

חולי סרטן ומערכת העיכול

איך לטפל בתסמינים כמו: אנורקסיה, עצירות, שילשול, חסימת מעיים ועוד

דר' אורה רוזנגרטן

סימפטומים במערכת העיכול בחולי סרטן הם שכיחים ביותר ועלולים לגרום להפרעה ניכרת באיכות חיי החולים. הסימפטומים יכולים לנבוע מהמחלה, מהטיפולים או ממצבים נלווים, והם מחייבים, הערכה מתמדת וטיפול מורכב לעתים, אך חיוני.

אנורקסיה

תסמונת אנורקסיה-קחכסיה היא הבעיה השנייה בשכיחותה בין חולי סרטן עם מחלה מתקדמת (לאחר תשישות), ומופיעה ב-65-85 אחוז מהחולים בשלבי המחלה השונים.

קיימים שמונה גורמים לאנורקסיה: הפרעה בטעם כתוצאה מיובש בפה, ירידה במצב ההיגיינה בפה ודלקות, השפעה תרופתית; כאבים או הפרעה מקומית בפה, בשל סטומטיטיס או פטרת; תחושת שובע מוקדמת, בשל הפרעות מכניות בקיבה, כגון: ריקון מושהה, נפיחות בטנית, עצירות וסימפטומים אחרים, כגון: כאב, תשישות, דיכאון, הפרעות מטבוליות, אורמיה, היפרקלצמיה, היפרבילירובינמיה; תרופות, כימותרפיה, אנטיביוטיקה, אופיאטים; פקטורים ישירים שמופרשים על ידי הגידול: קיימות עדויות לגבי השפעת TNF, תיתכן גם השפעת IL-1, IL-6, TNF. הטיפול באנורקסיה כולל בתוכו מספר פרמטרים: שינוי בטעם - יש להימנע ממאכלים המעוררים רתיעה; הפרעה בריקון הקיבה - ניתן להשתמש במאיצי פעילות המעי כגון מטוכלופרמיד (פרמין) או דומפרידון (מוטיליום).

תסמינים מקומיים

הערכת פטרת - רצוי לתת טיפול בבלוקנזול (טריקאן, דיפלוקאן). הטיפול המקומי בתכשירים כגון ניסטטין ומיקונזול

(דקטרין) הוא יעיל לאחזקה בלבד, ואינו משפר מצב של פטרת ממושטת (בעיקר אין השפעה על הלוע האחורי והוושט).

סטומטיטיס - יש לעודד שמירה קפדנית על היגיינה אורלית. ניתן לטפל במשככים מקומיים, כגון Geleclair, oracort-E, או לרקוח תערובת של אלומיניום הידרוקסיד (מג'ל, אלומג, מלוקס) עם 1-2 אמפולות לידוקאין בריכוז שני אחוזים לבקבוק תרחיף. תכשירים המספקים הגנה מקומית לריריות - כגון סוקרלפט (אולסניק) יכולים להאיץ החלמה של הריריות.

קסרוסטומיה - יובש בפה. ניתן להשתמש באמצעים ביתיים כגון מציצת קוביות קרח, סוכריות חמוצות ועוד. רוק מלאכותי על בסיס צלולוז יכול להביא להקלה זמנית. כדורי פילוקרפין (סלז'ן) מתאימים לשימוש במטופלים שקיבלו או מקבלים הקרנה לאזור הראש והצוואר. יש לציין בפני המטופלים את הסיכוי לסחרחורות כתוצאה מהטיפול וכן את משך הזמן הארוך יחסית הנדרש להשגת תוצאות משיבועות רצון.

טיפול ספציפי לאנורקסיה - מגסטרוול אצטט (מגייס) במינון של 160-800 מ"ג ליום (המחקרים מציינים מינונים גבוהים, אך ניתן לראות שיפור גם במינונים נמוכים. במידה שלא, אין להסס לעלות במינון).³ טיפול זה מתאים לחולים עם תוחלת חיים מעל חודש, היות שהאפקט הרצוי מושג לאחר מספר שבועות בלבד. יש להימנע מטיפול זה בחולים עם מצב של היפרקואגולביליות בשל הסיכון המוגבר ליצירת קרישים.

