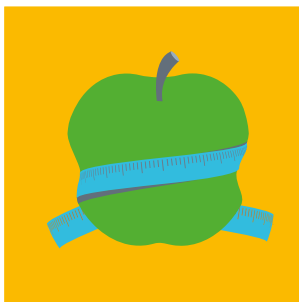
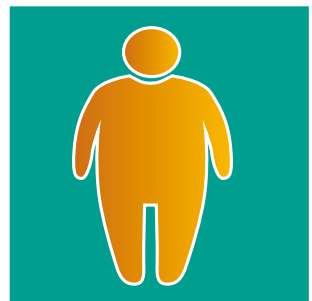
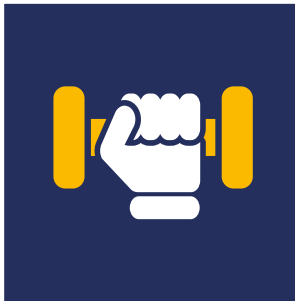




Stichting
tegen Kanker

Ondervoeding bij kanker

Underschat de impact niet!

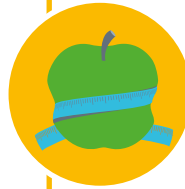


ONDERVOEDING EN GEWICHTSVERLIES KUNNEN KANKERBEHANDELINGEN BEÏNVLOEDEN

Onderschat hun impact niet!

Tot 87 % van de mensen met kanker krijgt vroeg of laat te maken met ondervoeding en gewichtsverlies. De invloed op het verloop van de behandeling kan negatief zijn.^{1,2}

- Gewichtsverlies bij kanker is van predictieve en prognostische waarde. Toch wordt er nog te weinig aandacht aan besteed.¹
- Tot 75 % van de kankerpatiënten vertoont al tekenen van ondervoeding en gewichtsverlies vóór de start van de behandeling.²
- Ondervoeding en gewichtsverlies bij kanker kunnen leiden tot...
 - ➔ Toename van de complicaties^{2,3}
 - ➔ Toename van de bijwerkingen van de kankerbehandeling³
 - ➔ Verminderde tumorrespons op de kankerbehandeling^{2,3}
 - ➔ Daling van de levenskwaliteit³
 - ➔ Negatieve invloed op de prognose^{2,3}



Vooraf spierverlies leidt tot toename van toxiciteit van de kankerbehandeling en bedreigt zo de prognose.^{4,5}

- Spierverlies tijdens kanker verhoogt de toxiciteit van diverse chemotherapeutica. Dat kan leiden tot verplichte dosisreductie, uitstel en zelfs afstel van de behandeling!^{4,5}
- Spierverlies bij kanker is niet altijd proportioneel tot algemeen gewichtsverlies.^{4,5}

Ook kankerpatiënten met overgewicht en obesitas kunnen ondervoed zijn en spierverlies hebben, met agressievere kankers, hogere behandeltoxiciteit en slechtere prognose tot gevolg.^{15,16}

- Niet alleen bij patiënten met ondergewicht, maar ook met overgewicht of obesitas, lijken bepaalde kankertypes vaak agressiever of verder gevorderd te zijn.¹⁶
- Obesitasparadox in de oncologie: van alle kankerpatiënten (laag, normaal, hoog of obees lichaamsgewicht), zijn het vooral patiënten met sarcopene obesitas die de hoogste mortaliteit hebben en een verhoogde kans op behandelingsgeïnduceerde toxiciteit lopen.^{17,18,19}



Ook ouderen verdienen extra aandacht: het geriatrisch syndroom houdt een hoger risico in op ondervoeding, gewichtsverlies en sarcopenie en vraagt om een aangepast behandelplan.^{19,20}

- Rekening houden met de resultaten van een geriatrisch profiel zal in de meeste gevallen tot een optimaler behandelplan leiden bij oudere kankerpatiënten.²¹



Het voorkomen van ondervoeding en gewichtsverlies, ondermeer door voedingsbegeleiding, helpt het behandel- en follow-upplan bij kanker te optimaliseren. Van zodra ondervoeding en gewichtsverlies aanwezig zijn, biedt deze aanpak minder resultaat. Een proactieve aanpak is dus prioritair!^{6,7,8,9}

- Bij kanker is voedingsbegeleiding op maat essentieel in iedere behandel fase. Ze kan spiermassa helpen bewaren of verhogen, en de vetmassa op een optimaal niveau houden.^{6,8,10,11}
- Voedingsbegeleiding kan de behandelrespons, prognose en levenskwaliteit positief beïnvloeden en ook de gezondheidskosten verlagen.^{6,8,10,11}
- Preventie (of aanpak) van ondervoeding en gewichtsverlies bij kanker heeft meer effect wanneer ze multidisciplinair (farmacologisch, nutritioneel, psychologisch, fysieke activiteit) in plaats van uitsluitend farmacologisch is.^{7,10,12,13,14}

Diëtisten zijn dé ideale partner om u bij te staan in het voorkomen (en bestrijden) van ondervoeding en gewichtsverlies bij uw patiënten!



