

Consenso sulla Best Practice in cure palliative in Svizzera
– gruppo di esperti della Società Svizzera di Cure Palliative –

1. Qual è il problema?

Nei tumori in fase avanzata, la dispnea è un problema frequente e nonostante esistano molteplici possibilità di intervento, la dispnea è sovente poco riportata dal paziente e sotto-diagnosticata da parte degli operatori sanitari¹.

1.1. Definizione

Il termine «dispnea» è utilizzato per definire «un'esperienza soggettiva di discomfort respiratorio che si può manifestare sotto forma di sensazioni qualitativamente distinte e di intensità variabile. La sensazione proviene dalla interazione tra fattori fisiologici, psicologici, sociali e dell'ambiente che circonda il paziente e può indurre delle risposte secondarie fisiologiche e comportamentali»².

2. Perché?

2.1. Quali sono le cause?³

Cause polmonari

- Compressione tumorale-atelectasia
- Versamento pleurico
- linfangite carcinomatosa
- sindrome della vena cava superiore
- fibrosi polmonare (chemio e radiotossicità)
- stato dopo lobectomia, pneumonectomia
- embolia polmonare recidivante
- infezione polmonare, broncoaspirazione
- BPCO/asma
- aumento del volume addominale

Cause cardiache

- insufficienza cardiaca
- versamento pericardico
- ipertensione polmonare

Cause muscolari

- cachessia
- miopatia
- paralisi del diaframma
- paralisi delle corde vocali

Cause centrali

- depressione respiratoria indotta da farmaci
- turbe metaboliche (febbre, anemia, ipossiemia, acidosi)
- lesioni cerebrali

Altre cause

- ansia (in particolare attacchi di panico)
- dolore scarsamente controllato
- infezione
- tosse

2.2. Valutazione

Anamnesi specifica

- storia del sintomo
- modalità di presentazione: acuta o progressiva
- aggettivi utilizzati per descrivere o qualificare il sintomo
- scale quantitative: scala visuale analogica, numerica o verbale, scala di Borg
- fattori aggravanti e precipitanti
- fattori allevianti
- trattamenti pregressi
- ripercussioni
- vissuto del paziente, le sue paure, fonti di stress psicosociali e spirituali
- ambiente

Anamnesi multidimensionale

- ESAS
- Biografia, qualità di vita
- Progetto di vita
- Fattori prognostici

Osservazione ed esame clinico

La dispnea, soggettiva per definizione, non è necessariamente correlata a segni clinici oggettivi (tachipnea, utilizzo dei muscoli accessori) e a esami di laboratorio (desaturazione dell'O₂, anemia).

Esami paraclinici

Usare gli esami già fatti.

Proporre analisi complementari in funzione alle eziologie sospettate clinicamente e alle prospettive terapeutiche realistiche.

3. Cosa fare?

Nella maggior parte dei casi sono necessari approcci terapeutici multipli e simultanei.

I trattamenti devono essere instaurati per una durata di tempo limitata e devono essere rivalutati. Definire i criteri di rivalutazione, chi rivaluta e quando?

3.1. Misure generali⁵⁻⁷

Concernenti l'ambiente del paziente, conviene assicurare:

- il posizionamento adeguato
- il confort nell'abbigliamento:
- un flusso d'aria vicino al viso: aereazione della camera, apertura delle finestre, ventilatore
- una buona atmosfera nella camera
- una cura regolare della bocca e delle labbra rinfrescare viso e corpo

Consenso sulla Best Practice in cure palliative in Svizzera **– gruppo di esperti della Società Svizzera di Cure Palliative –**

- una ripartizione equilibrata delle cure durante la giornata, limitando le sollecitazioni, attenzione al numero di visite presenti contemporaneamente nella camera
- dei riposi respiratori (una sedia sulle scale, evitare tragitti lunghi, frazionare i pasti, risparmiare l'energia del malato al momento delle mobilizzazioni).

Concernenti gli aspetti relazionali con il paziente e il suo entourage

- spiegare cosa succede: gli avvenimenti e le nostre azioni,
- offrire un ascolto attivo,
- offrire un contatto corporeo tramite il tocco, posizionare le mani sulla schiena e lungo il corpo per aiutare a inspirare profondamente,
- sostenere e associare l'entourage alle cure,
- proporre delle tecniche di rilassamento, una concentrazione sulla respirazione, degli esercizi respiratori.

