

dr. Marian de van der Schueren
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen,
lector voeding en gezondheid; VUmc,
sectie Diëtetiek en Voedingswetenschap-
pen/Interne Geneeskunde, Amsterdam

dr. Arthur van Zanten
Ziekenhuis Gelderse Vallei,
afdeling Intensive Care, Ede

ADEQUATE VOEDINGSINTERVENTIE IS GUNSTIG VOOR HET HERSTEL

Nog steeds te weinig aandacht voor voeding bij kanker

Voedingsondersteuning is belangrijk bij de behandeling van kanker. Op alle terreinen moet hier meer aandacht voor komen en bij voorkeur in een zo vroeg mogelijk stadium.

In 1980 stelden DeWys e.a. dat gewichtsverlies bij kankerpatiënten een negatieve invloed heeft op de overlevingsduur, de respons op chemotherapie en het fysiek functioneren.¹ In de decennia daarna werd in meerdere publicaties een slechte voedingsstatus geassocieerd met negatieve uitkomsten.

Voor specifieke patiëntengroepen met vaak complexe vormen van kanker die een intensieve behandeling ondergaan, is inmiddels bewezen dat een tijdige en adequate voedingsinterventie het herstel versnelt en het aantal complicaties vermindert. Voor veel andere tumoren is dit minder duidelijk. Dit kan te maken hebben met het ontbreken van 'hard bewijs' voor de effectiviteit van voedingsinterventies (veelal kleine studies bij heterogene groepen patiënten), met gebrek aan aandacht of interesse voor het probleem van een slechte voedingsstatus of met onvoldoende kennis over de vertaling van theorie naar praktijk.

Op een expertbijeenkomst in april 2014 – waar oncologische én voedingsexperts zich bogen over betere voedingszorg voor oncologische patiënten – werd geconcludeerd dat op al deze punten ruimte voor verbetering is.

Voedingstoestand

Er is geen uniforme en wereldwijd geaccepteerde definitie voor een slechte voedingsstatus. Patiënten die ongewild gewicht verliezen lopen waarschijnlijk een risico op een slechte voedingsstatus, óók als hun oorspronkelijke uitgangsgewicht hoog was. Immers, aan de buitenkant is niet te zien of iemand ondervoed is. Er moet ook rekening worden gehouden met spiermassaverlies zonder gewichtsverlies of zelfs met gewichtstoename, de zogeheten 'sarcopene obesitas'.

In de praktijk betekent dit dat bij iedere patiënt met kanker – ongeacht of deze nu lokale, lokaal gemetastaseerde of op afstand gemetastaseerde ziekte heeft, en ongeacht of deze een complexe of een minder complexe tumorbehandeling ondergaat – de voedingsstatus met gevalideerde instrumenten moet worden gescreend en dat het gewichtsbeloop moet worden gemonitord. Verder kan worden gekeken naar klachten (pijn, mucositis, obstipatie, diarree en eetlust), inname van voeding (eiwitten en energie in relatie tot berekende of gemeten behoefte), nutriëntentekorten (bijvoorbeeld vitamine-D-deficiëntie), consistentie van de voeding, veranderingen in

lichaamssamenstelling, activiteitenpatroon, ziekte-ernst of het risico op het ontstaan van klachten tijdens de behandeling. Hoe eerder wordt geïntervenieerd vanwege een (dreigende) slechte voedingsstatus, hoe groter de successkans. Als eenmaal sprake is van voortschrijdende cachexie (verlies van spiermassa, vetmassa en systemische inflammatie) kan aan voedingstherapie slechts een bescheiden ondersteunende rol worden toegekend.

Na een slechte screeningsuitslag moeten altijd de aard en ernst van de ondervoeding nader worden onderzocht, waarna een individueel begeleidingsplan kan worden aangeboden. De diëtist is meestal de aangewezen persoon om de patiënt individueel te begeleiden; maar wie verantwoordelijk is voor screening en diagnostiek van de voedingsstatus, is veel minder duidelijk.

