ورم ويلمز
مجموعة الأدوات العالمية للتغذية السريرية

ورم ويلمز لدى الأطفال





مهم: هذه الوثيقة مورد للتثقيف والتخطيط موجه إلى الأطباء والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات وبرامج أورام الأطفال التي تتعامل مع مقدمي الرعاية. وهي لا تحل محل المشورة الطبية الفردية أو التقييم التغذوي المتخصص بأمراض الكلى، أو بروتوكولات الأورام، أو الحكم السريري للمؤسسة الصحية.

المحتويات

مجموعة الأدوات العالمية للتغذية السريرية

مورد سريري شامل ومتوافق عالميًا لمقدمي الرعاية حول التغذية عبر التشخيص والعلاج والانتكاس والحياة بعد العلاج

مقدمة 4

الإطار السريري العالمي 5

المبادئ الأساسية للتغذية 6

استراتيجية حماية الكلى 7

التغذية أثناء العلاج الفعلي 8

التغذية في الانتكاس والحالات مرتفعة الخطورة 9

التغذية بعد العلاج 10

مسار التغذية السريرية 11

إرشادات لمقدمي الرعاية 12

الرؤى السريرية والنتائج 13

الاستنتاجات 14

الملحق أ: نهج العلاج 15

الملحق ب: المراجع 16

1 - مقدمة

ورم ويلمز (الورم الأرومي الكلوي) هو أكثر الأورام الخبيثة الأولية في الكلى شيوعًا لدى الأطفال، ويظهر عادةً في الطفولة المبكرة ويمثل غالبية سرطانات الكلى لدى الأطفال. وقد أدت التطورات في العلاج متعدد الوسائط، الذي يجمع بين الجراحة والعلاج الكيميائي والإشعاع في بعض الحالات، إلى ارتفاع معدلات البقاء في مناطق كثيرة. لكن هذه النتائج لا يحددها علاج الورم وحده؛ فالرعاية الداعمة، ولا سيما التدبير التغذوي، تؤدي دورًا حاسمًا لا يحظى غالبًا بالتقدير الكافي في نجاح العلاج على المدى القصير والنتائج الصحية على المدى الطويل.

يمرّ مرضى أورام الأطفال بحالة فسيولوجية معقدة على نحو خاص. فبخلاف البالغين، يستمر الأطفال في النمو والتطور، مما يستلزم حصولهم باستمرار على الطاقة والبروتين والمغذيات الدقيقة لدعم العمليات الحيوية الطبيعية.

عند الإصابة بالسرطان، ومع الإجهاد الأيضي الناتج عن العلاج، تزداد هذه الاحتياجات الأساسية بدرجة كبيرة. وفي الوقت نفسه، قد تحدّ عوامل مثل انخفاض الشهية والآثار الجانبية الهضمية والسُّمّية المرتبطة بالعلاج من قدرة الطفل على تناول ما يكفي من الغذاء. وهكذا قد تتطور أوجه النقص التغذوي بسرعة وتؤدي إلى عواقب سريرية فورية.

سوء التغذية لدى الأطفال المصابين بالسرطان ليس مجرد مسألة ثانوية، بل حالة ذات أهمية سريرية تؤثر مباشرة في النتائج. وترتبط الحالة التغذوية غير الكافية بزيادة خطر العدوى، وضعف تحمّل العلاج الكيميائي، وطول الإقامة في المستشفى، وزيادة انقطاع العلاج. في المقابل، يكون المرضى ذوو التغذية الجيدة أكثر قدرة على تحمّل العلاجات المكثفة والتعافي بسرعة والحفاظ على استقرار فسيولوجي عام أفضل طوال العلاج.

في ورم ويلمز، تزداد الاعتبارات التغذوية تعقيدًا بسبب الدور المحوري للكلى في تنظيم الأيض. فالكلى مسؤولة عن توازن السوائل والكهارل وإخراج الفضلات الأيضية، بما فيها أدوية العلاج الكيميائي. ويقلل التدخل الجراحي، ولا سيما استئصال الكلية، القدرة الكلوية، مما يجعل من الضروري اتباع استراتيجيات تغذوية تدعم وظيفة الكلى وتتفادى العبء الأيضي المفرط. وهذا المطلب المزدوج، أي دعم النمو وحماية صحة الكلى، يضيف تعقيدًا إلى التدبير الغذائي. وإلى جانب مرحلة العلاج المباشرة، تؤثر التغذية بصورة دائمة في الصحة وجودة الحياة على المدى الطويل. فالناجون من سرطان الأطفال أكثر عرضة لآثار متأخرة، منها أمراض القلب والأوعية الدموية والقصور الكلوي واضطرابات الأيض. وقد تساعد التدخلات التغذوية المبكرة وترسيخ أنماط غذائية صحية على الحد من هذه المخاطر ودعم نتائج صحية أفضل خلال المراهقة والبلوغ.

تتطلب الرعاية التغذوية الفعالة في أورام الأطفال نهجًا متعدد التخصصات يتمحور حول الأسرة. ويجب أن يتعاون الأطباء واختصاصيو التغذية والممرضون ومقدمو الرعاية لتقييم الحالة التغذوية وتنفيذ التدخلات المناسبة وتعديل الاستراتيجيات مع تغير حالة الطفل. ويؤدي مقدمو الرعاية خصوصًا دورًا أساسيًا في الدعم التغذوي اليومي، ويحتاجون إلى المعرفة العملية والإرشاد للتعامل مع تحديات التغذية أثناء المرض.

