

החלמה מסרטן (Cancer Survivorship): העתיד כבר כאן

יצחק גור, ברכה זיסר, יצחק יניב

בסקירה זו אנו מבקשים לתאר את הלבטים הקיימים כיום בעולם הרפואה, באשר לאחריות על הטיפול במחלימים מסרטן ואת שאלת היקפו של טיפול זה, ומדגישים את הצורך במחקר המתייחס לאוכלוסיית המחלימים מסרטן ובהתמקצעות צוותי רפואה בטיפול בציבור מטופלים הולך וגדל זה.

למעלה מרבע מיליון מן האזרחים החיים כיום בישראל, החלימו מסרטן זה או אחר במהלך חייהם. קבוצת מטופלים ייחודית זו סובלת מבעיות רפואיות ופסיכו-סוציאליות, הנובעות ממחלת הסרטן עצמה, גורמי הסיכון לה, תופעות הלוואי של הטיפולים השונים והתבטאויות חריגות ולא אופייניות של מחלות נלוות.

מבוא

ישראלים שאובחנו כחולי סרטן כלשהו בעבר, חיים היום בישראל. הגידול במספרם של החולים האונקולוגיים השורדים את מחלת הסרטן נובע ממספר גורמים: ראשית, ביצוע תכניות סקירה מוקדמת לממאירויות שונות באוכלוסיית ישראל, כחלק מתכנית הבריאות הלאומית והגברת המודעות הציבורית לצורך בביצוע סקירה מוקדמת לסרטן, הביאו לכך, כי חלק ניכר מהלוקים בסרטן מאובחנים בשלבים מוקדמים של מחלתם, דבר המעלה את סיכוייהם להחלמה (ברחנא ועמיתים, 2009). שנית, השיפור בטיפול האונקולוגי – שיפור הנובע בחלקו משימוש בתרופות חדישות וטכנולוגיות ניתוחיות וקרינתיות מתקדמות, ובחלקו מיכולת טובה יותר של המשלב הטיפולי המורכב בחולים אלו (הניתוחי, הקרינתי והתרופתי) לתת מענה מיטבי למחלתם – הביא לשיפור בסיכויי ההחלמה מסרטן. ולבסוף, שימוש בטיפולים בעלי רמת רעילות נמוכה במהלך הטיפול האונקולוגי, הביא לעליה בהישרדותם של מטופלים בסרטן. בהתחשב במגמות הצפויות של עליה בשיעור המאובחנים כחולי סרטן ובשיפור בטיפול בהם, יש לצפות כי שיעור המחלימים מסרטן ילך ויגדל בשנים הבאות. ואמנם, Edwards ועמיתים (2010) העריכו, כי בהשוואה לנתוני 2005 עשוי שיעור התמותה מסרטן מעי גס – 2020 לרדת בכ- 50%.

גורמי תחלואה בקרב מחלימים מסרטן

מדוע מחלימים מסרטן סובלים מתחלואה (על היבטיה השונים),

למעלה מ-28,000 ישראלים מאובחנים מדי שנה כלוקים במחלה ממארת. אחד מכל שלושה מבוגרים עתיד להיות מאובחן במהלך חייו כחולה סרטן, ושכיחותה של מחלת הסרטן בישראל הולכת ועולה בהשוואה לשנים עברו (ברחנא, קינ-בוקר, פישלר וליפשיץ, 2011). בעוד שבעבר היתה אבחנת מחלת הסרטן משולה לגזר-דין מוות על המטופל, הרי שמצב הדברים כיום שונה לחלוטין. לאחרונה פרסם משרד הבריאות, כי סיכויי ההישרדות לחמש ולשמונה שנים של חולים בסרטן חודרני הם 61.4% ו-58.3% בהתאמה, בקרב גברים ישראלים, ו-67.3% ו-63.7% בהתאמה, בקרב נשים (ברחנא, קינ-בוקר, פישלר, שוחט וליפשיץ, 2009). אין בידינו מידע מדויק כמה מחלימים חיים כיום בישראל, ואולם, לאור העובדה כי קבוצת המחלימים מסרטן מהווה כ-4% מאוכלוסיית ארצות הברית (National Cancer Institute, 2011), ובהנחה כי המצב בישראל לא שונה בהרבה, ניתן להניח כי למעלה מרבע מיליון

ד"ר יצחק גור, MD, "מתחילים מחדש" – ייעוץ רפואי, תמיכה והכוונה למחלימים מסרטן, עזר מציון, פתח תקווה, והחוג לרפואת המשפחה, בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים
tsachig@newbeginning.org.il

ד"ר ברכה זיסר, RN, Ph.D, המאגר הלאומי לתורמי מח עצמות, אורנית, עזר מציון.

