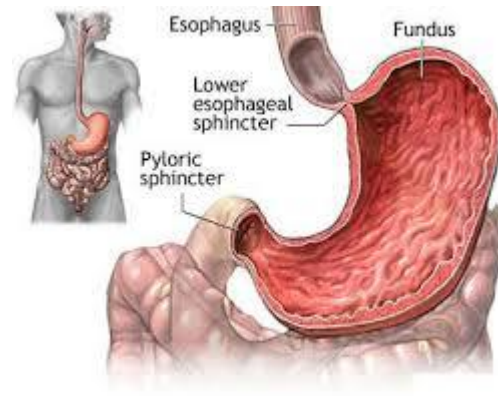
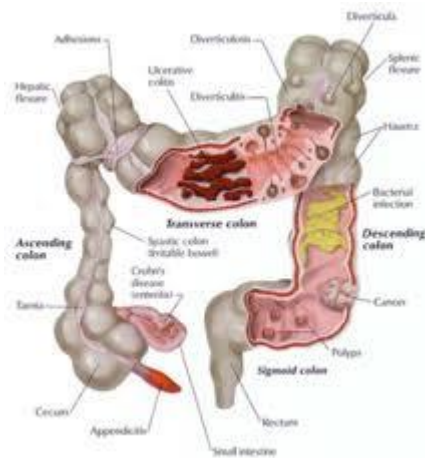


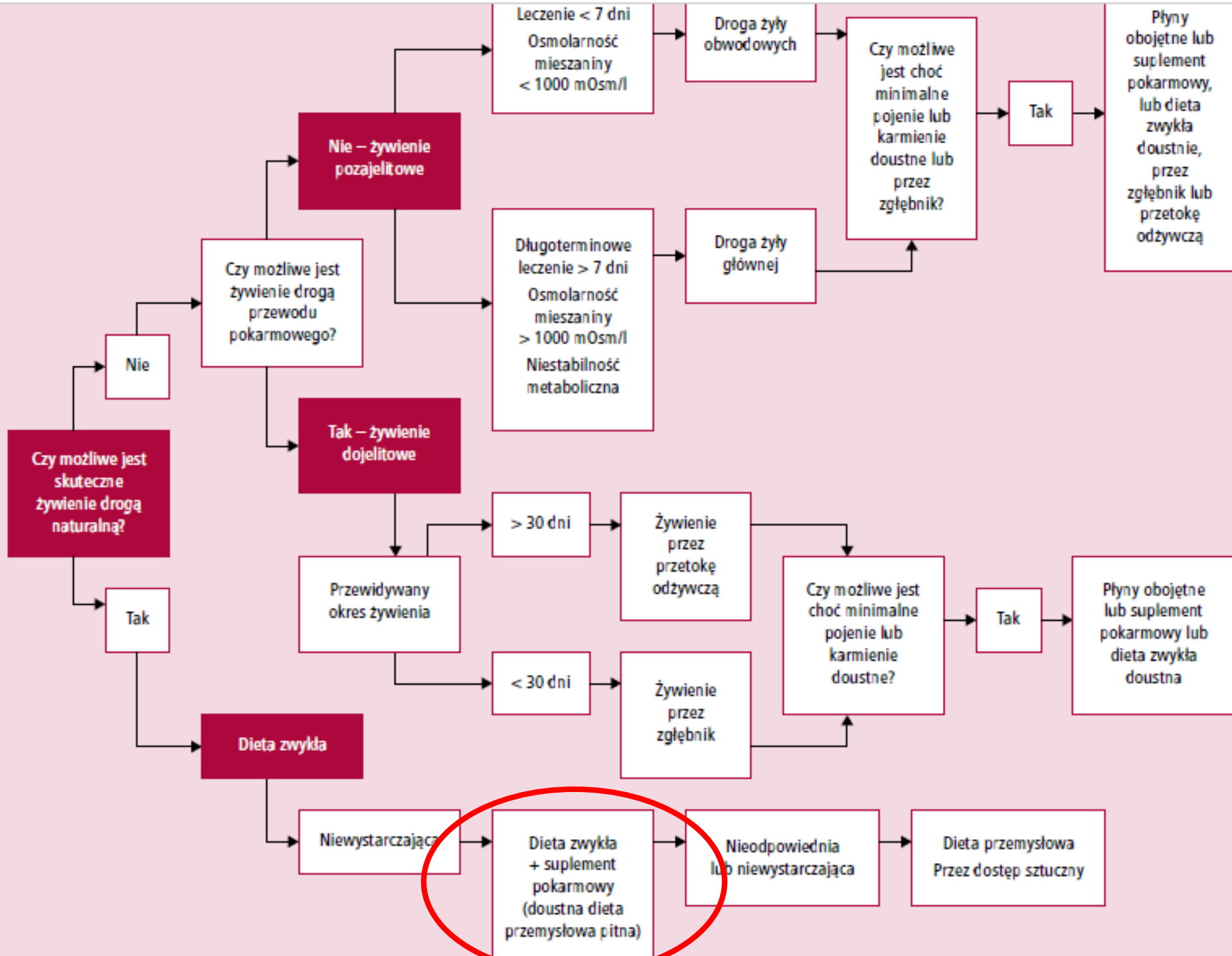
POSTĘPOWANIE ŻYWIENIOWE W NOWOTWORACH PRZEWODU POKARMOWEGO *okiem onkologa*

