

WSKAZANIA DO DOMOWEGO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO

Stanisław Kłęk

Kraków, 7-9 III 2011

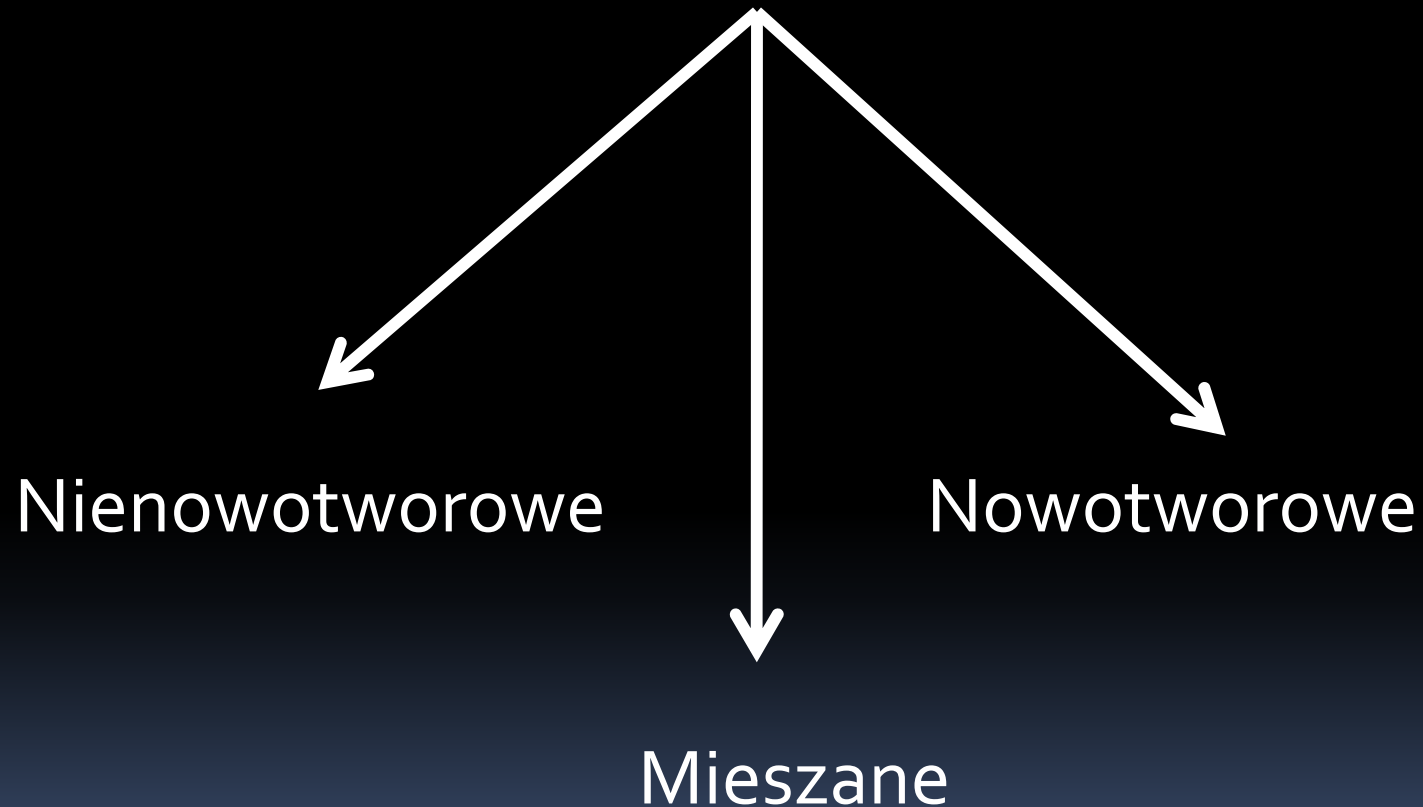
ROZWÓJ HPN

- I Początek HPN: zarezerwowane wyłącznie dla nienowotworowej niewydolności jelit
- II Szybki wzrost ilości ośrodków i liczby chorych
- III Stopniowy wzrost ilość chorych z chorobą nowotworową
- IV Rozpowszechnienie dostępności i refundacji

