

**Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Lezioni di Oncologia - 2017**

Oncologia Clinica

Principi di Terapie palliative

Antonio Frassoldati
Oncologia Clinica – AOU di Ferrara

Attenzione alle due ideologie

- **Ideologia della “quantità della vita”**
- Fare tutto a tutti sempre
- Vitalismo
- Difensivismo
- Tecnologismo
- Paternalismo
- Ostinazione diagnostico-terapeutica irragionevole
- Accanimento interventistico
- **Ideologia della “qualità della vita”**
- Togliere tutto a tutti
- E’ più bravo medico (di cure palliative) chi più roba interrompe
- Considerare terminale un paziente con un anno da vivere
- Allargare l’approccio di terminalità ai disabili, agli anziani, ai malati cronici
- La “autonomia” totale
- Fare solo se vita “meritevole”
- Iperdesistenza ed abbandono
- Economicismo

Una possibile terza via

- **Le cure palliative**
- **La relazione medico/operatore-paziente (alleanza terapeutica)**
- **Lavoro d'equipe: gruppo curante/gruppo curato**
- **La presa in carico (impossibilità della totale autonomia derelazionata)**
- **Rimodulazione delle metodiche diagnostiche e delle terapie**
- **Appropriatezza (proporzionalità)**
- **Approccio individualizzato**
- **Percorso progressivo**
- **Condivisione della pianificazione terapeutica anticipata**

Definizione di Cure Palliative

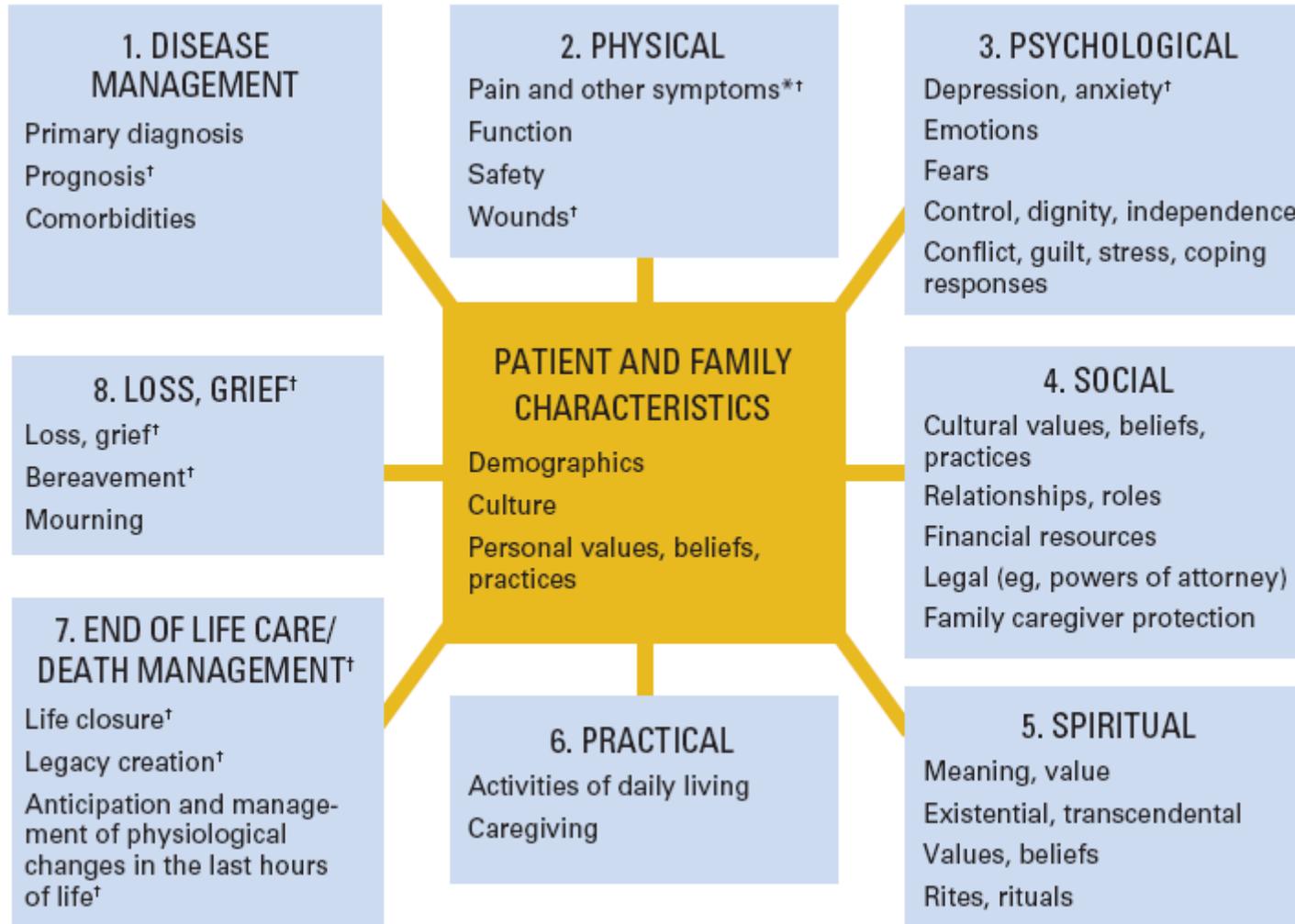
Società Europea Cure Palliative

- *“Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione.*
- *Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria.*
- *Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale.*
- *Provvedono una presa in carico del paziente che si preoccupi di garantire i bisogni più elementari ovunque si trovi il paziente, a casa, o in ospedale.*
- *Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.”*
- <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>

