

Parkinsonova choroba

Paliativní péče

Mgr. Nikola Trenzová

Obsah

Parkinsonova choroba

- obecné poznatky o PD
- etiologie
- nutriční problémy a intervence u PD
- kazuistiky
- závěr o PD

Paliativní péče

- paliativní péče, terminální stádium
- kvalita života, výkonnostní stav
- výživa v paliativní péči
- dotazníkové šetření u onkologických pacientů v paliativní péči

Parkinsonova choroba

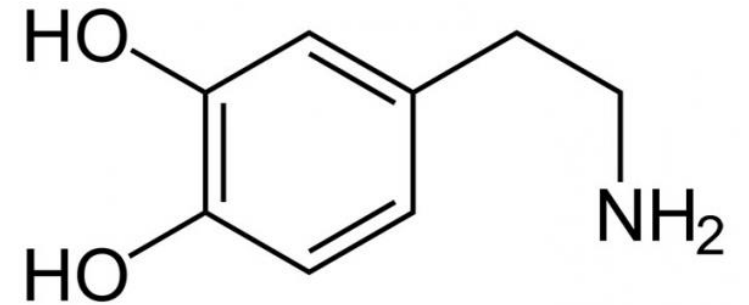
a výživa

definice

- **chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění**
- deficit dopaminu
- **motorické** a nemotorické příznaky
- individualita
- nevléčitelné onemocnění → paliativní péče

dopamin

- neurotransmitter
- katecholamin
- substantia nigra – dopaminergní neurony
- tyrozin



historie



- Ayurveda
- *De tremor*
- ***An Essay on the Shaking (paralysis agitans)***
- Jean – Martin Charcot a William Gowers
- onemocnění v oblasti mozku
- deficit dopaminu – L-dopa
- Benserazin a karbidopa
- MPTP

epidemiologie

- incidence 5 – 24 případů/
100000 obyvatel/ rok
- prevalence 1 z 1000 obyvatel
→ nad 60 let až 1 %



etiologie

- **idiopatické onemocnění**
- multifaktoriální on. (prostředí a genetika)
- endogenní/exogenní teorie

etiologie a výživa

- čaj – černý/zelený
- káva
- alkohol
- mléčné výrobky – urikémie
- kouření cigaret



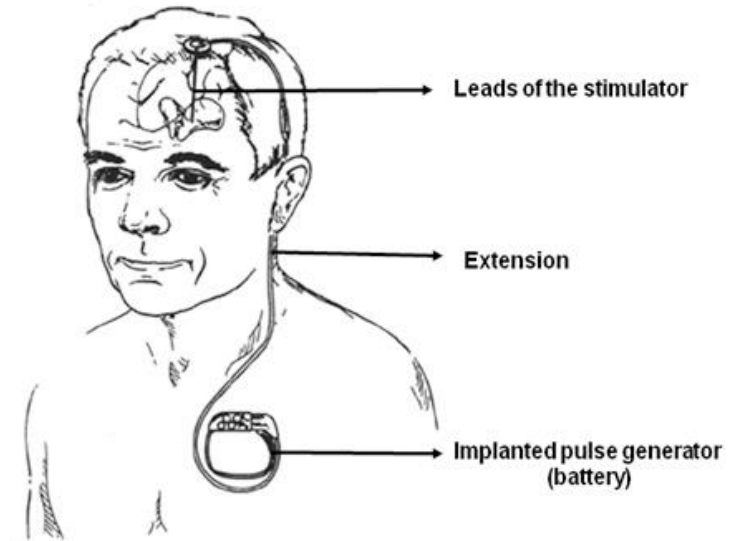
klinický obraz



- Motorické (kardinální)
 - Tremor
 - Bradykineze
 - Rigidita
 - Posturální poruchy
- Nemotorické

léčba

- multidisciplinární
- symptomatologická
- farmakologická
- neurochirurgická
- fyzioterapeutická



nutriční intervence a problémy

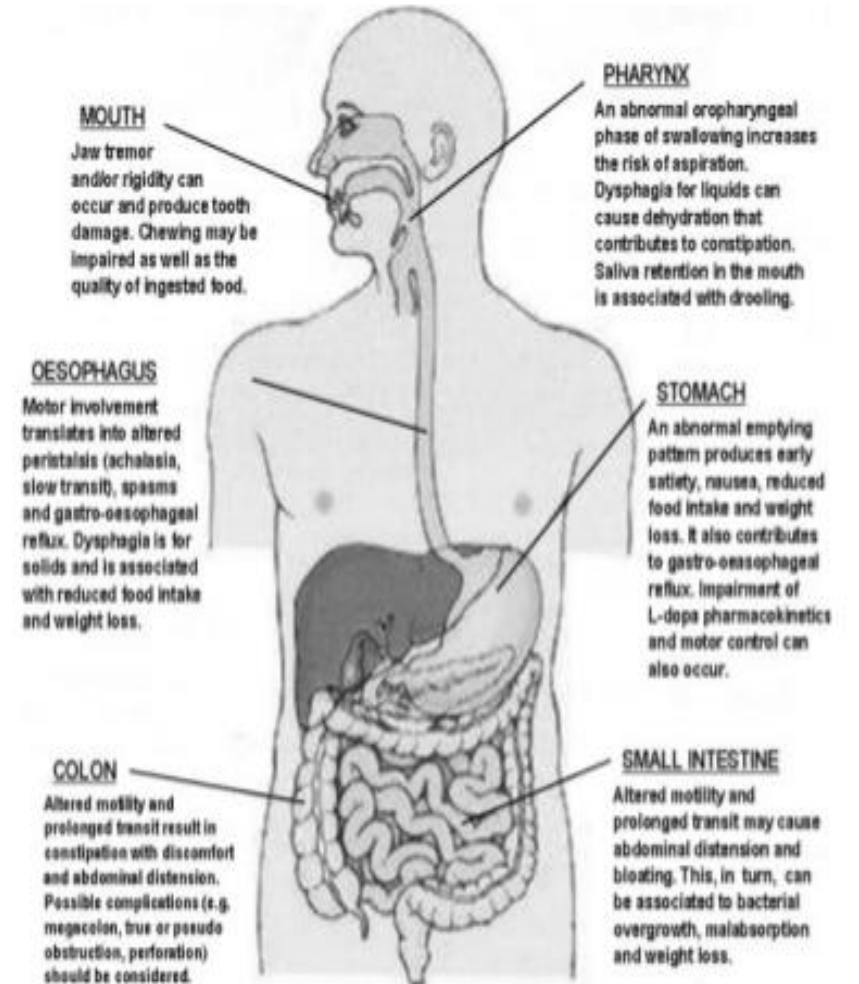


- není dieta
- ketogenní dieta
- pestrost a tekutiny
- proteiny!!!

Co ovlivňuje nutriční stav?

