

GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINDA ANOREKSİ- KAŞEKİ SENDROMU VE YÖNETİMİ

8. BÖLÜM

Ferhat EKİNCİ¹

GİRİŞ

Anoreksiya (anorexia) terimi Yunancada yokluk anlamındaki “an” ve iştah anlamındaki “orexia” terimlerinin birleşmesi ile “iştah kaybı” anlamında kullanılan bir kelimedir. Benzer şekilde kaşeksi sözcüğü de kötü anlamına gelen “kakos” ve durum anlamına gelen “hexis” sözcüklerinin birleşimi ile oluşan ve kötü durum anlamında kullanılan Yunanca kökenli bir terim olup klinik olarak ilk kez 2300 yıl önce Hipokrat tarafından tariflenmiştir ^(1,2). “İştah kaybına bağlı kötü durum” olarak yorumlanabilecek bu terim neden-sonuç ilişkisi ile birbirinden ayıramayacağı için sıklıkla anoreksi-kaşeksi sendromu (AKS) olarak kullanılmaktadır. Etyolojide özellikle HIV gibi kronik enfeksiyonlar, kalp yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, inflamatuvar barsak hastalıkları gibi birçok neden olabileceği gibi terminal dönem kanserin de en önemli bulgularındandır ⁽³⁾. Kanser ile ilişkili anoreksi-kaşeksi sendromu (K-AKS) kanserin aynı zamanda en önemli prognostik göstergelerden biridir ⁽⁴⁾. Bu durum akciğer kanserli hastaların % 60’ında ve gastrointestinal sistem (GI) kanserli hastaların % 50-85’inde ortaya çıkan ve diğer tümör türleri arasında da oldukça yaygın görülen bir sendromdur. Henüz randomize kontrollü çalışma olmaması geriatrik popülasyon için bilgilerimizin yetersiz olmasına yol açmakla birlikte en yüksek kaşeksi insidansına sahip kanserlerin ağırlıklı olarak ileri yaştaki kişilerde teşhis edilmesi bizlerin bu konuda önemli saptamalarda bulunmamıza imkan vermektedir ^(1,5).

K-AKS, geleneksel beslenme desteği sağlanmasına rağmen geri döndürülemeyen ve ilerleyici fonksiyonel bozukluğa neden olan, devamında iskelet kasi kütle kaybı (yağ kütle kaybı olsun ya da olmasın) ile karakterize çok faktörlü bir sendrom olarak tanımlanabilir. Doğrudan ve dolaylı olarak azalan gıda alımı ve anormal metabolizmanın değişken bir kombinasyonu tarafından yönetilen-

¹ Dr., Celal Bayar Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, drferhatekinci@hotmail.com

SONUÇ

Kilo kaybı, geriatrik popülasyonda mortaliteyi artıran önemli bir sorundur. Yemek yemek ve bundan kaynaklanan zevk, tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlı bireylerin de yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler. Aksi gerçekleşmesi durumunda kaşeksi ile sonuçlanan durumun altta yatan proinflatuar sitokinler ile ilişkisi ortaya konulduğundan bu yana yeni tedaviler ilgi odağı olmaya devam etmektedir. Ancak bu mekanizmaya dönük ilaçların kullanılmasına rağmen istenilen sonucun elde edilememesi açıklanması gereken ve soru işaretleri barındıran bir konudur. Mevcut tedavi önerilerinin yerinin sağlanması ve yeni ilaçların etkin bir şekilde kullanıma girebilmesi için güvenliği ve etkililiğini tam olarak değerlendirmek ve geriatrik kaşeksinin tedavisinde etkilerinin ne olduğunu belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Vinci E, Rampello E, Zanoli L, et al. Serum carnitine levels in patients Kanserde Kaşeksi ve Beslenme 67 with tumoral cachexia. *Eur J Intern Med* 2005;16:419- 423
2. Tosun H, Gülden K. "Kanserde kaşeksi ve beslenme." *Beslenme ve Diyet Dergisi* 40.1 (2012): 59-68.
3. Kahraman G, Ender Ö, Komşuoğlu B. "Kardiyak Kaşeksi." *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 31.6 (2003): 347-356.
4. Tuca, A., Jimenez-Fonseca, P., Gascón, P. (2013). Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Critical reviews in oncology/hematology*, 88(3), 625-636.
5. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011;12:489-495.
6. Argilés, J. M., Moore-Carrasco R., Busquets, S., et al. (2003). Catabolic mediators as targets for cancer cachexia. *Drug discovery today*, 8(18), 838-844.
7. Ramos EJB, Suzuki S, Marks D, et al. Cancer anorexia-cachexia syndrome: Cytokines and neuropeptides. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004;7:427-434.
8. Ezeoke, C. C., Morley, J. E. (2015). Pathophysiology of anorexia in the cancer cachexia syndrome. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 6(4), 287-302..
9. Laviano A, Meguid MM, Yang ZJ, et al. Crackign the riddle of cancer anorexia. *Nutrition* 1996;12:706-710.
10. Martignoni ME, Kunze P, Friess H. Cancer cachexia. *Mol Cancer* 2003;2:36.
11. Torelli GF, Meguid MM, Moldawer LL, et al. Use of recombinant human soluble TNF receptor in anorectic tumor-bearing rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 1999;277:R830-R855.
12. Mattox, Todd W. "Cancer cachexia: cause, diagnosis, and treatment." *Nutrition in Clinical Practice* 32.5 (2017): 599-606
13. Matthys P, Heremans H, Opdenakker G, et al. Anti-interferon-gamma antibody treatment, growth of Lewis lung tumors in mice and tumor-associated cachexia. *Eur J Cancer* 1991;27:182-187.
14. Suzuki H., Asakawa A., Amitani H., et al. (2013). Cancer cachexia—pathophysiology and management. *Journal of gastroenterology*, 48(5), 574-594.
15. Balducci L, Hardy CL, Lyman GH. Hematopoietic growth factors in the older cancer patient. *Curr Opin Hematol.* 2001; 8(3):170-87.

