

KAHEKSIJA PRI BOLNIKU Z RAKOM

Helena Drolc, Albert Peter Fras

Hujšanje, ki se lahko pojavi že na samem začetku maligne bolezni, je zelo pomemben klinični znak, kadar govorimo o stanju prehranjenosti rakavega bolnika. Desetodstotna izguba telesne teže, ki morebiti sama po sebi še ne bi bila nevarna, lahko predstavlja za bolnika tveganje, če se naveže na dodatno stresno situacijo, kakršni sta na primer infekcija in zvišana telesna temperatura. Takšen zaplet pa že lahko ovira bolnikov napredek pri zdravljenju. Zato je osem dni trajajoč močno zmanjšan vnos hrane pri bolniku z rakom skrajna meja, pri kateri moramo začeti ukrepati z ustrežno prehrabno podporo. Kajti dlje časa trajajoča slaba prehranjenost povzroča atrofijo želodčne in črevesne sluznice, kar ima za posledico nezadostno prebavo in absorpcijo hranljivih snovi (sindrom gladkega črevesa) ter atrofijo gladkih mišic želodca in črevesja, ki je krivec za bolnikovo čedalje hujšo neješčnost, prezgodnjo sitost in obstipacijo.

Močno shujšan in dlje časa slabo prehranjen bolnik lahko zapade v stanje **k a r c i n o m s k e k a h e k s i j e**, prehrabnega zapleta, povezanega z rakom, ki v bolnikovem telesu pusti pravo opustošenje. Klinična slika kaheksije kaže napredujoče hujšanje, ki nastane zaradi izgube teka (anoreksije) in zgodnjega občutka sitosti; sledijo izguba telesne teže, ki je večja kot deset odstotkov celotne telesne teže v zadnjih šestih mesecih, slabokrvnost in astenija.

Kaheksija je neodvisen dejavnik tveganja pri umrljivosti rakavih bolnikov. Poleg tega je izguba telesne teže običajno združena s slabšim odzivom na zdravljenje in skrajšanim časom preživetja. Hkrati lahko izguba telesne teže vpliva na imunsko odzivnost bolnikovega organizma ter vodi v večja tveganja glede okužb in toksičnosti, ki so odvisna od obsevanja ali kemoterapije.

Točen vzrok kaheksije je pri rakavem bolniku neznan; kaže, da se razlikuje od slabe prehranjenosti bolnika, pri katerem je vzrok za nastalo stanje stradanje. Kompenzatornih mehanizmov, (na primer znižanje osnovne presnove in drugih), ki se pojavijo pri stradanju, pri karcinomski kaheksiji ne opažamo. Gre za zvišano porabo energije s povečano neoglukogenezo in toleranco na glukozo ter za znižano občutljivost za inzulin. Prav tako gre za motnje v intermediarni presnovi maščob in ogljikovih hidratov z napredujočim manjšanjem maščobnih rezerv. Možno je, da gre tudi za tekmovanje med bolnikom in tumorjem pri izrabi dosegljivih hranil. Tudi presnovni mediatorji, ki so endogeni ter verjetno vsebujejo citokine, kot so "tumor necrosis factor" (cachectin) in interleukin-1, lahko povzročajo spremembe, ki se kažejo v anoreksiji in kaheksiji. Znano pa je, da določeni tumorji izločajo specifične mediatorje, ki prav tako sodelujejo pri nastanku anoreksije in kaheksije.

Izguba telesne teže je najbolj pogosta pri raku trebušne slinavke in želodca, nekoliko manj pogosta je pri ne-Hodgkinovem limfomu, raku debelega črevesa, obsečnice in pljuč,

Helena Drolc, višja medicinska sestra, Onkološki inštitut Ljubljana

Doc. dr. Albert Peter Fras, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

najmanjkrat pa je navzoča pri ugodno potekajočem ne-Hodgkinovem limfomu, raku dojke, akutni nelimfocitni levkemiji in sarkomih.

Zavedati se je treba, da je sindrom anoreksija/kaheksija pogost in glavni vzrok smrtnosti pri rakavem bolniku. Skoraj praviloma se pojavlja pri bolnikih z obsežnim malignim obolenjem, ki je že napredovalo, in pri bolnikih v terminalnem stadiju bolezni. Ni pa nikakršna redkost tudi pri tistih bolnikih, ki so obsevani z obsežnimi obsevalnimi polji, ki so na dolgotrajnih kemoterapijah, ki imajo popolnoma zaprto črevo s tumorjem, in pri tistih, ki imajo močno izraženo anoreksijo. Ukrepanje pri teh bolnikih je lahko dvorezni meč: če zaradi močne shujšanosti prekinemo obsevanje, še preden smo dosegli dozo, ki naj bi uničila tumor, je lahko bolnikov odziv na zdravljenje slabši od pričakovanega oziroma optimalnega. Shujšanost, ki jo je povzročila kemoterapija, lahko omilimo z znižanjem doze, vendar pa to lahko pomeni zmanjšanje na raven, ki nima več terapevtskega učinka.

Kadar gre pri bolniku za neuspešno zdravljenje malignega obolenja, je karcinomska kaheksija nepopravljiv, ireverzibilen proces, ki onemogoča nadaljevanje zdravljenja, čeprav bi jo lahko ravno z vplivanjem na tumor oziroma zasevke zavrli. V vseh drugih primerih pa sta zgodnje prepoznavanje in agresivna zaježitev prehrabnih motenj z ustrezno dietno podporo in nego zelo pomembna spremenljiva dela specifičnega zdravljenja raka.

Literatura:

1. Pokorn D. Prehrana bolnika. Murska Sobota: Pomurska založba, 1994
2. McCorkle R Grant M, Frank-Stromborg M et al. Cancer Nursing: a comprehensive textbook 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1996.
3. Clarc JC, Gee RF, eds. Core curriculum for oncology nursing. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1992.
4. Luther JM., Robinson L eds. The Royal Marsden Hospital manual of standards of care. London, Oxford: Blackwell, 1993.
5. Tchekmedyan NS. Managing Cancer cachexia. Princeton: Bristol-Myers, 1993.
6. Brennan MF. Nutritional Support. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: principles and practice of oncology, 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 1993.