

LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE-CODIGORO 10/11/2012  
PROBLEMI RESPIRATORI:  
DISPNEA E VERSAMENTO PLEURICO  
DR SANDRA SAVELLI  
U.O. MEDICINA INTERNA H DELTA-AUSL FERRARA



# LA DISPNEA NEL PAZIENTE NEOPLASTICO



# Dispnea

**Viene definita come una difficoltà penosa nel respirare.**

E' un sintomo comune nei pazienti affetti da neoplasie in fase avanzata, il cui controllo è impegnativo.

**E' presente in circa il 50% dei pazienti ammessi in hospice**

La **dispnea acuta** fa molta paura: il paziente diventa ansioso e la dispnea aumenta. Può causare un'alterazione nel comportamento, come stato di agitazione psico-motoria e/o insonnia, in una spirale di peggioramento.

# Mesotelioma dx



# ADENOCA POLMONARE

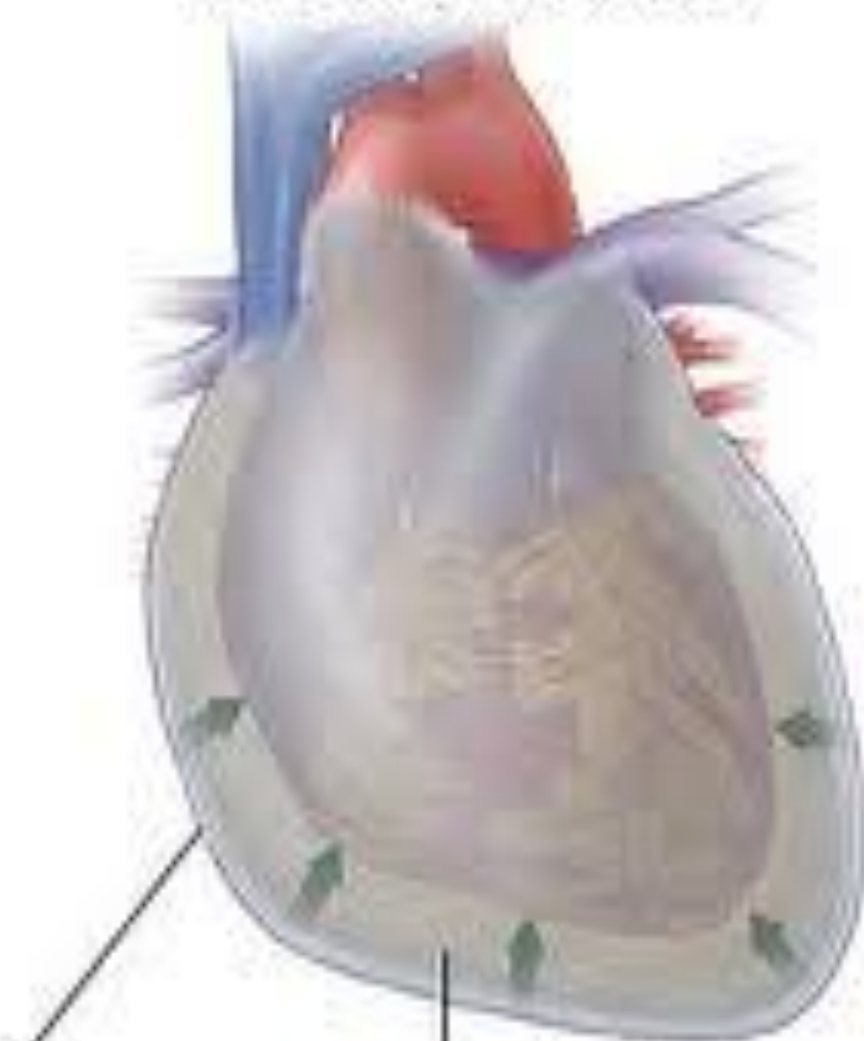


cuore normale



pericardio

versamento pericardico



accumulo di liquido

# Dispnea

**La gestione della dispnea coinvolge l'équipe multidisciplinare** e dovrebbe essere iniziata nei primi stadi per permettere al paziente di imparare come affrontare i sintomi. Come per qualsiasi sintomo, bisogna valutare il problema, spiegare al paziente/famiglia cosa sta succedendo e come gestire l'affanno, curare il sintomo e rivalutare.

# Dispnea

## GESTIONE INFERMIERISTICA

- Restare accanto al paziente angosciato e distrarlo, se possibile.
- Essere calmi e rassicuranti con il paziente e la famiglia/l'assistente. Spesso i pazienti temono di morire soffocati.
- Assicurare che il campanello è a portata di mano.
- Mettere il paziente nella posizione per lui più comoda; forse, seduto in posizione eretta.
- Aprire la finestra o accendere un ventilatore; la sensazione dell'aria che passa sul viso può essere di aiuto.
- Incoraggiare il paziente a fare esercizi di respirazione e di rilassamento.
- Dare consigli su come adattare lo stile di vita, mentre si incoraggia il paziente a rimanere indipendente e mobile.
- Assumere cibi solidi e liquidi in piccola quantità e frequentemente.
- Assicurare una cura orale frequente, perché la respirazione attraverso la bocca e/o la ossigenoterapia causano secchezza delle fauci.



# Dispnea

## GESTIONE MEDICA

L'identificazione e la cura delle cause della dispnea è fondamentale, dove possibile.

**Anemia:** può aggravare la dispnea specie sotto sforzo; è indicata la **emotrasfusione**.

**Ascite:** causa dell'innalzamento del diaframma; tale condizione può essere migliorata con la **paracentesi**.

**Broncospasmo:** può migliorare con broncodilatatori come il **salbutamolo**, somministrati con nebulizzatori o con spray

**Scompenso cardiaco:** può contribuire alla dispnea; richiede un trattamento specifico con **ossigeno e diuretici**.

# DISPNEA

## GESTIONE MEDICA

**Infezioni polmonari:** possono aggravare la dispnea; l'uso di antibiotici per il sollievo dei sintomi può essere assolutamente appropriato.

**Linfangite carcinomatosa:** deriva dal blocco (da emboli neoplastici) dei vasi linfatici del mediastino che provoca il cosiddetto "linfedema polmonare". Si tratta con steroidi, e talvolta con radioterapia o chemioterapia, ma la risposta è spesso deludente.

# Dispnea

## GESTIONE MEDICA

**Versamento pleurico:** dovuto a tumori pleuro-polmonari primitivi o secondari viene trattato con l'evacuazione pleurica (**toracentesi**). Se ricorrente, la **pleurodesi** è spesso efficace, sebbene (talvolta) dolorosa.

**Ostruzione della vena cava superiore:** dovuta alla compressione della vena cava da parte di un tumore diffuso al mediastino (in 75% dei casi si tratta di neoplasie primitive polmonari) e/o dalla formazione di un trombo neoplastico nel lume del vaso. La dispnea è accompagnata da congestione venosa con edema della testa, collo e arti superiori. Il trattamento indicato è con **desametazone 16mg/die + radioterapia o chemioterapia** a seconda dell'istologia. Anche stents (protesi) e anticoagulanti possono essere indicati.

# Dispnea

## GESTIONE MEDICA

**Massa tumorale**: può causare compressione tracheale o bronchiale che risulta nel collasso di un segmento polmonare o dell'intero polmone (atelettasia). Il trattamento comprende l'utilizzo di **steroidi**, **radioterapia esterna**, **chemioterapia** (nel caso di SCLC) e **trattamenti endobronchiali** (laser, radioterapia, stents).

**Embolia polmonare** : da trattare con **e.b.p.m** e **O2** terapia

**Pneumotorace**: ospedalizzazione

# Dispnea

**Misure invasive** nel trattamento della dispnea.

- Versamento pleurico → drenaggio pleurico, pleurodesi, shunt pleuro-peritoneale
- Ostruzione endo-bronchiale → Laserterapia, crioterapia, posizionamento di stent

# Dispnea: trattamento farmacologico

**Da qualsiasi causa** (in assenza di broncospasmo)

- **Oppioidi**: Morfina 20-60 mg in dosi refratte per os ,Fentanyl orodispersibile s.p.m. ( cps da 200 a 800 mg)

**Ipossia, Ipertensione polmonare**

- **O<sub>2</sub>** continuo o intermittente

**Broncospasmo**

- **Beta 2 stimolanti** per via inalatoria
- **Cortisonici**: Prednisone 60 mg per os

**Linfangite carcinomatosa**

- **Prednisone** 60 mg per os

**Ansia**

- **Benzodiazepine**, Lorazepam 0,5-2 mg per os, Diazepam 5 mg per os

# LA TOSSE



# TOSSE

Esistono diversi tipi di tosse e diverse cause possono coesistere nello stesso paziente. La presenza di **secrezioni rimovibili** ne condiziona il trattamento sintomatico, ed i farmaci antitussigeni sono limitati generalmente ai pazienti con tosse non produttiva.

Valutare sempre se la tosse e' **efficace**.



