

**DISPNEA**

# Definizione

---

“...un respiro difficoltoso, travagliato, non confortevole...un respiro spiacevole. E' una esperienza soggettiva...riguarda sia la percezione della sensazione...sia la reazione alla sensazione.

Comroe,1966

“Sgradevole consapevolezza del proprio respiro”

Baines,1978

“La sofferenza causata dalla difficoltà a respirare , che riduce significativamente la qualità di vita del soggetto”

S. Ahmedzai

# Epidemiologia -1-

	%
BPCO	95
Cardiopatía congestizia	61
Malattie del motoneurone	60
<b>Neoplasie</b>	<b>21-79</b>

# Epidemiologia -2-

Presente nel 70% dei pazienti nelle ultime wks di vita, in forma grave nel 25% dei pz. nell' ultima settimana di vita

*Grond J Pain Symptom Manage 1994*

*Donnelly J Pall Care 1995*

Sintomo che aumenta col diminuire del KPS(10-20)  
→ predittore di breve sopravvivenza

*Mercadante S et al JPSM 2000 20: 104-112*

# Dispnea grave

- Tachipnea
- Tachicardia
- Agitazione
- Uso di muscoli accessori
- Arrossamento o cianosi
- Atteggiamento di paura o angoscia
- Respiro rumoroso
- Dilatazione delle narici

# *“Language of breathlessness”*

“Mi manca l’aria...”

“Mi sento soffocare...”

“Non riesco a tirare dentro il  
fiato...”

# Eziopatogenesi

- 1 dovuta al tumore
- 2 legata ind al tumore
- 3 dovuta ai trattamenti
- 4 da patologie concomitanti

# 1. Dispnea dovuta al tumore

Coinvolgimento parenchimale

Ostruzione delle vie aeree

Sindrome mediastinica

Versamento pleurico

Tumore pleurico

Linfangite carcinomatosa

Paralisi del n. frenico

Fistole esofago-tracheali

Microembolia polmonare

Polmonite da aspirazione

Paralisi delle corde vocali

Versamento pericardico

Ascite

Epatomegalia



## 2. Dispnea legata al tumore

Cachessia

Anemizzazione

Polmonite

Embolia polmonare

Sindrome neurologica paranpl

### 3. Dispnea dovuta ai trattamenti

**CHIRURGICI** → pneumectomia

**RADIOTERAPICI** → fibrosi

**CHEMIOTERAPICI** →  
cardiomiopatie  
mielosoppressione

## **4. Dispnea da patologie concomitanti**

**Ansia**

**Asma**

**BPCO**

**Pneumotorace**

**Fibrosi polmonare**

**Scompenso cardiaco congestizio**

**Valvulopatia aortico/mitralica**

**Malattie neuromuscolari**

**Alterazioni della gabbia toracica**

**Obesità**

# - Misurazione -

## SCALE VERBALI

(No, un po', molto,  
moltissimo)

## SCALE ANALOGICHE : VAS

Visual Analogue Scale

# Scale di Intensità: Verbale

**Quanta difficoltà a respirare ha provato  
nelle ultime 24 ore?**

<b>Nessuna</b>	<b>1</b>
<b>Lieve</b>	<b>2</b>
<b>Moderata</b>	<b>3</b>
<b>Forte</b>	<b>4</b>
<b>Orribile</b>	<b>5</b>

*Scala verbale a 5 livelli*

# Scala analogica (VAS)



# Principi di valutazione

- Quanto è grave il sintomo?
- È acuto o cronico?
- Quale livello di impegno aggiunge ad altri sintomi?
- Quali sono gli obiettivi del paziente e le sue priorità?
- Qual è il livello di comfort richiesto?
- Qual è il livello di coscienza che il paziente vuole mantenere?
- Il paziente sente che sta soffrendo?

# Valutazione

---

## 1. Anamnesi ed esame obiettivo

(valutare segni e sintomi associati)

## 2. Insorgenza ed andamento temporale

- . Esordio: acuto (ore)  
subacuto (giorni /settimane)  
cronico (mesi/anni)
- . Sintomatologia: costante  
discontinua (diurna e/o notturna)

## 3. Entità:

- a riposo
- sotto sforzo

## 4. Posizionamenti obbligati

Ortopnea (scompenso , ascite)



