

Anoressia-Cachessia

Protocollo per la valutazione e il trattamento della sindrome

Redatto da:

Piero Sanna, Caposervizio e Silvia Walther-Veri, infermiera, Servizio Cure Palliative, Bellinzona

DEFINIZIONI

ANORESSIA:

Diminuzione patologica dell'appetito che porta a calo ponderale se non trattata in maniera adeguata.

CACHESSIA:

Calo ponderale patologico principalmente dovuto a cambiamenti metabolici prodotti dalla malattia di base.

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE	2
1.1.	Definizione.....	2
1.2.	Prevalenza e incidenza	2
1.3.	Conseguenze e complicazioni	2
1.4.	Prognosi	3
2.	EZIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA.....	3
3.	VALUTAZIONE	4
3.1.	Depistaggio e valutazione iniziale	4
3.2.	Strumenti	5
3.3.	Stadiazione.....	6
4.	PRESA A CARICO	7
4.1.	Prevenzione	7
4.2.	Interventi non farmacologici	7
4.3.	Presca a carico inter/multidisciplinare.....	7
4.4.	Interventi farmacologici	8
5.	CONCLUSIONI.....	8

1. INTRODUZIONE

Trattandosi di fenomeni particolarmente complessi e multidimensionali, di disfunzioni che poggiano spesso su basi polifattoriali, interessando oltretutto svariati livelli di regolazione biochimica e metabolica nell'organismo, si dovrebbe parlare di una (vera e propria) "sindrome di anoressia-cachessia".

1.1. Definizione

FAME

Insieme di sensazioni che si traducono nel desiderio primordiale di mangiare e orientate alla soddisfazione delle necessità di assumere una quantità sufficiente di alimenti per l'organismo.

APPETITO

Sensazione più raffinata nel senso che in questa definizione entra un particolare livello di coscienza che permette all'individuo di rendersi conto del fenomeno, di guardarlo dall'esterno, di selezionarlo e di orientarlo verso una scelta relativa a determinati cibi o bevande.

L'appetito, in cui entra anche una componente di gusto specifico e personale, può esistere indipendentemente dalla fame e può teoricamente mantenersi anche dopo l'assunzione di cibo. Nel corso di quasi tutte le malattie cronic-evolutive può subentrare un'alterazione patologica dello stimolo fisiologico di attenzione al cibo.

I due sintomi più frequenti, che spesso compaiono appaiati e in sincronismo cronologico, sono **l'anoressia e la cachessia**.

1.2. Prevalenza e incidenza

Il sintomo è molto frequente in tutte le malattie cronic-evolutive con particolare impatto sulle patologie oncologiche.

Neoplasie avanzate	40-80%	Laviano et al. 2005 Campos et al. 2011
Insufficienza cardiaca	16%	Anker et al. 1997
Broncopatia cronica ostruttiva	25-33%	Congleton et al. 1999
Insufficienza renale	40%	Kalantar-Zadeh et al. 2003

1.3. Conseguenze e complicazioni

L'anoressia-cachessia mal controllata espone il paziente ad una serie di rischi e complicazioni che possono intaccare ulteriormente la qualità di vita e/o incidere sulla prognosi. Tra gli epifenomeni più rilevanti segnaliamo:

- astenia
- riduzione della mobilità a seguito della perdita di massa muscolare
- dispnea a seguito dell'indebolimento dei muscoli respiratori
- propensione ad infezioni di varia natura

- stati ansioso-depressivi reattivi al disfaccimento psicofisico
- impatto negativo sull'immagine di sé
- percezione oggettiva del proprio declino
- perdita della connotazione conviviale dei pasti

1.4. Prognosi

La cachessia è una sindrome che si riscontra frequentemente in pazienti con malattie cronic-evolutive in stadio avanzato e produce un impatto generale rilevante sulla prognosi (p.es. circa il 20% dei pazienti oncologici muore per le conseguenze di questa sindrome).

2. EZIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

L'assunzione regolare (giornaliera) ed equilibrata (per quantità e qualità) di cibo sono essenziali per tutte le funzioni del corpo umano. Un'inadeguatezza nell'assunzione o la mancanza di cibo innescano meccanismi patofisiologici che, nel tempo e spinti all'estremo, possono portare al decesso dell'individuo.

