

Difficoltà digestive e metaboliche nei tumori del pancreas: casi clinici

Dott. **Fausto Aufiero** - Avellino

ABSTRACT

Scopo

In Occidente il tumore del pancreas rappresenta la 4° causa di morte negli adulti, dopo il cancro del polmone, colon - retto, fegato e mammella. Colpisce soggetti di età compresa tra 35 e 70 anni, con un rapporto maschi: femmine di 1,7: 1. Il dolore rappresenta la causa principale di sofferenza di questi pazienti, che spesso non si giovano nemmeno di alte dosi di morfina e, in una percentuale significativa di casi, le difficoltà nutrizionali si manifestano precocemente durante l'evoluzione della malattia. La Bioterapia Nutrizionale® costituisce un valido aiuto per controllare e ridurre la sintomatologia dolorosa e contribuire ad alimentare il paziente, sostenendo le sue energie vitali.

Materiali e metodi

Lo studio della condizione clinica del paziente permette di approntare un trattamento nutrizionale mirato, tenendo conto delle sue condizioni cliniche e degli eventuali effetti collaterali dei protocolli terapeutici previsti per questa patologia. Si effettua un controllo costante dei valori glicemici, utilizzando l'apparecchio per la determinazione della glicemia Ascensia Elite della Bayer, constatando che la sintomatologia dolorosa, tipicamente a sbarra, si esacerba parallelamente alle alterazioni dei valori ematici della glicemia. Il controllo nutrizionale degli zuccheri è determinante per migliorare il quadro clinico del paziente. Contemporaneamente, viene effettuato il test urinario Multistix Bayer per controllare l'andamento dei principali metabolismi organici ed indirizzare in modo corretto le prescrizioni nutrizionali.

Risultati

Nella maggior parte dei casi (circa il 90%), la sintomatologia soggettiva migliora in modo significativo. Nel 60% circa dei casi si riesce a ridurre drasticamente la dose degli antidolorifici, attenuando i loro effetti collaterali e gli stessi protocolli terapeutici vengono sopportati per più tempo e con minore disturbo da parte del paziente.

RELAZIONE

I tumori maligni rappresentano la maggioranza delle neoplasie pancreatiche. Sono malattie a decorso molto aggressivo e rappresentano attualmente la 4^a-5^a causa di morte per tumore nel mondo occidentale. Il cancro pancreatico colpisce maggiormente il sesso maschile e la popolazione anziana. Negli ultimi decenni l'incidenza del cancro pancreatico è sensibilmente aumentata, sia in seguito al miglioramento delle tecniche diagnostiche (ne vengono riconosciuti di più perché è meno difficile vederli), sia per un aumento generalizzato della aspettativa di vita. Il tumore maligno più frequente è l'adenocarcinoma duttale, che rappresenta il 90% circa delle neoplasie del pancreas.

Sfortunatamente, i sintomi legati ai tumori del pancreas in genere sono estremamente aspecifici e difficilmente fanno subito pensare a questa malattia. Nella maggior parte dei casi la presenza di sintomi legati sicuramente ad un tumore del pancreas è indice di malattia già avanzata.

Alcuni sintomi, pressoché sempre presenti anche se aspecifici sono:

- dolore in sede epigastrica (con irradiazione al dorso)
- dispepsia (disturbi generici legati alla digestione)
- dimagrimento e astenia (perdita delle forze)

La sintomatologia dolorosa, legata alla elevata invasività del tumore nei confronti delle fibre nervose, presenta una caratteristica irradiazione dorsale nelle forme tumorali che interessano il corpo del pancreas. Il dolore rappresenta spesso il sintomo più importante per i pazienti non operabili.

Sintomo specifico e particolarmente caratteristico dei tumori che interessano la porzione della testa del pancreas è rappresentato dall'ittero da stasi, che insorge senza che il paziente riferisca alcun dolore. Solo in fase molto avanzata può comparire una massa palpabile zona epigastrica o sottocostale (ipocondrio) sinistra.

La diagnosi del carcinoma del pancreas è sempre difficile e spesso tardiva, specialmente perché inizialmente i pazienti lamentano sintomi sfumati ed aspecifici. Bisogna poi ricordare che non si pensa sufficientemente a questa patologia, che invece è relativamente frequente. Numerose indagini laboratoristiche e strumentali sono disponibili per la diagnosi e stadiazione preoperatoria. Invece i marcatori tumorali sono utili soprattutto nel follow-up. Il più sensibile è il CA 19.9, ma vengono valutati anche il CA 125 ed il CEA che risultano, però, meno sensibili.

L'ecografia è il primo esame che viene eseguito nei pazienti con ittero, poiché è sensibile ed efficace nell'identificare eventuali calcoli biliari nel coledoco che possano essere i reali responsabili dell'ostruzione. L'indagine facilita poi la diagnosi differenziale tra processo ostruttivo di origine tumorale da quello non tumorale. La Tac è l'esame di scelta per identificare una lesione tumorale del pancreas. Fornisce migliori e più complete informazioni riguardo alla presenza della neoplasia, alle sue dimensioni, ai rapporti con le strutture anatomiche circostanti e alla presenza di metastasi in altri organi, in particolare nel fegato. La TAC consente un'accurata stadiazione di questa malattia. Mediante l'angio-TAC (esame che visualizza con il mezzo di contrasto i vasi arteriosi durante la TAC) è possibile individuare la presenza di infiltrazione del tumore a carico dei vasi sanguigni.