קורטיקוסטרואידים - פרדניזון במינון 40-20 מ"ג ליום או דקסמטזון במינון 8-4 מ"ג ליום.^{4,5} היתרון על פני השימוש במגסטרוול אצטט הוא האפקט המהיר (1-2 יממות) על התיאבון ועל התחושה הכללית מבחינת well being של המטופל. בשל תופעות הלוואי המרובות לטווח הארוך, לא מומלץ לשימוש קבוע בחולים בעלי תוחלת

חיים ארוכה משלושה חדשים. יש לעקב אחרי לחץ דם ורמת סוכר.

דרונבינול (מרינול/רונבין) - חומר הפעיל בצמח הקנביס, במינונים של 2.5-20 מ"ג ליום. יעיל במידה בינונית לעורר תיאבון, תורם גם להפחתת בחילות וכאבים במידה קלה. תרופה זו יעילה פחות מהתוצר הטבעי של הצמח, בעייתית להשגה בארץ ויקרה מאוד.

הזנה שלא דרך הפה - הזנה ישירות לקיבה או הזנה תוך ורידית הן אופציות טיפוליות שמתאימות לחולים במצב של חסימה במערכת העיכול בלבד, שאצלם קיים צפי לשיפור במצב הכללי כתוצאה מטיפול מתוכנן. בחולים עם סרטן מתקדם ותוחלת חיים צפויה שאינה עולה על שלושה חדשים, אין הוכחה ליעילות הזנה שלא דרך הפה, וקיימות אף עדויות לכך שמתן הזנה תוך ורידית (TPN) עלול לקצר את חיי החולה בשל סיכון מוגבר לסיבוכים. מתן עירוי נוזלים בלבד עשוי להקל על חלק מהסימפטומים ללא סיבוכים מיותרים.¹⁰

הוגעת המשפחה והחולה - ברוב המקרים החולה עצמו אינו מחפש פתרון לאנורקסיה, כיוון שהוא אינו מעוניין באכילה. האנשים המוטרדים יותר הם לרוב המטפלים. על ידי הבהרה למשפחה, כי תוספת אכילה לא תאריך את חיי החולה, כי החולה לא "ימות מרעב", ניתן להפחית במידה ניכרת מתחים שבין החולה ומטפלו.

יובש בפה (קסרוסטומיה) ודלקות בפה (סטומטיטיס)

קסרוסטומיה היא תופעה שכיחה לאחר הקרנה לשדה שכלל בלוטות רוק, ותיתכן גם כתופעת לוואי לטיפול תרופתי מצוי, כגון: אופיואטים, טריציקליים ועוד. סטומטיטיס תיתכן לאחר טיפול כימותרפי, בעיקר לאחר דוקסיל ומישלבים

כימותרפיים שונים, כמו גם בשלב החרף של הקרנה הכוללת את אזור הלוע. במקרים של הקרנה לאזור הראש והצוואר, יש לשקל מראש התקנת צינור הזנה ישירות לקיבה לאור הדלקות הצפויות במערכת העיכול העליונה, היות שבאחוז ניכר של החולים ייתכנו סטומטיטיס ואזופגיטיס בדרגה IV, שבה לא ניתן לאכול או לשתות באופן סדיר.

קשיי בליעה (דיספגיה)

קשיי בליעה (דיספגיה) או כאב בבליעה (אודינופגיה) יכולים לקרות בכל אחד מהשלבים של הבליעה: חלל הפה - יתבטא בלעיסה ממושכת, פליטת מזון. הפרינקס - יתבטא בשיעול, השתנקות, תחושת מזון תקוע, חזרה דרך האף. וטש - תחושת מזון תקוע, כאב.

