



LECZENIE ŻYWIENIOWE

RAK PIERSI

PORADNIK DLA PACJENTÓW I ICH OPIEKUNÓW

dr n. med. Paweł Kabata

Redakcja

Iga Rawicka

Wydawnictwo

Fundacja EuropaColon Polska

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie i wykorzystywanie części lub całości informacji, grafik i innych treści zawartych w publikacji w jakiegokolwiek formie bez zgody wydawcy jest zabronione. W przypadku zainteresowania prosimy o kontakt pod adresem mailowym: kontakt@europacolompolska.pl

Poznaj nasze broszury:



Odwiedź nas:

 /EuropaColonPolska  /europacolompolska  /europacolompolska  /EuColonPolska
 /@fundacjaeuropacolompolska9738  /europacolompolska  europacolompolska.pl

Numer Kolekcji: ISBN 978-83-956413-1-2
Numer Tomu: ISBN 978-83-956413-6-7

Publikacja została przygotowana dzięki grantowi edukacyjnemu
firmy Nestlé HealthScience.



Firma nie ingerowała w treść, która została opracowana przez Autora.



Leczenie Żywieniowe **RAK PIERSI**

Poradnik dla pacjentów i ich opiekunów

dr n. med. Paweł Kabata

Chirurg onkolog

Oddział Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku
(realizujący świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej)

SPIS TREŚCI

1. Wstęp.....	5
2. Rak piersi jako problem żywieniowy.....	6
3. Rozpoznanie niedożywienia u pacjentek z rakiem piersi.....	8
4. Rola diety u pacjentek z rakiem piersi.....	9
5. Znaczenie przygotowania do leczenia.....	10
6. Indywidualizacja żywienia u pacjentek z rakiem piersi.....	11
7. Czerwone flagi.....	11
8. Rola preparatów typu ONS w leczeniu raka piersi.....	12
9. Rola innych form leczenia żywieniowego u pacjentek z rakiem piersi.....	12
10. Wsparcie psychologiczne.....	13

1. Wstęp

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym w populacji kobiet i jednocześnie znajduje się w ścisłej czołówce nowotworów złośliwych w całej populacji. Każdego roku na świecie obserwuje się ponad 2,3 miliona nowych zachorowań na raka piersi. Ale co ważne, dzięki coraz skuteczniejszym możliwościom leczenia tego nowotworu, całkowita liczba żyjących osób dotkniętych rakiem piersi stale rośnie. Raport WHO z 2020 roku jako przyczynę takiego stanu wskazał, że niezależnie od nowych zachorowań, prawie 8 milionów osób wciąż żyło pięć lat po rozpoznaniu choroby. Jednocześnie widoczne są różnice w strukturze zachorowalności i śmiertelności z powodu raka piersi w zależności od sytuacji ekonomicznej danej społeczności. Zauważono, że w krajach rozwiniętych, mimo większej zapadalności na raka piersi, śmiertelność spada, podczas gdy w krajach słabo rozwiniętych i rozwijających się liczba zgonów jest większa, choć zapadalność na raka piersi jest niższa. Mimo widocznego postępu w możliwościach leczenia, rak piersi pozostaje wiodącą przyczyną zgonów wśród kobiet w wielu krajach.

Rak piersi jest nowotworem o zróżnicowanej biologii, reprezentowanym przez kilka głównych podtypów, których charakterystykę określamy na podstawie występowania na powierzchni komórek określonych receptorów. Należą do nich tzw. raki hormonozależne, na powierzchni których znajdują się receptory estrogenowe i progesteronowe w różnym układzie, raki HER2-dodatnie, charakteryzujące się obecnością receptora HER2, oraz raki potrójnie ujemne, które nie mają na swojej powierzchni żadnego z wcześniej wymienionych receptorów. Poza układem receptorów na powierzchni komórek, raki te różnią się od siebie bardzo istotnie przebiegiem klinicznym i możliwościami leczenia. Raki hormonozależne, w większości, należą do nowotworów o niższej agresywności i lepszym rokowaniu, podczas gdy HER2-dodatnie i potrójnie ujemne cechują się wyższą agresywnością, większym ryzykiem szybkiej progresji choroby oraz gorszym rokowaniem.

