



LA NUTRIZIONE NEL PAZIENTE NEOPLASTICO AVANZATO

Daniela Domeniconi

Direttore SC Dietetica e Nutrizione Clinica AO S.Croce e Carle CUNEO

**Chi è il paziente neoplastico
avanzato ?**

**Quale ruolo ha la
nutrizione in questo
paziente?**

Pazienti in fase non terapeutica

Pazienti che hanno esaurito ogni forma di terapia antineoplastica con intento curativo e con aspettativa di vita variabile da poche settimane a diversi mesi.

- *“Il termine **incurabili** identifica meglio di **terminali** i pazienti non più in area terapeutica che possono beneficiare della nutrizione artificiale.*

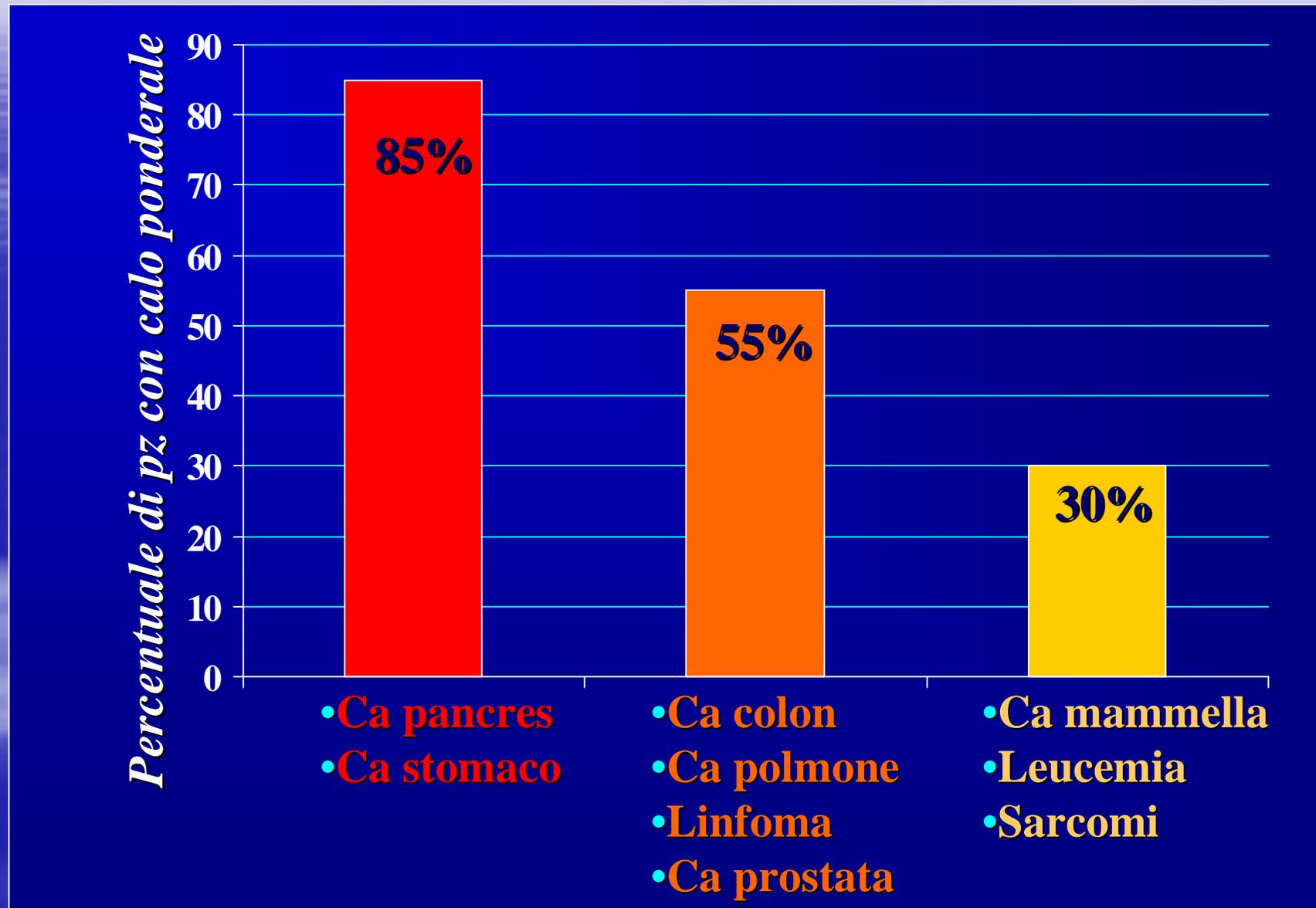
Non tutti i pazienti oncologici incurabili sono terminali mentre tutti i pazienti terminali sono incurabili dal punto di vista oncologico.”

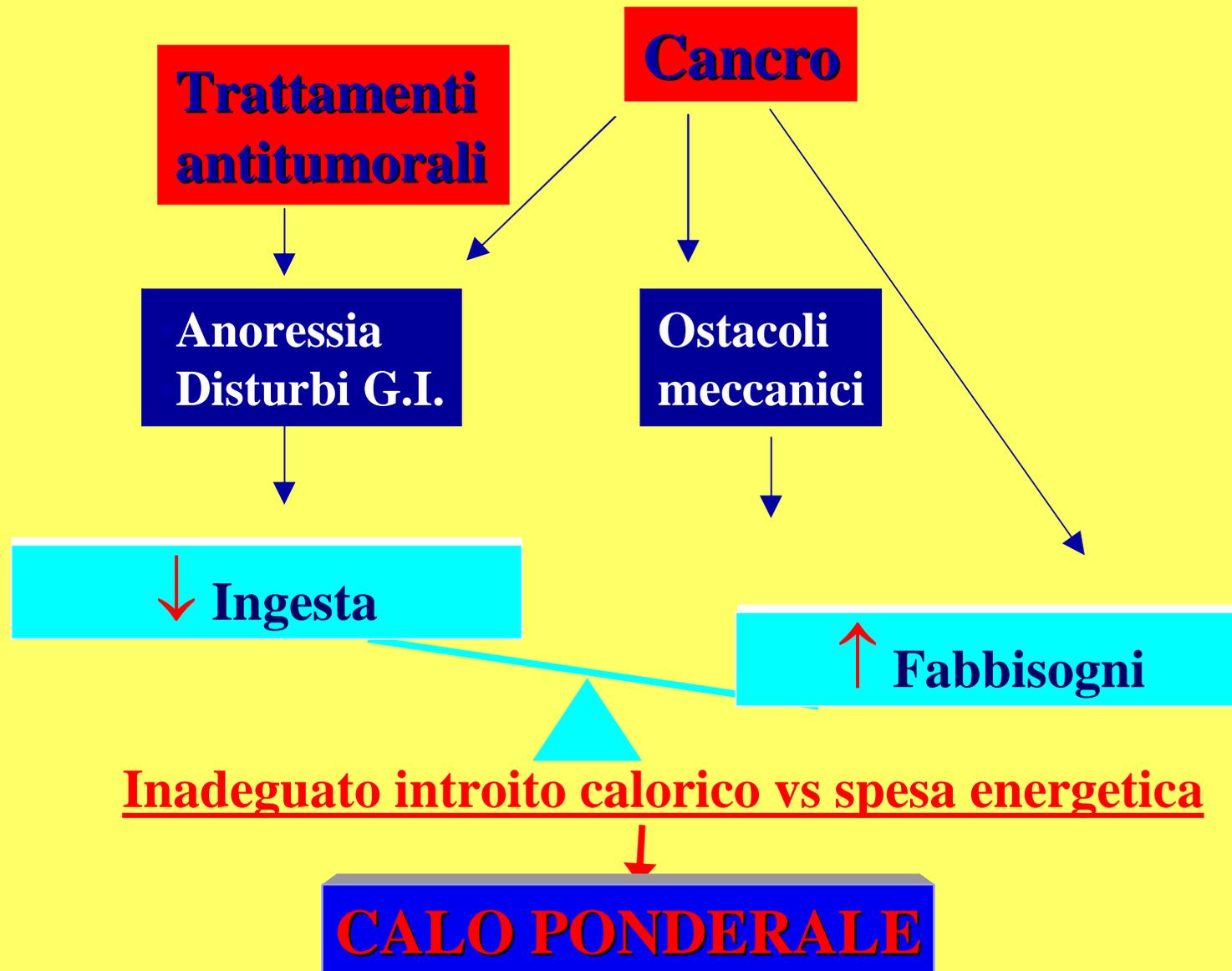
F. Bozzetti Clin Nutrition 2003

Perché occuparci di nutrizione nel paziente neoplastico ?