הגורמים לקשיי בליעה הם: הפרעה חסימתית - בגידולי ראש וצוואר, גידולי וטש, לחץ מדיאסטינלי; הפרעה נירוגנית - הפרעה לרפלקס הבליעה (פגיעה בעצבים קרניאליים 5, 9 או גוס); הפרעה דיסטונית - מתרופות; הפרעה דלקתית - מוקוזיטיס, אזופגיטיס, מ-reflux או מקנדידה. חולשה קיצונית.

הטיפול בקשיי בליעה: טיפול תואם לדלקות השונות. הפרעה נירוגנית - יש לבצע הערכה של מעורבות בסיס הגלגלת בגידול ולטפל בהתאם. במקרי השתנקות, ניתן להקל על ידי דיפנידרמין (מרכיב במרגיעי שיעול כגון ברונוכלט). בחסימות מכניות של הוושט אפשרויות הטיפול הן באמצעות סטנטים מתכתיים - פרוצדורה פשוטה, הניתנת לשילוב עם טיפול בלייזר. הרחבות שהן יעילות לטווח קצר בלבד: ברכיתרפיה, שיעילותה היא לטווח של מספר חדשים. צריבה בלייזר - היעילות היא בגידולים בעלי אורך מוגבל; טיפול פוטודינמי - על ידי מתן פורפירינים וטיפול מקומי בלייזר ארגון בהמשך. הטיפול יעיל לטווח ארוך יותר מאשר לייזר לבד ואינו מאפשר חשיפה לשמש למשך שישה שבועות לאחר נטילת הפורפירינים.

שיהוקים (Hiccups)

שיהוק הוא רפלקס עוויתי של שרירי הסרעפת והנשימה, הגורר נשימה קצרה וסגירת מיתרי הקול כתוצאה מגירוי הסרעפת. התקפי שיהוק יכולים להיות קצרים, למשך מספר דקות, אך ייתכנו גם התקפים ממושכים מאוד, מעל 48 שעות. הגורמים לשיהוקים הם: הרחבת הקיבה; גירוי ממערכת העצבים המרכזית (CNS)

גירוי עצב הוגוס או העצב הפרני על כל חלקיהם; הפרעות מטבוליות - אורמיה, היפרקלמיה, ספסיס; השפעות תרופתיות - בעיקר סטרואידים אך תרופות מדכאות CNS כגון בנזודיאזפינים או ברביטורטים.

הטיפול בשיהוקים נעשה בדרכים הבאות: גירוי הפרינקס על ידי נגיעה בקצה צינורית/זונדה, בליעת סוכר יבש, שתיית אלכוהול במהירות, בליעת לחם יבש, בליעת קרח כתוש; יצירת היפרקפנאה - על ידי עציירת נשימה, נשימה לתוך שקית; אפקט וגלי פריפרי - פעולת ולסלבה, לחץ על גלגל העין, מסז' קרוטי; טיפול תרופתי - טוכלופרמיד המשפר את ריקון הקיבה. בקלופן שיעיל במצבים מתמשכים, במינון 5-10 מ"ג עד פעמיים ליום¹¹. קיימים דיווחים על הלופרידול (הלידול), אנטי אפילפטיים, ניפדיפין, כלורפרומזין (לרגקטיל) - יעילותו בינונית, גורם סדציה משמעותית. במצבים קיצוניים ניתן להשתמש בעירוי של כלורפרומזין או מידזולם.

בחילות והקאות

בחילות והקאות מופיעות ב-40-60 אחוז מבין חולי סרטן בשלבים שונים של המחלה.

הגורמים והטיפול לבחילות והקאות במערכת העיכול הם:

גירוי בקיבה - ניתן לתת תרופות נוגדות חמצה, לשנות טיפול ב-NSAIDS, לנקז את הקיבה במקרה של דם.

סטזיס בקיבה - ניתן להקל על ידי ניקוז או תרופות מאיצות תנועתיות המעי: מטוכלופרמיד (פרמין) או דומפרידון (מוטיליום).

