

I° CONVEGNO REGIONALE SIFO "MEETING DI PRIMAVERA" –
"IL FARMACISTA CLINICO E I NUOVI MODELLI DI CURA"
Taormina, 11/12/13 maggio 2017



LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO:
CARATTERISTICHE DEI NUTRIENTI E SCELTE TERAPEUTICHE
APPROPRIATE

F. Romano
U.O.C. Oncologia Medica
RAO ASP SR



Il paziente neoplastico presenta frequentemente, fin dall'esordio della malattia, un calo ponderale con un'incidenza variabile a seconda della sede, del tipo e dallo stadio della malattia.

Con l'evoluzione della malattia, si ha un progressivo deterioramento dello stato nutrizionale per effetto diretto dell'accrescimento del tumore a danno dei tessuti dell'organismo, per i meccanismi metabolici che si innescano dall'interazione tumore/ospite o quale conseguenza dei trattamenti oncologici e delle loro sequele.

La malnutrizione interferisce con il performance status, determina un aumento di morbilità ed è inversamente correlata alla prognosi.

In una discreta percentuale di casi, la causa prima di morte in pazienti neoplastici, sembra essere sostanzialmente dovuta a problemi metabolici/ nutrizionali, senza un interessamento evidente di organi Vitali.



Il supporto nutrizionale è un intervento step by step.

Da gestire in modo mirato e attivo:

- condizioni nutrizionali
- stato clinico
- trattamento oncologico

Il suo obiettivo è prevenire o curare la malnutrizione, al fine di consentire il completamento ed il successo dei trattamenti oncologici

Migliora la prognosi e migliorare la qualità della vita

L'atteggiamento verso questo problema varia notevolmente tra oncologi,



Valutazione e controllo dello stato nutrizionale

Il riconoscimento precoce dei problemi nutrizionali è il punto chiave per una corretta gestione dei pazienti affetti da tumore.

- Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- Malnutrition Screening Tool (MST)
- Mini Nutritional Assessment (MNA)

Lo screening nutrizionale è uno strumento da utilizzare alla diagnosi e deve essere ripetuto sistematicamente a cadenza regolare soprattutto in pazienti con tipologie di cancro o cure che possono incidere negativamente sullo stato nutrizionale.



I soggetti neoplastici rappresentano una categoria eterogenea di pazienti ed ai fini dell'indicazione al supporto nutrizionale devono essere distinti nei seguenti gruppi:

- Pazienti con malattia oncologica in atto, candidati a trattamento chirurgico, chemioterapico o radioterapico
- Pazienti con malattia oncologica in fase avanzata, non più suscettibili di trattamento oncologico convenzionale
- Pazienti liberi da malattia oncologica, ma con esiti dei trattamenti (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) subiti.



Pazienti con malattia oncologica in atto, candidati a trattamento chirurgico, chemioterapico o radioterapico

I pazienti con calo ponderale sviluppano generalmente una maggior tossicità al trattamento, rispetto ai controlli non malnutriti, questo limita la quantità totale di chemioterapico somministrabile e di conseguenza la risposta oncologica e la sopravvivenza

Diversi trials clinici randomizzati hanno valutato l'impatto della nutrizione artificiale, sia enterale che parenterale, durante chemioterapia, sulla tolleranza, la risposta oncologica e la sopravvivenza. I dati successivamente analizzati in due meta-analisi non evidenziano alcun beneficio, al contrario in alcuni studi nel gruppo trattato con nutrizione parenterale il rischio di complicanze infettive e metaboliche era significativamente maggiore.

limitazioni:

- Non hanno valutato l'impatto del supporto nutrizionale in pazienti con malnutrizione in atto o ipofagici
- Non hanno valutato l'impatto del supporto nutrizionale su altre variabili quali il performance status e la qualità di vita
- Si sono limitati a valutare l'impatto di trattamenti nutrizionali standard di breve durata, range 3-6 settimane.



I danni da radioterapia (mucositi) recano notevole disagio al paziente creando difficoltà all'alimentazione spontanea.

Nei pazienti in trattamento con RT a livello addominale o pelvico, la NPT non previene gli effetti collaterali e non migliora la sopravvivenza , mentre la NE o la dieta elementare sembrano ridurre l'entità della diarrea.

Nei pazienti malnutriti o disfagici, trattati con RT per malattia a livello testa/collo, l'avvio precoce di un supporto nutrizionale per via enterale, previo posizionamento di gastrostomia per cutanea, previene il deterioramento dello stato nutrizionale e della qualità della vita

In uno studio clinico non randomizzato, effettuato in pazienti con neoplasia dell'esofago la nutrizione enterale ha permesso di effettuare il trattamento oncologico pianificato in soggetti disfagici e di ottenere una risposta terapeutica simile a quella dei pazienti non disfagici.

Pazienti con malattia oncologica in fase avanzata, non più suscettibili di trattamento oncologico convenzionale



Il supporto nutrizionale in questi pazienti è molto controverso per motivi etici, economici, ma soprattutto per la mancanza di studi clinici randomizzati.

La nutrizione artificiale deve avere come obiettivo il miglioramento della qualità della vita e della sopravvivenza.

L' EAPC ha identificato 8 punti fondamentali da valutare prima di iniziare una nutrizione artificiale nel paziente oncologico terminale:

- stadio oncologico
- presenza di sintomi
- prognosi di sopravvivenza
- stato nutrizionale
- alimentazione per bocca
- funzionalità dell'apparato gastroenterico
- attitudine psicologica
- disponibilità di assistenza domiciliare

In soggetti con aspettativa di vita inferiore ai due-tre mesi per la diffusione del tumore e con performance status minore di 50% secondo Karnofsky, la nutrizione artificiale non è indicata, poiché l'esito è condizionato dalla progressione neoplastica e non dal deterioramento nutrizionale.

Pazienti liberi da malattia oncologica, ma con esiti dei trattamenti (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) subiti.



Sono pazienti che hanno subito trattamenti chirurgici e/o radioterapici a livello delle prime vie digestive, con successiva comparsa di disfagia, o pazienti sottoposti a radioterapia addominale/pelvica complicata da enterite attinica sub-acute o cronica, con fistole, occlusioni o malassorbimento. In questo gruppo di pazienti il supporto nutrizionale deve essere generalmente protratto per periodi medio-lunghi e pertanto deve essere avviata una nutrizione artificiale domiciliare. In presenza di disfagia è indicata una nutrizione enterale, in presenza di enterite attinica è indicato un supporto nutrizionale parenterale



Non vi è un consenso definitivo sul regime calorico e proteico ideale per il paziente oncologico, tuttavia è corretto impostare un apporto giornaliero di

- 20-35 Kcal/kg peso corporeo
- 0.2-0.35 g Azoto/kg peso corporeo
- Ripartizione glucosio:lipidi (%) = 70:30 o 60:40.

sia per via enterale che per via parenterale, con un rapporto equilibrato glucidi/lipidi e con un adeguato apporto di elettroliti, oligoelementi e vitamine



Nutrizione Enterale

La NE non ha indicazione routinaria ma riservata solo a quei casi di malnutrizione in pazienti che non in grado di nutrirsi adeguatamente: lo scopo dovrebbe essere introdurre almeno il 60% delle calorie richieste.

La nutrizione attraverso sondino (naso/gastrico-naso/digiunale) per via percutanea (gastrostomia-digiunostomia. Preferibili per I trattamenti a lunga durata.

Rappresenta la nutrizione perioperatoria di prima linea in pazienti oncologici candidati a chirurgia e che richiedono nutrizione artificiale.

Le linee guida merica ed europee raccomandano formula contenenti arginina, Ω -3 acidi grassi .



Nutrizione Parenterale

Le linee guida consigliano la NP solo in pazienti con malnutrizione che si protrae per oltre 7gg che ricevano trattamenti oncologici

PN routinaria durante il trattamento del cancro è fortemente non raccomandato.

Viene indicato un breve periodo di PN (10-15 giorni) in pazienti con mucosite acuta e grave, vomito.

La NP a lungo termine è raccomandata:

- Malassorbimento
- Occlusione intestinale

PN è controindicato in emodinamicamente instabile, pazienti con ascite, insufficienza grave dell'organo, presenza di una grave instabilità glicemica

Raramente appropriato in casi di aspettativa di vita più breve di 3 mesi, Karnofsky
Il punteggio ≤ 50 o ECOG ≥ 3



Cachessia Neoplastica

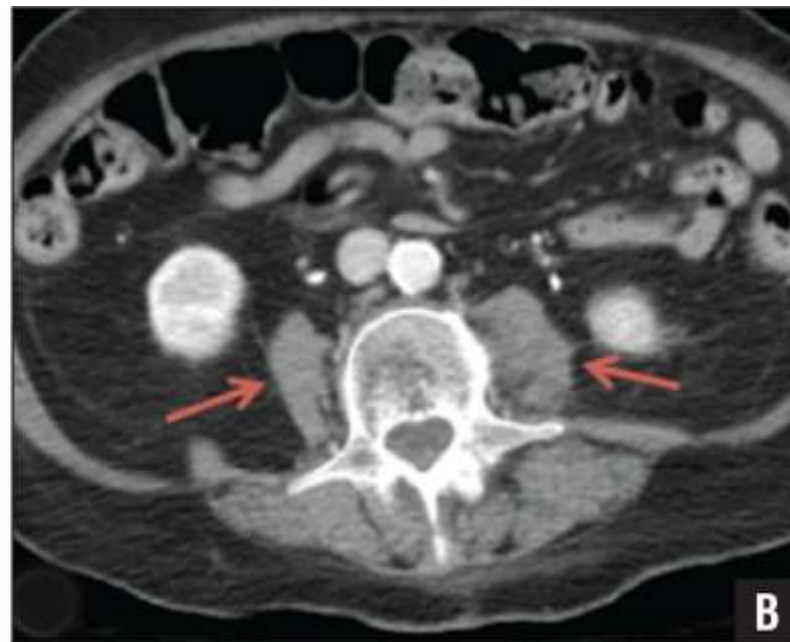
Sindrome multifattoriale caratterizzata dalla perdita progressiva di massa muscolare che non può essere corretta con supporto nutrizionale convenzionale che porta ad un progressivo danno funzionale.

Bilancio energetico e proteico negativo, causato da un ridotto introito calorico e da alterazioni metaboliche.

valutazione

- Composizione corporea (massa magra)
- Mediatori catabolici ed infiammatori
- Variazioni dell'appetito e apporto nutrizionale
- Riduzione della forza muscolare
- QoL
- Peso e BMI

Misurazione della massa muscolare a livello di L3





Approccio terapeutico

- nutrizione artificiale
- Nutraceutici (aa a catena ramificata, Acido eicosapentaenoico)
- Approccio Farmacologico
 - Progestinici
 - corticosteroidi



Grazie per l'attenzione...