

Nutrizione nel paziente oncologico

Elena Agnello, Maria Luisa Amerio*

* Direttore SC di Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Cardinal Massaia Asti, ASL AT

Introduzione

I tumori, seconda causa di morte sia nel mondo che in Europa e in Italia, sono patologie in costante crescita. Nel 2008, a livello mondiale, sono stati stimati in 12.7 milioni i nuovi casi di tumore, responsabili di 7.6 milioni di decessi¹.

Sempre a livello mondiale, le sedi tumorali che causano il maggior numero di vittime sono: stomaco (803 mila/anno), colon-retto (639 mila/anno), fegato (610 mila/anno) e mammella (519 mila/anno). Secondo i dati dello studio Eurocare (Europe study 3 del 2003)², in Italia e in altri paesi europei, a fronte dell'aumento d'incidenza, è stato riscontrato un miglioramento della sopravvivenza del 10%².

La gestione clinica del paziente oncologico, in relazione anche all'aumento della sopravvivenza, pone la necessità di affrontare problematiche legate all'alimentazione e allo stato nutrizionale, spesso compromessi dalla malattia e/o dai trattamenti antitumorali (chirurgia, radio- e chemioterapia).

Diverse sono le indicazioni e le finalità dell'intervento nutrizionale nelle diverse fasi di malattia. Le più recenti linee guida^{3,4} forniscono raccomandazioni evidence-based per una precoce e adeguata gestione nutrizionale, attenta anche alle possibili questioni etiche che devono essere affrontate nelle fasi terminali di malattia. Accanto agli specialisti, oncologi e nutrizionisti, anche il medico di medicina generale deve essere pronto a riconoscere il rischio di malnutrizione e a gestire, al loro insorgere, i sintomi che possono compromettere lo stato nutrizionale.

Tumore e stato nutrizionale

Il tumore influenza lo stato nutrizionale con calo ponderale nel 30-80% dei casi, calo che in genere è severo (> 10%), precoce (nei 6 mesi precedenti la diagnosi) e correlato, per frequenza ed entità, con lo stadio di malattia. I tumori più spesso associati a calo ponderale severo sono il pancreatico e il gastrico (55% dei casi con calo ponderale alla diagnosi, di grado severo nel 30%).

Il calo ponderale e la malnutrizione sono conseguenza di una riduzione delle ingestie in presenza di sintomi come anoressia, nausea, vomito, disfagia, odinofagia, disgeusia, precoce ripienezza gastrica, legati sia alla sede della neoplasia sia alle terapie specifiche (radio-chemioterapia, chirurgia) o alla terapia antalgica. Fattori psicologici, quali ansia e depressione, possono altresì incidere negativamente sull'assunzione del cibo, oltre che sulla qualità di vita in generale e sul performance status. Nella maggior parte dei pazienti oncologi-

ci, inoltre, si verifica una reazione infiammatoria sistemica, indotta dall'attivazione di citochine pro-infiammatorie (IL-1, IL-6, TNF α) in risposta alla neoplasia da parte del tessuto colpito da tumore, che determina la cosiddetta sindrome della cachessia neoplastica⁵.

Questa sindrome è caratterizzata da riduzione dell'appetito, perdita di peso, alterazioni metaboliche e stato infiammatorio. Le alterazioni metaboliche includono resistenza insulinica, aumentata lipolisi ed elevata ossidazione lipidica, con perdita di massa grassa; aumentato turnover proteico con perdita di massa muscolare; aumentata produzione di proteine della fase acuta. L'attivazione infiammatoria, anch'essa responsabile dell'anoressia e del calo ponderale, facilita la progressione tumorale, impedisce il recupero di massa cellulare durante il supporto nutrizionale e si associa a una riduzione dell'aspettativa di vita. Le più recenti ricerche indicano che la sindrome anoressia-cachessia è presente non solo nella fase terminale del tumore; quindi, proprio perché prevedibile, il suo esordio può essere ritardato con un precoce intervento nutrizionale e farmacologico.

