

# Supporto nutrizionale nel paziente oncologico in fase avanzata di malattia. Esperienza del servizio cure palliative - Hospice di Savignano sul Rubicone

C. Pittureri, E. Amaducci, T. Parma, \*E. Giaquinto, P. Turci

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

T. Jakobsen, P. Seganti, M. Torroni, R. Della Sanità, S. Fracella, R. Faenza, R. Sambì

Servizio di Cure Palliative - Hospice, \*Team Nutrizione Artificiale  
Savignano sul Rubicone (FC) AUSL Cesena, Corso Perticari 117

Corrispondenza a:

Paola Turci

e-mail: pturci@ausl-cesena.emr.it

Conflitto di interessi dichiarato: nessuno.

## Riassunto

La malnutrizione è una situazione che interessa fino ai 2/3 dei pazienti oncologici ed è frequentemente causa di morte. Nell'intento di valutare l'appropriatezza della prescrizione della Nutrizione Artificiale (NA) in pazienti ricoverati in hospice nell'anno 2006, è stata eseguita un'analisi retrospettiva volta ad evidenziare la numerosità e la tipologia di pazienti sottoposti a supporto nutrizionale. Il supporto nutrizionale (Kcal 700-1500) è stato somministrato a 19/194 pazienti (10%), KPS mediano 50% (range 30-70). Sei pazienti hanno ricevuto NA tramite miscele per sonda enterale, 10 sono stati trattati con sacca ternaria associata ad oligoelementi e vitamine. In 3 pazienti è stata prescritta l'infusione sequenziale di macronutrienti associati a pasto cremoso.

I pazienti riammessi al domicilio sono stati 8/19; 3/8 di questi sono stati affidati all'Assistenza Domiciliare Integrata, ove hanno proseguito terapia con sacca ternaria con l'aiuto del Team Nutrizionale.

**Parole chiave:** Nutrizione artificiale, paziente oncologico in fase avanzata di malattia, Cure Palliative.

## Summary

Malnutrition is a situation which concerns up to 2/3 of cancer patients (pts). Medical records of 194 terminally ill cancer pts in 2006 from the Hospice were retrospectively analysed trying to evaluate the appropriateness and the prevalence of the prescription of AN. The Artificial Nutrition (AN) - Kcal 700-1500 - has been prescribed in 19 cases (10%), KPS 50% average (range 30-70). Six pts have received AN through nasogastric tubes, 10 pts with complete nutrient solutions, 3 pts with head and neck cancer through a sequence of infusions of macronutrition associated with creamy meals. 8/19 pts discharged to their homes, 3/8 of them continued parenteral nutrition helped by Nutritional Team.

**Key words:** Artificial nutrition, advanced cancer patient, Palliative Care.

## INTRODUZIONE

I pazienti oncologici diventano frequentemente malnutriti durante l'evoluzione della malattia per effetto diretto o indiretto del tumore o in conseguenza del trattamento oncologico. Circa l'80% dei pazienti neoplastici perde peso durante il percorso della malattia in relazione alla sede, al tipo e allo stadio del tumore e una percentuale variabile dal 3 al 23% viene a morte per problemi metabolico-nutrizionali<sup>(1-4)</sup>.

Numerosi sono gli approcci indagati nel trattamento della sindrome anoressia-cachessia: dall'utilizzo di farmaci anabolizzanti<sup>(5,6)</sup>, al counseling dietetico<sup>(7,8)</sup>, fino all'uso di metodiche più invasive quali la nutrizione parenterale o enterale<sup>(9)</sup>.

Linee guida aiutano il clinico nella diagnosi e nella terapia della sindrome anoressia-cachessia<sup>(9)</sup> e nell'impostazione di una Nutrizione Artificiale (NA). Le Linee guida SINPE 2002 consigliano l'impostazione di una NA in pazienti oncologici liberi da malattia, ma con postumi terapeutici che impediscono una sufficiente nutrizione orale, oppure in pazienti con tumore in atto candidati a trattamenti oncologici aggressivi in evidente rischio nutrizionale per previsione di insufficiente apporto calorico. Sugeriscono l'impostazione di una NA in pazienti terminali, se l'obiettivo è il miglioramento della qualità di vita; sostengono l'utilizzo del supporto nutrizionale nel paziente oncologico, se il paziente riconosce come prima causa di morte il digiuno e ha una previsione di sopravvivenza di 1-2 mesi<sup>(10)</sup>.