- **Il 40-80% dei pazienti oncologici presenta qualche disturbo nutrizionale: scarso appetito, ridotto introito calorico, marcata perdita di peso**
- **Il 75% dei pazienti neoplastici è malnutrito al momento della diagnosi**
- **Il 20% dei pazienti tumorali si ritiene che muoia per malnutrizione piuttosto che per gli effetti diretti della neoplasia**

Calo ponderale nel paziente oncologico per tipologia di tumore





**C
A
C
H
E
S
S
I
A**

↓ **Performance Status**

↑ **Costi**

↓ **Sopravvivenza**

↓↓ **Risposta al trattamento**

↓ **Qualità di vita**



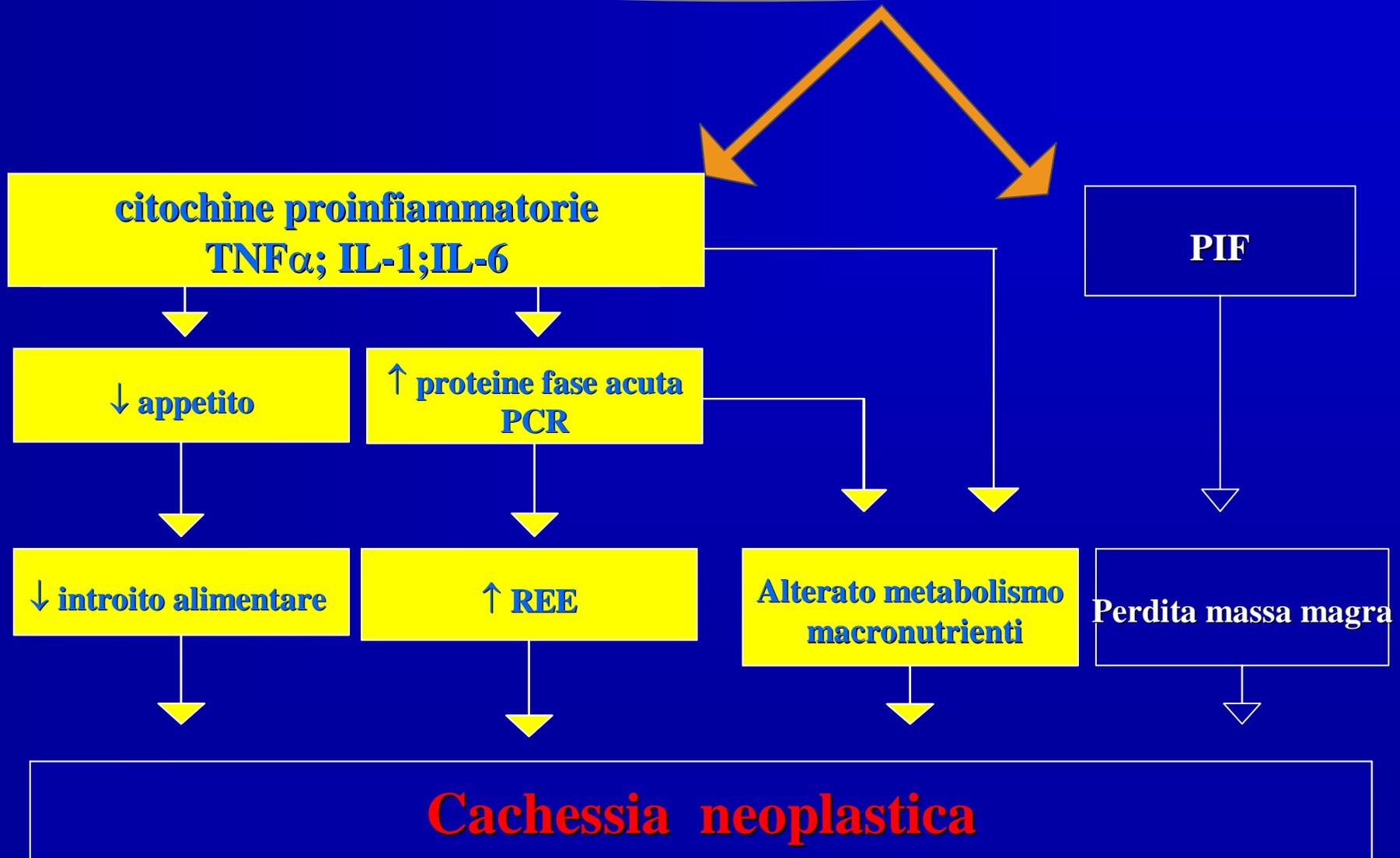
Cachessia neoplastica

- **Marcato calo ponderale**
- **Perdita di massa magra**
- **Anoressia**
- **Astenia**
- **Anemia**

Cachessia neoplastica: etiopatogenesi

- **Inadeguato apporto calorico**
- **Aumento del consumo energetico**
- **Alterazioni del metabolismo indotte da citochine proinfiammatorie**

Cellule neoplastiche



Linee guida SINPE 2002

Lo **stato nutrizionale** del paziente neoplastico, deve essere **valutato all'inizio dell'iter diagnostico-terapeutico e monitorizzato** durante tutta la fase del trattamento al fine di identificare precocemente i pazienti che necessitano di un supporto nutrizionale specifico

NUTRIZIONE NEL PAZIENTE NEOPLASTICO

- **IN FASE TERAPEUTICA :**

Salvaguardia stato nutrizionale per favorire efficacia terapie

- **IN FASE AVANZATA:**

Miglioramento “qualità di vita” (evitare exitus per malnutrizione)

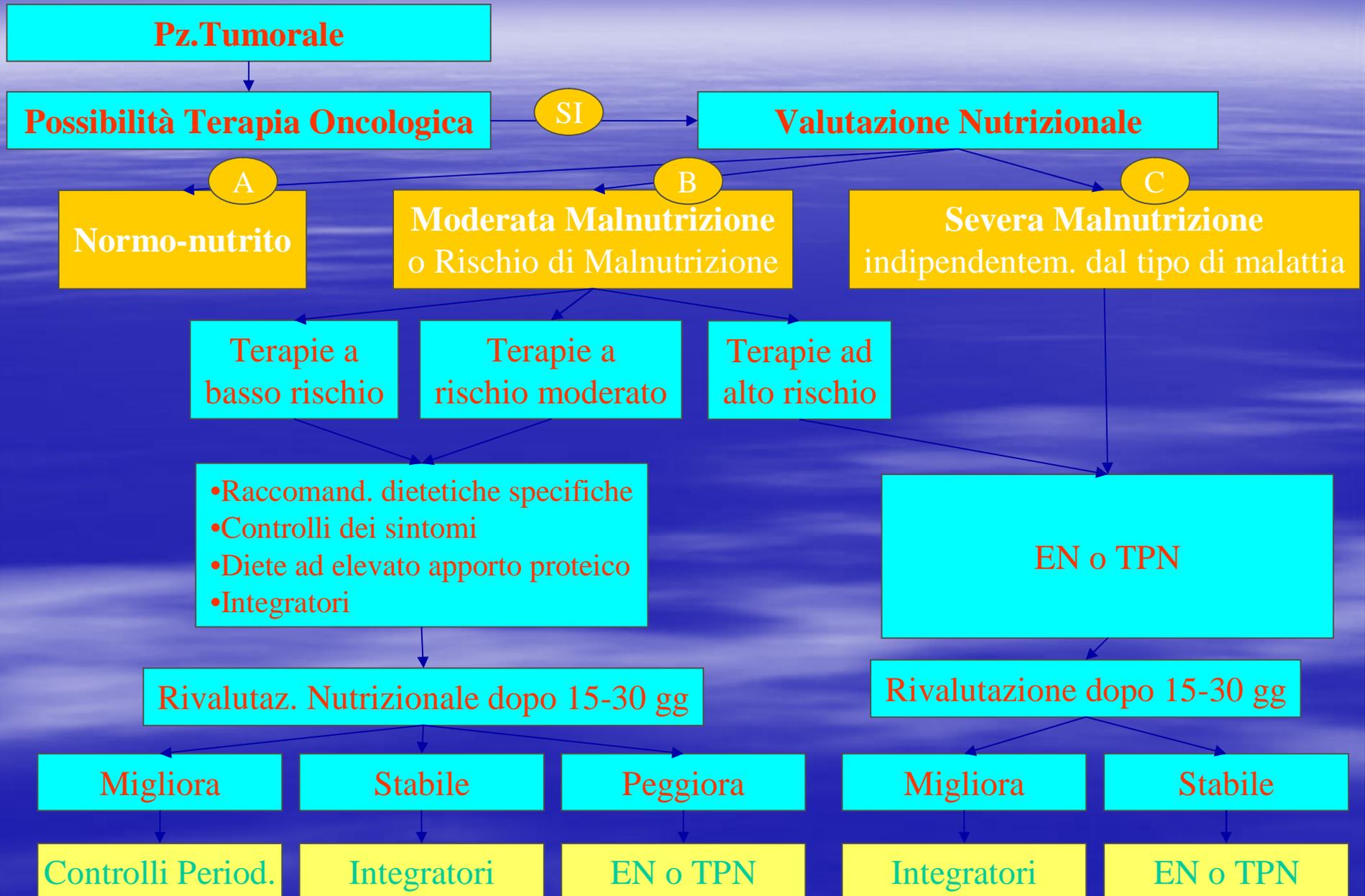
LA NUTRIZIONE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN FASE TERAPEUTICA

Lo stato nutrizionale del paziente neoplastico, particolarmente nelle forme oncologiche più a rischio di sviluppare un quadro di malnutrizione, deve essere valutato all'inizio dell'iter diagnostico-terapeutico e monitorizzato durante tutta la fase del trattamento al fine di identificare precocemente i pazienti che necessitano di un supporto nutrizionale specifico

OBIETTIVI NUTRIZIONE IN FASE TERAPEUTICA

- **Prevenire o correggere deficit nutrizionali**
- **Migliorare la tolleranza alle terapie antineoplastiche**
- **Ridurre il rischio di complicanze chirurgiche**
- **Migliorare la qualità della vita**

Trattamento Nutrizionale in Pz in Area Terapeutica



Obiettivi del trattamento nutrizionale nel paziente avanzato

- Ridurre la morbilità e prolungare la sopravvivenza(?)
- Migliorare lo stato funzionale
- Mantenere /migliorare la qualità di vita
- Utilizzare strategie di intervento poco interferenti con la vita di relazione
- -Privilegiare altri supporti (es.terapia antalgica)

Digiuno e sopravvivenza

Nei soggetti adulti sani la morte per digiuno avviene dopo 60-75 giorni e una perdita del 35% del peso.