חסימת מעי - בחסימה פרוקסימלית, טיפול על ידי זונדה, סטנט או גסטרוסטומיה לניקוז קבוע, תרופות כנ"ל. **בחסימה דיסטלית** - מתן טיפול ספציפי (ראו בהמשך).

עצירות קשה - מתן טיפול ספציפי. **גרורות בכבד** - טיפול תרופתי כנ"ל. הרחבת קפסולת הכבד - ניתן להקל על ידי מתן סטרואידים.

מיימת - ניתן להקל על ידי ניקור. מערכות אחרות: שיעול קשה שגורם להקאות אינו נדיר וניתן לדכא את השיעול באמצעות תרופות; מעורבות מערכת העצבים המרכזית - גרורות מוחיות או פיזור לפטומינגיאלי. טיפול ראשוני בקורטיקוסטרואידים, טיפול קרינתי או ניתוחי בהתאם למצב. ניתן להוסיף טיפול נוגד בחילות במידת הצורך; הפרעות

מטבוליות: היפרקלמיה - מתן נוזלים, ביספוספונטים; אורמיה - מתן נוזלים, טיפול ספציפי לגורם זיהומים: ספסיס - טיפול אנטיביוטי תואם; קנדידיאזיס בוושט - מתן פלוקונזול 100 מ"ג ליום או אמפוטריצין 5 מ"ג ליום.

תופעות לוואי לטיפול:

כימותרפיה - מגוון התרופות הגדול מתחלק לתרופות בעלות פוטנציאל אמטי גבוה (כגון אדריאמיצין, ציספלטין ועוד), פוטנציאל בינוני (כגון ציטוקסן, אירינוטקן) ופוטנציאל נמוך. כמו כן יש להבדיל בין תרופות הגורמות לאמזיס קצרת טווח או ארוכת טווח (כגון ציספלטין). במשלבי תרופות יש להתחשב בתרופות בעלות הפוטנציאל האמטי הגבוה ביותר.

תרופות בשימוש נגד בחילות והקאות:

חוסמי 5HT₃ קצרי טווח - אונדנסטרון (זופרן) או גרניסטרון (קיטריל, סטרון). ארוכי טווח - פלונוסטרון (פלוקסי). נוגדי נורוקינין 1 (NK1 inhibitors) אפרפיטנט, טרם נרשם לשימוש בארץ. אנטי-

דופמינרגיים - מטוכלופרמיד (פרמין), יעיל יותר מחוסמי 5HT₃ בהקאות המושהות. דקסמטזון - שילובו עם התרופות הנ"ל משפר בעשרות אחוזים את השליטה בהקאות ובבחילות.

במתן הקרנה לאזורים המכילים חלקי מערכת העיכול, או אזורים של מערכת העצבים המרכזית, שכחות בחילות והקאות היא גבוהה. ניתן לטפל בתרופות הנ"ל בשילובים שונים, כולל תוספת סטרואידים במקרים העמידים.

טיפול באופיואידים - כ-30 אחוז

מהחולים המקבלים טיפול בתרופות אלה סובלים מבחילות או מהקאות. ניתן לטפל בתרופות אנטי אמטיות מקובלות. בחלק מהמקרים, התופעה תחלוף מעצמה לאחר מספר ימים. במידה שלא, יש להחליף את הטיפול התרופתי.

טיפול הורמונלי - במקרים אלה בחילות אינן שכחות. יש לשקול החלפת הטיפול במידת האפשר.

תרופות אחרות - נוגדי דיכאון,

אנטיביוטיקה מסוגים שונים, NSAIDS ועוד. רצוי להחליף טיפול במידת האפשר, בעיקר אם מדובר בטיפול ממושך.

