

תזונה בחולה במחלת סרטן מתקדמת ובסוף החיים

יש חשיבות למתן הסבר לחולה ולמשפחה על הגורמים לאנורקסיה, ועל התועלת והמגבלות של האפשרויות השונות בנוגע לתזונה, על מנת להפחית את תחושת חוסר האונים שלהם (Meares, 1997). עידוד החולה להגביר את כמויות האוכל, עלול להעלות את המתח בינו ובין משפחתו, ולהשיג תוצאות הפוכות מהרצוי. דיון פתוח על הקשיים והבעיות, יכול לסייע ולהקל על שני הצדדים. חשוב לתת לחולה לגיטימציה לאכול פחות, לספק לחולה ולמשפחתו מידע עדכני בעל-פה ובכתב, ולתאר תמונה כנה של המצב הצפוי בזמן הקרוב.

הטיפול התזונתי בחולים במחלת סרטן מתקדמת הסובלים מקלקסיה, הינו אתגר טיפולי שצריך להשתלב בתפיסת הטיפול הכוללת. תמיכה תזונתית נתפסת אצל החולה ומשפחתו כצורך בסיסי ביותר, וכאמצעי שיאריך את חייו החולה. במחקרים שעסקו בתפיסות המטפלים העיקריים של חולים סופניים, נמצא שלעיתים קרובות הם מבינים שהמטופל אוכל רק כדי לגרום להם סיפוק. יחד עם זאת, המטפלים חשו רצון להפסיק את המצב של "הרעבה למוות" של החולה, וחיפשו מידע כיצד ניתן להפחית את המזון עד מצב של הפסקת אכילה.

אטיולוגיה ופתופיזיולוגיה

האטיולוגיה לקלקסיה בחולי סרטן היא רבת משתנים, ונובעת מצריכת מזון לא מספקת, מעליה בהוצאה האנרגטית, משינויים בחילוף החומרים ומתהליכים דלקתיים המושרים על-ידי ציטוקינים. חולי סרטן קלקטיים צורכים כ-800 קילו קלוריות (קק"ל) פחות, מחולי סרטן שאינם קלקטיים. הסבר אפשרי הוא, שאובדן משקל המאפיין חולה סרטן קלקטי, שונה מאובדן משקל המאפיין רעב או אנורקסיה, הנובעים מסיבות שונות שאינן מחלת הסרטן. בקלקסיה על רקע סרטן מדובר בהאצה של תהליך חילוף החומרים והרס תאים, יחד עם עלייה בהוצאה האנרגטית הבסיסית במנוחה (resting metabolic rate – RMR), בחוסר תיאבון (cancer anorexia) ובדלדול מסת הגוף (cancer cachexia), המובילים למאזן אנרגיה שלילי (דוד, 2004).

סיבות נוספות להפרעות בתזונה בחולים במחלה מתקדמת: חסימה מכנית של מערכת העיכול, אובדן תיאבון וחוש הטעם,

עדה מנור, RN, אשפוזיום אונקולוגי, מרכז רפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי לימור בן חיים, RD, MHA, דיאטנית קלינית, מרכז רפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי, שירותי בריאות כללית רבקה גולן, RN, MA, מומחית בטיפול תומך, שירותי בריאות כללית רינה דיכל, RN, MA, רכזת אונקולוגיה בקהילה, מחוז דן, פתח-תקוה, שירותי בריאות כללית

פגיעה במערכת החיסון ודיכאון עקב התקדמות המחלה. ההשלכות לגבי החולה מרחיקות לכת, וגורמות לפגיעה באיכות החיים ולפגיעה פסיכולוגית, בשל העובדה שאינו מסוגל לספק לעצמו צורך בסיסי וחשוב כמו תזונה, בתרבותנו (גוטמן, זינגר, וגימון, 2008).

