

Con il patrocinio di



Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri



PNEUMOLOGIA 2016

Milano, 16 – 18 giugno 2016 · Centro Congressi Palazzo delle Stelline

LA GESTIONE FARMACOLOGICA DEL DOLORE E DELLA DISPNEA

Dott. Davide Poli
Unità di Terapia Intensiva
Ospedale San Giuseppe
Milano

Caso Clinico

Sig. L.M.O.

68 anni

Forte fumatore

Ipertensione arteriosa in terapia

All'età di 62 anni exeresi di meningioma della falce senza reliquati neurologici

Da circa 1 anno seguito in ambulatorio di Pneumologia per tosse cronica:

Posta diagnosi di COPD GOLD 1

Accesso in Pronto Soccorso per febbre e dispnea ingravescente da circa 48h

Agli EE leucocitosi (WBC 17000/mm³), incremento della PCR ()

All'EGA acidosi respiratoria ed ipossiemia (pH 7,31, pCO₂ 62mmHg, paO₂ 55mmHg)



CURE PALLIATIVE?

PALLIATIVO

pal-lia-ti-vo

Rimedio che solo apparentemente risolve il problema, o che lo risolve solo temporaneamente. In medicina, farmaco che calma i sintomi più insopportabili di una malattia senza guarire il malato.

dal latino: pallium: mantello, velo. Figurativamente, coprire il problema con un velo.

Palliativa, cura

Intervento terapeutico e assistenziale che attenua i sintomi di una malattia, senza risolverne la causa. In partic., la cura p. rappresenta l'insieme degli interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale di quei pazienti la cui malattia di base è causa di sofferenza fisica, psicologica e spirituale, oltre che sociale.

WHO Definition of Palliative Care

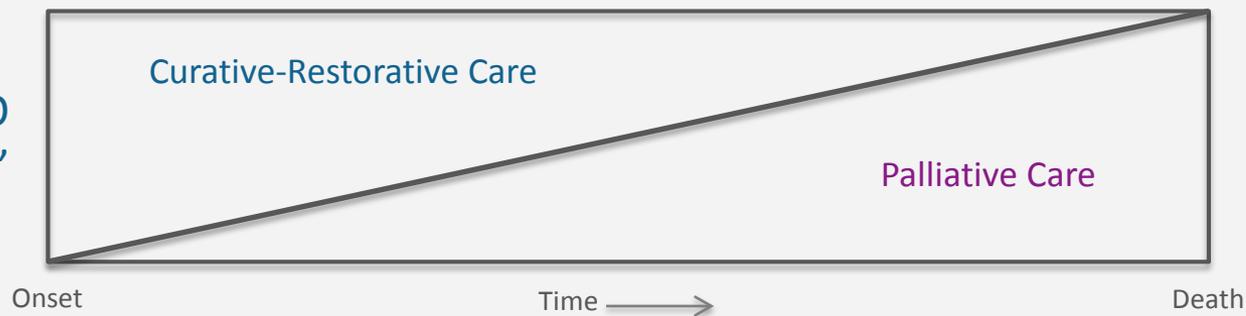
Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- **is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.**

