
La disfagia nel paziente oncologico: peculiarità e trattamento nutrizionale - CASO CLINICO

Filippo VALORIANI

Dietista

AOU di Modena - Policlinico



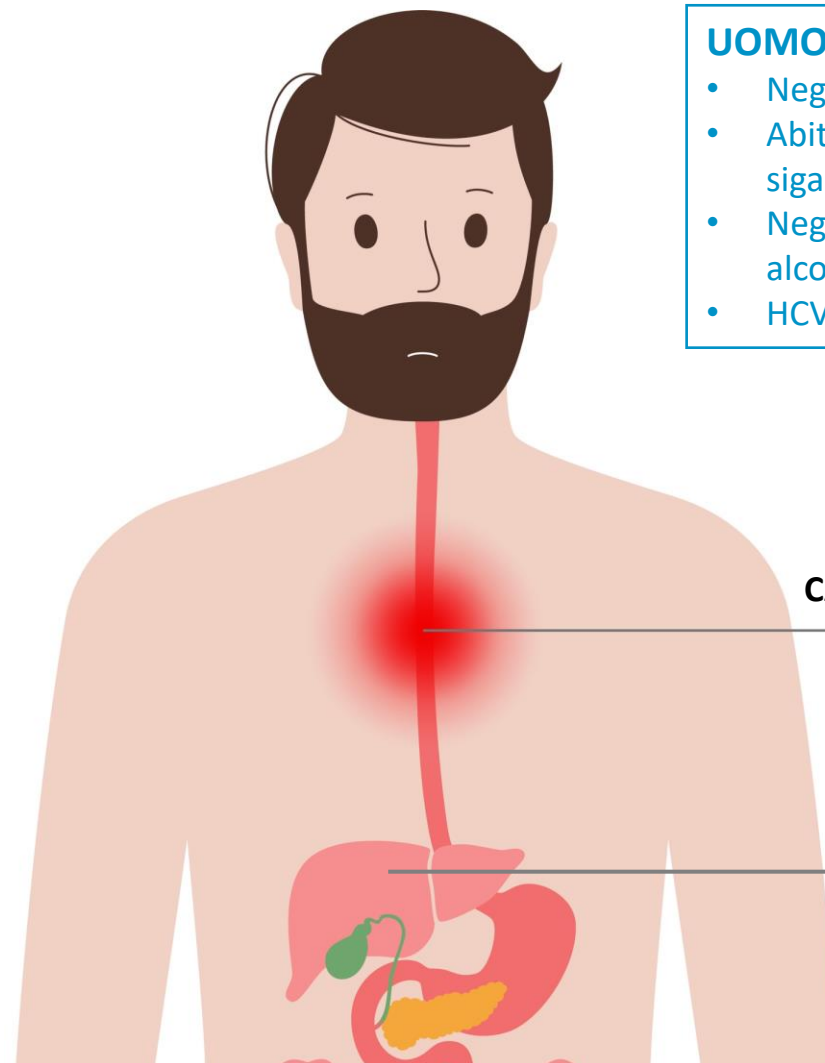
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)

Si osserva la lesione esofagea a sviluppo esofitico, vegeto-ulcero-infiltrante, che interessa i $\frac{3}{4}$ del lume determinando la stenosi del lume esofageo non oltrepasabile con strumento standard: si ripetono biopsie multiple.

Si completa l'indagine con strumento ultrasottile (calibro 6 mm) oltrepasando la stenosi e valutando l'estensione della neoformazione fino alla regione sotto cardiaca a circa 40-42 cm dall'arcata dentaria.

Si eseguono anche biopsie mirate del tratto cardiaco della neoformazione. Restante stomaco e duodeno, esplorati fino alla seconda porzione, regolari.

ESITO: carcinoma squamocellulare ben differenziato.



UOMO 57 aa

- Nega allergie a farmaci
- Abitudine tabagica (40 sigarette/die)
- Nega consumo abituario di alcolici
- HCV (Hepatitis C Virus) positivo.

CARCINOMA ESOFAGEO

**Parametri epatici
nella norma**

Valutazione nutrizionale basale (alla diagnosi)

STEP 2

VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA

- Peso corporeo attuale **61 kg** - Altezza 1,70m - **IMC 21,10 kg/m²**
- Peso corporeo abituale 80 kg mantenuto sino a 5 mesi fa

Calo ponderale involontario del 23,7% negli ultimi 5 mesi, rispetto al peso corporeo abituale.

SINTOMI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Appetito conservato (NRS 07/10), marcato **senso di sazietà precoce**, **disfagia meccanica ai cibi solidi G2** e **stipsi G1**.

APPORTO ORALE

Si registra **dieta di consistenza semisolida**, frazionata in **n°3 pasti/die** di piccolo volume, caratterizzata da un apporto medio giornaliero pari a circa **1300-1400 kcal/die** e **50-55 g di proteine/die**, corrispondente a circa il 65% dei fabbisogni nutrizionali giornalieri stimati. **Liquidi circa 1000ml/die**. Non assume supplementi orali, preparati erboristici o sostanze bioattive.

ESAMI EMATOCHIMICI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Le concentrazioni di albumina, transferrina e pre-albumina si collocano nell'intervallo di normalità. Non distonie. Funzionalità epatica e renale nella norma.

NOTE

Non ha mai eseguito prima una valutazione nutrizionale. Il paziente, documentandosi in rete, ha applicato una lunga serie di restrizioni dietetiche nella convinzione di «ostacolare» l'accrescimento della malattia oncologica.



1 CRITERIO Fenotipico + 1 CRITERIO Eziologico = diagnosi di malnutrizione
Il CRITERIO Fenotipico determina la severità della malnutrizione

Thresholds for severity grading of malnutrition into Stage 1 (Moderate) and Stage 2 (Severe) malnutrition.

