

VÝŽIVA PŘI LÉČBĚ NÁDORŮ

MUDr. Zuzana Grofová

Nutriční a dietologické oddělení Pardubické krajské nemocnice, a. s.

Nutriční stav pacienta významně ovlivňuje celkový výsledek protinádorové léčby. U nádorových onemocnění je velmi častá podvýživa, která vzniká z několika příčin. Často je první známkou nemoci a v průběhu léčby se ještě dále prohlubuje. Opakované a pravidelné hodnocení nutričního stavu pacienta je nutné. K tomu byly vypracovány nutriční standardy pro použití v onkologických ambulancích, které je třeba zavést do praxe. Nutriční péče zahrnuje u onkologických pacientů stanovení nutričního stavu, kvalifikovanou dietní radu, používání modulových dietetik, přípravků enterální výživy k popíjení i podávání sondou, méně často též výživu parenterální. Včasná a správně indikovaná nutriční podpora pacientům významně zvyšuje kvalitu života.

Klíčová slova: nutriční stav, podvýživa, nutriční standardy v onkologii, kvalifikovaná dietní rada, perorální nutriční doplňky, enterální výživa, parenterální výživa.

Med. Pro Praxi 2008; 5(9): 344–345

Nutriční stav pacienta významně ovlivňuje celkový výsledek protinádorové léčby. Pacienti s nízkým BMI (indexem tělesné hmotnosti), ti, kteří značně zhubli, nebo ti, kteří přijímají jen málo potravy, mají jednoznačně horší zdravotní vyhlídky. Jedná se o sníženou toleranci terapie nádoru a horší odpověď na léčbu, nutnost její redukce nebo oddalování, vyšší riziko komplikací a nižší kvalitu života se sníženou výkonností a celkovou slabostí. Je proto nesmírně důležité se nutričním stavem onkologických pacientů zabývat a podnikat kroky k udržení jeho dobré úrovně.

Mnohé nádorové onemocnění se projevují hubnutím. Ztráta hmotnosti je dána průvodním nechutenstvím, mechanickými příčinami, které omezují příjem stravy (zejména u nádorů hlavy a krku a horního zažívacího traktu), a příčinami metabolickými. Je známo, že stoupá systémová zánětlivá odpověď organismu hostitele nádoru, což je způsobeno produkcí prozánětlivých cytokinů (TNF alfa – tumor nekrotizující faktor alfa, IL 1 – interleukin 1, IL 6 – interleukin 6). Cytokiny také negativně ovlivňují příjem stravy přes centrum sytosti. Způsobují anorexii a pocity časné sytosti. Výsledný stav se označuje termínem syndrom nádorové anorexie a kachexie (*cancer anorexia/cachexia syndrome, CACS*).

Podvýživa je tedy u nádorových onemocnění velmi častým jevem. Sama o sobě zhoršuje průběh nemoci i léčby, ovlivňuje pochopitelně i výsledky terapie a kvalitu života pacientů s nádorovým onemocněním.

Vedle nechutenství, které může být někdy tak úporné, že znemožní zcela příjem stravy, se objevují také poruchy chuti a různé komplikace při léčbě. Z poruch chuti jsou časté hypogeuzie a ageuzie, tedy snížená nebo vymizelá chuť, dále pak různé pachuti. Někdo například cítí všechno slané, někdo má v ústech kovovou pachuti nebo jiné chutě více či méně odporné. Komplikacemi po léčbě jsou nauzea, zvracení, průjem, zácpa, bolestivé polykání, sucho

v ústech, mukositis s vředovými lézemi v dutině ústní, soor. Mohou se však vyskytnout i fibrózy, stenózy, píštěle, gastritis, enteritis, kolitis apod.

Bolestivé polykání (odynofagie) je jednou z forem dysfagie. U nádorů faryngu, hypofaryngu, dutiny ústní apod. se často s léčbou či s progresí nádoru vyskytují i další formy dysfagií, které mohou skončit úplnou neschopností polykat stravu i tekutiny a nutností úplné umělé výživy (zpravidla enterální).

Nepříjemná je i získaná averze k jídlům, která jsou konzumována v období chemoterapie. Často jde o jídla výraznější chuti. Na tento fenomén je třeba pacienty upozornit již před chemoterapií a je dobré, aby se v tom období vyhýbali svým oblíbeným jídlům.

