

Comitato etico per la pratica clinica  
**La malattia oncologica e l'alimentazione**  
26 maggio 2017

# L'alimentazione nei malati di tumore

**Vittorina Zagonel**

Oncologia Medica 1,

Comitato etico per la pratica clinica IOV e AOPD

Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padova



# Cancro e nutrizione

- **Prevalenza**
- **Cause**
- **Effetti della malnutrizione**
- **Come misurarla**
- **Valutazione nutrizionale**
- **Che cosa si fa a livello nazionale**
- **Che cosa si fa allo IOV**



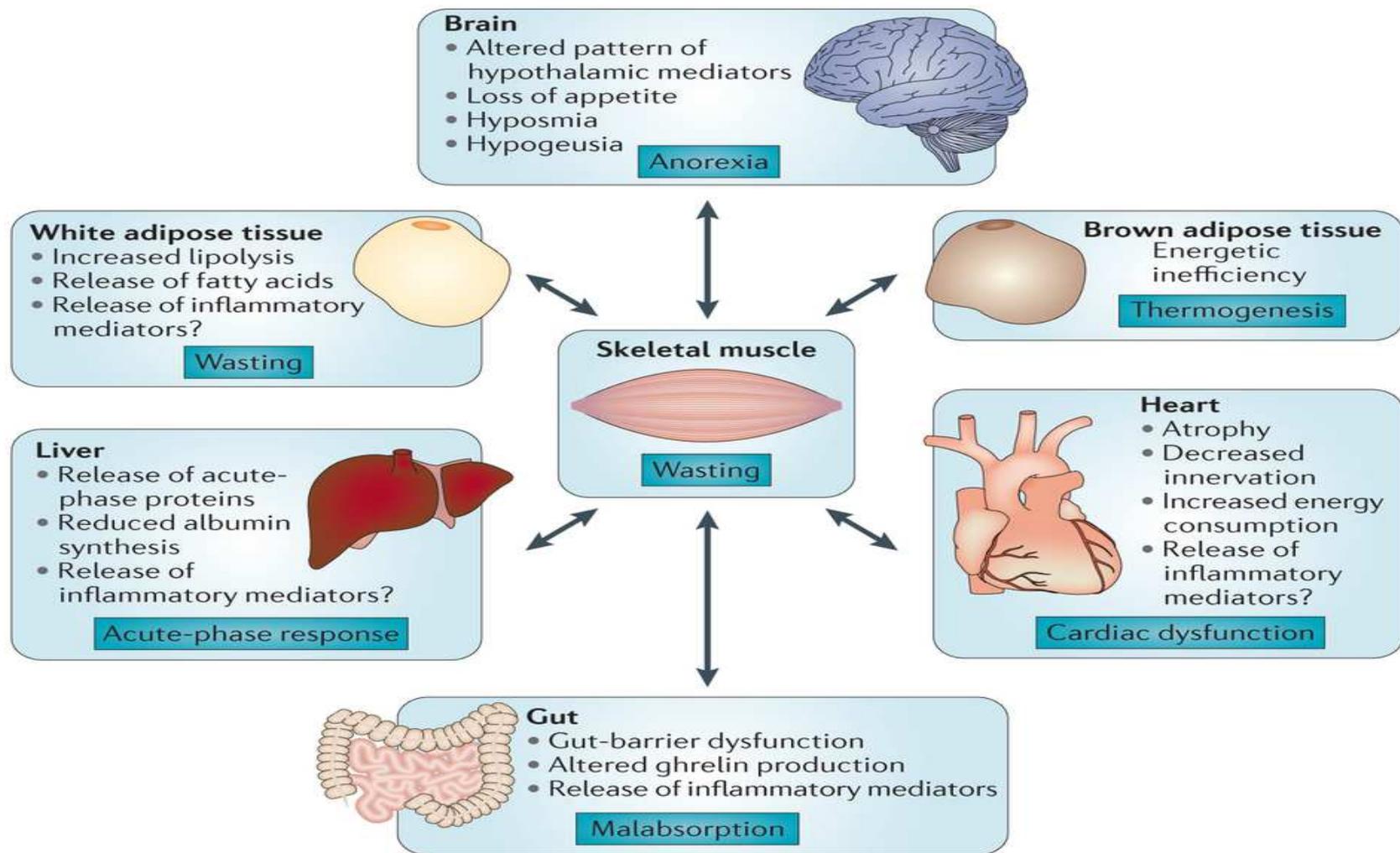


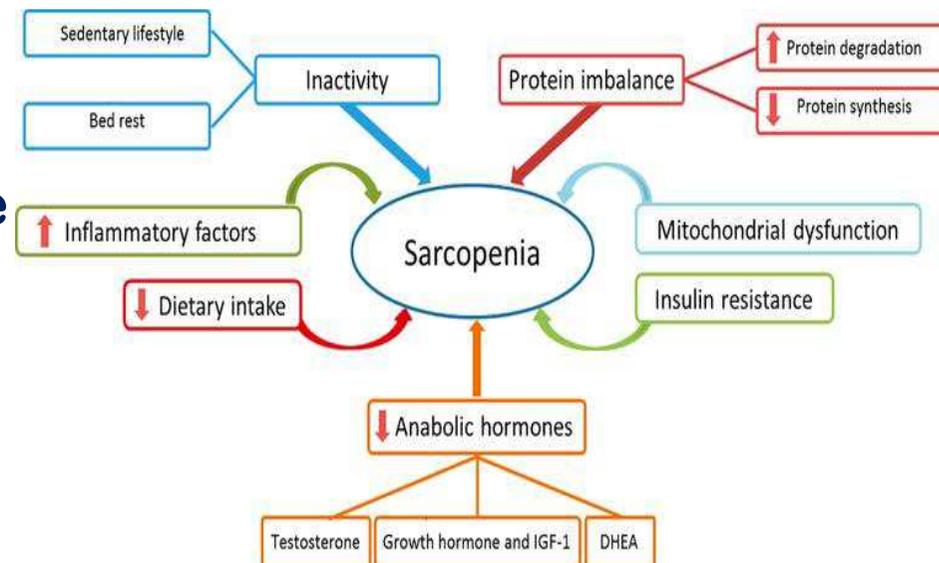
Figure 4 | **Cachexia as a multi-organ syndrome.** In addition to skeletal muscle and adipose tissue, other organs are affected by the cachectic process. In fact, the wasting that