

دکتر مرتضی ثمنی

گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

اوکتروتاید

مقدمه:

از آنجائیکه اوکتروتاید (Octreotide) یک آنالوگ مصنوعی سوماتوستاتین است که امروزه مورد مصرف بالینی پیدا کرده است، قبل از بحث درباره آن، مروری خلاصه از فارماکولوژی سوماتوستاتین را از نظر خوانندگان گذرانده و سپس بشرح اوکتروتاید می‌پردازیم.

سوماتوستاتین یکی از هورمونهای پپتیدی هیپوتالاموس است که بدنبال جستجو برای پیدا کردن عامل هیپوتالاموسی که تنظیم کننده ترشح هورمون نمو از هیپوفیز باشد، در سال ۱۹۷۳ جدا و سپس سنتز گردید. بخاطر وجودش در هیپوتالاموس و داشتن نقش مهمی در آزاد شدن هورمون نمو بنام هورمون مهارکننده آزادی هورمون نمو (GHRH)* نامیده شد. غلیظت وجود آن در سیستم عصبی مرکزی، بطور گسترده‌ای انتشار خارج از هیپوتالاموسی هم دارد و ترشحات انواع غدد درون‌ریز و برون‌ریز را مهار مینماید. بهمین جهت برای درمان انواع سندرمهای پرتشریحی (hypersecretory) که زایده بیماریهای بدخیم یا گوارشی هستند مورد مصرف تحقیقاتی دارد.

سوماتوستاتین انسانی بدو صورت، سوماتوستاتین - ۱۴ و سوماتوستاتین - ۲۸ (پروسوماتوستاتین)** مرکب از ۱۴ و ۲۸ آمینو اسید میباشند. فعالیت بیولوژیک آن مربوط به حلقه‌ای است که از تشکیل پیوند دی سولفیدی در ساختمان سوماتوستاتین بوجود می‌آید. این بن‌مایه (موتیف) در بیشتر آگونیستهای مصنوعی تحت بررسی سوماتوستاتین نیز وجود دارد (شکل ۱).

یکی از نقش‌های اصلی سوماتوستاتین در غدد داخلی، نقش آن در جزایر لانگرهانس پانکراس است که ترشح انسولین و گلوکاگون را مهار میکند. سوماتوستاتین در سلولهای D (سیگما) جزایر لانگرهانس پانکراس و سلولهای مشابهی در دستگاه گوارشی و در سیستم عصبی مرکزی شناسائی شده است. این هورمون از جزایر پانکراس در پاسخ به انواع مواد غذایی (گلوکز، آرژینین و لوسین) و هورمونهای که ترشح انسولین را تحریک می‌کنند (گلوکاگون، VIP، کوله سیستوکینین (CCK) و حتی تولبوتامید، ترشح میشود. سوماتوستاتین فقط از طریق جریان خون سیستمیک، ترشح هورمونهای انسولین (از سلولهای

بتا) و گلوکاگون (از سلولهای آلفا) را تنظیم میکند. نقش فیزیولوژیک آن در پانکراس معلوم نیست. وقتی با دوزهای فارماکولوژیکی مصرف میشود، ترشح همه هورمونهای آندوکرین پانکراس، هورمون نمو و TSH از هیپوفیز و اکثر هورمونهای پپتیدی دستگاه گوارش را مهار می‌کند. سلولهای آلفا نسبت به سوماتوستاتین تقریباً ۵۰ برابر حساس‌تر از سلولهای بتا هستند ولی مهار ترشح گلوکاگون خیلی زودگذر است. سوماتوستاتین جذب مواد غذایی از روده را نیز مهار

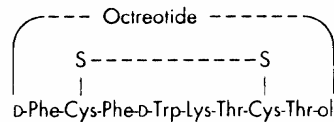
● **مزیت اوکترتواید به سوماتوستاتین در بلند بودن نیمه عمر آن و انتخابی‌تر بودن اثرات آن است.**

Somatostatinomas است. این تومورها سوماتوستاتین ترشح می‌کنند و باعث افزایش غلظت خونی سوماتوستاتین تا ۲۵۰ برابر حد طبیعی میشوند.

