



**GRUPPO DI STUDIO
TUMORI
TORACO POLMONARI**

RACCOMANDAZIONI:

**LA GESTIONE DEI SINTOMI NEL PAZIENTE CON
NEOPLASIA POLMONARE AVANZATA**



LA GESTIONE DEI SINTOMI NEL PAZIENTE CON NEOPLASIA POLMONARE AVANZATA

Coordinatore:

Gianmauro Numico (Aosta)

Estensori

Maura Anfossi (Cuneo)

Gioia Becchimanzi (Chivasso)

Sergio Bretti (Ivrea)

Ida Colantonio (Cuneo)

Andrea Filippi (Torino)

Lucia Garetto (Torino)

Teodoro Meloni (Aosta)

Marco Musi (Aosta)

Gianmauro Numico (Aosta)

Pierluigi Piovano (Alessandria)

Mariella Tessa (Asti)

Il documento è stato valutato e validato da tutto il

gruppo di studio sulle neoplasie toraco-polmonari così composto:

Ardissonne Francesco, Becchimanzi Gioia, Bertolaccini Luca, Botta Mario, Bretti Sergio, Brizio Rodolfo, Buffoni Lucio, Casadio Caterina, Clerico Mario, Colantonio Ida, Colmo Marco, Conti Paolo, Donati Giovanni, Filippi Andrea, Gallo Ettore, Gallo Valter, Garetto Lucia, Giay Levra Matteo, Liscia Daniele, Mancuso Maurizio, Massa Paolo, Meda Stefano, Montanara Sergio, Novello Silvia, Numico Gianmauro, Pontiglio Enrica, Rena Ottavio, Righi Luisella, Stivanello Michela, Tessa Maria, Tetti Monica, Tonda Laura, Vassallo Giuseppe.



Indice

| | |
|--|----------------|
| 1. Introduzione | pag. 4 |
| 2. Dolore | pag. 5 |
| 3. Dispnea | pag. 5 |
| 4. Malnutrizione e cachessia | pag. 6 |
| 5. Eventi trombo-embolici | pag. 7 |
| 6. Trattamento sintomatico dell'ipertensione endocranica | pag. 7 |
| 7. Ruolo della chemioterapia nel controllo dei sintomi | pag. 8 |
| 8. Il ruolo della radioterapia nel controllo dei sintomi | pag. 9 |
| 8.1 Radioterapia per il trattamento palliativo delle metastasi cerebrali..... | pag. 9 |
| - 8.1a Trattamento delle metastasi singole o di numero limitato (fino a 3-5) | |
| - 8.1b Trattamento delle metastasi multiple (>3-5) | |
| 9. Il ruolo della radiologia interventistica nel trattamento dei sintomi | pag. 10 |
| 9.1 Trattamento dell'emottisi: embolizzazione | |
| 9.2 Trattamento dell'ostruzione della vena cava superiore | |
| 10. Comunicazione con il paziente e pianificazione delle cure di fine vita..... | pag. 12 |
| Bibliografia | pag. 13 |

1. Introduzione.

M. Musi

L'integrazione precoce delle cure palliative nel percorso dei pazienti oncologici, durante i trattamenti attivi della malattia e non solo dopo la loro sospensione, è un concetto non recente, contenuto già nella definizione di Cure Palliative del WHO del 2002. Tale concetto è stato illustrato anche nelle riviste specialistiche oncologiche ⁽¹⁾ fatto proprio dall'AIOM, che sostiene il modello di integrazione definito "simultaneous care". ⁽²⁾

Il recente studio di Temel e coll. ⁽³⁾ ha radicalmente messo in discussione i vecchi paradigmi: le cure sintomatiche/di supporto/di sostegno psicologico e accompagnamento, applicate in concomitanza con la chemioterapia in pazienti con neoplasia polmonare metastatica, non solo migliorano alcuni parametri relativi alla qualità della vita (come atteso), ma sorprendentemente aumentano la sopravvivenza in modo significativo e in quantità paragonabile a quella della prima linea di chemioterapia (11,6 vs 8,9 mesi; $p=0,02$). L'editoriale che accompagna l'articolo considera "unsurprisingly" che ridurre la sofferenza dei pazienti li aiuti a vivere di più.