פרופ' יצחק יניב, MD, המחלקה להמטולוגיה ואונקולוגיה ילדים, מרכז "שניידר" לרפואת ילדים בישראל, והפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

מחציתן הופיעה הבצקת למעלה מחצי שנה ממועד הניתוח. **ו. ההחלמה מסרטן כרוכה בתחלואה נפשית ניכרת.** כ-20% מהמחלימים שטופלו בהשתלת מוח עצם וכ-40% מהנשים המחלימות מגידולים גינקולוגיים סובלות מדיכאון (Abu-Rustum, Castiel, & Baraket, Carter, Rowland, Chi, Brown, 2005; Trask et al., 2002). חרדה מפני הישנות המחלה היא תופעה שכיחה ביותר בקרב מטופלים שהחלימו מסרטן. בספרות הפסיכולוגית זכתה תופעה זו לכינוי "תסמונת דמוקלס" המתבטאת בתחושה מתמדת של חשש קיומי מפני הישנות המחלה, עצבנות, תחושת ריקנות ואובדן דרך וכן היעדר הנאה (Koocher & O'Malley, 1981; Self, 1999). תחושות של אבל ואובדן מלוות מטופלים רבים גם בתהליך השיקום. Hu, Kwan, Saigal & Litwin (2003) הראו, כי מטופלים רבים שהחלימו מסרטן הערמונית חשים חרטה על בחירתם בטיפול רפואי מסוים כטיפול למחלתם.

ז. שינויים במישור החברתי. מטופלים רבים משנים את אופי העבודה, יורדים בהיקף משרתם או נזקקים לימי מחלה מרובים (Dorlet, Maunsell, Mondor, Brisson, Brisson, Mâsse, & Deschenes, 2005). שיעור המובטלים בקרב אוכלוסיית המחלימים מסרטן גבוה מזה של האוכלוסייה הכללית (De Boer, Taskila, Ojajärvi, Van Dijk, & Verbeek, 2009). בנוסף, מטופלים רבים מדווחים על ירידה ניכרת בהכנסותיהם (Lauzier et al., 2008). בדומה לכך, חלים שינויים בתא המשפחתי בעקבות אבחנת הסרטן. בחישוב שנעשה לאחרונה נמצא, כי בני משפחתו של המטופל מפסידים כ- \$80,000-40,000 במהלך השנתיים הראשונות שלאחר אבחנת הסרטן, עם תלות בסוג הסרטן (Yabroff & Kim, 2009). ורבים מבני המשפחה של המחלימים מסרטן, בייחוד בנות לחולי סרטן, סובלים מתחושת מתח מתמידה (Worsham, Epping-Jordan, Grant, Mireault, Howell, & Malcarne, 1994) ונטייה לאלמוניות ועבריינות (Osborne, 2007).

ח. פגיעה ניכרת באיכות החיים – מלבד התחלואה הכרוכה בשיקום ממחלת הסרטן והטיפול בה, ובנוסף לקשיים הפסיכולוגיים והחברתיים עמם נאלצים להתמודד המחלימים מסרטן, ועמיתים (Klein, 2011) דיווחו, כי מחלימים מסרטן סובלים מירידה ניכרת באיכות חייהם. מחלימים רבים סובלים מעייפות כרונית העשויה להימשך שנים רבות (Storey et al., 2011). בנוסף, חלק מהטיפול האונקולוגיים כרוכים בהקרנות ובניתוחים היוצרים פגיעה קשה בדימוי הגוף. גם אם תפקוד איברי המין לא נפגע מטיפולים אלו, הרי שתחושת הנשיות/הגבריות עלולה להיפגע אצל נשים וגברים רבים, כמו גם ירידה בדחף המיני והפרעות בזקפה (Symms, et al., 2008; Reis, Beji, & Coskun, 2010). מהרשום לעיל ברור כי הצורך בטיפול רפואי, כמו גם ביעוץ תזונתי, פסיכולוגי וסוציאלי, לא רק שאינו מסתיים, אלא לפעמים אף מתגבר דווקא עם סיום הטיפולים האונקולוגיים.

