

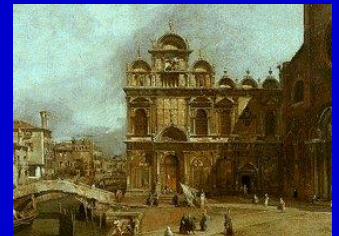
Convegno “La persona al centro della cura”
Ospedale S Raffaele Arcangelo Fatebenefratelli
Venezia, 15-5-2015

Cure palliative non oncologiche Quali possibilità in una unità operativa per acuti

Andrea Bonanome

UOC Medicina Interna

Ospedale SS. Giovanni e Paolo
Venezia



Patologie che potenzialmente necessitano di cure palliative in pazienti ricoverati in Medicina Interna

- Neoplasie
- Scompenso Cardiaco
- BPCO nelle sue fasi terminali
- Cirrosi epatica
- Occlusione intestinale non operabile
- Quadri pluripatologici gravi
- Decadimento cognitivo

CARATTERISTICHE DI BASE DEI PAZIENTI

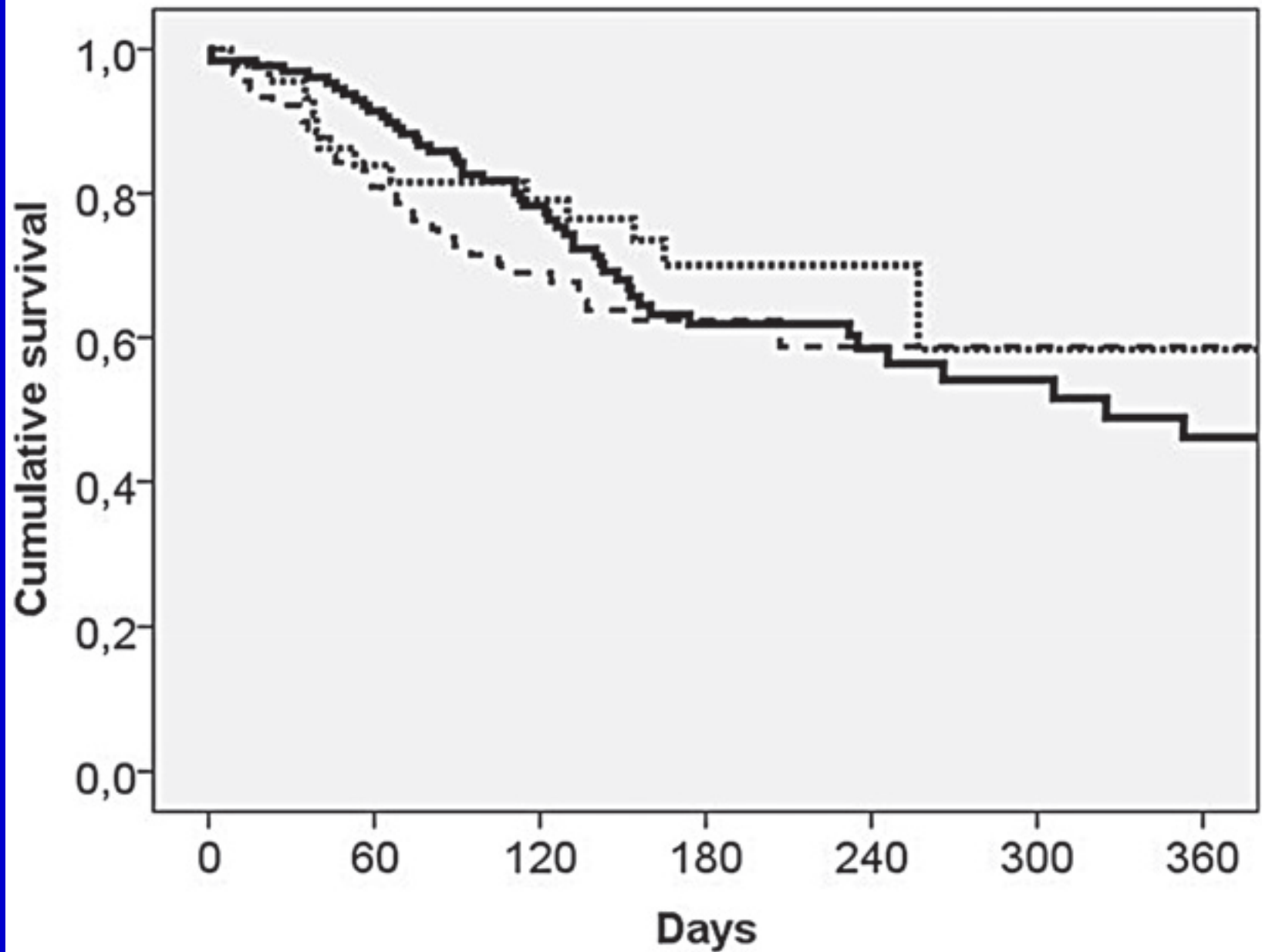
	Medicine (n. 1338)	Cardiologie (n. 789)	p
Età media (mean±SD)	76±10	70±12	<.0001
>70 anni	76.2%	56.3%	<.0001
Donne	52.1%	38.4%	<.0001
≥1 ricovero nell'anno precedente	42.8%	44.7%	NS

IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO IN MEDICINA INTERNA

TEMISTOCLE
 heart failure epidemiological Study FADOI-ANMCO in Italian people

Caratteristiche cliniche dei pazienti

	Medicina n = 1.338	Cardiologia n = 789	p
Comorbilità'	73.6%	64.5%	< 0.0001
COPD	44.5%	35.7%	< 0.0001
Diabete	29.1%	27.1%	ns
Disf. renale	7.2%	10.5%	0.0269
Anemia	15.2%	11.7%	0.0236
M. tiroide	6.0%	7.0%	ns



Sintomi che più frequentemente necessitano di palliazione

- Dolore
- Dispnea
- Astenia
- Anoressia
- Costipazione
- Nausea, vomito
- Angoscia, ansia, depressione
- Confusione, Irrequietezza, delirio

Sintomi comuni a varie patologie in fase terminale (> 50% dei pazienti esaminati)

- **Astenia**: neoplasie, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale terminale, AIDS, sclerosi multipla
- **Anoressia**: neoplasie, BPCO, insufficienza renale terminale, AIDS
- **Dolore**: neoplasie, BPCO, insufficienza renale terminale, AIDS, m. di Parkinson, sclerosi multipla
- **Dispnea**: BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale terminale, AIDS
- **Insonnia**: BPCO, AIDS, m. di Parkinson

CURE DI FINE VITA

- Non esiste test diagnostico che permetta di formulare con certezza la diagnosi di fine vita ma, per riconoscerla, è innanzitutto importante prenderla in considerazione.
- Il riconoscimento della possibilità che il paziente stia percorrendo una traiettoria di fine vita richiede un cambio di approccio da parte del medico e dello staff sanitario, focalizzato sui mutati bisogni di cura del paziente.
- Questo piano di cura dovrebbe essere costantemente aggiornato mediante un attento monitoraggio della sofferenza indotta dai sintomi, allo scopo di fornire risposte tempestive e appropriate.

DOLORE

- Riportato come sintomo prevalente nella maggior parte dei pazienti con malattia avanzata:
 - 35-96 % dei pazienti oncologici
 - 63-80% dei pazienti con AIDS
 - 41-77% dei pazienti con patologie cardiovascolari
 - 34-77% dei pazienti con BPCO
 - 47-50% dei pazienti con malattie renali croniche ¹
- Dolore non controllato presente nel 25-40% dei pazienti alla fine della vita, anche pochi giorni prima di morire ²

¹ Solano JP, et al. J Pain Symptom Manage 2006

² Shalini D, et al, Care Clin Office Pract. 2011

VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLE FASI FINALI DELLA VITA

- Interrogazione quotidiana relativa all'intensità e caratteristiche del dolore (scala VAS)
- Decadimento cognitivo legato a fasi molto avanzate della malattia può rendere difficile la valutazione del dolore, particolarmente nelle fasi di fine vita
- Necessaria particolare attenzione al “linguaggio del corpo”: respiro, espressioni del volto, vocalizzazioni

PAINAID scale

(Pain Assessment in Advanced Dementia)

- *Espressioni facciali*: mimica sofferente
- *Cambiamento di umore*: lamentosità, pianto, ansia, irrequietezza, irritabilità, isolamento, ridotta comunicazione, insonnia
- *Confusione mentale*: disorientamento, inattenzione
- *Peggioramento funzionale*: rigidità muscolare, rifiuto al movimento, allettamento, inappetenza
- *Turbe neurovegetative*: pallore cutaneo, sudorazione, nausea, vomito
- Score per ogni item da 0 a 2 e punteggio totale da 0 a 10

