

LA NUTRIZIONE AL CENTRO DELLA RETE DI CURA

Dialogo tra ospedale
e territorio.

* In fase
di accreditamento
ECM



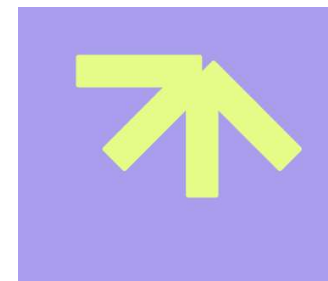
18 APRILE
ore 8.15

Auditorium Ospedale
"Michele e Pietro Ferrero"
Verduno (Cn)

Casi clinici

Dr.ssa Chiara D'Eusebio

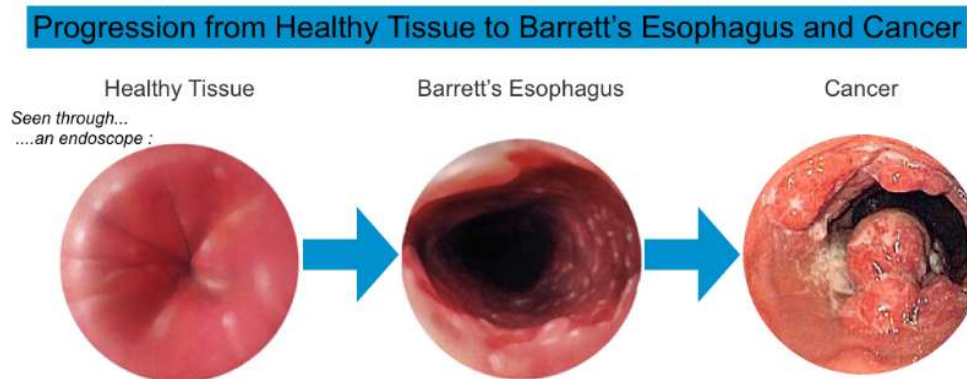
GG, 65 yo, M, si presenta con ripetuti episodi di vomito e calo ponderale



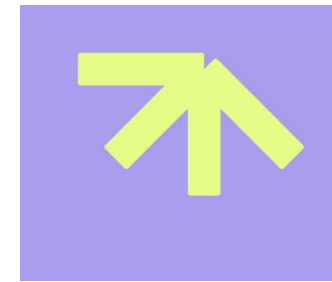
APR:

- ipertensione arteriosa;
- ipercolesterolemia;
- DMT2;
- MRGE;

- 03/25 esofagectomia parziale (esofagogastrostomia intratoracica) per adenocarcinoma giunzione esofago-gastrica (T3N2M0) dopo CTRT neadiuvante (FLOT) e seguita da CT adiuvante (FLOT), in FU (TC addome 09/25: esiti esofagectomia).



GG, 65 yo, M, si presenta con ripetuti episodi di vomito e calo ponderale

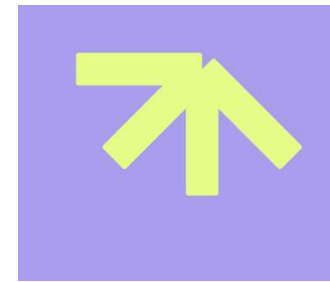


APP (11/25):

- episodi ripetuti di vomito alimentare da 15 giorni, intensificato negli ultimi 5 giorni (2-3 vv/die)
- calo di peso progressivo, iniziato 3 mesi fa
- lombosciatalgia acuta insorta da 5 giorni



GG, 65 yo, M, si presenta con ripetuti episodi di vomito e calo ponderale



TD:

- pantoprazolo 40 mg,
- rosuvastatina 5 mg,
- metformina 1000 mg x 3,
- tramadolo/dexketoprofene 75/25 mg negli ultimi 5 giorni per lobosciatalgia acuta



GG, 65 yo, M, si presenta con ripetuti episodi di vomito e calo ponderale

PAO: 110/70 mmHg; FC 90 bpmR

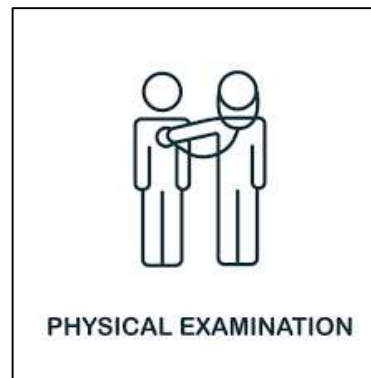
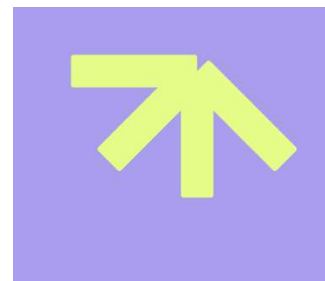
Obiettività cardio polmonare nella norma

Addome trattabile, **dolorabile alla palpazione profonda in epigastrio**, peristalsi +, Blumberg neg

Peso 52 kg, h 168 cm, BMI 18,42 kg/mq, BEE 1250 kcal, TEE 1850 kcal

AA: 500 kcal, prot 30 g (ONS non tollerati)

Calo ponderale del 23% in 3 mesi (peso abituale 68 kg)



Diagnosi differenziale?

- 1) recidiva tumorale
- 2) stenosi anastomotica
- 3) ulcera gastrica
- 4) irritazione intestinale legata all'assunzione di metformina



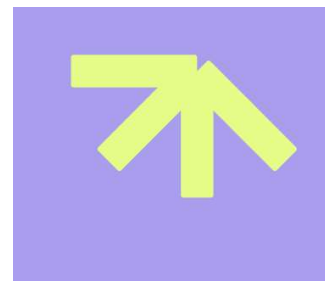
Diagnosi differenziale più probabile?

1) recidiva tumorale

2) stenosi anastomotica

3) ulcera gastrica

4) irritazione intestinale legata all'assunzione di metformina

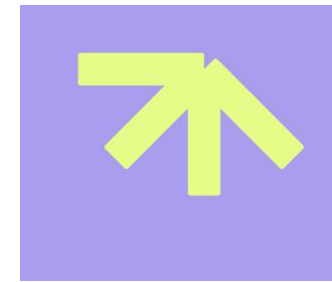


Timing intervento diagnostico-terapeutico?

- 1) EGDS
- 2) TC
- 3) avviare supporto nutrizionale, e nel frattempo chiedere EGDS
- 4) avviare supporto nutrizionale, e nel frattempo chiedere TC



Timing intervento diagnostico-terapeutico?



1) EGDS

2) TC

3) avviare supporto nutrizionale, e nel frattempo chiedere EGDS

4) avviare supporto nutrizionale, e nel frattempo chiedere TC

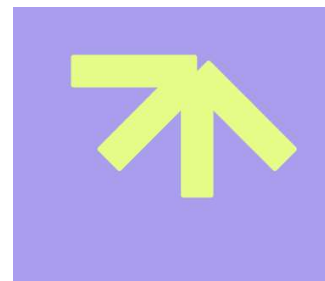


Quale intervento medico nutrizionale impostare?

- 1) nutrizione parenterale
- 2) fortificazione alimentazione per bocca + ONS
- 3) posizionamento urgente SNG e programmazione
posizionamento PEG



Quale intervento medico nutrizionale impostare?



1) nutrizione parenterale

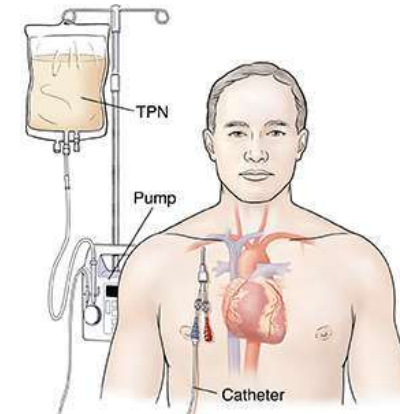
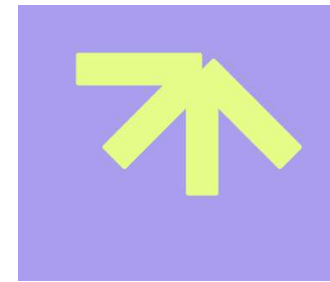
2) fortificazione alim per bocca + ONS

3) posizionamento urgente SNG e programmazione
posizionamento PEG

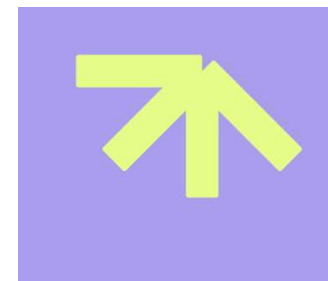


Intervento medico nutrizionale (10/12/25)

- Indicazione ad avviare NPD
- posizionamento PICC a sx (precedente trombosi a dx)
- Avvio di Smofkabiven 1477 ml a 120 ml/h + Cernevit 1 fl 7/7+ Addamel 1 fl 3/7
- necessità tamponamento sacca?
- indicato studio endoscopico e della motilità intestinale



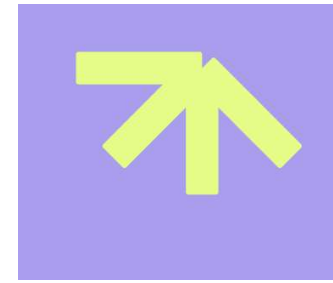
EGDS: 10/11/25 (con biopsie)



- esiti di esofagectomia subtotale (anastomosi esofago-gastrica sita a circa 25 cm dalla AD rivestita da mucosa regolare e valicabile ma sormontata da **ulcerazione a fondo fibrinoso** confluyente su più pliche estesa prossimalmente per circa 2,5 cm);
- **esofagite di grado C sec LA**;
- **ingesta** nel moncone gastrico



RX transito (12/12/25)



-**notevole dilatazione tubulo gastrico ed esofago toracico residuo a monte dello iato diaframmatico e della regione pilorica** (calibro max tubulo 13 cm in sede prepilorica).

