

# Îngrijirea paliativă în cancerul bronho-pulmonar (CBP)

**Dr. ROSIU ARIANA**

Medic primar MF, atestat și formator IP

Hospice Eliana, Alba





## Ce este îngrijirea paliativă (IP)

- Îngrijire specializată, oferită de o **echipă multidisciplinară** pacienților cu boli limitatoare de viață (inclusiv CBP) *și familiilor* lor.
- Echipa multidisciplinară – medic, asistent medical, asistent social, psiholog, kinetoterapeut, consilier spiritual, etc. Echipa lucrează în colaborare cu medical oncolog / radioterapeut / chirurg / MF pentru continuitatea îngrijirii
- Obiectivul îngrijirii este acela de **a crește calitatea vieții pacientului & familiei** sale. Este indicat oricărui pacient, indiferent de vârstă, și poate fi oferită/recomandată concomitent cu tratamentul curativ
- Îngrijirea paliativă se poate recomanda încă de la diagnosticul bolii, mai ales dacă ea este asociată cu suferință psiho-emotională, criză existentială (în absența chiar a simptomelor fizice) sau multiple prezentări în serviciul UPU pentru diferite simptome



## Ce face echipa de IP

- Interventii – abordare HOLISTICĂ – medical, social, psihologic, spiritual, KT, comunicarea diagnosticului și prognosticului, planificarea în avans a îngrijirii, luarea de decizii informate, consiliere și însoțire
- CHT – IP poate ameliora efectele secundare (greață, vărsătură, durere, astenie, constipație-diaree, depresie, insomnie, dispnee, tuse, etc.)
- RTE pentru CBP poate face dificilă alimentația, și poate intensifica durerea și astenia. Echipa de IP poate oferi consiliere și suport nutrițional și poate trata toate aceste simptome
- Postoperator, echipa de IP poate ajuta la recuperare, ameliorarea simptomelor (durere, etc) și a alimentației (intervenție nutrițională)



## Ce face echipa de IP? (cont.)

- Echipa de IP poate reduce anxietatea (conexă unor manevre/chimioterapiei/modificărilor de schemă corporală, tulburărilor sexuale, etc) prin intervenții specifice (consiliere medicală, psihologică și tehnici psiho-terapeutice). Anxietatea, teama și depresia pe care le produce aflarea unui diagnostic de CBP – sunt abordate de echipa IP prin comunicare și suport.
- Circa 85% dintre cazurile de CBP sunt conexe fumatului. Echipa de IP poate ajuta pacientul în a explora sentimentele de auto-blamare, anxietate, depresie – pentru a putea ajunge la acceptare și starea de pace sufletească
- Echipa de IP poate ajuta pacientul și familia să planifice îngrijirea în avans și viitorul – evaluează dorințele pacientului și ale familiei sale și le aliniază la obiectivele terapeutice
- Îngrijirea paliativă este angajată activ să ajute pacientul și familia să trăiască *din plin* tot restul vieții pe care o mai au împreună



## Ce NU este îngrijirea paliativă?

- O îngrijire oferită exclusiv la finalul vieții
- Un semn / semnal că tratamentul oncologic nu dă rezultate / nu funcționează
- O intervenție la care apelăm când pacientul are durere severă, care necesită administrarea de morfină
- O abordare care are menirea de a grăbi moartea pacientului – de a-i „usura suferința”





## Unde se „întâmplă” IP?

- La domiciliul pacientului – sau în orice locație unde locuiește acesta
- Ambulatoriu de IP
- Centru de zi de IP
- Unitate cu paturi de IP
- HelpLine, CallCenter – pentru profesioniști/pacienți



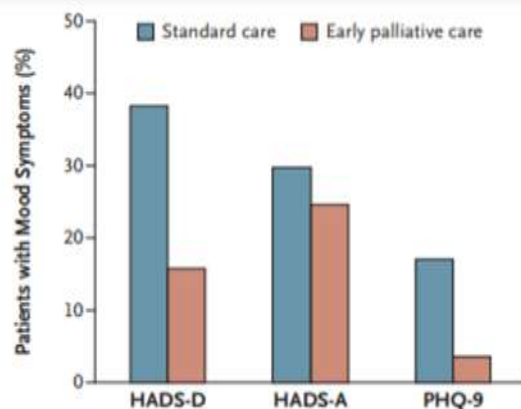


ORIGINAL ARTICLE

## Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

N Engl J Med 2010;363:733-42.  
Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society.

