

Orientamenti per la prassi clinica a uso del personale infermieristico

Nausea e vomito indotti da terapia oncologica negli adulti



Il presenteopuscolo si avvale di sussidi didattici soggetti a diritti d'autore di Helsinn e Tesaro



A GSK company

Indice

1. Introduzione	4
2. Classificazione e fisiopatologia	5
3. Fattori di rischio	8
4. Gestione	11
5. Aiuto per la consultazione	16
6. L'importanza degli infermieri	20
7. Riferimenti e approfondimenti	24

© Copyright 2019 European Oncology Nursing Society (EONS)

Anita Margulies, Patrick Jahn – Co-presidenti

Anki Delin Eriksson, Sara Torcato, Cheryl Vidall – Task Group

Karin Jordan – Consulente medico

Iveta Nohavová – Direttrice di progetto

La scrittura medica e il disegno grafico sono stati gentilmente concessi da TMC Strategic Communications.

Le informazioni contenute nel presente opuscolo hanno scopo meramente illustrativo. Pur avendo dedicato la dovuta cura per preparazione, produzione e presentazione, si consiglia ai partecipanti di richiedere consulenza supplementare in merito ad aspetti specifici. EONS declina qualsiasi responsabilità od obbligo rispetto a eventuali errori od omissioni presenti nell'edizione finale e si avvisano i partecipanti della necessità di richiedere consulenza supplementare in merito ad aspetti specifici delle informazioni pubblicate nella presente edizione.

Per qualsiasi prodotto menzionato nell'edizione finale, si prega di fare riferimento alle relative informazioni prescrittive in cui si elencano esaurientemente prescrizioni, controindicazioni, avvertenze, precauzioni, reazioni avverse, orientamenti di posologia e somministrazione.

Il presente opuscolo si avvale di sussidi didattici soggetti a restrizioni di Helsinn e Tesaro.

Helsinn e Tesaro non hanno preso parte all'elaborazione dell'opuscolo. È stata gentilmente offerta una revisione finale e i commenti ricevuti sono stati liberamente accettati o respinti dal Gruppo di lavoro e dal Consulente medico.



A GSK company

1. Introduzione

Gli scopi del presente opuscolo sono rispettivamente la divulgazione di informazioni, l'assistenza e l'ausilio che permetta al personale infermieristico di svolgere una gestione ottimale dei sintomi di nausea e vomito associati al trattamento oncologico (che nel corso dell'opuscolo verranno abbreviati con la sigla "N&V").

N&V sono i sintomi che più di frequente si associano al trattamento oncologico con chemioterapia, pur essendoci la possibilità che tali sintomi siano dovuti ad altre cause, non ultima la malattia stessa. I pazienti affetti da nausea possono presentare tutta una varietà di altri sintomi, tra cui sudorazione, incremento del battito cardiaco e capogiri. Oltre al vomito, i pazienti possono anche soffrire di conati (o nausea senza vomito).

Pur avendo compiuto grandi passi nel controllo di N&V, questi continuano a essere uno dei sintomi più comuni, e fastidiosi, del trattamento oncologico. In un sondaggio condotto presso 212 infermieri di oncologia, solo il 19% ha riferito che la maggior parte dei loro pazienti esercitava un controllo ottimale dei sintomi di N&V. Qualora non gestiti adeguatamente, N&V possono compromettere la salute dei pazienti, la loro qualità di vita e portare all'interruzione del trattamento oncologico.

Gli infermieri svolgono un ruolo decisivo nella valutazione, prevenzione e gestione di N&V. Grazie a una buona comprensione della fisiopatologia di N&V, orientamenti terapeutici internazionali e i farmaci disponibili localmente, gli infermieri hanno la possibilità di offrire un importante supporto a pazienti e badanti, di gestire efficacemente N&V e di influenzare positivamente l'esito della terapia e la qualità della vita dei pazienti.



Punti-chiave

1. Solo il 19% degli infermieri pensa che la maggior parte dei loro pazienti sottoposti a terapia oncologica riesca ad avere un controllo ottimale di N&V.
2. N&V possono compromettere la salute, la qualità di vita e la terapia oncologica dei pazienti.
3. Con una maggiore comprensione dei principi terapeutici, gli infermieri possono esercitare un influsso decisivo e migliorare la prevenzione di N&V nei pazienti oncologici.