יותר מקבוצות אחרות באוכלוסייה? דומה כי ניתן להצביע על מספר גורמים:

- א. גורמי סיכון הקשורים בהתהוות מחלת הסרטן, עלולים לסכן את בריאותו של המחלים מסרטן גם מבחינות אחרות.** דוגמא לכך היא העובדה, כי נשים שאובחנו עם סרטן שד ונמצאו נשאיות של הגן ל-BCRA עלולות להיות חשופות לממאירויות נוספות, ובייחוד לסרטן השחלות. מעשנים שהחלימו מסרטן שלפוחית השתן עשויים להיות חשופים לתחלואה לבבית, למחלות ריאה או לממאירויות אחרות הקשורות בעישון. תזונה עתירת שומנים קשורה להתפתחות פוליפים במעי הגס וסרטן המעי הגס, אבל מהווה גם גורם סיכון לאירועים מוחיים ומחלות לב איסכמיות.
- ב. קיומה של מחלת הסרטן עצמה כרוך בנוכחות או בהתהוות של פתולוגיות אחרות.** כך הראו Bordeleau ועמיתים (2010) כי נשים נשאיות של גנים מסוג BRCA1 או BRCA2 נמצאות בסיכון כפול לפתח סוכרת אם אובחנה אצלן שאת ממאירה, בהשוואה לנשאיות שלא חלו בסרטן השד. במקרה זה היוותה התפרצות סרטן השד גורם בתהליך התהוות הסוכרת.
- ג. הטיפולים השונים בהם טופלו המחלימים מסרטן, עלולים לסכן את בריאותם בעתיד.** במחקרם של Majhail ועמיתים (2011) נמצא, כי חולי לוקמיה שטופלו בציקלופוספמיד ובוסולפן לקראת השתלת מוח עצם מתורם (Allogeneic transplantation) נמצאים בסיכון הגדול פי 26 מזה של האוכלוסייה הכללית, להתפתחות סרטן השפתיים. Travis ועמיתים (2005) הראו, כי כשליש מהצעירות שטופלו בהקרנות לאזור החזה בשיעור של Gy40 ויותר לצורך טיפול במחלת הודג'קין, אובחנו עם סרטן שד עד גיל 55.
- ד. שילובם של מספר גורמים עלול לפתח תחלואה במחלות אלימות מהרגיל.** השילוב של גורמים גנטיים וסביבתיים שהביאו להתלקחות מחלת הסרטן, יחד עם הטיפולים הכימיים, הקרינתיים והניתוחיים, מהווה גורם סיכון מוגבר לא רק לתחלואה ניכרת, אלא גם להתנהגות אלימה מהצפוי של מחלות מוכרות. לאחרונה הראו Milano, Li, Gail, Constine & Travis (2010) כי הפרוגנוזה של נשים שחלו בסרטן שד כסיבוך מאוחר של הטיפול בלימפומה ע"ש הודג'קין, גרועה משמעותית מזו של נשים שחלו בסרטן שד ללא רקע של לימפומה ע"ש הודג'קין; גם מבחינה פתולוגית ניכרו הבדלים בסמנים הפרוגנוסטיים של סרטן השד, בקרב מחלימות מלימפומה ע"ש הודג'קין שחלו בסרטן שד – דבר המצביע על תהליכים תאיים פתולוגיים יותר מהצפוי בתאי סרטן השד בקרב נשים אלו.
- ה. טיפולים רבים בסרטן כרוכים בסבל רב ובתופעות לוואי מתמשכות.** כך למשל, בסדרת מחקרים של Sagen, Karesen, Sandvik & Risberg (2009) נמצא, כי גם 5 שנים לאחר ניתוח להסרת גידול בשד, שכלל הסרה של בלוטות מבית השחי, סבלו 13% מהנשים מבצקת של הגפה העליונה (Lymphedema); אצל

טיפול למחלימים מסרטן - מה הוא כולל ומי אחראי לכך?