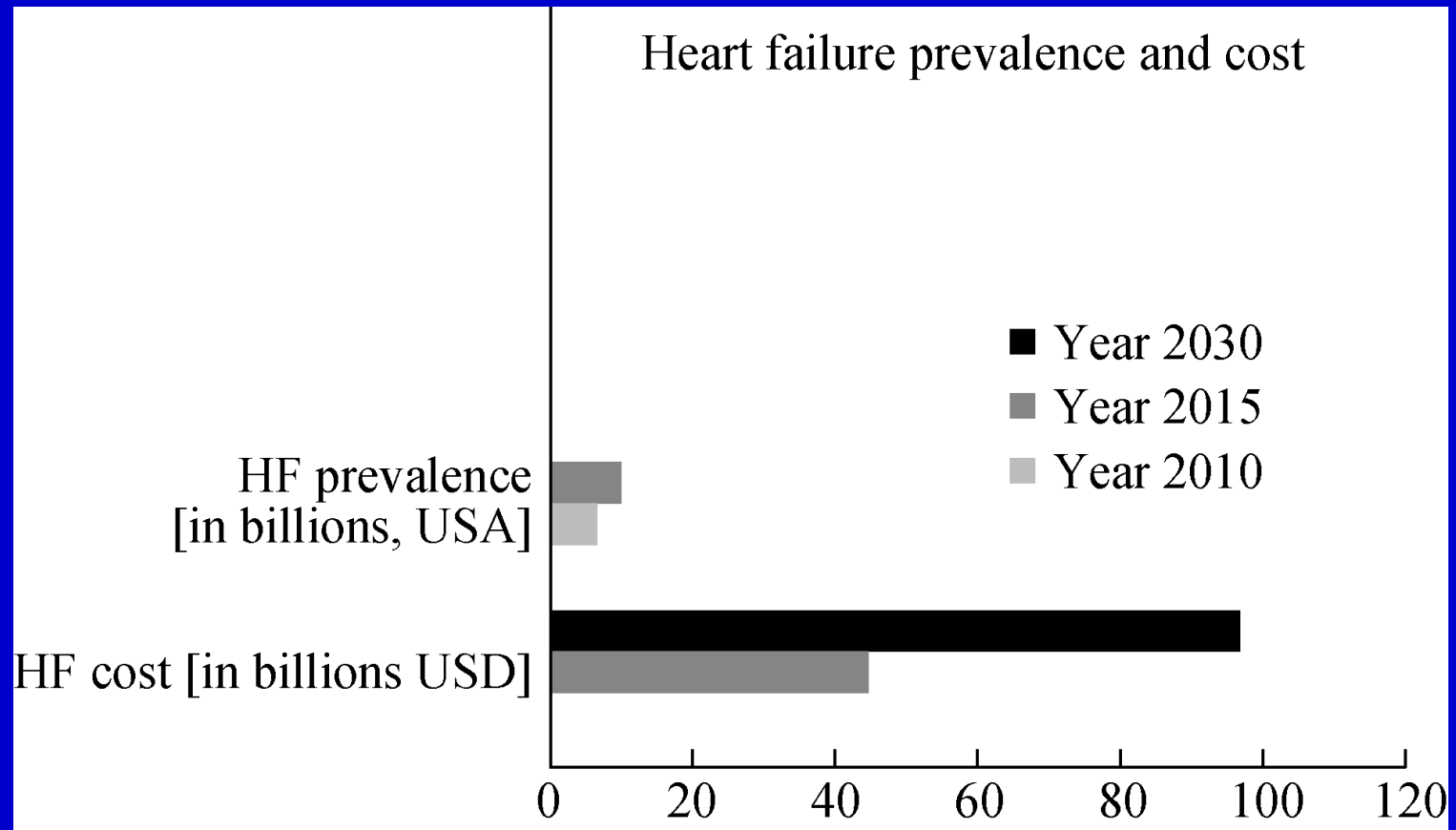
SEDAZIONE PALLIATIVA

- Riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in atto i mezzi più adeguati per il controllo dello stesso, che risulta pertanto refrattario
- Proporzionalità della sedazione rispetto al controllo del sintomo
- Deve avvenire in presenza di indicazioni corrette e di un processo decisionale che preveda, se possibile, una pianificazione dell'intervento concordata con il paziente prima che se ne manifesti l'esigenza
- Importanza del coinvolgimento dei familiari

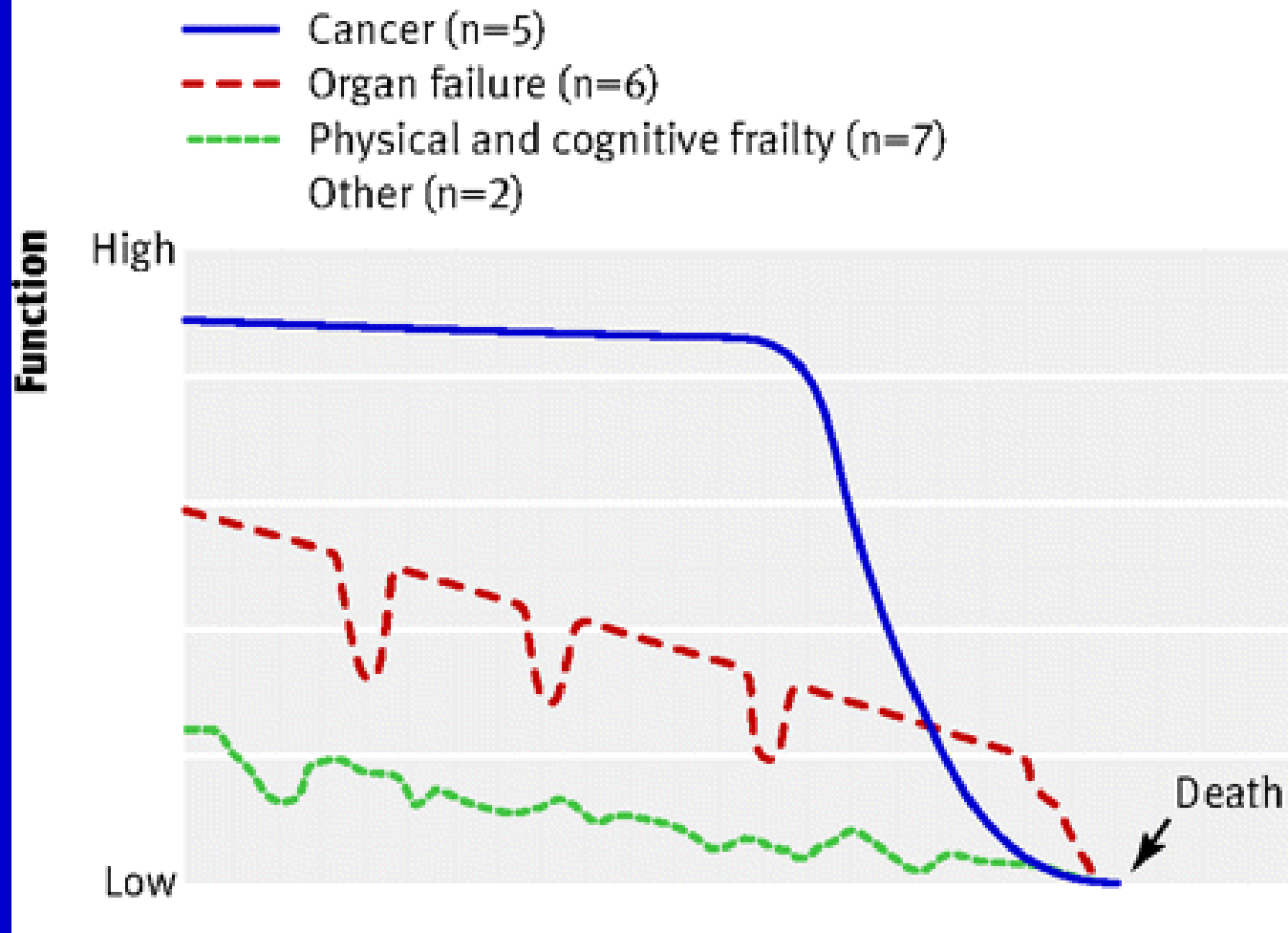
SEDAZIONE PALLIATIVA

Morfina 30 mg + Midazolam 15 mg, in
pompa siringa portata a 50 mL con sl.
fisiologica:

Infusione iniziale a 2.1 mL/h



Number of deaths in each trajectory, out of the average 20 deaths each year per UK general practice list of 2000 patients



SCOMPENSO CARDIACO

Problematiche di palliazione

- Incidenza e prevalenza elevate, soprattutto nella popolazione > 65 aa (principale causa di ospedalizzazione, con mortalità 30% dalla prima osp.).
- Molti pazienti/familiari hanno un'erronea percezione della grave prognosi dello scompenso c., soprattutto se confrontato con le neoplasie.
- Decorso clinico dello scompenso c. spesso imprevedibile, ma la sua prognosi è peggiore di molte neoplasie.
- In Canada, 25 % delle morti è imputabile a neoplasie e il 30% a scompenso cardiaco. Tuttavia, mentre il 90% dei pazienti neoplastici terminali riceve cure palliative, ciò avviene per una percentuale molto minore di pazienti con scompenso cardiaco

SCOMPENSO CARDIACO

Problematiche di palliazione

- Pazienti con classe NYHA II a rischio più elevato per morte improvvisa, mentre classe IV mortalità 75% a un anno, con elevata probabilità di peggioramento progressivo (dispnea, astenia, ipotensione, ipomobilità, peggiore qualità di vita)
- Frequenti difficoltà di comunicazione con il paziente e familiari in merito alla prognosi dello scompenso ed eventuali decisioni di fine vita
- Pazienti e familiari spesso non percepiscono l'imminenza di una evoluzione fatale dello scompenso
- Difficoltà nelle eventuali decisioni di fine vita (rianimazione, disattivazione di ICD)

BPCO

Problematiche di palliazione

- Cause di morte: insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco, infezioni polmonari, embolia polmonare, aritmie, neoplasia polmonare
- Difficoltosa accuratezza prognostica

Bode index					
Variabile	0	1	2	3	
FEV1	➤65	50-64	36-49	< 35	
Distanza camminata in 6 min	➤350	250-	150-	< 140	
BODE index e mortalità stimata (%)					
MMRC dyspnea scale	0	BODE score	12 mesi	24 mesi	19 mesi
BMI	➤	0-2	2	6	19
		3-4	2	8	32
		4-6	2	14	40
		7-10	5	31	80

BPCO

Problematiche di palliazione

- Sintomi: dispnea, (94%), anoressia (67%), astenia (71%), tosse (56%), ansia (51%), ottundimento (47%, irritabilità (42%), dolore (41%)

Ottimizzare
terapia con
broncodilatatori,
O₂



Misure non
farmacologiche,
umidificazione
labbra,
rilassamento



Palliazione
farmacologica:
oppioidi,
ansiolitici

- NIV
- Intubazione (indicazioni: pH < 7.25, ipercapnia, RR > 35/min, ipossiemia grave, fallimento NIV)