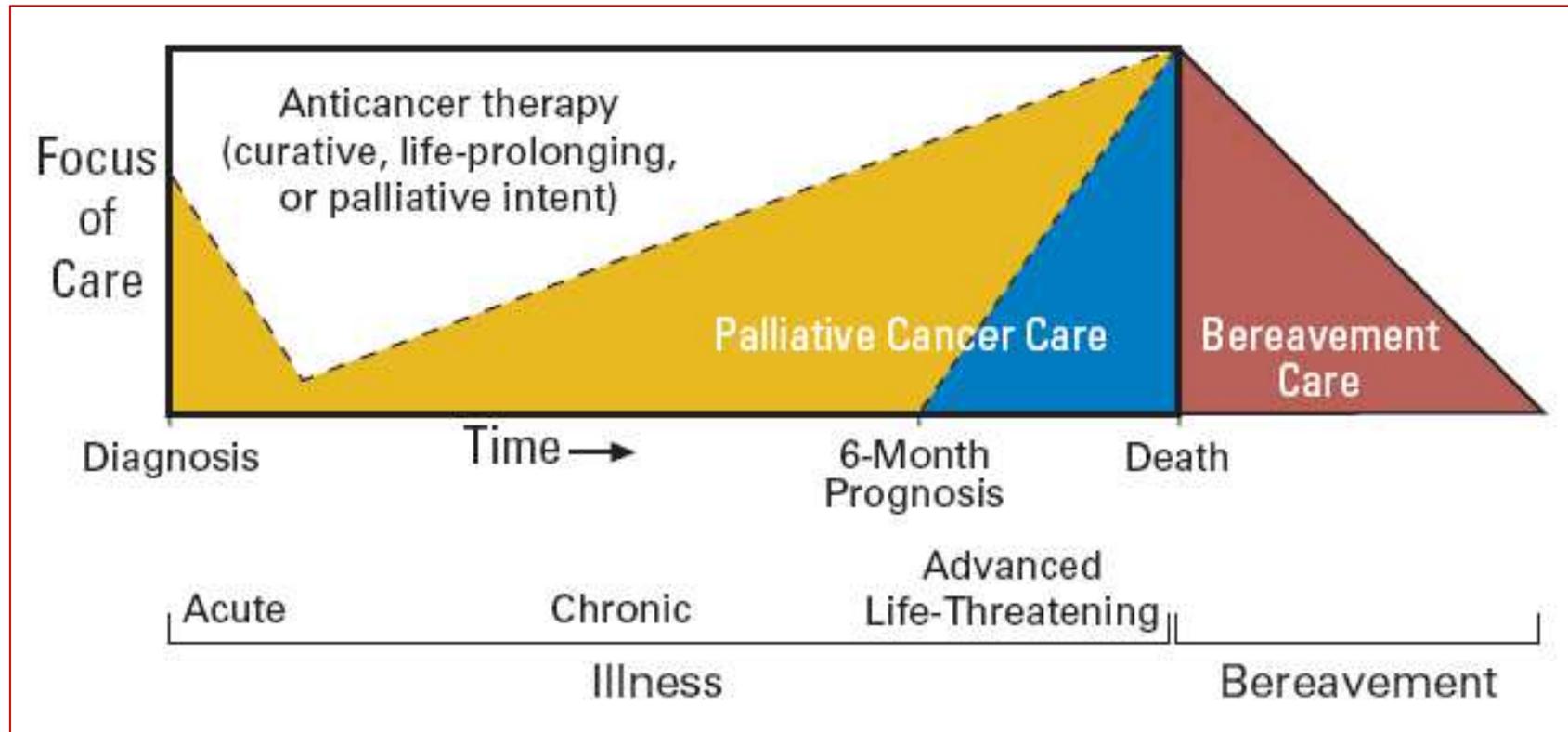
Quali sono gli obiettivi delle cure palliative

- Migliorare la qualità di vita di pazienti che soffrono per malattie severe.
- Offrire un diverso approccio assistenziale e di cura a questi pazienti

Le necessità dei pazienti



Ruolo potenziale delle terapie palliative nel tragitto di malattia



Le Barriere

❑ Per in medico

- ❑ difficoltà di **tempo** e di **attitudine** ad affrontare una conversazione realistica sulla prognosi della malattia e sulle attese dei trattamenti (*incertezza prognostica*)
- ❑ **convizione** che la palliazione sia un provvedimento da adottare quando le terapie oncologiche non sono più praticabili (sequenzialità)
- ❑ **difficoltà** ad abbandonare i trattamenti oncologici (frustrazione, impotenza, sconfitta)

Le Barriere

❑ Per paziente e familiari

- ❑ **aspettative** verso i trattamenti oncologici
- ❑ scarsa **consuetudine** alle problematiche dei malati cronici e delle fasi di fine-vita, lontani dai modelli sociali ovunque proposti (*morte censurata, negata, occultata*)
- ❑ **riottosità** alla attivazione di servizi di assistenza domiciliare (*testimonianza di morte prossima*)
- ❑ **difficoltà** ad accedere a servizi palliativi per persone sole
- ❑ sensazione di distacco/**abbandono** da chi può “curare” la malattia

Il contesto normativo

□ La Legge 15 marzo 2010, n 38 concerne le *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*.

La legge **tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato**, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, la qualità delle cure e la loro appropriatezza.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono

- **assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia**, nel rispetto dei principi della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale,
- un **adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale** della persona malata e della famiglia.

Il contesto normativo

□ La legge rinforza quanto già previsto dal D.P.C.M 29 novembre 2001 riguardante la Definizione dei livelli essenziali di assistenza, indica che la rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali si articola nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle relative strutture :

Assistenza ambulatoriale

Assistenza Domiciliare Integrata

Assistenza Domiciliare Specialistica

Ricovero Ospedaliero in regime ordinario o day hospital

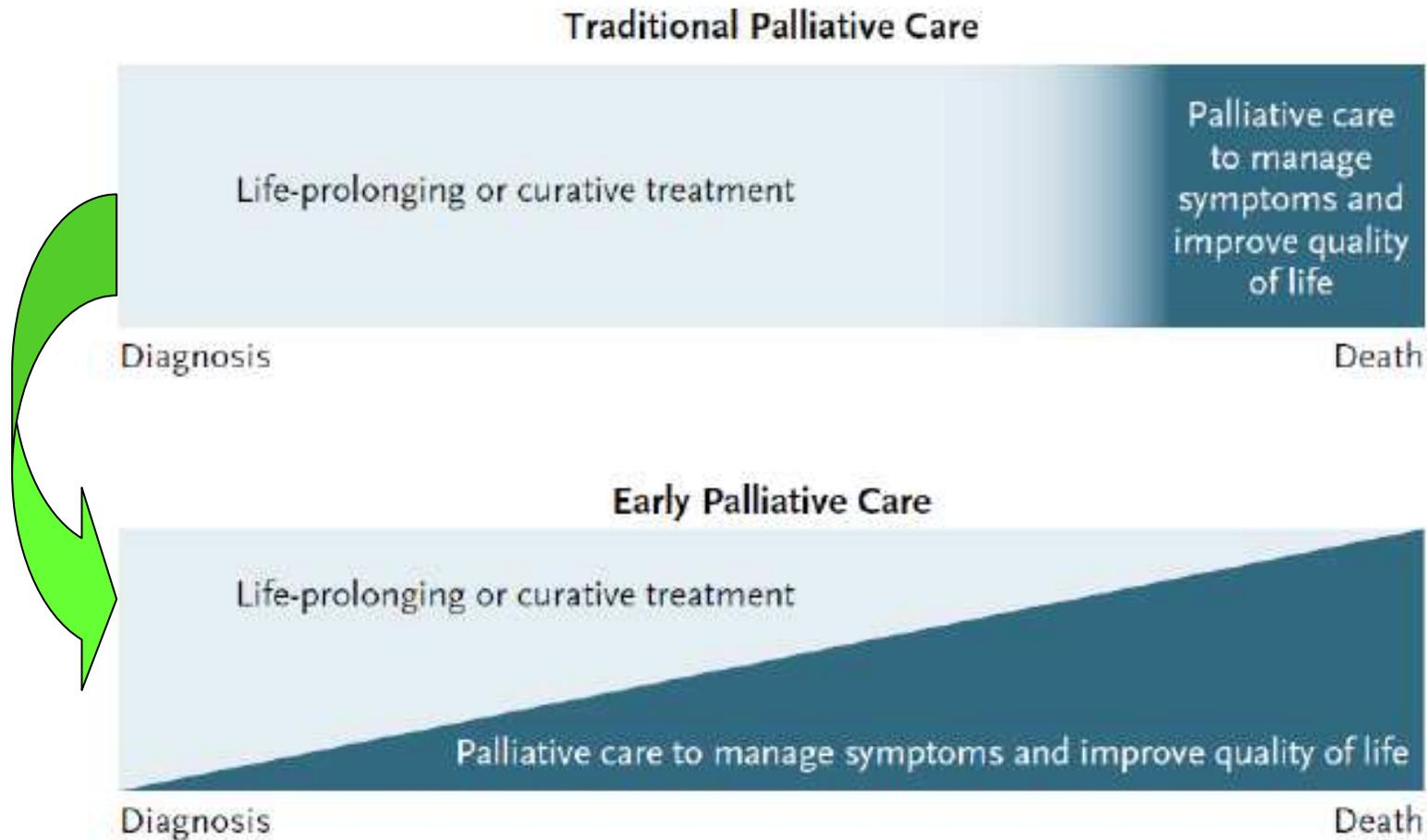
Assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative (hospice).

Spostare il centro dell'attenzione

Capire gli **obiettivi** del trattamento per il **paziente**

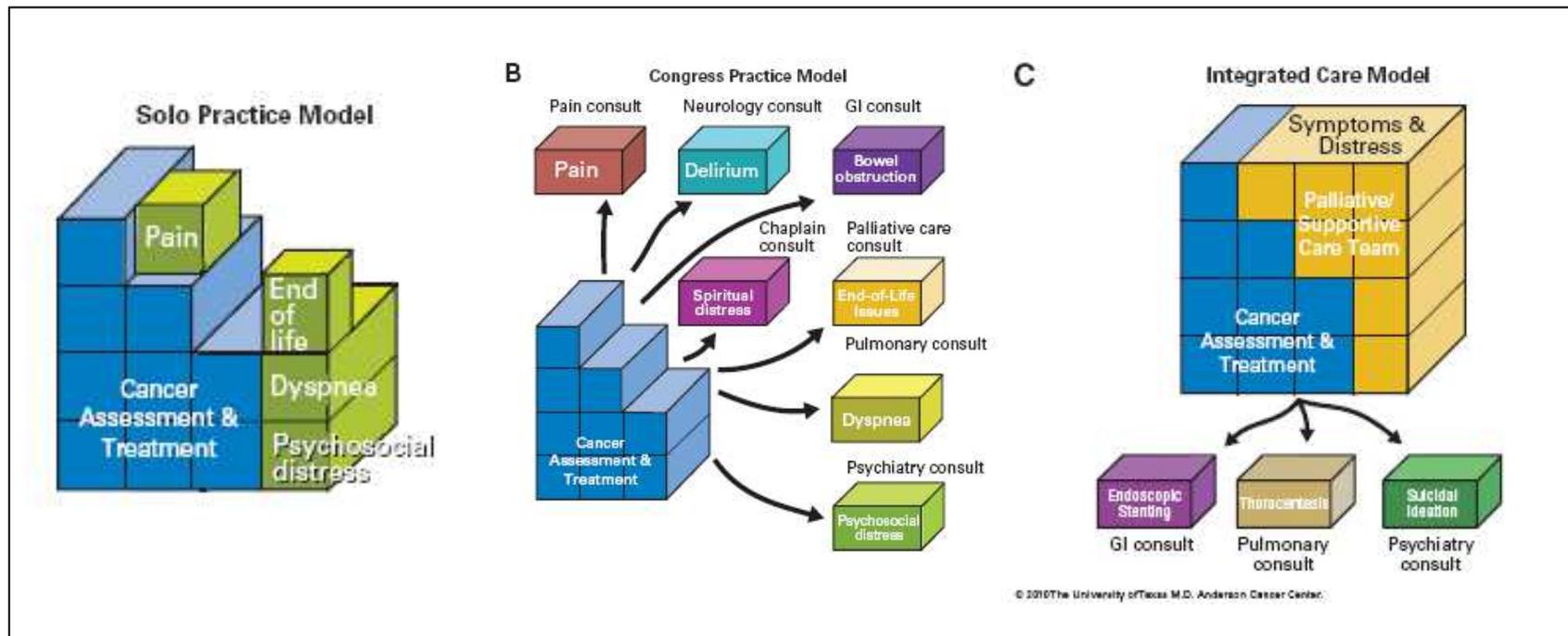
- Quale risultato cerca?
- Quale è l'entità di beneficio che ritiene accettabile?
- Quali sono le sue priorità?

Cambi di paradigma in oncologia



La organizzazione delle cure palliative

Dalla sequenzialità ai modelli di **integrazione** fra oncologo e medico palliativista/supportivo



I sintomi della malattia avanzata

- Le fasi avanzate della malattia neoplastica sono caratterizzate da numerosi sintomi capaci di influenzare la qualità della vita residua del paziente così come la qualità del suo morire.
- Le componenti responsabili dei sintomi della malattia neoplastica avanzata sono diverse:
 - Estensione e/o comportamento biochimico del tumore;
 - Danno Iatrogeno/Effetti Collaterali dei Farmaci;
 - Comorbidity;
 - Disagio psicologico o sociale

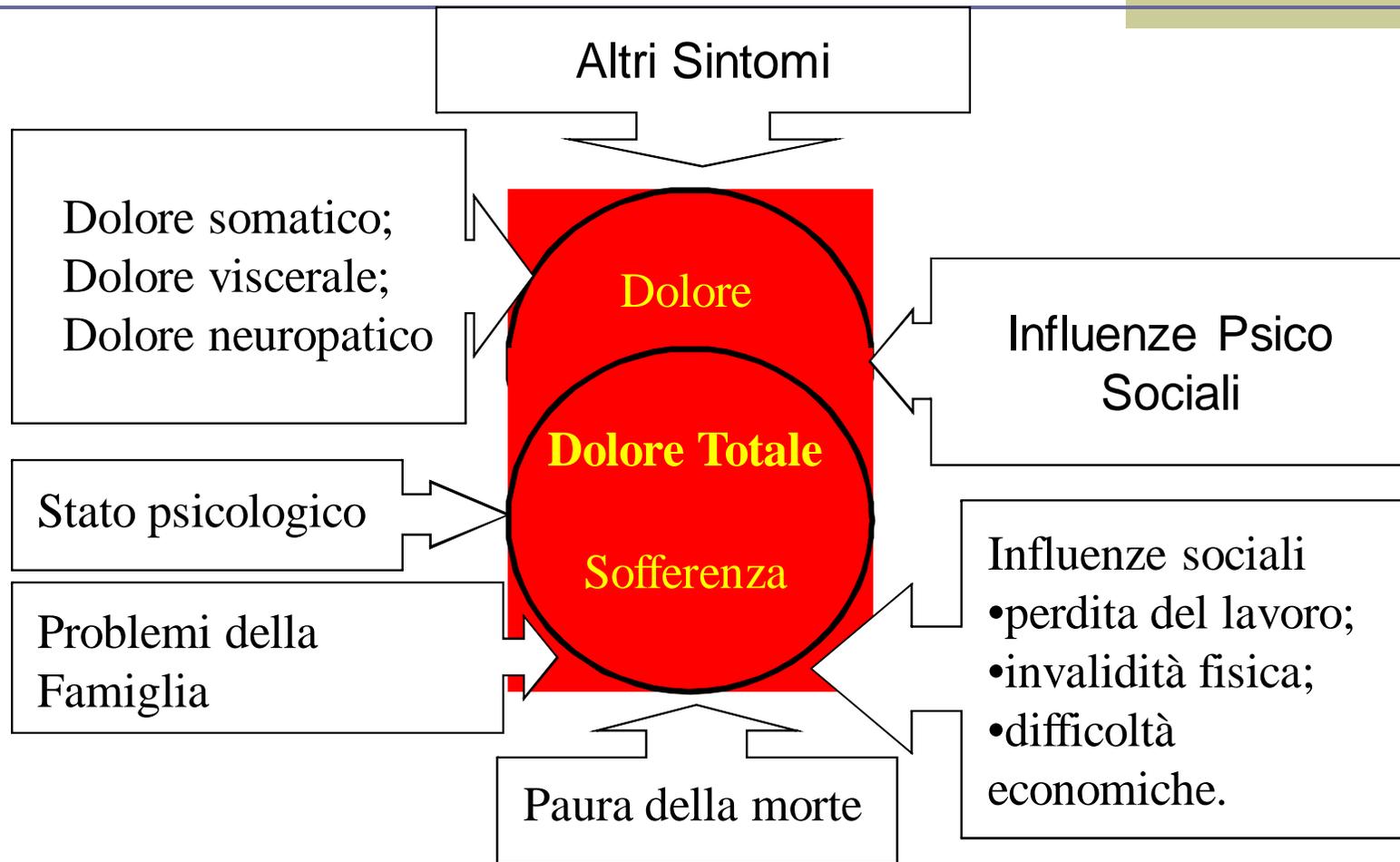
I sintomi più comuni nella malattia avanzata

Table 1. Frequency of Common Symptoms in Patients With Advanced Cancer

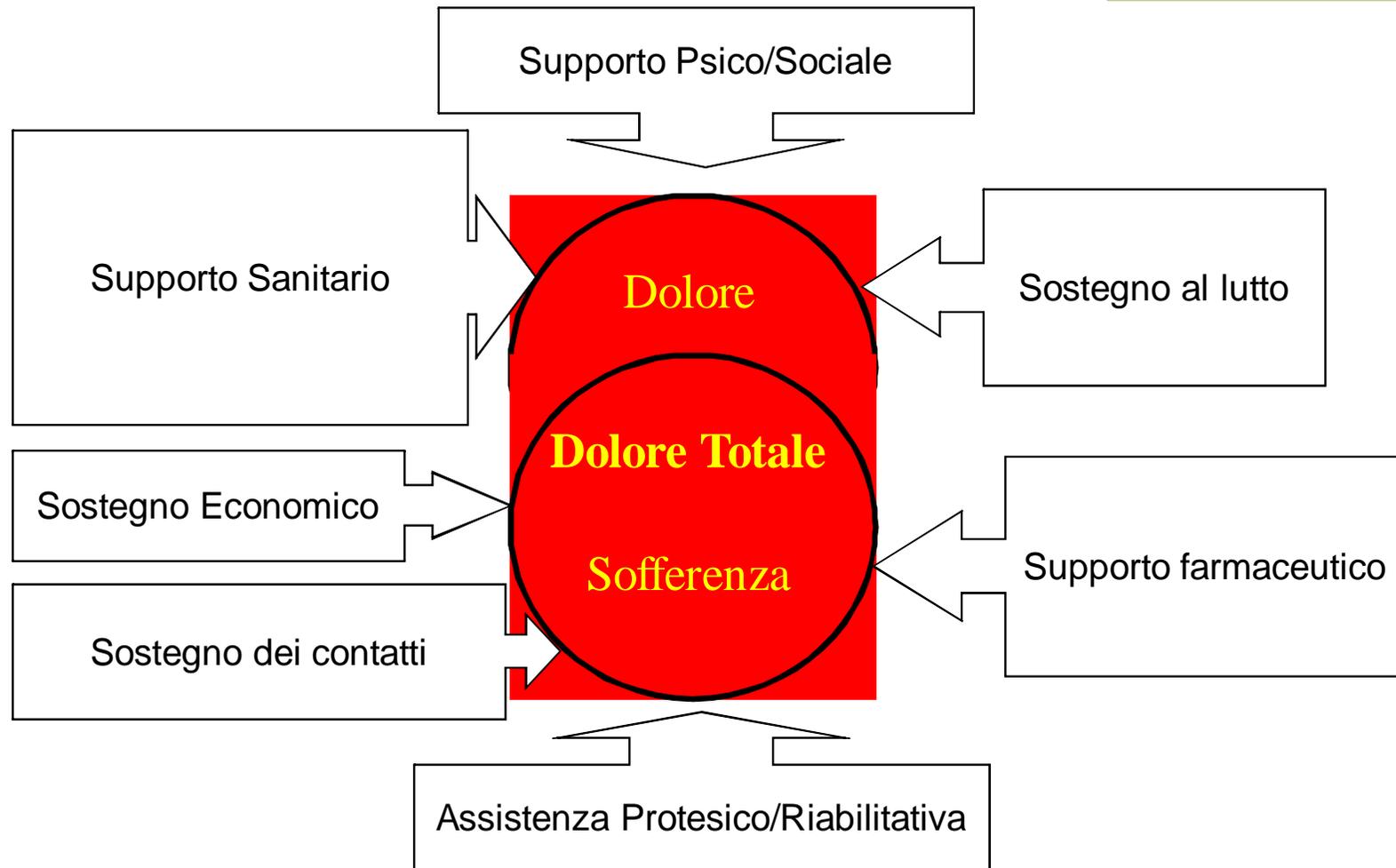
Symptom	Frequency (%)
Anorexia	30-92
Pain	35-96
Fatigue	32-90
Dyspnea	10-70
Delirium	6-93
Depression	3-77

Questi sintomi richiedono una valutazione ed un trattamento personalizzati. Ad essi si accompagnano spesso una riduzione della autosufficienza e problemi psicologici. La **gestione** da parte dei caregivers e dei familiari è **fisicamente ed emotivamente stressante**, richiede educazione e counseling relativi alla malattia, e genera discussioni riguardo gli obiettivi e la programmazione dei futuri ulteriori bisogni.

Il concetto di “Dolore Totale”



La risposta assistenziale al Dolore Totale



La risposta assistenziale al Dolore Totale

- La qualità della vita (intesa come risposta al dolore totale) è l'obiettivo primario di un trattamento antineoplastico.
- La componente “sanitaria” del sintomo ha un ruolo molto importante nell'ambito della cura globale, ma non ne racchiude l'insieme delle componenti determinanti la sofferenza del paziente.
- Controllo dei sintomi componente NECESSARIA MA NON SUFFICIENTE ad una risposta assistenziale al dolore totale.
- Originalità dell'outcome delle cure palliative.

Rilevanza Oggettiva e Soggettiva dei sintomi

- La rilevanza data dal sanitario ai sintomi riferiti dal paziente può essere diversa da quella data dal paziente o dai suoi familiari.
- Sintomi e qualità della vita in una ottica di cura globale:
 - Inquadramento diagnostico/terapeutico e qualità della vita;
 - Valutazione della risposta e follow up dopo trattamento;
 - Il **superamento della oggettività sanitaria** nel concetto di qualità della vita.

Rilevanza Oggettiva e Soggettiva dei sintomi

Sintomo (ESAS)	Paziente (M±ES)	Medico (M±ES)	Infermiere (M±ES)
Attività	64±3.8	59±3.1	59±3.4
Appetito	60±4.4	49±3.4	57±4.6
Benessere	48±4.1	44±3.4	48±4.1
Sonnolenza	39±4.4*	21±3.3*	40±3.5
Dolore	34±4*	23±2.8*	28±3.2
Depressione	28±2.8	24±3.4	31±3.6
Ansia	29±4.1	22±3	29±3.7
Dispnea	27±4.1*	15±2.7*	20±3.5
Nausea	23±4.1	24±3.9	19±4

Nekolaichuk et al, Pall Med 1999

Terapie mediche di supporto e palliative

- Terapia del dolore
- Terapia della nausea e del vomito
- Terapia dei disturbi del transito intestinale
- Terapia della astenia/fatigue
- Terapia nutrizionale
- Terapia dello stato terminale
 - delirium
 - sedazione

