

Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Speciale

Nutrizione Artificiale nella enteropatia da raggi

La radioterapia variamente impiegata nel trattamento di tumori gastroenterici, ginecologici e urogenitali può comportare un danno intestinale significativo.

La prevalenza dell'enteropatia da raggi (ER) è in aumento in questi ultimi anni perché la radioterapia entra a far spesso parte di un programma oncologico terapeutico multidisciplinare.

Una stima accurata della prevalenza della ER è difficile perché le forme più lievi spesso sfuggono al radioterapista, mentre quelle più gravi e tardive possono portare il paziente a ricoveri in condizioni d'urgenza o in altre istituzioni. La prevalenza della ER è maggiore nei soggetti anziani e magri, in quelli affetti da altre malattie come ipertensione e diabete.

Fattori di rischio sono considerati la concomitante o precedente chemioterapia e soprattutto una pregressa laparotomia che può amplificare il rischio fino a 7 volte.

Si è stimato che complicanze gastrointestinali gravi (cioè richiedenti un intervento chirurgico) si instaurano in circa il 5-7% dei pazienti (1, 2).

La ER non è una condizione patologica uniforme che richiede un approccio terapeutico univoco.

Un'utile classificazione clinica che può servire ad una pratica pianificazione terapeutica è riportata nella Tabella I (3), e si basa sulla lunghezza dell'intervallo libero prima della sua insorgenza, sulla presentazione clinica e sulle caratteristiche anatomopatologiche e distingue la ER in acuta, subacuta e cronica.

Ruolo della Nutrizione Parenterale

In linea generale i pazienti con ER acuta non dovrebbero mai essere esplorati chirurgicamente e, se il reparto fosse occasionale durante una laparotomia, ci si dovrebbe astenere dall'operare l'intestino. Generalmente i sintomi si attenuano con il tempo (e il riposo intestinale) e nel frattempo il paziente viene mantenuto in NP.

Al contrario i pazienti affetti da ER cronica complicata sono quasi sempre candidati a chirurgia poiché la stenosi o l'occlusione sono irreversibili e non ci si può aspettare che le complicanze emorragiche o perforative si risolvano da sole.

Alcuni di questi pazienti tuttavia sono candidati a NP o perché il danno intestinale coinvolge troppo estensivamente l'intestino o il mesentere o perché il pericolo dell'occlusione, della perforazione o del sanguinamento può essere evitato solo con una resezione intestinale molto estesa che può esitare in un intestino corto.

L'area più controversa concerne l'approccio alla ER subacuta. Una strategia ragionevole è riportata nella Tabella II (3) e si basa sulla discriminazione tra ER localizzata ed ER diffusa.

Una diagnosi differenziale è talora – non sempre – possibile mediante uno studio radiografico con addome a vuoto, una radiografia dell'intestino con mezzo di contrasto, una colonscopia, una TAC addominale ed un attento esame obiettivo ed anamnestico.

TABELLA I - CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLA ER

Fase	Inizio/Storia naturale	Anatomia Patologica	Sintomatologia
Acuta	# nei primi giorni di R # in genere si risolve dopo 4-6 settimane	Lesione mucosa diarrea acquosa/ematica	Nausea/vomito, crampi addominali
Subacuta	# entro il primo anno # può progredire per vari anni # può riparare spontaneamente	Ischemia mucosa e sottomucosa	(Sub)occlusione, dolore addominale sanguinamento
Cronica	# in genere dopo 6-24 mesi ma anche dopo anni o decenni	Progressiva endoarterite obliterante della parete	Occlusione, perforazione, emorragia

TABELLA II - APPROCCIO TERAPEUTICO ALLA ER SUBACUTA

Quadro clinico	Programma terapeutico
ER localizzata	Chirurgia, se non miglioramento (o recidiva) dopo un breve ciclo di NP
ER diffusa	Provare all'inizio con NP: # se il quadro migliora considera NP a domicilio per oltre 4-6 mesi # considera la chirurgia solo se i sintomi non migliorano o si ripresentano quando il paziente riprende l'alimentazione orale dopo la NP

Spesso l'enteropatia è più diffusa di quanto ci si aspetterebbe su base clinico-radiologica.

