

**LA COMPLESSITA' NEL
PAZIENTE ONCOLOGICO IN
FASE AVANZATA**

AIROLDI MARIO
ONCOLOGIA MEDICA
OSP. S. GIOVANNI ANTICA SEDE
TORINO

UN COMPLESSO NETWORK

- PAZIENTE-FAMIGLIA
- ONCOLOGO MEDICO-INFERMIERE
- TERAPISTA DEL DOLORE-INTERNISTA
- DIETOLOGO
- ORTOPEDICO-FISIOTERAPISTA
- ASSISTENTE SOCIALE
- ARTETERAPEUTA
- VOLONTARI

IL PAZIENTE

PHASE I STUDY : EXPECTATIONS (Toronto)

- A PHASE I = PR 5 % + NC 21 %
- EXPECTED PROBABILITY OF
RESPONSE = 60% TOXICITY = 40%
- SURVIVAL 1-2 yrs WITHOUT
TREATMENT vs 4-6 WITH THE DRUG

LIFE QUALITY DURING CT

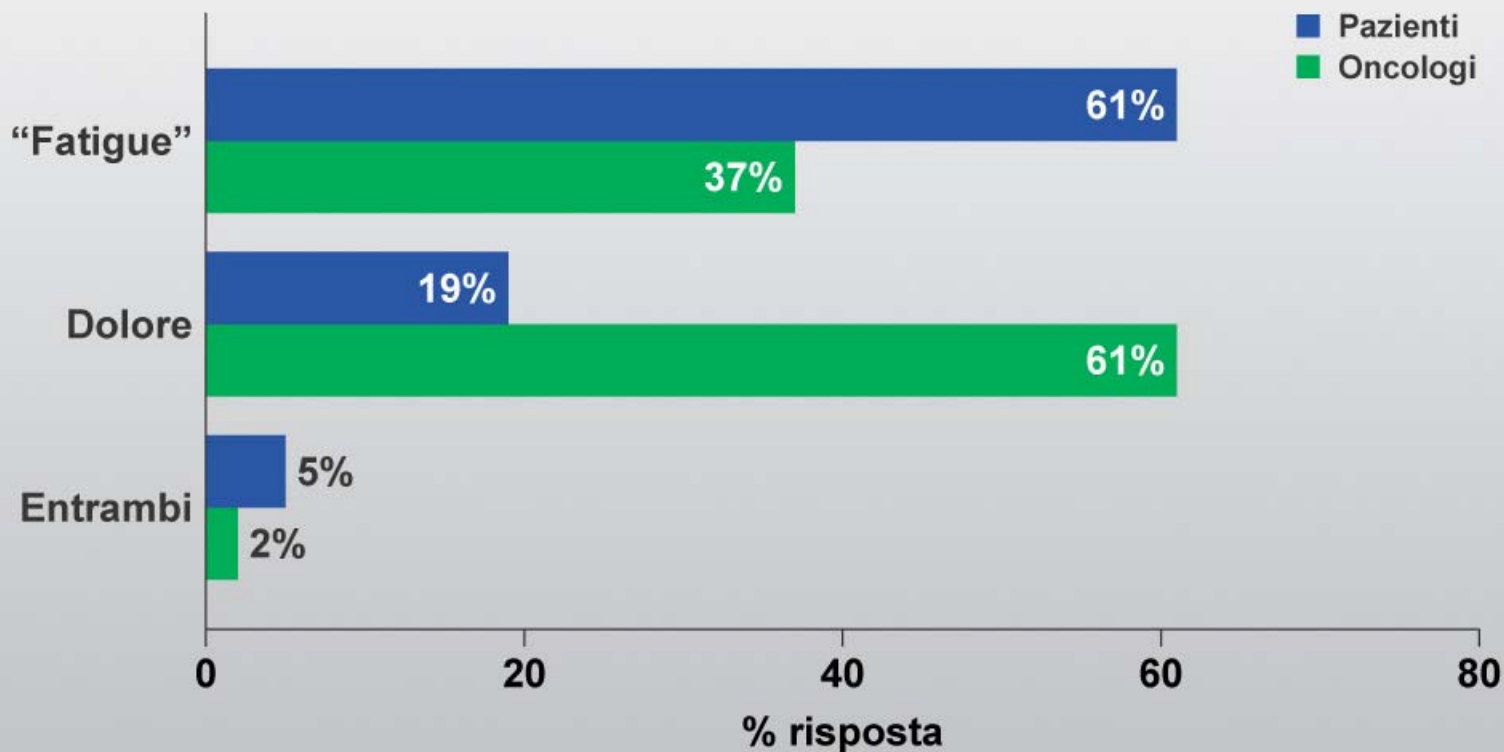
- 787 pts - 110 centers - Cergas Bocconi

