



PODSTAWY ŻYWIENIA
KLINICZNEGO W ONKOLOGII

7-8 grudnia 2018

ŻYWIENIE KLINICZNE CHORYCH Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO SPOJRZENIE OKIEM ONKOLOGA

ALEKSANDRA KAPAŁA

CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT

IM. M. SKŁODOWSKIEJ – CURIE W WARSZAWIE

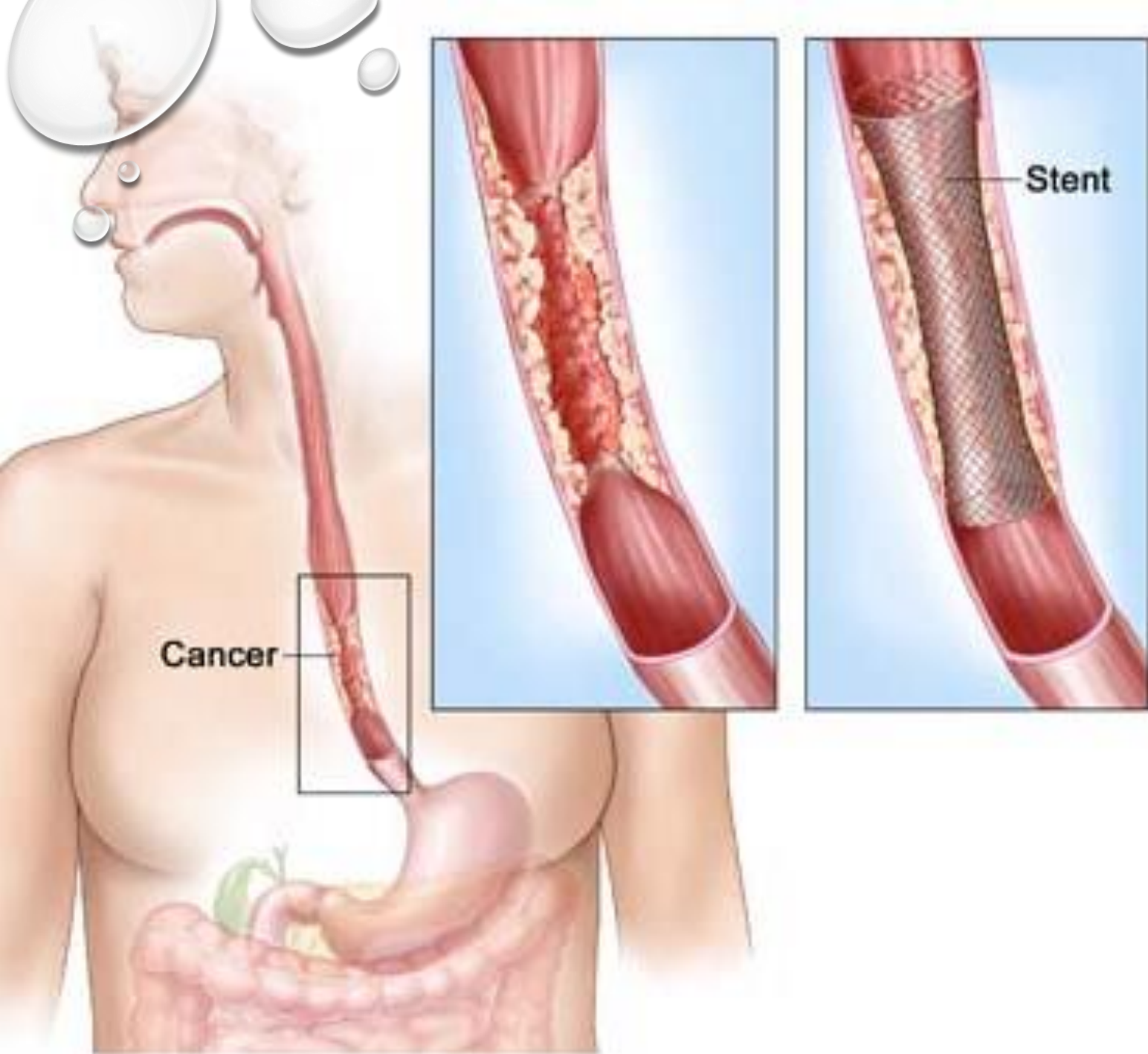
ONS W CHOROBY NOWOTWOROWEJ PP

- 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 ZMIEN 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 PRZĘŁYKU

WYRÓŻNIAMY RAKI GÓRNEJ,
ŚRODKOWEJ I
DOLNEJ CZĘŚCI PRZĘŁYKU

W ZALEŻNOŚCI OD LOKALIZACJI
– INNE OBJAWY I INNE LECZENIE

RAK PRZĘŁYKU

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

U chorych napromienianych dochodzi do rozwoju popromiennego zapalenia przełyku: ból w klp, pieczenie, zgaga, wrażenia przeszkody w przełyku, albo duszność

Zalecenia dietetyczne podobne do zaleceń w nowotworach narządów głowy i szyi

Z uwagi na różny stopień dysfagii, szczególnie w paliatywnej fazie choroby, u chorych ze stentem – różny stopień płynności diety

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
jednoczesne założenie
stentu do dróg
oddechowych



Paliatywna Rth lub
brachyterapia w
przypadku niedrożności
przełyku

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

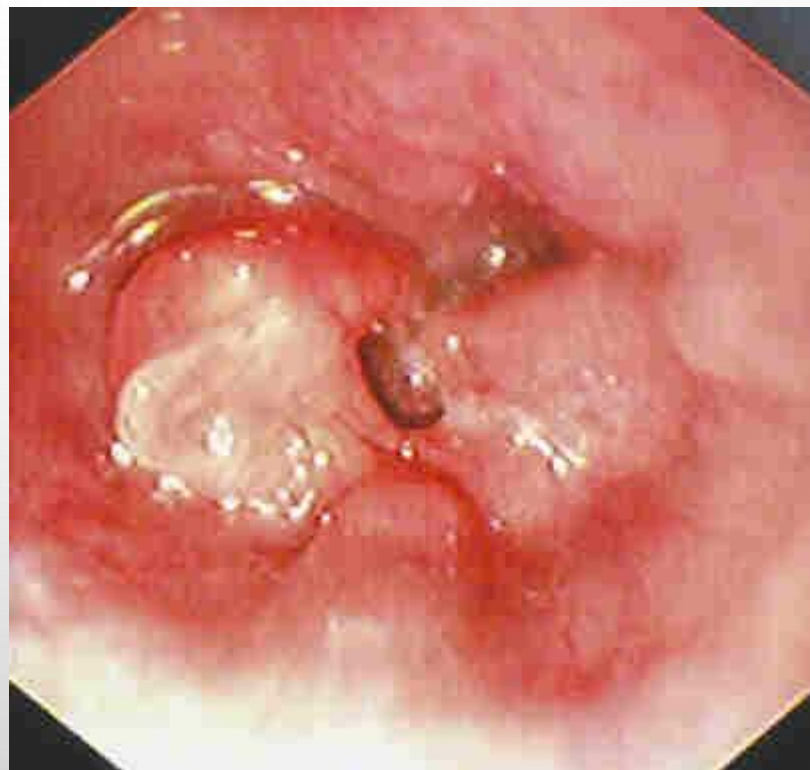
Brak możliwości lub zgody chorego na założenie chirurgicznej jejunostomii lub gastrostomii

