

*Il 20 per cento non sopravvive a causa di una nutrizione compromessa e insufficiente*



Roma, 19 febbraio 2018 - La questione cibo per chi è stato operato da tumore allo stomaco è fondamentale, al punto da compromettere cure e anni di vita. Eppure Le linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali dei pazienti oncologici, approvate in Conferenza Stato Regioni prevede che ci sia un esperto in nutrizione clinica sia negli ospedali, sia sui territori (art. 5).

È questo l'allarme e la denuncia che arriva dall'associazione Vivere senza stomaco che ha promosso un seminario di studi sulla nutrizione che si è svolto a Roma. Dall'associazione arriva la richiesta di assicurare la presenza di un medico nutrizionista a fianco dei malati di tumore allo stomaco il prima possibile per evitare sofferenze e pericolosi ostacoli per la loro ripresa. Figure che purtroppo mancano.

Hanno affrontato questo aspetto delicatissimo gli esperti riuniti al Seminario dell'Associazione Vivere senza Stomaco si può che ha raccolto le esperienze cliniche dei rappresentanti delle società e associazioni scientifiche alla ricerca di soluzioni condivise.

“Si impara a mangiare con nuovi ritmi ma si rischia continuamente la malnutrizione. Abbiamo carenze di elementi come vitamina B12, ferro, folina, vit D - spiega la Presidente Claudia Santangelo che ha subito la gastrectomia totale nel 2008 - Abbiamo importanti sbalzi glicemici, anche non legati alla Dumping Syndrome, con oscillazioni glicemiche che vanno da 30 a 300. Fenomeno che purtroppo influenza pesantemente la nostra salute e la nostra qualità di vita.

“I problemi nutrizionali accompagnano i pazienti sin dalle prime fasi della malattia: il 40% ad esempio non termina i trattamenti farmacologici ed è costretto ad interrompere la chemioterapia perché troppo debilitato. La malnutrizione non può più essere considerata un ineluttabile effetto collaterale della malattia, ma una sorta di comorbidità - racconta il prof. Maurizio Muscaritoli, Presidente della SINuC Società Italiana di Nutrizione Clinica - Il 20% dei pazienti affetti da neoplasia, non supera la malattia per le gravi conseguenze della malnutrizione e uno status nutrizionale inadeguato interferisce anche con l'efficacia delle cure. Ecco perché è necessario una valutazione specialistica da parte di un nutrizionista clinico sin dalla prima visita oncologica”.

“Una quota notevole di tumori gastrici si presenta alla diagnosi in forma avanzata o metastatica, perché i sintomi di questa malattia sono nelle fasi iniziali molto vaghi e misconosciuti. Questo spiega la bassa sopravvivenza a 5 anni registrata in Italia, pari al 30% - dichiara Stefania Gori, Presidente dell'AIOM - Nei Paesi occidentali non sono tuttavia previsti programmi di diagnosi precoce per il carcinoma gastrico (come invece avviene in Giappone) a causa della relativa bassa incidenza (in Italia 13.000 nuovi casi nel 2017) di questa forma tumorale e in considerazione dell'assenza di studi randomizzati in questi Paesi finalizzati a valutarne l'efficacia. Negli ultimi anni è aumentata la sopravvivenza dei malati di tumore

gastrico avanzato grazie all'aumento delle conoscenze biomolecolari e alla disponibilità di nuovi farmaci antitumorali e ad una gestione multidisciplinare del paziente”.

Tuttavia, il messaggio dell'AIOM è che la riduzione negli anni dell'incidenza del tumore gastrico potrebbe essere rafforzata da un controllo attento dell'infezione da *Helicobacter pylori* (uno dei fattori di rischio principale), l'adesione a corretti stili di vita, che prevedano una dieta alimentare ricca di verdure e frutta e povera di carni rosse o cibi conservati con sale, nitrati e nitriti (insaccati), l'evitare fumo e obesità, una corretta gestione del reflusso gastro-esofageo.

“Nel paziente sottoposto a resezione dello stomaco per una neoplasia, alle cause di malnutrizione comuni ai pazienti oncologici si sommano le alterazioni del processo della digestione conseguenti alla mancanza, totale o parziale, dell'organo; un ulteriore problema di questi pazienti è rappresentato dagli effetti collaterali delle terapie adiuvanti - ha sottolineato Fabrizio Nicolis Presidente della Fondazione AIOM - le testimonianze dei pazienti si traducono in sintesi operative quali il Quaderno del Caregiver, corsi per formatori di caregiver in oncologia, Premio letterario Federica “Le Parole della Vita” che coinvolge pazienti, familiari e oncologi, Giornate dell'Etica in Oncologia, i Numeri del Cancro 2017, Corsi di formazione per giovani oncologi sulla genetica in Oncologia, Corsi di formazione per pazienti sulle Linee Guida, Quaderni di Informazione per i cittadini tratti dalle Linee Guida AIOM. La Casa degli oncologi è aperta. I pazienti e le loro Associazioni sono gli ospiti attesi”.

“Nel paziente sottoposto a resezione dello stomaco per una neoplasia, alle cause di malnutrizione comuni ai pazienti oncologici si sommano le alterazioni del processo della digestione conseguenti alla mancanza, totale o parziale, dell'organo; un ulteriore problema di questi pazienti è rappresentato dagli effetti collaterali delle terapie adiuvanti, ossia quelle con i farmaci chemioterapici usati dopo la chirurgia per diminuire il rischio di recidiva. Nonostante questi trattamenti siano in grado di ridurre significativamente la mortalità tumore nei cinque anni successivi all'inizio delle cure, essi comportano un corollario di significativi effetti collaterali come nausea, vomito, anemia, dolori addominali, diarrea, stomatiti e modificazioni del gusto che interferiscono con una corretta nutrizione” spiega il prof. Davide Festi, Professore ordinario Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche e specialista in Gastroenterologia all'Università di Bologna. E' facile intuire come la resezione totale o parziale dello stomaco modifichi le modalità con cui il cibo attraversa il tubo digerente e viene assimilato: infatti lo stomaco non ha solo la funzione di mescolamento e di iniziale digestione del cibo, ma anche quella di renderlo assorbibile da parte dell'intestino.

“Mangiare per noi è in fondo parte della terapia - prosegue Santangelo - e come tale dobbiamo gestirla, questo richiede una accurata educazione del paziente e una sana consapevolezza. Chiediamo quindi che siano attive le reti oncologiche in tutte le regioni (e non solo in 5) .E che ci sia una presa in carico del Paziente sin dalla diagnosi, anche da un nutrizionista, inserito nelle unità multidisciplinari”.