

## COMMENTAAR

## Ondervoeding bij patiënten met kanker

## IS VOLDOENDE ETEN WEL GENOEG?

C.H.C. (Kees) Dejong en Steven W.M. Olde Damink

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4911

Ondervoeding is, ook in Nederland, een onderschat maatschappelijk probleem. ‘Tien procent Nederlandse ouderen ondervoed’ kopte *nrc.next* op donderdag 7 juni van dit jaar. Het percentage ondervoede ouderen in ziekenhuizen en verpleeghuizen ligt zelfs in de orde van 18-33%. Ondervoeding komt op alle leeftijden voor en heeft verschillende oorzaken. Kanker en ook de behandeling daarvan zijn beide belangrijke oorzaken van ondervoeding.

Elders in het *Tijdschrift* wordt een samenvatting gegeven van de aanbevelingen van de landelijke richtlijn ‘Ondervoeding bij patiënten met kanker’.<sup>1</sup> Deze richtlijn biedt handvatten voor alle professionele hulpverleners die betrokken zijn bij de preventie, diagnostiek, behandeling en ondersteuning van kankerpatiënten met ondervoeding of risicofactoren daarvoor. De vraag is of de richtlijn voldoende is om het probleem op te lossen. Het antwoord is naar onze mening ‘nee’.

**WAAROM IS DE RICHTLIJN NIET VOLDOENDE?**

Ondervoeding is geassocieerd met een afgenomen levensverwachting en kwaliteit van leven, en een toegenomen complicatierisico na chirurgie, radio- en chemotherapie. Detectie en behandeling van ondervoeding bij patiënten met kanker zijn dus belangrijk. De richtlijn is een goed initiatief met een aantal waardevolle aanbevelingen; belangrijk is de focus op een multidisciplinaire benadering met een goede samenwerking tussen medisch specialist en diëtist. Toch is het niet aannemelijk dat de richtlijn op zichzelf veel gaat veranderen in de dagelijkse praktijk.

Het probleem van ondervoeding bij patiënten met kanker is al heel lang bekend; er bestaan al jaren nationale en internationale richtlijnen op dit gebied.<sup>2-4</sup> Richtlijnen en protocollen implementeren zichzelf echter niet.<sup>5</sup> Er zijn

gerichte implementatiestrategieën met monitoring van uitkomstmaten nodig om te zorgen dat een richtlijn in de praktijk wordt toegepast. In Nederland is hiertoe een aanzet gegeven door het introduceren van zogenaemde IGZ-indicatoren. Deze indicatoren inventariseren hoeveel patiënten bij opname in een ziekenhuis ondervoeding hebben.

De richtlijn geeft aan dat gewichtsverlies en ondervoeding bij patiënten met kanker gerelateerd zijn aan onvoldoende inname van nutriënten, bijvoorbeeld door tumorobstructie of systemische ontsteking als gevolg van de tumor of door de behandeling. Dit etiologische paradigma van ondervoeding door onvoldoende voeding is echter niet sluitend. Het is dan ook beter om de termen ‘depletie’ en ‘anorexie-cachexie’ te gebruiken wanneer men spreekt over ondervoeding.

Naast systemische inflammatie, gewichtsverlies en afgenomen fysieke activiteit spelen ook insulineresistentie en lipolyse een rol bij ondervoede patiënten met kanker.<sup>6</sup> Ondervoeding – met cachexie als meest extreme variant – ontstaat geleidelijk en wordt uiteindelijk refractair. In de pre-cachexiefase eet en drinkt de patiënt voldoende, terwijl de tumor groeit, er gewichtsverlies optreedt en afname van lichaamsvet door lipolyse op de voorgrond staat. Latere stadia van cachexie worden gekarakteriseerd door verlies van spiermassa als gevolg van eiwitafbraak.

Hoewel het verlies van lichaamsvet door het optimaliseren van de voedselinname ongedaan kan worden gemaakt, wordt het verlies van spiermassa niet gestopt. Hiervoor is een combinatie van voedingsondersteuning en oefentherapie nodig, eventueel aangevuld met een anabole (glucocorticoïden) of antikatabole (megestrolacetaat) medicamenteuze interventie. Simpel gezegd is voldoende voeden dus waarschijnlijk niet altijd afdoende. Het ontstaan van ondervoeding, depletie en cachexie is multifactorieel bepaald en behandeling ervan moet daarom multimodaal zijn.

**CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK**

Gewichtsverlies bij ondervoeding verloopt gefaseerd en dit verlies is niet steeds beperkt tot hetzelfde lichaamscompartiment. Spieren en vet zijn vermoedelijk de belangrijkste compartimenten, waarbij sprake lijkt van een mechanistische interactie tussen beiden. In de huidige

MUMC, afd. Chirurgie, Maastricht.

Prof.dr. C.H.C. Dejong en dr. S.W.M. Olde

Damink, chirurgen (beiden tevens: NUTRIM

School for Nutrition, Toxicology and Metabolism).

