



## **RUOLO DEL NUTRIZIONISTA NELLA GESTIONE DEI TUMORI ESOFAGEI**

### **Comitato estensore:**

Elena Agnello, Concetta Finocchiaro

### **Approvato dal Gruppo di Studio sui Tumori dell'Esophago**

### **Partecipanti:**

Elena Agnello, Marco Allaix, Marco Francesco Amisano, Vincenzo Arena, Paolo Bellora, Simone Birolo, Ljevin Boglione, Michele Camandona, Giorgia Catalano, Sebastiano Cavalli, Viviana Contu, Franco Coppola, Pietro Cumbo, Giordana D'Aloisio, Fabio De Cesare, Lucia Evangelisti, Ivan Facilissimo, Elena Fea, Renato Ferraris, Concetta Finocchiaro, Laura Giovanna Forti, Mirella Fortunato, Flavio Fraire, Mauro Garino, Antonietta Garripoli, Sergio Gentili, Paolo Geretto, Francesco Giraldi, Angelica Hotca, Alessandro Lavagna, Daniela Marengo, Luca Mazza, Antonella Melano, Fernanda Migliaccio, Michela Mineccia, Sabrina Paonessa, Luca Panier Suffat, Luca Pellegrino, Ferruccio Ravazzoni, Fabrizio Rebecchi, Paola Riella, Renato Romagnoli, Maria Antonietta Satolli, Donatella Scaglione, Anna Lucia Segreto, Stefano Silvestri, Oscar Soresini, Pietro Sozzi, Elisa Sperti, Paolo Strignano, Maria Tessa, Lucia Turri, Giorgio Verros

In pazienti con carcinoma dell'esofago è opportuno effettuare uno screening nutrizionale e richiedere una valutazione nutrizionale alla diagnosi e comunque prima dell'inizio di qualsiasi trattamento oncologico.

Il supporto nutrizionale deve essere personalizzato in relazione allo stato nutrizionale del paziente, alla storia clinica, allo stadio della malattia, al trattamento oncologico in atto ed alla prognosi.

La malnutrizione e la sarcopenia sono stati ripetutamente dimostrati, in numerosi lavori scientifici, come importanti elementi predittivi per l'outcome del paziente a breve e a lungo termine, specialmente in termini di complicanze post-chirurgiche.

Prima di intraprendere qualsiasi trattamento oncologico (chirurgia, chemioterapia, radioterapia esclusive o pre-operatorie) il paziente deve essere sottoposto a valutazione dietologica per stabilire una corretta impostazione nutrizionale personalizzata.

La via migliore di nutrizione (os/integrazioni orali/via enterale) sarà valutata e concordata tra specialista del trattamento oncologico e dietologo.

Ulteriori visite di controllo saranno poi eseguite per tutta la durata del trattamento e anche nel post-trattamento, fino alla ripresa di uno stato nutrizionale soddisfacente.

La presa in carico del paziente da parte del nutrizionista, consente di superare la parcellizzazione nella gestione del percorso che porta a trattamenti inadeguati, e sottovalutazioni delle possibilità terapeutiche.

Lo screening nutrizionale è raccomandato in tutti i pazienti affetti da tumore esofageo sia adenocarcinoma che spinocellulare.

Secondo le Linee Guida dell'ESPEN (Società Europea di Nutrizione Enterale e Parenterale) le finalità dell'intervento nutrizionale nel paziente con patologia oncologica dell'esofago sono :

- prevenire e trattare la malnutrizione;
- potenziare gli effetti della terapia antitumorale;
- ridurre gli effetti collaterali della terapia antitumorale e migliorare la qualità di vita.

### **In caso di preparazione all'intervento**

Se non vengono raggiunti gli obiettivi nutrizionali con una dieta adeguata per os si pone indicazione alla prescrizione degli integratori orali o in caso disfagia severa o impossibilità a soddisfare i fabbisogni nutrizionali è indicato il posizionamento di un sondino naso-gastrico.

Nel caso di impossibilità ad utilizzare la via enterale si può eseguire un supporto per via parenterale ma solo in presenza di un accesso parenterale idoneo.

### **In caso di RT e/o CT neoadiuvante:**

La radio e chemioterapia possono essere dei trattamenti particolarmente invasivi da un punto di vista nutrizionale ed è stato dimostrato che la tolleranza è migliore se il paziente è in un soddisfacente stato nutrizionale, pertanto durante tutto il trattamento terapeutico, il paziente deve essere preso in carico dal servizio nutrizionale al fine di garantire un'adeguata copertura dei suoi fabbisogni.