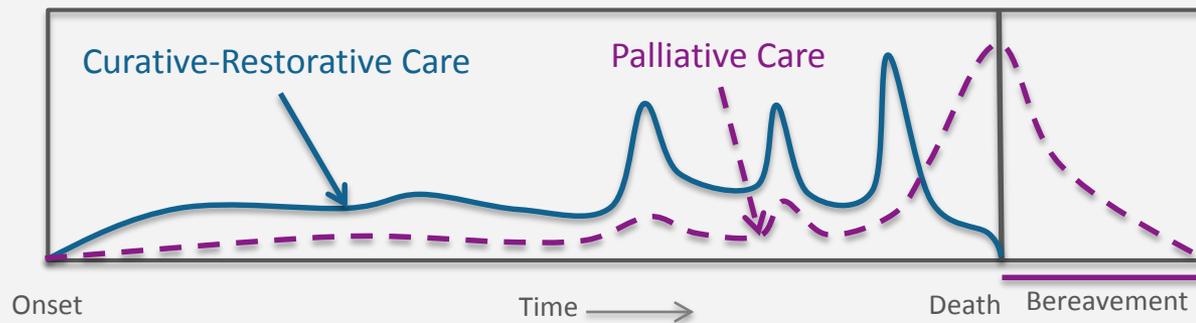
**MODELLO
DICOTOMICO**

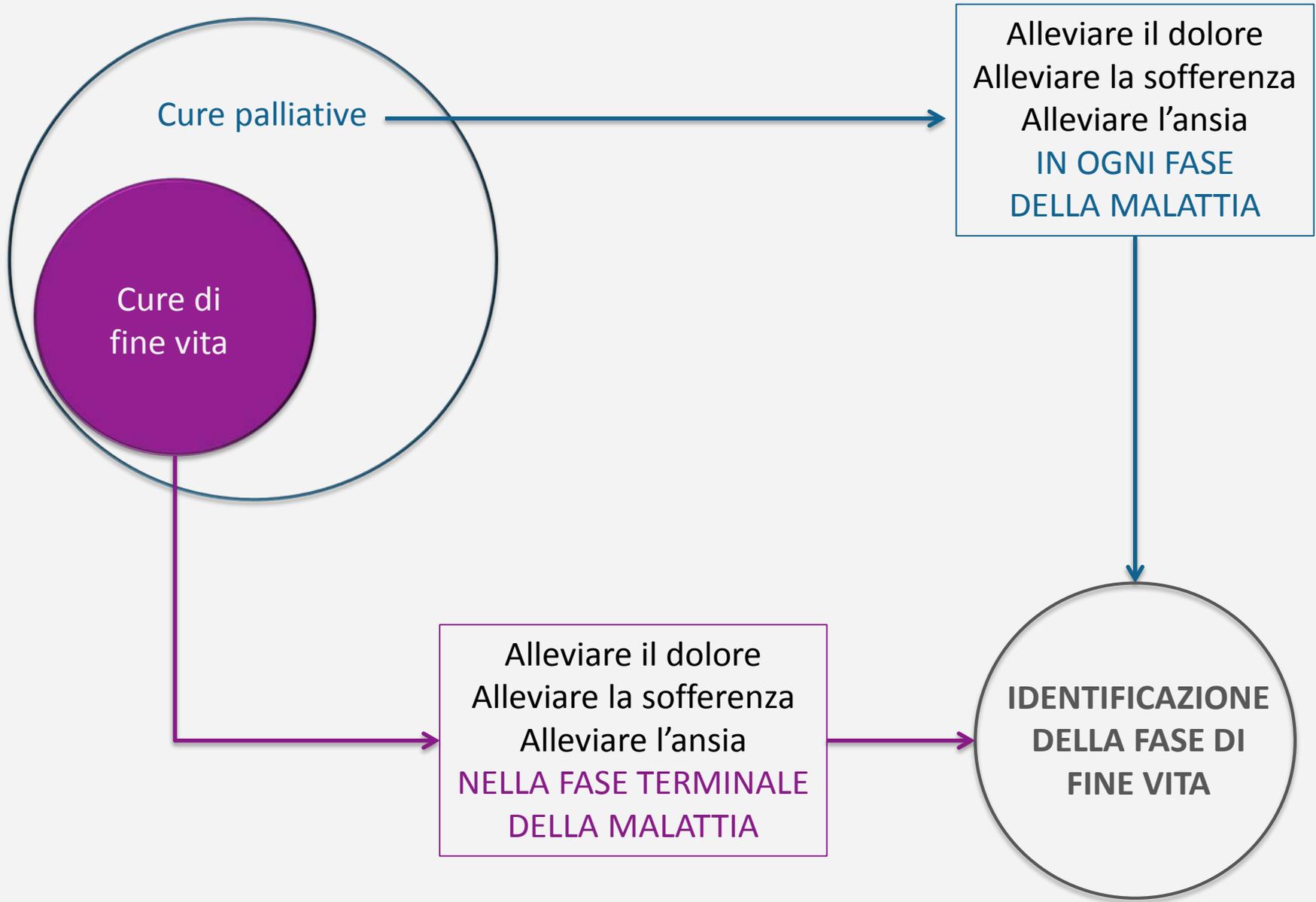


**MODELLO
"OVERLAPPING"**



**MODELLO
INTEGRATO
INDIVIDUALIZZATO**





Cure palliative

Cure di fine vita

Alleviare il dolore
Alleviare la sofferenza
Alleviare l'ansia
IN OGNI FASE
DELLA MALATTIA

