

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

Anno 2017

# Oncologia

**Lezione 4:**

**Evoluzione e Complicanze  
Terapie palliative**

Prof Antonio Frassoldati

# Evoluzione dei tumori

- **Crescita locale**
  - Fase preclinica
  - Fase clinica e/o sintomatica
- **Diffusione locoregionale**
  - Tessuti e/o organi vicini
  - Linfonodi di drenaggio della regione coinvolta
- **Diffusione a distanza**
  - Metastasi in altri organi o tessuti
- Non sempre la evoluzione dei tumori segue questo andamento. La biologia della malattia condiziona in modo specifico la modalità di evoluzione

# Quali problemi possono comparire nel paziente oncologico

- Complicanze legate al tumore primitivo
  - Crescita del tumore all'interno dell'organo in cui si è formato
    - Progressiva perdita di funzione dell'organo
    - Possibile evoluzione acuta se interessa strutture specifiche (es. ilo epatico, bronco principale, ...)
  - Crescita esterna all'organo ed effetti su strutture vascolari/linfatiche, su vie biliari o urinarie, o su organi vicini
    - Sintomo legato alla funzione della struttura compressa o infiltrata (sindrome mediastina per compressione vena cava superiore; insufficienza renale acuta per ostruzione sbocchi ureterali in vescica; ittero ostruttivo per compressione del coledoco; ....)

# Quali problemi possono comparire nel paziente oncologico

- Complicanze legate alla comparsa di metastasi a distanza
  - **complicanze scheletriche**
    - Fratture, compressioni vertebrali
  - **complicanze toraciche**
    - Sindrome mediastinica da metastasi linfonodali mediastiniche
    - Versamenti pleurici o pericardici (tamponamento cardiaco)
    - Insufficienza respiratoria da metastasi polmonari o ostruzioni vie aeree
  - **Complicanze addominali e pelviche**
    - Occlusioni addominali
    - Carcinosi peritoneale
    - Ostruzioni albero biliare
    - Ostruzione vie urinarie
  - **Complicanze neurologiche**
    - Ipertensione endocranica
    - Meningosi neoplastica

# Quali problemi possono comparire nel paziente oncologico

- Complicanze legate alla produzione diretta o indiretta di sostanze
  - Produzione di **sostanze ormonali** (*s. cushing, s. zollinger ellison, SIADH*)
  - Induzione di sindromi non direttamente correlate alla massa per **reazioni immuni** (*sindromi paraneoplastiche*)
  - Effetti complessivi sull'organismo del paziente per **produzione citochine** (*cachessia neoplastica*)

# Quali problemi possono comparire nel paziente oncologico

- Complicanze legate ai trattamenti (iatrogene)
  - **Chirurgiche** (*deficit fonatori o del transito alimentare; deficit respiratori; insufficienza d'organo; infezioni ed ascessi; fistole; ....*)
  - **Radioterapiche** (*fibrosi, fistole, deficit neurologici e vascolari, linfedemi*)
  - **Farmacologiche** (vedi lezione 3)
- Complicanze favorite dai trattamenti
  - Infezioni
  - Alterazioni metaboliche (diabete, dislipidemie, alterazioni elettrolitiche, turbe endocrine)

# Riconoscere i sintomi iniziali delle possibili complicanze

- Il riconoscimento precoce dei sintomi di possibili complicanze permette di evitare o limitare i danni secondari
  - Attenzione al sintomo ed ai segni clinici
  - Valutare la evoluzione del sintomo
  - Conoscere la condizione del paziente, la storia naturale del tumore, le possibili complicanze delle terapie
  - Valutare possibili diagnosi differenziali
  - Eseguire indagini per la precisazione diagnostica
  - Effettuare trattamenti proattivi della possibile complicanza
  - Effettuare la terapia specifica per la complicanza