# Dispnea: *gravità*

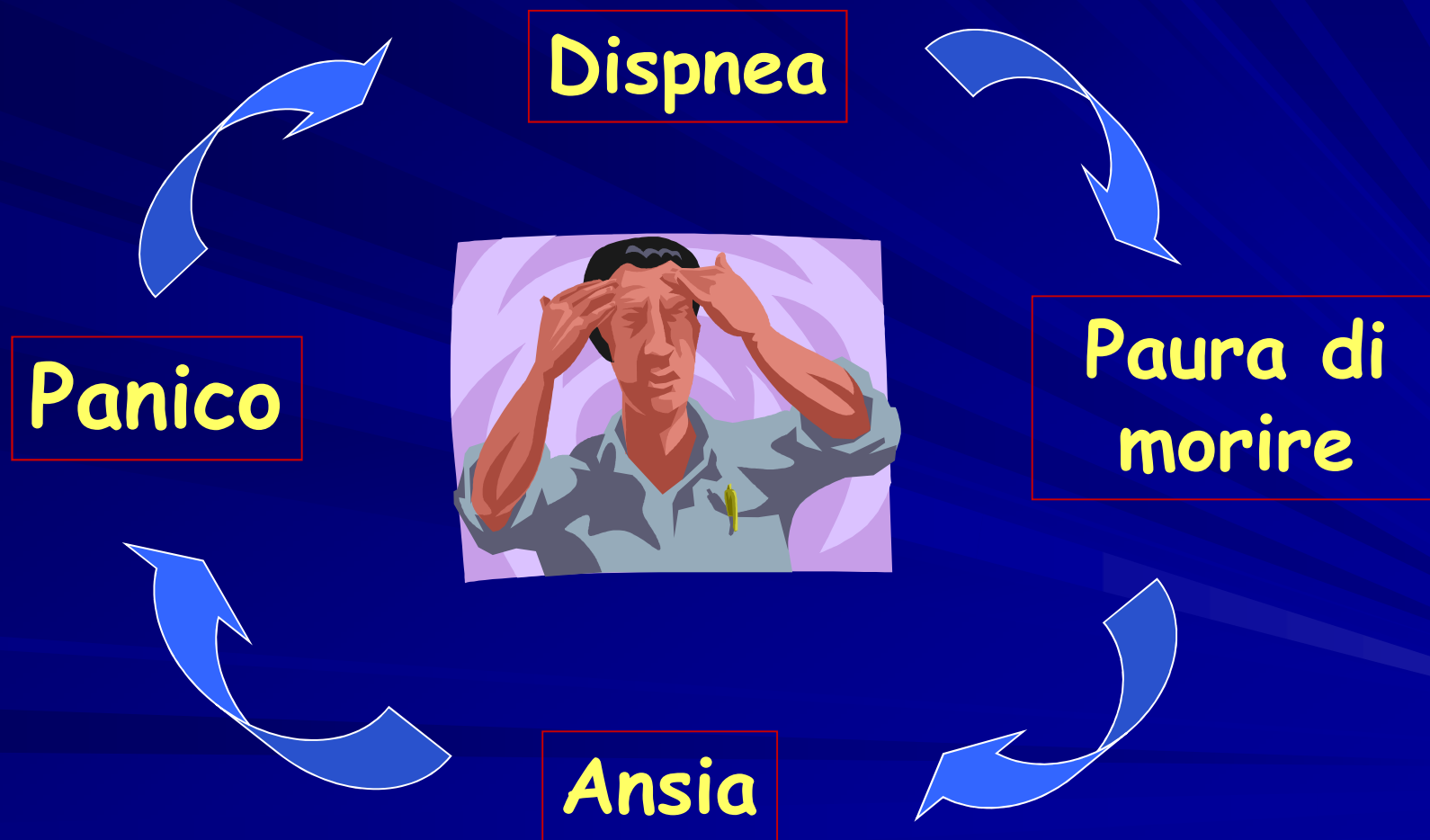
- Da sforzo PGN mesi/anni
- A riposo PGN < mesi/anni
- Terminale PGN < settimane
- Death rattle PGN < giorni

Morita T. et al. Jap. Journ .Clin. Oncol. 1999  
Wilcock A. The Book of Palliative Care .1998