Wielka Brytania

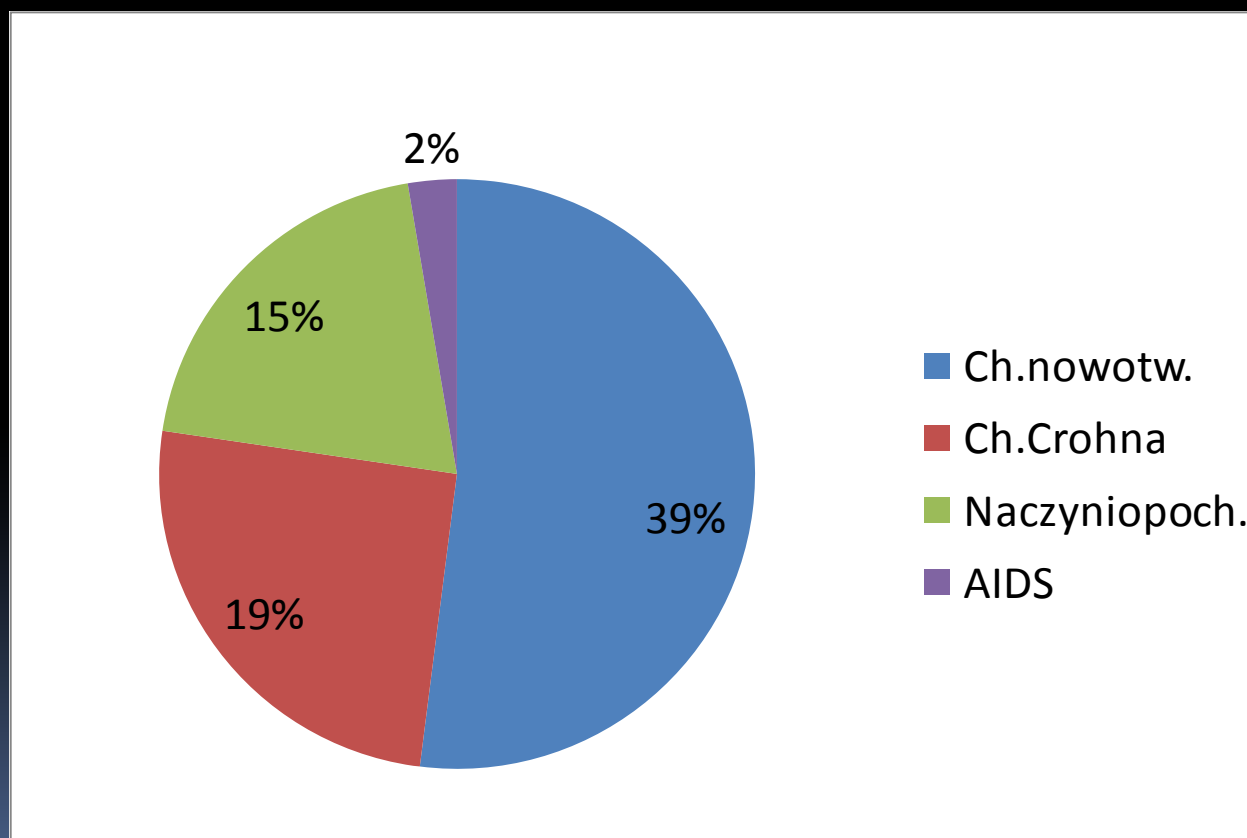
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Częstość występowania	207	250	306	344	400	422	465
Nowe zgłoszenia	58	84	113	126	134	126	103
Ilość ośrodków	21	28	29	25	28	28	34

Wskazania do domowego żywienia pozajelitowego



WSKAZANIA DO HPN: ŚWIAT

Najczęstsze wskazanie: choroba nowotworowa (39%)



WSKAZANIA DO HPN: ŚWIAT

Najczęstsze wskazanie **nienowotworowe**: zaburzenia naczyniopochodne (80%)

Ale: badanie Europejskie (n=228)