	Phenotypic Criteria ^a		
	Weight loss (%)	Low body mass index (kg/m ²) ^b	Reduced muscle mass ^c
Stage 1/Moderate Malnutrition (Requires 1 phenotypic criterion that meets this grade)	5–10% within the past 6 mo, or 10–20% beyond 6 mo	<20 if < 70 yr, <22 if ≥ 70 yr	Mild to moderate deficit (per validated assessment methods – see below)
Stage 2/Severe Malnutrition (Requires 1 phenotypic criterion that meets this grade)	>10% within the past 6 mo, or >20% beyond 6 mo	<18.5 if < 70 yr, <20 if ≥ 70 yr	Severe deficit (per validated assessment methods – see below)

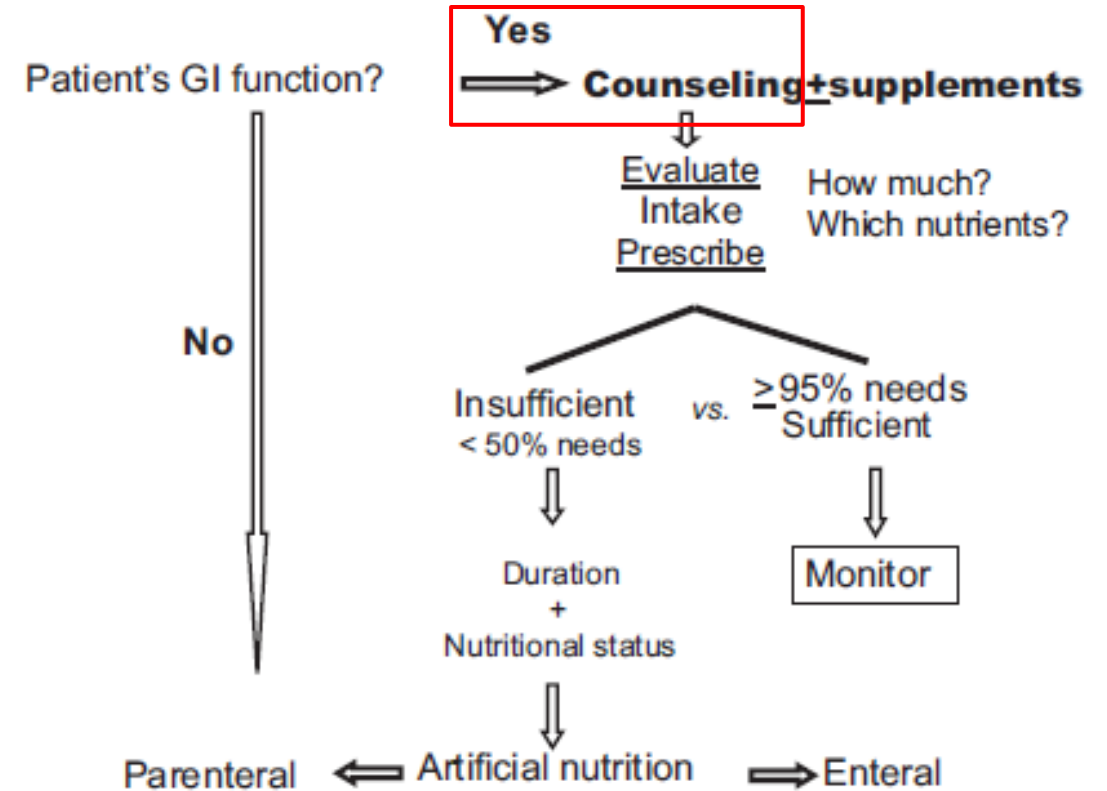
Il paziente presenta una malnutrizione di entità severa

Intervento nutrizionale 1/5



1. Si esegue **counseling nutrizionale** finalizzato ad attivare dieta a consistenza modificata (purea), frazionata in n°5-6 pasti/die a elevata densità calorico-proteico.
2. Si forniscono **indicazioni comportamentali** per ottimizzare la copertura del fabbisogno idrico.
3. Si delucidano gli **obiettivi e il ruolo del supporto nutrizionale** nel contesto dei trattamenti oncologici attivi.
4. In considerazione del possibile iter terapeutico futuro, si **pone indicazione al posizionamento di presidio per la nutrizione enterale** (PEG vs digiunostomia nutrizionale).

Follow-up nutrizionale a 10 giorni.



Apporto orale ridotto ma comunque superiore o uguale al 50-60% dei fabbisogni stimati

Il counseling nutrizionale trova applicazione in caso di **funzionalità gastroenterica conservata**, apporto orale ridotto ma \geq del 50-60% dei fabbisogni stimati. Deve essere attivato prima dell'avvio dei trattamenti (**precoce**) e ripetuto durante l'iter terapeutico a intervalli regolari (**intensivo**).



Nutrition. 2015 Apr; 31(4): 603-4.

TC torace addome encefalo con mdc

- Non noduli polmonari
- Linfonodo ilare destro di 8 mm e nella finestra aorto-polmonare di 15x10 mm
- Grossolana lesione esofago distale-cardias con ispessimento concentrico della parete e franca stenosi del lume
- Concomitano linfonodi in sede diaframmatica inferiore-celiaca di cui uno a sn perigastrico di 15x10 mm e multipli in sede paramediana celiaca max 22x18 mm
- Linfonodi in sede perilare epatica max 4x1,5cm in sede interportocavale
- Nds il resto; encefalo negativo.

PET

- Documenta intensa fissazione del radiofarmaco all'esofago distale SUV 15
- In adiacenza alla piccola curvatura si segnalano due adenopatie ipermetaboliche.