Cílem nutriční podpory, která je nezbytná a jejíž neposkytnutí je neetické, je získání a udržení optimální tělesné hmotnosti, korekce nutričního deficitu, zlepšení tolerance k léčbě, minimalizace jejích vedlejších účinků, zvýšení kvality života a optimalizace aktivity imunitního systému.

Obavy z toho, že by výživa podporovala růst nádoru, nebyly prokázány. Je třeba varovat před jakýmkoli alternativními postupy či nestandardními dietními opatřeními (hladovky, šťávy apod.), neboť těžce oslabují imunitu a jsou převážně škodlivé.

Hodnocení nutričního stavu

Při rozhodování o nutriční podpoře u pacientů s nádorovým onemocněním je třeba zhodnotit dva aspekty: **nutriční stav pacienta a příjem stravy**. Nutriční stav můžeme jednoduše zhodnotit pomocí výpočtu indexu tělesné hmotnosti (Body Mass Index, BMI). Tělesnou hmotnost v kg vydělíme výškou v metrech na druhou (kg/m^2). Hodnoty okolo BMI 20 již mohou svědčit pro podvýživu, i když u zdravých je za normální BMI považováno rozmezí od 18,5–24,9 kg/m^2 . Další možností, zejména u pacientů ležících, které nelze zvážit, je měření obvodu střední části paže. Lze hodnotit též hladiny plazma-

tických bílkovin, přičemž nízká hladina albuminu je vždy prognosticky nepříznivá, přestože výživa není jediným faktorem, který hladinu albuminu ovlivňuje.

Diagnostika podvýživy není obtížná. Hlavním znakem je **nechtěný** váhový úbytek a hodnocení BMI. Pro odhalení rizika podvýživy je důležitý i omezený příjem stravy v posledním týdnu. Následující kritéria platí pro **proteino-energetickou podvýživu**:

Mírná podvýživa je charakterizována váhovým úbytkem 5 % za 3 měsíce, střední podvýživa váhovým úbytkem 5 % za 2 měsíce (příp. BMI 18,5–20,5) a těžká podvýživa váhovým úbytkem 5 % za 1 měsíc (příp. BMI pod 18, 5).

Příjem stravy

Velmi cenné a často dostačující je semikvantitativní hodnocení příjmu stravy, to znamená odhad, zda je pacient schopen sníst čtvrtinu, polovinu, tři čtvrtiny denní porce, proti tomu, co byl schopen zkonsumovat dříve. Podle toho se pak lze snáze rozhodnout, jakou část denní porce potřebuje pacient doplňovat. Rizikový příjem stravy je pro mírné ovlivnění stavu výživy 50–75 % za poslední týden, pro střední ovlivnění 25–60 %, pro závažné ovlivnění 0–25 % za poslední týden (podle NRS 2002, Nutritional Risk Screening 2002). Tato kritéria platí i pro pacienty obézní.

Konzultace nutričního terapeuta nebo specialisty v nutriční ambulanci má také svůj význam, protože výsledkem je poskytnutí kvalifikované nutriční rady. Pacientům doporučujeme příjem potravin s vyšší energetickou densitou a vyšším obsahem bílkovin. Nedoporučujeme jim pít energeticky prázdných tekutin, ale je vhodné, aby i pitím energetické zdroje přijímali. Chladné a měkké jídlo bývá lépe tolerováno, často se pacienti sami vyhnou jídlu dráždivému, kyselému, smaženému, kořeněnému. Je dobré je na to upozornit předem, aby nemuseli tento výzkum podstupovat osobně. Při nechutenství je vhodné

neúčastnit se přípravy jídla, je-li to možné, neboť již pach může pacienta „nasytit“.

Nutriční standardy v onkologii

Poskytování nutriční podpory se řídí doporučenými postupy odborných společností (např. ESPEN Guidelines 2006 vydanými Evropskou společností klinické výživy). Tyto algoritmy obsahují navíc obsahují i podpůrnou léčbu týkající se léčby anorexie, deprese, bolesti, řádné hydratace.

Pracovní skupinou pro nutriční standardy při České onkologické společnosti byly vypracovány a předloženy k zavedení do praxe 2 nástroje k použití v onkologických ambulancích. Jedná se o patientský leták „Úvod do stravování při nádorovém onemocnění“ a o „Nutriční rizikový screening“, který vychází z již zmíněného NRS 2002. Je však velmi dobře přizpůsoben onkologickým pacientům, stadiu jejich choroby a typu léčby.