Aleksandra Kapła

Dział Dietetyka Kliniczna

Centrum Onkologii Instytut w Warszawie





ONS W CHOROBY NOWOTWOROWEJ PP

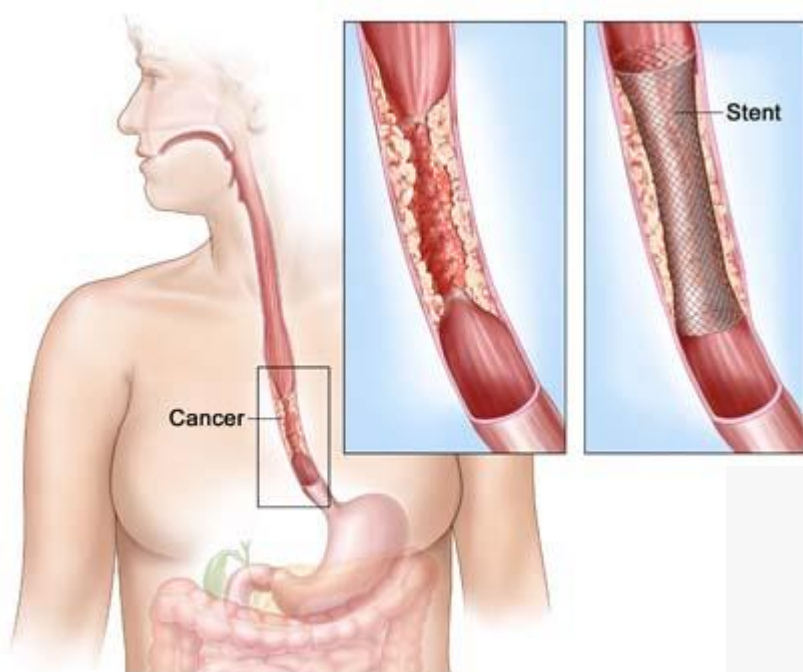
- ZALECENIA: WYSOKOBIAŁKOWE I/LUB IMMUNOMODULUJĄCE
- KLUCZEM DLA DOBREJ REALIZACJI ZALECEŃ JEST OSMOLARNOŚĆ, KTÓRA POWINNA BYĆ JAK NAJBLIŻSZA OSMOLARNOŚCI WYSTĘPUJĄCEJ W PRZEWODZIE POKARMOWYM
- JEŚLI CHORY DOBRZE TOLERUJE WYSOKOOSMOLARNE ONS (BEZ BIEGUNKI, NUDNOŚCI) STOSUJ JW.
- JEŚLI CHORY NIE TOLERUJE PREPARATÓW WYSOKOOSMOLARNYCH ZMIENŃ NA ONS O NIŻSZEJ OSMOLARNOŚCI
- CZASEM TOLERANCJĘ POPRAWIA WYŻSZA ZAWARTOŚĆ BIAŁEK SERWATKOWYCH

PORÓWNIANIE OSMOLARNOŚCI NAJCZĘŚCIEJ UŻYWANYCH ONS

ONS	Nutridrink Protein	Resource Protein	Fresubin Energy Protein	Nutramil	Nutricomp	Impact	Cubitan	Supportan
Osmo- larność mOsm/l	570	390	390	290	470	680	500	385-435

Diasip 365 mOsm/l

RAK PRZEŁYKU



Wyróżniamy raki górnej, środkowej i dolnej części przełyku

W zależności od lokalizacji –
inne objawy i inne leczenie



RAK PRZEŁYKU

- Zazwyczaj pierwszy objaw choroby to narastająca dysfagia i szybko postępujące wyniszczenie
- Większość chorych w chwili zgłoszenia jest nieresekcyjna
- Podstawową metodą leczenia pozostaje Rth-chth
- Rak przełyku, podobnie jak nowotwory głowy i szyi wymaga zespołowego planowania terapii z udziałem członków zespołu żywieniowego!
- Nieprawidłowe określenie drogi żywienia może już na starcie przekreślić skuteczność terapii!!!