- Motorické příznaky
- Terapie
 - Farmakologická
 - Neurochirurgická
- Poruchy výživy a metabolismu
 - Gastrointestinální dysfunkce
 - Metabolismus
- Senzorické dysfunkce
- Deprese a demence

NUTRITIONAL MANAGEMENT OF PARKINSON'S DISEASE



vliv terapie na výživu

- Farmakologická
 - L-dopa – vstřebávání, AK, pyridoxin, nauzea a vomitus
 - Pramipexol
 - Anticholinerní léčba (parasymptolytický účinek)
- Hluboká mozková stimulace – nárůst TH

poruchy GIT

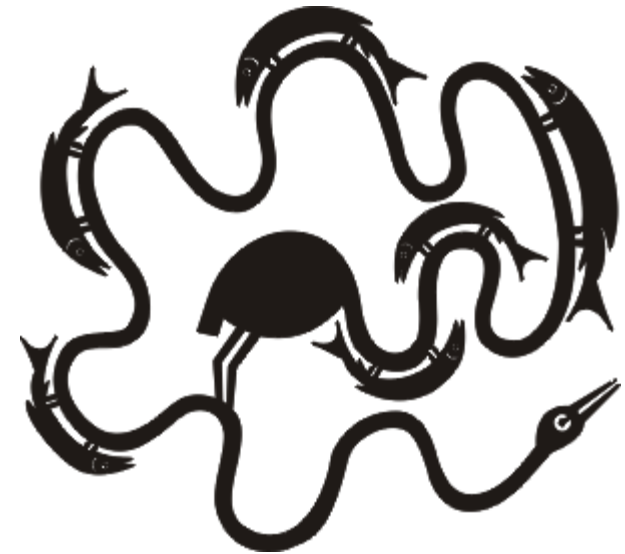
- problémy v oblasti úst
- **dysfagie**
- gastroezofageální reflux
- gastroparéza
- **obstipace**

problémy v oblasti úst

- suchost x nadměrné „slinění“
- 78 % pacientů problém s nadměrným množstvím slin
- poruchy žvýkání
- zvýšený výskyt problémů v oblasti úst → častý screening a hygiena

dysfagie

- 84 % pacientů
- znemožňující příjem stravy
- malnutrice, dehydratace, aspirace
- tuhé potraviny i tekutiny
- logoped!!!
- poloha pacienta u jídla a nutriční doporučení
- umělá výživa



GER



- sekundární porucha motility – dolní jícnový svěrač
- dysfagie a poruchy v oblasti žaludku
- antirefluxní opatření (nutriční a polohová)

gastroparéza

- pro tuhou stravu 87,5 % pacientů
- pro tekutiny 37,5 % pacientů
- snížení chuti k jídlu
- Domperidon
- tenké střevo

obstipace

- rizikový faktor vzniku PD
- prevalence 80 %
- špatně řešitelný problém
- běžné opatření v rámci obstipace (nácvik defekačního reflexu)



metabolismus

- malnutrice
- energetický výdej
- neuroendokrinní dysregulace
- dopaminergní medikace

senzorické dysfunkce ve vztahu k výživě

- hyposmie
- chuťové dysfunkce



deprese a demence



- odmítání stravy → váhový úbytek
- úbytek tělesné hmotnosti a demence (Alzheimerova choroba)

EV

- modulární dietetika – Nutisil (Nutricie)
- perorální nutriční suplementy
- perkutanní endoskopická gastrostomie (PEG)

radý a
speciální
pomůcky při
stravování



kazuistiky



- tři případy
- nutriční problémy způsobené PD

metodika

- sběr dat duben – prosinec 2012
- konzultace
- anamnestické šetření
- nutriční diagnóza a cíl
- intervence
- motivace
- hodnocení

kazuistiky

- anamnéza osobní
- nynější onemocnění
- farmakologická anamnéza
- rodinná anamnéza
- pracovní a sociální anamnéza
- nutriční anamnéza
 - třídní záznam příjmu stravy
 - hodnocení stravovacích návyků
 - nutriční potřeba a spotřeba
 - nutriční péče, diagnóza, cíl a intervence
- hodnocení
- dlouhodobý nutriční program

kazuistika A

- Ž, 61 let, TH 68 kg, TV 168 cm, BMI 24,1 kg/m²
- problémy: omezení příjmu živin, pyróza, dyspepsie po léčivech, snížená chuť k jídlu, nedostatek bílkovin ve stravě
- cíl: udržení tělesné hmotnosti, odstranění pyrózy, odstranění dyspepsie a zvýšení chuti k jídlu, zvýšení příjmu bílkovinných potravin

záznam

Tabulka 2: Záznam z 15.10.2012, pondělí – paní R. J.

Jídlo	Čas	Pokrm
Snídaně	6:30	250 ml černého čaje, 50g vánočky s máslem
Dopolední svačina		
Oběd	11:00	200 g fazolové polévky, 50g brambor, 50 g kotlety vepřové 250 ml instantní kávy s mlékem, 80 g zákusku
Odpolední svačina	14:00 16:00	½ ks banánu 250 ml černého čaje, 80 g zákusku
Večeře	17:00	150g krupicové kaše

hodnocení

- prokazatelné zlepšení pyrózy
- dyspepsie v přijatelné mezi pro pacienta
- dysfagie nezměněna
- úbytek váhy nebyl zaznamenán



kazuistika B

- M, 69 let, TH 120,3 kg, TV 186 cm, BMI 34,8 kg/m²
- ~~diagnóza: chronická zácpa, obezita I. stupně, DM II. Typu~~
- Porucha trávení, obezita (nechtěný váhový přírůstek), abnormální laboratorní hodnoty související s výživou...
- cíl: pravidelná defekace, pozvolné snížení TH
- intervence: pitný režim, nácvik defekačního reflexu, pohyb, sušené ovoce - švestky, omezení dráždivých laxativ, změna stravovacích návyků, snížení CEP, snížení množství lipidů ve stravě
- hodnocení: pravidelná defekace, TH dlouhodobý problém

kazuistika C

- M, 66 let, TV 180 cm, OP 35 cm
- diagnóza: neschopnost přijímat živiny per os, zvýšená potřeba proteinů a mikronutrientů potřebných pro hojení a prevenci dekubitů
- cíl: příjem umělé výživy přes PEG bez komplikací a správná péče o sondu, zamezit rozvoji dekubitů, příjem plnohodnotné stravy s vyšším obsahem bílkovin a mikronutrientů podporujících hojení dekubitů, udržení ideální tělesné hmotnosti
- intervence: změna množství (*1500 ml* → *1650 ml*) a druhu EV (*Nutrison standart pack* → *Nutrison advanced cubison pack*)
- hodnocení: intervence neakceptována → komunikace s lékařem předepisující EV → návrh kombinace na základě ceny EV