Referenties

1. Mariani L. et al. Weight loss in cancer patients: a plea for a better awareness of the issue. *Supportive Care in Cancer*. 20(2):301-9, 2012 Feb. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21210155
2. Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie. Landelijke richtlijn: ondervoeding bij patiënten met kanker. Versie 1.0. Nederland, 2012. www.oncoline.nl/ondervoeding-bij-patienten-met-kanker
3. Vogel J. et al. Handboek Voeding bij kanker. De Tijdstroom, Utrecht, 2012.
4. Baracos V.E. Skeletal muscle and toxicity of antineoplastic treatment. *Médecine & Nutrition* 49 (2013) n° 4, 154-157. www.medicine-nutrition.org/articles/mnut/abs/2013/04/mnut2013494p154/mnut2013494p154.html
5. Prado C. M.M. Two faces of drug therapy in cancer: drug-related lean tissue loss and its adverse consequences to survival and toxicity. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. May 2011, Volume 14, Issue 3, p 250-254. http://journals.lww.com/co-clinicalnutrition/Abstract/2011/05000/Two_faces_of_drug_therapy_in_cancer__drug_related.7.aspx
6. Poulsen G.M. et al. Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients. *Clin Nutr*. 2014 Oct;33(5):749-53. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24269077
7. Santarpia L. et al. Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2011 Mar; 2(1): 27-35. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063880/
8. Uster A. et al. Influence of a nutritional intervention on dietary intake and quality of life in cancer patients: a randomized controlled trial. *Nutrition*. 2013 Nov-Dec;29(11-12):1342-9. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24103511
9. von Meyenfeldt M. Cancer-associated malnutrition: an introduction. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9 Suppl 2:S35-8. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437756
10. Coronha A.L. et al. The relevance of body composition in cancer patients: what is the evidence? *Acta Medica Portuguesa*. 24 Suppl 4:769-78, 2011 Dec. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22863483
11. Isenring E.A. et al. Nutritional counseling and nutritional supplements: a cornerstone of multidisciplinary cancer care for cachectic patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013 Dec;7(4):390-5. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24189894
12. Balstad T.R. et al. Multimodal nutrition/analabolic therapy for wasting conditions. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2014 May;17(3):226-35. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24572835
13. Muscaritoli M. et al. The «parallel pathway»: a novel nutritional and metabolic approach to cancer patients. *Intern Emerg Med*. 2011 Apr;6(2):105-12. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20596799
14. Solheim T.S. et al. Evidence base for multimodal therapy in cachexia. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012 Dec;6(4):424-31. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111703
15. Gioulbasanis I. et al. Nutritional assessment in overweight and obese patients with metastatic cancer: does it make sense? *Ann Oncol* (2015) 26 (1): 217-221. <http://annonc.oxfordjournals.org/content/26/1/217>
16. Ramos Chaves M. et al. The diversity of nutritional status in cancer: new insights. *Oncologist*. 15(5):523-30, 2010. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20395552
17. Antoun S. et al. Impact of sarcopenia on the prognosis and treatment toxicities in patients diagnosed with cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013 Dec;7(4):383-9. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24189893
18. Gonzalez M.C. et al. Obesity paradox in cancer: new insights provided by body composition. *Am J Clin Nutr*. 2014 May;99(5):999-1005. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24572565
19. Tsai S. Importance of lean body mass in the oncologic patient. *Nutr Clin Pract*. 2012 Oct;27(5):593-8. Epub 2012 Aug 16. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898746
20. Paillauda E. et al. Geriatric syndromes increased the nutritional risk in elderly cancer patients independently from tumour site and metastatic status. The ELCAPA-05 cohort study. *Clin Nutr Volume 33, Issue 2, April 2014, Pages 330-335*. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561413001532
21. Chaibi P. et al. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology-Hematology*. 79(3):302-7, 2011 Sep. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20888781

DE DIGITALE VERSIE VAN DEZE INFOGRAFIEK IS BESCHIKBAAR OP
WWW.KANKER.BE/ONDERVOEDING-GEWICHTSVERLIES-INFOGRAFIEK



Stichting
tegen Kanker

Stichting van openbaar nut

Leuvensesteenweg 479 - 1030 Brussel

T. 02 733 68 68

info@kanker.be - www.kanker.be

Steun ons: IBAN: BE45 0000 0000 8989 - BIC: BPOTBEB1



Volg ons op

www.facebook.com/stichtingtegenkanker