- Declared Spoken Asked Treated Prescribed

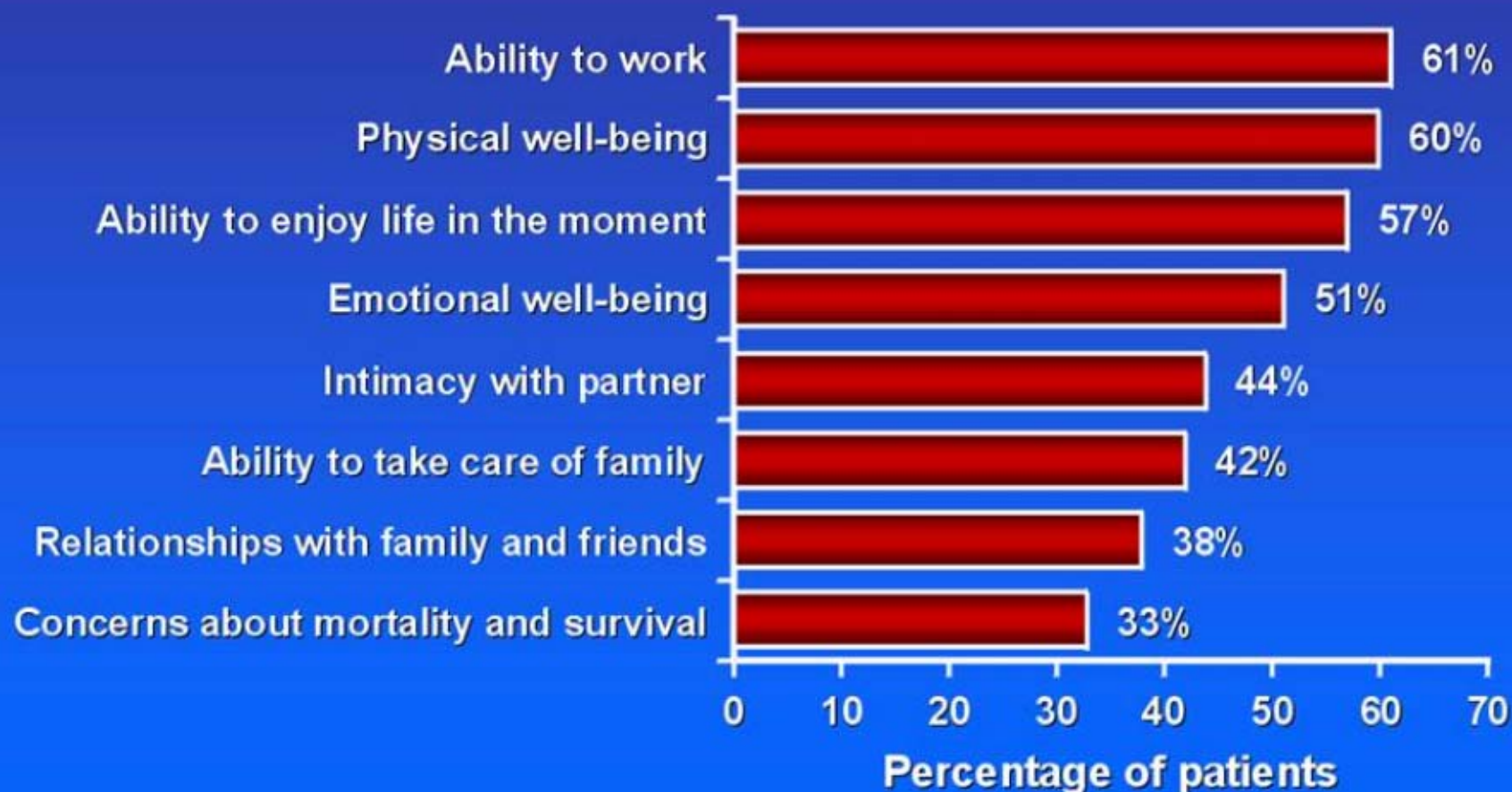
■ Fatigue	89%	40%	99%	30%	20%
Nausea	86%	45%	100%	62%	99%
Pain	74%	39%	100%	53%	89%
Depression	73%	20%	90%	15%	8%

- Oncologists don't perceive the discomfort of these pts that are reluctant to communicate. Oncologists treated nausea and pain even in absence of pt communication. Depression is ignored by the oncologist and fatigue has low attention.

