

Nutrizione Clinica e Cure Palliative

Redatto da Nicola Ossola,
medico specialista in nutrizione clinica, Ospedale Beata Vergine, Mendrisio

DEFINIZIONI

Anoressia: importante diminuzione dell'appetito che porta a calo ponderale se non adeguatamente trattata.

Cachessia: calo ponderale principalmente a causa di cambiamenti metabolici prodotti dalla malattia.

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE E DEFINIZIONI	2
2. FISIOPATOLOGIA DELLA MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO	2
3. VALUTAZIONE E PRESA A CARICO	3
3.1. Screening.....	3
3.2. Assessment	4
3.3. Terapia nutrizionale	4
3.4. Valutazione di decorso.....	5
4. CONCLUSIONE	5

1. INTRODUZIONE E DEFINIZIONI

Alimentarsi è per la maggior parte di noi un gesto naturale, automatico e piacevole. Durante la malattia diversi aspetti legati all'alimentazione cambiano e possono rendere questo gesto molto difficile e poco gradevole. La malnutrizione proteico calorica nei pazienti affetti da neoplasia ha una prevalenza molto elevata che va dal 30 fino all'80% dei pazienti a dipendenza del tipo di tumore. Spesso il calo ponderale inizia prima ancora della diagnosi oncologica e, in contrasto con quanto succede durante una fase di semplice digiuno, il calo ponderale avviene per perdita di massa muscolare oltre che di massa grassa.

E' dimostrato da diversi studi che una presa a carico nutrizionale può migliorare la prognosi e la qualità di vita del paziente oncologico. Nell'ambito delle cure palliative il problema va affrontato a seconda dello stadio della malattia e della prognosi di vita. Fondamentale in questo ambito è una presa a carico multidisciplinare che tenga conto principalmente della qualità della vita e delle volontà del paziente.

Definiamo anoressia un'importante diminuzione dell'appetito che porta a calo ponderale se non adeguatamente trattata. La cachessia porta invece a calo ponderale principalmente a causa di cambiamenti metabolici prodotti dalla malattia. A differenza dell'anoressia la cachessia porta ad una perdita non solo di massa grassa, ma anche di massa muscolare. Spesso i pazienti affetti da cachessia soffrono anche di anoressia.

Sintomi caratteristici della cachessia tumorale

- Anoressia e sensazione di sazietà
- Astenia
- Calo ponderale e perdita di massa muscolare
- Anemia
- Edemi
- Diminuzione delle difese immunitarie
- Diminuzione delle funzioni motorie e mentali
- Diminuzione della qualità di vita

Fasi della cachessia

- Pre-cachessia
- Cachessia
- Cachessia refrattaria

2. FISIOPATOLOGIA DELLA MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Durante le fasi della malattia oncologica il paziente può sviluppare diversi sintomi o complicanze che possono portare ad una malnutrizione. Questi possono essere legati alla malattia stessa oppure ai trattamenti in corso o già eseguiti. La tabella 1 riassume i principali fattori che portano alla diminuita assunzione di alimenti:

Tabella 1

Nausea	Stomatiti
Vomito	Alterazione del gusto
Diarrea	Problemi dentali
Costipazione	Difficoltà respiratorie
Dolore	Xerostomia
Dispnea	Alterazioni della saliva
Ansia e depressione	Disfagia
Astenia	

La malattia porta però direttamente ad una sistematica attivazione di citochine proinfiammatorie e con proprietà cataboliche (TNF- α , IL-1, IL-6, IL-8, INF- γ). Questo induce una resistenza insulinica, aumentata lipolisi, aumentata ossidazione lipidica, aumentato catabolismo proteico con produzione di proteine di fase acuta. Il catabolismo proteico è inoltre mantenuto da citochine con effetto "procachettico" (proteolysis-inducing factor, ubiquitin, lipid mobilizing factor). Questi fattori aumentano probabilmente la produzione di proteosomi attraverso il prodotto intermedio acido 15 idrossi-eicosa-tetranoico la cui produzione può essere inibita dagli EPA. Il metabolismo basale nel paziente oncologico è spesso molto aumentato (dal 14 fino al 41%); questo porta a perdita di massa muscolare di circa 1-2 kg/mese e di massa grassa di circa 0.5-1 kg/mese.

3. VALUTAZIONE E PRESA A CARICO

Prima di procedere a terapia nutrizionale è necessario riconoscere i pazienti malnutriti o a rischio di diventarlo. Con l'aiuto della/del dietista si procede in seguito ad una valutazione più approfondita dei pazienti selezionati, ad una terapia nutrizionale ed infine ad una valutazione del decorso. Distinguiamo quindi quattro fasi:

Screening → Assessment → Terapia nutrizionale → Valutazione del decorso

3.1. Screening

Lo screening deve essere un processo semplice e validato che permetta di rilevare i pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione al momento dell'ammissione in ospedale. Deve avere un'alta sensibilità ed una discreta specificità. Ci sono diversi strumenti validati in letteratura. All'Ente Ospedaliero Cantonale è stato scelto il Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002). Questo strumento è composto da due parti distinte: screening iniziale (che viene proposto ad ogni paziente) e screening completo (da eseguire nel caso si rispondesse affermativamente almeno ad una delle domande della prima parte) (figura 1).

Screening iniziale

	Sì	No
Il BMI è < 20.5 kg/m ² ?		
Negli ultimi 3 mesi ha perso peso involontariamente?		
Nell'ultima settimana ha mangiato meno?		
È gravemente ammalato?		

Screening completo

1.STATO NUTRIZIONALE	Punti
Stato nutrizionale normale	0
Perdita di peso > 5% in 3 mesi o apporto nutrizionale nell'ultima settimana del 50-75%	1
Perdita di peso > 5% in 2 mesi o apporto nutrizionale nell'ultima settimana del 25-50% o BMI 18.5-20.5 e condizioni generali ridotte	2
Perdita di peso > 5% in 1 mese o >15% in 3 mesi o apporto nutrizionale nell'ultima settimana del 0-25% o BMI <18.5 e condizioni generali ridotte	3
2. GRAVITÀ DELLA MALATTIA	
Nessuna malattia	0
Paziente con malattia cronica che viene ospedalizzato per complicazioni. Si sente debole, ma riesce ancora ad alzarsi. P.es: cirrosi e BPCO esacerbate, tumori solidi, colecistectomia, operazioni laparoscopiche.	1
Paziente non mobile a causa della malattia. P.es: pz anziani a lungo degenti, ictus, polmonite grave, esacerbazione di M. Crohn o colite ulcerosa, ins.renale acuta, malattie ematologiche maligne, chirurgia addominale maggiore (colectomia, gastrectomia), ileo.	2
Paziente in cure intense (score Apache >10). P.es: trauma cranico, sepsi severa, pancreatite acuta grave, trapianto di midollo osseo.	3
3. ETÀ	
Se ≥ 70 anni	1
TOTALE PUNTI	

Il grado di malnutrizione viene definito dal punteggio finale. Nel caso il punteggio fosse uguale o superiore a 3 è indicata una presa a carico nutrizionale. In questo caso si procede alla valutazione approfondita (assessment).

3.2. Assessment

L'assessment è un processo diagnostico che permette di valutare la gravità della malnutrizione e di quantificare il rischio di complicanze legato ad essa. Questo processo comprende:

- | | |
|-------------------|---|
| ANAMNESI | <ul style="list-style-type: none">- in particolare peso, evoluzione del peso- abitudini alimentari ed apporti durante le ultime settimane- sintomi quali anoressia, astenia, ecc. |
| ESAME CLINICO | <ul style="list-style-type: none">- peso, altezza, BMI (Kg/m²),- ricerca di edemi periferici, ascite- esame neurologico- misurazione/stima della massa e della forza muscolare (dinamometria)- ricerca di segni di malnutrizione qualitativa (deficit di micronutrienti: attenzione particolare alla cute, alle mucose, alle unghie ed ai capelli) |
| ESAMI PARACLINICI | <ul style="list-style-type: none">- albumina, prealbumina, linfociti, RBP- bioimpedenza, DEXA |

3.3. Terapia nutrizionale

Nell'ambito delle cure palliative lo scopo della terapia nutrizionale non è solo quello di raggiungere un ragionevole miglioramento dello stato nutrizionale e immunitario, ma anche di migliorare la qualità di vita del paziente. Fondamentale è quindi tenere conto del piacere, del comfort e dell'indipendenza del malato. Vanno poi stimati i fabbisogni nutrizionali tenendo conto dello stadio della malattia, della prognosi e della volontà del paziente. Particolare importanza hanno il fabbisogno energetico totale ed il fabbisogno proteico. Va inoltre tenuto in considerazione un adeguato apporto in micronutrienti (in particolare Vitamina B12, zinco, vitamina D, ferro). Nella tabella 2 sono riassunti i fabbisogni teorici consigliati dalla ESPEN.

Energia	25 kcal/ kg peso corporeo/giorno (paziente allettato) 30 kcal/kg peso corporeo/giorno (paziente mobile) 35 kcal/kg peso corporeo/giorno (paziente attivo, con calo ponderale)
Proteine	1.2-1.5 grammi/kg peso corporeo/giorno (ev. discutere la possibilità di aggiungere Carnitina 4-6 grammi/die)
Grassi	30-50% del fabbisogno energetico totale, ev. aggiungere acidi grassi ω -3 (EPA), 2-3 grammi/giorno
Carboidrati	50-60% del fabbisogno energetico totale
Liquidi	20-40 ml/kg/peso/giorno

Una volta decisi i fabbisogni va scelta la modalità di somministrazione della nutrizione. Abbiamo a disposizione più opzioni:

- Alimentazione orale
- Integratori alimentari
- Nutrizione enterale (sonda naso gastrica, naso digiunale, PEG, PEG-J, digiunostomia)
- Nutrizione parenterale (per via centrale o periferica)

La modalità da favorire dovrebbe sempre essere l'alimentazione orale. Come si evince dalla tabella precedente è importante aumentare la concentrazione calorica e proteica degli alimenti. Per favorire il consumo sono consigliati diversi piccoli pasti durante la giornata (5-8 pasti al giorno) e accorgimenti che possano stimolare l'appetito. Nel caso non fosse possibile coprire i fabbisogni teorici con la sola alimentazione orale abbiamo a disposizione diversi tipi di integratori alimentari (iper calorici, iperproteici, ricchi in micronutrienti specifici). In situazioni dove l'alimentazione orale non è possibile o sufficiente (per esempio in caso di disfagia, rischio di broncoaspirazione, stenosi a livello oro-faringeo o esofageo) si prende in considerazione la nutrizione enterale (via sonda naso-gastrica, naso digiunale, PEG oppure PEG-J). Se la nutrizione enterale viene continuata per un periodo superiore alle quattro settimane è indicata la posa di una PEG. Solo in situazioni molto particolari, dove è presente una controindicazione alla nutrizione enterale, va presa in considerazione la nutrizione parenterale che naturalmente permette di coprire i fabbisogni energetici, proteici ed in micronutrienti, ma è a volte accompagnata da complicanze rilevanti (infettive, metaboliche, trombotiche) oltre ad essere più costosa e complessa da mettere in atto. La nutrizione artificiale è una terapia medica e non semplice assistenza. Richiede una prescrizione precisa e legata ad indicazioni chiare. Anche in medicina palliativa la terapia nutrizionale deve far sempre parte delle valutazioni terapeutiche, ma non deve mai diventare accanimento terapeutico. La terapia nutrizionale richiede pertanto una periodica rivalutazione delle indicazioni e del rapporto rischio /beneficio.

3.4. Valutazione di decorso

Innanzitutto è di primaria importanza valutare se quanto prescritto viene poi assunto effettivamente dal paziente. In ospedale si procede a sorveglianza nutrizionale (per esempio osservando e segnando che percentuale del piatto viene effettivamente consumata). Chiaramente per valutare il decorso dobbiamo seguire il peso corporeo e le condizioni generali. E' chiaro che nell'ambito delle cure palliative questi elementi sono forzatamente poco utilizzabili perché legati al decorso della malattia. A livello laboratoristico l'albumina ci permette di valutare l'adeguatezza di una terapia nutrizionale a lungo termine (emivita di circa 21 giorni), ma è un parametro spesso falsato dalla malattia (sindrome infiammatoria, stato di idratazione).

4. CONCLUSIONE

La presa a carico nutrizionale in cure palliative è un processo complesso che richiede l'intervento di un team di professionisti esperti. Il medico curante, il medico oncologo, il personale infermieristico domiciliare o ospedaliero collaborano con la/il dietista per ottimizzare le cure in questo ambito. La presa a carico comprende come abbiamo visto diverse fasi distinte: lo screening, l'assessment, la terapia nutrizionale e la valutazione del decorso. Nel paziente oncologico ed in particolare in cure palliative sono in primo piano aspetti etici che devono forzatamente essere tenuti in considerazione in ogni momento della presa a carico.

REFERENZE

- Fearon KC. Cancer cachexia: Developing multimodal therapy for a multidimensional problem. Eur J Cancer 2008 May;44(8):1124-32
- Arends J et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Non surgical oncology. Clin Nutr 2006 Apr; 25(2):245-59
- Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): A new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003 Jun;22(3):321-36
- Revasco P et al. Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling. Clin Nutr. 2007;26(1):7-15