Tutti i pazienti sottoposti a laparotomia per ER subacuta o cronica dovrebbero esser informati che in caso di subocclusione irresolubile o trattabile con ampia resezione intestinale sono candidati ad una nutrizione venosa domiciliare.

Con uno studio randomizzato Loiudice e Lang (4) hanno dimostrato che una NP (con o senza metilprednisolone) per 2 mesi era migliore della NE (con o senza metilprednisolone) nel correggere i parametri nutrizionali e nel normalizzare le alterazioni radiografiche e cliniche in pazienti con danno da raggi del piccolo intestino insorto ad oltre 8 mesi dopo la radioterapia.

In un'esperienza più limitata su 10 pazienti con occlusione intestinale da ER subacuta, 5 hanno potuto riprendere una nutrizione orale spontanea per risoluzione della sintomatologia clinica dopo un anno e mezzo di NP (3).

ER e NP a domicilio

I pazienti sottoposti a NP a domicilio a lungo termine per insufficienza intestinale dovuta a ER rappresentano il 4%, 8% e 18% di quelli notificati presso i registri istituzionali o nazionali negli Stati Uniti (5, 6), in Europa (7) e in Italia (SINPE 1999).

La sopravvivenza a 3-5 anni è il 65-64% (6, 8). Nell'esperienza della SINPE su 151 pazienti in NP a domicilio la sopravvivenza a 15 anni è 53%.

Vi è una concordanza generale che circa 1/3-1/4 sono poi in grado di sospendere la NP e riprendono un'alimentazione per os (6, 8, 9, SINPE 1999). Va sottolineato il fatto che la ripresa neoplastica rappresenta la causa di morte più frequente di questi pazienti (~ 50%); ciò sottolinea anche la difficoltà di una diagnosi differenziale sicura tra occlusione da ER o da recidiva neoplastica.

A volte la modalità di risposta al supporto nutrizionale, buona e rapida in caso di ER, modesta e lenta in presenza di malattia neoplastica, aiuta nella diagnosi differenziale.

Raccomandazioni pratiche

- 1) La ER acuta va trattata con NP poiché è una condizione patologica reversibile con il riposo intestinale (B).
- 2) Nella ER subacuta la NP è superiore alla NE dal punto di vista nutrizionale e clinico (A).
- 3) Considerare la NP domiciliare nell'insufficienza intestinale da ER cronica/complicata. Essa consente una sopravvivenza simile a quella osservata in pazienti trattati per intestino corto e può talora consentire un ripristino dell'alimentazione orale (B).

BIBLIOGRAFIA

1. Galland RB, Spencer J. Natural history and surgical management of radiation enteritis. *Br J Surg* 1987; 74: 742-7.
2. Cerrotta A, Gardani G, Lozza L, Kenda R, et al. Occlusione ileale dopo trattamento radiochirurgico per neoplasia rettosigmoidea. *Rad Med* 1995; 89: 643-6.
3. Bozzetti F, Cozzaglio L, Gavazzi C, Gennari L. Radiation enteropathy. *Tumori* 1995; 81: 117-21.
4. Loiudice TA, Lang JA. Treatment of radiation enteritis: a comparison study. *Am J Gastroenterol* 1983; 78: 481-7.
5. Howard L, Ament M, Fleming CR, et al. Current use and clinical outcome of home parenteral and enteral nutrition therapy in the United States. *Gastroenterology* 1995; 109: 355-65.
6. Scolapio JS, Ukleja A, Burnes JU, Kelly DG. Outcome of patients with radiation enteritis treated with home parenteral nutrition. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 662-7.
7. Van Gossum A, Vahedi K, Malik A, et al. Clinical, social rehabilitation status of long-term home parenteral nutrition: result of a European multicentre survey. *Clin Nutr* 2001; 20: 205-10.
8. Howard L, Heaphey L, Fleming CR, et al. Four years of North American registry home parenteral nutrition outcome data and implications for patient management. *JPEN* 1991; 15: 384-93.
9. Silvain C, Besson I, Ingrand P, et al. Long-term outcome of severe radiation enteritis treated by total parenteral nutrition. *Dig Dis Sci* 1992; 37: 1065-71.