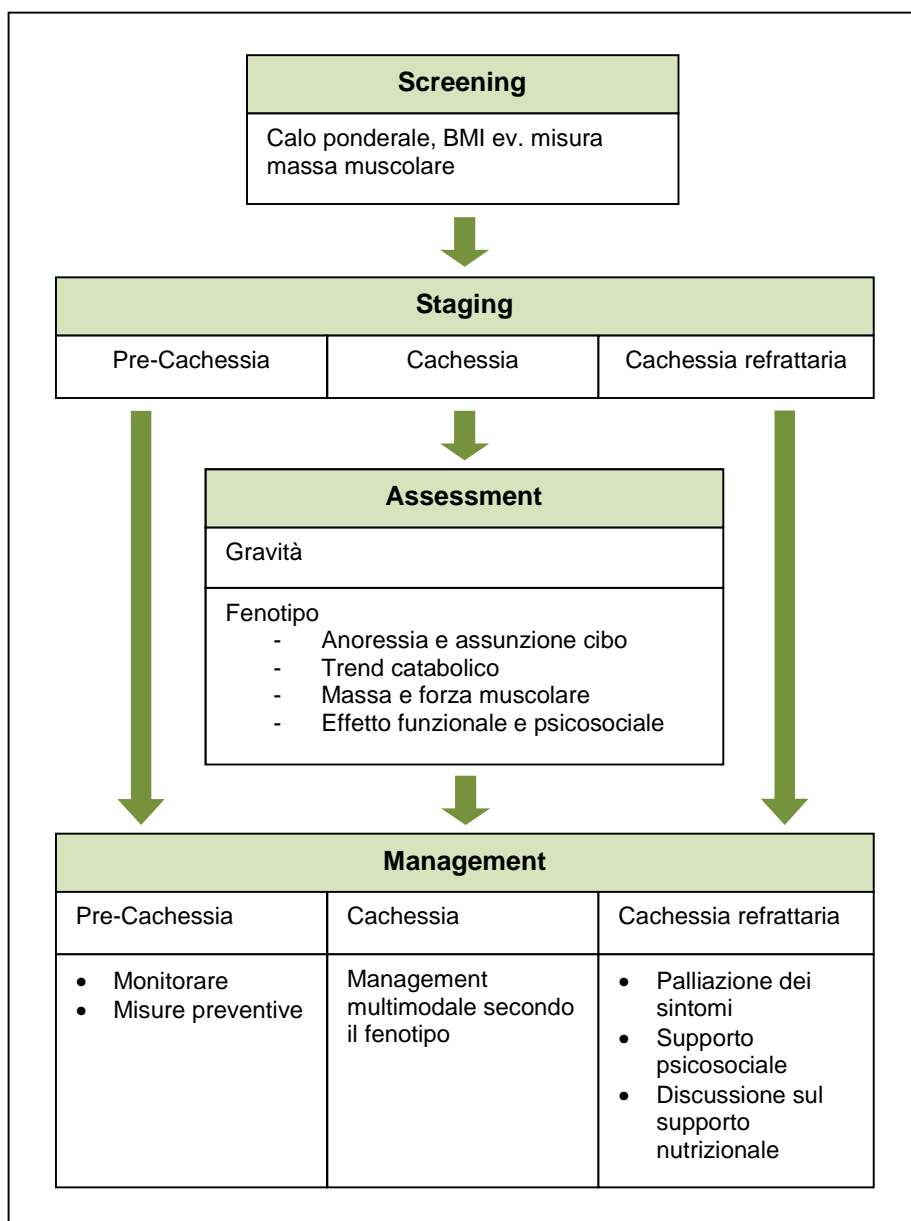
La sensazione di **fame e l'appetito** sono due stimoli essenziali per ricordarci la necessità dell'assunzione di cibo, procedura che nella sua messa in pratica può variare estremamente, per tempi e modi, da individuo a individuo e da cultura a cultura.

Le cause per cui nel corso di malattie cronic-evolutive (qui consideriamo il cancro come modello) si innescano meccanismi di anoressia e/o cachessia sono generalmente variegati e complessi. Possono essere riassunte nei seguenti punti principali, dove alcune hanno un riferimento diretto alla malattia, altre solo indiretto; alcune possono essere corrette altre poco o nulla.

