

SCHEDE: ALIMENTAZIONE e PATOLOGIE

DIETA PER TUMORI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE - RESEZIONE GASTRICA

La persona affetta da neoplasia è spesso portatrice di uno stato di malnutrizione, soprattutto quando la malattia è localizzata negli organi dell'apparato digerente. Alle cause di malnutrizione comuni a tutti i pazienti neoplastici si sovrappongono, nei malati oncologici del tratto gastrointestinale, le alterazioni nutrizionali conseguenti a procedure radicali di trattamento chirurgico. Un ulteriore aggravamento dello stato nutrizionale è spesso secondario alle terapie adiuvanti alle quali il paziente viene sottoposto. La resezione gastrica utilizzata per l'asportazione di una neoplasia allo stomaco può essere totale, sub-totale o polare superiore.

La **gastrectomia totale** è l'intervento di asportazione completa dello stomaco, dall'esofago al duodeno.

La demolizione ampia dello stomaco condiziona le modalità di ricostruzione del transito alimentare non tanto sotto l'aspetto tecnico quanto per la esigenza di creare una condizione fisiologica ottimale alle funzioni alimentari. Tra le tecniche di ricostruzione, la più comune è la ricostruzione esofago-digiunale su ansa ad Y secondo Roux. La prima ansa digiunale viene interrotta e congiunta direttamente all'esofago; in basso, a piede d'ansa, un collegamento tra l'ultima porzione duodenale e la parete laterale del digiuno permette il passaggio dei succhi bilio-pancreatici che in questa sede verranno a contatto con il bolo alimentare.

Ad ogni modo, qualsiasi sia la ricostruzione del transito alimentare, anche la più moderna, permette solo in parte di evitare le conseguenze di una **gastrectomia totale**: abolizione della sacca gastrica, accelerato passaggio del bolo alimentare direttamente in digiuno, contatto ritardato tra enzimi digestivi ed alimenti.

La **gastrectomia subtotale** è una gastro-resezione ampia (corpo e antro gastrico) e viene riservata ad alcune forme di tumore in fase iniziale e circoscritti all'area medio-gastrica o pilorica. Al tempo demolitivo segue quello della ricostruzione del transito alimentare. Le tecniche sono sostanzialmente riconducibili ai due interventi ideati da Billroth:

- l'intervento di Billroth I che consiste nell'abboccare il moncone gastrico a quello duodenale, direttamente. Si ottiene così una gastro-duodeno-anastomosi (collegamento). Il pregio di questo intervento, tecnicamente più difficile, consiste nel ricostruire una via alimentare fisiologica.
- L'intervento di Billroth II dove l'anastomosi avviene tra la trancia gastrica e la prima porzione dell'intestino tenue (subito dopo il duodeno che viene quindi scavalcato). Questa gastro-digiuno-anastomosi, tecnicamente più semplice, consente di asportare una adeguata porzione di stomaco ma comporta un'alterazione fisiologica del transito alimentare ed una maggiore incidenza di sequele post-operatorie. La resezione polare superiore è riservata ai casi di tumore benigno sottocardiale o per altre patologie non neoplastiche e viene praticata come palliativa nel caso di neoplasie maligne non aggredibili diversamente.

I disturbi della funzione gastrica sono spesso presenti a seguito di una resezione dello stomaco (particolarmente dopo gastrectomia totale) ed hanno un effetto negativo sull'introito alimentare e sullo stato nutrizionale del paziente. Alcuni di questi problemi possono presentarsi subito dopo l'ingestione del pasto e vengono indicati come **sintomi precoci**, quali la sindrome da stomaco piccolo, la "Dumping Syndrome", la diarrea ed il vomito biliare. Altri sono indicati come **sintomi tardivi** e si sviluppano nel tempo, come l'anemia, il malassorbimento di calcio, la perdita di peso e la malnutrizione.

Il follow-up a breve termine è importante per adattare, da subito, lo schema dietetico più corretto o eventualmente correggere errori dietetici presenti. Il follow-up a lungo termine, invece, è necessario per identificare i sintomi tardivi causati dagli effetti di un'alterata funzione gastrica nel tempo.

Sindrome da stomaco piccolo: sintomo spesso frequente nei pazienti sottoposti a gastrectomia sub-totale. I pazienti riferiscono una precoce sazietà, importante distensione gastrica (senso di pienezza) e un dolore durante o subito dopo il pasto a livello dello stomaco che costringe il soggetto a ridurre il cibo assunto. In questo caso le

indicazioni dietetiche si concentrano su un consumo di pasti piccoli e frequenti durante la giornata, separando i liquidi dai cibi solidi.