Le Linee Guida EAPC 1996 pongono rilievo sullo stadio di malattia, presenza di sintomi, prognosi di sopravvivenza, attitudine psicologica, disponibilità di assistenza domiciliare<sup>(11)</sup>.

Studi clinici mostrano come pazienti con Performance Status secondo Karnofsky (KPS) >50% e previsione di sopravvivenza superiore alle 6 settimane possano benefi-

ciare della NA qualora impossibilitati ad assumere nutrienti *per os*; viceversa, la NA non trova indicazione in pazienti con aspettativa di vita inferiore a 2-3 mesi e KPS <50%<sup>(12-26)</sup>.

## OBIETTIVI

L'Hospice di Savignano sul Rubicone, nell'intento di valutare l'appropriatezza e la prevalenza della prescrizione del supporto nutrizionale nella cura del paziente oncologico in fase avanzata di malattia, ha realizzato un'analisi rivolta ad evidenziare i pazienti che, sulla totalità dei ricoveri nell'anno 2006, sono stati sottoposti a nutrizione artificiale.

## METODO

L'analisi di tipo retrospettivo ha interessato le schede cliniche di 194 pazienti ricoverati nell'anno 2006.

## RISULTATI

Nel 2006 sono stati ricoverati in hospice 194 pazienti: 109 maschi, 85 femmine con età mediana di 73 anni (range 29-95 anni).

I tumori dell'apparato gastrointestinale sono stati i più rappresentati nella popolazione in esame con 96 casi (50%), seguiti dai tumori polmonari con 40 casi (21%). I pazienti ricoverati con diagnosi di tumore dell'apparato genito-urinario sono stati 28 (14%), i pazienti con tumore della mammella 20 (10%). I pazienti con tumore del sistema nervoso centrale sono stati 7 (3%) e con tumore di testa-collo 6 (3%). Le neoplasie ematologiche, associate alle forme primitive ad origine sconosciuta, alle neoplasie cutanee ed alcune rare forme tumorali sono state 30 (15%). Ventinove pazienti erano portatori di più patologie neoplastiche (15%).

I pazienti con calo ponderale superiore al 10% e considerati a rischio di malnutrizione sono stati 19/194. Le condizioni cliniche che determinavano il rischio erano dovute

**Tabella 1.** Descrizione della modalità di somministrazione della Nutrizione Artificiale somministrata per tipo di patologia

Tipologia di Nutrizione Artificiale somministrata	Pazienti con tumore testa-collo	Pazienti con tumore cerebrale	Pazienti con occlusione intestinale
Nutrizione enterale	1	5	0
Sacca ternaria ricostituita con oligoelementi e vitamine	1	0	9
Macronutrienti in infusione sequenziale	3	0	0

ad effetti tossici di trattamenti medici antitumorali in corso o recentemente conclusi, a presenza di malattia localmente avanzata che impediva una corretta funzionalità masticatoria, a neoplasie causa di deficit neurologici o di impraticabilità della via enterale. I pazienti al momento del ricovero si caratterizzavano per Performance Status mediano secondo Karnofsky (KPS) 50% (range 30-70), Activities of Daily Living (ADL) mediana 6 (range 2-6). Quattro pazienti effettuavano terapia medica antitumorale.

Il supporto nutrizionale (Kcal 700-1500) è stato somministrato, quindi, a 19/194 pazienti (10%).

Sei pazienti hanno ricevuto NA tramite miscele per sonda enterale (5 pazienti con tumore cerebrale, 1 paziente con tumore testa-collo). Dieci pazienti sono stati trattati con sacca ternaria associata ad oligoelementi e vitamine (9 pazienti con diagnosi di occlusione intestinale, 1 paziente con tumore testa-collo). In 3 pazienti è stata prescritta l'infusione sequenziale di macronutrienti associati a pasto cremoso (pazienti con tumore testa-collo).

Effetti collaterali di rilievo non sono stati registrati in alcun paziente, ma la NA con sacca ternaria è stata sospesa per insofferenza al trattamento in 2 pazienti, in quanto riferivano un peggioramento della loro qualità di vita e hanno proseguito con un supporto nutrizionale-reidratante (soluzione glucosata 500 cc 5% associata a L-AA 3% 250 cc, circa Kcal 100).

I pazienti riammessi al domicilio sono stati 8/19. Cinque pazienti hanno potuto sospendere il supporto nutrizionale dopo recupero della funzionalità masticatoria ed adeguato training per la correzione della disfagia. Tre pazienti sono stati affidati all'Assistenza Domiciliare Integrata ove hanno proseguito terapia con sacca ternaria con l'aiuto del Team Nutrizionale (Tabella 1). L'infermiere del team verificava quotidianamente la fattibilità del supporto coadiuvato dal medico nutrizionista referente.