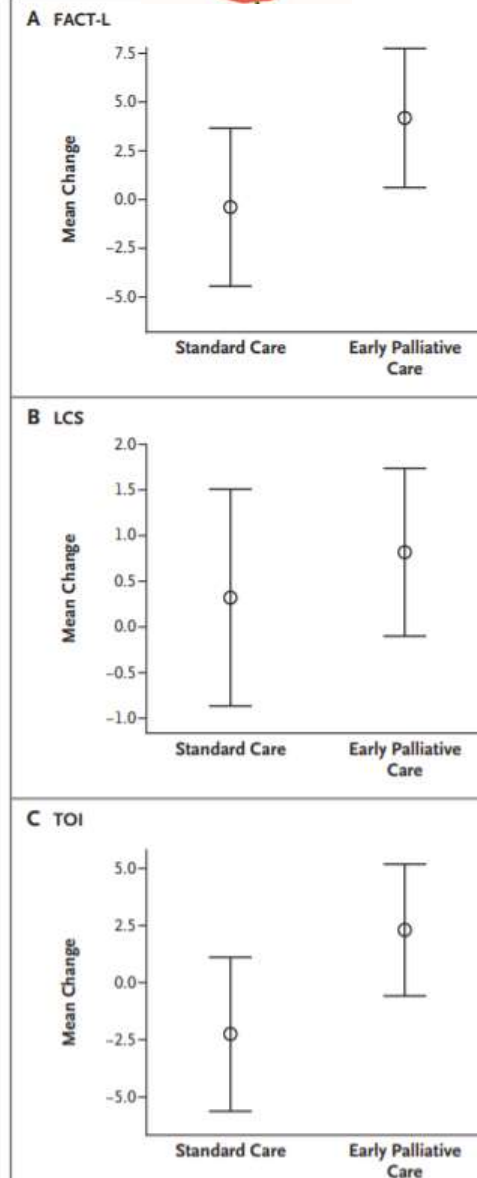


**Figure 2. Twelve-Week Outcomes of Assessments of Mood.**

Depressive symptoms were assessed with the use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which consists of two subscales, one for symptoms of anxiety (HADS-A) and one for symptoms of depression (HADS-D) (subscale scores range from 0, indicating no distress, to 21, indicating maximum distress);

**Figure 1. Mean Change in Quality-of-Life Scores from Baseline to 12 Weeks in the Two Study Groups.**

Quality of life was assessed with the use of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Lung (FACT-L) scale, on which scores range from 0 to 136, with higher scores indicating a better quality of life; the lung-cancer subscale (LCS) of the FACT-L scale, on which scores range from 0 to 28, with higher scores indicating fewer symptoms; and the Trial Outcome Index (TOI), which is the sum of the scores on the LCS and the physical well-being and functional well-being subscales of the FACT-L scale (scores range from 0 to 84, with higher scores indicating a better quality of life). With study group as the independent variable, two-sided independent-samples Student’s t-tests showed a trend toward a significant between-group difference in the mean ( $\pm$ SD) change in scores from baseline to week 12 on the FACT-L scale ( $-0.4\pm 13.8$  in the standard care group vs.  $4.2\pm 13.8$  in the palliative care group; difference between groups, 4.6; 95% confidence interval [CI],  $-0.8$  to 9.9;  $P=0.09$ ) (Panel A), no significant between-group difference in the mean change in scores on the LCS ( $0.3\pm 4.0$  and  $0.8\pm 3.6$  in the two groups, respectively; difference between groups, 0.5; 95% CI,  $-1.0$  to 2.0;  $P=0.50$ ) (Panel B), and a significant between-group difference in the mean change in scores on the TOI ( $-2.3\pm 11.4$  vs.  $2.3\pm 11.2$ ; difference between groups, 4.6; 95% CI, 0.2 to 8.9;  $P=0.04$ ) (Panel C). Data are from the 47 patients in the standard care group and the 60 patients in the palliative care group who completed the 12-week assessments. I bars indicate 95% confidence intervals.