לפי המלצות ה-IOM (Institution of Medicine) האמריקאי המופיעות אצל Hewitt, Greenfield, Stovall (2005) מרכיבי הטיפול במחלימים מסרטן צריכים לכלול:

- א. טיפול מונע כנגד הישנות הסרטן ו/או כנגד תופעות לוואי ארוכות הטווח של הטיפולים בסרטן.
 - ב. סקירה מוקדמת לאבחון הישנות הסרטן ו/או הופעת תופעות לוואי ארוכות טווח של הטיפולים בו.
 - ג. טיפול בנזקים בריאותיים ופסיכו-סוציאליים, שנגרמו למטופל אגב הטיפול בסרטן.
 - ד. תיאום הטיפול במטופל בין המטפלים השונים, לכדי יצירת מערכת טיפולית יעילה.
 - ה. מחקר נרחב ומעמיק על דרכי הטיפול המיטביות במחלימים מסרטן.
- בפועל, יישומן המעשי של המלצות אלו קשה ביותר ממספר סיבות:

- יש צורך להגדיר היטב מיהו מחלים מסרטן. קיימות כיום הגדרות שונות למחלים מסרטן (Towmbly, 2004). בעבר היה נהוג לציין כי מחלים מסרטן הוא מי ששרד כ- 5 שנים מאז אובחן כחולה סרטן. הגדרה זו מבוססת על נתוני התמותה הגבוהים שאפיינו את חולי הסרטן בעבר – אז רק מעטים שרדו יותר מחמש שנים לאחר האבחנה. במצב הדברים היום, ולאור השיפור הצפוי בהישרדותם של חולי סרטן בעתיד, הגדרה זו הינה אנכרוניסטית. גרוע מכך, הגדרה זו של מחלימים מסרטן, שרובם מסיימים את פרק הטיפולים האונקולוגי לסוגיו השונים תוך כשנה לערך, תגרום לכך כי מחלימים מסרטן לא יקבלו את הטיפול הייחודי למצבם הבריאותי במשך כ- 4 שנים ויותר – מצב שאינו נסבל לכל הדעות.

מאידך, הגדרות אחרות של המושג "מחלים מסרטן" עשויות להיות נרחבות מדי. מספר ארגונים אמריקאים, ובהם ה-IOM וה-National Cancer Institute (NCI) סבורים, כי מחלים מסרטן הוא מי שנפגע מסרטן, ממועד האבחנה ועד לחזרה לאיזון בכל מישורי החיים (Hewitt et al., 2005). הגדרה זו כוללת גם את בני המשפחה של המטופל וכן חולים אונקולוגיים בזמן הטיפול האונקולוגי הפעיל – שתי קבוצות אוכלוסיה שלא ניתן לצרף אותן לאלה שהחלימו ממחלת הסרטן. הגדרה נפוצה אחרת הרואה במחלים מסרטן כל מי שחלה בסרטן ואינו מטופל כעת בטיפול אונקולוגי או בטיפול פליאטיבי (Feuerstein, 2007), אינה קובעת גבול עליון למושג מחלים מסרטן. האומנם יש לראות במי שחלה בסרטן לפני כ- 35 שנה והחלים מגידול זה כזקוק לאותו היחס וראוי לאותם המשאבים הטיפוליים, כמו מי שסיים את טיפוליו לפני כחצי שנה?