2. Classificazione e fisiopatologia

Classifica

Esistono cinque livelli principali di N&V nei pazienti sottoposti a trattamento oncologico (Figura 1).^{2,3}

Figura 1. Principali livelli di N&V ^{2,3}



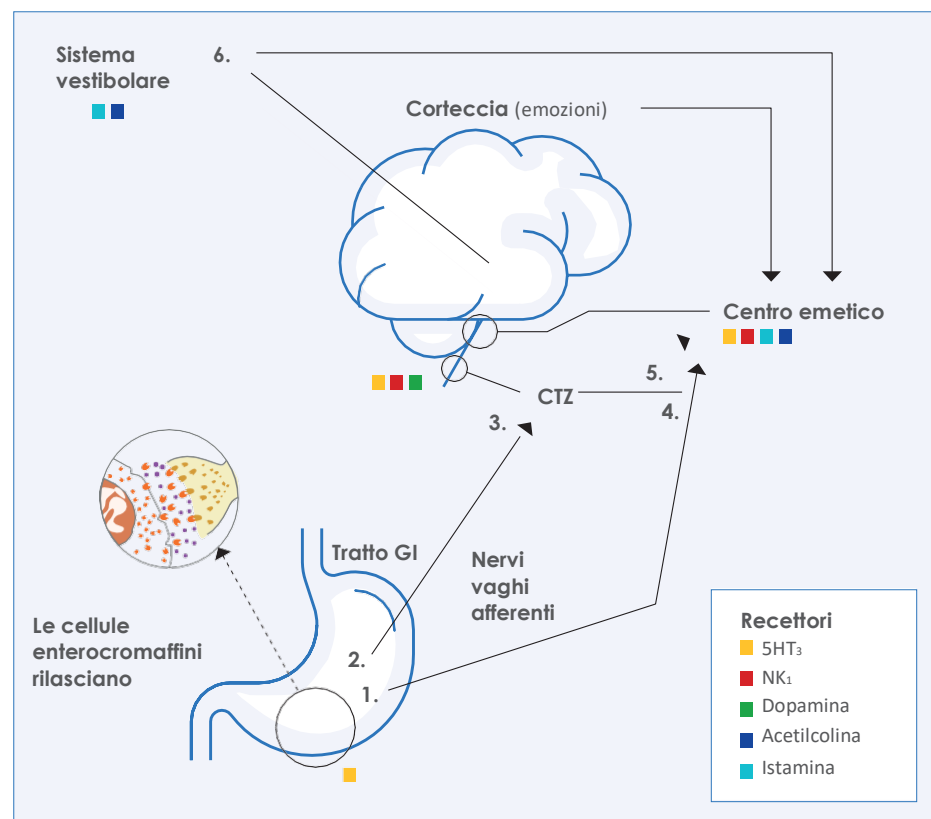
Secondo gli infermieri, il trattamento della sintomatologia tardiva è particolarmente problematico.¹⁴ La sintomatologia anticipatoria di solito si verifica prima dell'inizio di un nuovo ciclo di chemioterapia e viene sperimentata da pazienti che non hanno ricevuto un efficace trattamento antiemetico in un ciclo precedente o in corso di terapia oncologica e possono essere molto difficili da gestire.

Fisiopatologia

N&V sono un processo fisiologico normale e i percorsi implicati dai sintomi associati al trattamento oncologico sono gli stessi coinvolti in qualsiasi tipo di N&V, come nelle intossicazioni alimentari o la cinetosi. L'unica variante è il fattore scatenante, che in questo caso è la terapia oncologica. Il processo coinvolge il rilascio di neurotrasmettitori che si vincolano a recettori specifici in varie aree dell'intestino e del cervello.^{1,5-7}

Nella figura 2 possiamo osservare i percorsi di N&V associato a chemioterapia e in cui sono attivi vari segnali di neurotrasmissione. Si suppone che un processo simile avvenga nei pazienti sottoposti a radioterapia dovuta a trattamento oncologico.⁸ Per maggiori informazioni in merito agli agenti antiemetici utilizzati per la gestione di N&V, vedere il Capitolo 4.