Quale sintomo altera maggiormente la vita quotidiana dei pazienti oncologici?



The clinical importance of fatigue (I): the areas of daily life negatively affected by fatigue according to cancer patients



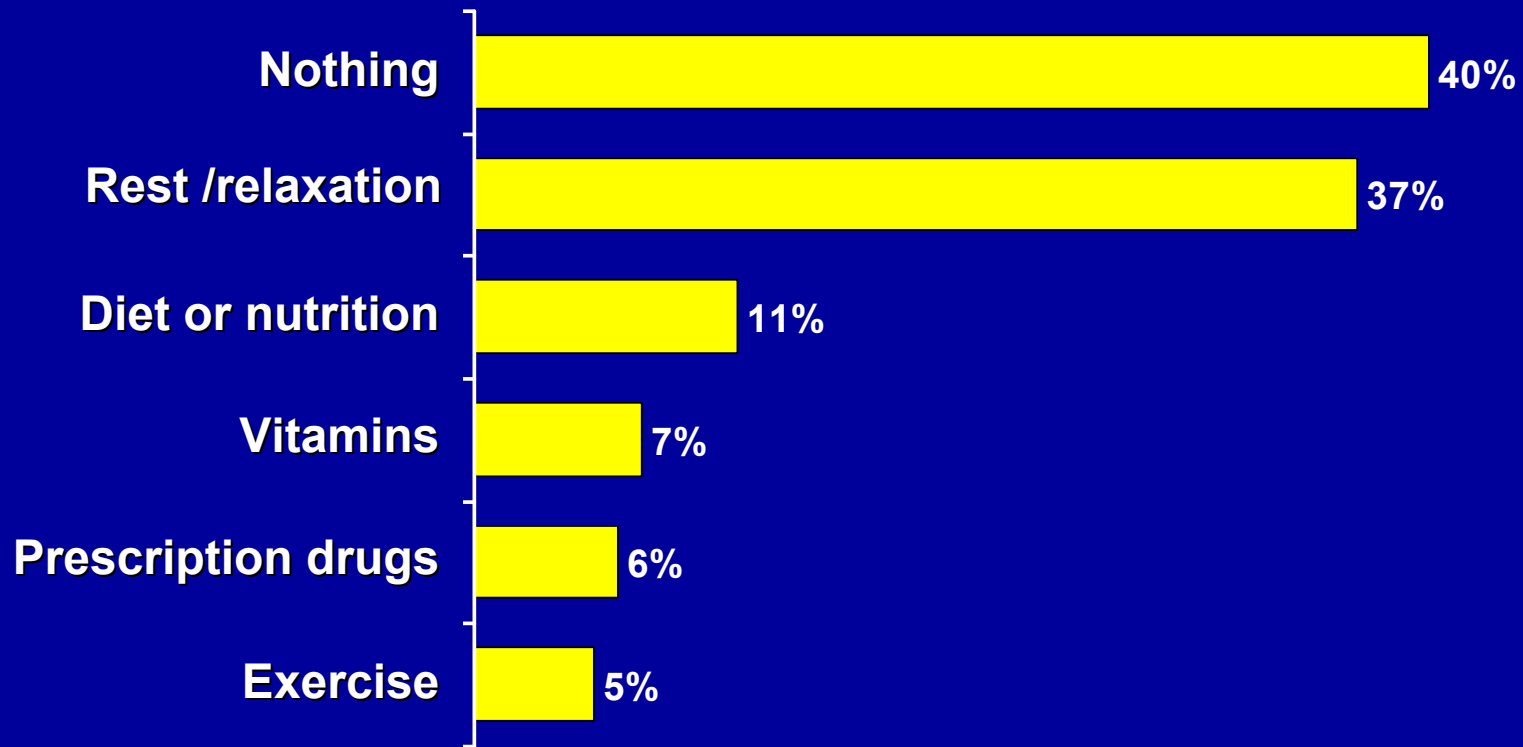
FATIGUE IS RELATED TO:

- ANEMIA
- WEIGHT LOSS (LOSS OF MUSCLE BULK)
- SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE (?) (IL-1,IL-6,TNF-A)
- PSYCHOLOGICAL DISTRESS
- DEPRESSION
- ABNORMALITIES OF ENERGY METABOLISM
- NEUROPHYSIOLOGIC CHANGE IN MUSCLE
- HYPOTHALAMIC-PITUITARY AXIS DYSFUNCTION
- RESPIRATORY INSUFFICIENCY (HYPOXEMIA)
- PAIN
- TREATMENTS
- COMORBIDITIES (HEART DISEASE) - INFECTIONS
- INSUFFICIENT SLEEP

La fatigue negli anziani

- Il 99% dei pazienti ha riportato vari livelli di fatigue nella settimana precedente
- Il 72.7% presentava fatigue al momento della valutazione
- Il 54% ha provato fatigue durante tutti i 7 giorni, in qualche momento della giornata, nella settimana prima della valutazione

Q: What, if Anything, Did Your Doctor Prescribe or Recommend to Help Reduce Your Fatigue?



Chemotherapy patients who experience(d) fatigue, n=301

V. HUGO: L'uomo che ride

*NEL DESTINO DI OGNI UOMO PUO'
ESSERCI UNA FINE DEL MONDO
FATTA SOLO PER LUI.*

SI CHIAMA DISPERAZIONE.

*L'ANIMA E' PIENA DI STELLE
CADENTI*

DISAGIO PSICOLOGICO

- ANSIA (stress diagnosi e terapia, dolore, da farmaci, paure pregresse, futuro famigliari)
- DEPRESSIONE
- DELIRIUM

MECCANISMI DIFENSIVI

- RAZIONALIZZAZIONE (distacco scienza)
- SUBLIMAZIONE (religione)
- COMPENSAZIONE (anziano, bilancio esistenziale)
- SPOSTAMENTO (ansia da malattia a cura; talvolta aggressivo verso staff -> depresso)
- * NEGAZIONE (fino a rifiuto cure o cure alternative)

I BISOGNI

- SICUREZZA (no minaccia imminente)
- APPARTENENZA (non un peso)
- AMORE (toccarsi)
- COMPRENSIONE (ascoltato, rispettato)
- ACCETTAZIONE (fisica e mentale)
- AUTOSTIMA (decisioni e ruolo familiare)
- FIDUCIA (no mistificare, potersi affidare)

ANGOSCIA TERMINALE

- **SENSO PERDITA** (corpo, propria identità)
- **IMPOTENZA GENERALE**
- **DISPERAZIONE**
- **PERDITA RUOLO SOCIALE E FAMILIARE**

ADATTAMENTO ALLA TERMINALITA'

- **RIFIUTO** (negazione per superare angoscia
→ utile)
- **RABBIA** → medici incompetenti, cure
inutili
- **DEPRESSIONE REATTIVA/
ANTICIPATORIA**
- **PATTEGGIAMENTO** (ultimi desideri)
- **ACCETTAZIONE**

FATTORI CHE INFLUENZANO L'ADATTAMENTO

- * **LIVELLO DI DISAGIO FISICO** (> disagio < adattamento)
- **ESPERIENZE PRECEDENTI** (esperienze di persone viste o assistite in fase terminale)
- * **ATTEGGIAMENTO RELIGIOSO**
- * Relazione affettiva appagante, buon rapporto con i curanti, vita percepita soddisfacente, precedente capacità superare una crisi.

TREATMENT OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS

- FATIGUE SCORES HIGHEST IN BENZODIAZEPINE GROUP (Brown - Cancer 2005)
- SUPPORT GROUPS
- PSYCHOTHERAPY
- ANTIDEPRESSANTS

LA FAMIGLIA

DISAGIO DELLA FAMIGLIA

- **TENSIONE EMOTIVA** (ansia/depressione)
- **ESIGENZE FISICHE** (fatica assistenza)
- **INCERTEZZA** (speranza/paura)
- **PAURA PERDERE PERSONA CARA**
- **ALTERAZIONE STILE VITA/RUOLO**
- **RISVOLTI FINANZIARI**
- **NON SAPERE COME CONFORTARE**
- **INADEGUATEZZA DEI SERVIZI**
- **PROBLEMATICHE ESISTENZIALI**
- **SESSUALITA'**
- **DIVERGENZA DEI BISOGNI NELLA FAMIGLIA**
- **APPRENDERE TECNICHE SANITARIE**
- **GESTIONE DELLA PRIVACY FAMILIARE**
- **EFFETTI SUI BAMBINI**
- **BISOGNO DI AIUTO**

