

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

# **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

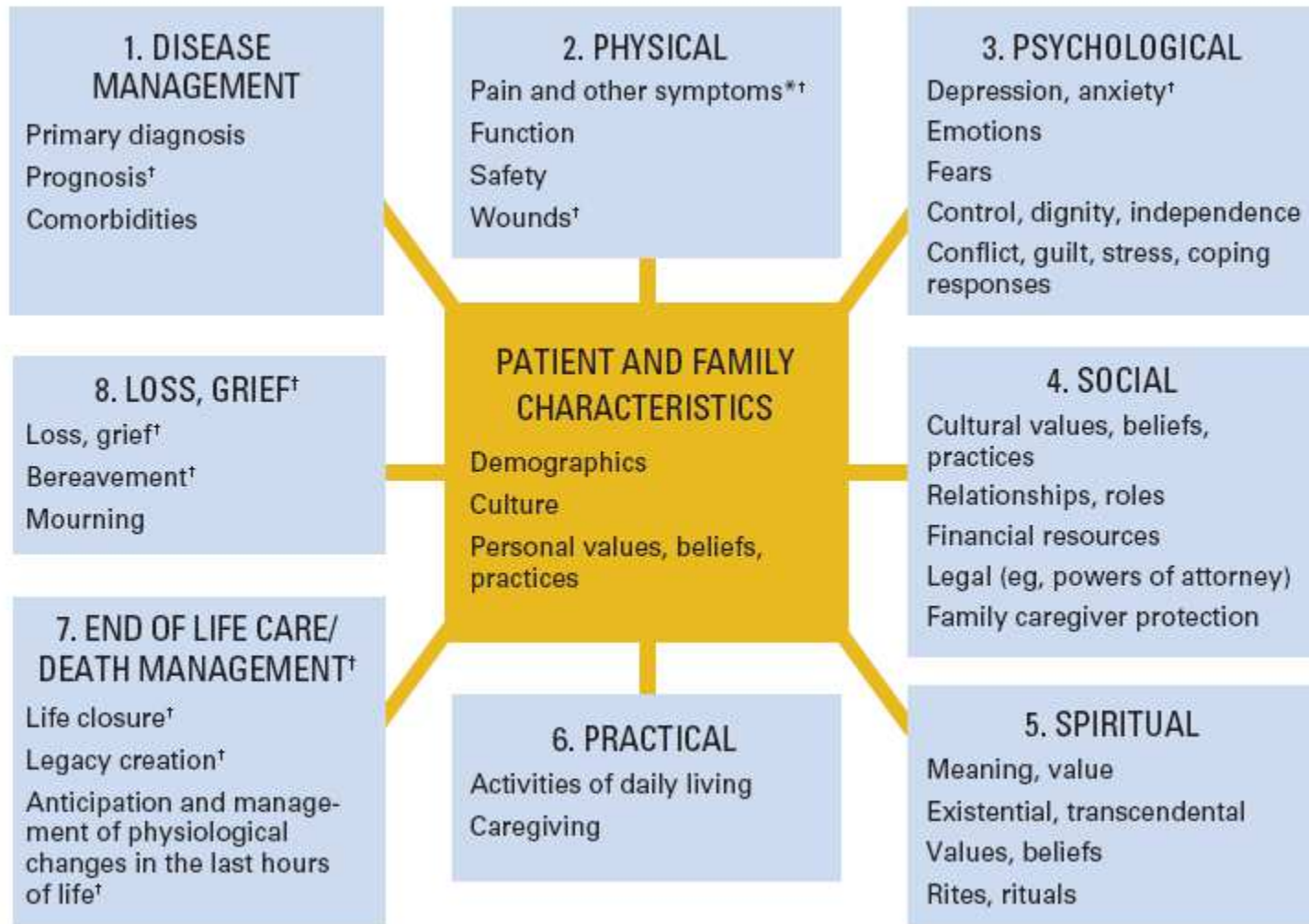
- *“Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione.*
- *Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria.*
- *Le cure palliative 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