#### Esperienza in pazienti con tumore del testa-collo

I pazienti ricoverati con diagnosi di neoplasia del distretto oro-faringeo sono stati 6. L'impossibilità a nutrirsi *per os* a causa del dolore e della limitazione funzionale, conseguente alle terapie effettuate e allo stadio di malattia, era la causa principale del ricovero e ha indotto a prescrivere

il supporto nutrizionale artificiale in 5 dei 6 pazienti.

Tre pazienti erano portatori di cannula tracheostomica, 4 effettuavano terapia antitumorale palliativa. In hospice, i 5 pazienti hanno effettuato terapia NA contemporaneamente alla terapia per il controllo della sintomatologia algica, indispensabile per il recupero della funzione masticatoria. Presentavano età mediana di 60 anni (range 39-79), KPS mediano del 70% (range 60-80), ADL mediana di 6 (range 0-6). La degenza è stata di 20 gg (range 13-80), la sopravvivenza mediana dall'ingresso in hospice di 70 giorni (range 23-390).

Infusione sequenziale di macroelementi (Kcal 750) associati a pasto cremoso, in modalità diurna-continua in 7-9 ore/die, è stata somministrata a 3 pazienti. Tre di questi sono stati riammessi al domicilio con pasto cremoso.

Un unico paziente ha eseguito NA con infusione di miscele per sonda enterale (Kcal 1000-1500) in modalità diurna-continua per 10-15 ore/die tramite sondino nasogastrico (SNG) per 76 degli 80 giorni trascorsi in hospice; gli ultimi 6 giorni ha ricevuto idratazione tramite vena periferica.

Un paziente è stato sottoposto ad infusione di sacca ternaria (Kcal 1000) con oligoelementi e vitamine in modalità diurna-continua per 14-18 ore/die per 10 giorni.

#### Esperienza in 7 pazienti con tumore cerebrale

I pazienti ricoverati con diagnosi di neoplasia cerebrale sono stati 7, presentavano sintomatologia multipla, caratterizzata da crisi comiziali, sopore/coma, vomito, perdita delle ADL e allettamento. Nessuno era più in grado di nutrirsi per os. Cinque dei sette pazienti sono stati trattati con infusione di miscele per sonda enterale (Kcal 500-1000) in modalità diurna-continua in 5-10 ore/die per periodi compresi tra 3 e 127 giorni, alternato a supporto nutrizionale reidratante per periodi di 4-32 giorni. I 5 pazienti avevano età mediana di 63 anni (range 36-72), ADL 0, KPS 40% (mediana 20-40%). La degenza mediana e il tempo mediano di sopravvivenza sono stati di 35 gg (range 3-127) dall'inizio nella NA.

#### Esperienza in 17 pazienti con occlusione intestinale

I pazienti ricoverati con diagnosi di occlusione intestinale sono stati 17. Le scadute condizioni generali, determinate

dalla presenza di vomito persistente conseguente all'occlusione intestinale, hanno determinato il ricovero e l'impostazione della terapia palliativa.

Il supporto nutrizionale artificiale è stato previsto per 9 dei 17 pazienti (53%) ritenendo che la sopravvivenza sarebbe stata inficiata dalla mancata possibilità di nutrirsi piuttosto che dalla progressione di malattia. La diagnosi era di occlusione intestinale da tumore dello stomaco in 4 casi, del colon in 2 casi, del pancreas in altri 2 pazienti e in 1 da tumore addominale ad origine sconosciuta. Nutrizione Artificiale tramite infusione di sacca ternaria (Kcal 1000-1500) è stata impostata con aggiunta di oligoelementi e vitamine in modalità diurna-continua per 14-24 ore/die. I pazienti presentavano KPS mediano 50% (range 30-70), ADL mediana 6 (range 0-6). Un unico paziente presentava KPS 30% e ADL 0 ed è deceduto dopo 14 giorni dalla diagnosi, evidenziando la non corretta impostazione del piano terapeutico. Non si sono registrati effetti collaterali o problemi infusionali; due pazienti hanno chiesto la sospensione della terapia nutrizionale per insofferenza, poiché vedevano peggiorare la loro autonomia nel tempo dell'infusione. Tre pazienti hanno fatto ritorno al domicilio proseguendo le cure in Assistenza Domiciliare Integrata.

Il tempo mediano di sopravvivenza è stato di 36 gg (range 14-123), calcolato dalla diagnosi di occlusione al decesso; la degenza totale media di 34 gg (14-123) (Tabella 2).

