



PODSTAWY ŻYWIENIA
KLINICZNEGO W ONKOLOGII

7-8 grudnia 2018

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE REGIONU GŁOWY I SZYI LECZENIE ŻYWIENIOWE

Aleksandra Kapała
Klinika Nowotworów Głowy i Szyi
Centrum Onkologii Instytut w Warszawie

EPIDEMIOLOGIA KRAJOWY REJESTR NOWOTWORÓW ROK 2015:

- ⊙ 6,6% wszystkich nowotworów złośliwych rejestrowanych w Polsce (4,6% M, 2% K)
- ⊙ 7069 nowych zachorowań, 4508 zgonów
- ⊙ Głównie po 45 rż (wyjątek raki nosogardła)
- ⊙ Wysokie ryzyko drugiego nowotworu 2% rocznie (płuco, krtań, górny odc. p. pok.)



OGÓLNE ZASADY LECZENIA, ROKOWANIE

- CS I-II
 - T1, T2
 - N0
 - CHIRURGIA LUB
RADIOTERAPIA
- CS III-IV
 - T3, T4
 - N1-N3
 - INDUKCYJNA CHTH
RTH-DDP lub RTH-
cetuximab

WYLECZENIE 60-90% !

W przypadku samodzielnej Rth lub
chirurgii ryzyko wznowy przekracza 60% !

Populacja pacjentów	Kryteria rozpoznania niedożywienia	Częstość niedożywienia	Referencje
n=79, przed operacją	Ocena różnicy między obecną, a idealną masą ciała Ocena utraty masy ciała Ocena grubości fałdu tłuszczowego nad tricepsem ramienia Ocena obwodu mięśni ramienia	57%	Linn i wsp. 1988
n=64, choroba zaawansowana, po operacji	Utrata masy ciała >10% w ciągu 6 miesięcy (WL - weight loss) % idealnej masy ciała (IBW - ideal body weight), przedziały 80-90%, 70-79%, <69% Index żywieniowy < 1,31 (kompilacja stężenia albumin, liczby limfocytów i pomiaru bioimpedancji)	WL>10% - 31% chorych IBW 80-90%: 17% IBW 70-79%: 3% IBW<69%: 3% Index żywieniowy <1,31 u 67% chorych	Van Bokhorst- de van der Schueren i wsp 1997
n=48	Dwa lub więcej nieprawidłowe parametry spośród: BMI<20kg/m2, stężenie albumin <33g/l, utrata masy ciała >5%, Ocena grubości fałdu tłuszczowego nad tricepsem ramienia Ocena obwodu mięśni ramienia	51%	Hammerlied i wsp 1998
n=100, przed RTH	Utrata masy ciała	57% straciło na wadze (średnio 6,5kg), z czego 95% w sposób niezamierzony 12% przytyło przed leczeniem	Lees i wsp.1999
n=61, wczesne stadia raka krtani	BMI<25 kg/m2 BMI<20 kg/m2 Utrata masy ciała	40% 13% 26% straciło średnio 5,4% masy ciała	Collins i wsp 1999
n=407, różne stadia choroby i metody leczenia	Utrata masy ciała >5% w ciągu 1 miesiąca lub >10% w ciągu 6 miesięcy	Wyniki zależne od lokalizacji nowotworu: Krtień 12%, Krtaniowa część gardła 43% Ustna część gardła 34% Nosowa część gardła 36% Inne - 8%	Jager-Wittenaar i wsp 2007
n=75, przed i po RTH	Ocena utraty masy ciała w zależności od stopnia złośliwości histologicznej G1, G2, G3	Przed leczeniem utrata masy ciała u 56% chorych Po leczeniu: G1 - 29% G2 - 37% G3 - 96%	Ravasco P. at al. 2003

UTRATA MASY CIAŁA U CHORYCH Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM NARZĄDÓW GŁOWY SZYI

- ◉ 95% jest niezamierzona
- ◉ Dotyczy średnio 60% chorych przed leczeniem
- ◉ Dla nowotworów G3 - 96% chudnie pod koniec leczenia skojarzonego !