- יש צורך להגדיר באופן פרטני את הצרכים והטיפולים להם זקוקים המחלימים מסרטן. המלצות ה-IOM המצוינות לעיל, הגדירו באופן כללי את תחומי העיסוק והעניין בהם יש לתת

מענה במסגרת הטיפול במחלימים מסרטן. עם זאת, חסר מידע פרטני מבוסס ראיות בספרות הרפואית לסוגיה, מהם הטיפולים הספציפיים להם זקוקים מחלימים מסרטן, מהן שיטות הסקירה והמניעה המומלצות לטיפול באוכלוסיה זו, ומה היקף המשאבים הנדרש ברמת שירותי הבריאות. כיון שהישרדותם של מטופלים בסרטן הולכת וגדלה רק בעשורים האחרונים, וכיון שעיקר המחקר הרפואי בתחום הסרטן התמקד בעיקר בפיתוחן של טכנולוגיות ותרופות חדשות כנגד מחלת הסרטן עצמה, חסר מידע באשר לטיפול המיטבי במחלות הכרוניות ולמהלך הטבעי של תופעות הלוואי ארוכות הטווח של המחלימים מסרטן. מהו הטיפול המיטבי בסוכרת שאובחנה לאחרונה אצל נשאית BRCA1 המחלימה מסרטן שד? האם הטיפול בחולה זו שונה מזה של חולת סוכרת אחרת? מה הן הסיבות לכאבי המפרקים שלה? ומתי צפויה להתאושש מהעייפות הכרונית המלווה אותה מאז החלמתה? שאלות כמו: אילו טיפולים אמורים להיכנס לסל התרופות? מה אמור להיות היקף טיפולי הפיזיותרפיה להם זכאים מחלימים מסרטן ורבות אחרות, עדיין מחכות למענה מבוסס ראיות ולמחקר מעמיק.

- יש צורך בהכשרת צוות רפואי (רופאים, אחיות, תזונאיות וכדומה) הבקיא בהשלכות ארוכות הטווח של מחלת הסרטן והטיפולים בה על בריאותו של המטופל, וגדול דיו בכדי לתת מענה לאוכלוסיה הולכת וגדלה זו. עצם ההכרה בצורך במעקב ארוך טווח אחר מבוגרים המחלימים מסרטן היא תובנה חדשה לעולם הרפואה, ורק מעט ידוע על הטיפול המיטבי באוכלוסיה זו. ההתפתחות העצומה של המידע הרפואי הביאה לכך, כי לצוותי הרפואה האונקולוגיים (רופאים ואחיות) אין מידע מספק בכדי לתת מענה מיטבי לבעיות כמו סוכרת, אי ספיקת לב או בעיות אורטופדיות שונות של מחלימים מסרטן, בעוד שמרבית נתוני השירות הרפואי בקהילה (רופאים ואחיות) אינם מעורים מספיק בתופעות הלוואי ארוכות הטווח של מגוון עצום של טיפולים כימיים או הקרנות בצורותיהן השונות. באיזו מסגרת, אם כן, ראוי שיינתן מענה לבעיות רפואיות "לא סרטניות" שהתפתחו לאחר סיום הטיפולים האונקולוגיים? אם בעבר מספר המחלימים המצומצם אפשר לקהילת המטפלים האונקולוגיים (כירורגים, אונקולוגים ורדיולוגים) להתמודד עם הצרכים של המחלימים מסרטן, הרי שהגידול בכמותם והמורכבות הטיפולית בהם, מקשים מאוד על מתן מענה נאות לאוכלוסיה זו במסגרות האונקולוגיות המסורתיות. מצד שני, העומס ההולך וגואה במרפאות הקהילה והמורכבות הטיפולית ההולכת ומסתעפת, מקשים על שירותי הבריאות בקהילה, לתת מענה הולם למחלימים מסרטן. בעיות שאינן רפואיות במובהק כמו זמינות שירותי בריאות, יחסי רפואה-מטופל, והרקע הסוציו-אקונומי של המטופל מקשים עוד יותר את מתן התשובה לשאלה, מי אמור לתת מענה רפואי למחלימים מסרטן.