CPAP



BPAP



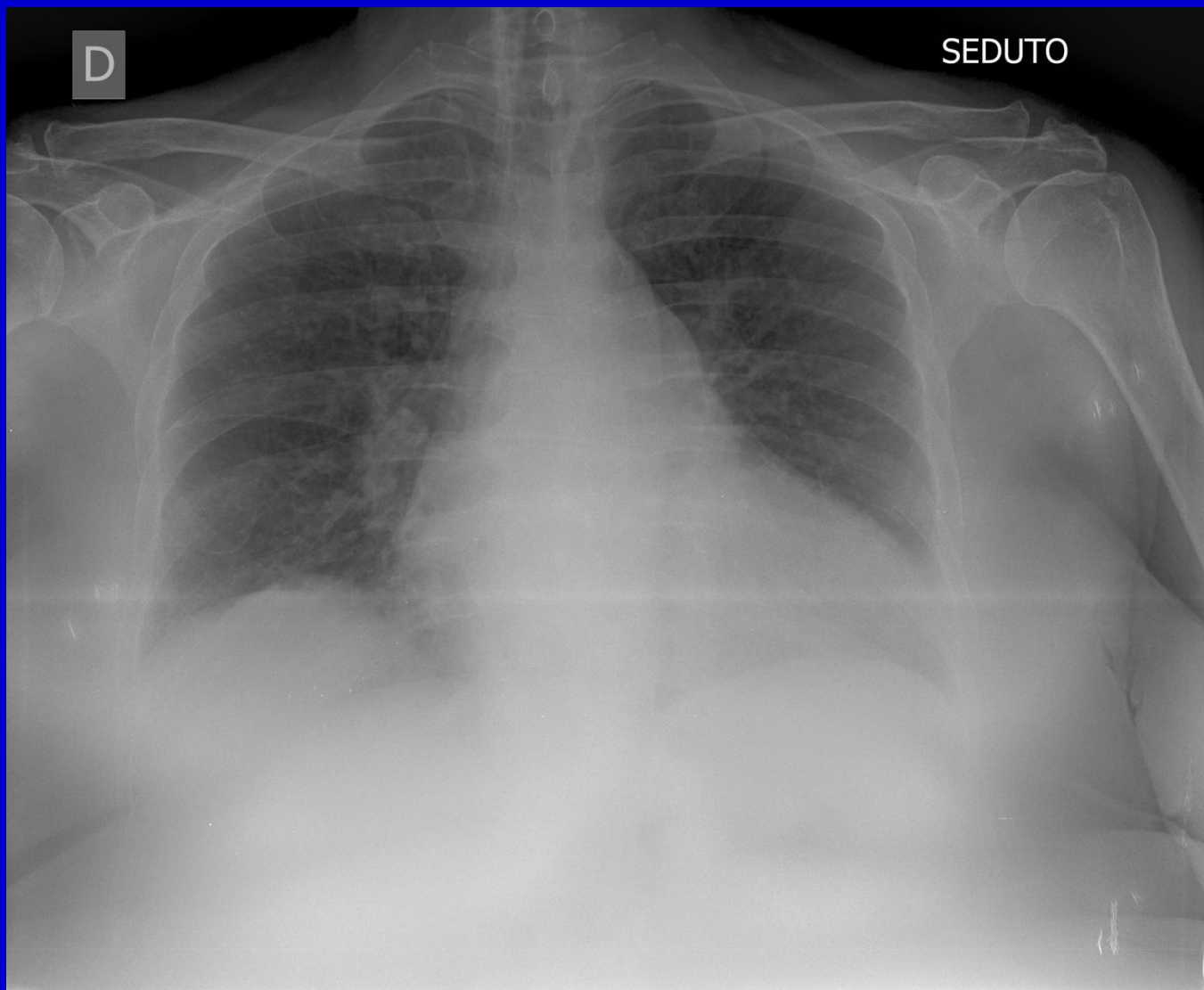
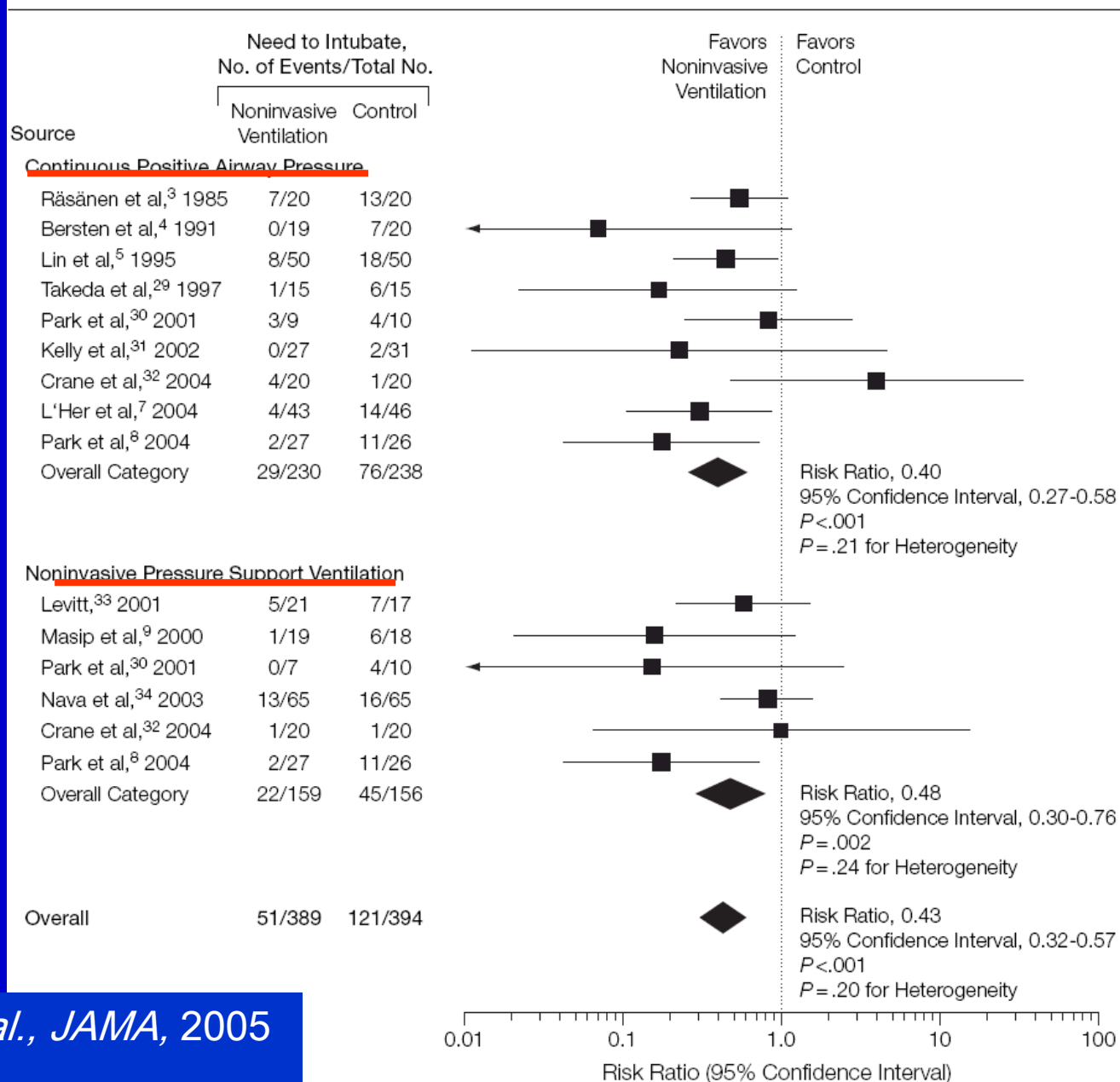
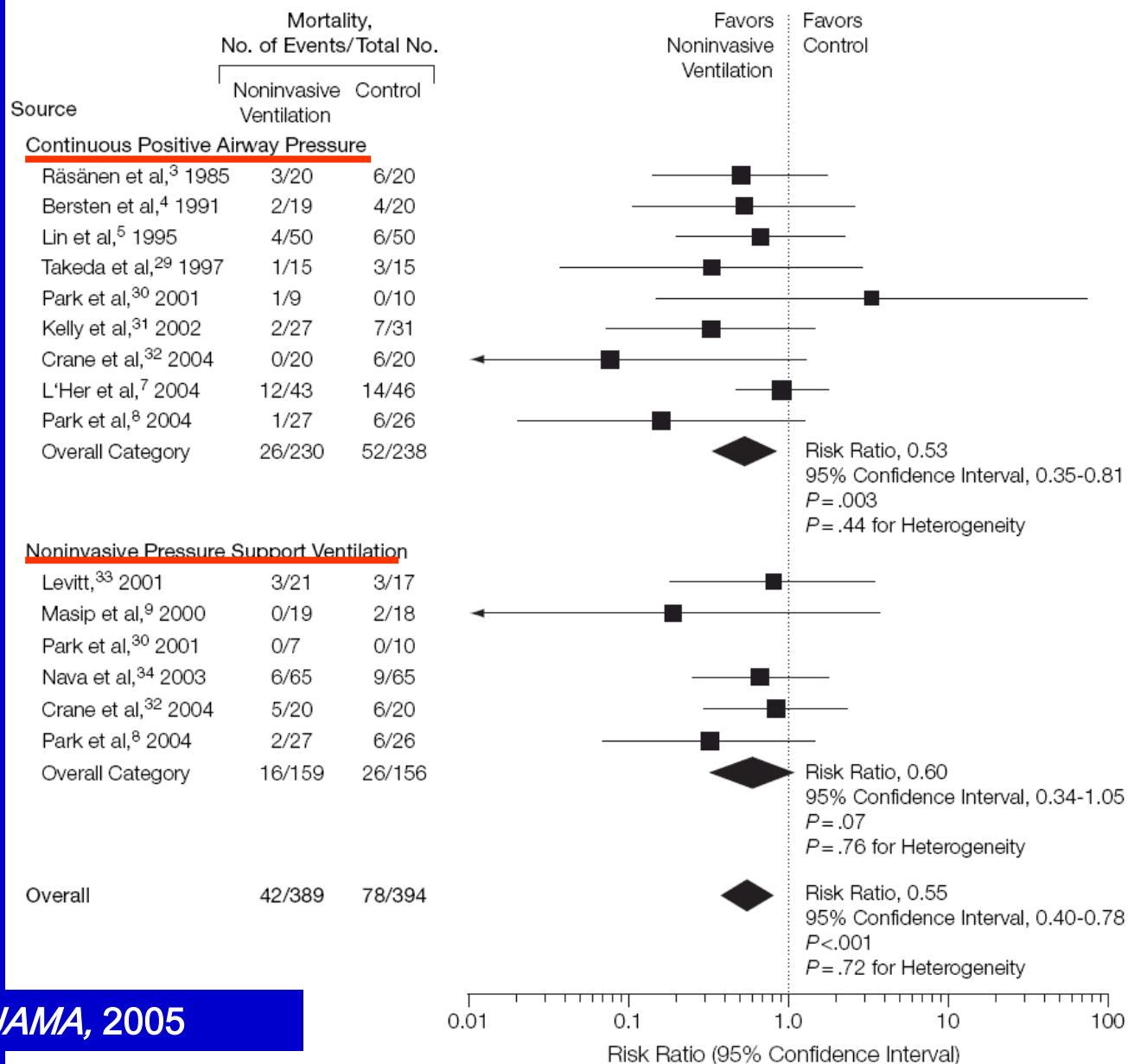


Figure 3. Effects of Noninvasive Ventilation on Need to Intubate



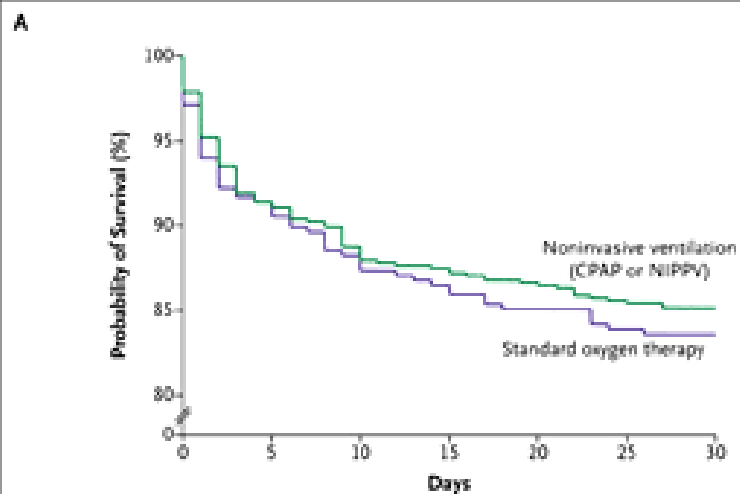
Masip et al., JAMA, 2005

Figure 2. Effects of Noninvasive Ventilation on Death

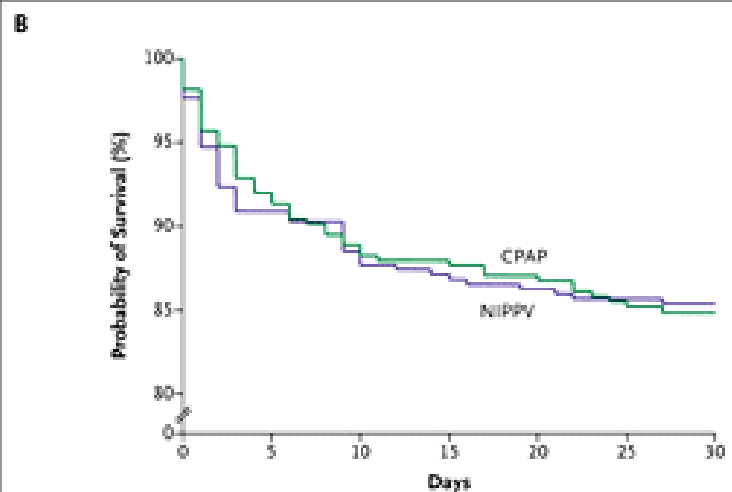


Masip et al., JAMA, 2005

Data markers are proportional to the amount of data contributed by each trial.