takes place in muscle could well be dependent on alterations in other organs or tissues, such as white adipose tissue (see the main text). Abnormalities in heart function, alterations in liver protein synthesis, changes in hypothalamic mediators and activation of brown adipose tissue are also involved in the cachectic syndrome.

# Definizioni

➤ **Malnutrizione:** perdita di peso inferiore al 5%

➤ **Cachessia:** calo di peso superiore al 5% o BMI inferiore a 20, con calo di peso tra 2-5%

➤ **Sarcopenia**  
Perdita di massa muscolare



# Cause di malnutrizione

1

- **TUMORE:** citochine pro-infiammatorie e ormoni  
Tipo, sede, estensione del tumore

2

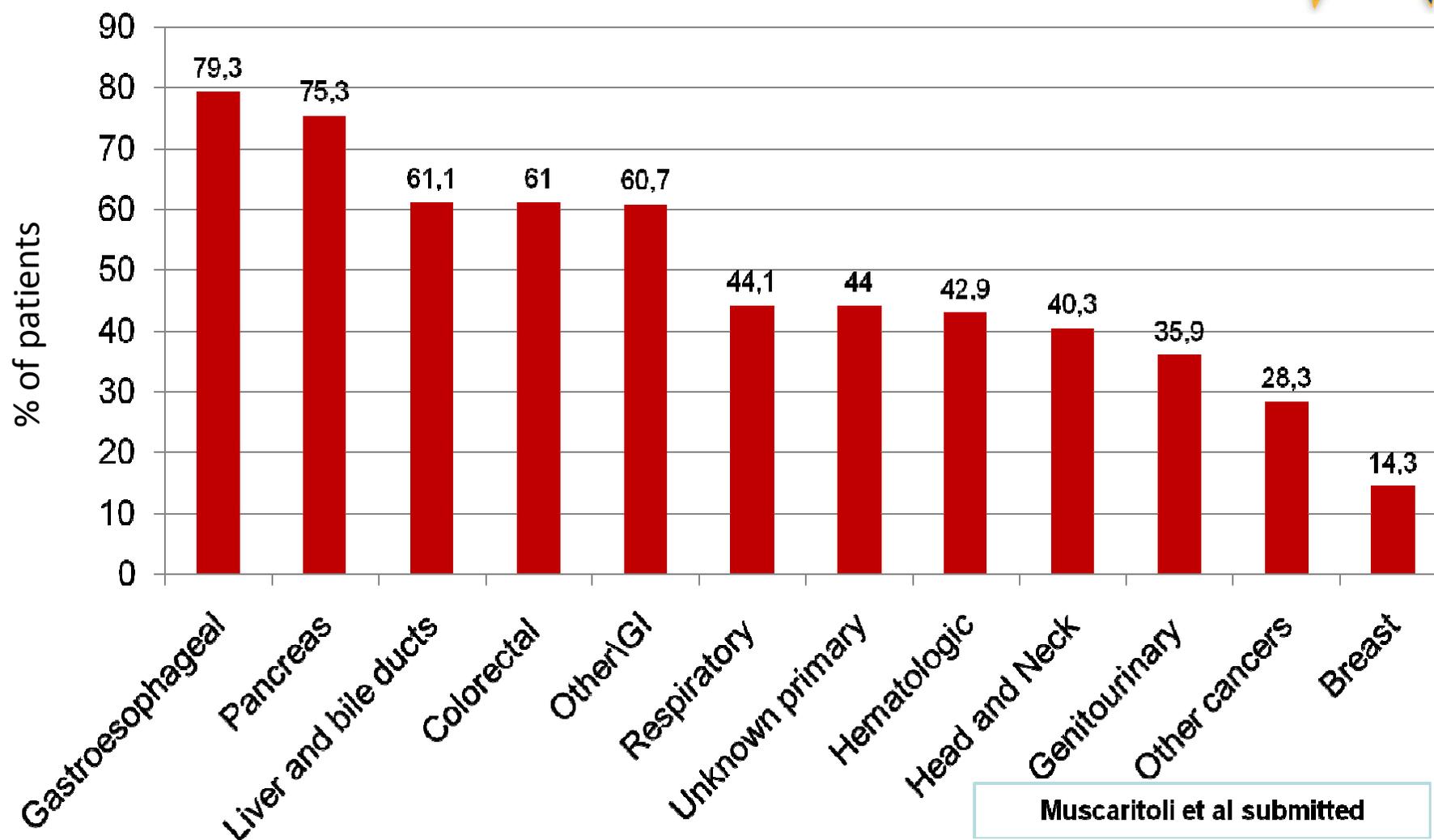
- **TERAPIE:** chirurgia, radioterapia, chemioterapia, terapie targeted