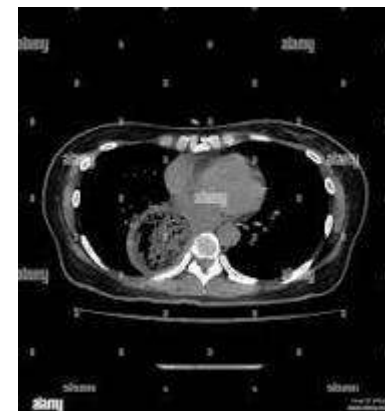
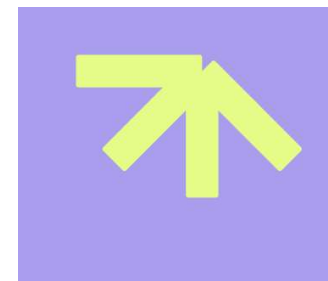
-Transito del **bolo notevolmente rallentato** a livello del tubulo ma consente normale opacizzazione delle anse digiunali.

- riconoscibile **inginocchiamento del tubulo gastrico dilatato all'altezza dell'anastomosi esofago-gastrica con evidenza di ingesti e immagini alivello idroaereo a monte**

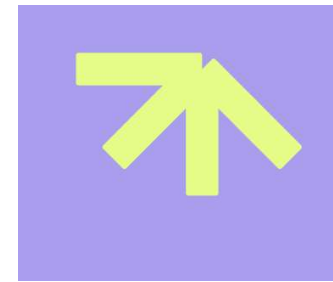


TC addome (11/25): esiti esofagectomia

(...) in esiti di esofagectomia si segnala riduzione del passaggio toraco-addominale con abbondanti ingesta a monte e sovra distensione dello stomaco tubulizzato.
(...)



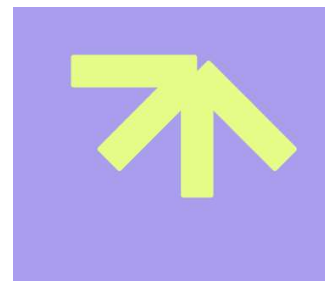
EGDS il 18/12/25



. esofago con ingesti. Anastomosi a 22 cm con ulcera di verosimile natura peptica. Ingesta in stomaco; regione antrale stenotica e torta.

Visita chirurgica

→ indicazione a intervento di revisione anatomica (lisi aderenziale a livello dello iato diaframmatico)



Visita dietologica

→ indicazione a posizionamento accesso per nutrizione enterale

→ eseguito in data 14/01/2026

Quale accesso di nutrizione enterale scegliereste?

1) PEG

2) SNG

3) DGS

4) SND



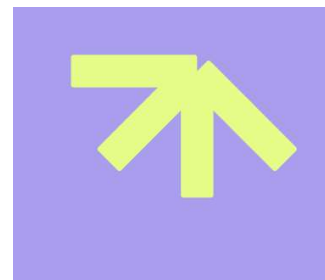
Quale accesso di nutrizione enterale scegliereste?

1) PEG

2) SNG

3) DGS

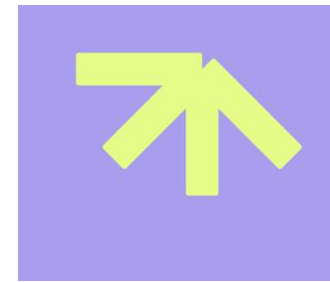
4) SND



Progressione terapia nutrizionale

	PN (Smofkabiven)	DGS (miscela iperproteica DM)	OS	TOT
1 giorno ricovero	1477 ml (1600 kcal, AA 75 g)		200 kcal, prot 20 g	1800 kcal, prot 95 g
1GPO	1477 ml (1600 kcal, AA 75 g)	250 ml (330 kcal, prot 20 g)		1990 kcal, prot 95 g
3GPO	750 ml (800 kcal, AA 38 g)	500 ml (655 kcal, prot 40 g)	500 kcal, prot 30 g	1950 kcal, prot 105 g
dimissione		1250 ml (1640 kcal, prot	800 kcal, prot	2440 kcal, prot 140 g

Al I controllo ambulatoriale % Nutrizione Clinica (GPO 30)