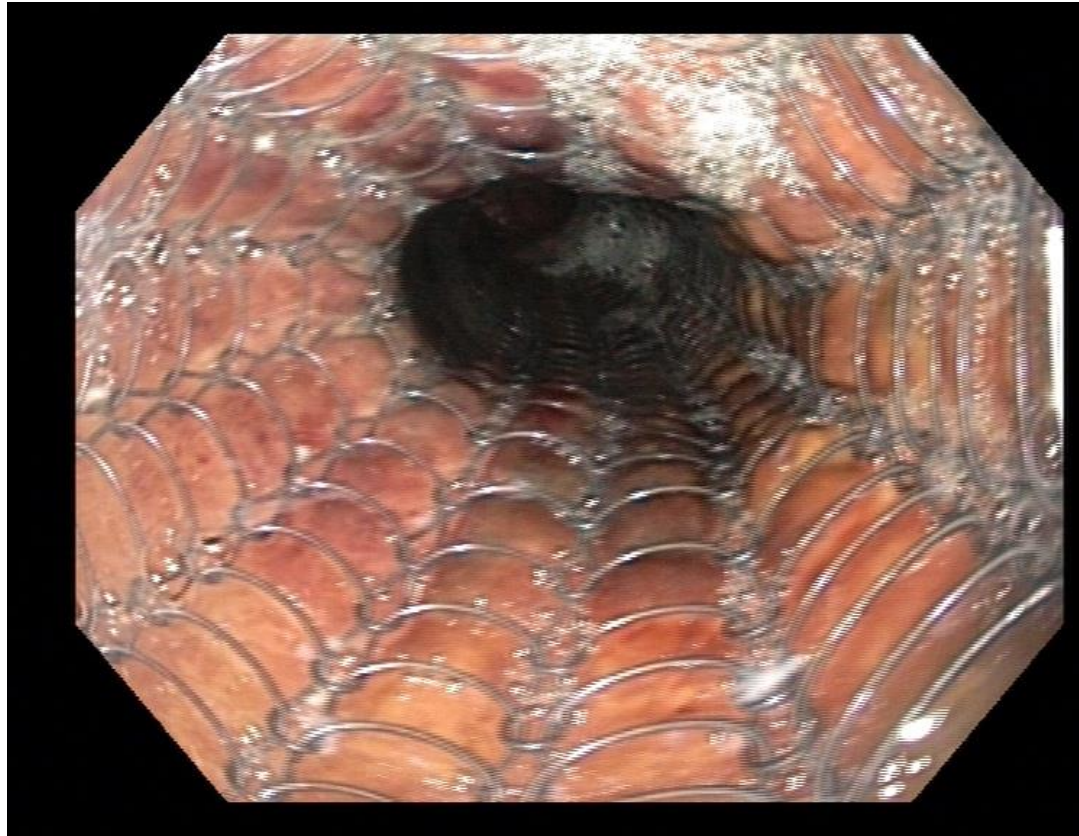
RAK PRZEŁYKU

- Z powodu ciężkiej dysfagii zazwyczaj żywienie doustne nawet fortyfikowane nie jest wystarczające
- Jeżeli to tylko możliwe należy założyć do żywienia w trakcie terapii zgłębnik nosowo-żołądkowy pod kontrolą endoskopu lub PEG – pod warunkiem, że guz przepuści endoskop. ŻYWIMY DOJELITOWO!
- Jeśli chory ma szanse na resekcję zmian – nie wolno zakładać PEG! – żołądek zostaje wykorzystany do odtworzenia ciągłości p.pokarm; chory powinien mieć założoną jejunostomię.

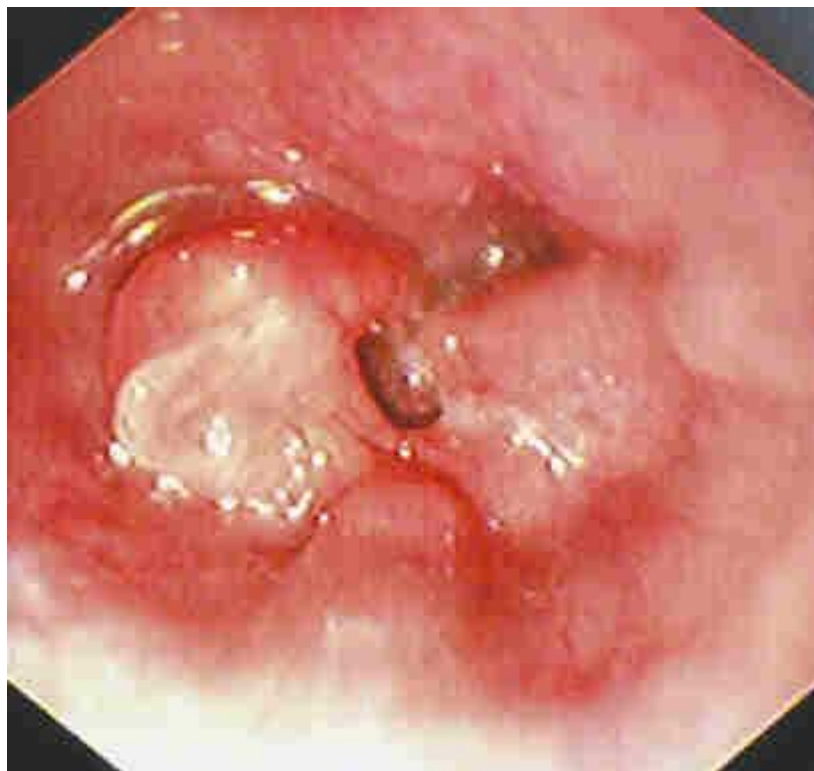
RAK PRZEŁYKU

- Stenty rozszerzające światło przełyku – paliatywne leczenie dysfagii lub przetoki
- Należy ocenić, czy założenie stentu w ogóle jest możliwe, a w przypadku raków środkowej części przełyku czasami konieczne jest jednoczesowe założenie stentu do dróg oddechowych
- Paliatywna Rth lub brachyterapia w przypadku niedrożności przełyku