BISOGNI DELLA FAMIGLIA

- ESSERE CON IL PAZIENTE/MORENTE
- ESSERE D'AIUTO
- ASSICURAZIONI SUL BENESSERE
- INFORMAZIONE
- ESPRIMERE/SCAMBIARE EMOZIONI
- RICEVERE CONFORTO/SUPPORTO
- ACCETTATI E SUPPORTATI DAI SANITARI

LE DINAMICHE FAMILIARI

■ LE FAMIGLIE “INVISCHIATE”

Non vi sono ruoli definiti

Iperprotettive e di eccessivo coinvolgimento
(tutti proteggono tutti)

Trova difficoltà nell'accettare il problema e
fa finta di niente

Tende a rifiutare aiuto esterno

LE DINAMICHE FAMIGLIARI

■ LE FAMIGLIE “DISTACCATE”

ECCESSIVA RIGIDITA' DI RUOLI

MANCA SPINTA EMOZIONALE DI
AGGREGAZIONE E COESIONE

OGNUNO AFFRONTA LE DIFFICOLTA'
SENZA CHIEDERE AIUTO AGLI ALTRI

FORZE CENTRIFUGHE → CAOS →
DISPERAZIONE

LE DINAMICHE FAMILIARI

- LE FAMIGLIE A “FUNZIONAMENTO FLESSIBILE”

COESIONE ED INTIMITA’

PUR MANTENENDO OGNUNO IL PROPRIO RUOLO , CIASCUNO E’ APERTO AL SUPPORTO SOCIALE ESTERNO E AFFRONTA LE DIFFICOLTA’ DANDO LA GIUSTA MISURA ALLA SOFFERENZA

LE DINAMICHE FAMILIARI

- LE FAMIGLIE
MULTIPROBLEMATICHE
IMPOSSIBILE AZIONE
ADATTAMENTO
ALLO STRESS, NESSUNA STRATEGIA
REATTIVA → QUANDO LO STRESS
INSOSTENIBILE → DISGREGAZIONE
FAMIGLIA

LE FASI DI ADATTAMENTO FAMIGLIARE

- FASE DI SHOCK

SOLITUDINE ED IMPOTENZA

INEBETITI DI FRONTE ALLA

DIAGNOSI

LE FASI DI ADATTAMENTO FAMIGLIARE

■ FASE DI NEGAZIONE

CI SI DIFENDE PENSANDO A SBAGLIO
DI DIAGNOSI → CONSULTAZIONI
VARIE → VERDETTO

LE FASI DI ADATTAMENTO FAMIGLIARE

■ FASE RIELABORATIVA

F. INVISCHIATE → SI CHIUDONO ATTORNO AL MALATO, OSTACOLANDO LA RELAZIONE CON IL MEDICO

F. DISTACCATE → PER CONTENERE L'ANSIA DELEGANO TOTALMENTE L'ASSISTENZA DEL MALATO ALLE STRUTTURE SANITARIE

LE FASI DI ADATTAMENTO FAMIGLIARE

■ FASE DI DISPERAZIONE

PREMESSA PER LA STRATEGIA DI
RISOLUZIONE E ADATTAMENTO

RABBIA ESTREMA E FORTE
TENSIONE

EMERGONO LE DIFFERENTI
IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE ED
EMOTIVE ALL'INTERNO DEL
NUCLEO FAMIGLIARE

LE FASI DI ADATTAMENTO FAMIGLIARE

■ FASE DELL'ACCETTAZIONE

IN UN ADATTAMENTO TOTALE LA
FAMIGLIA COLLABORA CON IL
MALATO , ACCETTANDO IL NUOVO
“MODUS VIVENDI”