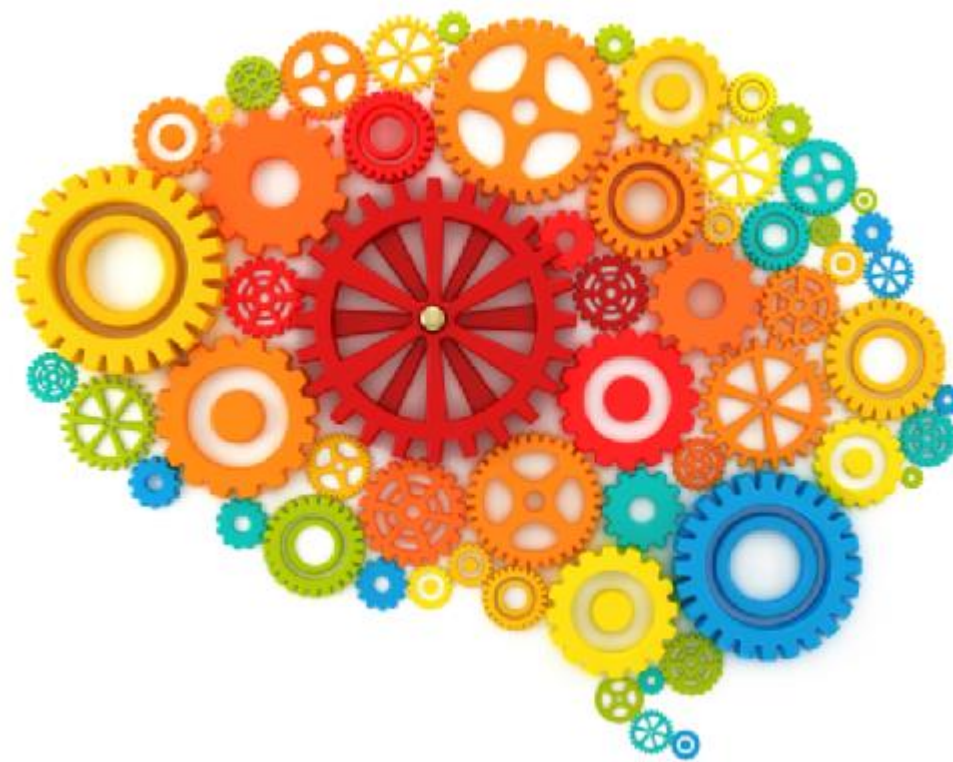
diskuze

- komunikační bariéra – zkreslená data
- ~~24~~ hodinový recall, frekvenční dotazník → rozhovor, rodina, atlas porcí
- malý zájem o stravování
- špatná akceptovatelnost změn

hlavní reference PD

- RŮŽIČKA, Evžen, Jan ROTH a Petr KAŇOVSKÝ. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 8072620487.
- PICMAUSOVÁ, J., Martin HALUZÍK a Evžen RŮŽIČKA. Poruchy výživy a metabolismu u Parkinsonovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie : časopis českých a slovenských neurologů a neurochirurgů*. 2012, roč. 75, č. 2, s. 179–184.
- ROTH, Jan. Výživa a Parkinsonova nemoc. *Parkinson : časopis Společnosti Parkinson*. 2005, č. 18, s. 12–13. ISSN 1212-0189.
- PFEIFFER, Ronald F. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*. leden 2011, roč. 17, č. 1, s. 10–15. ISSN 1353-8020.
- BARICHELLA, Michela, Emanuele CEREDA a Gianni PEZZOLI. Major nutritional issues in the management of Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*. říjen 2009, roč. 24, č. 13, s. 1881–1892. ISSN 1531-8257.

přestávka



Paliativní péče

a výživa

definice

Paliativní péče

- nevléčitelně nemocní pacienti
- samostatný lékařský obor
- holistický přístup: bio-psycho-socio-spirituální jedinec
- saturace potřeb
- orientace zaměřena na kvalitu života

Terminální stádium

- poslední dny – hodiny před smrtí
- umírání
- mělo by být rozpoznáno

úvod

- **PALIATIVNÍ PÉČE** je samostatný, komplexní a aktivní lékařský obor, který se věnuje nevléčitelně nemocným pacientům.
- Orientace je zaměřena především na udržení **KVALITY ŽIVOTA**.
- **KACHEXIE a ANOREXIE** se vyskytuje u více než 80 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním.
- Za cíl nutriční podpory obvykle považujeme zlepšení nutričního stavu, jeho udržení nebo pouze **ZPOMALENÍ PROGRESE**.

QoL

KVALITA ŽIVOTA (WHO):

„Kvalita života je to jak jedinec vnímá svoje postaveni v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a obavám“.

performance status

- výkonnostní stav
- performance status
- zhodnocení celkové fyzické aktivity nemocného

paliativní péče v onkologii

- PACIENTI S PROTINÁDOROVOU LÉČBOU
 - přežití v řádu let
 - cíl: standardní nutriční péče → léčba a podpora
 - vše
- PACIENTI S POUZE SYMPTOMATICKOU PALIATIVNÍ PÉČÍ V RELATIVNĚ STABILIZOVANÉM STAVU
 - přežití v řádu měsíců
 - cíl: udržení stávajícího nutričního stavu, udržení funkčního stavu, zlepšení nebo udržení kvality života
 - poradenství, dieta, sipping, umělá klinická výživa individuálně
- PACIENTI S POUZE SYMPTOMATICKOU PALIATIVNÍ PÉČÍ S PROGRESIVNÍM ZHORŠENÍM – TERMINÁLNÍ STÁDIUM
 - přežití v řádu dnů
 - cíl: zmírnění diskomfortu
 - poradenství, dieta, sipping

perorální výživa

- chuť k jídlu a schopnost jíst → důležitý aspekt kvality života
- pomáhá udržet psychický stav pacienta

• **PRVNÍ VOLBA → PERORÁLNÍ VÝŽIVA PODLE DIETNÍ RADY**

- Úprava diety může být zvláště významná u nemocných s nechutenstvím, vleklými polykacími potížemi, suchosti v ústech nebo chronickou nevolností, při anorexii může být apetit stimulován malým množstvím alkoholického nápoje.

k zamyšlení...

- AGRESIVNÍ NUTRIČNÍ PODPORA V POKROČILÉM STÁDIU ONEMOCNĚNÍ?
- KONTROLA NUTRIČNÍHO STAVU PACIENTA?
- VÝŽIVA JAKO PSYCHICKÝ ZDROJ NAPĚTÍ?

EV a PV

- Individuálně - sondová enterální výživa, včetně perkutánní endoskopické gastrostomie
- Příkladem úspěšného použití PEGu je progredující nádor v oblasti krku
- Parenterální výživa indikována na základě jejího očekávaného přínosu (zlepšení kvality života)
- Parenterální výživa by neměla být používána k prodlužování života, nezbytná je přitom podrobná diskuze s nemocným i jeho rodinou a jejich jednoznačně pozitivní přístup

hydratace a dehydratace

- Dostatečná hydratace je považována za bazální součást péče
- Přítomnost symptomů souvisejících s dehydratací a vliv nedostatečného příjmu tekutin na kvalitu života
- V terminální fázi je výrazně snížena potřeba hydratace
- Hydratace - větší produkce moči, střevních šťáv, bronchiálního sekretu, a tím častější odsávání, zvracení, zhoršení edémů, výpotků a také zhoršení kardiální dekompenzace
- Omezení komfortu ze zavedené kanyly - hospitalizace
- Intravenózní vs. subkutánní

ukončení výživy

- Jídlo jako symbolická hodnota
- Na konci života význam klesá – zátěž pro pacienta
- Neprospěšná nutriční podpora – umocnění utrpení nemocného, prodloužení fáze umírání
- Pacienti často pokračují ve výživě, aby uklidnili své blízké – komunikace s pečujícími
- Respektování přání pacienta
- Nepřítomnost hladu a žízně – přirozený projev umírání
- Neplatí žádné dietní omezení

pohled
nemocného vs.
ošetřovatele

Pouze 36 % pacientů uvedlo, že mají obavy ze ztráty chuti k jídlu, ale 87 % pečovatelů mělo úzkost z nechutenství u svých pacientů. Pečovatelé vnímají podání jídla jako projev lásky a péče. Pečovatelé se domnívají, že snížený příjem stravy je spojen se zhoršeným stavem pacienta.

POOLE, Karen a Katherine FROGGATT. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? *Palliative Medicine* [online]. 2002, roč. 16, č. 6, s. 499–506. ISSN 0269-2163,1477-030X.

dotazníkové šetření

praktická část DP

cíl

- ❖ Zhodnocení nutričního stavu, posouzení kvality života a zkoumání **VZTAHU** mezi nimi.
- ❖ **KVALITA ŽIVOTA A VÝKONNOSTNÍ STAV** je ovlivnitelný **NUTRIČNÍM STAVEM**.

metodika

- ❖ Sběr dat 3 – 11/2014
- ❖ Metoda sběru pomocí **DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ** s oporou o zdravotnickou dokumentaci a odběrem antropometrických hodnot
- ❖ Rozšířené sledování (telefonní konzultace)

nástroje

Nevalidizované

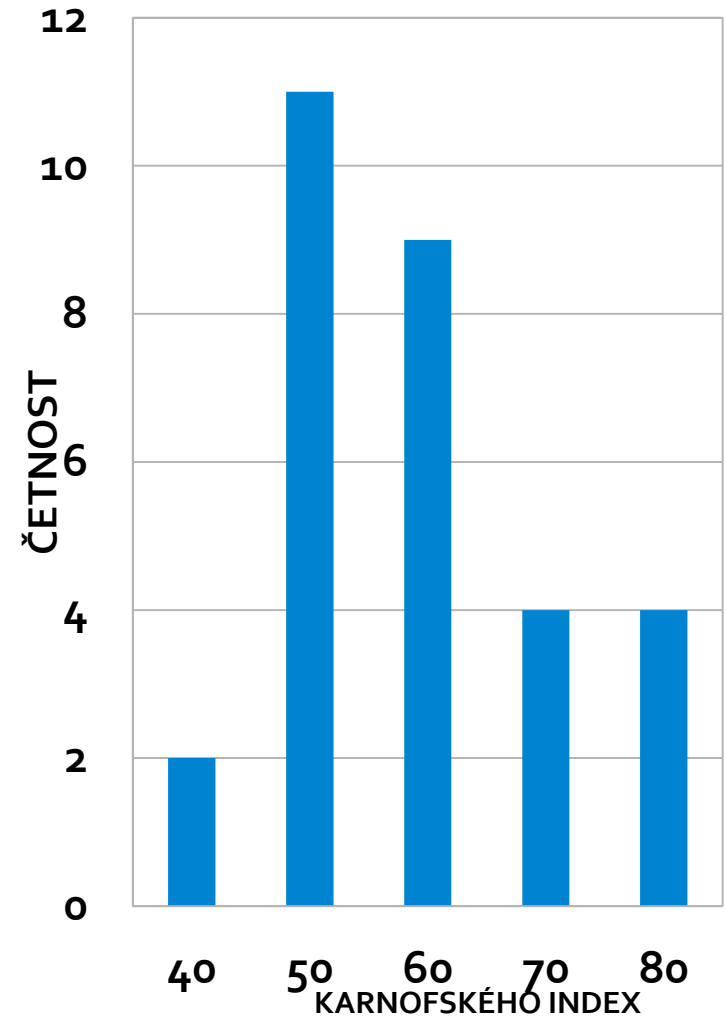
- ❖ Zjišťované údaje o pacientovi
- ❖ Dotazník pro nutriční hodnocení

validizované

- ❖ EORTC QLQ-C15-PAL
- ❖ GPS, KI
- ❖ ESAS
- ❖ Dotazník hodnocení nutričního rizika (PSNPO)

materiál

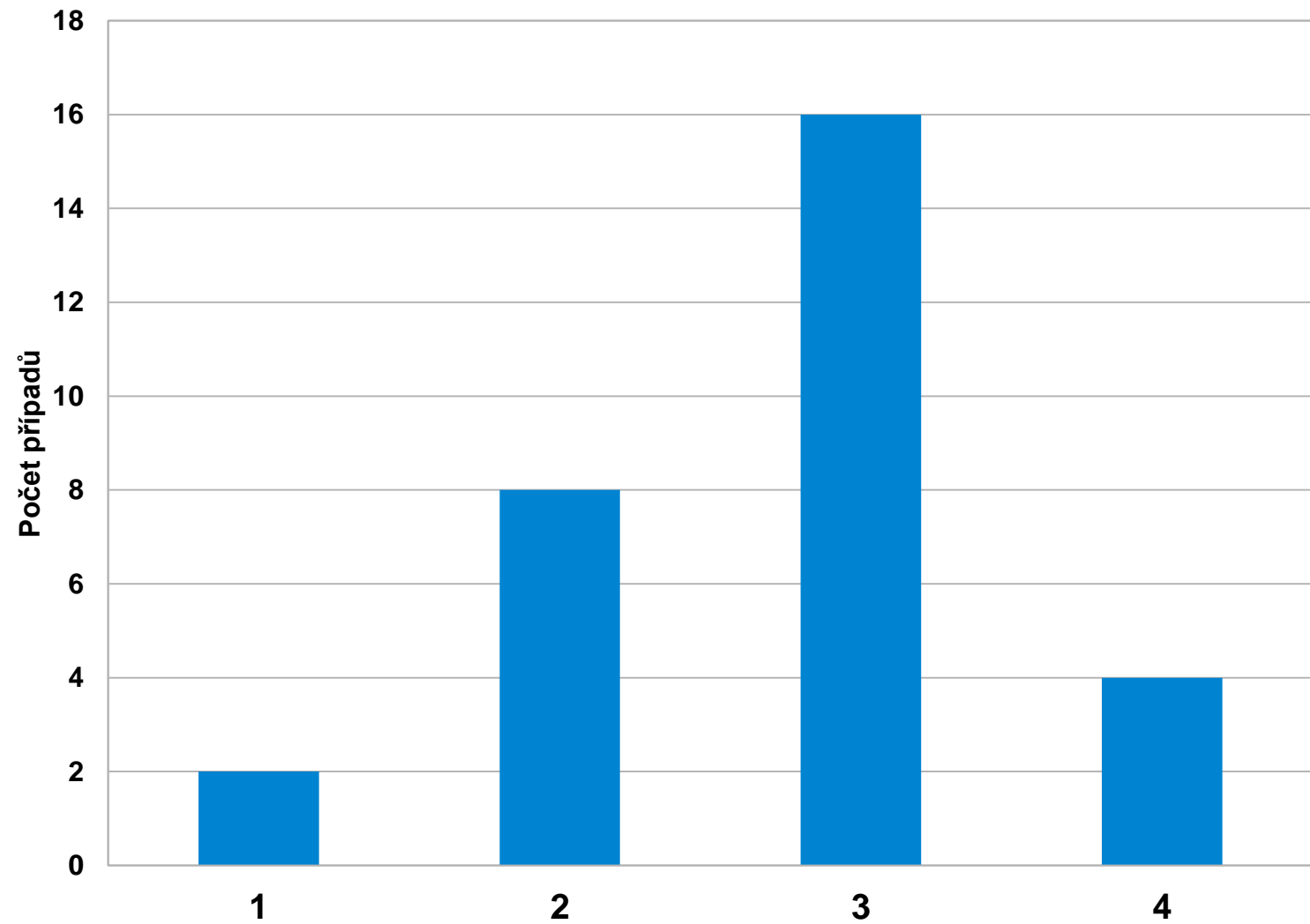
- Onkologičtí pacienti se **symptomatickou** paliativní péčí, heterogenní skupina diagnóz
- Ambulantní a hospitalizovaní
- MOÚ
- Soubor 30 pacientů
- 9 mužů, 21 žen
- Věk 70 let
- Průměrný Karnofského index 59



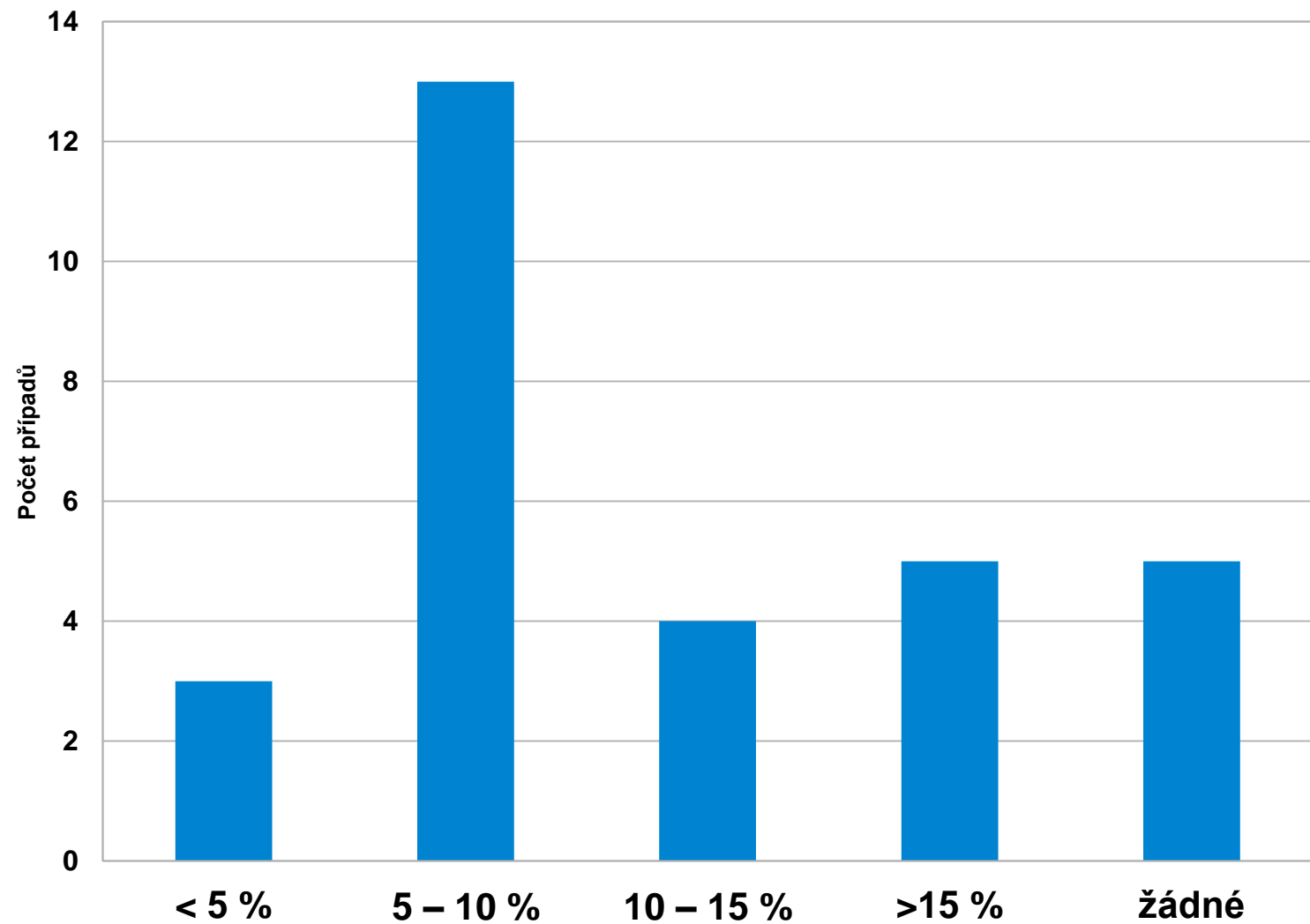
výsledky

- Nutriční riziko, snížení TH, velikosti porce, GPS, edém, Laboratorní hodnoty, kvalita života, performance status, průměrné hodnoty symptomů, hypotézy, rozšířené sledování

nutriční riziko u
93 % pacientů



snížení
tělesné
hmotnosti u
73 %
pacientů



pozor na
primární
nutriční
screening!

	ASCITES ANO	ASCITES NE	CELKEM
OTOKY ANO	3	14	17
OTOKY NE	2	11	13
CELKEM	5	25	30

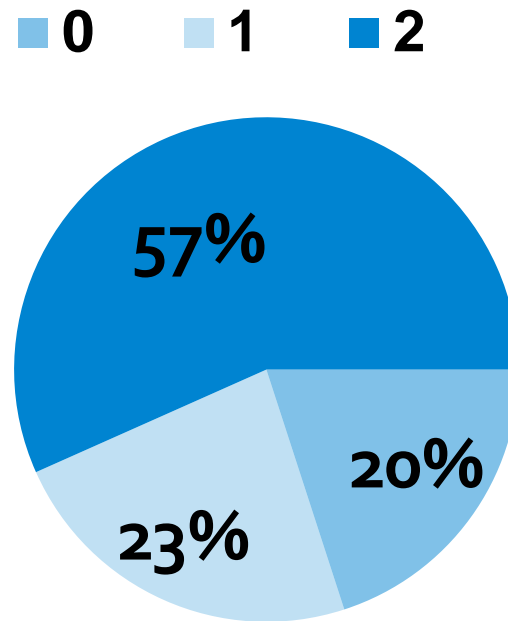
- 63 % pacientů má přítomné otoky nebo ascites!

BMI 23,91 kg/m²

OP 25,79 cm

výsledky laboratorních ukazatelů

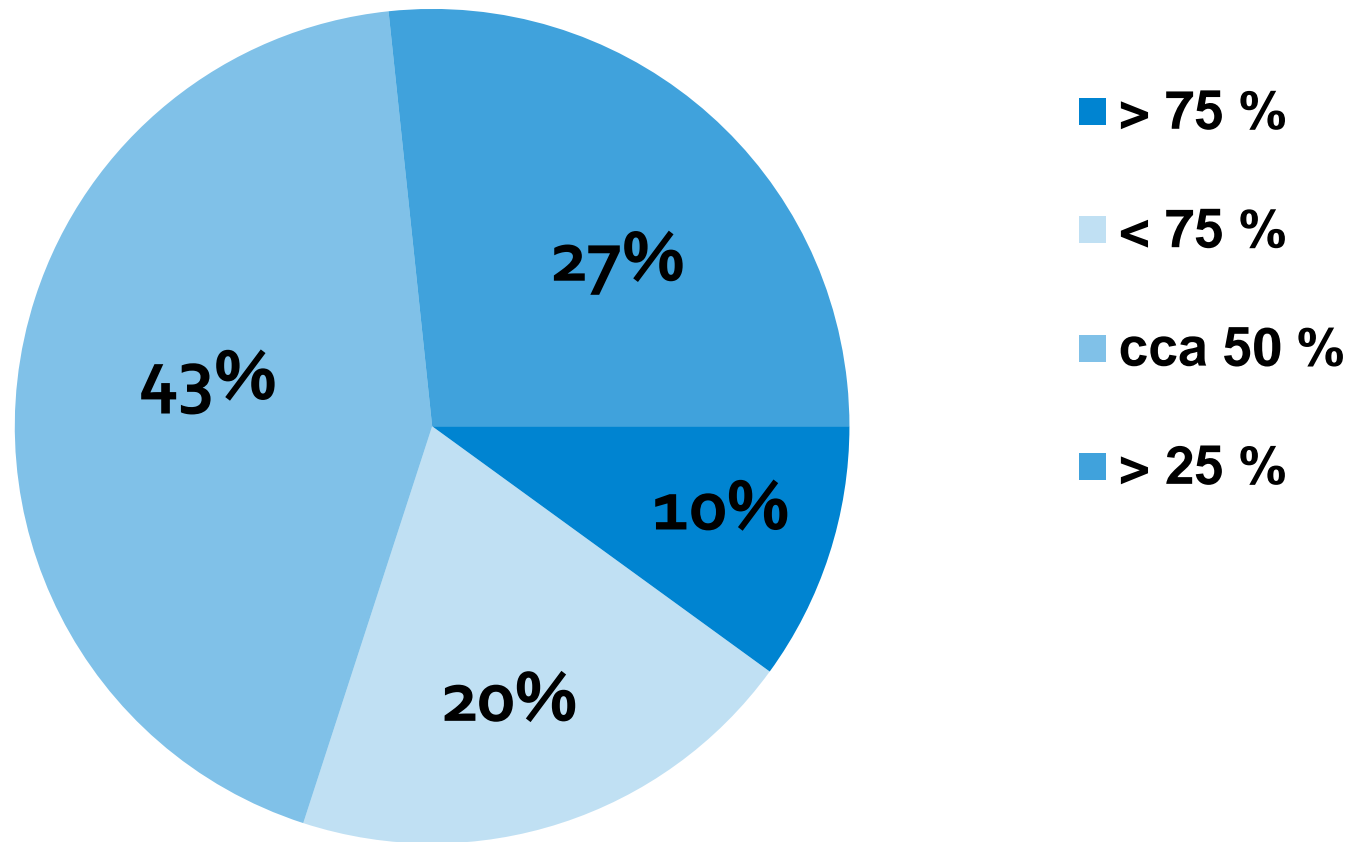
Glasgow prognostické skóre (GPS)



Průměrné laboratorní hodnoty

- Medián hodnoty CRP 50 mg/l
- Albumin 33,3 g/l
- Celková bílkovina 69,03 g/l

velikost porce



velikost
porce a
glasgow
prognostické
skóre (GPS)

GPS	Velikost porce			
	> 75 %	< 75 %	50 %	< 25 %
0	1	2	3	0
1	2	1	3	1
2	0	3	7	7
celkem	3	6	13	8

kvalita života a performance status

Kvalita života (QoL)

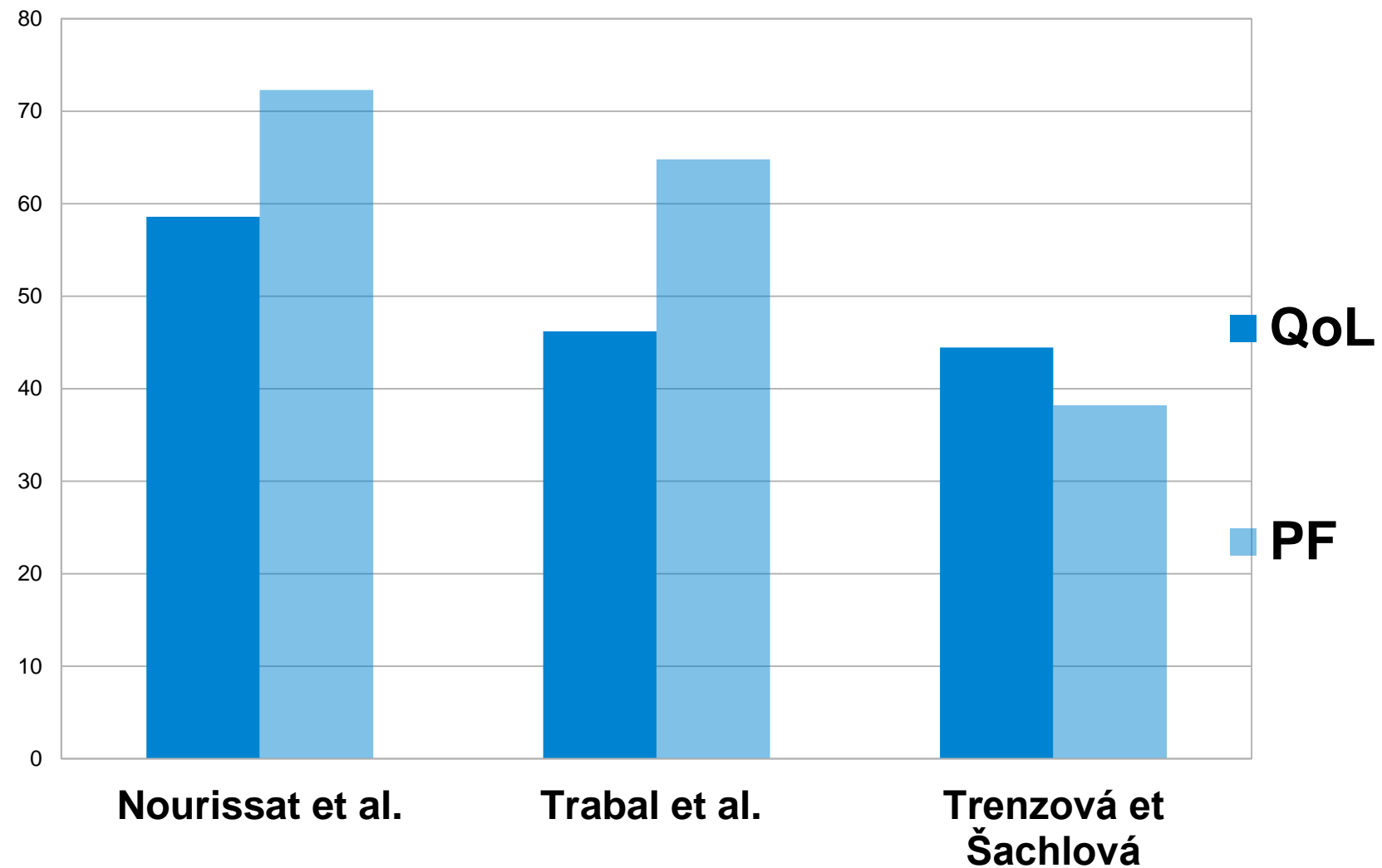
- Průměr 44,44 %
- Medián 50 %

Performance status (PF)