טיפול

מטרת הטיפול הפליאטיבי בחולה הסופני, היא לשפר את איכות החיים שלו ושל משפחתו, על ידי הקלה על סבלם. טיפול זה טוען לחיים ומחשיב את המוות כתהליך טבעי. הוא אינו מזרז או מעכב את המוות, ומעניק הקלה על כאב או על תסמינים אחרים. מהות הטיפול היא השאיפה לצמצום תופעות לוואי וסיבוכים, ויש חשיבות לשקול את התועלת מול הסיכון של כל טיפול.

חוק החולה הנוטה למות (2005) הגדיר את סוגיית התזונה בחולה הסופני והסופי. על פי החוק, חולה סופני הוא מטופל הסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים. לעומת זאת, חולה סופי נמצא במצב רפואי שבו כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים. בנוגע לחולה הסופני כתוב בחוק, שאין להפסיק טיפול "נלווה" (כגון

קיימים מעט מחקרים על מתן תזונה פראנטרלית בטיפול הפליאטיבי. החולים שהראו תגובה טובה לתמיכה תזונתית פראנטרלית:

- חולים בסטטוס תפקודי טוב – Karnofsky performance status (KPS) מעל 50%
- חולים הסובלים מחסימת מעיים שאינה נתיחה
- חולים בעלי מינימום סימפטומים כתוצאה מהמחלה, ללא פגיעה באיברים חיוניים
- חולים עם מחלה המתקדמת במתינות
- חולים סופניים העומדים בקריטריונים וצפי חיים מעל חודשיים, אשר מסוגלים לטפל בעצמם או בעזרת מטפל בבית (August & Maureen, 2009).

אין עדות מחקרית לכך, שתמיכה תזונתית בחולה הסרטן מאיצה את התקדמות המחלה, את קצב גדילת הגידול הממאיר או את התפשטותו. ההחלטה אמורה להתקבל על ידי צוות רב מקצועי המכיר היטב את החולה, תוך שיקול דעת מעמיק. חשוב להסביר לחולה ולמשפחתו, שההזנה אינה טיפול במחלה ולא בהכרח מאריכה חיים (Bozzeti, 2003).

התערבות

בשל השינויים במגמות הטיפול הרפואי, ובשל המורכבות האנושית בסוגיית התזונה בחולה במחלה מתקדמת, סופנית או סופית, ההתערבות מתבססת בעיקרה על ערכים סובייקטיביים ופחות על גישות אובייקטיביות. שלב טיפול זה מצריך ייעוץ והחלטה משותפת של החולה, בני המשפחה והצוות הבין מקצועי, שיאזן בין עיקרון קדושת החיים, לבין כבוד האדם הנוטה למות וזכותו לאוטונומיה. לכן החלטות בסוף החיים יהיו מבוססות על מצבו הרפואי של החולה, רצונו וסבלו (Bozzeti, 2003).

עקרונות ההתערבות:

1. אומדן המצב התזונתי
 2. הפניה לדיאטנית להערכה תזונתית והתערבות מותאמת אישית
 3. מתן טיפול תומך ואיזון סימפטומים של מערכת העיכול
- בשנת 2010 פרסם ארגון European Palliative Care Research Collaborative הנחיות לטיפול בקקקסיה בחולים במחלת סרטן מתקדמת ובקקסיה עמידה. הטיפולים סווגו לפי:
1. חוזק ההוכחה במחקרים, אשר על פי נתון זה פיתחו את ההנחיות
 2. מידת ההסכמה של מומחים עם ההוכחה המחקרית ו/או לפי הניסיון הקליני (ציון 1-10)
 3. תועלת מול נזק
- (Radbuch, Elsner, Trottenberg, Strasser, & Fearon, 2010).

