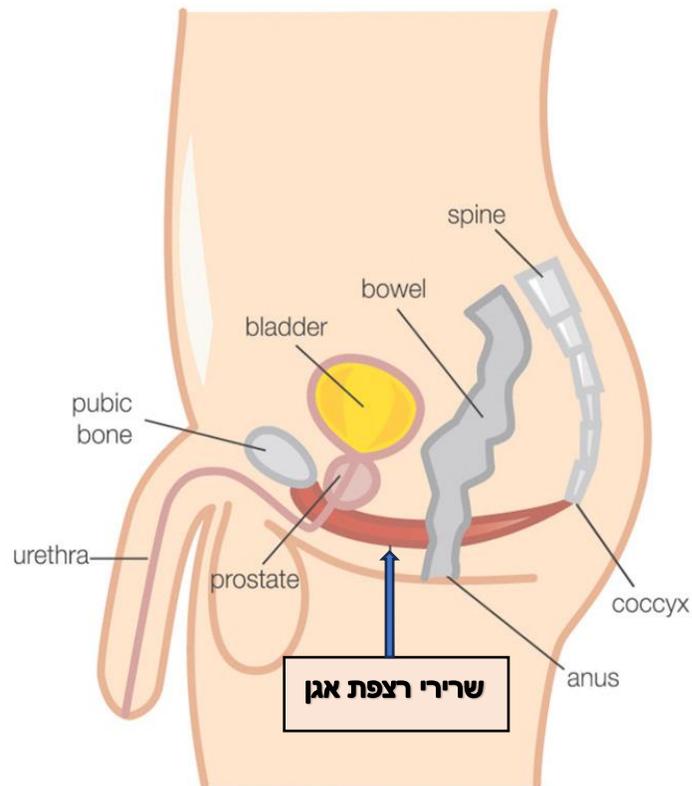
תרגילים לחיזוק רצפת האגן:

כאמור יש יתרון בתחילת תרגול וחיזוק שרירי רצפת האגן (והסוגרים) עוד בעת תקופת ההמתנה וההכנה לניתוח. שימוש בתרגול זה לאחר הוצאת הקטטר יכול לשפר את השליטה בשתן ולקצר את משך הזמן הנדרש לחזרה לשליטה מיטבית. ניתן להיעזר בשירותי פיסיותרפיסטים המתמחים בתרגול ריצפת האגן לשם כך אולם ניתן גם לעשות זאת על ידי תרגול עצמי של תרגילי קיגל (KEGEL).

בגברים, הסימן החיצוני לכיווץ חזק של שרירי רצפת האגן הוא תזוזה קלה של ראש הפין כלפי מעלה. (אותה תנועה המוכרת בעת עצירת זרימת השתן באופן פתאומי). אין להתחיל בתרגילי קיגל כל זמן שיש קטטר. מספר ימים לאחר הוצאת הקטטר יש להתחיל בתרגול. בתחילה ניתן לעשות זאת תוך כדי מתן השתן. כיווץ חזק של שרירי רצפת האגן תוך ניסיון לעצור את זרימת השתן עוזר ללמוד להכיר את התחושה והשליטה בשרירי רצפת האגן החשובים לשליטה. בהמשך, לאחר השגת יכולת שליטה טובה בכיווץ השרירים לא מומלץ להמשיך להפריע את זרימת השתן התקינה.

לאחר הכרת הפעולה של כיווץ שרירי רצפת האגן יש לתרגל אותם על מנת לחזקם. עושים זאת על ידי כיווץ מכוון של השריר משך 10-15 שניות ומנוחה משך 10-15 שניות. על פעולה זו

חוזרים 15-20 פעם. מומלץ לחזור על תרגול זה 3-4 פעמים ביום. בהמשך מומלץ לכווץ שרירים אלה באופן יזום לפני פעולה הגורמת לעליית הלחץ בתוך הבטן (ולדליפת שתן) כגון קימה מישיבה, שיעול, התעטשות.

