

Palyatif Bakım Hastalarında Malnütrisyon *Malnutrition Approach in the Palliative Care Patients*

Özet

Palyatif bakım, tıp alanında kür sağlamaksızın semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi anlamında kullanılan bir terimdir. Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların ve yandaş sorunların erken ve kapsamlı bir biçimde tanımlanarak önlenmesi ve azaltılması fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerin karşılanmasına yönelik uygulamalar palyatif bakım kapsamında yer alır (1).

Malnütrisyon global bir toplum sağlığı sorunudur. Palyatif bakım hastaları nütrisyonel yönden değerlendirilmeli, gerekli görülen hastalara beslenme desteği başlanmalı ve düzenli aralıklarla izlenmelidir. Beslenme tedavisi planlanırken ağız yolu ile beslenme öncelikli olmalıdır. Hasta için uygun gıdalarla diyet düzenlenip oral alım zorlanmalıdır. Doğal beslenme en kolay ulaşılabilecek, en ucuz yöntemdir.

Tüm çabalara rağmen doğal beslenme yeterli olmuyorsa, malnütrisyon gelişmeden sindirim sisteminin fonksiyonelliğine göre enteral ya da parenteral beslenme desteği başlanır. Aksi takdirde malnütrisyon, yara iyileşmesinde bozulmaya, immun sistemin baskılanmasına, çizgili kas kitlesinde azalmaya, barsak mukozasında atrofiye, yaygın ödem gelişimine, kognitif fonksiyonlarda gerilemeye yol açar.

Abstract

Palliative care, in the medical field, is a term that is used for relieving and alleviating the symptoms without curing. Prevention and reduction of life-threatening symptoms resulting from the disease and related problems with early and comprehensive diagnosis; and applications towards the physical, psychological, social and spiritual needs of patients are all within the scope of Palliative care (1).

Malnutrition is a global public health problem. Palliative care patients should be evaluated, if needed nutritional support should be started and they should be monitored at regular intervals. While planning the Nutritional Therapy, feeding orally should be a priority. Appropriate diet for the patient should be arranged and the patient should be forced for oral intake first. Natural feeding is the easiest and cheapest method.

Despite all the efforts, if feeding in natural ways is not enough, before malnutrition occurs enteral or parenteral nutritional support is initiated according to the functionality of the digestive system. Otherwise, malnutrition causes impaired wound healing, suppression of the immune system, a decrease in skeletal muscle mass, atrophy of the intestinal mucosa, generalized edema development and decline in cognitive functions.

Doğumla beklenen yaşam süresinin uzaması insanoğlunun en önemli başarılarından dır. Bu aşamada amaç; uzayan yaşam süresinde yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Yaşam

Uzm. Dr. Özge TUNCER

Uzm. Dr. Aslı BAYINDIR

Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:

Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

Tel/phone: +90 505 931 13 28

Mail: dr.ozgeucman@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

Palyatif bakım,
malnütrisyon.

Keywords:

Palliative Care, malnutrition.

Geliş Tarihi - Received
08/03/2016

Kabul Tarihi - Accepted
15/04/2016

kalitesini geliştirmek üzere yapılan çalışmalar özellikle malignite gibi kronik ölümcül hastalarda ve yaşlı bireylerde yoğunlaşmaktadır. Bireylerin yaşamlarının son dönemlerinde ortaya çıkan gerek hasta gerekse hasta yakınının fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik yönden yaşadıkları sınıtlar yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Bu tür hastalarda yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yaklaşımların tümünü kapsayan palyatif bakım hizmetleri önem kazanmaktadır. Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon önemli bir sorundur. Beslenmenin değerlendirilmesi ve desteklenmesi palyatif tedavinin önemli unsurlarından birisidir. Beslenme bozukluğu saptanan hastalara beslenme desteği yapılması kararı verilirken, hastalığın beslenmeye etkisi ve beslenme desteği ile hastalığın gidişine ya da yaşam kalitesine katkı sağlanıp sağlanamayacağı göz önünde bulundurulmalıdır (5).

Malnütrisyon, tüketilen besin ögelerinin (protein, enerji ve diğer nutrientlerin) alımı ile değişen metabolizma ihtiyaçlarının karşılanması arasındaki süreğen dengesizliği ifade eder. Bunun sonucunda vücut kitlesi kaybı, organ-sistem fonksiyon yetersizliği ortaya çıkar. Malnütrisyon denildiğinde geleneksel olarak protein ve/veya kalori (protein-enerji) malnütrisyonu kastedilir. Malnütrisyon tanısı için halen genel kabul edilmiş uluslararası kriter yoktur. Vücut ağırlığının son 6 ayda %10'dan fazlasının kaybı ya da pek çok yayında kullanılan nutrisyonel skorlar; Subjective Global Assessment (SGA), Nutritional Risk Index (NRI), Mini Nutritional Assessment (MNA), the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ve Nutritional Risk Score (NRS-2002) en yaygın kabul görenlerdir (6).

Malnütrisyon Sıklığı: Hastanede yatan hastaların %30-60'ında malnütrisyon sözkonusu olup bunun %10-25'i ağır dereceli malnütrisyonudur. Solunum sistemi hastalıklarında %45, inflamatuvar barsak hastalıklarında %80, malign tümörü olanlarda %85'e varan oranlarda malnütrisyonu rastlanırlar (7).

Malnütrisyon Riski Altındaki Hastalar: Organ nakli yapılmış, nörolojik, onkolojik hastalar, palyatif bakım, geriatri, yoğun bakım, majör cerrahi, genel medikal hastalardır (8).

Malnütrisyonun nedenleri:

- Yetersiz gıda alımı
- Gıda ihtiyacının artması
- Malabsorbsiyon
- Malign hastalıklar
- Enfeksiyonlar

Kanser hastalarındaki malnütrisyon tümörün yerine, tipine, evresine, uygulanacak tedaviye tedavinin olası etkilerine, hastanın ekonomik koşullarına kişilerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerine bağlı olarak farklılık gösterir. Üst ya da alt gastrointestinal sistemde ki tıkanıklık veya darlık nedeniyle gıda geçişinin ve emiliminin engellenmesi, kanser hastalarının kilo kaybetmesine neden olan en önemli sorunlardan biridir. Özellikle baş boyun kanserli hastalarda oluşan ağız içi lezyonlar oral gıda alımını etkiler. Ayrıca Onkoloji hastalarına uygulanan kemoterapiye bağlı anorek-

si, bulantı, kusma, ishal, tat ve koku almada değişiklik, mukozit gibi istenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (3).

Malnütrisyonun Önemi: Genel olarak malnütrisyon, yara iyileşmesinde bozulmaya, immun sistemin baskılanmasına, çizgili kas kitlesinde azalmaya, barsak mukozasında atrofiye, yaygın ödem gelişimine, kognitif fonksiyonlarda gerilemeye, genel olarak fonksiyonel kapasitelerde düşüşe neden olur.

Malnütrisyonun Vücut Fonksiyonlarına Etkileri

Anksiyete ve depresyona eğilim artar. B1, B12, kalsiyum, magnezyum, fosfat düzeylerindeki değişiklikler nörolojik fonksiyonları olumsuz etkiler.

Pulmoner parankim morfolojisi değişir. %20 den fazla protein kaybı diyafram başta olmak üzere solunum kaslarının yapı ve fonksiyonunu etkiler. Hipoksi ve hiperkapniye yanıt bozulmuştur.

Kalp kas kaybı ile kardiyak debi azalır, bradikardi, hipotansiyon ve aritmi eğilimi doğar. Uzamış malnütrisyon neticesinde periferik dolaşımda da bozulma olur.

Renal plazma akımı, glomeruler filtrasyon hızı azalır. Su tuz yükünü atabilme kapasitesinde azalma, ekstrasellüler sıvı hacminde artma ve ödem oluşur.

Uzun süren açlık söz konusu ise villus boyut, kript sayı ve boyutlarında azalma ile mukozal atrofi gelişir. Enterosit ve kolonosit yıkılımı artar. Lipid, karbonhidrat ve protein emilimi bozulur. Enzim salınımında azalmalar gözlenir. Gastrik, pankreatik, biliyer sekresyonların azalması ile malabsorbsiyon ve sıklıkla diyare gelişir. İntestinal bariyer fonksiyonları bozulur.

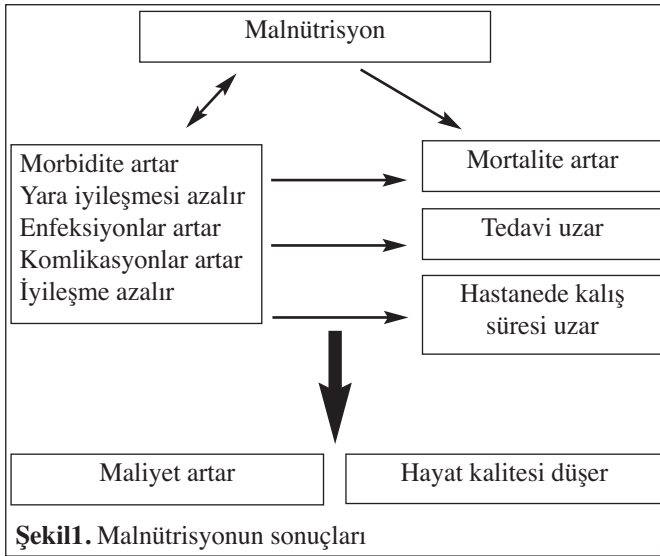
Malnütrisyon ileri boyutlara ulaştığında soğuğa bağlı oluşan vazokonstriksiyon ve termojenik reaksiyon bozulur. Açlık ve kilo kaybı malnütrisyon olmadan da hipotermi eğilimi nedenidir. Ağır malnütrisyonunda febril yanıt kaybolur, enfeksiyon varlığında bile ateş görülmeyebilir.

İmmun sistem malnütrisyonla bozulur. Sadece açlıkla bile T lenfositler ve kompleman sisteminde değişiklikler başlar. Malnütrisyonla timus atrofiyi gelişir. Malnütrisyon hipoalbuminemiye neden olmuş ise protein sentezi dolayısı ile sitokin metabolizması etkilenir. IL-1 aktivitesi baskılanır. Bu aktivitede azalma lenfosit üretim hızında azalmaya yol açar. Kompleman sisteminin etkilenmesi fagositoz, kemotaksis ve bakterilerin hücre içi yıkımı fonksiyonlarını bozar.

Yara iyileşmesinin erken safhası gecikir. Sonuçta; enfeksiyon riski artar. Yara iyileşmesi gecikir (7).

Fizik Muayene Bulguları

- Kas kitlesi ve gücünde azalma
- Yağ depolarında azalma
- Periferik ödem
- Asit
- Cilt lezyonları, turgor tonus değişiklikleri
- Anguler stomatit, gingivit, glossit
- Tırnaklarda deformiteler
- Parestezi ve nöropatiler



Malnütrisyon nutrisyonel bir sorun olarak, nutrisyonel değerlendirme yöntemleriyle objektif hale getirilir.

Bilinen nutrisyonel değerlendirme yöntemlerinden en sık kullanılanları; Antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, üst kol çevresi, triseps deri kalınlığı gibi), laboratuvar (serum albumin, transferrin, prealbumin, retinol bağlayıcı protein, lenfosit sayısı, azot bilançosu) parametreleridir.

ESPEN'in Önerdiği Tarama Araçları

- Toplum için:
- Malnutrition Universal Screening Tool (BAPEN, 2002)
- Hastanede yatanlar için:
- Nutrisyonel Risk Taraması - NRS - (ESPEN, 2002)
- Yaşlılar için:
- Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (Vellas, 1999)

İdeal vücut ağırlığının %80'ine sahip veya son 6 ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybeden, serum albümini 3 g/dl altında olan, serum transferrin 150 mg/dl altında olan, derinin antijenik uyarılara cevabı azalmış olan, lenfosit sayısı 1200'den az olan hastalar nutrisyonel destek yönünden aday kabul edilirler (9).

Tedavi

Etyolojik sebep ne olursa olsun özellikle şiddetli malnütrisyonu olanlarda protein, yağ, glukojen dışında potasyum, fosfat, magnezyum, çinko, selenyum gibi elementler, A, E, C tiamin, pridoksin, riboflavin gibi vitaminler de desteklenmelidir.

Oral Beslenme Desteği

Beslenme durumu değerlendirildiğinde, hafif-orta derecede malnütrisyonu olan ve az da olsa oral gıda alabilen hastalarda oral gıda alımının protein enerji açısından zenginleştirilmesi gereklidir.

Oral beslenme hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan kendini iyi hissetmesini sağlar. Noninvazivdir ve diğer beslenme yöntemlerinden ucuzdur.

Kanserli bir hastada oral gıda alımının 30-35 kal/kg/gün ve protein 1.5-2 gr/kg/gün içerecek şekilde planlanması ge-

rekmetedir. Oral yoldan alması gereken besinlerin %60'ından azını alabilen hastalar için kullanıma hazır oral beslenme solüsyonları önerilebilir. Oral beslenme ürünleri arasında iştah azlığı ve bulantı gibi nedenlerden dolayı az miktarda içildiğinde bile yüksek enerji sağlayan hiperkalorik ürünler, diyarede suda çözünebilir, konstipasyonda ise çözünmez posa içeren ürünler tercih edilmelidir (4).

Enteral Beslenme Desteği

Gastrointestinal sistem (GIS) fonksiyonel olduğu sürece enteral beslenme, total parenteral beslenmeye (TPN) tercih edilmektedir. Bu uygulama nazogastrik-nazoduodenal veya nazojejunal feeding tüpleriyle, gastrostomi veya jejunostomi tüpleri aracılığıyla yapılmaktadır. KT ve RT'ye sekonder gelişmiş ileri mukozit-özofajit varsa, oral alımı engelleyecek kadar kısıtlanmış ağız açıklığı varsa yutma fonksiyonu bozulmuşsa, ihtiyacının %50'sinden fazlasını oral yoldan alamıyorsa, GIS'i tıkayan tümör varsa tüple beslenme düşünülmelidir. Hastanın durumuna uygun olarak seçilen beslenme solüsyonu 20- 30 ml/saat hızla başlanıp hastanın toleransına göre 8 saatte bir 2 misline çıkılarak iki gün içinde hedef beslenme dozuna ulaşılabilir. Enteral beslenme uygulaması bolus, aralıklı ve sürekli infüzyon olmak üzere 3 şekilde yapılır. Enteral beslenen hastalar bulantı, diyare, kramplar, nazofarenkste rahatsızlık hissi, akut otitis media, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonlar açısından dikkatle izlenmelidir. Enteral beslenme; durdurulamayan kusma, üst gastrointestinal kanama, intestinal obstrüksiyon ile üst gastrointestinal sistemde fistül varsa önerilmez (2).

Parenteral Beslenme Desteği

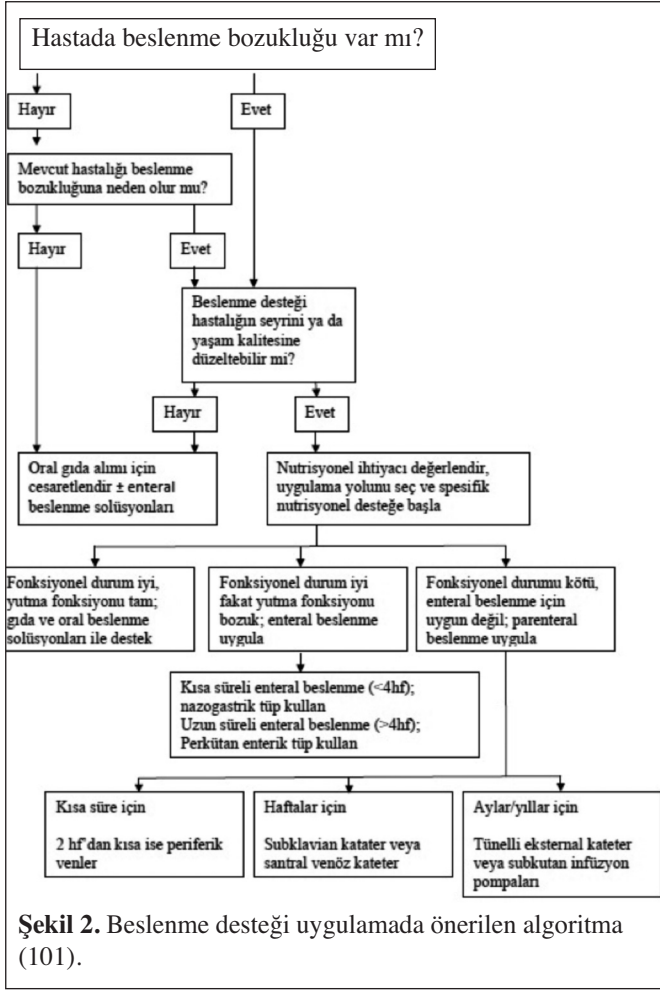
Malnütrisyon gelişmesi açısından riskli olan ve beslenme desteğine ihtiyaç duyulan hastalarda, beslenme açığı enteral yolla kapatılamıyorsa parenteral beslenme uygulanmalıdır.

Bu hastalar, günlük enerji ve protein gereksiniminin %60'dan fazlasını oral veya enteral yoldan karşılayana kadar parenteral beslenme sürdürülmelidir.

Total parenteral nütrisyonunda aminoasit, karbohidrat ve lipit solüsyonları hastanın günlük sıvı ve kalori ihtiyacına, yaşına, vücut ağırlığına, biyokimyasal parametrelere, hastalığın getirdiği ek yüklerle göre hesaplanmalı, planlanmalı ve uygulanmalıdır. TPN, hastaya periferik veya santral venöz yollarla uygulanabilir (3).

Nutrisyonel Destekte Dikkat Edilecek Durumlar

- Verilecek destek dikkatle monitorize edilmelidir.
- Günlük vücut ağırlığı ve sıvı balansı ölçülmelidir.
- Elektrolit, vitamin, eser element değişikliklerine ait klinik işaretlerin takibi gerekir.
- Kan şekeri ve gerekiyorsa insulin takip skalasının oluşturulması gerekir.
- Kreatinin, üre, elektrolitlerin (özellikle Na, K, P, Ca, Mg) ihtiyaca göre günlük-haftalık takibi yapılmalıdır.



- Haftalık albumin ölçümü ile beslenme desteğinin yeterliliğinin kontrolü gerekir.
- Karaciğer fonksiyon testleri ve INR ile özellikle parenteral beslenmenin hepatobilyer komplikasyonlarının değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- Folat, B12, uzun süreli destek programı söz konusu olduğunda selenyum ve çinko gibi mikronütrientlerin de takibi gerekir.
- Parenteral beslenmelerde 4 saatlik infüzyona ara verilmesinden sonra ölçülmek üzere haftalık trigliserid, kolesterol ölçümleri önerilir. Enteral ve parenteral beslen-

me uygulanan hastalar yakın takip edilmelidir. Enteral beslenmede beslenme tüpleri, parenteral beslenmede kateter yerleri komplikasyonlar yönünden gözden geçirilmelidir (11).

Kaynaklar

1. Kahveci K, Gökçınar D.2014. "Dünya'da ve Türkiye'de palyatif bakım" Editörler:Kahveci K. Gökçınar D.1.baskı Nobel Tıp Kitapevi,İstanbul:1-6
2. Koretz RL. Enteral nutrition: a hard look at some soft evidence. *Nutr Clin Pract* 2009;24(3):316-324.
3. Huhmann MB, August DA. Review of American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Clinical Guidelines for Nutrition Support in Cancer Patients: nutrition screening and assessment. *Nutr Clin Pract* 2008; 23(2): 182-188.
4. McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *J Parenter Enteral Nutr* 2009; 33(3) :277-316.
5. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu 25.04.2013, İzmir.
6. Lochs H, Allison SP, Meier R, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics. *Clin Nutr*2006; 25: 180-186.
7. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease related malnutrition. *Clin Nutr* 2008; 27: 5-15.
8. Soler JJ, Sanchez L, Roman P, Martinez MA, Perpina M. Prevalence of malnutrition in outpatients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 250-258.
9. Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease.Lawrence J. Brandt. *Nutritional Assessment and Management of the Malnourished Patient. Section III, Chapter 15: 319-51*
10. Kulick D, Deen D. Specialized Nutrition Support. *Am Fam Physician* 2011; 15(2): 173-183.
11. Baker H. Nutrition in elderly: Diet pitfalls and nutrition advice. *Geriatrics* 2007; 62: 24-26.