Indicazione terapeutica



Trattamento **chemioterapico** (carboplatino + paclitaxel)

concomitante a

Radioterapia secondo schema CROSS

Seconda Valutazione nutrizionale (prima dell'avvio della CT)

STEP 5

VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA

- Peso corporeo attuale **60 kg** - Altezza 1,70m - IMC 20,76 kg/m²
- Peso corporeo prima vista (10 giorni prima) 61 kg - IMC 21,10 kg/m²
- Peso corporeo abituale 80 kg (IMC 27,68 kg/m²) mantenuto sino a 5 mesi fa

Sostanziale stabilità ponderale rispetto alla precedente valutazione. Pregresso calo ponderale involontario del 23,7% in 5 mesi, rispetto al peso corporeo abituale.

SINTOMI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Appetito conservato (NRS 07/10), marcato senso di sazietà precoce, disfagia meccanica ai cibi solidi G2. Alvo regolare.

APPORTO CALORICO- PROTEICO

Si registra dieta di consistenza cremosa/purea, frazionata in **n°6 pasti/die**, caratterizzata da un apporto medio giornaliero pari a circa **1800-1900 kcal/die** e **65-70 g di proteine/die**, in incremento rispetto alla precedente valutazione e corrispondente a circa **l'85% dei fabbisogni nutrizionali giornalieri** stimati.

Liquidi circa 2000ml/die.

ESAMI EMATOCHIMICI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

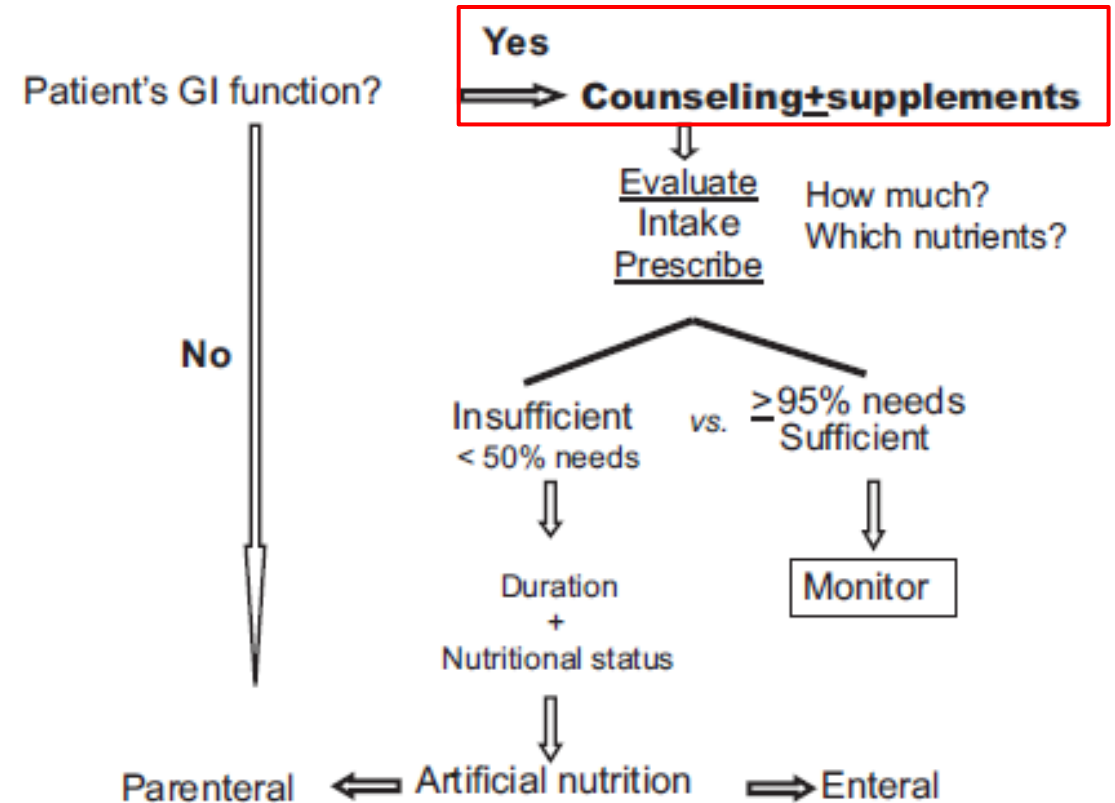
Nulla da segnalare.

Intervento nutrizionale



1. Si esegue **counseling nutrizionale** finalizzato ad consolidare ed ottimizzare l'apporto derivante dalla dieta a consistenza modificata (purea), frazionata in n°6 pasti/die ad elevata densità calorico-proteico.
2. Al fine di assicurare la copertura dei fabbisogni nutrizionali, si **attiva supplementazione nutrizionale orale** (n°1 cf/die pari a ≈ 300 kcal + 20 g di proteine) attraverso prodotto specifico in formula liquida. Si esegue formazione sulla tecnica e sulla modalità di assunzione del prodotto.
3. In programma posizionamento di digiunostomia nutrizionale entro 48 ore. PEG non fattibile.

Follow-up nutrizionale dopo 10 gg, all'avvio della CT.



Mod da fig. 1 Nutrition. 2015 Apr;31(4):603-4.

Terza Valutazione nutrizionale (avvio I ciclo CT)

STEP 6

VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA

- Peso corporeo attuale **62 kg** - Altezza 1,70m - **IMC 21,45 kg/m²**
- Peso corporeo controllo (10 giorni prima) 60 kg - IMC 20,76 kg/m²
- Peso corporeo prima vista (20 giorni prima) 61 kg - IMC 21,10 kg/m²
- Peso corporeo abituale 80 kg (IMC 27,68kg/m²) mantenuto sino a 6 mesi fa

Incremento ponderale rispetto alla precedente valutazione. Pregresso calo ponderale involontario del 23,7% in 5 mesi, rispetto al peso corporeo abituale.

SINTOMI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Appetito conservato (NRS 07/10), marcato senso di sazietà precoce, disfagia meccanica ai cibi solidi G2. Alvo regolare.

