



*Αφιερωμένο στους
Ασθενείς με Καρκίνο*

Περιεχόμενα

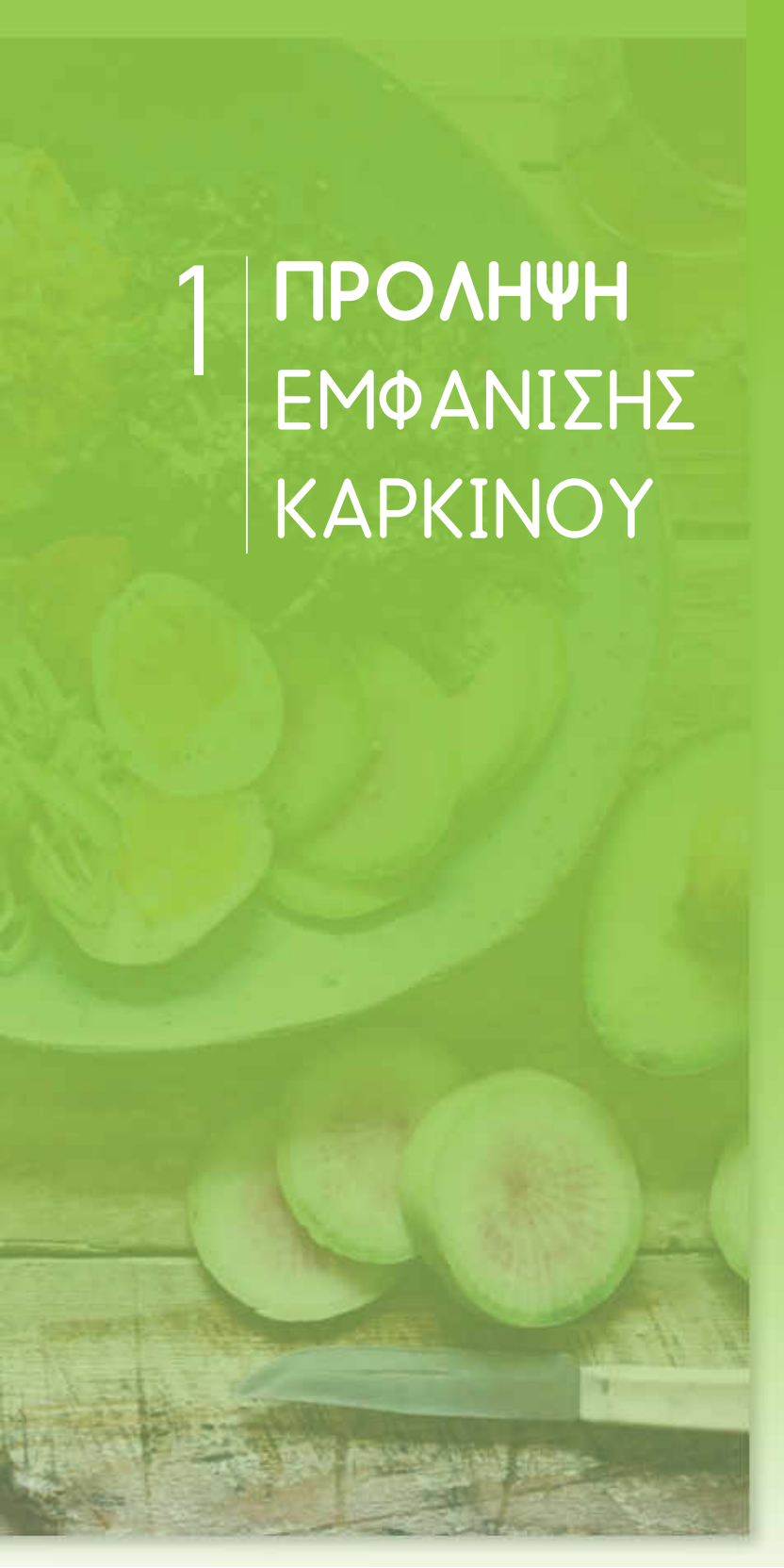
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	11
1.1 Πως η διατροφή συμβάλλει στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνου	13
1.2 Παχυσαρκία	13
1.3 Φυτικά τρόφιμα	14
1.4 Κόκκινο κρέας – επεξεργασμένα ζωικά τρόφιμα	16
1.5 Φυσική δραστηριότητα – άσκηση	17
1.6 Αλκοόλ	19
1.7 Ζάχαρη και γλυκαντικά	20
1.8 Συμπληρώματα διατροφής	22
1.9 Μεσογειακή Διατροφή	23
2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	25
2.1 Σχέση διατροφής και καρκίνου	27
2.2 Αξιολόγηση θρεπτικής κατάστασης ογκολογικού ασθενούς	28
2.2.1 Ανίχνευση ασθενούς σε διατροφικό κίνδυνο	28
2.2.2 Διατροφική αξιολόγηση ογκολογικού ασθενούς	28
2.3 Καχεξία: ορισμός, αίτια, αντιμετώπιση	30
2.4 Διατροφική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας	33
2.4.1 Διατροφή και χημειοθεραπεία	34
2.4.2 Διατροφή και ακτινοθεραπεία	36
2.4.3 Διατροφή και χειρουργική επέμβαση (πριν & μετά)	37
2.4.4 Εξατομικευμένα διαιτολόγια-αξία διατροφικής συμβουλευτικής	37
2.5 Εντερική – Παρεντερική διατροφή κατά τη διάρκεια της θεραπείας	38



2.6	Βασικά σημεία της διατροφής κατά την διάρκεια της θεραπείας	40
3.	ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	43
3.1	Αποκατάσταση μετά τη νόσο	45
3.2	Επίδραση της διατροφής στην επανεμφάνιση του καρκίνου – παχυσαρκία	45
3.3	Υποθρεψία μετά τον καρκίνο	47
3.4	Σχέση διατροφής με άλλα νοσήματα	48
3.4.1	Χρόνια νεφρική νόσος	48
3.4.2	Σακχαρώδης διαβήτης	49
3.4.3	Δυσανεξία στη λακτόζη	50
3.4.4	Λεμφοίδημα	51
3.4.5	Δυσφαγία-δυσκαταποσία	53
3.4.6	Στένωση οισοφάγου/εντέρου	53
3.4.7	Ολική γαστρεκτομή	55
3.4.8	Σύνδρομο δυσαπορρόφησης /βραχύ έντερο/ εντερικά συρίγγια	56
3.4.9	Σίτιση από καθετήρα (PEG/νησιδοστομία/ειλεοστομία)	58
3.4.10	Παρά φύση έδρα, ειλεοστομία- κολεοστομία	59
4.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	61
4.1	Διατροφική αντιμετώπιση των παρενεργειών της χήμειο-άκτινοθεραπείας	62
	Βιβλιογραφία	66
	ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	68







1 | ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



1.1 Πως η διατροφή συμβάλλει στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνου

Ο καρκίνος φαίνεται να έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο, με δεδομένα να υποστηρίζουν ότι η συχνότητα εμφάνισης από 14.000.000 το 2012 θα αυξηθεί σε 22.000.000 το 2032. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, σημειώθηκαν 70000 νέα κρούσματα εκ των οποίων, 250/100.000 θάνατοι οφειλόμενοι σε καρκίνο το 2012. Η αύξηση των κρουσμάτων του καρκίνου φαίνεται να είναι ανάλογη της αύξησης της παχυσαρκίας, του σακχαρώδους διαβήτη και του μεταβολικού συνδρόμου τα τελευταία χρόνια. Δεν είναι λίγες οι μελέτες οι οποίες συσχετίζουν τα νοσήματα αυτά και θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου.

Η διατροφή παίζει κεντρικό ρόλο τόσο για τη διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους και τη διαχείριση νοσημάτων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης όσο και για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου. Συγκεκριμένα, το Αμερικανικό Ινστιτούτο Έρευνας του Καρκίνου (American Institute of Cancer Research, AICR) αναφέρει ότι το 50% όλων των τύπων καρκίνου μπορούν να προληφθούν ακολουθώντας ισορροπημένη διατροφή, διατηρώντας υγιές σωματικό βάρος, αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα, διακόπτοντας το κάπνισμα, προστατεύοντας το δέρμα από την ακτινοβολία του ηλίου και εμβολιάζοντας ενάντια σε θανατηφόρες ασθένειες.

Παρακάτω, θα αναλυθούν εκτενώς οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου.

1.2 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η αύξηση του σωματικού λίπους πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα, γεγονός που λειτουργεί επιβαρυντικά για την υγεία του ατόμου, σύμ-

φωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO). Το υπερβάλλον σωματικό βάρος μπορεί να εκτιμηθεί μέσω του Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI) ο οποίος ορίζεται ως το κλάσμα του βάρους προς το τετράγωνο του ύψους (Kg/m^2) και κατατάσσει τα άτομα στις κατηγορίες λιποβαρούς, φυσιολογικού, υπέρβαρου και παχύσαρκου. Η εμπεδησιομέτρία είναι μια μέτρηση που χρησιμοποιείται ευρέως από επιστήμονες υγείας για την ανάλυση σύστασης σώματος, μετρώντας τη λιπώδη μάζα, τη μυϊκή μάζα και τα υγρά καθιστώντας πιο ακριβή τα αποτελέσματα.

Η υπερβαρότητα και η παχυσαρκία έχει συσχετιστεί με αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου στον οισοφάγο, στο ήπαρ, στους νεφρούς, στο στόμαχο, στο παχύ έντερο, στον προστάτη, στο ουρογεννητικό σύστημα, στις ωοθήκες, στο ενδομήτριο και στο μαστό. Πιθανοί μηχανισμοί που οδηγούν σε καρκινογένεση είναι η υπερινσουλιναίμια (αυξημένη έκκριση ινσουλίνης στο αίμα) συνοδευόμενη με ινσουλινοαντίσταση (αδυναμία δράσης της ινσουλίνης), η υπεργλυκαιμία, η αυξημένη έκκριση ορμονών του φύλου και οι κυτοκίνες (ουσίες που δηλώνουν φλεγμονή).

Να Θυμάστε:

- Η διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους προστατεύει από την εμφάνιση καρκίνου.
- Ακόμα και μια μικρή απώλεια βάρους έχει σημαντικά οφέλη στην υγεία.

1.3 Φυτικά τρόφιμα

Τα φυτικά τρόφιμα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της μεσογειακής διατροφής, αποτελώντας τη βάση της και ενθαρρύνοντας την κατανάλωσή τους σε κάθε γεύμα.

Δεν είναι τυχαίο ότι η αυξημένη κατανάλωση φυτικών τροφίμων δρα προστατευτικά έναντι διαφόρων νοσημάτων συμπεριλαμβανομένου των καρδιαγγειακών και του σακχαρώδους διαβήτη. Μάλιστα, μελέτες δείχνουν ότι η αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και



οσπρίων μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνων του γαστρεντερικού συστήματος και του πνεύμονα, καθιστώντας έτσι ακόμη σημαντικότερη τη θέση τους στα καθημερινά μας γεύματα.

Οι ευεργετικές αυτές επιδράσεις των φυτικών τροφίμων φαίνεται να οφείλονται στην περιεκτικότητά τους σε φυτικές ίνες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Η κατανάλωσή τους βοηθά στη διατήρηση του βάρους, αφού αποδίδουν λίγες θερμίδες, προλαμβάνοντας έτσι έναν από τους κυριότερους παράγοντες ογκογένεσης.

Οι επιστήμονες υγείας συστήνουν την κατανάλωση τουλάχιστον 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών ποικίλων χρωμάτων την ημέρα και την κατανάλωση προϊόντων ολικής αλέσεως σε κάθε γεύμα.

Να Θυμάστε:

- Συστήνεται η κατανάλωση 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα
- Κατανάλωση προϊόντων ολικής άλεσης (ψωμί, ζυμαρικά κλπ)

1.4 Κόκκινο κρέας – επεξεργασμένα ζωικά τρόφιμα

Η αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος (π.χ. χοιρινό, μοσχάρι κλπ) και επεξεργασμένων κρεάτων (π.χ. αλλαντικά) αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο στο παχύ έντερο. Έρευνες αποδεικνύουν ότι η αύξηση μιας μερίδας κόκκινου κρέατος την εβδομάδα αυξάνει τον κίνδυνο κατά 40%, ενώ η κατανάλωση επιπλέον 50 γραμμαρίων επεξεργασμένου κρέατος αυξάνει τον κίνδυνο κατά 20%. Δεν είναι πλήρως κατανοητοί οι μηχανισμοί με τους οποίους η αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων κρεάτων οδηγεί σε καρκινογένεση. Ο αιμικός σίδηρος ο οποίος περιέχεται στο κρέας και του δίνει το κόκκινο χρώμα ερεθίζει τον εντερικό βλεννογόνο και οδηγεί σε καρκινογένεση. Επίσης, με το μαγείρεμα σε υψηλές θερμοκρασίες σχηματίζονται ενώσεις, όπως ετεροκυκλικές αμίνες και πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες, οι οποίες έχουν συσχετιστεί με ογκογένεση. Τέλος για τη συντήρηση των επεξεργασμένων κρεάτων χρησιμοποιούνται νιτρικά και νιτρώδη τα οποία μπορούν να σχηματίσουν καρκινογόνες ουσίες. Γενικότερα συστήνεται η κατανάλωση έως 500 γραμμάρια (2-3 μερίδες) κόκκινο κρέας την εβδομάδα και η αποφυγή κατανάλωσης επεξεργασμένων κρεάτων. Οι συστάσεις αυτές αναφέρονται μόνο για την πρόληψη καρκίνου σε επίπεδο γενικού πληθυσμού.