16. Bastow M, Rawlings J, Allison S. Benefits of supplementary tube feeding after fractured neck of femur: a randomised controlled trial. *Br Med J*. 1983;287:1589–92.
17. Woo J, Ho SC, Mak YT, et al. Nutritional status of elderly patients during recovery from chest infection and the role of nutritional supplementation assessed by a prospective randomized single-blind trial. *Age Ageing*. 1994; 23(1):40–8.
18. Sullivan DH. Impact of nutritional status on health outcomes of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43(2):195–6.
19. Oster MH, Enders SR, Samuels SJ, et al. Megestrol acetate in patients with AIDS and cachexia. *Ann Intern Med* 1994;121:400–8.
20. Von Roenn J, Armstrong D, Kotler DP, et al. Megestrol acetate in patients with AIDS-related cachexia. *Ann Intern Med* 1994;121:393–9.
21. Hamburger A, Parnes H, Gordan GB, et al. Megestrol acetate induced differentiation of 3T3-L1 adipocytes in vitro. *Semin Oncol* 1988;(suppl)15:76–8.
22. Castle S, Nguyen C, Joaquin A, et al. Megestrol acetate suspension therapy in the treatment of geriatric anorexia/cachexia in nursing home patients. *J Am Geriatr Soc* 1995;43;7:835–6 (letter).
23. McMillan DC, O’Gorman P, Fearon KC, et al. A pilot study of megestrol acetate and ibuprofen in the treatment of cachexia in gastrointestinal cancer patients. *Br J Cancer* 1997;76:788–90.
24. Chlebowski RT, Herrold J, Ali I, et al. Influence of nandrolone decanoate on weight loss in advanced non-small cell lung cancer. *Cancer* 1986;58:183–6.
25. Morley JE, Perry HM III, Kaiser FE, et al. Effects of testosterone replacement therapy in old hypogonadal males: a preliminary study. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:149–52.
26. Yeh SS, Michael W. Schuster. “Geriatric cachexia: the role of cytokines.” *The American journal of clinical nutrition* 70.2 (1999): 183-197.
27. Mercadante S, Fulfaro F, Casuccio A. The use of corticosteroids in home palliative care. *Support Care Cancer*. 2001;9:386-389.
28. Inui A. Ghrelin: an orexigenic and somatotrophic signal from the stomach. *Nat Rev Neurosci*. 2001;2(8):551–60.
29. Garcia J, Boccia R, Graham C. A phase II randomized, placebocontrolled, double-blind study of the efficacy and safety of RC- 1291 (RC) for the treatment of cancer cachexia. *J Clin Oncol*. 2007;25:9133.
30. Dinarello CA, Endres S, Meydani SN, et al. Interleukin-1, anorexia, and dietary fatty acids. *Ann N Y Acad Sci* 1990;587:332–8.
31. Arends J, Bachman P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11-48.
32. Capasso R, Izzo AA. Gastrointestinal regulation of food intake: General aspects and focus on anandamide and oleoylethanolamide. *J Neuroendocrinol* 2008;20:39–46.
33. Strasser, F., Luftner, D., Possinger, K., et al. (2006). Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *Journal of Clinical Oncology*, 24(21), 3394-3400.
34. Radbruch L, Elsner F, Trottenberg P, et al. Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients. Aachen, Department of Palliative Medicinen/ European Palliative Care Research Collaborative. 2010.
35. Ardies CM. Exercise, cachexia and cancer therapy: a molecular rationale. *Nutr Cancer*. 2001;42(2):143–57.
36. Doyle CC, Kushi LHL, Byers TT, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin*. 2005; 56:323–53.

37. Al-Majid S, McCarthy DO. Cancer-induced fatigue and skeletal muscle wasting: the role of exercise. *Biol Res Nurs*. 2001;2(3): 186–97.
38. Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2003;11(1):11–20.
39. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(2):72–91.
40. Jennis K. Importance of nausea. *Cancer Nurs*. 1994;17:488–93.
41. Smith, G. F., Toonen, T. (2007). Primary care of the patient with cancer. *American family physician*, 75(8), 1207.