

Abstract dr Lelli

La sindrome dell'anoressia-cachessia correlata al cancro (CACS) rappresenta la più frequente e grave sindrome paraneoplastica del paziente con malattia in fase avanzata. Le alterazioni metaboliche alla base di questa sindrome giustificano il ridotto introito calorico e l'aumento della spesa energetica. L'obiettivo terapeutico generale nei pazienti con CACS dovrebbe tendere a prevenire l'insorgenza dei sintomi. Nell'ambito della terapia farmacologica sono stati studiati diversi farmaci, alcuni validati da numerosi trials, altri tuttora in fase di sperimentazione. Nel trattamento a lungo termine di questa sindrome diversi studi hanno evidenziato il ruolo centrale dei progestinici (medrossiprogesterone acetato e megestrolo acetato), anche se ulteriori studi sono necessari per meglio chiarire il reale effetto anabolizzante di queste sostanze e il possibile vantaggio di terapie di combinazione con nuovi farmaci.

L'OCCLUSIONE INTESTINALE INOPERABILE

Laura Piva

L'occlusione intestinale è una complicazione che si verifica in circa il 3% dei malati oncologici terminali ed è particolarmente frequente nelle neoplasie dell'ovaio (circa 40%) e del colon retto (circa 20%). L'occlusione inoperabile in un malato terminale, che può verificarsi per compressione intrinseca o estrinseca di masse tumorali, porta alla distensione del tratto intestinale prossimale al sito di occlusione con conseguente ipersecrezione intestinale accompagnata da dolori crampiformi intermittenti per aumento compensatorio della motilità intestinale e da una seguente fase di dilatazione intestinale e dolore continuo da distensione addominale accompagnati da nausea e vomito. Il trattamento chirurgico o endoscopico non sono sempre attuabili anche perché spesso i punti di occlusione sono più di uno, non sempre distali o prossimali ma diffusi, comprendendo il digiuno o l'ileo. Da ricordare l'impiego delle gastrostomie di sollievo (venting gastrostomies). L'approccio non chirurgico tradizionale è costituito dal posizionamento di un sondino naso-gastrico e da idratazione endovenosa che teoricamente tende ad aumentare la pressione idrostatica e contribuisce ad aumentare la secrezione intestinale. Il più recente trattamento include la somministrazione di anticolinergici, oppioidi e steroidi che, nonostante la non univocità dei dati di letteratura, sembrano utili nel ridurre l'infiammazione intestinale e peritoneale e concorrere alla parziale regressione della occlusione. Ormai ampiamente accettato e consigliato è l'uso di octreotide per via endovenosa o sottocutanea ai dosaggi di 0,2-0,6 mcg/die, che migliora la nausea e il vomito, riducendo l'ipersecrezione intestinale. Gli agenti procinetici sono discussi e possono essere utili solo nei casi di subocclusione, non in presenza di dolori crampiformi. Ancora non ben stabilita l'efficacia dei più recenti farmaci antagonisti della serotonina. Al di là di qualsiasi terapia, bisogna evidenziare la necessità di un supporto psicosociale dei pazienti con occlusione inoperabile.