Podstawą leczenia raków hormonozależnych jest leczenie nakierowane na blokadę receptorów hormonalnych na powierzchni komórki, podczas gdy podstawą leczenia raków HER2-dodatnich i potrójnie ujemnych będzie leczenie oparte na chemioterapii, do której dodaje się leczenie celowane anty-HER lub immunoterapię w raku potrójnie ujemnym.

2. Rak piersi jako problem żywieniowy

Rak piersi nie należy do chorób typowo stanowiących przedmiot dużego zainteresowania osób zajmujących się leczeniem żywieniowym. Dane literaturowe wskazują, że niedożywienie dotyczy zaledwie ok. 2-4% osób chorujących na raka piersi, najczęściej w zaawansowanych postaciach choroby. W odróżnieniu od nowotworów wysoko katabolicznych, takich jak rak trzustki czy rak żołądka albo dających zaburzenia połykania, jak rak przełyku czy nowotwory głowy i szyi, rak piersi rzadko kiedy wiąże się z utratą masy ciała, problemami z jedzeniem czy zaburzonym metabolizmem. Takie zaburzenia, jeśli występują, to najczęściej są związane z zaawansowaniem choroby, powikłaniami po leczeniu, czy też trudnościami natury psychologicznej i wynikającymi z nich zaburzeniami łaknienia, ale rzadko kiedy wynikają one z samej biologii nowotworu.

Badania pokazały też, że to ryzyko nie koreluje z podtypem nowotworu, co można by podejrzewać w przypadku postaci o wyższej agresywności. Co więcej, dostępne dane pokazują odwrotne od spodziewanych zależności, w których niskie wartości wskaźnika masy ciała obserwowane były częściej u pacjentek z nisko agresywnymi postaciami raka piersi.

Choć, jak wcześniej wspomniano, niedożywienie nie jest najczęstszym problemem pacjentek z rakiem piersi, tzw. ryzyko żywieniowe jest już problemem, który, choć bywa pomijany w codziennej pracy klinicznej, w badaniach jest dostrzegany i może dotyczyć nawet 20% pacjentek. Wynika to z sumowania się negatywnego wpływu różnych czynników oddziałujących na metabolizm oraz stan odżywienia. Do głównych składowych można zaliczyć powikłania leczenia systemowego raka piersi, zaburzenia psychologiczne powodujące jadłowstręt oraz intensywność schematów leczenia raka piersi, które dają stosunkowo mało czasu na właściwą regenerację pomiędzy kolejnymi etapami.

Leczenie systemowe raka piersi wiąże się z ryzykiem występowania toksyczności ze strony przewodu pokarmowego sięgającym, w zależności od schematu chemioterapii, nawet kilkunastu do dwudziestu kilku procent. Co więcej, występowanie objawów z przewodu pokarmowego, takich jak biegunki, nudności czy wymioty, nie jest zarezerwowane wyłącznie dla pacjentek otrzymujących chemioterapię. Także nowoczesne leki z grupy inhibitorów CDK 4/6 stosowane w leczeniu uzupełniającym raków hormonozależnych charakteryzują się częstym występowaniem uporczywych biegunek, które, nieleczone, mogą prowadzić do pogorszenia stanu odżywienia.

Na podwyższone ryzyko żywieniowe może też wpływać niska masa mięśniowa. Badania japońskie wykazały, że objawy sarkopenii, czyli ciężkiego ubytku masy mięśniowej, stwierdzono u połowy pacjentek zakwalifikowanych do mastektomii z powodu miejscowo zaawansowanego raka piersi. Obecność sarkopenii obniża rezerwy metaboliczne organizmu oraz zwiększa ryzyko powikłań zarówno leczenia systemowego jak i pooperacyjnych.