Figura 2. Fisiopatologia di N&V e punti di attività degli agenti antiemetici



Le cellule enterocromaffini delle pareti intestinali rilasciano mediatori chimici, principalmente serotonina **(1)**. La serotonina si vincola ai recettori 5HT₃ sui nervi vaghi afferenti **(2)** provocando impulsi che vengono inviati alla zona di innesco del chemorecettore (CTZ, ovvero chemoreceptor trigger zone) e quindi direttamente al centro emetico che provoca il vomito (generatore di schema centrale) **(4)**, entrambi nel tronco encefalico. CTZ e centro emetico contengono recettori di una varietà di neurotrasmettitori, tra cui serotonina (recettori 5HT₃), sostanza P (recettori NK₁) e dopamina (recettori di dopamina D₂). Il CTZ ripete i segnali al centro emetico **(5)**, il quale viene attivato anche da impulsi provenienti dal sistema vestibolare **(6)** e dalla corteccia cerebrale **(7)**. Il centro emetico invia segnali ad altre aree del cervello, tra cui i centri di salivazione e i centri respiratori, stimolando i nervi afferenti per attivare gli organi coinvolti nel vomito.

N&V acuti si verificano principalmente attraverso un percorso periferico con prevalenza 5HT₃, mentre nel caso di N&V posticipati, l'impulso viene dato principalmente da un percorso mediato da un recettore centrale NK₁.^{6,9}



Punti-chiave

1. Il percorso di N&V è un normale percorso fisiologico
2. Il trattamento oncologico è uno dei fattori principali di innesco di N&V
3. I principali neurotrasmettitori coinvolti nel percorso di N&V sono serotonina, sostanza P e dopamina

Ottimizza la tua prassi clinica

1. Pianifica uno scambio di informazioni di fisiopatologia regolare e aggiornato. Coordina sessioni informative con l'oncologo o con praticanti di corso avanzato di infermeria

3. Fattori di rischio

Il rischio di un paziente di sviluppare N&V è connesso con la terapia oncologica (Tabella 1).^{2,3,6,7,9,10} È anche vincolato alle caratteristiche individuali del paziente e tra i fattori comunemente associati all'aumento di rischio di sviluppare N&V si includono: sesso femminile, età <60 anni, storia di N&V durante la gravidanza o cinetosi, ansia, basso consumo di alcol, ipotesi pre-terapeutico superiore di sviluppo di N&V e <7 ore di sonno la notte prima della chemioterapia. Attraverso l'accertamento accurato della probabilità di sviluppo di N&V da parte di un paziente e modificando di conseguenza la profilassi antiemetica, gli infermieri possono incrementare la possibilità di efficacia della terapia antiemetica. Esiste una vasta gamma di strumenti appropriati di valutazione del rischio. È anche importante escludere qualsiasi altra causa di N&V tra cui, ad esempio, metastasi epatica, ileo, metastasi o edema cerebrale, oppure complicazioni metaboliche. Considerato che le caratteristiche potranno variare tra i pazienti, la confezione di una profilassi antiemetica che risponda alle caratteristiche e ai bisogni di ciascun individuo è vitale.

Tabella 1. Fattori di rischio sistemici vincolati a terapia oncologica^{2,3,6,7,9,10}

Tipo di N&V	Fattori di rischio
Acuto	• Potenziale emetico del trattamento oncologico • Utilizzo domestico di antiemetici non prescritti • Ciclo/i iniziale/i di chemioterapia • Dosaggio di chemioterapia • Via di somministrazione • N&V anticipatori • N&V in ciclo di chemioterapia precedente
Effetto ritardato	• Potenziale emetico del trattamento oncologico • Profilassi non coerente con gli orientamenti • Mancato uso di antiemetici secondari • Nausea anticipatoria • N&V acuti
Peggioramento	• Profilassi antiemetica non appropriata
Preventivo	• N&V in ciclo di chemioterapia 1

Fattori di rischio sistemici vincolati a trattamento oncologico

I principali fattori vincolati al trattamento oncologico sono il tipo e il dosaggio della terapia, la relativa probabilità di provocare N&V (emetogenicità) e il tipo di profilassi antiemetica utilizzata. La combinazione di farmaci di vario tipo, o la combinazione di farmaci con la radioterapia possono incrementare il rischio di emetogenicità provocata dal trattamento.