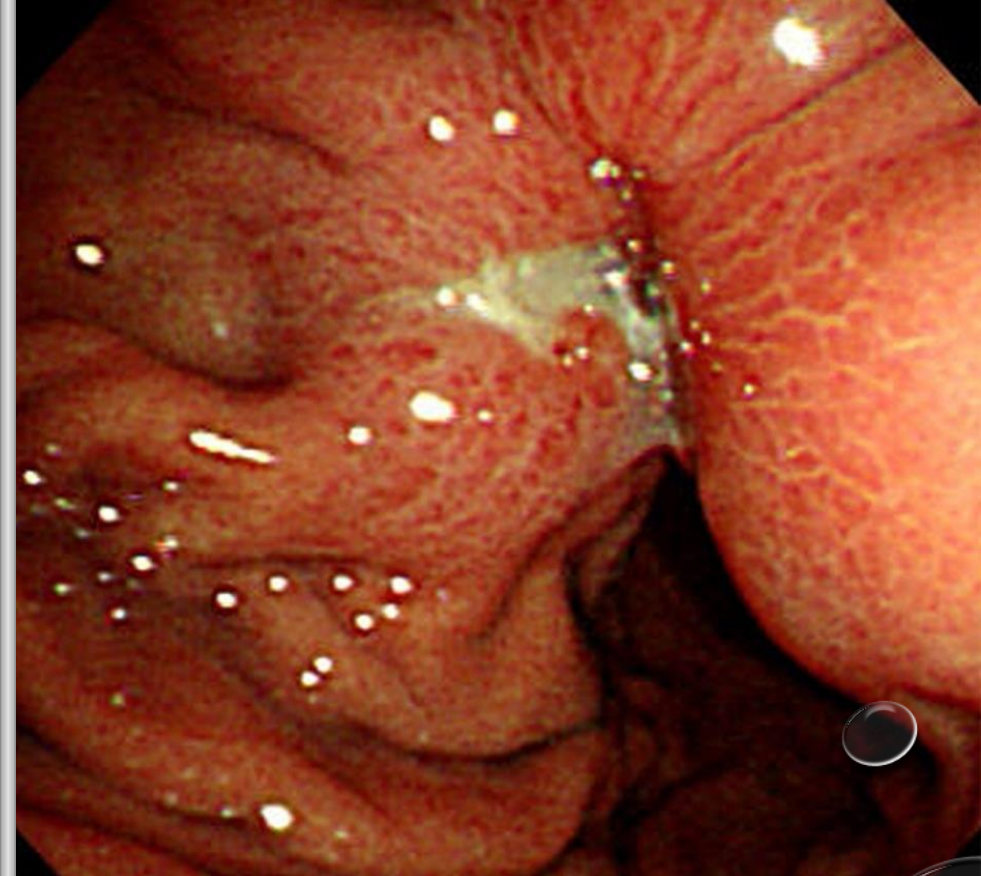
RAK PRZEŁYKU - PUŁAPKI

Uważaj na zakładanie
zgłębników nosowo-
żołądkowych, zakładaj pod
kontrolą endoskopu lub
potwierdź położenie zdjęciem
RTG

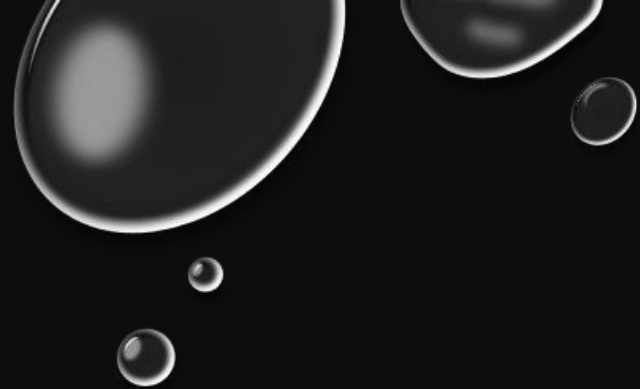
W trakcie Rth-chth pilnie oceniaj
chorego pod kątem wytworzenia
się przetoki przełykowo-
oskrzelowej! (kaszel, gorączka,
duszność, cuchnąca wydzielina z
dróg oddechowych)

