

Differenze sostanziali tra Pneumologi e Palliativisti nella gestione della dispnea cronica

Substantial differences between Pulmonologists and Palliative Care Physicians in the management of chronic dyspnea

Silvia Tanzi¹, Mirco Lusuardi²

¹ Unità di Cure Palliative, AUSL IRCCS Reggio Emilia; ² Riabilitazione Respiratoria, AUSL IRCCS Reggio Emilia

Parole chiave: dispnea, cure palliative, Pneumologi, Palliativisti, neoplasie polmonari, patologie polmonari croniche ostruttive e fibrosanti

Key words: dyspnea, palliative care, Pulmonologists, Palliative Care Physicians, lung neoplasms, chronic obstructive and fibrosing lung diseases

La dispnea è un sintomo molto diffuso nei pazienti con malattie respiratorie croniche avanzate e nei pazienti con tumore polmonare, sintomo che di solito diventa sempre più grave con la progressione della malattia e al termine della vita ¹.

La dispnea cronica o refrattaria è definita come dispnea invalidante che persiste nonostante la miglior gestione della patologia sottostante.

Gli approcci *evidence based* citati nelle Linee Guida internazionali e nazionali includono trattamenti *non farmacologici* come la riabilitazione polmonare, tecniche di controllo del respiro, ausili per il cammino ². I trattamenti *farmacologici* (come l'utilizzo di oppioidi a basse dosi) hanno un livello di evidenza moderato ³.

Una *survey* internazionale ha rivelato differenze sostanziali di approccio alla dispnea tra Pneumologi e Palliativisti ⁴. Sono inoltre emerse grandissime differenze nella gestione di questo sintomo se si tratta di pazienti oncologici o pazienti non oncologici.

I risultati della *survey* internazionale Better-B mostrano come i medici con una migliore conoscenza delle Linee Guida sembrano essere più propensi a raccomandare trattamenti *evidence based* per la dispnea nella loro pratica clinica quotidiana, come l'utilizzo degli oppioidi o la riabilitazione polmonare.

Questi risultati suggeriscono la necessità di una migliore diffusione e adozione di Linee Guida per la gestione della dispnea, sviluppate congiuntamente tra i professionisti, assieme a un maggiore sostegno della ricerca sul tema ⁵.

La mancanza di opzioni di trattamento farmacologico autorizzate, insieme alla mancanza di conoscenza clinica, di esperienza e di un approccio terapeutico standard, contribuisce allo scarso riconoscimento e seguente sotto trattamento di questo sintomo altamente angosciante.

I ricercatori del programma di ricerca BETTER-B, guidato dal Cicely Saun-

Ricevuto il 15-2-2022
Accettato il 16-2-2022

Corrispondenza

Mirco Lusuardi
mirco.lusuardi@ausl.re.it

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Tanzi S, Lusuardi M. Differenze sostanziali tra Pneumologi e Palliativisti nella gestione della dispnea cronica. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2022;37:1-2. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-A090>

© Copyright by Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO – ITS)



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ders Institute of Palliative Care, Policy & Rehabilitation e dal Center for Human & Applied Physiological Sciences, King's College London, oltre a partner internazionali tra cui in Italia l'Unità di Cure Palliative, la Pneumologia e la Riabilitazione respiratoria dell'AUSL IRCCS di Reggio Emilia, hanno condotto una *survey* internazionale con pneumologi e palliativisti per cercare di comprendere le differenze nell'approccio alla dispnea nelle malattie oncologiche e non oncologiche.

Agli intervistati è stato chiesto di considerare come gestire la dispnea cronica refrattaria in casi di broncopneumopatia cronica ostruttiva avanzata (BPCO), malattia polmonare interstiziale fibrotica (ILD) e cancro ai polmoni (LC). L'indagine inoltre ha cercato di capire se i diversi approcci dei medici alla dispnea fossero influenzati dalla conoscenza di Linee Guida per la gestione di malattie polmonari croniche non oncologiche.

I risultati della ricerca, recentemente pubblicati su *BMC Pulmonary Medicine*², hanno mostrato che:

- sono stati analizzati 450 questionari, provenienti da 348 pneumologi (77% delle risposte) e 102 medici di cure palliative (23% delle risposte). Gli pneumologi provenivano da 31 paesi europei e i palliativisti da 13, per la maggior parte dal Regno Unito (rispettivamente 18% e 36%). Altre 59 risposte (13%) provenivano da paesi non europei tra cui India, USA e diversi paesi sudamericani.
- I palliativisti che hanno risposto alla *survey* erano più propensi degli pneumologi a indicare l'uso di routine (spesso/sempre) di oppioidi in tutte e tre le condizioni (BPCO: 92% vs 39%, ILD: 83% vs 36%, LC: 95% vs 76%).
- Un numero significativamente maggiore di palliativisti rispetto a pneumologi continua a utilizzare regolarmente le benzodiazepine per la BPCO (33% contro 10%) e ILD (25% contro 12%), nonostante la mancanza di prove a sostegno dell'uso delle benzodiazepine nella gestione della dispnea nella patologia cronica.
- Il 62% degli pneumologi ha riportato di utilizzare routinariamente una scala per valutare la dispnea, rispetto a solo il 13% dei medici in cure palliative.
- Gli pneumologi erano più propensi dei palliativisti

a dare priorità alla riabilitazione respiratoria per la BPCO (49% contro 7%) e per le interstiziopatie (30% contro 18%).

- Gli intervistati che hanno dichiarato di far riferimento a delle Linee Guida ufficiali erano più propensi a: utilizzare di routine una scala di valutazione per la dispnea; utilizzare oppioidi e inviare alla riabilitazione polmonare i pazienti con BPCO; inviare i pazienti con interstiziopatia alle cure palliative; utilizzare un ventilatore portatile per i pazienti con BPCO, ILD e LC.

Gli intervistati hanno dichiarato come necessaria una integrazione precoce dei servizi di Cure Palliative e di Pneumologia nella cura dei pazienti con dispnea refrattaria.

Le preoccupazioni sul profilo degli effetti collaterali della morfina rappresentano una barriera alla prescrizione di oppioidi, in particolare da parte degli pneumologi, ed evidenziano l'urgente necessità di sviluppare nuovi trattamenti farmacologici per la dispnea oggetto appunto di ricerca del programma internazionale Horizon - BETTER-B.

Bibliografia

- ¹ Wysham NG, Cox CE, Wolf SP, et al. Symptom burden of chronic lung disease compared with lung cancer at time of referral for palliative care consultation. *Ann Am Thorac Soc* 2015;12:1294-301. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201503-180OC>
- ² Booth S, Moffat C, Burkin J, et al. Nonpharmacological interventions for breathlessness. *Curr Opin Support Palliat Care* 2011;5:77-86. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283460c93>
- ³ Barnes H, McDonald J, Smallwood N, et al. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD011008. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011008.pub2>.
- ⁴ Krajnik M, Hepgul N, Wilcock A, et al.; BETTER-B research consortium. Do guidelines influence breathlessness management in advanced lung disease? A multinational survey of respiratory medicine and palliative care physicians. *BMC Pulmonary Medicine* 2022; 22:41-53. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01835-0>
- ⁵ Currow DC, Abernethy AP, Allcroft P, et al. The need to research refractory breathlessness. *Eur Respir J* 2016;47:342-343. <https://doi.org/10.1183/13993003.00653-2015>.