Quali siano le componenti e l'articolazione delle cure palliative, capaci di produrre senza tossicità effetti terapeutici di tale entità, è definito ad esempio nelle linee-guida del NCCN: ne fanno parte il trattamento delle comorbidità e dei sintomi, il supporto psicologico, sociale e spirituale, la pianificazione delle cure e del fine vita, la sensibilità culturale, in un processo che include la valutazione dell'esito e l'intensificazione delle cure se questo è insoddisfacente. Si tratta di azioni differenti da quelle abitualmente considerate e definite come "best supportive care". Una revisione di queste pratiche, le considera invece non coerenti con alcuno standard, "routine" piuttosto che "best", spesso anzi "substandard" ⁽⁴⁾. La terapia di supporto e palliativa deve quindi essere affrontata con lo stesso rigore metodologico, professionalità e aderenza agli standard adottati per le terapie "disease-modifying." ⁽⁴⁾ Il trattamento palliativo deve essere considerato una componente irrinunciabile del trattamento complessivo del malati con tumore del polmone avanzato.

Quali devono essere gli aspetti di malattia da considerare integrali ad un corretto inquadramento del paziente con neoplasia del polmone avanzata?

Nei capitoli che seguono verranno prese in considerazione le condizioni di patologia di più frequente riscontro nelle neoplasie polmonari e, sulla base della letteratura scientifica disponibile saranno suggeriti gli strumenti terapeutici più appropriati, insieme ai riferimenti all'interno della Rete in cui è possibile riceverli.

2. Dolore ^(5,6)

G. Becchimanzi

Tutti i pazienti con neoplasia del polmone devono essere interrogati sulla presenza del dolore.

E' necessario rilevare, con apposite scale riconosciute, l'intensità del dolore, sia alla valutazione iniziale del paziente, che alle successive visite.

Devono essere attentamente indagate la sede del dolore e la sua irradiazione e altre caratteristiche quali: il tipo, la frequenza, la durata, la relazione con il movimento, con il respiro o con la tosse.

La valutazione del dolore deve essere riportata in cartella e utilizzata sia per la prescrizione iniziale sia per gli aggiustamenti successivi della terapia antalgica.

La terapia del dolore deve essere impostata precocemente e la sua efficacia deve essere regolarmente valutata.

L'approccio terapeutico deve seguire le indicazioni dell'OMS:

- somministrazione degli analgesici ad orari fissi
- somministrazione al bisogno solo per il dolore incidente (prevedere sempre la dose "rescue")
- mantenere l'analgesia per tutto l'arco delle 24 ore
- utilizzare la via di somministrazione meno invasiva
- rispettare il dosaggio massimo dei farmaci caratterizzati da "effetto tetto" (2° gradino della Scala OMS)
- trattare energicamente gli effetti collaterali

In caso di dolore muscolo-scheletrico è indicata la ricerca con esami strumentali (scintigrafia scheletrica o TC-PET con fdg) di localizzazioni scheletriche di malattia.

In presenza di localizzazioni scheletriche va preso in considerazione un trattamento di radioterapia palliativa finalizzato al controllo del dolore.

In pazienti con dolore non responsivo alla terapia farmacologica convenzionale, va richiesta una consulenza dello specialista di terapia antalgica, per effettuare eventuale rotazione degli oppioidi e/o ricorso a farmaci non di uso routinario (es.: metadone e/o anticonvulsivanti) e/o tecniche invasive.

Da non trascurare:

- dare importanza all'ascolto attento e alla comunicazione con il paziente e la famiglia;
- non negare o sottostimare il dolore: credere sempre al paziente;
- concordare gli approcci terapeutici con il paziente (Alleanza Terapeutica);
- disponibilità tempestiva dei farmaci analgesici presenti nei prontuari terapeutici regionali.

3. Dispnea

S. Bretti

E' raccomandata una valutazione anamnestica della dispnea alla prima visita e periodicamente nel tempo. In caso di dispnea devono essere valutate le cause potenzialmente correggibili.