L'ERCP (Colangiopancreatografia retrograda endoscopica), pur avendo un'alta attendibilità (la sensibilità della metodica è del 95% circa), ha un impiego selettivo, poiché l'esame è invasivo (il numero di pazienti che presenta dolori addominali acuti da infiammazione del pancreas dopo l'esecuzione di questo esame è alto). Quando i reperti dell'ecografia e della TAC sono dubbi, o quando i tumori sono piccoli (<2 cm), o quando c'è incertezza nella diagnosi è opportuno effettuare l'ERCP con eventuale esame Citologico del succo pancreatico (in un prelievo di succo pancreatico si valuta la presenza di cellule tumorali). Nei pazienti itterici l'ERCP deve essere associata al drenaggio della via biliare per ridurre il valore di bilirubina nel sangue, in particolare se il paziente non è resecabile o se non può essere operato subito (entro 24-72 ore). Nei pazienti itterici resecabili è preferibile procedere all'intervento chirurgico senza ERCP preoperatoria ed in particolare senza alcun drenaggio. Diversi studi hanno dimostrato un aumento delle complicanze postoperatorie al drenaggio della via biliare effettuato prima dell'intervento.

Nella maggior parte dei casi, la biopsia non è indicata se il paziente è candidato alla stadiazione laparoscopico/laparotomica o se è resecabile. Il motivo risiede nella possibilità di disseminare cellule tumorali lungo il tragitto dell'ago. Può essere utile nei pazienti con tumore avanzato, non resecabile o nei casi rari in cui si sospetti un linfoma (la terapia del linfoma è medica, non chirurgica). La specificità per esiti positivi della biopsia con ago sottile è vicina al 100%, mentre il valore predittivo di esiti negativi è molto basso.

La chirurgia rappresenta oggi il solo mezzo in grado di offrire ad una certa percentuale di pazienti (anche se relativamente piccola) una possibilità di cura. Nel 75% dei casi lo stadio della neoplasia al momento della diagnosi è già così avanzato che sono possibili solo provvedimenti palliativi. La particolare aggressività biologica che caratterizza questi tumori, unitamente alle difficoltà nel raggiungere una diagnosi, sono alla base della poco soddisfacente situazione terapeutica per questa malattia.

La chirurgia è utile soprattutto nei tumori della testa, in quanto quelli localizzati nel corpo e nella coda sono quasi sempre inoperabili a causa della diagnosi tardiva. A scopo palliativo (per risolvere l'ittero) si eseguono anastomosi bilio-digestive colecisto-duodenostomia e coledoco-digiunostomia e gastro-digiunostomia nei pazienti con occlusione duodenale.

Nella maggioranza dei casi la radioterapia ha un ruolo palliativo (riduzione della sintomatologia e controllo del dolore) e solo in rarissimi casi è utili nel prolungare la sopravvivenza. Fattori condizionanti sono: estensione del tumore, entità dei tessuti compresi nel piano da irradiare, stato di nutrizione del paziente. La radioterapia è controindicata nei pazienti con ittero e calo ponderale > 10%. Gli schemi terapeutici chemioterapici maggiormente utilizzati sono SMF (streptozotocina, mitomicina C, 5FU) e FAM (fluorouracile, adriamicina e mitomicina C), con risultati spesso deludenti.

Il carcinoma del pancreas è una neoplasia ad esito rapidamente fatale a causa del ritardo con cui viene generalmente posta la diagnosi. Infatti più del 90% dei casi non sono operabili al momento della diagnosi. Le capacità di cura della chirurgia, radio e chemioterapia sono scarse e solo il 2% sopravvive 5 anni dalla diagnosi.

Bioterapia Nutrizionale®

La malattia neoplastica impegna notevolmente tutti i metabolismi organici, nel tentativo

