



Palliative Info

Newsletter

N° 3, novembre 2016

Medicina palliativa

Membro del gruppo di lavoro

- PD Dott. Klaus Bally (KB)
- Dott. Christoph Cina (CC)
- Dott. Roland Kunz (RK)
- Dott. Vanni Manzocchi (VM)
- PD Dott. Claudia Mazzocato (CM)
- Prof Dott. Sophie Pautex (SP)

Ricorso alla sedazione palliativa: aspetti clinici ed etici

Autore: PD Dott. Claudia Mazzocato

Definizione di sedazione palliativa

«Si definisce sedazione palliativa la somministrazione intenzionale di sostanze sedative al dosaggio minimo necessario, allo scopo di ottenere sollievo da uno o più sintomi refrattari, riducendo temporaneamente o definitivamente lo stato di coscienza in un paziente con una malattia avanzata, la cui aspettativa di vita stimata è breve (giorni o settimane), in collaborazione con un team multidisciplinare¹». A seconda delle circostanze cliniche, la sedazione varia quindi in termini di profondità (riduzione lieve, intermedia o profonda della coscienza) e durata (temporanea, intermittente, continua, fino alla morte)².

Definizione di sintomo refrattario

Un sintomo viene definito refrattario quando «la sua percezione è insopportabile per il paziente e non può essere alleviato, nonostante gli ostinati sforzi per trovare un trattamento adeguato, senza compromettere lo stato di coscienza»³. Non è sempre facile distinguere tra un sintomo difficile da alleviare da un sintomo refrattario. La **figura 1** (vedi pagina 4) illustra le varie fasi che guidano gli operatori sanitari in questo approccio. Quando possibile, questo deve essere condotto con il supporto di un team specializzato in cure palliative.

Possono presentarsi due casi:

- Il sintomo refrattario è la conseguenza di uno o più sintomi inizialmente difficili da alleviare, la cui intensità, persistenza o peggioramento alla fine li rendono intollerabili. Si può trattare di una dispnea, di uno stato di agitazione conseguente a uno stato confusionale acuto, più raramente di un dolore. La sedazione può essere programmata.
- Il sintomo refrattario è la manifestazione di una situazione acuta che richiede un intervento immediato, quali ad esempio un'emorragia o un'ematemasi massiva. Tali situazioni non possono essere sempre previste e richiedono una sedazione in urgenza.

Obiettivi

- Migliorare la formazione dei medici membri della SSMIG nel campo delle cure palliative;
- Suscitare l'interesse dei medici proponendo rimandi supplementari;
- Tenere i medici al corrente degli sviluppi nazionali e delle formazioni nell'ambito delle cure palliative.

Praticamente

- 1–2 pagine A4
- Invio per e-mail
- Traduzione francese-tedesco-italiano di newsletter «Palliative Info»
- Pubblicazione 3 volte all'anno
- Focalizzazione su pratica e abilità

Comitato editoriale

- PD, Dott. Sophie Pautex (SP)

Contatto

sophie.pautex@hcuge.ch

Design/Produzione

Segretario di SSMIG

Per migliorare la leggibilità nel Palliative Info.

La forma femminile e sempre da intendere.

Condizioni del ricorso alla sedazione palliativa ^{1,4-6}

Sono necessari diversi prerequisiti per l'attuazione di una sedazione palliativa:

Paziente e familiari

- Il paziente è nella fase terminale di una malattia evolutiva. Egli soffre di un sintomo che considera intollerabile e che viene considerato dal team sanitario come refrattario.
- Il paziente e i suoi familiari vengono informati sugli obiettivi della sedazione, sulle sue modalità (durata, profondità, monitoraggio, reversibilità) e sulle sue conseguenze (riduzione dello stato di coscienza).
- Il paziente è d'accordo con la procedura e le sue modalità (grado di profondità, durata). Se egli non ha la capacità di discernimento e in assenza di direttive anticipate, il consenso è demandato al suo rappresentante terapeutico.

Team sanitario

- C'è consenso a livello del team sanitario multidisciplinare sul carattere di refrattarietà del sintomo e sul ricorso della sedazione palliativa.
- La decisione di avviare una sedazione palliativa, le sue modalità e il suo monitoraggio sono documentati.
- La decisione di proseguire o meno un'alimentazione o un'idratazione artificiale è anticipata e documentata.
- Gli operatori sanitari che non hanno familiarità con la sedazione palliativa ricevono informazioni simili a quelle fornite al paziente e ai suoi familiari.

