

# PREHRANSKA PODPORA BOLNIC Z GINEKOLOŠKIM RAKOM

## Nutritional support of patients with gynaecological cancer

Laura Petrica, dipl. m. s.,

Onkološki inštitut Ljubljana, Enota za klinično prehrano

lpetrica@onko-i.si

### IZVLEČEK

Področje prehranske podpore v ginekološki onkologiji je bolj slabo raziskano, zato podatke povzemajo iz drugih področij. Ocenjujejo, da je pri 20 % bolnic že ob postavitvi diagnoze prisotna blaga podhranjenost, kateri so med ginekološkimi raki najbolj izpostavljene bolnice z rakom jajčnika. Med rakavo boleznijo in njenim napredovanjem večina bolnikov izgubi telesno maso. Vzrokov za izgubo je več, nastanejo kot posledica same bolezni ali specifičnega onkološkega zdravljenja. S prehransko obravnavo bolnika z rakom je potrebno pričeti dovolj zgodaj, da preprečimo in/ali zmanjšamo nadaljnjo izgubo telesne mase.

**Ključne besede:** podhranjenost, prehranska obravnava, ginekološka onkologija.

### ABSTRACT

The topic of nutritional support is not well researched in gynaecological oncology. Most of that knowledge comes from other fields. It is estimated that 20 % of gynaecological cancer patients present with at least mild malnutrition. Risk of malnutrition is the greatest in patients with ovarian cancer. As a consequence of cancer disease and its progress, most patients lose body mass. There are several causes of loss, arising as a result of the

disease itself or specific anticancer treatment. The nutritional support of cancer patients should be started early enough to prevent and/or reduce further body mass loss.

**Key words:** malnutrition, nutrition treatments, gynaecological oncology.

## UVOD

Prehranska podpora bolnic z ginekološkimi raki igra pomembno vlogo pri medicinski obravnavi od same postavitve diagnoze naprej. Čeprav je področje prehrane v ginekološki onkologiji bolj slabo raziskano in podatke povzemajo iz drugih področij, ocenjujejo, da je pri 20 % bolnic že ob postavitvi diagnoze prisotna blaga podhranjenost. Podhranjenosti so med ginekološkimi raki s 67 % najbolj izpostavljene bolnice z napredovalim rakom jajčnika (Cantrell, et al., 2015; Laky, et al., 2007). Prevalenca podhranjenosti je odvisna od tipa tumorja, njegove lokacije, razširjenosti, starosti bolnice ter vrste terapije. Splošna pojavnost podhranjenosti med bolniki z rakom je 40–80 %, njene posledice pa so povečano tveganje za nastanek zapletov, zmanjšan odziv na zdravljenje, slabša kakovost življenja, krajše preživetje in višji stroški zdravljenja (Obermair, et al., 2017).

## Izgubljanje telesne mase

Med rakavo boleznijo in njenim napredovanjem večina bolnikov izgubi telesno maso. Vzrokov za izgubo je več, nastanejo kot posledica same bolezni ali pa specifičnega onkološkega zdravljenja. Velik vpliv imajo tudi socialni faktorji, kot so revščina, socialna izolacija, starost nad 65 let, omejena mobilnost ter zloraba drog in alkohola (Obermair, et al., 2017). Simptomi, ki neposredno vplivajo na zmanjšan vnos hrane, so: anoreksija, slabost, bruhanje, vnetje sluznice, driska, bolečina, depresija, anksioznost, utrujenost, zgodnja sitost, mehanska obstrukcija, malabsorpcija. Izguba telesne mase je pogosto prvi simptom, ki razkrije bolezen, saj so pri bolnikih že pred pričetkom proti-rakavega zdravljenja izražene presnovne in fiziološke spremembe, ki zahtevajo večji vnos makro in mikrohranil.

Kadar je vzrok izgube telesne mase razvoj sindroma kaheksije, je nenamerno hujšanje zaradi spremenjene presnove prisotno tudi ob zadostnem vnosu hrane (De Blaauw, et al., 1997; Obermair, et al., 2017).