Chemioterapia

La cisplatina è l'agente emetogeno parentale (Tabella 2).^{2,3,10} In generale, la maggior parte dell'immunoterapia e delle terapie dell'anticorpo monoclonali possono essere considerate come aventi rischio basso o minimo di provocare N&V. Il personale infermieristico può consultare il rischio emetico utilizzando la tabella di rischio emetogenico. Molti schemi terapeutici associati con emesi tardiva hanno elevata emetogenicità, sebbene in questa categoria rientrano anche agenti moderatamente emetogenici. È necessario, tuttavia, ricordare che i pazienti possono sperimentare N&V indipendentemente dalla classificazione.

Tabella 2. Rischio di emesi acuta con farmaci oncologici^{2,3,10}

Grado di emetogenicità	Rischio di N&V, %	Esempi*	
		Parenterale	Orale
Elevato	>90	Cisplatina Antraciclina/ciclosfamide Ciclosfamide ≥1500 mg/m ² Dacarbazina	Procarbazina
Moderato	>30—90	Bendamustina Carboplatino Ciclosfamide <1500 mg/m ² Doxorubicina Oxaliplatino	Bosutinib Crizotinib Ciclosfamide Temozolomide Vinoreblina
Basso	10—30	Aflibercept Cetuximab Docetaxel 5-fluorouracile Gemcitabina Metotressato Pemetrexed Topotecan	Afatinib Capecitabina Etoposide Everolimus Lapatinib Regorafenib Tegafur uracile Vandetanib
Minimo	<10	Bleomicina Fludarabina Nivolumab Trastuzumab Vincristina Vinoreblina	Clorambucile Erlotinib Gefitinib Melfalan Metotressato Sorafenib

*Questi sono solo alcuni degli esempi più comuni. Per una lista più completa, vedere NCCN 2019⁹ e Roila et al. 2016.¹⁰ Adapted from Hesketh et al. 2018,⁷ NCCN 2019³ and Roila et al. 2016.¹⁰

Radioterapia

N&V indotti da radioterapia possono verificarsi nel 50–80% dei pazienti sottoposti al trattamento.^a Il rischio dipende non solo dal punto di trattamento e dal volume di tessuto irraggiato (Figura 3)^a ma anche dalle caratteristiche del paziente, come definito nel capitolo precedente.

Figura 3. Rischio di N&V con radioterapia. Adattamento da Ruhlmann et al. 2017^a

Alto	Irraggiamento totale del corpo
Moderato	Zona al di sopra dell'addome,
Basso	Cranio, testa e collo, regione toracica, pelvi
Minimo	Estremità, petto
Concomitante chemioterapia	Il rischio si fonda sull'uso della chemioterapia, salvo che il fattore di rischio emetogeno da radioterapia sia superiore

Punti-chiave

1. Il principale fattore di rischio di N&V è la classificazione del farmaco e il dosaggio della terapia oncologica
2. La profilassi antiemetica e il controllo vanno studiati su misura in modo da rispondere alle caratteristiche e necessità del singolo paziente

Ottimizza la tua prassi clinica

1. Crea una lista di classifica del potenziale emetogeno degli agenti. Considerato che sono molti i farmaci impiegati, bisogna concentrarsi sui farmaci utilizzati presso la propria sede clinica, combinazioni di alto livello incluse. Può essere utile utilizzare un formato tascabile
2. Riassumi le informazioni importanti per la valutazione del rischio sotto forma di scheda-prontuario

4. Gestione

La gestione di N&V ha compiuto notevoli passi avanti.