החולים להתמודד עם ציבור המחלימים ההולך וגדל. מודלים טיפוליים אחרים כללו התערבות של רשויות הבריאות במדינות שונות, להטמעת דרכי הטיפול במחלימים מסרטן במסגרות הקהילה. יש לזכור כי הטמעה מסוג זה, דורשת שיתוף פעולה של צוותי הרפואה בקהילה ומימון ניכר ועשויה לארוך זמן רב. מגמה זו כמעט לא ניתנת לביצוע כיום, בהעדר מידע מספק לגבי התכנים הכלולים בטיפול במחלימים מסרטן. מחקרים בעתיד יצטרכו להבהיר מהו מודל ההתערבות היעיל לניהול הטיפול במחלימים מסרטן.

ברחבי העולם פועלות כיום מספר מרפאות ייעודיות בודדות במסגרות מגוונות, שמטרתן לתת מענה למחלימים מסרטן. גם בישראל פועל כיום מרכז ייעודי יחיד למחלימים מסרטן במסגרת הקהילה, "מתחילים מחדש", במטרה לתת מענה מיטבי לצרכיה של אוכלוסייה הולכת וגדלה זו. במסגרת זו ניתן ייעוץ רב תחומי הכולל ייעוץ רפואי, תזונתי ופסיכו-סוציאלי מקיף, שמטרתו לתת בידי המטופל ומטפלו "ארגז כלים" ותכנית עבודה, אשר יסייעו למטופל להתמודד עם הקשיים הנלווים לתהליך ההחלמה. כלים אלו יעזרו למטופל לחזור למעגל חיים בריאים ופוריים, וגם יאפשרו למסגרות הקהילתיות לתת מענה טוב יותר למחלימים מסרטן. עם זאת, ברור לנו, מהסיבות הנזכרות לעיל, כי כאשר יצטבר ניסיון וידע באשר לטיפול המיטבי במחלימים מסרטן, ידרשו המסגרות הקהילתיות בכל אתר ואתר לתת מענה לאוכלוסיית המחלימים מסרטן (ולכל הפחות למחלימים מסוגי הסרטן השכיחים – כמו סרטן שד, מעי גס וערמונית), וכי התובנות המתקבלות במרכז "מתחילים מחדש" ישמשו בעתיד לטיפול במחלימים מסרטן במסגרות הקהילה.

עתיד הטיפול במחלימים מסרטן היא בעיה בוערת, המונחת לפתחו של עולם הרפואה והסיעוד. התלבטויות הנוגעות לדרך מתן המענה המיטבי לבעיות הרפואיות והפסיכו-סוציאליות של המחלימים מסרטן, כמו גם שאלות של אחריות טיפולית, היקף הטיפול, מימון הטיפול והכללתו במסגרת סל השירותים והצורך במחקר רפואי מעמיק של אוכלוסיית המחלימים מסרטן, צרכיה והטיפול בה, מחייבות את מערכות הבריאות בעולם ובישראל להיערך למתן מענה של ממש לאוכלוסייה הולכת וגדלה זו.

רשימת מקורות

בר-חנא, מ., קינן-בוקר, ל., פישלר, י., שוחט, ת., וליפשיץ, א. (2009). הישרדות חולים במחלות ממאירות בישראל, פרסום מיוחד. רישום הסרטן הלאומי, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, אוקטובר, 6.

בר-חנא, מ., קינן-בוקר, ל., פישלר, י., וליפשיץ, א. (2011). אומדן הסיכון לתחלואה במחלה ממארת לאורך החיים באוכלוסייה הישראלית. עדכון נתוני תחלואה בישראל בשנת 2008. הרישום הלאומי לסרטן, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. ירושלים, שבט תשע"א, פברואר, 7-16.