Σε περίπτωση εμφάνισης καρκίνου, η κατανάλωση κρέατος είναι πολύ σημαντική για τη διατήρηση του μυϊκού ιστού του ασθενούς, την κάλυψη απαραίτητων θρεπτικών συστατικών και τη διατήρηση του βάρους.

Να θυμάστε:

- Συστήνεται περιορισμός της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος (2-3 μερίδες την εβδομάδα)
- Αποφυγή επεξεργασμένων κρεάτων (αλλαντικά).

1.5 Φυσική δραστηριότητα – άσκηση

Ως φυσική δραστηριότητα αναφέρεται οποιαδήποτε κίνηση του σώματος που παράγεται από σύσπαση των σκελετικών μυών και αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη πάνω από το βασικό μεταβολισμό, συμπεριλαμβάνοντας τις κινήσεις που κάνει ένα άτομο για να επιτελέσει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Ως άσκηση ορίζεται η οργανωμένη, δομημένη, επαναλαμβανόμενη φυσική δραστηριότητα.



Η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση έχει αποδειχτεί ότι μειώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου και πιθανότατα για τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη γνωστός ο τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνονται τα θετικά οφέλη για την υγεία. Η άσκηση βοηθά στη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους και φαίνεται να εμπλέκεται σε αλλαγές στις ορμόνες του φύλου και σε κάποιους αυξητικούς παράγοντες.

Από τους επιστήμονες υγείας συστήνεται η καθημερινή ενασχόληση με φυσική δραστηριότητα και η μείωση του χρόνου που αφιερώνεται σε καθιστικές δραστηριότητες (τηλεόραση, υπολογιστής κλπ). Ως εκ τούτου, προτείνεται αερόβια άσκηση (ποδήλατο, περπάτημα, κολύμβηση κ.ά.) μέτριας έντασης τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, που αντιστοιχεί σε 30 λεπτά άσκηση 5 ημέρες της εβδομάδας. Ταυτόχρονα, προτείνονται ασκήσεις με αντιστάσεις (ελεύθερα βάρη κ.ά.) 3 ημέρες την εβδομάδα (όχι συνεχόμενα) γυμνάζοντας όλο το σώμα, χρησιμοποιώντας αντίσταση που επιτρέπει 8 έως 12 επαναλήψεις, με έμφαση στην πλήρη εμβέλεια κίνησης και ελεγχόμενη ταχύτητα.

Να Θυμάστε:

- Πρέπει να ενθαρρύνεται η καθημερινή φυσική δραστηριότητα σε όλα τα άτομα, ακόμη και σε αυτούς που δεν ασκούνται καθόλου.
- Μείωση του χρόνου ενασχόλησης με καθιστικού τύπου δραστηριότητες (τηλεόραση, υπολογιστής κλπ).
- Συστήνεται η έναρξη αερόβιας άσκησης (πχ περπάτημα, κολύμπι) 30 λεπτών τις περισσότερες μέρες τις εβδομάδας με ταυτόχρονη αναερόβια άσκηση (πχ βάρη) 2-3 φορές την εβδομάδα.

1.6 Αλκοόλ

Το αλκοόλ, πέραν από τα οφέλη που φαίνεται να έχει στα καρδιαγγειακά νοσήματα όταν καταναλώνεται με μέτρο, έχει συσχεπιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ορισμένων τύπων καρκίνων, όπως του στόματος, του παχέος εντέρου, του μαστού και του φάρυγγα, αλλά και του λάρυγγα, του οισοφάγου και του ήπατος. Στη Δυτική Ευρώπη υπολογίζεται ότι το 10% και το 3% των καρκίνων σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα αποδίδεται στην αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ.

Η αρνητική αυτή συσχέτιση δεν συσχετίζεται με το είδος ποτού που καταναλώνεται (π.χ. μπύρα, κρασί κ.λπ.) καθώς φαίνεται ότι η συνολική ποσότητα αιθανόλης είναι αυτή που προκαλεί βλάβη. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ως η αιθανόλη μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο DNA οι οποίες να οδηγήσουν σε καρκινογένεση. Επιπρόσθετα, το αλκοόλ μειώνει την απορρόφηση του φυλλικού οξέος με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η σύνθεση του DNA, καθιστώντας το ευάλωτο σε αλλαγές. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το αλκοόλ βοηθά και άλλους καρκινικούς παράγοντες (π.χ. κάπνισμα) να εισέλθουν στα κύτταρα.



Συστάσεις κατανάλωσης αλκοόλ. Πόσο είναι μια μερίδα αλκοόλ;

Λόγω των ισχυρών δεδομένων σύνδεσης του αλκοόλ με τον καρκίνο, ακόμη και η μικρή κατανάλωση αλκοόλ θα πρέπει να αποφεύγεται. Παρόλα αυτά, λαμβάνοντας υπόψη την ευεργετική δράση της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ στα καρδιαγγειακά νοσήματα, συστήνεται η κατανάλωση 1 ποτού για τις γυναίκες και 2 ποτών για τους άνδρες εάν καταναλώνουν αλκοόλ. Σε καμία περίπτωση δεν ενθαρρύνονται άτομα που δεν καταναλώνουν αλκοόλ να το ξεκινήσουν. Μία μερίδα ποτού αντιστοιχεί σε μία μικρή μπύρα, ένα ποτήρι κρασί ή 1 υψηλής περιεκτικότητας ποτό (ουίσκι /βότκα /κ.ά.) (βλ. Εικόνα σελ. 19).

Να θυμάστε:

- Συστήνεται η αποφυγή ακόμη και μικρής ποσότητας αλκοόλ.
- Εάν κάποιος καταναλώνει τακτικά αλκοόλ, συστήνεται ο περιορισμός σε 1 ποτό για τις γυναίκες και 2 ποτά για τους άνδρες.

1.7 Ζάχαρη και γλυκαντικά

Η γλυκόζη, η πιο απλή μορφή υδατάνθρακα, είναι το κύριο καύσιμο όλων των κυττάρων. Φυσιολογικά προέρχεται από την κατανάλωση υδατανθρακούχων τροφίμων όπως φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψωμί κλπ αλλά και από μεταβολικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στο σώμα.

Η κατανάλωση ζάχαρης δεν έχει συσχετιστεί με αύξηση κινδύνου εμφάνισης καρκίνου και τα δεδομένα πολλές φορές είναι αντικρουόμενα. Σε κάποιες μελέτες φαίνεται ότι η κατανάλωση ζάχαρης αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο στο παχύ έντερο, με άλλες μελέτες να αμφισβητούν τα αποτελέσματα αυτά. Δεν είναι λίγες οι μελέτες όμως που συσχετίζουν την αυξημένη κατανάλωση φρουκτόζης και σιροπιού καλαμποκιού (συστατικά που περιέ-



χονται κυρίως σε τυποποιημένα προϊόντα του εμπορίου όπως για παράδειγμα χυμοί φρούτων) με αύξηση εμφάνισης καρκίνου. Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψιν ότι η ζάχαρη ενοχοποιείται σε ένα βαθμό για την αύξηση της παχυσαρκίας και κατ' επέκταση της ινσουλινοαντίστασης γεγονός που αυξάνει τους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνων όπως προαναφέρθηκε (βλπ Παράγραφο 1.2)

Όσον αφορά τα μη θερμιδικά γλυκαντικά, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωσή τους μπορεί να προκαλέσει καρκίνο. Η ασπαρτάμη, η σακχαρίνη και η σουκραλόζη, η στέβια είναι γλυκαντικά εγκεκριμένα για τη χρήση τους και φαίνεται να είναι ασφαλή όταν καταναλώνονται με μέτρο.

Να Θυμάστε:

- Πρέπει να αποφεύγεται η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης γιατί συνδέεται με αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας, προδιαθεσικός παράγοντας για εμφάνιση καρκίνου.
- Τα γλυκαντικά όταν καταναλώνονται με μέτρο είναι ασφαλή και μπορούν να αντικαταστήσουν τη ζάχαρη.

1.8 Συμπληρώματα διατροφής

Τα συμπληρώματα διατροφής αποτελούν συμπυκνωμένες πηγές θρεπτικών συστατικών ή άλλων μικροθρεπτικών ουσιών (π.χ. βιταμίνες και ιχνοστοιχεία). Χρησιμοποιούνται με σκοπό τη συμπλήρωση της συνήθους διαίτας και πρέπει να λαμβάνονται πάντοτε σε αυστηρά προκαθορισμένη δόση. Διατίθενται στο εμπόριο σε δοσομετρικές μορφές, όπως κάψουλες, παστίλιες, δισκία, χάπια, φακελάκια σκόνης κ.ά.

Τα συμπληρώματα διατροφής **δεν** παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου. Κάποια από αυτά έχει αποδειχτεί ότι **δεν επηρεάζουν** ούτε αρνητικά ούτε θετικά την υγεία, ενώ άλλα φαίνεται πως **αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου**. Συγκεκριμένα, η πρόσληψη συμπληρώματος βιταμίνης Α (απαραίτητη για την υγεία των ιστών) όχι μόνο δεν μειώνει αλλά μάλιστα αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο στον πνεύμονα σε καπνιστές και σε πρώην καπνιστές. Επιπλέον, η βιταμίνη Ε (ισχυρό αντιοξειδωτικό) όταν λαμβάνεται μέσω της τροφής (π.χ. από ξηρούς καρπούς) έχει ευεργετική δράση στην προστασία ενάντια στον καρκίνο του προστάτη, ενώ η συμπληρωματική λήψη βιταμίνης Ε δεν είχε καμία επίδραση. Τέλος, η βιταμίνη D ίσως είναι το μοναδικό συμπλήρωμα το οποίο προστατεύει από εμφάνιση καρκίνου, κυρίως του παχέος εντέρου και σε περίπτωση ανεπάρκειας ή έλλειψης συστήνεται η συμπληρωματική λήψη της.

Συνεπώς τα συμπληρώματα διατροφής δεν συστήνονται για την πρόληψη του καρκίνου, παραμόνο αν υπάρχει κάποια έλλειψη. Επιπλέον, η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής δεν πρέπει να γίνεται αλόγιστα αλλά με την επίβλεψη του γιατρού ή του διαιτολόγου.



Να θυμάστε:

- Δεν συστήνεται η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής (βιταμίνες, ιχνοστοιχεία) για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου.
- Η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής κρίνεται απαραίτητη μόνο στην περίπτωση έλλειψης και πάντα υπό την επίβλεψη γιατρού ή διαιτολόγου.

1.9 Μεσογειακή Διατροφή

Ιστορικά, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου ιδίως των ωσθηκών ήταν χαμηλότερη στις χώρες της Μεσογείου σε σύγκριση με τις βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ. Αυτή η διαφορετικότητα έχει συνδεθεί με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής που ακολουθούσαν οι μεσογειακές χώρες. Αν και υπάρχουν διαφορές στα κύρια συστατικά της Μεσογειακής δίαιτας, τόσο μεταξύ των μεσογειακών χωρών όσο και με το πέρασ το αιώνων, ωστόσο χαρακτηρίζεται από:

- αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, αμύλου, οσπρίων και ολικής αλέσεως προϊόντα
- κατανάλωση ελαιόλαδου ως κύρια πηγή λίπους
- μέτρια κατανάλωση λευκού κρέατος (κοτόπουλο, ψάρι και θαλασσινά)
- μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων
- μειωμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων τροφίμων
- αυξημένη φυσική δραστηριότητα και κατανάλωση επαρκούς ποσότητας νερού.
- μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, κυρίως κρασί.

Η μεσογειακή διατροφή εκτός από τα αποδεδειγμένα οφέλη που έχει στην πρόληψη και στην διαχείριση

διαφόρων καρδιαγγειακών προβλημάτων, τα τελευταία χρόνια έχει φανεί η προληπτική της δράση ενάντια στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού, μειώνοντας τον κίνδυνο για εμφάνιση αυτών κατά 22-25% και 21-28% αντίστοιχα. Παρόμοια ευεργετικά αποτελέσματα έχουν φανεί και στην πρόληψη για καρκίνο του προστάτη, του στομάχου και του ενδομητρίου. Τα αποτελέσματα αυτά επηρεάζονται φυσικά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα και την εμμηνόπαυση. Είναι αδιαμφισβήτητα τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής τόσο στη διατήρηση ενός υγιούς βάρους και στη διαχείριση νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά, όσο και για την πρόληψη αυτών καθώς και του καρκίνου.

Να Θυμάστε:

- Η μεσογειακή διατροφή φαίνεται να είναι ένα πρότυπο διατροφής που προστατεύει από την εμφάνιση καρκίνου και φυσικά βοηθά στη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους.

Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ



2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ





2.1 Σχέση διατροφής και καρκίνου

Μετά τη θεματική ενότητα της πρόληψης, ακολουθεί η ενότητα της διατροφής κατά την διάρκεια της θεραπείας, με διαφορετικές συστάσεις πλέον για τους ασθενείς.

Οι ασθενείς με καρκίνο πολύ συχνά πρέπει να ακολουθούν δίαιτα η οποία δεν μοιάζει «υγιεινή», είναι όμως απολύτως απαραίτητη γιατί προσφέρει θερμίδες και πρωτεΐνες για την αντιμετώπιση της απώλειας βάρους.

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν διατροφικό κίνδυνο παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, κόπωση και αυξημένη τοξικότητα από την αντικαρκινική θεραπεία. Επιπλέον καθυστερήσεις ή και αποτυχία εφαρμογής μιας προγραμματισμένης θεραπείας, παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή και μειωμένη απορρόφηση των χημειοθεραπευτικών οφείλονται πολλές φορές στην κακή θρεπτική κατάσταση του ογκολογικού ασθενούς.