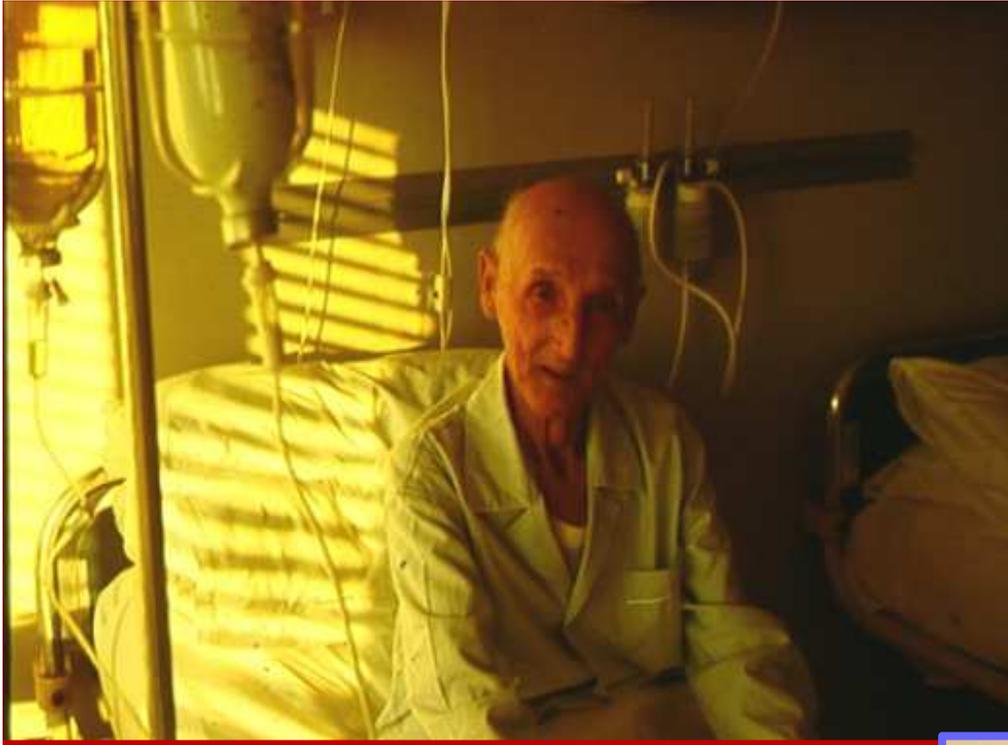
3

- **PAZIENTE:** età, genere, comorbidità, abitudini alimentari, condizione sociale, depressione, caregiver, etc



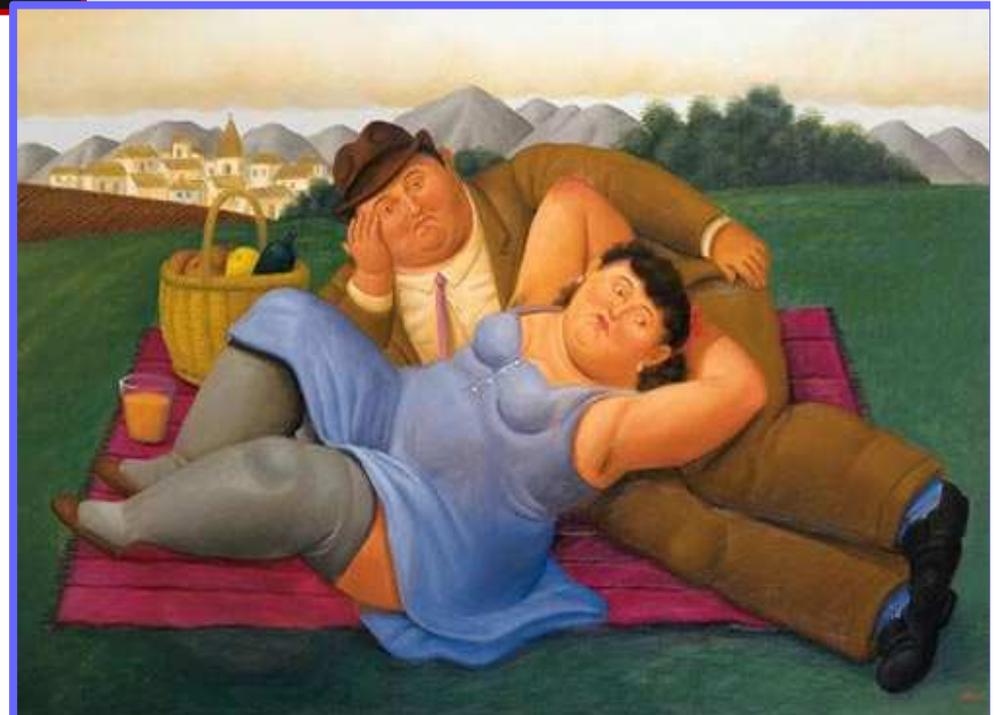
# Indagine condotta nei day-hospital oncologici (anno 2012, in 1952 pazienti)