מזון, נוזלים, חמצן, אנטיביוטיקה, מנות דם). על המטפלים בחולה הנוטה למות לעשות מאמץ סביר, כדי לשכנעו לקבל חמצן, מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, וכן לקבל טיפולים שגרתיים וטיפול תומך הנחוצים לטיפול במחלות רקע נוספות מהן סובל. הדין שונה לגבי חולה סופי, אשר לו צפי של שבועיים לחיות. בחולה הסופי ניתן להפסיק טיפול נלווה הכולל מזון, אך אין להימנע ממתן נוזלים אפילו באמצעים מלאכותיים, אלא אם כן קבע הרופא האחראי שמתן הנוזלים גורם סבל או נזק לחולה. מן הספרות הרפואית עולה, כי חולים על סף המוות מדווחים שבדרך כלל אינם חשים רעב או צמא. תפקודי הגוף נפסקים בתהליך הגסיסה ומזון ונוזלים אינם נחוצים עוד. אדרבה, הפחתת נוזלים מועילה בתהליך הגסיסה, משום שהתייבשות גורמת לשחרור אנדרופינים המפחיתים את תחושת הכאב, וכן מונעת בצקת והפרשה נשימתית מוגברת. אי הנוחות המיוחסת להתייבשות היא יובש בפה ובעיניים. לחץ דם נמוך או דופק חלש הם חלק מתהליך הגסיסה ולא אינדיקציה להתייבשות ולהיפך, חולים עם בצקת היקפית או מיימת אינם מיובשים, זהו סימן לעודפי מלח ונוזלים ו/או להיפואלבומינמיה (McCann, Hall, & Groth-Junker, 1994).

טיפול תזונתי

נושא ההזנה ומועד הפסקת ההזנה והנוזלים בסוף החיים אינו חד משמעי. המרכיב החשוב בטיפול בחולה כזה הוא הגדרה של רצונות החולה ומשפחתו, ואיזון בינם לבין המציאות הקלינית הרפואית.

ההיבט התזונתי של הטיפול בחולה, בדומה ליתר ההיבטים, צריך להתייחס למטרות הטיפוליות כפי שהוגדרו, אולם בספרות לא נמצאה התוויה או התווית נגד של סוג התמיכה התזונתית המתאימה. בחולה סופני או במחלה מתקדמת נשאלת השאלה האם יש אינדיקציה לטיפול, או להתערבות תזונתית אינטנסיבית. קיימות הוכחות ברמות שונות, שתמיכה תזונתית מוגברת צריכה להינתן במטרה להקטין את אובדן המשקל, כל עוד החולה אינו בשלב הסופי ויש הסכמה של החולה (Bozzeti, 2003).

אנו מכירים בערוצי הזנה שונים, כדי לספק את הדרישות התזונתיות המקסימליות, לשימור תפקוד מערכת העיכול ו/או מתן חיזוק פסיכולוגי לחולה: הזנה דרך הפה, הזנה אנטרלית, פראנטרלית או שילוב של מסלולי ההזנה. ההעדפה הראשונית בחולים עם מחלה מתקדמת, תהיה במסלול ההזנה הטבעי והמקובל דרך הפה. כאשר קיימת בעיה במערכת העיכול, בשל חסימת מעיים, נצור (פיסטולה), או כל סיבה אחרת, מומלץ לדברי גוטמן וחבריו (2008) לשקול מתן הזנה תוך-וורידית. לטענתם, ניתן להאט את התהליך הקטאבולי (הרס תאים) במצב מחלה מתקדם, אך לא ניתן להפכו לתהליך אנאבולי (בונה) באמצעות תמיכה תזונתית.

הזנות מיוחדות

תזונה אנטרלית

ההנחיה: תזונה אנטרלית עוזרת חלקית לחולים מסוימים עם מחלה מתקדמת.

דרגת הוכחה במחקרים: חיובית-חזקה, עם ציון גבוה להסכמת המומחים (7.03)

הערה: בחולים עם קקקסיה עמידה יש לשקול מתן תזונה אנטרלית, במצבים בהם אי אכילה גורמת לדחק בולט של החולה ומשפחתו, ולא ניתן להקל ולגשר עליהם בדרכי תקשורת.

