

INDICAZIONI PER LA GESTIONE NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO DIABETICO

STATO DELLA REVISIONE			
N.	Data/Anno	Modifiche	Autori
01	2025	Revisione	Coordinatori GdS Anno 2025: Allasia Arianna, Collo Alessandro, Lenta Elena, Micunco Costanza, Monge Taira, Zanardi Michela
00	2020	Prima emissione	Componenti Gruppo di Stesura Anno 2020

Gruppo di Studio Dietisti Anno 2020

Coordinatrici: Canaletti Fulvia, Micunco Costanza, Monge Taira

A cura del sottogruppo:

"Indicazioni per la gestione nutrizionale del paziente oncologico diabetico"

Pazzaglia Adriana - Referente, Loredana Cuccia, Dolores Marzano

Documento approvato dalle Coordinatrici del Gruppo di Studio



PREMESSA

E' ormai accertata la correlazione tra diabete e rischio oncologico: uno scarso compenso glicemico, non solo aumenta il rischio di sviluppare un tumore, ma ne peggiora la prognosi e aumenta la possibilità che esso ricompaia (recidiva).

Studi condotti su pazienti con e senza diabete, hanno evidenziato come l'incidenza di tumore sia concretamente maggiore nei pazienti affetti da diabete (6% rispetto al 2,5% nella popolazione sana). Da ciò deriva da un lato, l'importanza di praticare un regime alimentare sano e bilanciato quale è la Dieta Mediterranea, dall'altro, di mantenersi fisicamente attivi ogni giorno.

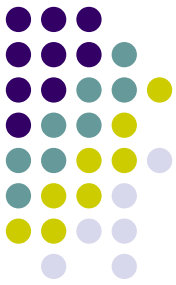
La Dieta Mediterranea infatti, dotata di effetto anti-infiammatorio ed ipoglicemizzante, è una importante alleata per il controllo delle glicemie e per il mantenimento di un buono stato nutrizionale.

In caso di diagnosi di tumore dunque, sarà fondamentale prevenire il calo ponderale e mantenere un adeguato compenso glicemico lungo tutto l'iter terapeutico, durante il quale si manifestano frequentemente spiacevoli sintomi ed effetti collaterali dovuti alle terapie.

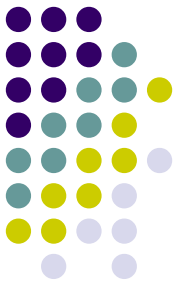
Riuscire a mantenere un buono stato nutrizionale infatti, permette di migliorare la tolleranza alle terapie, ridurre i rischi di complicanze alle stesse e di migliorare la qualità di vita.



*Rete delle strutture di
Dietetica e Nutrizione Clinica*



LA GESTIONE NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO DIABETICO

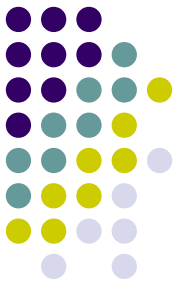


DIABETE E TUMORE

Il diabete, in particolare quello di tipo 2,
aumenta il rischio di sviluppare un tumore



è stata infatti dimostrata una relazione
causa-effetto tra iperglicemia/iperinsulinemia e
l'insorgenza di tumore

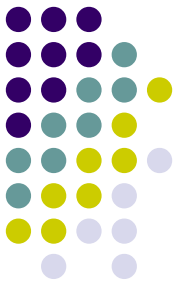


DIABETE E TUMORE

Studi dimostrano che valori di Hba1c tra 6-6.4% (quindi anche nei soggetti non ancora diabetici), sono associati ad un maggior rischio di sviluppare tumore



con l'aumento dei valori di Hba1c aumenta il rischio oncologico



DIABETE E TUMORE

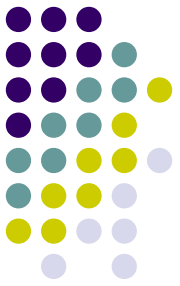
Un compenso glicemico non ottimale
aumenta il rischio di sviluppare un tumore
e ne peggiora la prognosi, aumentando le
possibilità che esso ricompaia nel tempo
(cosiddetta recidiva)



La persona con
diabete che sviluppa un tumore deve
curare entrambe le patologie.

PREVENZIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO NEL PAZIENTE DIABETICO

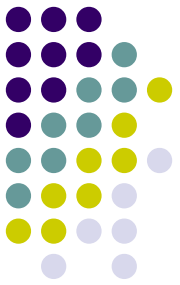
l'aspetto comportamentale:



- adeguato compenso glicemico
 - Dieta Mediterranea
 - attività fisica

ADEGUATO COMPENSO GLICEMICO

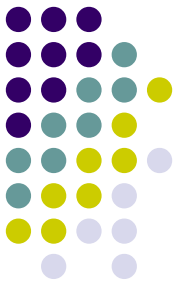
finalità:



- evitare gli effetti collaterali delle alterazioni glicemiche quali ipo o iperglicemia
- ridurre lo stato infiammatorio correlato ad alti livelli di glucosio circolante
 - garantire uno stato metabolico ottimale

ADEGUATO COMPENSO GLICEMICO

come:



- attenendosi alle indicazioni diabetologiche
- assumendo e/o somministrando adeguatamente la terapia stabilita
 - rispettando le indicazioni dietetiche

DIETA MEDITERRANEA

Piramide Alimentare Mediterranea: uno stile di vita quotidiano
Linee Guida per la popolazione adulta

Porzioni frugali e secondo le abitudini locali
Vino con moderazione e secondo le abitudini sociali



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea. Si raccomanda l'uso, la diffusione e la promozione di questa piramide senza alcuna limitazione.

Edizione 2010

p = porzione



Fundación
Dieta Mediterránea

ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition

FORUM ON
MEDITERRANEAN
FOOD CULTURES

Predimed
Prevenzione con Dieta Mediterránea



Ciiscam
Italiano
Brain School of Public Health
& Community Medicine

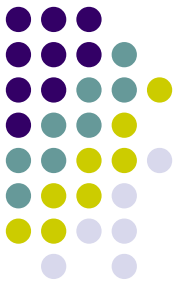


fens

La Dieta
Mediterranea ha
un duplice effetto:

- Anti -
infiammatorio
- Ipoglicemizzante

grazie alla
presenza di molti
alimenti a basso
indice glicemico



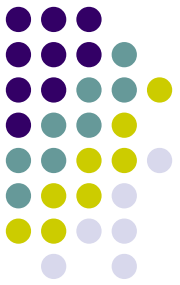
DIETA MEDITERRANEA

finalità:

- controllare la risposta glicemica ai pasti
- ridurre l'infiammazione cronica di basso grado
 - migliorare il compenso glicemico
- evitare importanti rialzi della glicemia

DIETA MEDITERRANEA

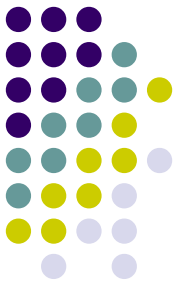
principi :



- consumare frequentemente pesce, legumi e frutta secca;
- scegliere, ove possibile, prodotti a base di farine e cereali integrali;
 - non consumare eccessive quantità di alimenti trasformati e/o ricchi di grassi;
 - condire con olio extravergine d'oliva;
 - consumare verdura e frutta di stagione;
 - bere abbondantemente acqua

ATTIVITA' FISICA

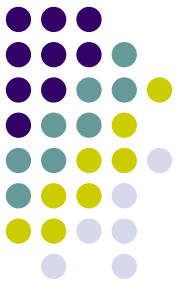
finalità:



- migliorare la risposta alle terapie ipoglicemizzanti
- ottenere il miglior compenso glicemico possibile e la riduzione della circonferenza vita
 - mantenere il trofismo muscolare
- promuovere una riduzione dello stress e di sentimenti di ansia e depressione

ATTIVITA' FISICA

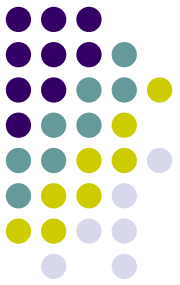
quantità :



Secondo le Linee Guida dell'*American Cancer Society* è consigliabile praticare **ALMENO 150-300 minuti** di attività fisica moderata o 75 -150 minuti di attività fisica intensa, alla settimana

DIAGNOSI DI TUMORE NEL SOGGETTO DIABETICO

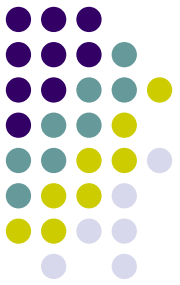
effetti metabolici indotti dal tumore



- anomala produzione di citochine infiammatorie, neuropeptidi, ormoni, etc
 - aumento della spesa energetica a riposo
- effetti sul metabolismo glucidico: peggioramento del compenso glicemico per aumentati TO del glucosio e aumentata resistenza insulinica
- effetti sul metabolismo lipidico: aumentata lipolisi, aumentata ossidazione lipidica, iperlipidemia
- effetti sul metabolismo proteico: perdita della massa muscolare