Alleviare il dolore
Alleviare la sofferenza
Alleviare l'ansia
NELLA FASE TERMINALE
DELLA MALATTIA

IDENTIFICAZIONE
DELLA FASE DI
FINE VITA

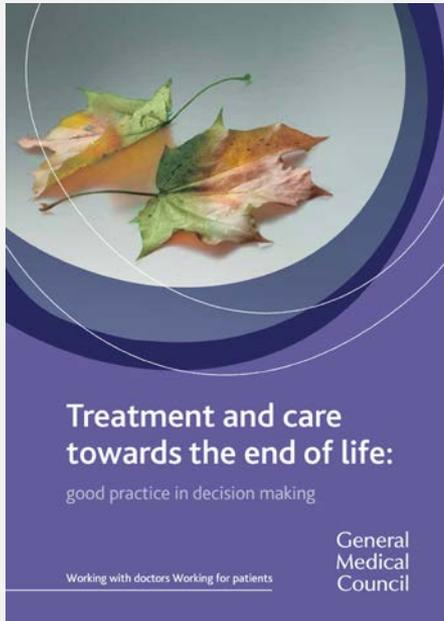
CONDIZIONE “LIFE THREATENING” O “LIFE LIMITING”

Qualsiasi malattia / condizione che è nota per produrre una limitazione della qualità della vita (es.: demenza, BPCO, insufficienza renale cronica, insufficienza cardiaca cronica, cancro metastatico, cirrosi, distrofia muscolare, fibrosi cistica) o che abbia un'alta probabilità di condurre a morte (es.: sepsi, insufficienza multiorgano, traumi maggiori, cardiopatie acute)

NB. non sono incluse in questa definizione tutte le condizioni mediche che pur essendo gravi, prevedono un ripristino della funzione di base mediante adeguato trattamento (es.: polmonite acquisita in comunità in un malato altrimenti sano)



HA SENSO VALUTARE LA POSSIBILITA' DI CURE PALLIATIVE?



British General Medical Council, 2011

For the purposes of this guidance, patients are ‘approaching the end of life’ when they are ***likely to die within the next 12 months***.

This includes patients whose death is imminent (expected within a few hours or days) and those with:

- advanced, progressive, incurable conditions
- general frailty and co-existing conditions that mean they are expected to die within 12 months
- existing conditions if they are at risk of dying from a sudden acute crisis in their condition
- life-threatening acute conditions caused by sudden catastrophic events

???

OPPORTUNITA' DI CURE DI FINE VITA





SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

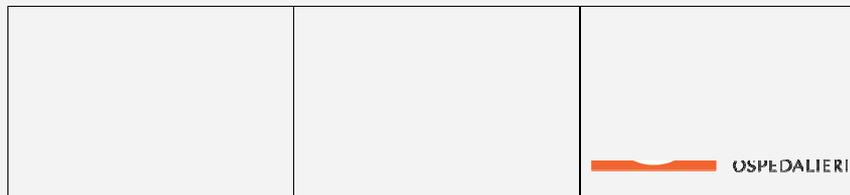
Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)

