

Zajímavé případy z nutriční péče v onkologii

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

¹ Pracovní skupina nutriční péče v onkologii

² Gastroenterologické oddělení, Masarykův onkologický ústav, Brno

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

⁴ Interní onkologická a hematologická klinika LF MU a FN Brno

⁵ Ústav radiační onkologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

⁶ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

⁷ Úsek léčebné výživy, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁸ Interní oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha



Kazuistika č. 2

Sedmašedesátiletý dosud zdravý muž byl vyšetřován pro hubnutí a tlaky v epigastriu. Jedl asi polovinu dřívější porce, za tři měsíce zhubl z 67 na 60 kg, cítil se unavený. V důsledku toho celkem očekávaně poklesl BMI na 19,6 kg/m², poklesly i hladiny krevních proteinů. Endoskopicky byl prokázán nízký diferencovaný adenokarcinom žaludku, bez průkazu generalizace a byl indikován k totální gastrektomii. Operaci samotnou absolvoval bez komplikací.

V pooperačním období byl problém s realimentací a posléze došlo k nutnosti resutury dehiscenční rány. Naneštěstí se po reoperaci stav zkomplikoval pneumonií, která ale zareagovala dobře na ATB léčbu a pacient byl propuštěn. Plánovaná adjuvantní chemoterapie byla ovšem odložena s ohledem na hmotnost 55 kg a obtíže s perorálním příjmem stravy po gastrektomii.

Nutričně-metabolický pohled

Ačkoli je příběh vzat z reálné praxe, odporoval použitý postup veškerým platným nutričním doporučením:

1. Pacient splňoval kritéria těžké malnutrice (úbytek váhy nad 10 % v třech měsících, BMI nad 65 let pod 22 kg/m², klinické i laboratorní známky podvýživy, malý perorální příjem). Byl plánován velký resekcí výkon (totální gastrektomie), který nebyl urgentní. Riziko pooperačních infekčních i ranných komplikací bylo tedy vysoké. Pacient měl být připraven alespoň 7denní nutriční přípravou, což bylo možno zajistit ambulantním vysokoproteinovým sippingem.
2. Velká resekce a vysoký stupeň podvýživy splňovaly i kritéria pro použití ambulantního imunonutričního sippingu.
3. Pacient s těžkou podvýživou a totální gastrektomií je plně indikován k pooperačnímu zavedení nazojejunální sondy k pooperační výživě.

Návrh řešení

1. Při indikaci k operaci doporučit sipping 2 balení vysokoproteinového doplňku až do výkonu (cca 2 × 20 g bílkovin a 2 × 300 kcal). Podle ochoty pacienta k vyššímu doplatku doporučit jako lepší alternativu p.o. imunonutrici (2–3 balení/den, 5–7 dní předoperačně).



MUDr. Milana Šachlová, Ph.D., CSc.
Gastroenterologické oddělení
Masarykův onkologický ústav
Žlutý kopec 7
656 53 Brno
e-mail: sachlova@mou.cz

2. Peroperačně zavést tenkou nazojejunální sondu s časnou enterální výživou běžným polymerním preparátem s vlákninou a sondovou doplňkovou výživu ponechat do plného zhojení ran a obnovení plného p.o. příjmu.
3. V situaci, již výše uvedená kazuistika končí, je řešením rovněž endoskopické zavedení tenké nazojejunální sondy a doplňková kontinuální enterální výživa v ambulantním režimu do stavu, který dovolí chemoterapii.

Doporučujeme ke stažení z internetu

ESPEN guidelines pro enterální výživu v chirurgii:
<http://espen.info/documents/ENSurgery.pdf>

Seznam nutričních ambulancí s kontakty: <http://www.skvim.cz/?action=changepage&value=34>

PSNPO při ČOS si dovoluje upozornit onkologickou veřejnost na novou možnost předpisu specifické formy tekuté výživy (sippingu) onkologem od 1. 7. 2013!

Předpis je omezen

- dokumentovaným nutričním rizikem (2–4 body dle dotazníku PSNPO)
- množstvím (600 kcal/den tj. 2, max. 3 ks denně)
- dobou (maximálně na 4 týdny)
- druhem přípravku (imuno-sipping)