L'ONCOLOGO

ROLE OF A PHYSICIAN

- TO CURE SOMETIMES
- TO RELIEVE OFTEN
- TO COMFORT ALWAYS

ANONYMOUS 16th Century

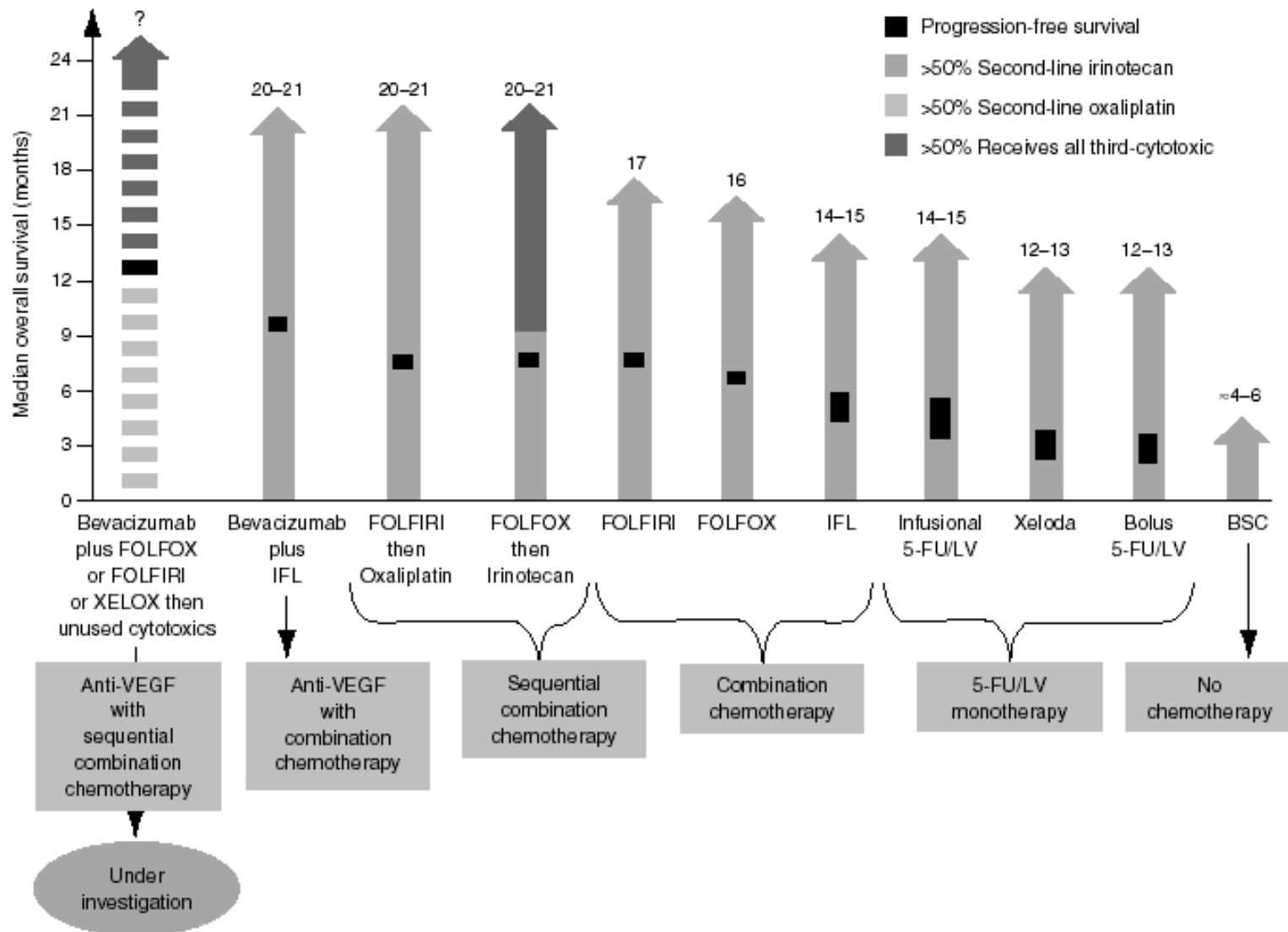
G.B. SHOW, The Devil Disciple

“IL PEGGIOR PECCATO
CONTRO I NOSTRI SIMILI
NON E' L'ODIO MA
L'INDIFFERENZA; QUESTA
E L'ESSENZA DELLA
DISUMANITA' “

LINES OF CHEMOTHERAPY

1 2 3 4

BREAST	+	+	+	>
TESTES	+	+	+	?
LUNG	+	+	+	
COLON	+	+	+	+
HEAD/NECK	+	+	?	
OVARY	+	+	?	
BLADDER	+	+	?	
GASTRIC	+	+	?	
PANCREAS	+	+	?	



