

Poročilo o strokovnem srečanju

Cancer-Induced Weight Loss Summit, Malta

Nada Kozjek Rotovnik

Veliko rakastih bolnikov ima v času bolezni in njenega zdravljenja probleme s telesno težo. Ker so rakasta obolenja zelo heterogena skupina bolezni, so tudi pojavne oblike kliničnih simptomov in znakov zelo različne. Tako se pri nekaterih bolnikih pojavijo problemi s telesno težo že na začetku bolezni in pogosto je ravno nepojasnjeno hujšanje povod za obisk pri zdravniku. Pri nekaterih rakastih obolenjih pa pride do izgube telesne teže šele pri napredovali bolezni.

Izguba telesne teže in predvsem funkcionalne, puste telesne mase vodi do kaheksije, ki je velik terapevtski problem, s katerim se srečujemo pri zdravljenju bolnikov z rakasto boleznijo. Beseda kaheksija izvira iz grščine in pomeni splošno slabo stanje bolnika. »Kahektične« bolnike srečujemo tudi v drugih vejah medicine (pljučna, srčna kaheksija ...). Pojavi se pri 80 % bolnikov z rakasto boleznijo, sama kaheksija pa je neposreden vzrok za smrt 20 % rakastih bolnikov. Izguba telesne teže pri bolnikih z rakom, ki vodi do kaheksije, se razlikuje od izgube telesne teže zaradi preprostega stradanja, ki se pojavi na primer pri depresivnih bolnikih ali zdravih ljudeh, ki hujšajo. Vzrok izgube telesne teže je povezan s presnovnimi spremembami, ki se razvijejo v telesu ob razvoju rakastega obolenja in še dodatno zaradi zdravljenja. Vzrok teh presnovnih sprememb je razvoj sistemskega vnetnega odziva, ki skupaj s katabolnimi tumorskimi dejavniki, kot sta PIF (proteolysis-inducing factor) ali LMF (lipid-mobilizing factor), vodijo do globalnih presnovnih sprememb. S preprostim kaloričnim nadomeščanjem telesne teže ravno zaradi presnovnih sprememb izgube ne moremo preprečiti. To stanje patofiziološko opredelimo kot kronično katabolno stanje. Raziskave patofiziologije katabolnih stanj, med katera spada tudi večina kroničnih obolenj, so nakazale nov terapevtski pristop, ki je usmerjen v modulacijo patogenetskih dejavnikov razvoja kaheksije. Veliko obetajo zlasti raziskave modulacije proinflammatoryh citokinov, ki so mediatorji sistemskega vnetnega odziva, in inhibicije tumorskih katabolnih dejavnikov, predvsem PIF.

Ker pa mnogokrat v praksi veliko preveč poenostavljeno gledamo na kaheksijo kot neizogibno spremljevalko kroničnih bolezenskih stanj, zlasti raka, sem se zelo razveselila povabila na posvetovalno konferenco o izgubi telesne teže pri bolnikih, obolelih za rakasto boleznijo.

Konferenca se je imenovala »Cancer-Induced Weight Loss Summit« in je potekala v organizaciji Abbot Laboratories na Malti 27. 2. 2005.

Povabljenih je bilo 27 zdravnikov, predvsem onkologov in dietetikov, ki se ukvarjajo s problemom klinične prehrane in

presnovnih sprememb pri rakasti kaheksiji. Glavna predavateljica in moderatorja konference sta bila prof. Joseph Espot, kirurg z Univerze Illinois v Chicagu, in prof. Attilio Giacosa, gastroenterolog z Nacionalnega inštituta za raziskavo raka v Genovi, Italija.