STENTY PRZEŁYKOWE



STENTY PRZEŁYKOWE



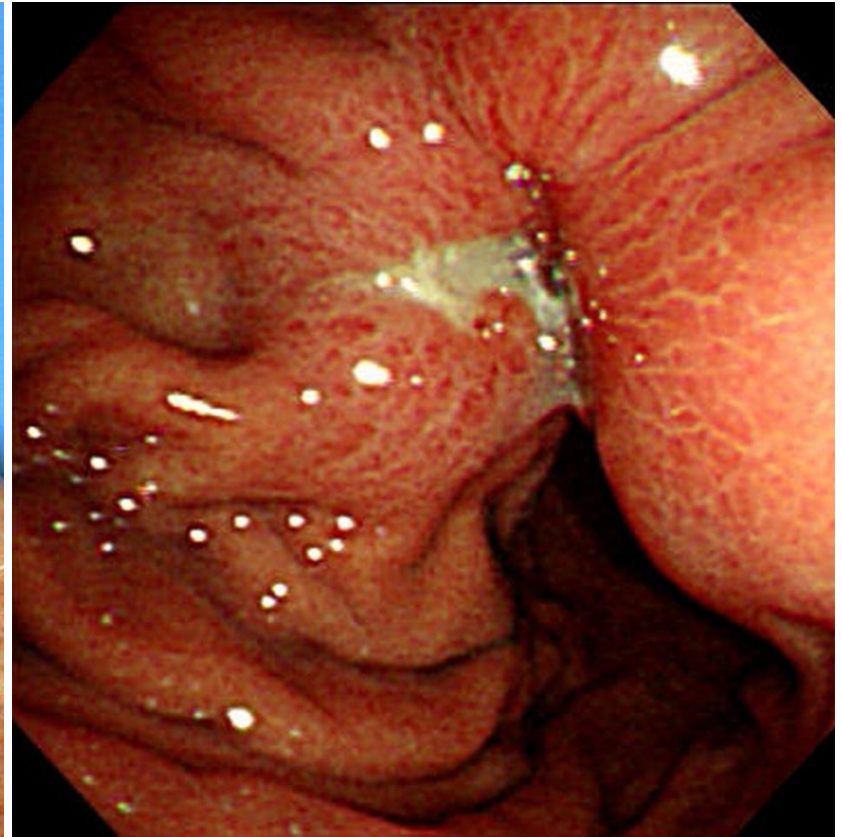
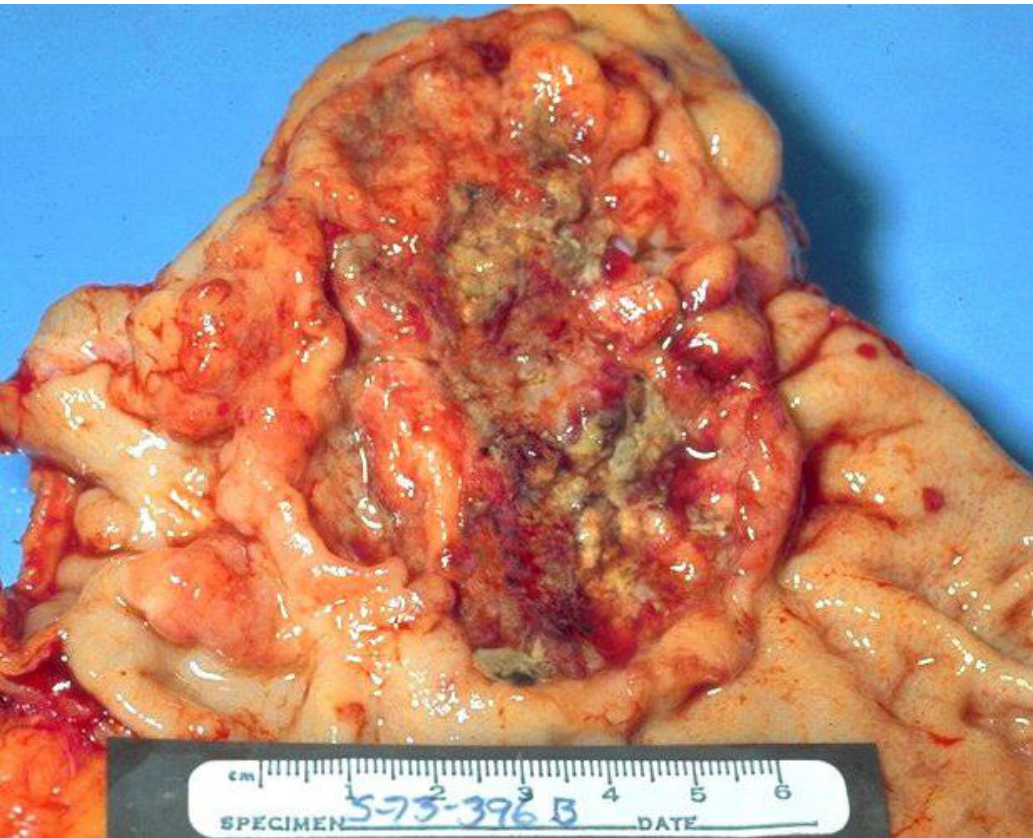
RAK PRZEŁYKU