Οι στόχοι της διατροφικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι:

- Πρόληψη και θεραπεία του υποσιτισμού που οφείλεται στην νόσο ή στην θεραπευτική αγωγή.
- Πρόληψη ή αναστροφή της απώλειας βάρους.
- Ελαχιστοποίηση των παρενεργειών από την θεραπεία.
- Αύξηση της συμμόρφωσης στις διαιτολογικές οδηγίες.
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.
- Αύξηση της αντοχής του ασθενούς και βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Να θυμάστε:

- Η διατροφή κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποτελεί μέρος της θεραπείας του καρκίνου, ξεκινάει άμεσα με τη διάγνωση, κάνει τον ασθενή πιο ανθεκτικό στη θεραπεία, βελτιώνει την ποιότητα ζωής του και ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα των φαρμάκων.

2.2 Αξιολόγηση Θρεπτικής κατάστασης ογκολογικού ασθενούς

Είναι σημαντικό, αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου, να καθορισθεί από ειδικό η θρεπτική κατάσταση του ασθενούς, δηλαδή αν υπάρχει ακούσια απώλεια βάρους και πόσα είναι τα κιλά του καρκινοπαθούς σε σχέση με το υγιές βάρος που θα έπρεπε να έχει. Αυτό θα επηρεάσει όχι μόνο τη θεραπεία αλλά και την πρόγνωση της νόσου.

2.2.1 Ανίχνευση ασθενούς σε διατροφικό Κίνδυνο

Η διατροφική ανίχνευση πρέπει να γίνεται κατά την εισαγωγή του ασθενούς, με σύντομο και ακριβή τρόπο, για να υπάρχουν στοιχεία αναφοράς και να καθορισθεί η κατάλληλη διατροφική παρέμβαση όπου απαιτηθεί. Η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου πρέπει να αποτελεί μέρος της ιατρικής φροντίδας του ογκολογικού ασθενούς, να γίνεται με τη διάγνωση, πριν και μετά την αντι-καρκινική θεραπεία.

2.2.2 Διατροφική Αξιολόγηση Ογκολογικού Ασθενούς

Η διατροφική αξιολόγηση είναι η πιο λεπτομερής, εξατομικευμένη, διερεύνηση της θρεπτικής κατάστασης του ασθενούς, κλινικά ενδείκνυται στους ογκολογικούς ασθενείς λόγω αυξημένου κινδύνου εμφάνισης υποθρεψίας/καχεξίας.

Οι παράμετροι που πρέπει να ελέγχονται σε κλινικό περιβάλλον, για την ενδεδειγμένη αξιολόγηση θρέψης του ογκολογικού ασθενούς περιλαμβάνουν: (πίνακας 1)

Μετρήσεις	Παράμετροι
Επάρκεια / έλλειψη θρεπτικών συστατικών	• Αλβουμίνη, Ολικά λευκώματα, Λεύκωμα Ούρων 24ώρου, Ουρία, Κρεατινίνη, Σίδηρος, Φεριπτίνη, Κάλιο, Νάτριο, Βιταμίνη B-12, Ασβέστιο, Φώσφορος • ανάκληση 24ώρου, • κλινική εξέταση: ύψος, βάρος, απώλεια βάρους, αφυδάτωση, οίδημα, ασκίτης • μέτρηση ενεργειακών απαιτήσεων ασθενούς με μηχανήμα έμμεσης θερμιδομετρίας ή υπολογισμός των αναγκών με εξισώσεις
Σύσταση Σώματος (μέτρηση μυϊκής μάζας, λίπους, οίδημάτων)	• Βιοηλεκτρική Εμπέδωση (BIA), • DEXA, • μέτρηση πάχους ψωίτημυός με Αξονική Τομογραφία στο ύψος του 3ου οσφυϊκού σπονδύλου, • δερματοπτυχές
Υπαρξη Φλεγμονής - Νοσηρότητα	• ιστορικό (προ-υπάρχουσες νόσοι, φαρμακευτική αγωγή, θεραπεία, επεμβάσεις) • Κλινική εξέταση (παρενέργειες θεραπειών, μεταστάσεις όγκου) • CRP, γενική αίματος, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, αλβουμίνη, φεριπτίνη
Μέτρηση λειτουργικότητας ασθενούς	• Χειροδυναμόμετρο, σπειρομέτρηση

Πίνακας 1. Μετρούμενοι παράμετροι για την θρεπτική αξιολόγηση νοσηλευόμενων ασθενών



ΠΡΟΣΟΧΗ!

Η ανίχνευση και η αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης του ογκολογικού ασθενούς **πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα**, σύμφωνα με τα θεραπευτικά σχήματα, χειρουργικές επεμβάσεις, την κλινική κατάσταση του ασθενούς και τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Να Θυμάστε:

- Αν τρώτε λιγότερο, αν μειώθηκε το βάρος σας το τελευταίο 3-6μηνο, αν έχετε πρηξίματα στα πόδια ή υγρό στην κοιλιά, αν νιώθετε αδυναμία επικοινωνήστε ΑΜΕΣΑ για αξιολόγηση θρέψης και διατροφική παρέμβαση (ειδικό διαιτολόγιο).

2.3 Καχεξία: ορισμός, αίτια, αντιμετώπιση

Η καρκινική καχεξία εμφανίζεται στον ογκολογικό ασθενή όταν χάνει τη μυϊκή του μάζα, χωρίς απαραίτητα να μειώνεται το λίπος του. **Στο 80% των περιστατικών με καρκίνο κάθε απώλεια βάρους είναι απώλεια μυών και όχι λίπους.**

ΟΡΙΣΜΟΣ: Η καχεξία ορίζεται πλέον ως πολύ-παραγοντικό σύνδρομο με συνεχή απώλεια μυϊκής μάζας με ή χωρίς απώλεια λιπώδους ιστού. Το 20% των θανάτων στους καρκινοπαθείς οφείλονται στην καχεξία, περίπου 14.000 ετησίως στη χώρα μας. Κινδυνεύουν περισσότερο οι ασθενείς με καρκίνο στομάχου, παγκρέατος, οισοφάγου (>80%) και έπειτα οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής –τραχήλου και εντέρου (60-80%). Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς αφού εκεί η απώλεια βάρους συχνά υποδιαγιγνώσκεται, με αποτέλεσμα να επέρχεται απώλεια μυϊκού ιστού με διατήρηση του λίπους, γνωστή ως σαρκοπενική παχυσαρκία.

ΑΙΤΙΑ: Οφείλεται σε διάφορους μεταβολικούς μηχανισμούς συνεπεία φλεγμονωδών εξεργασιών από τον όγκο ή τον οργανισμό ως άμυνα. Ο οργανισμός αντιλαμβάνεται τον όγκο ως ξένο σώμα προκαλώντας ανοσολογική απόκριση. Το σώμα προσπαθεί να αποκτήσει επιπλέον αποθέματα ενέργειας από τους μυς, με τη μορφή αμινοξέων, τα μετατραπεί σε γλυκόζη για να διατηρηθεί η λειτουργία του εγκεφάλου.

Το πρόβλημα είναι ότι δεν μπορούμε να απενεργοποιήσουμε αυτήν την απάντηση στον καρκίνο, ακόμη και όταν μπορούμε να παρέχουμε στον ασθενή όλα τα βασικά θρεπτικά συστατικά.

Διαγνωστικά Κριτήρια:

- απώλεια Σωματικού Βάρους >5%
τους τελευταίους 6 μήνες
- Δείκτης Μάζας Σώματος <20kg/m² και
απώλεια 2% του ΣΒ
- Σαρκοπενία (ΔΜΣ<19kg/m²) και
απώλεια >2% του ΣΒ

Κατηγορίες Καχεξίας:

- **ΠΡΟΚΑΧΕΞΙΑ:** απώλεια βάρους <5% με κύριο σύμπτωμα την ανορεξία
- **ΚΑΧΕΞΙΑ:** όπως διαγνωστικά κριτήρια
- **ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΧΕΞΙΑ:** πολύ σοβαρή, μη αναστρέψιμη, μορφή, απώλεια βάρους >20%, ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης θανάτου.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: ένας ασθενής με σύννηθες βάρος 70kg που αναφέρει απώλεια 3,5kg έχει ήδη μπει σε καχεξία!!! Μια αδύνατη ασθενής 55κιλών με απώλεια 1κιλού μόνο γίνεται καχεκτική.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Η αναστροφή της προ-καχεξίας και της καχεξίας είναι εφικτή στις περισσότερες περιπτώσεις. Ο Διαιτολόγος ανιχνεύει την καχεξία, διενεργεί εμποδισιομετρία για να μετρήσει με ακρίβεια τη μυϊκή μάζα και έμμεση θερμιδομετρία (μέτρηση μεταβολικών αναγκών) για να καθορίσει τις θερμίδες που πρέπει να λάβει ο ασθενής. Εν συνεχεία φτιάχνει ειδικό διαιτολόγιο λαμβάνοντας υπ' όψη του

α) την διόρθωση του μυϊκού ιστού που χρειάζεται να επιτευχθεί,

β) παρενέργειες ή ανατομικές δυσκολίες,

γ) οδό σίτισης (στόμα-καθετήρα-παραντερική)

δ) λοιπά νοσήματα,

ε) θεραπευτικό πρωτόκολλο/ χειρουργική επέμβαση. Αποφασίζει, σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, για συνταγογράφηση διατροφικού σκευάσματος όπου απαιτείται. Επιβάλλεται τακτικός επανέλεγχος του ασθενούς με εμποδισιομετρία και βιοχημικές παραμέτρους (βλ. Πίνακα 1).

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Το βασικότερο είναι η πρόληψη της απώλειας βάρους-καχεξίας γι' αυτό σας συστήνουμε, ΑΜΕΣΩΣ, μόλις διαγνωστείτε με καρκίνο:

- να ζυγίζετε καθημερινά και να καταγράφετε κάθε απώλεια βάρους,
- να μην παραλείπετε κανένα γεύμα, μη μειώνετε ποσότητες,
- να τρώτε 2 μικρά ενδιάμεσα γεύματα,
- να επιλέγετε τροφές πλούσιες σε θερμίδες και πρωτεΐνες
- αποφύγετε τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες γιατί προάγουν το αίσθημα του κορεσμού και χορταίνετε εύκολα με λίγες θερμίδες!
- Ζητήστε άμεσα βοήθεια αν η απώλεια βάρους σας είναι ήδη >5% (θα το βρείτε πολλαπλασιάζοντας το σύνηθες βάρος σας με 0,05)



2.4 Διατροφική υποστήριξη κατά την διάρκεια της Θεραπείας

Κατά την διάρκεια της θεραπείας ο ογκολογικός ασθενής πρέπει να διατρέφεται σωστά έτσι ώστε να αποφύγει κάθε απώλεια βάρους, να αναπληρώνει τις θρεπτικές ελλείψεις και να ανταποκρίνεται με τον βέλτιστο τρόπο

στις παρενέργειες που προκαλεί η χημειο- ή /και άκτινο-θεραπεία ή μια χειρουργική επέμβαση.

Το πλέον κρίσιμο σημείο διατήρησης ή ανάρρωσης σε υγιές επιπέδο θρέψης του ασθενούς είναι η κατανάλωση των απαραίτητων θερμίδων (ενέργειας) και πρωτεϊνών που αναγκαιούν.

Ο Διαιτολόγος που ειδικεύεται στην διατροφή των καρκινοπαθών ακολουθεί τα εξής βήματα για να καθορίσει το Διαιτολόγιό τους:

ΒΗΜΑ 1^ο : Ιστορικό Ασθενούς + Διατροφικό Ιστορικό

ΒΗΜΑ 2^ο : Αξιολόγηση Θρέψης –ανίνευση καχεξίας (βλέπε Παρ.3.2.2)

ΒΗΜΑ 3^ο : Μέτρηση Σύστασης Σώματος με Εμπεδισιομετρία (BIA) και μέτρηση Βασικού μεταβολικού Ρυθμού Ηρεμίας (BMR) με μηχανήμα Έμμεσης Θερμιδομετρίας.

ΒΗΜΑ 4^ο : Κατάρτιση Διαιτολόγιου Ασθενούς – (όπως αντιμετώπιση παρ. 3.3)

ΒΗΜΑ 5^ο : Παρακολούθηση ασθενούς, επανέλεγχος και αλλαγές διαιτολόγιου όπου χρειάζεται. Τακτική εκτίμηση θρέψης βάση παραμέτρων (πίνακας 1, σελίδα 29).

*** Σημείωση Συγγραφικής Ομάδας:** τα 5 βήματα διατροφικής υποστήριξης αποτελούν το Πρωτόκολλο Διατροφικής Υποστήριξης Καρκινοπαθούς που εφαρμόζεται από τον Καινωφελή Οργανισμό Φοίνικα σύμφωνα με τις συστάσεις της ESPEN 2016 και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ογκολόγων –ESMO 2011

2.4.1 Διατροφή και χημειοΘεραπεία

Η χημειοθεραπεία αυξάνει τις ενεργειακές ανάγκες του ασθενούς και συχνά τον επιβαρύνει με παρενέργειες οι οποίες δυσκολεύουν την λήψη τροφής με κίνδυνο την απώλεια βάρους και την πρόκληση καχεξίας.

Πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην αντιμετώπιση ή/και πρόληψη των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, από τον θεράποντα ιατρό, προκειμένου να διασφαλίζεται

η απρόσκοπτη σίτιση του ασθενούς και η διατήρηση της ποιότητας ζωής του.

