

Domácí parenterální výživa v onkologii

Díl 2 – Kdy indikovat domácí paliativní parenterální výživu

Žourek M., Čechurová D., Kovářová K.

Nutriční centrum, I. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Nutriční ambulance I. interní kliniky FN Plzeň poskytuje od roku 1999 péči pacientům celého Západočeského kraje, kteří potřebují enterální nebo parenterální výživu. Za dobu její existence jí prošlo celkem 79 pacientů závislých na domácí parenterální výživě. Na dvou kazuistikách je demonstrována složitost rozhodování o zařazení onkologického pacienta na nutriční podporu.

Je známo, že onkologičtí pacienti trpí nádorovou kachexií, která je charakterizována jako chronická progresivní nedobrovolná ztráta hmotnosti, která ne reaguje na běžnou nutriční podporu. Její příčina je zřejmě multifaktoriální a podílí se na ní aktivace prozánětlivých cytokinů, anorexie (nechutenství), vlastní nádorový růst a metabolické změny. Pokles hmotnosti (většinou > 10 %) závisí na typu nádoru a rozsahu postižení a postihuje 30–80 % pacientů. Řada onkologických pacientů není schopna perorálního příjmu potravy ani enterální výživy a tehdy vyvstává otázka, kdy můžeme pacientům s nevléčitelným onemocněním pomoci domácí parenterální výživou (DPV). Dle ESPEN a ASPEN (Evropská společnost pro parenterální a enterální výživu a Americká společnost pro enterální a parenterální výživu) guidelines z roku 2009 by měla být dlouhodobá DPV nabídnuta pacientům s očekávanou dobou dožití 2–3 měsíce, kde navíc očekáváme, že výživa stabilizuje nebo zlepší stav pacienta a kvalitu života (Karnofského skóre > 50 %), a pacient si přeje tento typ podpory.

Případ 1

V březnu roku 2007 podstoupila tehdy 59letá pacientka hysterektomií s oboustrannou adnexektomií a omentektomií pro serózní adenokarcinom obou ovaríí. V dubnu a červnu téhož roku podstoupila v rámci zvyklé onkologické léčby adjuvantní chemoterapii (Paxene + karbo-

platina) a adjuvantní aktinoterapii břišní dutiny a pánve (celkem 49,6 Gy). Během dalšího půl roku byl její zdravotní stav vcelku stabilizovaný až do jara 2008, kdy se začaly objevovat poruchy pasáže spojené s bolestmi břicha a zvracením. Situace vyvrcholila v květnu 2008 reoperací s dekompresí tenkých kliček a vyvedením axiální sigmoidostomie pro chronický ileus. Na naše pracoviště se pacientka dostala v červnu 2008 ke zvážení nutriční podpory při syndromu krátkého střeva kombinované etiologie (postradiační poškození střeva, chronický subileus). Protože se jednalo o dosud aktivní pacientku se zájmem o svůj další osud a aktivně bojující s nemocí, rozhodli jsme se pro zavedení DPV s ohledem na nemožnost použití trávicího traktu k nutriční podpoře. Pacientce jsme nechali zavést tunelizovaný katetr a edukovali ji a členy rodiny v jeho obsluze a aplikaci nitrožilní výživy. Pro zpočátku vyšší odpady do sigmoidostomie bylo nutné přechodně doplnění denně aplikovaných vaků all-in-one o další infuze k úhradě ztrát tekutin a solutů. Až do podzimu 2009 pacientka na DPV slušně prospívala a zůstávala fyzicky i psychicky velmi aktivní. Stav zkomplikoval nález na PET/CT s průkazem generalizace do uzlin v mediastinu a retroperitoneu s dalšími cykly chemoterapie (11/2009–4/2010 a 1–9/2011). Kromě progresu nádorového postižení se pacientka potýkala i s postupným poklesem diurézy a zhoršováním ledvinových funkcí při mechanickém útlaku ureterů

Tato aktualita byla podpořena firmou Baxter.