# TOSSE

## TRATTAMENTO

*Se il paziente è in grado di espettorare*

- fisioterapia
- terapia aerosolica
- possibilmente non utilizzare farmaci inibenti la tosse

*Se il paziente non è in grado di espettorare*

- posizionamento a letto
- broncoaspirazione

# TOSSE

## ***Terapia farmacologica ( nelle 24 ore )***

### Oppioidi e loro derivati

- Codeina 60-120 mg
- Destrometorfano 60 mg
- Morfina 30-60 mg

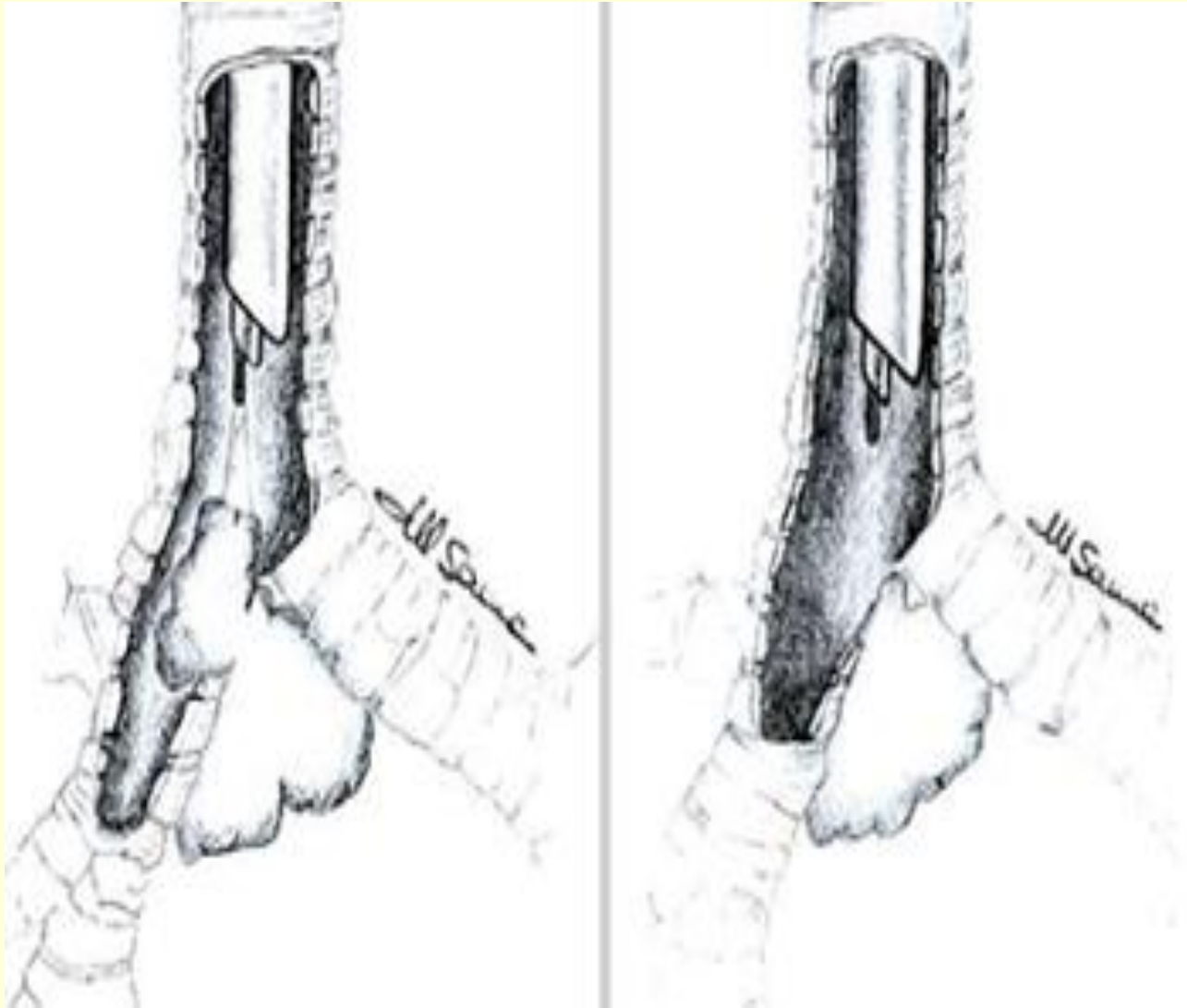
### Anestetici locali nebulizzati

- Lidocaina (soluzione 2%) 20 ml
- Bupivacaina (soluzione 0,25%) 15 ml

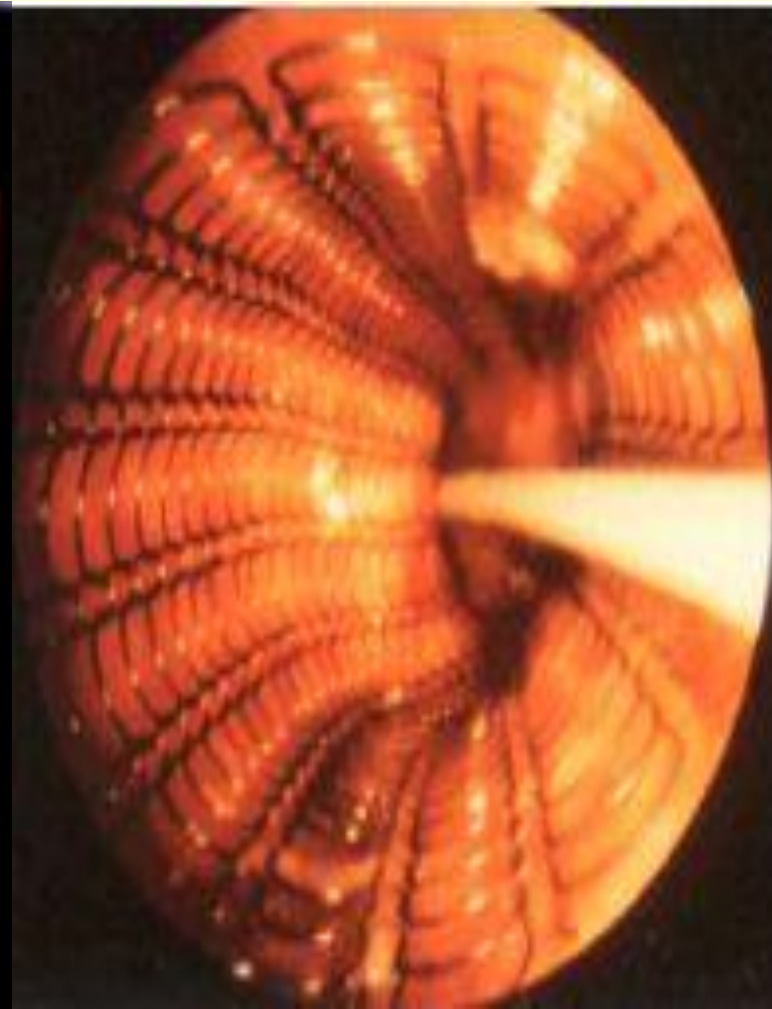
### Mucolitici

- N-acetilcisteina 600-1.800 mg

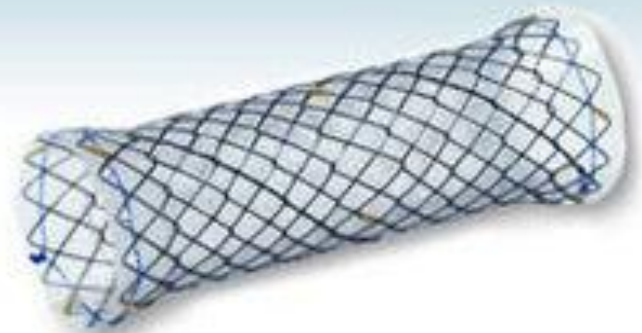
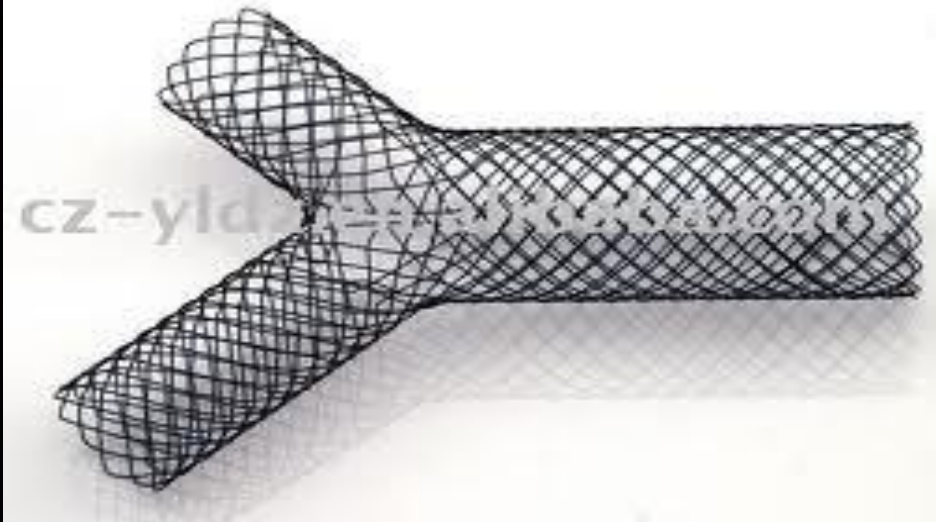
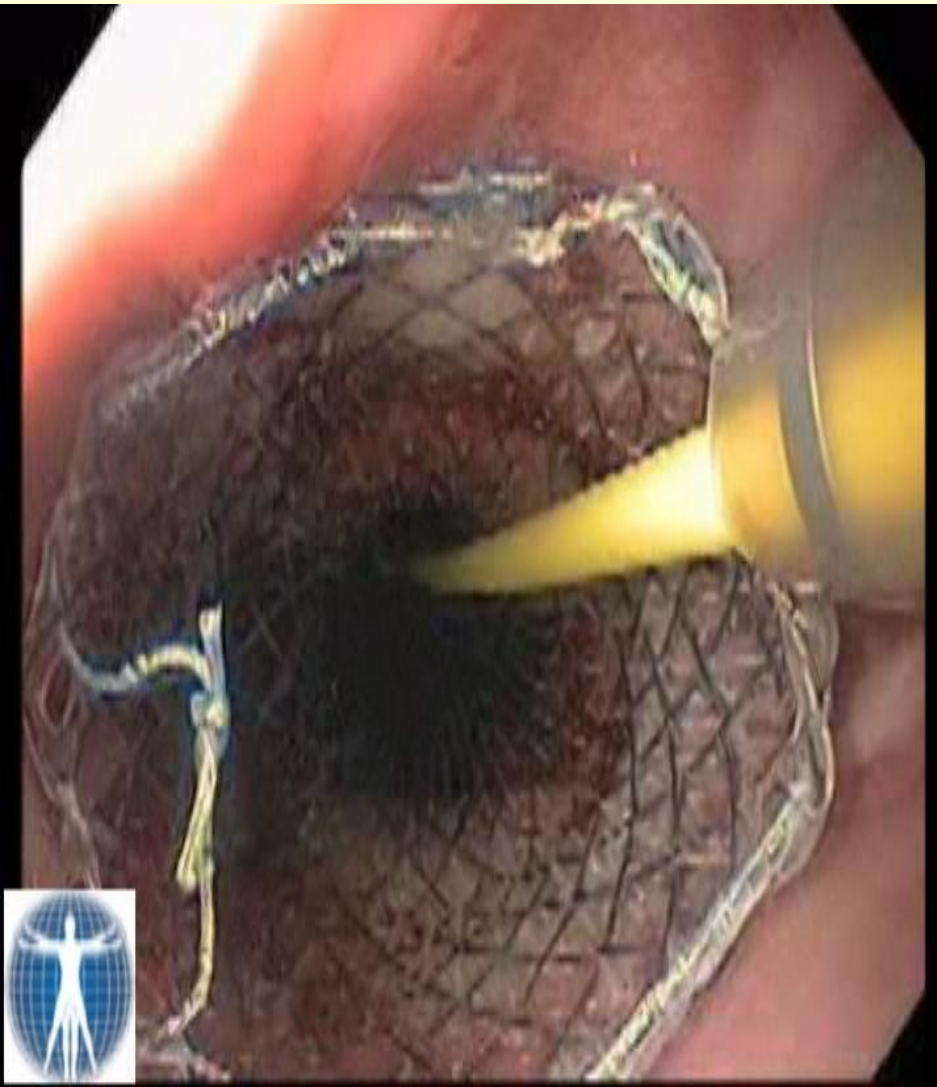
# TOSSE