تقدم هذه الوثيقة إطارًا شاملًا يستند إلى الممارسة السريرية لتدبير تغذية الأطفال المصابين بورم ويلمز. وهي تجمع بين المعايير السريرية العالمية والممارسات المستنيرة بالأدلة والاستراتيجيات العملية لمقدمي الرعاية، لدعم المرضى في جميع مراحل الرعاية، من التشخيص والعلاج الفعلي إلى الانتكاس والحياة بعد العلاج على المدى الطويل. ومن خلال جعل التغذية مكوّنًا أساسيًا في رعاية أورام الأطفال، تهدف هذه الأدوات إلى تحسين تحمّل العلاج وتعزيز التعافي والإسهام في نتائج عامة أفضل للأطفال المصابين بورم ويلمز.

2 - الإطار السريري العالمي

تستند مجموعة الأدوات هذه إلى معايير أورام الأطفال المعترف بها دوليًا، والتي وضعتها منظمة الصحة العالمية - - WHO ومجموعة أورام الأطفال - - COG والجمعية الدولية لأورام الأطفال - .- SIOP وتحدد هذه المنظمات مجتمعةً أفضل الممارسات في رعاية سرطان الأطفال، مع تزايد التركيز على دمج التغذية بوصفها مكوّنًا أساسيًا في العلاج، وليس اعتبارًا إضافيًا. وتؤكد هذه الأطر جميعًا أولوية التحري التغذوي المبكر والمنهجي عند التشخيص، ثم المراقبة المستمرة طوال مسار العلاج. ويقرّ هذا النهج بأن التدهور التغذوي قد يحدث بسرعة نتيجة اجتماع عبء المرض وسُمّية العلاج وارتفاع المتطلبات الأيضية.

يتيح التعرّف الاستباقي إلى المرضى المعرّضين للخطر التدخل في الوقت المناسب قبل أن يصبح سوء التغذية ذا أهمية سريرية. ومن المبادئ المحورية لهذه الإرشادات الوقاية من سوء التغذية المرتبط بالسرطان وتدبيره، لما له من تأثير في تحمّل العلاج وخطر العدوى ومعدلات دخول المستشفى والبقاء العام. لذلك تُدمج الرعاية التغذوية في مسارات الأورام متعددة التخصصات، مع تنسيق وثيق بين أطباء الأورام واختصاصيي التغذية وفرق التمريض ومقدمي الرعاية. ويضمن هذا النموذج المتكامل تكييف الاستراتيجيات الغذائية مع الحالة السريرية ومرحلة العلاج والاحتياجات الفردية.

تؤكد هذه الأطر أيضًا ضرورة التكيّف مع بيئات الرعاية الصحية المختلفة. ففي البيئات ذات الموارد الوفيرة، قد يشمل الدعم التغذوي الشامل تدخلات متقدمة، مثل التغذية المعوية أو الوريدية، إلى جانب المراقبة المخبرية التفصيلية.

في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث قد يكون الوصول إلى الرعاية المتخصصة والمنتجات التغذوية محدودًا، ينصب التركيز على استراتيجيات غذائية عملية ومتاحة محليًا، وعلى تثقيف مقدمي الرعاية مبكرًا للحد من المخاطر.

في البيئات محدودة الموارد، يكون سوء التغذية الأساسي أكثر انتشارًا، وقد يصل الأطفال بحالة تغذوية متدهورة حتى قبل بدء العلاج. وهذا يزيد أهمية التدخل المبكر، لأن سوء التغذية عند التشخيص يرتبط بنتائج سريرية أسوأ. وفي هذه السياقات، تصبح التغذية عاملًا حاسمًا في إمكانية تنفيذ العلاج والبقاء، إلى جانب دورها الداعم.

يؤكد الإطار السريري العالمي في النهاية تحولًا رئيسيًا في أورام الأطفال: لم تعد التغذية تُعدّ رعاية ثانوية، بل ركيزة أساسية لعلاج السرطان الفعال، تتطلب بروتوكولات منظمة وتدخلًا مبكرًا واهتمامًا مستمرًا عبر جميع مراحل الرعاية.

3 - المبادئ الأساسية للتغذية

يقوم التدبير التغذوي الفعال للأطفال المصابين بورم ويلمز على مبادئ فسيولوجية وسريرية راسخة. فبخلاف البالغين المصابين بالأورام، يمرّ الأطفال بنمو وتطور نشطين، مما يزيد احتياجاتهم التغذوية الأساسية بدرجة كبيرة. ومع الإجهاد الأيضي للسرطان وعلاجه، ينشأ وضع تغذوي معقد يستلزم تدبيرًا دقيقًا. وعلى مستوى المغذيات الكبرى، تُعدّ الكربوهيدرات المصدر الرئيسي للطاقة، إذ تدعم الأيض الأساسي واحتياجات الطاقة المتزايدة أثناء العلاج والتعافي. ويساعد تناول ما يكفي منها على منع تفكيك مخزون البروتين للحصول على الطاقة، وبذلك يحافظ على كتلة الجسم الخالية من الدهون. وهذا مهم خصوصًا في أورام الأطفال، حيث قد يحدث فقدان الكتلة العضلية بسرعة ويرتبط بنتائج سريرية أسوأ.

يؤدي البروتين دورًا محوريًا في ترميم الأنسجة ووظيفة المناعة واستمرار النمو. وأثناء العلاج الكيميائي والإشعاعي، يزداد تجدد البروتين وهدمه بسبب الالتهاب وتلف الخلايا وتنشيط المناعة. وقد يؤدي نقص البروتين إلى ضعف التئام الجروح والكفاءة المناعية وتأخر التعافي. لكن يجب موازنة مدخول البروتين بدقة لدى مرضى ورم ويلمز، وخصوصًا من لديهم قدرة كلوية منخفضة، لتلبية الاحتياجات الفسيولوجية دون إجهاد الكلى بصورة مفرطة.