### **In caso di preparazione all'intervento:**

Indicata la presa in carico da un punto di vista nutrizionale per counseling dietetico, e se non vengono raggiunti gli obiettivi nutrizionali con una dieta adeguata per os si pone indicazione a:

- prescrivere degli integratori;
- o un'integrazione tramite con sng in caso disfagia severa o impossibilità a soddisfare i fabbisogni nutrizionali;
- nel caso di impossibilità ad utilizzare la via enterale si può eseguire un supporto per via parenterale ma solo in presenza di accesso parenterale idoneo.

### **Immunonutrizione**

Lo stato attuale delle conoscenze indica, per i pazienti neoplastici da sottoporre ad un intervento di chirurgia maggiore dell'addome, una nutrizione enterale per via orale preoperatoria con immunonutrienti (arginina, acidi grassi omega-3 e nucleotidi) per una durata di almeno 5-7 giorni, indipendentemente dallo stato nutrizionale del soggetto (raccomandazione di grado A). Ne derivano una riduzione delle complicanze infettive post-operatorie e una riduzione dei tempi di degenza.

Per la valutazione nutrizionale e la prescrizione dei prodotti necessari il paziente dovrà essere prenotato e seguito dall'ambulatorio di dietologia (ambulatorio di immunonutrizione).

Durante l'intervento di esofagectomia è indicato il posizionamento di digiunostomia per la nutrizione artificiale post-operatoria con prosecuzione dell'immunonutrizione (con formule specifiche infuse a livello digiunale), per 5 giorni. La nutrizione enterale può essere proseguita anche a domicilio in caso in cui il paziente non riesca ad alimentarsi sufficientemente

Le linee guida ESPEN per la nutrizione enterale già nel 2006 e confermate nel 2017, raccomandano l'immunonutrizione nei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore capo-collo, chirurgia oncologica addominale maggiore e dopo trauma severo.

In particolare l'immunonutrizione ha portato a una riduzione dell'incidenza di complicanze post operatorie, specie infettive, riduzione dei tempi di degenza, senza però influenzare la mortalità.

### **Approccio nutrizionale al paziente con malattia avanzata**

Circa il 65% dei pazienti si presenta all'esordio in una fase avanzata di malattia (III o IV stadio) che richiede un approccio di trattamento multimodale.

#### Indicazione e scelta del trattamento nutrizionale

Il quesito iniziale, discriminante, su cui si basa tutta la pianificazione terapeutica riguarda la possibilità o meno di avvalersi, per la somministrazione di nutrienti, del tratto intestinale, ovvero la capacità di quest'ultimo di mantenere una sufficiente capacità digestiva ed assorbente; in tal caso è indicata la nutrizione orale o enterale.

Se ci si aspetta che il paziente sia impossibilitato ad alimentarsi per più di 7 giorni o se il paziente è malnutrito è appropriato dare indicazione ad un supporto nutrizionale artificiale. Altrettanto è da farsi se si prevede un introito di nutrienti < 60% dei fabbisogni per più di 10 giorni.

### **Nutrizione Parenterale**

L'impiego della nutrizione parenterale va valutato nei casi in cui la via enterale sia controindicata o non sia tollerata o nei casi in cui vi sia una condizione di impossibilità ad eseguire la nutrizione per os o enterale.

Non esiste un rationale per somministrarla se l'assunzione di nutrienti per via orale od enterale è possibile e adeguata (*Linee Guida ESPEN, raccomandazione di grado A*).

In ambito sperimentale è stato valutato anche l'impiego della NP supplementare in fase precoce ottenendo un rallentamento del calo ponderale, un miglioramento della qualità di vita ed una riduzione degli effetti collaterali della chemioterapia.

### **Area palliativa**

Nel caso di pazienti con malattia incurabile e in cui la nutrizione per via enterale sia preclusa, l'applicazione delle Linee Guida ESPEN e della Legge della Regione Piemonte sulla Nutrizione Artificiale, consente di individuare coloro cui proporre la nutrizione parenterale a medio termine (almeno due mesi di aspettativa di vita). Si tratta di pazienti in cui la condizione di malnutrizione e/o di insufficienza intestinale limita maggiormente la sopravvivenza e la qualità di vita rispetto al decorso della malattia.

Sono ormai disponibili diversi studi che ne provano l'impatto favorevole in termini di miglioramento della qualità di vita, ma mancano ancora le prove di efficacia sull'aumento della sopravvivenza

Non ci sono evidenze scientifiche di tossicità sull'argomento in questione

### **Bibliografia essenziale**

*ESPEN Guidelines 2012(31) 817*

*Nutrition. 2018 “[Efficacy of perioperative immunonutrition in esophageal cancer patients undergoing esophagectomy.](#)”*

*Clin Nutr 2017 ESPEN Guidelines in cancer patients*

D.Wagner et: *WIGS 2016 8(1):27-40*

*Weiman et al: ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ Transplantation*

*Clinical Nutrition 2006 25:224-244*

*NCCN Guideline 2016 Esophageal and Esophagogastric Junction Cancer*