



La riabilitazione nel paziente oncologico anziano

Fulvia Gariboldi

U.O. Riabilitazione e Cure Palliative

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - Milano



progressiva ulteriore riduzione
del potere di adattamento funzionale

perdita di funzioni

terminalità

esiti da
metastasi

esiti del tumore

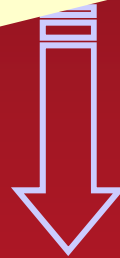
esiti iatrogeni
da chirurgia
da radio- e da chemioterapia

fase di adattamento biologica, cognitiva, relazionale
+/-
comorbilità e disabilità



spesso nella persona anziana
il cancro viene diagnosticato più tardivamente
rispetto ai soggetti più giovani,
probabilmente per la tendenza
a sottovalutare molti sintomi
che vengono erroneamente attribuiti
a fenomeni di invecchiamento

ciò che viene richiesto non viene ricevuto



analogamente rischiano di essere sottovalutati
i conseguenti bisogni riabilitativi



requisiti del progetto + programma riabilitativo

definizione dei
bisogni riabilitativi
e della prognosi riabilitativa

situazione contingente

programmazione
dei follow-up

eventi futuri e conseguenti esiti
(ad es. durante RT)



LE PROBLEMATICHE RIABILITATIVE COMUNI (da Schieron):

1. i **danni da chemioterapia**: neuropatie periferiche, emisindromi cerebellari, paraplegie e tetraplegie, lesioni dei nervi cranici e miopatie;
2. i **danni da radioterapia**: fibrosi e retrazioni cutanee e tissutali, osteodistrofie, osteiti, fratture, plessopatie e mielopatie, turbe circolatorie ed in particolare linfedema;
3. le **limitazioni funzionali** locali e generali a carico prevalentemente dell'apparato osteo-artro-muscolare;
4. la **sindrome ipocinetica**, che si manifesta soprattutto nelle fasi terminali della malattia e che è causa di ipotrofia muscolare, retrazioni muscolo-tendinee, limitazioni articolari, piaghe da decubito, affaticabilità, disadattamento all'ortostatismo, disturbi circolatori, complicanze polmonari, osteoporosi, dolore;
5. le **metastasi**, in particolare quelle cerebrali, che danno origine a quadri patologici diversi legati alla sede, le metastasi ossee, causa di fratture patologiche e dei conseguenti quadri di invalidità motoria;
6. i **problemi nutrizionali** che si manifestano in particolare nei tumori gastroenterici e del distretto cervico-cefalico (controllo nutrizionale per il mantenimento del peso corporeo, posizionamento di PEG, gestione delle stomie, ecc.);
7. il **dolore** con tutte le sue origini e valenze;
8. la **fase palliativa** con la sindrome ipocinetica e il dolore;
9. le **problematiche psicologiche** comuni ad ogni fase di malattia;
10. l'**handicap**



potenziali rischi di riduzione del potere di adattamento funzionale nel paziente oncologico anziano

sintomi

- affaticabilità
- dolore
- insonnia
- disturbi dell'umore
- isolamento sociale

segni

- ridotte possibilità motorie
- problematiche respiratorie
- malnutrizione
- scarsa compliance del paziente



fatigue

è la fatica cronica e “immotivata”, successiva alle terapie oncologiche,

si protrae per diversi mesi, tende ad “autorigenerarsi”, si manifesta con

debolezza fisica e psichica

difficoltà alla concentrazione

senso di inadeguatezza

disturbi del

è la più difficilmente curabile

è da mettere in relazione anche a fattori

PSICOLOGICI - COGNITIVI - COMPORTAMENTALI - SOCIALI



Luciani A. Fatigue and functional dependence in older cancer patients

Am.J. of clinical Oncology 2008

214 patients aged 70 – 90

Fatigue was reported by 81% of the patients

Conclusions: Fatigue is a common chronic problem for older cancer patients and may represent a major cause of functional dependence. Fatigue may represent a long lasting complication of cancer and cancer treatments, a complication that may accelerate the functional decline of the older person.



K.F.Cheng Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer.a prospective study

CJ Review in Oncology/Hematology 2010

120 patients, 65 years of age

These four symptoms may occur in a cluster and may negatively influence elderly patients functional status and QoL during cancer therapy



G. Capuano Influence of unintentional weight loss on quality of life in elderly cancer patients before chemo and/or radiotherapy

Journal of Clinical Oncology, 2008

387 patients, 104 of them (27%) were aged ≥ 70 years

In patients with WL $\geq 10\%$ physical functioning scale reduced and fatigue increased

Unintentional weight loss (WL) is an early indicator of malnutrition risk and is present in about 50% of cancer patients before treatment

An early, careful and intensive pretreatment nutritional support might improve QoL.