## CONCLUSIONI

Il ruolo della nutrizione artificiale nel paziente oncologico è controverso, come mostrano i dati e le considerazioni

bioetiche in letteratura<sup>(27-31)</sup>. Tenendo in considerazione che il mantenimento di un corretto stato nutrizionale non garantisce l'integrità psicofisica del malato, va prescritta e iniziata quando si suppone che la sopravvivenza prevista per l'evoluzione naturale della malattia possa essere ridotta dalla concomitante malnutrizione.

Valutazioni epidemiologiche nell'anno 2005 mostrano in Italia una prevalenza di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) per milione di abitanti di 152,6 (range del 28,1 in Sicilia e del 519,8 nelle Marche), con una frequenza di somministrazione per patologia oncologica del 24,2% del totale di tutte le NAD (range del 13,8% nel Friuli Venezia Giulia e del 75,7% in Basilicata). Nella regione Emilia Romagna, la prevalenza di NAD per milione di abitanti è di 329, la frequenza per patologia oncologica è del 20,5%<sup>(32)</sup>.

Nell'anno 2006, in hospice il supporto nutrizionale è divenuto parte del progetto terapeutico di cure palliative nel 10% dei pazienti. La successiva sospensione del trattamento in 5 pazienti per ripresa della funzionalità masticatoria e in 2 per insofferenza al trattamento hanno fatto sì che il 6% dei pazienti abbia ricevuto un trattamento nutrizionale protratto. La minore aderenza alle linee guida al supporto si è sicuramente registrata per i pazienti con patologie cerebrali, dove la valutazione prognostica è incerta e difficoltosa<sup>(33)</sup>.

La decisione di nutrire artificialmente è stata sottoposta a rivalutazione quotidiana per il modificarsi del quadro clinico, dei desideri del paziente, affinché la cura non fosse sproporzionata negli obiettivi. L'impostazione del piano nutrizionale non ha interferito con il ritorno al domicilio del paziente, in considerazione della possibilità di affi-

darlo al Team Nutrizionale, che garantisce l'appropriatezza, la fattibilità, la rivalutazione del trattamento anche al domicilio, con riduzione dei tempi di ospedalizzazione. Nei pazienti in cui non è stata consentita la domiciliarizzazione, la causa non era da ricercarsi esclusivamente nella difficoltà di gestione della

**Tabella 2.** Caratteristiche cliniche, degenza e sopravvivenza mediana dei pazienti in Nutrizione Artificiale per tipo di patologia

Caratteristiche dei pazienti sottoposti a Nutrizione Artificiale	Tumore testa-collo	Tumore cerebrale	Occlusione intestinale
Totale pazienti sottoposti a NA	5	5	9
ADL (mediana)	6 (5-6)	0	6 (0-6)
KPS (mediana)	70% (60-80)	40% (20-40)	50% (30-70)
Dimessi	4	0	3
Sospesa NA per ripristino nutrizione orale	4	1	0
Degenza totale in hospice (mediana)	20 gg (13-80)	35 gg (3-127)	34 gg (14-123)
Sopravvivenza (mediana)*	70 gg (23-390)	35 gg (3-127)	36 gg (14-123)

\* La sopravvivenza è calcolata dall'inizio della NA al decesso.

terapia nutrizionale, ma dell'intero piano assistenziale. La Nutrizione Artificiale (NA) è una procedura terapeutica che consente la sostituzione di una funzione fisiologica in quanto impossibile o insufficiente, è terapia medica e non può essere considerata alla stregua di un supporto assistenziale.