Πολλά κοινά αντικαρκινικά φάρμακα συνδέονται με ανάπτυξη φλεγμονής στον βλεννογόνο του στόματος, του οισοφάγου και του εντέρου με αποτέλεσμα σοβαρές δυσφαγίες, δυσκαταποσίες και διάρροιες. Κάθε ημέρα που ο ασθενής, εξαιτίας των παρενεργειών από τη θεραπεία, δεν τρώει καταβολίζει τη μυική του μάζα για να επιβιώσει, επιτείνοντας τον κίνδυνο της καχεξίας, αν χάσει >5% του σωματικού βάρους, που είχε πριν την έναρξη της θεραπείας. Συμβουλευτείτε το Παράρτημα (βλ. σελ. 61) για την αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας.

Οι ασθενείς παραπονιούνται συχνά για μεταβολή της γεύσης τους, αισθάνονται 30 φορές εντονότερα το γλυκό, δυστροπούν με τα ζεστά και απεχθάνονται τις οσμές του φαγητού. Υπάρχουν ειδικά συνταγογραφούμενα διατροφικά σκευάσματα σε μορφή χυμού, κρέμας ή ζελέ που ενδείκνυνται για την υποστήριξη θρέψης ασθενών που αδυνατούν να διατραφούν επαρκώς από το στόμα. Ο ασθενής πρέπει να δοκιμάζει, αντίστοιχης σύστασης, προϊόντα διαφορετικών εταιρειών μέχρι να επιλέξει αυτό που του ταιριάζει γευστικά, αν και αυτά δεν γίνουν αποδεκτά τότε η παρέμβαση του διαιτολόγου πρέπει να εστιάζει άμεσα, στην εντερική ή παρεντερική διατροφή.

Να Θυμάστε:

- Η αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, με την διατροφή σας, είναι πολύ σημαντική για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας. Τηρείστε τις συμβουλές του Παραρτήματος (βλ. σελ. 61), για κάθε παρενέργεια που νιώθετε, αν αδυνατείτε να λάβετε τροφή για τον οποιοδήποτε λόγο αναζητήστε ΑΜΕΣΑ συμβουλή ειδικού, κινδυνεύετε από καχεξία!

2.4.2 Διατροφή και ακτινοΘεραπεία

Η ακτινοθεραπεία καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα, όμως όταν ακτινοβολείται τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος προκαλεί βλάβες στους βλεννογόνους με αποτέλεσμα δυσφαγία ή δυσκολία στην κατάποση, σε καρκίνους κεφαλής-τραχήλου-οισοφάγου, και δυσασπορρόφηση με διάρροιες σε όγκους στομάχου-εντέρου. Σε κάθε περίπτωση η θρέψη του ασθενούς πρέπει να διασφαλίζεται και οι παρενέργειες να αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά (βλ. Παράρτημα, σελ. 61). Νεότερες έρευνες προτείνουν την ταυτόχρονη διαιτολογική παρακολούθηση και την λήψη, από το στόμα, ειδικών διατροφικών σκευασμάτων ως το πλέον αποτελεσματικό μέτρο αντιμετώπισης των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας. Παράλληλα πρέπει να ενθαρρύνεται η εκπαίδευση του ασθενούς στην κατάποση με την βοήθεια ειδικού λογοθεραπευτή όπου απαιτείται.

Ειδικά τρόφιμα που περιέχουν το αμινοξύ Γλουταμίνη καθώς και τροφές με προβιοτικά ΔΕΝ φαίνεται, από τα μέχρι τώρα επιστημονικά δεδομένα να αντιμετωπίζουν τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας (στοματίτιδα-οισοφαγίτιδα-διάρροια) γι' αυτό και ΔΕΝ πρέπει να συνταγογραφούνται. Αντίθετα ΠΡΕΠΕΙ να επιλέγονται τρόφιμα παχύρευστα (ζελέ/κρέμες) σε περιπτώσεις δυσκολίας στην κατάποση ή ημιστοιχειακά διαλύματα σε περίπτωση εντερικής δυσασπορρόφησης.

Να θυμάστε:

- Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας αντιμετωπίζονται με την βοήθεια διαιτολόγου και χρήση ειδικών σκευασμάτων διατροφής, όταν απαιτείται. ΜΗΝ αδιαφορείτε στην απώλεια βάρους επειδή δυσκολεύεστε να φάτε ή κάνετε διάρροιες, **κινδυνεύετε από καχεξία.**

2.4.3 Διατροφή και χειρουργική επέμβαση (πριν & μετά)

Στα πλαίσια της αντιμετώπισης ενός όγκου, η χειρουργική επιλογή θεωρείται αρκετά αποτελεσματική και με καλή πρόγνωση. Απαιτεί όμως διαιτολογική υποστήριξη πριν και μετά το χειρουργείο έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τις λιγότερες παρενέργειες. Τα σημεία κλειδιά για την ταχύτερη ανάρρωση μετά από χειρουργική επέμβαση είναι:

- Διαχείριση πόνου (με οποιοσδήποτε)
- Λαπαροσκοπική τεχνική όπου είναι εφικτό
- Ταχεία κινητοποίηση του ασθενούς μετά το χειρουργείο (να σηκωθεί από το κρεβάτι)
- Αποφυγή νηστείας πριν και μετά το χειρουργείο.
- Λήψη υγρών (2ώρες πριν το χειρουργείο) και υδατανθρακούχο φαγητό (μακαρόνια/ πατάτες/ ρύζι) 6 ώρες πριν την επέμβαση.
- Ο ασθενής να σιτιστεί από το στόμα μέσα στο 1^ο 24ωρο από το χειρουργείο.

Να θυμάστε:

- Ο ασθενής που θα χειρουργηθεί ΔΕΝ πρέπει να μένει νηστικός >6 ώρες πριν το χειρουργείο και πρέπει να τρώει από το στόμα μέσα σε 24 ώρες μετά το χειρουργείο. Η κακή θρέψη αυξάνει τις επιπλοκές και τον χρόνο ανάρρωσης. Συζητήστε επισταμένα με τον χειρουργό σας την δυνατότητα διατροφικής υποστήριξης, εντός και εκτός Νοσοκομείου.

2.4.4 Εξατομικευμένα διαιτολόγια-αξία διατροφικής συμβουλευτικής

Το διαιτολόγιο και η συνολική διατροφική παρέμβαση, που έχει ανάγκη από την αρχή της θεραπείας του ο

καρκινοπαθής, πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψη τις μοναδικές θρεπτικές ανάγκες του καθώς και τις παρενέργειες που αυτός εμφανίζει με σκοπό την διατήρηση της μυικής του μάζας (θρέψη). Κανένας ασθενείς δεν σιτίζεται το ίδιο με κανέναν άλλο, το διαιτολόγιο του είναι μόνο γι' αυτόν.

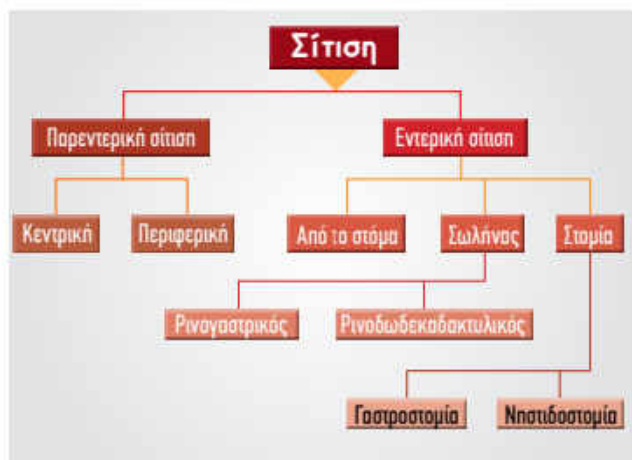
Ένα διαιτολόγιο που απευθύνεται σε όλους δεν λαμβάνει υπ' όψη του στοιχειώδεις πληροφορίες όπως το φύλο, η ηλικία, το βάρος, τη θρέψη, τις μεταβολικές ανάγκες, τις παρενέργειες που εμφανίζει ο ασθενής και την θεραπεία που ακολουθεί.

Να Θυμάστε:

- Το διαιτολόγιο ή σχήμα θρέψης (εντερική-παρεντερική διατροφικά σκευάσματα) είναι μοναδικό, απευθύνεται μόνο στον ασθενή για τον οποίον καταρτίζεται και δεν μπορεί να εφαρμοστεί από άλλον ασθενή.

2.5 Εντερική –Παρεντερική διατροφή κατά την διάρκεια της Θεραπείας

Είναι απολύτως ασφαλές, από το σύνολο των ερευνητικών δεδομένων, ότι η πλέον επωφελής διατροφή για τον ασθενή είναι από του στόματος. Όμως υπάρχουν παθολογικές καταστάσεις κατά τις οποίες αυτό δεν είναι εφικτό. Τότε επιβάλλεται κατ' αρχάς η διατήρηση της θρέψης του καρκινοπαθούς με σίτιση μέσω ρινογαστρικού ή ρινοδωδεκαδακτυλικού ή ρινονησιτιδικού καθετήρα εφόσον το γαστρεντερικό είναι λειτουργικό και δεν υπάρχουν αντενδείξεις γι'



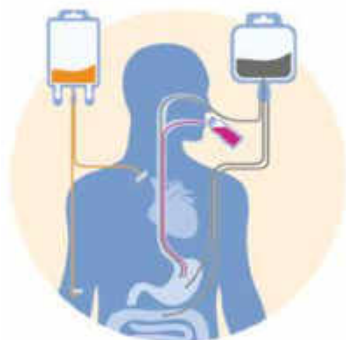
Σχήμα 1. Δυνατότητες τεχνητής σίτισης ασθενούς. Μ.Κοντογιάννη, 2015.

αυτό (έμετοι, έμφραξη ή αιμορραγία ανώτερου πεπτικού κλπ). Αν η σίτιση πρέπει να συνεχιστεί για >1 μήνα τότε επιλέγεται η διατροφή του ασθενούς μέσω διαδερμικού σωλήνα σίτισης απευθείας στο στομάχο/ δωδεκαδάκτυλο/νήστιδα.

Η τεχνητή διατροφή είναι ευρύτατο αντικείμενο και δεν μπορεί να αναλυθεί σε περιορισμένο εύρος, σε κάθε περίπτωση ο ασθενής πρέπει να είναι ενήμερος για τα οφέλη και τους κινδύνους μιας τέτοιας σίτισης προκειμένου να συνηγορεί όταν το προτείνει ο θεράπων ιατρός ή/και ο διαιτολόγος του.

Να θυμάστε:

- Όταν ο ασθενής αδυνατεί να φάει από το στόμα μπορεί να λάβει την τροφή του από καθετήρα ή απευθείας στη φλέβα. Ο στόχος είναι να συντηρήσει τη θρέψη του και να διατηρήσει την ποιότητα ζωής του.



Σχήμα 2. Παρεντερική σίτιση αριστερά – εντερική σίτιση δεξιά.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί, για τηνοποιαδήποτε αιτία, να διατραφεί από το στόμα υπάρχουν δυνατότητες σίτισης μέσω καθετήρα ή κατευθείαν στην φλέβα. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις και αντενδείξεις για την επιλογή της κάθε μεθόδου και πιθανές παρενέργειες ή επιπλοκές.

2.6 Βασικά σημεία της Διατροφής κατά την διάρκεια της Θεραπείας

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ: το βασικότερο είναι ή πρόληψη της απώλειας βάρους-καχεξίας γι' αυτό σας συστήνουμε, ΑΜΕΣΩΣ, μόλις διαγνωστείτε με καρκίνο:

- να ζυγίζετε καθημερινά και να καταγράφετε κάθε απώλεια βάρους,
- να μην παραλείπετε κανένα γεύμα, μην μειώνετε ποσότητες,
- να τρώτε 2 μικρά ενδιάμεσα γεύματα,
- να επιλέγετε τροφές πλούσιες σε θερμίδες και πρωτεΐνες
- αποφύγετε τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες γιατί προάγουν το αίσθημα του κορεσμού και χορταίνετε εύκολα με λίγες θερμίδες!
- Ζητήστε άμεσα βοήθεια αν η απώλεια βάρους σας είναι ήδη >5% (θα το βρείτε πολλαπλασιάζοντας το σύνηθες βάρος σας με 0,05)

- Ο κίνδυνος της καχεξίας είναι ο ίδιος και στον παχύσαρκο ασθενή για αυτό πρέπει να ακολουθεί και αυτός τις πρακτικές συμβουλές.
- Κανένα φυτικό σκεύασμα δεν έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει στην καταπολέμηση του καρκίνου, με τα έως τώρα ερευνητικά δεδομένα είναι άνευ χρησιμότητας ή επικίνδυνα και ο ασθενής τα λαμβάνει με δική του ευθύνη!
- Η αντιμετώπιση των παρενεργειών της θεραπείας, με την διατροφή σας, είναι πολύ σημαντική για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας. Οι παρενέργειες τις ακτινο- ή χημειοθεραπείας αντιμετωπίζονται με τη βοήθεια του διαιτολόγου και τη χρήση ειδικών σκευασμάτων διατροφής, όταν απαιτείται. ΜΗΝ αδιαφορείτε για την απώλεια βάρους επειδή δυσκολεύεστε να φάτε ή κάνετε διάρροιες, κινδυνεύετε από καχεξία. Τηρείστε τις συμβουλές του Παραρτήματος (βλ. σελ. 61), για κάθε παρενέργεια που νιώθετε.
- Ο ασθενής που θα χειρουργηθεί ΔΕΝ πρέπει να μένει νηστικός >6 ώρες πριν το χειρουργείο και πρέπει να τρώει από το στόμα μέσα σε 24 ώρες μετά το χειρουργείο. Η κακή θρέψη αυξάνει τις επιπλοκές και τον χρόνο ανάρρωσης.
- Το διαιτολόγιο είναι μοναδικό, απευθύνεται μόνο στον ασθενή για τον οποίον καταρτίζεται και δεν μπορεί να εφαρμοστεί από άλλον ασθενή.
- Από την αρχή της διάγνωσης μέχρι την θεραπεία θα υπάρξουν αλλαγές στην δίαιτα γι' αυτό απαιτείται τακτική παρακολούθηση.
- Όταν ο ασθενής αδυνατεί να φάει από το στόμα μπορεί να λάβει την τροφή του από καθετήρα ή απευθείας στη φλέβα. Ο στόχος είναι να συντηρήσει την θρέψη του και να διατηρήσει την ποιότητα ζωής του.