obiettivi riabilitativi:

identificare precocemente
modificazioni delle abilità



conservare e/o
recuperare una buona QoL



favorire la gestione della
complessità clinica



maggiori possibilità e
qualità di cura e migliore
tolleranza delle terapie



caratteristiche dell'atto riabilitativo

standard terapeutico

misurare e curare

flessibilità

modificare il piano di trattamento
in relazione alle necessità del paziente
e all'andamento della malattia

conoscitivo

verificare l'efficacia degli interventi
terapeutici ed assistenziali



standard terapeutico:

- ✓ prevenire e/o contrastare le limitazioni
- ✓ fornire i presidi ortopedici
- ✓ accompagnare le fasi terminali per
 - mantenere articularità, tonotrofismo muscolare,
 - ritmo respiratorio
 - prescrivere presidi ortopedici
 - prevenire lesioni da decubito
 - ecc.



flessibilità

terapie modulate in relazione a

- ✓ fase della malattia e
- ✓ terapie in corso

importanza della famiglia

- ✓ modalità di adattamento del singolo individuo
(risorse biologiche e capacità di affrontare gli eventi)
e supporto parentale



outcome riabilitativo globale

qualità + evidenza + efficacia + efficienza

ma soprattutto “ritmo di vita”

in tutte le sue sfaccettature



R.Stauder Six independent domains are defined by geriatric assessment in elderly cancer patients

Cl. Review in Oncology/Hematology 2009

Performance status and functional activities:

1.ADL

2.QoL

3.Depression

4.Comorbidities

5.Cognitive function

6.Social support

GA (Geriatric Assessment) must be integrated into treatments concepts for elderly cancer patients



Comprehensive Geriatric Assessment

- Current symptoms and illnesses and their functional impact.
- Current medications, their indications and effects.
- Relevant past illnesses.
- Recent and impending life changes.
- Objective measure of overall personal and social functionality.
- Current and future living environment and its appropriateness to function and prognosis.
- Family situation and availability.
- Current caregiver network including its deficiencies and potential.
- Objective measure of cognitive status.
- Objective assessment of mobility and balance.
- Rehabilitative status and prognosis if ill or disabled.
- Current emotional health and substance abuse.
- Nutritional status and needs.
- Disease risk factors, screening status, and health promotion activities.
- Services required and received.



uno + quattro momenti di misura

preliminari: relative alla situazione precedente all'evento

tumore: background del paziente (capacità motorie, possibilità di recupero, nutrizione, status mentale, stabilità posturale, relazioni affettive, ecc.)

attuali: ospedalizzazione, procedure terapeutiche in corso (chirurgia – CT – RT - HrT)

intermedie: come muta la situazione durante il percorso riabilitativo, parallelamente all'evoluzione degli esiti da malattia

finali: come è cambiata effettivamente la situazione della persona e della famiglia dopo il processo di cura

follow-up: come si stanno mantenendo i risultati ottenuti e le future possibilità



B.B. Reeve Impact of Cancer on Health-Related Quality of Life of Older Americans

Journal of the National Cancer Institute 2009

1432 cancer patients were compared with those of matched control 7160 subjects without cancer

All cancer patients, except melanoma and endometrial cancer, had lower mean physical health scores than control subjects, but only patients with colorectal, prostate, and lung cancers had lower mean mental health scores than control subjects.

Patients with prostate, bladder, colorectal, kidney, or lung cancer or NHL reported greater declines in their social roles and well-being than controls.



D.Fitzsimmons A systematic review of use and validation of health-related quality of life instruments in older cancer patients

Eur Journal of Cancer 2009

31 studies

HRQoL instruments often ignore the specific needs of older people predominantly focused on the acute phase but many older people will live with cancer as a chronic illness alongside other biological, psychological and social consequences of ageing.

The long-term effects of cancer treatment and the interplay of other factors in relation to ageing



La combinazione dell'expertise delle specialità in oncologia, chirurgia, radioterapia, geriatria e fisioterapia comporta una migliore individuazione dei pazienti candidabili a trattamenti antineoplastici e ad una più razionale esclusione dei pazienti ad alto rischio di eventi avversi legati alle cure antineoplastiche.

Per coloro che risultano essere ad alto rischio l'approccio multidimensionale potrebbe migliorare comunque lo stato di salute.



la nostra esperienza

da gennaio a maggio 2010 visitati in ambulatorio 580 pazienti di cui 40% di età ≥ 65 aa e 60% di età ≥ 75 aa

Nei più anziani, la richiesta di accertamenti per diagnosi differenziale fra le patologie degenerative dell'apparato muscolo-scheletrico è maggiore e secondarismi

Nei più giovani, la richiesta di trattamenti riabilitativi per deficit articolari, contratture muscolari, dolori, ecc.

Perché il dolore è maggiore all'anziano?

precedente QoL scarsa?

maggior rassegnazione?

maggior forza?





G r a z i e