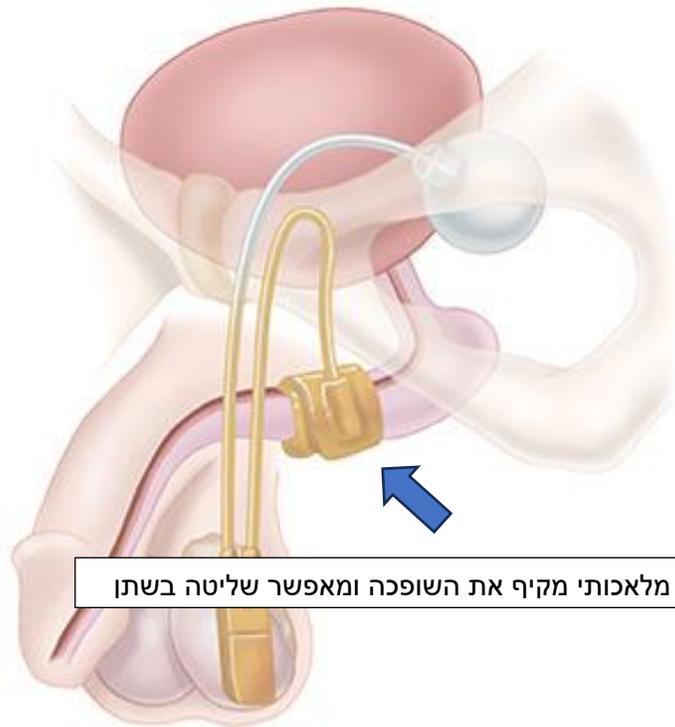


טיפול נוספים:

במקרים בהם הדליפה נמשכת למרות תרגול לחיזוק שרירי רצפת האגן ניתן לסייע בעזרת תרופות. קיימות תרופות המביאות להרפיית כיס השתן ושיפור תגובתו למילוי. תרופות אלה יעילות במיוחד כאשר חלק מבעיית השליטה בשתן נובעת מרגיזות כיס השתן, עקב שינויים בהתנהגות השלפוחית בתגובה לחסימה כרונית או לגיל. הפרעות אלה של רגיזות כיס השתן

מאפיינות גברים בעשור השישי לחייהם גם בלי קשר ולפני הניתוח לכריתת הערמונית, אם כי הניתוח עלול להחמיר את התופעה. תרופות אחרות מסייעות בחיזוק שרירי הסוגר והתנגודת לדליפת השתן.

במקרים הנדירים יחסית בהן נמשכת דליפת שתן טורדנית לאחר תקופת ההתאוששות הצפויה מהניתוח ולמרות ניסיון בטיפולים שמרניים, ניתן לסייע בניתוחים בהם משתילים בגוף שתל המחקה ומחזק את פעולת הסוגר הטבעי. האורולוג המטפל יוכל לדון איתך על אמצעים מתקדמים אלה במידת הצורך.



שרוול של סוגר מלאכותי מקיף את השופכה ומאפשר שליטה בשתן

• אין אונות:

סקירה כללית:

אין אונות מוגדרת כהיעדר יכולת להשיג או לשמר זקפת פין מספקת לצורך קיום יחסי מין מספקים. אין אונות הוא ליקוי נפוץ מאוד בגברים מבוגרים כאשר כ-50% מהגברים בני ה-50 ו-80% מהגברים בני ה-80 יסבלו ממידה זו או אחרת של ליקוי בזקפה. חשוב לדעת שמרבית הגברים שעוברים ניתוח לכריתה שלמה של הערמונית סובלים מאין אונות מייד לאחר הניתוח ובסמוך לאחר הוצאת הקטטר. הופעה או החמרה של אין אונות אינה נדירה בעקבות ניתוחים לכריתה שלמה של הערמונית, כאשר הליקוי יכול להיות ירידה מסוימת באיכות הזקפה לעומת מה שהיה טרם הניתוח ועד כדי היעדר מוחלט. אם זאת קיים סיכוי טוב לחזרת זקפות תפקודיות במהלך תקופת ההתאוששות לאחר הניתוח. עקרונות גברים צעירים יותר, בריאים יותר, ועם תפקוד מיני תקין לחלוטין לפני הניתוח הם בעלי הסיכוי הטוב ביותר להתאוששות זקפות תקינות עם ההחלמה. לעומתם גברים מבוגרים יותר, כאילה עם ליקוי קיים בזקפה עוד טרם הניתוח, וכאילה עם מחלות הפוגעות באיכות הזקפה כמו סוכרת, יתר לחץ דם, שומנים בדם, השמנת

יתר מחלת לב וכלי דם ומעשנים הם אלה עם סיכוי מופחת לחזרת זקפות תקינות לאחר הניתוח.