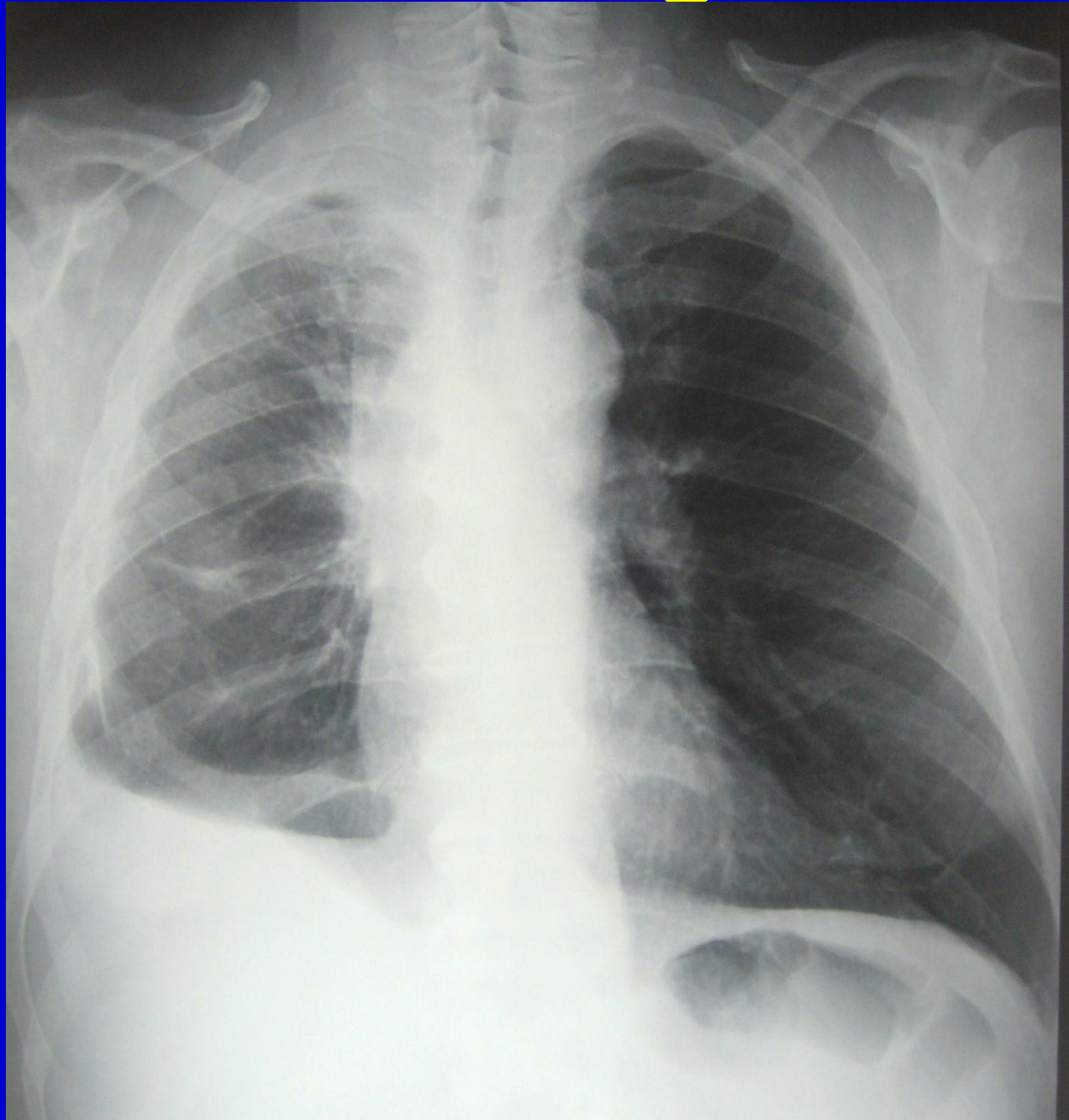


No. at Risk							
CPAP or NIPPV	667	609	591	583	577	570	567
Standard oxygen therapy	348	318	307	301	296	292	291

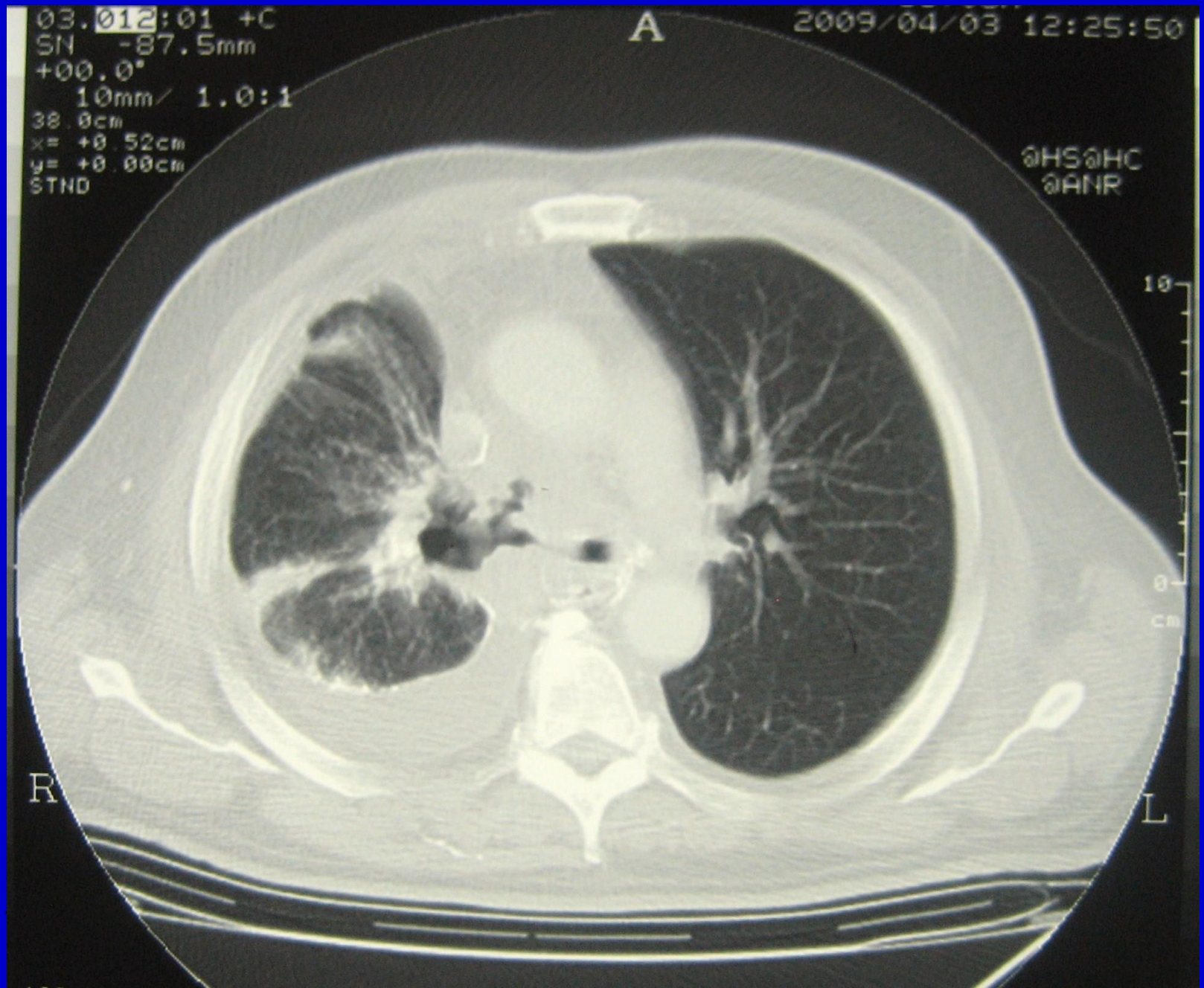


No. at Risk							
CPAP	325	298	288	285	282	277	275
NIPPV	342	311	303	298	295	293	292

