

אנורקסיה/קכקסיה (Anorexia/cachexia)

מבוא

סינדרום אנורקסיה/קכקסיה הוא תהליך מטבולי מורכב המתגלה במחלות סופניות רבות. הוא מאופיין בירידה או אבדן תיאבון (אנורקסיה) עם ירידה במשקל ודלדול שרירים (קכקסיה). מצב זה פוגע באופן משמעותי באיכות חיים ויכול לגרום לחרדה ודחק לחולה, ואולי אף יותר למטפלים בו.

אומדן

האומדן הוא הרבה יותר מחישוב הצריכה הקלורית ביחס למשקל גופו של המטופל. כדאי לשקול האם הצורך במעקב משקל הוא הכרחי, שכן הוא יכול להגביר את החרדה מאובדן המשקל. יש להיות ערים לכך שירידה מתמשכת במסת גוף יכולה להתרחש עם או ללא אבדן רקמת שומן.

הערכה תזונתית צריכה להיות הוליסטית, ולכלול היבטים רגשיים, חברתיים, קוגניטיביים וביוכימיים של התזונה והדיאטה. כל אומדן צריך להיות מותאם אישית ולהתחשב במצבו הספציפי של המטופל ושלב מחלתו.

יש לאתר בעיות הפיכות שעלולות להחמיר אנורקסיה, כמו כאב, קוצר נשימה, דיכאון, מיימת, בחילות והקאות, עצירות, הפרעות בליעה, צרבת, דלקות במערכת העיכול, חרדה ותרופות.

בעיות בחלל הפה: יובש, תותבות לא מתאימות, פצעים ופטרות.

- ריח: ריחות בישול, אי שליטה על סוגרים, נגעים פטרייתיים ופיסטולות יכולות להחמיר אנורקסיה.
- עיכוב בריקון הקיבה (למשל עקב מחלה מקומית, נירופתיה אוטונומית) הגורם לשובע מוקדם והקאה של מזון לא מעוכל שמקל על בחילות.
- תשישות קשורה באופן שכיח לאנורקסיה/קכקסיה.

יש לשאול את המטופל והמטפל על עמדותיהם כלפי משקל, דימוי גוף, תזונה וצריכת מזון.

טיפול

- המטרה היא מניעה, זיהוי מוקדם וטיפול בגורמים המחמירים את המצב. זה כולל הכרה בהשפעה הפסיכולוגית על המטופל והמטפל, לצד מתן מידע ותמיכה.
- בתמיכה תזונתית הדגש הינו על אכילה בהתאם למצבו ויכולתו של המטופל.

התערבויות לא פרמקולוגיות :

- להציע מידע ועצות מעשיות לגבי תזונה, דיאטה וניהול אנורקסיה במחלה מתקדמת.
- להתייחס לדאגות המטופל והמטפל בנוגע לחשיבות של הזנה.
- לעודד את המטופל והמטפלים בו, להתמקד בהנאה מאוכל ובאינטראקציה החברתית הקשורה באכילה ושתייה.
- להסביר על-כך שהפחתה הדרגתית בצריכת מזון דרך הפה הינה חלק טבעי ממהלך המחלה.

טיפול תרופתי

לתרופות הבאות תועלת מוגבלת או זמנית, אך כדאי לשקול אותן בשל היתכנות של שיפור באיכות חיים. יש לקחת בחשבון את תופעות הלוואי הפוטנציאליות והסיכונים של התרופה בעת מתן ההמלצה.

סטרואידים (Corticosteroids)

- בעלי השפעה ידועה של שיפור תיאבון לטווח קצר. השפעתם מהירה, אך נוטה לרדת לאחר 3 עד 4 שבועות.
- מסייעים בהפחתת בחילות, שיפור רמת אנרגיה ותחושת רווחה כללית. עם זאת, לרוב אין להם השפעה משמעותית על המצב התזונתי.
- מינון התחלתי: 4 mg ^{OL}DEXAMETHASONE (Dexacort) או ^{OL}PREDNISOLONE 30 mg (Prednisone). ניתן בבוקר.
- יש לשקול את הצורך בהגנה על הקיבה, על-ידי מתן חוסמי קולטן H₂, לדוגמה RANITIDINE (Zantac) או מעכבי משאבת פרוטון, לדוגמה OMEPRAZOLE (Omepradex).
- מתן לשבוע אחד ואם עוזר, הפחתה הדרגתית למינון היעיל הנמוך ביותר.
- אם אין השפעה, יש להפסיק.
- יש להעריך השפעה ולעדכן מינון באופן שגרתי.
- תופעות לוואי: אגירת נוזלים, פטרת, חולשת שרירים (מיופתיה), נדודי שינה, דלקת רירית במערכת עיכול (גסטריטיס) וסוכרת הנגרמת על ידי סטרואידים.

