

ZESPÓŁ ANOREKSJA - KACHEKSJA - ASTENIA U CHORYCH NA NOWOTWORY

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Konferencja „Opieka Paliatywna w Polsce 2016”

Warszawa, 7 kwietnia 2016

KACHEKSJA

KAKOS - ZŁA, HEXIS - KONDYCJA

Kryteria diagnostyczne - najczęściej:

Utrata $> 5\%$ masy ciała w czasie 6 miesięcy lub

BMI < 20 i utrata masy ciała $> 2\%$

Definicja kacheksji

Zespół wieloczynnikowy, który charakteryzuje ciągła utrata masy mięśniowej (z lub bez utraty tkanki tłuszczowej), który nie jest w pełni odwracalny poprzez stosowanie wsparcia żywieniowego i prowadzi do postępującego zaburzenia funkcjonowania.

Patofizjologia obejmuje zaburzenie równowagi białkowej i energetycznej wywołanej poprzez zróżnicowane połączenie zmniejszonej ilości przyjmowanego pokarmu i zaburzeń metabolicznych

Epidemiologia kacheksji

- Występuje u ok. 50% chorych na nowotwory
- Częstość występowania wzrasta do 80% chorych w fazie zaawansowanej
- Częściej w nowotworach płuca i układu pokarmowego
- Rzadziej w nowotworach piersi, układu chłonnego i krwiotwórczego

Konsekwencje rozwoju kacheksji

- Kacheksja negatywnie wpływa na jakość życia chorych na nowotwory
 - Mniejsza skuteczność leczenia nowotworu
- Kacheksja istotnie pogarsza rokowanie, przyczyna zgonu u:

30% pacjentów chorych na nowotwory

30-50% z nowotworami przewodu pokarmowego

80% z nowotworami trzustki

Palesty JA, Dig Dis. 2003;21 (3)

OBJAWY

- Brak apetytu (szybkie nasycenie)
- Spadek masy ciała
- Osłabienie mięśniowe
- Spadek odporności
 - Rozwój odleżyn
 - Obrzęki
 - Bładość
- Zmieniony wygląd



↑
GLUKAGON
ADRENALINA
SEROTONINA
KORTYZOL

↓
INSULINA
TESTOSTERON
T₃

- TNF
- IL-1
- IL-6
- INF γ
- LMFs
- PMFs

HORMONY

CYTOKINY

REGULACJA APETYTU

↓
LEPTYNA
MELANOKORTYNA
GLP-1
CRF
CART
NEUROTENSYNA

↑
NPY
GALANINA
ENDOPIOIDY
MCF
OREKSYNA
AGRP
GRELINA

ZABURZENIA
METABOLICZNE

NEUROTRANSMITERY



Beztlenowe spalanie glukozy



Energia dla guza

1cz. glukozy - 38 cz. ATP (*przemiana tlenowa*)

1cz. glukozy - 2 cz. ATP (*przemiana beztlenowa*)

mleczany

z
beztlenowego
spalania
glukozy

aminokwasy

z proteolizy



glicerol
z lipolizy

PRZYCZYNY KACHEKSJI (1)

Zmniejszenie ilości spożywanych pokarmów:

- zaburzenia łykania
- zmiany w odczuwaniu smaku i zapachu potraw
- nudności i wymioty

Zaburzenia związane z obecnością guza:

- ból podczas połykania/zaburzenia połykania
- zaburzenia pasażu żołądkowo-jelitowego
- wczesne uczucie sytości
- zaburzenia wchłaniania

Przyczyny kacheksji (2)

Zaburzenia metaboliczne:

- zmiany w zużyciu energii
- zmiany w metabolizmie białka, lipidów i węglowodanów

Czynniki psychologiczne:

- depresja/lęk
- obniżona zdolność wykonywania codziennych aktywności

FAZY ROZWOJU KACHEKSJI (1)



PREKACHEKSJA:

Utrata masy ciała $< 5\%$

Anoreksja

Zaburzenia metaboliczne

FAZY ROZWOJU KACHEKSJI (2)

- KACHEKSJA:
- Utrata $> 5\%$ masy ciała w czasie 6 miesięcy lub
- BMI < 20 i utrata masy ciała $> 2\%$ lub
- Sarkopenia i utrata masy ciała $> 2\%$.
- Dodatkowo: często zmniejszenie ilości przyjmowanego pokarmu i uogólniony stan zapalny

FAZY ROZWOJU KACHEKSJI (3)

KACHEKSJA OPORNA NA LECZENIE:

Różny stopień rozwoju kacheksji

Choroba nowotworowa w fazie katabolizmu, oporna na leczenie przyczynowe

Zły stan sprawności

Oczekiwany czas przeżycia < 3 miesięcy

SCREENING KACHEKSJI



Utrata masy ciała

BMI lub bezpośredni pomiar tkanki mięśniowej

STAGING KACHEKSJI



- **PREKACHEKSJA**
- **KACHEKSJA**
- **KACHEKSJA OPORNA NA LECZENIE**

OCENA KACHEKSJI

NASILENIE KACHEKSJI

FENOTYP:

- Anoreksja i ilość przyjmowanego pokarmu
- Katabolizm
- Masa i siła mięśniowa
- Wpływ na funkcjonowanie i aspekty psychosocjalne

POSTĘPOWANIE W KACHEKSJI (1)

- PREKACHEKSJA:
- Monitorowanie
- Interwencje prewencyjne

POSTĘPOWANIE W KACHEKSJI (2)

- KACHEKSJA:
- Wielokierunkowe leczenie zgodne z fenotypem – preferowany wpływ na czynniki odwracalne kacheksji

POSTĘPOWANIE W KACHEKSJI (3)

- KACHEKSJA OPORNA NA LECZENIE:
- Leczenie objawów
- Wsparcie psychosocjalne
- Dyskusje etyczne dotyczące wsparcia żywieniowego

POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE (1)

- Ulubione jedzenie
- Unikanie nadmiernych ograniczeń dietetycznych
 - Zgoda aby chory jadł mniej
 - Częste posiłki o małej objętości
- Unikanie zapachu przygotowywania jedzenia

Postępowanie nefarmakologiczne (2)

- Podawanie mniejszej ilości płynów podczas jedzenia
 - Szybkie zaspokojenie życzeń chorych np. przygotowane dania w zamrażalniku (małe porcje)
 - Higiena jamy ustnej (częste płukanie)

*APETYT I MOŻLIWOŚĆ JEDZENIA TO
NAJWAŻNIEJSZE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA
CHORYCH, WAŻNIEJSZE NAWET OD POCZUCIA
SIŁY I ZDOLNOŚCI DO PRACY*

PADILLA, 1986

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

- Octan megestrolu 400-800 mg na dobę w zawieszynie

Powolny efekt terapeutyczny po 6-8 tygodniach

- Poprawa apetytu
- Przyrost masy ciała
- Subiektywne odczucie dobrostanu

MECHANIZM DZIAŁANIA

- Wpływ na neuropeptyd Y

Zahamowanie wytwarzania
i uwalniania cytokin zapalnych

- Aktywność glikokortykosteroidowa

OBJAWY NIEPOŻĄDANE PROGESTAGENÓW

- Ryzyko ŻCHZZ
- Obrzęki
- Krwawienie z dróg rodnych
- Hiperglikemia
- Zahamowanie czynności kory nadnerczy

Octan megestrolu

- Lek należy odstawiać stopniowo
- Przy stanach zapalnych, zabiegach operacyjnych dodatkowo hydrokortyzon

Octan megestrolu

OM poprawia apetyt i powoduje niewielki wzrost masy ciała u chorych na nowotwory, AIDS i z innymi chorobami. Pomimo, iż chorzy otrzymują opiekę paliatywną powinni być informowani o ryzyku leczenia OM

Meta–analiza 35 badań, u 3963 chorych oceniano skuteczność i u 3180 bezpieczeństwo leczenia OM

Ruiz Garcia V. et a. Cochrane Review 2013

KORTYKOSTEROIDY

- Poprawa apetytu, ilości przyjmowanych pokarmów, samopoczucia
- Efekt przeciwbólowy i przeciwwymiotny
- Brak przyrostu masy ciała
- Efekt szybki, ale krótkotrwały (tygodnie)
- **Dexamethason 2 x 2 mg**
- Jeśli brak efektu w ciągu 7 dni, leczenie nie jest kontynuowane

Leki prokinetyczne



- Metoklopramid
- Itopryd
- Prukalopryd
- Lubiproston

Żywnienie drogą doustną

- Zwiększenie częstotliwości przyjmowania pokarmów
- Zwiększenie kaloryczności i zawartości składników odżywczych w pokarmach i napojach
- W medycynie paliatywnej najkorzystniejsze uzupełnianie normalnej diety odżywkami
 - Żywnienie dojelitowe
 - Żywnienie pozajelitowe

Grupa Ekspertów PTMP - kacheksja i żywienie w opiece paliatywnej



- Dr med. Jadwiga Pyszkowska
 - Dr med. Lidia Gorzelińska
 - Dr Agnieszka Janczyszyn
 - Dr Małgorzata Sokalszczuk
- Dr med. Mariola Lembas-Sznabel
 - Dr Przemysław Baranowski
 - Dr Jacek Januszczyk

Dziękuję Państwu za uwagę!