

# Jak přistupovat k nechutenství a výživě u paliativních pacientů?

**Lukáš Pochop**

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Výživa je nedílnou součástí komplexní péče o pacienta. Příjem stravy je spojován s vitalitou a možností pokračovat v onkologické terapii. Je třeba si uvědomit, že s pokročilým onkologickým onemocněním se mění schopnost těla využívat energii. Váhový úbytek a nechutenství může mít různé příčiny. V mnoha případech lze tyto příčiny ovlivnit vhodnou úpravou medikace, ale i dietními opatřeními. Přiměřená edukace pečujících vede k nižšímu naléhání na „zdravou výživu“ a s tímto spojenou snahou o hledání zázračné pilulky. Cílem je správná výživa ve správný čas a s tímto spojený přiměřený komfort paliativních pacientů.

**Klíčová slova:** paliativní péče, nutriční podpora, anorexie, kachexie, sipping, malnutrice.

## How to approach anorexia and nutrition in palliative patients?

Nutrition is an integral part of comprehensive patient care. Diet intake is associated with vitality and the possibility of continuing cancer therapy. It should be noted that with advanced cancer, the body's ability to use energy changes. Weight loss and anorexia can have various causes. In many cases, these causes can be influenced by appropriate medication adjustment as well as by dietary measures. Adequate education of caregivers leads to less urge for "healthy nutrition" and the associated effort to find a miracle pill. The goal is proper nutrition at the right time, thus providing appropriate comfort to palliative patients.

**Key words:** palliative care, nutritional support, anorexia, cachexia, sipping, malnutrition.

## Úvod

Obtíže se stravou a s tím spojený váhový úbytek se mohou vyskytnout v každém stadiu onkologického onemocnění. V případě aktivní onkologické terapie je podvýživa negativní prognostický faktor. Včasná nutriční podpora má za cíl dodržení dávkového intervalu, zvýšení citlivosti nádorových buněk k cytostatické terapii a taktéž snížení nežádoucích účinků protinádorové terapie. Je třeba zohlednit rizika a rozsah malnutrice, ale také stav, resp. pokročilost onemocnění. Na malnutrici a anorexii se podílí mnoho faktorů a je na onkologovi, aby podchytil jednotlivé indicie včas tak, aby mohla být provedena nápravná opatření. Jiná situace nastává, pokud je u pacienta ukončena protinádorová terapie, tedy na tak zvané symptomatické terapii popřípadě v terminální

fázi onkologického onemocnění. U pacientů na symptomatické terapii je třeba velmi pečlivě zohlednit prognózu a tomuto přizpůsobit opatření. V terminální fázi onemocnění se diametrálně mění strategie a je potřeba o tomto komunikovat s pacientem, ale i rodinou.

## Anorexie a kachexie

Nádorová kachexie je syndrom s multifaktoriálním a multiorgánovým rozměrem, který je provázený sníženým příjmem stravy v důsledku nechutenství. Jedná se tedy o komplexní systém, který je provázen zánětlivou reakcí. Řešením tedy není pouhé navýšení kalorického příjmu, nebo jednoduchý terapeutický zásah. Důkazem tohoto je, že 25 až 30 % onkologických pacientů umírá v souvislosti s kachexií, nikoliv na

progresi onkologického onemocnění. U pacientů s nádory jícnu, žaludku či pankreatu dosahuje prevalence kachexie mezi 57 až 85 %. Na anorexii se primárně podílí onkologické onemocnění, ale sekundárně také mukositida, xerostomie, zvracení, zácpa, popřípadě střevní obstrukce.

Hodnota BMI není vždy směrodatná, protože poměr svalové a tukové složky je variabilní. V případě pokročilého onkologického onemocnění často mění hodnotu i retence tekutin. Neměli bychom opomenout ani laboratorní nálezy – zejména albumin, celková bílkovina a CRP jsou pro kontext situace nepostradatelné. Pokud je prognóza na hranici 2 až 3 měsíců měla by být zahájena komplexní intervence. Jednoduchým diagnostickým pravidlem je ztráta 5 % tělesné hmotnosti za 6 měsíců.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Lukáš Pochop, pochop@mou.cz