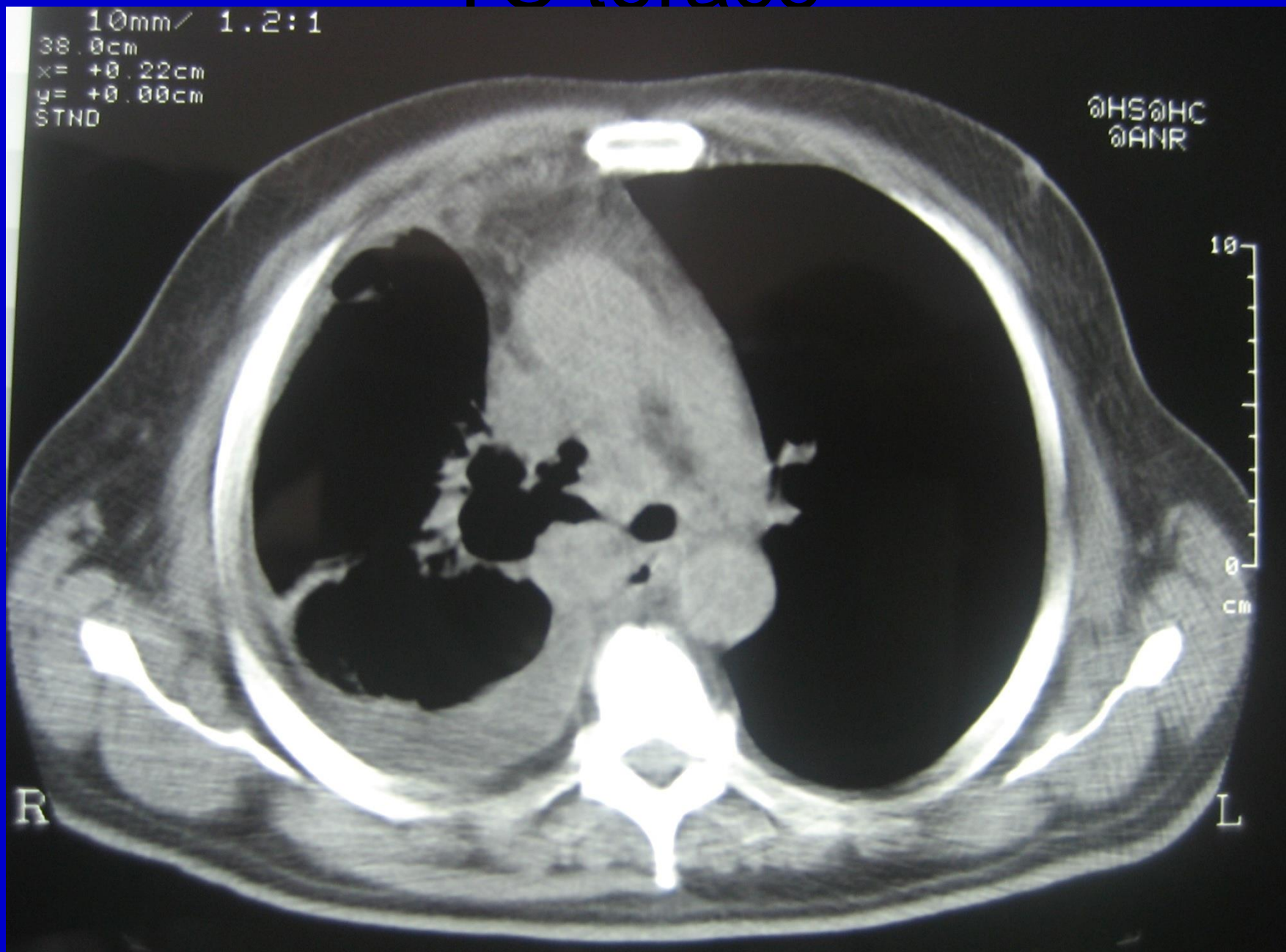
Rx Torace ingresso



TC torace



TC torace

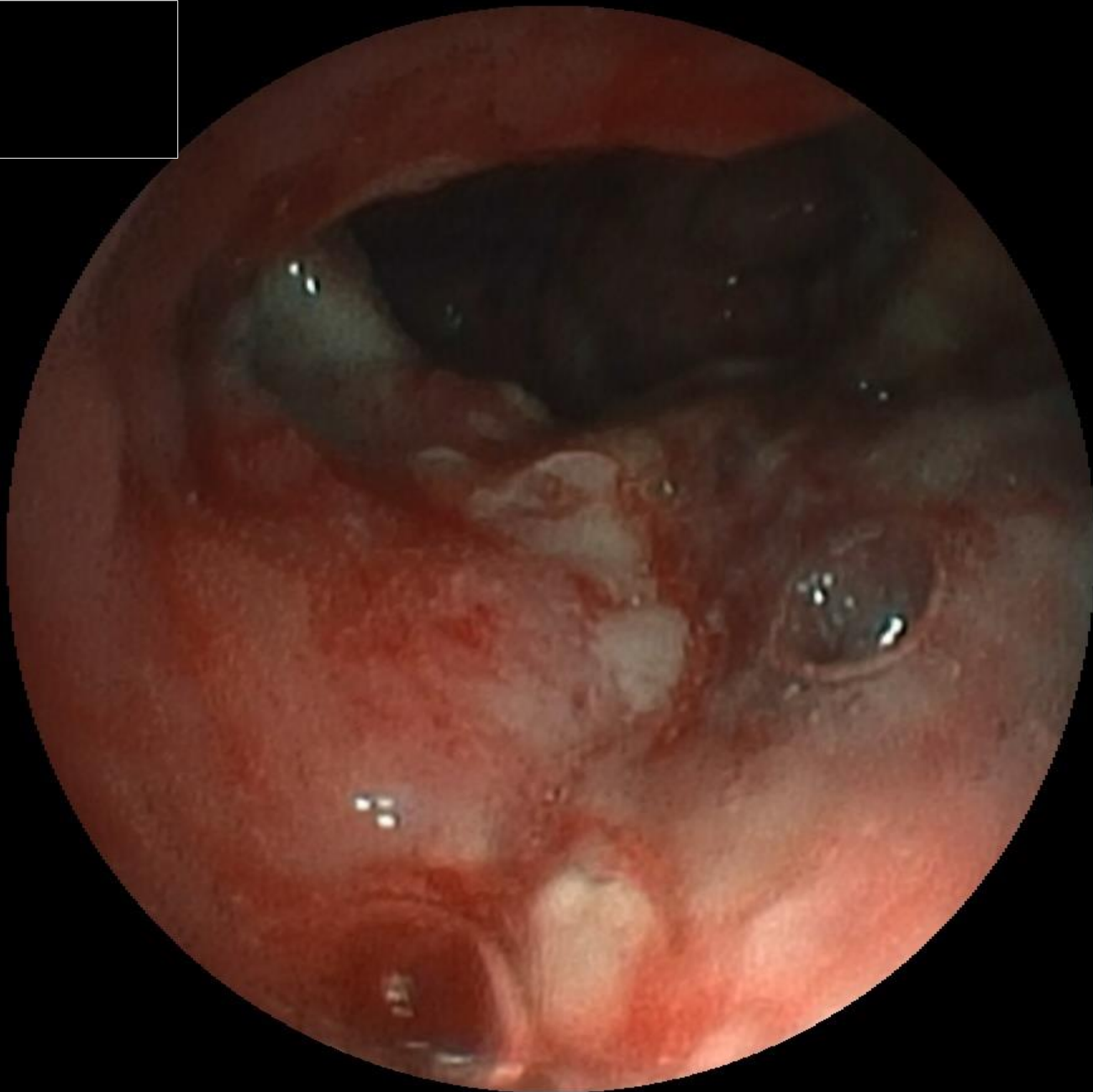


TAC TORACE

- versamento pleurico basale destro con presenza omolateralmente di strie dense che a partenza dall'ilo raggiungono la pleura. In sede di bronco principale di destra è presente ampia area aerata con presenza nel contesto di piccolo livello idroaereo. All'interno di questo si osserva la presenza in un tessuto denso eteroplasico che appare stenotizzare il ramo destro dell'arteria polmonare. Sospetto radiologico di neoplasia ilare con interessamento mediastinico o linfangite carcinomatosa.

