

Zajímavé případy z nutriční péče v onkologii

Pazdrová G.^{1,2}, Maňásek V.^{1,3}, Holečková P.^{1,4}, Šachlová M.^{1,5}, Tomiška M.^{1,6}, Krčmová L.^{1,7}, Beneš P.^{1,8}

¹ Pracovní skupina nutriční péče v onkologii

² Onkologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

³ Komplexní onkologické centrum, Nemocnice Nový Jičín, a. s.

⁴ Ústav radiační onkologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

⁵ Gastroenterologické oddělení, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁶ Interní onkologická a hematologická klinika LF MU a FN Brno

⁷ Úsek léčebné výživy, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁸ Interní oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha

Kazuistika č. 4

Dvaapadesátiletý diabetik, na dietě bez jiných komorbidit jedl již tři měsíce jen kašovitou stravu pro nauzeu a zvracení po jídle, když konečně navštívil praktického lékaře. V tu dobu již ztratil 19 kg ze svých obvyklých 85–90 kg. Po sérii vyšetření byl diagnostikován adenokarcinom distálního jícnu stadia T3N0M0 a nabídnut k radikální resekci tumoru. Vzhledem k lokální pokročilosti byla indikována perioperační chemoterapie ve třech cyklech předoperačních a následně třech cyklech pooperačních – adjuvantních, vždy v kombinaci epirubicin + cisplatin + kapecitabin. Před zahájením léčby byl sice nemocný odeslán do nutriční ambulance, kde mu při hmotnosti 65 kg doporučili doplňkový sipping, ale z kontroly po dvou týdnech se pacient omluvil pro únavu po chemoterapii a byl přejednán za čtyři týdny, tedy již po ukončení předoperační chemoterapie. Asi 10 dnů po aplikaci 3. cyklu chemoterapie (v dokumentaci bez záznamů o vývoji hmotnosti) byl pacient akutně přijat na lůžkové oddělení s hmotností 55 kg (BMI 18,6), neboť při chemoterapii ubyl dalších 11 kg, celkově již 30–35 kg. Při přijetí byl kachektický, dehydratovaný, s mykózou dutiny ústní, perorálně jen na tekutinách.

Byla zavedena nazogastrická sonda a zahájena hyperkalorická výživa, stav se ale zkomplikoval bilaterální bronchopneumonii a pacient byl přeložen na jednotku intenzivní metabolické péče. Po antibiotické léčbě a realimentaci nazo-

jejunální sondou došlo k podstatnému zlepšení stavu, hmotnostnímu přírůstku 6 kg a pacient byl propuštěn do domácího ošetřování. Dle polykacího aktu byla pasáž jícnem zachována. Při následné ambulantní kontrole již v dobrém stavu, hmotnost 65 kg, PS 1, v případě příznivého předoperačního PET/CT trupu již indikován k radikálnímu chirurgickému výkonu.

Nutričně-metabolický pohled

Uvedená kazuistika představuje typickou kombinaci několika nutričních rizik:

1. Nádorové onemocnění samotné.
2. Lokalizace stenozující proximální trávicí trakt.
3. Předoperační chemoterapie následovaná tzv. velkou resekční operací (do této skupiny patří krom resekce jícnu ještě totální laryngektomie, totální gastrektomie, hemihepatektomie, resekce pankreatu a duodena a totální kolektomie).
4. Adjuvantní chemoterapie.

Není reálné, aby tato sekvence neměla bez podpůrné nutriční péče katastrofální metabolický dopad. Jedná se opět jako v minulé kazuistice z větší části o tzv. sekundární podvýživu, kdy postačí zajistit dodání běžných živin do nepoškozené části GIT (sipping, sondová výživa).

Návrh řešení

V uvedeném případě nebyla sice nutriční péče ignorována, ale byla v řadě kroků podceňována:



MUDr. Gabriela Pazdrová

Onkologická klinika 1. LF UK

a VFN v Praze

U nemocnice 2

128 08 Praha 2

e-mail: Gabriela.Pazdrova@vfn.cz

1. Pacient sám reagoval na velké hubnutí první návštěvou praktického lékaře pozdě.
2. Praktický lékař jej nedoporučil paralelně s kauzálním vyšetřováním dočasné nutriční péče.
3. Diagnostika a staging prvotní choroby nebyly provázeny řešením malnutrice.
4. Pacient z prvního kontaktu s nutriční ambulancí zřejmě dostatečně nepochopil, že neřešená progres malnutrice může znamenat ukončení veškeré léčby.
5. Nutriční ambulancí byl náhradní termín návštěvy stanoven bez ohledu na časové souvislosti léčby.
6. V průběhu chemoterapie nebyl monitorován hmotnostní trend.
7. Nevhodná volba jen nazogastrické aplikace enterální výživy mohla být příčinou aspirační pneumonie.

Doporučujeme opětovně Vaší pozornosti

V dané kazuistice by dnes již mohl být pacient (splňující nutriční riziko dle PSNPO – plně čtyři body!) zajištěn doplňkovým sippingem na dobu čtyř týdnů přímo ošetřujícím onkologem.