גורמים טכנים בעת הניתוח ושיקולים אונקולוגיים גם הם יכולים להשפיע על הסיכוי להתאוששות זקפות תקינות לאחר הניתוח. ככלל המנתח יעשה מאמץ לשמר את העצבים האחראיים לתופעת הזקפה, העוברים בסמוך ומשני צידי הערמונית, , אם זאת שימור עצבים אינו תמיד אפשרי, כמו כן במקרים בהם הגידול הסרטני הוא גדול, אגרסיבי, או במיקום סמוך לשולי הערמונית, המנתח עשוי לבחור שלא לשמר את העצבים באותו הצד או בשני הצדדים.

גורם נוסף לליקוי בזקפה במטופלים עם סרטן ערמונית הוא מצב הרוח הירוד והחרדה אשר טבעי שיתלוו לאבחון של מחלת הסרטן ולניתוח הנדרש לריפוי שלו. יש לזכור שלאחר ניתוח לכריתת הערמונית גם במצב של זקפות תקינות אין שפיכת נוזל זרע בעת האורגזמה, לעומת זאת ברוב המקרים נשמרת היכולת להנאה ואורגזמה בעצמה.

הזקפות יכולות ללכת ולהשתפר משך 6 ואף עד 18 חודשים לאחר הניתוח, לכן להתחיל בשיקום הזקפה penile rehabilitation כמה שאפשר מוקדם אחרי הניתוח, העקרון שעומד מאחורי גישה שיקומית זו היא לסייע לשמר זרימות דם תקינות לפין המאפיינות זקפה, עד אשר הזקפות הטבעיות חוזרות להתרחש. יש מספר פרוטוקולים אפשריים לשיקום זקפה וכוללות טיפול תרופתי פומי, מכני, או זריקות לאיבר המין

הפרוטוקול המומלץ על ידינו הוא הפרוטוקול שפותח באוניברסיטת UCSF

בארה"ב:

עוד לפני הניתוח:

- שבועיים לפני ניתוח כריתת הערמונית מתחילים נטילת כדור אחד של סילדנפיל (ויאגרה, תרים) 100 מג או טדלפין (סיאליס או טדאם) 20 מג פעמיים בשבוע, או להתחיל טיפול בסיאליס יומי של 5 מג
- בערב הניתוח לקבל כדור סילדנפיל של 50 מג או טדלפיל של 10 מג.

אחרי הניתוח:

- 3 ימים אחרי הוצאת קטטר להתחיל כדור אחד של ויאגרה 50 מג / טדלפיל 10 מג 3 פעמים בשבוע, או טדלפיל 5 מ"ג מידי יום ובנוסף לפחות פעם בשבוע ליטול סילדנפיל 100 מג או טדלפיל של 20 מג יחד עם גירוי מיני
- אם במהלך 3 חודשים אחרי הניתוח הייתה תגובה לטיפול (מלאות באיבר מין / זקפה) מומלץ המשך טיפול בסילדנפיל 50 מג / טדלפיל 10 מג כ-4-5 פעמים בשבוע, ושימוש בסילדנפיל 100 מג 2-3 פעמים בשבוע בעת גירוי מיני
- אם במהלך 3 ח' לאחר הניתוח לא הייתה תגובה משמעותית לטיפול זה מומלץ לשקול טיפול בהזרקה עצמית של תרופות מעוררות זקפה

לפין או בשימוש במכשיר ואקום לפין פעמיים בשבוע
ולהמשיך השימוש בסילדנפיל 50 מ"ג או טדלפיל 10 מ"ג בימים
האחרים.