Dumping Syndrome : questo sintomo può essere precoce o tardivo. Se precoce, si presenta generalmente subito dopo il pasto ed include ipotensione, tachicardia e vertigini. La causa è imputata ad un veloce e rapido passaggio del pasto, soprattutto ricco di zuccheri, dallo stomaco al digiuno (ovvero direttamente nel secondo tratto dell'intestino) senza essere completamente digerito. Di solito, il sintomo permane nei primi 2-3 mesi dopo l'intervento chirurgico; quindi, è necessaria una attenta valutazione della dieta che limiterà gli zuccheri semplici, aumentando invece quelli complessi e separando i cibi solidi dai liquidi. Inoltre, la presenza di piccoli pasti che includono sia proteine sia grassi può ridurre l'incidenza di dumping syndrome precoce. Se è tardivo, si manifesta un paio di ore dopo il pasto con sensazione di stanchezza, lipotimia, sensazione di freddo e profusa sudorazione. Generalmente si risolve con l'ingestione di glucidi complessi. È causato, probabilmente, da una produzione eccessiva di insulina da parte del pancreas in risposta ad un aumento della glicemia in seguito ad un veloce assorbimento di glucosio nel primo tratto dell'intestino tenue. Anche in questo caso si consiglia l'assunzione di minime quantità di zuccheri semplici e carboidrati raffinati ad ogni pasto, consumando separatamente i cibi liquidi da quelli solidi.

Diarrea : la diarrea spesso è presente nei primi 2 mesi dopo l'intervento ed è più frequente in presenza di gastrectomia totale. Si consiglia di limitare il consumo di zuccheri semplici e assumere i liquidi a piccoli sorsi.

Vomito biliare : nei pazienti sottoposti a gastrectomia parziale con ricostruzione gastro-digiunale, le secrezioni pancreatiche e biliari possono accumularsi a livello intestinale con difficoltà nello smaltimento, causando nausea e vomito. Il trattamento è essenzialmente chirurgico, ma anche in questa condizione il paziente può avvantaggiarsi di un frazionamento della dieta in pasti piccoli e frequenti.

Perdita di peso e malnutrizione : la perdita di peso è un sintomo particolarmente frequente dopo una resezione gastrica, a prescindere dalla eventuale ripresa di malattia. Il paziente, a causa del senso di sazietà precoce, riduce l'introito di alimenti pertanto dovrà essere incoraggiato a consumare piccoli e frequenti pasti ricchi, in particolare, di proteine e carboidrati complessi. La malnutrizione e il malassorbimento sono spesso il risultato della steatorrea (presenza di sostanze grasse non digerite nelle feci) dovuta al ridotto rimescolamento degli alimenti con i succhi pancreatici e la bile. Quindi una riduzione dei grassi nella dieta può essere talvolta d'aiuto.

Malassorbimento di calcio : un importante malassorbimento di calcio è generalmente presente dopo resezione gastrica (specie nella gastrectomia totale), causando nel tempo modifiche dell'osso. La situazione può essere aggravata da un'inadeguata quantità di calcio fornita dalla dieta. Viene quindi consigliata la supplementazione di calcio e di Vitamina D.

Anemia : in circa la metà dei pazienti sottoposti a gastrectomia parziale si manifesta deficienza di ferro. Questa è causata da una ridotta introduzione di ferro con la dieta, da una deficienza nella conversione del ferro ferroso a ferro ferrico o al by-passaggio del duodeno e del tratto superiore del digiuno se è presente una gastroenteroanastomosi. Un'anemia megaloblastica causata da deficienza di Vitamina B12 può presentarsi nella gastrectomia parziale o totale per riduzione della produzione di una glicoproteina chiamata fattore intrinseco che viene prodotta proprio a livello gastrico ed è fondamentale per il corretto assorbimento della Vitamina B12. Anche l'assorbimento dell'acido folico può essere compromesso nei pazienti gastrectomizzati ed è causa di anemia. In tutti e due i casi è quindi necessario il controllo ematico per decidere una supplementazione dei nutrienti.

Nella gastrectomia, in linea generale, il primo approccio dopo l'intervento chirurgico, è sempre quello di favorire e stimolare l'alimentazione orale. Da questo punto di vista è utile assecondare i gusti, evitando l'uso di diete "chiuse". È in ogni caso consigliabile che la persona sottoposta a gastrectomia consumi da subito pasti piccoli e frequenti durante la giornata, per combattere il senso di sazietà precoce che caratterizza la sua condizione, con conseguente impossibilità ad assumere un pasto completo. Per chi permane parzialmente anoressico, si preferisce una concentrazione dei pasti più ricchi nella prima parte della giornata, perché l'anoressia tende a peggiorare col passare delle ore. Questo tipo di schema di educazione alimentare dovrebbe avvenire già nel periodo di degenza in ospedale, in modo da sensibilizzare anche i familiari, ad adottare un certo tipo di schema più idoneo alla situazione chirurgica.