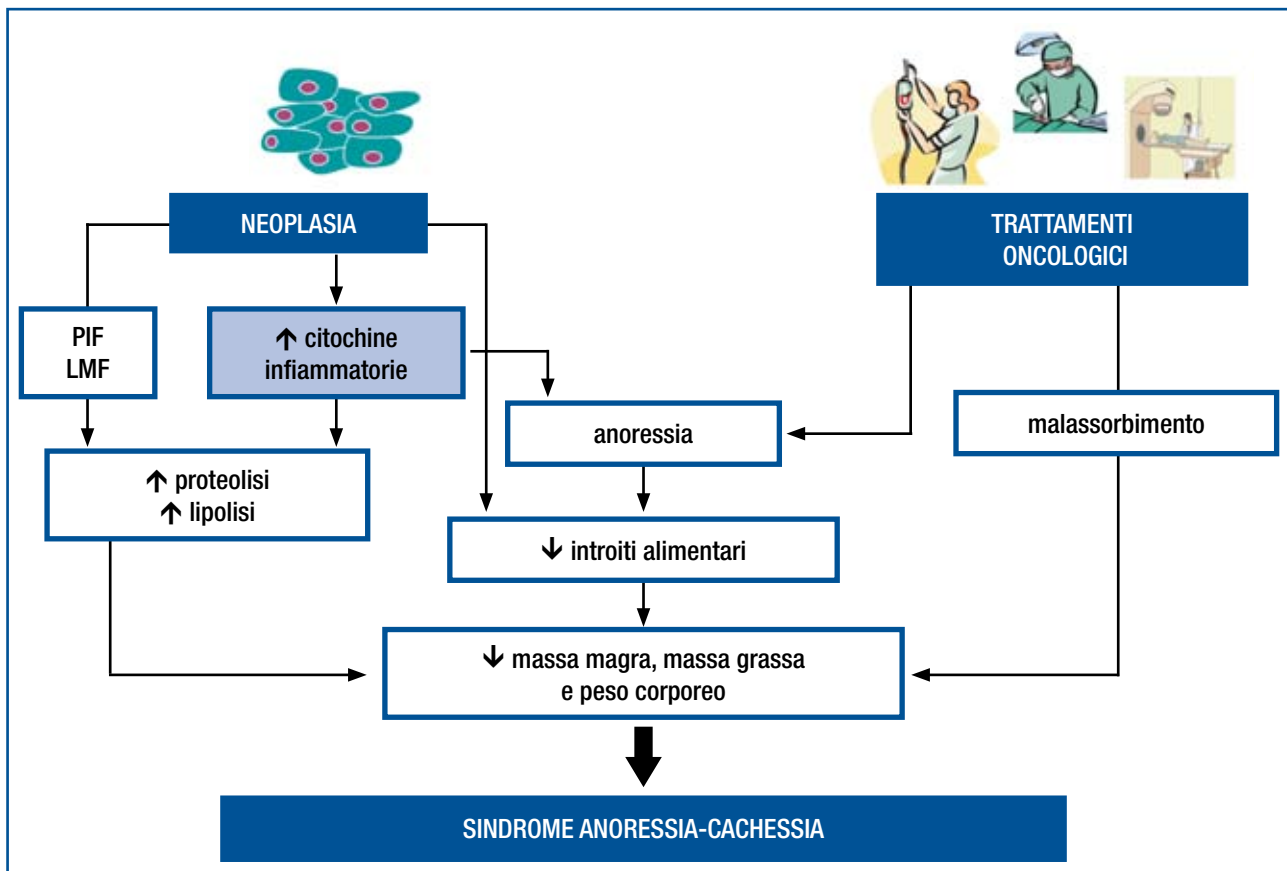
Secondo le evidenze presenti in letteratura, lo stato nutrizionale a sua volta influenza il decorso clinico e la prognosi del tumore. La malnutrizione si associa infatti a ridotta qualità di vita, ridotto livello di attività, maggiore incidenza di reazioni avverse legate alla terapia, ridotta risposta alla terapia da parte del tumore, ridotta sopravvivenza. La malnutrizione, pertanto, sembra essere un indicatore di gravità di malattia e di prognosi negativa, sebbene non sia ancora chiaro quanta influenza diretta essa abbia sulla prognosi, indipendentemente dalla malattia sottostante. È inoltre stato dimostrato che nei pazienti malnutriti è più frequente l'interruzione, temporanea o definitiva, dei cicli di chemioterapia, e l'insorgenza di tossicità dose-correlata più severa.

Indicazioni e finalità dell'intervento nutrizionale nel paziente oncologico

Le specifiche finalità della terapia nutrizionale nel paziente oncologico sono:

- prevenire e trattare la malnutrizione;
- potenziare gli effetti della terapia antitumorale;
- ridurre gli effetti collaterali della terapia antitumorale;
- migliorare la qualità di vita.

La valutazione nutrizionale del paziente oncologico dovrebbe pertanto essere fatta al momento della diagnosi e ripetuta ad ogni



visita di controllo, per iniziare un intervento nutrizionale mirato quando si evidenzino deficit nutrizionali, al fine di favorire la sopravvivenza e la risposta alla terapia antitumorale.