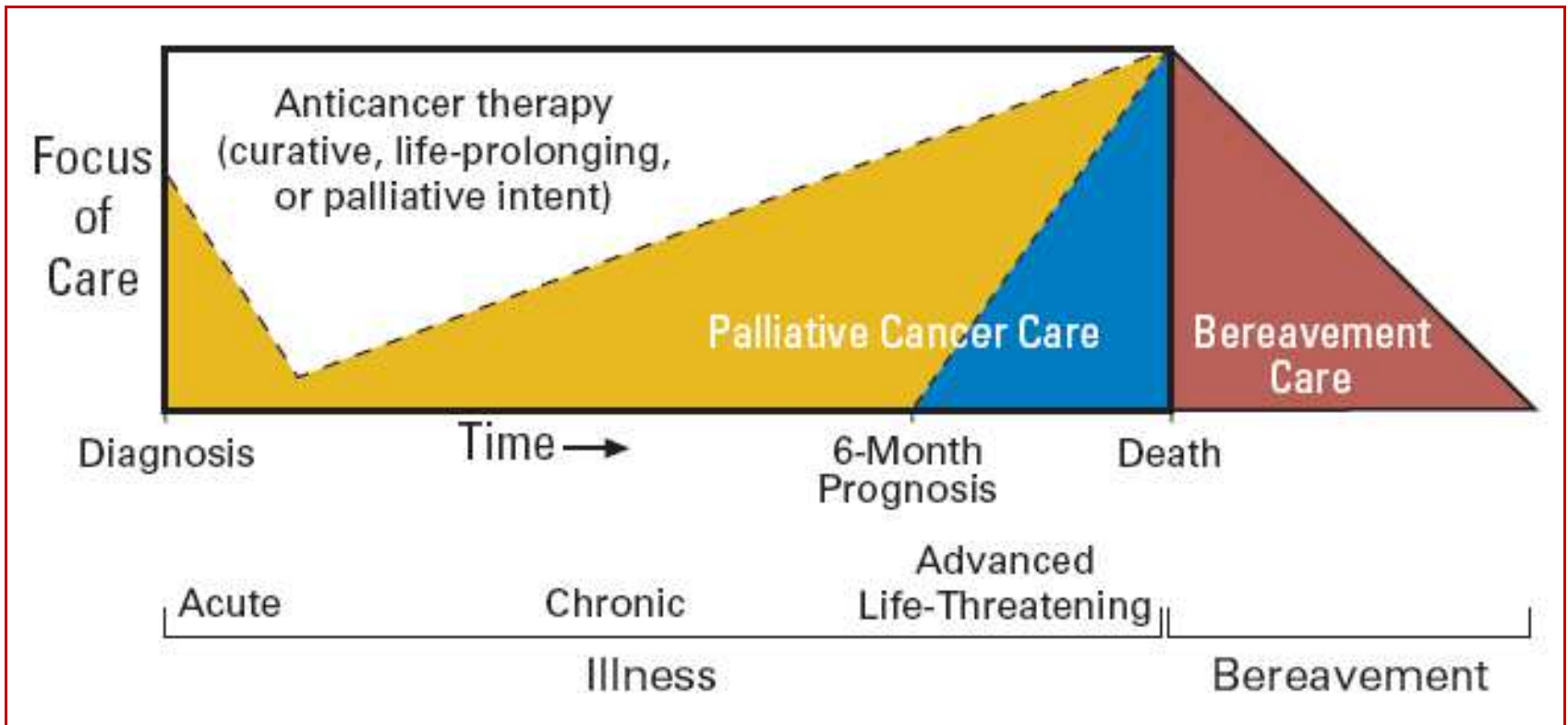
---

- 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**

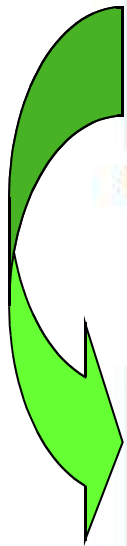
- Quale risultato cerca?
- Quale è l'entità di beneficio che ritiene accettabile?
- Quali sono le sue priorità?