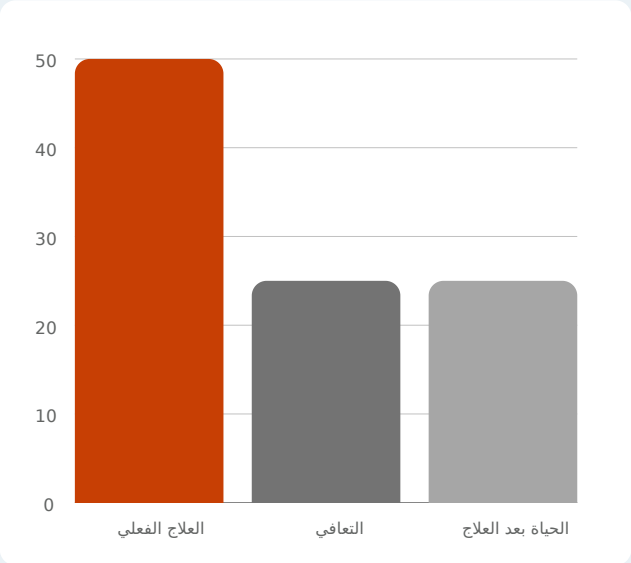
توفر الدهون الغذائية مصدرًا مركزًا للطاقة، وهو مفيد خصوصًا عند انخفاض الشهية أو محدودية تناول الطعام بالفم. كما تؤدي دورًا مهمًا في امتصاص الفيتامينات الذائبة في الدهون ودعم التطور العصبي. ويساعد إدراج الدهون الصحية على زيادة كثافة السعرات دون زيادة حجم الوجبة، مما يفيد الأطفال الذين يشعرون بالشبع المبكر أو التعب المرتبط بالعلاج.

إلى جانب المغذيات الكبرى، يُعدّ كفاية المغذيات الدقيقة أمرًا أساسيًا لاستقرار الأيض وقوة المناعة. ويسهم الحديد والزنك والفيتامينات A وC وD في إنتاج خلايا الدم الحمراء والتئام الجروح وصحة العظام ومقاومة العدوى. وقد يؤدي نقصها إلى تفاقم الآثار الجانبية للعلاج وزيادة قابلية حدوث المضاعفات. وينبغي أن يسترشد إعطاء المكملات بالتقييم السريري لتجنب الزيادة أو التداخلات مع العلاج.

يمثل الترطيب مكوّنًا حاسمًا لا يحظى غالبًا بالتركيز الكافي في الرعاية التغذوية، ولا سيما لدى مرضى ورم ويلمز بسبب دور الكلى في تنظيم السوائل والكهارل. ويدعم تناول السوائل الكافي طرح أدوية العلاج الكيميائي عبر الكلى، ويحافظ على توازن الكهارل، ويقلل خطر السُّمّية الكلوية. وقد يؤثر الجفاف، حتى إن كان خفيفًا، بدرجة كبيرة في وظيفة الكلى وتحمّل العلاج؛ لذا يُعدّ تناول السوائل بانتظام أولوية.

يجب تطبيق هذه المبادئ ضمن إطار مرن يتمحور حول المريض. فتقلب الشهية والآثار الجانبية وتفضيلات الطعام الثقافية والعوامل النفسية والاجتماعية تؤثر جميعها في قدرة الطفل على تناول ما يكفي. وغالبًا ما تكون الوصفات الغذائية الصارمة أقل فعالية من الاستراتيجيات المرنة التي تعطي الأولوية لإجمالي المدخول وراحة المريض.

الشكل 1 / التغذية عبر مراحل الرعاية (توازن المغذيات الكبرى)



4 - حماية الكلى

حماية الكلى أولوية سريرية محورية لدى الأطفال المصابين بورم ويلمز، لأن المرض وعلاجه يؤثران مباشرة في البنى الكلوية. ويخضع كثير من المرضى لاستئصال كلية، فتتبقى كلية واحدة عاملة، بينما قد يعاني آخرون من سُمّية كلوية ناجمة عن العلاج الكيميائي. لذلك ينبغي أن تقلل الاستراتيجيات التغذوية العبء على الكلى، مع الحفاظ على نمو كافٍ ودعم الأيض.

يُعدّ تدبير البروتين من أهم الاعتبارات. فرغم ضرورته للنمو والمناعة وترميم الأنسجة، قد يزيد الإفراط فيه متطلبات الترشيح الكيبيي ويُجهد الكلية المتبقية. ويجب ضبط مدخوله إلى المستوى الأمثل، لا زيادته إلى أقصى حد، لضمان الكفاية دون إفراط. وتكتسب هذه الموازنة أهمية خاصة أثناء النمو السريع أو التعافي من العلاج.

الصوديوم عامل حاسم آخر، إذ قد يسهم الإفراط فيه في ارتفاع ضغط الدم واحتباس السوائل ومخاطر القلب والأوعية الدموية على المدى الطويل، وهي أمور تثير القلق أصلًا لدى من لديهم احتياطي كلوي منخفض. ويساعد تقليل الأطعمة المصنعة والغنية بالصوديوم على استقرار ضغط الدم وخفض الإجهاد الكلوي.

يجب أيضًا مراقبة توازن الكهارل عن كثب. فقد تضطرب مستويات البوتاسيوم والفوسفور عند ضعف وظيفة الكلى، وقد يلزم تعديل تناولهما وفق نتائج التحاليل، خصوصًا لدى من يتلقون علاجات سامة للكلى أو يعانون انخفاض وظيفتها.

يحمي الترطيب صحة الكلى بتسهيل طرح الفضلات الأيضية وأدوية العلاج الكيميائي. ويساعد تناول السوائل الكافي على الحفاظ على تروية الكلى وتقليل خطر إصابتها الحادة. ويجب تخصيص توصيات السوائل لكل مريض، ولا سيما عند وجود مشكلات في توازن السوائل أو بروتوكولات علاج محددة.