Concernenti la nostra attitudine

- cercare di avere una respirazione normale prima di entrare nella camera per non entrare nel ritmo respiratorio del malato,
- restare sereni e mantenere un tono di voce calmo, esprimersi con frasi brevi e concise, formazione e sostegno dell'equipe di cure così che possa sviluppare conoscenze e competenze nel «saper essere» e nel «far fronte all'impotenza»

3.2. Trattamenti eziologici⁸⁻¹⁰

Per esempio:

- Sovrainfezione polmonare: antibioticotераpia
- Embolia polmonare: anticoagulazione
- Versamento pleurico: drenaggio, pleurodesi
- Versamento pericardico, ascite: drenaggio
- Ostruzione bronchiale tumorale: corticosteroidi/stent endo-bronchiale/laser/tracheostomia
- Linfangite carcinomatosa: corticosteroidi
- BPCO scompensata: antibioticotераpia, corticosteroidi, ottimizzare i broncodilatatori
- Scompenso cardiaco: diuretici/vasodilatatori/digitale/ossigeno
- Sindrome della vena cava superiore: corticosteroidi, considerare una terapia antineoplastica
- Anemia: discutere le trasfusioni.

3.3. Trattamenti sintomatici farmacologici⁹⁻¹⁷

3.3.1. Ossigeno

- Efficacia dell'O₂ dimostrata con:
 - i pazienti dispnoici con malattia tumorale terminale, quando la saturazione è <90%.

- i pazienti non tumorali cachettici, decondizionati: O₂ diminuisce il debito di O₂ sotto sforzo.
- BPCO ipossica a riposo o con desaturazione sotto sforzo.
- L'ossigeno è indicato in funzione della clinica e non dei valori di Sat Tc O₂.
- Nel paziente ipossico, mantenere una saturazione di O₂ se possibile > 90%.
- Prudenza nel paziente affetto da BPCO: rischio di ipercapnia.
- L'O₂ può rivelarsi efficace sul sintomo anche senza miglioramento significativo della saturazione, anche quando è da subito superiore al 90%.

3.3.2. Gli oppioidi

Scelta dell'oppioide:

la morfina costituisce la prima scelta. In caso di effetti collaterali limitanti, ricorrere all'idromorfone. NB: Non ci sono studi in letteratura sull'efficacia degli oppioidi al di fuori della morfina.

Dosi iniziali:

- Paziente mai trattato con oppioidi (opioid-naive):
 - via orale: morfina 5mg ogni 4 ore (2,5–3 mg se in età avanzata)
 - via s.c.: 50% delle dosi orali
- Paziente già trattato con oppioidi a scopo antalgico:
 - Aumentare la posologia del 20–30%

Dosi di riserva:

- Prescrivere sistematicamente una dose unitaria pari al 10% della dose totale delle 24h
- Le dosi di riserva si somministrano nel momento dell'esacerbazione della dispnea o 45min/1h prima di un avvenimento che potrebbe aggravare i sintomi (p.e. toilette, spostamenti). Se inefficace ripetere la riserva dopo 1h.

Adattamento del trattamento:

- Adattamento per gradi delle dosi e delle riserve del 20–30% secondo valutazioni regolari per ottenere il miglior sollievo possibile con la minor quantità di effetti collaterali.
- Attenzione alla comparsa di effetti collaterali, in particolare neurotossici, soprattutto in pazienti con insufficienza renale.

Via di somministrazione:

- Preferire la via orale frazionata ogni 4h o sotto forma di oppioidi a lento rilascio
- In presenza di problemi della deglutizione o dell'assorbimento si può ricorrere alla via sottocutanea con somministrazioni frazionate ogni 4h o in forma di infusione continua.

Consenso sulla Best Practice in cure palliative in Svizzera
– gruppo di esperti della Società Svizzera di Cure Palliative –

- La morfina per via inalatoria non ha dato per il momento prove di efficacia in studi randomizzati controllati.

3.3.3. Ansiolitici

Se l'angoscia è secondaria alla dispnea, trattare in un primo tempo la dispnea (trattamento specifico e sintomatico, O₂ e morfina).

Se la dispnea è la manifestazione somatica di un disturbo di panico o in caso di ansietà coesistente, ricorrere a un'ansiolisi farmacologica del tipo:

- benzodiazepine a corta durata d'azione: lorazepam (Temesta®) 0,5–1 mg ogni 8h sublinguale, da titolare
- in presenza di un delirio sovrapposto, evitare le benzodiazepine e preferire un neurolettico (vedi raccomandazioni Bigorio 2004 Expert Group).
- neurolettici a piccole dosi: levopromazina (Nozinan®) 1–3–5 mg ogni 8h po o sc, tanto più se il paziente può beneficiare degli effetti colinergici propri (p.e. diminuzione delle secrezioni bronco-tracheali)

3.3.4 Fisioterapia respiratoria

Obiettivi:

- Liberare dalle secrezioni in maniera dolce ed efficace, combattere l'ipoventilazione, favorire una respirazione efficace

Misure applicate:

- Massaggi, vibrazioni, aumento della fase espiratoria, spirometria incentivante, Posizione di confort respiratorio

3.4. Dispnea refrattaria

- Rivalutazione globale delle eziologie e delle misure terapeutiche.
- Discutere l'ospedalizzazione o un consulto specializzato.
- In caso di fallimento di tutte le altre misure: discutere la sedazione (vedi raccomandazioni Bigorio 2005)

3.5. Terapie complementari nel trattamento della dispnea

Alcuni studi randomizzati hanno messo in evidenza una diminuzione della dispnea nei pazienti affetti da BPCO moderata e severa grazie all'agopuntura e alla digitopressione. Il rilassamento muscolare progressivo si è dimostrato efficace sulla dispnea in pazienti con BPCO e tumori polmonari. Esercizi respiratori in associazione con strategie di sostegno contribuiscono a diminuire la dispnea e a migliorare la capacità funzionale.

4. Tema speciale: Il rantolo terminale

Definizione

Respirazione rumorosa prodotta dalla turbolenza dell'aria che passa attraverso secrezioni accumulate nella orofaringe e nell'albero bronchiale, in un paziente prossimo alla morte e incapace di eliminare le secrezioni tramite il meccanismo della tosse o della deglutizione.

Fattori di rischio: tumore polmonare e/o cerebrale

Incidenza: 40-90%

Spesso ansiogeno per i famigliari.

Misure generali

- spiegazione/rassicurazione della famiglia,
- posizionamento in decubito laterale o in posizione seduta per facilitare il drenaggio posturale,
- l'aspirazione non è generalmente consigliata,
- limitare l'idratazione ai bisogni metabolici,
- cure della bocca (secchezza della bocca aggravata dagli anticolinergici)

Misure farmacologiche

- Considerare una dose test di diuretici per escludere una componente di scompenso cardiaco (p.e.: Lasix® sc)
- Anti-colinergici:
 - Glicopirulato (Robinul®) sc 0,2 mg, se non c'è risposta dopo 1h, prescrivere 0,4 mg ogni 6h o 1,2–2mg sc in infusione continua sulle 24h
 - Hyoscine butylbromide (Buscopan®) 20 mg sc, se miglioramento dopo 1h considerare una perfusione continua sc 60–120 (–240)mg/24h
 - Scopolamina (Transcop®) patch da rinnovare ogni 72h. Attenzione: rischio di delirium
 - Levomepromazina (Nozinan®): 6,25 mg sc, max 2–3x/die

Efficacia nell'80% dei casi, nel restante 20% di non beneficio, in particolare in caso di edema polmonare o di infezione polmonare (trattamento specifico da introdurre eventualmente).

La rassicurazione dei famigliari, il sostegno e il trattamento anticolinergico migliorano il distress dei famigliari nel 90% dei casi.

**Consensus sulla Best Practice in cure palliative in Svizzera
– gruppo di esperti della Società Svizzera di Cure Palliative –**

5. Letteratura

1. Roberts DK, Thorne SE, Pearson C. The experience of dyspnea in late-stage cancer. Patients' and nurses' perspectives. *Cancer Nurs* 1993; 16:310-20.
2. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159:321-40.
3. Dudgeon DJ. Managing dyspnea and cough. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002; 16:557-77.
4. Ripamonti C, Fusco F. Respiratory problems in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002; 10:204-16.
5. Lamallem H, Margery J, Ruffie P, Di Palma M. [Management of dyspnea in the cancer patient]. *Bull Cancer* 2003; 90:214-8.
6. L'infirmière et les soins palliatifs. In: SFAP cdsi, ed. Paris, 1999:237.
7. Shee CD. Palliation in chronic respiratory disease. *Palliat Med* 1995; 9:3-12.
8. Ripamonti C, Fulfaro F, Bruera E. Dyspnoea in patients with advanced cancer: incidence, causes and treatments. *Cancer Treat Rev* 1998; 24:69-80.
9. Hill KM, Muers MF. Palliative care for patients with non-malignant end stage respiratory disease. *Thorax* 2000; 55:979-81.
10. Addington-Hall JM, Gibbs JS. Heart failure now on the palliative care agenda. *Palliat Med* 2000; 14:361-2.
11. Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *Lancet Oncol* 2002; 3:223-8.
12. Ripamonti C. Management of dyspnea in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1999; 7:233-43.
13. Bruera E, de Stoutz N, Velasco-Leiva A, Schoeller T, Hanson J. Effects of oxygen on dyspnoea in hypoxaemic terminal-cancer patients. *Lancet* 1993; 342:13-4.
14. Bruera E, MacEachern T, Ripamonti C, Hanson J. Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients. *Ann Intern Med* 1993; 119:906-7.
15. Booth S, Wade R, Johnson M, Kite S, Swannick M, Anderson H. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. *Respir Med* 2004; 98:66-77.
16. Mazzocato C, Buclin T, Rapin CH. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: a randomized double-blind controlled trial. *Ann Oncol* 1999; 10:1511-4.
17. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax* 2002; 57:939-44.
18. Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20:374-87.
19. Bennett M, Lucas V, Brennan M, Hughes A, O'Donnell V, Wee B. Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care. *Palliat Med* 2002; 16:369-74.