# Cambi di paradigma in oncologia

## Traditional Palliative Care

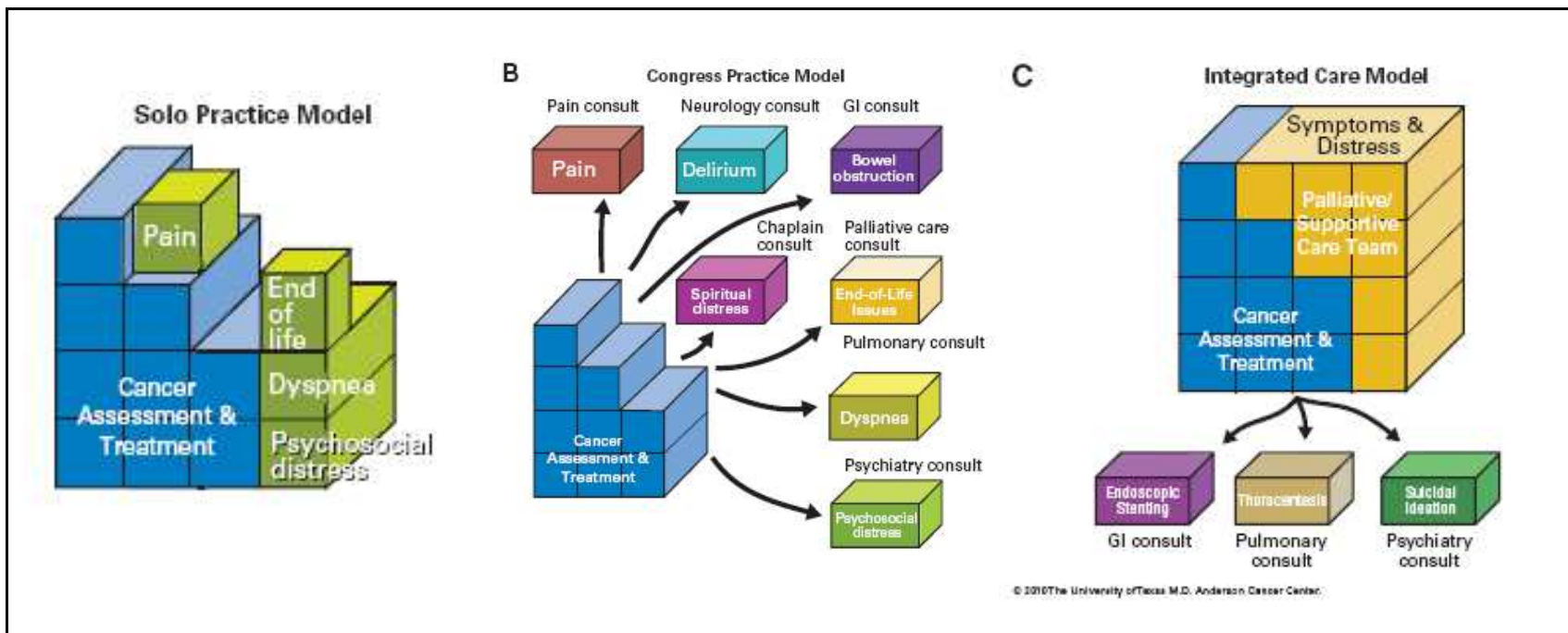


## Early Palliative Care



# 