Peso 55 (+ 5 kg), BMI 19.5 kg/mq

Intake per bocca: 800 kcal , prot 35 g

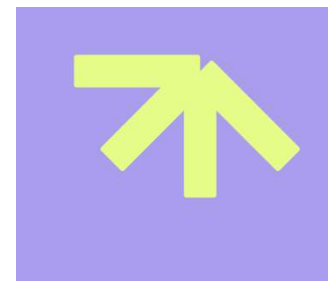
NE (DGS): 1250 ml a 100 ml/h

Non più episodi di vomito

Prescrizione:

- proseguire NE con stesso programma

Al II controllo ambulatoriale % Nutrizione Clinica (GPO 60)



Peso 60 (+ 10 kg), BMI 21.4 kg/mq

Intake per bocca: 1500 kcal, prot 60 g

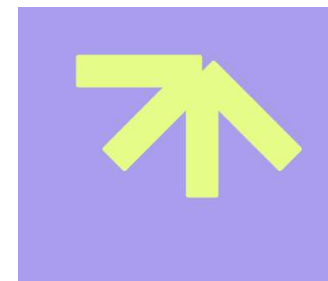
NE (DGS): 1250 ml a 100 ml/h

Non più episodi di vomito

Prescrizione:

- ridurre NE a 750 ml a 75 ml/h

Al III controllo ambulatoriale % Nutrizione Clinica (GPO 120)



Peso 62 (+ 12 kg), BMI 22.4 kg/mq

Intake per bocca: 1800 kcal, prot 80 g

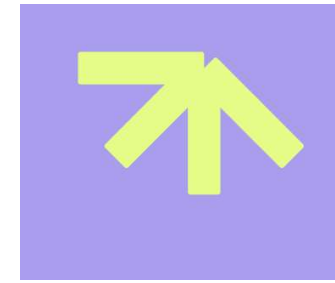
NE (DGS): 750 ml a 100 ml/h

Non più episodi di vomito

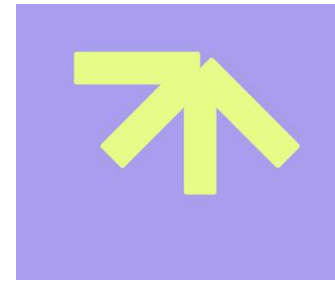
Prescrizione:

- sospendere NE
- mantenere DGS per il momento

Take home messages

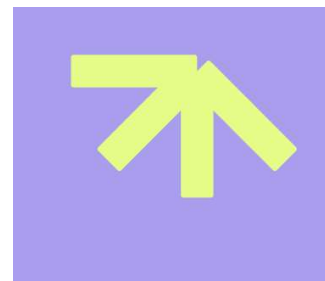


- **malnutrizione: entità nosologica a sè stante da trattare**
(ridotta muscolatura liscia→ritardato svuotamento, stasi;
lassità tessuti di sostegno)
- **indicazioni diversi tipi di nutrizione artificiale (ENvsPN) e relativi accessi (sondini nasali vs accessi più duraturi)**
- **possibilità di switchare tra una modalità e l'altra e di**



***Grazie per la vostra
attenzione!***

Chiamata per dolore in ipocondrio sx



- NRS 7/10
- dispnea
- PAO 110/70 FC 120 bpmR
- addome: dolente in ipocondrio sx, che aumenta con inspirazione profonda e movimenti
- non altre alterazione all'EO

Diagnosi differenziale?

- 1) recidiva trombosi PICC
- 2) dislocazione DGS
- 3) ischemia miocardica
- 4) peritonite



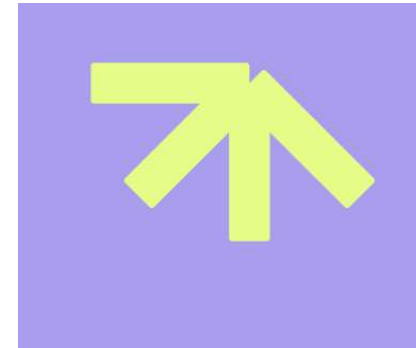
Diagnosi differenziale?

1) recidiva trombosi PICC

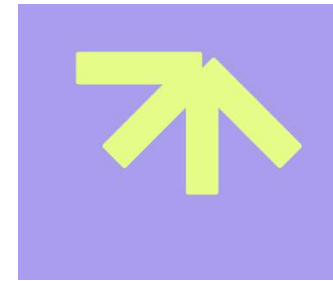
2) dislocazione DGS

3) ischemia miocardica

4) peritonite



Dislocazione DGS



- US brachiale (PICC): non trombosi a livello del circolo venoso superficiale e profondo (lato sx)
- prevista TC di FU per pochi giorni dopo (Marzo 26)
- RX addome: dislocazione DGS (parzialmente retratta con apice che decubita sulla parete del viscere)
- riposizionata su filo guida dal chirurgo