PACJENCI ZAKWALIFIKOWANI DO RESEKCJI

- ◉ Stan odżywienia jest kluczowym czynnikiem wpływającym na wystąpienie powikłań
- ◉ W przypadku obecności utraty mc > 10% / 6 m-cy przed operacją u chorych poddanych laryngektomii z powodu raka krtani odsetek powikłań pooperacyjnych sięgnął 65% !!!

(Van Bokhorst- de van der Scheuren 1997, 2000)

DLACZEGO CHUDNĄ?

- ◉ Fatalne nawyki żywieniowe przed chorobą
- ◉ Alkoholizm
- ◉ Depresja i lęk
- ◉ **Trudności z żuciem i połykaniem pokarmów**
- ◉ Ból
- ◉ Halitoza
- ◉ Kacheksja
- ◉ Brak pomocy ze strony rodziny
- ◉ Zwlekanie z wizytą u lekarza

JAK WESPRZEĆ CHOREGO PRZED OPERACJĄ?

- ◉ 10-14 dni przed operacją żywienie doustne przynajmniej 2 (immunomodulujące) ONS dziennie (750ml Impact Oral lub Cubitan) lub EN lub PN

- ◉ *Rekomendacja ESPEN:*

(Weimann 2006) żywienie przedoperacyjne na 10-14 dni u chorych z dużym ryzykiem żywieniowym, poddawanych dużym zabiegom operacyjnym powinno być wdrożone, nawet kosztem opóźnienia zabiegu”

ŻYWIENIE IMMUNOMODULUJĄCE W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM?

Autor	Składnik specjalny	Wynik
Snyderman 1999 N=136	Arg, omega-3, nukleotydy	Mniej infekcji, lepsze gojenie, krótszy LoS, wyższe stęż. albuminy
Riso 2000 N=44	Arg	Redukcja infekcji, lepsze gojenie, krótszy LoS, wzrost limfocytów CD4 w 4. i 8. dobie po operacji
De Luis 2002 N=47	Arg	Mniejsza częstość przetok, inne ND
De Luis 2003 N= 36	Arg	Brak wpływu na CRP, TNF-alfa,IL-6
Vidal-Casariego A. 2014 metaanaliza 6 badań, n=397	immunonutrition	Mniej przetok, krótszy LoS
Rowan 2016 N=195	Arg	Mniej przetok, LoS krótszy



ŻYWIENIE OKOŁOOPERACYJNE

- ◉ Żywienie przedoperacyjne!!!
- ◉ Zgłębnik dożołądkowy lub gastrostomia zakładane najpóźniej w trakcie operacji, żywienie enteralne średnio 35-40 kcal/kg mc, nawodnienie!
- ◉ W 5-10 powolny powrót do żywienia doustnego
- ◉ Usunięcie zgłębnika, gastrostomi ? Kiedy?
- ◉ Ale...

DYSFUNKCJE PO ZABIEGU:

- ◉ Utrata smaku, węchu
- ◉ Trudności z żuciem
- ◉ Wyptyw śliny, cząstek pokarmów z jamy ustnej
- ◉ Słaba perystaltyka, długi czas posiłku
- ◉ Regurgitacje do jamy ustnej i/lub nosa
- ◉ Dumping syndrome
- ◉ Opóźnione gojenie się ran (rozejście się zespolenia, przetoka, infekcja, martwica płata)
- ◉ Uszkodzenie nerwów czaszkowych
- ◉ Aspiracja/asfiksja
- ◉ Przetoki chłonne
- ◉ Zwężenia i stenozy

Tarwal (2007); Ward (2007)

RADIOTERAPIA, RADIOCHEMIOTERAPIA

- ⊙ Rth - 60-70 Gy przez 6-7 tygodni w technice IMRT
- ⊙ W leczeniu skojarzonym z DDP 100mg/m² co 21 dni lub z cetuximabem co 7 dni
- ⊙ W przypadku niektórych guzów z cechą N2bc, N3 zaczynamy od II-III kursów chth indukcyjnej wg TPF lub PF