הטיפולים האפשריים באין אונות:

1. טיפול תרופתי בתכשירים ממשפחת PDE5I

2. מכשירי ואקום

3. זריקות לאיבר מין (לגופיים המחילתיים)

4. השתלת שתל

(1) טיפול תרופתי בתכשירי PDE5I:

תכשירי PDE5I הנמכרים בארץ:

- **Sildenafil (Viagra, Tarim, Sildazen spray):** 25 mg , 50 mg, 100 mg
- **Tadalafil (Cialis, Tadam) :** 5 mg , 10 mg , 20 mg

יתרונות:

כדורים לבליעה , נוחים לשימוש ויעילים במקרים רבים.

חסרונות :

לא תמיד יעזור בחולים אחרי כריתה נרחבת של ערמונית בעיקר
כאשר לא בוצע שימור עצבים.

התגובה אינה מיידית לאחר נטילת התרופה ונדרש גירוי מיני על
מנת להשיג זקפה.

תופעות לוואי אינם נפוצים אבל כוללים כאב ראש, גלי חום /אודם
בפנים, גודש באף, כאב שרירים, הפרעה בראיית צבעים.
כמו כן תרופות אילו אסורות אצל חלק מהחולים במחלת לב,
במקרה של ספק יש להתייעץ ברופא המטפל.

ההבדלים בין התרופות השונות קשורות בעיקר בדרך הנטילה:

☒ סילדנפיל יש לקחת על בטן ריקה, כ 3-4 שעות אחרי ארוחה .

השפעת התרופה מתחילה כשעה לאחר הנטילה ונמשכת בד"כ
כ-5 שעות.

☒ טדלפיל יש לקחת מספר שעות לפני קיום יחסי מין, אין צורך

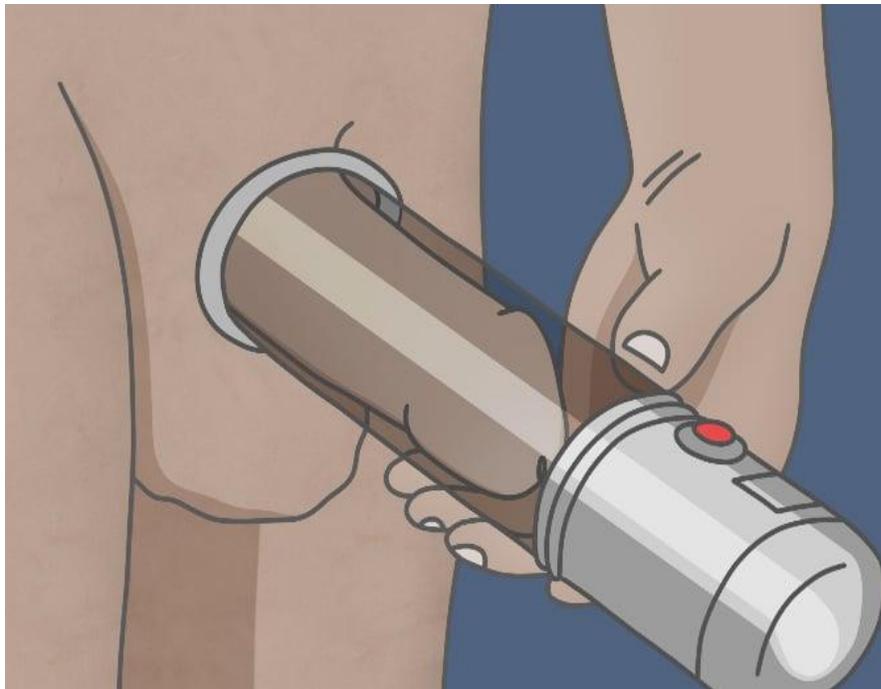
לקחת על בטן ריקה והשפעת התרופה נמשכת עד 36 שעות

(כאשר נוטלים 20 מ"ג)

(2) מכשירי ואקום :