Nei pazienti oncologici incurabili e depleti dal punto di vista nutrizionale la morte per digiuno è più precoce.

In presenza di malattia cachettizzante e mortale un supporto nutrizionale ha senso se:

La morte sopravviene per il digiuno più che per la progressione della malattia

SUPPORTO NUTRIZIONALE IN FASE PALLIATIVA:

INDICAZIONI

Valutazioni nutrizionali

**Prognosi di malattia
(sopravvivenza, performance status)**

.....nutritional support in the terminally ill patient has
to be an individual decision between clinician and
patient.

(R. Barrera JPEN suppl sett.ott. 2002)

INDICATORI DI EFFICACIA IN FASE AVANZATA

- **Benessere soggettivo** del paziente
- **Sicurezza** (effetti collaterali, complicanze)
- **Gestibilità** (paziente e famiglia)
- **Stato nutrizionale**

Dieta per os

**Nutrizione
Enterale**

**Nutrizione
parenterale**

Integratori

SUPPORTO NUTRIZIONALE PER VIA ORALE

- Modifiche alimentazione naturale
(consistenza cibi, ricette a >densità
nutrizionale):
 - opuscoli specifici per pazienti neoplastici
 - consulenza dietistica personalizzata in casi
selezionati
- Utilizzo integratori

INTEGRATORI :DEFINIZIONE

ALIMENTI COMPLETI O INCOMPLETI

dal punto di vista nutrizionale

con formulazioni standardizzate o adattate ad una specificata patologia

utilizzabili come unica fonte di nutrimento(completi) o per integrare l'alimentazione comune(completi e incompleti)

RUOLO INTEGRATORI

- **NUTRIZIONALE**

- **FARMACONUTRIZIONE**



INTEGRATORI ALIMENTARI

INDICAZIONI

- **Necessità di nutrizione controllata**
- **Alimentazione spontanea insufficiente ma presente a livelli non trascurabili**
- **Supporto con alimenti naturali inefficace(counselling dietistico)**

INTEGRATORI ALIMENTARI CRITERI DI SCELTA

Formulazione

Palatabilità

Tolleranza

Disponibilità

INTEGRATORI ORALI

USO CLINICO EFFICACE se

- CONOSCENZA APPROFONDATA DEI PRODOTTI
 - INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI NUTRIZIONALI DA RAGGIUNGERE
- 
- INSERIMENTO IN UN PROGRAMMA NUTRIZIONALE
- 
- **PRESCRIZIONE PERSONALE SPECIALISTICO**

INTEGRATORI ALIMENTARI: **criticità d'efficacia**

- ***COMPLIANCE DEL PAZIENTE***



QUOTA ASSUNTA
TEMPO DI ASSUNZIONE

Assunzione prolungata di integratori a domicilio

(casistica 1993-2003)

Pazienti seguiti in totale	386
Pazienti seguiti per oltre 1 anno	26 (6,5%)

Durata media di assunzione 1195 giorni oltre 3 anni

minima 379 giorni oltre 1 anno

massima 3110 giorni 8 anni e ½

AO S.Croce e Carle Cuneo

Assunzione prolungata di integratori a domicilio

(casistica 1993-2003)

<u>Patologie</u>	%	<u>Esito</u>	%
Oncologiche	42	in corso	42
neurologiche	27	Ripresa per os	31
Anoressia mentale	8	passaggio NA	4
Varie	23	exitus	8
		ricovero	8
		rifiuto	4
		non più visto	4
		cambio centro	4

Assunzione prolungata di integratori a domicilio

(casistica 1993-2003)

BMI all'esordio	18 Kg/m ² (12-25)
BMI al termine o all'ultimo controllo	19 Kg/m ² (13-26)

Ingesta alimenti naturali Kcal 1100 (600-1800)

Ingesta da integratori Kcal 560 (200-1000)

INDICAZIONI ALLA NAD

- Necessità di nutrizione artificiale
- Stabilità metabolica ed emodinamica
- Gestibilità domiciliare (sociale, culturale, organizzativa)

La nutrizione artificiale domiciliare nel paziente oncologico in fase avanzata

L'indicazione alla nutrizione artificiale domiciliare è controversa con il rischio di cadere nell'ostinazione terapeutica o nell'oltranzismo palliativo

- motivi etici**
- motivi economici**
- mancanza di studi clinici randomizzati**

Nutrizione vs Idratazione

L'atteggiamento corretto non è quello di una indicazione indiscriminata al trattamento nutrizionale o di un suo dogmatico rifiuto, ma una scelta modulata in base a:

- aspettativa di vita
- qualità di vita
- consenso o meno alla nutrizione parenterale domiciliare.

La nutrizione artificiale domiciliare nel paziente oncologico in fase avanzata

E' indicata nelle situazioni in cui:

- il problema nutrizionale è prioritario;
- il paziente rischia di morire per malnutrizione e non per la patologia oncologica;

E' **BASIC HUMANE CARE** indispensabile a

- garantire la sopravvivenza a medio-lungo termine
- migliorare la qualità di vita

NON

- **REALE TERAPIA MEDICA**
 - con obiettivi volti a migliorare l'outcome

**INDICAZIONI ALLA NAD IN
ONCOLOGIA
(Linee Guida SINPE 1998)**

Raccomandazioni pratiche:

La Nad va considerata nelle seguenti condizioni:

.....

In una frazione assai ridotta di **pazienti con malattia avanzata in cui la **prognosi finale è condizionata più dalla malnutrizione\ipofagia** che dalla **progressione di malattia purchè la qualità di vita del paziente sia accettabile****

N.A. DOMICILIARE

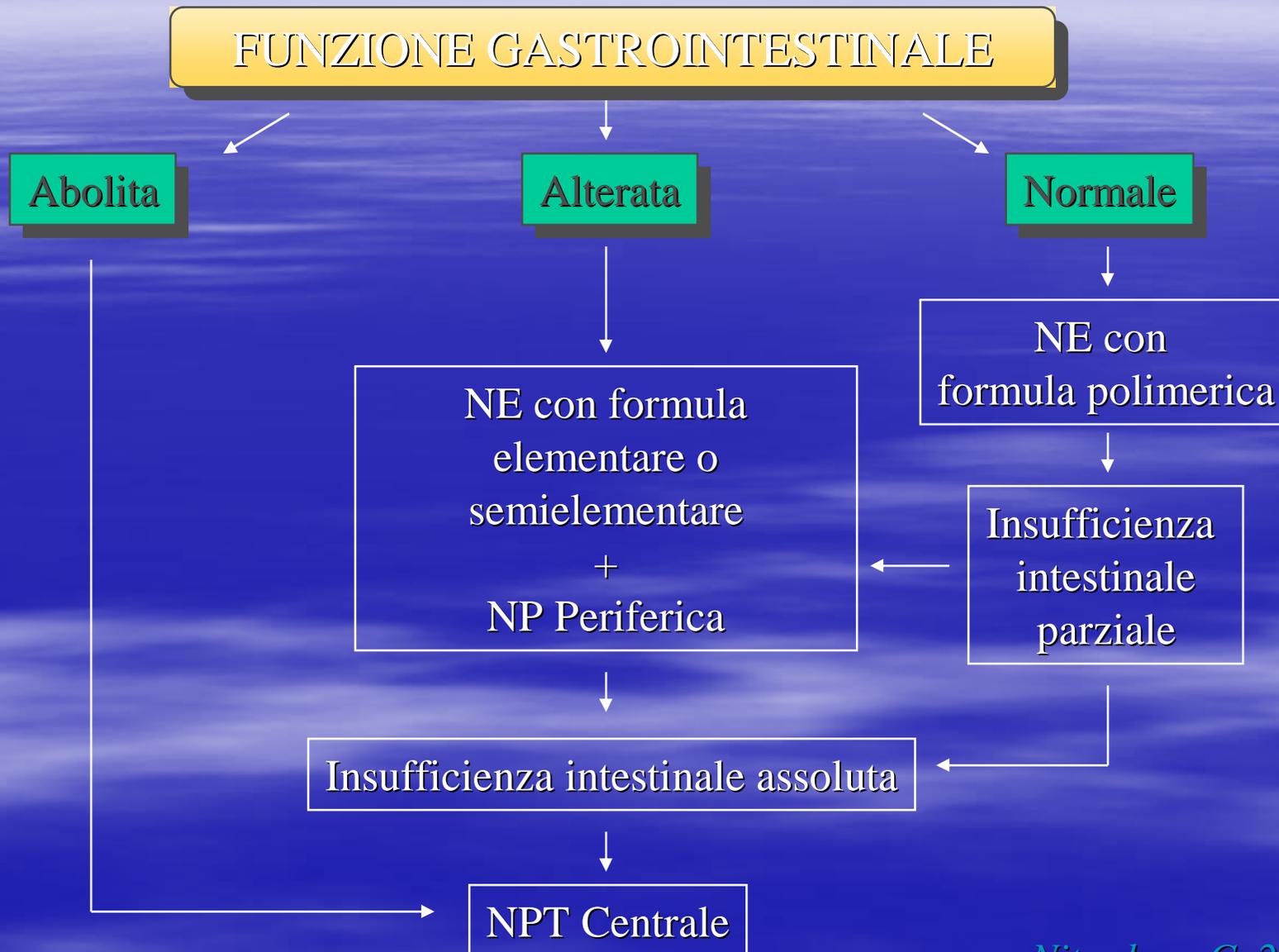
ospedale

**assistenza
domiciliare**

DECISIONE COMUNE

**paziente
famiglia**

TIPO DI NA: albero decisionale



NA: via di somministrazione

La Nutrizione Enterale è preferibile alla Parenterale perché più fisiologica, semplice, sicura ed economica.