הקאות על בסיס חרדה וציפייה

(Anticipatory vomiting) - תופעה מוכרת בחולים המקבלים טיפולים כימותרפיים ומפתחים הקאות עוד לפני מתן הטיפול. יש מקרים שבהם התרופות המקובלות כנגד הקאות אינן יעילות, ומתן תרופה נוגדת חרדה במינון מינימלי יכולה לפתור את הבעיה ואף למנוע אותה (בנזודיאזפינים במינון נמוך).

הטיפול בבחילות והקאות המושרות על ידי כימותרפיה*

פוטנציאל אמטי של התרופה	לפני מתן הטיפול	ביום הטיפול	יום אחרי הטיפול	יומיים אחרי הטיפול
פוטנציאל גבוה וקצר טווח	דקסטזון 02 מ"ג אונדנטרון/גרניסטרון אפרטינט	אונדנטרון/ גרניסטרון	דקסטזון 4 מ"ג אונדנטרון/גרניסטרון	מטוכלופרמיד לפי צורך
פוטנציאל גבוה וממושך	דקסטזון 02 מ"ג פלונוסטרון אפרטינט		דקסטזון 4 מ"ג מטוכלופרמיד לפי צורך	מטוכלופרמיד באופן סדיר
פוטנציאל בינוני	דקסטזון 02 מ"ג אונדנטרון/גרניסטרון	אונדנטרון/ גרניסטרון	אונדנטרון/גרניסטרון או מטוכלופרמיד	
פוטנציאל נמוך	מטוכלופרמיד או כלום		מטוכלופרמיד לפי צורך	

* (על פי הנחיות האיגוד האונקולוגי האמריקאי - ASCO)¹²

תרופות לטיפול בעצירות

מנגנון פעולה	התכשיר	מוצרים קיימים
מגדילי נפח	פסיליום, תכשירים צמחיים	אגיוקור, אגילקס, קונסיל
סטימולנטים	תכשירי סנה ביזקודיל פנולפלאין	אקסלקס, תה סנה, תה מידרו, לקסיקל לקסדין, קונטלקס, עצירות-X איזילקס, לקסטיב קומפאונד
אוסמוטיים	לקטולוז לקטיטול מלחי מגנזיום	אבילק, לבולק, לקטולקס אימפורטל, נובולקס מגנזיום סנט-פלגרינו
מרככי צואה	פוליאיתילן גליקול	פגלקס
לובריקנטים	שמן פרפין שמן קסטור נרות גליצרין	שמן פרפין לקסופול נרות גליצרין
חוקנים (פעילות אוסמוטית רקטלית)		מיקרולט Fleet enema
סופחי גזים	תכשירי פחם	אאוקרבון (בשילוב עם סנה)

תרופות נוספות בשימוש כנוגדי בחילות והקאות: הלופרידול (הלידול), כלורפרומזין (לרגקטיל, טרוקטיל), פרומטזין (פנרגן). תרופות אלו היו בשימוש נרחב טרום עידן חוסמי 5HT₃. כיום, השימוש פחות נפוץ בשל האפקט הסדטיבי. הניסיון מלמד כי לעתים לא נדירות תרופות אלו יעילות במצבים שבהם נכשלו התרופות החדישות יותר על כל שילוביהן.

קנבינואידים - נגזרות שונות של קנבינואידים, כגון דרונבינול, נוסו בעבר ובהווה בהצלחה למניעת הקאות הנגרמות על ידי כימותרפיה, כמו גם הקאות מסיבות אחרות.¹³

עצירות

עצירות היא בעיה נפוצה בקרב אוכלוסייה מבוגרת בכלל, ובקרב חולי סרטן בגילאים השונים בפרט. במטופלים המשתמשים בתרופות ממשפחת האופיואידים, עצירות מהווה בעיה אצל כ-90 אחוז מהחולים. שלושה גורמים לעצירות. הראשון, מצב כללי ירוד של החולה: חולשה, חוסר תנועתיות, תזונה לקויה ומעוטת סיבים, שתייה לא מספקת; קושי בהגעה לשירותים, הימנעות משימוש בסיר או בחיתול בשלבים שונים; דיכאון. הגורם השני נובע מסיבות הקשורות במחלה: חסימת מעי חלקית, מחלה גידולית תוך בטנית, לחץ עצבי על עצבים הקשורים בפעולת הצאיה, הפרעות אלקטרוליטריות. הגורם השלישי - טיפול תרופתי: אופיאידים, חוסמי 5HT₃, תרופות נוגדות דיכאון, נוגדי חומצה, NSAIDs, כימותרפיה (תוצרי וינקה ועוד).