MUDr. Michal Žourek, Ph.D.
Nutriční centrum
I. interní klinika LF UK a FN Plzeň
alej Svobody 80
304 60 Plzeň-Lochotín
e-mail: zourek@fnplzen.cz

Obdrženo/Submitted: 27. 2. 2015

v pánvi, což nakonec vedlo až k zavedení punkční nefrostomie v únoru 2013. Přes vše výše uvedené zůstávala pacientka ve slušné fyzické a psychické kondici až do května 2013, kdy se neúspěšně pokusila o sebevraždu směsí několika léků a byla přijata na Onkologické oddělení FN Plzeň. Důvodem byly dle psychiatrického vyšetření čím dál větší potíže s nemocí, zhoršování schopnosti udržet se v čistotě a ztráta zájmu o život. Nepovedená sebevražda zlomila její dosud aktivní boj s nemocí a pacientka zemřela po několika dnech pobytu v nemocnici.



Je potřeba říci, že časový údaj 2–3 měsíců vychází ze studií, ve kterých se doba přežití při úplném hladovění u **zdravých lidí** pohybovala **od 21 do 69 dnů**. Naši pacienti jsou ale odlišní – s **generalizovaným tumorem, s intestinální semi/obstrukcí, s různým stupněm nádorové kachexie**. Prediktory krátkého přežití v retrospektivních a observačních studiích jsou Karnofského skóre < 50 a nízká cholinesteráza, event. trojkombinace parametrů pro predikci přežití ≤ 60 dnů (Karnofského skóre ≤ 40,

nízký albumin a přítomná bolest/ascites/zvracení a nízká cholinesteráza).

Případ 2

V lednu 2010 byla přivezena na ambulanci centrálního příjmu FN Plzeň tehdy 52letá žena pro nepřijímání potravy, tlaky v žaludku a zvracení nahnědlé tekutiny. Anamnesticky prodělala před rokem hysterektomii s oboustrannou adnexektomií, appendektomií a omentektomií pro mucinózní cystický tumor s pooperační chemoterapií. Již tenkrát byl dle PET/CT přítomen meta rozsev po plicích. Vstupně provedený RTG břicha a klinický nálezh svědčil pro ileus tenkých kliček a pacientka byla tedy přijata na Chirurgickou kliniku FN Plzeň. CT břicha prokázalo generalizaci tumoru s ascitem a ileus tenkých kliček. Pacientka proto podstoupila laparotomii, která byla ukončena pouze explorací bez možnosti chirurgické intervence včetně event. založení ileotransverzoanastomózy. Pro přetrvávající ileus s drenáží okolo 1 000 ml denně stagnačního žaludečního obsahu zavedenou derivační

sondou a stále poměrně dobrou kvalitou života včetně zachované samostatné lokomoce bylo přistoupeno k zavedení portha-cathu k zajištění nitrožilní hydratace a výživy a pacientka byla koncem ledna 2010 přeložena na naše oddělení. Během několikadenní hospitalizace byla pacientka i rodina edukovány v obsluze portu a aplikaci domácí parenterální výživy a začátkem února 2010 byla pacientka v celkově uspokojivém stavu propuštěna domů v režimu denní aplikace vaků all-in-one cestou zavedeného portu. Po čtyřech dnech pobytu doma byla pacientka přivezena pro slabost a poruchu vědomí charakteru somnolence až soporu. Během několika dnů stav rychle progredoval a pacientka zemřela pod obrazem generalizace maligního onemocnění s rozvojem multiorgánové dysfunkce.



Případ 1 dokumentoval osud pacientky, které DPV umožnila žít dalších 1 527 dnů relativně kvalitního života, bez závažné

komplikace spojené s centrálním žilním přístupem nebo aplikací parenterální výživy. Oproti tomu případ 2 ukázal pacientku, již DPV rozhodně nebyla ku prospěchu. Od propuštění z nemocnice pacientka žila sedm dnů a z toho byla pouze čtyři dny doma. Obě dvě pacientky přitom splňovaly indikační kritéria dle platných doporučení odborných společností – Karnofského skóre první bylo 100 a druhé 50, obě dvě měly funkční sociální zázemí, byly soběstačné a měly zájem o tuto modalitu léčby.

Z uvedených případů je zřejmé, že neexistuje žádný „magický“ parametr, který by identifikoval tu pravou skupinu pacientů, kteří by plně profitovali z DPV. Proto indikace zahájení paliativní DPV je vždy trochu alchymie založená na aktuálním stavu pacienta, kvalifikovaném odhadu jeho dožití a dobrém „clinical feeling“ indikujícího lékaře s cílem prodloužit přežití pacienta (zřejmě pouze pro limitovanou skupinu pacientů), příznivě ovlivnit kvalitu života, umožnit pobyt v domácím prostředí a hlavně nepoškodit pacienta.