Leefstijl

De behandeling hangt af van de soort en het stadium van de kanker. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg maar zal voedingszorg vaak als gedelegeerde zorg beschouwen. Immers, hoeveel voeding heeft een patiënt nodig? En hoe vertaalt zich een aanbeveling van bijvoorbeeld 1,2 gram eiwit per kg lichaamsgewicht in een voor de patiënt uitvoerbaar voedingsadvies? Uiteraard heeft de patiënt zelf een doorslaggevende rol in besluiten over de voedingszorg. Van de patiënt wordt immers gevraagd zijn leefstijl aan te passen,



Alle zorgprofessionals zouden alert moeten zijn op voedingsproblemen, waarbij vooral het traject ná de behandeling kwetsbaar is.

zowel op het gebied van voeding als op het gebied van lichamelijke activiteit. De noodzaak tot interventies moet dus niet alleen vroegtijdig worden gesignaleerd, maar ook op individueel niveau worden vertaald naar een voor de patiënt inpasbare leefstijlverandering.

In een gat

Door concentratie van complexe oncologische zorg in gespecialiseerde centra wordt de behandeling van patiënten steeds beter. Maar als patiënten weer worden terugverwezen naar het verwij-

zend ziekenhuis, wordt de ingestelde voedingsinterventie vaak onvoldoende overgedragen en ontstaat er discontinuïteit in communicatie en behandeling. Ook patiënten met minder complexe voedingsproblematiek vallen vaak in een gat na ontslag uit de actieve behandeling. Zij zitten met vragen als: ‘Wat moet ik eten om herstel te bevorderen?’ of ‘Is er voeding die recidief kan voorkomen?’. De expertgroep heeft geconcludeerd dat veel meer aandacht moet worden besteed aan de organisatie en inhoud van transmurale voedingszorg.

De risicopatiënt

Dé kankerpatiënt bestaat niet, en dus bestaat ook dé risicopatiënt niet. Toch zijn wel grove indelingen te maken. Voor een patiënt in een curatief behandeltraject zijn alle pijlen gericht op het afronden van de behandeling met zo min mogelijk bijwerkingen en complicaties.

Als de voedingstoestand bedreigd is, moet voedingsondersteuning een onlosmakelijk deel uitmaken van de integrale zorg voor de patiënt.

De expertgroep benoemt o.a. patiënten met een hoofdhals-, maag-, oesophagus-, pancreas-, (gemetastaseerd) ovariumcarcinoom en longcarcinoom, oudere patiënten en patiënten met veel comorbiditeit als groepen die extra aandacht behoeven. Daarnaast moet er meer aandacht zijn voor patiënten met een afnemende spiermassa/spierkracht (sarcopenie) bij een goede prognose, omdat deze factoren de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Naast patiënten die in opzet curatief worden behandeld is er ook een grote groep patiënten die palliatief wordt behandeld die (voedings)aandacht behoeft. Bij patiënten die een levensverlengende behandeling ondergaan, is voeding belangrijk om de behandeling zo goed mogelijk te ondersteunen. Als de

‘Is er voeding die recidief kan voorkomen?’

behandeling puur gericht is op symptoombestrijding moet de voedingszorg hierop zijn aangepast en wordt met name gekeken of voeding bepaalde klachten minder hinderlijk kan maken en zeker niet verergert.

Kanker overleven

Een groeiende groep patiënten heeft na een curatieve behandeling kanker overleefd. Zij krijgen meestal geen actieve voedingsbegeleiding (meer) maar hebben vaak vragen over (her)opbouw van conditie, tertiaire preventie (van recidief of tweede primaire tumor) of omgaan met feiten en fabels (bijvoorbeeld zin of onzin van superfoods). Voor deze groep gelden, net als voor iedereen, de adviezen voor gezonde voeding gecombineerd met een actieve leefstijl. Voor behoud en opbouw van spiermassa is voeding én beweging of training noodzakelijk. Eiwitten uit de voeding worden niet of onvoldoende ingebouwd in spieren als er geen fysieke activiteit is. Bovendien kan bij een slechte voedingstoestand minder goed getraind worden.