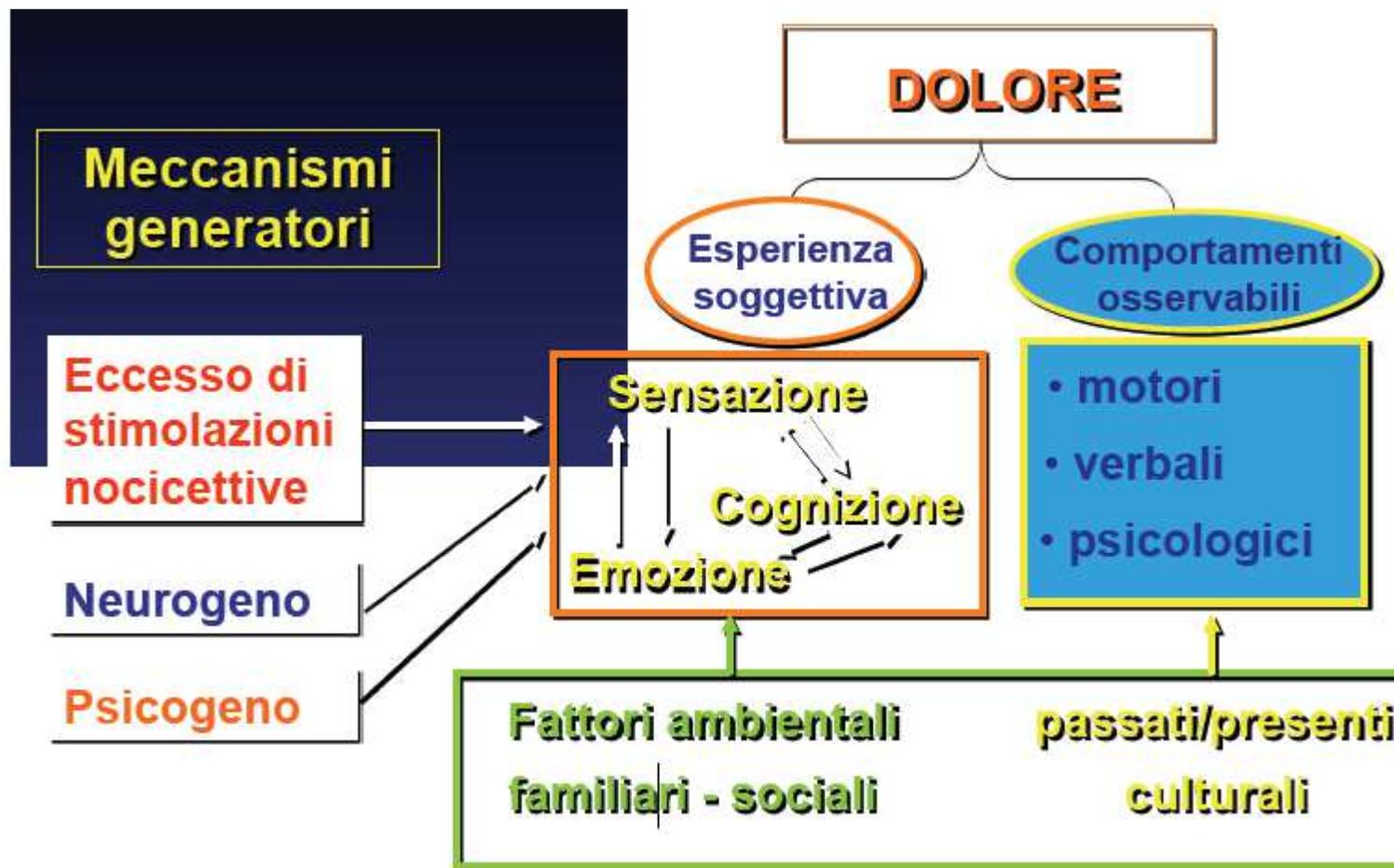
Dolore

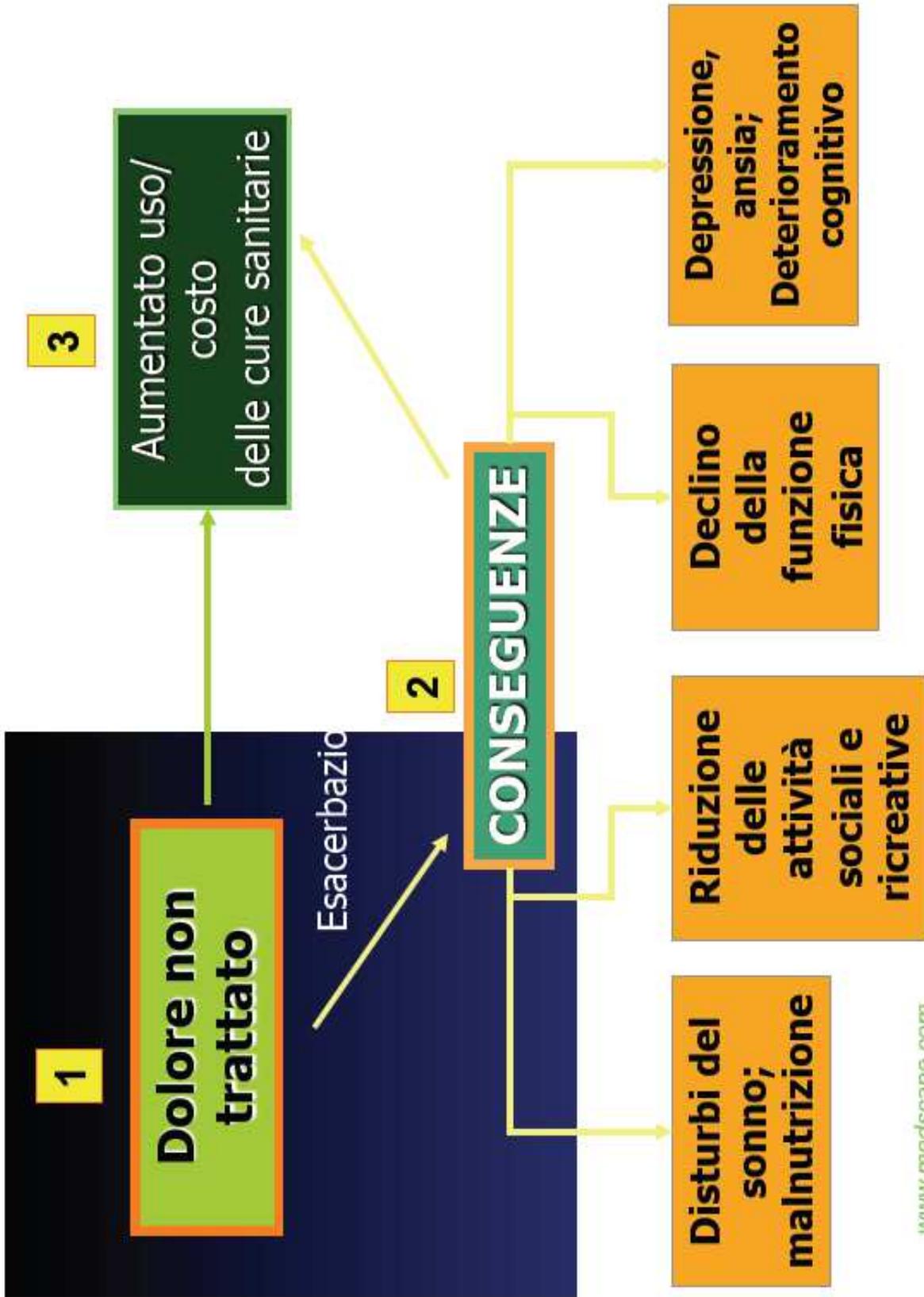
spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale presente o potenziale, e descritta come tale dal paziente.

- Dolore Somatico
- Dolore Viscerale
- Dolore Neuropatico
- Dolore Totale

Dolore

Un Universo Complesso





Patogenesi del Dolore

NOCICETTIVO

Quando il meccanismo algogeno è caratterizzato dall'azione di uno stimolo, interno e/o esterno, sul nocicettore: Interazione Stimolo/Recettore

NEUROPATICO

Quando il meccanismo algogeno nasce all'interno del Sistema Nervoso, Centrale o Periferico, senza interazione fra Stimolo/Recettore

- * Lo stimolo algogeno nel dolore nocicettivo può essere:
 - Chimico (ad es. dovuto ai mediatori della Infiammazione)
 - Fisico (ad es. Termico, Meccanico, Elettro-magnetico)

OMS Scala Sequenziale a 3 Gradini



Cancer Pain Relief. Second Edition. With a guide to Opioid availability (WHO, 1996)

Terapia "Adiuvanti" nella Terapia Antalgica

- STEROIDEI
- ANTIDEPRESSIVI
- NEUROLETTICI
- ANTICONVULSIVANTI
- ANEST. LOCALI
- ANEST. SISTEMICI
- ANTISPASTICI
- NEUROLITICI
- BENZODIAZEPINE
- BIFOSFONATI

