

Malnutrizione nel paziente oncologico

Riconoscimento precoce e pronto intervento

Il 40-80% dei casi presenta qualche disturbo nutrizionale: scarso appetito, ridotto introito calorico, perdita di peso. Il 30% è malnutrito al momento della diagnosi e il 20% si ritiene che muoia per malnutrizione piuttosto che per gli effetti diretti della neoplasia. Il medico di Medicina generale figura chiave per un supporto agli specialisti nell'individuare soggetti a rischio e chiedere una consulenza nutrizionale

Nicola Miglino

La malnutrizione, riscontrata nel 30% circa dei casi già alla diagnosi, è un'emergenza nell'emergenza oncologica che, secondo studi internazionali, impedisce al 20% circa dei pazienti di superare la malattia in ragione delle gravi conseguenze che essa ha sul regolare percorso terapeutico.

Da qui il richiamo degli specialisti verso tutti gli operatori sanitari, a partire dai medici di Medicina generale, a guardare con occhio attento allo stato nutrizionale del proprio assistito durante il suo percorso di cura e, nel caso, a indirizzarlo verso una consulenza con esperti di nutrizione clinica.

Ne abbiamo parlato con **Riccardo Caccialanza**, direttore Uoc di Dietetica e Nutrizione clinica all'Irccs Policlinico San Matteo di Pavia, prima firma di un documento di aggiornamento sulle raccomandazioni nutrizionali per il paziente oncologico pubblicato di recente sul *Journal of cancer* dal Gruppo di lavoro intersocietario italiano che vede riuniti Aiom (Associazione italiana oncologia medica), Sinpe (Società italiana nutrizione artificiale e metabolismo), Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), Sico (Società italiana di chirurgia oncologica), Asand (Associazione scientifica alimentazione, nutrizione e dietetica) e Fnopi (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche).

? Dr. Caccialanza, quali sono i rischi di un'alimentazione non adeguata in corso di malattia tumorale?

Nella maggior parte dei casi, ricevere nutrienti in modo inappropriato o insufficiente si rivela un fattore di rischio ormai appurato per quanto riguarda il prolungamento della permanenza in ospedale dopo gli interventi chirurgici, l'aumento delle complicanze postoperatorie, l'incremento del rischio di sviluppare tossicità durante i trattamenti, la conseguente necessità di interromperli o ridurre l'intensità con potenziale riduzione dei tassi di risposta, l'aumento della mortalità e il peggioramento dello stato funzionale e della qualità di vita.

? Il calo ponderale non va considerato una conseguenza "normale" in corso di malattia oncologica?

Assolutamente no. Non è più così. È cambiato l'approccio alla progressiva perdita di peso del paziente oncologico. Si tratta di un aspetto che si dava per scontato



Riccardo Caccialanza
Direttore Uoc di Dietetica
e Nutrizione clinica all'Irccs
Policlinico San Matteo di Pavia

Test per l'identificazione dei pazienti oncologici a rischio di malnutrizione*(Adattati da ESPEN guidelines for Nutrition Screening 2002, J.Kondrup, Clin Nutr 2003; 22, 4: 415-421)*

Cognome e Nome Data di Nascita / /

Recapito Telefonico Data di valutazione / /

Screening preliminare		SI	NO
1	Il BMI (Kg/m ²) è < 20?		
2	Il Paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?		
3	Il Paziente ha ridotto l'alimentazione?		
4	Il paziente è molto grave?		

Se una risposta è "Si" passare allo screening completo

Screening Completo**A. Alterazione dello stato nutrizionale**

Punteggio	Stato nutrizionale		Alimentazione nell'ultima settimana
0	Normale • Perdita di peso < 5% del peso corporeo negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20	e	Invariata o solo leggermente diminuita
1	Lieve • Perdita di peso ≥ 5% del peso corporeo negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20	o	Diminuita moderatamente
2	Moderata • Perdita di peso ≥ 5% del peso corporeo negli ultimi 3 mesi o BMI 18.5-19.9 in paziente debilitato	o	Diminuita sensibilmente
3	Grave • Perdita di peso ≥ 5% del peso corporeo nell'ultimo mese o ≥10% negli ultimi 3 mesi o BMI < 18.5 in paziente debilitato	o	Quasi nulla

B. Gravità e Malattia (fabbisogni aumentati)

Punteggio	Esempi di patologie
0	Normale • Patologie assente
1	Lieve • Paziente con patologia cronica (cirrosi, BPCO, dialisi, diabete, <i>Oncologici</i>) • Paziente con complicanze acute di grado moderato
2	Moderato • Chirurgia addominale maggiore, stroke, polmonite grave
3	Grave • Trauma cranico, Trapianto di midollo osseo

Valutazione finale:

A. Valutazione dello stato nutrizionale (0 -3)	
B. Gravità di malattia (0 - 3)	
Aggiungere 1 punto se età > 70 anni	
Punteggio Totale	

Indicazioni

Punteggio < 3 = rivalutare il paziente periodicamente

Punteggio ≥ 3 = paziente a rischio: inviare a consulenza nutrizionale

FIRMA Medico compilatore

.....

e che per questo motivo veniva assunto come secondario rispetto alla patologia. Se è vero che in molti casi non è possibile evitarlo completamente, è altrettanto vero che si può intervenire per prevenire o contenere il fenomeno. Gli sviluppi della ricerca, però, ci dicono tanto altro: per esempio, quanto sia importante ragionare in termini di massa muscolare e composizione corporea, fattori chiave per una più efficace risposta alle terapie.

? **Quali suggerimenti possiamo dare per l'inquadramento diagnostico?**

Per una prima valutazione, anche da arte del medico di Medicina generale, non c'è bisogno di test particolarmente approfonditi. Basta pesare la persona, chiederle se sta perdendo peso o se ha difficoltà a mangiare. Già questo sarebbe un aiuto nell'intercettare un bisogno e chiedere il supporto dello specialista in nutrizione, cui spetteranno esami più specifici sulla composizione corporea.

? **Quali sono le carenze nutrizionali più importanti e quali interventi suggerire?**

Le priorità riguardano soprattutto il garantire un adeguato apporto calorico-proteico e di liquidi attraverso un counseling nutrizionale che tenga conto sia delle condizioni del paziente in relazione, per esempio, sia agli effetti collaterali delle terapie, sia, ovviamente dei suoi gusti. Se gli interventi dietetici non si rivelano sufficienti, può essere preso in considerazione il ricorso a supplementi nutrizionali orali, afferenti alla categoria dei cosiddetti

alimenti a fini medici speciali e prescrivibili solo da personale medico: in alcune regioni possono essere forniti gratuitamente ai pazienti, in attesa che si riesca a inserirli nei livelli essenziali di assistenza.

L'impiego di prodotti a base di aminoacidi essenziali o leucina ad alte dosi hanno dimostrato la capacità di migliorare la sintesi proteica a livello muscolare, contrastando processi sarcopenici così come altri, a base di Omega-3, possono migliorare l'appetito e ridurre la perdita di peso. Infine, c'è la nutrizione artificiale, enterale se a livello intestinale tramite sonde o parenterale se per via venosa attraverso cateteri. Non va vista come uno strumento di fine vita ma è una terapia fondamentale e, quando necessario, da iniziare il più celermente possibile.

? **Una delle novità di questi ultimi anni è la preparazione nutrizionale all'intervento chirurgico oncologico. Di che si tratta?**

L'intervento chirurgico determina un trauma che produce infiammazione sistemica e l'esito e il recupero sono strettamente correlati allo stato nutrizionale del paziente, tanto che in questi ultimi anni sono stati elaborati protocolli che includono uno screening nutrizionale perioperatorio. L'immunonutrizione preoperatoria si è dimostrata in grado, per esempio, di modificare il microambiente tumorale in pazienti sottoposti a chirurgia dell'apparato gastroenterico, migliorando i risultati clinici nel medio-lungo termine, riducendo il periodo di degenza e i costi sanitari, con un

rapporto costi-benefici assolutamente vantaggioso.

? **Quali sono, in conclusione, le criticità ancora da risolvere in quest'ambito?**

Abbiamo poche strutture di nutrizione clinica in Italia e poco personale. Sono necessari investimenti a livello nazionale. Serve una rivoluzione. C'è troppa sproporzione tra necessità e risorse investite. Bisogna fare uno sforzo per non disperdere questo patrimonio scientifico e culturale che vede l'Italia seconda a nessun paese al mondo. Gli ultimi dati della Società europea di nutrizione clinica e metabolismo parlano di 170 miliardi di euro bruciati in Europa ogni anno per le complicanze dovute a malnutrizione nel paziente oncologico. L'approccio nutrizionale è divenuto fondamentale per migliorare tutti gli outcome clinici e quest'aspetto è emerso con chiarezza anche dalle recenti raccomandazioni che abbiamo pubblicato su *Journal of cancer* secondo le quali è necessario anticipare la presa in carico del paziente senza per questo medicalizzare o essere invasivi. L'obiettivo, conseguibile anche con una corretta campagna informativa, infatti, è mettere il malato nelle condizioni di auto monitorarsi e di gestire, quantomeno, le prime necessità.

BIBLIOGRAFIA

- Caccialanza et al. *Nutritional support in cancer patients: update of the Italian intersociety working group practical recommendations*, *Journal of cancer* 2022; 13 (9): 2.705-2.716.