Operacje lecznicze raka piersi są z pewnością zabiegami mniej rozległymi niż duże zabiegi w obrębie jamy brzusznej, czy resekcje i rekonstrukcje w obrębie twarzoczaszki, ale należy pamiętać, że nie są wolne od powikłań i ryzyka okołoperacyjnego. O ile operacje oszczędzające w większości są związane ze stosunkowo niskim ryzykiem powikłań, o tyle mastektomia, a zwłaszcza z jednoczasową rekonstrukcją, jest już zabiegiem, po którym powikłania nie są rzadkie. Może to też mieć przełożenie na pogorszenie stanu odżywienia, choć dostępna na ten temat literatura naukowa jest skąpa. Wynika to z faktu, że zabieg mastektomii związany jest z koniecznością odstąpienia stosunkowo dużej powierzchni tkanek – zarówno od strony skóry piersi, jak i mięśni ściany klatki piersiowej, przez które może dochodzić do utraty płynów oraz substancji odżywczych. Podobne ryzyko niesie za sobą zabieg usunięcia węzłów pachowych, z którym związana jest zwiększona utrata chłonki, która może trwać nawet do kilku tygodni po zabiegu.

Należy przy tym nadmienić, że głównym zaburzeniem stanu odżywienia, jakie obserwujemy u pacjentek z rakiem piersi, jest nadwaga i otyłość. To właśnie one są najczęściej obserwowane u pacjentek z rakiem piersi, jednocześnie stanowiąc niezależne czynniki rozwoju i progresji choroby, zwłaszcza u osób chorujących na hormonozależny rak piersi. Co więcej, badania pokazują, że około 65% pacjentek leczonych z powodu raka piersi doświadcza dalszego przyrostu masy ciała w trakcie leczenia. Co ciekawe, najczęstszym mechanizmem nasilania tych nieprawidłowości wcale nie jest nadmierna podaż energii, lecz niska aktywność fizyczna podczas leczenia. Mechanizm ten działa na organizm podwójnie niekorzystnie, gdyż z jednej strony powoduje dodatni bilans energetyczny i wzrost ilości tłuszczowej masy ciała, a z drugiej utrudnia budowanie prawidłowej masy mięśniowej, która ma korzystny wpływ na funkcjonowanie organizmu. To wszystko z kolei będzie nasilało ryzyko wystąpienia stanu metabolicznego silnie prozapalnego i niekorzystnego, który nazywamy otyłością sarkopeniczną.



3. Rozpoznanie niedożywienia u pacjentek z rakiem piersi

Zasady i kryteria rozpoznania niedożywienia nie różnią się w zależności od rodzaju nowotworu. W chwili obecnej podstawą rozpoznania zaburzeń odżywienia są ujednolicone i zaakceptowane przez największe światowe towarzystwa naukowe zajmujące się problematyką żywienia klinicznego wytyczne o akronimie GLIM (Global Leadership in Malnutrition).

Należy natomiast rozróżnić dwa pojęcia, które, choć zbieżne, nie odnoszą się do tego samego problemu. Mowa o niedożywieniu i wspomnianym wcześniej ryzyku żywieniowym.

Ocena ryzyka żywieniowego jest wymogiem ustawowym i powinna być stałym elementem oceny pacjentów poddawanych hospitalizacji. Do jej oceny stosuje się różne zwalidowane narzędzia diagnostyczne, opierając się w większości na elementach wywiadu. W Polsce najczęściej stosowane są dwie skale – SGA (Subjective Global Assessment) i NRS 2002 (Nutritional Risk Score 2002). Jednocześnie skala NRS 2002 jest skalą polecaną przez towarzystwa naukowe do oceny pacjentów hospitalizowanych. Zakłada ona ocenę pogorszenia stanu odżywienia oraz nasilenia choroby, co powoduje zwiększone zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze. Celem tych skal jest zidentyfikowanie pacjentów, u których ryzyko żywieniowe jest podwyższone i którzy mogą wymagać pogłębionej diagnostyki w kierunku niedożywienia oraz poszukiwania przyczyn istniejących zaburzeń odżywiania. Część tych skal, jak wspomniana NRS 2002, określa także wskazania do podjęcia interwencji żywieniowej u danego pacjenta, niezależnie od jej postaci – nawet konsultacji dietetycznej.