# Sintomi principali di possibile peggioramento di un tumore

- **Dispnea** (*vedi lez 3*)
- **Vomito** (*rapporti con i pasti, tipo di materiale emesso, caratteristiche di presentazione [es “a getto”] – ostruzioni, ulcere, farmaci*)
- **Alterazioni dell'alvo** (*dolori associati, stato dell'addome, modalità di comparsa, vomito associato, gas, caratteri feci – occlusione, carcinosi peritoneale, infezioni, farmaci*)
- **Alterazioni della diuresi** (*poliuria, pollachiuria, nicturia, stranguria, oliguria, dolore – IRA, ostruzioni, infezioni, farmaci*)
- **Dolore** (*caratteri, sede, intensità, irradiazione, insorgenza, risoluzione – metastasi ossee, fratture, compressioni o invasione pleurica o peritoneale-pelvica, ...*)



# Sintomi principali di possibile peggioramento di un tumore

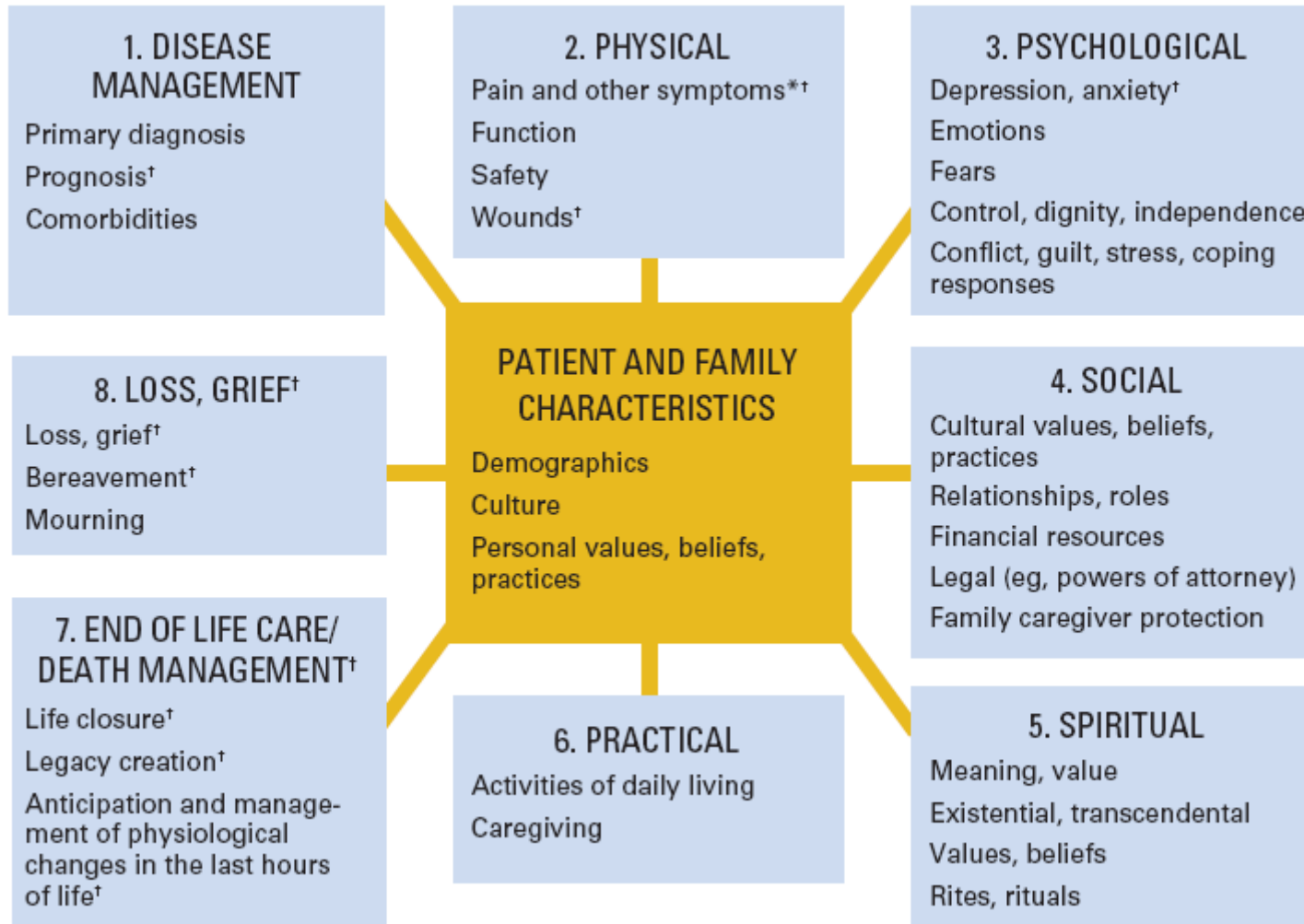
- **Astenia e fatigue** (*anemia, cardiopatia, metastasi viscerali*)
- **Anoressia** (*totale o parziale, sintomi associati orali o GI - metastasi viscerali, mucosite, cachessia, s. depressiva, ulcera gastrica, infezioni*)
- **Febbre** (*modalità insorgenza, brivido, frequenza giornaliera, risoluzione – metastasi epatiche o midollari, infezioni, farmaci*)
- **Cefalea** (*sede, insorgenza, intensità, aura, sintomi associati – metastasi snc, meningosi, fenomeni vascolari, farmaci, infezioni, ...*)
- **Stato cognitivo** (*orientamento spazio-tempo, allucinazioni, anomalie, parafasie, sonnolenza o letargia – metastasi snc, ipercalcemia, insuff epatica, IRA, infezioni, delirium...*)