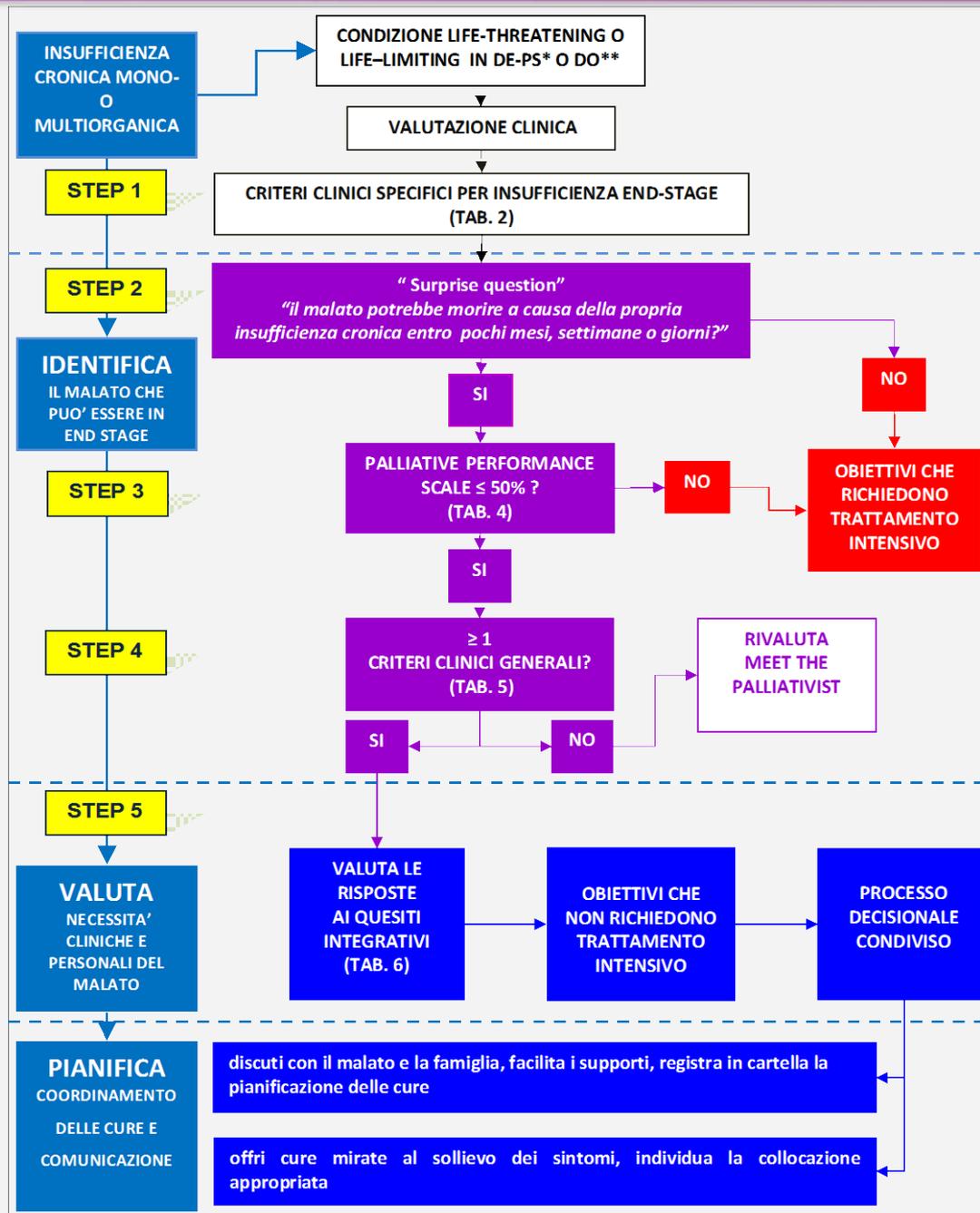


SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



 OSPEDALIERI



CRITERI CLINICI SPECIFICI

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)

- Età >70 anni
- FEV1 >30% predetto
- Dipendenza da O₂-terapia
- 1 ammissione/y in ospedale per riacutizzazione
- Insufficienza cardiaca congestizia o altre comorbidità
- Calo ponderale/cachessia
- Ridotta autonomia funzionale
- Aumento dipendenza

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)

- Età >70 anni
- Pattern istologico UIP (se noto)
- Dipendenza da O₂-terapia
- Aspetto radiologico di “Honeycomb” all’HRCT
- Ridotta autonomia funzionale
- Aumento dipendenza

CRITERI CLINICI GENERALI PER INQUADRARE IL MALATO POTENZIALMENTE END-STAGE

- Ricoveri frequenti per le medesime condizioni (> 1 ricovero/y)
- Provenienza da lungodegenza, RSA o domicilio con assistenza
- Declino nutrizionale/cachessia
- Malato anziano con deficit cognitivo e/o frattura di ossa lunghe
- Neoplasia metastatica o localizzata in fase avanzata o incurabile
- O₂-terapia domiciliare/NIV
- ACC extraospedaliero ripreso a con prognosi severa
- Malati candidati a trapianto ma non idonei a riceverlo per le condizioni intercorrenti
- Malato considerato candidato a o già portatore di:
 - Tracheostomia
 - NE tramite SNG/PEG
 - VAD o AICD
 - Trapianto di midollo osseo

“SURPRISE QUESTION”

Sarei sorpreso se il paziente morisse nelle prossime settimane o giorni?