Dopoldne smo posvetili sedanjim praksam, kako posredovati v primeru izgube telesne teže zaradi rakastega obolenja. Ob tem smo v več delovnih skupinah prediskutirali prakso v posameznih evropskih deželah. Pogovarjali smo se o ukrepih pri izgubi telesne teže pri bolnikih, ki so na specifičnem onkološkem zdravljenju, in še posebej o bolnikih z napredovalo boleznijo, ki so zdravljeni s simptomatskimi paliativnimi ukrepi. Vsaka skupina je na podlagi prakse pripravila model zdravljenja za določenega bolnika in ga predstavila na skupnem sestanku, kjer smo se o vseh ukrepih pogovorili. Ugotovili smo, da je praktična izvedba ukrepov v posameznih državah najbolj odvisna od tega, ali je v državi ali ustanovi organiziran sistem prehranske podpore. V ustanovah, kjer je prehranska podpora del zdravljenja rakastih bolnikov, imajo ti bolniki že v začetni fazi zdravljenja vključene elemente, s katerimi posegajo v razvoj rakaste kaheksije, s čimer se omogoči čim bolj optimalno zdravljenje. Že pri postavitvi diagnoze se izvede prehransko presejanje, prehranski status pa je del kliničnega pregleda. Pri rizičnih bolnikih (podhranjeni, napredovala kaheksija ali predvideno agresivno onkološko zdravljenje) se v obravnavo vključi zdravnik z poglobljenim znanjem katabolnih presnovnih sprememb in klinične prehrane. Nepogrešljiv del terapevtske skupine so klinični dietetiki. V deželah, kjer je vloga prehranske podpore neopredeljena ali v delo terapevtske skupine ni vključen dietetik, se najpogosteje nekritično predpisujejo spodbujevalci teka. Največji problem tega predpisovanja je, da marsikje ta ukrep nadomešča ukrepe osnovne prehranske podpore rakastega bolnika in uporabo farmakonutricije kot antikahetničnega ukrepa. Glavni problem spodbujevalcev teka je, da ne vplivajo na patogene mehanizme rakaste kaheksije, ampak jih, nasprotno, delno še poslabšajo. Zlasti so problematični progestageni, ki dodatno povečujejo prostornino ekstracelularne vode in učinkujejo lipogenetično, ne pripomorejo pa k preprečevanju izgube puste telesne mase, kar je glavni terapevtski problem pri kaheksiji. Pridobljena telesna teža na račun maščevja in vode ne poveča kakovosti življenja bolnikov z rakom, še več, pri teh bolnikih je povečana možnost razvoja edemov in nastanka tromboz.

Problem predpisovanja stimulansov kot poglavitnega terapevtskega »prehranbenega« ukrepa je zelo izražen na

Hrvaškem, tudi pri nas v Sloveniji stanje ni bistveno boljše, v večini evropskih držav pa so to prakso že opustili; le v nekaj državah jih predpisujejo izjemoma, ko vsi drugi ukrepi klinične prehranske podpore odpovedo. Prof. Espet ga ne predpiše nikoli, ker meni, da je potencialno preveč škodljiv, čeprav zdravi tudi bolnike z rakom trebušne slinavke, pri katerih so fenomeni rakaste kaheksije, zlasti izguba telesne teže, najbolj izraženi. Prof. Giacosa ga predpiše izjemoma.

Pri obravnavi prehranskega zdravljenja rakaste kaheksije je bilo še posebno poudarjeno, da je bolnikova telesna dejavnost v nekaterih bolnicah integralni del antikatabolnega zdravljenja (Španija, Onkološki del univerzitetne bolnišnice Santander).

V nadaljevanju srečanja smo poglobljeno obravnavali problematiko izgube telesne teže pri bolniku z rakasto boleznijo. Posebno zanimivo je bilo osrednje predavanje prof. Espata, ali lahko spremenimo potek razvoja rakaste kaheksije in preprečimo izgubo telesne teže. To področje je izjemno pomembno, ker vemo, da izguba telesne teže pri bolnikih z rakom negativno vpliva na izid zdravljenja, slabši je odziv na specifično zdravljenje in njegova toleranca, slabše je preživetje bolnikov in njihova kakovost življenja. Ugotovili so, da je izguba telesne teže neodvisen napovedni dejavnik prognoze in preživetja. Pri bolnikih, pri katerih so s specializiranimi prehranskimi ukrepi dosegli stabilizacijo telesne teže, se je preživetje izboljšalo. Prof. Espat se že več kot dvajset let ukvarja z raziskavami povezave nenasičenih maščobnih kislin omega-3 in razvojem kroničnega vnetja, ki spremlja rakasto kaheksijo. Na kulturah rakastih celic trebušne slinavke je njegova raziskovalna skupina prikazala, da nenasičene maščobne kisline omega-3 iz ribjega olja zmanjšajo aktivacijo nuklearnega dejavnika kapa, ki sodeluje pri nastanku vnetja. Ta mehanizem je zlasti pomemben pri bolnikih, ki so zdravljeni s kemoterapijo, ker povečuje njeno učinkovitost. Prav tako ribje olje zaradi protivnetnega učinka zmanjšuje stranske učinke kemoterapije. Zlasti pomembna komponenta ribjega olja je maščobna kislina EPA-eikozapentoična omega-3, ki ima poleg neposrednega protivnetnega tudi inhibični učinek na tumorski faktor PIF. Ta neposredno povečuje proteolizo pri bolnikih z nekaterimi solidnimi tumorji, kot so tumorji trebušne slinavke, prebavil in pljuč (diagram 1). Z inhibicijo PIF ob ustrezni prehranski podpori je pri teh bolnikih mogoče doseči stabilizacijo puste telesne mase.