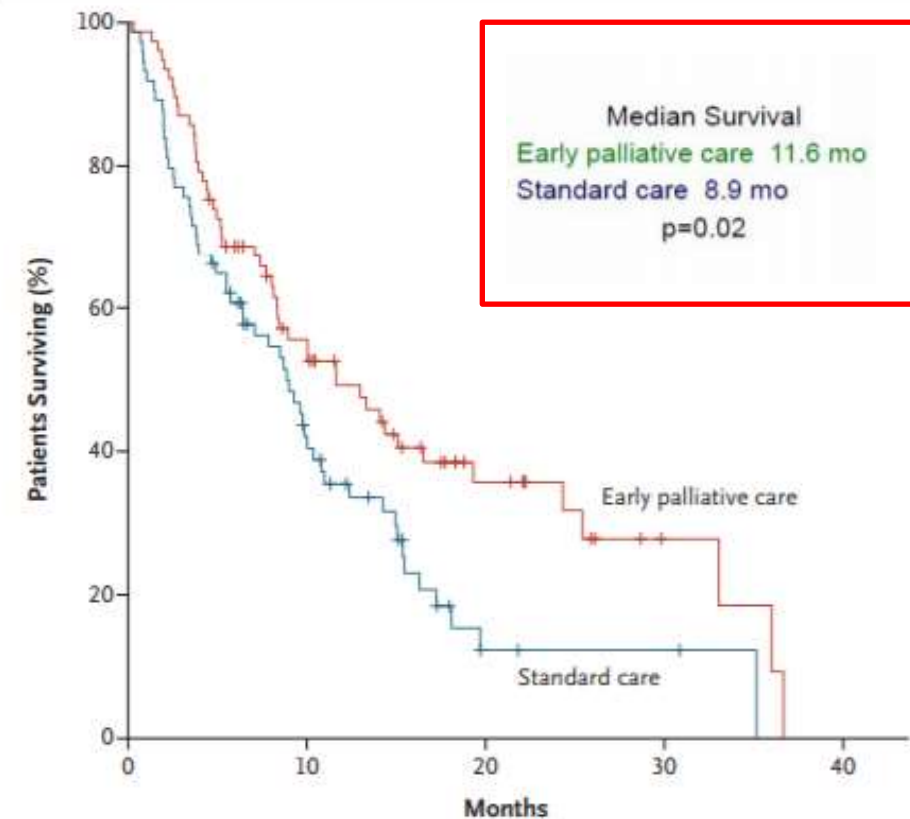
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

## Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

N Engl J Med 2010;363:733-42.  
Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society.



**Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group.**

Survival was calculated from the time of enrollment to the time of death, if it occurred during the study period, or to the time of censoring of data on December 1, 2009. Median estimates of survival were as follows: 9.8 months (95% confidence interval [CI], 7.9 to 11.7) in the entire sample (151 patients), 11.6 months (95% CI, 6.4 to 16.9) in the group assigned to early palliative care (77 patients), and 8.9 months (95% CI, 6.3 to 11.4) in the standard care group (74 patients) (P=0.02 with the use of the log-rank test). After adjustment for age, sex, and baseline Eastern Cooperative Oncology Group performance status, the group assignment remained a significant predictor of survival (hazard ratio for death in the standard care group, 1.70; 95% CI, 1.14 to 2.54; P=0.01). Tick marks indicate censoring of data.