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

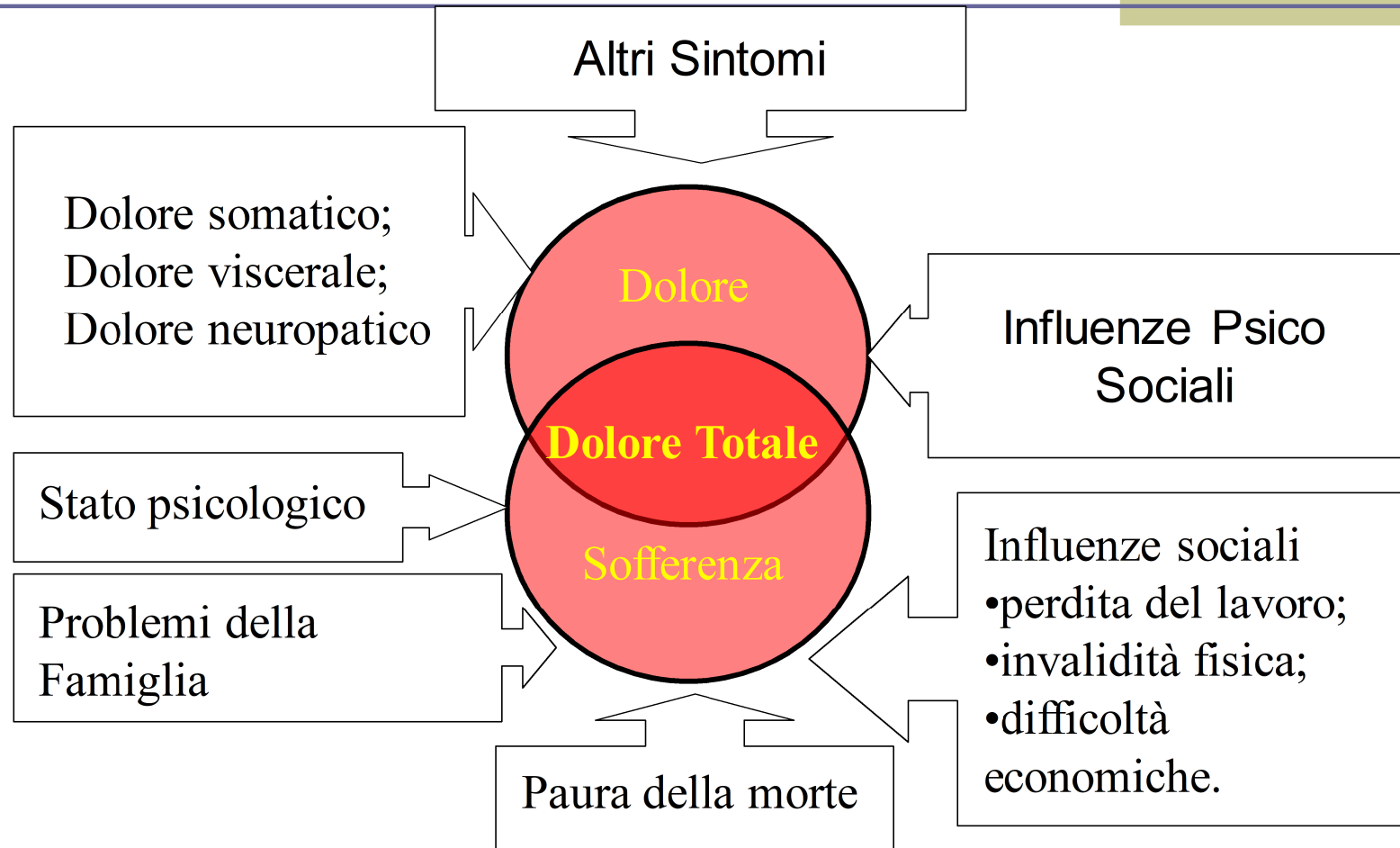
Table 1. Frequency of Common Symptoms in Patients With Advanced Cancer