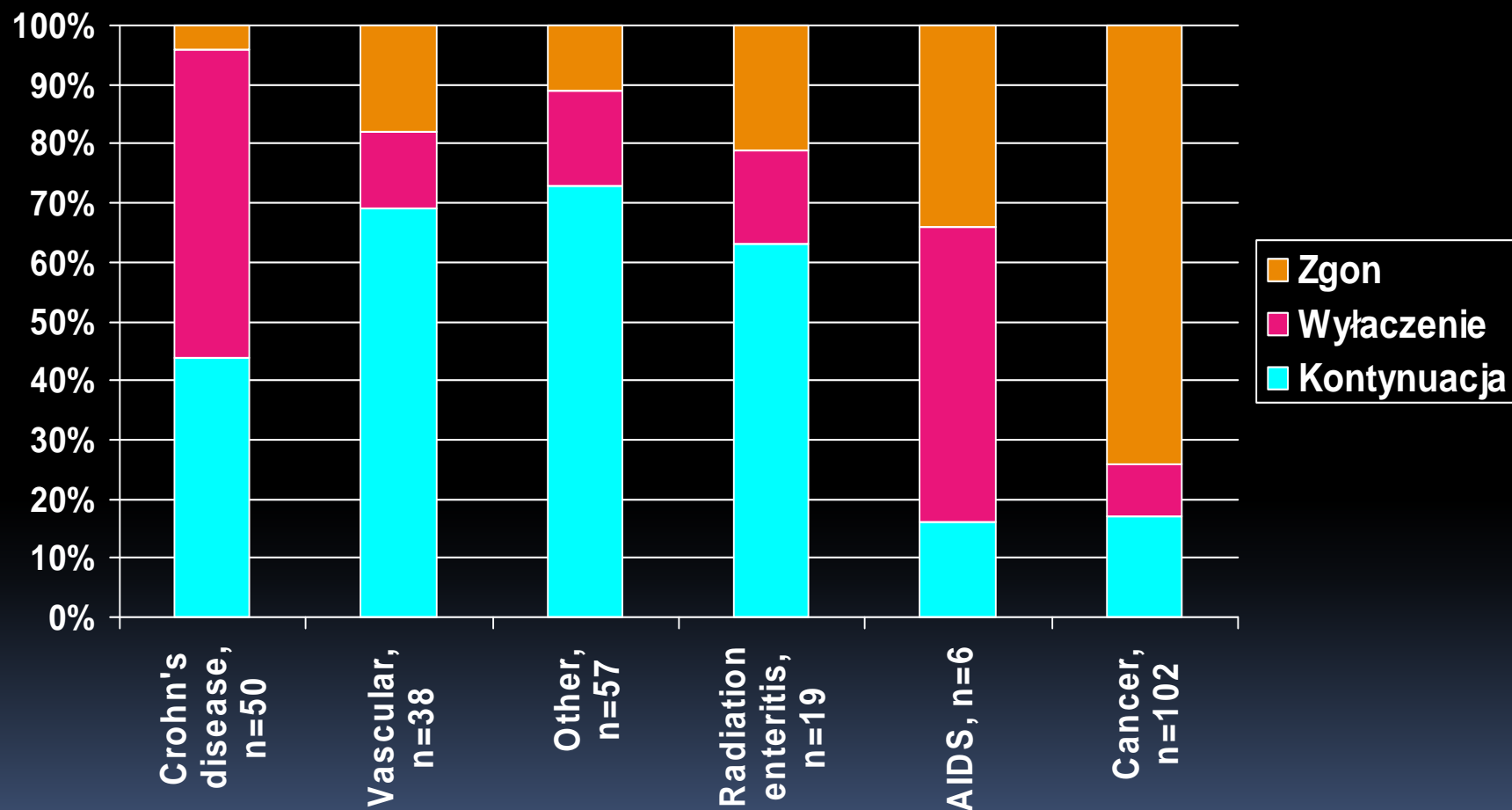
- choroba Leśniowskiego-Crohna: 33%
- zator t. kręzkowej: 25%
- powikłania chirurgiczne: 19%
- niedrożność: 8%
- popromienne zapalenie jelit: 4%
- inne