- Żywienie pozajelitowe w raku przełyku – ostatnia rozważana opcja
- Tylko w wypadku afagii – brak możliwości przejścia endoskopu – brak możliwości założenia PEG jak, zgłębnika n-ż czy stentu
- Brak możliwości lub zgody chorego na założenie chirurgicznej jejunostomii lub gastrostomii

RAK PRZEŁYKU - PUŁAPKI

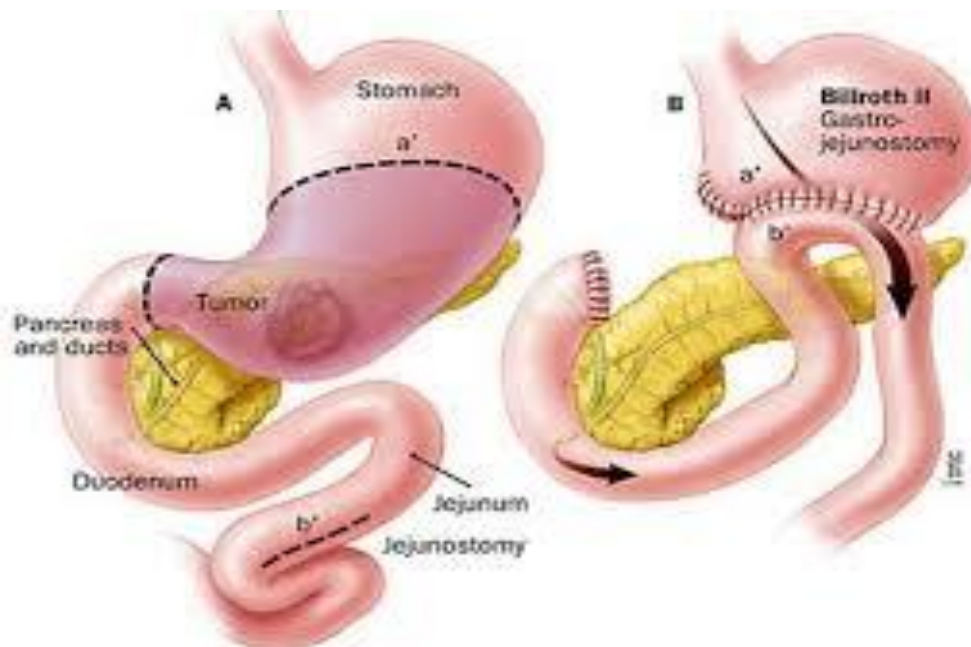
- Uważaj na zakładanie zgłębników nosowo-żołądkowych, zakładaj pod kontrolą endoskopu lub potwierdź położenie zdjęciem RTG
- W trakcie Rth-chth pilnie oceniaj chorego pod kątem wytworzenia się przetoki przełykowo-oskrzelowej! (kaszel, gorączka, duszność, cuchnąca wydzielina z dróg oddechowych)

RAK ŻOŁĄDKA



RAK ŻOŁĄDKA

1. Met. Rydygiera (Billroth I)
2. Met. Billroth II (modyfikacja Roux-Y)



RAK ŻOŁĄDKA

Miejsce dla żywienia pozajelitowego?

TAK:

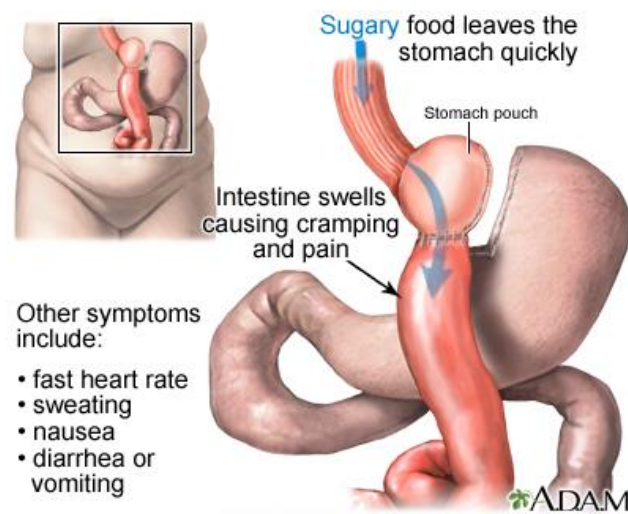
1. Żywienie przedoperacyjne min.10-14 dni
2. Żywienie okołoperacyjne – kilka dni, szybki powrót do diety doustnej

Po gastrektomii:

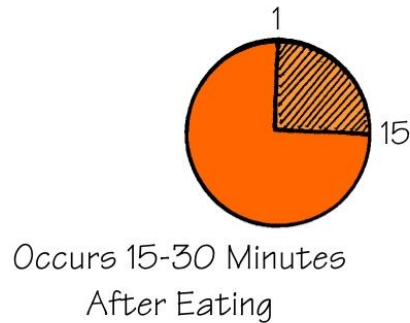
chory wyniszczony, brak pełnego powrotu lub niewystarczająca podaż doustna: ***jejunostomia***