Podobnie jak wcześniej, rozpoznanie niedożywienia jest możliwe wyłącznie na podstawie wywiadu. Poza jednym wyjątkiem – oceną składu ciała – do jego rozpoznania nie potrzebujemy żadnych innych badań. Nie stosuje się też w tym celu badań laboratoryjnych, które kiedyś stanowiły element tej oceny. W chwili obecnej badania laboratoryjne stanowią wyłącznie dodatkowe wsparcie i źródło cennych informacji w ocenie stanu metabolicznego pacjenta, ale nie stanowią warunku rozpoznania niedożywienia.

Zgodnie z kryteriami GLIM rozpoznanie niedożywienia jest możliwe, gdy pacjent spełni co najmniej jedno z kryteriów diagnostycznych, podzielonych na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią tzw. kryteria fenotypowe dotyczące utraty masy ciała. Wśród nich znajdują się mimowolna utrata masy ciała, niski indeks masy ciała (BMI) oraz zmniejszenie masy mięśniowej potwierdzone w określonych badaniach diagnostycznych. Drugą grupę stanowią kryteria etiologiczne (przyczynowe), wśród których wyróżniamy pogorszenie spożywania lub przyswajania pokarmów oraz obecność chorób przebiegających z ostrym lub przewlekłym stanem zapalnym. Aby rozpoznać niedożywienie, pacjent musi spełnić po jednym kryterium z każdej z tych grup. Dodatkowo kryteria GLIM umożliwiają ocenę ciężkości niedożywienia, a dzięki dobrze dobranemu zestawowi kryteriów diagnostycznych pozwalają też ocenić pacjentów z grup szczególnych, np. z otyłością, którzy mogą być niedożywieni mimo nadmiernej masy ciała.

4. Rola diety u pacjentek z rakiem piersi

W odróżnieniu od innych form żywienia klinicznego, znaczenie właściwej opieki dietetycznej u pacjentek z rakiem piersi zostało dość obszernie zbadane.

Nadmierna masa ciała jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia raka piersi oraz nawrotu po leczeniu. Dlatego wytyczne onkologiczne zalecają stałą kontrolę masy ciała i, w razie potrzeby, jej redukcję po zakończeniu leczenia jako profilaktykę nawrotu. W ostatnim czasie pojawiły się też pierwsze doniesienia naukowe dotyczące korzystnej roli nowych leków stosowanych w leczeniu otyłości na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nowotworów, ale na razie są to wyniki, które jeszcze nie pozwalają na wystosowanie zaleceń w tym zakresie.

Wiadomo też, że część pokarmów zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi. Należą do nich alkohol, wysoka podaż węglowodanów i tłuszczów nasyconych. Nadmierne spożywanie czerwonego mięsa również jest niekorzystne, natomiast dane literaturowe wskazują, że większe znaczenie od samej ilości ma sposób przygotowania i obróbka termiczna tych pokarmów. Wszystkie te czynniki działają prozapalnie, zwiększając w organizmie ilość substancji nasilających odpowiedź zapalną oraz powodują zwiększoną produkcję estrogenów, które są kolejnym czynnikiem promującym rozwój raka piersi. Badania naukowe na dużych grupach pacjentek pokazały, że wysoka podaż tłuszczu najbardziej zwiększa ryzyko raków hormonozależnych, a u kobiet po menopauzie z kolei nadmierna podaż cukru najbardziej zwiększa ryzyko zachorowania na postacię hormononiezależne.

Z drugiej strony niektóre pokarmy mają działanie przeciwzapalne i chronią organizm. Należą do nich tłuszcze wielonienasycone, błonnik, witaminy C i E, owoce oraz warzywa. Także polifenole, które znajdują się w winogronach i borówkach, wykazywały w badaniach korzystny wpływ na modulację niektórych procesów zapalnych i produkcję estrogenów. Z kolei produkty sojowe korzystnie wpływały na zmniejszenie ryzyka raka piersi u kobiet po menopauzie w populacjach azjatyckich, gdzie spożycie soi jest wysokie.