" If the gut works, use it ! "

INDICAZIONI ALLA NAD IN ONCOLOGIA

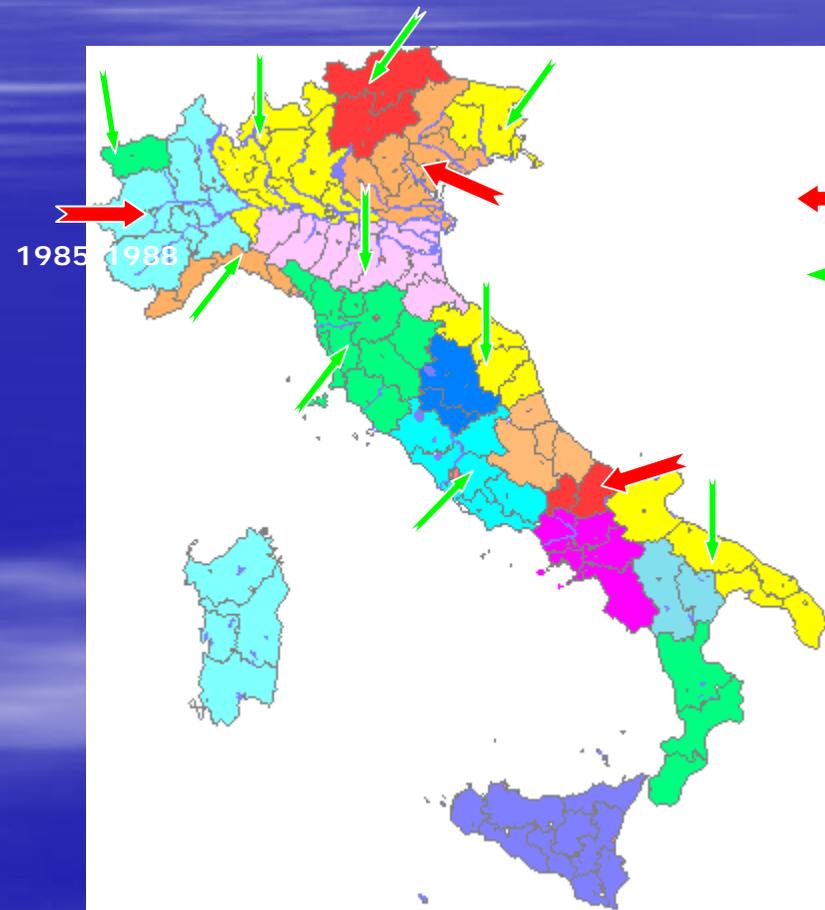
(da Linee Guida SINPE 1998)

Per la Nutrizione enterale domiciliare(NED)

l'indicazione è meno problematica per due
motivi:

- il trattamento è molto semplice e può essere agevolmente modulato anche a domicilio,
- i pazienti idonei per una NED hanno più spesso un problema di transito che di disseminazione metastatica.

NAD in ITALIA



Leggi regionali
Delibere regionali

Prevalenza NAD in italia (casi\milione di abitanti)

Indagine epidemiologica condotta in
Italia aprile 2005 da SINPE.
(Rappresentatività del campione 78%)

Italia NAD 152.6

NPD 22.3

NED 119.6

Piemonte NAD 233.2

pazienti NPD n. 136

pazienti NED n. 802

Il percorso normativo Regione Piemonte

- L.R. n. 39/85 e L.R. n. 54/87
- L.R. n. 7/88
- L.R. n. 37/90 di approvazione del P.S.S.R. per il triennio 1990-92
- Circolare Regionale n. 2216/49 del 28/04/1991
- L.R. n. 61/97 “Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario regionale per il triennio 1997-99”

La normativa attuale

- D.G.R. n. 34 - 9745 del 26 giugno 2003

LINEE GUIDA PER L'ATTUAZIONE DELLA NUTRIZIONE
ARTIFICIALE A DOMICILIO (N.A.D.)

.....?2006 nuova delibera

I soggetti destinatari

- Requisiti dei soggetti destinatari, secondo Linee Guida delle Società Scientifiche
 - NED (Sonda e Os)
 - NPD long term (IICB insuff.int.cronica benigna)
 - **NPD short term (neoplastici in fase non terapeutica)**
- Tempo di trattamento minimo previsto

Contenuti

- **Soggetti destinatari**
- **Compiti, responsabilità e requisiti organizzativi delle SODNC**
- **Modalità di presa in carico e trattamento**
- **Obblighi per i pazienti in trattamento**
- **Compiti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL)**
- **Prodotti e attrezzature necessarie**

SODNC Regione Piemonte per NED

ASO S.GIOVANNI BATTISTA
OSPEDALE UMBERTO I – MAURIZIANO
PRESIDIO S.GIOVANNI A.S.
ASL 1 Torino
ASL 3 Torino
ASO S. Luigi di Orbassano
OSPEDALE CIVILE DI IVREA – ASL 9

ASL 14 BIELLA

OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO – ASL 14

ASO MAGGIORE DELLA CARITA'

ASO ALESSANDRIA

ASO S.CROCE E CARLE

OSPEDALE CIVILE DI ASTI – ASL 19



SODNC Regione Piemonte per NPD di lunga durata

ASO S.GIOVANNI BATTISTA
(Molinette)



Piemonte per NPD di breve durata

ASO S.GIOVANNI BATTISTA
OSPEDALE UMBERTO I – MAURIZIANO
IRCC CANDIOLO
PRESIDIO S.GIOVANNI ANTICA SEDE

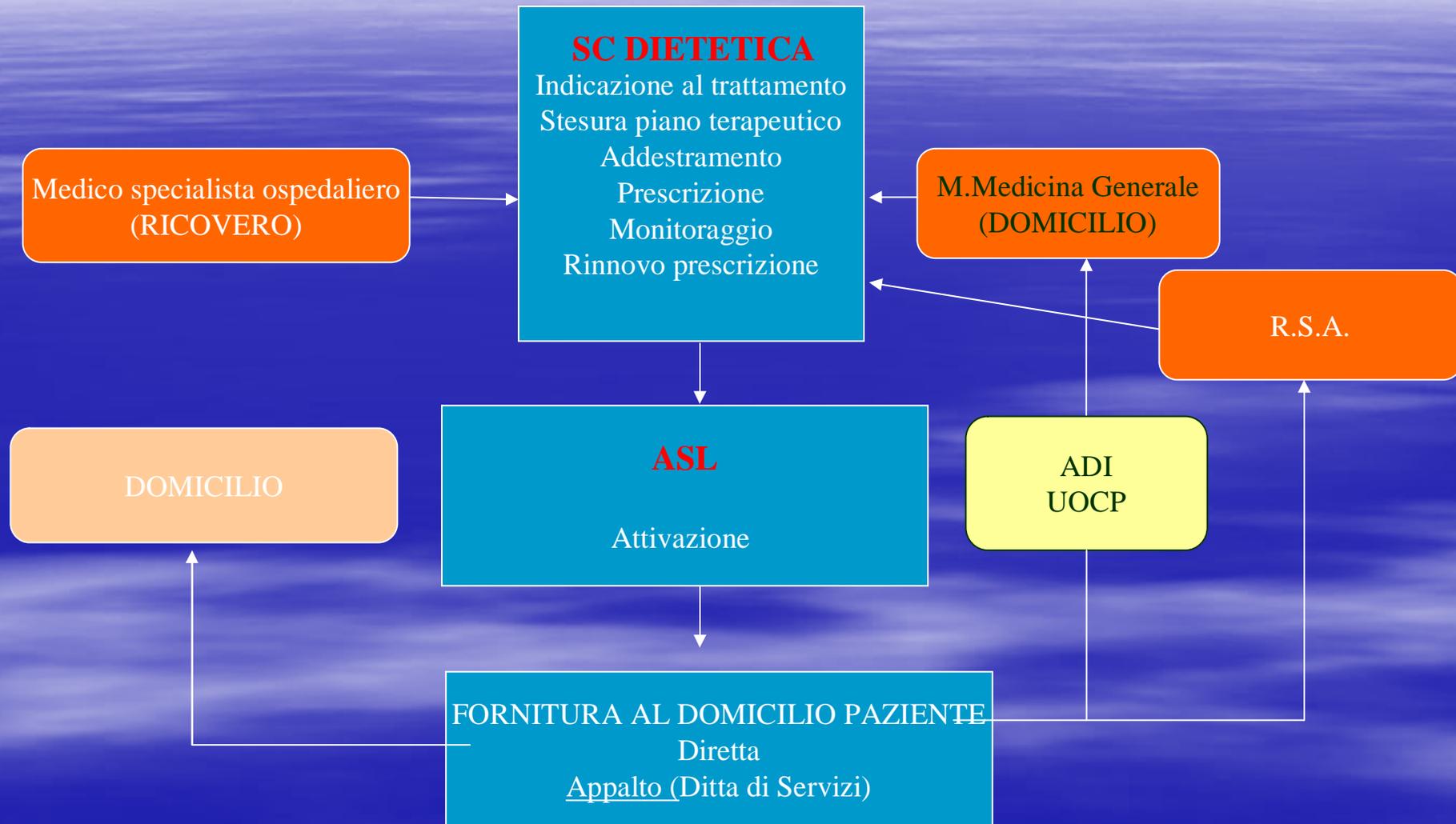
ASO S.CROCE E CARLE



ASO MAGGIORE DELLA CARITA'