**Cachexia**

**Obesità**



# Dimensione del problema

- Il calo di peso è uno dei sintomi più frequenti che si accompagnano all'insorgenza del tumore, e che peggiora con il progredire della malattia.
- La malnutrizione è presente nel 50-60% dei pazienti, secondo il tipo di tumore e stadio
- La cachessia è un fattore prognostico predittivo di mortalità.

# Sintomi frequenti in tumori gastrointestinali

- **disfagia**
- **nausea/vomito**
- **malassorbimento**
- **sub-occlusione/occlusione**
- **mucosite, diarrea**
- **dolore**
- **cachessia (nel 50% dei pazienti)**
- **tossicità tardive**

# **Gli effetti della malnutrizione**

- **Immunodepressione**
- **Incremento rischio tossicità dei trattamenti**
- **Peggioramento della qualità di vita**
- **Aumentato rischio di infezioni**
- **Ritardo nella guarigione delle ferite**
- **Ricoveri prolungati**
- **Rischio elevato di ri-ospedalizzazione**
- **Riduzione della aspettativa di vita**
- **Aumento dei costi sanitari**

# Diete

**NESSUNA DIETA  
GUARISCE DAL CANCRO !!**



- E' necessario assicurare un adeguato apporto calorico ai malati oncologici, per effettuare e portare a termine il trattamento più opportuno
- Qualsiasi prodotto assunto in concomitanza di trattamenti oncologici può interferire negativamente e causare peggioramento della tossicità dei farmaci chemioterapici.

# Non solo calorie...

- Il significato sociale del cibo e del mangiare insieme
- Il ruolo “terapeutico” del cibo, segno di gioia, di condivisione
- Il valore del cibo per il malato oncologico (se ho voglia di mangiare ,vuol dire che sto bene)
- Le implicazioni del calo di peso per la scelta del trattamento oncologico



# Cibo e Cancro

- In corso di trattamento è importante garantire al paziente un adeguato apporto di calorie, **evitando restrizioni dietetiche**, nella consapevolezza che il significato del cibo, per un malato di tumore, va ben oltre la copertura di un fabbisogno calorico.
- **Mangiare diventa spesso una sfida contro il cancro**, il desiderio di **riappropriarsi e riassaporare il gusto della vita**, la gioia di vivere, i ricordi felici, l'incontro in famiglia e tra amici.
- Il cibo può così diventare uno **strumento di accudimento** e di **protezione** nei confronti di un familiare malato.

# Cibo e Cancro

- E' fondamentale educare il malato e la sua famiglia a valorizzare il **cibo come elemento strategico che, attraverso ricordi piacevoli e abitudini familiari, può favorire un recupero in termini di qualità della vita e di relazioni sociali.**
- E' necessario valorizzare quelle abitudini alimentari ricche di ricordi e di piacevoli significati, che la diagnosi di tumore spesso allontana dal vissuto quotidiano del paziente.

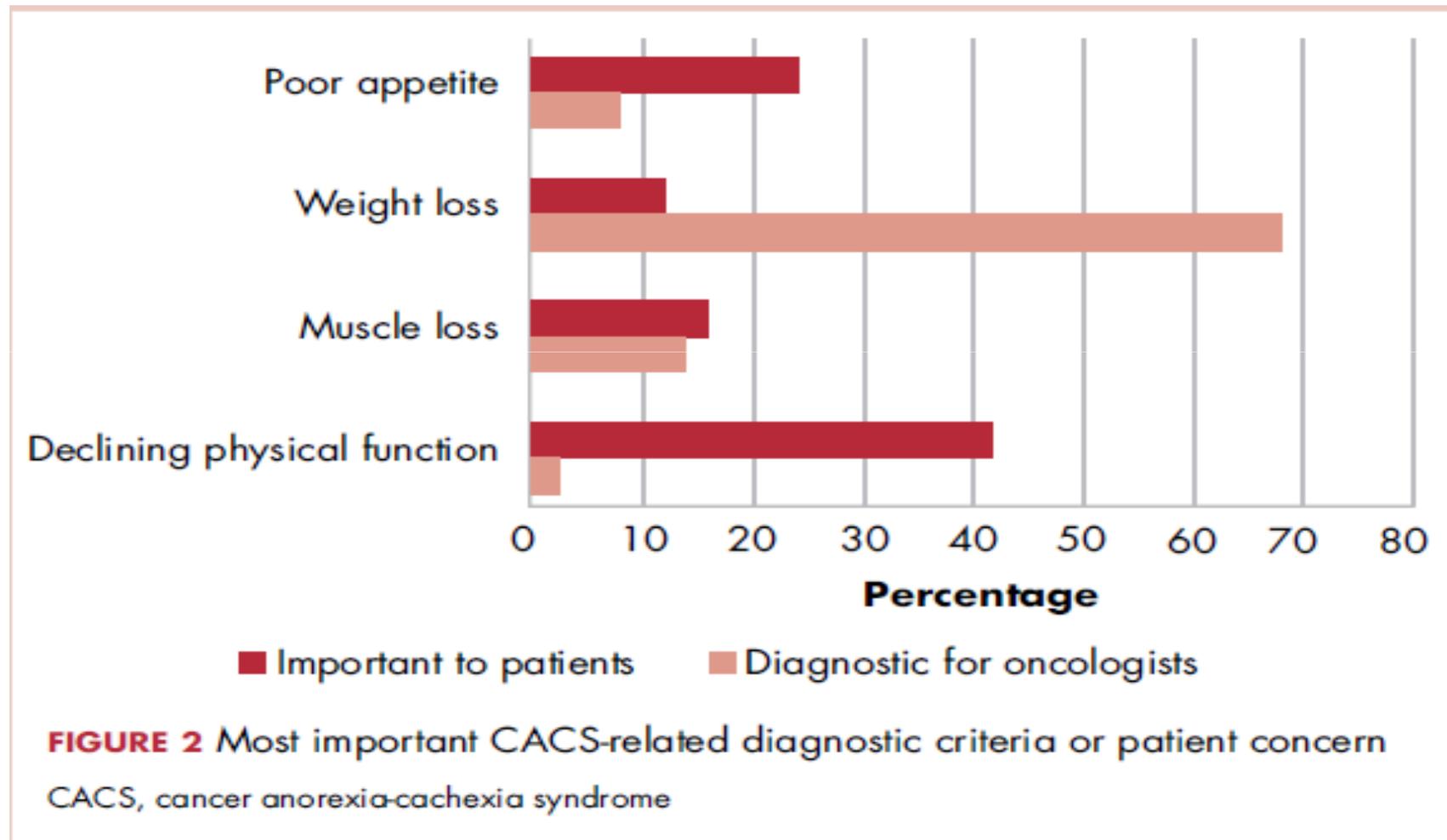
# Ruolo terapeutico del cibo



## SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI



# I diversi punti di vista



# Consigli pratici

- **Pasti piccoli e frequenti, anche se non si ha fame**
- **Privilegiare cibi ipercalorici e iperproteici**
- **In presenza di disfagia, preferire cibi semiliquidi o liquidi**
- **Evitare i sapori e gusti forti**
- **Frequenti spuntini (frutta fresca o secca, grana padano, cioccolata, gelato, barrette, yogurt, budini, etc.)**
- **Assumere i liquidi lontano dai pasti**
- **Evitare di distendersi dopo mangiato**



## **Indagine tra le oncologie d'Italia**

- Scarsa sensibilità degli oncologi al problema**
- Scarsa collaborazione tra oncologi e nutrizionisti**
- Discreta presenza (65%) dei servizi**
- Nel 49% utilizzati solo su richiesta del paziente**
- Per il 95% degli oncologi intervistati, lo stato nutrizionale risulta decisivo/cruciale per la scelta del trattamento oncologico.**



- Indagine nelle oncologie italiane
- Posizione AIOM-SINPE
- Formazione convegni itineranti e sessione dedicata al congresso nazionale
- Carta dei diritti del malato oncologico
- Divulgazione di ciò che è utile per il malato



# Criticità nella gestione del supporto nutrizionale

## Come intervenire?

- **Formazione all'oncologo e al paziente**
- **Utilizzare nella pratica clinica strumenti validati e condivisi**
- **Integrare le attività, modificando l'organizzazione**
- **Verificarne l'applicazione e gli esiti**



*Journal of Cancer* 2016, Vol. 7

131



*Journal of Cancer*

2016; 7(2): 131-135. doi: 10.7150/jca.13818

Review

# Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE)

Riccardo Caccialanza<sup>1</sup>✉, Paolo Pedrazzoli<sup>2</sup>, Emanuele Cereda<sup>1</sup>, Cecilia Gavazzi<sup>3</sup>, Carmine Pinto<sup>4</sup>, Agostino Paccagnella<sup>5</sup>, Giordano Domenico Beretta<sup>6</sup>, Mariateresa Nardi<sup>7</sup>, Alessandro Laviano<sup>8</sup> and Vittorina Zagonel<sup>9</sup>

# Position paper AIOM-SINPE

- I pazienti a rischio nutrizionale devono ricevere una valutazione da parte di un medico nutrizionista, e personale dei servizi di nutrizione con documentata esperienza di pazienti oncologici.
- Il supporto nutrizionale deve essere tempestivo e personalizzato, in base alle condizioni nutrizionali, allo stato clinico, ai trattamenti previsti e ai risultati attesi.