In particolare devono essere condotti accertamenti con esami di laboratorio e strumentali indirizzati alla diagnosi delle seguenti condizioni:

- Ostruzione localizzata dell'albero bronchiale
- Versamento pleurico o pericardico (cfr procedura allegata)
- Embolia polmonare
- Focolaio bronco-pneumonico o riacutizzazione di bronchite cronica
- Scompenso cardiaco

In caso di mancata evidenza di una causa reversibile, la dispnea va trattata farmacologicamente. Il trattamento convenzionale della dispnea è costituito dalla morfina o suoi derivati, eventualmente associati all'uso di benzodiazepine. Altri farmaci come broncodilatatori, steroidi, diuretici vanno utilizzati secondo indicazioni cliniche specifiche.

L'ossigeno non ha una dimostrata funzione palliativa e va utilizzato solo in caso di ipossiemia documentata (saturazione dell'O₂ inferiore a 90% o PaO₂ < 60 mmHg).

Vanno prese in considerazione terapie non farmacologiche come le tecniche di rilassamento e il supporto psicologico.

4. Malnutrizione e cachessia

L. Garetto

La valutazione del calo ponderale negli ultimi 6 mesi deve essere sempre eseguita e riportata nella cartella clinica. Il peso corporeo e l'anamnesi nutrizionale devono essere periodicamente rivalutate.

In caso di calo ponderale superiore al 5% negli ultimi 6 mesi il paziente deve essere sottoposto a valutazione nutrizionale. La valutazione nutrizionale è onnicomprensiva di rilievi anamnestici (variazioni del peso abituale, calcolo dell'indice di massa corporea BMI, presenza di sintomi che possano precludere alimentazione, valutazione dell'apporto alimentare, tollerabilità e preferenze alimentari del paziente) esame obiettivo (perdita/acquisto di massa magra/muscoli e/o massa grassa, presenza di edemi localizzati o diffusi o altri segni di deplezione), misurazioni antropometriche, esami di laboratorio (albumina sierica, prealbumina, transferrina sierica, conta linfocitaria assoluta, prot. C reattiva, fibrinogeno). I fabbisogni nutrizionali saranno stimati secondo le linee guida SINPE 2002 per i pazienti oncologici.

Terapia farmacologica. Al momento gli unici farmaci con indicazione terapeutica ministeriale per la cachessia sono i progestinici ad alte dosi. Questi farmaci, stimolanti dell'appetito, determinano un aumento di peso corporeo dovuto a un aumento della massa grassa, ma non sono in grado di determinare aumento della massa magra né di migliorare la qualità di vita o la sopravvivenza, e presentano un rischio di trombosi venosa profonda. Altri farmaci potenzialmente utili sono gli steroidi, i procinetici e i farmaci antidepressivi.

L'integrazione nutrizionale per os è il trattamento di scelta in caso di dimostrata malnutrizione.

La nutrizione artificiale va riservata ai seguenti casi:

- paziente disfagico e/o con gravi difficoltà digestive, ma con malattia oncologica stazionaria, con aspettativa di vita di almeno 2 mesi,
- presenza di malnutrizione legata più al digiuno che al tumore,
- buon controllo dei sintomi legati alla neoplasia,
- non coinvolgimento neoplastico di organi vitali.

5. Eventi trombo-embolici.

P.Piovano

Profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente ospedalizzato per cause mediche: nei pazienti che non presentano controindicazioni mediche si raccomanda di eseguire la profilassi con eparina non frazionata (alla dose di 5000 U sc x 2-3/die) oppure eparina a basso peso molecolare (Enoxaparina 40 mg sc/die, Dalteparina 5000 U sc/die, Fondaparinux 2.5 mg sc/die) o anche con antagonisti orali della vitamina K (warfarin mantenendo l'INR intorno ad 1.5). Nei pazienti con controindicazioni mediche alla profilassi farmacologica è consigliabile l'uso di calze elastiche. Nel paziente ospedalizzato per cause chirurgiche la profilassi va eseguita per un mese dalla data dell'intervento.

Non è raccomandata l'esecuzione della profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente ambulatoriale. Può essere presa in considerazione nel paziente con *score* di rischio secondo la scala di Korana ≥ 3 . Va inoltre considerato quale ulteriore fattore di rischio l'esecuzione di un trattamento con cisplatino e gemcitabina.