APPORTO CALORICO- PROTEICO

Si registra dieta di consistenza cremosa/purea, frazionata in **n°6 pasti/die**, caratterizzata da un apporto medio giornaliero pari a circa 1700-1800 kcal/die e 60-65 g di proteine/die, pressoché analogo alla precedente valutazione e corrispondente a circa **l'85% dei fabbisogni nutrizionali** giornalieri stimati + **supplementazione nutrizionale orale ben tollerata** e assunta con ottima compliance nella quantità di n°1 cf/die (≈ 300 kcal + 20 g di proteine) tale da assicurare la copertura delle necessità nutrizionali giornaliere. **Liquidi circa 2000ml/die**. Digiunostomia nutrizionale in sede, attiva solo per lavaggi/idratazione.

ESAMI EMATOCHIMICI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

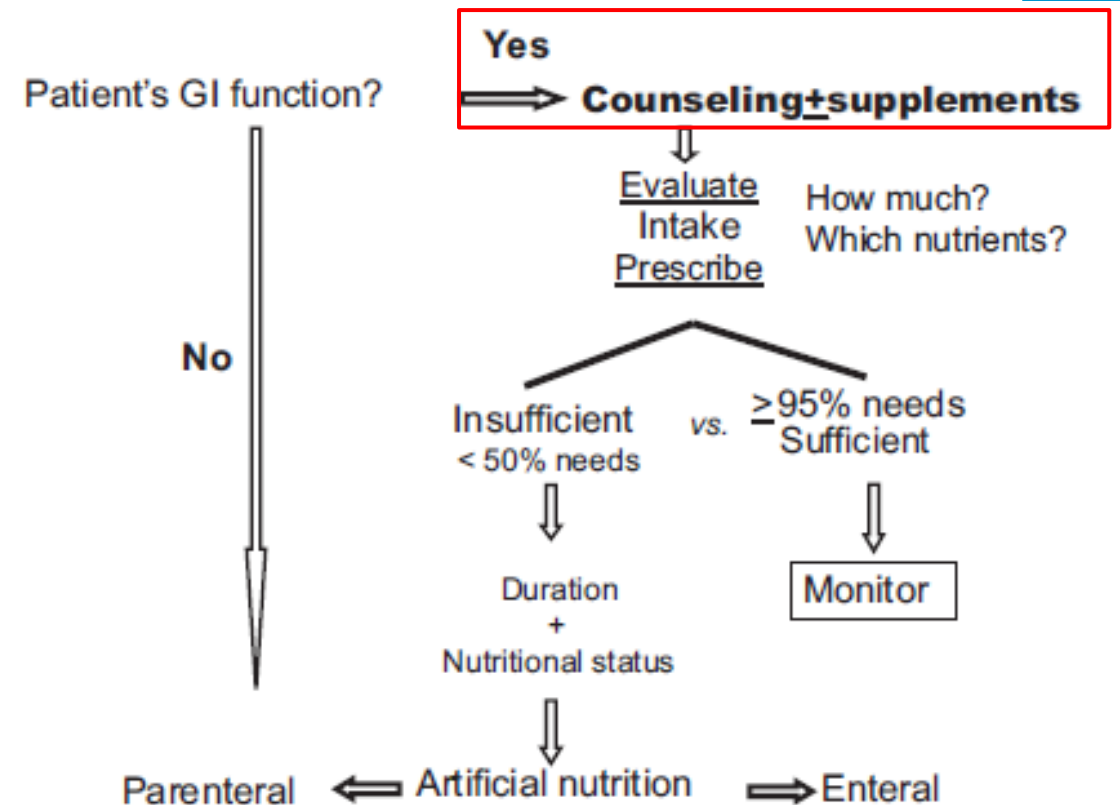
Indici di sintesi proteica nella norma. Non distonie. Funzionalità epatica e renale nella norma.

Intervento nutrizionale



1. Si esegue **counseling nutrizionale** finalizzato a consolidare e ottimizzare l'apporto derivante dalla dieta a consistenza modificata (purea), frazionata in n°6 pasti/die a elevata densità calorico-proteico.
2. Al fine di assicurare la copertura dei fabbisogni nutrizionali, prosegue **supplementazione nutrizionale orale** (n°1 cf/die pari a ≈ 300 kcal + 20 g di proteine) attraverso prodotto specifico in formula liquida.
3. Digiunostomia nutrizionale attiva solo per lavaggi/idratazione.

Follow-up nutrizionale in concomitanza del II ciclo di CT.



Mod da fig. 1 Nutrition. 2015 Apr;31(4):603-4.

La sequenzialità dell'intervento

Apporto nutrizionale orale ridotto / insufficiente



1° Step – modifiche pattern dietetico

Fortificazione - ↑ n° pasti - gusto
consistenza - preferenze – regolazione della densità
dei diversi nutrienti



**Rivoluzione quali-quantitativa dell'apporto orale,
se ridotto, ma > 50-60% Nutritional Requirements**



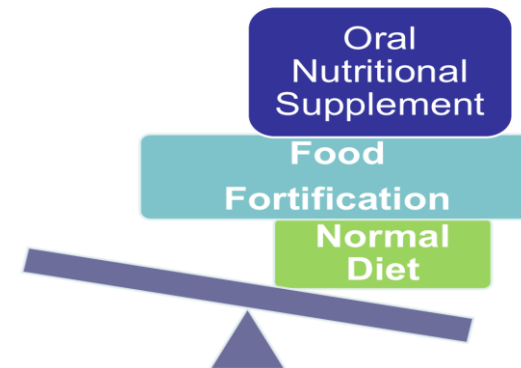
2° Step – Inserimento Supplemento nutrizionale orale

FABBISOGNI NUTRIZIONALI TOTALI

Dieta per os

ONS

L'inserimento della supplementazione orale (ONS) si configura come un trattamento in «add on» al counseling nutrizionale, qualora questo non dovesse risultare efficace nel garantire la copertura dei fabbisogni nutrizionali stimati.