הטיפול בעצירות נעשה בחמישה קווים עיקריים: יצירת מצבים נוחים לחולה, כולל תנועתיות במידת האפשר. הידרציה טובה, תזונה עתירת סיבים. תרופות הגורמות לעצירות שמהן רצוי להימנע או למצוא תחליפים מתאימים. במידה שלא ניתן להחליף, יש ללוות את התרופה העוצרת במתן משלשלים במקביל (בעיקר במתן אופיואידים). טיפול תרופתי - רצוי לשלב תרופות מאיצות פעילות מעי עם מרככי צואה. אין להשתמש בתכשירי סיבים כאשר לא ניתן לגבות את הטיפול במתן נזולים מספיק מחשש ליצירת אבני צואה. מניפולציה ידנית - במצבי Fecal impaction, לעתים אין מנוס מפינוי ידני של אבני צואה כדי לאפשר המשך טיפול תרופתי.

שלשול

שלשול הוא תופעה פחות שכיחה בקרב חולי סרטן, ולרוב הוא תוצאה של טיפול.

הטיפול בשלשול נעשה בשלושה קווים עיקריים: הידרציה - יש לדאג לתיקון מאזן הנוזלים והאלקטרוליטים; כלכלה עוצרת - טיפול תרופתי באמצעות: 1. לופרמיד (אימודיום, סטופיט) - אופיואיד בעל ספיגה מינימלית ממערכת העיכול ופעילותו בעיקר בפלקסוס העצבי של המעי. טווח המינונים, בין 2-4 מ"ג למנה, בין 1-4 מנות ליום. במצב של שלשול קשה ועמיד כתוצאה מכימותרפיה, מומלץ לקחת מנה לאחר כל יציאה עד כל שעתיים. 2. טינקטורה אופי - תמצית צמח האופיום, טווח מינונים 5-15 טיפות, 1-3 פעמים ליום. 3. אוקטראוטייד (סנדוסטין) - יעיל במקרים של שלשול סקרטורי קשה הנובע מכימותרפיה¹⁴,

הגורמים לשלשול הם: **תרופות** - כימותרפיה (5FU, CPT-11, דוסטקסל), סוגי אנטיביוטיקה שונים, תרופות משרות שלשול. הקרנה לאזור הבטן והאגן. הפרעה בספיגה בשל כריתת מעי (תסמונת מעי קצר) או כריתת בלב (ניתוח ע"ש וויפל), חסימה בדרכי מרה, פיסטולות. **הפרעה דלקתית** - מחלות מעי דלקתיות, Bacterial Overgrowth כתוצאה מניתוח או מטיפול אנטיביוטי מסיבי. גידולים אנדוקריניים - כגון: קרצינואיד, גלוקוגונומה, ויפומה. **מצב דמוי שלשול** - בחסימת מעי חלקית או Fecal impaction - במצבים אלה יש להיזהר ממתן טיפול עוצר לשלשול בשל הסיכון להחמרה.





- קרינה¹⁵ או גידולים אנדוקריניים. טווח מינונים: 300-500 מיקרוגרם עד 3 פעמים ליום, עם הפחתה הדרגתית בהמשך.
4. אנזימי לבלב (פנקראז, קראון) - במצב תת ספיגה, מינונים בהתאם לתגובה.
5. טיפול אנטיביוטי ממוקד במקרי Bacterial overgrowth.