Una volta, praticamente tutti i pazienti sottoposti a terapia oncologica erano destinati a soffrire di N&V. Oggi ne sappiamo molto di più su come controllare N&V e ci sono molti più agenti disponibili. Gli infermieri devono rassicurare i pazienti che N&V non sono una conseguenza inevitabile della terapia oncologica.

Lo scopo della gestione è quello di raggiungere una **risposta totale** al trattamento, con assenza di emesi e senza necessità di farmaci di emergenza contro nausea e vomito. La strategia per una gestione efficace sta nella prevenzione ^a per questo è fondamentale utilizzare la profilassi più efficace fin dagli esordi della terapia. Non esistono prove in merito al vantaggio di un approccio del tipo "aspettare a vedere che succede" e, anzi, tale circostanza può rendere più difficoltosa la gestione della posteriore comparsa di episodi di N&V.

Una gestione carente dei sintomi di N&V può avere conseguenze disastrose, tra cui disidratazione, anoressia, riduzione della qualità della vita, della cura personale e della partecipazione alle attività quotidiane e, cosa più importante, interruzioni del trattamento oncologico che possono comprometterne i risultati.^{3,6,9,12}

Trattamento farmacologico

I principali farmaci utilizzati per la gestione di N&V agiscono bloccando (come antagonisti) il legame dei mediatori chimici, rilasciati in risposta al trattamento oncologico, ai recettori coinvolti nella trasmissione di impulsi nervosi lungo il percorso di segnalazione di N&V (Tabelle 3–5)^{2,10,13} (vedere Capitolo 2 per la fisiopatologia di N&V).

È possibile che esistano differenze di disponibilità di farmaci e formulazioni qui menzionati a seconda delle aree geografiche.

Tabella 3. Antagonisti del recettore 5HT₃^{2,10}

Agente	Dosaggio raccomandato*	Effetti indesiderati
1ª generazione:		
Ondansetron	IV: 8 mg or 0,15 mg/kg Orale: 16 mg Disponibile anche nella formulazione orodispersibile	• Generalmente ben tollerato • Principali effetti collaterali: emicrania lieve, malessere, costipazione • Gli agenti di prima generazione possono essere associati a effetti collaterali di tipo cardiaco; tali effetti non sono riscontrati con il palonosetron
Granisetron	IV: 1 mg or 0,01 mg/kg Orale: 2 mg (or 1 mg) Disponibile anche in formato cerotto	
Tropisetron	IV: 5 mg Orale: 5 mg	
Dolasetron	Orale: 100 mg	
2ª generazione:		
Palonosetron	IV: 0,25 mg Orale: 0,5 mg	• Generalmente ben tollerato • Principali effetti collaterali: emicrania lieve, malessere, costipazione

*da Roila et al. 2016.¹⁰ Consultare gli orientamenti per le pratiche terapeutiche per i dati completi dei dosaggi raccomandati.

Gli antagonisti del recettore 5HT₃ (RA) vengono impiegati nel trattamento di N&V dagli anni '90. In comparazione con altri antagonisti 5HT RA, il palonosetron è il migliore per la prevenzione di N&V acuti e tardivi^{2,6} oltre che per favorire la continuità della chemioterapia ed evitare ritardi nel trattamento

Tabella 4. Recettori antagonisti NK₁^{2,10,13}

Agente	Dosaggio raccomandato*	Effetti indesiderati/osservazioni
Aprepitant	Orale: 125 mg (acuto) + 80 mg (tardivo)	• Con tutti gli NK₁ RA, tranne rolapitant, il dosaggio di desametasone va adattato
Fosaprepitant	IV: 150 mg	
Rolapitant	Orale: 180 mg	
NEPA (netupitant + palonosetron) - combinazione di 5HT ₃ RA/NK ₁ RA	Orale: 300 mg netupitant/ 0.5 mg palonosetron	

*da Roila et al. 2016.¹⁰ Consultare gli orientamenti per le pratiche terapeutiche per i dati completi dei dosaggi raccomandati.