# Prima di trattare considera che:

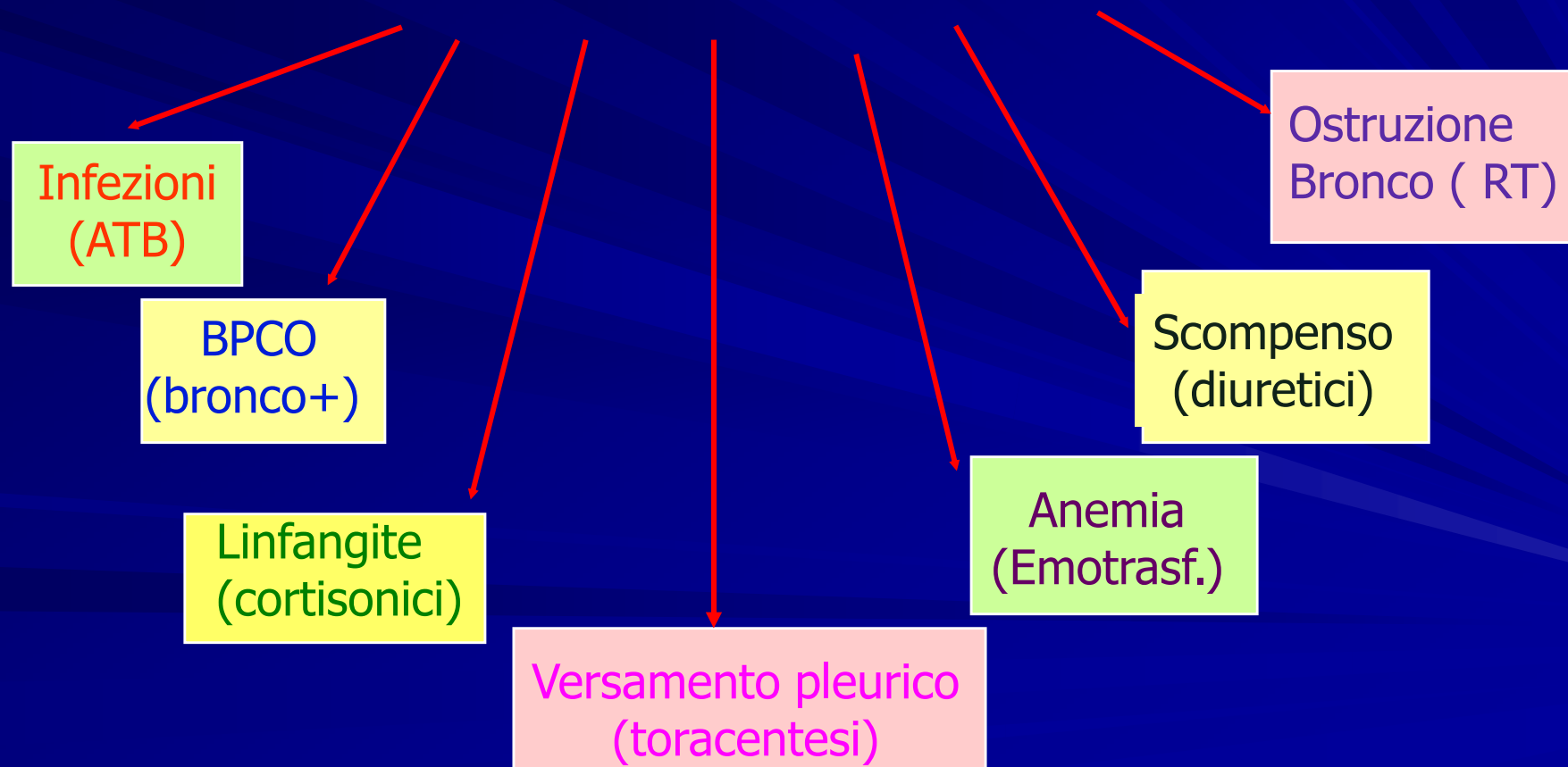
- La dispnea è una esperienza soggettiva
- Il criterio per determinare la gravità della dispnea è soggettivo oltre che oggettivo
- La dispnea fa soffrire il paziente e i familiari
- La dispnea acuta in un morente deve essere trattata come una emergenza

# “Circolo vizioso”



# Approccio terapeutico

## Correggi il correggibile



# TRATTAMENTO

---

1. Misure di carattere generale

2. Terapie causali

3. Terapie sintomatiche

4. Ter. complementari/non convenzionali

# 1. Misure di carattere generale

## Posizionamento

- . *Metti il malato in una posizione confortevole*

## Limitazione degli sforzi

## Strategie per limitare l'ansia

- . *Valuta la percezione del problema da parte di pz e fam*
- . *Spiega cosa stai facendo*
- . *Rafforza il senso di autocontrollo*
- . *Riduci la sensazione di isolamento*
- . *Rassicuralo e lasciagli qualcuno accanto, se lo vuole*

## Igiene ambientale

- . *Apri una finestra*
- . *Attiva un ventilatore*
- . *Elimina agenti irritanti (fumo)*

