

Aktuality v onkologii

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

¹ Pracovní skupina nutriční péče v onkologii

² Ústav radiační onkologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

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

⁴ Gastroenterologické oddělení, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁵ Interní onkologická a hematologická klinika LF MU a FN Brno

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. 3

Padesátiletá žena trpěla již několik měsíců bolestmi v krku, dysfagií a hubnutím, když se konečně rozhodla k lékařskému vyšetření. To trvalo v celé šíři další dva měsíce a na jeho konci stála diagnóza: rozsáhlý dlaždicobuněčný karcinom pravé tonsily s bilaterální krční lymfadenopatií. Po celou dobu potíží polykala nemocná jen tekutiny a kaše v množství odpovídajícím asi čtvrtině běžné porce a ve výsledku zhubla za čtyři měsíce z 63 kg na 48 kg, tj. 24 % své výchozí hmotnosti. S ohledem na věk a nepřítomnost komorbidit by byla indikována konkomitantní chemoradioterapie s kurativním záměrem, ale následná nevyhnutelná mukositida, další zhoršení dysfagie a bolesti by vedly k již neúnosnému prohloubení malnutrice.

Nutričně-metabolický pohled

Je známo, že ztráta hmotnosti nad 5 % během tří měsíců negativně ovlivňuje zdravotní stav a průběh i léčbu chorob, přičemž ztráta nad 30 % hmotnosti již je život ohrožující sama o sobě. Další prohloubení malnutrice při téměř nulovém příjmu spolu s katabolizující chorobou i léčbou by bylo v daném případě


jistě fatální, pokud by vůbec byla léčba dokončena.

Protože jde o kachexii z větší části tzv. sekundární, lze živiny (v adekvátní dávce kalorií a vysoké dávce bílkovin) dodat do nepoškozené části GIT formou perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Tento výkon je dostupný na většině endoskopických pracovišť a vykazuje minimální komplikace.

Tíže podvýživy v zde prezentované kazuistice je natolik velká, že hrozí rozvoj tzv. refeeding syndromu (otoky, křeče a projevy srdečního selhání v důsledku kritického nedostatku fosforu, hořčíku, draslíku a thiaminu v úvodu realimentace).

Návrh řešení

V uvedeném případě pacientku hospitalizovat s cílem krátké parenterální rehydratace a úpravě mineralogramu a následně k zavedení PEG. Ještě na lůžku zahájit enterální výživu do PEG, zahájit nízkou dávkou, použít běžný izokalorický polymerní přípravek s vlákninou, počítat s postupnou adaptací GIT. Suplementovat vitamin B1, kalium, magnezium, fosfát a laboratorně monitorovat po několik dnů. Nemocnou ještě za hospitalizace zkontaktovat s nutriční am-

 **MUDr. Petra Holečková**
Ústav radiační onkologie
Nemocnice Na Bulovce
Budínova 67/2
180 81 Praha
e-mail: petika1@centrum.cz

bulancí podle místa bydliště k předpisu výživy. Až ambulantně dávku výživy zvyšovat podle potřeby a velikosti perorálního příjmu.

U méně vyjádřené podvýživy je elektivní zavedení PEG individuální dohodou lékaře a informovaného pacienta. PEG vždy zajistí lepší váhový trend, ale za cenu určitého omezení v kvalitě života. Období mukositidy lze sice zkusit překlenout sippingem tekutých výživ, ale pozdější zavedení PEG v rozvinuté mukositidě již nemusí být možné.

Doporučujeme ke stažení z internetu

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

Péče o pacienta s PEG:
<http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/4/52.pdf>