

Geriatrik Üroonkoloji Hastalarında Nutrisyonun Rolü

Özge ÖZGÜN¹

Mustafa CANKURTARAN²

GİRİŞ

Yaşlı nüfus dünya genelinde hızlı bir şekilde artış göstermekte olup, 2030 yılına kadar yeni tanı alan kanser olgularının büyük çoğunluğunun 65 yaş ve üzeri bireylerde ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir. Özellikle 85 yaş ve üzerindeki nüfusun üç katına çıkması beklenirken, bu yaş grubunda kanser, ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ürolojik maligniteler, yaşlanmakta olan toplumlar açısından dikkat çekici bir sağlık yükü oluşturmaktadır. Mevcut projeksiyonlara göre, 2030 yılı itibarıyla 85 yaş üzerindeki bireylerde yeni tanı alacak kanserlerin yaklaşık dörtte birini prostat ve mesane kanserlerinin oluşturması beklenmektedir (1,2).

Malnütrisyon, sarkopeni, kaşeksi ve bunlarla ilişkili kırılganlık, yaşlı kanser hastalarında sık karşılaşılan ve sıklıkla iç içe geçmiş klinik durumlardır. Bu sendromların her biri, kanser tedavisine uygunluğun azalmasına, tedavi sürecine karşı toleransın düşmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına ve sağkalımın olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Malnütrisyon, kanser türüne bağlı olarak hastaların %20 ila %85’inde görülürken; sarkopeni ve kaşeksi prevalansları sırasıyla %15–50 ve %25–80 arasında değişmektedir. Bu kadar sık görülen geriatrik sendromların mutlaka taranması ve multidisipliner olarak ele alınması gerekmektedir. Hastaların mevcut onkolojik hastalığının evresi ve tipine göre, eşlik eden malnütrisyonun sarkopeninin kırılganlığın ağırlığına göre tedavi bireyselleştirilmelidir (3-7).

KAŞEKSİ VE MALNÜTRİSYON

Kaşeksi ve malnütrisyon, her ikisi de vücut ağırlığında, kas kütlesinde ve fonksiyonel kapasitede azalma ile seyreden klinik durumlar olmakla birlikte, etiyopatogenez, biyolo-

¹ Uzm. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bölümü, ozgeargan90@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-0104-6604

² Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bölümü, mustafacankurtaran@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-8213-7515

dır. Glutaminin oral veya parenteral formda uygulanmasının kemoterapiye bağlı mukozal inflamasyon, bulantı-kusma, ishal ve sitopeni gibi toksisiteler üzerinde olumlu etkiler sağlayabileceğine dair bulgular mevcuttur. Bulguların heterojen olması ve glutaminin tümör yanıtı üzerindeki potansiyel etkilerine ilişkin verilerin yetersizliği nedeniyle, terapötik amaçlı glutamin kullanımı konusunda net bir öneri yoktur (10,51,52).

Kanser tedavisinden sonraki dönemlerde, sağlıklı bir yaşam tarzının sürdürülmesi önemlidir. Bu kapsamda, vücut kitle indeksinin 18,5–25 kg/m² aralığında tutulması, düzenli fiziksel aktivitenin sürdürülmesi ve dengeli, besleyici bir diyeti içeren yaşam biçiminin benimsenmesi önerilmektedir (10).

