



# **Il dibattito della gestione del fine vita: idratare o nutrire?**

*Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale*

**Dr. Enrico Ruggeri**

*Medico nutrizionista della Fondazione ANT Italia Onlus*



# Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life?

---

*Rony Dev, Shalini Dalal, and Eduardo Bruera*

---

*Curr Opin Support Palliat Care. 2012; 6(3):365-370.*

- ✓ La maggior parte dei pazienti in fase terminale non ha benefici dalla Nutrizione Parenterale, ad eccezione di quelli con **buon Performance Status** ed un tratto gastrointestinale non funzionante o una **neoplasia a lenta crescita**.
- ✓ Tuttavia, la **sospensione** della Nutrizione Parenterale e/o dell'idratazione viene percepita, anche dal personale sanitario, come un atto di **eutanasia**.

# Linee Guida AIOM 2012

- ✓ **Efficacia della Nutrizione Artificiale non dimostrata**
- ✓ **La Nutrizione Artificiale è indicata solo se:**
  - ❖ l'attesa di vita è primariamente condizionata dalla malnutrizione più che dalla malattia
  - ❖ attesa di vita >3 mesi; Performance Status >50
  - ❖ la malnutrizione determina le condizioni cliniche senza significativa sintomatologia associata, oppure questa è ben controllata

## Raccomandazioni pratiche AIOM-SINPE per il supporto nutrizionale nel paziente oncologico

- Il supporto nutrizionale e le modifiche dietetiche devono mirare al mantenimento o al recupero dello stato nutrizionale, favorendo l'incremento degli introiti proteici e calorici o preservandoli. Diete "alternative" ipocaloriche per la cura del cancro (es. macrobiotiche o vegane) non sono raccomandate poiché potenzialmente dannose.
- Il supporto nutrizionale può essere integrato nei programmi di cure palliative, in base a valutazioni individuali caso per caso, alle implicazioni sulla qualità di vita, alle aspettative di sopravvivenza ed alla volontà consapevole dei pazienti.
- La nutrizione artificiale domiciliare deve essere prescritta e regolarmente monitorata utilizzando protocolli definiti e condivisi tra oncologi e nutrizionisti clinici.
- I parametri di valutazione dello stato nutrizionale devono essere considerati come obiettivi rilevanti o potenziali fattori di confondimento nell'interpretazione dei risultati della ricerca clinica oncologica.
- Studi clinici d'intervento adeguatamente disegnati sono necessari per migliorare le evidenze a favore del supporto nutrizionale nei differenti ambiti di cura per i pazienti oncologici.

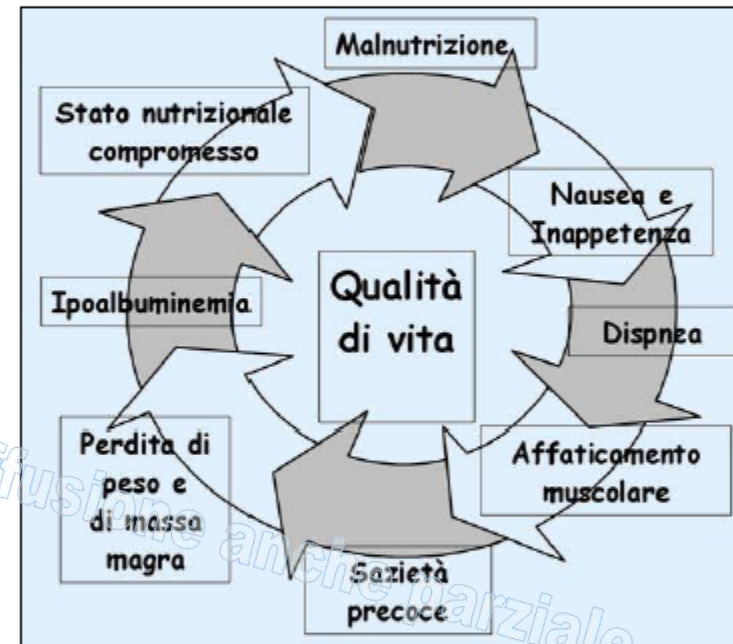
# Perché nutrire

Nei pazienti con neoplasia in fase avanzata vi è:

- un **calo ponderale** in più del 60% dei casi, con picchi fino all'80% nei pazienti con tumore del tratto gastrointestinale
- il calo ponderale e l'aumento del metabolismo sono **correlati alla ridotta SOPRAVVIVENZA**
- circa il 50% dei pazienti presenta i segni e i sintomi della **cachessia neoplastica**
- la cachessia neoplastica rappresenta **la causa diretta di morte** nel 4–23% dei pazienti oncologici

# Conseguenze della malnutrizione nel paziente oncologico

- ✓ Alterazione della **QUALITA' DI VITA**
- ✓ Riduzione della forza muscolare e peggioramento delle condizioni generali
- ✓ Ridotta immunocompetenza
- ✓ Ridotta risposta ai trattamenti CT
- ✓ Aumentato rischio di tossicità da trattamento CT
- ✓ Aumentato rischio di complicanze post-operatorie



# Nutrizione e oncologia. Poca attenzione al problema. *Le raccomandazioni F.A.V.O.*

8° Rapporto sulla condizione assistenziale del malato oncologico



Nonostante l'evidenza delle conseguenze della malnutrizione sul paziente oncologico, **l'attenzione ai problemi della nutrizione rimane ancora largamente insoddisfatta**.

Alla base di questa situazione sta la **scarsa consapevolezza**, sia da parte del medico che del paziente, che il mantenimento di uno stato nutrizionale ottimale durante e dopo le cure oncologiche rappresenta un presupposto imprescindibile per il successo della terapia e per la restituzione alla vita attiva.

Per questo, le Società scientifiche di riferimento in oncologia e nutrizione clinica, in collaborazione con FAVO, intendono sviluppare una serie di **iniziative**:

- ✓ Corsi di formazione per oncologi sulla pratica nutrizionale
- ✓ Inserimento della terapia nutrizionale nel contesto delle cure simultanee
- ✓ Studi multicentrici sul ruolo prognostico dello screening nutrizionale precoce
- ✓ Campagne stampa e materiale informativo per pazienti e operatori sanitari
- ✓ Indagini sulle prescrizioni dietetiche inappropriate tra pazienti oncologici
- ✓ Survey nelle strutture di oncologia sulla disponibilità di personale dedicato