ZALECENIA DIETETYCZNE - ZASADY

- **Dumping syndrome** to zespół bardzo nieprzyjemnych objawów, który jest wynikiem „wpadnięcia” do pętli jelitowej dużej (za dużej) objętości pokarmów o wysokiej osmolalności – z reguły są to produkty o wysokiej zawartości cukrów prostych;
- Objawy: silny ból i wzdęcia, wymioty, biegunka, kołatania serca, duszność, omdlenia, obfite pocenie się
- Szczególnie źle są tolerowane: słodzone napoje, słodycze w każdej postaci, owoce szczególnie dojrzałe i produkty mleczne, szczególnie dosładzane
– muszą zostać wyeliminowane;
- Najczęściej obecny u chorych po
- operacji typu Roux-en-Y



DUMPING SYNDROME



- Epigastric Fullness



- Weakness
- Dizziness, vertigo
- Diaphoresis
- Tachycardia
- Abdominal Cramping
- Self-Limiting

- No Fluids With Meals
- No High Carbs i.e., Bread, Potatoes

RAK ŻOŁĄDKA

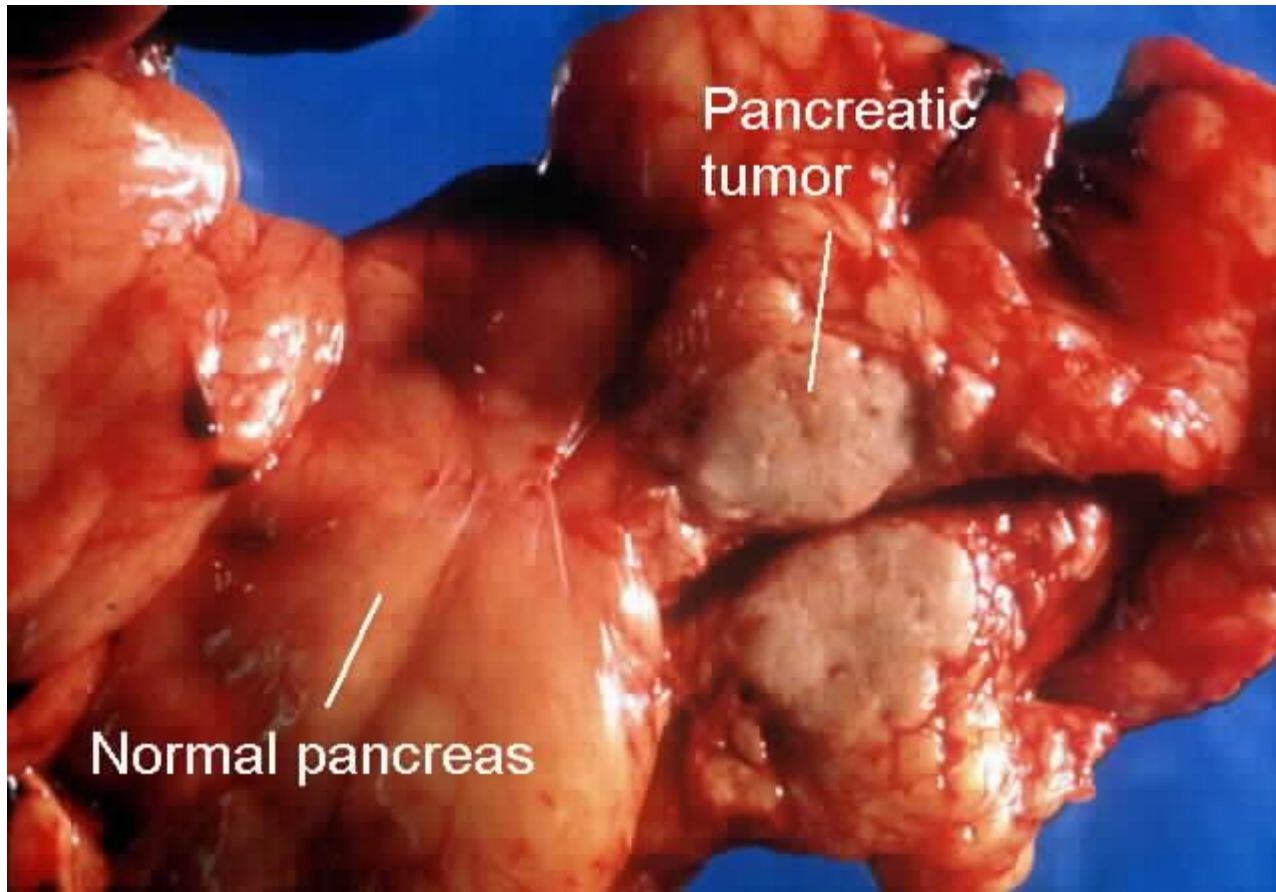
Bezwzględna konieczność modyfikacji diety!

- łatwostrawna, ograniczenie błonnika nierozpuszczalnego
- wysoka podaż białka i żelaza hemowego z wit.C
- niskotłuszczowa, ale bogata w MCT
- ograniczenie laktozy i cukrów prostych – na pewno na początku
- Picie między posiłkami !!
- Pamiętaj o adaptacji, po kilku tygodniach - miesiącach

Specjalne zalecenia dla grupy pacjentów z dumping syndrome!

Konieczna dożywotnia suplementacja witaminy B12 i.m.
oraz żelaza p.o.!