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

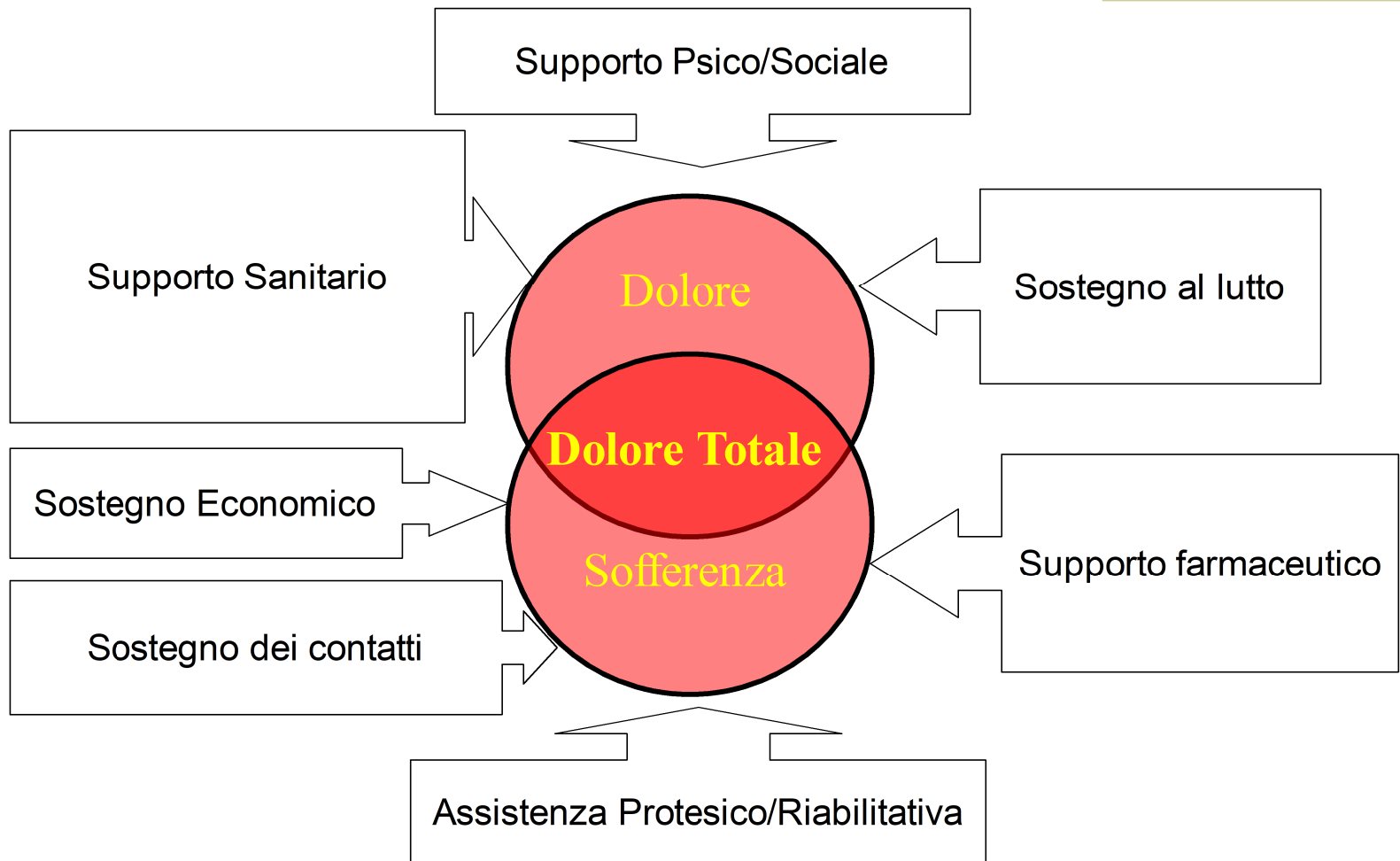
Questi sintomi richiedono una valutazione ed un trattamento personalizzati. Ad essi si accompagnano spesso una riduzione della autosufficienza e problemi psicologici. La **gestione** da parte dei caregivers e dei familiari è **fisicamente ed emotivamente stressante**, richiede educazione e counseling 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 antineoplastici nelle fasi avanzate.
- 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