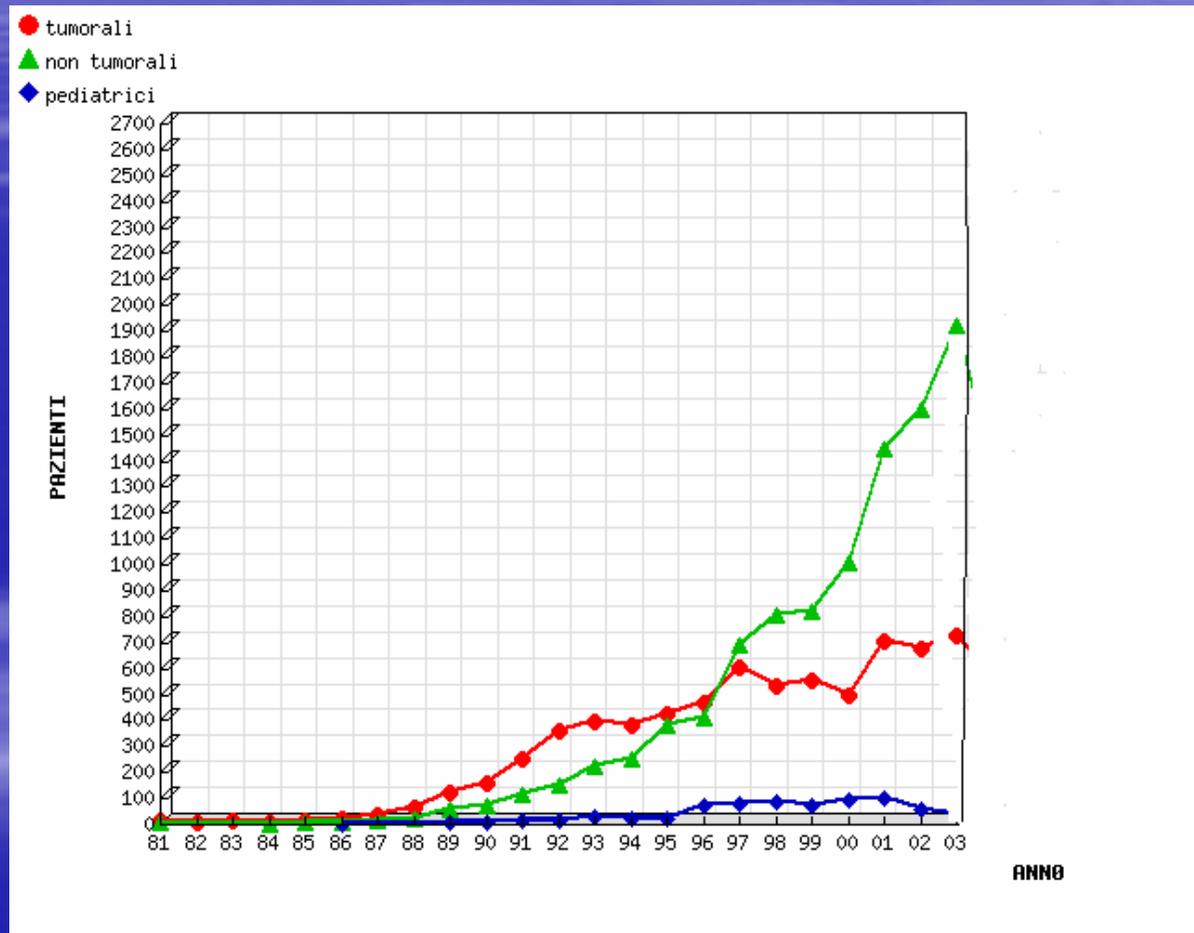
OSPEDALE CIVILE DI ASTI – ASL 19

Modalità di presa in carico e trattamento



REGISTRO SINPE:ingressi NED

Paz 12835(dati 2003)

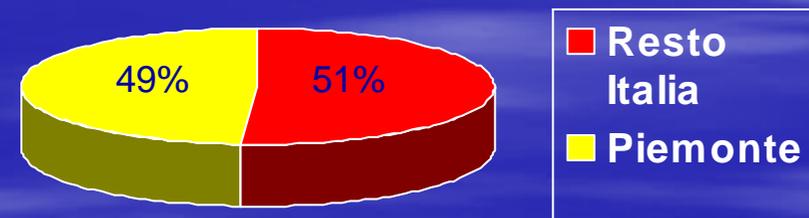


Registro SINPE Report 2001

Casistica NED

N. Pazienti

■ Molinette	2673
■ NO	978
■ Ivrea	679
■ MAU	536
■ CN	436
■ SGAS	347
■ ASTI	323
■ DOMO	53
■ <u>Tot. Piemonte</u>	<u>6025</u>
■ TOT.ITALIA	12229



NED Torino totali 3056 in tratt. 345



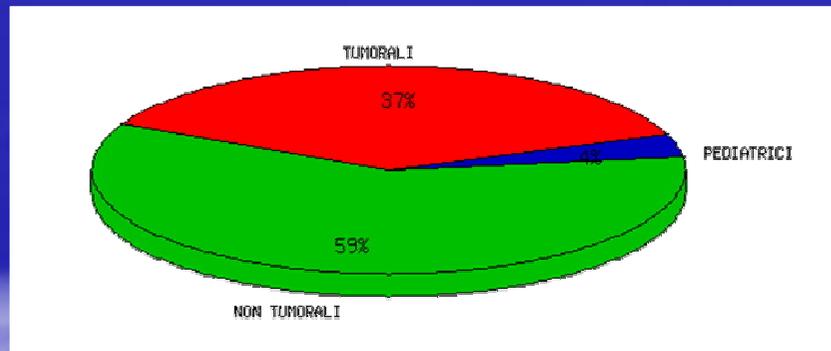
PAZIENTI ENTRATI IN NED PER ANNO

(registro Italiano SINPE 2001)

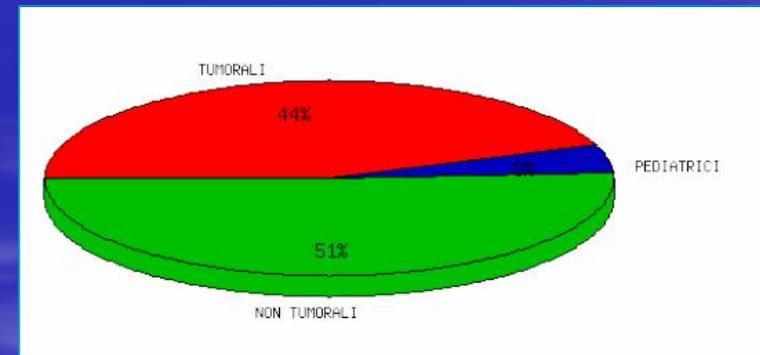
	Tumorali	Non tumorali
	n.	n.
1990	160 (70 %)	71
1995	424	384
2001	677 (33%)	1362