Nel paziente con neoplasia polmonare avanzata il tromboembolismo venoso va considerato con una bassa soglia di sospetto clinico. In caso di sospetto di trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare, in assenza di controindicazioni mediche, è raccomandata una terapia anticoagulante con eparina a basso peso molecolare o fondaparinux. A conferma dell'evento trombotico, la terapia anticoagulante va proseguita per una durata di almeno 3 mesi.

In caso di embolia polmonare e controindicazione alla terapia anticoagulante o in caso di recidiva di trombosi in corso di terapia anticoagulante va preso in considerazione il posizionamento di un filtro cavale.

6. Trattamento sintomatico dell'ipertensione endocranica.

G.Numico

Pazienti asintomatici

La sola presenza di metastasi cerebrali in assenza di sintomatologia neurologica non costituisce una indicazione alla terapia antiedemigena.

Pazienti con sintomatologia neurologica

Il trattamento elettivo è rappresentato dal desametasone alla dose di 4 mg/die in unica somministrazione, per os o i.v. Il dosaggio va rapidamente aumentato qualora non sia evidente un beneficio clinico nelle prime 48 ore. La dose può essere portata a 16-32 mg/die in 2 somministrazioni giornaliere. Tali

dosaggi devono tuttavia essere ridotti entro 7 giorni dall'inizio. In caso di sintomatologia severa o grave minaccia per la vita un tentativo con Mannitolo può essere effettuato (250 ml di una soluzione al 20% in infusione di 30 min ogni 4-6 ore). Il mannitolo va sospeso entro 3-4 giorni dall'inizio. La sospensione deve essere immediata. La riduzione graduale o la somministrazione con frequenza inferiore non sono utili.

Pazienti candidati a ricevere radioterapia

Una terapia con steroide è indicata in tutti i pazienti sottoposti a trattamento radiante sull'encefalo, a prescindere dalla presenza di sintomatologia neurologica. Il desametasone alla dose di 4 mg/die (somministrazione per os, i.m. o i.v.) deve essere iniziato 48 ore prima dell'inizio del trattamento radiante e proseguito per tutta la durata del trattamento. In caso di comparsa o peggioramento della sintomatologia neurologica la dose può essere incrementata a 16 – 32 mg/die. Al termine del trattamento lo steroide va ridotto del 50% ogni 7 giorni fino a definitiva sospensione. In caso di comparsa di sintomi alla riduzione di dose la stessa va riportata al livello precedente.

7. Ruolo della chemioterapia nel controllo dei sintomi.

I.Colantonio, G.Numico.

Il trattamento con farmaci chemioterapici è indicato in tutti i pazienti con neoplasia polmonare in stadio avanzato e con Performance Status da 0 a 2. L'età anagrafica non rappresenta un criterio di esclusione dal trattamento. Si raccomanda di non sottoporre a trattamento chemioterapico pazienti con PS > 2.

Nel paziente sintomatico la chemioterapia non deve costituire l'unica scelta di trattamento: deve essere preso in considerazione l'inizio di una adeguata terapia di supporto. In caso di peggioramento clinico nel corso del trattamento chemioterapico quest'ultimo va sospeso a prescindere dalla risposta obiettiva.

La polichemioterapia contenente platino (cis o carboplatino) è il trattamento migliore in tutti i setting di cura. La monochemioterapia è il trattamento di scelta per i pazienti con PS 2 o con comorbidità che controindichino l'uso del platino.

E' considerato convenzionale eseguire fino a 2 linee di chemioterapia. Si raccomanda di non eseguire ulteriori linee di trattamento specie in caso di mancata risposta ai precedenti trattamenti e di PS > 1. E' invece raccomandabile l'inserimento in studi clinici.

In tutti i pazienti con neoplasia non squamosa è consigliabile eseguire la ricerca della mutazione del gene EGFR. Un trattamento con un farmaco anti-EGFR è raccomandato in prima o seconda linea in casi di mutazione del gene anche per PS > 2.

In caso di metastasi cerebrali, in presenza di sintomi da ipertensione endocranica (cefalea e vomito) la radioterapia pan-encefalica, in associazione alla terapia antiedemigena sono il trattamento di prima scelta.

Il trattamento chemioterapico deve essere posticipato al termine della radioterapia. Nel paziente asintomatico o con sintomi di deficit, quando indicato trattamento polichemioterapico convenzionale, la

chemioterapia può essere eseguita come primo trattamento e la radioterapia riservata ai casi di mancata risposta.