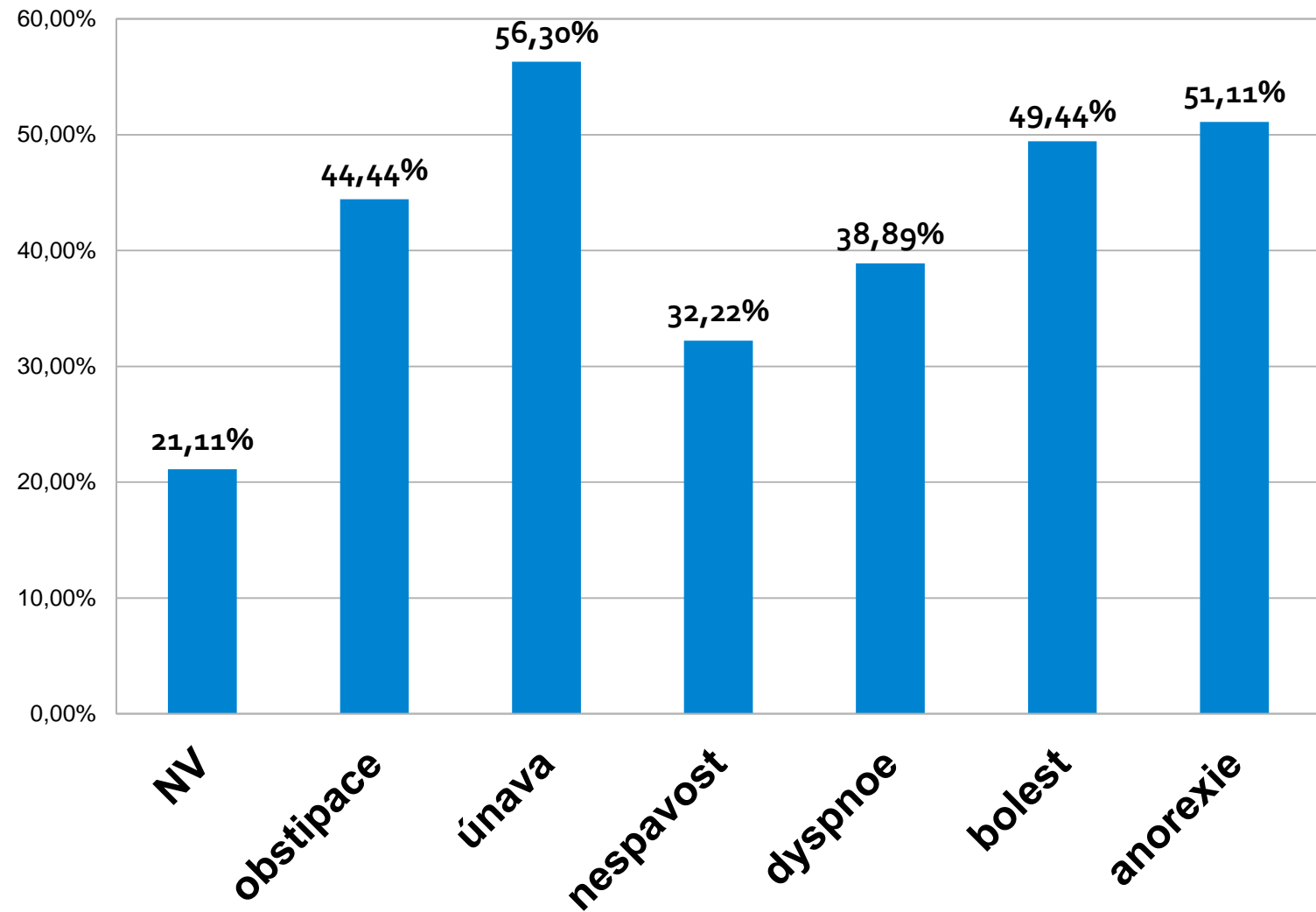
- Průměr 38,22 %
- Medián 26,67 %

	BMI > 22 kg/m ²	BMI < 22 kg/m ²
QoL	50 %	37,18 %
PF	40 %	35,9 %

porovnání
hodnot QoL a
PF



průměrné hodnoty symptomů



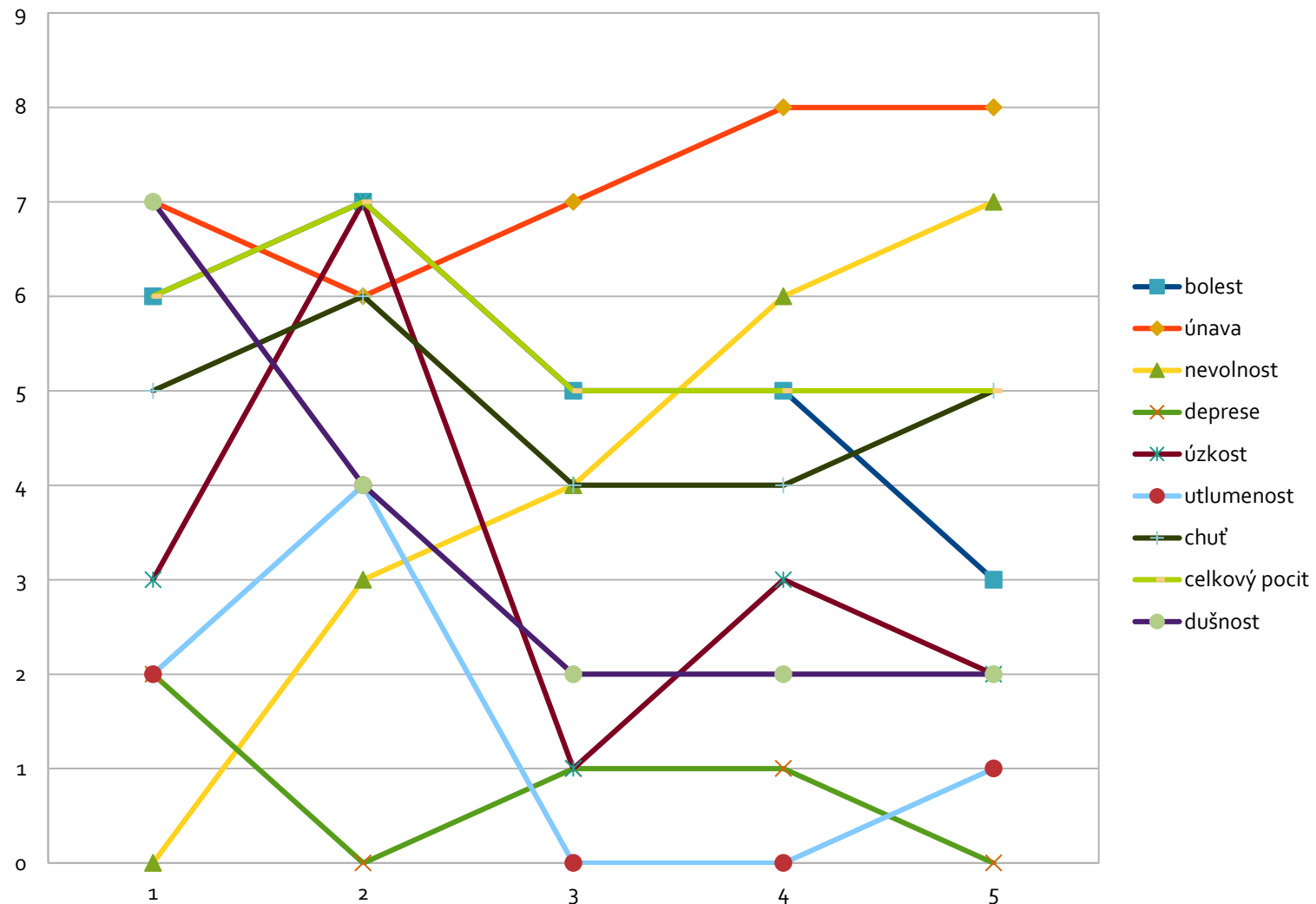
hypotézy

1. Hypotéza: Mezi procentuálním zhubnutím a kvalitou života existuje statisticky významná korelace. $r_s = 0,288$; $P = 0,123$
2. Hypotéza: Mezi procentuálním zhubnutím a výkonnostním stavem existuje statisticky významná korelace. $r_s = 0,219$; $P = 0,245$
3. Hypotéza: Mezi ztrátou chuti k jídlu a kvalitou života existuje statisticky významná korelace. $r_s = -0,149$; $P = 0,432$
4. Hypotéza: Mezi ztrátou chuti k jídlu a výkonnostním stavem existuje statisticky významná korelace. $r_s = -0,557$; $P = 0,001$