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

**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

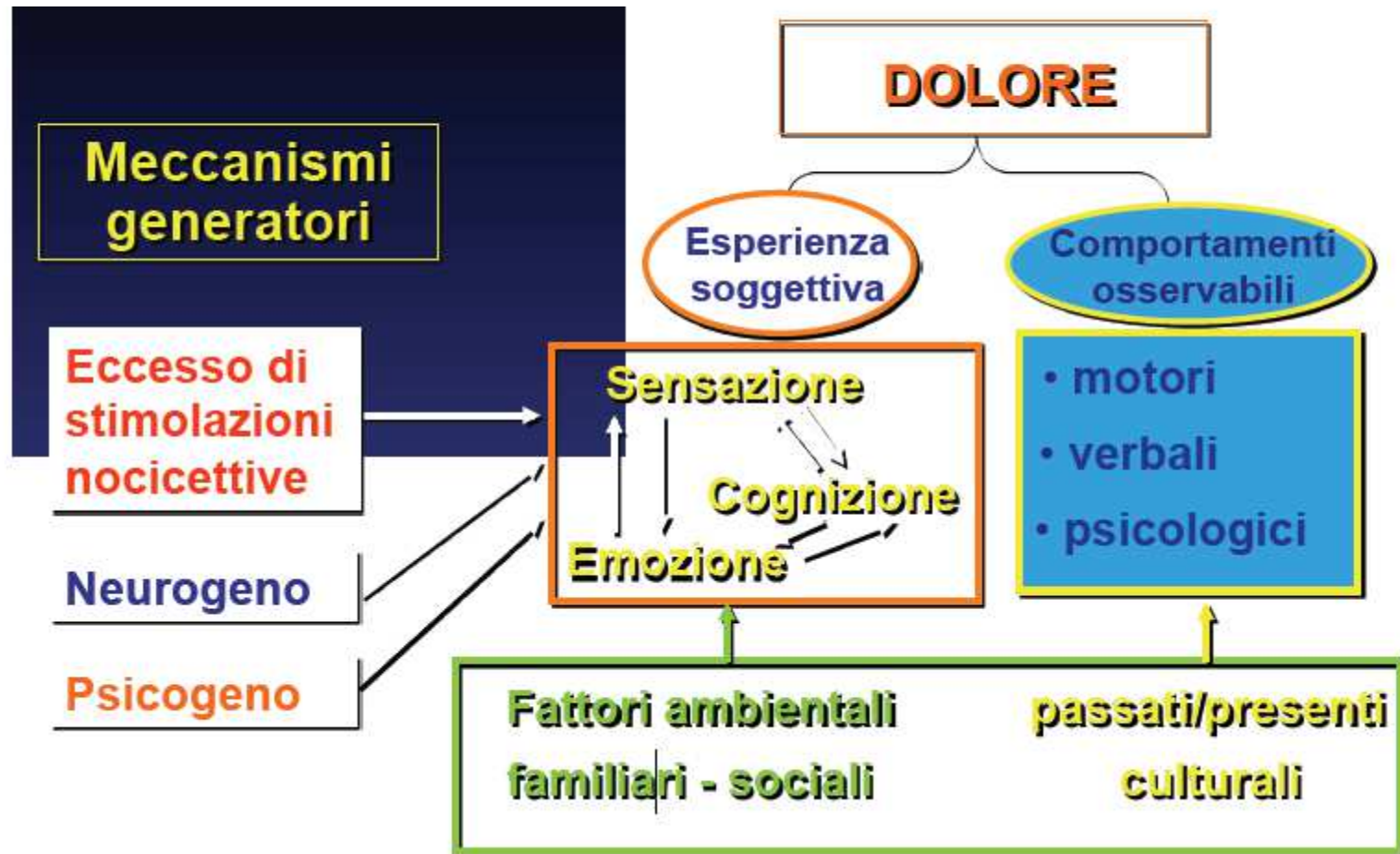
---