Somatostatin-28



Somatostatin-14



شکل ۱: ساختمان شیمیایی سوماتوستاتین و اوکترتواید

در پانکراس آندوکرین، با دوز کم ایجاد هیپرگلیسمی زودگذر کرده و با دوز زیاد ایجاد دیابت ملیتوس می‌کند. بیشتر ترشحات دستگاه گوارش، مثل گاسترین، اسید معده، سکرین، کوله سیستوکینین، پپتیدوازاکتیو روده‌ای (VIP)، آنزیمهای هضم کننده و بیکرینات کم می‌شوند و این منجر، به بدجذبی همراه با استاتوره، سوءهاضمه (dyspepsia)، هیپوکلریدی، ایجاد سنگ صفراوی (cholelithiasis) و اسهال آبکی با شدت متوسط می‌شود. در کلیه‌ها، جریان خون را کم کرده و منجر به کاهش سرعت فیلتراسیون گلوله‌رولی شده و حجم ادرار را تنزل می‌دهد. جریان خون کبدی، اسپلانژیک و مخاط گوارشی نیز کم شده و تولید بزاق تنزل می‌یابد.

کرده و حرکات روده را کاهش داده و جریان خون اسپلانژیک را کم می‌کند. بیماران مبتلا به تومورهای جزایر لانگرهانس، که سوماتوستاتین ترشح می‌کنند غالباً دیابت ملیتوس دارند که این اثر بخاطر اثر توفقی آن روی ترشح انسولین و گلوکاگون است. تعجب آور نیست که بیشتر اثرات حاصله از مصرف سوماتوستاتین، مطابق با علائم ایجاد شده از

● **اوکترتواید هم از طریق تحریک گیرنده سوماتوستاتینی و هم از طریق مهار ترشح IGF-1 عمل می‌کند.**

● در حال حاضر هزینه درمان یک بیمار مبتلا به آکرومگالی که روزانه ۳۰۰ مایکروگرم اوکترتوتاید نیاز دارد، سالانه ده هزار دلار است.

در هیپوفیز، سوماتوستاتین ترشح هورمون نمو ناشی از GHRH، آرژینین، انسولین، لوودوپا، ورزش و خواب را مهار می‌نماید. ترشح از تیروتروفها و لاکتوتروفها را هم مهار می‌نماید.

سوماتوستاتین همه این اثرات را با اتصال به گیرنده‌های ویژه خود در سطح سلولهای هدف، ایجاد می‌کند. وقتی گیرنده سوماتوستاتین با سوماتوستاتین ترکیب می‌شود از طریق فعال سازی G - پروتئینها، حوادث درون سلولی مختلفی بجریان می‌افتد که از مهمترین آنها ایجاد مهار فعالیت آدنیل سیکلاز و در نتیجه جلوگیری از تجمع cAMP می‌باشد. گاهی افزایش هدایت K^+ مسئول برای ایجاد هیپرپلاریزه شدن غشاء است که این اثر هم میتواند از طریق G - پروتئینها واسطه‌گری شود. هرکدام از این مکانیسمها می‌توانند منجر به کاهش عمل کانالهای کلسیم حساس به ولتاژ شده و در نتیجه باعث کاهش غلظت کلسیم درون سلولی (که برای ترشح لازم هستند) شوند. چون گیرنده‌های سوماتوستاتین موجود در بافتهای مختلف از لحاظ فارماکولوژی هتروژن هستند لذا احتمال ساختن آگونیستهای کاملاً انتخابی سوماتوستاتین برای نوع خاصی از گیرنده‌های سوماتوستاتین وجود دارد.

مصرف بالینی سوماتوستاتین، بعلت کوتاه بودن نیمه عمر آن (که چند دقیقه بیشتر نیست) و انتخابی نبودن اثرات مهاری آن محدود است. این هورمون با نیمه عمر ۱ تا ۳ دقیقه توسط کلیه متابولیزه و دفع

میشود. خوشبختانه آگونیستهای مختلف با خواص فازماکوکینتیکی برتر، امروزه ساخته شده که در دسترس مصارف تحقیقاتی می‌باشند. بعلاوه آنالوگ سوماتوستاتین بنام اوکترتوتاید با اسم تجارتي ساندوستاتین (Sandostatin) ساخته شده است.