EUROPA

	<i>Number of patients</i>	<i>Crohn's disease</i>	<i>Vascular</i>	<i>Cancer</i>	<i>Radiation</i>	<i>AIDS</i>	<i>Others</i>
France	173	16%	23%	27%	15%	0.5%	18.5%
United Kingdom	72	44%	14%	5%	2%	-	35%
Belgium	26	12%	15%	23%	15%	35%	-
Denmark	15	20%	13%	8%	26%	-	33%
The Netherlands	45	13%	11%	60%	-	-	16%
Spain	31	16%	13%	39%	-	6%	25%
Poland	14	14%	50%	-	14%	-	22%

ESPEN-HAN, Clin Nutr 1999, 18, 135

EUROPA: wyniki leczenia



ESPEN-HAN, Clin Nutr 1999, 18, 135

Wskazania do domowego żywienia pozajelitowego – POLSKA (Warszawa)

- Zespół krótkiego jelita: **300 chorych**
- Zespół złego wchłaniania: **19**
- Niedrożność Pp: **28**
- Powikłania radioterapii (poprom. zap. jelita): **4**
- IBD: **20**
- Zaburzenia motoryki Pp: **4**

Wskazanie główne

=

niewydolność jelit (Intestinal Failure)

Sytuacja, w której przewód pokarmowy nie jest w stanie przetworzyć wystarczającej ilości pokarmu, tak aby zapewnić właściwy stan odżywienia.

SCHORZENIA NIENOWOTWOROWE

HPN: choroby pierwotne

Schorzenia łagodne:

- Choroba Leśniowskiego-Crohna
- Choroby naczyń kręgowych
- Urazy, powikłania chirurgiczne
- Niedrożność przewodu pokarmowego
- Popromienne zapalenie jelit

Choroby nowotworowe

AIDS

HPN: przyczyny

- Zespół krótkiego jelita
- Przetoka przewodu pokarmowego
- Zaburzenia motoryki
- Niedrożność przewodu pokarmowego
- Trudna do leczenia biegunka (AIDS)
- Ciężkie niedożywienie