تتطلب حماية الكلى في ورم ويلمز نهجًا تغذويًا متغيرًا وفرديًا يسترشد بالمراقبة السريرية المستمرة. ومن خلال دمج التدبير الغذائي بالتقييم المخبري والإشراف السريري، تستطيع الفرق الصحية المساعدة على الحفاظ على وظيفة الكلى وتقليل المضاعفات طويلة الأمد.

5 - التغذية أثناء العلاج الفعلي

تطرح مرحلة العلاج الفعلي بعضًا من أكبر التحديات التغذوية في أورام الأطفال. فالعلاج الكيميائي والإشعاعي قد يؤثران بشدة في الشهية والهضم وامتصاص المغذيات، مما يؤدي غالبًا إلى انخفاض تناول الطعام بالفم في وقت ترتفع فيه الاحتياجات التغذوية.

تشمل الآثار الجانبية الشائعة الغثيان والقيء والتهاب الأغشية المخاطية وتغيّر التذوق والتعب. وقد تخلق هذه الأعراض عوائق جسدية ونفسية أمام الأكل، فتؤدي إلى نقص السعرات وفقدان الوزن. وقد تزيد محدودية التواصل والنفور من الطعام هذه الآثار لدى الأطفال الأصغر سنًا.

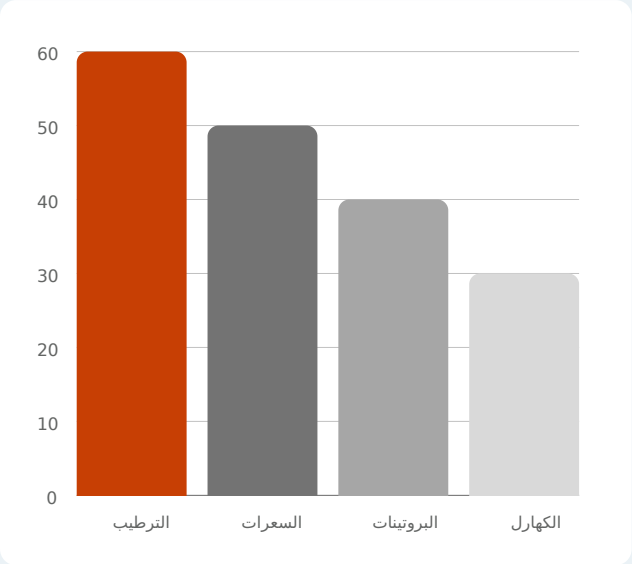
لمواجهة هذه التحديات، يجب أن تعطي الاستراتيجيات التغذوية الأولوية للمرونة والقدرة على التحمّل. فالوجبات الصغيرة المتكررة غالبًا أسهل من الحصص الكبيرة، وتساعد على استمرار تناول السعرات والمغذيات. وتوفر الأطعمة كثيفة الطاقة، ومنها ما يحتوي على دهون صحية، سعرات أكثر في أحجام أصغر، وهو مفيد خصوصًا عند انخفاض الشهية.

قد يحسن تعديل قوام الطعام وحرارته المدخول أيضًا. فالأطعمة الطرية أو خفيفة النكهة أو الباردة غالبًا أسهل تحمّلًا عند التهاب الأغشية المخاطية أو الغثيان. وقد يلزم تجنب الروائح القوية والأطعمة كثيرة التوابل لأنها قد تزيد الغثيان أو النفور.

تكتسب سلامة الغذاء أهمية حاسمة أثناء العلاج، خصوصًا لدى المرضى ضعيفي المناعة. فتجنب الأطعمة النيئة أو غير المطهية جيدًا، والتعامل السليم مع الغذاء، والحفاظ على النظافة، تقلل خطر العدوى. وعندما لا يكفي المدخول الفموي، يمكن إضافة مكملات تغذوية فموية أو منتجات مصممة طبيًا لتلبية احتياجات السعرات والبروتين. والتدخل المبكر أساسي؛ فالانتظار حتى حدوث فقدان كبير للوزن قد يجعل التعافي التغذوي أصعب.

تتطلب التغذية أثناء العلاج الفعلي نهجًا مستجيبًا يتمحور حول المريض، ويتكيف مع تغير الأعراض، ويركز على الحفاظ على المدخول بدلًا من الالتزام الصارم بأنماط غذائية مثالية.

الشكل 2 / أولويات التغذية أثناء العلاج



إعادة التقييم

6 - التغذية في الانتكاس والحالات مرتفعة الخطورة

يواجه مرضى ورم ويلمز المنتكس غالبًا أنظمة علاج أشد وأكثر طولًا، مما يزيد خطر تدهور التغذية. فالآثار التراكمية للعلاج السابق، مع متطلبات العلاج الإضافي، تجعل التدبير التغذوي المكثف والاستباقي ضروريًا.

يتعرض هؤلاء المرضى كثيرًا لإجهاد أيضي والتهاب أكبر وآثار جانبية أشد، مما يزيد استهلاك الطاقة ويقلل المدخول. ونتيجة لذلك، يرتفع خطر التدهور التغذوي السريع بدرجة كبيرة.

في هذا السياق، ينبغي للأطباء التدخل في مرحلة أبكر. ورغم أن التغذية بالفم تظل الطريق المفضل، فقد لا تكفي في حالات كثيرة. ويمكن لبدء التغذية المعوية مبكرًا أن يوفر طريقة موثوقة ومضبوطة لإيصال المغذيات، خصوصًا عندما يكون المدخول الفموي متذبذبًا أو غير كافٍ.

عندما تتعذر التغذية المعوية بسبب مضاعفات هضمية أو عدم تحمّل شديد، قد تلزم التغذية الوريدية. ورغم أنها أكثر تدخّلًا وتنطوي على مخاطر إضافية، فقد تكون منقذة للحياة بالحفاظ على الحالة التغذوية خلال مراحل العلاج الحرجة.