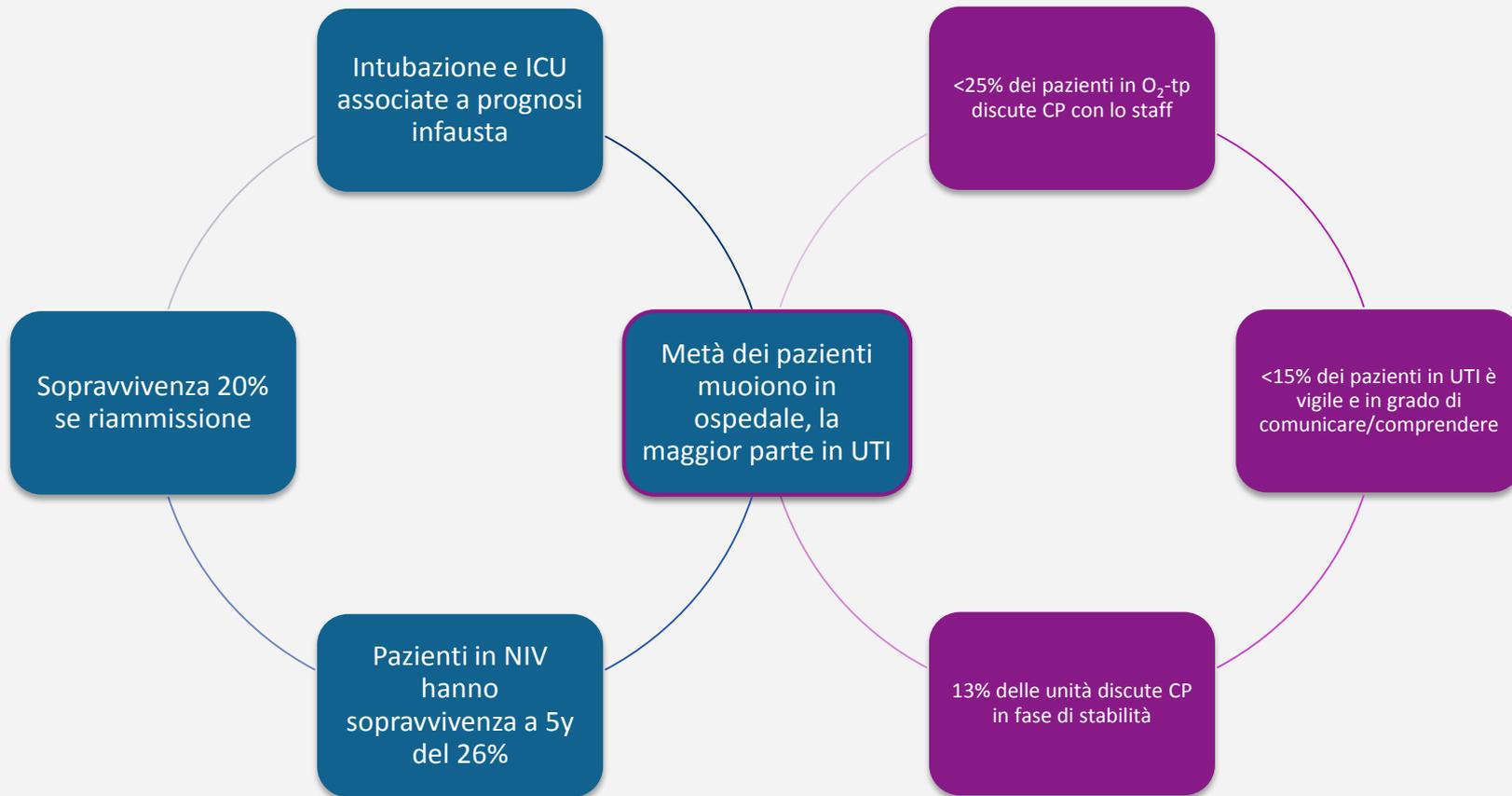
CRITERI CLINICI GENERALI PER INQUADRARE IL MALATO POTENZIALMENTE END-STAGE

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITA' EVIDENZA DI MALATTIA	CURA DI SE'	INTRODUZIONE LIQUIDI E/O SOLIDI	LIVELLO DI COSCIENZA
100	normale	normale <i>nessuna malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
90	normale	normale <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
80	normale	normale con sforzo <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale o ridotta	normale
70	ridotta	non può svolgere un compito o lavoro <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	come sopra	normale
60	ridotta	non può svolgere hobbies o lavori di casa <i>malattia significativa</i>	assistenza occasionale <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
50	prevalentemente seduto/a o disteso/a	non può svolgere alcun lavoro <i>malattia estesa</i>	assistenza considerevole <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