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec 7, 656 53 Brno

Cit. zkr: Onkologie 2020; 14(Suppl. C): 35–38

Článek přijat redakcí: 5. 1. 2020

Článek přijat k publikaci: 9. 2. 2020

**Tab. 1.** *Vhodná opatření ke zvýšení příjmu potravy*

■	Jíst v malých porcích i 8x za den
■	Odstranit dietní opatření
■	Vyhýbat se teplým, kořeněným a voňavým jídlům
■	Zařadit energeticky vydatná jídla (zakysaná smetana, vejce...)
■	Vhodné je zachování pravidelného pohybu
■	Nenaléhat, nevnucovat, spíše povzbuzovat

## Anorexie a kachexie – terapie

Je třeba přistoupit k problému komplexně tedy využít farmakologické i režimová opatření, tento přístup totiž přináší lepší výsledky. Ve studiích prokázaly efektivitu progestageny a kortikoidy (1), u ostatních léků nejsou výsledky jednoznačné. Je možné použít i lékařské konopí, kdy s tímto jsou spojována velká očekávání ze strany pacientů a příbuzných. Nicméně kvalita jednotlivých studií a metodologický přístup často pokulhává. Z tohoto vyplývá nízká evidence o terapeutické účinnosti.

## Progestagen – megesterol acetat

Kromě nárůstu chuti k jídlu prokázal i zvýšení tukové hmoty, ale nevede k nárůstu svalové hmoty. Počáteční dávka je 160 mg/den s možnou titrací do 800 mg/den. Nicméně běžná dávka se pohybuje do 480 mg za den. Z metaanalýz vyplývá, že efektiva se pohybuje kolem 30% (2). Nevýhodou tabletové formy je variabilní vstřebávání, naopak u suspenze je vstřebávání konstantní. Z komplikací se dá očekávat retence tekutin, dále pak hyperglykemie, adrenální suprese a trombózy a z toho plynoucí plicní embolie. Nejvíce se obáváme tromboembolických příhod, kdy sice je jejich výskyt při terapii megesterolem vyšší, ale zpravidla nedosahuje signifikantního rozdílu (3) – megesterol acetat 8% : nenasycené mastné kyseliny 6%. Předchozí tromboembolická příhoda není absolutní kontraindikací k podávání megesterol acetatu. V takovémto případě by měl být pacient zajištěn antikoagulační terapií. Zvýšení chuti k jídlu by se mělo dostavit do týdne, ale k nárůstu hmotnosti je třeba cca 2 měsíců terapie. Z klinické praxe však je vhodnější využít megesterol acetát u pacientů, kteří jsou v dobrém výkonostním stavu s prognózou přesahující 3 měsíce.

## Kortikosteroid – dexametazon

Kortikosteroidy jsou využívány u pacientů s prognózou do 3 měsíců s tím, že délka terapie by neměla být delší než 8 týdnů. Efektivita tera-

pie se pohybuje kolem 60% s nástupem efektu 3 až 7 dnů (4). Navíc kortikosteroidy se využívají i v léčbě nevolností, zvracení, ale i léčbě bolesti jako ko-analgetika, tímto způsobem je tedy možné zapůsobit na více symptomech naráz. V léčbě nechutenství je zvykle využíván dexametazon v denní dávce 3 až 20 mg denně (5). V úvodu je smysluplné použít 8 mg a po týdnu používání zhodnotit efekt, pakliže je dobrý efekt snížit na 4 mg a po dalším týdnu opět snížit na 2 mg, popřípadě zcela vysadit. V případě minimálního efektu je možné vysazení bez deeskalace. Pokud je aplikována vyšší dávka (zmiňovaných 8 mg), pak dochází k vymizení efektu s odstupem 4 až 6 týdnů. Naopak nastupují nežádoucí účinky, kdy je nejzávažněji vnímána myopatie, která je vyjádřena zejména slabostí dolních končetin. Tato vede k minimalizaci pohybu a upoutání na lůžko. Proto je vhodné postupné snížení dávky, abychom se vyhnuli komplikacím a v případě opětovného nechutenství mohli opět dávku navýšit. Z dalších nežádoucích účinků je popisována hyperglykemie, krvácení do zažívacího traktu, ale také imunosuprese, která se nejčastěji projeví soorem v dutině ústní. Nicméně toto je možné řešit i lokálními antimykotiky (zpravidla používána v off-label indikaci, některá jsou aktuálně volně prodejné v lékárnách).