Monitoren

Zodra er een probleem ontstaat en verwacht wordt dat de voedingsinname zal dalen, moet er snel en adequaat worden geïnterveneerd om verdere achteruitgang te voorkomen. Gedurende de actieve behandeling moet de voedingsstoestand continu worden gemonitord; bij hoogcomplexere behandeling (bijvoorbeeld chemoradiatie) is dit meestal goed verankerd in de zorgpaden en protocollen. Maar ook bij minder complexe behandelingen is extra aandacht voor voeding en de voedingstoestand vereist. Alle zorgprofessionals zouden alert moeten zijn op

De wetenschappelijke onderbouwing is nog niet sterk

NASCHOLING 'ONDERVOEDING BIJ KANKER'

Volg de gratis geaccrediteerde Medisch Contact-nascholing 'Ondervoeding bij kanker', over de gelijknamige multidisciplinaire richtlijn. Daarin komt onder anderen Jaap van Binsbergen aan het woord, hoogleraar voedingsleer en huisartsgeneeskunde in Nijmegen. Hij weet dat patiënten met kanker niet vaak over voeding praten met hun huisarts. 'Het idee is vaak: eten en een goed gewicht, dat komt later wel weer. Maar het is juist belangrijk dat een kankerpatiënt een goede voedingstoestand heeft, zodat hij alle zeilen bij kan zetten voor de moeilijke periode van behandeling en herstel.' In de nascholing, die bestaat uit een rondetafelgesprek met deskundigen en een verfilmde casus waarin een 74-jarige man zich met fors gewichtsverlies meldt bij zijn huisarts, zien we hoe de huisarts zijn voedingstoestand beoordeelt en hem verwijst. Ook zijn gesprekken van de patiënt met een internist, een radiotherapeut, een verpleegkundige en een diëtist in beeld gebracht.

Alle Medisch Contact-nascholingen vindt u op medischcontact.nl/nascholing.

(het ontstaan van) voedingsproblemen gedurende de behandeling, waarbij het traject ná de behandeling momenteel nog erg kwetsbaar is. Overdracht van (voedings)zorg is momenteel onvoldoende geregeld en geborgd.

Onderbouwing

De wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van voedingsondersteuning voor de kankerpatiënt is nog niet op alle vlakken even sterk. Desondanks zijn de experts van mening dat voedingsondersteuning een belangrijke rol speelt in de behandeling van kanker. Een betere wetenschappelijke onderbouwing om de aandacht voor voeding te vergroten is niet op korte termijn realiseerbaar. Voor goede wetenschappelijke studies zijn immers grote en homogene (dezelfde tumor, hetzelfde stadium) patiëntengroepen nodig, die gerandomiseerd worden naar wel of geen voedingsinterventie. Deze studies zijn tijdrovend en kostbaar en soms ethisch niet te verantwoorden.

Omdat wetenschappelijke onderbouwing vaak ontbreekt zijn richtlijnen grotendeels gebaseerd op consensus en 'expert

opinion' (zie oncoline.nl/voedings-en-dieetbehandeling). Het *Handboek Voeding bij Kanker* is een naslagwerk met algemene en tumorspecifieke adviezen.

Om borging van goede voedingszorg te bevorderen kunnen 'prestatie-indicatoren' behulpzaam zijn om inzicht in aard en ernst van voedingsproblemen bij verschillende patiëntengroepen te geven, vervolgens aanknopingspunten voor optimalisering van beleid te formuleren, zo mogelijk gevolgd door effectmetingen. Een gestandaardiseerde screening op ondervoeding binnen oncologische poliklinieken wordt momenteel bediscussieerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. ■

contact

marian.devanderschueren@han.nl of
m.devanderschueren@vumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.