# Counseling nutrizionale

---

## Chi?

- pazienti malnutriti o a medio-alto rischio nutrizionale
- pazienti a rischio nutrizionale per sede di malattia (capo-collo, upper GI)

## Quando?

- a intervalli regolari per tutta la durata dei trattamenti oncologici

## Cosa monitorare?

- dati antropometrici
- composizione corporea con bioimpedenziometria (BIA)
- parametri biumorali (albumina e prealbumina)
- analisi degli introiti

## Come intervenire?

- 1) counseling nutrizionale
- 2) counseling nutrizionale + supplementi nutrizionali orali (ONS)
- 3) nutrizione artificiale supplementare o totale



# Obiettivi del counseling



- garantire la copertura dei fabbisogni nutrizionali
- prevenire o arrestare il calo ponderale  
mantenere la massa magra (FFM)
- migliorare la tolleranza ai trattamenti  
(gestione dei sintomi CT/RT correlati)
- migliorare la qualità di vita

# Oncologo e Nutrizionista: quale collaborazione?



➤ **Supporto nutrizionale all'interno di una presa in carico del paziente condivisa, per migliorarne la qualità della vita, l'adesione ai trattamenti, e ritardare il più possibile lo stato di cachessia.**



Rete Oncologica Veneta

ROMA, PROVINCIA, ASSISTENZA

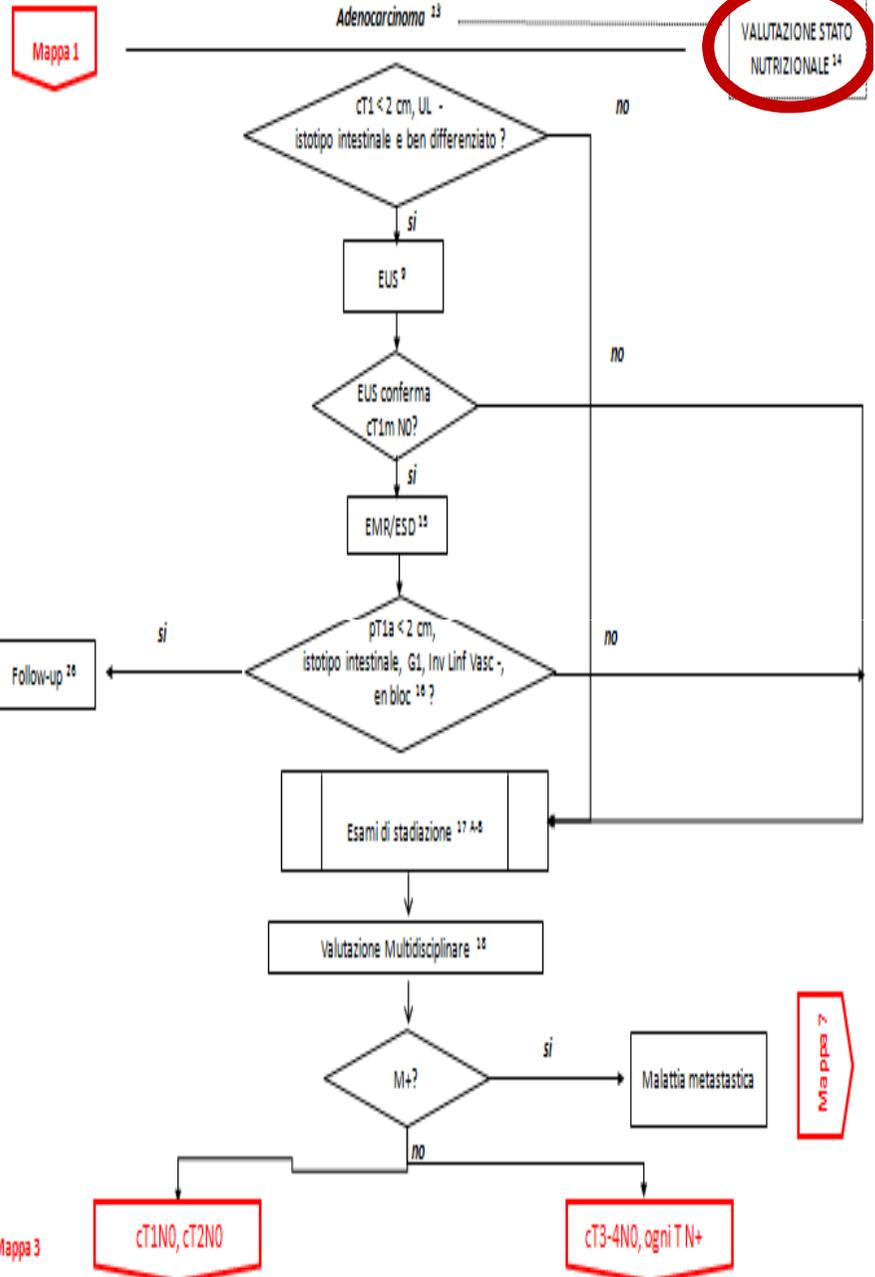


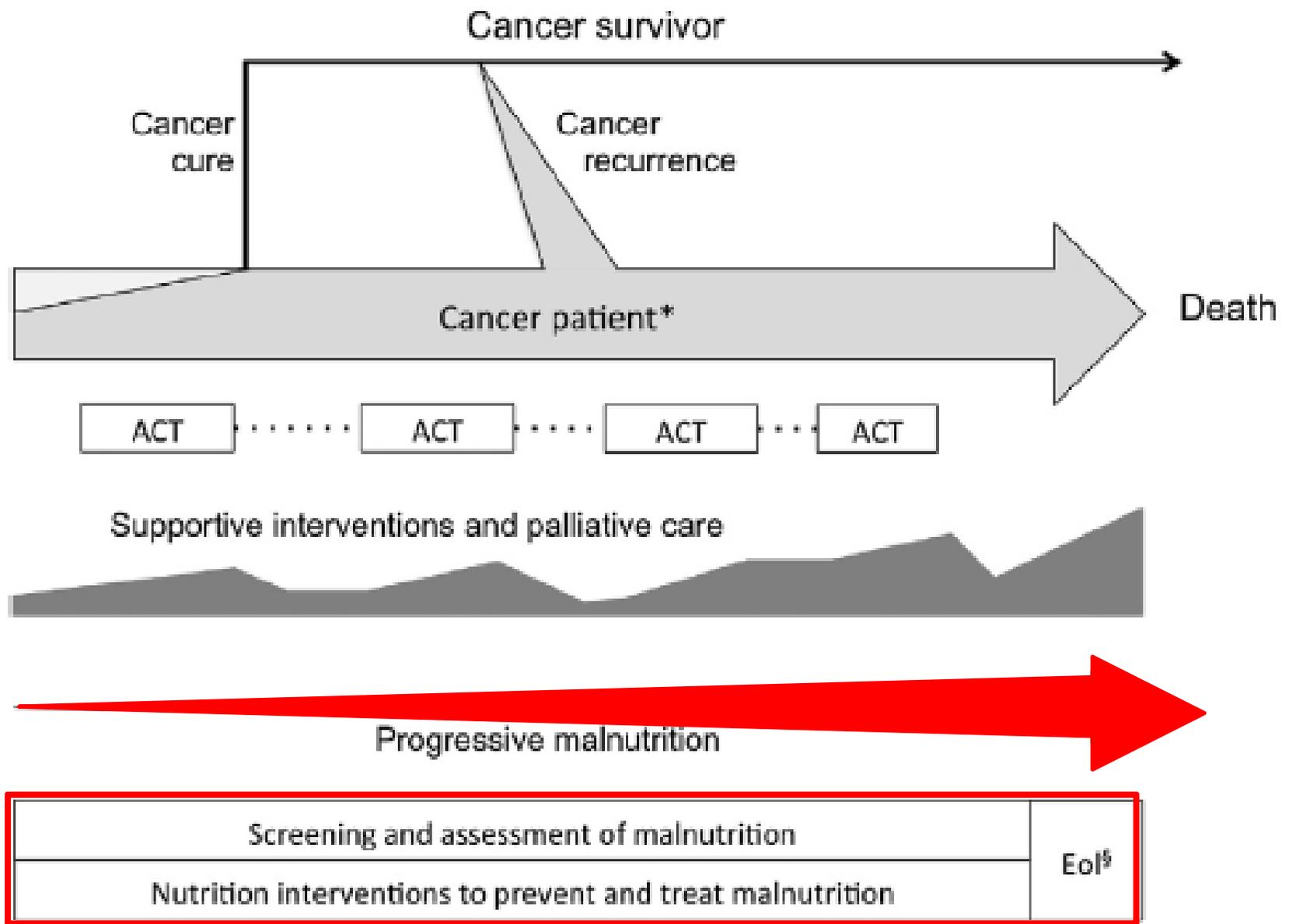
# Proposta di PDTA per pazienti affetti da adenocarcinoma gastrico

11 Novembre 2016 – PADOVA

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Giovanni de Manzoni, Fabio Farinati, Donato Nitti





# CURE SIMULTANEE

(insieme, nello stesso momento, contemporanee)  
**NON Parallele**



“Quelli che  
camminano su  
strade diverse  
non chiedono  
consigli l’uno  
all’altro”

*Confucio*



Regione del Veneto

# CURE SIMULTANEE ALLO IOV

(2013)



- 2 ambulatori/settimana paz. in dh/amb;  
2 briefing /settimana pazienti ricoverati.
- Presenti: oncologo, palliativista,  
nutrizionista, psicologo, case manager.
- Condivisione di strumenti x valutare  
distress, sintomi, consapevolezza,  
supporto familiare.
- Attivazione dei servizi domiciliari sulla  
base di bisogni/prognosi/caregiver.
- Condivisione di procedure, PDTA ,  
programmi di formazione, coinvolti  
anche gli specializzandi di oncologia.