# Terapie palliative

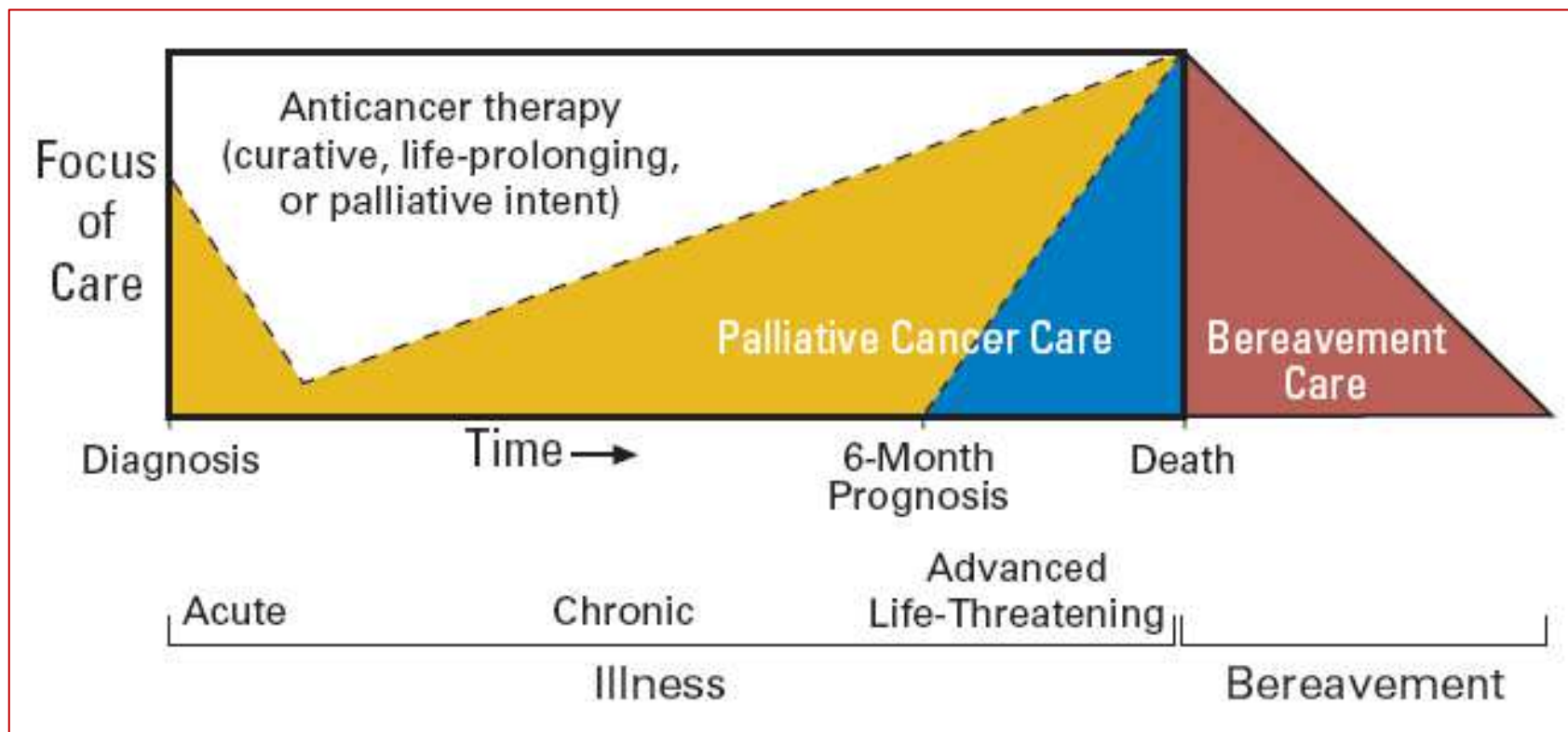
## Definizione di Cure Palliative Società Europea Cure Palliative