اثر ضد ترشحی سوماتوستاتین یا آنالوگهای آن میتواند در درمان تسکینی تومورهای ترشح کننده هورمون مثل تومورهای جزایر لانگرهانس لوزالمعده، آکرومگالی، تومورکارسینوئید و تومور ترشح کننده VIP و همچنین تومورهای وابسته به هورمون (مثل Chondrosarcoma و اوستئوسارکوما)، ویا و اختلالات اسید - پپسین معده، سودمند باشد. سوماتوستاتین در بیماران دیابتی وابسته به انسولین، در

● اوکترتوتاید با دوز ۱۰۰ مایکروگرم سه بار در روز از طریق زیر جلدی در بیش از ۵۵ درصد بیماران مبتلا به آکرومگالی، غلظت خونی هورمون نمو را به حد نرمال می‌رساند.

هیپرگلیسمی حالت ناشتا و بعد از غذا (Postprandial) سودمند است و از آنجائی که هورمون نمو در ایجاد رتینوپاتی دیابتی ممکن است دخیل باشد، لذا سوماتوستاتین در این بیماران میتواند از لحاظ جلوگیری از ایجاد تغییرات چشمی نیز مفید واقع شود.

اوکترتوتاید:

مؤثرترین آنالوگ مصنوعی سوماتوستاتین برای مصرف در انواع مختلف اختلالات بالینی است. بطوریکه در شکل (۱) نشان داده شده، ساختمان آن از ۸ آمینواسید ساخته شده و بین آمینواسیدهای ۲ و ۷ پل

دی سولفیدی وجود دارد. این پپتید، برعکس سوماتوستاتین نیمه عمر حذف خونی ۱ تا ۲ ساعته دارد و نیمه عمر بیولوژیکی آن ۶ تا ۸ ساعت است. امروزه بصورت آمپولهای که هر میلی لیتر آنها حاوی ۰/۰۵، ۰/۱، و ۰/۵ میلی گرم اوکترئوتاید استات می باشد ساخته شده است. دارو حداقل هر ساعت یکبار ۱۰۰-۵۰ مایکروگرم زیر جلدی تزریق می شود. دوز توتال آن در روز حداکثر ۱۵۰۰ مایکروگرم است. در عرض ۱۰ سال پس از کشف مهارکننده هیپوتالاموسی آزاد شدن هورمون نمو (سوماتوستاتین) آنالوگ این هورمون یعنی اوکترئوتاید با نیمه عمر بمراتب طولانی تر، با اثر اختصاصی تر برای مهار هورمون برای تستهای بالینی در دسترس قرار گرفت.

● اوکترئوتاید هم از طریق مستقیم با تحریک گیرنده های سوماتوستاتین و هم از طریق غیرمستقیم و مستقل از گیرنده های سوماتوستاتین اثر ضد سرطانی ایجاد می کند.

اثرات اوکترئوتاید در آکرومگالی، در یک تحقیق در Multicentre در سطح جهانی بررسی شده است. مصرف دارو در بیماریهای گوارشی و اختلالات دیگر نیز بررسی شده است. در سال ۱۹۹۰ اثرات بالینی اوکترئوتاید در یک مقاله Lancet editorial مرور شد و یافته های متعدد بعدی اخیراً در سمپوزیومی در Monte carlo مورد بحث قرار گرفته و خلاصه مقالات در مجلات Digestive Disease and Sciences و Metabolism چاپ شده که در این مقاله به نکات مهم مطرح شده در این سمپوزیوم اشاره می شود.

اوکترئوتاید و آکرومگالی:

● اوکترئوتاید در درمان اسهال مقاوم بیماران مبتلا به ایدز و در درمان عوارض عروقی تشبیه شده دیابت سودمند بوده است.

مصرف اوکترئوتاید در درمان بعضی از بیماریها امروزه واقعاً یک درمان روتین است. در آکرومگالی، پس از جراحی هیپوفیز، اگر غلظت هورمون نمو بالای ۵ میلی واحد در لیتر باقی بماند و یا اگر فاکتور نمو شبه انسولین (IGF-1) بالا رود یا هورمون نمو بوسیله یک Oral glucose load متوقف نشود، اندیکاسیون اصلی می باشد. اوکترئوتاید همچنین بعنوان درمان خط اول (first-line therapy) در بیماران نامناسب برای جراحی، اندیکاسیون دارد. در بیمارانی نیز که آدنوم هیپوفیزی بزرگ دارند، قبل از عمل جراحی برای ایجاد Shrinkage تومور و لذا افزایش احتمال بهبودی جراحی، مورد مصرف دارد.