8. Il ruolo della radioterapia nel controllo dei sintomi.

M. Tessa, A. Filippi.

Indicazioni cliniche: pazienti affetti da SCLC-NSCLC in progressione toracica che presentino uno o più dei seguenti sintomi: emottisi, tosse persistente, dolore toracico, dispnea secondaria a ostruzione bronchiale, disfagia da compressione esofagea e sindrome da ostruzione della vena cava superiore.

Protocolli di trattamento: a discrezione del Centro di Radioterapia di riferimento sulla base dei dati clinico-radiologici, con programmi che vanno da un minimo di 5 sedute a un massimo di 15 sedute. La tecnica di irradiazione consigliata è 3D, ma in condizioni di urgenza clinica è possibile che il trattamento venga eseguito con pianificazione 2D. E' eseguibile in tutti i Centri piemontesi.

Tecniche speciali. La brachiterapia endobronchiale è indicata nel trattamento sintomatico di emottisi, tosse, atelettasia e/o dispnea da ostruzione bronchiale, specie in pazienti già sottoposti a trattamento radiante con fasci esterni. La brachiterapia può essere eseguita come unico atto terapeutico, oppure come consolidamento del risultato dopo 20-30 giorni dalla disostruzione con laser o elettrobisturi.

E' eseguibile presso :

- Radioterapia e Pneumologia di Asti. Referente: dr. Maria Tessa. Per contatti: Tel: 0141-485900 – 489778

Mail: MTessa@asl.at.it

- Radioterapia e Pneumologia di Candiolo. Referente: dr. Elena Del Mastro. Per contatti: tel. 011-9933706

Mail: elena.delmastro@ircc.it

8.1 Radioterapia per il trattamento palliativo delle metastasi cerebrali

8.1a Trattamento delle metastasi singole o di numero limitato (fino a 3-5)

Indicazioni cliniche: la radiochirurgia stereotassica è raccomandata in tutti i pazienti con lesioni di diametro ≤ 1 cm, e nei pazienti con lesioni > 1 cm e < 3.5 cm localizzate in aree eloquenti, nei gangli della base o nel tronco, oppure non resecabili per comorbidità o per malattia metastatica attiva extracranica. In presenza di multiple lesioni, con una o più di dimensioni superiori ai 2-3 cm, l'indicazione ad eventuale radiochirurgia è riservata a casi selezionati ed è a discrezione del radio-oncologo curante sulla base di parametri clinici e radiologici.

Il trattamento radio-chirurgico può essere seguito da RT panencefalica adiuvante sulla base della classe di rischio.

La panirradiazione encefalica è da considerarsi, in alternativa alla radiochirurgia, in tutti i pazienti con malattia sistemica attiva e/o sintomatici o in cui non sia indicato un trattamento radiochirurgico (e con Karnofsky ≥ 70).

Protocolli di trattamento e tecniche speciali: la dose di radiochirurgia può variare indicativamente fra 15-24 Gy a seconda della dimensione della lesione. Per l'irradiazione panencefalica sono consigliati schemi ipofrazionati (es. 30 Gy in 10 frazioni).

8.1b Trattamento delle metastasi multiple (> 3-5)

Indicazioni cliniche e protocolli di trattamento: la panirradiazione encefalica, con schemi ipofrazionati (es. 30 Gy in 10 frazioni), è lo standard per i pazienti con P.S. Karnofsky ≥ 70 . Per i pazienti con P.S. Karnofsky < 70 si consiglia sola terapia di supporto, anche se è a discrezione del radio-oncologo curante la valutazione individuale dell'indicazione sulla base dell'istologia, dell'aspettativa di vita, della presenza o meno di sintomi e dell'efficacia della terapia di supporto.

Centri di radiochirurgia

Torino, Università di Torino – Ospedale Molinette (Città della Salute e della Scienza)

Torino, Ospedale Mauriziano

Torino, Ospedale S. Anna (Città della Salute e della Scienza)

Novara, Università del Piemonte Orientale – Ospedale di Novara

9. Il ruolo della radiologia interventistica nel trattamento dei sintomi

T.Meloni

9.1 Trattamento dell'emottisi: embolizzazione. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

L'emottisi è una complicanza che si presenta nel 10-30% dei pazienti con tumore polmonare ed ha carattere massivo nel 10% di questi. L'embolizzazione delle arterie bronchiali rappresenta una importante opzione terapeutica nel controllo dell'emottisi massiva o ricorrente.