STENTY PRZĘŁYKOWE



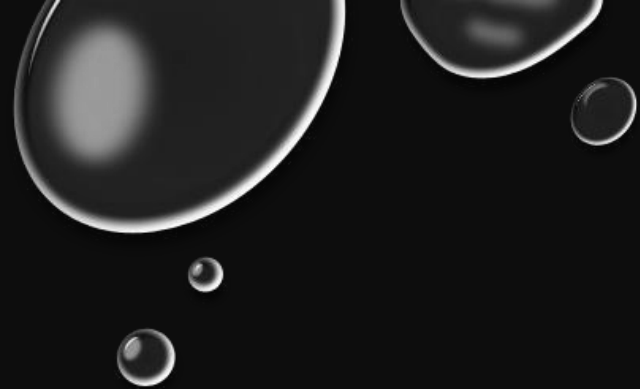


RAK ŻOŁĄDKA



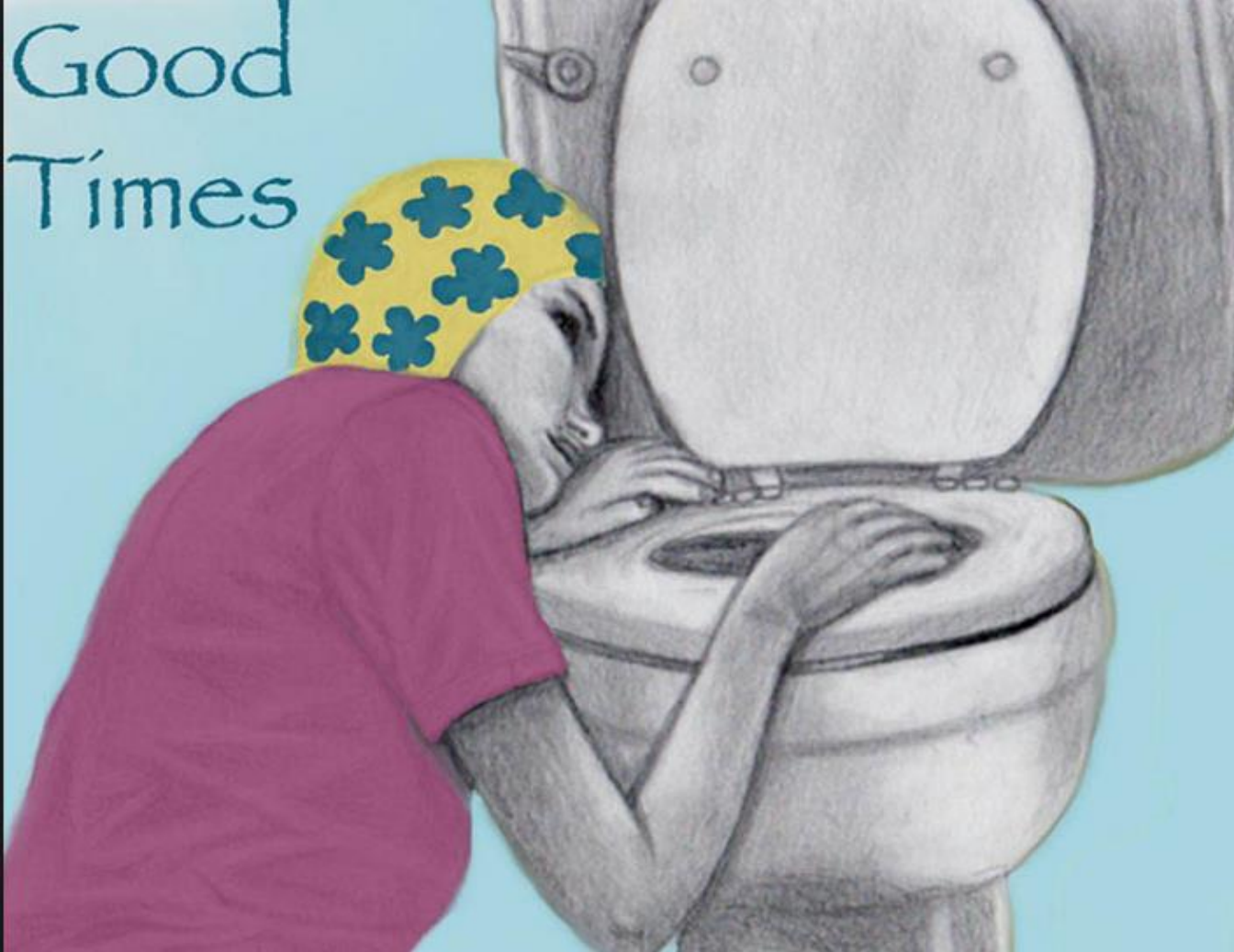
RAK ŻOŁĄDKA

- DIETA MA FUNDAMENTALNE ZNACZENIE – INNE ZALECENIA W TRAKCIE CHTH, INNE PO GASTREKTOMII, INNE W PRZYPADKU RTH
- DOBÓR ONS – WYSOKOBIAŁKOWE BARDZO WSKAZANE, ALE RZADKO TOLEROWANE
- BIEGUNKI
- ZESPÓŁ ZŁEGO WCHŁANIANIA
- DUMPING SYNDROME



RAK ŻOŁĄDKA

- PALIATYWNA FAZA CHOROBY
- UTRZYMANIE DIETY DOUSTNEJ TAK DŁUGO JAK TO MOŻLIWE
I W FORMIE TAKIEJ JAK TO MOŻLIWE
- MOŻLIWE SCENARIUSZE: NIEDROŻNOŚĆ GÓRNEGO
ODCINKA PP LUB NIEDROŻNOŚĆ W MECHANIZMIE