In fase di dimissione, la famiglia e la persona sottoposta a gastrectomia, deve essere istruita a seguire il regime

dietetico indicato attraverso l'ausilio ed il supporto di facili e comprensibili schemi alimentari (alimenti da preferire/da limitare) o diete personalizzate. Il follow-up nutrizionale dovrebbe effettuarsi mensilmente ed articolarsi in due momenti:

a) valutazione dell'apporto dietetico e compliance della dieta;

b) valutazione delle variazioni ponderali, dei parametri nutrizionali antropometrici, biochimici ed immunologici.

Nei gastrectomizzati in cui, nonostante un sufficiente apporto calorico, si presenti un calo di peso corporeo rispetto al valore registrato al momento della dimissione dall'ospedale superiore al 10%, verranno programmati controlli dell'assorbimento intestinale in relazione alle cause che potrebbero determinare il malassorbimento.

Valutazione del malassorbimento:

- test chimico-fisico delle feci;
- test di assorbimento dello xilosio;
- determinazione dei lipidi fecali;
- test di Schilling.

RACCOMANDAZIONI DIETETICHE GENERALI

- Si consigliano pasti piccoli, frequenti e regolari. Frazionare l'assunzione di cibo in 6 o più piccoli pasti al giorno.
- Masticare a lungo e lentamente ogni boccone, permettendo così che parte della digestione inizi già a livello della bocca.
- Consumare i cibi liquidi lontano da quelli solidi.
- Evitare eccessive quantità di zuccheri semplici, saccarosio e cibi dolci in genere.
- Evitare eccessive quantità di grassi.
- Ridotte quantità di frutta e verdura devono essere comunque consigliate, considerando l'effetto saziante.
- Consigliare i supplementi iperproteici ed ipercalorici. Se l'alimentazione orale si rivelasse insufficiente alle necessità calorico-nutrizionali e non correggibile mediante nutrizione naturale, sarà opportuno integrare o sostituire con la nutrizione artificiale. Potranno essere utilizzati integratori ipercalorico-proteici che per le loro diverse caratteristiche di composizione nutrizionale, consistenza e gusto possono soddisfare buona parte delle esigenze nutrizionali.
- Consigliare alimenti ricchi in calcio e vitamina D.
- Supplementare ferro, acido folico e vitamina B12, previo controllo ematico.
- Utilizzare metodi di cottura semplici e poveri di grasso: al vapore, nell'acqua, al forno, al cartoccio, in padelle antiaderenti, senza aggiungere condimento.

*I tre capitoli che seguono indicano gli alimenti non consentiti, consentiti con moderazione, consentiti e consigliati in caso della patologia indicata. Nel seguire le indicazioni si deve però tenere conto che, per ottenere una corretta ed equilibrata alimentazione che fornisca all'organismo tutti i nutrienti di cui necessita, occorre assumere la giusta **quantità** (porzione) dell'alimento e rispettare le **frequenze** con le quali alcuni alimenti debbono essere consumati, giornalmente o settimanalmente, all'interno di uno schema alimentare personalizzato. L'alimentazione della giornata deve rispettare il **bilancio energetico** di ciascuno e l'energia introdotta deve essere uguale a quella spesa per non aumentare il rischio di **malnutrizione**.*

ALIMENTI NON CONSENTITI

- Dolciumi in genere e in particolare quelli preparati con creme, cioccolato, gelati alla crema.
- Salse pronte tipo maionese, senape ecc.
- Caffè, tè forte, bibite gassate (tipo aranciata, Coca ecc.).
- Farine integrali o farine di soia e cibi preparati con tali ingredienti (pane e pasta integrali, crackers integrali, pane di soia ecc.).
- Parti grasse delle carni e carne bollita in quanto di difficile digestione.
- Pesci grassi (anguilla, cefalo, murena, aragosta) e il pesce conservato sott'olio.

ALIMENTI CONSENTITI CON MODERAZIONE

- Minestre in brodo, in particolare il brodo di carne.
- Uova. Preferirle cucinate alla coque o in camicia, consumando, almeno i primi tempi, solo il tuorlo; evitare le uova sode e fritte.
- Sale. E' buona regola ridurre quello aggiunto alle pietanze durante e dopo la cottura ed evitare il consumo di alimenti che naturalmente ne contengono elevate quantità.