Indicazioni: Controllo dell'emottisi clinicamente rilevante, massiva o ricorrente, in paziente con neoplasia polmonare. Valida alternativa all'intervento chirurgico, endoscopico o radioterapico, ove questi siano inefficaci o siano controindicati per le condizioni cliniche del paziente.

Tecnica: CT del torace preliminare per individuare la possibile sede del sanguinamento, l'origine dei rami bronchiali o di altri vasi coinvolti, per pianificare il trattamento.

Valutazione del profilo coagulativo ed eventuale correzione dei parametri; anestesia locale ed eventuale moderata sedazione. Eparina durante la procedura.

Accesso usualmente femorale con impiego di materiale di cateterismo (guide angiografiche e cateteri, catetere guida, micro cateteri e micro guide, materiale embolizzante) scelto sulla base dell'esperienza dell'operatore.

Preliminare aortografia toracica finalizzata alla identificazione dell'origine delle arterie, facoltativa. Cateterismo selettivo prossimale delle arterie (bronchiali, intercostali, succlavia, laterale toracica, toracica intera) con impiego di cateteri diagnostici preformati solitamente 5F; eventuale impiego di catetere guida.

Cateterismo superselettivo distale con micro cateteri coassiali di piccolo diametro, 2.8-3F.

Embolizzazione distale con uso di particelle non riassorbibili: polivinil alcool, 300-500 micron, o altre particelle non riassorbibili, microsferi tris-acryl (meno utilizzati colle, Contour, spugna di gelatina; spirali solo in casi particolari a completamento di una embolizzazione distale o per evitare embolizzazioni indesiderate).

Il successo tecnico è raggiunto quando, al controllo angiografico, si ottiene l'arresto del circolo distale e la stasi prossimale nelle arterie bersaglio.

Il successo clinico è dato dalla risoluzione completa dell'emottisi o da una riduzione significativa della stessa, tale da migliorare le condizioni cliniche del paziente.

Risultati: il successo tecnico può essere ottenuto in oltre il 90% dei casi. Il successo clinico può essere raggiunto nel 80% dei casi, completo 60% e parziale 20%. Il fallimento tecnico è solitamente legato all'impossibilità di cateterizzare selettivamente ed embolizzare tutti i vasi coinvolti.

La recidiva dell'emottisi può verificarsi nel 15-30% dei casi ed è maggiore nei pazienti con progressione di malattia e può essere legata alla ricanalizzazione di arterie embolizzate, al reclutamento di nuove arterie, primitivamente non coinvolte, o a seguito della progressione della malattia.

Complicanze: sono rare. Vengono descritti dolore toracico, disfagia, febbre, necrosi esofagea o bronchiale, dissezione della parete aortica, cecità corticale transitoria, infarto polmonare, ematoma inguinale, nefropatia da mezzo di contrasto.

La più temuta è l'ischemia midollare conseguente ad embolizzazione indesiderata di una arteria spinale con conseguente paralisi degli arti inferiori; riportata in percentuali che variano dal 1 al 6%, è oggi meno frequente.

9.2 Trattamento dell'ostruzione della vena cava superiore. ⁽¹¹⁻¹²⁾

Causata da una ostruzione al flusso venoso della parte superiore del corpo più spesso, 95% dei casi, dovuta a una patologia maligna, spesso un tumore polmonare localmente avanzato, che causa una compressione, meno spesso una infiltrazione, dei vasi venosi centrali.

La ricanalizzazione endovascolare con stenting delle vene centrali rappresenta oggi l'intervento di prima linea.

Indicazioni: risoluzione dei sintomi della sindrome della vena cava superiore (segni e sintomi neurologici, toracici o laringo-faringei, facciali, dilatazione venosa).

Lo stenting permette di ottenere una risoluzione molto rapida dei sintomi, 24-72 ore dopo il trattamento. La radioterapia e/o la chemioterapia rimangono il trattamento di prima scelta, ma richiedono molto più tempo per essere efficaci, 3-4 settimane.