- *“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>

# Le necessità dei pazienti



# Ruolo potenziale delle terapie palliative nel tragitto di malattia



# Le Barriere

## □ Per medici ed infermieri

□ 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).

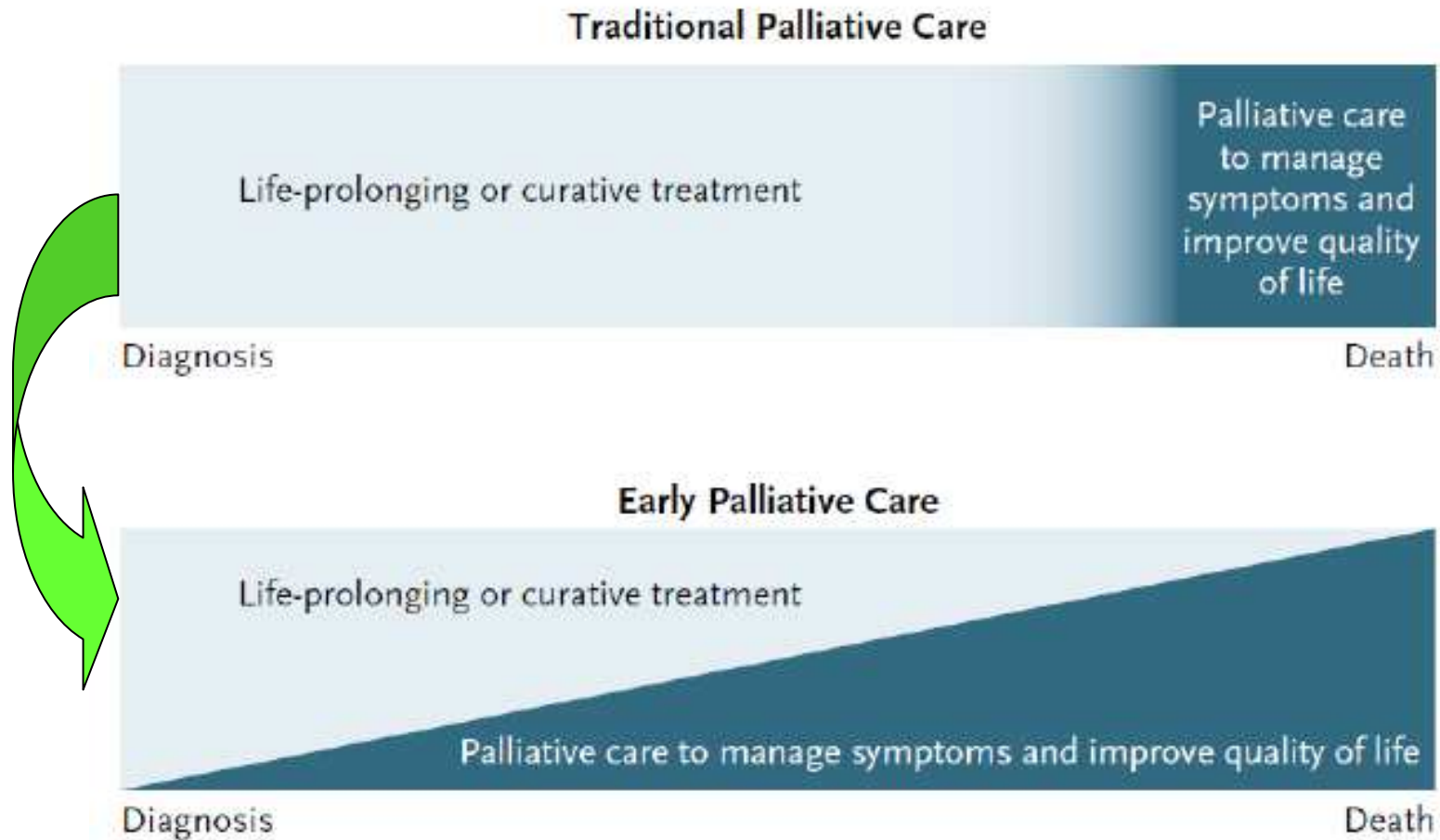


# Spostare il centro dell'attenzione

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

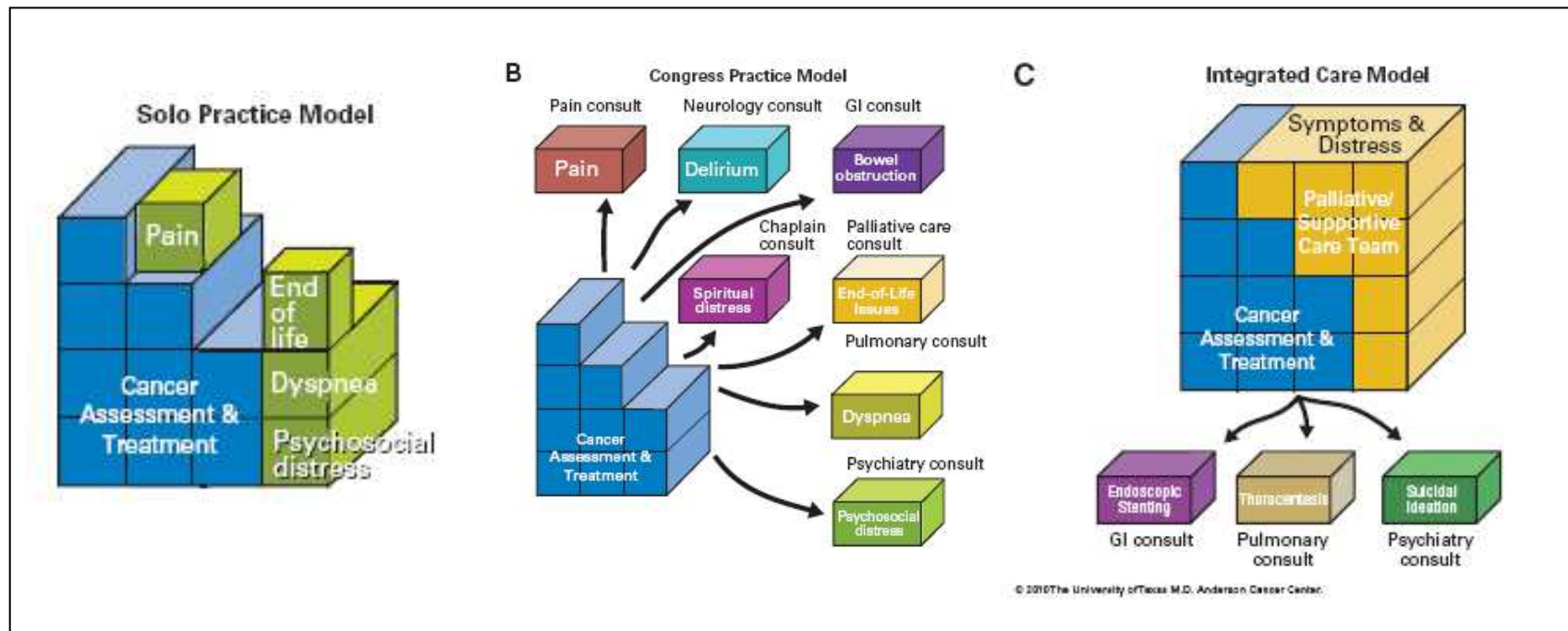
- Quale risultato cerca?
- Quale è l'entità di beneficio che ritiene accettabile?
- Quali sono le sue priorità?