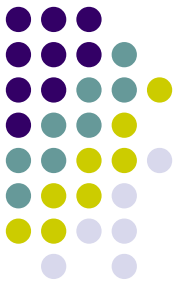
DIAGNOSI DI TUMORE NEL SOGGETTO DIABETICO

obiettivi di cura



- PREVENIRE IL CALO PONDERALE per:
migliorare la tolleranza alle terapie, ridurre i
rischi di complicanze alle stesse, migliorare la
qualità di vita
- MANTENERE UN ADEGUATO COMPENSO
GLICEMICO
evitando sintomi derivanti da condizioni di iper
ed ipoglicemia

TARGET GLICEMICO

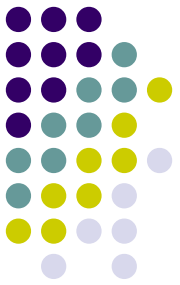


Secondo la Rete Oncologica, nel paziente acuto:

- tra 90-130 mg/dl (glicemia pre-prandiale < 130 mg/dl);
- post prandiale < 180 mg/dl, se raggiungibili senza un rischio elevato di ipoglicemia);
 - tra 140-180 mg/dl nel paziente critico.

DIAGNOSI DI TUMORE NEL SOGGETTO DIABETICO

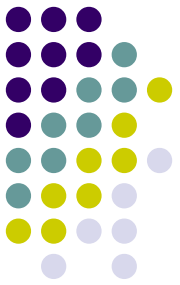
effetti del tumore sullo stato nutrizionale



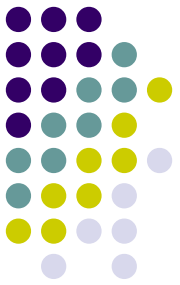
- psicologici: paura, rabbia, ansia, depressione
 - dolore
 - astenia e anoressia
- sintomi gastroenterologici: disfagia, pirosi, senso di sazietà precoce, malassorbimento

DIAGNOSI DI TUMORE NEL SOGGETTO DIABETICO

effetti del tumore sullo stato nutrizionale

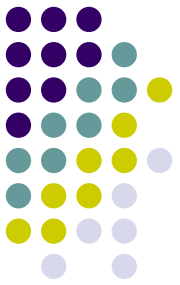


- effetti collaterali e sintomi dovuti alle terapie :
chemioterapia e/o radioterapia, chirurgia
 - Nausea
 - Vomito
 - Diarrea
 - Stipsi
 - Mucosite
 - Odinofagia
 - Xerostomia



INTERVENTO NUTRIZIONALE

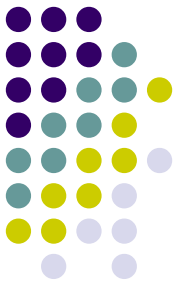
Viene attuato a partire dalla valutazione dello stato nutrizionale per mezzo di screening nutrizionali validati, (MUST, MST, NRS-2002, MNA-SF) che associando indicatori standardizzati di malnutrizione (BMI, calo ponderale, ridotto intake alimentare) consentono la formulazione di un punteggio valutativo che permetterà di differenziare i vari livelli di intervento da attuare



INTERVENTO NUTRIZIONALE

Le linee guida ESPEN indicano per il paziente oncologico in fase terapeutica/attiva apporti calorico-proteici minimi, pari a 25-30 kcal/kg/die e 1.2 g di proteine/kg/die

Nel paziente oncologico in stadio avanzato è utile la supplementazione di a.grassi $\Omega 3$ (1-2 g/die) per ridurre lo stato infiammatorio e la perdita della massa muscolare



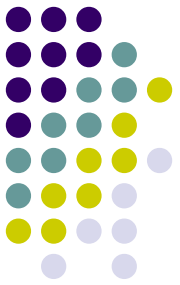
INTERVENTO NUTRIZIONALE

modalità :

- counseling nutrizionale
 - impiego di ONS
- nutrizione enterale
- nutrizione parenterale

FASE PALLIATIVA

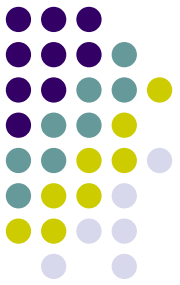
obiettivi :



- MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DI VITA (evitare l'exitus per malnutrizione) E DEL FUNCTIONAL STATUS, utilizzando strategie di intervento poco interferenti con la vita di relazione
- OTTENIMENTO DEL MIGLIOR COMPENSO GLICEMICO POSSIBILE