Tecnica: CT del torace preliminare per studiare sede ed estensione della steno-ostruzione, per pianificare il trattamento.

Valutazione del profilo coagulativo ed eventuale correzione dei parametri; anestesia locale ed eventuale moderata sedazione. Eparina durante la procedura. Accesso brachiale/giugulare o femorale, spesso

combinato, con impiego di materiale di cateterismo (guide angiografiche e cateteri, palloni da angioplastica, stent metallici) scelto sulla base dell'esperienza dell'operatore.

Preliminare flebografia mediastinica per valutazione anatomica; superamento della steno-ostruzione solitamente con guida idrofilica; sostituzione con guida a maggior supporto; posizionamento di stent autoespandibile in acciaio o nitinol, generalmente di 14-16 mm di diametro; eventuale dilatazione con pallone da angioplastica, se lo stent non raggiunge un incremento di oltre il 50% del diametro iniziale del vaso.

E' generalmente sufficiente ricanalizzare un asse in caso di coinvolgimento bilaterale.

In caso di trombosi può essere indicata la trombo aspirazione, la trombolisi o la frammentazione del trombo. Dopo la procedura ed un periodo di terapia eparinica limitato a 3-4 giorni, è indicato il trattamento antiaggregante per 3-6 mesi, il trattamento anticoagulante è indicato solo in caso di ipercoagulabilità paraneoplastica o recidiva per trombosi dello stent.

Il successo tecnico è raggiunto quando, al controllo angiografico, si ottiene il ripristino del flusso venoso centrale, mono o bilateralmente.

Il successo clinico è dato dalla risoluzione completa della sindrome della vena cava superiore o da una riduzione significativa della stessa, tale da migliorare le condizioni cliniche del paziente.

Risultati: il successo tecnico può essere ottenuto in oltre il 95% dei casi. Il successo clinico completo può essere raggiunto nel 80% dei casi, parziale nel 15%. La pervietà primaria è superiore all' 85%; la riocclusione, circa 10%, può essere risolta ripetendo la procedura, pervietà primaria assistita superiore al 90%.

La ricanalizzazione con stenting non influenza il percorso terapeutico, radioterapia e/o chemioterapia, e non modifica la sopravvivenza.

Complicanze: sono rare, meno del 5%. Vengono descritti ematomi e sanguinamenti, mal posizionamenti o migrazioni dello stent, rottura della vena cava, tamponamento cardiaco, edema polmonare acuto, sanguinamento da fibrinolisi. La terapia anticoagulante protratta aumenta il rischio di sanguinamento.

10. Comunicazione con il paziente e pianificazione delle cure di fine vita. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

M.Anfossi.

Mentre la comunicazione della diagnosi è considerata un patrimonio acquisito, la comunicazione relativa agli obiettivi del trattamento di una malattia avanzata e, più in generale, l'informazione prognostica, sono frequentemente disattese e contribuiscono a creare nel paziente e nei suoi familiari aspettative non realistiche. Al contrario, la non comunicazione, associata a cambiamenti dell'organizzazione dell'assistenza e del setting di cura (dall'ospedale al domicilio, dall'equipe oncologica alle cure palliative) possono produrre le paziente e nella famiglia sentimenti di sfiducia e disperazione. E' un passaggio delicato, che deve essere accompagnato da una comunicazione veritiera e attenta alla personalità del singolo paziente e al suo desiderio, totale o parziale, di essere informato sull'evoluzione della malattia. In questo momento, come in occasione della diagnosi, è utile avere presente che il centro primo della comunicazione è il paziente e non la

famiglia. Per quanto difficile, è quindi necessario anche di fronte al peggiorare della malattia, che l'oggetto della comunicazione sia in primo luogo il paziente, salvo diversa richiesta dello stesso. E' inoltre utile tenere in considerazione le esigenze comunicative del "care giver" e, più in generale, del gruppo parentale: la sintonia dei contenuti informativi tra paziente e familiari contribuisce fortemente a creare le condizioni per una accettazione serena delle proposte di cura (Anfossi et al. 2008).

E' opportuno che sia il medico di riferimento a farsi carico della comunicazione delle "bad news". La comunicazione effettuata all'interno di una relazione medico-paziente di lunga durata, caratterizzata da conoscenza reciproca e fiducia, può rappresentare il primo importante strumento terapeutico per la comprensione di quel che sta accadendo e per il contenimento delle emozioni dolorose del paziente.

La comunicazione in questo frangente deve porsi alcuni obiettivi:

- far capire al paziente la necessità di una ridefinizione dei propri progetti a medio-breve termine. Le aspettative lavorative, familiari e sociali devono essere riviste alla luce della situazione di malattia. E' opportuno informare il paziente che la presenza dei sintomi non può più essere trascurata e va tenuta in considerazione nella programmazione delle attività quotidiane,
- lasciare spazi di speranza: una speranza realistica, basata sulla rassicurazione che si farà il possibile per ridurre al minimo il dolore e limitare gli effetti interferenti dei sintomi (Groopman 2006). La speranza ha un forte potere liberatore dall'angoscia, a condizione che sia una speranza realistica e non un'illusione. Anche nei momenti più critici, come la comparsa di una recidiva e la sospensione delle terapie attive, è possibile offrire una speranza realistica: la possibilità di garantire il controllo del dolore, la disponibilità e presenza del personale nel momento del bisogno (Links , Kramer, 1994). Il fulcro della terapia in queste occasioni si sposta dal guarire al curare, al prendersi cura. Evitare, dall'altro lato, di dare spazio a speranze non realistiche: alimentare illusioni rischia di confondere il paziente, aumentare l'ansia e incentivare la ricerca di alternative, poco percorribili, al percorso proposto dall'equipe di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Bruera E et al "Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care". J Clin Oncol (2010); 28:4013-17
2. Zagonel V, Cavanna L, Cetto G et al: The medical oncologist's role in palliative care: AIOM's position. Task force AIOM Palliative Care in Oncology. Tumori. 2009 Nov-Dec;95(6):652-4.
3. Temel GS, Greer JA, Muzikansky A et al: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. NEJM. 2010 Aug 19;363(8):733-42.
4. Cherny NI et al "Improving the Methodologic and Ethical Validity of Best Supportive Care Studies in Oncology: Lessons From a Systematic Review". J Clin Oncol (2009):5476-5486



5. Kvale PA, Selecky PA, Prakash UBS. Palliative Care in Lung Cancer: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2° ed). Chest 2007, 132: 368-403
6. Linee guida AIOM 2012: terapia del dolore in oncologia
7. Chun JY, Belli AM. Immediate and long-term outcomes of bronchial and non-bronchial systemic artery embolisation for the management of haemoptysis. Eur Radiol. 2010 Mar;20(3):558-65.doi: 10.1007/s003300-009-1591-3.Epub 2009 Sep2.
8. Wang GR, Ensor JE, Gupta S, et al. Bronchial artery embolisation for the management of hemoptysis in oncology patients: utility and prognostic factors. J Vasc Interv Radiol. 2009 Jun;20(6):722-9.doi: 10.1016/j.jvir.2009.02.016. Epub 2009 May 5.
9. Park HS, Kim YI, Kim HY, et al. Bronchial artery and systemic artery embolization in the management of primary lung cancer patients with hemoptysis. Cardiovasc Intervent Radiol. 2007;30(4):638-43.
10. Kalva SP. Bronchial artery embolization. Tech Vasc Interv Radiol. 2009 Jun;12(2):130-8. doi: 10.1053/j.tvir.2009.08.006.
11. Lanciego C, Pangua C, Chacon JJ, et al. Endovascular stenting as a first step in the overall management of malignant superior vena cava syndrome. AJR Am J Roentgenol. 2009 Aug;193(2):549-58. doi: 10.2214/AJR.08.1904.
12. Fagedet D, Thony JF, Timsit JF, et al. Endovascular treatment of malignant superior vena cava syndrome: results and predictive factors of clinical efficacy. Cardiovasc Intervent Radiol. 2013;36(1):140-149.
13. Anfossi M., Verlato M.L., Zucconi A., Guarire o curare: comunicazione ed empatia in medicina. La meridiana 2008
14. Groopman, Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia. Vita e pensiero, 2006
- Links M., Kramer J., Breaking bad news: realistic versus unrealistic hopes. SCC 2: 91-3, 1994