estremo di contrastarne l'aumento. Tale impegno si traduce in alterazioni dello stick urinario, in particolare con aumento del pH, che volge in modo costante verso la basicità, con valori oscillanti tra 6,5 e 8. Paradossalmente, nel seguire quotidianamente i pazienti in trattamento chemioterapico si nota un miglioramento dei parametri urinari, con peso specifico più vicino alle condizioni di normalità e pH che ritorna verso la fisiologica acidità. Questo fenomeno è abbastanza comune e potrebbe ingenerare delle perplessità, a fronte di un organismo che si trova a gestire in modo acuto un carico tossico notevole. In realtà, il chemioterapico, per sua stessa natura, svolge un'azione citotossica anche a carico di diverse cellule del sistema emolinfopoietico; di conseguenza, riduce l'entità dei processi irritativo-infiammatori, espressione del tentativo organico di arginare la progressione della massa tumorale. Per questa ragione, riduce momentaneamente il carico catabolico e l'impegno degli emuntori epato-renali. Nello stesso tempo, induce una reazione di difesa da parte della cellula epatica, che viene sollecitata ad una maggiore attività per smaltire il chemioterapico. In altri casi l'effetto è ancora più paradossale, nel senso che il paziente, durante e subito dopo il ciclo di chemioterapia, sembra momentaneamente rifiorire: si sente meglio, ha più energia e migliora in senso generale. È evidente che questo effetto è mediato dall'associazione simultanea di cortisone; la domanda è: perché non tutti i pazienti in chemioterapia manifestino questo tipo di miglioramento? L'osservazione delle caratteristiche costituzionali permette di comprendere il meccanismo fisiopatologico in oggetto; infatti, i pazienti con una funzione pancreatica e surrenalica ottimale si giovano dello stimolo supplementare del cortisone farmacologico. Viceversa, i soggetti con un deficit congenito o acquisito di queste due funzioni patiscono maggiormente i pesanti effetti farmacologici della terapia oncologica. Del resto, nella pratica clinica è osservazione frequente l'estrema tolleranza individuale alle terapie cortisoniche, protratte a volte anche per anni, da parte di determinati soggetti. Invece, in altri casi, modeste somministrazioni di farmaci corticosteroidi possono provocare effetti collaterali a volte di notevole entità. Alla luce di queste osservazioni, il trattamento bionutrizionale sarà determinante per sostenere e supportare il paziente, variando la scelta delle soluzioni e delle associazioni alimentari a seconda delle caratteristiche individuali.

Disgraziatamente, nei tumori pancreatici l'impiego dei farmaci corticosteroidi può provocare drammatici peggioramenti del quadro clinico, in quanto alterano l'equilibrio glicemico, causando aumento della sintomatologia dolorosa. Per questa ragione, compatibilmente con le possibilità nutrizionale del paziente, si impone una scelta di associazioni alimentari che non provochino oscillazioni significative del glucosio ematico. Gli alimenti non devono essere troppo ricchi di zuccheri, in quanto lo stimolo della funzione endocrina del pancreas lavora in sinergia con quella esocrina e quindi si avrebbe una produzione di lipasi e proteasi che invece bisogna evitare di sollecitare. Una possibile soluzione è di far usare per primi dei frullati o centrifugati di cibi poveri di zuccheri e leggermente acidi. Per esempio un frullato o centrifugato di finocchio o di sedano, non certo di carote, che produrrebbero un drammatico aggravamento. Con queste modalità di preparazione, l'alimento viene profondamente modificato, pur conservando tutti i sali minerali e l'acqua di vegetazione, oltre alle proteine vegetali. Per quanto riguarda la cellulosa, pericolosa per lo stimolo meccanico e per la sua ricchezza in zuccheri, nel centrifugato viene quasi totalmente eliminata. Saranno bandite le verdure a foglia, il cui stroma costituirebbe fonte di grave irritabilità per il pancreas e tutta

la frutta, soprattutto cruda, per la ricchezza in fruttosio. A seconda dei casi, le proteine saranno proposte in piccole quantità, utilizzando quei metodi di predigestione, attuati facendo macerare la carne in succo di limone ed utilizzando le modalità di cottura più rapide, per evitare una denaturazione spinta delle molecole proteiche.

Per quanto riguarda i grassi, gli unici utilizzabili nella fase acuta sono i grassi di origine vegetale, come l'olio d'oliva di preferenza crudo e non cotto. Se ci dovesse essere il caso rarissimo di intolleranza all'olio e si dovesse quindi utilizzare un grasso animale, anche quest'ultimo deve essere sempre rigorosamente non cotto, per esempio un filetto ai ferri, con una noce di burro messa alla fine sul piatto, mai in cottura.

Seguendo queste linee generali, e sapendo che non bisogna aggravare una funzione in difficoltà, nelle fasi successive di gestirà l'alimentazione del paziente seguendo i sintomi non più ora per ora ma almeno due-tre volte al giorno, con lo scopo di sostenere energeticamente il corpo e limitare la violenza della sintomatologia dolorosa.

BIBLIOGRAFIA

- Kushi, M., Jack, A.** The Cancer: preventio diet - New York: St. Martin's Press, 1983.
- Carlo La Vecchia**, Nutrizione e tumori - Il Pensiero Scientifico Editore
- J. K. Nelson - Faren E.** Dietologia. Il manuale della Mayo Clinic, Nox Ness - M. D. Jensen - Clifford F. Gastineau
- Pellati R.**, Alimentazione e salute - Sonzogno Editore, 1998
- G. Bonadonna, G. Robustelli della Cuna**, Manuale di oncologia medica - Masson 3° edizione, 1989
- Memorial Sloan-Kettering Cancer**, Dietary guidelines for preventing cancer, New York, 1999
- Barbara S. Levine, Ph.D.**, Associate Clinical Professor of Nutrition in Medicine Department of Medicine, Calcium and the recovering cancer patient, Cornell University Medical College, March, 1994
- Richard S. Bockman, M.D., Ph.D.**, Professor of Medicine, Cancer-fighting fruits and vegetables, Cornell University Medical College Head, Endocrine Service, The Hospital for Special Surgery