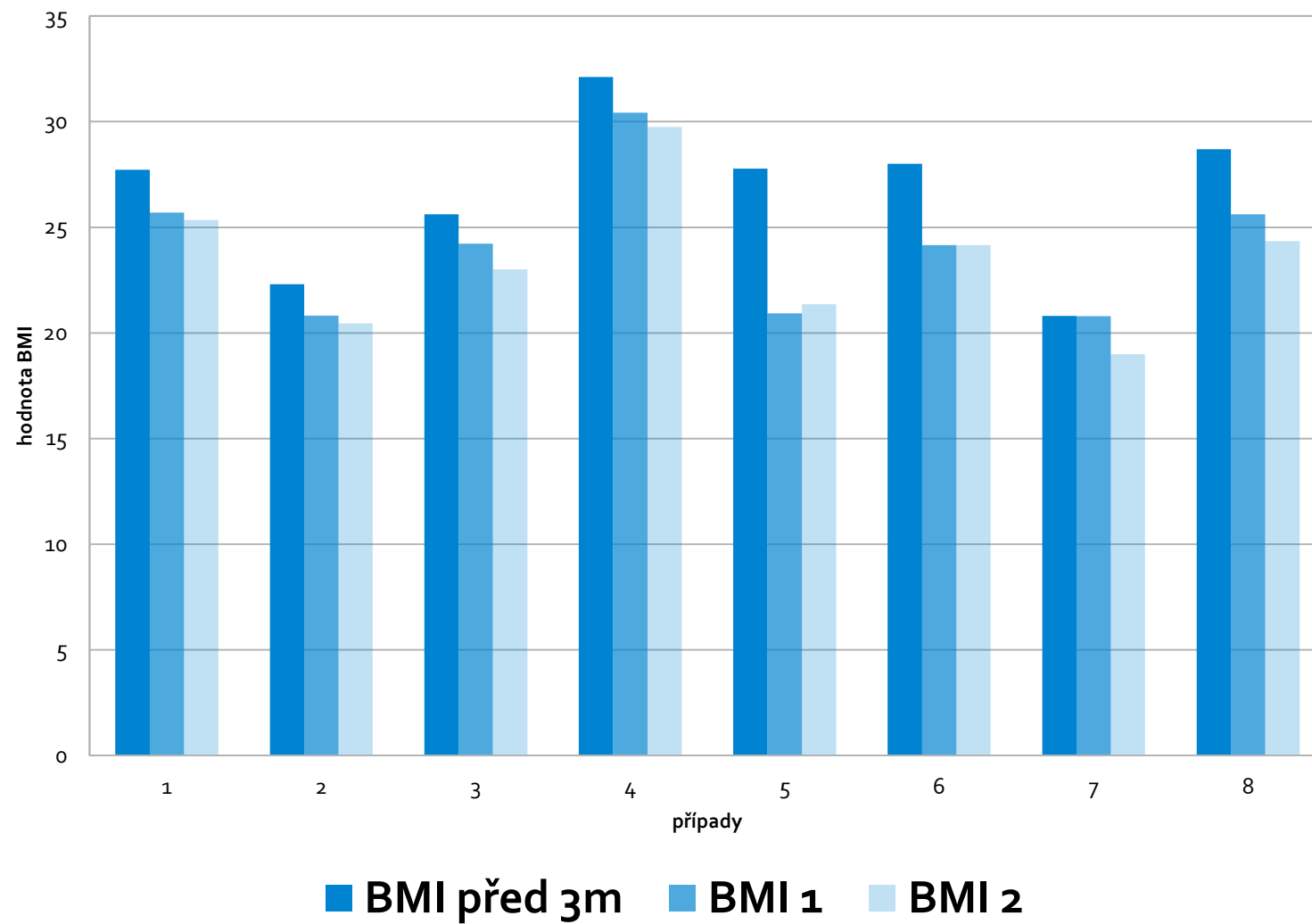
rozšířené sledování – 8 pacientů

- ❖ ESAS
- ❖ Symptomy se rychle vyvíjí
- ❖ 1.osobní setkání
- ❖ 1. telefonní konzultace
- ❖ 2. telefonní konzultace
- ❖ 3. telefonní konzultace
- ❖ 2.osobní setkání

pacient číslo 7,
ESAS
formulář,
anorexie –
celkový pocit



vývoj indexu tělesné hmotnosti (BMI)



závěr

- Hlavním nutričním doporučením je **LÉČBA ANOREXIE**.
- **PRAVIDELNÉ SLEDOVÁNÍ** nutričního stavu a dalších symptomů.
- V rámci screeningu je vhodné se zaměřit na pacienty s **GPS 2**.
- U nutričního screeningu je nutné uvážit přítomnost **EDÉMU**.
- S výhodou lze využít perorálních nutričních přípravků s **MASTNÝMI KYSELINAMI n-3**.



děkuji za pozornost

Kontaktní e-mail: nikola.trenzova@mou.cz

hlavní reference PC

- MARÍN CARO, Mónica María, Alessandro LAVIANO a Claude PICHARD. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition* [online]. 2007, roč. 26, č. 3, s. 289–301 [vid. 1. duben 2015]. ISSN 0261-5614. Dostupné z: doi:10.1016/j.clnu.2007.01.005
- LIS, Christopher G., Digant GUPTA, Carolyn A. LAMMERSFELD, Maurie MARKMAN a Pankaj G. VASHI. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer--a systematic review of the epidemiological literature. *Nutrition Journal* [online]. 2012, roč. 11, s. 27. ISSN 1475-2891. Dostupné z: doi:10.1186/1475-2891-11-27
- RAVASCO, Paula, Isabel MONTEIRO-GRILLO, Pedro Marques VIDAL a Maria E. CAMILO. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* [online]. 2004, roč. 12, č. 4, s. 246–252. ISSN 0941-4355. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-003-0568-z
- NOURISSAT, A., M. P. VASSON, Y. MERROUCHE, C. BOUTELOUP, M. GOUTTE, D. MILLE, J. P. JACQUIN, O. COLLARD, P. MICHAUD a F. CHAUVIN. Relationship between nutritional status and quality of life in patients with cancer. *European Journal of Cancer* (Oxford, England: 1990) [online]. 2008, roč. 44, č. 9, s. 1238–1242. ISSN 0959-8049. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejca.2008.04.006
- TRABAL, J, P LEYES, MT FORGA a S HERVÁS. Quality of life, dietary intake and nutritional status assessment in hospital admitted cancer patients. *Nutrición Hospitalaria*. 2006, roč. 21, č. 4, s. 505–510. ISSN 0212-1611.