HOSPICE  
**ELIANA**

*Prețuim viața până  
dincolo de moarte*





## **Opioids in Cancer - Induced Dyspnea – Friend or Foe?**

Răzvan-Ovidiu Curcă, Ariana Roșiu

*Medical Oncology Department, Emergency County Hospital Alba Iulia, Romania*

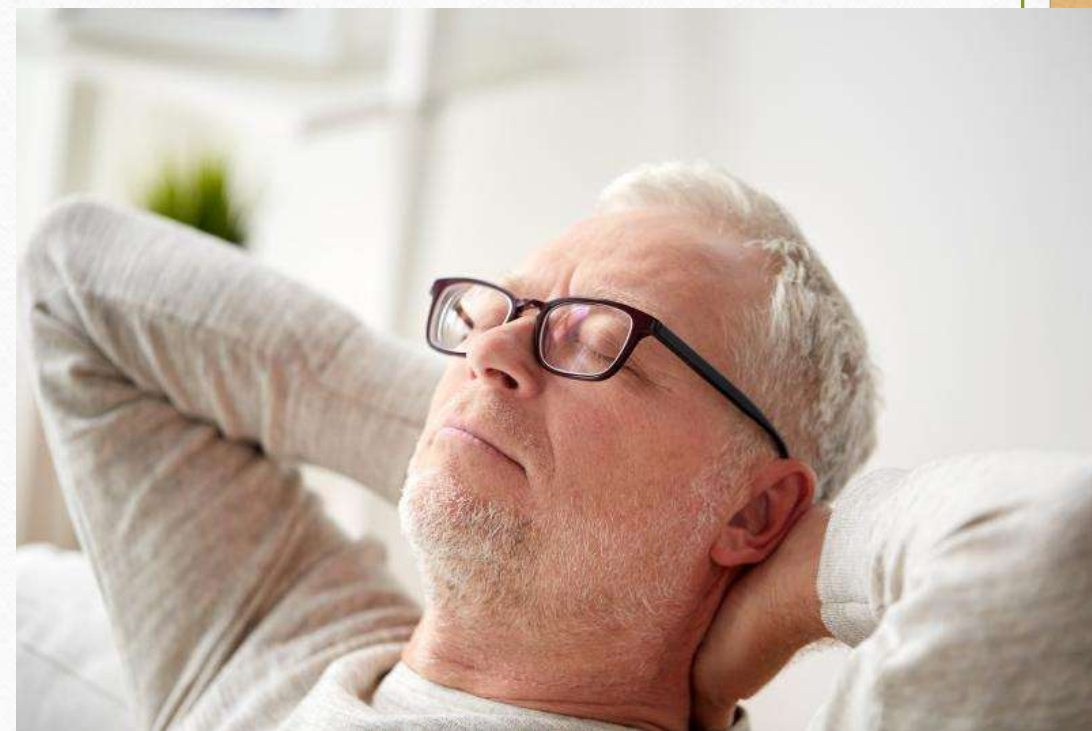
## Opioidele în dispnee

- Dispneea este un simptom prezent la peste 70% dintre pacienții oncologici în ultimele săptămâni de viață, fiind severă la peste 25% dintre ei în ultima săptămână (American Thoracic Society 1999)
- Una din cele mai provocatoare cazuri de control simptomatic – pacientul cu cancer avansat cu dispnee severă NE datorată pleureziei masive (Reuben DB, 1986)
- Eduardo Bruera (1993) și Mazzacato C (1999) au reușit să demonstreze efectul ameliorator al morfinei asupra dispneei
- Ben Aharon (JCO 2008) a desfășurat o revizie sistematică de literatură asupra intervențiilor menite să amelioreze dispneea (cancer-related) – scorul pt dispnee a fost ameliorat cu 31% de intervenția opioid vs. placebo.
- Toate studiile demonstrează că folosirea unor doze corecte de morfină NU va determina depresie respiratorie



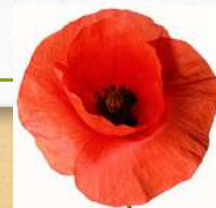
# Tratamentul simptomatic al dispneei

- Tratamentul etiologic (diuretic, MER, corticoterapie, bronhodilatator, anticoagulant, hemostatice, oxigen [hipoxie], antitusiv, antibiotic, toracocenteză/pleurodeză, traheostomie, etc)
- Farmacologic - DOI piloni:
  - Opioid major – prima linie!
  - Benzodiazepine (anxiolitic)
- Măsurile nefarmacologice: ventilarea aerului (ventilator, evantai) – mișcarea aerului la nivelul feței, masaj, tehnici de relaxare, acupunctură, KT, etc



## Concluzii...

- Calitatea vietii pacientului si a familiei sale sunt esentiale pentru a creste supravietuirea pacientului
- Interventiile îngrijirii paliative vin să completeze interventiile oncologice – pacientul beneficiază de o mai bună compliantă si o mai înaltă acceptare a diagnosticului si prognosticului din colaborarea medicului oncolog cu echipa de IP. Plus va trăi mai mult, si mai bine!
- Nu puteti recomanda IP prea devreme! 😊





Împreună putem umple mai mult din golul produs de suferință.

Vă multumesc!

Contact: [rosiu.ariana@gmail.com](mailto:rosiu.ariana@gmail.com)



## BIBLIOGRAFIE

\*\*\* - Oxford Textbook of Palliative Medicine - ed. Cherny N, Fallon B, et al - 2015

<http://www.cancer.org>

<http://www.nhs.uk/conditions/lung-cancer>

<https://www.esmo.org/content/download/303704/6040931/1/RO-Cancerul-de-Plaman-Fara-Celule-Mici-Ghidul-pentru-Pacienti.pdf>

Albernathy, AP, McDonald, CF, Frith, PA, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomized controlled trial. *Lancet* 2010; 376:784

Ben-Aharon I, Gafter-Gvili A, et al. Interventions for Alleviating Cancer-Related Dyspnea: A Systematic Review, *J Clin Oncol* May 10, 2008:2396-2404

Ben Aharon I, A. Gafter-Gvili, M. Paul, et al.: Symptom Science: Treatment of Dyspnea - What Does the Evidence Support?, *EJC* Volume 47, Supplement 1, September 2011, Abstract 342

Bruera E, MacEachern T, Ripamonti C, et al. Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients. *Ann Intern Med* 1993

Bruera E, Schmitz B, Pither J, et al.: The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 19 (5): 357-62, 2000

Curcă RO, Rosiu A: Opioids in Cancer – Induced Dyspnea – Friend or Foe? *JRMO* 2012; XVII(2):60-63

Mazzacato C, Buclin T, Rapin C-H. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: a randomized double-blind controlled trial. *Ann Oncol* 1999

Simon ST, Higgins IJ, Booth S, et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and nonmalignant diseases in adults. *Cochrane Database System Rev* 2010: CD007354.

Sullivan D et al – Association of Early Palliative Care Use with Survival and Place of Death Among Patients with Advanced Lung Care *JAMA Oncol* 2019; 5(12):1702-1709

Temel JS, Greer JA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, *NEJM* August 19, 2010; 363;8;733-42