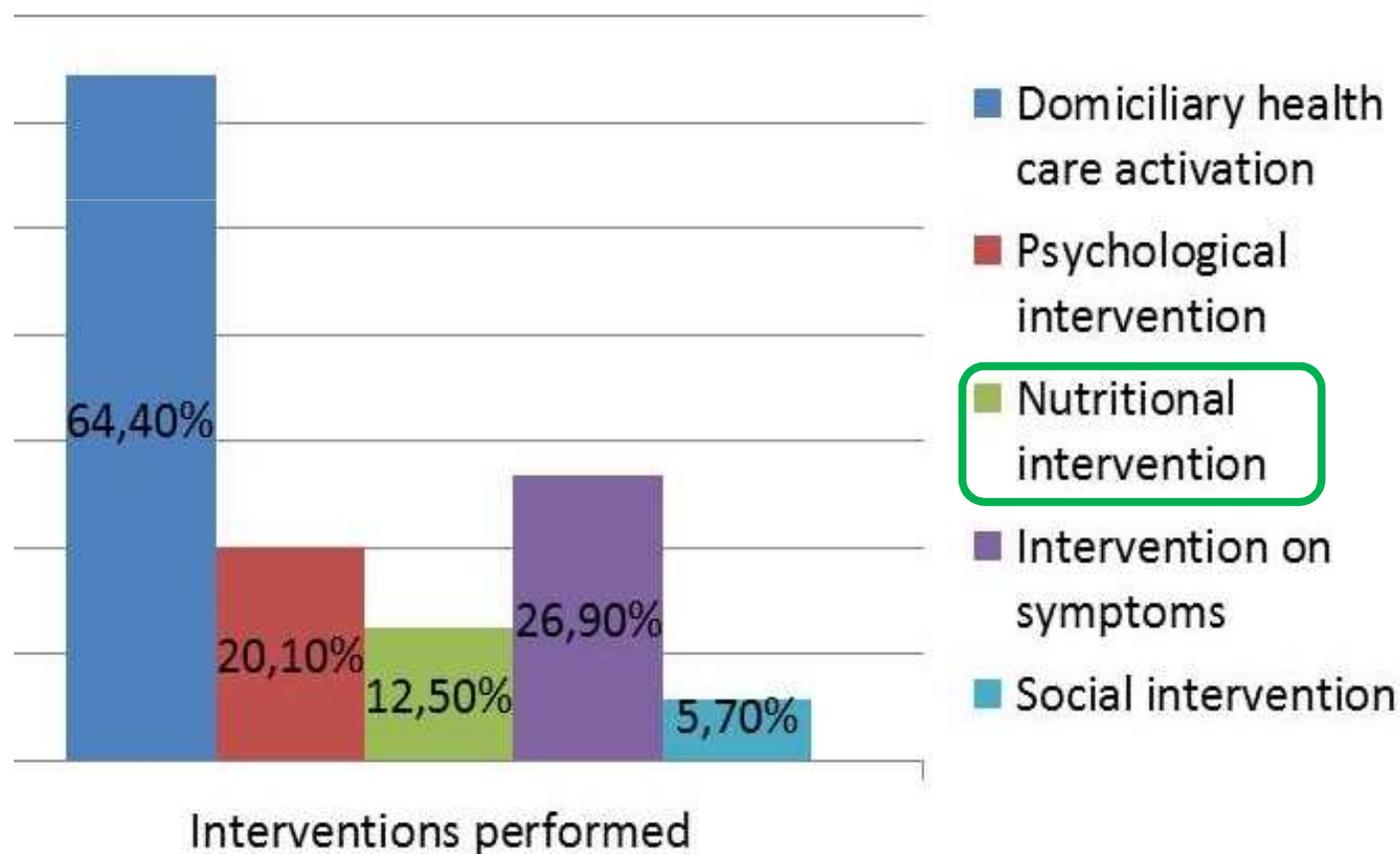


# Ambulatorio di Cure Simultanee visita:

- **Somministrazione termometro del distress**
- **Inquadramento dello stato fisico del paziente (PS, MUST, ESAS, EO)**
- **Inquadramento psiconcologico (consapevolezza, ansia, depressione, capacità di coping, risorse familiari, altre criticità emotive)**
- **Decisioni e prescrizioni (presa in carico psicologica paziente o familiare, terapia del dolore, terapia sintomatica, pianificazione controlli, compilazione SVAMA, segnalazione delle criticità ai MMG, o Servizi Sociali)**
- **Feedback all'oncologo inviante**

# Ambulatorio di Cure Simultanee IOV

## Tipologie di intervento (attività 2014-2016 in 530 pazienti)



# Supporto nutrizionale nel setting palliativo

- In relazione alla prognosi
- In relazione al singolo paziente
- Indicato se è in grado di alleviare la sofferenza del malato
- Nella fase avanzata-terminale l'uso routinario non ha dimostrato di migliorare la qualità della vita, nè la sopravvivenza dei pazienti.