La supplementazione orale risulta appropriata ed efficace quando l'apporto orale garantisce almeno il 50-60% dei fabbisogni stimati. L'aggiunta del supplemento, di fatto, DEVE mirare a soddisfare le necessità nutrizionali giornaliere.

Hubbard GP, et al. Clin Nutr. 2012 Jun; 31(3): 293-312.

Ravasco P. Nutrition. 2015 Apr; 31(4): 603-4.

Quarta valutazione nutrizionale (II ciclo di CT)

STEP 7

VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA

- Peso corporeo attuale **57,5 kg** - Altezza 1,70 m - **IMC 19,89 kg/m²**
- Peso corporeo controllo (40 giorni prima) 62kg - IMC 21,45 kg/m²
- Peso corporeo prima vista 61 kg - IMC 21,10 kg/m²
- Peso corporeo abituale 80 kg (IMC 27,68kg/m²) mantenuto sino a 7 mesi fa

Calo ponderale involontario del 7,2% negli ultimi 40 giorni, rispetto al peso corporeo all'avvio della CT.

SINTOMI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Appetito ridotto (NRS 03/10), disfagia meccanica ai cibi solidi e liquidi G3, nausea G1, disgeusia G1 e stipsi G1.

APPORTO CALORICO- PROTEICO

Si registra dieta di consistenza cremosa/purea, frazionata in **n°5 piccoli pasti/die**, caratterizzata da un apporto medio giornaliero pari a circa **700-800 kcal/die** e **25-30 g di proteine/die**, significativamente ridotto rispetto alla precedente valutazione e corrispondente a circa il **35% dei fabbisogni nutrizionali giornalieri** stimati + **supplementazione nutrizionale orale n°1 cf/die** (≈300 kcal + 20 g di proteine) che non assicura la copertura delle necessità nutrizionali giornaliere. **Liquidi circa 800 ml/die**. Digiunostomia nutrizionale in sede, attiva solo per lavaggi/idratazione.

ESAMI EMATOCHIMICI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

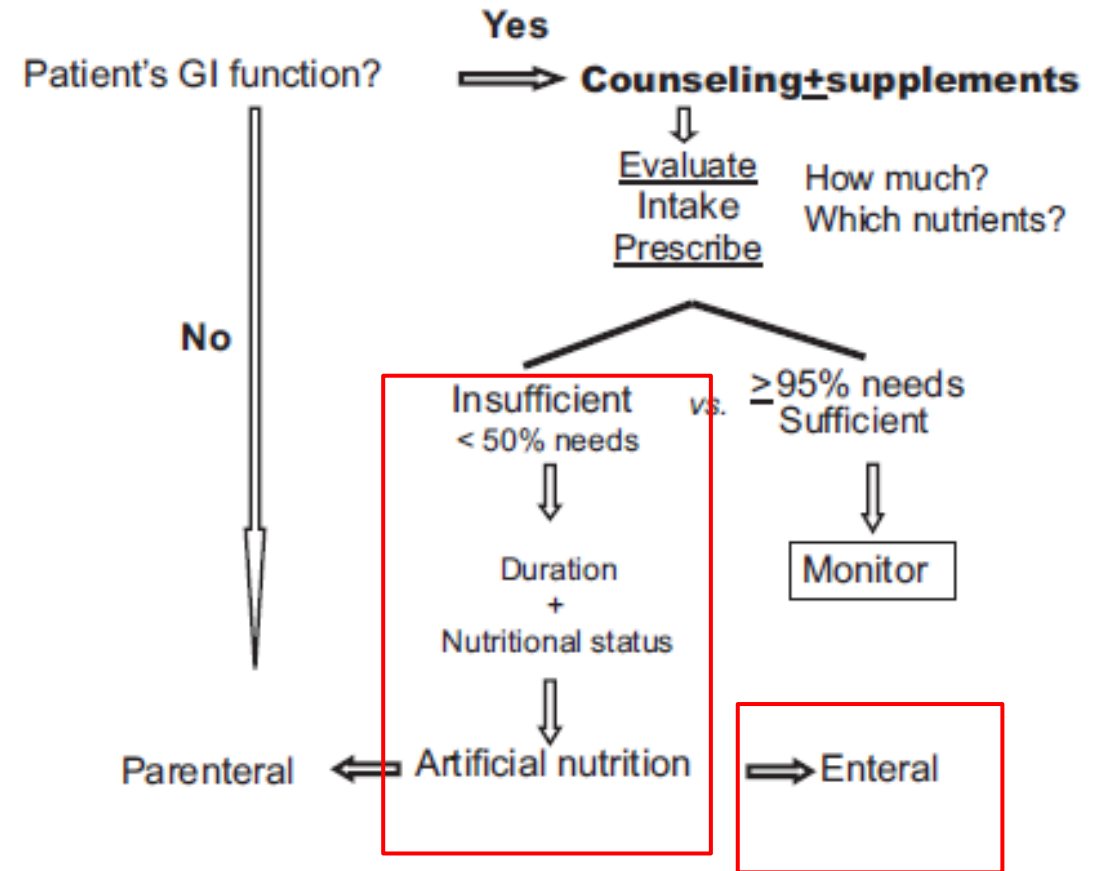
Transferrina 115mg/dl, pre-albumina 9mg/dl. Neutropenia G1. Non distonie. Funzionalità epatica e renale nella norma.

Intervento nutrizionale



1. Si attiva induzione di supporto con nutrizione enterale attraverso digiunostomia nutrizionale con 1000 ml/die di miscela nutrizionale ipercalorica/iperproteica con fibre (=1550 kcal + 65 g di proteine) da infondere, a regime, in circa 12 ore notturne.
2. Si esegue **counseling nutrizionale** finalizzato a mantenere/preservare l'apporto orale derivante dalla dieta a consistenza modificata (purea), frazionata in n° 5-6 pasti/die.
3. Garantire la copertura delle necessità idrica per os e mediante digiunostomia.