תזונה פראנטרלית

ההנחיה: בחולים עם מחלה מתקדמת, במצב סופני (פחות מ-3 חודשים). דרך הזנה זו אינה מומלצת היות שאין בה תועלת ומהווה מטרד גבוה.

דרגת ההוכחה במחקרים: חזקה, עם ציון גבוה להסכמת המומחים (7.46)

הערות: במקרים בהם שוקלים תמיכה בהזנה לתוך הווריד בחולה סופני, יש לקחת בחשבון את הקריטריונים הבאים:

- חולה שמצבו הגופני ורמת תפקודו סבירים – KPS מעל 50%
- חולה שתוחלת חייו הצפויה עולה על 3 חודשים
- חולה אשר מקבל על עצמו את עול הטיפול התזונתי לתוך הווריד בביתו (גוטמן ועמיתים, 2008).

מתן נוזלים תת עורי או תוך ורידי

מרבית החולים בשלב הסופי מפסיקים לשתות, ובני המשפחה חשים מצוקה שמא החולה מיובש וסובל. יש לציין שלהתייבשות בשעות החיים האחרונות יתרונות.

ניתן לשקול מתן נוזלים, במטרה לשפר מצב של התייבשות והזיות (Emanuel, Frank, Charles, & Jamie, 2010; McCann et al., 1994).

טיפול תרופתי

תלידומיד Thalidomide

ההנחיה: אין עדויות/הוכחות במחקרים ליעילות תלידומיד בהגברת תאבון בחולים סופניים.

הערה: לא מומלץ להשתמש בתרופה בחולים עם קקקסיה עמידה.

קנאביס Tetrahydrocannabinol (THC)

במחקר בקרב 469 חולים עם מחלה מתקדמת אשר כלל 3 זרועות: מתן קנאביס, מתן מגסטרול או מתן פלצבו. נמצא כי מגסטרול מועיל יותר באופן משמעותי מקנאביס, כמעורר תאבון ומעלה משקל. שילוב של קנאביס ומגסטרול לא נמצא מועיל יותר, לעומת מגסטרול לבד.

ההנחיה: קנאביס אינו מומלץ לשימוש בחולים עם קקקסיה עמידה, בשיקול של תועלת מול תופעות לוואי. דרגת הוכחה במחקרים- חלשה.

מגסטרול Megestrol acetate (Megace)

ההנחיה: מגביר תאבון ומעלה משקל ולא מסת שריר. מועיל לחולים עם קקקסיה עמידה.

דרגת הוכחה במחקרים – חיובי חלש. ציון להסכמת מומחים לתועלת – 7.73

סטרואידים

ההנחיה: מועילים לחולים עם קקקסיה עמידה ומעוררים תאבון. דרגת הוכחה במחקרים – חיובי חזק. ציון להסכמת מומחים – 8.5
הערה: יש לשקול את השימוש ומשכו בהתאם לעוצמת תופעות הלוואי.

חומצות שומן אומגה-3

ההנחיה: חומצת שומן אומגה-3 מדכאת תגובה דלקתית ציטוקינית, הקשורה לסרטן ולקקסיה. המחקרים הראשוניים נעשו בקרב חולי סרטן הלב, ומאוחר יותר בסוגי סרטן נוספים, ונמצא כי מתן אומגה-3 מייצב את המשקל וממתן קצב איבוד משקל.

דרגת הוכחה במחקרים – חלשה. הסכמת מומחים לתועלת – 6.54

תרופות נוגדות דלקת שאינן סטרואידים NSAID'S

ההנחיה: השימוש בתרופות אלו בקקקסיה עמידה אינו מומלץ. דרגת הוכחה ליעילות – חלשה.