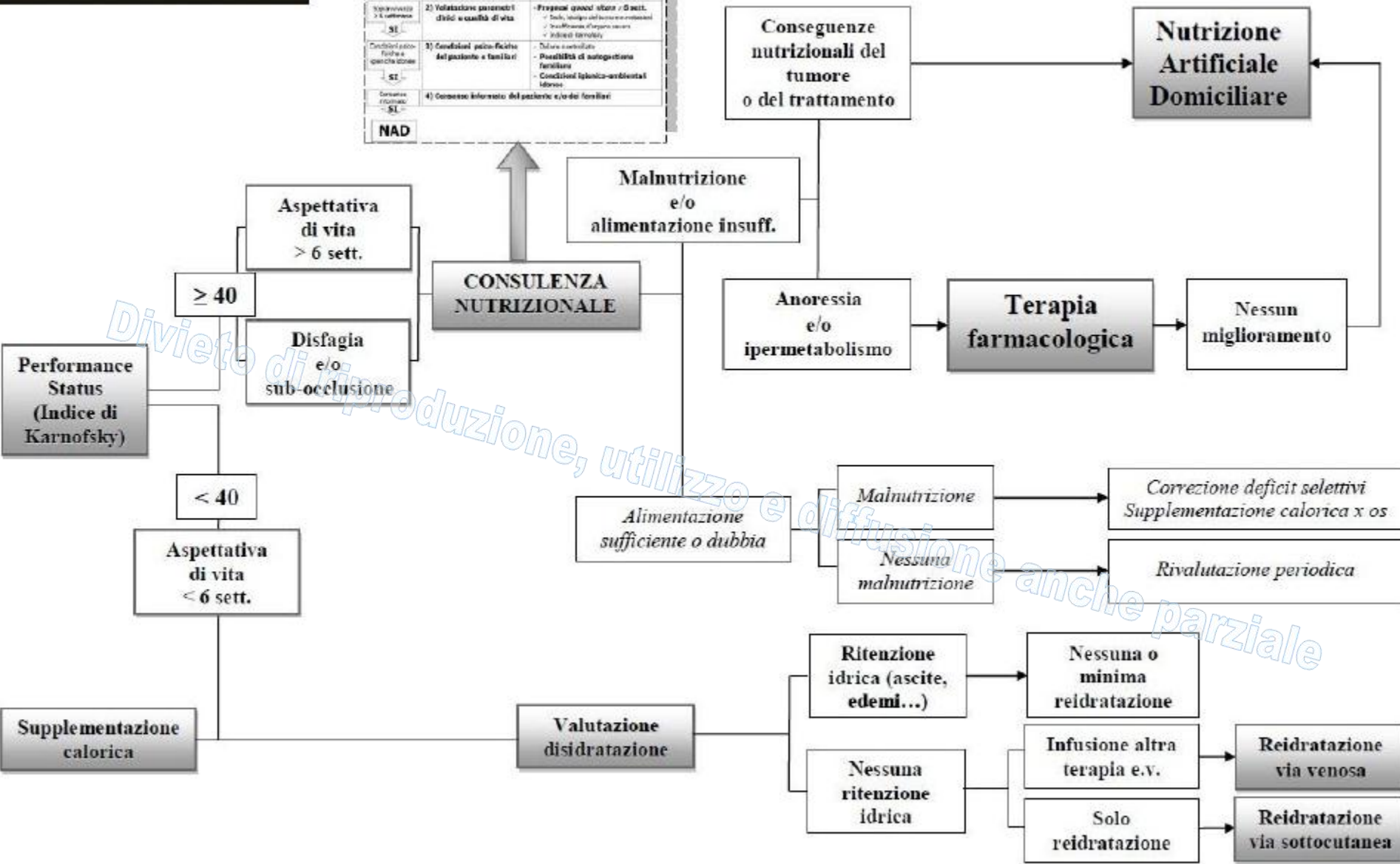
## Obiettivi del Servizio Nutrizionale ANT

- 1. Individuare precocemente**, con l'aiuto della flow-chart, i pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione, candidati alla Nutrizione Artificiale Domiciliare
- 2. Evitare il decesso per cachessia**
- 3. Migliorare il performance status e la qualità di vita**, attraverso il controllo della perdita della massa magra (sarcopenia) e la permanenza nell'ambiente familiare



# FLOW-CHART NUTRIZIONALE

Criteri di scelta dei pazienti candidati alla NAD		
Malnutrizione - Ind. KPS < 40 - Calo ponderale > 10% - Ispiro (score > 10) - Calo del albuminemia > 30% - Solo per pazienti con prognosi > 6 sett.	1) Valutazione dello stato di nutrizione	Malnutrizione (controllata) - Ind. KPS < 40 - Calo ponderale > 10% - Ispiro (score > 10) - Calo del albuminemia > 30% - Solo per pazienti con prognosi > 6 sett.
Non-invasività - A tolleranza	2) Valutazione parametri di qualità di vita	- Presenza di comorbidità - Solo, se il paziente ha una buona tolleranza - Solo, se il paziente ha una buona tolleranza - Solo, se il paziente ha una buona tolleranza
Condizioni psico-fisiche - A tolleranza	3) Condizioni psico-fisiche del paziente e familiari	- Buona tolleranza - Possibilità di assistenza familiare - Condizioni igienico-ambientali idonee
Consenso informato	4) Consenso informato del paziente e/o dei familiari	
<b>NAD</b>		



Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

# Criteri di scelta dei pazienti candidati alla NAD

Malnutrizione  
e/o  
alimentazione  
insufficiente

**SI**

Sopravvivenza  
≥ 6 settimane

**SI**

Condizioni psico-  
fisiche paziente e  
familiari idonee

**SI**

Consenso  
informato

**SI**

**NAD**

## 1) Valutazione dello stato di nutrizione

- **Malnutrizione** (*visione statica*)
  - ✓ Body Mass Index < 18.5
  - ✓ Calo ponderale a 6 mesi > 10 %
- **Bilancio c-p negativo** (*visione dinamica*)
  - ✓ Calorie per os < 50 % metabolismo basale
  - ✓ Calo ponderale nell'ultima settimana

## 2) Valutazione parametri clinici e qualità di vita

- **Prognosi *quoad vitam* ≥ 6 sett.**
  - ✓ Sede, istotipo del tumore e metastasi
  - ✓ Insufficienza d'organo severa
  - ✓ Indice di Karnofsky

## 3) Condizioni psico-fisiche del paziente e familiari

- Dolore controllato
- **Possibilità di autogestione familiare** (*care giver*)
- Condizioni igienico-ambientali idonee

## 4) Consenso informato del paziente e/o dei familiari

Periodo di attività: 1/7/1990 – 1/7/2015

**Pazienti in assistenza ANT**  
(Bologna e provincia)

**34718**

**Pazienti in NAD**

**790 (2.3 %)**

Sesso M/F: 465/325  
Età (m ± ds): 65.5 ± 12.8 aa

**NED**

**316**

**(40 %)**

**NPD**

**474**

**(60 %)**

**Pazienti che hanno  
sospeso la NAD per  
ri-alimentazione**

**31**

**Pazienti con NAD  
in corso**

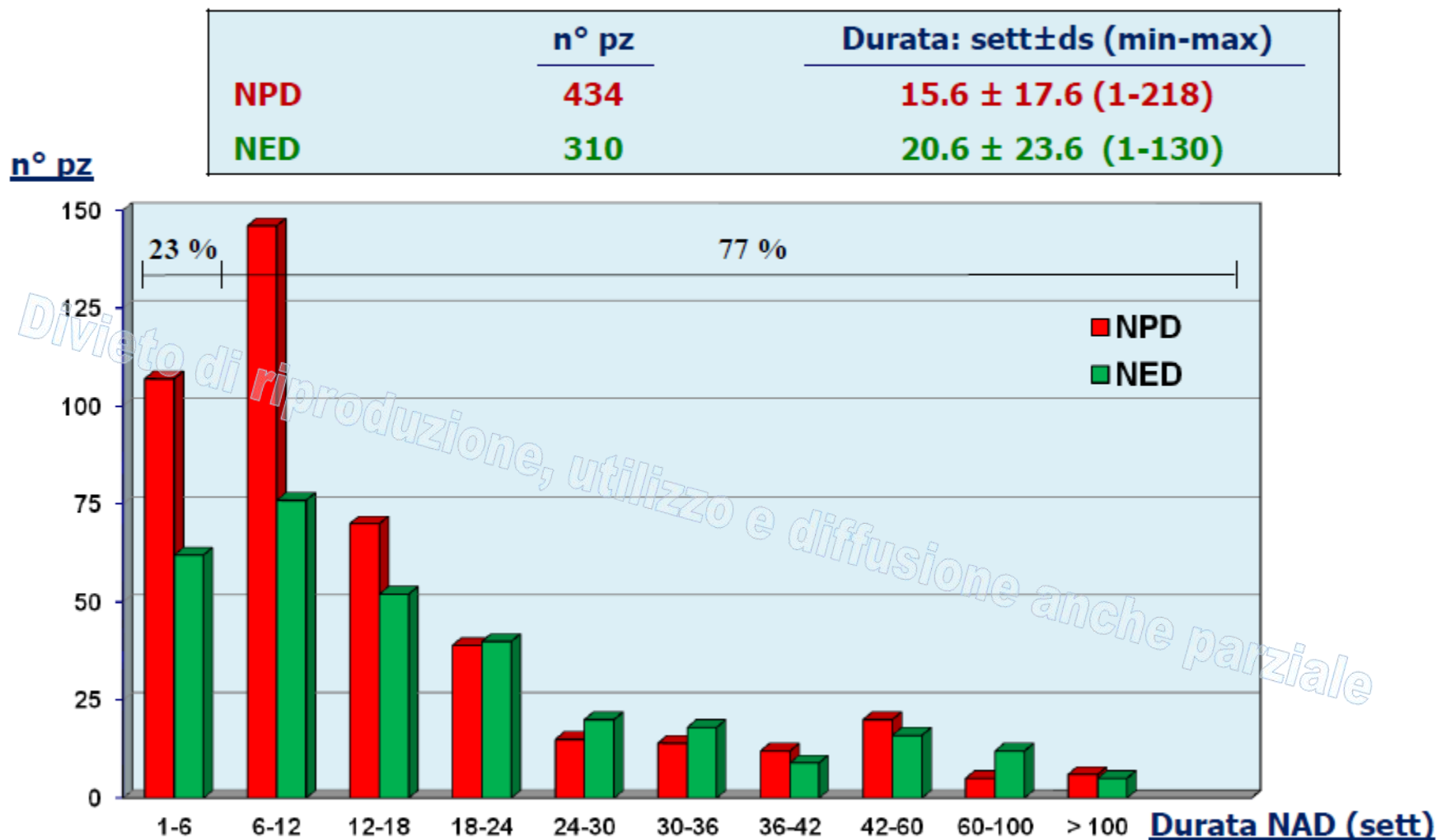
**16**

**Pazienti deceduti**

**744**

*Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale*

# Influenza della NAD sulla **sopravvivenza**



La NAD sembra essere efficace nel **migliorare la sopravvivenza** dei pazienti (77%), evitandone il decesso per cachessia