ارزیابی بیماران قبل از درمان با اوکترئوتاید کار مهم و حساسی است. در بیمارستان St. Bartholomew لندن، غلظت پلاسمائی هورمون نمو را در عرض چند ساعت اندازه گیری می کنند. پاسخ به اوکترئوتاید ممکن است بطور قابل توجهی متغیر باشد. تزریقات مکرر تقریباً مثل فرآورده های طولانی اثر عمل می کند.

دوز بزرگ مدت اثر را افزایش می دهد ولی درجه کاهش غلظت هورمون نمو را ضرورتاً افزایش نمیدهد. با تنظیم دوز و فرکانس تزریقات در ارتباط با افت غلظت خونی هورمون، در بیمارستان یاد شده در بیش از ۵۵ درصد بیماران مبتلا به آکرومگالی، غلظت هورمون نمو به کمتر از ۱ میلی واحد در لیتر رسیده است. از آنجائیکه غلظت پلاسمائی هورمون نمو

● مهمترین عارضه اوکترئوتاید، ساخته شدن سنگ صفراوی و گاستریت است.

تمایل به بالا رفتن (tend to escape) در موقع شب دارد، لذا ممکن است لازم باشد که عصر هنگام بیشتر از صبح اوکترئوتاید تزریق شود. بنظر میرسد که مؤثرترین دوز ۱۰۰ مایکروگرم سه بار در روز زیر جلدی باشد. تقریباً در ۱۰ درصد بیماران دوزهای بزرگتر لازم میشود و فقط در موارد استثنائی نیاز به اینفوژن مداوم زیر جلدی میشود. تعجب آور است که درمان طولانی آکرومگالی با اوکترئوتاید، اثرات جانبی خیلی کمی ایجاد می کند. گلوکز خون پس از ۶ ساله، درمان بدون تغییر بوده است.

مهار ترشح هورمون نمو تنها اثر هورمونی اوکترئوتاید در آکرومگالی نیست بلکه این آنالوگ بطور محیطی ترشح IGF-1 را مهار میکند که این ماده اکثر اثرات هورمون نمو (GF) در بافتها را واسطه گری کرده و همچنین باعث تحریک تمایز و تکثیر سلولهای مشتق از مزانشیم میشود. لذا کاهش در غلظت IGF-1 یا توقف فعالیت آن میتواند اثرات mitogenic نشان داده شده در فیروبلستهای انسان، سرطان پستان و سلولهای پانکراس را کاهش داده و یا از آن جلوگیری خواهد کرد. نشان داده شده که اثر اوکترئوتاید روی IGF-1، بیش از مهار ساده آزاد شدن آن میباشد زیرا پس از مصرف اوکترئوتاید، غلظت پروتئینی که IGF-1 به آن متصل می شود (IGFBP-1) افزایش پیدا می کند. بنابراین اوکترئوتاید ضمن اینکه آزاد شدن هورمون نمو و IGF-1 را کم میکند بلکه چون آزاد شدن IGFBP-1 را نیز افزایش میدهد لذا از این طریق اثرات موضعی IGF-1 را بلوکه می نماید. بعلاوه، چون

IGFBP-1 میل ترکیبی خیلی بالائی با IGF-1 دارد، میتواند دسترسی IGF-1 به گیرنده هایش را کنترل کرده و باین طریق تحریک ناشی از IGF-1 روی سنتز DNA و پروتئین بلوکه می گردد.

اوکترئوتاید و دستگاه گوارش:

در روده، آشکارترین اثر اوکترئوتاید یعنی مهار ترشح آندوکراین و آگزوکراین گوارشی، کاربرد عملی در درمان تومورهای معده روده ای پانکراسی (gastroenteropancreatic tumours) پیدا کرده است. انتقال و حرکت روده ای و حرکت کیسه صفرا نیز مهار میشود. کم شدن حرکت (hypomotility) روده و کیسه صفرا توسط اوکترئوتاید میتواند با دو اثر تفسیر شود:

(۱) با اثر مهارى آن روی آزاد شدن هورمونها پس از غذا (مثل CCK).

(۲) اثر مستقیم آن روی مکانیسم های نوروآندوکراین توانائی اوکترئوتاید برای مهار کردن حرکات و ترشحات هورمونهای گوارشی، کاربرد درمانی در درمان عوارض جراحی معده و intestinal resection بعنوان مثال در سندرم دامپینگ (dumping syndrome) و فیستولهای گوارشی را تداعی میکند. اوکترئوتاید برون ده فیستول را کم میکند و لذا مراقبت پوست را آسان کرده و باعث افزایش بسته شدن فیستول می شود. اثر اوکترئوتاید در مهار جریان خون اسپلانسیک در درمان خونریزی احشائی و برسیهای بالینی (مثلا در مقابل balloon tamponade) در حال پیشرفت هستند.