Prosegue Follow-up nutrizionale.



Mod da fig. 1 Nutrition. 2015 Apr;31(4):603-4.

Quinta valutazione nutrizionale (IV ciclo di CT)

STEP 8

VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA

- Peso corporeo attuale **60 kg** - Altezza 1,70 m - **IMC 20,76 kg/m²**
- Peso corporeo precedente (20 giorni prima) 57,5 kg - IMC 19,89 kg/m²
- Peso corporeo prima visita 61 kg - IMC 21,10 kg/m²
- Peso corporeo abituale 80 kg (IMC 27,68kg/m²) mantenuto sino a 8 mesi fa

Recupero ponderale negli ultimi 20 giorni, rispetto al peso corporeo alla precedente valutazione.

SINTOMI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Appetito ridotto (NRS 03/10), disfagia meccanica ai cibi solidi e liquidi G3, nausea G1, disgeusia G1. Alvo regolare.

APPORTO CALORICO- PROTEICO

Si registra dieta di consistenza cremosa/purea, frazionata in **n°6 piccoli pasti/die**, caratterizzata da un apporto medio giornaliero pari a circa **800-900 kcal/die** e **30-35 g di proteine/die**, pressochè sovrapponibile alla precedente valutazione e corrispondente a circa il **40% dei fabbisogni nutrizionali giornalieri** stimati + assume supporto con nutrizione enterale attraverso digiunostomia nutrizionale con 1000 ml/die di **miscela nutrizionale ipercalorica/iperproteica con fibre** (= 1550 kcal + 65 g di proteine) ben tollerato, in circa 12 ore notturne, a copertura delle necessità nutrizionali giornaliere. Acqua per os/digiunostomia circa **1800-2000ml/die**.

ESAMI EMATOCHIMICI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

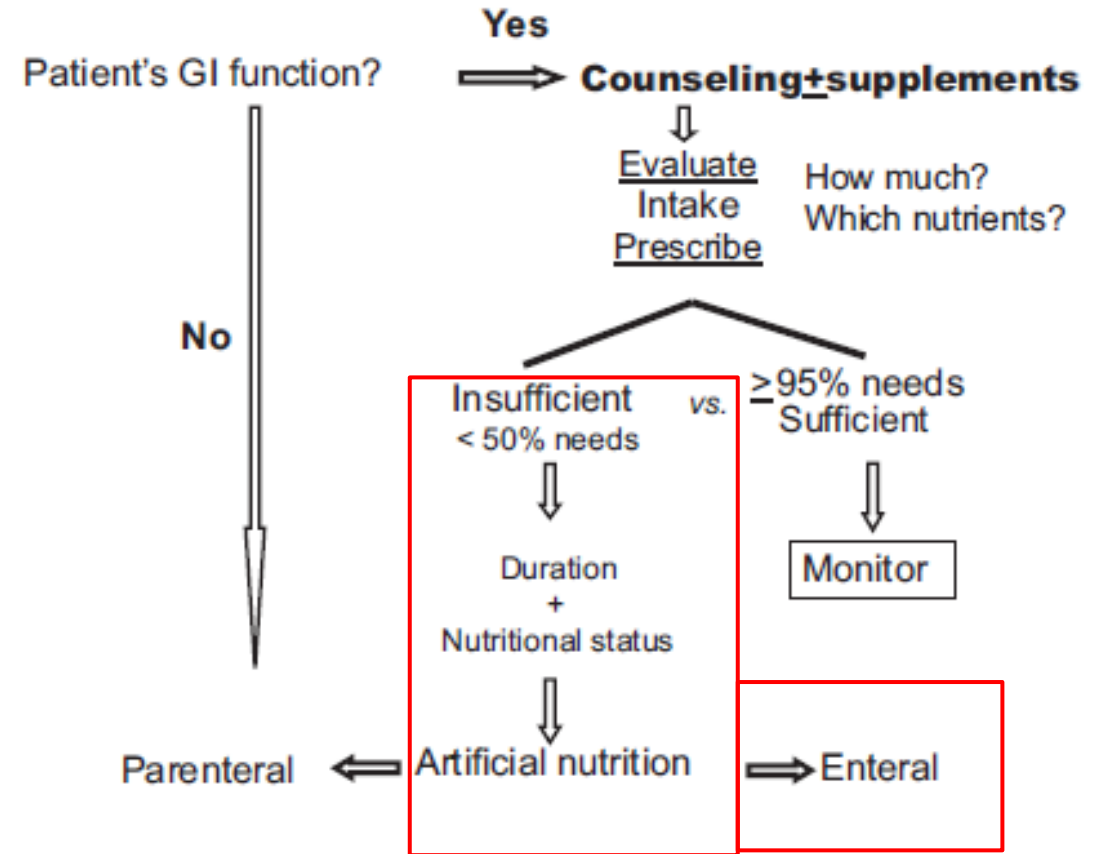
Transferrina 150mg/dl, pre-albumina 19,5mg/dl. Non distonie. Funzionalità epatica e renale nella norma.

Intervento nutrizionale



1. Prosegue **supporto con nutrizione enterale** attraverso digiunostomia nutrizionale con 1000 ml/die di miscela nutrizionale ipercalorica/iperproteica con fibre (= 1550 kcal + 65 g di proteine) da infondere in circa 12 ore notturne.
2. Si esegue **counseling nutrizionale** finalizzato a mantenere/preservare l'apporto orale derivante dalla dieta a consistenza modificata (purea), frazionata in n° 5-6 pasti/die.
3. Garantire la copertura delle necessità idrica per os e mediante digiunostomia

Follow-up nutrizionale dopo 20 gg in concomitanza del IV ciclo di CT.



Mod da fig. 1 Nutrition. 2015 Apr;31(4):603-4.

