22 listopada 2022

Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą z zespołem kacheksji nowotworowej

Zespół wyniszczenia nowotworowego (kacheksja nowotworowa), podobnie, a niekiedy nawet częściej jak ból, rysuje typowy obraz choroby nowotworowej. Dotyczy on według różnych źródeł do 70% chorych na nowotwory złośliwe - niekiedy już w momencie stawiania diagnozy.

Objawia się brakiem łaknienia i postępującą utratą masy ciała (spadek masy ciała powyżej 2% w okresie 2 miesięcy lub 5% w okresie 6 miesięcy), której towarzyszy narastające osłabienie i uczucie zmęczenia. Niedożywienie może być następstwem pogorszenia odżywiania się chorego lub wynikać z choroby nowotworowej, w której przebiegu na skutek pobudzenia procesów katabolicznych dochodzi do równoległej utraty tkanki tłuszczowej i masy mięśniowej. W wielu przypadkach na zespół wyniszczenia nakładają się skutki uboczne leczenia, które dodatkowo osłabiając pacjenta stanowią przyczynę pogłębiania się niedożywienia. Częstość występowania wyniszczenia nowotworowego nie zależy od typu histologicznego nowotworu, istnieje jednak wyraźna korelacja pomiędzy występowaniem objawów wyniszczenia a umiejscowieniem nowotworu. Najwcześniej objawy wyniszczenia zauważalne są u chorych na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego, na drugim biegunie widzimy chorych na nowotwory piersi, mięsaki czy chłoniaki nieziarnicze, którzy rozpoczynają leczenie będąc klinicznie w dobrym stanie. Wyniszczenie nowotworowe jest złym czynnikiem rokowniczym: wpływa niekorzystnie na stan pacjenta, nie tylko fizyczny (niedokrwistość, zmniejszona odporność, zaburzenia czynności narządów wewnętrznych), ale i psychiczny, ogranicza efektywność leczenia przeciwnowotworowego, a co również istotne - pogarsza jakość i komfort życia chorego oraz skraca czas przeżycia.

Opiekunie, pamiętaj! W momencie diagnozy i przygotowywania do leczenia, niezwykle istotny jest tzw. skreening niedożywienia (wczesne wykrywanie i zapobieganie cechom niedożywienia). Jego celem jest identyfikacja chorych niedożywionych, określenie zaawansowania niedożywienia, wdrożenie w przypadku stwierdzenia rażących niedoborów leczenia żywieniowego i monitorowanie skuteczności podjętych działań. Przy każdorazowej ocenie stanu odżywienia chorego niezwykle istotny jest wywiad dotyczący ostatnich miesięcy, postęp utraty masy ciała i inne związane z tym objawy: ogólne osłabienie organizmu, zaburzenia hormonalne, metaboliczne, odpornościowe. Poza tym dokonuje się pomiarów antropometrycznych: wagi ciała i wzrostu (BMI), obwodu ramienia, ocenę morfologii i składu biochemicznego krwi (albumina, białko całkowite, transferryna, białko ostrej fazy [CRP – C-Reactive Protein], limfocyty, bilans azotowy), badanie moczu, ocenę aktualnego zapotrzebowania energetycznego i pokarmowego chorego. Należy przy tym pamiętać, że nawet

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

pacjent z nadwagą może cierpieć z powodu niedożywienia a w ostatnim okresie poprzedzającym wizytę żyć na ujemnym bilansie kalorycznym (niejednokrotnie w fazie katabolicznej). Po wdrożeniu leczenia monitorujemy uboczne efekty leczenia onkologicznego i ich nasilenie, gdyż powodem rozwoju wyniszczenia jest nie tylko sama choroba nowotworowa, ale i konsekwencje leczenia przeciwnowotworowego. Jako że stan ogólny chorego bywa przyczyną dyskwalifikacji z leczenia onkologicznego, niejednokrotnie włączamy leczenie żywieniowe jako pierwszy krok poprzedzający wdrożenie leczenia. Takie działanie pozwala odbudować zapasy energetyczne organizmu, utrzymać optymalną masę ciała i zapobiegać ponownej jej utracie, zapewnić przewagę anabolizmu nad katabolizmem i wspomóc zachowanie odpowiedniej gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz odbudować barierę odpornościową ustroju.

Leczenie żywieniowe włączane jest standardowo w momencie stwierdzenia cech niedożywienia (utrata wagi o ponad 10% w ostatnich 3 miesiącach, poziom białka lub albumin poniżej zakresu normy). Preferowane jest, jeśli tylko to możliwe żywienie enteralne (dojelitowe) - jako najbardziej fizjologiczna droga podaży pokarmów. Do diety standardowej powinny być włączane suplementy pokarmowe, uzupełniające dietę standardową w brakujące składniki - białka, mikroelementy, witaminy. Aby pobudzić apetyt chorego, należy dbać o smak i atrakcyjność spożywanych pokarmów, tolerować preferencje chorego i usunąć odwracalne przyczyny braku apetytu. Należy pamiętać, że dobowe zapotrzebowanie energetyczne organizmu wyniszczonego jest zdecydowanie większe niż zdrowego. **Żywienie pozajelitowe** należy stosować u tych chorych, u których drogą doustną zapotrzebowanie kaloryczne nie może być zaspokojone. Pacjenci, u których istnieją ewidentne wskazania do żywienia pozajelitowego to ci z całkowitą niedrożnością przewodu pokarmowego, u których przewidziane jest leczenie operacyjne. O wdrożeniu farmakologicznego leczenia niedożywienia można myśleć odpowiednio wcześnie, zanim utrata masy ciała będzie znaczna.

Leki stymulujące apetyt – hormonalne, jak np. octan megestrolu, powoduje wzrost apetytu i przyrost masy ciała (tkanka tłuszczowa, tkanka mięśniowa) u większości pacjentów. Pierwsze efekty pojawiają się po około 2 tygodniach systematycznego stosowania leku. Deksametazon - zalecany do krótkiego (gdyż przy dłuższym trzeba się liczyć z wystąpieniem objawów ubocznych) stosowania, stymuluje apetyt i jednocześnie zmniejsza nudności.

Leki usprawniające perystaltykę przewodu pokarmowego: Metoclopramid, Dronabinol, Cyproheptadyna - działają przeciwwymiotnie, poprawiają apetyt i samopoczucie pacjentów.

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Źródło zdjęcia: https://www.canva.com/photos/

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT