




Výživa pacientů po operacích v oblasti hlavy a krku



MUDr. Pavla Urbánková
Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku
FN U Sv. Anny, Brno
Přednosta: prof.MUDr. R. Kostřica, CSc.



Proč řešit něco tak banálního aneb specifika ORL ve vztahu k výživě

- Lokalizace postižení v oblasti esenciální pro příjem potravy
 - Závažné sekundární místní následky radikálního léčebného přístupu – operace, radioterapie, chemoterapie
 - Celkové projevy a následky onemocnění a terapie
 - Postižení komplexních mechanismů příjmu potravy (polykací reflex)
 - Socioekonomická charakteristika – typický ORL onkologický pacient s nádorem
- 



Malnutrice

- Proteinová – chybí příjem kvalitních bílkovin při zachovaném energetickém příjmu
- Energetická – nedostatečná energetická hodnota přijímané potravy při zachovaném zastoupení základních složek
- Smíšená = proteinově-energetická – nekvalitní strava v nedostatečném množství

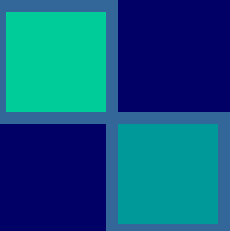

Až 40% pacientů je postiženo malnutricí

Až 4% malnutričních pacientů na tuto „dg“ umírá





Rizikové skupiny pacientů

- 
- Pacienti s onkologickým onemocněním - **CAVE – nechtěný pokles hmotnosti může být prvním projevem nádoru**
 - Geriatrictí pacienti – komplexní vliv více chorobných stavů, nedostatečná ošetrovatelská péče
 - Pacienti v kritickém stavu (MODS, MOF, sepse)
 - Pacienti s neurologickým postižením (stavy po úrazech, CMP, s degenerativním onemocněním CNS)
- 

Nutriční screening

Iniciální screening

- Je BMI < 20,5 ?
- Zhubl pacient v posledních 3 měsících?
- Přijímal pacient méně potravy v posledním týdnu?
- Je pacient vážně nemocný?

ANO: Jestliže je odpověď na kteroukoli otázku ANO provádí se rozšířený screening

NE: Jestliže je odpověď na všechny otázky NE opakuje se tento screening za týden. Pokud je například pacient před větším operačním výkonem, mělo by se zvážit vypracování preventivního nutričního plánu.

Prevalence malnutrice u pacientů dle typu onemocnění

- Pacient s nádorovým onemocněním 5 - 80%
- Pacient s idiopatickým střevním onemocněním 0 - 90%
- Pacient s neurologickým onemocněním 4 - 66%
- Pacient v kritickém stavu 0 - 100%
- Pacient s renálním selháním 10 - 72%
- Pacient s respiračním selháním 5 - 60%
- Staří nemocní 0 - 85%



Již tumor o hmotnosti 0,001%
může zapříčinit fatální kachexii





Operační výkony v oblasti hlavy a krku ve vztahu k výživě

- Narušují anatomické uspořádání
- Porušují fyziologické mechanismy
- Poškozují i nervové regulace a reflexní mechanismy řízení – polykací akt



Operační výkony v oblasti hlavy krku ve vztahu k výživě II – volba typu pooperační výživy




- Celkový stav pacienta
- Předoperační stav výživy
- Typ a rozsah výkonu
- Pooperační komplikace (lokální – poruchy hojení, celkové – sepse, orgánové selhání, poruchy CNS, dysfunkce GIT)
- Následná terapie (radioterapie, chemoterapie, odložené rekonstrukční výkony)
- Prognóza nemocného





Doporučené výživové dávky po větším výkonu

- Energetický příjem 30-35kcal / kg
 - Proteiny 1,2- 1,8g/ kg – 10-15% energie, z toho 15mg /kg esenciálních aminokyselin
 - Sacharidy 3-5g/kg – 50-60% energie , do 300g glukózy / den
 - Lipidy 1-2g /kg -25-40% energie, důležité zastoupení PUFA
 - Minerály / K ,Na, Cl, F ,Mg/, vitamíny, mikronutrienty / Fe, Zn, Cu, Se.../
- 

I. Malé výkony se žádným nebo minimálním omezením příjmu potravy do 3-5 dní

Adenotomie, probatorní excise , menší výkony ze zevního přístupu

- V den operace infuzní terapie s částečným doplněním energie i.v. glukózou
- Od 1. pooperačního dne přechod na plnou výživu per os
- Kuchyňská úprava modifikována dle typu vý (kašovitá, tekutá)



II. Výkony omezující příjem potravy do 7-10 dní

Excise z jazyka , rozšířená tonsilektomie, transorální resekční výkony , větší incize abscesových ložisek hltanu, sutury větších ran

- V prvních 2-3 dnech parenterální přívod tekutin a parenterální výživa do periferní žíly (bílkoviny+cukry, bílkoviny+tuky+cukry)
- Postupná šetrná realimentace – firemně dodávané produkty pro sipping, parenterální přívod doplňkové – nutno zabránit dehydrataci !!
- Převedení na plnou výživu per os – eliminace dráždivých, kořeněných jídel, preferována kašovitá úprava, dostatek tekutin



III. Rozsáhlejší výkony znemožňující výživu per os po dobu 2-3 týdnů

Totální a parciální laryngectomie, resekční výkony z faryngotomie, parciální faryngektomie, parciální glosektomie, lalokové plastiky apod.

- Peroperační zavedení nazogastrické či nazoduodenální sondy
- V den operace hrazení ztrát tekutin, proplachy sondy, při zvracení sonda na spád
- Od 1. pooperačního dne zahájení enterální výživy sondou s postupným dosažením potřebné dávky
- Zpočátku bývá lépe tolerován režim kontinuálního podávání nutriční pumpou poté přechod na podávání bolusové
- Při dysfunkci GIT – zvracení, reflux stravy, hypomotilita GIT, intolerance výživy nutná plná nebo částečná parenterální výživa, optimálně do centrální žíly



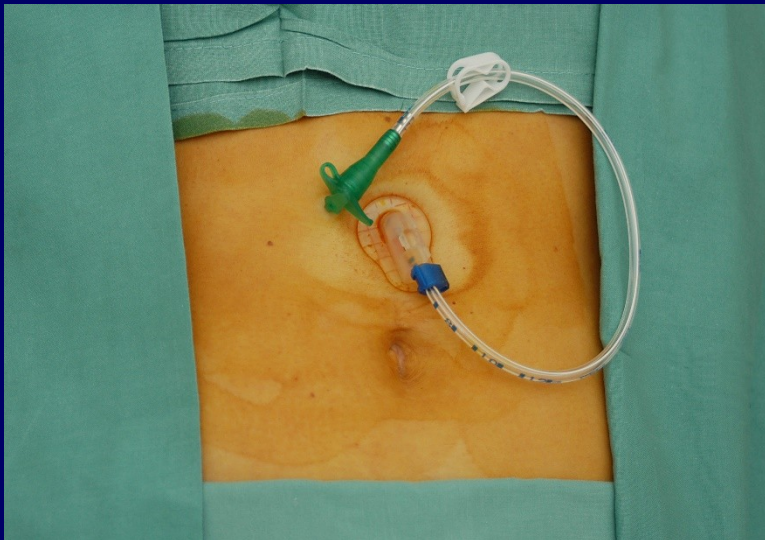
IV. Velmi rozsáhlé výkony omezující či znemožňující příjem potravy déle než 3 týdny

**Totální glosektomie, faryngolaryngektomie,
totální faryngectomie, bukofaryngektomie,
resekce krčního jícnu**

- Předoperační nutriční podpora
- Předoperační provedení gastrostomie – preference endoskopického přístupu
- Po výkonu časná zatížení enterální výživou do gastrostomie, parenterálně doplnění tekutina korekce vnitřního prostředí
- S gastrostomií a enterální výživou pacient odchází i do domácího léčení, s výhodou je tímto způsobem zajištěna výživa při následné onkologické léčbě



Perkutánní endoskopická gastrostomie X klasická gastrostomie dle Witzela či Kadera



Zavádění PEGu při resekčním výkonu přístupem z krčního jícnu






V. Inoperabilní tumory a stavy trvale znemožňující výživu per os

- Volba zajištění výživy s ohledem na prognózu pacienta a lokální nález
- Preference neinvazivních technik – lze tolerovat i zavedení sondy po dobu až 3 měsíců
- Preference fyziologické enterální výživy
- Parenterální výživa pouze krátkodobě, dlouhodobá úplná parenterální výživa nemá z ORL indikace opodstatnění
- Podpůrná léčba – megestrol acetát, analgetika, antiulcerózní léčba, prokinetika, antidepressiva
- V terminálním stavu bazální terapie – hydratace, tlumení bolesti, nezahrnuje podávání výživy

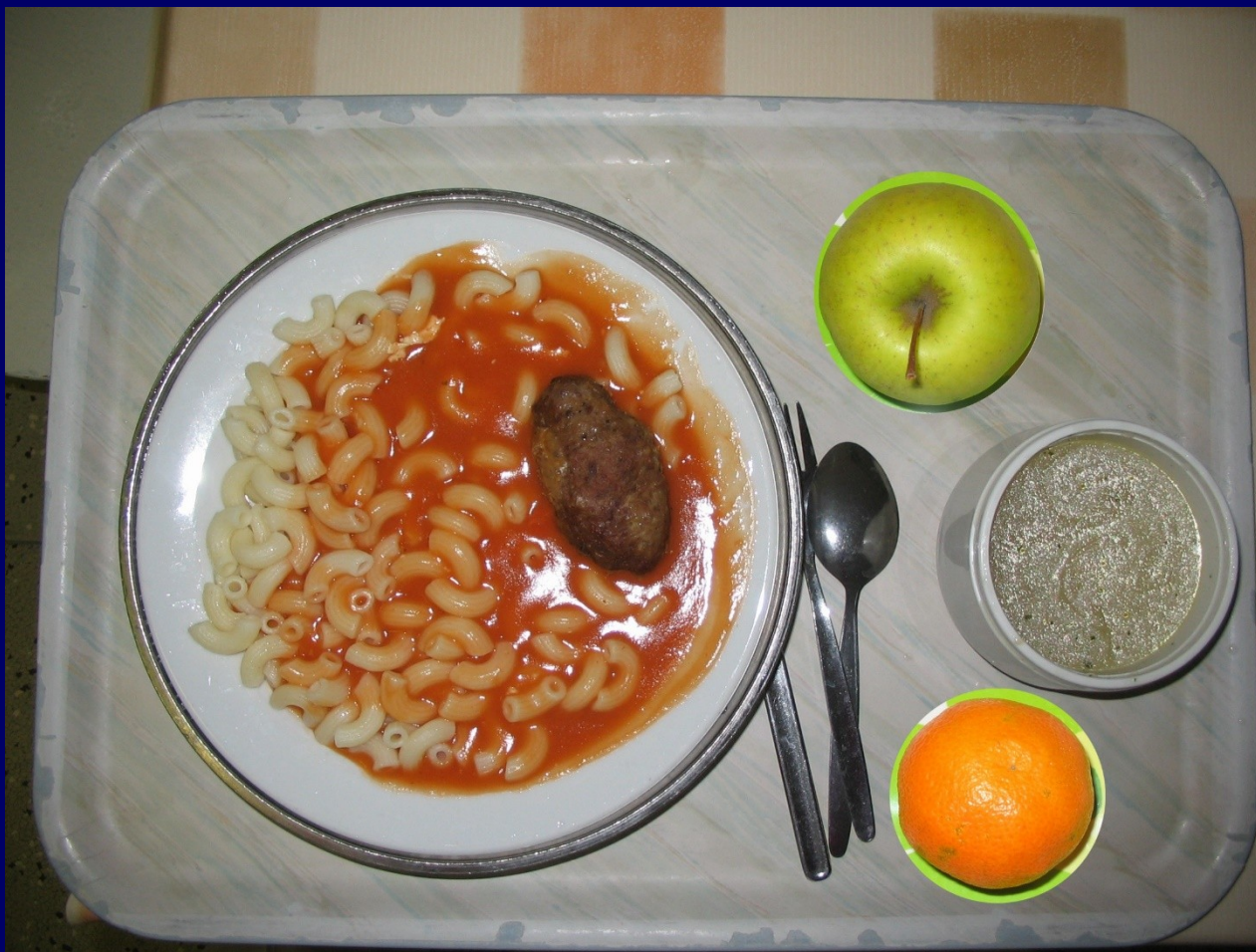




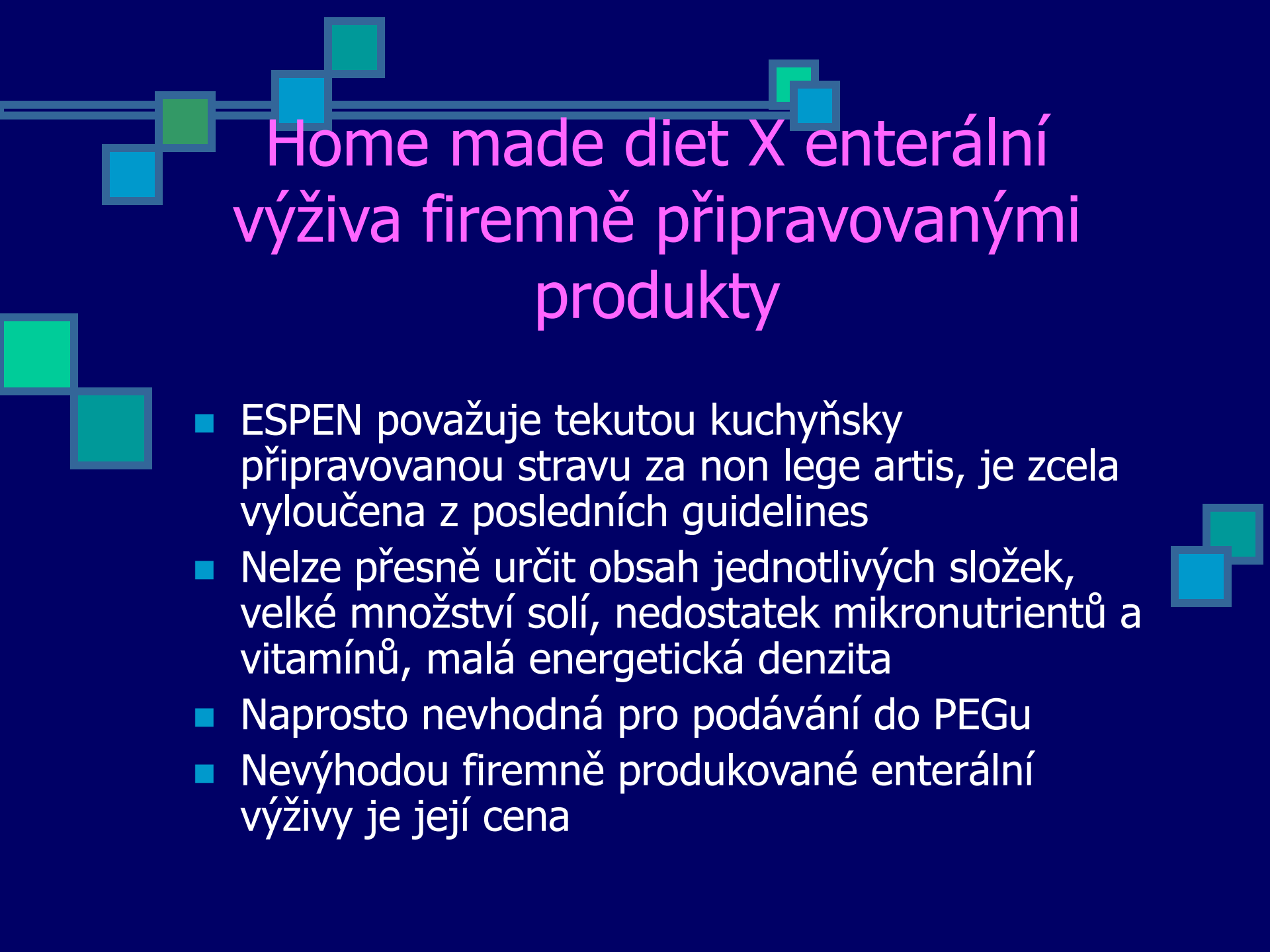
Poznámky na závěr – k nemocniční stravě

- Ekonomické problémy vedou k šetření v oblasti jídel pro pacienty
 - Preference levných surovin , zejména sacharidů, chybí kvalitní bílkoviny, tuky s polynenasycenými MK, často zcela chybí čerstvé ovoce a zelenina
 - Strava jednotvárná, nevábneho vzhledu a servírování , studená , nedostatečné množství
 - Podávaná strava neodpovídá ceně – **stravní jednotka je 130Kč**
- 





+ 7, 20 Kč



Home made diet X enterální výživa firemně připravovanými produkty

- ESPEN považuje tekutou kuchyňsky připravovanou stravu za non lege artis, je zcela vyloučena z posledních guidelines
- Nelze přesně určit obsah jednotlivých složek, velké množství solí, nedostatek mikronutrientů a vitamínů, malá energetická denzita
- Naprosto nevhodná pro podávání do PEGu
- Nevýhodou firemně produkované enterální výživy je její cena

Malá finanční úvaha - pacient 60kg

- Energetická potřeba celkem 1500kCal/den
- K tekuté dietě (D1S) je třeba doplnit 400ml firemního produktu, abychom dosáhli požadované energie a bílkovin
tj. $130 + 2 \times 40 = 210$ Kč
- 3x500 enterální výživy – Nutrison standart s požadovaným množstvím energie a bílkovin
- Tj. $3 \times 54 = 162$ Kč