### **Prepoznavanje potreb po prehranski podpori**

S prehransko obravnavo bolnika z rakom moramo pričeti dovolj zgodaj, da preprečimo in/ali zmanjšamo nadaljnjo izgubo telesne mase (Arends, et al., 2006). Prvi postopek, s katerim prepoznamo posameznike, ki so podhranjeni ali prehransko ogroženi, je prehransko presejanje. To je hiter in preprost postopek, ki ga lahko izvedemo ob ambulantnem pregledu, ali ob sprejemu bolnika v bolnišnico in ga ponavljamo vsak sedmi dan hospitalizacije (Kondrup, 2003). Evropsko združenje za klinično prehrano (European society for parenteral and enteral nutrition – ESPEN) in Ameriško združenje za parenteralno in enteralno prehrano (American society of parenteral and enteral nutrition – ASPEN) priporočata uporabo presejalnih orodij, ki imajo zadostno občutljivost. Z različnimi parametri, kot so indeks telesne mase (v nadaljevanju ITM), nedavna izguba telesne mase, zmanjšan vnos hrane in resnost bolezni, odkrivajo prehransko ogrožene bolnike in vodijo do ustrezne prehranske ocene ter do načrtovanega prehranskega ukrepanja. ESPEN za hospitalizirane bolnike priporoča vprašalnik Presejanje prehranske ogroženosti 2002 (Nutritional risk screening 2002 – NRS-2002), medtem ko ASPEN specifično za onkološke bolnike predlaga orodje Celovita subjektivna globalna ocena (Patient generated subjective global assessment – PG-SGA). V novejših ESPEN smernicah za prehransko podporo je tudi priporočilo, da strokovnjak že ob postavitvi diagnoze bolniku izvede oceno energijskega in hranilnega vnosa, oceni spremembe v telesni masi, izračuna ITM, ter te kazalnike spremlja tekom zdravljenja (Arends, et al., 2017). Prehransko svetovanje je opredeljeno kot metoda, ki ima pomemben vpliv na stabilizacijo telesne mase in kvaliteto življenja (Ravasco, 2015; Arends, et al., 2017).

## **Priporočila za prehransko podporo pri bolnikih z rakom**

S prehransko podporo pričnemo, če podhranjenost že obstaja, ali če se predvideva, da bolnik ne bo sposoben uživati hrane več kot sedem dni. Namen prehranske podpore je preprečiti in zdraviti podhranjenost ter podpreti bolnika med specifičnim onkološkim zdravljenjem. Boljši prehranski status je v študijah povezan z boljšo kvaliteto življenja, izguba telesne mase pa z napredovanjem bolezni in manjšo sposobnostjo samooskrbe (Lis, et al., 2012; Arends, et al., 2017). Priporočila glede energijskih potreb bolnika za ustalitev telesne mase (v nadaljevanju TM) so: pri aktivnih bolnikih 30–35 kcal/kg TM/dan in ležečih bolnikih 20–25 kcal/kg TM/dan. Ocena je manj zanesljiva pri bolnikih z zelo nizko telesno maso in debelih bolnikih (ITM > 30), pri katerih računamo porabo glede na idealno telesno maso + 25 %. Potrebe po beljakovinah se gibljejo med 1,2–2 g beljakovin/kg TM/dan (Nitenberg, et al., 2000; Arends, et al., 2017).

V kolikor predvidevamo, da bolnik ne bo sposoben vnesti zadostne količine hrane (< 60 % pričakovane porabe energije) več kot deset dni, je potrebno uvesti enteralno prehrano, s katero nadomestimo razliko med dejanskim vnosom in izmerjenimi potrebami. Več študij je potrdilo, da prehranski ukrep pri bolnikih z rakom lahko zmanjša ali celo prepreči izgubo telesne mase kljub presnovnim spremembam, ki spremljajo kronično vnetje (Fearon, 2003; Arends, et al., 2017).

Če je le mogoče, izberemo način prehranjevanja prek prebavil. Uporabljamo osnovno in prilagojeno normalno prehrano, ki jo dopolnimo z enteralno, glede na bolnikove potrebe. Priporočljiv je tudi dodatek eikozapentaenojske kisline (EPA) v terapevtskem odmerku 1,4–2g, ki izboljša zdravljenje in je pomembna sestavina prehranske intervencije pri bolnikih z rakasto kaheksijo, saj znižuje vnetni odgovor. Pri bolnikih, kjer je vnos hrane zadosten, rutinska uporaba enteralne prehrane ni priporočena. Kombinacijo s parenteralno prehrano uporabimo, kadar je indicirana prehranska podpora in bolnik ne zmore zaužiti vsaj 60 % dnevnih potreb po enteralni poti (Elia, 2006).