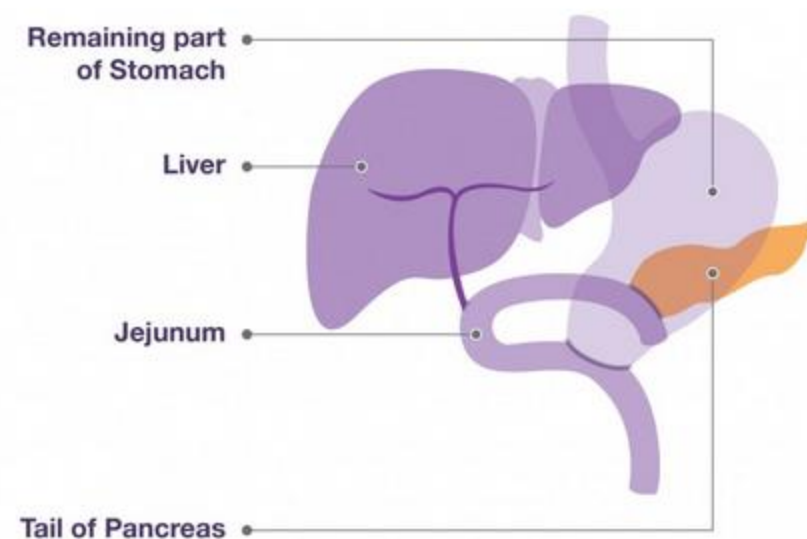
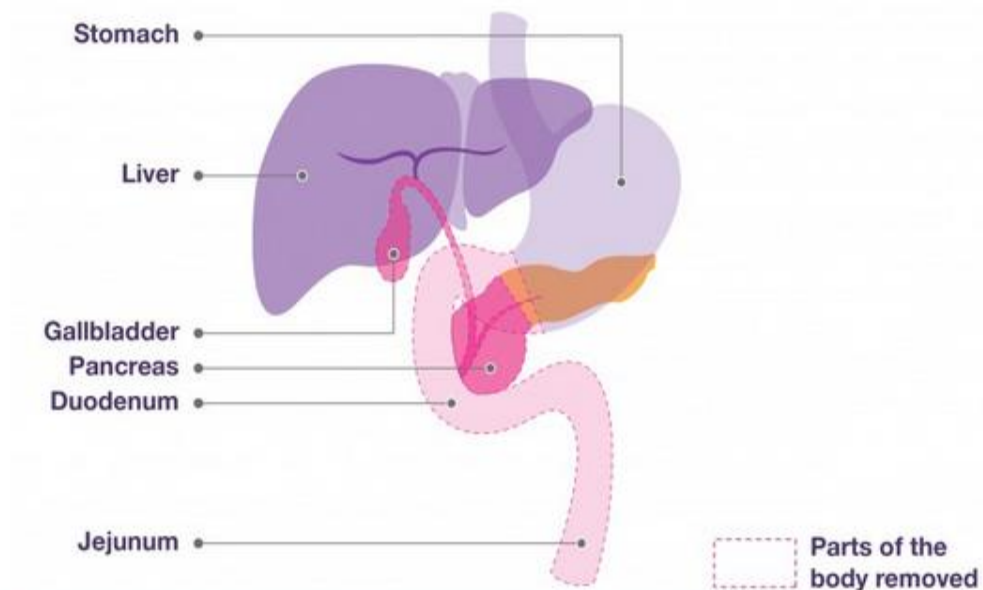
RAK TRZUSTKI



RAK TRZUSTKI

- 3 możliwe scenariusze:
- Chory resekcyjny – pankreatoduodenektomia m. Whipple’a – oznacza niedobór insuliny i enzymów trawiennych, biegunki tłuszczowe
- Paliatywna chemioterapia
- Radioterapia

Operacja metodą Whipple'a



RAK TRZUSTKI



- Względna konieczność modyfikacji diety
- Pacjenci z dramatycznym jadłowstrętem, jak i jedzący zupełnie normalnie
- Postać z biegunkami tłuszczowymi i wyniszczeniem vs postać zaparciowa
- Możliwość jedzenia ściśle koreluje z aktywnością choroby
- Dieta łatwo strawna, ograniczenie błonnika nierozpuszczalnego, ZAPIERAJĄCA
- Wysoka podaż białka , WITAMINY ROZP. W TŁ.
- Dieta niskotłuszczowa do 20%, ale bogata w MCT, ale uwaga: nie ograniczaj tłuszczu jeśli tolerancja jest dobra !
- Zazwyczaj bez ograniczenia laktozy

WŁAŚCIWE LECZENIE BÓLU !!!