# Influenza della NAD sulla **qualità di vita**

	Nutrizione Artificiale			Sede del tumore			Sopravvivenza (settimane) (m ± ds)
	NAD totale (744 pz)	NED (310 pz)	NPD (434 pz)	TC <sup>(&amp;)</sup> (169 pz)	GI <sup>(§)</sup> (427 pz)	Altre (148 pz)	
<b>Indice di Karnofsky (all'avvio della NAD)</b>							p<0.0001 r = 0,258
<b>Indice di Karnofsky (dopo un mese di NAD)</b>							
- Ridotto	82 (11%)	34 (11%)	48 (11%)	13 ( 8%)	45 (11%)	19 (13%)	8.5 ± 11.1
- Invariato	488 (65%)	195 (63%)	293 (68%)	109 (64%)	277 (65%)	102 (69%)	16.1 ± 19.2
- Aumentato	174 (24%)	81 (26%)	93 (21%)	47 (28%)	105 (24%)	27 (18%)	26.4 ± 24.0
(&) TC = Testa-collo ; (§) GI = Gastrointestinale * p<0.02, ^ p<0.001 ; # p<0.0001							

La NAD sembra essere efficace nel **mantenere o migliorare il performance status** dei pazienti (89%) e quindi, indirettamente, la qualità di vita

# Conclusioni

- ✓ La **Nutrizione Artificiale Domiciliare** può rappresentare un valido strumento terapeutico per **evitare il decesso per cachessia e migliorare la qualità di vita** nei pazienti oncologici, anche in quei pazienti con neoplasia in fase avanzata che non riescono più ad alimentarsi per via naturale ma che abbiano ancora un buon performance e una buona aspettativa di vita.
- ✓ E' importante avvalersi di validi **criteri di scelta** per l'individuazione di quei pazienti che realmente si possono avvantaggiare della Nutrizione Artificiale Domiciliare.
- ✓ In tal modo è possibile **prevenire il rischio di un uso eccessivo e indiscriminato della terapia nutrizionale artificiale** nei pazienti neoplastici in fase avanzata