FASE PALLIATIVA

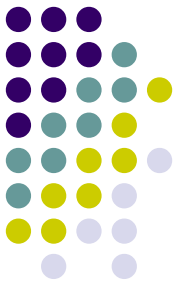
tempistiche :



- prognosi di mesi: 120-270 mg/dl
- prognosi di settimane (o pochi mesi): 180-360 mg/dl (riducendo la frequenza dei controlli glicemici al minimo)
- prognosi di giorni: valutare interruzione dei controlli glicemici e semplificare la terapia antidiabetica
- somministrare insulina se glicemia > 360 mg/dl, tenendo conto del grado di coscienza del paziente
- paziente pre-terminale/terminale: valutare interruzione della terapia antidiabetica tenendo conto del grado di coscienza del paziente (considerare aspetti etici nel paziente con diabete tipo 1 o pancreasectomizzato)

FASE PALLIATIVA

nutrizione

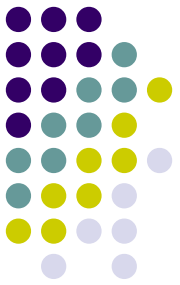


- Il controllo glicemico passa in secondo piano
 - È prioritario evitare l' ipoglicemia
- Non sono necessarie eccessive restrizioni dietetiche

BIBLIOGRAFIA



- Goto A et al. **High hemoglobin A1c levels within the non-diabetic range are associated with the risk of all cancers.** – Int J Cancer. 2016 Apr 1;138(7):1741-53.
- Nothlings U, Schulze MB et al. **Intake of vegetables, legumes, and fruit and risk for all-cause, cardiovascular, and cancer mortality in european diabetic population** – J Nutr. 2008 Apr;138(4):775-81
- Tsilidis K, Kasmis J, Lopez D et al. **Type 2 diabetes and cancer: umbrella review of meta-analyses of observational studies** - BMJ 2015;350:g7607
- Alabiso I, Bellò M, Berardo R, Caiazza E, Cattel F, Deangelis D, Di Costanzo G, Fusco V, Gallo M, La Ciura P, La Porta MR, Numico GM, Ottaviani D, Parello G, Scaldaferri M, Sperti E, Terziotto S, Terzolo S. **Protocollo per la gestione del paziente oncologico con diabete mellito** – Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Val d'Aosta, 2018
- AIOM **Linee Guida carcinoma del pancreas esocrino** – 2018
- Gallo M, **Profilo di cura del paziente oncologico con diabete mellito ricoverato in ospedale** in “Diabete e tumori nella pratica clinica: rilevanza, criticità, soluzioni” Roma, 9 Novembre 2019
- Armento G. **Terapia antitumorale e diabete** in “Diabete e tumori nella pratica clinica: rilevanza, criticità, soluzioni” Roma, 9 Novembre 2019
- Pellegrino A **La nutrizione artificiale nel paziente oncologico con diabete** in “Diabete e tumori nella pratica clinica: rilevanza, criticità, soluzioni” Roma, 9 Novembre 2019
- Gallo M, Muscogiuri G, Felicetti F, Faggiano A, Trimarchi F, Arvat M, Vigneri R, Colao A. **Adverse glycaemic effects of cancer therapy: indications for a rational approach to cancer patients with diabetis** – Metabolism. 2018 Jan;78:141-154.
- Gallo M, Muscogiuri G, Pizza G, Ruggeri RM, Barrea L, Faggiano A, Colao A. **The management of neuroendocrine tumors: A nutritional viewpoint** - Food Sci Nutr. 2019;59(7):1046-1057
- Pettit S, Cresta E, Winkley K, Purssell E, Armes J **Glycaemic control in people with type 2 diabetes mellitus during and after cancer treatment: A systematic review and meta-analysis** – 2017, PLOS ONE 12(5): e0176941
- Fracchia AC, Ragni A, D'angelo V, Nervo A, Arvat E, Gallo M **Gestione clinica del diabete nel paziente oncologico: esperienza di un centro di riferimento terziario** – 2019 J AMD, Vol 21-4
- Cheryl L. Rock, Cynthia Thomson Ted, Gansler MD, et al. **American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention** – 2020 A CANCER J CLIN 2020;70:245–271



A CURA DI:

GDS DIETISTI RETE ONCOLOGICA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

REFERENTE: Adriana Pazzaglia

PARTECIPANTI: Loredana Cuccia, Dolores Marzano, Virginia Molinari, Cristina Linzalata

CORDINATORE: Taira Monge