Poza wpływem na ryzyko zachorowania na raka piersi część substancji pokarmowych może stanowić wsparcie w trakcie leczenia onkologicznego.

Kwasy omega-3 poza obniżaniem ryzyka zachorowania wspomagają łagodzenie objawów ubocznych i tolerancję leczenia systemowego. W badaniach laboratoryjnych wykazywały one również wpływ uwrażliwiający komórki nowotworowe na działanie leków przeciwnowotworowych, jednocześnie chroniąc zdrowe komórki. Dodatkowo zmniejszają ryzyko utraty masy kostnej w trakcie leczenia oraz neuropatii obwodowych, a także, w połączeniu ze zmniejszeniem spożywanej energii, wspomagają redukcję masy ciała.

Witaminy C i E oraz zielona herbata wspierają skuteczność leczenia systemowego, z kolei suplementacja witaminy D obniża ryzyko wystąpienia osteoporozy u pacjentek w trakcie uzupełniającej hormonoterapii.

5. Znaczenie przygotowania do leczenia

Nowoczesne leczenie raka piersi jest leczeniem skojarzonym, opierającym się na współdziałaniu trzech głównych rodzajów terapii – leczenia systemowego, chirurgicznego i radioterapii. W zależności od rodzaju nowotworu, jego biologii i wyjściowego zaawansowania, te terapie mogą być zmieniane między sobą w kolejności ich stosowania. Zależy to głównie od intencji i planu leczenia onkologicznego.

W przypadku pacjentek z wyjściowo wyższym zaawansowaniem klinicznym raka oraz w przypadku nowotworów o wyższej agresywności leczenie będzie częściej rozpoczynane od leczenia przedoperacyjnego systemowego – zarówno jako chemioterapia, jak i hormonoterapia przedoperacyjna, po której następuje etap chirurgiczny, najczęściej uzupełniony o pooperacyjne leczenie systemowe z ewentualną radioterapią. U pacjentek, u których leczenie zaczyna się na wczesnym etapie choroby, zwykle zabieg operacyjny jest pierwszym etapem, po którym może wystąpić konieczność stosowania leczenia uzupełniającego zarówno systemowego, jak i radioterapii.

Choć ilość dobrej jakości danych dotyczących skuteczności przygotowania żywieniowego pacjentek z rakiem piersi do leczenia jest niewystarczająca, to codzienna praktyka pokazuje, że wiedza dostępna dla innych nowotworów może być przełożona na tę grupę chorych.

Niedożywienie przed rozpoczęciem leczenia, zarówno systemowego, jak i chirurgicznego, jest czynnikiem niekorzystnym rokowniczo oraz zwiększającym ryzyko wystąpienia powikłań leczenia.

W przypadku pacjentek poddawanych przedoperacyjnej chemioterapii zły stan metaboliczny wpływa negatywnie na całość funkcjonowania organizmu, osłabienie, zaburzenia odporności. Sprawia to, że często pacjentki w niedostatecznym stanie ogólnym będą rozpoczynały leczenie od suboptymalnych dawek leków, ze względu na wyższe ryzyko toksyczności tego leczenia. Optymalizacja stanu zdrowia i stanu metabolicznego może obniżyć takie ryzyko.

Znaczenie przygotowania przedoperacyjnego pacjenta niedożywionego i o podwyższonym ryzyku żywieniowym ma udowodnioną skuteczność w redukcji liczby powikłań i poprawie przebiegu pooperacyjnego we wszystkich zakresach chirurgicznego leczenia nowotworów. Większość badań naukowych wykazała, że już 7–14-dniowy okres przygotowania żywieniowego wpływa korzystnie na przebieg pooperacyjny. Aby dopełnić kompleksowości optymalizacji przedoperacyjnej, do opieki żywieniowej dołączono opiekę fizjoterapeutyczną, psychologiczną oraz konieczność rezygnacji z używek, a całość połączono w programy kompleksowej opieki przedoperacyjnej, które znamy pod pojęciem prehabilitacji. Jest to program, który umożliwia poprawę stanu pacjenta i właściwe przygotowanie do zabiegu operacyjnego w warunkach pozaszpitalnych, wykorzystując okres oczekiwania na leczenie.