Malattia tumorale:	Progressione sistemica, sindrome paraneoplastica (stato infiammatorio cronico indotto), secrezione di citochine pro-anoressiche/cachettiche, metastasi in organi chiave (fegato)
Malattia evolutiva cronica non oncologica:	malattie neurologiche, pneumologiche, cardiologiche, nefrologiche, psichiatriche
Origine/natura meccanica	infiltrazione, compressione, ileo (carcinosi, aderenze), ascite, stipsi
Tossicità da trattamento	chemioterapia, radioterapia, chirurgia viscerale, farmaci
Disturbi metabolici:	diselettrolitemie, iperglicemia, insufficienza renale e/o epatica gravi
Patologie gastrointestinali locoregionali	xerostomia, problemi dentali, stomatite, esofagite, gastrite, enterite, colite
Infezioni:	locali o sistemiche (batteriche, virali, micotiche, parassitarie)
Neuropatia vegetativa	gastroparesi
Alterazioni del gusto	di svariate origini
Fattori psicologici	ansia, depressione reattiva o primaria
Sintomi non controllati	dolore, astenia, dispnea, disfagia, nausea e/o vomito, costipazione, stato confusionale

3. VALUTAZIONE

PROPOSTA DI APPROCCIO GENERALE AL PROBLEMA DELLA CACHESSIA¹



3.1. Depistaggio e valutazione iniziale

La valutazione iniziale (assessment) è una fase importantissima della presa a carico del paziente affetto da sindrome di anoressia-cachessia. E' necessario che medico e infermiere possano capire quanto la problematica incida sul benessere psico-fisico del paziente. La valutazione si compie in 3 fasi.

¹ Adattato da Fearon K et al, Lancet Oncol 2011

ANAMNESI

è consigliabile porre domande precise su alcuni ambiti strettamente correlati all'assunzione alimentare.

Valutare l'appetito:

- ✓ quantità (buono, sufficiente, scarso, assente)
- ✓ se il paziente è soddisfatto della quantità di cibo che assume
- ✓ quali sono gli alimenti che preferisce
- ✓ quale importanza dà all'alimentazione

Valutare problemi per l'assunzione degli alimenti:

- ✓ problemi al cavo orale (xerostomia, stomatite)
- ✓ difficoltà di deglutizione
- ✓ problemi con protesi dentarie
- ✓ incapacità di alimentarsi da solo
- ✓ dolori al cavo orale o tratto gastro-intestinale
- ✓ dolori situati in altre zone del corpo
- ✓ cambiamento del gusto (per es. dopo chemioterapia)

Valutare il tratto gastro-intestinale:

- ✓ presenza di nausea o vomito
- ✓ presenza di stipsi o diarrea
- ✓ digestione lenta o difficoltosa
- ✓ sensazione di pesantezza e pienezza

3.2. Strumenti

Sono consigliati strumenti semplici seppur non specifici come:

- ✓ **ESAS** (Edmonton Symptom Assessment System) indica quanto è importante l'inappetenza in quel momento per il paziente
- ✓ **CMSAS** (Condensed Memorial Symptom Assessment Scale) indica quanto questo sintomo disturba il paziente nella sua personale percezione di qualità di vita.

Il Questionario **NRS 2002** (Nutritional Risk Screening 2002 secondo Kondrup) è lo strumento di screening ospedaliero per il rilevamento del rischio di malnutrizione clinica, raccomandato dall'ESPEN (Società Europea di Nutrizione Clinica).²

IMPORTANTE: ogni paziente è da valutare nel proprio contesto psico-socio-culturale!

Alcune semplici domande possono aiutare a comprendere abitudini e importanza data dal paziente al cibo e al rituale dell'assunzione dei pasti:

² Kondrup J. Et al. Espen Guidelines for nutritional screening 2002. Clin.Nutr.2003; 22(4):415-422

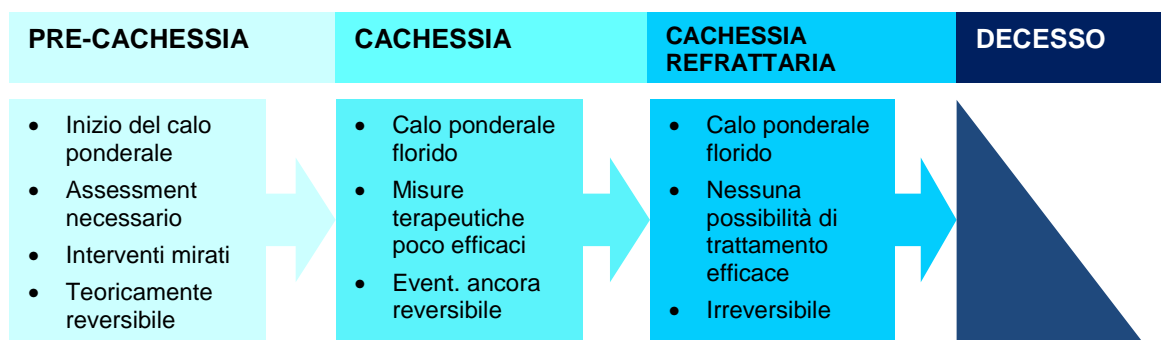
- Abitudini alimentari: (cosa mangia, a che ora, ...)
- Aspetti conviviali: (come /dove mangia, con chi,...)
- Aspetti pratici: (chi cucina,...)