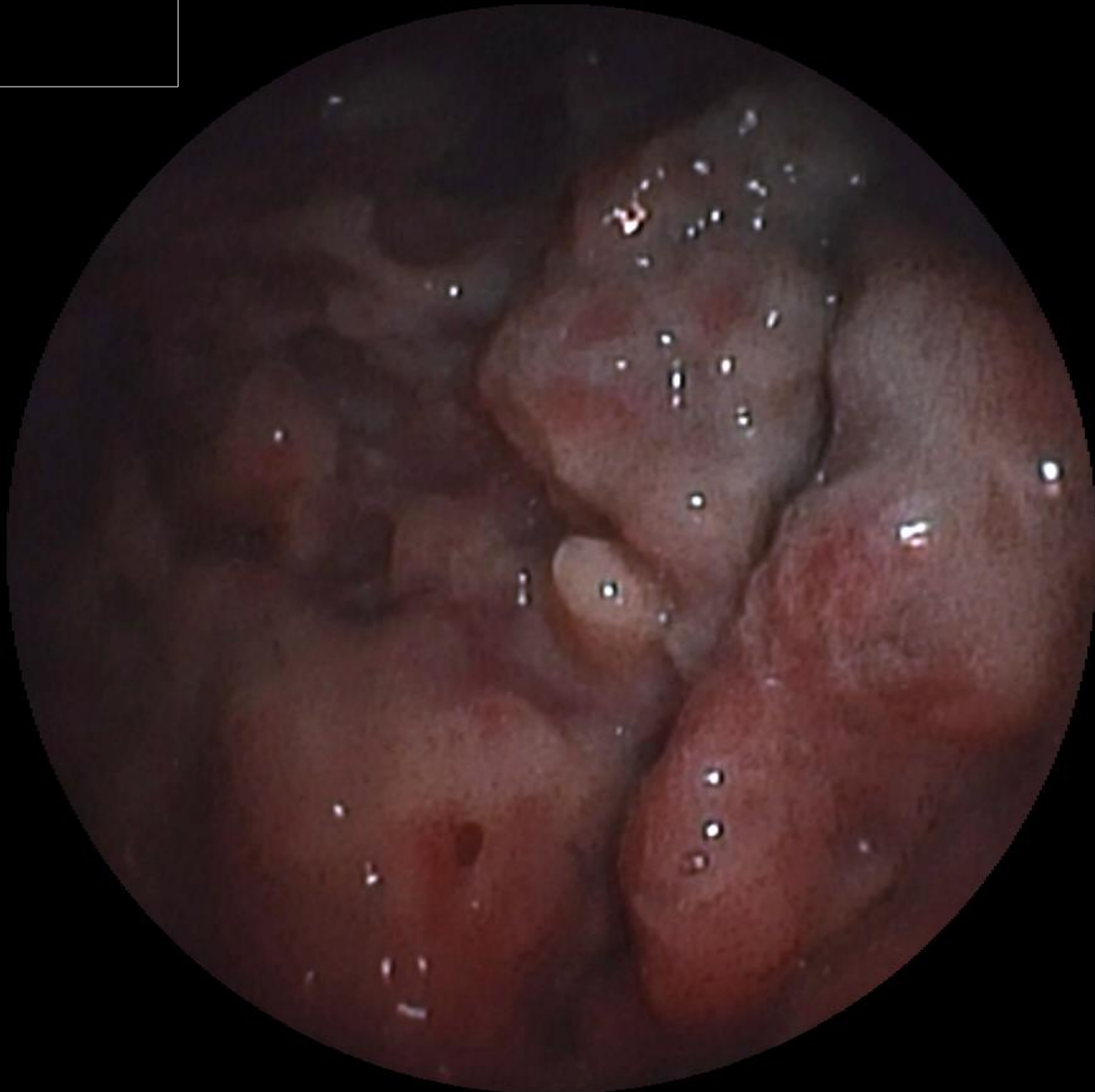
FUJINON
09/04/2009
09:13:17

M51 F10
AVE
1/60
N

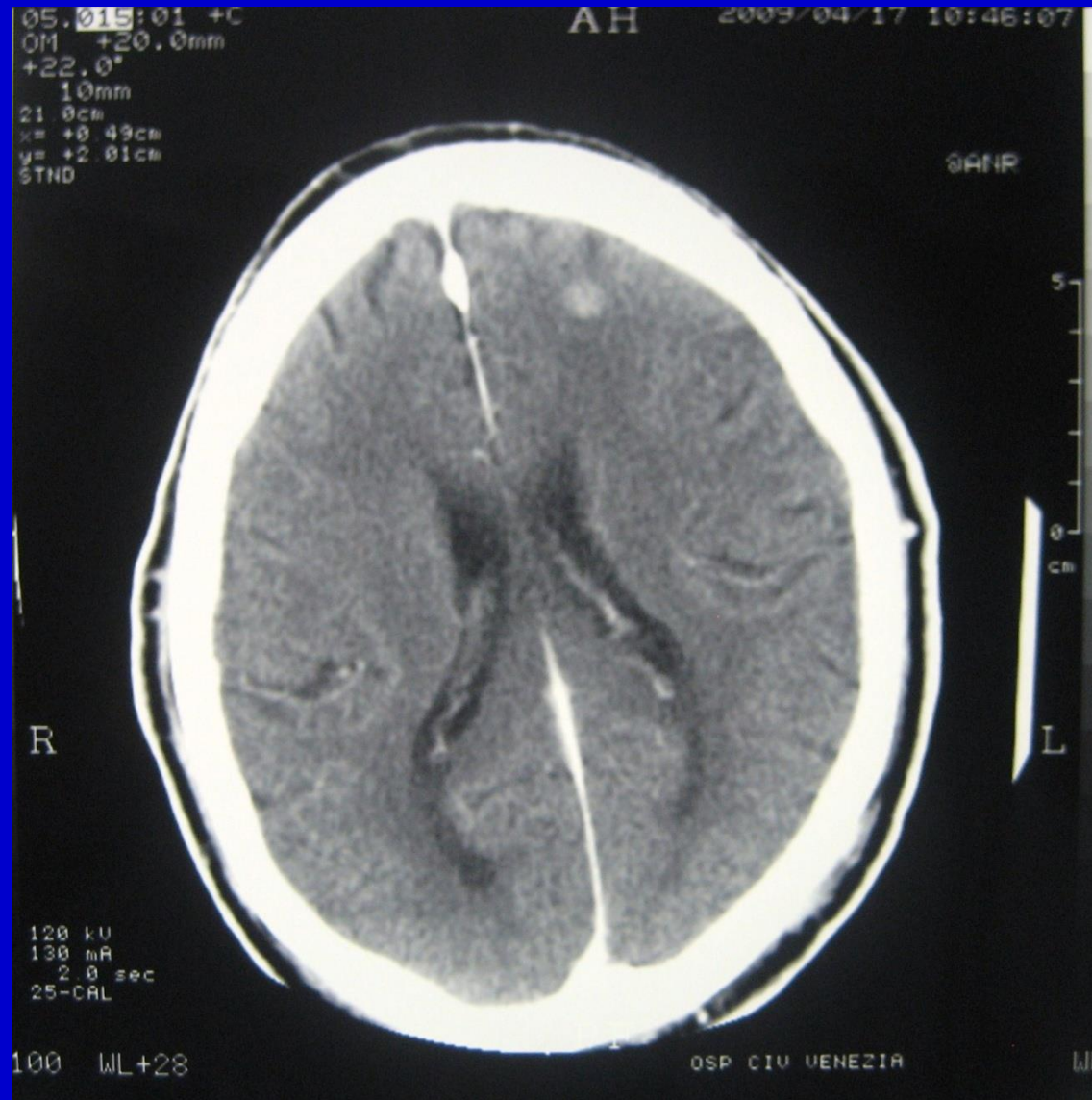


FUJINON
09/04/2009
09:14:35

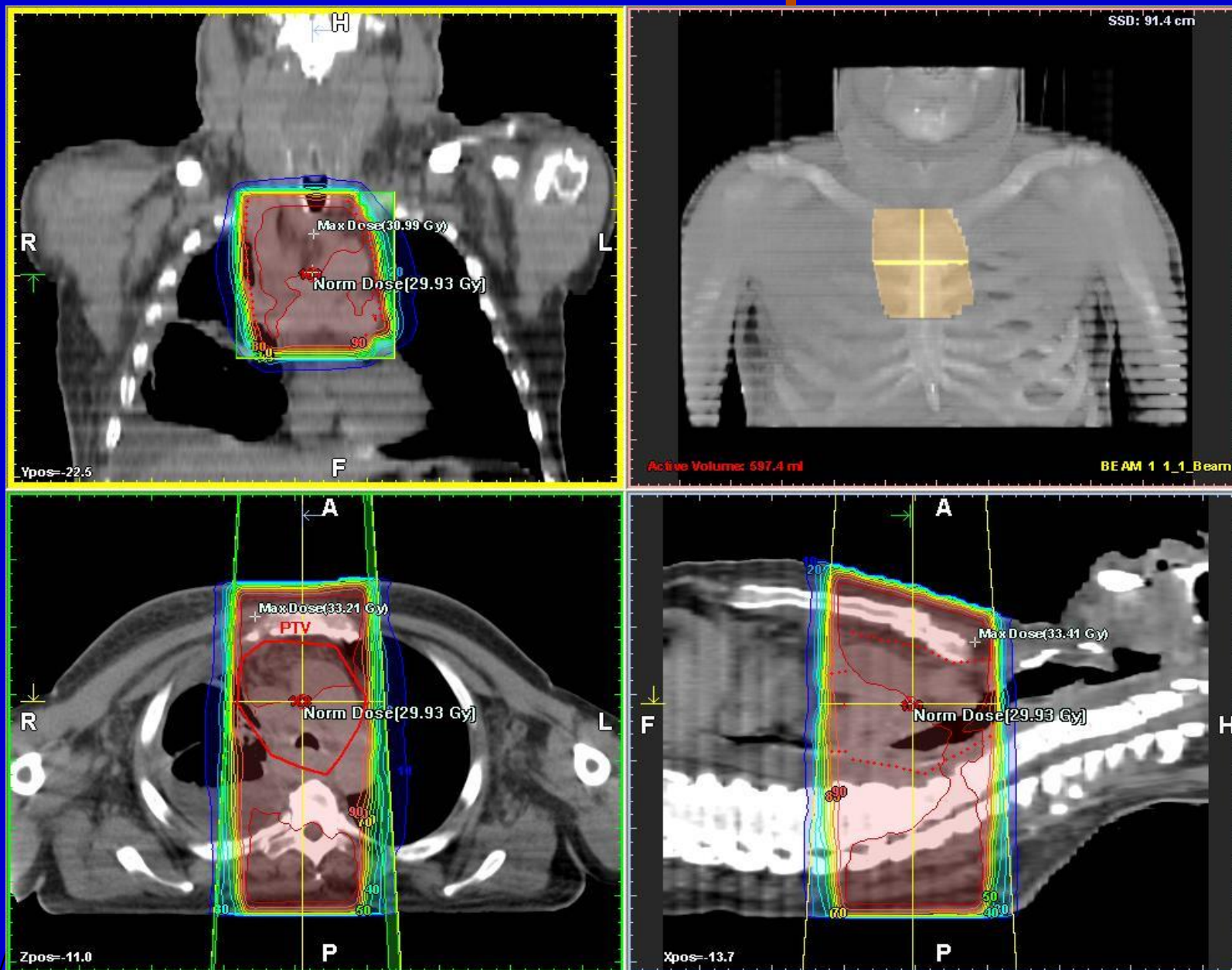
M50 F11
AVE
1/60
N



TC ENCEFALO



Piano radioterapico



A

Jugular vein

Edema of the
face, neck, and
upper chest

B

Distention of
axillary, subclavian, and
jugular veins

Obstructed
brachiocephalic
vein

Superior
vena cava

Tumor

Lung

Heart

Inferior
vena cava

Lateral thoracic
vein

Thoracoepigastric
and thoracodorsal
veins



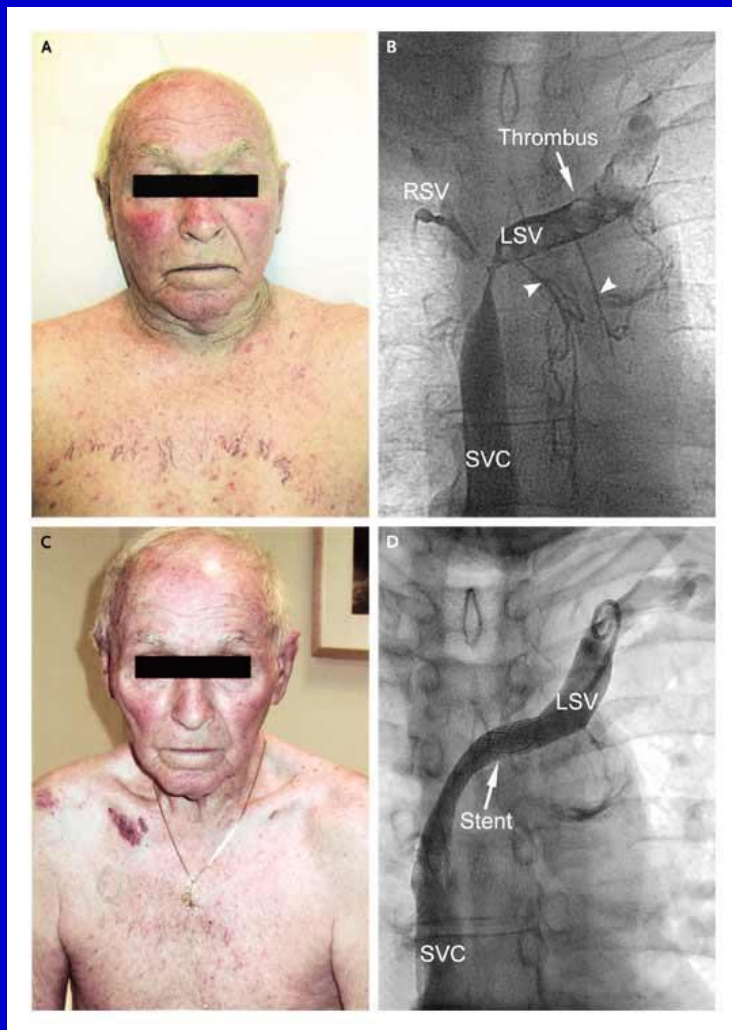
Symptoms and Signs Associated with the Superior Vena Cava Syndrome

Table 2. Symptoms and Signs Associated with the Superior Vena Cava Syndrome.*

Sign or Symptom	Frequency	Range
		<i>percent</i>
Facial edema	82	60–100
Arm edema	46	14–75
Distended neck veins	63	27–86
Distended chest veins	53	38–67
Facial plethora	20	13–23
Visual symptoms	2	0–3
Dyspnea	54	23–74
Cough	54	38–70
Hoarseness	17	15–20
Stridor	4	0–5
Syncope	10	8–13
Headaches	9	6–11
Dizziness	6	2–10
Confusion	4	0–5
Obtundation	2	0–3

* Data are from Armstrong et al.,¹ Yellin et al.,⁴ Schraufnagel et al.,⁵ Chen et al.,¹³ Rice et al.,¹⁵ and Urruticoechea et al.¹⁸

A 75-year-old man with a substantial smoking history and stage IV non-small-cell carcinoma