גם המטופלים חשים בחוסר בהירות זו. מחד, המטופל אינו נמצא עוד במסגרת הטיפולים האונקולוגיים בבתי החולים, והמענה לשאלותיו ולבעיות הרפואיות שהוא מציג אמור להינתן במסגרות הקהילה השונות. ההתמקדות בטיפול במחלים מסרטן חוזרת לאיטה להתמקד בבעיות בריאותיות שאינן גידוליות, כמו השמנה, עישון, מחלות לב וכדומה. מאידך, השאלות שמעלה המטופל בשלב ההחלמה קשורות במובהק למחלתו ולטיפולים בהם טופל, וברור כי לטיפולים השונים בהם טופל המחלים, יש השלכה ניכרת על חלק מהתחלואה ה"לא-סרטנית" שלו. במצב הדברים האמור, חשים מטופלים רבים כי הם "נופלים בין הכיסאות" ולא מקבלים מענה מספק – לא במסגרות הקהילה שאינן חשופות מספיק למשמעויות ארוכות הטווח של הטיפולים האונקולוגיים, ולא במסגרות האונקולוגיות עימן הולך הקשר ודועך, ושבהן מתקשים לתת מענה לשאלות שאינן נוגעות במובהק במחלה הממאירה. היבט בולט אחר של תופעת התסכול של מחלימים רבים היא פנייתם של רבים למסגרות של רפואה אלטרנטיבית. (2002) Maunsell, Drolet, Brisson, Robert, & Deschenest Ganz, Desmond, Leedham, Rowland, Meyerowitz & Belin (2002) הראו כי כ-86% מהמחלימות מסרטן שד צורכות ויטמינים, וכ-50% משתמשות בתוספי תזונה טבעיים. הכותרת שניתנה למסמך המצוין לעיל של ה-IOM: From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition (מחולה סרטן למחלים מסרטן: אבודים במעבר) משקפת מציאות זו.

שיקום מחלימים מסרטן - המצב בהווה וכיוונים לעתיד

כדי לענות על צרכי אוכלוסיית המחלימים מסרטן, נדרש מחקר רב באשר לדרכי הטיפול הנאותות במחלימים מבוגרים מסרטן: מאלו בעיות רפואיות הם סובלים? כיצד מתנהגות מחלות "רגילות" כמו סוכרת או יתר לחץ דם באוכלוסייה זו? ואיזו רפואה מונעת מומלצת לקבוצת אוכלוסייה זו? שאלות אלו הולכות ומתבררות במחקרים המבוצעים כיום. תשובות לשאלות אלו ישפיעו גם על הגדרת המושג "מחלימים מסרטן", מושג שכאמור לעיל עדיין נותר עמום. עם זאת, עדיין מספר המחקרים העוסקים באוכלוסיית המחלימים מסרטן נמוך בהשוואה לתחומים אחרים של הרפואה, ורובו עוסק בתיאור הקשיים עמם מתמודדים המחלימים מסרטן. לפיכך קיים צורך ניכר במימון מחקרים העוסקים במחלימים מסרטן, ובקידום מחקרי התערבות באוכלוסייה זו, מהם ניתן יהיה ללמוד על דרכי הטיפול המיטביות במחלימים מסרטן. דיון ער קיים בספרות הרפואית באשר למודל הטיפולי האידיאלי, באוכלוסיית המחלימים מסרטן. יש הסבורים, כי ניתן יהיה לתת מענה למחלימים מסרטן במסגרת המרפאות האונקולוגיות, אם כי קשה לראות, כיצד בתנאים בהם התקינה של הצוותים האונקולוגיים רק הולכת וקטנה ביחס לכמות הולכת וגדלה של חולי סרטן חדשים, יצליחו הצוותים במרפאות האונקולוגיות בבתי