La terapia nutrizionale aiuta nel controllo dei sintomi della neoplasia, riduce le complicanze postoperatorie, le infezioni, migliora la tolleranza ai trattamenti, la risposta immuno-metabolica, ma soprattutto migliora la qualità di vita del paziente.

Intervento nutrizionale in fase terapeutica attiva

L'intervento nutrizionale può essere di tipo precoce/preventivo quando il paziente viene seguito fin dall'inizio della terapia, specificamente nelle chemio- e/o radioterapie a elevata tossicità intestinale o nelle neoplasie delle prime vie digestive (neoplasie capo-collo, esofago, stomaco, pancreas). In questa situazione la finalità del supporto nutrizionale è di evitare o minimizzare la compromissione dello stato di nutrizione durante il ciclo terapeutico, compreso il periodo perioperatorio, favorendone il corretto e completo espletamento.

La necessità di supporto nutrizionale può inoltre determinarsi nei pazienti che, non seguiti precedentemente, vanno incontro, durante le fasi diagnostiche e terapeutiche, a malnutrizione, specie se di gravità tale da dover procrastinare o sospendere il ciclo terapeutico. L'intervento nutrizionale in questi soggetti ha

l'obiettivo di ripristinare alcune funzioni biologiche fondamentali (equilibrio idro-elettrolitico; pressione oncologica circolante; impiego energetico del glucosio; ripartizione idrica intra/extra-cellulare), correggere deficit in atto (deplezioni in elettroliti, minerali, microelementi, vitamine, ecc.) ed evitare ulteriori alterazioni nutrizionali alla ripresa della terapia.

È rilevante il ruolo della terapia nutrizionale nelle sequele di chirurgia maggiore curativa di alcuni tumori: nelle neoplasie capo-collo può determinarsi per tempi prolungati un'alterazione a livello buccale e/o faringo-esofageo nella formazione del bolo e nella deglutizione, con necessità di variare consistenza, tipologia e periodicità di ingestione degli alimenti; in alcuni casi la deglutizione può risultare permanentemente alterata con indicazione alla nutrizione enterale. Nelle ampie resezioni esofagee, gastro-duodenali e pancreatiche si determina un'alterazione del transito digestivo, con possibile insorgenza di ripienezza precoce, sintomatologia dolorosa, maldigestione e malassorbimento, diarrea; sono pertanto indicate diete specifiche, con frequenti rivalutazioni cliniche, per sostenere lo stato nutrizionale.

L'utilità del supporto nutrizionale, in fase terapeutica e non, è stata di recente indagata in pazienti neoplastici sottoposti a radio-chemioterapia ed è stato dimostrato che il counselling nutrizionale (costruzione di un programma alimentare adeguato al singolo individuo) induce andamenti significativamente migliori, rispetto alla dieta "libera", per quanto riguarda le ingesta calorico-proteiche,

la perdita di peso, la qualità di vita, l'ospedalizzazione, la "dose intensity" e la "dose density" delle terapie programmate.

Intervento nutrizionale in fase avanzata di malattia

Nei pazienti non più in fase terapeutica, o candidati a chemioterapia di III linea, la finalità prevalente dell'intervento nutrizionale è di influire sulla qualità di vita ed evitare che la causa di morte sia rappresentata dalla malnutrizione; l'intervento nutrizionale è quindi adeguato a un livello di cure palliative.

La valutazione della situazione attuale, della possibile evoluzione clinica e dell'aspettativa di vita del singolo individuo sono basilari rispetto alla scelta dell'approccio terapeutico.

La finalità dell'intervento determina la metodologia nutrizionale da seguire. La nutrizione artificiale è indicata quando può contribuire a mantenere/migliorare la qualità di vita. I criteri di inclusione su cui esiste un certo consenso sono rappresentati da: a) previsione di sopravvivenza ≥ 3 mesi; b) performance status (Karnofsky) ≥ 50 ; c) assenza di alterazione di organi vitali; d) controllo o assenza di dolore.

Viene utilizzata la via parenterale (catetere venoso centrale) quando la funzione intestinale è impedita o controindicata; ciò si verifica frequentemente in presenza di carcinosi peritoneale; la sola idratazione per via venosa periferica può essere utilizzata nei soggetti in cui la prognosi o le condizioni cliniche indicano un trattamento totalmente palliativo.

Scelta del supporto nutrizionale

Nutrizione per via orale

È sempre valutata come prima scelta qualora l'intestino sia funzionante, non siano presenti gravi sintomi gastrointestinali avversi e, in generale, quando il quadro clinico permetta di prevedere la possibilità di sufficienti introiti per tale via. In fase terapeutica un accurato counselling dietistico, eventualmente associato a integratori artificiali, può migliorare sensibilmente gli introiti in un'elevata percentuale di pazienti. In fase non terapeutica attiva l'approccio è commisurato agli obiettivi, e tende a essere il meno possibile impositivo e invasivo.