40	prevalentemente a letto	come sopra	prevalentemente assistito	come sopra	normale o sonnolento/a o confuso/a
30	allettato/a	come sopra	assistenza totale	ridotta	come sopra
20	allettato/a	come sopra	come sopra	minima	come sopra
10	allettato/a	come sopra	come sopra	solo cura della bocca	sonnolento/a o in coma
0	morte	-	-	-	--

VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE DEL PAZIENTE

Sintomo di valutazione	<ul style="list-style-type: none">• il ricovero viene richiesto per difficile controllo di sintomi cronici (sintomo di moderata-grave intensità durata>24-48h)? ⁶⁴
Valutazione sociale	<ul style="list-style-type: none">• ci sono significative problematiche sociali ?
Valutazione dei bisogni spirituali	<ul style="list-style-type: none">• ci sono significativi bisogni spirituali ?• vi è chiarezza e documentazione sugli obiettivi di cura? ⁶⁵

Identificazione degli obiettivi di cura centrati sul malato

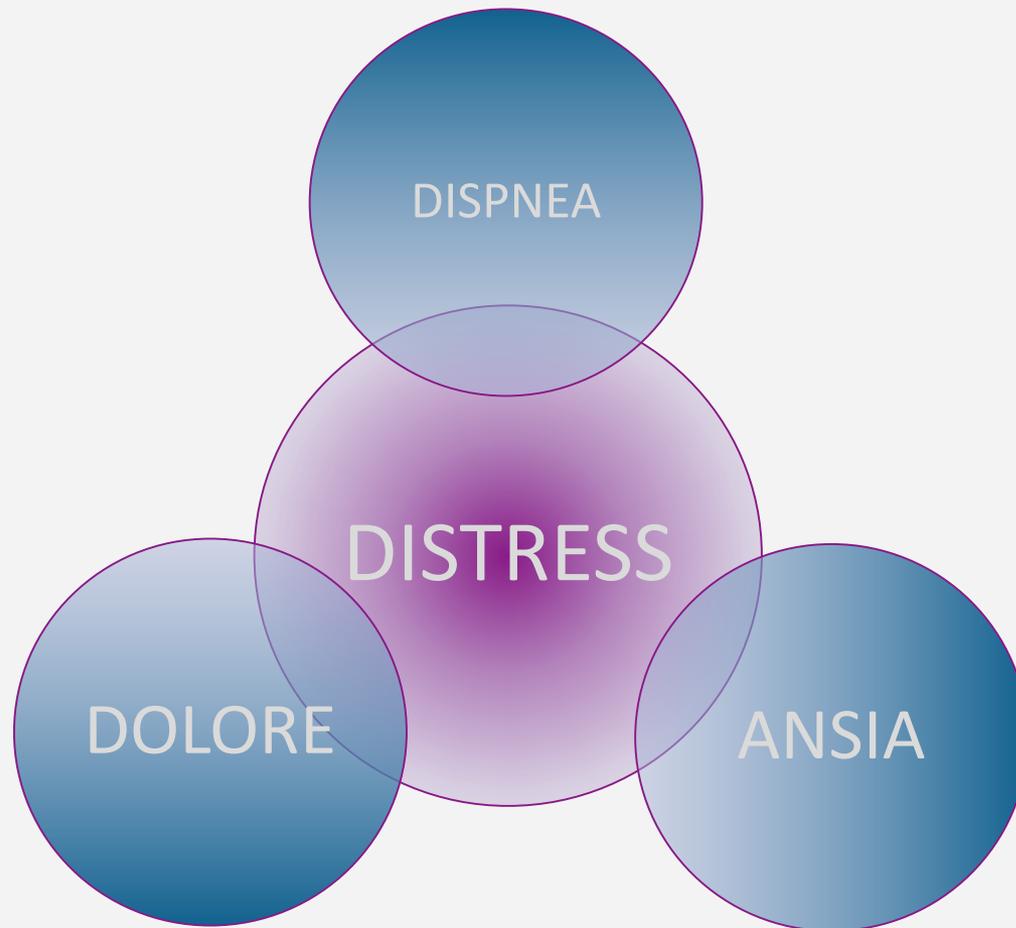


DISCUSSIONE DELLE OPZIONI
IN FASE DI STABILITA' CLINICA

MORFINA Q.B.

