

ESMO Cachexia Guideline

LÖVEY JÓZSEF, ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET

Már megint egy guideline????????





Az ismeretlen daganatos beteg sírja



Szarkopénia és **halálozás**

Hazard ratio (CI)	Primary tumour	Author (year)
2.38 (0.48–11.69) 1.87 (1.15–3.03) 1.80 (0.95–3.42)	Oesophagus/gastric	Yip (2013) Tamandl (2015) Tan (2015)
2.69 (1.67–4.33) 2.27 (1.15–4.49) 1.74 (0.99–3.04)	Colorectal	Van Veddler (2012) Myamoto (2015) Thoresen (2013)

Szarkopénia és **halálozás**

Hazard ratio (CI)	Primary tumour	Author (year)
4.84 (1.20–19.44) 3.76 (1.78–7.93) 3.19 (1.28–7.96) 3.18 (1.68–6.03) 1.96 (1.04–3.68) 1.52 (1.18–1.96) 1.11 (1.04–1.19)	Hepatocellular carcinoma	Mir (2012) Levolger (2015) Veron (2015) Iritani (2015) Dhooge (2012) Itoh (2014) Fujwara (2013) Harimoto (2013)
3.27 (0.80–13.44) 1.72 (1.39–2.28) 1.48 (0.76–2.87) 1.28 (0.86–1.91) 1.10 (0.77–1.58) 0.99 (0.96–1.02)	Pancreas/ biliary tract	Mir (2012) Choi (2015) Dalal (2012) Tan (2009) Rollins (2015) Cooper (2015)

Szarkopénia és **halálozás**

Hazard ratio (CI)	Primary tumour	Author (year)
2.58 (1.16–5.74); 1.11 (1.07–1.15) 2.13 (1.15–3.93) 1.93 (1.24–3.01), 1.71 (1.14–2.57) 1.48 (1.02–2.15)	Kidney/ bladder/ urothelial	Fukushima (2015, 2015) Sharma (2015), Smith (2014) Psutka (2015, 2016) Psutka (2015)
4.20 (2.42–7.27) 3.22 (1.73–5.98) 1.20 (1.05–1.38)	Mixed	Prado (2008) Lanic (2014) Martin (2013)

ESMO - cancer cachexia guideline



1. ESMO: ESMO Open-Cancer Horizons
2. Megjelenés: 2021. június
3. Szerkezet: 10 téma, 18 oldal, 6 ábra, 3 táblázat
4. Téma: szűrés, intervenció, multimodális kezelés + gondozás

SPECIAL ARTICLE

Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[☆]

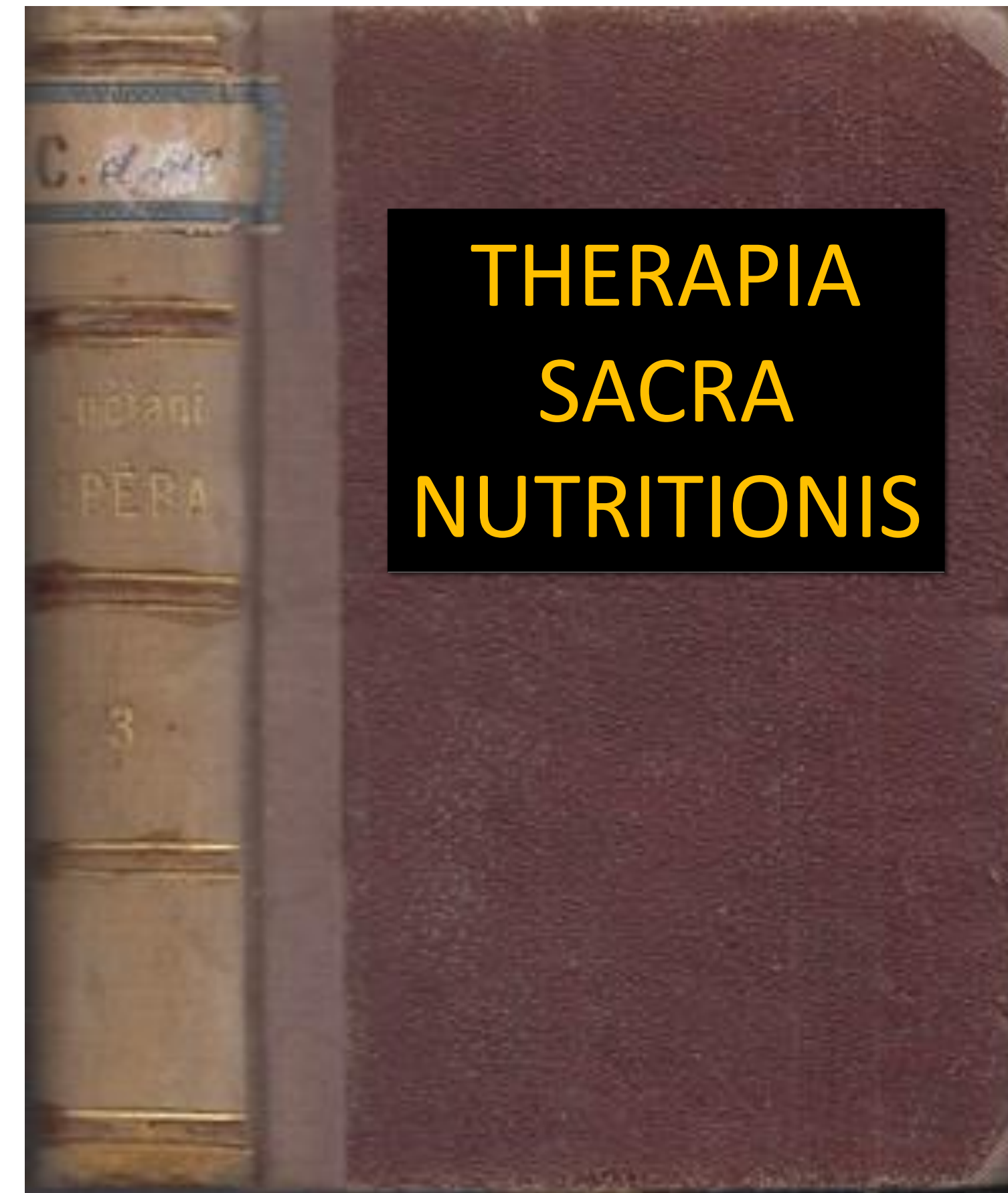
J. Arends¹, F. Strasser^{2,3}, S. Gonella^{4,5}, T. S. Solheim^{6,7}, C. Madeddu⁸, P. Ravasco^{9,10,11}, L. Buonaccorso¹², M. A. E. de van der Schueren^{13,14}, C. Baldwin¹⁵, M. Chasen^{16,17,18} & C. I. Ripamonti¹⁹, on behalf of the ESMO Guidelines Committee^{*}

¹Department of Medicine I, Medical Center – University of Freiburg; Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany; ²Integrated Cancer Rehabilitation and Cancer Fatigue Clinic, Klinik Gais/Kliniken Valens; ³Clinic Medical Oncology and Hematology, Cantonal Hospital St Gallen, St Gallen, Switzerland; ⁴Direction of Health Professions, Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza of Turin, University of Turin, Turin; ⁵Department of Public Health and Pediatrics, University of Turin, Turin, Italy; ⁶Department of Clinical and Molecular Medicine, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim; ⁷Cancer Clinic, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway; ⁸Medical Oncology Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria Cagliari, Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Cagliari, Italy; ⁹Immuno-Hemotherapy and Oncology, University Hospital of Santa Maria, CHULN, Lisbon; ¹⁰Center for Interdisciplinary Research in Health, Universidade Católica Portuguesa, Lisbon; ¹¹University of Lisbon, Portugal; ¹²Psycho-Oncology Unit, Azienda USL–IRCCS, Reggio Emilia, Italy; ¹³Department of Nutrition, Dietetics and Life Style, School of Allied Health, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen; ¹⁴Division of Human Nutrition and Health, Wageningen University & Research, Wageningen, The Netherlands; ¹⁵Department of Nutritional Sciences, King's College London, London, UK; ¹⁶Department of Medicine, University of Toronto, Toronto; ¹⁷Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton; ¹⁸William Osler Health Services, Brampton, Canada; ¹⁹Oncology-Supportive Care in Cancer Unit, Department of Onco-Haematology, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori Milano, Milan, Italy



Available online 28 April 2021

A régi nagy igazságok nem változtak



A táplálásterápia menete

Szűrés

Állapotfelmérés

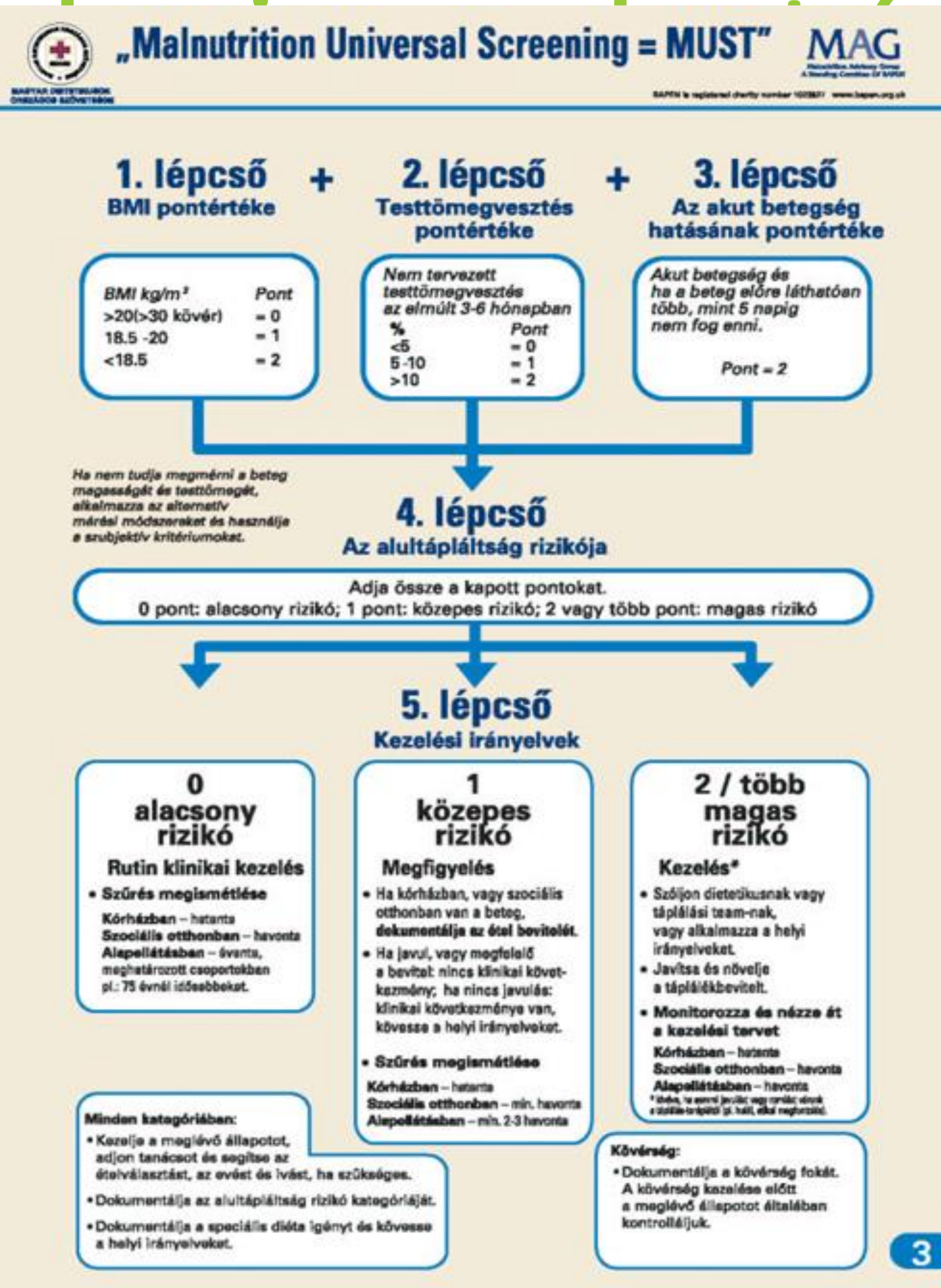
Kezelés

Követés

Daganatos betegek táplálásának alapelvei

- **Minél a hamarabb kell észlelni /szűrni a tápláltsági eltérést és folyamatosan követni kell**
- **Akinél eltérés van, a tápanyagbevítelt és annak hatását szisztematikusan és objektíven fel kell mérni és követni kell, a szisztémás gyulladást követni kell**

Ca



ió

nia

ala

, M

be

l: E

se

Nutritional Risk Scening (NRS 2002)

1. táblázat: előzetes szűrés

	igen	nem
1		
2		
3		
4		

Igen: amennyiben bármelyik kérdésre Igen a válasz, a 2. táblázat szerinti szűrést el kell végezni.
Nem: amennyiben minden kérdésre Nem a válasz, a beteget hetente újra kell szűrni. Amennyiben a beteg nagy műtét előtt áll, megelőző táplálási tervet kell készíteni, az ezzel együttjáró rizikóhelyzet kivédésére.

2. táblázat: végleges szűrés

Károsodott tápláltsági állapot		A betegség súlyossága(= a szükségletek növekedése)	
Nincs Pont 0	Normál tápláltsági állapot	Nincs Pont 0	Normál táplálási szükséglet
Enyhe Pont 1	Testsúlyvesztés <5% 3 hónap alatt vagy A táplálékbevitel az elmúlt héten a normál szükséglet 50-75%-a	Enyhe Pont 1	Combnyaktörés* Krónikus betegek, akut szövődémményel: cirrhosis* COPD* Krónikus haemodialízis, diabétesz, onkológia.
Közepes Pont 2	Testsúlyvesztés >5% 2 hónap alatt vagy A BMI 18,5-20,5 + csökkent ált. állapot vagy A táplálékbevitel az elmúlt héten a normál szükséglet 25-50%-a	Közepes Pont 2	Nagy hasi sebészet* Stroke* Súlyos pneumonia, hematológiai rosszindulatú megbetegedés.
Súlyos Pont 3	Testsúlyvesztés >5% 1 hó alatt (>15% 3 hó) vagy A BMI <18,5 + csökkent ált. állapot vagy A táplálékbevitel az elmúlt héten a normál szükséglet 0-25%-a	Súlyos Pont 3	Koponyatrauma* Csontvelőtranszplantáció* Intenzív osztályos betegek (APACHE >10)
Pontok:	+	Pontok:	=Összpontszám:

Életkor: ha 70 év: adj 1 pontot a fenti összpontszámhoz – korral korrigált összpontszám:

Pontok 3: a beteg tápláltsági szempontból veszélyeztetett, táplálási terv szükséges
Pontok < 3: a beteget hetente újra kell szűrni. Amennyiben a beteg nagy műtét előtt áll, megelőző táplálási tervet kell készíteni, az ezzel együttjáró rizikóhelyzet kivédésére.

NRS-2002 a rendelkezésre álló randomizált klinikai tanulmányok értelmezésén alapszik. *jelzi hogy egy tanulmány közvetlenül alátámasztja egy ilyen diagnózisú beteg kategorizálását. A *Diagnózisok* az alábbi példákon alapulnak.
A „Nutritional risk” (tápláltsági veszélyeztetettség) a jelenlegi tápláltsági állapoton és ennek romlási veszélyén alapul, melyet a stressz-metabolizmus okozta szükségletnövekedés idéz elő.

Táplálási terv szükséges minden betegnek aki:

- 1) súlyosan alultáplált (pont= 3), vagy
- 2) súlyosan beteg (pont= 3), vagy
- 3) közepesen alultáplált + enyhén beteg (pont 2 +1), vagy
- 4) enyhén alultáplált+ közepesen beteg (pont 1 + 2).

Példák a betegség súlyosságára:

Pont = 1: a beteget krónikus betegség szövődémményével viszik kórházba. A beteg gyenge, de rendszeresen kikel az ágyból. A fehérjészükséglet megnövekedett, de a szükségletet normál táplálkozással, vagy kiegészítővel fedezni lehet.

Pont= 2: ágybanfekvő beteg pl. nagysebészeti beavatkozás miatt. A fehérjészükséglet jelentősen megnövekedett, de fedezhető, bár a legtöbb esetben mesterséges táplálás szükséges

Pont= 3: intenzív osztályos beteg, pl. lélegeztetve. A fehérjészükséglet megnövekedett és mesterséges táplálással sem fedezhető. A fehérjelebontás és a nitrogénvesztesség jelentősen, szignifikánsan csökkenthető

se,

A táplálásterápia menete

Szűrés

Állapotfelmérés

Kezelés

Követés

Daganatos betegek táplálásának alapelvei

- A kezelés táplálási tanácsadással (nutrition counselling) kezdődik
- Napi energiaszükséglet 25-30 kcal / kg / nap
- Fehérje 1,2 g / tskg / nap
- Vitaminok és mikroelemek RDA alapján, extra bevétel nem javasolt
- Elsősorban az orális bevitelt kell minden eszközzel segíteni / javítani, ha nem elég enterális táplálást kell kezdeni

Parenterálisra váltás, ha az orális / enterális nem megfelelő

Orális táplálás elégtelensége esetén az enterális / parenterális fokozatos felépítése javasolt

Daganatos betegek táplálásának alapelvei

Szigorúan ellenjavallt a „daganatellenes” diéták alkalmazása főleg ha energia / tápanyag megszorítással járnak

Krónikus táplálkozási elégtelenség esetén az otthoni táplálás előnyben részesítendő

A betegek fizikai aktivitását fenn kell tartani, még akkor is, ha ez fokozott táplálást igényel

Új megközelítések

- ✓ intervenció típusa függ: a várható túlélés idejétől
- ✓ komplexitás: malnutríció, szarkopénia, cachexia, stb. (átfogó felmérések, módszerek)
- ✓ táplálásterápia a tünetektől függően változhat
- ✓ farmakológiai intervenció
- ✓ kommunikáció (beteg + hozzátartozó)
- ✓ multimodális multiinstrumentális kezelés
- ✓ ALGORITMIKUS megközelítés

Farmakológiai intervenció

- **Kortikoszteroidok** (étvágy növelésre)
- **Progesztinek** (étvágy növelésre; növeli a testtömeget, de nem az izomtömeget); (((vizont növelik a **tromboembolia** veszélyét)))
- **Nem szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID)** (nincs elegendő evidencia arra, hogy egyedüli alkalmazásával kezelhető a cachexia)
- Orvosi **kannabisz** és származékai (nincs elég bizonyíték, hogy javítja az étvágytalanságot és a korai teltségérzetet)
- **Androgének** (nem javasoltak, nem bizonyított, hogy javítja az izomtömeget).
- **Olanzapin** (közepes evidencia szinttel bizonyított, javítja az étvágyat és a hányingert előrehaladott daganatoknál)
- **Prokinetikumok** (nincs elegendő evidencia, hogy alkalmazásával kezelhető a cachexia)
- Az evidenciák hiánya miatt további randomizált, jól-megtervezett vizsgálatokra lenne szükség a hatásosságuk vagy kombinált alkalmazásuk előnyeivel kapcsolatban.

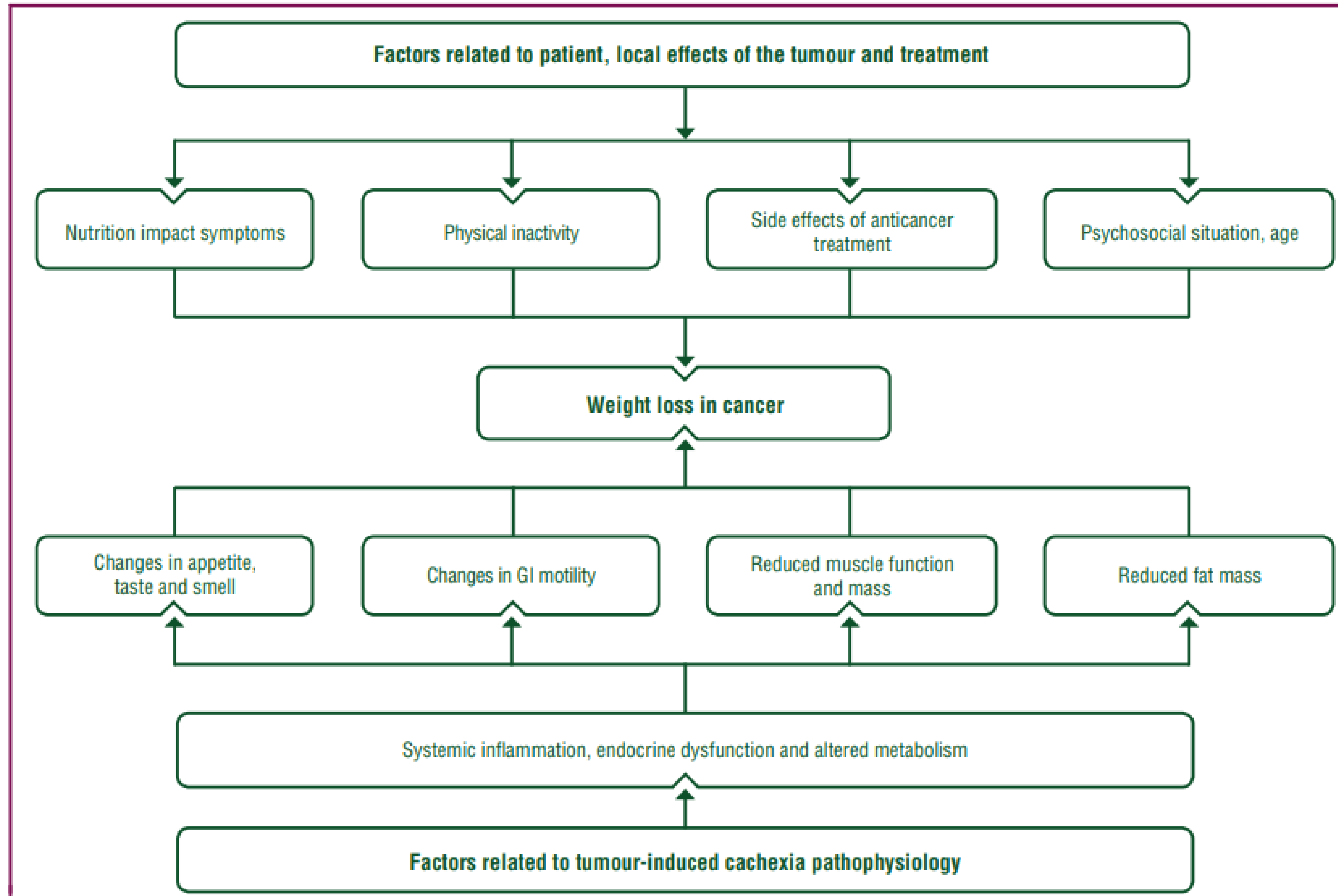


Figure 2. The complexity of causes contributing to weight loss in patients with cancer.
 GI, gastrointestinal.

A várható túléléssel összefüggő beavatkozás

ESMO Open

J. Arends et al.

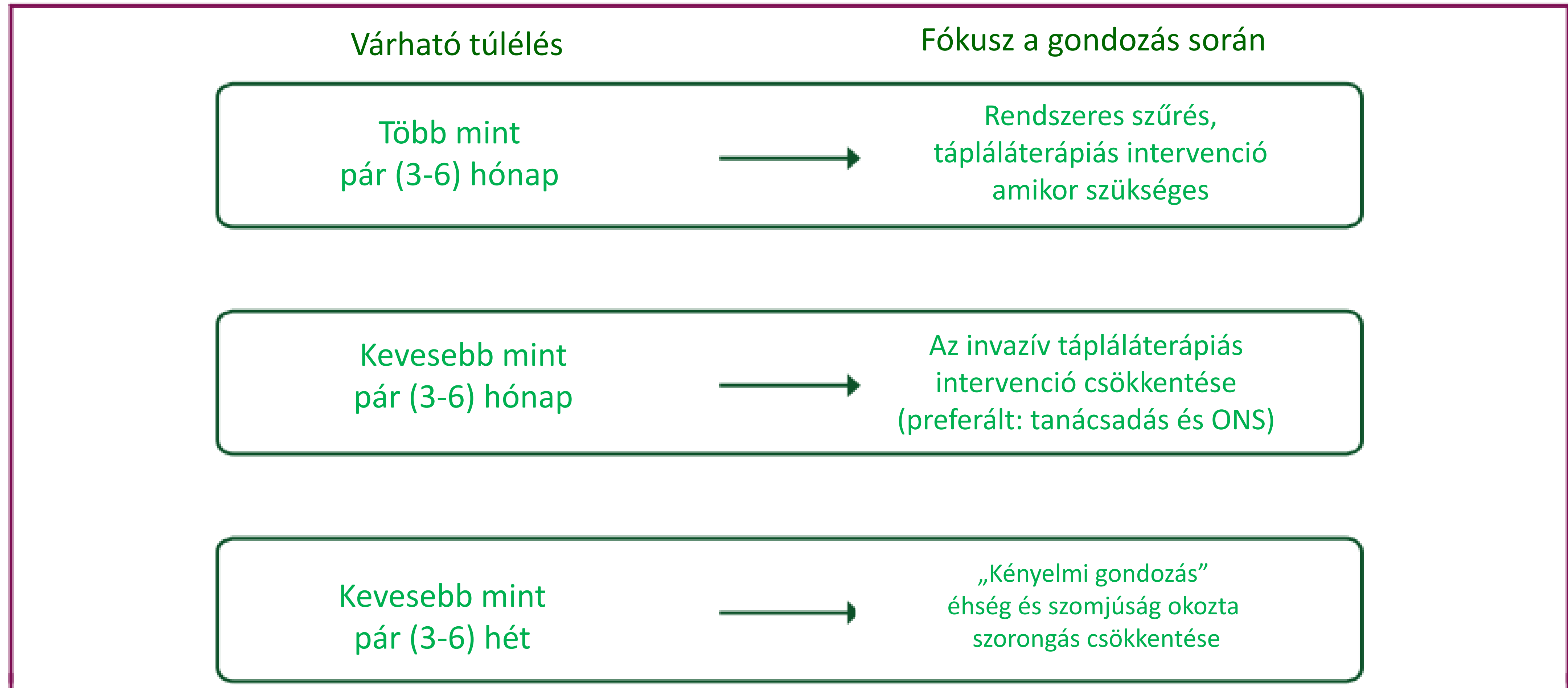
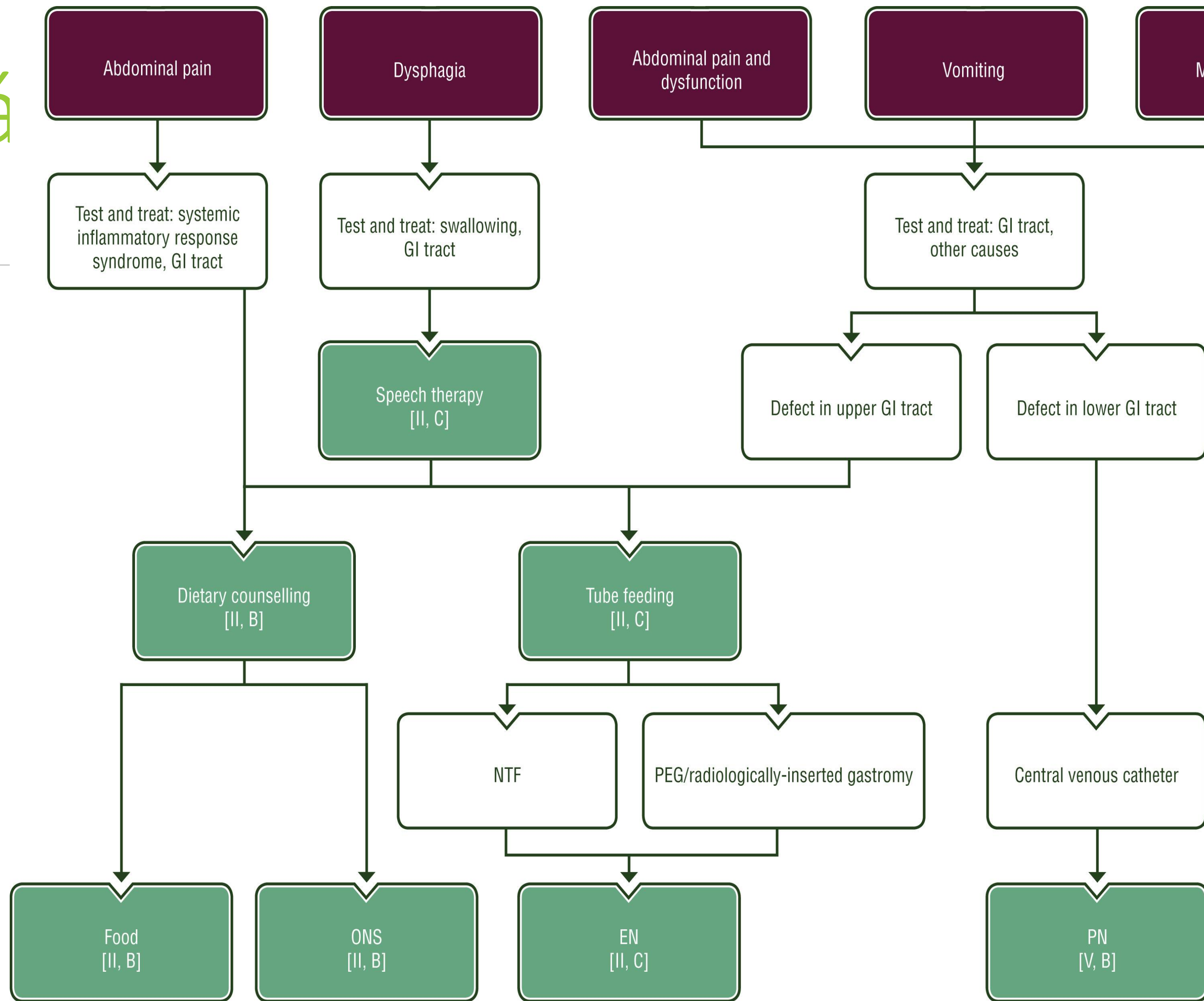


Figure 1. Invasiveness of interventions relative to expected survival.
ONS, oral nutritional supplement.

Tá

n

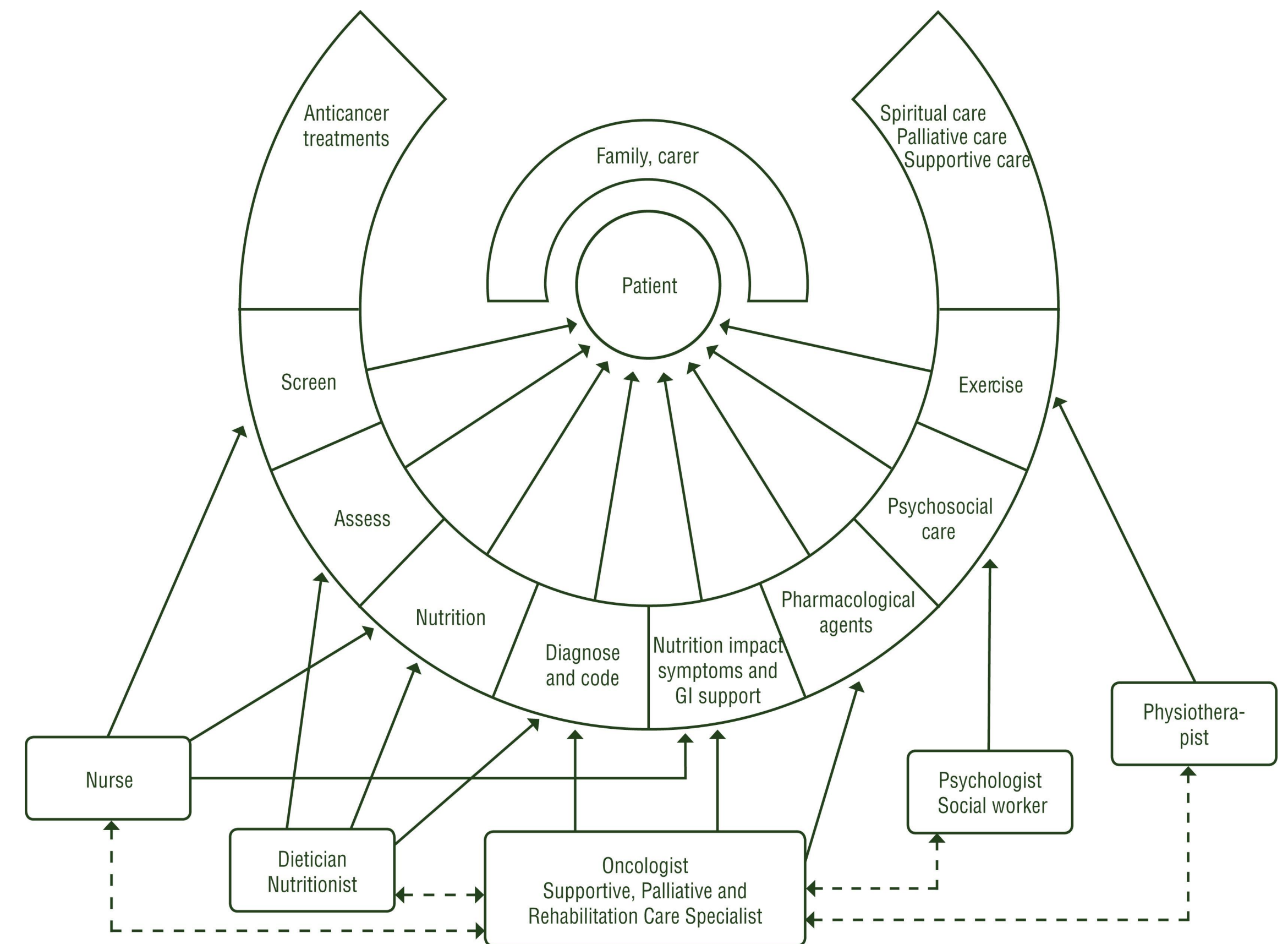


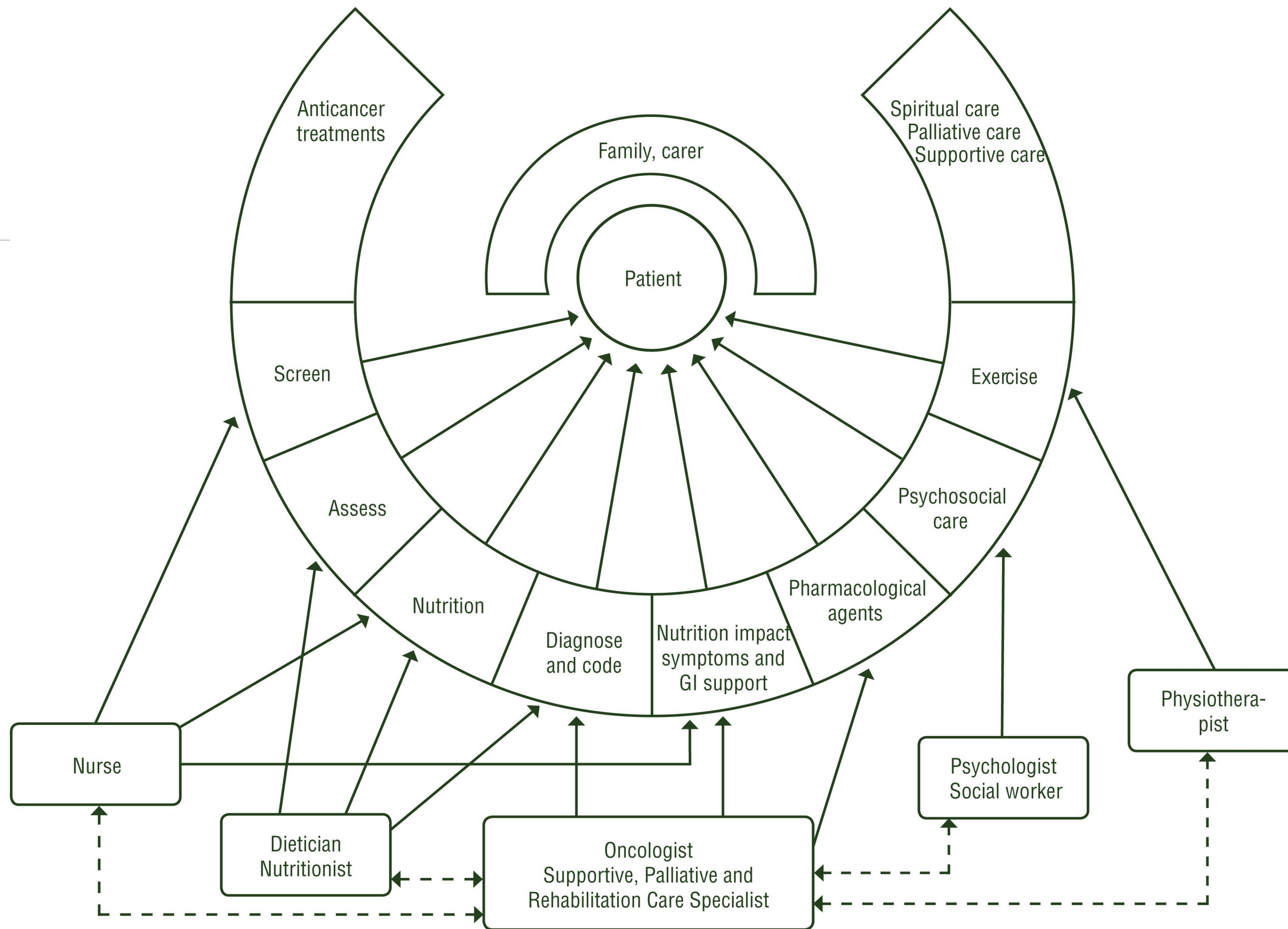
Kommunikáció a beteggel és a családtagokkal

- Az egészségügyi szakembereknek **rendszeresen fel kell mérniük** a betegeket és családjukat, hogy lehetővé váljon a **pszichoszociális zavarok** időben történő azonosítása.
- Az egészségügyi szakembereknek a **cachexia stádiumának megfelelően személyre szabott információkat kell szolgáltatniuk**, és fel kell hatalmazniuk a betegeket és családtagjaikat annak természetének, lefolyásának és biológiai mechanizmusainak megértésére, valamint annak negatív hatásainak (pl. testtömeg-csökkenés, csökkent étvágy, korai jóllakottság) felismerésére, a figyelem felkeltése a klinikai állapotról és a korai multidiszciplináris beavatkozás szükségességéről.
- A **pszichoszociális beavatkozásokat** a cachexia kezelésében a **lehető legkorábban meg kell fontolni**, és képzett egészségügyi szakembereknek kellene végeznie...

Cachexiás betegek gondozása

- A **cachexia szűrés** a daganatos beteg **rutin gondozásnak része** kellene, hogy legyen...
- A **cachexia gondozást** az alábbiak kombinálásával kellene megvalósítani:
 - táplálás,
 - fizikai aktivitás,
 - pszichológiai gondozás
 - oncológiai gondozás
 - palliatív/supportív/rehabilitációs gondozás...





ESMO: ESMO Open - Cancer Horizons

Konklúzió: a szakmai ajánlás megítéléséről

1. előny:

- ✓ Onkológusok bevonásával készítették
- ✓ saját folyóiratban publikálták
- ✓ szabadon elérhető (open access)

2. gyengeség:

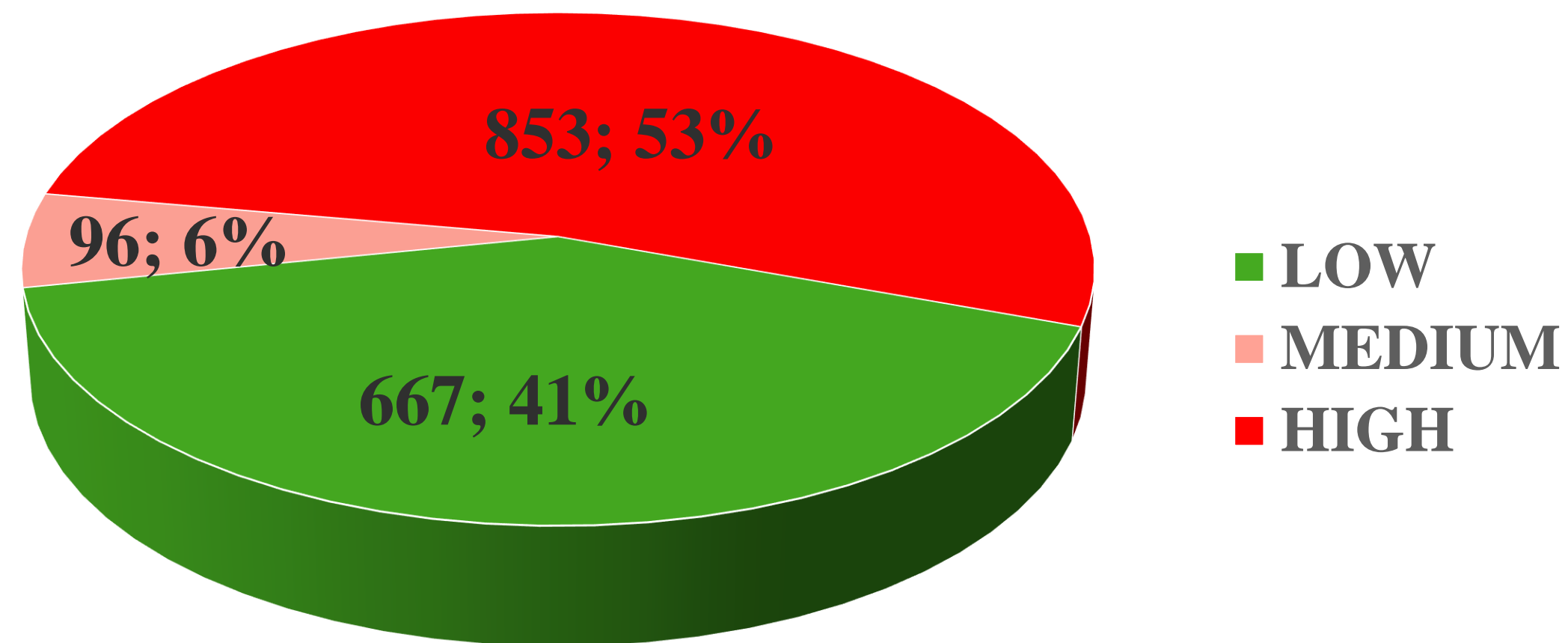
- ✓ az „alacsonyabb színvonalú” folyóiratban (IF: 6,54) jelent meg (vö Annals of Oncology IF 32,9)

RETROSPECTIVE RESEARCH IN LUNG CANCER PATIENTS IN HUNGARY

MALNUTRITION RISK AND NUTRITION THERAPY WITH ONS

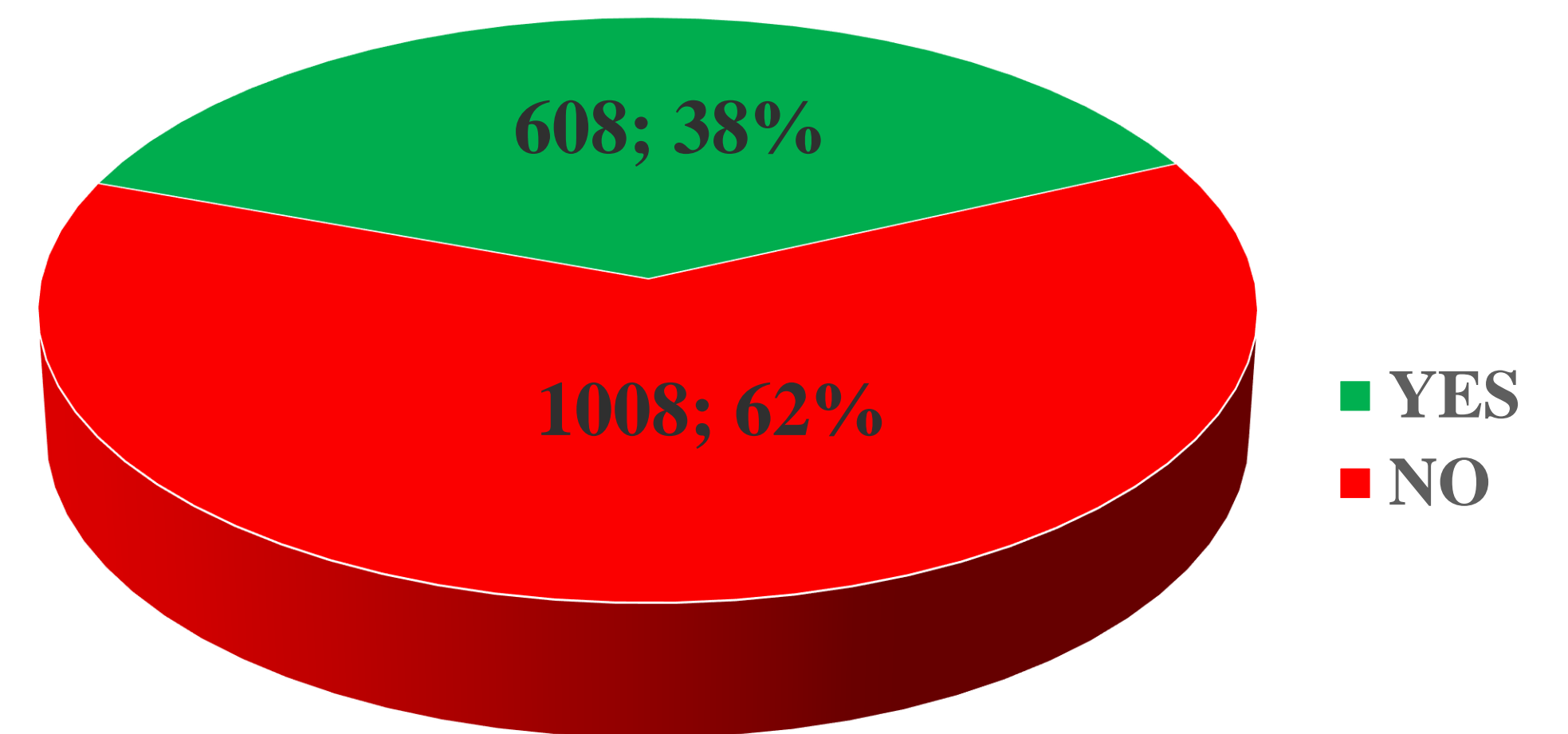
MALNUTRITION RISK

n=1616



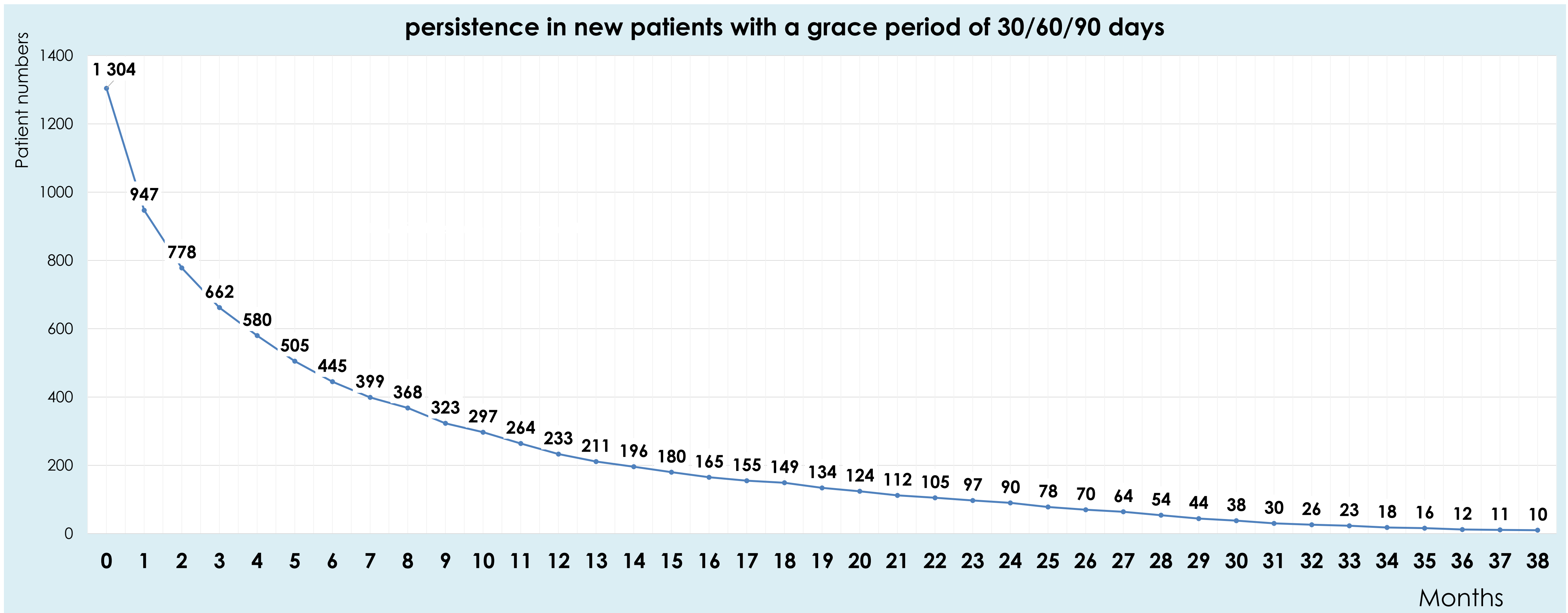
NUTRITION THERAPY WITH ONS

n=1616



59% are at risk for malnutrition and only 38% receive nutritional therapy with ONS

INCIDENCE, PREVALENCE AND PERSISTENCE OF NUTRITION THERAPY IN HEAD AND NECK TUMORS



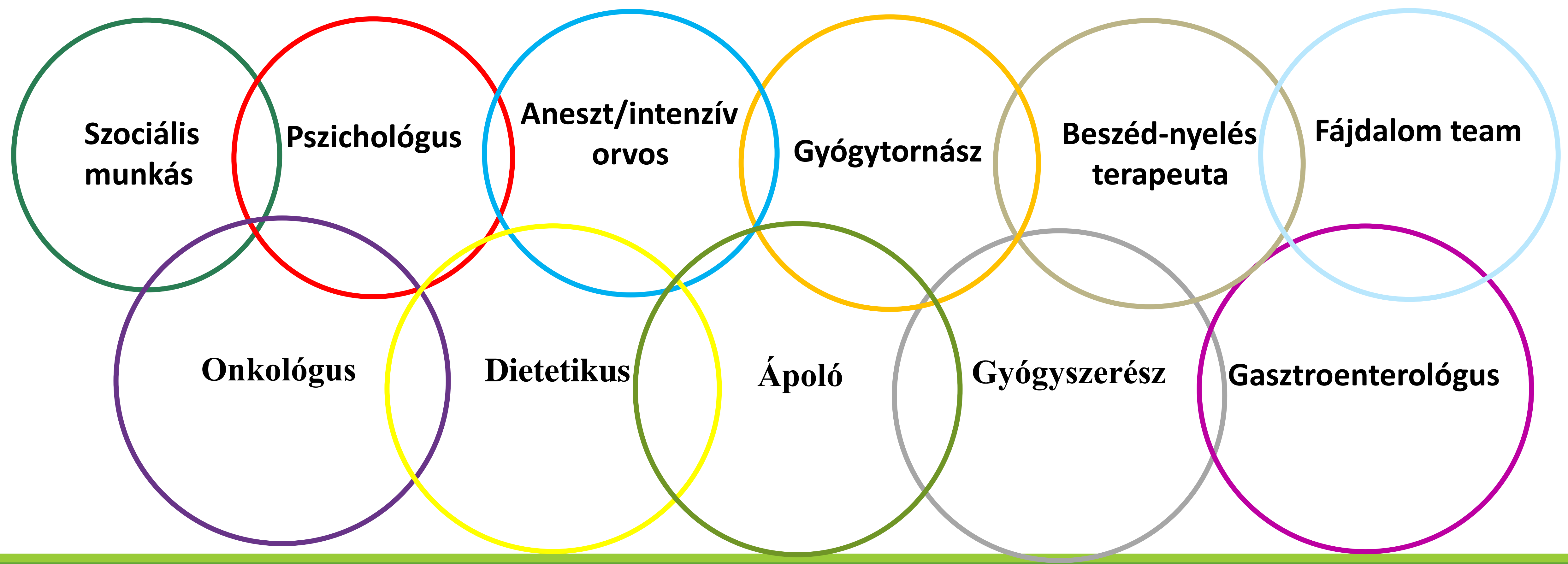
Tanulság

Citius fortius altius helyett, táplálásterápiás olimpiai mozgalom



Magis – Diutius - Melius / Többet - Hosszabban -Jobban

Multidiszciplináris - multiinstrumentális



Köszönöm
a
figyelmet!