Choć ilość danych o roli prehabilitacji jest ograniczona, to te, które są dostępne, najczęściej dotyczą pacjentek poddawanych leczeniu rekonstrukcyjnemu. W tej grupie na szczególne podkreślenie zasługują opieka fizjoterapeutyczna, która pozwala na właściwe przygotowanie tkanek i ruchomości górnej połowy ciała, które zwykle w okresie pooperacyjnym bardzo szybko zaczynają odczuwać skutki przebytego leczenia, a także rezygnacja z palenia tytoniu, które ma udowodniony negatywny wpływ na proces gojenia. Dostępne są też pojedyncze doniesienia, które pokazują, że przedoperacyjne przygotowanie żywieniowe może zmniejszać liczbę powikłań po zabiegu.

6. Indywidualizacja żywienia u pacjentek z rakiem piersi

Większość pacjentek leczonych z powodu raka piersi może przyjmować jedzenie drogą doustną, co powoduje, że najczęściej nie będą one wymagały żywienia drogami nienaturalnymi, jak żywienie do- czy pozajelitowe.

Natomiast duża część pacjentek będzie wymagała konsultacji dietetycznej celem dostosowania diety doustnej do potrzeb leczenia lub objawów niepożądanych leczenia, które mogą się pojawić.

Pacjentki przed leczeniem mogą skorzystać z porad dietetyka celem optymalizacji stanu odżywienia i stanu metabolicznego. Można wtedy wykorzystać czas oczekiwania na leczenie – zarówno operacyjne, jak i systemowe – żeby się do niego właściwie przygotować.

W przypadku wystąpienia objawów zaburzających odżywianie w trakcie leczenia, np. chemioterapii indukcyjnej, dietetycy mogą zarówno ocenić, na ile zgłaszane objawy stanowią zagrożenie, jak i pomóc dostosować dietę doustną do danej sytuacji klinicznej. W ramach takiej optymalizacji można zmieniać skład diety zarówno jeśli chodzi o ilość energii i substancji odżywczych, jak i rodzaje produktów, z których będą pochodzić. Co więcej, dzięki modyfikacji częstości i objętości posiłków możliwa jest poprawa tolerancji na spożywane posiłki. W razie konieczności dietetycy będą też w stanie dobrać odpowiednie żywienie, jeśli będzie to konieczne.

Należy jednocześnie pamiętać o tym, że jeśli zajdzie taka potrzeba, to możliwe jest stosowanie wszystkich form leczenia żywieniowego, także do- i pozajelitowego.

7. Czerwone flagi

Znaczenie problemów żywieniowych u pacjentek z rakiem piersi jest często pomijane ze względu na stosunkowo rzadkie występowanie niedożywienia w porównaniu z innymi chorobami onkologicznymi. Stąd, bywa, że interwencje żywieniowe są wdrażane późno, a jak wspomniano wcześniej, zaburzenia odżywienia mogą wpływać na tolerancję leczenia, ryzyko wystąpienia powikłań i rekonwalescencję po leczeniu.

Dlatego każde trwające dłużej niż kilka dni zaburzenie w prawidłowym odżywianiu powinno być zauważone i wyjaśnione. Niezależnie czy jest to pogorszenie apetytu, niechęć do jedzenia czy zaburzenia połykania. Każde z nich ma swoją przyczynę, która powinna być zdiagnozowana i leczona w optymalny sposób, nawet jeśli będzie ona oznaczała poradę dietetyczną.

Nie należy też zwlekać ze zgłaszaniem takich problemów lekarzom prowadzącym, ani umniejszać ich znaczeniu i traktować jak rzeczy nieistotne.

8. Rola preparatów typu ONS w leczeniu raka piersi

Preparaty typu ONS (Oral Nutritional Supplements) są wartościowym narzędziem w pracy żywieniowej ze względu na swoją niewielką objętość, w której zawiera się duży ładunek energii i substancji odżywczych. Są one szczególnie pomocne u pacjentów z zaburzeniami łaknienia, oraz u tych, którzy nie są w stanie spożywać większych ilości jedzenia, stanowiąc wartościowy dodatek do codziennej diety. W ten sposób mogą kompensować niedobory wynikające z chorób.