SKUTKI UBOCZNE LECZENIA SKOJARZONEGO

- ◉ Utrata smaku
- ◉ Mucositis
- ◉ Xerostomia
- ◉ Dysfagia
- ◉ Upośledzenie połykania zarówno w fazie ustnej jak i gardłowej
- ◉ Krztuszenie się aspiracja
- ◉ Szczękościsk
- ◉ Nudności, wymioty
- ◉ Martwica popromienna żuchwy
- ◉ Zmęczenie
- ◉ Odwodnienie
- ◉ Próchnica zębów
- ◉ Dodatkowo po chth: toksyczność hematologiczna, nefro/neuro i ototoksyczność

SKUTKI UBOCZNE LECZENIA SKOJARZONEGO

- ◉ W 3 tygodniu rth-chth 70% pacjentów zgłasza przynajmniej 3 problemy, a pod koniec leczenia praktycznie 100%; najczęstsze z nich to:
- ◉ Utrata smaku 15-100% chorych - brak smaku, „wszystko jak papier”, pierwsza poprawa w 2 m-ce od zakończenia leczenia, może być nieodwracalna
- ◉ Mucositis - I-IV, w stopniu ciężkim u ponad 50% chorych, 3-4 tydzień leczenia, u chorych leczonych cetuximabem wcześniej!
- ◉ Xerostomia - 2-4 tydzień ślina staje się gęsta i lepka przynajmniej u 60% chorych, nieodwracalne uszkodzenie ślinianek przy dawce 25 Gy, nieodwracalna
- ◉ Dysfagia - poprawa po 3 m-cach - do roku, trwała zależność od PEG 12-20%

PROGRAM ŻYWIENIOWY W CO-I W WARSZAWIE DLA CHOREGO Z NOWOTWOREM REGIONU GŁOWY I SZYI

- ⦿ Pacjenci CS III-IV kwalifikowani do rth-chth lub rth+cetuximab
- ⦿ **OBLIGATORYJNIE ZAŁOŻENIE PEG LUB GASTROSTOMII CHIRURGICZNEJ PRZED ROZPOCZĘCIEM LECZENIA SKOJARZONEGO !!!**

POSTĘPOWANIE ŻYWIENIOWE U CHORYCH Z RAKIEM GŁOWY I SZYI LECZONYCH RADYKALNIE W SPOSÓB SKOJARZONY RTH-CHTH LUB RTH-CETUKSYMAB

1. PRZYCHODNIA

SKIERUJ NA ZAŁOŻENIE PEG PRZED LECZENIEM:

- PRACOWNIA ENDOSKOPII

- ODDZIAŁ CHIRURGII

- SKIEROWANIE POZA CO-I

2. KLINIKA/ZRT - 1 DZIEŃ LECZENIA

- OCEŃ NRS 2002
- OPIEKA NAD PEG,
EDUKACJA CHOREGO

- ZLEĆ BADANIA – PANEL „ŻYWIENIE START”

- ZAMÓW KONSULTACJĘ DIETETYKA

- OD POCZĄTKU ROZPISZ ONS (ZYSKASZ 600-1200 kcal):
- **KOMPLETNY WYSOKOBIAŁKOWY 2 X DZ.**

- JEŚLI CHORY STRACIŁ > 10 % MASY CIAŁA ZLEĆ DODATKOWO ONS **TŁUSZCZOWY 3 X 30 ML**

3. KLINIKA/ZRT -15 DZIEŃ LECZENIA

- OCEŃ NRS 2002

- ZLEĆ BADANIA – PANEL „ŻYWIENIE START”

- ZAMÓW KONSULTACJĘ DIETETYKA

- OCEŃ ODCZYNY POPROMIENNE

4. KLINIKA/ZRT -25 - 29 DZIEŃ LECZENIA

- OCEŃ NRS 2002

- OCEŃ ODCZYNY POPROMIENNE

- ZLEĆ BADANIA – PANEL „ŻYWIENIE START”

- ZAMÓW KONSULTACJĘ DIETETYKA. JEŚLI CHORY SPOŻYWA < 60 % ZALECANEGO ZAPOTRZEBOWANIA ROZPOCZNIJ ŻYWIENIE DOJELITOWE PRZEZ PEG LUB ZAŁÓŻ SONDĘ DO ŻYWIENIA.