ALIMENTI CONSENTITI e CONSIGLIATI

- Carboidrati complessi: pasta, riso, pane. Preferire primi piatti asciutti, conditi con sughi semplici (es: pomodoro, sughi di verdura).
- Carne, avendo l'accortezza di scartare il grasso visibile e la pelle del pollame.
- Pesce fresco o surgelato.
- Formaggio come mozzarella, fior di latte, fontina e Grana Padano DOP che oltre ad essere ricco di proteine ad alto valore biologico, calcio e altri importanti minerali è buona fonte di vitamine, e fornisce un ottimo apporto di B12 e vitamina A totalmente biodisponibili.
- Affettati più magri quali prosciutto cotto, prosciutto crudo (sgrassati), bresaola.
- Verdura, fresca o surgelata, variandone la qualità.
- Frutta, va bene consumata sia fresca che cotta o frullata.
- Latte. Preferire quello intero, iniziando ad assumerlo in piccole quantità. Se non tollerato provare con il latte delattosato.
- Yogurt. Assumere almeno una porzione al giorno e preferire quello da latte intero naturale.
- Olio extravergine di oliva.

CONSIGLI COMPORTAMENTALI

- Evitare di consumare il pasto prima di coricarsi o far trascorrere un paio di ore dopo il pasto prima di stendersi.
- Pesarsi una volta alla settimana, riportando il peso corporeo su di un diario.

CONSIGLI PRATICI

- Non consumare minestre e zuppe particolarmente brodose per non aumentare la sensazione di peso allo stomaco.
- Se dopo i pasti compaiono crampi addominali, nausea, sudorazioni fredde e tachicardia, coricarsi per circa 1 ora, al fine di rallentare il transito intestinale.
- Durante la giornata si consiglia di bere a piccoli sorsi, lontano dai pasti (circa 1-2 ore dall'assunzione del cibo).
- Potrebbe essere utile, da subito, iniziare una supplementazione di maltodestrine in polvere nella quantità di n°5 cucchiaini/die, da sciogliere nei liquidi, per una evidente difficoltà ad assumere il corretto apporto di carboidrati.

ESEMPIO DI DIETA FRAZIONATA 2000 Kcal

Lo schema dietetico che segue è stato calcolato per un apporto di 2.000 calorie (Kcal). La quantità di calorie deve essere calcolata sulla base delle esigenze energetiche individuali senza però modificare la percentuale di Kcal proveniente da macronutrienti.

Carboidrati	58%
Lipidi	26%
Proteine	16%

Prima Colazione

Una tazza di latte intero delattosato ad alta digeribilità (HD)

3 fette biscottate con 1 cucchiaino di marmellata senza zucchero aggiunto

1° Spuntino

1 mousse di frutta senza zucchero aggiunto con 3 fette biscottate

Pranzo

Primo piatto asciutto: pasta 70 g al pomodoro o in bianco, con 1 cucchiaino di Grana Padano DOP e 1 cucchiaio di olio

secondo piatto: alternare carne magra rossa o bianca (70 g), filetto di pesce (100 g), 1 uovo (una volta alla settimana), prosciutto crudo/cotto sgrassati o bresaola (40 g), formaggi magri (60 g), pane (40 g)

verdura: qualsiasi tipo in piccole quantità più 1 cucchiaio di olio

frutta: ½ frutto

2° Spuntino

1 yogurt intero bianco o alla frutta con 1 fetta di pane tostato

Cena

Primo piatto asciutto: pasta 50 g al pomodoro o in bianco, con 1 cucchiaino di Grana Padano DOP e 1 cucchiaio di olio

secondo piatto: alternare carne magra rossa o bianca (70 g), filetto di pesce (100 g), 1 uovo (una volta alla settimana), prosciutto crudo/cotto sgrassati o bresaola (40 g), formaggi magri (60 g), pane (40 g)

verdura: qualsiasi tipo in piccole quantità più 1 cucchiaio di olio

frutta: 1 frutto

3° Spuntino

1 fetta di pane tostato con ricotta (30 g) o scaglie di Grana Padano DOP (15 g)

NOTE ALLO SCHEMA DIETETICO

Il peso degli alimenti si intende a crudo e al netto degli scarti.

Ricette consigliate

[Arrostito vitello arancia e limone](#)

[Coppette frutta e yogurt](#)

[Pesce spada grigliato con salsa di prezzemolo](#)

[Straccetti di manzo con insalate cotte](#)

[Dentice con arance, finocchi e fagiolini](#)

[Fusilli con ricotta zucchine e arancia](#)

[Millefoglie melanzane e capperi](#)

[Mezze maniche alla ratatouille](#)

[Branzino al trito di basilico con le verdure](#)

[Petto di pollo alle erbe aromatiche](#)

Avvertenze

I consigli dietetici forniti sono puramente indicativi e non debbono essere considerati sostitutivi delle indicazioni del medico, in quanto alcuni pazienti possono richiedere adattamenti della dieta sulla base della situazione clinica individuale.

Autori

Dott.ssa Anna Rita Sabbatini – Dietista, Referente Coordinatore di Area. Istituto Europeo di Oncologia IRCCS – Milano

Dott.ssa Maria Letizia Petroni – Medico Nutrizionista

Dott.ssa Laura Iorio, medico specialista in Scienza dell’Alimentazione