REGISTRO SINPE: diagnosi NED

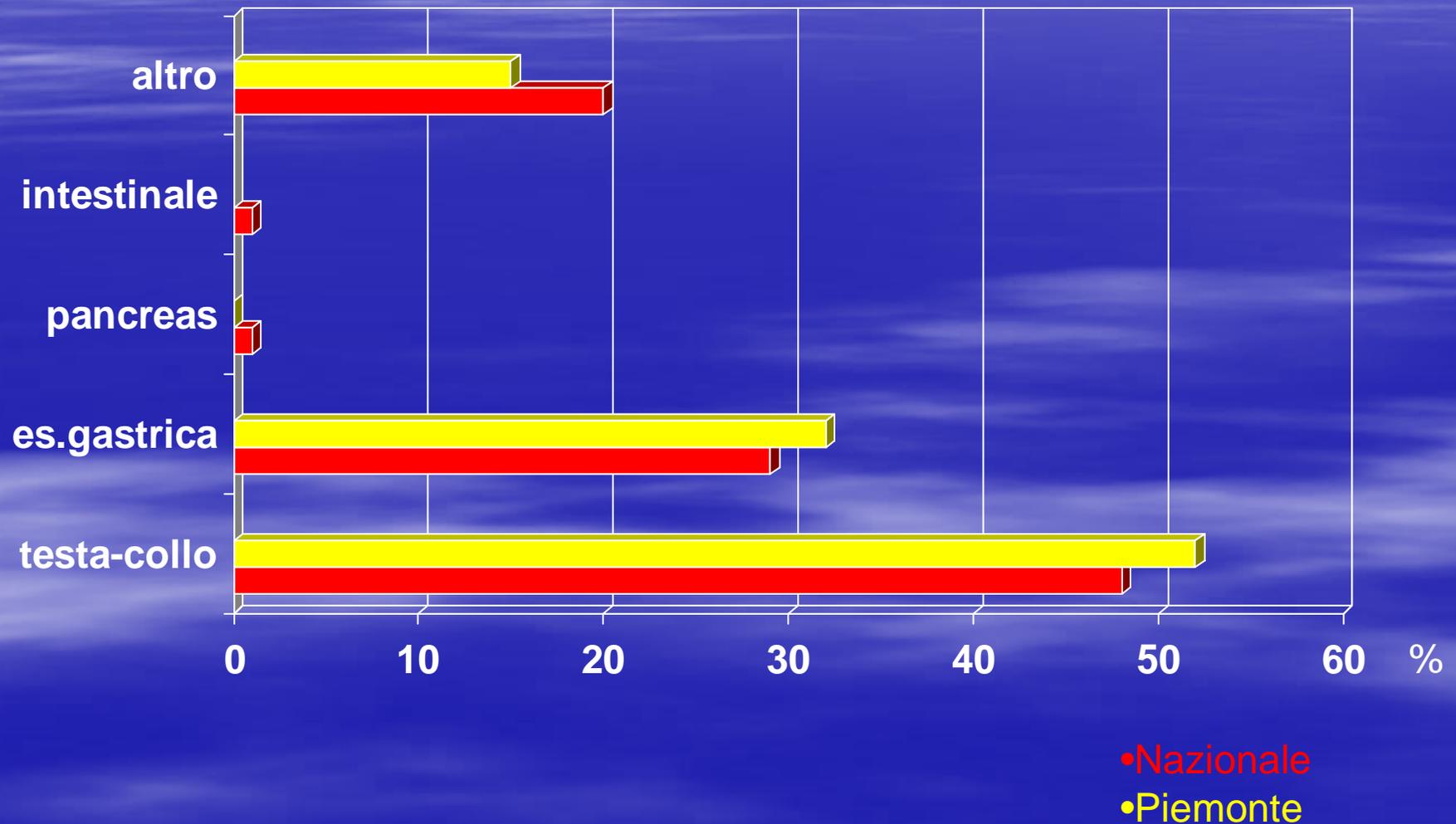
2003



2001



Diagnosi nei pazienti tumorali



NED LUNGA DURATA

Casistica

Paz. in tratt. >24 mesi %paz.totali in tratt.

Torino Molinette	n. 74	39%
Novara	n. 38	38%
Torino SGAS	n. 27	49%
Cuneo	n. 16	30%
Torino Mauriziano	n. 13	30%
Domodossola	n. 12	
Asti	n. 11	28%

Pazienti con oltre 2 anni di trattamento
seguiti in Piemonte n. 191

NED LUNGA DURATA

Casistica

▪Pazienti n. 191: M 45 % ; F 55 %

-RSA 35 %

-Domicilio 65 %

▪Età media :

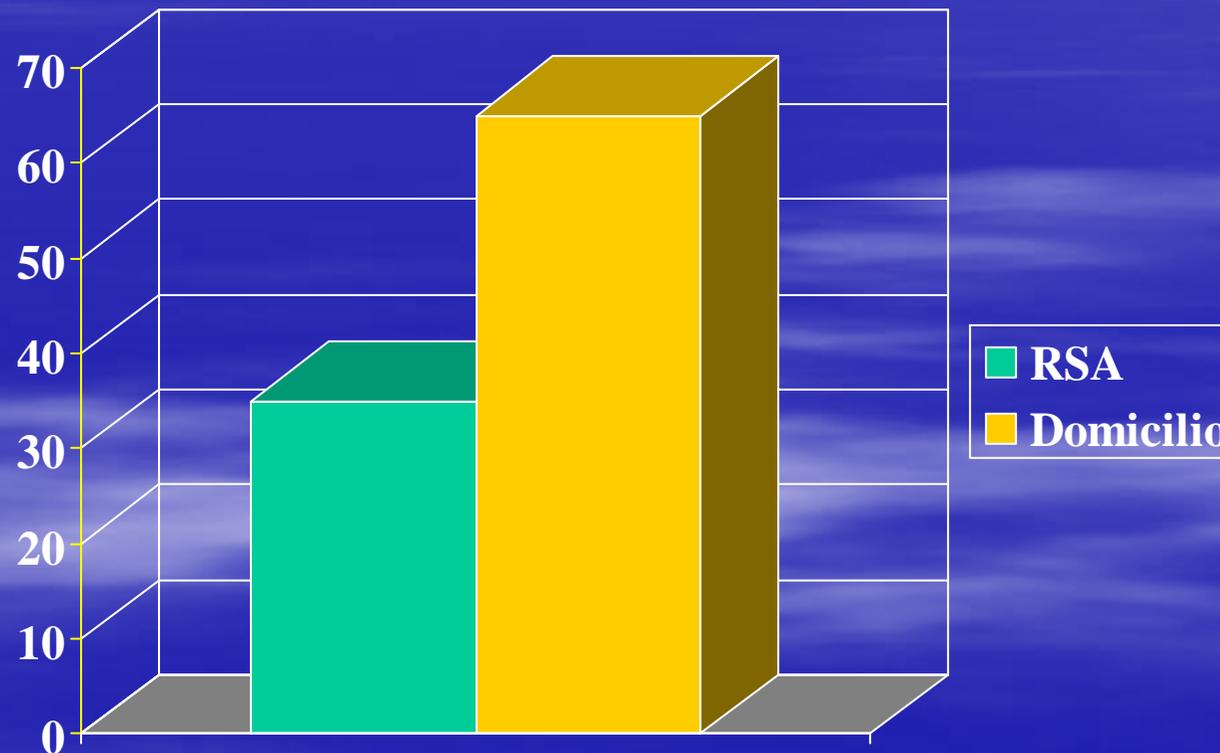
- 58 anni (18- 91)

▪Tempo medio di trattamento

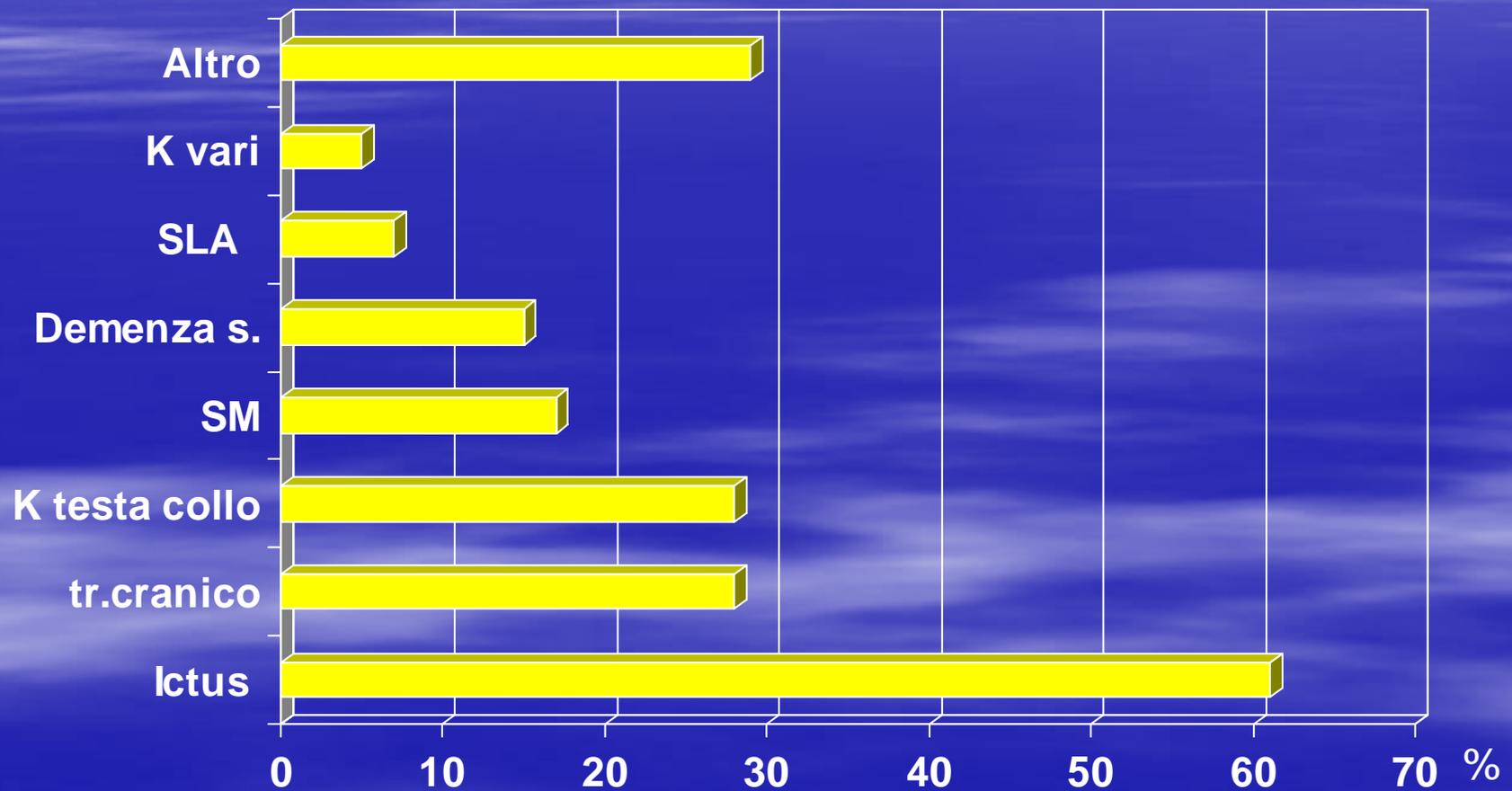
- 56 mesi (24 - 179)