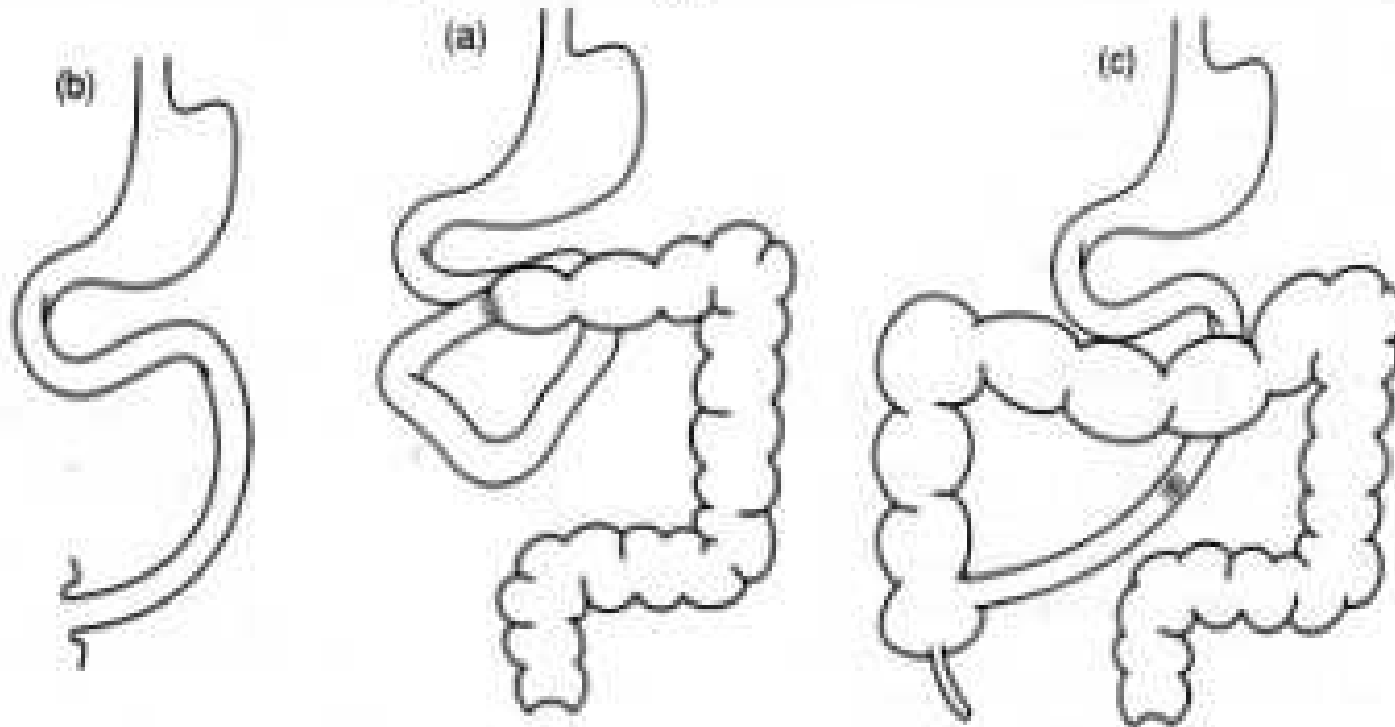
Zespół krótkiego jelita: Patofizjologia

Zespół krótkiego jelita:

- Typ I: jejunostomia końcowa
- Typ II: zesp. jelitowo-poprzeczniczą
- Typ III: zesp. czczo-kręte + okrężnica

Patofizjologia

3 main types of SBS
According to the type of anastomosis



I, Enterostomy

II, Jejunocolonic

III, Jejunoleal

ŚWIAT

Zespół krótkiego jelita:

Dł. jelita niezbędna
do życia bez HPN

- Typ I: jejunostomia końcowa (100 cm)
- Typ II: zesp. jelitowo-poprzeczniczą (65 cm)
- Typ III: zesp. czczo-kręte + okrężnica (30 cm)

CHOROBA NOWOTWOROWA

Rys historyczny

Rok 1968

Pierwszą pacjentką żywioną pozajelitowo w domu była 36 letnia chora z rozsiewem wewnątrztrzewnym raka jajnika powodującym wielopoziomą niedrożność przewodu pokarmowego

Po wypisaniu ze szpitala, wróciła do męża i czworga dzieci, żyła jeszcze 6 miesięcy

„Historia dostępu naczyniowego” S. Dudrick, Postępy żywienia klinicznego, Tom 3, 2006, s. 6-16.

KACHEKSJA NOWOTWOROWA

Spowodowana jest:

- zmniejszonym dostarczaniem składników odżywczych (zajęcie przewodu pokarmowego przez nowotwór, działaniem cytokin prozapalnych i innych mediatorów powodujących anoreksję)
- zwiększonym obrotem białek z utratą masy mięśniowej (zwiększona produkcja białek ostrej fazy)
- opornością na insulinę, zwiększona lipolizą

Wyniszczenie nowotworowe

Główną różnicą pomiędzy wyniszczeniem z przyczyn nowotworowych a wyniszczeniem z innej przyczyny jest brak poprawy po intensyfikacji odżywiania.

Brennan MF. Uncomplicated starvation versus cancer cachexia.

Cancer Res. 1977;37:2359-2364.

Nixon DW, Lawson DH, Kutner M, et al. Hyperalimentation of the cancer patient

with protein-calorie undernutrition. Cancer Res. 1981;41:2038-2045.

Chory w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Randomizowane badania kliniczne oceniały wpływ wzbogacenia diety substratami energetycznymi i białkowymi u chorych z różnymi, ale zaawansowanymi nowotworami.

Nie stwierdzono poprawy wagi ciała, parametrów antropometrycznych, wydłużenia czasu przeżycia ani poprawy jakości życia.

Evans WK, Nixon DW, Daly JM, et al. A randomised trial of oral nutritional support versus ad lib nutritional intake during chemotherapy for advanced colorectal and non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 1987;5:113-124.

Ovesen L, Allingstrup L, Hannibal J, Mortensen EL, Hansen OP. Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective, randomised study. J Clin Oncol. 1993;11:2043-2049.

Chory w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Na podstawie badań przeprowadzonych w latach 80-tych American College of Physicians wydało w roku 1989 opinię, że zastosowanie żywienia pozajelitowego u chorych z zaawansowanymi nowotworami nie przynosi istotnych korzyści, a może być przyczyną powikłań.