تشيع اضطرابات الكهارل أكثر لدى المرضى مرتفعي الخطورة وتستلزم مراقبة دقيقة. ويجب تعديل الخطط التغذوية بصورة مستمرة وفق نتائج المختبر والحالة السريرية وتقدم العلاج.

ينبغي عدم إغفال العبء النفسي والعاطفي للانتكاس. فتفضيلات الطعام والأكل طلبًا للراحة والإرهاق من التغذية والتفاعلات مع مقدم الرعاية تؤثر جميعها في المدخول. ويلزم نهج شامل يجمع الدعم الطبي والنفسي والاجتماعي للحفاظ على تغذية كافية في هذه المرحلة الصعبة.

7 - التغذية بعد العلاج

عندما ينتقل الأطفال المصابون بورم ويلمز إلى مرحلة الحياة بعد العلاج، يتحول تركيز الرعاية التغذوية من الدعم الحاد إلى تحسين الصحة طويلة الأمد والوقاية من الآثار المتأخرة. ورغم انخفاض شدة العلاج، تستلزم آثاره الطويلة، وخصوصًا في الكلى والقلب والأوعية الدموية، اهتمامًا مستمرًا.

قد يكون الناجون أكثر عرضة لارتفاع ضغط الدم وضعف وظيفة الكلى واضطرابات الأيض وأمراض القلب والأوعية الدموية، خصوصًا بعد استئصال كلية أو تلقي علاجات سامة للكلى. وتؤدي التغذية دورًا رئيسيًا في الحد من هذه المخاطر.

يُوصى بنظام متوازن قائم على الأطعمة الكاملة، مع التركيز على الفواكه والخضراوات والحبوب الكاملة والبروتينات قليلة الدهون والدهون الصحية. ويظل تقليل الصوديوم مهمًا لضغط دم صحي وحماية وظيفة الكلى، كما يستمر الترطيب الكافي في دعم صحة الكلى والتوازن الفسيولوجي العام.

يجب مراقبة النمو والتطور عن كثب، خصوصًا لدى الأطفال الأصغر الذين ربما عانوا تأخرًا مرتبطًا بالعلاج. وينبغي أن يدعم المدخول التغذوي النمو التعويضي عند الحاجة، مع تجنب زيادة الوزن المفرطة التي قد تسهم في مضاعفات صحية طويلة الأمد.

يُعدّ النشاط البدني مع التغذية السليمة جزءًا مهمًا أيضًا من الرعاية بعد العلاج. وتشجيع العادات الصحية مبكرًا يساعد على ترسيخ أنماط قد تقلل خطر الأمراض المزمنة لاحقًا.

التغذية بعد العلاج ليست خطة ثابتة، بل استراتيجية متطورة تُكيّف مع التاريخ الطبي للفرد وحالته الصحية الحالية ومخاطره على المدى الطويل.

8 - مسار التغذية السريرية

يوفر مسار سريري منظم لاتخاذ القرار نهجًا منهجيًا لتدبير تغذية الأطفال المصابين بورم ويلمز، بما يضمن الاتساق والتدخل في الوقت المناسب. ويتدرج هذا المسار عادةً من التقييم إلى التدخل ثم تصعيد الدعم، وفق المؤشرات السريرية.

تبدأ العملية بتقييم تغذوي شامل يتضمن القياسات الجسمية، مثل الوزن والطول ومؤشر كتلة الجسم ومحيط منتصف العضد حيث يتاح، واتجاهات النمو وتقييم المدخول الغذائي والمؤشرات المخبرية ذات الصلة. وبذلك يُحدَّد خط أساس ويُتعرّف إلى المرضى المعرّضين للخطر.

بناءً على التقييم، يبدأ الأطباء تحسين التغذية الفموية، بالتركيز على زيادة كثافة السعرات وتكرار الوجبات ومعالجة عوائق المدخول. وغالبًا تشمل هذه المرحلة تثقيف مقدمي الرعاية وتعديل النظام الغذائي. وإذا لم يكفِ المدخول الفموي لتلبية الاحتياجات، ينتقل المسار إلى التغذية المعوية، التي تتيح إيصالًا منتظمًا ومضبوطًا للمغذيات مع الحفاظ على وظيفة الجهاز الهضمي.

عندما لا تكون التغذية المعوية ممكنة، توفر التغذية الوريدية طريقًا بديلًا، لكنها تتطلب مراقبة دقيقة بسبب مخاطر مثل العدوى والمضاعفات الأيضية.

إعادة التقييم المستمرة ضرورية في كل مرحلة. فقد تتغير الاحتياجات التغذوية بسرعة بسبب آثار العلاج أو تقدم المرض أو التعافي. ويجب أن يظل المسار مرنًا ومستجيبًا لضمان تعديل التدخلات على نحو مناسب مع مرور الوقت.

الشكل 3 / مسار تصعيد الدعم التغذوي

الخطوات	الإجراء	الهدف العملي
الخطوة 1	التقييم التغذوي الأساسي	اكتشاف الخطر مبكرًا وتحديد خط أساس للنمو والمدخول
الخطوة 2	تحسين التغذية الفموية	زيادة المدخول بالأطعمة المفضلة وتكرار الوجبات وكثافة السعرات
الخطوة 3	مكملات فموية أو أطعمة مدعمة	سد النقص عندما لا يكفي المدخول المعتاد
الخطوة 4	التغذية المعوية	توفير تغذية موثوقة عندما لا يكفي المدخول الفموي
الخطوة 5	التغذية الوريدية	تُستخدم عندما تتعذر التغذية المعوية أو لا تكفي
الخطوة 6	إعادة التقييم والتعديل	تكييف الخطة مع تغير الأعراض ووظيفة الكلى ومرحلة العلاج

9 - إرشادات لمقدمي الرعاية

يؤدي مقدمو الرعاية دورًا محوريًا لا غنى عنه في الحفاظ على تغذية كافية للأطفال المصابين بورم ويلمز. وبينما تضع الفرق السريرية الاستراتيجية العامة، يتحمل مقدمو الرعاية مسؤولية تنفيذ خطط التغذية يوميًا ومراقبة المدخول والاستجابة لتغير حالة الطفل. لذلك يُعدّ تثقيفهم ودعمهم عنصرين أساسيين في التدبير التغذوي الفعال.