התערבות שאינה תרופתית

הרפיה, יעוץ פסיכוסוציאלי

ההנחיה: אין עדויות/הוכחות במחקרים ליעילות ההתערבות, הסכמת מומחים – 8.17

פעילות גופנית

ההנחיה: אין עדויות/הוכחות במחקרים ליעילות הפעילות הגופנית בחולים סופניים.

דרגת הוכחה במחקרים בחולי סרטן - חזקה, ציון להסכמת המומחים – 7.92 (Radbruch et al., 2010).

ולסיום, נביא מדבריו של טומי לפיד, כפי שציטט בנו, יאיר לפיד, בספרו "זיכרונות אחרי מותי": "גיליתי באותו לילה את הסוד הגדול של החולים: הם תמיד אומרים לעצמם "כשיגיע הסוף, אחליט אם אני רוצה להמשיך או להפסיק", אבל כשמגיע הסוף הם כבר מותשים ומטושטשים מדי בשביל להחליט בעצמם ומשאירים את ההחלטה בידי הרופאים, שתמיד מנסים להשאירם בחיים כמה שיותר, מפני שכך נשבעו והוכשרו והם אינם יודעים אחרת... בשבוע האחרון לחיי לא רציתי לראות איש, מלבד המשפחה הקרובה... קיבלתי מורפיום לשיכוך הכאבים ובכל פעם שקעתי בשינה עמוקה קצת יותר וחשוכה קצת יותר, יודע שזו הדרך בה אלך: בשקיעה איטית, מוקף באהבה. אני לא ממליץ במיוחד על המוות לאף אחד, אבל אם יש דרך ללכת - הרי שזוהי הדרך" (לפיד, 2011).

מזון לגוף לנשמה ולתקווה טיפים ועצות שימושיות לתזונה

- אכול ארוחות קטנות לעיתים קרובות.
- אכול מנות קטנות בעלות דחיסות קלורית גבוהה כמו: דייסות על בסיס חלב מלא, משקאות פרי על בסיס גלידה או שמנת מתוקה, מחיות של תפוז או בתוספת שמן/חמאה, מרקים סמיכים טחונים, תוספות כמו טחינה, אבוקדו, אגוזים טחונים וכדומה.
- שלב מזון רפואי המצוי כתכשיר נוזלי או כאבקה, כתוספת והעשרה לדייסות או משקאות או כשתייה.
- אכול את המזון הרפואי בין הארוחות, ולא במקום הארוחה עצמה.
- נצל את השתייה כמקור נוסף לקלוריות. שתייה מיץ טבעי, תה ממותק בסוכר או דבש או הוסף תכשירי סוכר מרוכזים (סוכר ענבים, קלורין).
- אין חשיבות לשעה שבה אתה אוכל. אכול מתי שמתחשק לך. אף פעם לא מאוחר לאכול את האוכל של ארוחת הבוקר, או מוקדם לאכול את האוכל של ארוחת הלילה.
- בחר את הטמפרטורה והמרקם המתאימים לך. רבים חשים כי מרקם רך בטמפרטורה קרירה נעים יותר לאכילה במצבים של דלקות בפה וקושי בבליעה.
- בדוק מהם הטעמים המועדפים עליך. טעמים עדינים ותיבול עדין מתאימים לעיתים יותר במקרה של בחילה.
- הכן או חמם את המזון במיקרוגל. הכנה כזו יוצרת פחות ריחות לוואי של הבישול, ותקל עליך אם אתה חש בחילה כתוצאה מריח מודגש.
- בחר מזון יבש ובעל נפח קטן כמו צינמים וביסקוויטים, במקרה של בחילות והקאות.
- אם ההקאות קשות, העדף בזמן הזה שתייה ממותקת או מרק, על פני מזון כבד. לאחר ההקלה חזור לאכילה של מנות קטנות.
- אם אתה מרגיש מלאות וגזים לאחר ארוחה, הפחת את כמות הסיבים מאכילה של ירקות, פירות ודגנים מלאים, למרות חשיבותם לבריאות. חשוב שאלה לא "יתפסו" מקום על חשבון מזון המספק לך יותר קלוריות וחלבון.
- אם אתה מרגיש מלאות עד בחילה לאחר ארוחה, קום והתהלך מעט אם אתה יכול. הדבר יקל מעט על תחושתך.
- אם יש קושי לבלוע – קרח, קרטיב, ספוגית טבולה במים למציצה תקל על היובש בפה.
- דאג לשלב מזון מפנק דוגמת: ממתקים, סוכריות ושוקולד. מזון כזה מייצר זיכרונות וחוויית משמעותיים ונעימים.
- אין צורך לדאוג לכך שהתפריט אינו מאוזן או האוכל אינו בריא, רצוי לחשוב על גיוון, טעם וצבע, המעודדים הנאה ואכילה.
- אל תסרב לעזרה בהכנת מזון מחברים ומשפחה.
- אכול בחברה אם אפשר.
- השתדל לאכול במצב אכילה מקובל ככל הניתן – בישיבה ליד שולחן ערוך.
- אם הנך זקוק לעזרה או הנחייה בנושא תזונה, התייעץ בבני המשפחה ובחברים וכן באנשי המקצוע המטפלים בך, כמו דיאטנית, רופא ואחות.