Scelta del farmaco sedativo ^{1,2,4-6}

Il midazolam è il medicamento di prima linea per la sua natura idrosolubile, il suo effetto rapido, la sua breve durata d'azione, la sua rapida eliminazione e la possibilità di essere antagonizzato dal flumazenil. Esso viene somministrato in continuo, per via sottocutanea o endovenosa. Più raramente, può essere utilizzata la levomepromazina negli stati di agitazione conseguenti a stati confusionali acuti e il propofol nelle reazioni paradose alle benzodiazepine. L'impiego degli oppioidi è controindicato. Essi sono dei cattivi sedativi e l'aumento del loro dosaggio può indurre effetti collaterali dannosi per il benessere del paziente, come ad esempio una neurotossicità. La loro utilizzazione è limitata al trattamento sintomatico del dolore e della dispnea terminale.

Procedura della sedazione palliativa ^{1,5-6}

Quando possibile, deve essere presa in considerazione una sedazione temporanea prima di una sedazione continua, fino al decesso del paziente. Le dosi di midazolam devono essere titolate in modo da indurre la riduzione più bassa possibile dello stato di coscienza per rendere tollerabile il sintomo refrattario.

Induzione (da parte di un medico esperto) e mantenimento

- Midazolam 0,05–0,1 mg/kg EV o SC (Venflon sottocutaneo in posizione toracica superiore). Preferire la via EV nella sedazione in urgenza.
- Induzione: Midazolam 0,5–1 mg EV in bolo ogni 5 minuti o 1–2,5 mg SC ogni 10–15 minuti, fino a ottenere il grado di sedazione richiesto.
- Mantenimento: Midazolam EV o SC a una dose corrispondente al 50% della dose d'induzione totale/oraria, iniziando dal momento del raggiungimento del grado di sedazione richiesto.
- Sedazione insufficiente:
 - In situazioni di urgenza, utilizzare midazolam EV in bolo come nell'induzione, quindi regolare il dosaggio di mantenimento.
 - In una situazione non acuta ma insoddisfacente, aumentare la dose di mantenimento di midazolam EV o SC di 1 mg/h, fino a ottenere il grado di sedazione richiesto.
- Sedazione temporanea o parziale: interrompere 6 ore prima del momento deciso per il risveglio o ridurre del 50% l'infusione di midazolam. Valutare attentamente il grado di benessere del paziente.

