



Riktig ernæring er viktig for kreftpasienter

KRONIKK

INGVILD PAUR

E-post: ingvild.paur@medisin.uio.no

Ingvild Paur (f. 1977) er klinisk ernæringsfysiolog med doktorgrad i ernæring og jobber som prosjektleder ved Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARI ARNØY SLÅTTHOLM

Mari Arnøy Slåttholm (f. 1980) er klinisk ernæringsfysiolog og jobber som spesialrådgiver i Kreftforeningen.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har arbeidet i Nestlé Health Science i perioden 2013-16 og mottatt støtte fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering til prosjektet *Gode matopplevelser for eldre*.

ANNE LISE RYEL

Anne Lise Ryel (f. 1958) er generalsekretær i Kreftforeningen siden 2002.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt støtte fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering til prosjektet *Gode matopplevelser for eldre*.

SIGBJØRN SMELAND

Sigbjørn Smeland (f. 1961) er onkolog med doktorgrad i ernæring og jobber som klinikkleder for Kreftklinikken ved Oslo universitetssykehus, og som professor ved Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Underernæring forekommer i alle faser av en kreftsykdom. God ernæring øker sjansen for at pasienten kan gjennomføre behandlingen.



Illustrasjon: Sylvia Stølan

Det har i en årrekke vært kjent at underernæring og vekttap hos kreftpasienter fører til økt mortalitet og kortere levetid, blant annet på grunn av svekket immunforsvar, redusert muskelfunksjon og forsinket sårtilheling (1, 2). Pasienter med kreft har særlig høy risiko for å utvikle underernæring, både fordi selve sykdommen og behandlingen gir økte behov, men også på grunn av følelsesmessige og psykologiske forandringer hos pasienten (1, 2). Eldre pasienter er spesielt utsatte, fordi sensoriske, fysiske og psykososiale forandringer kan ha negativ påvirkning på matinntak og ernæringsstilstand (3).

Ernæringsmessig risiko betyr at pasienten *er eller står i fare for å bli* underernært. Pasienter i ernæringsmessig risiko oppfyller kriteriene for ICD-10-koden *E46.00 Ernæringsmessig risiko*, mens underernærte pasienter oppfyller kriteriene for enten *E44.00 Moderat underernæring* eller *E43.00 Alvorlig underernæring*.

Ernæringsstatus

Avbrutt eller redusert kreftbehandling kan påvirke tilbakefall og overlevelse. Underernæring er vist å være en sterk prognostisk faktor assosiert med redusert kjemoterapidose, økt toksisitet og flere komplikasjoner etter kirurgi (4, 5).

Kjemoterapi kan i verste fall måtte avbrytes som en konsekvens av økt toksisitet relatert til underernæring (2, 4). Dette er spesielt fremtredende ved sarkopeni, som kan ses uavhengig av kroppsmasseindeks og sykdomsutbredelse.

I en studie hadde en tredel av pasientene, operert for lokalisert tykk- og endetarmskreft, sarkopeni 3–9 måneder etter operasjon (6). Vi er derfor bekymret over at vekttap og lavt matinntak altfor sjelden blir tatt med i onkologenes vurdering av pasientens helsestatus (2).

Tidlig innsats er viktig

Tidlig innsats for å forebygge underernæring er relativt enkelt og billig, mens korrigerende av alvorlig underernæring ofte er vanskelig og tidkrevende. Ernæringsstatus må derfor kartlegges i begynnelsen av behandlingsforløpet og følges opp gjennom hele forløpet. Det kan være avgjørende forskjeller i behov for ernæringsbehandling, avhengig av om pasienten er under rekonvalesens eller i tidlig, palliativ eller terminal fase av sykdommen.

I tillegg må pasientens preferanser og sykehistorie tas hensyn til i ernæringsbehandlingen (2). Det er også avgjørende å behandle underliggende årsaker bak underernæringen, og ofte må man kombinere ulike strategier for å forhindre, forsinke og behandle ernæringsproblemene (2).

Et eksempel er kakeksi som er karakterisert ved sarkopeni og inflammasjon, og er nært knyttet til underernæring hos kreftpasienter (7). Hos pasienter med kakeksi er det, i tillegg til eventuell tumorrettet behandling, viktig å kombinere ernæringsbehandling med

antiinflammatorisk behandling (2).

Langtkommen underernæring kan være vanskelig å reversere, men også i palliativ fase har det vist seg at ernæringsstiltak forlenger overlevelsen og forbedrer livskvaliteten (8). Det er også vist at pasienter som får individtilpasset ernæringsbehandling med vanlig mat, i større grad opprettholder ernæringsstatus (9), har økt overlevelse, mindre akutt toksisitet, færre senskader av behandlingen og høyere livskvalitet enn pasienter som får standard næringsdrikker eller standard kostråd (10).