Nutrizione per via enterale

Viene utilizzata quando la funzione digestiva è normale, ma sono presenti:

- impossibilità all'alimentazione per via orale (anoressia grave, odinofagia, mucositi estese);
- alterazioni funzionali o anatomiche al transito delle prime vie digestive

Viene somministrata tramite sonde a livello gastrico o digiunale, di tipo transitorio o permanente. Viene utilizzata in modo transitorio nei soggetti in fase terapeutica che presentano anoressia grave, tossicità grave alle mucose delle prime vie digestive, disfagia conseguente alla massa tumorale. In questa situazione la nutrizione enterale (NE) fa parte integrante della terapia, in quanto permette l'espletamento della stessa. La NE viene inoltre utilizzata per periodi prolungati o *quoad vitam* nei soggetti con sequele disfagiche stabili dei trattamenti oncologici nei tumori capo-collo, oppure dopo terapia chirurgica palliativa dell'esofago e dello stomaco.

Nutrizione per via parenterale

Viene utilizzata quando la funzione intestinale è insufficiente (intestino corto/malassorbimento, fistole), oppure quando esistano alterazioni del transito (in oncologia la situazione più frequente è la sub-occlusione intestinale da carcinosi peritoneale). Viene utilizzata prevalentemente nei pazienti non in fase terapeutica attiva, in presenza o in previsione di alterazioni del transito digestivo. Data la complessità e i rischi connessi alla nutrizione parenterale domiciliare, per l'inclusione in terapia devono essere soddisfatti specifici criteri organizzativi, ambientali e clinici.

Bibliografia

- 1 Jemal A, Bray F, Center MM, et al. *Global Cancer Statistics*. CA Cancer J Clin 2011;61:69-90.
- 2 *Survival of Cancer Patients in Europe: the EUROCARE-3 Study*. Ann Oncol 2003;14(Suppl 5).
- 3 Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et al. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: non-surgical oncology*. Clin Nutr 2006;25:245-59.
- 4 Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. *ESPEN Guidelines on Parenterale Nutrition: Non-surgical oncology*. Clin Nutr 2009;28:445-54.
- 5 Inui A. *Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management*. CA Cancer J Clin 2002;52:72-91.

Consigli pratici per incoraggiare l'assunzione di cibo nel paziente oncologico

- Suddividere i pasti in 5-6 spuntini nell'arco della giornata, a distanza di 2 o 3 ore l'uno dall'altro
- Bere poco durante i pasti
- Tenere a portata di mano degli spuntini di proprio gradimento ad alto contenuto calorico come frutta secca, patatine, gelati, budini
- I cibi tagliati finemente e ben amalgamati grazie all'utilizzo di condimenti cremosi come formaggi morbidi, maionese e salse delicate facilitano la deglutizione e aumentano le calorie
- Per arricchire i cibi utilizzare burro, olio, panna da cucina, formaggio, yogurt, zucchero, miele
- In caso di infiammazione orale evitare alcolici, bevande gasate, spezie e alimenti troppo caldi, salati o acidi

Key messages

- Il calo ponderale e la malnutrizione spesso si associano al tumore, interferendo con la qualità di vita, la possibilità di effettuare le terapie specifiche antitumorali e la risposta alle stesse
- La terapia nutrizionale aiuta nel controllo dei sintomi della neoplasia, riduce le complicanze postoperatorie, le infezioni, migliora la tolleranza ai trattamenti, la risposta immuno-metabolica, ma soprattutto migliora la qualità di vita del paziente
- La valutazione nutrizionale del paziente oncologico dovrebbe essere fatta al momento della diagnosi e ripetuta a ogni visita di controllo per iniziare un intervento nutrizionale precoce in caso di ridotti apporti nutrizionali (non solo proteico-calorici ma anche vitaminici-idrosalini)
- Semplici consigli dietetici possono aiutare a incrementare le ingesta (arricchire la dieta con condimenti, spuntini salati e dolci, frazionare i pasti, modificare la consistenza dei cibi)
- La nutrizione artificiale si rende necessaria in alcuni casi di tumore di capo-collo, di esofago-stomaco-duodeno-pancreas per periodi anche molto protratti, per sequele chirurgiche o in corso di radio/chemioterapia
- Nei pazienti non più in fase terapeutica la finalità prevalente dell'intervento nutrizionale è di influire sulla qualità di vita e di evitare che la causa di morte sia rappresentata dalla malnutrizione