Modulová dietetika

Kromě nutričního poradenství týkajícího se vyložení skladby jídelníčku přistupují možnosti využití modulových dietetik, která jídlo obohacují o energii a proteiny (Protifar, Fantomalt, Calogen). Práškové formy (Protifar a Fantomalt) se přidávají do jídla. Tekutá lipidová emulze (Calogen) je určena k popíjení po malých množstvích (3×30–35 ml/den).

Perorální nutriční doplňky

Velmi vhodnou formou, jak doplnit nedostatečný perorální příjem pacienta s nádorovým onemocněním, je popíjení perorálních nutričních doplňků. Přestože je na trhu již mnoho příchutí, z nichž je možné si vybrat, někdy ani to není dostačující pro pacienty s poruchami chuti. Většina příchutí

je sladká, a tak pacient, který má v ústech slano, tyto přípravky odmítá. Existují i neutrální přípravky bez příchuti, což bývá přijatelné. Pacient, který je schopen sníst polovinu až 3/4 denní porce by měl vypít za den 2–3 lahvičky nebo krabičky nutričních doplňků (Nutridrink, Fresubin, Resource, Fortimel apod.), čímž je schopen zvýšit svůj energetický příjem o 600–900 kcal podle typu přípravku. Tento způsob bývá často snazší a účinnější než samotná úprava stravy.

Zlepšení energetického příjmu stravou dle nutriční rady, obohacením stravy o moduly nebo popíjením nutričních doplňků lze zajistit při měřené tělesnou hmotnost a zabránit výraznému zhubnutí, které představuje významný rizikový faktor pro celkový výsledek léčby nádoru.

Enterální výživa

Pacient, který není schopen přijmout více než čtvrtinu až polovinu porce, je indikován k dalším formám nutriční podpory, zejména k enterální výživě. Nejčastějším vstupem do zažívacího traktu, je-li možno jej k výživě užít, je PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Velmi často jsou enterální výživou do žaludku živeni pacienti s nádory v ORL oblasti, kde poruchy polykání znemožňují příjem stravy. Tito pacienti se dokážou o sebe často vcelku dobře postarat po relativně dlouhou dobu. V domácím prostředí si výživu připravují a podávají sami. Dnes obvykle dostávají práškovou nebo tekutou enterální výživu. V domácím prostředí je však možné tolerovat i částečné podávání mixované stravy do žaludku.

Pacienti, jimž byla zavedena jejunostomie (například pro inoperabilitu nádoru jícnu, žaludku, pankreatu apod.), musejí dostávat pouze farmakologicky

připravenou tekutou výživu, kterou je nutno podávat kontinuálně.

Parenterální výživa

Pacientů s nádorovým onemocněním živených domácí parenterální výživou přibývá i v naší zemi. Starají se o ně nutriční centra, která pacienty detailně zaučují, jak bezpečně pracovat s centrálním žilním katetrem a podávat si výživné směsi z vaků all-in-one, které pro ně individuálně připravují. Vysoké riziko zde představují opakované infekce (katetrové sepsy), proto je na řádnou edukaci kladen vysoký důraz. Parenterální výživu dostávají pacienti, jejichž zažívací trakt není funkční (obstrukce, krátké střevo apod.) nebo do něj není možno zavést vstup.

Přínosem enterální či parenterální výživy pro tyto pacienty je zajištění určité kvality života a možnosti pobytu v domácím prostředí mezi blízkými.

V terminálních stádiích nemoci je preferován perorální příjem a ostatní formy umělé klinické výživy nemusejí být podávány.

Závěr

Přestože některé výsledky nutriční podpory u nádorového onemocnění nemusejí na první pohled působit optimisticky, je zřejmé, že mnohým pacientům včasná a správně indikovaná nutriční podpora významně zlepšuje kvalitu života. Nelze samozřejmě tvrdit, že je samospasitelná, ale společně s úspěšnou onkologickou léčbou poskytuje pozitivní výhled i u velmi závažných nemocí.

MUDr. Zuzana Grofová

Nutriční a dietologické oddělení
Pardubické krajské nemocnice, a. s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
e-mail: zuzana.grofova@upce.cz