# 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

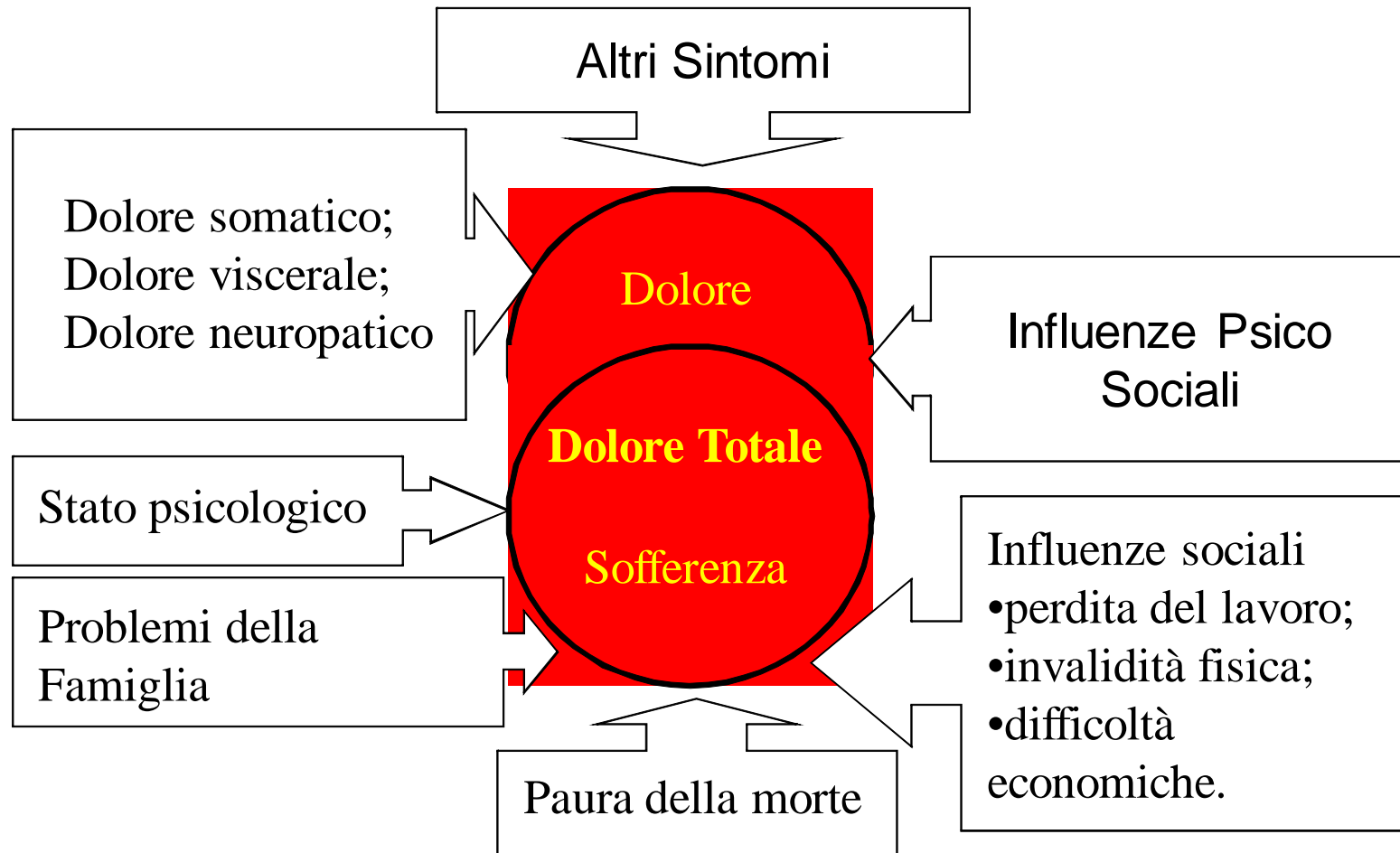
- Le fasi avanzate della malattia neoplastica sono caratterizzate da numerosi sintomi capaci di influenzare la qualità della vita residua del paziente così come la qualità del suo morire.
- Le componenti responsabili dei sintomi della malattia neoplastica avanzata sono diverse:
  - Estensione e/o comportamento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