Per la valutazione dello stato nutrizionale si consiglia di visionare il capitolo “Nutrizione Clinica e Cure Palliative” alla voce “valutazione e presa a carico”.

3.3. Stadiazione

FASI DI EVOLUZIONE DELLA SINDROME DI ANORESSIA-CACHESSIA³

Prendendo come modello, essendo stato studiato più a fondo, quello dell'insorgenza e dell'evoluzione dell'anoressia-cachessia nel malato oncologico, la letteratura internazionale evidenzia **tre distinte fasi**, ognuna delle quali caratterizzata da manifestazioni particolari, più o meno influenzabili da interventi terapeutici. In assenza di interventi efficaci, cioè di terapie causali alla sottostante patologia di base, in genere il decorso è votato al peggioramento.



ESAME CLINICO

- ✓ peso, altezza, BMI (Kg/m²)
- ✓ ricerca di edemi periferici e ascite
- ✓ esame neurologico
- ✓ ricerca di segni di malnutrizione qualitativa (deficit di micronutrienti: attenzione alla cute, alle mucose, alle unghie e capelli)

ESAMI DI LABORATORIO PRINCIPALI

- ✓ emoglobina
- ✓ elettroliti, creatinina
- ✓ albumina, pre-albumina,
- ✓ quick, fattori di coagulazione

³ Adattato da: Fearon K. et al, Lancet Oncol 2011

4. PRESA A CARICO

4.1. Prevenzione

La migliore prevenzione si ottiene idealmente attraverso il controllo della malattia sottostante, sfruttando le potenzialità del trattamento attivo.

Nel concetto di prevenzione si deve includere l'identificazione di pazienti a rischio di malnutrizione e la conseguente messa in pratica di misure atte a mantenere o ripristinare un corretto apporto calorico (sia in senso quantitativo che qualitativo).

4.2. Interventi non farmacologici

Si tratta di misure che contemplano aspetti pratici, legati all'assunzione del cibo, all'organizzazione e alla ripartizione dei pasti, come pure aspetti di tipo relazionale. Qui di seguito alcuni punti rilevanti:

- evitare di disturbare il paziente nelle fasi dei pasti con interventi non strettamente necessari in quel momento (ad es. visite mediche, manovre infermieristiche, visite di parenti o amici, ecc.)
- prestare attenzione ad una corretta cura della bocca e delle mani
- considerare eventuali difficoltà masticatorie e digestive ricorrendo ad accorgimenti che facilitano l'assunzione del pasto (tritare, frullare, omogeneizzare, ecc.)
- offrire pasti secondo i desideri del paziente
- servire porzioni piccole e evitare aromi e odori troppo marcati
- prestare attenzione all'ambiente in cui si pranza e creare un'atmosfera propizia e conviviale
- prima di mangiare servire un aperitivo, ciò che contribuirà a stimolare l'appetito e le secrezioni salivari e gastriche
- evitare cibi che gonfiano e appesantiscono lo stomaco
- bere tra un pasto e l'altro piuttosto che durante i pasti per diminuire la sensazione di sazietà
- a volte i cibi freddi risultano più appetitosi poiché la bassa temperatura riduce la sensibilità delle papille gustative e conseguentemente l'intensità di percezione dei sapori troppo marcati
- evitare di focalizzare troppo l'attenzione sul cibo così che questo diventi l'unico argomento di conversazione con il malato (non colpevolizzare chi mangia poco)
- riconoscere per tempo sintomi non controllati (dolore, nausea, depressione, ecc.) che possono avere un impatto deleterio sull'appetito

4.3. Presa a carico inter/multidisciplinare

Nella maggior parte dei casi è utile impostare la presa a carico su base inter-multidisciplinare con lo scopo di rispondere in maniera adeguata ai bisogni presentati dal paziente.