Choć zaburzenia połykania nie są częste u pacjentek z rakiem piersi, zaburzenia łaknienia czy gorszy apetyt będą już częściej spotykane. Wtedy preparaty typu ONS mogą pomóc pokryć dzienne zapotrzebowanie na energię i białko. Pojedyncze prace naukowe pokazały, że taka suplementacja preparatami wysokobiałkowymi u pacjentek poddawanych chemioterapii uzupełniającej po leczeniu operacyjnym raka piersi pomaga utrzymać masę mięśniową i zapobiega pogarszaniu się stanu odżywienia.

Preparaty te mogą też być stosowane w okresie pooperacyjnym, zwłaszcza po operacjach rekonstrukcyjnych piersi, gdzie gojenie jest bardziej wymagające, a zapotrzebowanie na substancje odżywcze będzie wyższe. Choć literatura dostarcza niewielkiej ilości dowodów naukowych na skuteczność takiego postępowania, to dostępne prace sugerują korzystny wpływ ONS, zwłaszcza wzbogacanych o tzw. substancje immunomodulujące jak arginina czy glutamina na redukcję ilości powikłań. Dostępne są też pojedyncze prace wskazujące na korzystny wpływ suplementacji preparatami glutaminy na ciężkość odległych powikłań po radioterapii.

9. Rola innych form leczenia żywieniowego u pacjentek z rakiem piersi

Zaawansowane formy żywienia klinicznego, takie jak żywienie dojelitowe czy pozajelitowe są stosowane u pacjentek z rakiem piersi dość rzadko i najczęściej związane z leczeniem powikłań prowadzonych terapii.

Żywienie dojelitowe najczęściej stosuje się w leczeniu powikłań powodujących ciężkie zaburzenia połykania, uniemożliwiające odżywianie drogą doustną, przy zachowaniu prawidłowej funkcji pozostałych części przewodu pokarmowego. Taka sytuacja może mieć miejsce np. w ciężkim zapaleniu błony śluzowej przełyku czy jamy ustnej po chemioterapii. Włączenie żywienia dojelitowego pozwala wtedy na wygojenie odczynu i ustąpienie objawów bez narażania pacjentki na pogorszenie stanu odżywienia.

Jeśli z kolei pogorszeniu ulegnie czynność dolnego odcinka przewodu pokarmowego, doprowadzając do niedrożności, metodą żywienia z wyboru będzie żywienie dożylnie, czyli pozajelitowe. Choć jest to sytuacja jeszcze rzadsza, może do niej dochodzić w dwóch mechanizmach – porażennym, kiedy czynność ruchowa przewodu pokarmowego ulega zaburzeniu, ale nie ma czynnika mechanicznego blokującego pasaż treści przez jelita, lub mechanicznym, gdy istnieje fizyczna przeszkoda w obrębie przewodu pokarmowego. Najczęściej dochodzi do niej, gdy mamy do czynienia z przerzutami raka piersi do jamy otrzewnej, które powodują sklepanie i usztywnianie pętli jelitowych masami nowotworowymi.

10. Wsparcie psychologiczne

Opieka psychologa na każdym etapie leczenia raka piersi może w istotny sposób przekładać się na dobrostan pacjentki, ale także wpływać na poprawę odżywiania. Często na początku choroby, po otrzymaniu rozpoznania, ale też w trakcie leczenia pacjentki skarżą się na gorsze samopoczucie wpływające na apetyt i chęć do jedzenia. A to może z kolei prowadzić do utraty masy ciała i wzrostu ryzyka żywieniowego oraz wystąpienia niedożywienia.



Notatki:

Opracowanie graficzne:



Fundacja EuropaColon Polska 2026

**Pobierz broszurę
w formacie PDF:**





europacolonpolska.pl

Numer Kolekcji: ISBN 978-83-956413-1-2
Numer Tomu: ISBN 978-83-956413-6-7