**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

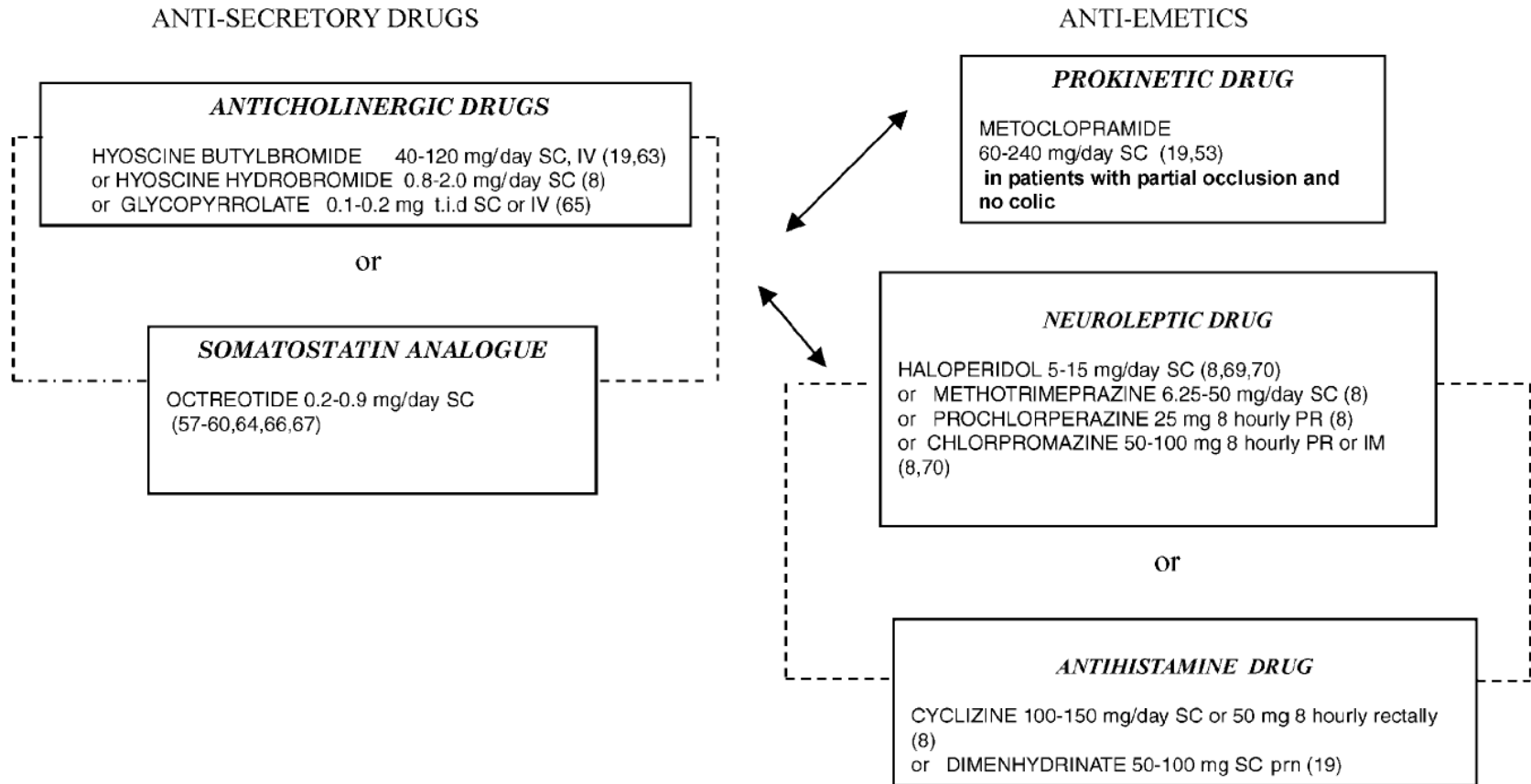
- **Provvedimenti generali:**

- 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.