# TOSSE

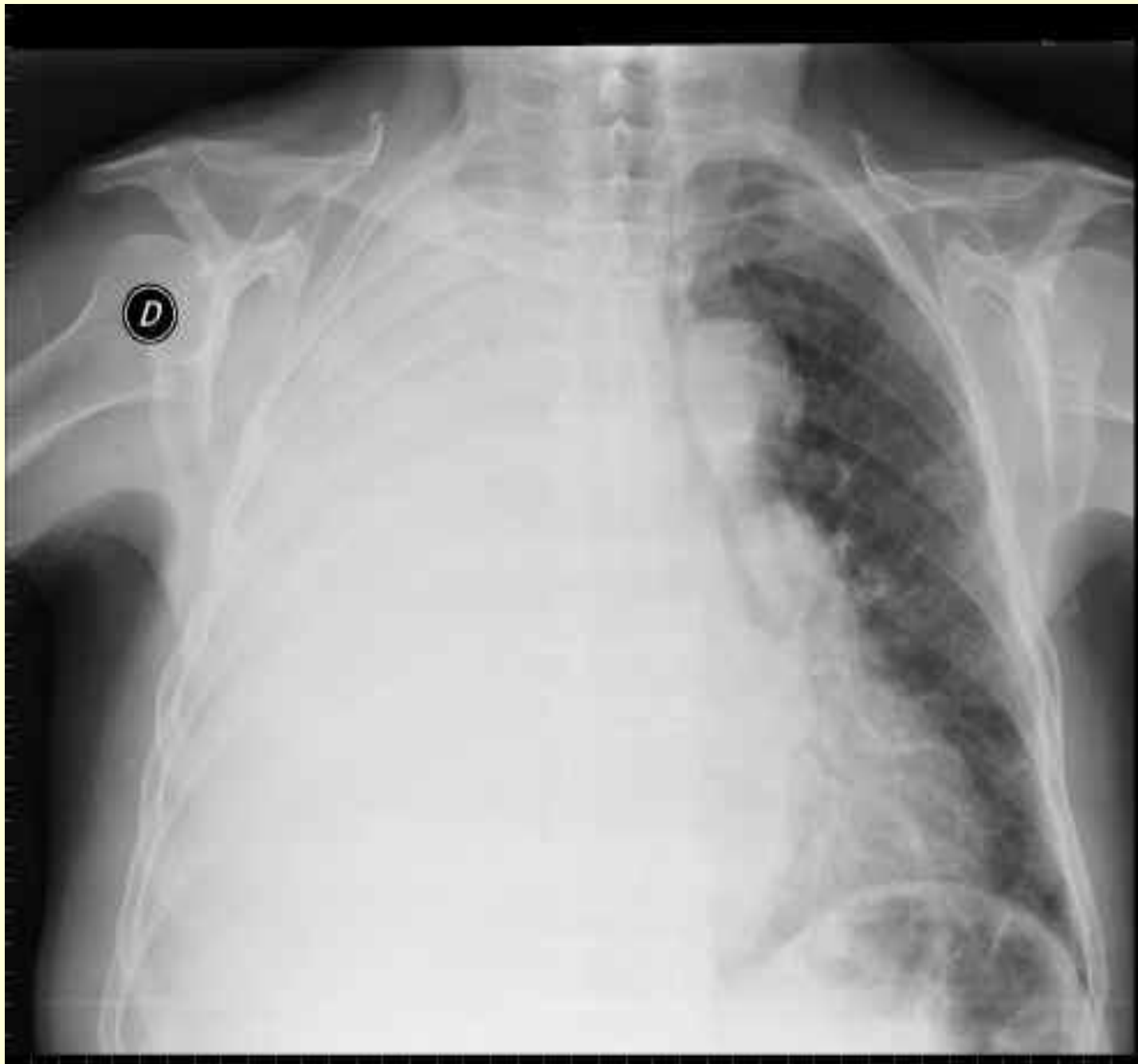


# Stents polmonari



# IL VERSAMENTO PLEURICO MALIGNO





# Etiologia dei versamenti pleurici su 1.000 pz

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA</b>	<b>500</b>
<b>POLMONITI</b>	<b>300</b>
<b>NEOPLASIE</b>	<b>200</b>
polmone	60
mammella	50
linfoma	40
altre	50
<b>EMBOLIA POLMONARE</b>	<b>150</b>
<b>MALATTIE VIRALI</b>	<b>100</b>
<b>CIRROSI CON ASCITE</b>	<b>50</b>
<b>MALATTIE GASTROINTESTINALI</b>	<b>25</b>
<b>MALATTIE DEL COLLAGENE</b>	<b>6</b>
<b>TUBERCOLOSI</b>	<b>2.5</b>
<b>ASBESTOSI</b>	<b>2</b>
<b>MESOTELIOMA</b>	<b>1.5</b>



# Versamenti pleurici maligni ( VPM )

Sono una delle principali cause di versamenti pleurici ricorrenti.

Si caratterizzano per l'alta conta cellulare, elevati livelli di glucosio, ridotto pH, **cito/istologia positiva**

I versamenti pleurici paraneoplastici, per definizione, sono trasudati o essudati con **citologia negativa**.

## Versamenti pleurici maligni

Circa il **50%** dei pz con **neoplasia metastatica** ha un **versamento pleurico**

Rappresentano un indice **prognostico negativo**:  
dalla diagnosi la sopravvivenza media e' di 3-12 mesi ( in considerazione anche della neoplasia primitiva)