- ZGŁOŚ CHOREGO DO LEK. ZESPOŁU ŻYWIENIOWEGO

UWAGA!! JEŚLI CHORY ROZWIJA DYSFAGIĘ WCZEŚNIEJ – ROZPOCZNIJ ŻYWIENIE DOJELITOWE WCZEŚNIEJ!

5. DZIEŃ WYPISU

- OCEŃ NRS 2002

- OCEŃ ODCZYNY POPROMIENNE

- ZLEĆ BADANIA – PANEL „ŻYWIENIE START”

- SKIERUJ DO **PORADNI ŻYWIENIOWEJ** CELEM KONTYNUACJI ŻYWIENIA DOJELITOWEGO

PROTOKÓŁ ŻYWIENIOWY W CO-I W WARSZAWIE DLA CHOREGO Z NOWOTWOREM REGIONU GŁOWY I SZYI

- Od momentu rozpoczęcia leczenia Rth (dzień1) konsultacja dietetyczna (dieta miękka, bez surowych owoców i warzyw), chory otrzymuje ONS (**tłuszcze!**): 600-1200kcal bez względu na wyjściową masę ciała, mimo założonego PEG i kontynuuje je dotąd, aż możliwość przyjmowania pokarmów doustnie spadnie poniżej 60% zapotrzebowania na energię
- Wówczas rozpoczyna się EN przez PEG i kontynuowane jest tak długo, jak chory nie zacznie przyjmować 60% zapotrzebowania na energię, przynajmniej 6 tygodni po zakończonym leczeniu; czasem PEG zostaje na stałe

ZALECENIA DIETETYCZNE

W trakcie leczenia onkologicznego zaleca się unikanie niektórych pokarmów:

- ✓ Pikantnych, kwaśnych, gorących
- ✓ Mocno solonych, wędzonych
- ✓ Owoców i soków owocowych (działanie drażniące na błonę śluzową)
- ✓ Twardych i szorstkich (możliwość uszkodzenia błony śluzowej)
- ✓ Zawierających cukry proste; słodzone napoje, soki, słodycze (ryzyko rozwoju próchnicy)
- ✓ Alkoholu, kofeiny, palenia tytoniu

Drażniąco działają cytrusy, owoce drobnopestkowe, sok pomidorowy, soki wielowarzywne, kiszonki, oliwki, kapary, produkty z dodatkiem octu.

Sposoby na zwiększenie kaloryczności potraw

1. Dodatek zdrowych tłuszczów: oliwa z oliwek extra virgin, olej rzepakowy, olej lniany (na zimno), olej z zarodków pszennych.

2. Bogate w MCT: masło, tłuszcze kokosowe.

3. Stosowanie pełnotłustych produktów mlecznych: mleko krowie 3,2%, twaróg tłusty lub śmietankowy, serki homogenizowane pełnotłuste, jogurty naturalne pełnotłuste 4-10%, śmietanka słodka 12-33%, sery miękkie typu feta, mascarpone, ricotta, miękkie sery kozie.

4. Dodatek do diety produktów naturalnych o dużej gęstości kalorycznej, np. czekolada, miód, żółtko i białko jaja, mleczko kokosowe, kleiki, płatki, mielone orzechy, mięso.

5. ONS jako część posiłków np. ONS kompletny o smaku neutralnym jako dodatek do zupy, Calogen podawany z tłustym serem twarogowym.