من التحديات الرئيسية تقلب الشهية وصعوبات التغذية المرتبطة بالعلاج. فقد ينفر الأطفال الذين يتلقون العلاج الكيميائي فجأة من أطعمة كانوا يفضلونها، أو يتغير تذوقهم، أو يشعرون بانزعاج عند الأكل. وقد تكون هذه التغيرات محبطة ومرهقة عاطفيًا للطفل ومقدم الرعاية.

تصبح المرونة أساسية. فبدلًا من التركيز على مواعيد وتركيبات وجبات صارمة، ينبغي إعطاء الأولوية لإجمالي السعرات والمغذيات، حتى لو استلزم ذلك تعديل اختيارات الطعام وفق تفضيلات الطفل في كل وقت.

يساعد اعتماد وجبات صغيرة ومتكررة، عادةً كل ساعتين إلى ثلاث ساعات، على استمرار المدخول دون إثقال الطفل. وغالبًا يكون تقديم أطعمة كثيفة السعرات وغنية بالمغذيات بحصص مناسبة أكثر فعالية من محاولة تشجيع الوجبات الكبيرة. كما أن بيئة طعام داعمة وقليلة الضغط تقلل القلق وتحسن استعداد الطفل للأكل.

الترطيب مسؤولية حاسمة أخرى. فقد لا يدرك الأطفال العطش أو يعبّرون عنه جيدًا، خصوصًا عند المرض. وينبغي تشجيع تناول السوائل بانتظام طوال اليوم، مع خيارات مقبولة متنوعة مثل الماء ومحاليل الإماهة الفموية أو السوائل الأخرى المناسبة سريريًا.

يجب أيضًا تمكين مقدمي الرعاية من التعرف إلى العلامات المبكرة للتدهور التغذوي أو السريري، ومنها القيء المستمر، ورفض الأكل أو الشرب، وفقدان الوزن السريع، وانخفاض البول، أو علامات الجفاف مثل جفاف الشفتين والخمول. والتواصل السريع مع الفريق الصحي عند ظهورها ضروري لمنع المضاعفات.

لا يقل البعد العاطفي والنفسي للتغذية أهمية. فقد تصبح الوجبات مصدر توتر أثناء العلاج، ويشعر مقدمو الرعاية بضغط لضمان تناول الطفل ما يكفي. ويساعد تقديم الطمأنة والإرشاد العملي وإتاحة الدعم المتخصص، مثل اختصاصيي تغذية الأطفال، على التعامل مع هذه التحديات بفعالية أكبر. وتمكين مقدمي الرعاية بالمعرفة والمرونة والدعم يتيح لهم دورًا نشطًا وواثقًا في الحفاظ على صحة الطفل التغذوية طوال رحلة العلاج.

الشكل 4 / مقارنة النهج

نهج SIOP	نهج COG	الفئة
تحقيق الاستقرار قبل الجراحة	دعم فوري بعد التشخيص	التوقيت
الترطيب وتحقيق الاستقرار	سعرات حرارية وبروتين مرتفعان	التركيز
تصعيد تدريجي	تغذية معوية أو وريدية مبكرة	تصعيد الدعم
مراقبة النمو والتحمّل	تحاليل متكررة وتتبع الوزن	المراقبة

10 - الرؤى السريرية والنتائج

تُبرز الأدلة المتزايدة الدور الحاسم للتغذية بوصفها عاملًا محددًا للنتائج السريرية في أورام الأطفال. وفي ورم ويلمز، حيث يكون العلاج مكثفًا غالبًا لكنه شديد الفعالية، قد تؤثر الحالة التغذوية بدرجة كبيرة في قدرة الطفل على تحمّل العلاج والتعافي من سُمّيته وتحقيق أفضل النتائج طويلة الأمد.

يُظهر المرضى ذوو التغذية الجيدة باستمرار قدرة أفضل على تحمّل العلاج الكيميائي والإشعاعي، مع تقليل خفض الجرعات وتأخير العلاج. وتدعم الحالة التغذوية الكافية المناعة، فتقل قابلية العدوى التي قد تعطل مواعيد العلاج وتطيل الإقامة في المستشفى. كما تسهم في تحسين التئام الجروح بعد الجراحة، بما فيها استئصال الكلية.

في المقابل، يرتبط سوء التغذية بزيادة العدوى وطول الإقامة في المستشفى وضعف القدرة البدنية على التحمّل وتراجع الاستجابة للعلاج. وفي الحالات الشديدة، قد يستلزم تعديل شدة العلاج، مما قد يضعف فعاليته الإجمالية.

إلى جانب نتائج العلاج المباشرة، تؤثر التغذية في التعافي الوظيفي وجودة الحياة. فالأطفال الذين يحافظون على حالة تغذوية أفضل أثناء العلاج أكثر قدرة على الحفاظ على الكتلة العضلية والطاقة والمشاركة في الأنشطة النمائية المعتادة، ولهذا آثار مهمة في الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية.