Quinta valutazione nutrizionale (Termine CT+RT)

STEP 9

VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA

- Peso corporeo attuale **65k g** - Altezza 1,70m - IMC 22,49 kg/m²
- Peso corporeo 2 mesi prima 57,5 kg - IMC 19,89 kg/m²
- Peso corporeo prima visita 61 kg - IMC 21,10 kg/m²
- Peso corporeo abituale 80 kg (IMC 27,68kg/m²) mantenuto sino a 10 mesi fa.

Significativo recupero ponderale negli ultimi 2 mesi.

SINTOMI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Appetito conservato (NRS 08/10), **disgeusia** G1. **Alvo regolare. NON più disfagia.**

APPORTO CALORICO- PROTEICO

Si registra dieta di consistenza solida, frazionata in **n° 6 pasti/die**, caratterizzata da un apporto medio giornaliero pari a circa **1400-1500 kcal/die** e **70-75 g di proteine/die**, in incremento rispetto alle precedente valutazione e corrispondente a circa il **70% dei fabbisogni nutrizionali giornalieri** stimati + assume supporto con nutrizione enterale attraverso digiunostomia nutrizionale con 1000 ml/die di miscela nutrizionale ipercalorica/iperproteica con fibre (=1550 kcal + 65 g di proteine) ben tollerato, in circa 12 ore notturne, a copertura delle necessità nutrizionali giornaliere. Acqua per os/digiunostomia circa **2000ml/die**.

ESAMI EMATOCHIMICI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

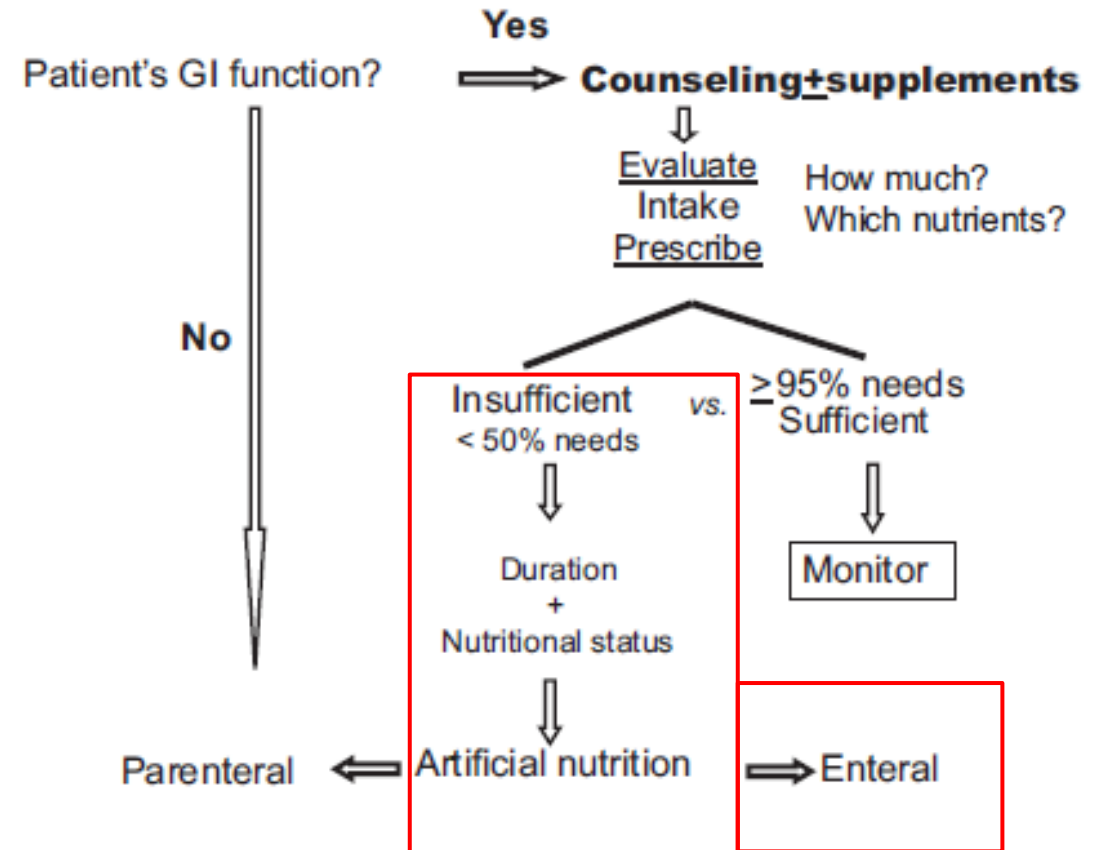
Parametri di sintesi proteica nell'intervallo di normalità. Non distonie. Funzionalità epatica e renale nella norma.

Intervento nutrizionale



1. Si **esegue counseling nutrizionale** finalizzato a mantenere/preservare l'apporto orale derivante dalla dieta solida frazionata in n° 5-6 pasti/die.
2. Si riduce il **supporto con nutrizione enterale** attraverso digiunostomia nutrizionale a 500 ml/die di miscela nutrizionale ipercalorica/iperproteica con fibre (= 750 kcal + 30 g di proteine) da infondere in circa 12 ore notturne.
3. Garantire la copertura delle necessità idrica per os e mediante digiunostomia.

Follow-up nutrizionale dopo 30 gg.



Mod da fig. 1 Nutrition. 2015 Apr;31(4):603-4.

Quinta valutazione nutrizionale (30 gg dal termine CT+RT)

STEP 10

VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA

Peso corporeo attuale **69 kg** - Altezza 1,70 m - **IMC 23,87 kg/m²**
Peso corporeo prima vista 61 kg - IMC 21,10 kg/m²
Peso corporeo abituale 80 kg (IMC 27,68kg/m²) mantenuto sino a 10 mesi fa.
Significativo recupero ponderale negli ultimi 3 mesi.