Monitoraggio

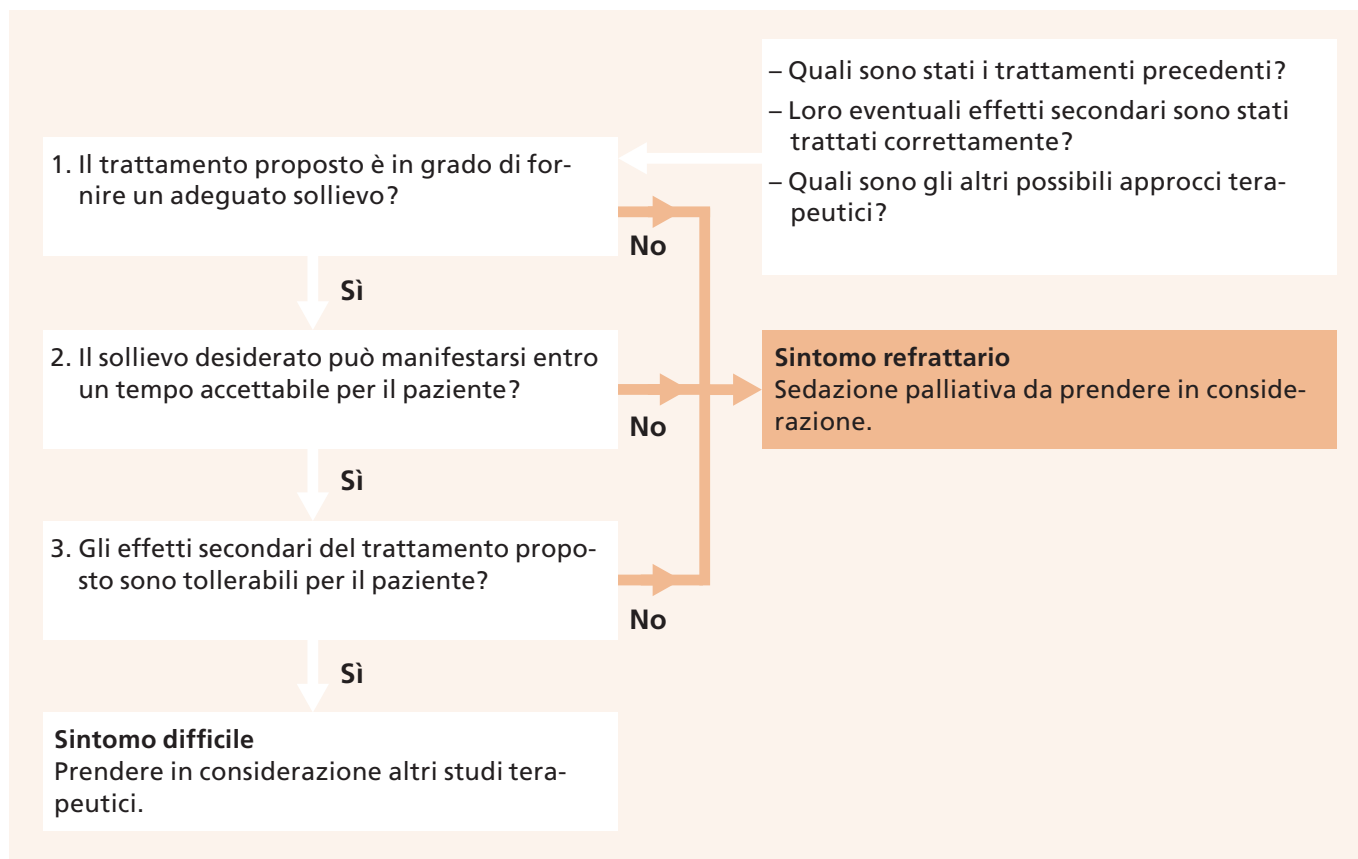
- Prima, durante o quando si aumenta la dose di mantenimento: profondità della sedazione utilizzando uno strumento validato come la scala di RUDKIN¹ o quella di Richmond (RASS)⁷, frequenza respiratoria, polso, PA e saturazione dell'O₂ (quest'ultima secondo il luogo di cura, l'evoluzione clinica e gli obiettivi della sedazione). Quindi, monitoraggio di questi parametri ogni due ore o a un intervallo definito dal luogo di cura.
- Valutazione periodica di tutti i sintomi, che richiedono un'attenzione particolare, vista la riduzione dello stato di coscienza del paziente, che altera la comunicazione verbale. Tutti i trattamenti sintomatici, in particolare quelli antidolorifici, e le cure per il benessere vengono monitorati e adattati a seconda dell'evoluzione.

Sedazione a domicilio e in IMS (Istituto medico-sociale) ⁸

Il ricorso alla sedazione palliativa a domicilio o in IMS è possibile, ma difficile da realizzare, visto il grande impegno richiesto al medico curante (visite regolari, disponibilità in ogni momento) e al team sanitario (regolare monitoraggio infermieristico di giorno e di notte). Essi devono disporre, inoltre, di competenza in cure palliative ed esperienza in sedazione palliativa, oppure devono essere supportati da un team mobile di cure palliative facilmente disponibile.

Figura 1

Fasi dell'analisi di un sintomo potenzialmente refrattario³



Riferimenti bibliografici

1. Recommendations de Bigorio «Sédation palliative»: www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_4_bigorio_2005_Sedation_fr_.pdf
2. Lossignol D. End-of-life sedation: is there an alternative? *Curr Opin Oncol* 2015; 27: 358–64.
3. Cherny N, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31–8.
4. Moynier-Vantieghe K, Beauverd M. Sédation palliative: aspects cliniques pratiques. *Rev Med Suisse* 2008; 4: 462–6.
5. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation in the last weeks of life: a literature review and recommendation for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67–85.
6. Maltoni M, Scarpi S, and Nanni O. Palliative sedation for intolerable suffering. *Curr Opin Oncol* 2014; 26: 389–94.
7. Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, et al. AMROSE Site Study Group. Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44: 704–14.
8. Blanchet V, Viillard ML, Aubry R. Sédation en médecine palliative: recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Medicine Palliative* 2010; 9: 59–70.

Autore Dott. Claudia Mazzocato, PD MER, Primario
Servizio di cure palliative, Dipartimento di medicina, CHUV, UNIL

Indirizzo Mont Paisible 14, CHUV, 1011 Losanna

E-mail Claudia.mazzocato@chuv.ch

«Palliative Info» est une publication conjointe de