Occlusione intestinale nella malattia avanzata

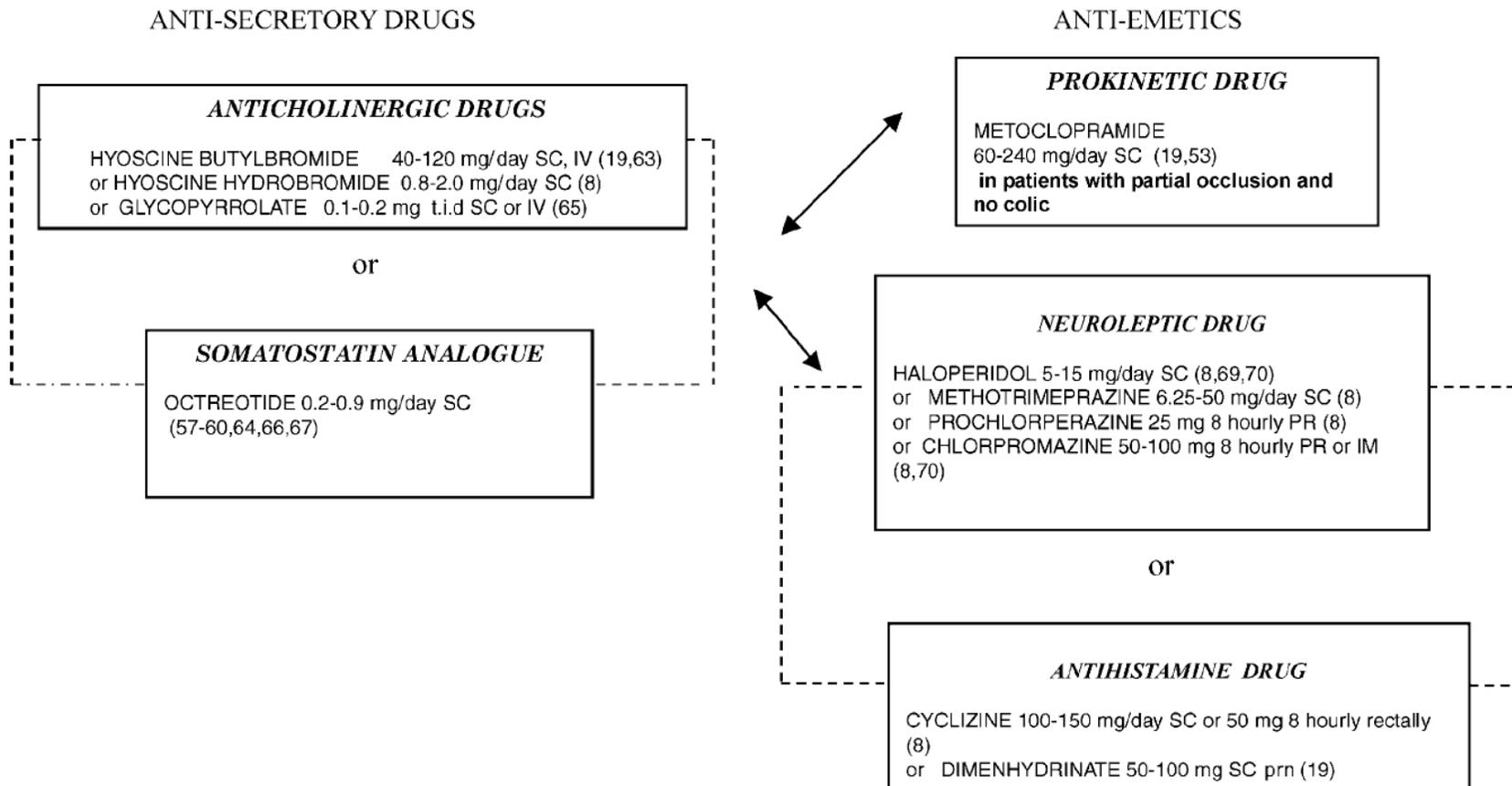
- Frequente riscontro in corso di:
 - carcinosi peritoneale:
 - neoplasie ovariche;
 - neoplasie gastriche;
 - neoplasie coliche;
 - neoplasia del tratto gastro-enterico

- Orientamento terapeutico:
 - trattamento radicale?
 - palliazione del sintomo?
- Orientamento nella fase terminale:
 - quale palliazione del sintomo?

Trattamento medico delle occlusioni intestinali non operabili

- **Provvedimenti generali:**
 - digiuno e nutrizione artificiale;
 - Infusioni idroelettrolitiche
 - SNG (o PEG)
- **Trattamento medico:**
 - ridurre il dolore:
 - morfina cloridrato;
 - ridurre le secrezioni:
 - ioscina bromuro;
 - octreotide;
 - ridurre la peristalsi:
 - ioscina bromuro;
 - octreotide
 - ridurre il vomito:
 - aloperidolo;
 - prometazina.

Trattamento medico delle occlusioni intestinali



La dispnea nelle fasi avanzate o terminali della malattia neoplastica

- La dispnea è uno dei sintomi più complessi sia dal punto di vista del paziente e/o della sua famiglia, sia da quello dei sanitari che hanno in cura il paziente.
- Cambiamento radicale nell'orientamento terapeutico negli ultimi 10-15 anni:
 - Da un trattamento patogenetico, ad un trattamento sintomatico in senso stretto.

Dispnea del paziente oncologico avanzato

- Fenomeno a genesi multifattoriale.
- Coesistenza di una componente oggettiva e di una componente soggettiva:
 - Difficoltà nella definizione di dispnea;
 - Difficoltà nella misura della dispnea.
- Definizione Fisiopatologica \Rightarrow Definizione del Sintomo \Rightarrow Definizione di Qualità della vita
- Rappresenta un segnale importante di evolutività della neoplasia.
- Gli oppiacei sono i farmaci di scelta

Il rantolo della fase terminale

- Presente pressochè in tutti i pazienti in fase terminale;
- Grave impatto su operatori e familiari;
- Minimo impatto sul paziente;

- Possibile approccio terapeutico:
 - Aspirazione spesso inutile o dannosa;
 - Farmaci anticolinergici (?):
 - scopolamina;
 - ioscina bromuro.

Disidratazione della fase terminale

- Trattare o non trattare la disidratazione?
 - Problema per gli operatori della equipe;
 - Problema per i familiari;
 - Problema per il paziente
 - Il problema della sete;
 - La gestione del cavo orale;
 - Il problema dei farmaci;
 - Il problema delle secrezioni.