NED LUNGA DURATA

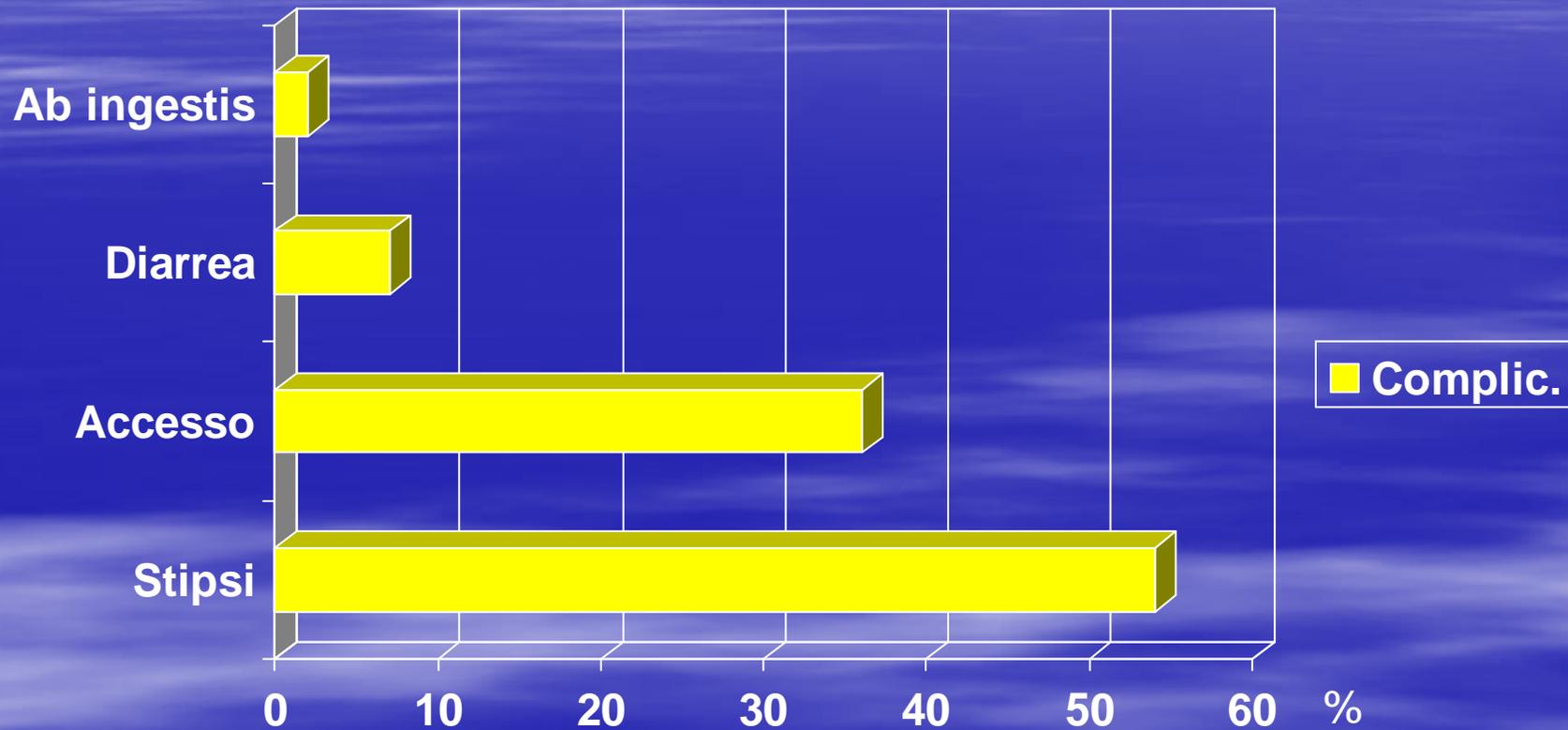
Residenza pazienti



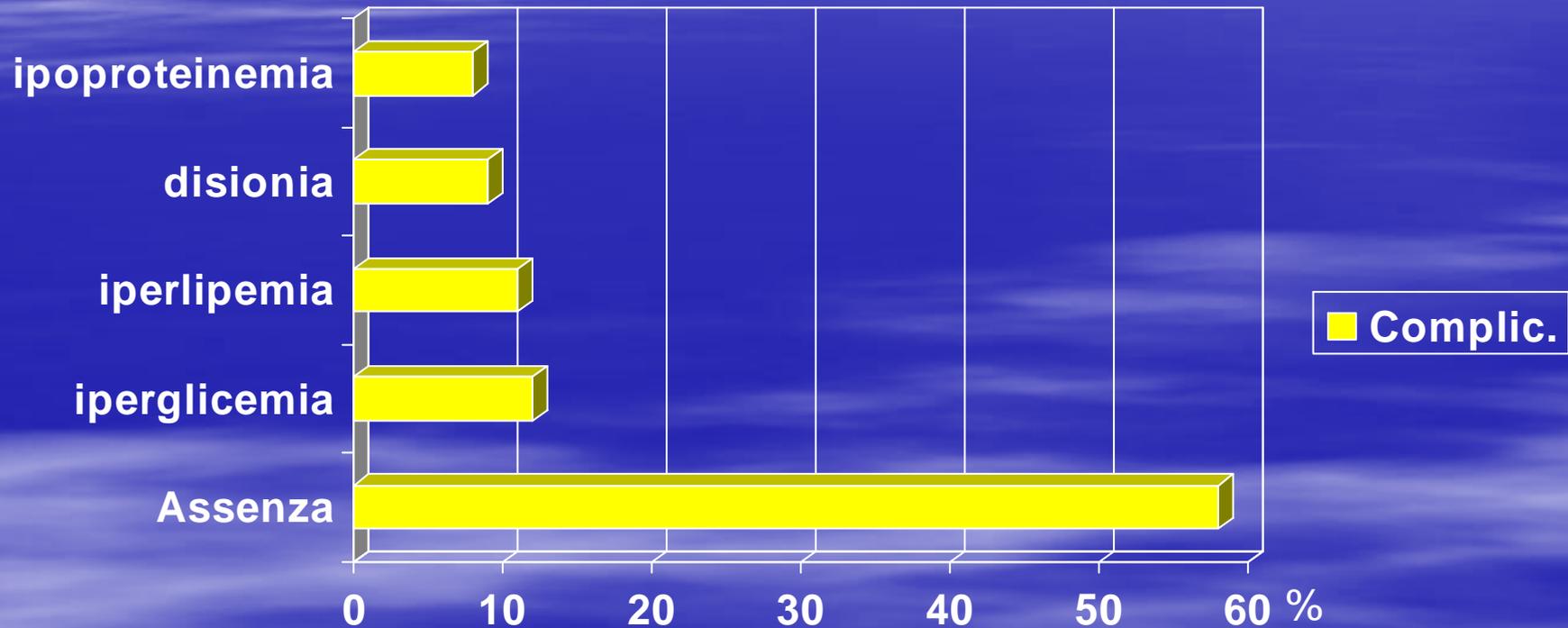
NED lunga durata: Diagnosi



Complicanze : Prevalenza percentuale



Complicanze metaboliche : Prevalenza percentuale



Indicazioni alla Nutrizione Parenterale Palliativa Linee Guida SINPE 2002

Pazienti oncologici incurabili afagici
o con subocclusione intestinale con:

- Karnofsky Performance Status > 50
- Prognosi di sopravvivenza > 2 mesi
- Catetere venoso centrale (CVC) a lungo termine
- Assistenza domiciliare

Introduzione

Con la delibera n. 462/D028.1 della Regione Piemonte del 23/11/99 è stato approvato il ***“Progetto multicentrico regionale sulla Nutrizione Parenterale Domiciliare (NPD) in pazienti oncologici non in fase terapeutica attiva”***

Gli obiettivi :

- Individuare sul territorio regionale la prevalenza dei soggetti destinatari del trattamento
- Ridurre nei soggetti destinatari la malnutrizione e le sue conseguenze, evitando che quest'ultima sia causa di morte
- Valutare il sistema di gestione proposto in termini di sicurezza ed efficacia del sistema organizzativo proposto
- Valutare i costi
- Proporre un modello organizzativo estensibile all'intero territorio regionale