## **Posebnosti prehranske podpore bolnic z ginekološkimi raki**

Podhranjenost lahko pomembno vpliva na klinične odločitve glede onkološkega zdravljenja in vrste prehranske podpore bolnic.

Pri bolnicah, ki imajo v postopku diagnosticiranja ginekološkega raka povišano telesno maso, je propad funkcionalne mase lahko prikrit. ITM in telesna masa še vedno ostajata nad normalnimi vrednostmi, delež maščobne mase se lahko spremeni ali ne, bolnice pa izgubljajo funkcionalno maso. Tudi naraščajoči ascites in edemi lahko prikrijejo izgubo telesne mase, z napredovanjem vodijo celo v naraščanje le-te (Laky, et al., 2007).

Med ginekološkimi raki posebno skupino predstavljajo bolnice z rakom endometrija, ki so v večini primerov prekomerno hranjene. Naraščanje telesne mase v odrasli dobi predstavlja faktor tveganja za razvoj endometrijskega raka. V študijah je bilo ugotovljeno, da porast telesne mase za 5 kg poveča tveganje za nastanek endometrijskega raka za 39 % pri bolnicah, ki niso uporabljale hormonske terapije, in za 9 % pri tistih bolnicah, ki so jo (Cantrell, et al., 2015). Zmanjševanje telesne mase pri teh bolnicah je smiselno po zaključenem onkološkem zdravljenju, po obdobju okrevanja (vsaj 6 mesecev po zaključenem zdravljenju). Priporočljiva izguba telesne mase je vsaj 5 % za znižanje tveganja ponovitve endometrijskega raka in preventive drugih kroničnih obolenj, kot so osteoporoza, diabetes in srčno-žilna obolenja (Cantrell, et al., 2015). ESPEN smernice za zdravljenje rakave bolnike poleg priporočil za vzdrževanje zdrave telesne mase (ITM 18,5–25 kg/m<sup>2</sup>) priporočajo aktiven življenjski slog. Fizična aktivnost naj traja vsaj 40–60 minut, petkrat tedensko, vključuje pa naj tako vzdržljivostno vadbo kot vaje za moč (Arends, et al., 2017).

Ena od pogostih komplikacij, ki predstavlja velik klinični problem pri bolnicah z napredovalim ginekološkim rakom, je maligna obstrukcija črevesja. Povezujejo jo z dolgotrajnimi simptomi, kot so nezmožnost uživanja hrane preko ust, slabost, bruhanje, bolečine v trebuhu in napihnjenost. Vzroki za maligno obstrukcijo so lahko zunanji pritisk ali funkcionalna zapora gastrointestinalnega trakta zaradi karcinomatose ali tumorske infiltracije. V manjšem številu primerov je vzrok lahko

tudi nemaligne narave, kot so adheziolize po operativnih posegih, intraperitonealna kemoterapija, radiacijski enteritis ali opioidi. Posledice maligne obstrukcije so edem črevesja, razširjene črevesne vijuge z zadrževanjem vode in plinov ter posledično povišanje pritiska znotraj lumna. Jasnih priporočil glede uporabe popolne parenteralne prehrane pri bolnicah z napredovalo maligno obstrukcijo ni. ESPEN in ASPEN priporočata tehten razmislek, upoštevajoč vpliv na kakovost življenja bolnice in možne komplikacije (Lee, et al., 2018).

## **DISKUSIJA**

Na področju prehranske obravnave bolnic z ginekološkim rakom ni narejenih veliko raziskav, rezultati obstoječih pa kažejo na potrebo po natančnejši opredelitvi rezultatov glede na vrsto in stadij ginekoloških rakov (Obermair, et al., 2017). Lis in sodelavci (2012) so pri analizi 26-ih študij, v katerih so primerjali prehranski status s kakovostjo življenja pri heterogeni skupini bolnikov z rakom, ugotovili, da je v 24-ih študijah potrjena povezava med boljším prehranskim statusom in višjo kakovostjo življenja. V eni izmed študij je bila povezava potrjena le pri visoko rizičnih bolnikih, v eni pa te povezave niso našli. V večini pregledanih študij v tej analizi je bila kot kazalec za oceno prehranskega statusa uporabljena neželjena izguba telesne mase. Rezultati kažejo, da je izguba telesne mase dober napovedni faktor kvalitete življenja, saj je to pogosta značilnost napredovalega raka, ki bolnika vodi v odvisnost od pomoči drugih. Pri bolniku lahko že 5 % izguba telesne mase pomembno spremeni imunski odgovor in zniža funkcijske teste srca in pljuč. 20 % izguba pa pomembno korelira s prekinitvijo protirakave terapije, infekti, zgodnjo smrtnostjo, večjim številom ponovnih hospitalizacij in zapletov tudi po zaključku zdravljenja (Lis, et al., 2012).