تشير الأبحاث الحديثة أيضًا إلى احتمال أن يؤدي التدخل التغذوي المبكر والمستمر دورًا في تعديل المخاطر طويلة الأمد، ومنها الأمراض المزمنة كأمراض القلب والأوعية الدموية واضطرابات الأيض. وهذا يعزز أهمية دمج التغذية في جميع مراحل الرعاية، لا الاهتمام بها فقط عند ظهور المشكلات.

من منظور الأنظمة الصحية، قد يسهم التدبير التغذوي الفعال في تقديم رعاية أكثر كفاءة عبر تقليل المضاعفات وتقصير الإقامة في المستشفى وتحسين كفاءة العلاج العامة. وهذا مهم خصوصًا في البيئات محدودة الموارد، حيث قد يؤثر تحسين الرعاية الداعمة بدرجة كبيرة في النتائج.

التغذية ليست مجرد عامل داعم، بل جزء أساسي من نجاح علاج أورام الأطفال، ولها آثار قابلة للقياس في النتائج السريرية والمسارات الصحية طويلة الأمد.

11 - الاستنتاجات

التغذية مكوّن أساسي في رعاية الأطفال المصابين بورم ويلمز، وتؤثر في كل مرحلة من رحلة المريض، من التشخيص الأولي إلى العلاج وتدبير الانتكاس والحياة بعد العلاج على المدى الطويل. ورغم أن التطورات العلاجية حسّنت البقاء كثيرًا، فإن الاستفادة الكاملة منها تتطلب رعاية تغذوية شاملة ومتكاملة جيدًا.

يعكس تعقيد التدبير التغذوي تفاعل متطلبات النمو وتحديات العلاج والاعتبارات الخاصة بالأعضاء، وخصوصًا حماية وظيفة الكلى. وتتطلب معالجة هذه العوامل نهجًا متعدد التخصصات يجمع أطباء الأورام واختصاصيي التغذية والممرضين ومقدمي الرعاية لوضع استراتيجيات فردية وتنفيذها.

من الموضوعات الأساسية في هذه الوثيقة أهمية التدخل المبكر والمراقبة المستمرة. فقد يحدث التدهور التغذوي بسرعة، لكن غالبًا يمكن الوقاية منه بالتقييم الاستباقي والإجراء في الوقت المناسب. ويضمن دمج التغذية في المسارات السريرية المعتادة التعامل معها بصورة منهجية، بدلًا من الاكتفاء بالاستجابة للمشكلات.

ومن المهم بالقدر نفسه إدراك أن الرعاية التغذوية الفعالة تمتد خارج البيئة السريرية. فمقدمو الرعاية أساسيون في التنفيذ، وتعتمد قدرتهم على تلبية احتياجات الطفل على إتاحة إرشاد واضح وتثقيف ودعم مستمر.

يلزم مستقبلًا استمرار الجهود لتوحيد البروتوكولات التغذوية وتوسيع الوصول إلى الرعاية المتخصصة ودمج التغذية في المبادرات العالمية لأورام الأطفال. وهذا حاسم خصوصًا في البيئات منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث قد تؤثر التفاوتات في الرعاية الداعمة بدرجة كبيرة في النتائج.

قد يؤدي جعل التغذية ركيزة أساسية في رعاية سرطان الأطفال إلى تحسين معدلات البقاء، وكذلك جودة الحياة والصحة طويلة الأمد للأطفال المصابين بورم ويلمز.

الملحق أ

الشكل 5 / نظرة عامة

الفئة	النهج المتّبع في COG / NWTS	النهج المتّبع في SIOP	الدلالة التغذوية
تسلسل العلاج	يركّز غالبًا على الجراحة أولًا، ثم علاج يُكيّف مع الخطورة	يركّز غالبًا على الكيميائي قبل الجراحة، ثم الجراحة وعلاج يُكيّف مع الخطورة	يجب أن يتوقع التخطيط اختلاف توقيت العلاج واحتياجات التعافي الجراحي وأنماط الأعراض
التركيز على الرعاية الداعمة	رعاية داعمة مبكرة متعددة التخصصات، تشمل مراجعة التغذية عند اكتشاف الخطر	يهم تحقيق الاستقرار قبل التدخل الرئيسي عند استخدام علاج قبل الجراحة	ينبغي إجراء التحري عند التشخيص بصرف النظر عن تسلسل العلاج
التكيّف مع الموارد	يُطبّق أساسًا ضمن مجموعات تعاونية في بيئات مرتفعة الموارد	يشمل إرشادات SIOP PODC المكيّفة مع الموارد والتعاونات ذات الصلة	تهم الأطعمة المتاحة محليًا وتثقيف مقدمي الرعاية والمراقبة العملية في البيئات الأقل موارد
حماية الكلى	تُراقب وظيفة الكلى وضغط الدم والآثار المتأخرة بعد العلاج	تظل حماية الكلى محورية مع الاستئصال والتعرض للعلاجات السامة للكلى	يظل الاعتدال في الصوديوم والترطيب وتوازن البروتين الفردي أولويات ثابتة

الملحق ب

المراجع

1) منظمة الصحة العالمية. المبادرة العالمية لمكافحة سرطان الأطفال. جنيف: WHO؛ 2018.

2) منظمة الصحة العالمية. المبادرة العالمية لمكافحة سرطان الأطفال: كتيّب تعريفي. جنيف: WHO؛ 2020.

3) المعهد الوطني للسرطان. علاج ورم ويلمز وأورام الكلى الأخرى لدى الأطفال (PDQ)، نسخة المهنيين الصحيين. بيثيسدا، ماريلاند؛ تحديث 2025.

4) الجمعية الدولية لأورام الأطفال. إرشادات العلاج المكيّفة ضمن SIOP PODC: ورم ويلمز والرعاية الداعمة. SIOP؛ تاريخ الاطلاع 2026.