## 2. Terapie causali

### *Trattamenti oncologici di dispnea*

- Radioterapia
- Laserterapia
- Chemioterapia
- Stent

*Valutare sempre l'evoluzione di malattia e l'aspettativa di vita*

# 3. Terapia farmacologica

---

## Broncodilatatori

+ $\beta$ -adrenergici,  
anticolinergici,  
metilxantine

---

## Corticosteroidi

Prednisone, Desametazone

---

## Sedativi non oppioidi

Benzodiazepine  
Fenotiazine  
Butirofenoni  
Azopironi (buspirone)

---

## Altri

Antistaminici  
Cannabinoidi  
Anestetici locali  
FUROSEMIDE



# OPPIOIDI

## Azioni:

- Sedazione
- Diminuzione ansia
- Miglioramento funzionalità cardiaca  
(vasodilatazione per riduzione resistenze)
- Analgesia
- Riduzione sensibilità area chemosensibile  
all' ipercapnia
- Riduzione sensibilità chemocettori periferici  
all' ipossia

# Oppiacei e dispnea: letteratura

*“A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea”*

*AL Jennings et al Thorax 2002 Nov,57(11): 939-44*

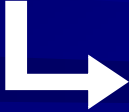
Metanalisi su 18 studi random, placebo-controlled, double blind

- Oppioidi orali/parenterali danno significativo miglioramento della sensazione di “fiato corto” (  $p=0.0008$  )
- Oppioidi per via nebulizzata non significativi (  $p=0.02$  )

**Nessun effetto deleterio documentato e significativo sulla saturazione arteriosa O<sub>2</sub>**



# Farmaci psicotropi e dispnea

- Pochi studi pubblicati
  - Piccole coorti , non controllati
  - Efficaci su dispnea da BPCO, poco studiate su neoplasie
  
  - Diazepam 20 mg/die
  - Lorazepam 0,5-1 mg/die
  - Clorpromazina 50-100 mg/die
  - Aloperidolo 10-15 mg/die
-  pz con delirium/ansiosi  
no depressione respiratoria  
compatibile in pompa con morfina e joscina butilbromide

# Controversie

## O2 terapia

Per il paziente o per le pressioni dei familiari?

Alti flussi ( $> 4$  l/min) e per brevi periodi ( $< 45'$ )

Erogatori in uso riducono del 30-60 % la quantità di O2 somministrato

## Morfina nebulizzata

- 10-20mg in 5 ml di NaCl
- Fino a 70.-100mg/die
- Trials clinici ne hanno dimostrato l'inefficacia

Davies 1999 Am J Hosp & Pall Care  
Urlch et al Pall Medicine 1997

# O2 terapia: update

*A randomized controlled trial of supplemental oxygen vs air in cancer patients with dyspnea*

*Bruera, Willey: Palliat Med 2003 Dec; 17(8) 659-63*

Randomizzato, controllato, doppio-cieco, cross-over

33 pts con  $paO_2 \geq 90\%$

5 l/min aria vs 5 l/min O2 per 6 min

NRS 0-10 per gravità dispnea

	aria	O2	p
Dispnea a 3'	3.8(SD2.2)	3.7(SD2.1)	0.78
Dispnea a 6'	4.9(SD2.7)	4.5(SD2.2)	0.52

*“La medicina palliativa è e rimane un servizio alla salute. Non è una medicina per morenti, ma una medicina per l’uomo, che rimane un vivente fino alla morte.”*

Spinsanti, 1988

# Dispnea terminale e “death rattle”

## Morfina

- riduce la dispnea di circa il 20% in meno di 4 ore
- dosaggi start di 5mg s.c in paziente “naive” oppure, in pazienti già sotto oppiacei, 1/4-1/6 della dose giornaliera.

*Allard P et al J Pain Symptom Manage 1999*

Utile associazione Midazolam 20-100 mg/die  
e/o Joscina butilbromuro 20-180 mg/die

*Hughes A et al Palliative Medicine 1997*  
*Hughes A et al Pall Medicine 2000; 14: 221-2*



# Rischio di morte imminente

sopravvivenza = / < due settimane

- Frequenza respiratoria > 28/min.
- Frequenza polso > 110 b./min.
- Progressione rapida e non controllata

# NEGLI ULTIMI GIORNI DI VITA

**AGGRAVAMENTO** di una  
condizione preesistente

**INSORGENZA ACUTA**  
(p.es.emorragia massiva)

## C'è un pulsiossimetro?

**SaO<sub>2</sub> 90-94%** ( paz. moderatamente ipossico ): non è dimostrato il vantaggio dell' O<sub>2</sub> terapia vs. flusso d' aria ambientale

Booth S et al ***Does oxygen help dyspnea in patients with cancer?*** Am J Resp & Crit Care Med 1996 153: 1515-18