חסימת מעי

- חסימת מעי יכולה להופיע בגידולים התופסים מקום בחלל הבטן או האגן, ושכיחה בעיקר אצל חולות הסובלות מסרטן שחלה מתקדם.
- הגורמים לחסימות מעי הם: פיזור בטני של גידול - גושים מוגדרים היטב או פיזור מיליארי בין לולאות המעי הגורם להידבקויות, גושים חוסמים במעי הגס; הפרעות תנועתיות - Pseudo obstruction; הפרעות אלקטרוליטריות - היפרקלצמיה, היפוקלמיה; הפרעות פר-נאופלסטיות. הטיפול בחסימת מעי נעשה בשלושה אופנים:
- הטיפול השמרני, המתאים לחולים עם מחלה מתקדמת, עם תוחלת חיים מתחת לשלושה חודשים, לחולים עם חסימות במספר מקומות במעי או לחולים שעברו מספר ניתוחי בטן או הקרנה לבטן בעבר. הטיפול כולל: א. הפסקת הזנה פומית - הפסקת מאיצי פעילות המעי.
- ב. מתן הידרציה תואמת - לפחות 2 ליטר נוזלים ליום.

- ג. תרופות נוגדות הקאה - מטוכלופרמיד יעיל אך עלול להחמיר עוויתות המעי, בעיקר בחסימות במערכת העיכול העליונה. במצבים אלה יש עדיפות להלופרידול.
- ד. סטרואידים - דקסמטזון במינון 40 עד 8 מ"ג ליום, שיכול להקל במקרי חסימה חלקית או מלאה¹⁶. מנגנון הפעולה אינו ברור.
- ה. חומרים היפראוסמוטיים הסופחים נוזלים מדפנות המעי כגון: סופודקס או גסטרוגרפין שיכולים לשחרר בעיקר חסימות של המעי הדק.
- ו. אוקטראוטיד (סנדוסטין) במינון 1,200-600 מיקרוגרם ליום, בשלוש זריקות או בהזלפה ממושכת. חומר זה גורם להפחתת הפרשת הנוזלים למעי בחסימות במערכת העיכול העליונה, וגורם לשיפור ניכר בהקאות, בחסימות במערכת עיכול התחתונה וכן גורם להקלה ניכרת בתפחות הבטן. לאוקטראוטיד יכולת מסוימת להאיץ פעילות המעי¹⁷.
- ז. אופיואטיים - על אף האפקט העוצר של תרופות אלו, אין להימנע לחלוטין משימוש במצבים של כאבים קשים כתוצאה מחסימה, אפילו אם החולה מועמד לניתוח.
- ח. זונדה - מאפשרת הורדת לחץ על מערכת העיכול העליונה. כאשר הדבר לא מתאפשר על ידי השימוש בתרופות הנ"ל, יש מקום לשימוש בזונדה לניקוז. יש להתחשב בחולים סופניים שאצלם אין צפי לפתיחת החסימה. במקרה זה רצוי להימנע משימוש ממושך בזונדה (בשל ההפרעה לאיכות החיים והסיכוי לפתח פצעי לחץ

- כתוצאה מהצינורית). במידה שלא ניתן להסתדר ללא זונדה, אפשר להחליפה בגסטרוסטומיה קבועה לניקוז.
- הטיפול הניתוחי** - מתאים לחולים שאצלם ניתן לאתר חסימה באזורים מוגדרים היטב וניתן ליצור מעקפים לחסימה זו. טיפול זה מומלץ לחולים עם צפי לשיפור במצבם הכללי לאחר טיפול סיסטמי למחלה, לחולים עם תוחלת חיים מעל לשלושה חודשים ולחולים שלא עברו מספר ניתוחי בטן או הקרנה לאזור הבטן והאגן. השאיפה במצב זה היא ליצור מעקף לחסימה ולאפשר לחולה המשך חיים רגילים¹⁸.
- תחליפים לטיפול הניתוחי** - טיפול זה ניתן לשקול בחולים שאינם מועמדים לניתוח בשל אחת מהסיבות הנ"ל, אך סובלים מחסימה שמקומה מוגדר היטב ולא ניתן לפתרון שמרני. פרוצדורות חלקיות כגון סטומה לניקוז (במערכת עיכול עליונה או תחתונה) וסטנטים באזורים מוגדרים, נושאות סיכון ניתוח נמוך ופוטנציאל טוב להקלה.
- דר' אורה רוזנגרטן, מומחית באונקולוגיה ובטיפול תומך, היחידה לטיפול תומך במכון האונקולוגי, המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים. יועצת לאונקולוגיה וטיפול תומך ביחידה לאשפוז בית, שירותי בריאות כללית, ירושלים**
rosengarten@szmc.org.il