UJEMNY BILANS AZOTOWY W KACHEKSJI NOWOTWOROWEJ

Może być zmniejszony WYŁĄCZNIE dzięki wieloczynnikowemu działaniu:

- Modulacja mediatorów odpowiedzi zapalnej – NSAID, EPA,
- Odpowiednia podaż białka i energii – najkorzystniej drogą dojelitową
- Aktywność fizyczna – np. chodzenie
- Jeśli współistnieją łatwa męczliwość i anemia – podawanie EPO

OPIEKA W KACHEKSJI NOWOTWOROWEJ

- Leczenie: bólu, zaparcí, depresji, męczliwości, zaburzeń wchłaniania, cukrzycy
- Ćwiczenia fizyczne
- Leki przeciwzapalne: NSAID (ibuprofen), EPA (omega 3 nienasycone kw. tłuszczowe)
- EPO
- steroidy (octan megestrolu, dexametazon)
- leki stymulujące apetyt
- Leczenie żywieniowe?

Wskazania do domowego żywienia pozajelitowego – ONKOLOGIA

Wszyscy pacjenci z terminalną chorobą
nowotworową są 'onkologicznie' nieuleczalni, ale
nie wszyscy są 'biologicznie' terminalni

Wskazania do domowego żywienia pozajelitowego – ONKOLOGIA

'...withholding a drug or invasive procedure will not produce disease in otherwise healthy humans, whereas essential nutrients must be provided to both healthy and ill people.'

ASPEN Board of Directors, 2002

Wskazania do domowego żywienia pozajelitowego – ONKOLOGIA

'Powinno się raczej dążyć do utrzymania podaży płynów i żywienia w przypadku wszystkich pacjentów, którzy wymagają tych form terapii, a leczenie powinno się utrzymywać do momentu, w którym niebezpieczne konsekwencje przeważą potencjalny zysk dla chorego'

Konferencja Biskupów Katolickich, 1995

OPIEKA PALIATYWNA

DROGA DOUSTNA

(ZAWSZE jeśli tylko możliwa)



ŻYWIENIE DOJELITOWE

(większość chorych: zgłębnik, stomia)



ŻYWIENIE POZAJELITOWE

(pojedyncze, bardzo uzasadnione
przypadki)

Wytyczne ESPEN - ŻP w onkologii

Leczenie żywieniowe powinno być prowadzone w celu ograniczenia utraty masy ciała dopóty, dopóki chory wyraża zgodę i dopóki nie rozpoczęła się jeszcze faza umierania.

U schyłku życia większość chorych wymaga jedynie minimalnej ilości pożywienia i płynów do zaspokojenia głodu i pragnienia.

Wytyczne ESPEN - ŻP w onkologii

Włączenie ŻP zaleca się u pacjentów, którzy nie mogą być żywieni drogą przewodu pokarmowego oraz:

1. Śmierć z powodu głodzenia nastąpi wcześniej niż z powodu postępu choroby nowotworowej (najczęściej z powodu niedrożności lub niemożności połykania)
2. Stopień wydolności oraz jakość życia chorego są akceptowalne
3. Pacjent i rodzina mają silną motywację do poddania się wymagającej procedurze, której skuteczność nie została jeszcze ostatecznie potwierdzona

ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology, F.Bozzetti

i wsp. *Clinical Nutrition* 28(2009),445-454

Czy pacjent jest kandydatem do ŻP w domu?

Nie ma innej możliwości dostarczenia składników odżywczych

Przewidywany okres przeżycia jest nie krótszy niż 2-3 miesiące (umożliwienie prawidłowego szkolenia i bezpiecznego włączenia żywienia)

Śmierć z powodu głodzenia nastąpi wcześniej niż z powodu postępu choroby

Pacjent jest zdolny do samoobsługi i spędzania >50% czasu poza łóżkiem (ECOG <2, Karnofsky >50)

Stwierdza się brak lub jedynie niewielkie objęcie procesem npl życiowoważnych narządów

Czy pacjent jest kandydatem do ŻP w domu?