اوکترئوتاید میتواند در درمان اسهال مقاوم که در بیماری مبتلا به AIDS وجود دارد مؤثر باشد. در دو مطالعه انجام شده در مراکز متعدد نشان داده شده که حجم مدفوع و تعداد دفعات بطور قابل توجهی (۵۰٪)

● سوماتوستاتین و اوکترئوتاید ترشح هورمون نمو را مهار می کنند.

درصد) پس از یک دوز ۱۰۰ مایکروگرمی هر ۸ ساعت کاهش یافته است. (در بعضی از بیماران هر ۸ ساعت ۵۰۰ مایکروگرم لازم شده است. در ۱۵٪ بیماران که اسهال با حجم زیاد داشته باشند و در عرض یک هفته به اقدامات ضد اسهال مرسوم پاسخ نداده باشند مصرف اوکترئوتاید قابل توجهی بنظر میرسد. عوارض پانکراتکتومی یا پیوند پانکراس بصورت ایجاد فیستول و پانکراتیت حاد نیز بوسیله اوکترئوتاید کم می شود. در یک مطالعه دو سوکور کنترل شده با دارونما که در مراکز متعددی در آلمان انجام شده، نشان داده شده است که در بیماران high risk مثل آنهایی که مبتلا به تومورهای پانکراس هستند حداکثر سودمندی دارو ایجاد می شود.

اوکترئوتاید و دیابت:

پیدایش این ایده که GF میتواند نقش سببی در آژیوپاتی دیابتی داشته باشد و این اثر را از طریق IGF-1 واسطه گری می کند جهت دیگری را برای زمینه تحقیقاتی اوکترئوتاید گشوده است. در بیماران دیابتی مبتلا به نفروپاتی، که ۶ ماه با اوکترئوتاید درمان شده اند، مایکروآلبومینوری فروکش کرده یا ناپدید می شود.

این دارو در مطالعات in-vitro نمو عروق جدید و تکثیر سلول آندوتلیال را مهار می کند که این اثر میتواند چگونگی سودمندی آنرا در اصلاح حدت بینائی در بیماران مبتلا به رتینوپاتی پرولیفراتیو دیابتی و ادم ماکولا را تفسیر کند. بطوریکه امروزه اساس کافی برای

بررسیهای کنترل شده با اوکترئوتاید در عوارض عروقی تثبیت شده دیابت وجود دارد. یک عامل محدودکننده در کاربرد آن در این مورد این است که علاوه بر انسولین که مورد نیاز بیمار دیابتی است روزانه دو تا سه بار نیز باید اوکترئوتاید تزریق شود. بنابراین فراهم سازی یک فرمولاسیون طولانی اثر یا یک فرآورده داخل بینی، یک پیشرفت در این زمینه خواهد بود.

اوکترئوتاید در بیماران با تخمدانهای پلی کیستیک:

از مشخصات بیماران با تخمدانهای پلی کیستیک افزایش غلظت هورمون لوتئینیزه کننده (LH) و آندروژن است. کم شدن این افزایش غلظت ها توسط اوکترئوتاید در این بیماران، مصرف آنرا در خانمهای ناباروری که مبتلا به این سندرم هستند مطرح کرده است. نتایج اولیه که از یک بررسی دو مرکزی (در بلگراد و لندن) بدست آمده نشان داده که مصرف توأم اوکترئوتاید و گونادوتروپین، درمان خانمهای مبتلا به تخمدانهای پلی کیستیک را پیش میاندازد. در این مطالعه مصرف توأم HMG و اوکترئوتاید بهتر و بیشتر از HMG تنها، باعث نمو فولیکول و افزایش میزان حاملگی شده است. اصلاح محیط هورمونی پس از مصرف توأم اوکترئوتاید و HMG نشان میدهد که اوکترئوتاید را باید بعنوان یک درمان کمکی سودمند برای گونادوتروپین در خانمهای نابارور در نظر گرفت.