## Kanabinoidy

Klinické studie s kanabinoidy ukazují na zlepšení apetitu a nálady, ale nedochází k nárůstu hmotnosti. Studie se syntetickým derivátem dronabinolonem sice vedla ke zlepšení chuti u 48% pacientů, ale v porovnání s megesterolem acetatem vykazoval horší výsledky. Ve třetím rameni byla zkoumána kombinace megesterol acetatu s dronabinolonem a přesto nebyl efekt lepší než u samotného megesterol acetatu, který dosahoval 75% (6). Většina studií se syntetickými kanabinoidy, které se zabývaly léčbou bolesti, měly horší výsledky v porovnání se standardní analgetickou terapií. Lepších výsledků dosáhneme, pokud použijeme celou rostlinu. Ale i v takovém případě si je třeba uvědomit, že konopí není alternativou k standardní medikaci, pouze jejím doplňkem. Navíc není zřejmé jaký poměr tetrahydrokanabinolu a kannabinolu (poměr THC : CBD je vždy uveden na receptu) je vhodný pro jednotlivé klinické situace. U léčebného konopí je jednou z indikací v ČR – nauzea, zvracení, stimulace apetitu v souvislosti s léčbou onkologic-

kého onemocnění, ale s ohledem na malý počet lékářů s oprávněním preskripce a malé evidenci o účinnosti je tato indikace využívána omezeně.

## Ostatní léky

Na snížení chuti k jídlu se může podílet i psychický stav, proto mohou být s efektem použita i některá antidepresiva. Zde je využíván mirtazapin v dávce 15 až 30 mg pro jeho komplexní účinky (je využíván i v léčbě bolesti jako koanalgetikum). Lze využít i atypické antipsychotikum – olanzapin v dávce 5 až 10 mg pro svůj rozsáhlý receptorový profil. Kdy tento je využíván v prevenci nauzey a zvracení zejména při selhání standardní terapie (7).

Potlačení zánětlivé reakce taktéž může zmírňovat nechutenství, proto je třeba myslet i na nesteroidní antiflogistika. Zde je potřeba uvažovat spíše o kombinované terapii s ostatními preparáty.

## Režimová opatření

Mnozí pacienti vnímají při zhoršování stavu jako vhodné přejít na „zdravou výživu“. Mnohdy uvažují o vyhladovění nádoru, alias o Breussově dietě. Snaha o dostatek vitamínů vede k navýšení zeleniny a ovoce na úkor bílkovin, tuků a cukrů. Je proto potřeba upozornit pacienty, že tento postup je kontraproduktivní. Energetická potřeba zdravého jedince v klidu je cca 25 kcal/kg tělesné hmotnosti/den. Nicméně v případě ekologického onemocnění se spotřeba zvyšuje až na 35 kcal/kg tělesné hmotnosti/den. U terminálních pacientů klesá energetická spotřeba až na 20 kcal/kg tělesné hmotnosti/den. Podstatným zdrojem energie jsou bílkoviny, kdy potřeba u zdravého jedince je 0,8 až 1,0 g/kg t. hm/den, ale u onkologického pacienta tato potřeba stoupá na 1,5 až 2,0 g/kg t. hm/den při aktivní terapii. Tuto skutečnost je třeba zohlednit ve struktuře jídla (8).

U mnoha pacientů dojde ke změně chuti, což vnímají negativně. Proto mnohdy odmítají jídla, která jsou teplá, voňavá, kořeněná, kam spadají různé druhy mas a vývarů. Vhodné je zařadit do stravy mléčné bílkoviny v podobě zakysané smetany, kefirů či plnotučného tvarohu a jogurtů. Tyto bílkoviny jsou dobře využitelné a velmi dobře tolerované. Laickou veřejností koluje informace, že mléčné výrobky zahleňují a že jej nejsme schopni vstřebat. Tyto mýty je třeba trpělivě vyvracet a uvádět na pravou míru.

Některé tyto informace vychází z čínské medicíny, zde je ale třeba vzít v potaz, že Asiaté mají nižší schopnost trávit laktózu, což má své důsledky při konzumaci mléka a mléčných výrobků.