CZYNNIKI PRZEMAWIAJĄCE ZA ZAŁOŻENIEM GASTROSTOMII U CHOREGO NA RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

Grupa czynników	Szczegółowe wskazania	Referencje
Czynniki związane ze stanem odżywienia	<p>Utrata masy ciała >10% w ciągu 3-12 miesięcy</p> <p>BMI < 20 kg/m²</p> <p>Epizody zachłystywania się treścią pokarmową lub jawna dysfagia</p> <p>Znaczne braki uzębienia bez możliwości naprawy/rekonstrukcji</p> <p>Alkoholizm w wywiadzie</p> <p>Zły stan sprawności</p> <p>Opóźnione/powikłanie gojenie się ran</p> <p>W przypadku chorych z dużym ryzykiem żywieniowym do rozważenia 10-14 dni żywienia przez zgłębnik w celu zapobiegania powikłaniom związanym z założeniem PEG</p>	<p>Beaver 2001</p> <p>Schweinfurth 2001</p> <p>Piquet 2002</p> <p>Munshi 2003</p> <p>Beer 2005</p> <p>McRackan 2008</p>
Czynniki związane z pacjentem	<p>Wiek >70 roku życia</p> <p>Trudne warunki socjalne</p> <p>Samotność</p> <p>Chorzy z trwałymi następstwami leczenia, którzy nie rokują samodzielności w zakresie odżywiania się (<60% zapotrzebowania dłużej niż 10 dni)</p>	<p>Mekhail 2001</p> <p>Al- Othman 2003</p>

CZynniki PRZEMAWIAJĄCE ZA ZAŁOŻENIEM GASTROSTOMII U CHOREGO NA RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

<p>Czynniki związane z zaawansowaniem choroby</p>	<p>Guz T3/T4</p> <p>Obustronne zajęcie węzłów chłonnych szyi</p> <p>Ognisko pierwotne w: jama ustna, nosowa, ustna i krtaniowa część gardła, podstawa języka, zaawansowane raki krtani</p> <p>Czynniki histologiczne $\geq G2$, przekraczanie torebki węzła, naciekanie przestrzeni naczyniowo-nerwowych</p>	<p>Beaver 2001</p> <p>Schweinfurth 2001</p> <p>Riera 2002</p> <p>Al-Othamn</p> <p>Corry 2009</p>
<p>Czynniki związane z leczeniem niechirurgicznym: radioterapią i/lub chemioradioterapią</p>	<p>Oczekiwane zapalenie śluzówek w stopniu 3</p> <p>Leczenie z zamiarem paliatywnym</p> <p>Chemioradioterapia</p> <p>Radioterapia hiperfrakcjonowana</p> <p>Dawka radioterapii konwencjonalnej >60 Gy</p> <p>Radioterapia pooperacyjna</p> <p>Brachyterapia</p>	<p>Beaver 2001</p> <p>Schweinfurth 2001</p> <p>Riera 2002</p> <p>Munshi 2003</p> <p>Trotti 2003</p> <p>Beer 2005</p>
<p>Czynniki związane z leczeniem chirurgicznym</p>	<p>Resekcja dna jamy ustnej, częściowa lub totalna glossektomia</p> <p>Pharyngektomia laryngopharyngektomia</p> <p>Rekonstrukcje z udziałem płata piersiowego</p> <p>Przetoki wymagające długiego leczenia</p> <p>Laryngektomia, Mandibulektomia</p>	<p>Schweinfurth 2001</p> <p>Bernal-Sprekelson 2004</p>

ŻYWIENIE POZAJELITOWE W NOWOTWORACH NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

- ◉ PN to „ostateczna ostateczność”
- ◉ Staramy się robić wszystko, aby nie doszło do konieczności PN!
- ◉ Wysokie ryzyko **powikłań septycznych** z uwagi na głębokie uszkodzenie odporności komórkowej
- ◉ Często brak możliwości założenia dostępu centralnego (pole napromieniania, odczyn skórny po Rth)
- ◉ Założenie PEG przed leczeniem!
- ◉ Wczesne założenie cienkiego zgłębnika n-ż (4 tydzień), gdy dysfagia jest umiarkowana

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

Organizator: Dział Dietetyki Klinicznej



CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT
IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE



PODSTAWY ŻYWIENIA KLINICZNEGO W ONKOLOGII

SZKOLENIE

Warszawa, Centrum Onkologii, **7-8 grudnia 2018**

Zapraszamy lekarzy różnych specjalności, dietetyków, farmaceutów, pielęgniarki