اوکترئوتاید و سرطان:

اوکترئوتاید نمو سلولهای سرطانی پانکراسی کاشته شده در حیوانات را مهار می کند و محتوی RNA و DNA آنها را کاهش میدهد در حالیکه روی نمو سلولهای نرمال اثر خیلی کمی دارد. این مشاهده میتواند کاربردهای درمانی مهم داشته باشد. اوکترئوتاید میتواند

شده ولی بندرت مزاحم می‌باشد. عیب اصلی درمان با اوکترئوتاید که کاربرد بالینی آنرا محدود می‌کند اینست که اولاً باید چند بار در روز تزریق شود و گاهی حتی نیاز به اینفیوژن مداوم است. ثانیاً قیمت آن گران می‌باشد بطوریکه در حال حاضر هزینه درمان یک بیمار مبتلا به آکرومگالی که روزانه ۳۰۰ مایکروگرم اوکترئوتاید نیاز دارد بیش از ۶۰۰۰ پاوند یا ۱۰۰۰۰ دلار در سال است. گفته شده که اوکترئوتاید همه چیز را کاهش می‌دهد. امید است که هرچه زودتر همین اثر را در قیمت خود نیز داشته باشد.

زیرنویس:

* اسامی دیگر سوماتوستاتین، هورمون مهارکننده هورمون نمو (GHIH) و فاکتور مهارکننده آزادی سوماتوتروپین (SRIF) می‌باشند.

** سوماتوستاتین ۲۸- در موشهای صحرایی از لحاظ مهار ترشح انسولین و گلوکاگون به ترتیب ۱۰ و ۲ برابر قوی‌تر از سوماتوستاتین-۱۴ بوده است.



مآخذ:

- 1- Editorial. Octreotide Steaming ahead. Lancet. 339: 837-839, 1992.
- 2- Evans, w.s. Somatostatin and analogs. in: Human pharmacology molecular - to - clinical (Wingard. LB et al) 1st ed. wolfe publishing Ltd, USA, 563-574, 1991.
- 3- Kuret, JA. et al. Somatostatin. in: The pharmacological Basis of Therapeutics. (Goodman Gilman, A et al.) 8 th ed. Pergamon Press, 1355-1357, 1990.
- 4- Moreau, J.P. et al. Pharmacological Studies of somatostatin and somatostatin-analogues: Therapeutic advance and prospectives. life sci. 40: 419-437, 1987.

بطور مستقیم و اختصاصی روی سلولهای بدخیم و یا بطور غیرمستقیم از طریق پپتیدها یا سایر موادی که برای نمو نوپلاسم ضروری هستند، اثر بکند. مهار نمو تومور توسط آنالوگهای سوماتوستاتین به دو مکانیسم اصلی نسبت داده می‌شود. (۱) مهار آزاد شدن هورمونهای مثل هورمون نمو یا IGF-1 که تکثیر سلولی را تحریک می‌کنند (۲) جلوگیری از ساخته شدن عروق خونی جدید، مهار angiogenesis منجر به سیر قهقرائی تومور میشود که این اثر ظاهراً مستقل از گیرنده‌های سوماتوستاتینی است. همچنین اثر آنتی پرولیفراتیو آنالوگ روی سلولهای تومور از طریق گیرنده‌های سوماتوستاتین واسطه‌گری میشود. باین جهت آنتاگونیسم اثرات تحریکی فاکتور نموی درم و فاکتور نمو فیبروبلاست میتواند مهم باشد.

ظهور گیرنده‌های سوماتوستاتینی در تومورهای انسان:

یکی از کشفیات خیلی مهم در زمینه آنالوگهای سوماتوستاتین، این است که نشان داده‌اند که گیرنده‌های سوماتوستاتین در تومورهای مختلف انسانی ظاهر میشود. باید انتظار داشت که گیرنده‌های سوماتوستاتین در تومورهای نوروآندوکرینی ظاهر شوند ولی نشان داده‌اند که در لنفومهای بدخیم، مننژیوما، آستروسیتوما و بعضی از سرطانهای پستان انسان هم ظاهر می‌شوند. پیدا کردن این گیرنده‌ها میتواند اثر آنتی پرولیفراتیو قوی آنالوگهای سوماتوستاتین را بهمراه داشته باشد زیرا که اینها در مدل‌های حیوانی متعدد و نیز سلولهای بدخیم کشت داده شده، نمو تومور را مهار می‌کنند.

عوارض جانبی و معایب اوکترئوتاید:

مهمترین عارضه درمان با اوکترئوتاید، ساخته شدن سنگ صفراوی و گاستریت است. اسهال گزارش