Práce a pohyb, resp. cvičení je vnímáno jako zatěžující a nevhodné pro pacienty. Je třeba si uvědomit, že cvičení podporuje anabolické pochody ve svalech a tím přispívá k udržení svalové hmoty, což bylo potvrzeno v mnoha studiích. Vhodné je aerobní cvičení, jako je například chůze, nebo jízda na rotopedu. Není tedy důležitý jednorázový výkon, ale pravidelnost cvičení, které nepřekmitne do anaerobního výkonu. Pravidelné cvičení podporuje syntézu bílkovin ve svalu, potlačuje systémový zánět. K udržení anabolismu je potřeba dostatek bílkovin, které ve spojení s pravidelným cvičením prokázaly synergní účinek (9).

Pečující osoby v rámci zdravého přístupu a někdy i pacienti se vyhýbají alkoholu. Malé množství piva subjektivně zlepšuje zažívání. Kombinace alkoholického piva s léky i opioidního charakteru, zvláště pak v režimu symptomatické terapie je možná.

## Sipping

Pro běžnou praxi nejpoužívanější nutriční podpora, kterou může onkolog předepsat na recept, pakliže jsou k tomuto splněny náležitosti. Jedná se o popíjení energetických nápojů, kdy je vhodnou technikou usrkávání (anglický výraz pro usrkávání – to sip). Tyto nápoje obsahují zvýšené množství bílkovin, ale jsou i varianty se zvýšeným množstvím vlákniny a modifikace pro diabetiky. Smyslem sippingu je zvýšit energetický příjem v co nejmenším objemu. Záměrem je, přidání k běžné stravě a tím zvýšit příjem energie (10). Problémem je, že určité procento pacientů není schopno sipping popíjet – jsou pacienti, kterým dělá nepříjemný pocit těžkosti v žaludku (pocit kamene v žaludku), po kterém nejsou schopni i několik hodin následně nic pozřít. Dále pak jsou pacienti, kteří se jich „přepijí“ a jen pohled na sipping, vede k nevolnosti.

V takovém případě lze zvolit sušenou bílkovinu v prášku (v ČR je na trhu několik přípravků), která se dá rozmíchat v jogurtu, pudinku, kefru či omáčce nebo bílé kávě. Výhodou je, že nemě-

ní chuť jídla, ve kterém je bílkovina obsažena. V případě pravidelného přidávání bílkoviny do jídel či nápojů je schopna částečně zastoupit zmiňovaný sipping.

## Pacient v terminálním stavu

Terminální fáze onkologického onemocnění znamená, že prognóza pacienta se pohybuje v několika dnech až týdnech. U těchto pacientů je časté nechutenství a mnohdy nejsou schopni perorálního příjmu. Což zejména u pečujících vyvolává velký stres. Výsledkem je nátlak na zdravotníky, abychom nenechali pacienta zemřít hladu. Zejména pečující se domáhají parenterální výživy resp. kapaček, protože dávají do souvislosti minimální příjem výživy se stavem pacienta. V terminální fázi onemocnění již však není schopno tělo energii zpracovávat. Pokud se pacient donutí pozřít stravu, pokračuje v sippingu, či je mu aplikována výživa injekčně nevede to k energetickému zisku. Perorální příjem výživy vede v takové situaci k nevolnosti, zvracení a bolestem břicha. V takovéto situaci je nejdůležitějším nástrojem zdravotníků komunikace. Jedná se o jednu z nejnáročnějších výzev, které však čelíme velmi často. Je třeba vysvětlit, že:

- Ztráta chuti a minimální příjem stravy je důsledek onkologického onemocnění a jedná se o projev umírání.
- Terminální fáze onkologického onemocnění není medicínsky zvrátitelný stav.
- Pacient není schopen energii využít, tato nevede v žádné formě k zlepšení kvality života, zvýšení výkonnosti či prodloužení života.
- Výživa v podobě infuze či nadměrná hydratace povede k vytvoření dalších komplikací, které mohou stav ještě zhoršit.
- Pacient mnohdy nepocituje hlad a mnohdy ani žízeň, opakované nabízení stravy a nadměrného množství tekutin vede spíše k frustraci jak u pacienta, tak u pečujících.

## Výživa I.

Enterální nebo parenterální výživa u terminálních pacientů není indikována. Pakliže je již zavedena, je namístě tuto ukončit, ale s ohledem na psychologické faktory respektive nutnost

postupného smíření se situací je v některých případech vhodnější postupné vysazování. Naopak velmi malé množství jídla může mít sociální a psychologický vliv – pocit uspokojení, sounáležitosti a důstojnosti (8, 9).