Disidratazione della fase terminale

- A favore della astensione:
 - Meno sintomi nella fase del coma;
 - L'idratazione può prolungare la fase agonica;
 - Contrazione della diuresi e cateterizzazione vescicale;
 - Riduzione secrezioni gastrointestinali e nausea/vomito;
 - Riduzione secrezioni respiratorie e rantolo/dispnea;
 - Riduzione di edemi e ascite;
 - Accesso parenterale spesso disagiata per il paziente.

Disidratazione della fase terminale

- A favore del trattamento
 - Evidenza di benessere del paziente in corso di trattamento reidratante;
 - Disidratazione e delirio/stato confusionale;
 - Riduzione del senso della sete e gestione del cavo orale;
 - Minimo impegno assistenziale;
 - Possibilità di approcci terapeutici integrati.

Disidratazione della fase terminale

- Modeste e non univoche evidenze di letteratura.
- Non impatto su sopravvivenza.
- Impatto sulla qualità della vita e sul controllo sintomi (Bruera et al, 2004)
- La gestione del cavo orale: la idratazione è il trattamento più adeguato?
- Disidratazione secondaria: indicazioni al trattamento (sospensione di diuretici...).
- Indicazione al trattamento: valutazione personalizzata.
- Intervento e rapporto coi familiari.

Disidratazione della fase terminale

- Quando trattare:
 - disidratazione → delirio
 - difficoltà cura cavo orale;
 - necessità trattamento parenterale;
 - effetti collaterali da farmaci.
- Come trattare:
 - via orale;
 - ipodermoclisi;
 - via venosa.

Delirio della fase terminale

- Differenze di incidenza in differenti esperienze:
 - Canada: 16%;
 - Italia: 52%;
- Grave impatto su paziente, familiari, operatori;
- “Delirio” secondario o “delirio” primario?

Delirio della fase terminale

- 7 possibili cause di “delirio” secondario:
 - Nuovi farmaci o nuove dosi di farmaci
 - Utilizzo di farmaci psicoattivi
 - Ritenzione acuta d’urina, stipsi ostinata o fecaloma
 - Stato reattivo ad informazioni od eventi
 - Mancata assunzione di farmaci
 - Turbe metaboliche o disidratazione
 - Infezioni

I farmaci per il trattamento del delirio e per la sedazione palliativa

- Farmaci in uso:

- Neurolettici:

- clorpromazina;
- aloperidolo;
- prometazina;

- Benzodiazepine:

- midazolam;
- lorazepam;

- Oppiacei.

- Combinazioni di farmaci:

- aloperidolo/ morfina sc;

- aloperidolo/ midazolam;

- prometazina/morfina

- .

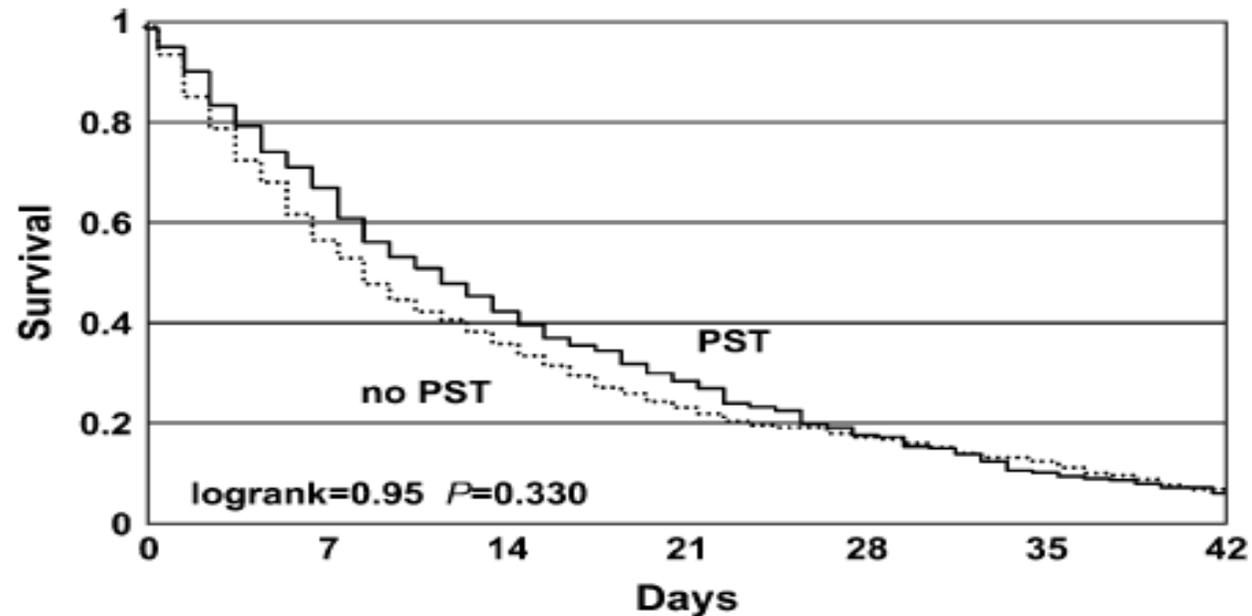
La sedazione palliativa: componenti etiche

- La sedazione farmacologica diminuisce l'attesa di vita del paziente in fase terminale?
- La sedazione farmacologica influisce sulla qualità della vita o sulla qualità della morte del paziente?
- Quale livello di coscienza deve rappresentare l'obiettivo della sedazione terminale?
- Quale paziente o quali condizioni rappresentano l'indicazione alla sedazione terminale?
- Sedazione ↔ Eutanasia ↔ Suicidio Assistito?

La sedazione della fase terminale: componenti etiche

- Sedazione terminale: la centralità del paziente e dei suoi familiari.
- Sedazione come estremo intervento di controllo di sintomi refrattari.
- Sedazione palliativa come atto medico “ordinario” in condizioni cliniche “straordinarie”?
- La teoria del doppio effetto ha un razionale biologico o clinico?
 - osservazioni epidemiologiche;
 - osservazioni cliniche (trattamento sintomi refrattari).

Impatto prognostico della sedazione palliativa nel paziente oncologico



No. pts at risk

PST	267	189	120	79	50	27	18
No PST	251	154	95	60	44	32	17

Figure 1. Kaplan–Meier survival curves for cohort A [palliative sedation therapy (PST)] and cohort B (no PST).

Problematiche psicologiche e sociali della terminalità

- La paura della morte.
- Il lutto anticipato.
- La paura della “macchina organizzativa”.
- La mancanza di riferimenti e di continuità.
- La paura della sofferenza.
- La paura del silenzio o dei “messaggi incompresi”.
- Le problematiche tra familiari e le problematiche sociali.