Contactpersoon: prof.dr. C.H.C. Dejong

([chc.dejong@mumc.nl](mailto:chc.dejong@mumc.nl)).

pandemie van overgewicht is het belangrijk om te beseffen dat obese patiënten met kanker toch ondervoed kunnen zijn. Dit is objectiveerbaar als sarcopenie (verval van spiermassa) die gemeten kan worden met een CT-scan op lumbaal niveau. Kankerpatiënten met sarcopenie en overgewicht hebben een slechtere prognose dan niet-obese patiënten met sarcopenie.<sup>6</sup> Gezien het belang van spiermassaverlies bij patiënten met kanker en vanwege het feit dat deze patiënten vaak een CT-scan ondergaan, verdient het standaard meten van spiermassa op lumbaal niveau aanbeveling. Hiermee wordt immers voor ondervoeding na screening op risicofactoren een objectieveerbare maat verkregen.

Naast betere diagnostiek zal gezocht moeten worden naar nieuwe geneesmiddelen die causaal aangrijpen. De aanbeveling in de richtlijn is correct – megestrolacetaat bij een levensverwachting > 2-3 maanden, glucocorticoiden bij een kortere levensverwachting – maar er is dringend behoefte aan meer. De speurtocht naar potente, selectieve mediators die – anabool of antikatabool – in de controle van lipolyse en spiereiwitafbraak aangrijpen, moet leiden tot nieuwe mogelijkheden in de multimodale behandeling van ondervoeding bij patiënten met kanker. Voldoende voeding in combinatie met reactivering zal verder bijdragen aan het bestrijden van cachexie.

Bij ondervoede patiënten die geopereerd worden, dient gedurende 7 dagen preoperatief gevoed te worden. Diagnostiek brengt vaak met zich mee dat de patiënt nuchter gehouden wordt; dit is met gericht beleid te voorkomen. Vroeg voeden na een operatie is veilig en bevordert het herstel van de patiënt. Of immunonutritie (voeding die verrijkt is met specifieke bestanddelen met als doel de immuunrespons te moduleren) perioperatief gegeven moet worden, is maar de vraag. Weliswaar suggereren de

oudste publicaties van een recente meta-analyse een positief effect van behandeling met immunonutritie,<sup>7</sup> maar dit behandelingseffect kon door 2 latere trials niet gereproduceerd worden.<sup>8,9</sup> Gerandomiseerd onderzoek met voeding als interventie is moeilijk, gezien de kleine te verwachten effecten en de grote aantallen patiënten die nodig zijn om verschillen aan te tonen voor relevante klinische uitkomstmaten, maar de vraag is ook of dat nodig is.

Interventies die vanzelfsprekend zijn (bijvoorbeeld voeding stimuleren wanneer gewichtsverlies ongewenst is), geen bijwerkingen hebben en met lage kosten gepaard gaan, zijn zeer goed te verdedigen. Wellicht geldt ook dat 'the immediate challenge to improving the quality of [...] care is not discovering new knowledge, but rather how to integrate what we already know into practice'.<sup>10</sup> Er zou van overheidswege meer aandacht en financiële ondersteuning moeten komen voor de implementatie van richtlijnen. Daarbij is de onderhavige richtlijn een ideale gelegenheid om voor een brede, kwetsbare patiëntengroep een betere toekomst te garanderen.

Belangenconflict: C.H.C. Dejong is redacteur van het *British Journal of Surgery*. Het instituut waar hij werkzaam is, ontving subsidie van de Maag Lever Darm Stichting voor onderzoek naar darmschade door ischemie en reperfusie, en royalties voor zijn werkzaamheden als redacteur ten aanzien van het *Leerboek Chirurgie*. Het instituut van S.W.M. Olde Damink ontving verschillende onderzoekssubsidies. Financiële ondersteuning voor dit artikel: geen gemeld.

Aanvaard op 20 juni 2012

Citeer als: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2012;156:A5254

 [Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

## LITERATUUR

- De Graeff A, Vogel J, Jager-Wittenaar H, Chua-Hendriks J.J.C., Beijer S. Ondervoeding bij patiënten met kanker. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2012;156:A4911.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Richtlijn 'Perioperatief voedingsbeleid'. Utrecht; 2007.
- Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr.* 2006;25:245-59.
- Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: surgery including organ transplantation. *Clin Nutr.* 2006;25:224-44.
- Maessen J, Dejong CH, Hausel J, et al. A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection. *Br J Surg.* 2007;94:224-31.
- Fearon KC. Cancer cachexia and fat-muscle physiology. *N Engl J Med.* 2011;365:565-7.
- Marimuthu K, Varadhan KK, Ljungqvist O, Lobo DN. A meta-analysis of the effect of combinations of immune modulating nutrients on outcome in patients undergoing major open gastrointestinal surgery. *Ann Surg.* 2012;255:1060-8.
- Sultan J, Griffin SM, Di Franco F, et al. Randomized clinical trial of omega-3 fatty acid-supplemented enteral nutrition versus standard enteral nutrition in patients undergoing oesophagogastric cancer surgery. *Br J Surg.* 2012;99:346-55.
- Fujitani K, Tsujinaka T, Fujita J, et al; Osaka Gastrointestinal Cancer Chemotherapy Study Group. Prospective randomized trial of preoperative enteral immunonutrition followed by elective total gastrectomy for gastric cancer. *Br J Surg.* 2012;99:621-9.
- Urbach DR, Baxter NN. Reducing variation in surgical care: requires innovative methods for getting evidence into surgical practice. *BMJ.* 2005;330:1401-2.