

Le terapie di supporto in oncologia

ANDREA ANTONUZZO¹

¹UO Oncologia Medica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

I recenti progressi nell'ambito delle terapie oncologiche hanno reso evidente la necessità di integrare in ogni momento del percorso terapeutico le migliori terapie di supporto disponibili.

I successi delle terapie oncologiche sono sempre correlati a una ottimale aderenza al trattamento stesso, senza prescindere da un adeguato controllo sia degli effetti collaterali sia della sintomatologia più frequentemente riferita dai pazienti.

Negli ultimi anni, grazie all'impegno delle società scientifiche e di gruppi di lavoro che hanno l'obiettivo di promuovere la ricerca e la formazione nell'ambito delle terapie di supporto, la sensibilità e l'attenzione degli operatori in questo ambito è sicuramente incrementata, passando da una visione di "terapie ancillari" a veri e propri trattamenti "indispensabili" per una adeguata gestione clinica dei pazienti.

Anche la storia clinica della malattia oncologica è radicalmente cambiata con l'avvento delle nuove terapie oncologiche, rendendo i pazienti molto spesso malati cronici con periodiche riacutizzazioni di malattia che si concretizzano con le recidive e/o progressioni di malattia.

Tale andamento giustifica ancora di più la necessità di integrare i trattamenti di supporto sia in ospedale sia a domicilio.

I casi clinici esposti in questa raccolta evidenziano, infatti, possibili scenari che tanti specialisti oncologi o di altre discipline possono trovarsi a gestire nella pratica clinica quotidiana.

Analizzando nel dettaglio gli argomenti trattati nei casi clinici, possiamo valutare con maggiore chiarezza l'impatto e il beneficio delle terapie di supporto.

Sono ormai molti anni che le terapie della nausea e del vomito da chemioterapia (CINV) possono considerarsi un successo della ricerca in quest'ambito anche grazie al lavoro di colleghi oncologi italiani.

Nel caso clinico riportato da Sponghini et al. si evidenzia molto bene che in un paziente sottoposto a trattamento polichemioterapico per una neoplasia del distretto cervico-cefalico, già di difficile gestione per la sede anatomica della lesione primitiva, la possibilità di non peggiorare la qualità della vita con eventuali episodi di vomito abbia permesso un "timing" ideale della chemioterapia con i conseguenti positivi risultati descritti.

In questo specifico caso, dove il regime di chemioterapia altamente emetizzante viene somministrato per più giorni consecutivi e il paziente presenta fattori che rendono difficoltosa la somministrazione di antiemetici per via orale, il granisetron transdermico si pone come opzione terapeutica significativa. La modalità d'impiego dal giorno prima della chemio-

terapia garantisce inoltre la sicurezza della adeguata somministrazione del farmaco.

Altro aspetto di primaria importanza nella gestione dei sintomi dei pazienti oncologici è il controllo del dolore. Nel caso descritto da Gunnellini si comprende quanto il sintomo dolore sia presente sia nelle fasi iniziali di malattia sia al momento delle recidive o in fase terminale di malattia. La terapia antalgica, che troppo spesso non viene garantita in prima persona dall'oncologo, con evidenti ripercussioni negative sulla gestione clinica del paziente, si deve sempre associare a una corretta diagnosi della tipologia di dolore secondo i principi del WHO e dalla presenza o meno di dolore episodico intenso (Breakthrough cancer Pain - BTcP).

Talvolta il controllo iniziale della sintomatologia dolorosa può non essere adeguato (per es., dose non sufficiente di oppioidi, formulazione non idonea, effetti collaterali poco controllati) e ciò rende necessario il monitoraggio frequente del paziente per arrivare velocemente alla somministrazione del giusto dosaggio di oppioidi.

Anche nella gestione del dolore episodico intenso la titolazione del fentanyl a rapido rilascio è fondamentale e permette di ottimizzare il dosaggio necessario al controllo del sintomo. Tali episodi dolorosi sono spesso frequenti (per es., possono aumentare di numero e intensità alle recidive di malattia) e possono peggiorare in maniera significativa la qualità di vita dei pazienti.

Rimane altresì da ricordare che il fentanyl sublinguale a rapido rilascio non può sostituire la terapia del dolore cronico di base e che in fasi più avanzate di malattia l'integrazione precoce con i servizi di cure palliative domiciliari sia da considerarsi indispensabile.

Sempre nell'ambito della terapia del dolore dei pazienti oncologici, gli aspetti legati alla prevenzione e trattamento degli effetti collaterali da oppioidi sono da considerarsi importanti quanto la scelta di una corretta terapia antalgica. La nausea e il vomito, le allucinazioni e la stipsi sono spesso presenti nei momenti iniziali della terapia con oppioidi e possono essere un reale limite all'utilizzo degli stessi per l'evidente disagio creato al paziente.

L'importanza di educare il paziente e il caregiver alla possibilità di insorgenza non è spesso sufficiente a ridurre l'impatto di tali effetti avversi. Come descritto nell'ultimo caso clinico (Brunetti), anche in fasi avanzate di malattia non risolvere gli effetti collaterali da oppioidi oltre che a un mancato controllo del dolore porta spesso anche all'abbandono della terapia antalgica intrapresa. La stipsi risulta troppo spesso un sintomo invalidante per le condizioni cliniche del paziente (come in questo caso, con dolore severo da malattia avanzata) che i lassativi correntemente utilizzati non riescono a risolvere.

In questo contesto, in accordo anche a quanto riportato dalle recenti linee-guida delle società scientifiche si può considerare l'utilizzo di naloxegol, un derivato peghilato del naloxone (formulazione in compresse) antagonista periferico dei recettori μ per gli oppioidi del tratto gastrointestinale, che riduce gli effetti costipanti degli oppioidi senza ridurne l'efficacia. La semplicità di somministrazione e la rapidità di azione permettono al paziente di non interrompere la terapia di base per il controllo del dolore e di poter proseguire una terapia di mantenimento volta a impedire ulteriori episodi di stipsi indotta da oppioidi.

Rimane da considerare che la stipsi indotta da oppioidi si può verificare anche in setting di pazienti sottoposti a trattamenti oncologici attivi dove oltre alla qualità della vita è importante mantenere una adeguata aderenza alle terapie specifiche.

Dichiarazioni: questo lavoro è stato realizzato con un contributo non vincolante di Kyowa Kirin.

Conflitto di interessi: l'autore ha percepito diritti d'autore da Il Pensiero Scientifico Editore - soggetto portatore di interessi commerciali in ambito medico scientifico.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Andrea Antonuzzo
UO Oncologia Medica
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana
Via Roma 67
56126 Pisa
E-mail: automezzo69@gmail.com