פרוגסטוגנים (Progestogens)

- עשויים לעורר תיאבון ועלייה במשקל בחולים עם סרטן.
- תחילת השפעה עשויה לארוך מספר שבועות, אך התועלת מהם ארוכה יותר מסטרואידים.
- מתאים יותר לחולים עם פרוגנוזה ארוכה יותר.
- ^{OL}MEGESTROL ACETATE (Megace): מינון התחלתי הוא 160 mg ביום ולאחר שבועיים עד 3 שבועות יש לעשות הערכה מחדש של המינון. לגירוי התיאבון מינונים נמוכים יכולים להיות יעילים

כמו מינונים גבוהים יותר, אך נראה כי לגבי עליה במשקל יש יותר יחס מינון - תגובה. אין המלצות למינון אופטימלי אולם המינון המרבי מומלץ הוא 800 mg ביום. יש להפחית את המינון בהדרגה לאחר שימוש של 3 שבועות (עקב חשש מדיכוי יותרת הכליה).

- תופעות לוואי: בחילה, אגירת נוזלים, וסיכון מוגבר להיווצרות קרישי דם (תרומבואמבוליות).
- * ^{OL}MIRTAZAPINE (miro) - בשימוש מחוץ להתוויה לעידוד תיאבון, מינון מקסימלי של 15 mg ביום לצורך זה. מעל גיל 65 להתחיל מ-7.5 mg, עלול לגרום לישנוניות יתר.

מעודדי תנועתיות מערכת העיכול (Prokinetics)

- משמשים לתחושת שובע מוקדמת, ריקון קיבה מאוחר, גסטרופרזיס או בחילות.
- יש לתת כחצי שעה לפני ארוחה: ^{QT} ^{OL}METOCLOPRAMIDE (Pramin) 10 mg x 3/d או ^{QT} ^{OL}DOMPERIDONE (Motilium) 10 mg x 3/d

נקודות ליישום

- תוספים (כמו פחיות Glucerna, Ensure וכו') אומנם יחסית יקרים, אך יכולים לעזור לחלק מהמטופלים לאחר הערכה מדוקדקת של מצב תזונתי, פרוגנוזה ואפשרויות חלופיות.
- ניתן להקל בהמלצות תזונתיות קודמות שניתנו בנוגע לסוכרת וכולסטרול גבוה.
- לשקול הפניה לדיאטנית במידת הצורך.

נקודות להדרכה למטופל/מטפל

- עידוד המטופל לקחת שליטה על מה שהוא יכול לנהל. אכילת מנות קטנות, מוצגות בצורה אטרקטיבית, לעתים קרובות במהלך היום.
- הצעת מזון רך וקל לבליעה כמו מרק, פודינג ומשקאות מזינים. אם המטופל מסוגל, ניתן להגביר את הצריכה של מזונות בעלי ערך קלורי גבוה כגון חמאה, שמנת, גבינה.
- כדאי להפחית בשיח על אוכל ולשמר את שיתוף המטופל בהיבט החברתי של הארוחות.

מקרא

^{QT} Prolongs QT, ^{OL} Off Label, * הערות גרסה ישראלית

קישור לאתר המקורי

<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-control/anorexiacachexia>

נספחים :

לאנשי מקצוע ולאוכלוסייה הרחבה- Macmillan Cancer Support : <http://www.macmillan.org.uk>

<https://www.nhsinform.scot/>

ובנוסף :

* הטיפול התזונתי בילד חולה סרטן (2017)

<https://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=6307>

* המלצות תזונתיות למתמודדים עם מחלת הסרטן, 2019,

<https://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=6071>

* פורום תזונה למתמודדים ולמחלימים מסרטן, <https://www.cancer.org.il/forums/29.aspx>.

סימוכין / מקורות

Back I, Watson M, Armstrong P, Gannon C, Sykes N. Anorexia, Cachexia & Asthenia. 2018

[cited 2018 Oct 09]; Available

from: http://book.pallcare.info/index.php?p=pdf&op_target=print&id=339&media=pdf&pdffmt=1&dg=1.

Bruera E. Pharmacological interventions in cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Fainsinger R. Clinical Assessment & decision making in cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Poole K, Froggatt K. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? Palliat Med. 2002;16(6):499-506.

Radbruch L., Elsner F., Trottenberg P., Strasser F. and Fearon K. 2010. Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients. Department of Palliative Medicine/European Palliative Care Research Collaborative.

Shragge JE, Wismer WV, Olson KL, Baracos VE. The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. Palliat Med. 2006;20(6):623-9.

Strasser F. Pathophysiology of the anorexia/cachexia syndrome. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Templeton A, Omlin A, Strasser F. Treating cancer patients with anorexia-cachexia syndrome. Eur J Palliative Care. 2007;14(5):186-90.

Twycross R, Wilcock A, Howard P. Palliative Care Formulary PCF4. 4th ed. England: Pharmaceutical Press; 2011.

© כל הזכויות שמורות

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, לשדר או לקלוט בכל דרך אחרת כל חלק שהוא מהחומר באתר זה.

שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול באתר זה אסור בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב.