

Il supporto nutrizionale nel paziente oncologico: le nuove linee guida Aiom

È recente la pubblicazione della versione aggiornata delle raccomandazioni per il supporto nutrizionale dei pazienti oncologici in terapia attiva.

Nel contesto oncologico la malnutrizione è infatti una comorbidità frequente, associata a maggiore mortalità e spesso a necessità di sospendere i trattamenti

Elisabetta Torretta

Negli ultimi anni è migliorata la sensibilità su questa tematica non solo a livello istituzionale, ma anche tra gli operatori sanitari. La Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriate e tempestivo supporto nutrizionale è servita da spunto al Ministero della Salute per pubblicare le Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici. Inoltre, sono sempre più numerosi i centri Oncologici che collaborano con i Centri/Strutture/Servizi di Nutrizione Clinica. Gli studi clinici relativi al supporto nutrizionale sono in aumento e riportano risultati uniformi in merito al ruolo fondamentale di un supporto nutrizionale tempestivo ed appropriato nel condizionare i risultati clinici.

Nel contesto oncologico è ormai noto come la malnutrizione sia associata a ridotta tolleranza ai trattamenti, peggiore prognosi, minore qualità di vita e aumento dei tempi di degenza, della riospedalizzazione e dei costi sanitari. Tuttavia, nonostante una crescente consapevolezza dell'importanza della nutrizione presso i centri oncologici, l'approccio alla gestione nutrizionale in Italia risulta essere eterogeneo e non sempre la gestione ed il supporto nutrizionale sono adeguati. Nella pratica clinica, la mal-

nutrizione è spesso sottodiagnosticata, poco segnalata e, di conseguenza, insufficientemente trattata. Inoltre, l'intervento nutrizionale può diventare un intervento limitato alle fasi finali della vita o, in alcuni casi, può non essere prescritto affatto per i pazienti oncologici a rischio nutrizionale.

Calo ponderale, cachessia e sarcopenia caratterizzano la malnutrizione correlata al cancro. La malnutrizione è il risultato di una insufficiente assunzione di nutrienti che porta non solo alla perdita di peso ma anche a modificazioni della composizione corporea, in particolare della massa muscolare, che in ultima analisi portano a una riduzione della funzione fisica.

I pazienti affetti da neoplasia possono inizialmente sperimentare una perdita dell'appetito dovuta a segnali di appetito alterati, insieme ad una sintomatologia che può compromettere la normale assunzione alimentare, ad esempio ulcere nel cavo orale, diarrea, vomito, dolore, occlusioni intestinali o malassorbimento.

In aggiunta il tumore innesca una condizione infiammatoria sistemica alimentata da citochine e fattori di derivazione tumorale coinvolti in una serie di alterazioni metaboliche che contribuiscono alla perdita di

massa muscolare, che avviene anche o nonostante il paziente sia in grado di assumere alimenti in maniera adeguata; ciò inevitabilmente conduce alla comparsa di un quadro di cachessia che è tipico delle forme avanzate di tumore.

La presenza di sarcopenia è stata associata ad un maggior rischio di morte in pazienti con neoplasia a partenza da: vie biliari (HR 2.10), colon-retto (HR 1.34 p=0.10), stomaco (HR 2.12), esofago (HR 1.68), cavo orale (HR 1.93), pancreas (HR 1.50), reni (HR 1.83), prostata (HR 1.44), NsclC (Non-Small Cell Lung Cancer) (a 1 anno OR 2.44; a 2 anni OR 1.60), ovaio (a 5 anni HR 1.35).

Una minore sopravvivenza libera da recidiva (Rfs) è stata associata alla presenza di sarcopenia in pazienti affetti da carcinoma delle vie biliari (HR 2.18) e del pancreas (HR 1.28). Inoltre, una peggiore sopravvivenza libera da malattia (Dfs) è stata associata alla presenza di sarcopenia in pazienti affetti da carcinoma dell'esofago (HR 1.97), e in pazienti con carcinoma del cavo orale (HR 1.79).

Nonostante la natura osservazionale della maggior parte degli studi disponibili, questi evidenziano come sia di importanza fondamentale poter identificare precocemente e

monitorare la composizione corporea nei pazienti oncologici, al fine di prevenire e/o trattare adeguatamente la sarcopenia.

Le metodiche di valutazione della composizione corporea

L'introduzione di metodi strumentali per la valutazione della composizione corporea, tra cui la tomografia computerizzata, ha facilitato la comprensione della reale prevalenza della cachessia, che colpisce il 50-80% dei pazienti oncologici, e della sarcopenia, presente nel 20-70% a seconda del tipo di tumore. La composizione corporea può essere valutata anche con altre metodiche quali la DEXA (densitometria ossea a doppia energia) e la bioimpedenziometria. È importante sottolineare che il deterioramento muscolare si verifica anche nei pazienti oncologici in sovrappeso e obesi, in cui l'eccesso ponderale "nasconde" tale condizione. Nell'ambito delle neoplasie, la perdita di massa muscolare rappresenta un fattore prognostico negativo indipendentemente dall'indice di massa corporea, aumentando il rischio di tossicità da chemioterapia, riducendo il tempo alla progressione del tumore, peggiorando gli esiti chirurgici e la funzione fisica ed aumentando la mortalità.

Tempi e modalità per lo screening del rischio nutrizionale

Lo screening del rischio nutrizionale dovrebbe essere eseguito al momento della diagnosi, ripetuto sistematicamente ad ogni visita ambulatoriale ed entro 48 ore dal ricovero in ospedale. Nei pazienti destinati a interventi chirurgici risultano utili, come evidenziato da alcuni studi, interventi nutrizionali preoperatori basati sull'adozione di



supplementi orali; in linea di massima l'intervento nutrizionale preoperatorio parrebbe efficace nell'evitare cali di peso significativi.

La necessità di un approfondito monitoraggio nutrizionale e l'adozione di strategie nutrizionali di supporto si estendono anche nel periodo postoperatorio, momento della vita del paziente caratterizzato da una significativa perdita di peso corporeo (entro 3-7 giorni al momento della dimissione).

Aumentano i rischi di tossicità da chemioterapici

Nei pazienti in trattamento chemioterapico è comune il riscontro, al momento dello screening nutrizionale, di un basso indice di massa muscolare scheletrica (Smm) e dell'indice di densità muscolare scheletrica (Smd). Studi osservazionali mostrano che valori bassi sono elementi che condizionano un maggior rischio di tossicità ematologica da chemioterapia, mentre valori molto alti non hanno dimostrato correlazioni significative con un maggiore rischio. Emerge come fondamentale quindi il monitoraggio di questi parametri in corso di trattamenti chemioterapici.

Il supporto nutrizionale dovrebbe

essere specifico per ogni paziente, basato sulle condizioni nutrizionali e cliniche, sui trattamenti oncologici pianificati e l'esito atteso. Esso dovrebbe includere il counseling nutrizionale, con la possibilità di utilizzare i supplementi nutrizionali orali e/o la nutrizione artificiale in base alla valutazione, ed assicurare uno stretto monitoraggio dell'assunzione alimentare spontanea, della tolleranza e dell'efficacia. Il supporto nutrizionale e le modificazioni dietetiche dovrebbero aiutare a mantenere o recuperare lo stato nutrizionale attraverso l'incremento o la conservazione dell'apporto calorico-proteico. Queste nuove linee guida Aiom rappresentano un passo fondamentale nell'evoluzione dell'approccio globale alla gestione dei pazienti oncologici ed hanno l'obiettivo di migliorare i risultati clinici, la qualità della vita dei pazienti e l'efficienza del sistema sanitario attraverso l'implementazione di cure nutrizionali appropriate e tempestive.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del documento sulle linee guida