3 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ





3.1 Αποκατάσταση μετά τη νόσο

Η ενότητα αυτή εστιάζει στη διατροφή των ασθενών που αναρρώνουν μετά από την αντικαρκινική θεραπεία ή είναι ελεύθεροι νόσου.

Επιζήσαντες από τον καρκίνο

Πολλοί θεωρούν επιζήσαντα κάθε άτομο με καρκίνο από τη στιγμή της διάγνωσης. Άλλοι αναφέρονται με τον όρο σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, δεν υποβάλλονται πια σε συστηματική θεραπεία και είναι ελεύθεροι νόσου. Ο ορισμός περιλαμβάνει και εκείνους που συνεχίζουν να λαμβάνουν θεραπεία με σκοπό να μειώσουν τον κίνδυνο να επιστρέψει ο καρκίνος και ανθρώπους με καλά ελεγχόμενη νόσο και λίγα συμπτώματα.

Η αποκατάσταση του ογκολογικού ασθενούς περιλαμβάνει πέραν της διατροφής προγράμματα φυσιοθεραπείας, άσκησης, ψυχοθεραπείας, κινησιοθεραπείας, λογοθεραπείας, διαχείρισης πόνου κλπ. Στόχος είναι η πλήρης αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενούς με την μέγιστη δυνατή αυτονομία από επαγγελματίες υγείας καθώς και η δευτερογενής πρόληψη ώστε να μην υποτροπιάσει η νόσος.

Οι διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας είναι πλέον κατάλληλες για την αποκατάσταση των ογκολογικών ασθενών.

3.2 Επίδραση της διατροφής στην επανεμφάνιση του καρκίνου – παχυσαρκία

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντερικής και Παρεντερικής Διατροφής (ESPEN) αναφέρει ότι οι διαταραχές του μεταβολισμού, η παχυσαρκία και η ινσουλινοαντίσταση, συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης

του καρκίνου. Στις πρόσφατες οδηγίες που εξέδωσε για καρκινοπαθείς, τονίζει τη σημασία της σωστής διατροφής και την ενασχόληση με συστηματική άσκηση στους επιζήσαντες από καρκίνο.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παθολόγων Ογκολόγων (ESMO) η παχυσαρκία, η ινσουλινοαντίσταση και ο καρκίνος μοιράζονται κοινά μιτογονικά μονοπάτια, δηλαδή κοινούς μηχανισμούς. Επιπλέον, οι ορμονικές αλλαγές που παρατηρούνται σε ένα παχύσαρκο άτομο ευνοούν την καρκινογένεση. Φαίνεται να αυξάνεται ο κίνδυνος επανεμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου, ενδομητρίου, νεφρών, μαστού και ενδεχομένως παγκρέατος σε παχύσαρκους καρκινοπαθείς.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Η μείωση του σωματικού λίπους επιτυγχάνεται μέσω της μείωσης των συνολικών προσλαμβανόμενων θερμίδων και της αύξησης της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας.

Οι συστάσεις για μείωση βάρους, μιλούν για 150 λεπτά την εβδομάδα αερόβια άσκηση και 2-3 φορές την εβδομάδα ασκήσεις με βάρη (75' αναερόβια άσκηση).

Συστήνεται μείωση του μεγέθους των μερίδων και της κατανάλωσης αναψυκτικών, ροφημάτων με ζάχαρη και αλκοολούχων ποτών. Αποφυγή της κατανάλωσης θερμιδικά πυκνών τροφίμων όπως γλυκών, κρέμες γάλακτος, αφαίρεση του ορατού λίπους από τα κρέατα. Προτείνονται γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά (γάλα 1.5%, γιαούρτι 2%, τυριά < 12%). Το ελαιόλαδο ως κύρια πηγή λίπους να μην ξεπερνά τις 1-2 κουταλιές της σούπας σε ολόκληρο το γεύμα. Σημαντική είναι η κατανάλωση τροφίμων ανά τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε ~ 3 ώρες) για να αποφύγετε τις υπογλυκαιμίες και να διαχειριστείτε καλύτερα τα επίπεδα

της πείνας σας. Καλό είναι να κατανέμετε το φαγητό σας σε 4-5 γεύματα και σνακ ημερησίως συμπεριλαμβανομένου του πρωινού.

** Οι συμβουλές αφορούν άτομα που τρώνε πολύ περισσότερο από τις θερμιδικές τους ανάγκες. Γυναίκες που τρώνε λίγο (μια φορά την ημέρα) είναι αδύνατον να χάσουν βάρος μειώνοντας το φαγητό.*

*** Οι συστάσεις πρέπει να εξεταστούν ανάλογα με την ύπαρξη οποιασδήποτε παθολογικής κατάστασης του ασθενούς.*



3.3 ΥποΘρεψία μετά τον καρκίνο

Ο καρκίνος και οι αντινεοπλασματικές θεραπείες καταπονούν τον οργανισμό και συνήθως συνοδεύονται από απώλεια μυών. Η ανεπαρκής πρόσληψη θερμίδων, πρωτεΐνης, και άλλων θρεπτικών συστατικών πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα διότι έχει αρνητικές συνέπειες στο σχήμα και στις λειτουργίες του σώματος.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά ενός υποθρεπτικού ασθενούς είναι το μειωμένο σωματικό βάρος, η μειωμένη μυϊκή μάζα και μυϊκή δύναμη, η μειωμένη αναπνευστική ικανότητα και η λέπτυνση του δέρματος. Συχνά αυξάνεται ο κίνδυνος λοιμώξεων και υπάρχει δυσκολία στην επούλωσ η τραυμάτων-ελκών κατάκλισης. Σε κλινήρεις ασθενείς, είναι συχνή η ανάπτυξη ελκών κατάκλισης.

3.4 Σχέση διατροφής με άλλα νοσήματα

Στην κλινική πράξη, οι ασθενείς συχνά ταλαιπωρούνται με περισσότερα του ενός νοσήματα. Σε κάποιες περιπτώσεις η συννοσηρότητα προϋπάρχει του καρκίνου, ενώ σε άλλες φαίνεται ότι αναπτύσσεται λόγω του καρκίνου, δηλαδή λόγω των μεταβολικών και μηχανικών αλλαγών που προκαλεί στο σώμα. Επιπλέον, η ίδια η αντικαρκινική θεραπεία στην προσπάθεια της να καταπολεμήσει το νεόπλασμα πλήττει και τους υγιείς ιστούς με επακόλουθη την εκδήλωση άλλων παθολογικών καταστάσεων, ακόμη και πολλά χρόνια μετά.

3.4.1 Χρόνια Νεφρική Νόσος

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN) είναι παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια της νεφρικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου. Οι νεφροί παράγουν και αποβάλλουν τα ούρα, απεκκρίνουν άχρηστες ουσίες, φάρμακα και τοξίνες. Ακόμη ρυθμίζουν την περιεκτικότητα του οργανισμού σε νερό - ηλεκτρολύτες, ρυθμίζουν την αρτηριακή πίεση, παράγουν την ενεργοποιημένη μορφή της βιταμίνης D και τέλος επιδρούν στην αιμοποίηση.

Διατροφική Αντιμετώπιση

Με την κατάλληλη διατροφή επιτυγχάνεται η υποστροφή της νεφρικής νόσου και η καθυστέρηση της έναρξης κάθαρσης κατά 40%. Βασικοί στόχοι της διατροφικής υποστήριξης καρκινοπαθών με Νεφρική Νόσο είναι η διατήρηση της θρέψης και η βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας με εκτίμηση των δεικτών διήθησης (GFR) και βιοχημικών τιμών όπως η ουρία και η κρεατινίνη στο αίμα. Βασικός στόχος είναι και η μείωση της διαφυγής πρωτεϊνών με τα ούρα (λευκωματουρία) και η αποφυγή τροφίμων των οποίων τα συστατικά επιβαρύνουν το νεφρό.

Μικρότερη συνολική κατανάλωση φαγητού συγκριτικά με τις ανάγκες του ατόμου, προκαλεί στον ασθενή μυϊκό καταβολισμό (καταναλώνει τη μυϊκή του μάζα) με αποτέλεσμα να αυξάνεται, στο αίμα, η τιμή της κρεαπινίνης. Αντίθετα αν ο ασθενής καταναλώσει περισσότερα τρόφιμα υψηλά σε πρωτεΐνες, το νεφρικό σπείραμα θα καταστραφεί. Υπολογισμός πρέπει να γίνεται σε όλα τα τρόφιμα του ημερήσιου διαιτολογίου ώστε να καταναλώνονται μόνο οι επιτρεπόμενες ποσότητες σε υγρά και ηλεκτρολύτες (Κάλιο/ Νάτριο/ Φώσφορος). Κονσέρβες, αλλαντικά, γαλακτοκομικά, φρούτα και λαχανικά υψηλά σε κάλιο, χυμοί, κρέας, αυγά πρέπει να μειώνονται. Προτιμώνται τροφές όπως όσπρια - λαχανικά - ζυμαρικά - φρούτα χαμηλά σε κάλιο.

Να Θυμάστε:

- Η νεφρική νόσος επηρεάζεται σημαντικά από τη διατροφή. Βελτιώνεται η λειτουργία του νεφρού και η αιμοκάθαρση αποφεύγεται, ακολουθώντας ειδικό διαιτολόγιο.

3.4.2 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μία ομάδα μεταβολικών διαταραχών που χαρακτηρίζεται από υψηλή συγκέντρωση σακχάρων στο αίμα, δηλαδή από υπεργλυκαιμία. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης πολλών μορφών καρκίνου, με κατά σειρά κυριότερους, στο ήπαρ, ενδομήτριο, πάγκρεας, Non-Hodgkin λέμφωμα, ουροδόχου κύστης και μαστού.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης μπορεί να είναι προεγκτεστημένος (να προϋπάρχει του καρκίνου). Στον διαβήτη τύπου 1 υπάρχει απόλυτη ένδεια ινσουλίνης, ενώ στον διαβήτη τύπου 2 το σώμα δεν έχει αρκετή ινσουλίνη ή δεν την χρησιμοποιεί κατάλληλα. Σακχαρώδη διαβήτη, ως συνέπεια του καρκίνου, βλέπουμε συχνότερα σε καρκίνους παγκρέατος.

Διατροφική Αντιμετώπιση

Μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα και άρα του κινδύνου για ανάπτυξη Σακχαρώδη Διαβήτη επιτυγχάνεται μέσω ρύθμισης της φαρμακευτικής αγωγής και των συνοσηρών παθολογικών καταστάσεων και μέσω διατήρησης υγιούς σωματικού βάρους. Υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα κρίνεται απαραίτητο να περιορίζουν τις θερμίδες τους με σκοπό την απώλεια λίπους. Πρέπει όλα τα γεύματα να περιέχουν υδατάνθρακες στις σωστές για τον καθένα ποσότητες. Ακόμη καλύτερο είναι τα ζυμαρικά να είναι ολικής άλεσης, τα κυρίως γεύματα να περιέχουν λαχανικά, και να συνδυάζονται με κρέας/ ψάρι/ τυρί/ αυγό/ ελαιόλαδο/ ελιές κτλ. για να μειώνονται τα γλυκαιμικά φορτία του γεύματος. Συνιστάται πραγματοποίηση καλού καταμερισμού των υδατανθράκων μέσα στη μέρα και τακτικά γεύματα (ανά 2,5 -3 ώρες). Σημαντική είναι η αποφυγή της στέρσης τροφής για μεγάλα χρονικά διαστήματα διότι δυσκολεύεται η ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα εντός φυσιολογικών ορίων. Εξίσου σημαντική είναι η αποφυγή γλυκών και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Να Θυμάστε:

- Είναι σημαντική η διατήρηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα εντός φυσιολογικών τιμών.

3.4.3 Δυσανεξία στη λακτόζη

Ως δυσανεξία στη λακτόζη ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία ο οργανισμός αδυνατεί να μεταβολίσει την λακτόζη, το βασικό σάκχαρο του γάλακτος. Αυτή η αδυναμία οφείλεται στην έλλειψη του ενζύμου λακτάση, στο λεπτό έντερο.

Μετά από κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν λακτόζη, τα άτομα με δυσανεξία έχουν συμπτώματα ναυτίας, μετεωρισμού (φουσκωμάτων), παρατηρείται αποβολή

αερίων είτε με την μορφή ερρυγών είτε μέσω του παχέως εντέρου, έχουν κοιλιακό άλγος και διάρροια (σπανιότερα δυσκοιλιότητα).