## Tekutiny II.

V případě žízně nebo suchosti v ústech není řešením infuzní terapie. Na pocitu suchosti se podílí více faktorů včetně léků a je mnohem efektivnější pravidelné zvlhčování sliznic dutiny ústní, podávání tekutin po lžičkách. V terminální fázi onkologického onemocnění je vhodné se vyvarovat standardnímu množství infuzní terapie. Dostatečné množství tekutin je mezi 500 až 1 000 ml za 24 hodin (5). Také zvažujeme, zda hydrataci podat intravenózně nebo subkutánně. Subkutánní podání infuzí tedy hypodermoklýza (11) prochází určitou renesancí zejména v rámci domácí hospicové péče pro svoji bezpečnost a jednoduchost. Do subkutánního vstupu („označujeme jako motýlek“) je možno aplikovat i mnohé léky a rizika spojená s vytržením při delirantním stavu jsou menší než v případě intravenózního vstupu.

## Závěr

Nechutenství zhoršuje kvalitu života a ve svém důsledku může i zkrátit délku života. Proto je třeba terapii nechutenství zahájit včas. K jejímu ovlivnění máme jak farmakologické postupy, tak i režimová opatření. Je třeba vyhodnotit, v jaké fázi onemocnění se pacient nachází, a dle celkového kontextu následně přizpůsobovat terapii a doporučení. U pacientů s ukončenou onkologickou terapií a zejména pak v terminální fázi onkologického onemocnění se strategie mění. V závěru života není pacient schopen dodanou výživu využít a taktéž žádnými opatřeními nelze kachexii zvrátit. Podstatným faktorem je erudovaný zdravotník, který vhodným a empatickým způsobem komunikuje s pacientem a jeho příbuznými o možnostech, ale zejména o smysluplnosti jednotlivých postupů. Pakliže pacient a jeho blízcí neporozuměli kontextu situace, pak i přestože se držíme posledních guidelines dochází k velké frustraci u zdravotníků, pacientů, ale i jejich blízkých.

## LITERATURA

1. Matsuo N, Morita T, Matsuda Y. Predictors of responses to corticosteroids for anorexia in advanced cancer patients: a multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer*. 2017; 25(1): 41–50.

2. Lesniak W, Bala M, Jaeschke R. Effects of meggestrol acetate in patients with cancer anorexia-cachexia syndrome – a systematic review and meta-analysis. *Pol Arch Med Wewn*. 2008; 118(11): 636–44.

3. Jatoi A, Rowland K, Loprinzi CL, et al. An eicosapentaenoic acid supplement versus meggestrol acetate versus both for patients with cancer-associated wasting: a North Central Cancer Treatment Group and National Cancer Institute of Canada co-

## » PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

### JAK PŘÍSTUPOVAT K NECHUTENSTVÍ A VÝŽIVĚ U PALIATIVNÍCH PACIENTŮ?

laborative effort. *J Clin Oncol.* 2004 Jun 15; 22(12): 2469–2476.

4. Miller S, McNutt L, McCann MA, Use of corticosteroids for anorexia in palliative medicine: a systematic review. *J Palliat Med.* 2014; 17(4): 482–485.

5. Modrá kniha České onkologické společnosti v 1/2020 dostupné na <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/18/696.pdf>

6. Jatoi A, Windschitl HE, Loprinzi CL, Dronabinol versus me-

gestrol acetate versus combination therapy for cancer-associated anorexia: a North Central Cancer Treatment Group study. *J Clin Oncol.* 2002; 20(2): 567–573.

7. Kast RE, Foley KF. Cancer chemotherapy and cachexia: mirtazapine and olanzapine are 5-HT<sub>3</sub> antagonists with good anti-nausea effects. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2007 Jul; 16(4): 351–354.

8. Sochor M, Závadová I, Sláma O. Paliativní péče v onkolo-

gii. Praha: Mladá fronta 2019: 17–187, 282–287.

9. Tomíška M. Výživa onkologických pacientů. Praha: Mladá fronta 2019: 633–662, 685–698.

10. ESPEN Cancer Guidelines 2016. *Clin Nutr.* 2016 Aug 6. pii: S0261–5614(16)30181–9.

11. Caccialanza R, Constans T, Cotogni P, Subcutaneous Infusion of Fluids for Hydration or Nutrition: A Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2018; 42(2): 296–307.