Prof. Giacosa je v začetku popoldanskega dela povzel za klinično delo pomembne cilje prehranske podpore in prehranskih intervencij. Ker je eden izmed ključnih problemov pri obravnavi problema izgube telesne teže pri bolnikih z rakom slabo znanje o presnovnih spremembah rakaste kaheksije in stresnega stradanja je izjemno pomembno izobraževanje na tem področju. Le tako bo mogoča učinkovitejša uporaba hranil pri zdravljenju rakaste kaheksije. Njegovo predavanje je bilo izhodišče za oblikovanje skupnega stališča sodelujočih o izgubi telesne

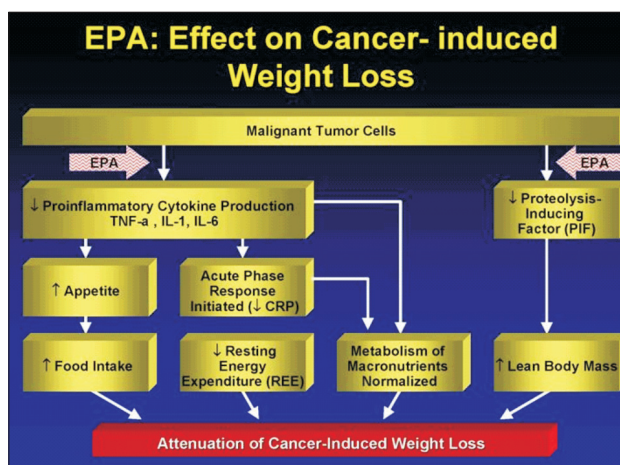


Diagram 1. Učinek EPA –nenasičene MK omega-3 na zmanjšanje presnovnih sprememb, povzročenih s tumorjem in njegovim zdravljenjem.

teže, povzročene z rakom. Po več urah precej burne razprave smo oblikovali naslednji dogovor:

1. Pri bolniku z rakom je potrebna zgodnja (ob diagnozi in pred začetkom specifičnega zdravljenja) in redna obravnava prehranskega stanja (telesna teža, če je mogoče, meritev sestave telesa, moč stiska roke, CRP). Če je bolnik izgubil več kot 5 % telesne teže, je treba takoj začeti specializirano prehransko intervencijo.
2. Izguba telesne teže zaradi rakastega obolenja je kompleksen vnetni sindrom, ki ga spremljajo presnovne spremembe in anoreksija, kar vpliva na kakovost bolnikovega življenja.
3. Posledice izgube telesne teže zaradi rakastega obolenja so zmanjšan terapevtski učinek specifičnega zdravljenja, povečani stranski učinki in zapleti zdravljenja, kar lahko negativno vpliva na preživetje bolnika z rakasto boleznijo.
4. Samo kalorično nadomeščanje ne prepreči izgube telesne teže zaradi rakaste bolezni.
5. Beljakovinski in energetski dodatek z minimalnim odmerkom 2g EPA/dan je pozitivno povezan s povečanjem puste telesne mase, telesno sposobnostjo in izboljšano kakovostjo življenja bolnikov z rakom.

Upam, da bomo tudi v Sloveniji nekega dne sposobni slediti tem smernicam in bodo postala načela klinične prehrane integralno vpletena v zdravljenje bolnikov s kroničnimi boleznimi. Vsem, ki jih klinična prehrana zanima in si bi želeli z njo pomagati pri zdravljenju svojih bolnikov, pa svetujem, da si takoj v svoj koledarček vpišete datum 11.–12. 11. 2005. Takrat bo v Mariboru 1. slovenski kongres klinične prehrane in presnove; eden izmed vabljenih predavateljev je tudi v tem prispevku omenjeni prof. Espat, ki bo predaval o mehanizmih kaheksije in možnih terapevtskih intervencijah.