SONUÇ

Sonuç olarak, geriatrik üroonkolojik kanser hastalarında malnütrisyon, yalnızca beslenme yetersizliğiyle sınırlı kalmayıp, hastaların kırılabilirlik düzeyini artıran, sarkopeniyi derinleştiren ve tedaviye yanıtı doğrudan etkileyen sistemik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hasta grubunda, yaşla birlikte artan fizyolojik rezerv kaybı, kas kütlesindeki azalma ve immün yanıtın zayıflaması; malnütrisyonun etkilerini daha yıkıcı hale getirir. Kırılabilirlik ve sarkopeni ile iç içe geçmiş olan bu beslenme bozukluğu, morbidite ve mortaliteyi artırırken, yaşam kalitesini belirgin düzeyde düşürmektedir. Bu nedenle, onkolojik yaklaşım sadece tümörün tedavisine değil, aynı zamanda bireyin beslenme durumunun optimize edilmesine, fiziksel işlevselliğinin korunmasına ve bütüncül geriatri ilkelerine dayalı multidisipliner bir değerlendirmeye odaklanmalıdır. Geleceğin onkolojik başarısı, yalnızca kemoterapötik ajanlarda değil, hastayı bütüncül olarak ele alan beslenme-temelli stratejilerde yatmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer statistics, 2021. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(1):7-33.
2. DeSantis CE, Miller KD, Dale W, et al. Cancer statistics for adults aged 85 years and older, 2019. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2019;69(6):452-467.
3. Cailliet P, Liuu E, Simon AR, et al. Association between cachexia, chemotherapy and outcomes in older cancer patients: A systematic review. *Clinical Nutrition*. 2017;36(6):1473-1482.
4. Kim JW, Kim YJ, Lee K-W, et al. The early discontinuation of palliative chemotherapy in older patients with cancer. *Supportive care in cancer*. 2014;22:773-781.
5. Cousin S, Hollebecque A, Koscielny S, et al. Low skeletal muscle is associated with toxicity in patients included in phase I trials. *Investigational new drugs*. 2014;32:382-387.
6. Zhang X, Tang T, Pang L, et al. Malnutrition and overall survival in older adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of geriatric oncology*. 2019;10(6):874-883.
7. Peterson SJ, Mozer M. Differentiating sarcopenia and cachexia among patients with cancer. *Nutrition in clinical practice*. 2017;32(1):30-39.
8. Strasser F. *ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients*. 2017.
9. Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG)“cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. *Clinical nutrition*. 2010;29(2):154-159.

10. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*. 2021;40(5):2898-2913.
11. Arends J, Strasser F, Gonella S, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO open*. 2021;6(3):100092.
12. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, et al. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*. 2012;104(5):371-385.
13. Bourdel-Marchasson I, Blanc-Bisson C, et al. Nutritional advice in older patients at risk of malnutrition during treatment for chemotherapy: a two-year randomized controlled trial. *PLoS one*. 2014;9(9):e108687.
14. de van der Schueren MA, Laviano A, Blanchard H, et al. Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo (radio) therapy: current evidence and guidance for design of future trials. *Annals of Oncology*. 2018;29(5):1141-1153.
15. Körber J, Pricelius S, Heidrich M, et al. Increased lipid utilization in weight losing and weight stable cancer patients with normal body weight. *European journal of clinical nutrition*. 1999;53(9):740-745.
16. Bannerman E, McDermott K. Dietary and fluid intakes of older adults in care homes requiring a texture modified diet: the role of snacks. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2011;12(3):234-239.
17. Staun M, Hebutterne X, Shaffer J, et al. Management of intestinal failure in Europe. A questionnaire based study on the incidence and management. *Dynamic Medicine*. 2007;6:1-7.
18. Haran PH, Rivas DA, Fielding RA. Role and potential mechanisms of anabolic resistance in sarcopenia. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*. 2012;3:157-162.
19. Bozzetti F, Santarpia L, Pironi L, et al. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: a multi-centre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *Annals of oncology*. 2014;25(2):487-493.
20. Scolapio JS, Ukleja A, Burnes JU, et al. Outcome of patients with radiation enteritis treated with home parenteral nutrition. *Official journal of the American College of Gastroenterology* | ACG. 2002;97(3):662-666.
21. 정현태, 주엽이, 잔혁박, et al. Clinical practice guideline for percutaneous endoscopic gastrostomy. *The Korean Journal of Gastroenterology*. 2023;82(3):107-121.
22. Ponsky JL, Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a nonoperative technique for feeding gastrostomy. *Gastrointestinal endoscopy*. 1981;27(1):9-11.
23. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *Bmj*. 2008;336(7659):1495-1498.
24. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*. 2022;41(4):958-989.
25. Fietkau R, Iro H, Sailer D, et al. editors. Percutaneous endoscopically guided gastrostomy in patients with head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer Patients II*; 1991: Springer.
26. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *British journal of cancer*. 2004;91(3):447-452.
27. Arends J, Strasser F, Gonella S, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO clinical practice guidelines. *ESMO Open*. 2021; 6 (3): 100092. EGCEa clinicalguidelines@ esmo org[Europe PMC free article][Abstract][Google Scholar]. 2021.
28. Raijmakers N, van Zuylen L, Costantini M, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Annals of Oncology*. 2011;22(7):1478-1486.
29. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. *Jama*. 1994;272(16):1263-1266.
30. Good P, Richard R, Syrmis W, et al. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(4).
31. Cerchietti L, Navigante A, Sauri A, et al. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *International journal of palliative nursing*. 2000;6(8):370-374.
32. Laird BJ, Kaasa S, McMillan DC, et al. Prognostic factors in patients with advanced cancer: a comparison of clinicopathological factors and the development of an inflammation-based prognostic system. *Clinical Cancer Research*. 2013;19(19):5456-5464.
33. Martin L, Watanabe S, Fainsinger R, et al. Prognostic factors in patients with advanced cancer: use of the patient-generated subjective global assessment in survival prediction. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(28):4376-4383.
34. Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, et al. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. *Nutrients*. 2013;5(1):267-282.