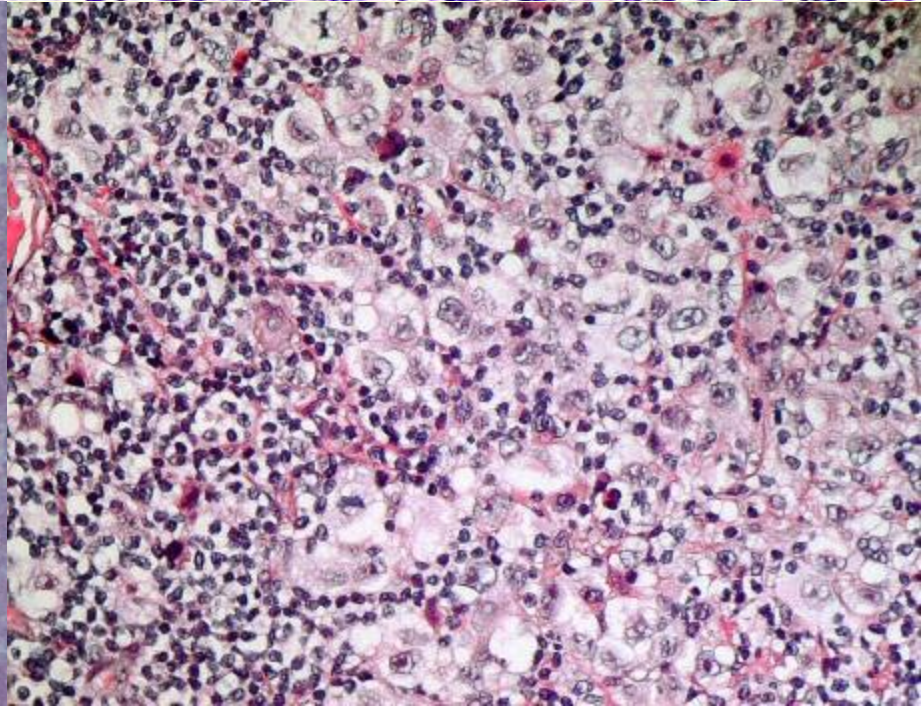
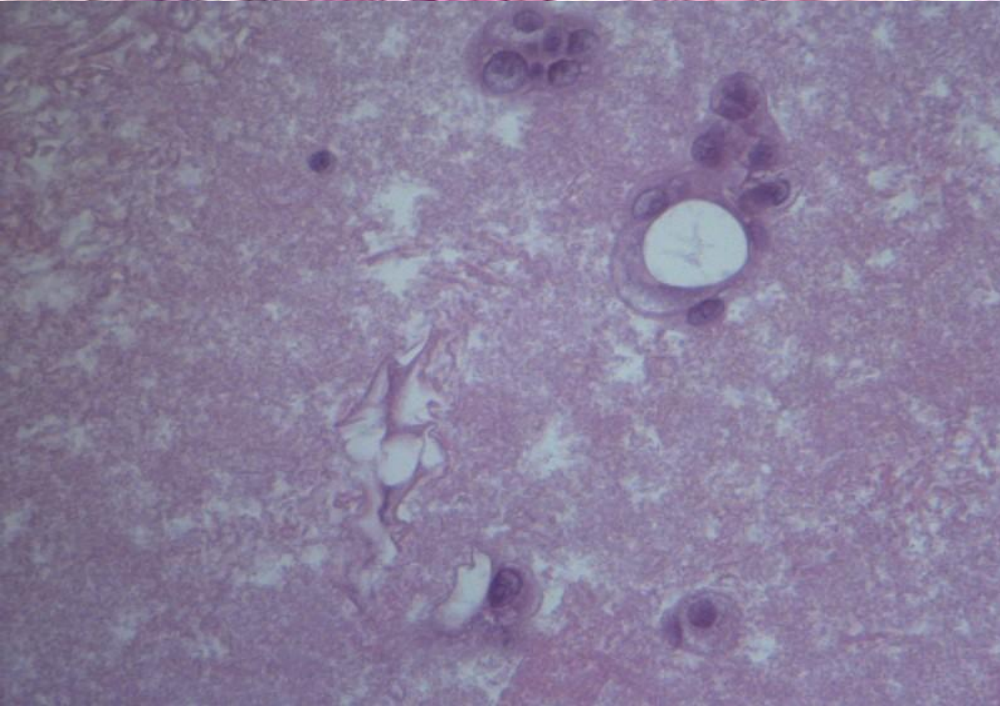
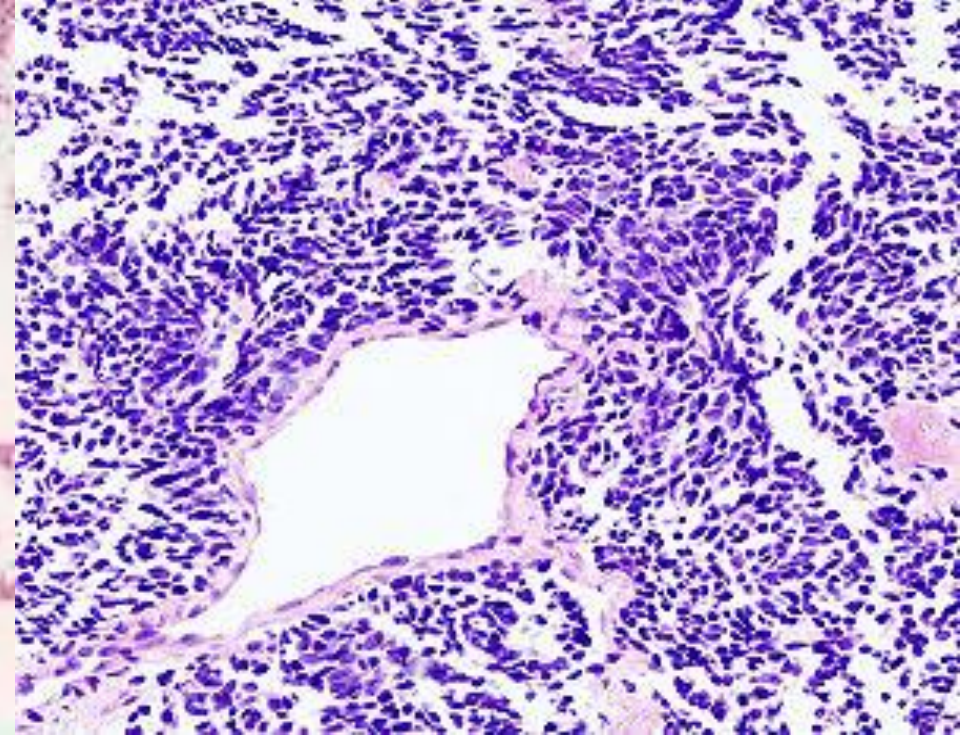
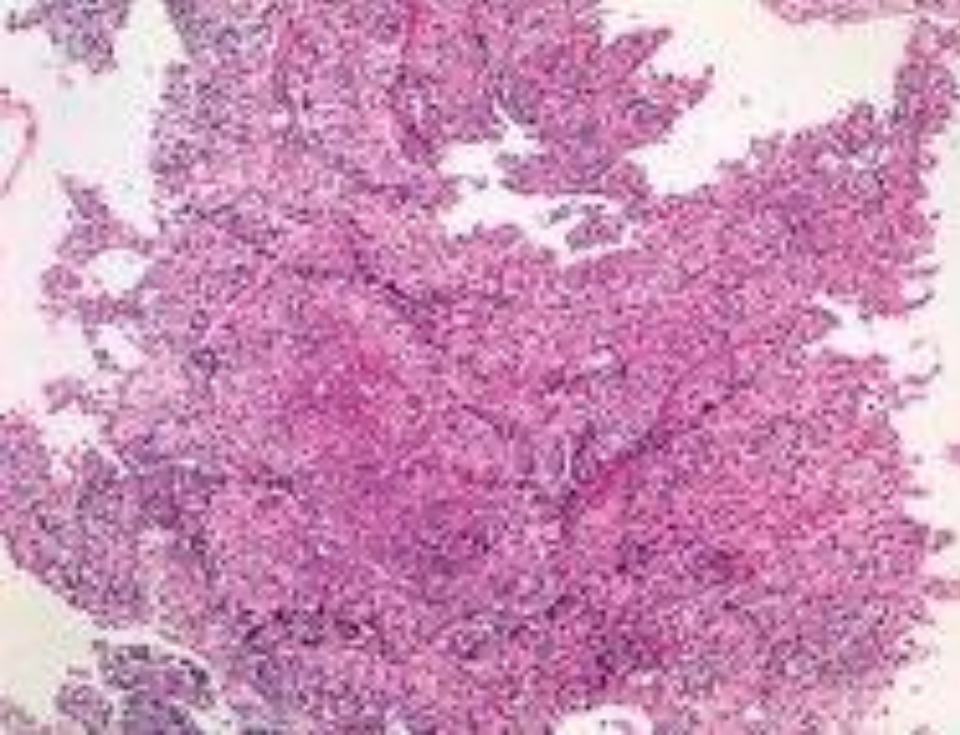
Il ca polmonare metastatizzato alla pleura e' la neoplasia con la sopravvivenza piu' bassa