Stwierdza się brak niekontrolowanych objawów chorobowych oraz brak wysięku opłucnowego lub wodobrzusza

Pacjent (i/lub opiekun) jest zdolny pod względem fizycznym, umysłowym i emocjonalnym do rozpoczęcia, prowadzenia i kontrolowania ŻP w domu

Warunki domowe pozwalają na bezpieczne żywienie

Pacjent zna rozpoznanie choroby i świadomie decyduje się na stosowanie ŻP w domu

Najczęstsze wskazania

- ▣ choroba zrostowa i wielopoziomowa niedrożność przewodu pokarmowego, nie poddające się leczeniu operacyjnemu (najczęściej nowotwory ginekologiczne)
- ▣ krańcowe wyniszczenie wymagające długotrwałego żywienia pozajelitowego
- ▣ zespół krótkiego jelita, zespół jejunostomii końcowej
- ▣ nowotwory głowy i szyi uniemożliwiające wprowadzenie dostępu do żywienia dojelitowego

Wskazania do domowego żywienia pozajelitowego – ONKOLOGIA

Najczęściej spotykane wskazania:

- Wewnątrzotrzewnowy rozsiew nowotworowy
- Wolnorosnący guz, szczególnie zewnątrzotrzewnowy
- Nowotwory jajnika
- Wznowa nowotworowa
- Liczne przerzuty wewnątrzbrzuszne

Przeciwwskazania

Obecność przerzutów w wątrobie lub płucach

ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non Surgical Nutrition

Postępowanie alternatywne do leczenia żywieniowego

- **Steroidy (metyloprednizolon, deksametazon)**
- **Gestageny (megestrol, medroksyprogesteron)**
- **Leki antyserotoninowe (cyproheptadyna)**
- **Pentoksyfilina**
- **Niesteroidowe leki przeciwzapalne (Ibuprofen)**
- **Melatonina**
- **N-3 kwasy tłuszczowe (olej rybi)**

Włączenie żywienia pozajelitowego u pacjenta paliatywnego jest decyzją, którą **ZAWSZE** należy podejmować **W ODNIESIENIU DO INDYWIDUALNEGO PACJENTA I JEGO CHOROBY**

Co jest ważne dla pacjenta?

- 1/ bycie świadomym
- 2/ pogodzenie z Bogiem
- 3/ możliwość pomocy innym, modlitwy
- 4/ brak niekontrolowanych objawów chorobowych

Wskazania do domowego żywienia pozajelitowego – ONKOLOGIA

Czy się kierować?

1. Możliwością uzyskania dobrego efektu klinicznego
2. Brakiem ryzyka zaszkodzenia
3. Szacunkiem dla chorego
4. Sprawiedliwością: leczenie musi być: odpowiednie, wystarczające, konieczne, wskazane medycznie, uzasadnione ekonomicznie

WYŁĄCZENIE HPN

Wyłączenie HPN

Zależność od żywienia pozajelitowego zależy od:

- 1/ wchłaniania białka/ źródeł energii
- 2/ równowagi wodno-elektrolitowej
- 3/ prawidłowego stężenia magnezu

Wyłączenie HPN

Zespół krótkiego jelita:

Warunek wyłączenia
HPN

- Typ I: jejunostomia końcowa >100 cm
- Typ II: zesp. jelitowo-poprzeczną >65 cm
- Typ III: zesp. czczo-kręte + okrężnica >30 cm

Wyłączenie HPN

- prawdopodobieństwo wyłączenia spada $< 10\%$ jeżeli nie doszło do wyłączenia w ciągu **pierwszych 2 lat żywienia**
- jeżeli stężenie cytruliny $< 20 \mu\text{mol/l}$ po 2 latach żywienia - uszkodzenie czynności jelit ma charakter trwały

Zespół krótkiego jelita

- **zawsze** należy rozważać możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego
- należy zachęcać do **zwiększania podaży doustnej**
- należy rozważyć ŻD przez gastrostomię (w przypadku wtórnej anoreksji)

Przyczyny leczenia żywieniowego chorych w opiece paliatywnej

- powody merytoryczne

- powody pozamerytoryczne:

1. wpływ rodziny i otoczenia

2. czynniki psychologiczne ('śmierć z głodu')

3. 'podejście lekarskie'