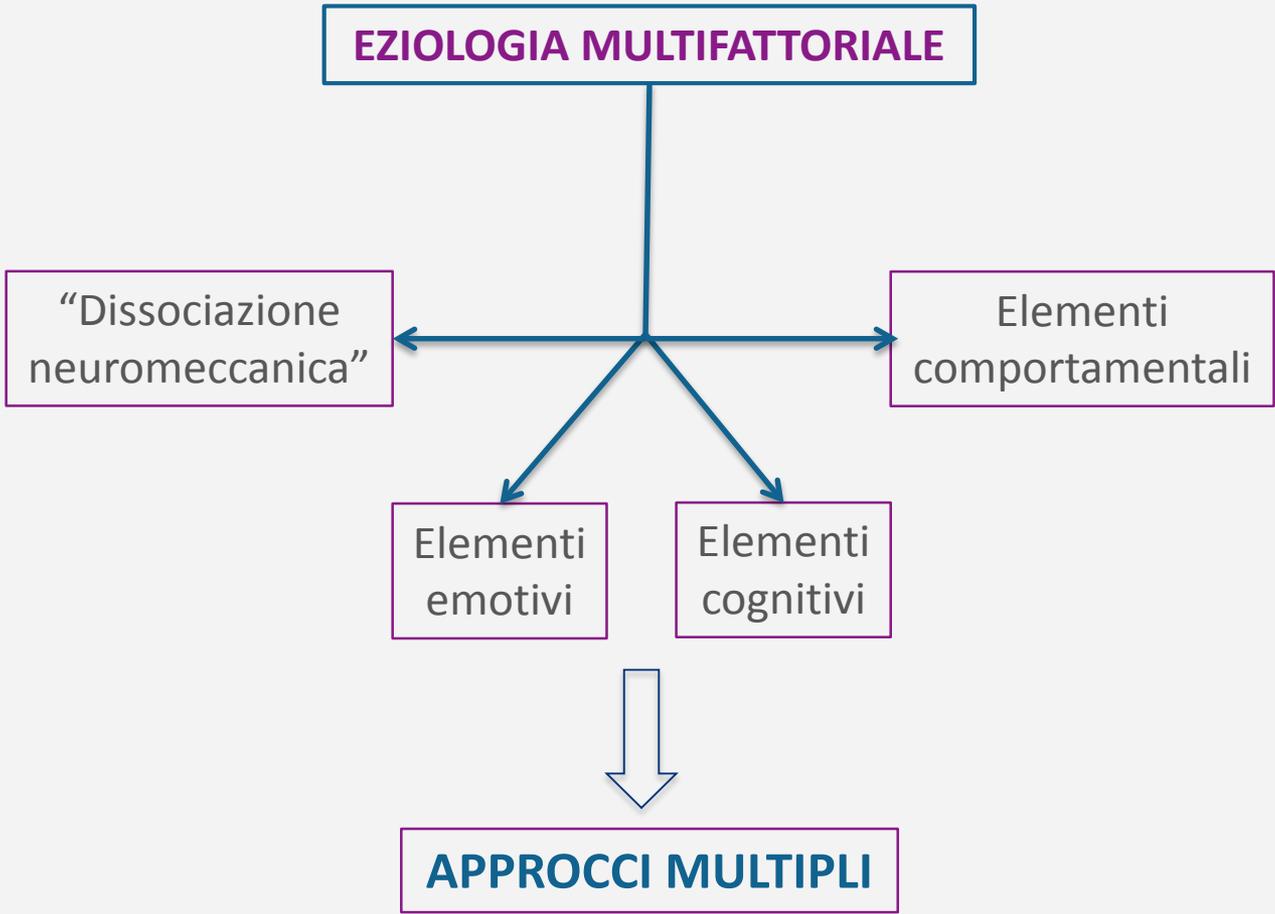
???