RISING COST OF CHEMOTHERAPY

COSTS OF 8 wks FOR TREATMENT OF METASTATIC COLORECTAL CANCER

REGIMEN	COST USD
---------	----------

FU+LV q 4 w	63
CPT 11	9,497
WKL FU+CPT11 (IFL)	9,539
FOLFOX	11,889
FOLFOX+BEVACIZUMAB	21,033
WKL CPT11+CETUXIMAB	30,790

LIMITS OF ACTIVE THERAPIES : ETICHHS

- TOXICITY
- CHEMOREFRACTORY DISEASE
(failure of 1st line; PD after < 3 m, bulky)
- TIME-DEFINED OR UNTIL PD
- AGE
- PERFORMANCE STATUS (2 or more?)
- CLOSE TO DEATH

3 C OF ADVERSE EVENTS

- COMMON-COSTLY-CONSEQUENCE
- 6.5% OF HOSPITALIZATION -100,000 death/yr
- CLUSTER EVENTS > DAILY COSTS OF HOSPITALIZATION

MUCOSITIS BY CANCER TREATMENT

TREATMENT/PAZ n° G1-4 % G3-4 %

RT-C /2875

97

34

RT-AF /1096

100

57

RT+CT /1505

89

43

CT / 318

22

0

Duration = 39.7 d (7-98)

Mucositis in concurrent Chemoradiation

	G3		G4	
	Control	Exp	Control	Exp
FU	11%	32%	G3+4	
DDP cont RT	28%	37%	1%	12%
DDP+FU wide split	N/A	49%	N/A	0%
DDP+FU brief split	75%	77%	3%	0%
DDP+FU cont RT	26%	84%	4%	30%

Consequence of mucositis

G3-4 23 % → oral pain 69 %
dysphagia 56 %

G3-4 33% → opioid use 53 %
weight loss 34 %
> 10 % 17 %

FEEDING TUBE

Overall

Due to mucositis

RT - C 18 %

NR

RT - AF 28 %

NR

RT - CT 33 %

NR

Brizel HF vs HF+CT 29% vs 44%

CT OPTIMAL DURATION

■ **NEGATIVE:**

Toxicity

Intrusiveness

Costs

■ **POSITIVE:**

Survival amelioration

Symptom palliation

Quality of Life improvement

CT OPTIMAL DURATION

- A RECENT META-ANALYSIS OF 3 TRIALS INCLUDING 666 WOMEN INDICATED A SURVIVAL ADVANTAGE FOR WOMEN RANDOMIZED TO LONGER DURATIONS OF CT. MEDIAN SURVIVAL WAS 23% LONGER. THE SURVIVAL BENEFIT IS MODEST BUT SMALL INCREMENTS IN SURVIVAL DURATION ARE VALUED HIGHLY BY WOMEN WITH MBC AND IN ONE TRIAL IN WHICH QL WAS MEASURED, THOSE WHO RECEIVED MORE CT HAD A BETTER QL SCORE.

CT OPTIMAL DURATION

- **TWO RECENT RANDOMIZED TRIAL EVALUATED BRIEF DURATION OF CT (3 or 4 cycles) vs LONGER DURATION (6 cycles or continuous) IN NSCLC: NO BENEFIT IN ORR, SYMPTOM RELIEF, QL, OS. A THIRD STUDY RANDOMIZED 4 CYCLES --> OBSERVATION vs 4 CYCLES--> VNB 6 m. : NO OS BENEFIT. MORE TOXICITY!**

RESPONSE RATES OF CT IN THE ELDERLY (> 70 yrs)

ELVIS

(n=161)

MILES

(n=698)

VIN

BSC

VIN

GEM

ORR%

20

NR

18

16

DIS.C.%

50

NR

NR

NR

IRESSA: 29% disease control (61% prior CT)

PS IMPORTANCE

- IN SCLC THE RESPONSE RATE TO A SECOND LINE THERAPY IS 45% FOR PS 0-1 AND 39% FOR PS 2
- CALGB : Taxol vs carbo+taxol. Lower response rate in PS 2 but toxicity is acceptable

CT AT THE END OF LIFE

- 383 pts A. Einstein Med. C.- Philadelphia
- 144 pts (38%) received CT (63% vs 37% f/m; younger 52% vs 33%) . Chemosensitive lesions > chemoresistant but the probability of receiving CT in the last month (26%) and 6 months (43%) were similar in the groups.
- Shorter time in hospice according the use of CT closer to death(14 vs 27 d in 1 or 1-6m)