# I sintomi più comuni nella malattia avanzata

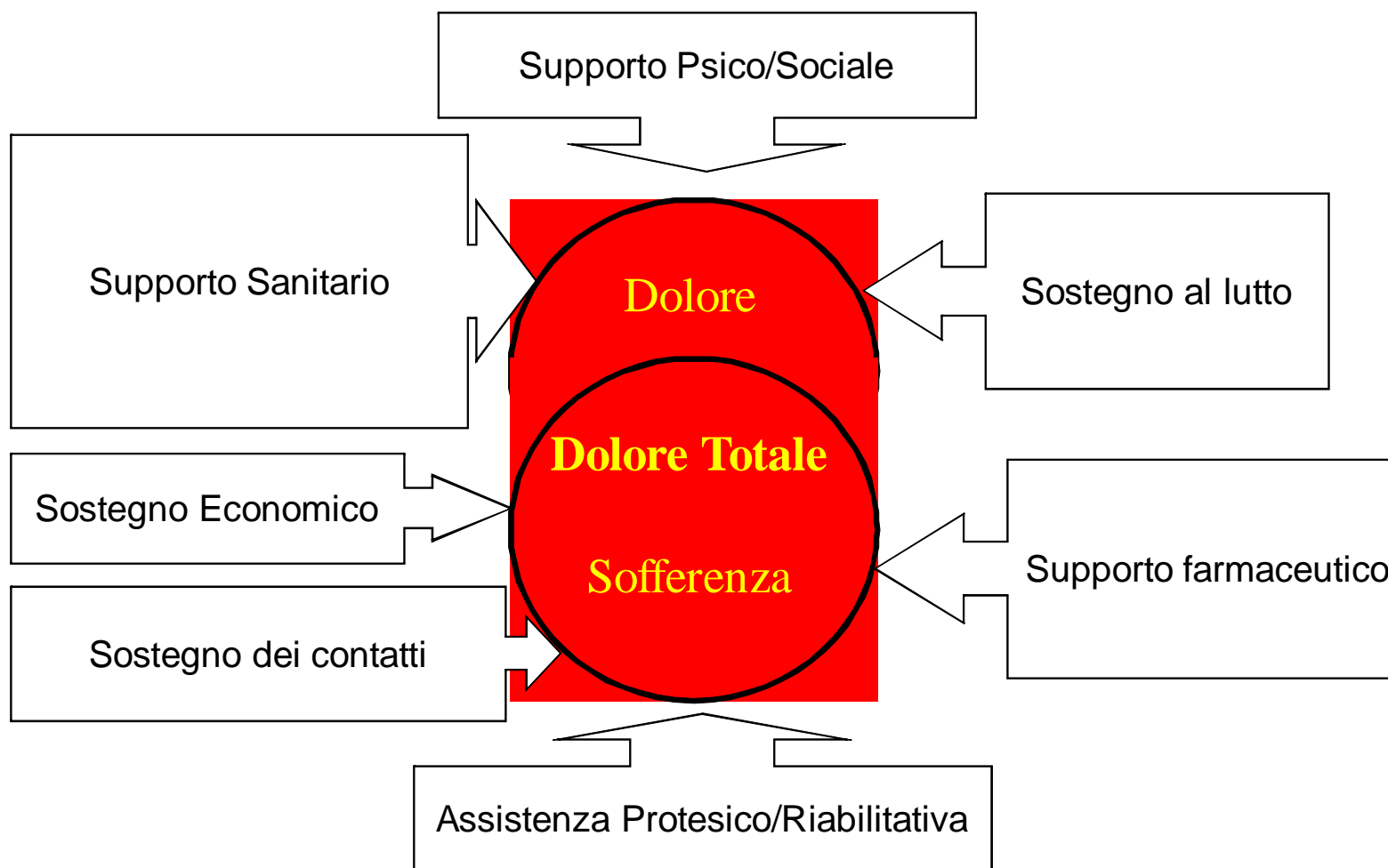
Symptom	Frequency (%)
Anorexia	30-92
Pain	35-96
Fatigue	32-90
Dyspnea	10-70
Delirium	6-93
Depression	3-77

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



# 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.



# 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 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.

## 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

- 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?

# 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).

## **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.