Soggetti destinatari NPD breve termine

- Devono essere inseriti in un programma di assistenza domiciliare erogata dalle ASL direttamente o in regime di convenzione (ADI o UOCP)
- Devono essere impossibilitati ad utilizzare la via orale o enterale in modo sufficiente per raggiungere l'obiettivo nutrizionale
 - intolleranza o controindicazione alla Nutrizione Enterale,
 - ingesta per via orale assenti o inferiori al 75% del fabbisogno nutrizionale

Soggetti destinatari NPD breve termine

- Aspettativa di vita superiore ai 30-60 giorni
- Controllo o assenza di dolore
- Non severa alterazione funzionale di organi vitali
- Condizioni cliniche e ambientali compatibili con terapia domiciliare
- Consenso informato alla NPD del paziente o del parente
- Parere positivo dell'Equipe Curante

Descrizione pazienti

31 Dic 2005

n. pazienti	Sesso	Età (mediana e range)
660	349 M / 311 F 53% M / 47% F	63 anni (46 - 92)

Indicazione all'NPD

Subocclusione	329 (52%)
Malnutrizione	272 (40%)
Altro	54 (8%)

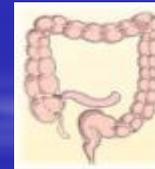
Patologia di base

- Esofago-gastrico



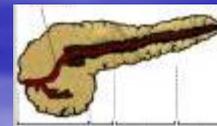
34%

- Colon,retto. peritoneo



22%

- Pancreas,fegato e vie biliari



18%

- Genito-urinari



13%

- Altro

13%

Durata dell'NPD

Giorni (mediana e range)

Nei pazienti deceduti: 87 (20 - 776)

Pazienti sopravvissuti per oltre 2 mesi 54%

Durata cumulativa del trattamento:

59126 giorni (162 anni)

Esito

- **Decesso** 70%
- **In corso** 13%
- **Ripresa dell'alimentazione per os** 10%
- **Ricovero in Hospice
Peggioramento** 7%

Complicanze (I)

	Numero (%)	Incidenza/ anno NPD	Incidenza/ anno NPD benigna
Infezione del cvc	35 (5.6%)	1.03	0.12
Trombosi	2 (0.5%)	0.02	
Complicanze meccaniche	18 (2.9%)	0.53	0.08

CVC sostituiti: n. 24 (6.8%)

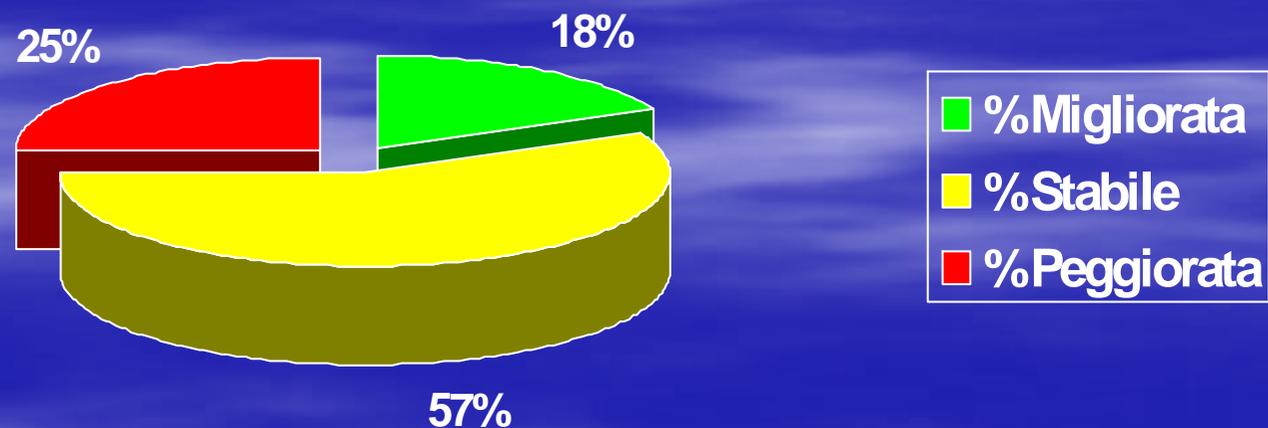
Complicanze metaboliche

- **Scompenso glicemico**
N. 6 pz (2 %)
- **Intolleranza alla sacche nutrizionali**
0.9%

Qualità di vita

La Qualità di Vita è stata esaminata nel 45% dei pazienti, dopo 2 mesi:

- 18% migliorata
- 57% rimasta stabile
- 25% peggiorata



Casistica **N.E.D.** AO S.Croce e Carle CUNEO (1989-2005)

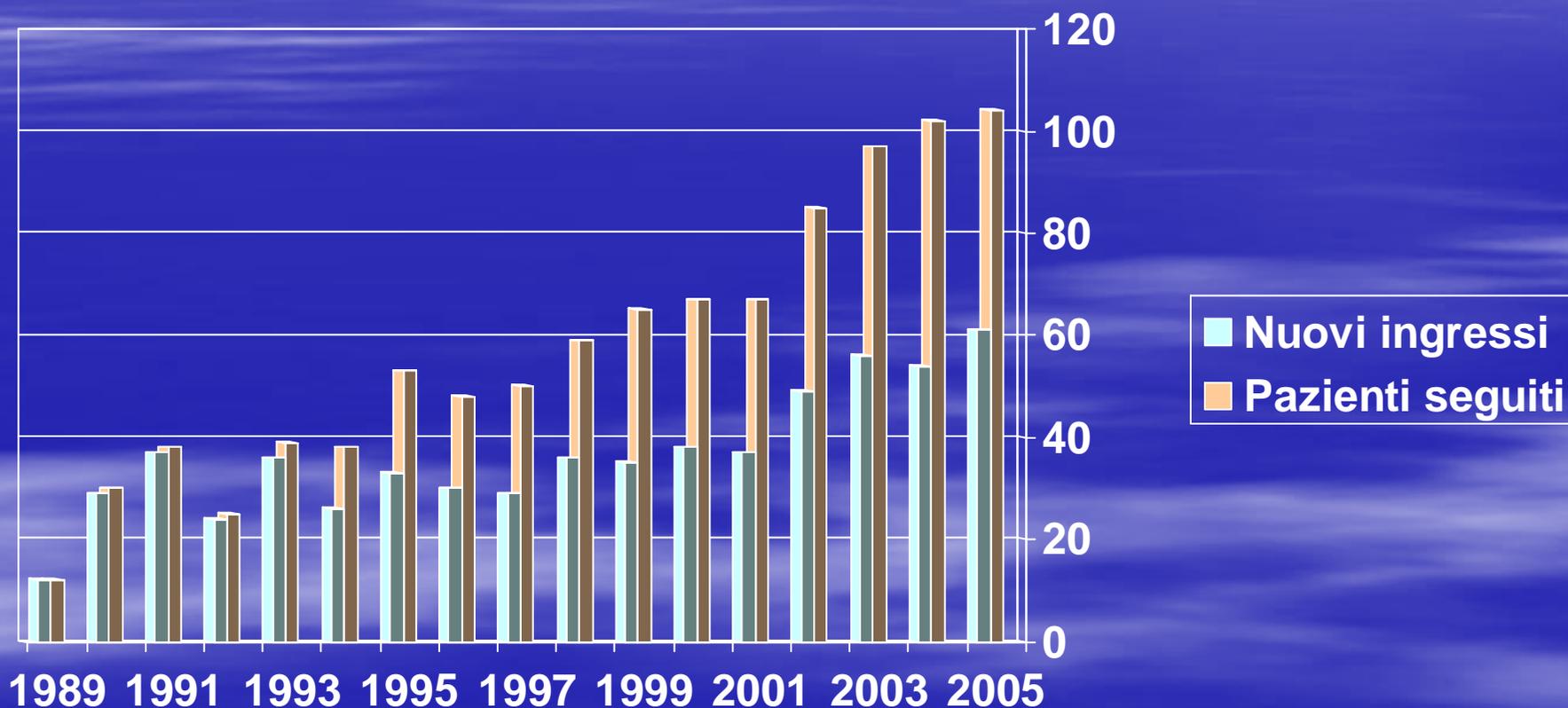
Pazienti Totali	632
Nuovi ingressi 2005	61
Trattam. Medio gg.	264
	(Max oltre 16 anni)
Pazienti in carico	70-80\die

Casistica **N.E.D.** AO S.Croce e Carle CUNEO (1989-2005)

<u>PATOLOGIA DI BASE %</u>		<u>VIA DI ACCESSO %</u>	
K capo collo	33	PEG	47
K esofago,stomaco	15	PRG	5
K altri	5	SNG	30
Neurologici	42	Digiunostomia	11
Varia	5	Gastrostomia	4
		Faringostomia	3(sosp.1993)

Casistica **N.E.D.**

AO S.Croce e Carle Cuneo
(1989-2005)



Casistica N.P.D. Short-term
AO S.Croce e Carle CUNEO
(2000-2005)

Pazienti Totali n. 16

Trattam. Medio gg. 84(21-160)