- Majhail, N. S., Brazauskas, R., Rizzo, J. D., Sobecks, R. M., Wang, Z., Horowitz, M., . . . Socie, G. (2011). Secondary solid cancers after allogeneic hematopoietic cell transplantation using busulfan-cyclophosphamide conditioning. *Blood*, 117, 316-322.
- Maunsell, E., Drolet, M., Brisson, J., Robert, J., Deschênes, L. (2002). Dietary change after breast cancer: Extent, predictors and relation with psychological distress. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 1017-1025.
- Milano, M. T., Li, H., Gail, M. H., Constine, L. S., Travis, L. B. (2010). Long-term survival among patients with Hodgkin's Lymphoma who developed breast cancer: A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 28, 5088-5096.
- National Cancer Institute (2011). Cancer survivorship research. Estimated US cancer prevalence counts: Who are our cancer survivors in the U.S.? Available at: <http://dcccps.nci.nih.gov/ocs/prevalence/index.html>. Last access: 5/7/2011.
- Osborne, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: A systematic review. *Psychooncology*, 16, 101-126.
- Reis, N., Beji, N. K., Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 137-146.
- Sagen, Å., Kåresen, R., Sandvik, L., Risberg, M. A. (2009). Changes in arm morbidities and health-related quality of life after breast cancer surgery - A five-year follow-up study. *Acta Oncologica*, 48(8), 1111-1118.
- Self, M. (1999). The sharp edge of Democles. *British Medical Journal*, 318 (7179), 339.
- Storey, D. J., McLaren, D. B., Atkinson, M. A., Butcher, I., Liggatt, S., O'Dea, R., . . . Decarli, A. (2011). Clinically relevant fatigue in recurrence-free prostate cancer survivors. *Annals of Oncology*. doi:10.31093/annonc/mdr034
- Symms, M. R., Rawl, S. M., Grant, M., Wendel, C. S., Coons, S. J., Hickey, S., . . . Krouse, R. (2008). Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clinical Nurse Specialist*, 22, 30-40.
- Towmbly, R. (2004). What's in a Name: Who Is a Cancer Survivor? *Journal of National Cancer Institute*, 96(19), 1414-1415.
- Trask, P. C., Paterson, A., Riba, M., Brines, B., Griffith, K., Parker, P., . . . Ferrara, R. (2002). Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant*, 29(1), 917-925.
- Travis, L. B., Hill, D., Dores, G. M., Gospodarowicz, M., van Leeuwen, F. E., Holowaty, E., . . . Gail, M. H. (2005). Cumulative absolute breast cancer risk for young women treated for Hodgkin Lymphoma. *Journal of National Cancer Institute*, 97, 1428-1437.
- Yabroff, K. R., & Kim, Y. (2009). Time costs associated with informal care giving for cancer survivors. *Cancer*, 115(18), 4362.
- Bordeleau, L., Lipscombe, L., Lubinski, J., Ghadirian, P., Foulkes, W. D., Neuhausen S., . . . Narod, S. A. (2010). Diabetes and breast cancer among women with BRCA1 and BRCA2 mutations. *Cancer*. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., & Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer related infertility. *Gynecologic Oncology*, 97(1), 90-95.
- Compas, B. E., Worsham, N. L., Epping-Jordan, J. E., Grant, K. E., Mireault, G., Howell, D. C., & Malcarne, V. L. (1994). When mom or dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychology*, 13, 507-515.
- De Boer, A. G., Taskila, T., Ojajärvi, A., Van Dijk, F. K., Verbeek, J. H., (2009). Cancer survivors and unemployment: A meta-analysis and meta-regression. *The Journal of American Medical Association*, 301, 753-762.
- Drolet, M., Maunsell, E., Mondor, M., Brisson, C., Brisson, J., Mâsse, B., & Deschenes, L. (2005). Work absence after breast cancer diagnosis: A population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 17, 765-771.
- Edwards, B. K., Ward, E., Kohler, B. A., Ehemann, C., Zaubler, A. G., Anderson, R. N., . . . Reis, L. A. G. (2010). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*, Published online 7 December, 2009.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survival*, 1(1), 5-7.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.
- Hewitt, M. (2005). Greenfield, S., Stovall, E. (Eds.). *From Cancer Patient To Cancer Survivor: Lost In Transition*. Washington, D.C, USA, The National Academies Press, p. 24-29, 188, 192-218.
- Hu, J. C., Kwan, L., Saigal, C. S., Litwin, M. S. (2003). Regret in men treated for localized prostate cancer. *The Journal of Urology*, 169, 2279-2283.
- Klein, D., Mercier, M., Abeillard, E. Puyraveau, M., Danzon, A., Dalstein, V., Velten, M. (2011). Long-term quality of life after breast cancer: A French registry-based controlled study. *Breast Cancer Research and Treatment*.
- Koocher, G., & O'Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial Consequences of Surviving Childhood Cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Lauzier, S., Maunsell, E., Drolet, M., Coyle, D., Hébert-Croteau, N., Brisson, J., . . . Robert, J. (2008). Wage losses in the year after breast cancer: Extent and determinants among Canadian women. *Journal of the National Cancer Institute*, 100, 321-332.