35. Korcak J, Mardas M, Litwiniuk M, et al. Androgen deprivation therapy for prostate cancer influences body composition increasing risk of sarcopenia. *Nutrients*. 2023;15(7):1631.
36. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European heart journal*. 2021;42(25):2439-2454.
37. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review. *The journal of supportive oncology*. 2009;7(1):27-34.
38. Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S, et al. Physical exercise for cancer patients with advanced disease: a randomized controlled trial. *The oncologist*. 2011;16(11):1649-1657.
39. Moertel C, Schutt A, Reitemeier R, et al. Corticosteroid therapy of preterminal gastrointestinal cancer. *Cancer*. 1974;33(6):1607-1609.
40. Maltoni M, Nanni O, Scarpi E, et al. High-dose progestins for the treatment of cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review of randomised clinical trials. *Annals of Oncology*. 2001;12(3):289-300.
41. Garcia VR, López-Briz E, Sanchis RC, et al. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(3).
42. Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, et al. Systematic review of the treatment of cancer-associated anorexia and weight loss. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(33):8500-8511.
43. Silva JdAP, de Souza Fabre ME, et al. Omega-3 supplements for patients in chemotherapy and/or radiotherapy: A systematic review. *Clinical nutrition*. 2015;34(3):359-366.
44. Ghoreishi Z, Esfahani A, Djazayeri A, et al. Omega-3 fatty acids are protective against paclitaxel-induced peripheral neuropathy: a randomized double-blind placebo controlled trial. *BMC cancer*. 2012;12:1-8.
45. Sánchez-Lara K, Turcott JG, Juárez-Hernández E, et al. Effects of an oral nutritional supplement containing eicosapentaenoic acid on nutritional and clinical outcomes in patients with advanced non-small cell lung cancer: randomised trial. *Clinical nutrition*. 2014;33(6):1017-1023.
46. Del Fabbro E, Hui D, Dalal S, et al. Clinical outcomes and contributors to weight loss in a cancer cachexia clinic. *Journal of palliative medicine*. 2011;14(9):1004-1008.
47. Bruera E, Belzile M, Neumann C, et al. A double-blind, crossover study of controlled-release metoclopramide and placebo for the chronic nausea and dyspepsia of advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2000;19(6):427-35.
48. Weimann A, Wobith M. ESPEN Guidelines on Clinical nutrition in surgery-Special issues to be revisited. *European Journal of Surgical Oncology*. 2024;50(5):106742.
49. Care NCCfA. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006.
50. Wang J, Tan S, Wu G. Oral nutritional supplements, physical activity, and sarcopenia in cancer. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2021;24(3):223-228.
51. Huang E-Y, Leung SW, Wang C-J, Chen H-C, et al. Oral glutamine to alleviate radiation-induced oral mucositis: a pilot randomized trial. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*. 2000;46(3):535-539.
52. Pytlik R, Beneš P, Patorkova M, et al. Standardized parenteral alanyl-glutamine dipeptide supplementation is not beneficial in autologous transplant patients: a randomized, double-blind, placebo controlled study. *Bone Marrow Transplantation*. 2002;30(12):953-961.