Medicinske sestre imajo pri multidisciplinarni prehranski obravnavi bolnikov ključno vlogo z zgodnjim odkrivanjem prehransko ogroženih bolnikov. Pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege posebno pozornost namenjajo aktivnosti prehranjevanja in pitja ter z zdravstveno vzgojnim delovanjem izboljšujejo bolnikovo znanje o ustrezni prehrani med

onkološko boleznijo in zdravljenjem.

## ZAKLJUČEK

Visok odstotek bolnic, ki se zdravijo za ginekološkimi raki, ima dobro 5-letno preživetje. Prehranska obravnava teh bolnic se osredotoča tako na aktualne prehranske probleme med zdravljenjem kot na težave, ki so posledica terapij in imajo velik vpliv na kakovost okrevanja in življenja v prihodnosti (Cantrell, et al., 2015).

## LITERATURA

Arends, J., Bodoky, G., Bozzetti, F., Fearon, K., Muscaritoli, M., Selga, G., 2006. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology, *Clinical Nutrition*, 25(2), pp. 245–259.

Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., et al., 2017. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, *Clinical Nutrition* 36(1), pp. 11–48.

Cantrell, L.A., Saks, E., Grajales, V., Duska, L., 2015. Nutrition in Gynecologic Cancer. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 4, pp. 265–271.

De Blaauw, I., Deutz, N.E.P., Von Meyenfeldt, M.F., 1997. Metabolic changes in cancer cachexia - first of two parts. *Clinical Nutrition*, 16(4), pp. 169–176.

Elia, M., Van Bokhorst-de van der Schueren, M.A., Garvey, J., Goedhart, A., Lundholm, K., Nitenberg, G., et al., 2006. Enteral (oral or tube administration) nutritional support and eicosapentaenoic acid in patients with cancer: a systematic review. *International Journal of Oncology*, 28(1), pp. 5–23.

Fearon, K.C., Von Meyenfeldt, M.F., Moses, A.G., Van Geenen, R., Roy, A., Gouma, D.J., et al., 2003. Effect of a protein and energy dense N-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomised double blind trial. *Gut*, 52(10), pp. 1479–1486.

Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B., Plauth, M., 2003. Education and Clinical Committee, 2003. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), pp. 415–421.

Lee, Y.C., Jivray, N., OBrien, C., Chawla, T., Shlomovitz, E., Buchanan, S., et al., 2018. Malignant Bowel Obstruction in Advanced Gynecologic Cancers: An Updated Review from a Multidisciplinary Perspective. *Obstetrics and Gynecology International*. Available at:<https://www.hidawi.com/journals/ogi/2018/1867238>. Dostop: [05. 07. 2018].

Lis, C.G., Gupta, D., Lammersfeld, C.A., Markman, M., Vashi, P.G., 2012. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer – a systematic review of the epidemiological literature. *Nutrition Journal*, 24, pp. 11–27.

Laky, B., Janda, M., Bauer, J., Vavra, C., Cleghorn, G., Obermair, A., 2007. Malnutrition among gynaecological cancer patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, pp. 642–646.

Nitenberg, G. & Raynard, B., 2000. Nutritional support of the cancer patient: issues and dilemmas. *Critical Reviews in Oncology / Hematology.*, 34(3), pp. 137–168.

Obermair, A., Simunovic, M., Isenring, L., Janda, M., 2017. Nutrition interventions in patients with gynecological cancers requiring surgery. *Gynecologic Oncology*, 145, pp. 192–199.

Ravasco, P., 2015. Nutritional approaches in cancer: Relevance of individualized counseling and supplementation. *Nutrition*, 31, pp. 603–604.