מכשיר ואקום הוא אמצעי מכני להשיג זקפה. המכשיר מונח על הפין ועל ידי
הפעלת משאבה נוצר ואקום סביב הפין שמושך את הדם לתוך הפין ויוצר מצב

דמוי זקפה. יש להניח גומיה יעודית על בסיס הפין לאחר הפעלת המשאבה על מנת ללכוד את הדם בפין. אין לשכוח להסיר הגומיה לאחר מכן. היתרונות בשימוש במכשיר ואקום הם: היות הטיפול זול יותר (השקעה חד פעמית לעומת השקעה מתמשכת בטיפול תרופתי, והאפשרות להשתמש בה באנשים בהם אסורות תרופות או הסובלים מתופעות לוואי בעקבות השימוש בתרופות. החסרונות הן: סירבול השימוש, אי נוחות עקב הגומיה וזקפות "לא טבעיות".



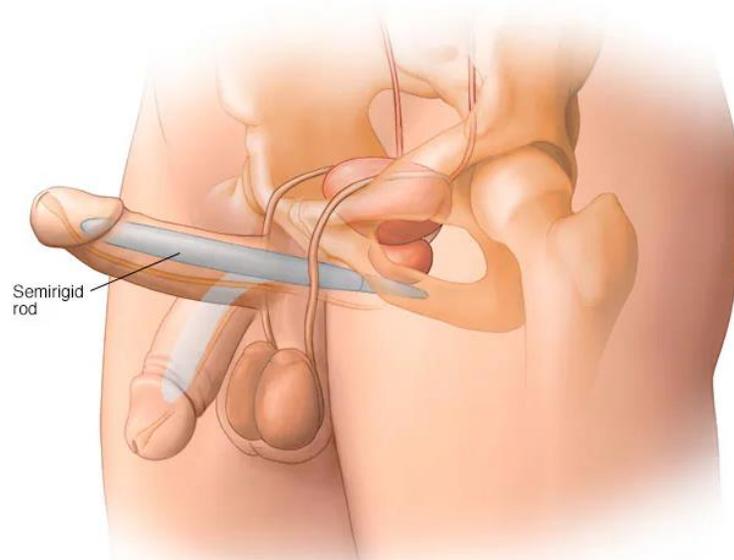
3) זריקות לאיבר מין (לגופים מלאכותיים):

מדובר בטיפול בו המטופל מזריק לעצמו תרופה לרקמת הזקפה הפין (הגופים המחילתיים) המביאה להרחבת כלי הדם בפין ובכך למילוי הפין בדם ולזקפה.

- יתרונות : בדרך כלל יעיל , ללא השפעות או תופעות לוואי ביתר הגוף תגובה מהירה בדרך כלל תוך 10-20 דקות מזמן ההזרקה. חסרונות : דורש הדרכה והתאמת מינון, חלק מהתרופות המוזרקות דורשות אכסון בקירור או הכנה מראש, ההזרקה לפין יכולה לגרום לכאב ולצלקות ברקמות הפין. באם בתגובה לזריקה מתרחשת זקפה ממושכת מעל 4 שעות יש לפנות בדחיפות לטיפול אורולוג במיון.

(4) ניתוח להשתלת שתל לפין :

- (5) במקרים בהם אין תגובה מספקת לטיפולים השמרניים יותר או שהמטופל אינו שבע רצון מהם ניתן לבצע ניתוח בו מושגת שתל לתוך הגופים המחילתיים של הפין. שתל זה מאפשר מצב של פין זקור ונוקשה בדומה לזקפה טבעית. קיימים שתלים שניתן לכופף או לישר אותם ע"פ הצורך ושתלים הידראוליים אשר כאשר הם מנופחים הפין זקור וכאשר הם מרוקנים הפין רפוי. הפעלת השתל מבוצעת בעזרת משאבה / כפתור המושגת תחת עור שק האשכים. במידת הצורך תתייעץ עם האורולוג שלך לגבי ניתוח זה.



צוות המכון האורולוגי והמערכת האורואונקולוגי המשולב מאחלים לך בריאות והחלמה מלאים.