SINTOMI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

Appetito conservato (NRS 08/10). Alvo regolare.

APPORTO CALORICO- PROTEICO

Si registra dieta di consistenza solida, frazionata in n°6 pasti/die, caratterizzata da un apporto medio giornaliero pari a circa **1800-1900 kcal/die** e **80-85 g di proteine/die**, in incremento rispetto alle precedente valutazione e corrispondente a circa il **90% dei fabbisogni nutrizionali giornalieri** stimati + assume supporto con nutrizione enterale attraverso digiunostomia nutrizionale con **500 ml/die di miscela nutrizionale ipercalorica/iperproteica con fibre** (~750 kcal + 30 g di proteine) ben tollerato, in circa 12 ore notturne, a copertura delle necessità nutrizionali giornaliere. Acqua per os circa **2000ml/die**.

ESAMI EMATOCHIMICI D'INTERESSE NUTRIZIONALE

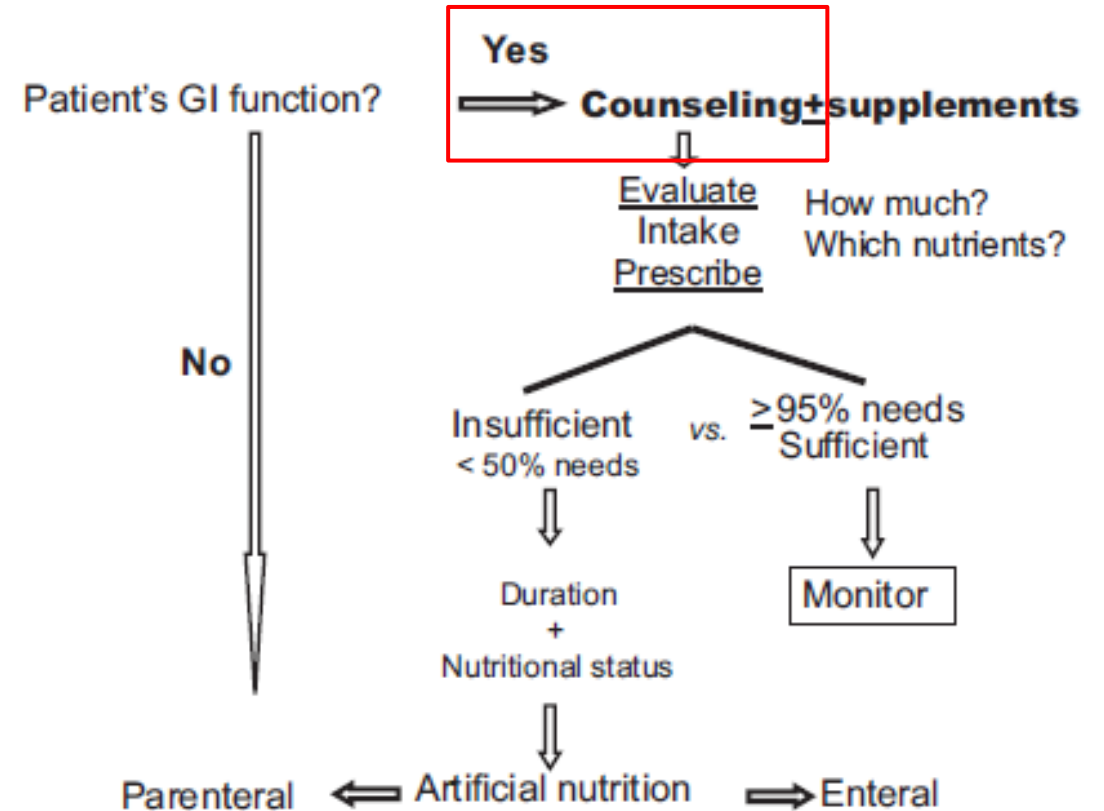
Parametri di sintesi proteica nell'intervallo di normalità. Non distonie. Funzionalità epatica e renale nella norma.

Intervento nutrizionale



1. Si esegue **counseling nutrizionale** finalizzato ad ottimizzare l'apporto orale derivante dalla dieta solida frazionata in n°5-6 pasti/die.
2. **Si sospende il supporto con nutrizione enterale** attraverso digiunostomia nutrizionale.
3. Garantire la copertura delle necessità idrica per os.

Follow-up nutrizionale fra circa 30 gg in concomitanza della visita oncologica con TC di restaging.



Mod da fig. 1 Nutrition. 2015 Apr;31(4):603-4.

Conclusioni

1. È opportuno **candidare i pazienti oncologici a una valutazione nutrizionale precoce** (alla diagnosi, prima dell'avvio dei trattamenti) al fine di **definire una tempestiva e appropriata terapia nutrizionale**, da parte di personale sanitario specializzato, **con l'obiettivo di prevenire/ trattare la malnutrizione**.
2. Nei pazienti oncologici malnutriti o a rischio di malnutrizione, con funzionalità gastro-intestinale conservata, il **counseling nutrizionale rappresenta la prima opzione terapeutica** da considerare.
3. La **supplementazione nutrizionale orale rappresenta una soluzione terapeutica in "add on"** al counseling nutrizionale qualora il soggetto, attraverso l'alimentazione, assuma **almeno il 50-60% dei fabbisogni nutrizionali stimati**. L'entità quali-quantitativa della supplementazione nutrizionale orale, in termini energetici e proteici, deve essere commisurata al deficit esistente fra apporto alimentare e fabbisogni nutrizionali stimati.
4. La **nutrizione artificiale enterale** (integrativa o totale) costituisce la formula terapeutica di prima scelta e più appropriata in quei soggetti che, pur alimentandosi per os, assumono **meno del 50% dei fabbisogni nutrizionali stimati**.
5. La **terapia nutrizionale necessita di essere monitorata con regolarità** durante l'iter di cure oncologiche al fine di valutarne tolleranza ed efficacia.