References

- Gelin J., Moldawer LL., Lonnroth C., et al . Role of endogenous Tumor Necrosis Factor and Interleukin-1 for Experimental Tumor Growth and Development of cancer Cachexia. Cancer Res 1991;51:415-421.
- Flynn PM, Cunningham CK, Kerkering T., Oropharyngeal candidiasis in immunocompromised children: a randomized, multicenter study of orally administered Fluconazole suspension versus Nystatin. The Multicenter Flucanazole Study group. J Pediatr 1995;127(2):322-8.
- Berenstein EG, Ortiz Z., Megesterol Acetate for the treatment of anorexia-cachexia syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2005 18;(2):CD004310.
- Bruera E., Roca E., Cedaro L., Action of oral methylprednisolone in terminal cancer patients, a prospective randomized double-blind study. Cancer Treat Rep 1985;69:751.
- Strasser F., Bruera E., Update on anorexia and cachexia. Hematol Oncol North Am 2002;16(3):589-617.
- Nelson K., Walsh D., Deeter P., A phase II study of delta-9-tetrahydrocannabinol for appetite stimulation in cancer associated anorexia. J Palliative Care 1994,10(1):14-19.
- Bozzetti F., Cozzaglio L., Biganzoli E., Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. Clin Nutr 2002;21(4):281-8.
- MaCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A., Coomfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. JAMA 1994 26: 272(16): 1263-6.
- Joque L., Jatoi A., Total parenteral Nutrition in cancer patients: why and when? Nutr Clin Care 2005;8(2):89-92.
- Bruera E., Sala R., Rico MA, Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. J Clin Oncol 2005 1;23(10):2366-71.
- Walker P., Watanabe S., Bruera E., Baclofen, a treatment for chronic hiccups. J Pain Symptom Manage 1998;16(2):125-32.
- Recommendations for the Use of Antiemetics: Evidence-based. Clinical Practice Guidelines. J Clin Oncol 1999;17(9):2971.
- Lane M., Vogel CL, Ferguson J., Dronabinol and prochlorperazine in combination for treatment of cancer chemotherapy induced nausea and vomiting. J Pain Symptom Manage 1991;6(6):352-9.
- Barbounis V., Koumakis G., Vassilomanolakis M., Control of Irinotecan induced diarrhea by octreotide after loperamide failure. Supprt Care Cancer 2001;9(4):258-60.
- Yavuz MN, Yavuz AA, Aydin F., The efficacy of octreotide in the therapy of acute radiation induced diarrhea: a randomized controlled study. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002 1;54(1):195-202.
- Feuer DJ, Broasley KE. Corticosteroids for the resolution of Malignant Bowel obstruction in advanced Gynaecological and Gastrointestinal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2000(2):CD001219
- Ripamonti C., Panzeri C., Groff L., The role of Somatostatin and Octreotide in bowel obstruction: pre-clinical and clinical results. Tumori 2001;87(1):1-9.
- Pothuri B., Vaidya A., Aghajanian C., Palliative surgery for bowel obstruction in recurrent ovarian cancer: an updated series. Gynecol Oncol 2003;89(2):306-13.