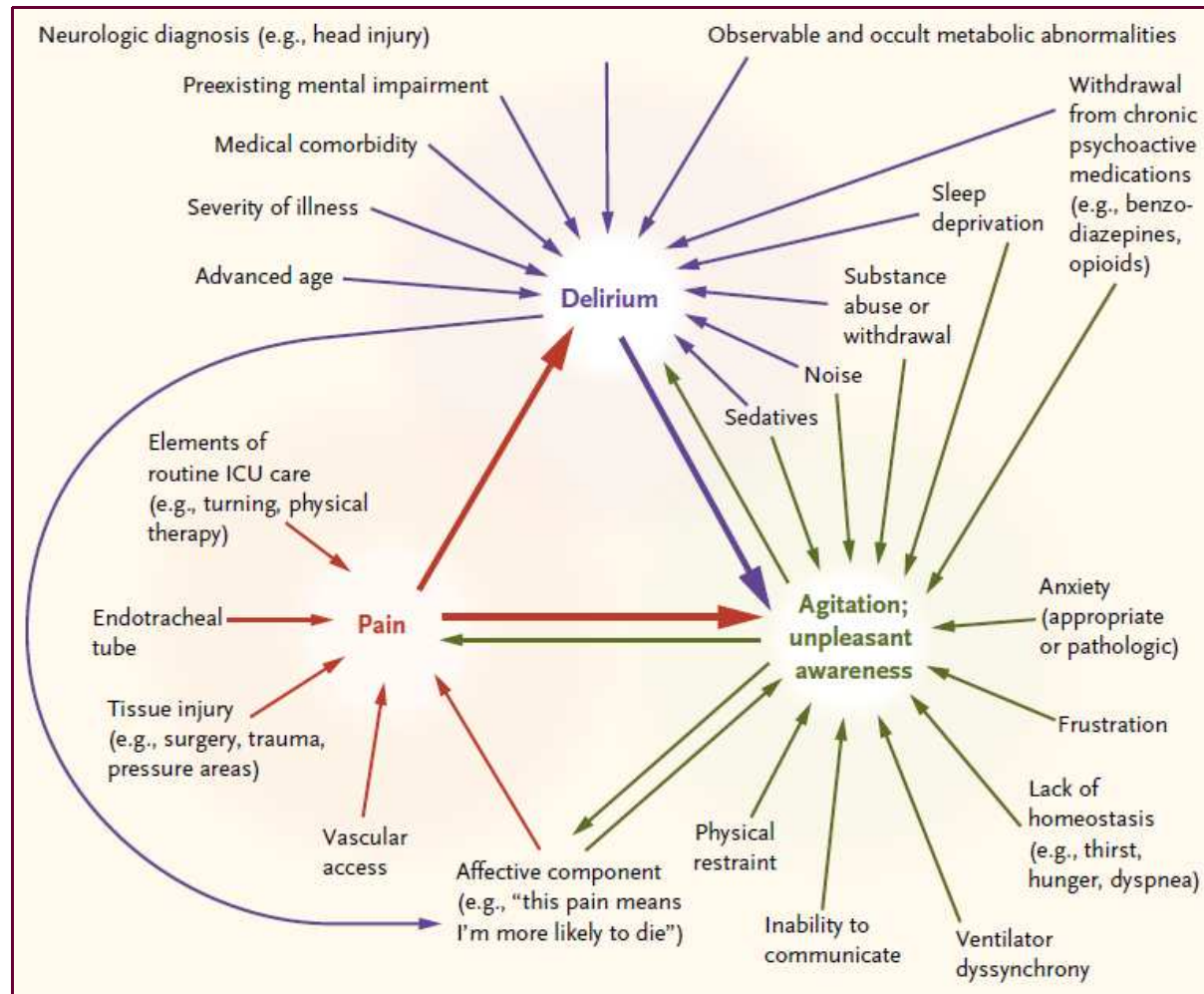
# Delirio della fase terminale

---

- Il delirio è definito come una condizione di severo stato confusionale, con rapido e fluttuante cambiamento delle funzioni cognitive
- Differenze di incidenza in differenti esperienze:
  - Canada: 16%;
  - Italia: 52%;
- Grave impatto su paziente, familiari, operatori;
- “Delirio” secondario o “delirio” primario?



# Complessità del “delirio”



# 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

---

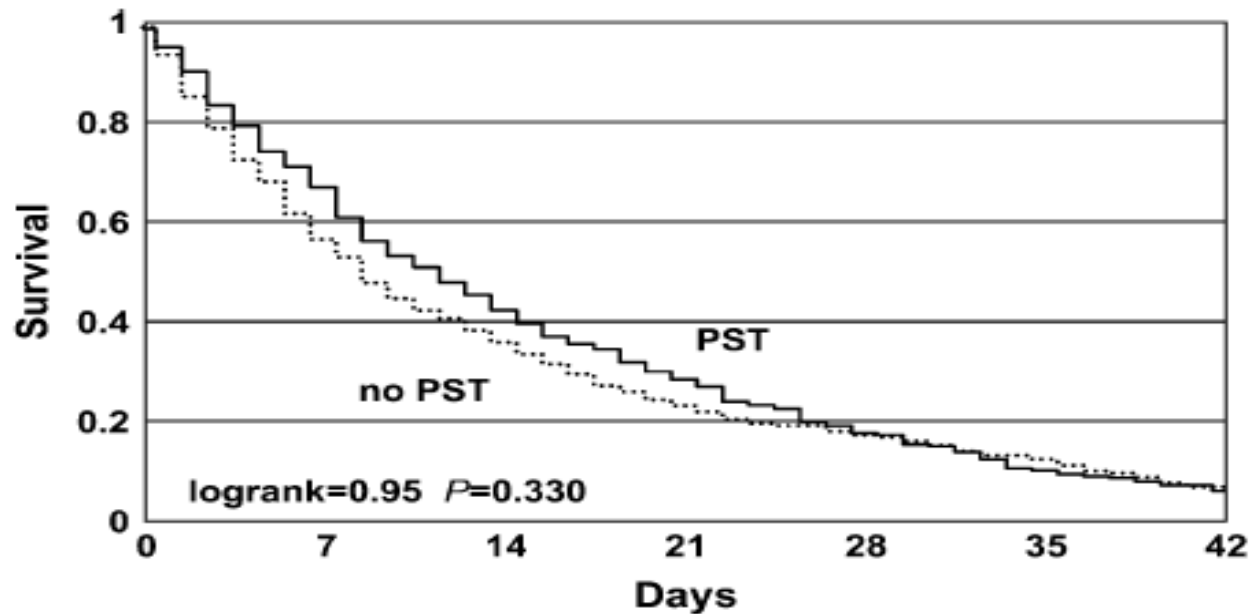
- La sedazione farmacologica diminuisce l'attesa di vita del paziente in fase terminale?
- La sedazione farmacologica influisce sulla qualità della vita o sulla qualità della morte del paziente?
- Quale livello di coscienza deve rappresentare l'obiettivo della sedazione terminale?
- Quale paziente o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