סיכום

- טיפול בקקסיה עמידה דורש שינוי בגישת הטיפול ודין בצוות רב תחומי.
- על הטיפול לשקף את מטרות החולה והמשפחה.
- שימוש במגסטרו וסטרואידיים כמגבירי תאבון, מומלץ לשימוש בחולה סופני בקקסיה עמידה.
- יש לבסס מחקרית את יעילות הטיפול בקקסיה עמידה.
- באבחון סיבת הקקסיה יש לעשות אבחנה מבלדת לתת-תזונה, כתוצאה מסימפטומים או מגורמים אחרים.

מקורות

- דוד, ר. (2004). אנוורקסיה וסרטן. מהדורה מיוחדת של Dietetic Currents, היחידה לתזונה ודיאטה, המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי.
- גוטמן, מ., זינגר, פ., וג'ימון, צ. (2008). האם יש מקום לתמיכה בהזנה לתוך הווריד בחולה סרטן במצב סופני? הרפואה, 147(ג'), 224–228.
- "חוק החולה הנוטה למות", התשס"ו (2005). ספר החוקים 2039, "יד בכסלו התשס"ו, מדינת ישראל, 86–58. <http://www.health.gov.il/Download/pages/DOAO106.pdf>
- לפיד, י. (2010). זכרונות אחרי מותי, סיפורו של יוסף (טומי) לפיד. ירושלים: כתר. עמ' 410–412.
- August, D. A., & Maureen B. H. (2009). The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). A.S.P.E.N. Clinical guidelines: Nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 33, 472-500.
- Bozzetti, F. (2003). Home total parenteral nutrition in incurable cancer patients: a therapy, a basic humane care or something in between? *Clinical Nutrition Journal*, 22(2), 109–111.
- Emanuel, L., Frank D. F., Charles, F. G., Jamie H. R. (2010). The last hours of living: Practical advice for clinicians, authors and disclosures. CME/CE Released: 02/12/2010; Valid for credit through 02/12/2012: www.medscape.com/viewprogram/5808?src=mp.
- McCann, R. M., Hall, W. J., & Groth-Juncker, A. (1994). Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *The Journal of American Medical Association*, 272(16), 1263–1266.
- Meares, C. J. (1997). Primary caregiver perceptions of intake cessation in patients who are terminally ill. *Oncology Nursing Forum*, 24(10), 1751-1757.
- Radbruch, L., Elsner, F., Trottenberg, P., Strasser, F., & Fearon, K. (2010). Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients. Aachen, Department of Palliative Medicine/ European Palliative Care Research Collaborative, 1-37.