Kanani R and Drachman D. N Engl J Med 2006;354:e7



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

OSTRUZIONE VENA CAVA SUPERIORE

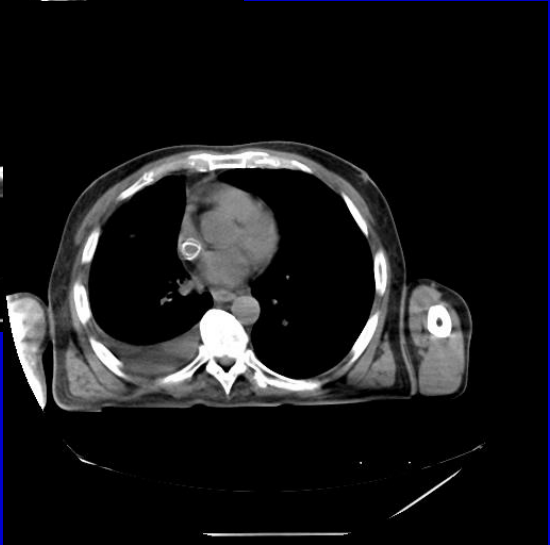
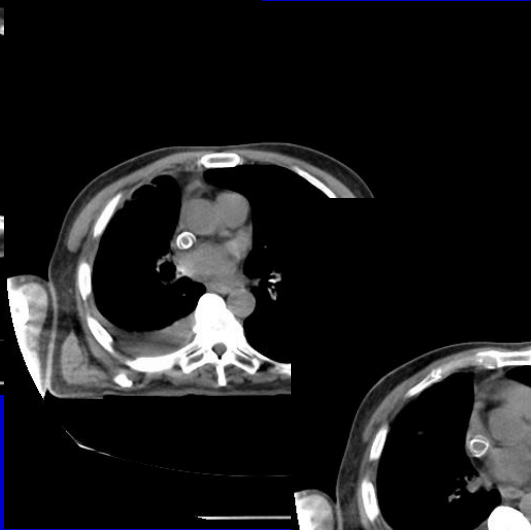
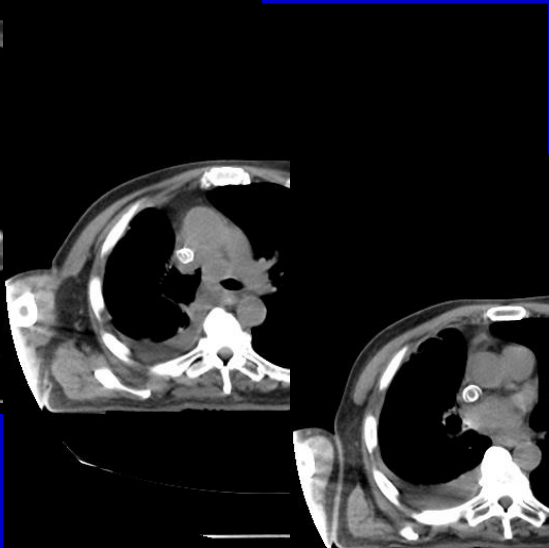
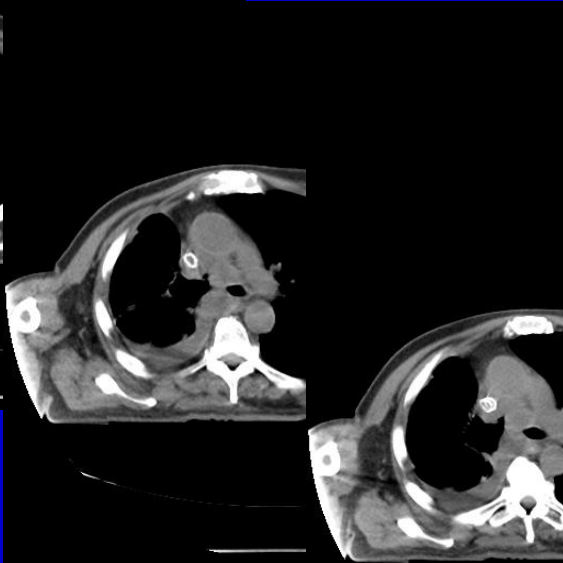
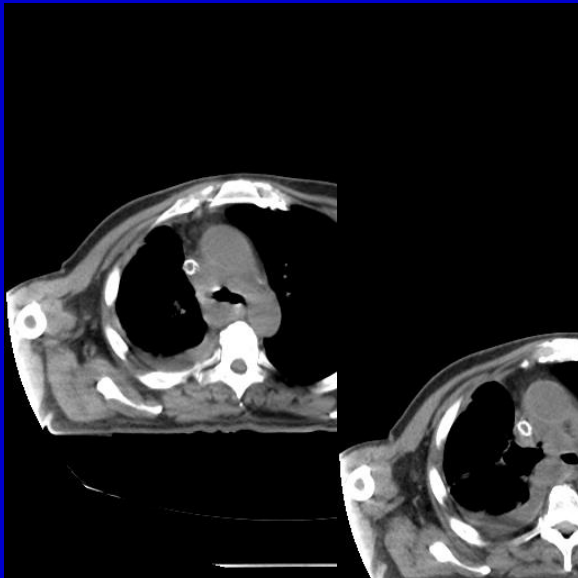