# Versamenti pleurici maligni

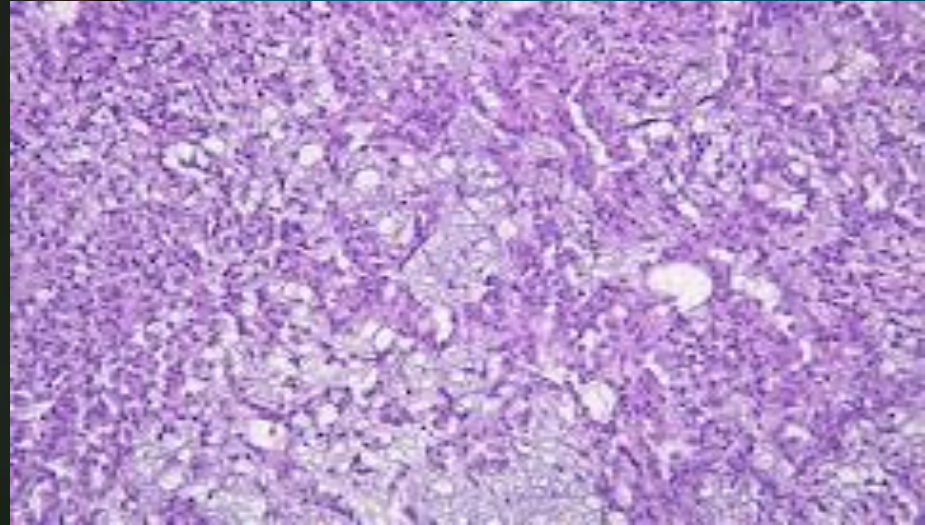
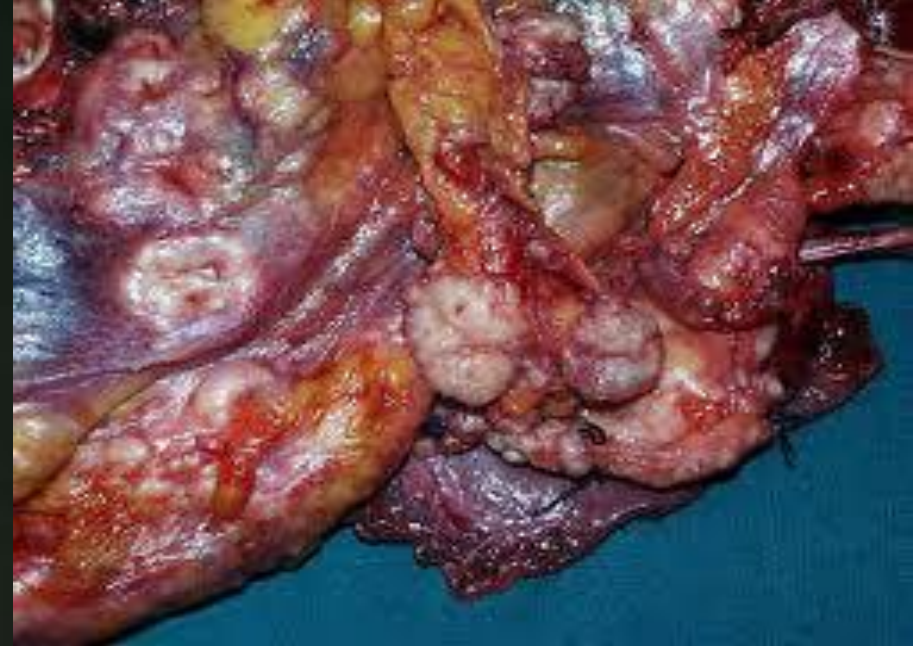
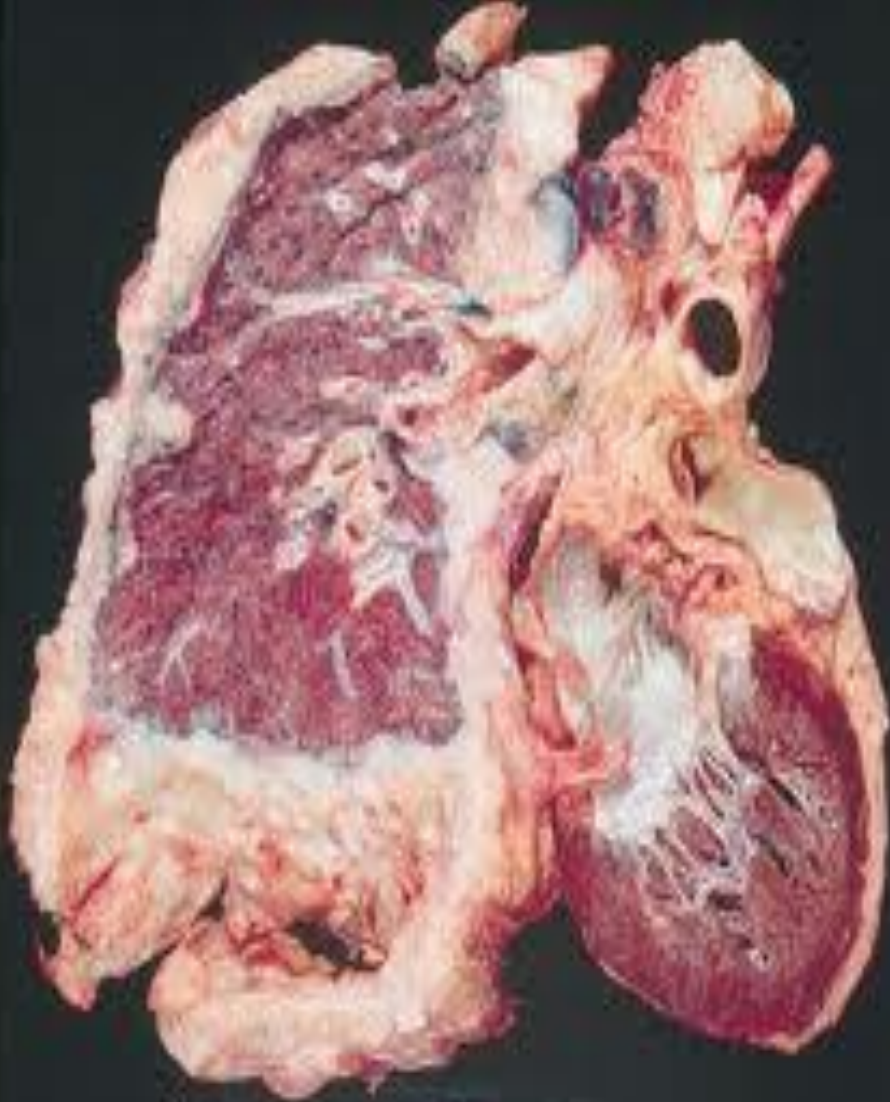
Il **ca polmonare** e il **ca mammario**  
rappresentano il **50-65% di tutti i VPM**

Il **ca genito-urinario**, i **tumori G.I.**, i **linfomi** ed  
il **mesotelioma** rappresentano circa il **25%**

**Neoplasie primitive occulte** rappresentano il  
**7-15%**



# Mesotelioma pleurico



# Versamenti pleurici maligni

## IL TRATTAMENTO PALLIATIVO

Nel 75% dei pz con VPM massivo sono presenti **dispnea**, **tosse**, dolore (poi calo ponderale, astenia, anoressia, malessere generale, ansia, depressione.....)

Scopo del trattamento:

- Ridurre i sintomi
- Migliorare la qualità di vita

# Versamenti pleurici maligni

Il trattamento palliativo deve tenere conto di:

- Sintomi lamentati dal pz
- Performance status
- Aspettativa di vita
- Tipo di neoplasia primitiva
- Risposta alla PCT
- Grado di riespansione del polmone dopo evacuazione del VPM

## Versamenti pleurici maligni

La **terapia palliativa** di un VPM ha come fine il miglioramento della dispnea e della difficoltà respiratoria.

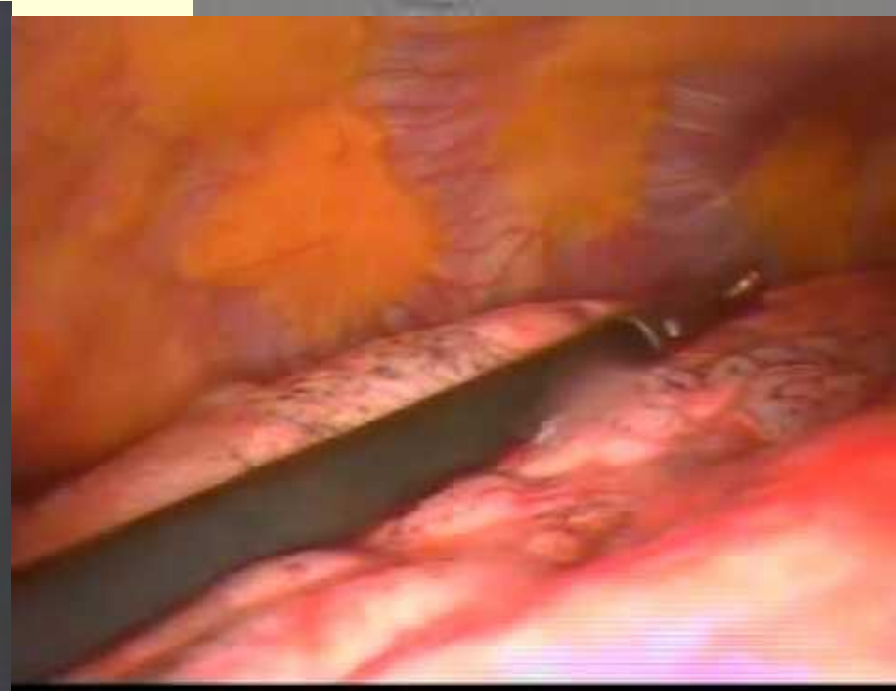
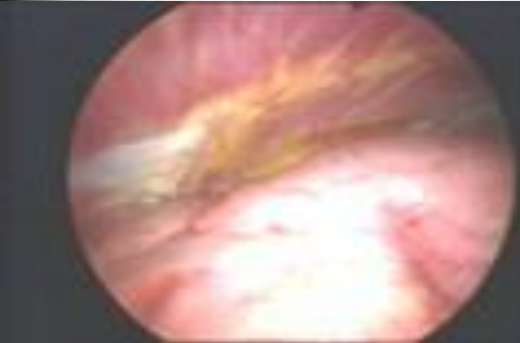
E' importante comunque ricordare che le cause di dispnea in pazienti con neoplasia sono multiple, non sempre risolvibili.



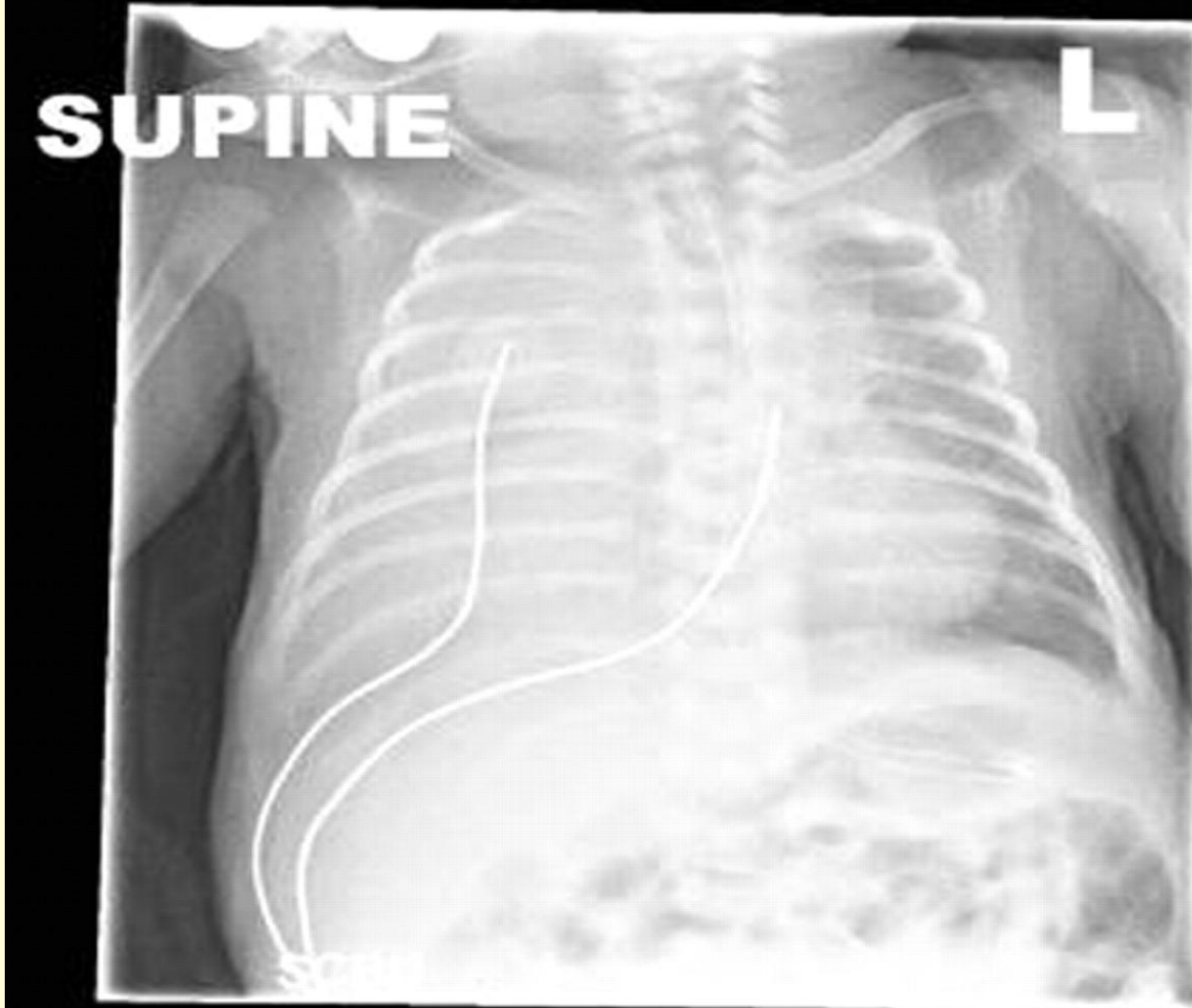
# Versamenti pleurici maligni

## Procedure palliative nei VPM

- 1) toracentesi
- 2) posizionamento di drenaggio pleurico
- 3) pleurodesi medica: slurry attraverso il drenaggio o poudrage in toracosopia
- 4) pleurodesi chirurgica: talcaggio pleurico mediante video-toracosopia
- 5) drenaggio toracico a lungo termine
- 6) shunt pleuro-peritoneale



# SHUNT PLEURO-PERITONEALE



# Toracentesi

- 100% di recidiva ad 1 mese
- Di prima scelta nei pz fragili, terminali, con scarsa aspettativa di vita
- Se ripetuta piu' volte aumenta il rischio di infezione e PNX

# Toracentesi evacuativa

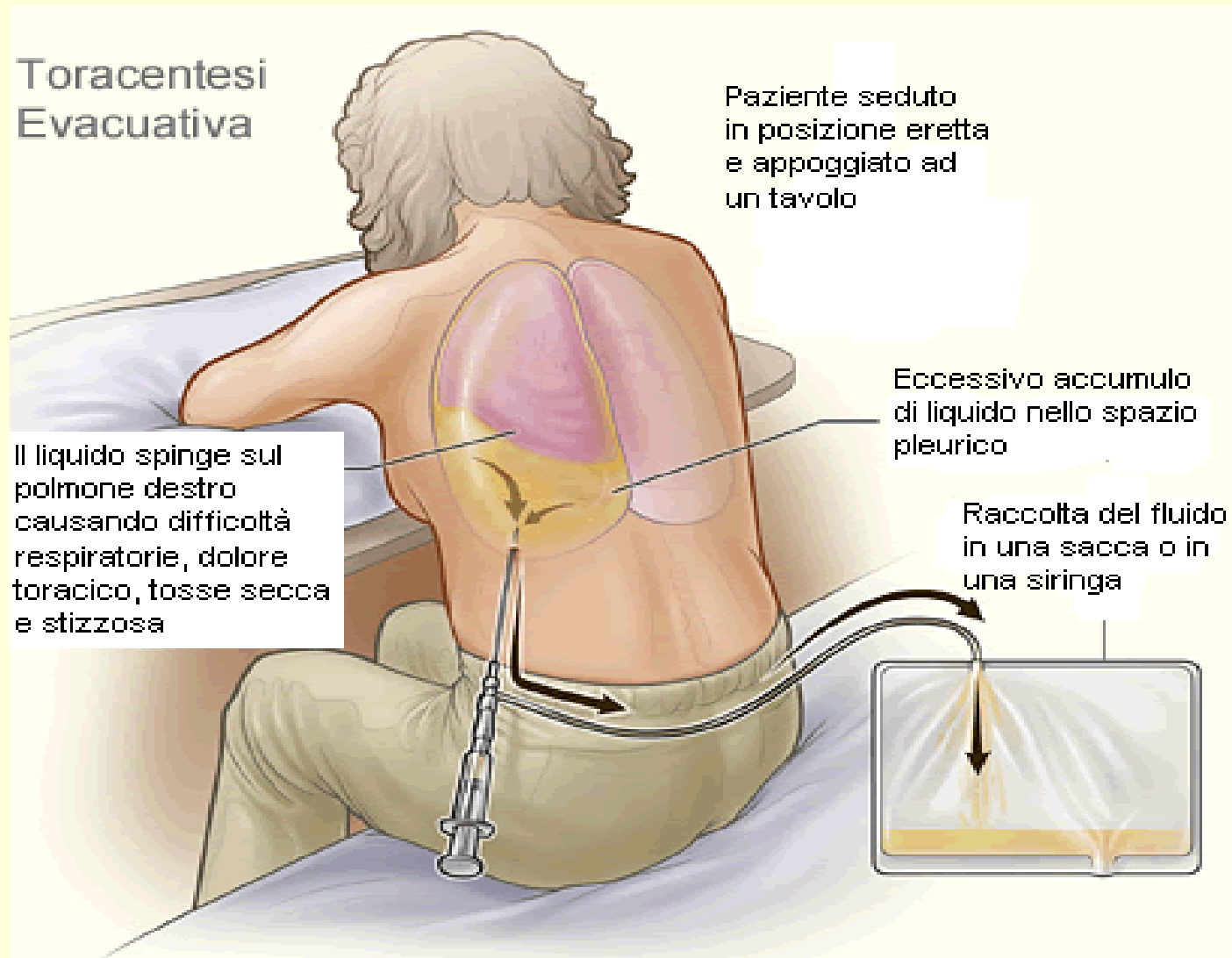
## Toracentesi Evacuativa

Paziente seduto  
in posizione eretta  
e appoggiato ad  
un tavolo

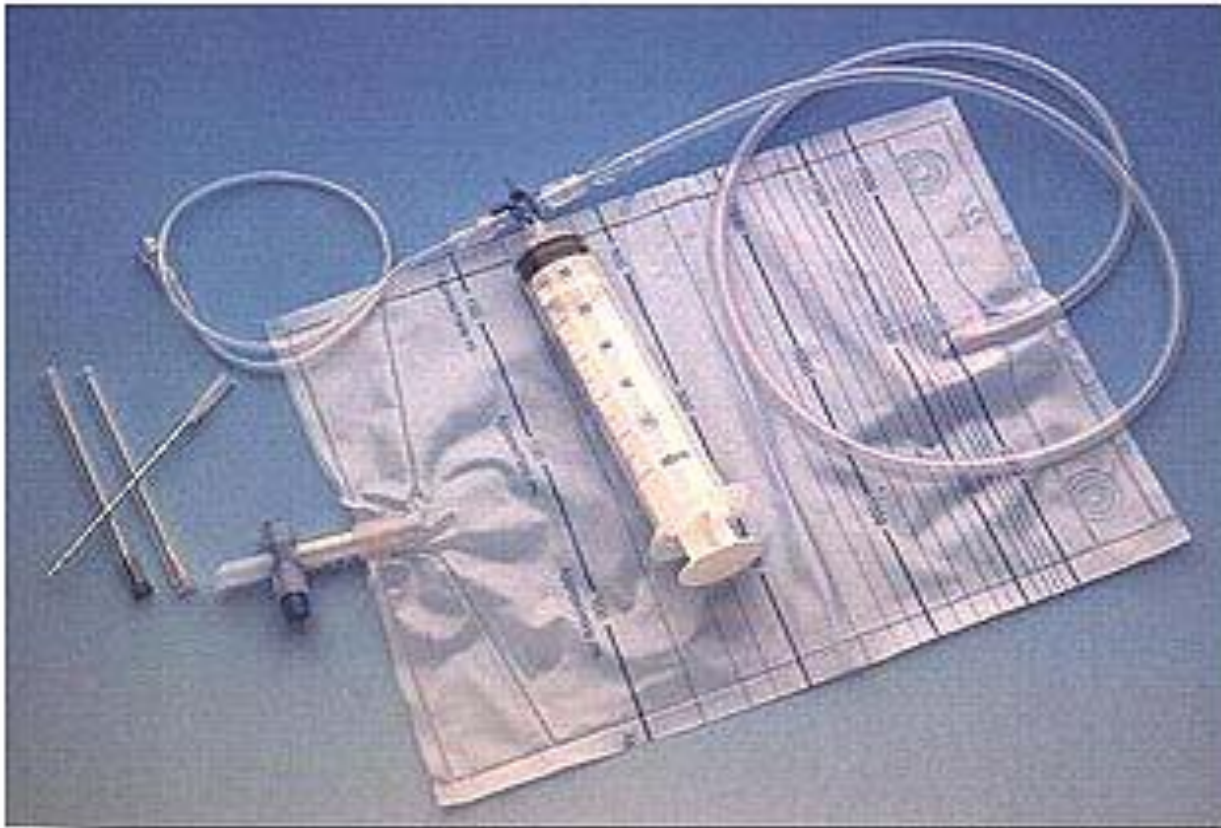
Eccessivo accumulo  
di liquido nello spazio  
pleurico

Il liquido spinge sul  
polmone destro  
causando difficoltà  
respiratorie, dolore  
toracico, tosse secca  
e stizzosa

Raccolta del fluido  
in una sacca o in  
una siringa



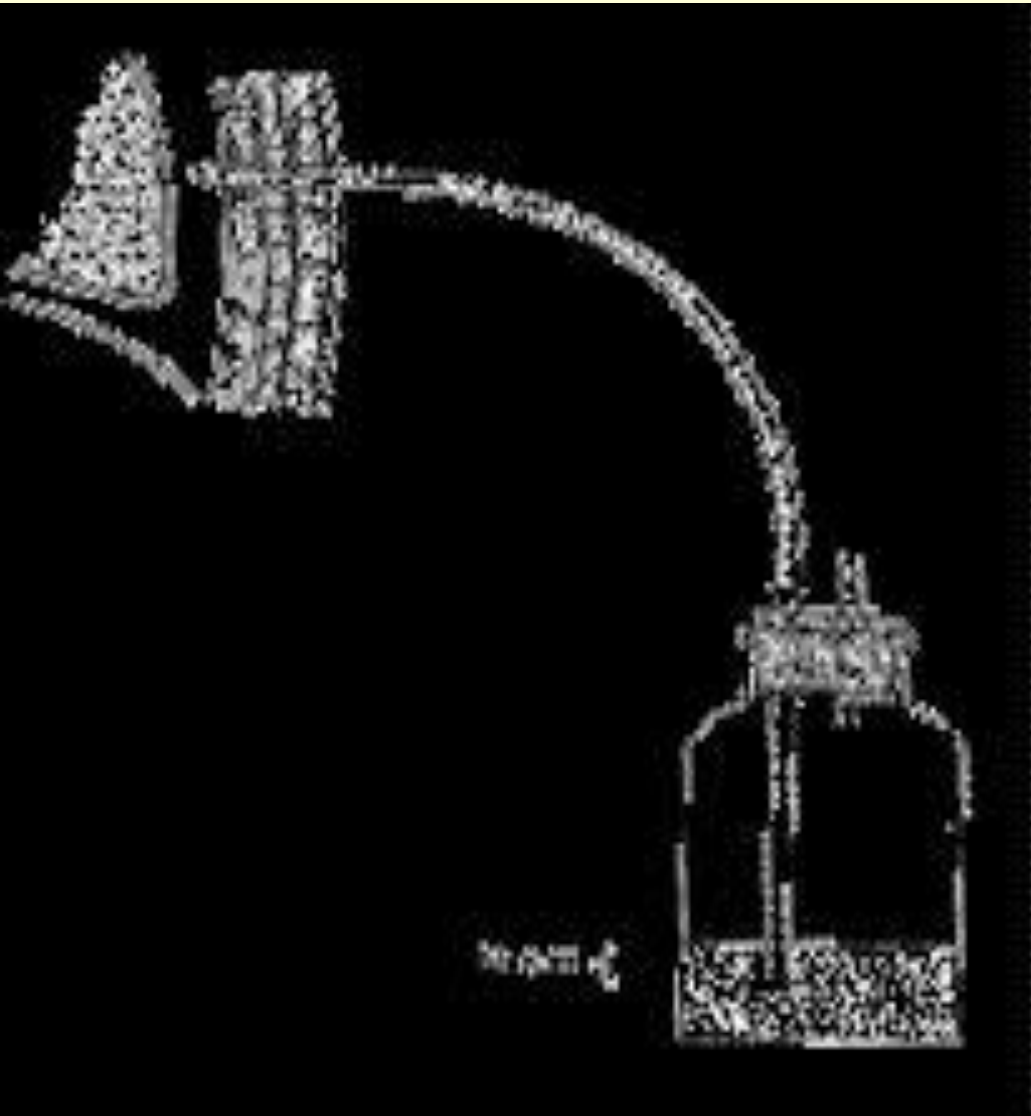
# Toracentesi evacuativa



Non  
asportare  
oltre 500 cc  
di liquido  
pleurico per  
ogni  
toracentesi



# Drenaggio pleurico

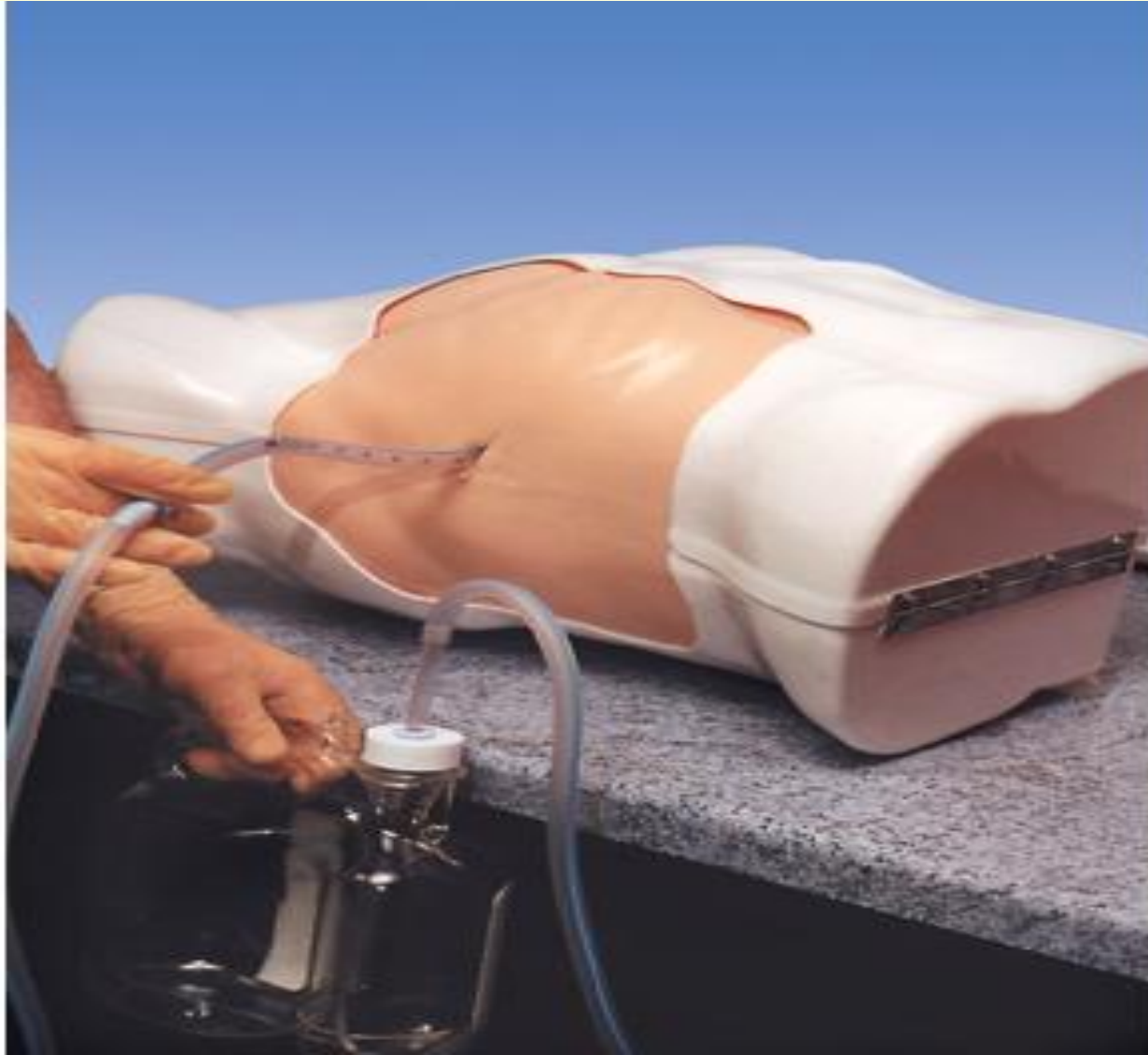




# Drenaggio toracico

Il drenaggio toracico permanente riesce a controllare bene i sintomi, ma limita l'autonomia del pz ed ha un alto rischio di empiema.

# Drenaggio toracico



# Drenaggio toracico



# Set per drenaggio toracico



# Cateteri per drenaggio toracico



# Toracoscopia

## INDICAZIONI:

- **Diagnosi istologica**
- **Dispnea persistente**
- **Versamento pleurico ricorrente**
- **Se drenaggio > 150 ml/24 h per piu' di 6 giorni**
- **Versamento pleurico ricorrente in pz con aspettativa di vita > 6 mesi**

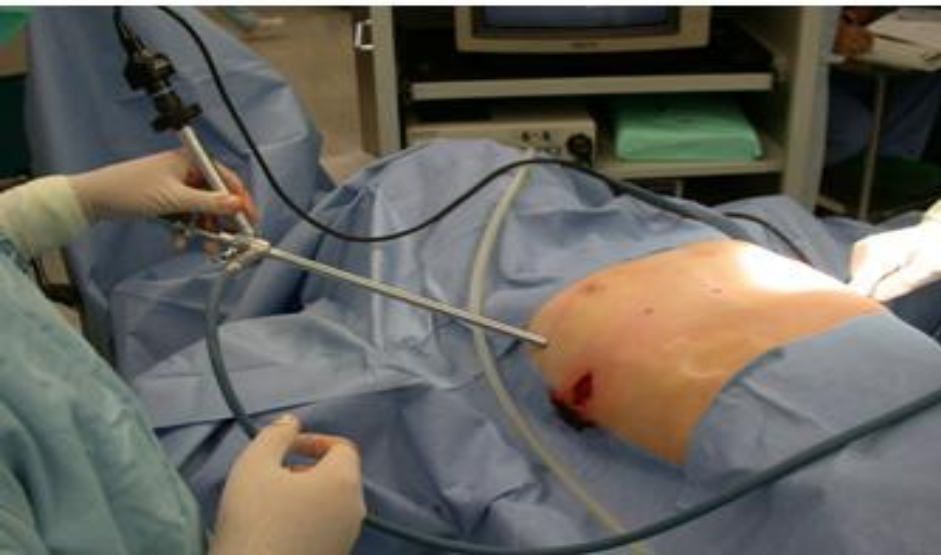
# Toracoscopia

## Complicanze

- **Empiema pleurico**
- **Insufficienza respiratoria acuta secondaria a infezione o a riespansione polmonare**

**Mortalita' perioperatoria < 0.5%**

# Toracoscopia medica





# Biopsia toracoscopica di mesotelioma pleurico



# PLEURODESI

La **pleurodesi** è una procedura chirurgica consistente nell'obliterazione artificiale dello spazio pleurico.

E' utilizzata per il **trattamento del PNX** e dei **versamenti pleurici recidivanti**.

# Pleurodesi

Lo scopo della pleurodesi (sia chimica che meccanica) è quello di creare una pleurite (cioè una reazione infiammatoria della pleura) e favorire l'unione dei 2 foglietti pleurici (parietale e viscerale).

La procedura **dura in genere circa 30-40 minuti**, e durante l'anestesia il paziente non sente assolutamente dolore; la pleurodesi **controlla bene il versamento e riduce i sintomi, in particolare la dispnea.**

# Pleurodesi

Gli **effetti collaterali piu' frequenti** sono la **febbre** ed il **dolore**; i **vantaggi** sono dati dal fatto che la tecnica e' **sicura** e non determina perdita della funzionalita' polmonare.

Fa parte della microchirurgia, quindi è **poco invasiva**; si esegue in anestesia locale, generalmente in toracoscopia (pudrage) o attraverso il drenaggio toracico (slurry).

# Pleurodesi

- L'intervento di pleurodesi può essere fatto in diversi modi:
  - **pleurodesi meccanica** (utilizzando una spugnetta abrasiva da strofinare sulle pleure)
  - **pleurodesi chimica** (utilizzando talco o altri agenti sclerosanti: le varie sostanze si equivalgono come efficacia)

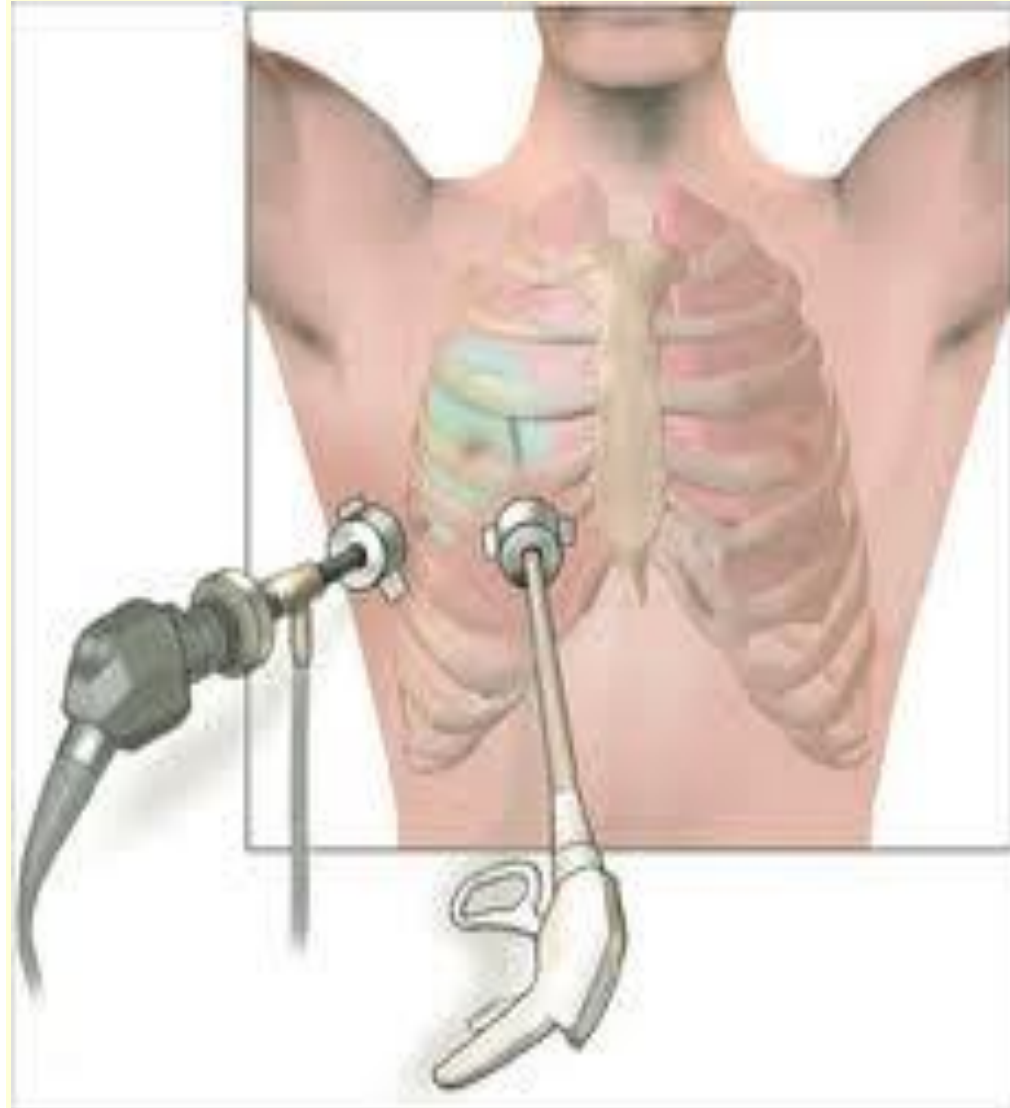
# Pleurodesi chimica

L'introduzione nel cavo pleurico di sostanze chimiche irritanti, provoca una **reazione infiammatoria locale** con attivazione della cascata della coagulazione ed attivazione dei fibroblasti. Si può instillare **talco sterile**, tetraciclina, bleomicina, doxiciclina, Corynebacterium Parvum o altre sostanze sclerosanti.

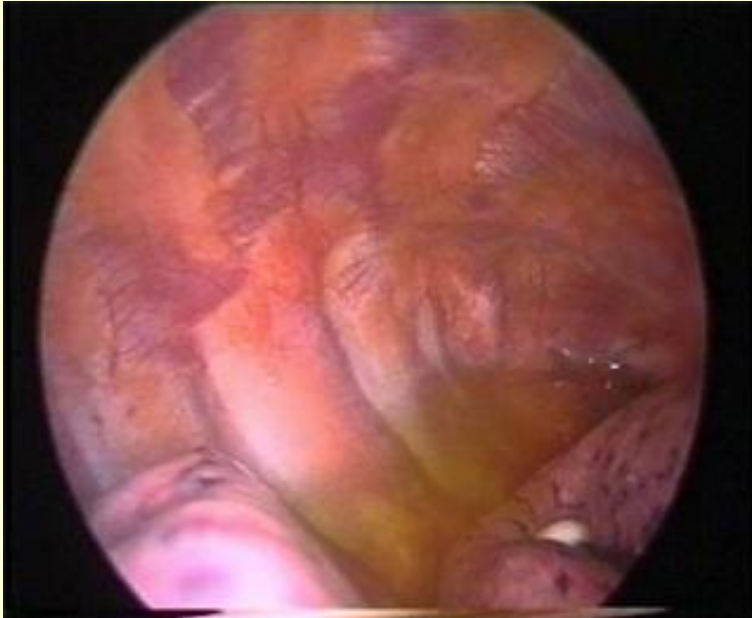
# Talcaggio pleurico



Figura. Imagen en campo nevado producida por el talco al adherirse a las pleuras parietal y visceral.



# Videotoracoscopia





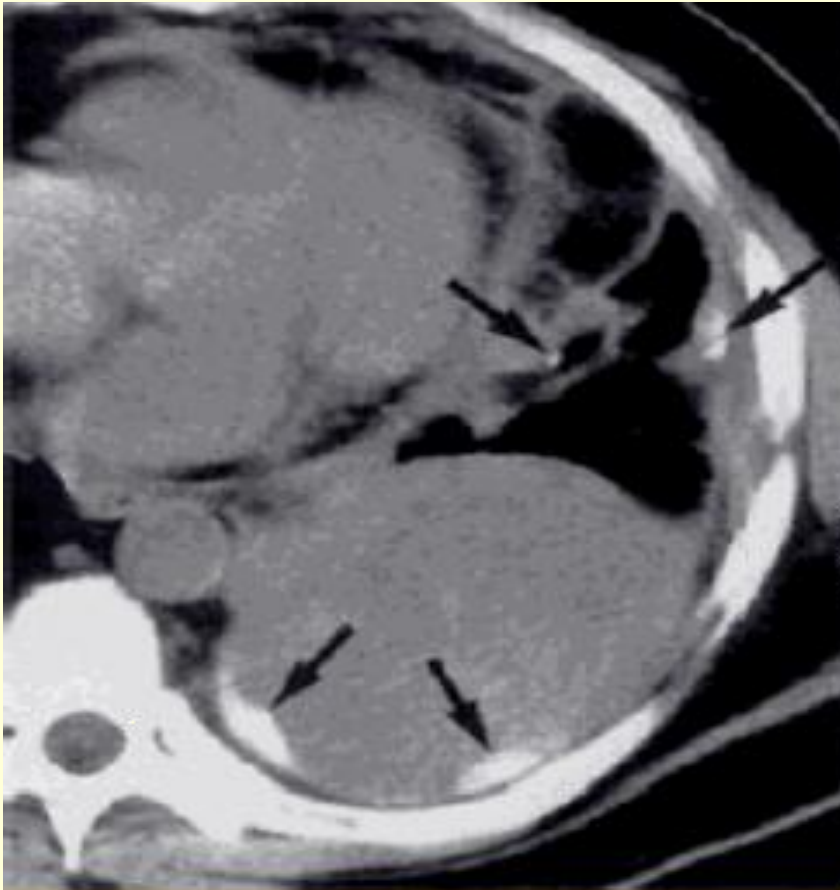
# Videotoracoscopia



# MESOTELIOMA PLEURICO



# Prima e dopo pleurodesi



Murray et Al: CT appearance of the pleural space after talc pleurodesis  
AJR: 169, July 1997



**Elderly  
people**



*I medici  
usano medicine  
di cui sanno poco  
per guarire  
malattie  
di cui sanno meno  
su esseri umani  
di cui non sanno nulla.*