EMERGENZE IN ONCOLOGIA

- **CARDIOVASCOLARI** (Tamponamento cardiaco, sindrome vena cava superiore)
- **RESPIRATORIE** (infiltrati polmonari, indotte da chemio e/o radioterapia, emoftoe massiva, ostruzione vie aeree)
- **NEUROLOGICHE** (compressioni midollari epidurali, mts endomidollari, mts leptomeningee, alterazioni stato mentale, ipertensione endocranica, crisi convulsive, crisi acuta di dolore)
- **GASTROINTESTINALI** (addome acuto, occlusione intestinale, ostruzione vie biliari, perforazione, infezioni)

EMERGENZE IN ONCOLOGIA

- **GENITO-URINARIE** (emorragia, uropatia ostruttiva, sepsi urinaria, priapismo)
- **METABOLICHE** (ipercalcemia, sindrome da lisi tumorale, iponatremie, s. inappropriata produzione ormone antidiuretico, ipoglicemia, acidosi lattica)
- **EMATOLOGICHE** (iperleucocitosi, trombocitosi, policitemia, inadeguata proliferazione emopoietica)
- **INFETTIVE** (Neutropenia febbrile, sepsi)
- **COAGULATIVE** (s. tromboflebiti migranti, endocardite trombotica, CID)
- **DA CHEMIOTERAPIA** (r. allergiche, stravaso)

IL TERAPISTA DEL DOLORE

PREVALENZA DEL DOLORE

* **PREVALENZA MEDIA IN QUALUNQUE STADIO (23 STUDI)**

48 % (RANGE 38-100%)

* **PREVALENZA MEDIA IN FASE AVANZATA (27 STUDI)**

74 % (RANGE 53-100%)

Hearn & Higginson, 2003

SITI ANATOMICI

- 2266 PAZIENTI – 4542 SINDROMI
ALGICHE ANATOMICAMENTE
DISTINTE

- 30 % DEI PAZ. 1 SEDE
- 39 % DEI PAZ. 2 SEDI
- 31 % DEI PAZ. ≥ 3 SEDI

FISIOPATOLOGIA

- * DOLORE NOCICETTIVO
“PURO” (SOMATICO O VISCERALE) 47 %
- * DOLORE NEUROPATICO
“PURO” 8 %
- * DOLORE MISTO 42 %

INTENSITA' DEL DOLORE

- **MODERATO** 40-50 %
- **SEVERO** 25-30 %

IL DIETOLOGO

MALNUTRITION IN ONCOLOGY

- **OVERALL : 50 – 80 %**
- **MANY UPPER GI / HN CANCERS
HAVE MODERATE-SEVERE
MALNUTRITION AT THE ONSET**
- **20% OF CANCER DEATHS ARE DUE TO
MALNUTRITION**

CAUSE MALNUTRIZIONE

- XEROSTOMIA ,ODINOFAGIA. DISFAGIA
- ULCERE MALEODORANTI, INFEZIONI ORALI
- NAUSEA/VOMITO DA CT-RT, ASTENIA
- ALTERAZIONI OLFATTO E GUSTO
- DEPRESSIONE, STRESS, ANSIETA', AVVERSIONE AI CIBI, DOLORE
- ATROFIA O RIDUZIONI TRATTO GASTRO-ENTERICO, ALTERAZIONI METABOLISMO (acidosi lattica, aumento plasmatico degli ac. grassi liberi, alterazioni degli aminoacidi, ecc)

MALNUTRITION EFFECTS

- QoL IMPAIRMENT
- ELEVATION IN RISK OF INFECTIONS
- ENHANCES HOSPITALIZATION
- AUGMENTATION OF SEVERE HEMATOLOGIC TOXICITY (Alexandre 2003)
- OS REDUCTION
- CLINICAL OUTCOME CORRELATES WITH > 10% WEIGHT LOSS IN THE LAST 6 MONTHS

THE ONCOLOGIST ROLE: THE CONTINUUM OF CANCER CARE

**ITS A BENEFIT FOR THE
PATIENT AND IMPROVES
QUALITY OF CAREGIVING**

**NOW WE HAD TO
CREATE A
PALLIATIVE NET
BETWEEN CAREGIVERS AND
BETWEEN THE DIFFERENT
PLACE OF CARE**