Διατροφική ανπιμετώπιση

Η ευαισθησία των ατόμων με δυσανεξία στη λακτόζη και η έκταση ή σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Συστήνεται διακοπή της κατανάλωσης γαλακτοκομικών και αργότερα επανέναρξη τους στη δίαιτα μέχρι να βρείτε το σημείο που γίνονται ανεκτά. Δοκιμάστε πρώτα τα σκληρά ώριμα τυριά, μετά τα μαλακά τυριά, συνεχίστε με το γιαούρτι και αφήστε τελευταίο το γάλα. Προσοχή σε κρυφές πηγές λακτόζης π.χ. βούτυρο, έτοιμες σάλτσες, έκδοχα φαρμάκων που περιέχουν λακτόζη. Καλό είναι να διαβάζετε προσεκτικά τις ετικέτες των τροφίμων, όπου «κρύβεται» λακτόζη πίσω από τις λέξεις: ορός γάλακτος, καζεΐνη, λακταλβουμίνη. Τροφές που μπορεί να περιέχουν λακτόζη (ίχνη) είναι το ψωμί, άλλα παρασκευάσματα ή γλυκίσματα που απαιτούν ψήσιμο, τα δημητριακά προγευμάτων, παξιμάδια, τα μπισκότα, τα ζαχαρώδη, οι έτοιμες σούπες και τα κρέατα ταχείας παρασκευής, οι έτοιμες σάλτσες για σαλάτα και η μαργαρίνη.

3.4.4 Λεμφοίδημα

Είναι μια παθολογική κατάσταση όπου παρατηρείται σταδιακή διόγκωση, λόγω οιδήματος κάποιας περιοχής του σώματος, συνήθως των άνω ή κάτω άκρων, η οποία **δεν** υποχωρεί μέσα σε διάστημα τριών μηνών. Το οίδημα προκύπτει λόγω ανεπαρκούς αποχέτευσης τμήματος του λεμφικού συστήματος.

Το λεμφοίδημα μπορεί να είναι πρωτογενούς ή δευτερογενούς αιτιολογίας (επίκτητο). Το πρωτοπαθές λεμφοίδημα είναι μία σπάνια παθολογική κατάσταση, γενετικής αιτιολογίας με ανώμαλη κατασκευή των λεμφαγγείων. Το δευτεροπαθές λεμφοίδημα οφείλεται σε χειρισμό που οδηγεί σε τραυματισμό - εκτομή λεμφαγγείων ή λεμφα-

δένων π.χ. αφαίρεση όγκου μαστού, αφαίρεση λεμφαδένων δεξιά και αριστερά από τα γεννητικά όργανα, η αφαίρεση λεμφαδένων κοιλίας και η αφαίρεση των λεμφαδένων στην μασχάλη λόγω όγκου του μαστού. Περιοχές όπου μπορεί να παρατηρηθεί λεμφοίδημα είναι τα χέρια και τα πόδια, το λεπτό έντερο ή ο υπεζωκότας.

Διατροφική Αντιμετώπιση

Απαραίτητη προϋπόθεση για να αποσυμφορηθούν τα λεμφαγγεία του ασθενούς και να ξεπρηστεί το άκρο είναι η πλήρης αποφυγή τροφίμων με λίπος για 6-12 μήνες. Επιλέγονται τρόφιμα με όσο το δυνατό χαμηλότερο λίπος. Το μόνο επιτρεπόμενο λίπος είναι το λάδι καρύδας αντί του ελαιολάδου. Τόσο το έλαιο καρύδας όσο και το φαρμακευτικό έλαιο MCT, μπορεί να καταναλωθεί αναμειγμένο με χυμό φρούτων, με σάλτσες ή με οποιοδήποτε τρόφιμο. Μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθεί σε σαλάτες και σε κάθε μορφής μαγειρική (τηγάνισμα) ή μαγειρικό παρασκεύασμα. Όλα τα γαλακτοκομικά 0%, ζυμαρικά, φρούτα, λαχανικά, ψωμί, γλυκά κουταλιού επιτρέπονται αφού δεν περιέχουν λίπος. Η επαρκής πρόσληψη θερμιδών με διατήρηση υγιούς βάρους συμβάλλει στην υποστροφή και διατήρηση σε υγιή επίπεδα του λεμφοιδήματος.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Η κατανάλωση οποιουδήποτε τροφίμου με λίπος θα επαναφέρει το λεμφοίδημα στην αρχική του μορφή!

** Η Λεμφική σίτιση αποτελεί καινοτομία της Ομάδας Υποστήριξης Θρέψης του ΦΟΙΝΙΚΑ, εφαρμόζεται σε αρκετούς ασθενείς με εντυπωσιακά αποτελέσματα, περισσότερες πληροφορίες στην σελίδα www.phoenixcancercare.gr.*

Να Θυμάστε:

- Το λεμφοίδημα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με ειδική διατροφή που περιλαμβάνει αποκλειστικά, τρόφιμα χωρίς λίπος, χωρίς ελαιόλαδο.

3.4.5 Δυσφαγία–δυσκαταποσία

Δυσφαγία είναι η δυσκολία στην μάσηση, ο πόνος, οι άφθες στην στοματική κοιλότητα, η βλάβη στους μασητήριους μύες ή/και στις σιαγόνες-δόντια συνεπεία του καρκίνου ή της θεραπείας που εφαρμόσθηκε.

Η δυσκαταποσία είναι η διαταραχή της κατάποσης σε οποιοδήποτε στάδιο (στοματικό-φαρυγγικό-οισοφαγικό). Συνήθως η δυσφαγία στα στερεά προκύπτει από μηχανική απόφραξη, ενώ η δυσφαγία σε στερεά και υγρά είναι αποτέλεσμα νευρομυϊκής βλάβης.

Διατροφική Ανιμετώπιση

Ανάλογα με την έκταση του προβλήματος ακολουθείται και αντίστοιχη αντιμετώπιση.

Τα υγρά τρόφιμα είναι τα πλέον δύσκολα στην κατάποση, με δυσκολότερο όλων το νερό ως εκ τούτου προτείνονται τρόφιμα με πυκνότερη σύσταση. Στην αρχή της προσπάθειας αποκατάστασης προτείνονται υγροποιημένα τρόφιμα ή λεπτόρευστος πουρές. Όσο βελτιώνεται η ανταπόκριση του ασθενούς στην μάσηση-κατάποση προτείνεται η ένταξη παχύρευστου πουρέ ή μαλακών και λείων τροφίμων. Όταν ο ασθενής έχει αποκτήσει στοιχειώδη ικανότητα μάσησης -έστω και αργή- παροτρύνεται να καταναλώνει ψιλοκομμένα τρόφιμα και να μασάει την μπουκιά του 22 φορές πριν την καταπιεί.

3.4.6 Στένωση οισοφάγου/εντέρου

Στένωση οισοφάγου προκύπτει από τη μείωση της διαμέτρου του λόγω ακτινοβολίας, παλαιότερης εγχείρησης οισοφάγου, θεραπευτικής αγωγής κατά των κισμών του οισοφάγου, τραυματισμών που μπορεί να προκαλέσει η ενδοσκοπήση και λόγω καρκίνου του οισοφάγου.

Διατροφική Αντιμετώπιση

Στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο πραγματοποιούνται κατά σειρά η υδρική δίαιτα (δηλ. μόνο υγρά τρόφιμα) κι εν συνεχεία ανάλογα με την ανοχή του ασθενούς

ελαφρά ημιστερεή ή μαλακή διαίτα (δηλ. πολτοποιημένα τρόφιμα και αργότερα μαλακά κομμάτια κρέατος, μαγειρεμένα φρούτα και λαχανικά, γάλα και γαλακτοκομικά.

Αποφύγετε: Το σκληρό και αφυδατωμένο κρέας, τα ψάρια με κόκκαλα, τα σκληρά / μαστιχώδη τυριά και την ψίχα φρέσκου ψωμιού. Επιπλέον αποφύγετε τους ξηρούς καρπούς, τα ωμά λαχανικά και τα φρούτα με φλούδα/σπόρια/ ίνες φρούτων όπως πορτοκαλιού.

Στένωση εντέρου. Επεμβάσεις, ακτινοθεραπείες, χρόνιες κολίτιδες ή ανάπτυξη όγκου στην κοιλιακή χώρα έχει συχνά επίδραση στην διάμετρο του εντερικού αυλού. Τα συμπτώματα της στένωσης του εντέρου ποικίλουν από μια απλή δυσκοιλιότητα έως την εμφάνιση καχεξίας.

Συνήθεις εκδηλώσεις είναι ο μετεωρισμός (φούσκωμα), πόνος κατά την αφοδευση, παραμονή του φαγητού στο στόμαχο πολλές ώρες, γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση, μικρές κενώσεις.

Η διατροφική παρέμβαση συνίσταται στη συντηρητική διαχείριση των συμπτωμάτων τις κάθε ανατομικής βλάβης στο έντερο αλλά και στη διασφάλιση της επαρκούς σίτισης του ασθενούς. Σε σοβαρές στενώσεις η πλέον ασφαλής διατροφή είναι η υδρική διαίτα, η οποία δύναται να εμπλουτίζεται με συνταγογραφούμενα διατροφικά σκευάσματα, προκειμένου να ικανοποιεί τις διαιτητικές ανάγκες του ασθενούς και να τον προφυλάσσει από την καχεξία. Μικρότερου βαθμού στένωση αντιμετωπίζεται με λήψη μικρών συχνών γευμάτων (ανά 2ωρο), υγρά ελεύθερα ενδιάμεσα των γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής (22 φορές κάθε μπουκιά), αποφυγή παντός τροφίμου που περιέχει φύλλα/ κουκούτσια/ κοτσάνια/ σπόρια/ επιλέγονται τρόφιμα φτωχά σε φυτικές ίνες.

Να θυμάστε:

- Η στένωση οισοφάγου ή εντέρου χρειάζεται άμεση έναρξη ειδικής διατροφής προς αποφυγή απώλειας βάρους με συνέπεια την καχεξία.

3.4.7 Ολική γαστρεκτομή

Ολική γαστρεκτομή είναι η πλήρης χειρουργική αφαίρεση του στομάχου. Κύρια αιτία ολικής γαστρεκτομής είναι το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου. Κατά την ολική γαστρεκτομή πραγματοποιείται αναστόμωση (σύνδεση) μεταξύ οισοφάγου και ειλεού, για να υπάρχει ανατομική συνέχεια στον γαστρεντερικό σωλήνα.

Επιλοκές Εγχειρήσεων στομάχου

Κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο όλοι οι ασθενείς να εμφανίζουν κάποιου βαθμού διαταραχές, οι οποίες είναι πιο έντονες τους πρώτους 6 μήνες μετεγχειρητικά. Η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα της μειωμένης πρόσληψης τροφής, γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, αναγωγών και μεταγευματικών συμπτωμάτων διάρροιας/ dumping.

Διαιτητική Αντιμετώπιση

Σε ασθενείς που έχει αφαιρεθεί όλος ή μέρος του στομάχου ακολουθείται ειδικό πρωτόκολλο σίτισης που περιλαμβάνει 15 ημέρες υδρική διατροφή, 15 ημέρες αλεσμένη τροφή, 15 ημέρες μαλακή τροφή. Μετά τις 45 ημέρες από το χειρουργείο ο ασθενής εισέρχεται σταδιακά στη συνήθη δίαιτα η οποία όμως δεν μπορεί να ξεπερνά σε όγκο τα 200ml ανά γεύμα. Ως εκ τούτου δίνονται συγκεκριμένες συμβουλές στους ασθενείς:

- Τρώτε πίνετε εναλλάξ ανά μία ώρα – ποτέ υγρό και στερεό μαζί! - Κίνδυνος αναγωγής.
- Κατανάλωση υγρών 45-60 λεπτά πριν το γεύμα ή μετά το γεύμα και σε ποσότητα λιγότερη από μισό ποτήρι κάθε φορά.
- Επαρκής μάσηση του φαγητού (22 φορές κάθε μπουκιά).
- Όχι καλαμάκι, ο ασθενής πίνει μικρές γουλιές με το στόμα.

- Καθόλου ίνες –σβώλους τις πρώτες 30 ημέρες από το χειρουργείο-αίσθημα πνιγμού.
- Σταδιακή εισαγωγή γάλακτος. Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο αναπτύσσεται παροδική δυσανοχή στη λακτόζη.
- Αποφυγή απλών υδατανθράκων προς αποφυγή δημιουργίας ωσμωτικού περιεχομένου στο έντερο. Συνεπώς αποχή από τη ζάχαρη, μέλι, καραμέλες, γλυκά κ.α. Αποφυγή γλυκών. Κίνδυνος σοβαρής υπογλυκαιμίας! (σύνδρομο Dumping)
- Ο όγκος του γεύματος δεν μπορεί να είναι ποτέ > 200ml.
- Χρόνος λήψης γεύματος 15-30 λεπτά.
- Απαγορεύεται η λήψη αναψυκτικών ή άλλων αεριούχων ποτών.
- Χορηγείται συμπληρωματική λήψη σιδήρου σε υγρή πόσιμη μορφή για τους πρώτους 6 μήνες τουλάχιστον και πολυβιταμίνες –μασώμενο ασβέστιο για το πρώτο τρίμηνο.
- Επανελέγχος ανά τρίμηνο.

Να Θυμάστε:

- Οι επεμβάσεις στον στόμαχο επιφέρουν απώλεια βάρους με ορατό κίνδυνο καχεξίας και αναιμίας, γι' αυτό πρέπει να ακολουθείται αμέσως μετά το χειρουργείο ειδική διατροφή με τακτικούς επανελέγχους.

3.4.8 Σύνδρομο δυσαπορρόφησης / βραχύ έντερο/εντερικά συρίγγια

Η χειρουργική αντιμετώπιση όγκων του λεπτού - παχέος εντέρου έχουν ως παρενέργεια την εμφάνιση συνδρόμου δυσαπορρόφησης (ο εντερικός βλεννογόνος δεν απορροφά τις τροφές), δημιουργία εντερικών συριγγίων (παθολογικές δίοδοι μεταξύ σπλάχνων ή/και δέρματος)

και σύνδρομο βραχέως εντέρου (όταν αφαιρείται μεγάλο μέρος του λεπτού εντέρου). Όλες αυτές οι μετεγχειρητικές καταστάσεις οδηγούν κυρίως σε διάρροιες με αποτέλεσμα την καχεξία.