ŚRÓDOTRZEWNOWEGO ROZSIEWU
- SKRAJNA ANOREKSJA
- DRAMATYCZNA KACHEKSJA
- WSKAZANIA DO HPN – STARANIE WYSELEKCJONOWANI
CHOROZY



Jeżeli u pacjentów wystąpią działania toksyczne chemioterapii lub radioterapii ze strony przewodu pokarmowego, wówczas krótkotrwałe PN jest zazwyczaj lepiej tolerowane niż EN z punktu widzenia przywracania czynności jelit i zapobiegania pogarszaniu się stanu odżywienia.

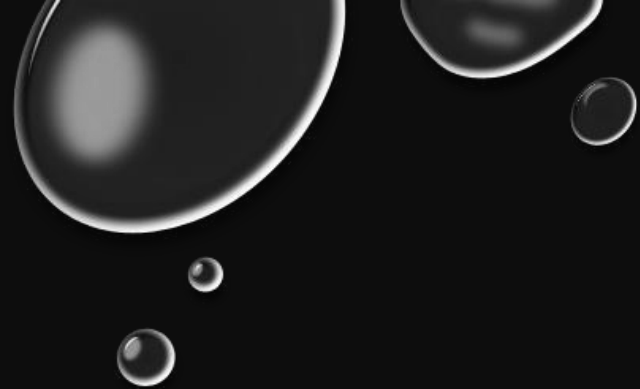
CHEMIOTERAPIA

- **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 KCAŁ 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)