### Bibliografia

1. Bozzetti F, Migliavacca S, Scotti A. Impact of a cancer, type, site and treatment on the nutritional status of patients. *Ann Surg* 1982; 196: 170-9.
2. Giocosa A, Frascio F, Sukkar SG, et al; Food Intake and body composition in cancer cachexia. *Nutrition* 1996; 12(1): S20-S25.
3. Tisdale MJ. Cancer anorexia and cachexia. *Nutrition* 2001; 17: 438-42.
4. Tisdale MJ. The cancer cachectic factor. *Support Care Cancer* 2003; 11: 73-8.
5. Muscaritoli M, Bossola M, Aversa Z et al. Prevention and treatment of cancer cachexia: new insights into an old problem. *Eur J Oncol* 2006; 42(1): 31-41.
6. Maltoni M, Nanni O, Scarpi et al. High-dose progestins for the treatment of cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review of randomized clinical trials. *Ann Oncol* 2001; 12: 289-300.
7. Ravasco P, Monteiro Grillo I, Camillo M. Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling. *Clinical Nutrition* 2007; 26(1): 7-15.
8. Cheryl L. Rock. Dietary Counseling is beneficial for the patient with cancer. *JCO* 2005; 23(7): 1348-49.
9. Linee Guida AIOM 2007. Trattamento e prevenzione della cachessia neoplastica. Dicembre 2007. [www.aiom.it/it/oncologiamedicalineeguida.asp?selectionmenu](http://www.aiom.it/it/oncologiamedicalineeguida.asp?selectionmenu)
10. Linee Guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 1995. *Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale* 1995; vol 13: S-2.
11. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition* 1996; 12: 163-7.
12. Linee Guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002. *Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed enterale* 2002; anno 20(4): S5.
13. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Board of Directors: Definition of term used in A.S.P.E.N. guidelines and standard. *JPEN* 1995; 19: 1-2.
14. Bozzetti F, Gavazzi C. Indicazione al supporto nutrizionale. In: Mercadante S, Ripamonti C. *Medicina e Cure Palliative in Oncologia. Aspetti clinici, assistenziali e organizzativi*. Milano: Masson Editore, 2002; pp. 259-72.
15. Davidson I, Richardson R. Dietary and nutritional aspects of palliative medicine. *Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2005: 546-52.
16. Bozzetti F, Gavazzi C, Mariani L et al. Artificial nutrition in cancer patients: wich route, what composition? *World J Surg* 1999; 23: 577-83.
17. Mirhosseini N, Fainsinger RL, Baracos V. Parenteral nutrition in advanced cancer: indications and clinical practice guidelines. *J Palliat Med* 2005; 8: 914-98.
18. Morss Dy S. Enteral and parenteral Nutrition in Terminally ill cancer Patients: a review of the literature. *American J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 369-77.
19. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration - Fundamental Principles and Recommendations. *N Engl J* 2005; 353(24): 2607-12.
20. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP et al. Summary version of the standards, options and recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer (2001). *Br J Cancer* 2003; 89(Suppl 1): S107-S110.
21. Pasanisi F, Orban A, Scalfi L et al. Predictors of Survival in terminal-cancer patients with irreversible bowel obstruction receiving home parenteral nutrition. *Nutrition* 2001; 17(7-8): 581-4.
22. Santarpia F, Alfonsi L, Pasanisi F et al. Predictive factors of survival in patients with peritoneal carcinomatosis on home parenteral nutrition. *Nutrition* 2006; 22: 355-60.
23. Scolopio JS, Fleming R, Kelly D et al. Survival of home parenteral nutrition-treated patients: 20 years of experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clinic proc* 1999; 74: 217-22.
24. Capra S, Ferguson M, Ried K. Cancer: Impact of nutrition intervention outcome - nutrition issue for patients. *Nutrition* 2001; 17: 769-72.
25. Cozzaglio L, Balzola F, Cosentino F, et al. Outcome of cancer patients receiving home parenteral nutrition. *JPEN* 1997; 21: 339-42.
26. Hebuterne X, Bozzetti F, Moreno Villares JM, et al. Home enteral nutrition in adults: an European multicentre survey. *Clinical Nutrition* 2003; 22(3): 261-6.
27. Contaldo F, Alfonsi L, Pasanisi F. Artificial nutrition at the bioethic cross-road between treatment and basic health care. *Clinical Nutrition* 2006; 25(1): 171-2.
- 28) Bozzetti F. Home total parenteral nutrition in incurable cancer patients: a therapy, a basic humane care or something in between? *Clinical Nutrition* 2003; 22(2): 109-111.
29. Contaldo F, Pasanisi F. Aspetti etico-deontologici della nutrizione artificiale. *Forum Nazionale della SINPE*. Napoli 26-27 aprile 2001. *Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale* 2002; 2(anno 20): 59-63.
30. Anzani A. Nutrizione Artificiale: aspetti etici. *Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale* 2004, 2 (anno 22): 55-64.
31. Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale. Documento elaborato dal Consiglio Direttivo e dalla Commissione di Bioetica della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE). Gennaio 2007.
32. Pironi L, Candusso M, Biondo A et al. Prevalence of home artificial nutrition in Italy in 2005: a survey by the Italian Society for parenteral and Enteral Nutrition (SINPE). *Clinical Nutrition* 2007; 26(1): 123-32.
33. Glare P, Virik K, Jones M et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer. *BMJ* 2003; 327: 195-200.