Εντερικά συρίγγια

Τα συρίγγια της γαστρεντερικής οδού χωρίζονται σε εσωτερικά (που αποτελούνται από μια ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ παρακείμενων κοίλων εντερικών ελίκων) και εξωτερικά ή αλλιώς εντεροδερματικά (που αποτελούνται από μια ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ του γαστρεντερικού σωλήνα και της επιφάνειας του σώματος).

Διατροφική αντιμετώπιση

Όσον αφορά την διατροφή του ασθενούς συστήνεται επαρκής πρόσληψη θερμίδων, πρόληψη απώλειας βάρους, διόρθωση υγρών -ηλεκτρολυτών με παροχή απαραίτητων θρεπτικών συστατικών και μείωση της παροχέτευσης του συριγγίου. Επιπλέον πρέπει να γίνεται ελαχιστοποίηση της έκκρισης γαστρικών υγρών με εφαρμογή παρεντερικής σίτισης ή διατροφή με ημιστοιχειακή διατροφή για άμεση απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και ενίσχυση προγράμματος αποκατάστασης του εντερικού σωλήνα

Σύνδρομο Βραχέως Εντέρου (ΣΒΕ)

Το σύνδρομο Βραχέως Εντέρου (ΣΒΕ) αποτελεί σοβαρή εντερική ανεπάρκεια. Προκύπτει μετά από αφαίρεση τμήματος του λεπτού εντέρου ή ακτινοβόληση μεγάλης εντερικής επιφάνειας και εκδηλώνεται με ανεπαρκή, για τη φυσιολογική λειτουργία του σώματος, απορρόφηση θρεπτικών συστατικών ή /και ηλεκτρολυτών. Χαρακτηρίζεται από διάρροια, στεατόρροια (άπεπτο λίπος στα κόπρανα), διαταραχές υγρών/ ηλεκτρολυτών, αφυδάτωση και απώλεια βάρους. Την καλή προσαρμογή του εντέρου διασφαλίζει η κατάλληλη διαιτητική διαχείριση.

Διατροφική Αντιμετώπιση

Τα πρωτόκολλα αντιμετώπισης του ΣΒΕ προτείνουν ολική παρεντερική διατροφή, συνεχή εντερική διατροφή ή Bolus εντερική διατροφή, αναλόγως της έκτασης του εναπομείναντος εντέρου, την λειτουργική του ικανότητα και άλλων παραμέτρων που θα λάβει υπόψη του ο θεράπων ιατρός/ διαιτολόγος.

Να θυμάστε:

- Αν έχετε χειρουργηθεί στο έντερο, αν υπάρχουν συρίγγια ή έχει αφαιρεθεί μεγάλο τμήμα του λεπτού εντέρου αναζητήστε άμεσα βοήθεια από διαιτολόγο, που εξειδικεύεται σε τέτοιες παθολογικές καταστάσεις, αντιμετωπίζετε κίνδυνο καχεξίας.

3.4.9 Σίτιση από καΘετήρα (PEG/νησιτιδοστομία/ειλεοστομία)

Στους ασθενείς που δεν είναι λειτουργικό το ανώτερο πεπτικό, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του μήνα, λόγω όγκου ή ακτινοβόλησης ή χειρουργικής εκτομής, τοποθετείται σωλήνας σίτισης στον στόμαχο (όταν το πρόβλημα εντοπίζεται στον οισοφάγο και πάνω), στην νήσιδα (όταν το πρόβλημα εντοπίζεται στον στόμαχο), στον ειλεό (όταν το πρόβλημα εντοπίζεται από τον ειλεό και πάνω).

Ανάλογα με το σημείο τοποθέτησης του σωλήνα σίτισης, ο διαιτολόγος σε συνεργασία με τον θεράποντα Ιατρό θα επιλέξουν τα κατάλληλα σκευάσματα (έτοιμοι σάκοι των 500ml ή σύριγγες των 60cc) ούτως ώστε να καλύπτονται οι θερμιδικές ανάγκες του ασθενούς. Θα ρυθμιστεί η ταχύτητα λήψης της τροφής αρχίζοντας την σίτιση με λίγα ml/ώρα και αυξάνοντας σταδιακά έως και 150ml/ώρα. Προτιμάται η κυκλική σίτιση των ασθενών με διαστήματα ανάπαυσης του εντέρου. Το νερό ισούται με τις θερμίδες που λαμβάνει ο ασθενής π.χ αν σίπίζεται με 2,000kcal πρέπει να παίρνει 2 lt νερό.

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην θέση του ασθενούς κατά την σίτιση από καθετήρα, προτιμάται η ημικαθιστή θέση στο κρεβάτι. Αποφεύγεται η χορήγηση του σκευάσματος ή του αλεσμένου γεύματος σε κλινήρη θέση λόγω κινδύνου εισρόφησης.

Δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην πυκνότητα (ωσμωτικότητα) των τυποποιημένων σκευασμάτων διατροφής διότι τα πιο πυκνά διαλύματα μπορεί να προκαλέσουν διάρροια. Παρά την κοινή, ενδο-νοσοκομειακή, πεποίθηση ότι τα σκευάσματα προκαλούν τις διάρροιες, στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι διάρροιες είναι αποτέλεσμα λοιμώδους αιτιολογίας ή /και αντιβιοθεραπείας που σκοτώνει την υγιή χλωρίδα του εντέρου.

Σύννηθες λάθος είναι η καθυστερημένη εφαρμογή του συγκεκριμένου τρόπου διατροφής διότι κατά συνθήκη αποφασίζεται όταν έχουν εξαντληθεί άλλοι λιγότερο επεμβατικοί τρόποι σίτισης και έχει ήδη εγκατασταθεί καχεξία πιθανόν μη αναστρέψιμη.

3.4.10 Παρά φύση έδρα, ειλεοστομία-κολοστομία

Ειλεοστομία είναι η χειρουργική εκστόμωση του αυλού του λεπτού εντέρου δια του κοιλιακού τοιχώματος με στόχο τη δυνατότητα κένωσης του εντερικού περιεχομένου μέσω αυτής είτε προσωρινά είτε μόνιμα.

Σε ειλεοστομία τα κόπρανα είναι συνήθως υδαρή. Η οσμή των κοπράνων είναι ελαφρώς ξινή. Μειώνεται η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών, ιδιαίτερα νατρίου.

Τις πρώτες 6-8 εβδομάδες, μετεγχειρητικά, οι απώλειες είναι μεγάλες, ενώ αργότερα μειώνονται. Κατά την περίοδο μεγάλων απωλειών συστήνεται αύξηση ισοτονικών υγρών, σακχάρων και άλατος. Προσοχή, εάν υπάρχουν διάρροιες ή έμετοι πρέπει να αναπληρώνονται οι ηλεκτρολύτες και ιδιαίτερα το κάλιο και το νάτριο με τρόφιμα πλούσια στους δυο αυτούς ηλεκτρολύτες. Καλή αναπλήρωση ηλεκτρολυτών είναι απαραίτητη να γίνεται και σε

περίπτωση αυξημένης θερμοκρασίας περιβάλλοντος. Μετά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, παρατηρείται προσαρμογή του εντέρου. Σε ασθενείς με στομίες δεν πρέπει να παρατηρείται κάποια διατροφική έλλειψη, ούτε έχουν ανάγκη από περισσότερες θερμίδες ανά ημέρα. Ωστόσο συστήνεται συμπληρωματική αγωγή στους ασθενείς που έχουν αφαιρέσει χειρουργικά τον τελικό ειλεό.

Κολοστομία είναι η εκτροφή του αυλού του παχέος εντέρου στο κοιλιακό τοίχωμα, προσωρινά ή μόνιμα.

Σε ασθενείς με κολοστομία, το πόσο σχηματισμένα είναι τα κόπρανα εξαρτάται από το μέρος του εντέρου στο οποίο έχει τοποθετηθεί η στομία. Σε περιπτώσεις όπου η κολοστομία βρίσκεται στο ανιόν κόλον κοντά στον ειλεό, παρατηρούνται πιο αυξημένες απώλειες υγρών και ηλεκτρολυτών σε σχέση με άλλα μέρη του εντέρου. Η οσμή των κοπράνων είναι δυσάρεστη.

Σημαντικό είναι να αποφευχθεί η απόφραξη της στομίας από άπεπτα υπολείμματα τροφής. Η κακοσμία της στομίας πιθανόν να οφείλεται σε ορισμένα τρόφιμα που ενοχοποιούνται για κακοσμία κοπράνων είτε σε κακή υγιεινή της περιοχής και βακτηριακή υπερανάπτυξη.



4 | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Διατροφική αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειο-ακτινοθεραπείας

ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Οδηγίες για Διαχείριση

- Καταναλώστε μικρά, συχνά γεύματα (κάθε 1-2 ώρες) υψηλής θερμιδικής αξίας κατά τη διάρκεια της ημέρας, όταν η όρεξη είναι «στα καλύτερά της».
- Προσθέστε πρωτεΐνες και θερμίδες σε αγαπημένα τρόφιμα χρησιμοποιώντας επιπλέον βούτυρο, μαργαρίνη, ελαιόλαδο, τυρί και πρωτεΐνη σε σκόνη (ορός γάλακτος, σόγια ή ξηρό γάλα).
- Σερβίρετε τη τροφή σε ρεαλιστικές ποσότητες. Η όψη μεγάλων μερίδων δημιουργεί άγχος – αναστέλλει την όρεξη.
- Αποφύγετε να εκτίθεστε σε οσμές μαγειρέματος πριν το γεύμα.
- Μασήστε αργά και καλά την τροφή σας, ξεκουραστείτε μετά το γεύμα.
- Τρώτε μαζί με άλλους.
- Καταναλώστε οτιδήποτε επιθυμήσετε.
- Δοκιμάστε μια μικρή ποσότητα κρασιού, μπύρας ή απεριτίφ για τόνωση της όρεξης, εάν επιτρέπεται.
- Μην καταναλώνετε μεγάλες ποσότητες υγρών πριν από τα γεύματα.
- Ένας μικρός περίπατος πριν το γεύμα βοηθά.
- Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να τρέφεται καλά όταν νιώθει καλά και όταν βρίσκεται σε ευχάριστο περιβάλλον.
- Εάν συνταγογραφηθεί, πάρτε διεγερτικό της όρεξης σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΣΦΡΗΣΗΣ

Οδηγίες για Διαχείριση

- Αποφύγετε οποιοδήποτε τρόφιμο με δυσάρεστη γεύση ή οσμή.
- Εάν συγκεκριμένα το κρέας μυρίζει δυσάρεστα αντικαταστήστε το με άλλα τρόφιμα που περιέχουν πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας, όπως το κοτόπουλο, ψάρι, αυγά, τυριά. Το μαρινάρισμα και η κατανάλωση σε «κρύες» θερμοκρασίες βοηθούν.
- Ξεπλύνετε το στόμα σας καλά πριν την έναρξη της τροφής και διατηρείστε καλή υγιεινή στόματος.
- Για την αποφυγή οσμών που δεν είναι ανεκτές, ζητήστε βοήθεια

από άλλους να ετοιμάσουν τα γεύματα, να σκεπάζετε τα φαγητά όταν μαγειρεύετε, να χρησιμοποιείτε έναν εξαεριστήρα ή ανεμιστήρα, ή να προετοιμάζετε τα γεύματα εκτός σπιτιού όπως σε μια σχάρα ψησίματος.

- Σε περίπτωση μεταλλικής γεύσης, χρησιμοποιήστε πλαστικά σκεύη και αποφύγετε τα μεταλλικά.
- Για μεγάλες αποφυγές ή / και αλλαγές όσφρησης χρησιμοποιήστε κλιπ μύτης κατά το μαγείρεμα και / ή βοήθεια κατά την προετοιμασία φαγητού.

ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ / ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ (ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΓΕΣ)

Οδηγίες για Διαχείριση

- Επιλέξτε μαλακές, ήπιες γεύσης τροφές όπως είναι τα μαλακά φρούτα, η πουτίγκα, το μαλακό κρέας, το κοτόπουλο ή το ψάρι, τα αυγά, ο πουρές πατάτας, τα μαγειρεμένα ζυμαρικά.
- Κόψτε τα τρόφιμα σε μικρά κομμάτια, ή εάν είναι αναγκαίο αλέστε ή πολτοποιήστε τρόφιμα όπως τα κρέατα.
- Αποφεύγετε τρόφιμα που είναι σκληρά, ξερά, ή άγρια, καυτερά, ή αλατισμένα, ή όξινα όπως τα όξινα φρούτα ή οι σάλτσες από ντομάτα.
- Χρησιμοποιήστε σάλτσες διαφορετικών ειδών για να υγρανθούν τα τρόφιμα.
- Επιλέξτε τρόφιμα που είναι κρύα ή σε θερμοκρασία περιβάλλοντος και αποφεύγετε τρόφιμα που καίνε.
- Μπορεί να φανεί χρήσιμο να πιπιλάτε κομμάτια πάγου.
- Ξεπλένετε συχνά το στόμα σας με νερό.
- Τοποθετείστε καλά μάκι μακριά από τις περιοχές που έχουν έλκη ή πονούν.
- Χρησιμοποιήστε μια μαλακή οδοντόβουρτσα που αντικαθίσταται τακτικά.
- Χρησιμοποιείτε τοπικά αναισθητικά σπρέι ή παστίλιες για το λαιμό που μπορούν να μουδιάσουν το στόμα και το λαιμό.

ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ

Οδηγίες για Διαχείριση

- Πίνετε συχνά υγρά χωρίς καφεΐνη (8-10 ποτήρια/ημέρα).
- Καταναλώνετε συχνά γλυκά ή ξινά τρόφιμα για να προωθηθεί η παραγωγή σάλιου.
- Καταναλώστε σκληρά γλυκά (π.χ. καραμέλες) ή πιπιλίστε κομμάτια

πάγου ή μασήσετε σίχλα για να προωθηθεί παραγωγή σιέλου.

- Προσθέστε σάλτσα, ζωμό και λαδόξιδο στα τρόφιμα.
- Αποφύγετε μαγειρικές παρασκευές όπως το τηγάνισμα, το γκριλ και προτιμήστε όσες διατηρούν μια υγρασία (π.χ. χύτρα ταχύτητας, ατμό, βράσιμο).
- Βουρτσίστε τα δόντια σας μετά από κάθε γεύμα και προ ύπνου.
- Ξεπλύνετε συχνά το στόμα όλη την ημέρα με ένα αλατούχο διάλυμα μαγειρικής σόδας (1 κουταλάκι αλάτι και 1 κουταλάκι σόδα σε τέσσερα φλιτζάνια νερό).
- Αποφύγετε τη χρήση στοματικών διαλυμάτων που περιέχουν αλκοόλ, το κάπνισμα, τη καφεΐνη.
- Όταν κρίνεται αναγκαίο χρησιμοποιήστε τεχνητό σιέλο.

ΝΑΥΤΙΑ

Οδηγίες για Διαχείριση

- Χρησιμοποιήστε αντιεμετικά φάρμακα όπως συνταγογραφούνται από παθολόγο.
- Επιλέξτε τρόφιμα που είναι καλά ανεκτά.
- Αποφύγετε λιπαρά, πολύ γλυκά, ή καυτερά τρόφιμα.
- Δοκιμάστε ξηρά, αμυλώδη ή / και αλμυρά τρόφιμα (κουλουράκια, ρύζι, ζυμαρικά και ξηρά δημητριακά)
- Αποφύγετε τρόφιμα με έντονη οσμή.
- Δοκιμάστε τρόφιμα σε θερμοκρασία δωματίου, δροσερά ή κρύα.
- Καταναλώστε μικρά και συχνά γεύματα και να τα τρώτε αργά.
- Καταναλώστε μικρές ποσότητες υγρών με τα γεύματά σας, αλλά να πίνετε αργά τα υγρά κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Ξεκουραστείτε αλλά μη ξαπλώνετε για τουλάχιστον μια ώρα μετά τα γεύματα.
- Φοράτε άνετα ρούχα.
- Κρατήστε ένα ημερολόγιο τροφίμων ή καταστάσεων που προκαλούν ναυτία ώστε να τα αποφεύγετε.
- Να τρώτε σε καλά εξαερισμένο χώρο.
- Δοκιμάστε την χαμηλή σε ένταση άσκηση.

ΕΜΕΤΟΙ

Οδηγίες για Διαχείριση

- Εάν η ναυτία προηγείται του εμέτου, δοκιμάστε τις αντίστοιχες συμβουλές
- Μη φάτε ή μην πιείτε έως ότου έχει σταματήσει ο εμετός.
- Καταναλώνετε μικρές ποσότητες καθαρών υγρών, και προο-

δευτικά καταναλώστε υδρική δίαιτα και έπειτα μια διατροφή με μαλακές τροφές μετά τα επεισόδια του εμέτου.

- Να ενυδατώνεστε μετά τα επεισόδια του εμέτου με αφθονία υγρών.

ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Οδηγίες για Διαχείριση

- Να πίνετε υγρά σε θερμοκρασία δωματίου για την αναπλήρωση των υγρών που έχουν χαθεί με τη διάρροια.
- Τρώτε τρόφιμα που περιέχουν προβιοτικά (γιαούρτι, κεφίρ) ή δοκιμάστε ένα συμπλήρωμα με προβιοτικούς παράγοντες.
- Αυξήστε τις πηγές πηκτίνης (αποφλοιωμένα μήλα και πατάτες, μπανάνες, μαγειρεμένα καρότα, άσπρο ρύζι, καλαμπόκι).
- Προσλαμβάνετε τρόφιμα υψηλότερα σε νάτριο (όπως τα αθλητικά ποτά, οι ζωμοί, οι εμπορικές σούπες), και σε κάλιο (όπως οι μπανάνες, τα πορτοκάλια χωρίς τη φλούδα, οι βρασμένες πατάτες).
- Αποφύγετε τις υπερβολικές ποσότητες ζαχαρούχων ποτών (ποτά φρούτων, αναψυκτικά, αθλητικά ποτά με ζάχαρη) και τους χυμούς που μπορεί να προκαλέσουν οσμωτική διάρροια.
- Αποφύγετε τα λιπαρά, τηγανιτά, πικάντικα τρόφιμα, τα ακατέργαστα και υψηλά σε φυτικές ίνες λαχανικά και φρούτα.
- Αποφύγετε τα τρόφιμα που παράγουν αέρια συμπεριλαμβανομένων των οσπρίων και των φακών, των σταυρανθούς λαχανικών, της σόδας, και της μάσπησης τσίχλας.
- Περιορίστε την κατανάλωση καφέινης και αλκοόλ.
- Εάν η δυσανεξία στη λακτόζη προκαλεί το πρόβλημα, περιορίστε την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε λιγότερα από 2 ποτήρια, όπως είναι ανεκτά.

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Οδηγίες για Διαχείριση

- Πίνετε επαρκή ποσότητα υγρών (8-10 ποτήρια / ημέρα)
- Αυξήστε την πρόσληψη φυτικών ινών από τη διατροφή, εκτός και αν ο ασθενής δεν μπορεί να ανεχτεί την υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών. Ο παθολόγος θα πρέπει να ενημερωθεί για αυτό.
- Δοκιμάστε τα ζεστά ροφήματα και το χυμό δαμάσκηνο, ως διεγερτικό εντέρου.
- Συμμετοχή σε προγράμματα συστηματικής φυσικής δραστηριότητας.
- Συμβουλευτείτε τον παθολόγο σας για φάρμακα που μπορούν να ανακουφίσουν τη δυσκοιλιότητα.

Βιβλιογραφία

- American College of Sports Medicine (ACSM). Acsm's certified news, 22(2).
- American Institute of Cancer Research. Cancer prevention recommendation. Available at: <http://www.aicr.org/reduce-your-cancer-risk/recommendations-for-cancer-prevention/>
- Arends, J., Baracos, V., Bertz, H., Bozzetti, F., Calder, P. C., Deutz, N. E. P., Weimann, A. (2017). ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1187–1196.
- Arends, J., et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*, 2017, 36(1): p. 11–48.
- Arthur, S. T., Noone, J. M., Van Doren, B. A., Roy, D., & Blanchette, C. M. (2014). One-year prevalence, comorbidities and cost of cachexia-related inpatient admissions in the USA. *Drugs in Context*, 3, 1–11.
- Ben-Arye E et al. Potential risks associated with traditional herbal medicine use in cancer care: A study of Middle Eastern oncology health care professionals. *Cancer*. 2016 Feb 15; 122(4):598–610.
- British Diabetes Association (2002). Guidelines
- Buchanan, J. L., et al. Discovery of 2,4-bis-arylamino-1,3-pyrimidines as insulin-like growth factor-1 receptor (IGF-1R) inhibitors. *Bioorg Med Chem Lett*, 2011, 21(8): p. 2394–9.
- Cancer Research UK. Available at: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer>
- Castelló, A., Amiano, P., Fernández de Larrea, N., Martín, V., Alonso, M. H., Castaño-Vinyals, G., Pollán, M. (2018). Low adherence to the western and high adherence to the mediterranean dietary patterns could prevent colorectal cancer. *European Journal of Nutrition*, 0(0), 1–11.
- Cereda E et al. Nutritional counseling with or without systematic use of oral nutritional supplements in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2018 Jan; 126(1):81–88.
- Cossio, M. L. T., Giesen, L. F., Araya, G., Pérez-Cotapos, M. L. S., VERGARA, R. L., Manca, M., ... Héritier, F. (2012). Nutrition and Lifestyle: Opportunities for Cancer Prevention. *Uma Ética Para Quantos?*, XXXIII(2), 81–87.
- Curr Phys Med Rehabil Reports*. 2013; 1: 280–291
- Damjanov, I., *Pathophysiology*. 2008.
- EDTNA, European Guidelines for the Nutritional Care of Adult Renal Patients, 2002
- Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L., ... Baracos, V. E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. *The Lancet Oncology*, 12(5), 489–495.
- Fouque, D. and M. Aparicio, Eleven reasons to control the protein intake of patients with chronic kidney disease. *Nat Clin Pract Nephrol*, 2007, 3(7): p. 383–92.
- General Nutrition and Dietary Treatment, Last changed: 01-03-2017
- Method: Consensus based, Justification: Dutch Dieticians Oncology Group
- Henk van Halteren, A.J., *Nutrition and Cancer*. ESMO- European Society for Medical Oncology, 2013.
- Home Health Nurse. 2008 Jan; 26(1):41–6
- International Agency for Research on Cancer (IARC)/ World Health Organization (WHO). European Code Against Cancer: 12 ways to reduce your cancer risk. Available at: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/ecac-12-ways/healthy-body-weight>

- Jan Arends et al. ESPEN Guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2017;36:11-48.
- Kwan, H. Y., Chao, X., Su, T., Fu, X., Tse, A. K. W., Fong, W. fun, & Yu, Z. L. (2017). The anticancer and antiobesity effects of Mediterranean diet. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 57(1), 82-94.
- Lubos Sobotka. Basics in Clinical Nutrition. 4th Edition. ESPEN (2011). Galen, Prague.
- Materese L. J Parenter Enteral Nutr 2013 37: 161
- M.C.R.e., et al. Standards of medical care in diabetes. American Diabetes Association, 2018.
- NHS. (2016). Cancer Cachexia: an update on the aetiology and management, (October). Retrieved from https://www.bda.uk.com/regionsgroups/groups/oncology/cancer_cachexia
- Nutrition in Cancer Treatment: Continuum of Care 3rd Edition • Revised April 2012
- Potentas, E., Witkowska, A. M., & Zujko, M. E. (2015). Mediterranean diet for breast cancer prevention and treatment in postmenopausal women. Menopausal Review, 4(February), 247-253.
- Penman & Thomson. J Hum Nutr Diet. 1998;11:51-60
- Ryan, A. M., Power, D. G., Daly, L., Cushen, S. J., Ní Bhuachalla, E., & Prado, C. M. (2016). Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: The skeleton in the hospital closet 40 years later. Proceedings of the Nutrition Society, 75(2), 199-211.
- Sarah Bishop, MBBS, MHS 1, 2 and Warren Michael Reed, BSc (Hons), Post Grad Cert (T&L), PhD. The provision of enteral nutritional support during definitive chemoradiotherapy in head and neck cancer patients. J Med Radiat Sci. 2015 Dec; 62(4): 267-276.
- Surgeon. 2010 Oct;8(5):270-9
- Suzuki, H., Asakawa, A., Amitani, H., Nakamura, N., & Inui, A. (2013). Cancer cachexia—pathophysiology and management. Journal of Gastroenterology, 48(5), 574-594.
- Vaitkus, J. A., & Celi, F. S. (2017). The role of adipose tissue in cancer-associated cachexia. Experimental Biology and Medicine, 242(5), 473-481.
- Verberne, L., Bach-Faig, A., Buckland, G., & Serra-Majem, L. (2010). Association between the mediterranean diet and cancer risk: A review of observational studies. Nutrition and Cancer, 62(7), 860-870.
- Vigneri, P., et al. Diabetes and cancer. Endocr Relat Cancer, 2009. 16(4): p. 1103-23.
- World Cancer Research Fund International. Link between lifestyle and cancer risk. Available at: <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/link-between-lifestyle-and-cancer-risk>
- Wrieden, W.L., et al. Choosing the best method to estimate the energy density of a population using food purchase data. J Hum Nutr Diet. 2015. 28(2): p. 126-34.
- Zeman FJ, Ney DM. Applications in medical nutrition therapy. Prentice Hall, New Jersey, 2nd Ed. 1996, pp211-12
- Ζαμπέλας Α. (2007) Κλινική διατολογία και διατροφή με στοιχεία παθολογίας, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- Χουρδάκης Μ. (2012), Δ.Κ., Αρχές Κλινικής Διατροφής.

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η συγγραφή του Οδηγού έχει γίνει από την Ομάδα Υποστήριξης Θρέψης του Φοίνικα:

Δρ. Ευθύμιος Β. Γκότσης V.MD

Αξιωματικός Υγειονομικού Ελληνικού Στρατού
Κλινικός Διαιτολόγος, BSc, MSc
Πρόεδρος Δ.Σ Φοίνικα

Ηλιάνα Τσικρικού, BSc

Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου
Φοίνικας/Ομάδα Υποστήριξης Θρέψης

Εύα Καρανίκη, BSc, MMDS

Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου
Μεταπτυχιακό Ιατρικής Σχολής Αθηνών
στην Διαγνωστική του Καρκίνου

Αγγελική Μπαμπάκα, BSc

Αξιωματικός Υγειονομικού Ελληνικού Στρατού
Φαρμακοποιός Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή της τη:

Φωτεινή Μαρίκου, BSc

Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου

Με την πρωτοβουλία



Λεωσθένους 21-23, 18536 Πειραιάς

T: 210 4181641

F: 210 4535343

E: oekk@otenet.gr

www.oekk.gr

Με τη συντακτική επιμέλεια



Μεσογείων 177, 11525, Αθήνα

T: 215 560 0155

K: 695 307 1576

E: phoenixcancercare@hotmail.com

phoenixcancercare@gmail.com

Με την ευγενική χορηγία