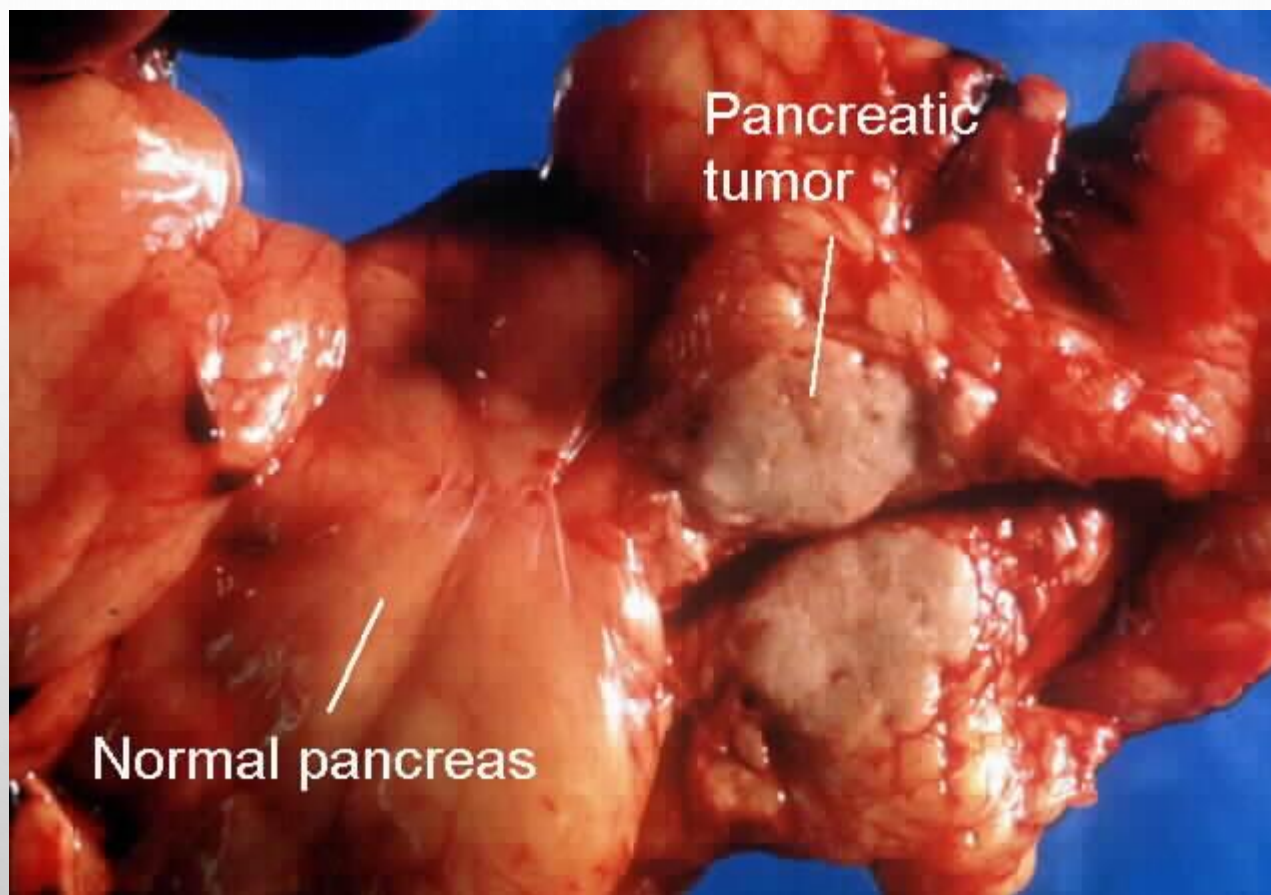
Czas wystąpienia objawów: ostre: dni-tygodnie po Rth, przewlekłe: lata po Rth

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.

RAK TRZUSTKI



RAK TRZUSTKI

- BEZWZGLĘDNA KONIECZNOŚĆ MODYFIKACJI DIETY
 - PACJENCI Z DRAMATYCZNYM JADŁOWSTRĘTEM, JAK I JEDZĄCY ZUPEŁNIE NORMALNIE
 - 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
 - ZAZWYCZAJ BEZ OGRANICZENIA LAKTOZY
-
- WŁAŚCIWE LECZENIE BÓLU !!!
 - PROBIOTYKI ?
 - INSULINY
 - ENZYMY TRZUSTKOWE – OBOWIĄZKOWA SUBSTYTUCJA PO OPERACJI RESEKCJI TOTALNEJ
 - LOPERAMID
 - POSTAĆ ATONICZNA: METOCLOPRAMID



RAK JELITA GRUBEGO

- REDUKCJA MASY CIAŁA, OGRANICZENIE KWASÓW TŁUSZCZOWYCH NASYCONYCH I TRANS W DIECIE
- WYSOKA PODAŻ BŁONNIKA I WAPNIA O ILE TO MOŻLIWE
- PACJENT Z KOLOSTOMIĄ – „MOŻNA JEŚĆ CO SIĘ CHCE” – MIT
- KONIECZNA JEST REGULACJA PASAŻU STOLCA: PRODUKTY ZAPIERAJĄCE I ROZWALNIAJĄCE W ZALEŻNOŚCI OD POTRZEB
- WŁAŚCIWA DIETA TO CZĘŚĆ OPIEKI NAD STOMIĄ!



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