Å vurdere ernæringsmessig risiko vil kunne bidra til å forebygge underernæring. I nasjonale faglige retningslinjer sier man at ernæringsmessig risiko *skal* vurderes hos alle pasienter, pasienter i risikozonen *skal* ha en individuell ernæringsplan, og ernæringsstatus og behandling *skal* dokumenteres i journalen og videreformidles til neste omsorgsledd (11). Risikovurdering og kartlegging må følges opp med tilpassede tiltak for den enkelte pasient. Kun 40 % av underernærte pasienter ved to norske universitetssykehus fikk spesialisert ernæringsbehandling (12).

Nok energi og proteiner

Forskningen og mediedekningen om ernæring hos kreftpasienter domineres av diskusjoner om hvorvidt enkelte aminosyrer, fettsyrer, karbohydrater eller antioksidanter kan ha positiv eller negativ påvirkning på kreftutvikling og -behandling.

Vi mener at disse diskusjonene er mindre viktige enn nødvendigheten av å dekke behovene for energi og proteiner, da pasienter som er i underskudd på energi og proteiner, ikke vil nyttiggjøre seg andre næringstilskudd. I tillegg har flere studier vist at høye doser av enkeltstoffer kan være skadelige (13).

Tilskudd av enkeltstoffer er kun relevant der det er påvist eller foreligger sterk mistanke om mangler. Det viktigste bør alltid være å sørge for tilstrekkelig inntak av energi og proteiner.

Hvordan lykkes?

Uklare ansvarsforhold mellom yrkesgrupper og mangelfull kunnskap om ernæringens betydning er mulige grunner til at ernæringsbehandlingen i dag er mangelfull (14). Det er en ledelsesoppgave å definere ansvarsforhold ved det enkelte foretak og avdeling, både når det gjelder kartlegging og behandling, sikre kvalitet, kontinuitet, rutiner og prosedyrer og å sørge for tilstrekkelig og riktig kompetanse.

For å lykkes med ernæringsarbeidet må kartlegging og oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko skje systematisk, og inngå som en del av pasientforløpene. Onkologer og kirurger som møter kreftpasienter må ha kunnskap om diagnostisering og håndtering av underernæring og ernæringsmessig risiko. Pasienter må få tilstrekkelig informasjon og må sammen med pårørende bli involvert i ernæringsbehandlingen. Suksessfull ernæringsbehandling er således avhengig av involvering av alle ledd fra pasient til ledelse i helseforetaket.

LITTERATUR:

1. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005; 9 (suppl 2): S51 - 63. [PubMed][CrossRef]
2. Arends J, Baracos V, Bertz H et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr* 2017; 36: 1187 - 96. [PubMed][CrossRef]
3. Jain R, Dotan E. Nutrition and aging: a practicing oncologist's perspective. *Curr Oncol Rep* 2017; 19: 71. [PubMed][CrossRef]
4. Aaldriks AA, van der Geest LG, Giltay EJ et al. Frailty and malnutrition predictive of mortality risk in older patients with advanced colorectal cancer receiving chemotherapy. *J Geriatr Oncol* 2013; 4: 218 -

26. [PubMed][CrossRef]

5. Klute KA, Brouwer J, Jhaveri M et al. Chemotherapy dose intensity predicted by baseline nutrition assessment in gastrointestinal malignancies: A multicentre analysis. *Eur J Cancer* 2016; 63: 189 - 200. [PubMed][CrossRef]
6. Ræder H, Kværner AS, Henriksen C et al. Validity of bioelectrical impedance analysis in estimation of fat-free mass in colorectal cancer patients. *Clin Nutr* 2018; 37: 292 - 300. [PubMed][CrossRef]
7. Fearon K, Strasser F, Anker SD et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 2011; 12: 489 - 95. [PubMed][CrossRef]
8. Hasenberg T, Essenbreis M, Herold A et al. Early supplementation of parenteral nutrition is capable of improving quality of life, chemotherapy-related toxicity and body composition in patients with advanced colorectal carcinoma undergoing palliative treatment: results from a prospective, randomized clinical trial. *Colorectal Dis* 2010; 12: e190 - 9. [PubMed][CrossRef]
9. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM et al. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1431 - 8. [PubMed][CrossRef]
10. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo M. Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. *Am J Clin Nutr* 2012; 96: 1346 - 53. [PubMed][CrossRef]
11. Underernæring. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering> (13.3.2018).
12. Henriksen C, Gjelstad IM, Nilssen H et al. A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment - results from nutritionDay. *Food Nutr Res* 2017; 61: 1391667. [PubMed][CrossRef]
13. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL et al. Antioxidant supplements for prevention of mortality in healthy participants and patients with various diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 3: CD007176. [PubMed]
14. Beck AM, Balknäs UN, Fürst P et al. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition—report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2001; 20: 455 - 60. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 26. juni 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0072

Mottatt 18.1.2018, første revisjon innsendt 8.3.2018, godkjent 13.3.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no