1 cava ostruita.avi

STENT VENA CAVA SUPERIORE



8 secondo stent e ripresa del flusso cavale.avi



Confronto pre-post procedura

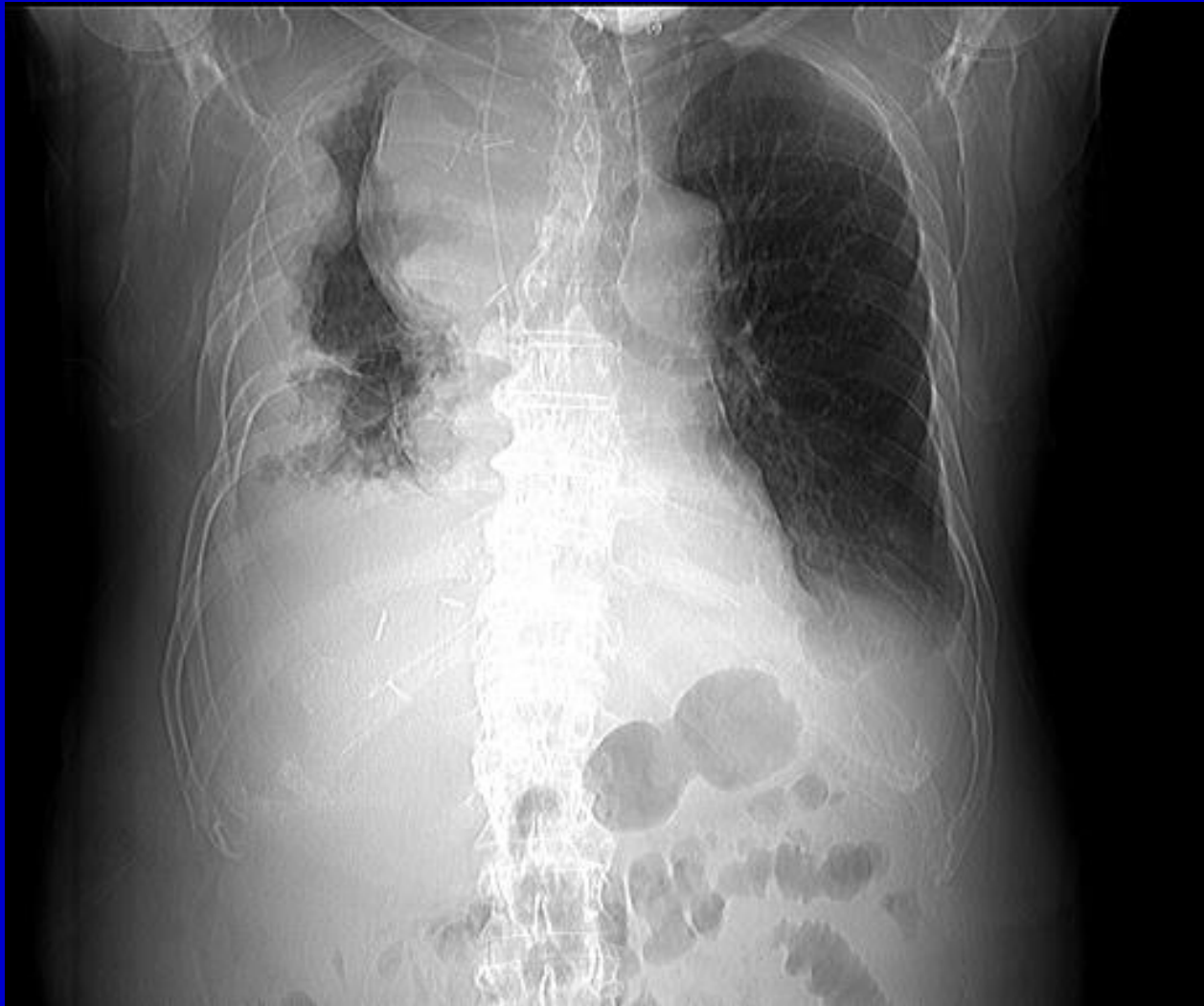
Prima del posizionamento



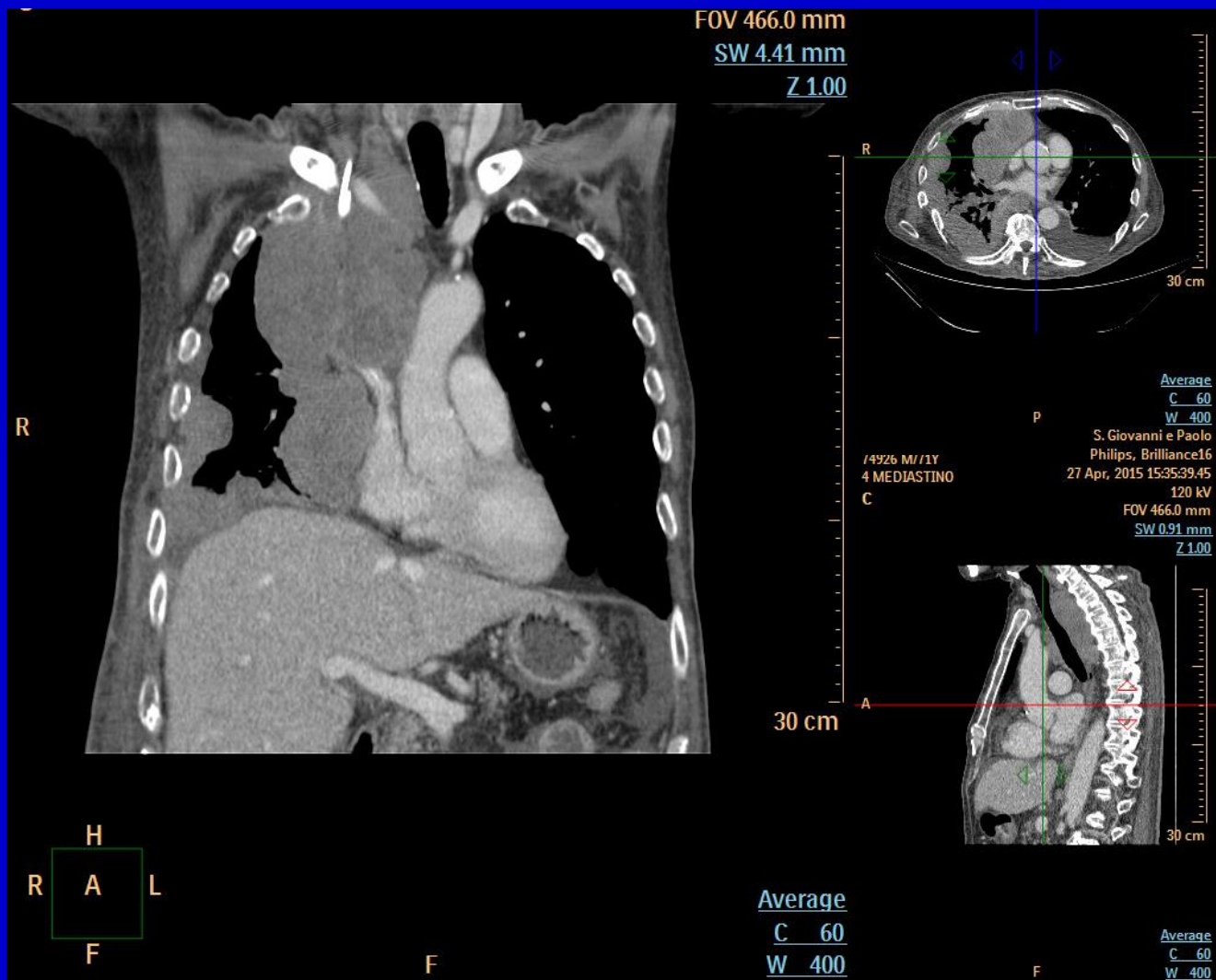
16h Dopo il posizionamento dello stent



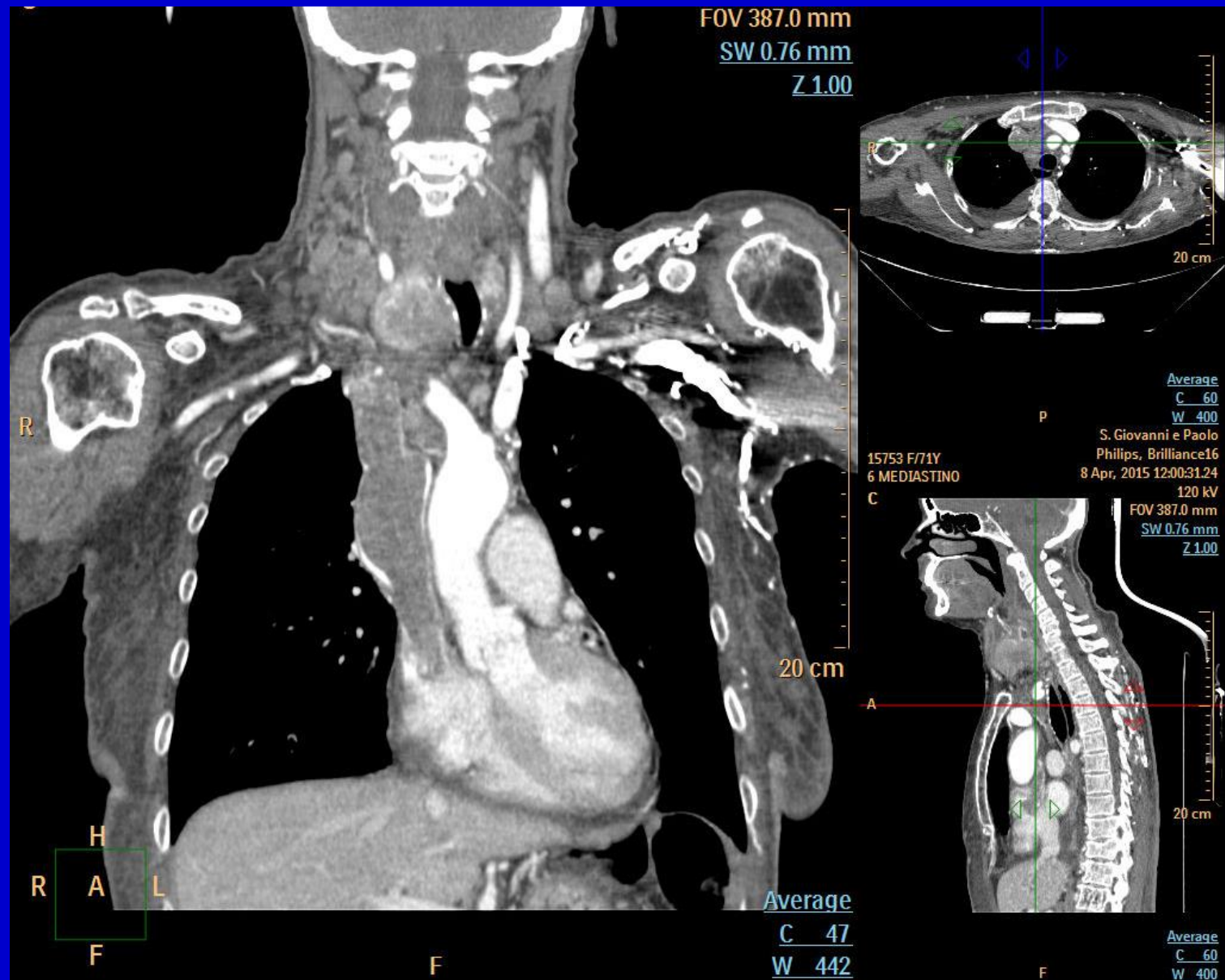
DA



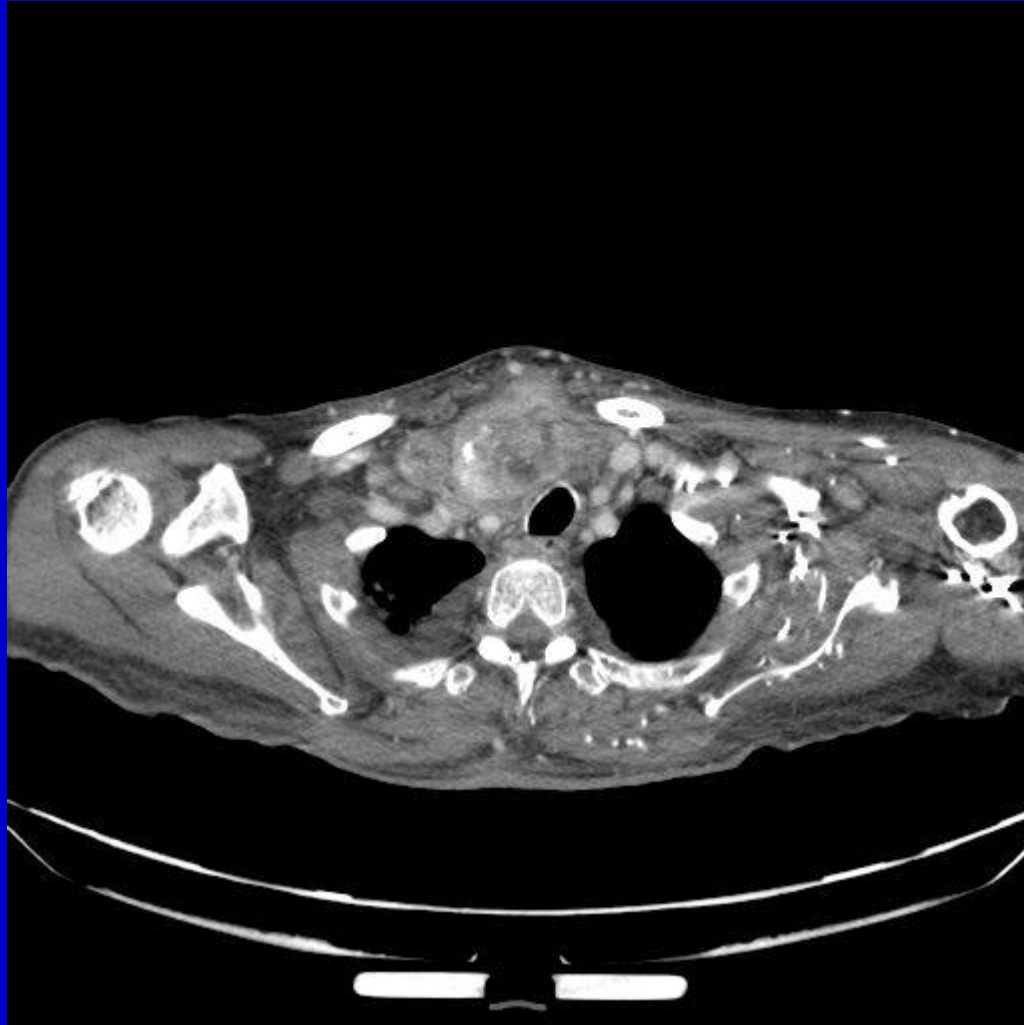
DA

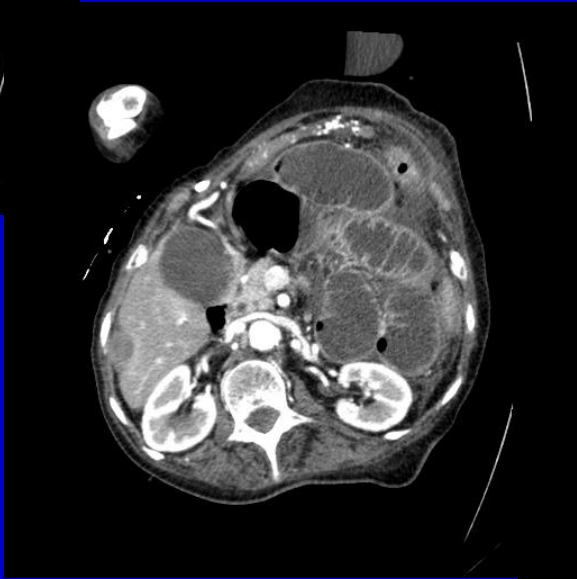
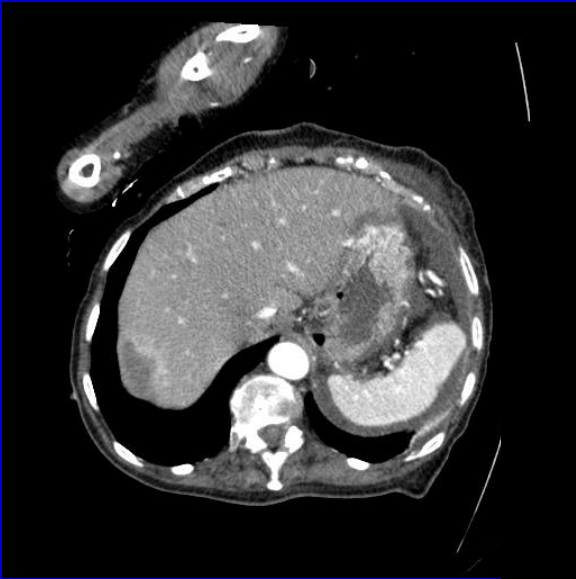


CA ANAPLASTICO TIROIDE



CA ANAPLASTICO TIROIDE





OCCLUSIONE INTESTINALE IN CARCINOSI PERITONEALE

- Sondino ng
- Morfina + midazolam
- Buscopan ev. (secrezioni bronchiali)

RM