Probiotyki

Insuliny

Enzymy trzustkowe – obowiązkowa substytucja po operacji Whipple'a

LOPERAMID

Postać atoniczna: Metoclopramid

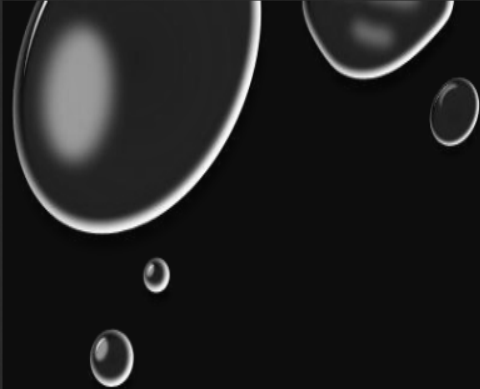
Ileostomia, zespół krótkiego jelita

- ILEOSTOMIA WYMAGA SZCZEGÓLNIIE PRECYZYJNEGO POSTĘPOWANIA DIETETYCZNEGO!
DŁUGOŚĆ JELITA? TYP ZESPOLENIA?
- ŹŁE PROWADZONE ŻYWIENIOWO ILEOSTOMIE PROWADZĄ DO CIĘŻKICH KONSEKWENCJI METABOLICZNYCH:
CIĘŻKIE ODWODNIENIE Z NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK I HIPOTONIA, ZAGRAŻAJĄCA ŻYCIU HIPONATREMIĄ!
- PRZYPADKI ZESPOŁU KRÓTKIEGO JELITA <100-120CM MUSZĄ KWALIFIKOWANE DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO*
- PODSTAWĄ ŻYWIENIA JEST ZASADA: MAŁO WODY DUŻO SOLI !!!
- DIETA BRAT: B-BANANY MAŁO DOJRZAŁE, R-RYŻ, A- JABŁKA, T-TOSTY PSZENNE
- DIETA JEST BARDZO RESTRYKCYJNA, WYŁĄCZA WIELE GRUP POKARMÓW, JEDNOCZEŚNIE POWINNA ZAWIERAĆ DUŻO BIAŁKA I POKARMÓW ZAPIERAJĄCYCH;
- DIETA MUSI BYĆ UZUPEŁNIANA O DOUSTNE SUPLEMENTY; BEZ LUB NISKOTŁUSZCZOWE, NISKOBLONNIKOWE, WYSOKOBIAŁKOWE



CHEMIOTERAPIA

- **WYMIOTY, NASILONY JADŁOWSTRĘT**
- IM BARDZIEJ WYNISZCZONY CHORY, TYM BARDZIEJ NASILONE OBJAWY UBOCZNE I CZAS ICH TRWANIA
- CHTH WYSOKOEMETOGENNA: CISPLATYNA, ANTRACYKLINY, HD CTX, HD MTX, DACARBAZYNA, PROCARBAZYNA, IFOSFAMID
- **BIEGUNKA LUB NIEDROŻNOŚĆ PORĄŻENNA**
- IM BARDZIEJ WYNISZCZONY CHORY, TYM BARDZIEJ NASILONE OBJAWY UBOCZNE I CZAS ICH TRWANIA
- WYSOKIE RYZYKO BIEGUNKI: 5-FU, IRYNOTEKAN, NOWOCZESNE TERAPIE CELOWANE, CHTH MIELOABLACYJNA
- DM
- WIEK



CHEMIOTERAPIA

- JEŚLI OBJAWY SĄ W STOPNIU III LUB WYŻSZYM WG KRYTERIÓW CTCEA
- STANDARDOWE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE NIE DZIAŁA
- ZASTOSUJ UZUPEŁNIAJĄCE PN, NIE ZAPOMNIJ O PROFILAKTYCE RF
- JEŚLI TO TYLKO MOŻLIWE PODAJ CZĘŚĆ KCAL DROGĄ DOUSTNĄ, ALE TYLKO WTEDY JEŚLI NIE ZAOSTRZA TO OBJAWÓW I DOLEGLIWOŚCI
- UZUPEŁNIAJĄCE PN ZAZWYCZAJ POTRZEBNE JEST NA 2-5 DNI
- **PRZESŁANKI:** OGRANICZENIE OBJAWÓW, UTRZYMANIA PROCESÓW METABOLICZNYCH, POKRYCIE DOBOWEGO ZAPOTRZEBOWANIA, ZATRZYMANIE UTRATY MC I KACHEKSJI

RADIOTERAPIA

Nie ma wskazań do stosowania rutynowego PN w trakcie Rth

Nie ma wskazań do stosowania specjalnych składników jak Gln czy nawet probiotyki!

PN tylko gdy żywienie drogą PP jest przeciwwskazane, źle tolerowane lub brak dostępu

Radioenteritis: ostre lub przewlekłe – ciężka biegunka, odwodnienie, zab. elektrolitowe, wyniszczenie

Wysokie ryzyko radioenteritis: rak szyjki macicy, trzonu macicy, prostaty, odbytnicy, a także rth-chth z powodu raka żołądka czy trzustki; TBI (białaczka)

Czas wystąpienia objawów: ostre: dni-tygodnie po Rth, przewlekłe: lata po Rth

Patofizjologia odmienna w ostrym i przewlekłym RE:

Ostre RE – zapalenie, niedokrwienie, translokacja bakteryjna – PN potrzebne na krótki czas

Przewlekłe RE – włóknienie, ryzyko krwawienia, ciężkie zespoły złego wchłaniania, potrzeba uzupełniającego lub całkowitego PN nawet do końca życia.



PODSTAWY ŻYWIENIA KLINICZNEGO W ONKOLOGII

SZKOLENIE

Warszawa, Centrum Onkologii, **6-7 grudnia 2019**

Zapraszamy lekarzy różnych specjalności, dietetyków, farmaceutów, pielęgniarki



Dziękuję za uwagę!