Israels T، Moreira C، Scanlan T، Molyneux L، Kampondeni S، Hesseling P (5 وآخرون. إرشادات SIOP PODC السريرية لتدبير الأطفال المصابين بورم ويلمز في بيئة منخفضة الدخل. Pediatr Blood Cancer. 2013;60(1):5-11.

Wang J، Li M، Tang D، Gu W، Mao J، Shu Q. (6 العلاج الحالي لورم ويلمز: معايير COG و SIOP. World J Pediatr Surg. 2019;2(3):e000038.

Dome JS، Fernandez CV، Mullen EA، Kalapurakal JA، Geller JI، Huff V (7 وآخرون. ورم ويلمز (الورم الأرومي الكلوي)، الإصدار 2.2021، إرشادات NCCN للممارسة السريرية في الأورام. J Natl Compr Canc Netw. 2021;19(8):945-977.

Ladas EJ، Sacks N، Brophy P، Rogers PC. (8 معايير الرعاية التغذوية في أورام الأطفال: نتائج مسح وطني لمعايير الممارسة. Pediatr Blood Cancer. 2006;46(3):339-344.

Ladas EJ، Sacks N، Meacham L، Henry D، Enriquez L، Lowry G (9 وآخرون. مراجعة متعددة التخصصات للاعتبارات التغذوية لدى مرضى أورام الأطفال: منظور مجموعة أورام الأطفال. Nutr Clin Pract. 2005;20(4):377-393.

Brinksma A، Huizinga G، Sulkers E، Kamps WA، Roodbol PF، Tissing WJE. (10 سوء التغذية لدى مرضى سرطان الأطفال: مراجعة الانتشار والأسباب المحتملة. Crit Rev Oncol Hematol. 2012;83(2):249-275.

Joffe L، Dwyer S، Glade Bender JL، Frazier AL، Ladas EJ. (11 الحالة التغذوية والنتائج السريرية في أورام الأطفال. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(10):719-731.

Mehta NM، Corkins MR، Lyman B، Malone A، Goday PS، Carney LN (12 وآخرون. تعريف سوء التغذية لدى الأطفال: تحول نحو التعريفات المرتبطة بالمسببات. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013;37(4):460-481.

Becker PJ، Nieman Carney L، Corkins MR، Monczka J، Smith E، Smith SE (13 وآخرون. بيان توافق لأكاديمية التغذية وعلم النظم الغذائية والجمعية الأمريكية للتغذية الوريدية والمعوية: المؤشرات الموصى بها لتحديد سوء التغذية لدى الأطفال وتوثيقه. J Acad Nutr Diet. 2014;114(12):1988-2000.

Barr RD. (14 دور التغذية في أورام الأطفال. Pediatr Blood Cancer. 2020;67 Suppl 3:e28211.

15) مجموعة أورام الأطفال. إرشادات المتابعة طويلة الأمد للناجين من سرطانات الطفولة والمراهقة والشباب. مونروفيا، كاليفورنيا: مجموعة أورام الأطفال؛ الإصدار الحالي.

16) مجموعة عمل KDOQI. إرشادات KDOQI للممارسة السريرية لتغذية الأطفال المصابين بمرض كلوي مزمن: تحديث 2008. Am J Kidney Dis. 2009;53(3 Suppl 2):S1-S124.

17) المؤسسة الوطنية للكلى. التغذية وأمراض الكلى لدى الأطفال: موارد تثقيف المرضى والأسر. نيويورك: National [ينتهي النص هنا في المصدر].



مؤسسة ويلمز للسرطان

الهاتف: 5000 514 778 1+
البريد الإلكتروني: info@WilmsFoundation.org
الموقع: www.WilmsFoundation.org
العنوان: Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002.

مؤسسة ويلمز للسرطان، والاختصار WCF، والشعاران هزيمة سرطان الكلى لدى الأطفال والمرض الذي لم تسمع به من قبل علامات تجارية دولية للمؤسسة ومحمية بحقوق النشر. محتوى الوثيقة وتصميمها من إعداد مؤسسة ويلمز للسرطان. © جميع الحقوق محفوظة.

بموجب قوانين حقوق النشر، لا يجوز نسخ هذه الوثيقة أو تصويرها أو إعادة إنتاجها أو ترجمتها، كليًا أو جزئيًا، دون موافقة خطية مسبقة من مؤسسة ويلمز للسرطان.

الولايات المتحدة: منظمة معفاة من الضرائب بموجب المادة 501(c)(3) | EIN: 98-3478827 | كندا: جمعية خيرية مسجلة: 756261939BC0001

مؤسسة ويلمز للسرطان - WCF

مؤسسة ويلمز للسرطان - - WCF منظمة خيرية تدعم وتمثل احتياجات الأطفال والأسر ومؤسسات الرعاية الصحية المتأثرة بسرطان الكلى لدى الأطفال، ولا سيما الورم الأرومي الكلوي المعروف باسم ورم ويلمز. وتتمثل رسالتها في إنشاء برنامج دولي للتوعية والتثقيف والمناصرة والكشف المبكر والعلاج والدعم لمواجهة انتشار المرض.

هذا الدليل الصادر عن مؤسسة ويلمز للسرطان مخصص للأغراض التثقيفية فقط، ويستند إلى المعايير الدولية لأورام الأطفال في كندا والولايات المتحدة وأوروبا. يُرجى استشارة أخصائي طبي مؤهل إذا كانت لديك أي مخاوف أو أسئلة.

© منظمة الصحة العالمية - .WHO استُخدم بإذن وبالتعاون مع مؤسسة ويلمز للسرطان - .WCF تُعدّ CureAll جزءًا من المبادرة العالمية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة سرطان الأطفال - .GICC ولا تؤيد منظمة الصحة العالمية أي منظمة أو منتج أو خدمة بعينها.

© حقوق النشر | مؤسسة ويلمز للسرطان | جميع الحقوق محفوظة.