SINTOMATOLOGIA



DISPNEA

Maggior determinante della ridotta qualità di vita



DISPNEA

OSSIGENOTERAPIA

Sicuro beneficio di LTOT in pazienti ipossici ($paO_2 < 55\text{mmHg}$)

- Miglioramento sintomi
- Aumento sopravvivenza

Scarsa evidenza di benefici sintomatologici
in pazienti non ipossiemicici ma:

- Impossibile predire risposta individuale
- Impossibile predire risposta LT da risposta ST
- Non correlazione con parametri clinici
(ipossiemia, intolleranza allo sforzo, spirometria)
- Risposta riproducibile intra-paziente
- Scarsamente tollerata da alcuni pazienti
- Rischi di dipendenza psicologica

→ **TRIAL INDIVIDUALE**

DISPNEA

TERAPIA FARMACOLOGICA

OPPIOIDI

- Sicura efficacia nel controllo della dispnea
- Ancora scarsamente usati

“Doctrine of double effect”

MA

Non evidenza di aumento di mortalità

Non evidenza di aumento della $paCO_2$ o di riduzione della paO_2

Efficaci anche dopo sospensione della ventilazione

DISPNEA

TERAPIA FARMACOLOGICA

OPPIOIDI

MORFINA

- Maneggevole
- Somministrazione orale, IM, EV

VIA	ONSET	TTPE	DURATA	DOSAGGIO
EV	rapido	15-20min	4-5 h	0,05-0,2 mg/kg
IM	10-30 min	30-60 min	4-5 h	0,05-0,2 mg/kg
ORALE		60min	4-5 h	0,2-0,5 mg/kg

SEMPRE titolazione dell'effetto con rivalutazioni frequenti

La dose e l'intervallo corretti sono quelli che alleviano i sintomi senza effetti collaterali intollerabili

NON ESISTE UNA DOSE MASSIMA

DOLORE

Sintomo frequente ma misconosciuto

- 56% dei pazienti COPD lamentano dolore significativo
- 68% dei pazienti BPCO riacutizzati lamentano dolore, di cui il 21%severo (vs. 28% dei pazienti con neoplasia polmonare)

Dolore
muscolare

Pleurite

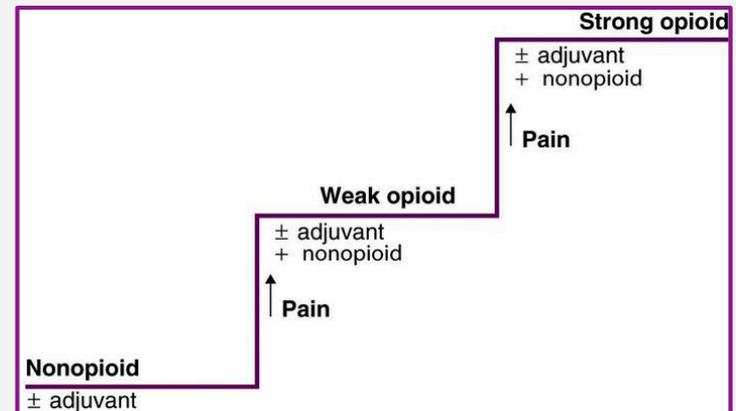
Osteoporosi

Dolore
posturale

Fratture
costali

TRATTAMENTO

- Paracetamolo
- FANS
- Oppioidi deboli
- Oppioidi maggiori



TITOLAZIONE STEPWISE DELLA TERAPIA

ANSIA

Spesso associata a sintomi depressivi
Causata e aggravata dalla dispnea
Riduce in modo significativo QOL
Associata ad aumento di ospedalizzazione
per riacutizzazione
Trattata solo nel 30% dei pazienti

Terapia
Cognitivo-
comportamentale

Terapia
farmacologica

Riabilitazione
respiratoria

SSRIs
SNRIs

BDZ

NB: Possibile
peggioramento scambi

TAKE-HOME MESSAGES

- La palliazione è un processo integrato, non alternativo, al percorso di cura
- Discutere un percorso end-of-life in fase di stabilità di malattia
- Non abbiate paura di utilizzare gli oppioidi maggiori

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Dott. Davide Poli
Terapia Intensiva
Ospedale San Giuseppe
Mail: davide.poli@multimedica.it