- L'introduzione precoce di una consulenza dietetica specialistica permette di evidenziare l'indicazione al ricorso di eventuali integratori, supplementi alimentari, nutrizione sostitutiva enterale e/o parenterale.
- Esercizio fisico, fisioterapia e misure di riabilitazione/ rinforzo possono contribuire attraverso il loro effetto "anabolizzante", al mantenimento/incremento della forza muscolare con ripercussioni favorevoli sul benessere generale.

- Un supporto psicologico commisurato alle esigenze del paziente può contribuire al perlomeno parziale ripristino dell'immagine di sé come pure al processo di accettazione della malattia.

4.4. Interventi farmacologici

Al di là del trattamento causale della malattia di base che genera il sintomo, vi sono poche opzioni farmacologiche per la presa a carico di anoressia e cachessia di evidenza documentata. Qui di seguito l'elenco di alcuni interventi che possono generare beneficio per lo meno sul breve-medio termine:

Procinetici:	gestione di nausea e vomito attraverso antiemetici e/o procinetici (vedi sintomo " Nausea e Vomito ")
Corticosteroidi:	l'assunzione di Prednisone 25-50mg al mattino o Dexamethasone 4-8mg in 1-2 dosi singole giornaliere (preferibilmente non prescrivere alla sera per evitare interferenze con il sonno), porta quasi sempre, seppur transitoriamente, ad un aumento dell'appetito con effetto interessante anche sulla nausea. Gli steroidi in questa indicazione solitamente perdono il loro effetto dopo 3-4 settimane. Il loro utilizzo va ponderato tenuto conto dei potenziali effetti collaterali (iperglicemia, miopatia, immunosoppressione con conseguente rischio infettivo, ecc.).
Progestinici:	preparati come il Megestrol acetato (160mg p.o 1-3 volte al giorno) oppure Medrossiprogesterone acetato (500mg p.o 2 volte al giorno) possono offrire un beneficio clinico in singoli pazienti che riescono ad assumere il farmaco sul medio-lungo termine. In generale l'indicazione al loro utilizzo è tendenzialmente scemato negli ultimi anni. Visto l'ampio potenziale di effetti collaterali (ad es. rischio tromboembolico) la loro introduzione deve comunque essere soppesata attentamente nel rapporto rischio/beneficio.
Tetraidrocannabinolo (THC), Ghrelin, acidi grassi Omega-3:	si tratta di sostanze per le quali è stato postulato un potenziale beneficio ma dove, almeno per ora, manca una convincente evidenza scientifica di efficacia.

5. CONCLUSIONI

L'instaurarsi di una sindrome di anoressia-cachessia è un fenomeno frequente nel decorso di malattie cronico-evolutive. Un impeccabile assessment mirato sul problema permette di orientarsi verso un trattamento finalizzato a rispondere ai bisogni specifici del paziente. La presa a carico si basa sulla gestione della malattia di base, elemento essenziale per risultati importanti, come pure sull'impostazione di misure farmacologiche e non. Dai farmaci disponibili oggi, scarsi per numero ed efficacia, non ci si possono attendere risultati spettacolari. Per ottimizzare le potenzialità terapeutiche la via preferibile per la presa a carico è senza dubbio quella inter-/multidisciplinare.

REFERENZE

- *Aapro M et al. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. Ann Oncol 2014; 25(8): 1492-1499*
- *Anker et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. Lancet 2007; 349: 1050-1053*
- *Congleton J. The pulmonary cachexia syndrome: aspects of energy balance. Proceed Nutr Soc 1999; Volume 58 / Issue 02 / pp 321-328*
- *Fearon K et al. Understanding the mechanisms and treatment options in cancer cachexia. Nature Rev Clin Oncol 2013; 10: 90-99*
- *Fearon K et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol 2011; 12: 489-495*
- *Fearon K. Cancer cachexia: Developing multimodal therapy for a multidimensional problem. Eur J cancer 2008; 1124-1132*
- *Kalantar-Zadeh et al. Malnutrition-inflammation complex syndrome in dialysis patients: causes and consequences. Am J Kid Dis 2003; 42(5):864-81*
- *Laviano A et al. Therapy insight: cancer anorexia-cachexia syndrome-when all you can eat is yourself. Nature Clin Pract Oncol 2005; 2: 158-165*
- *Solano et al. A comparison of Symptom prevalence in far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. J Pain Sympt Manage 2006; 31: 58-69*