L'introduzione degli NK₁ RA agli inizi del 2000 è stato un passo avanti per la profilassi di N&V, in particolare in termini di sintomi tardivi.⁶

NEPA, ovvero la combinazione di netupitant con palonosetron 5HT₃ RA in un'unica capsula per via orale, è la prima combinazione antiemetica fissa per la prevenzione di N&V acuti e tardivi associati a chemioterapia contenente cisplatina altamente e moderatamente emetogena. Tutte le terapie farmacologiche basate sulla combinazione di tre farmaci NK₁ RA si sono dimostrate superiori a quelle basate su due farmaci.^{6,14}

Tabella 5. Altri agenti^{2,10,13}

Classe di agente	Nome	Dosaggio raccomandato*	Effetti indesiderati/osservazioni
Corticosteroidi	Desametasone metilprednisolone	IV, orale	• Ampiamente utilizzato, generalmente in combinazione con altri agenti
Dopamina RA	Metoclopramide	Orale: 10 mg (fino a tre volte al giorno)	• Per eventuali dosaggi superiori di metoclopramide consultare le raccomandazioni dell'EMA. Come grave effetto collaterale è stata riscontrato un aumento della neuropatia
Benzodiazepine e derivati	Lorazepam	Orale: 1 mg	• Può essere un utile agente chimico aggiuntivo (non per l'impiego come unico agente)
Altro	Olanzapina	Orale: 5-10 mg	• Nel dosaggio da 10 mg/giorno, problemi di sedazione nei pazienti più anziani in particolare

* Consultare gli orientamenti per le pratiche terapeutiche per i dati completi dei dosaggi raccomandati.

EMA - European Medicines Agency (Agenzia Europea per i Medicinali)

I **corticosteroidi**, desametasone in particolare, sono ampiamente utilizzati, in genere in combinazione con altri agenti. Il meccanismo d'azione dei corticosteroidi non è compreso del tutto, ma si presume che svolga un effetto di blocco del recettore.

Gli antagonisti del recettore **dopamine**, come il metoclopramide, possono essere utili in un trattamento che ha basso potenziale emetogenico. È anche considerato come una terapia di emergenza per agenti emetogenici da moderati a bassi.

La **benzodiazepina**, come il lorazepam, possono essere utili nella gestione di emesi anticipatoria per i pazienti molto intimoriti.^{2,10}

L'**olanzapina** blocca una serie di recettori, tra cui i 5HT e i recettori della dopamina ed è particolarmente utile per il trattamento di sintomi tardivi e nell'esacerbazione dei sintomi.^{13,15}

I **cannabinoidi sintetici**, ad es. nabilone e dronabinol, possono essere utili in alcune situazioni, come nei pazienti incapaci di tollerare, o refrattari, agli agenti di prima linea.² I cannabinoidi non sono disponibili in molti paesi ma sono in corso tutta una serie di studi clinici.

Trattamenti non-farmacologici e terapia comportamentale

Fermo restando che gli agenti farmacologici costituiscono il pilastro della gestione di N&V, per alcuni pazienti si possono prendere in considerazione anche interventi di tipo non farmacologico e comportamentale, in particolare coloro che soffrono di sintomi anticipatori.^{2,7,10} Andranno utilizzati in forma supplementare e non in sostituzione degli agenti antiemetici. Tra gli esempi basati su prove riscontrate, ci sono: agopuntura/digitopressione, distrazione cognitiva (ad es. video-giochi, musica), esercizi di rilassamento muscolare, esercizio fisico e ipnosi. L'uso di farmaci da bancone da parte del paziente va consultato con il team clinico.



Punti-chiave

1. Gli infermieri devono assicurare i pazienti che N&V non sono una conseguenza inevitabile della terapia oncologica
2. Lo scopo della gestione è quello di raggiungere una risposta totale al trattamento, con assenza di emesi e senza necessità di farmaci di emergenza contro nausea e vomito)
3. La strategia per una gestione appropriata è la prevenzione, per cui andrebbe impiegata la profilassi più efficace sin dal debutto del primo ciclo di terapia oncologica.
4. Non esistono vantaggi dimostrati dell'approccio "aspettare e vedere che succede"
5. Gli agenti farmacologici devono essere la prima opzione del trattamento di N&V; il paziente deve consultare il team clinico per l'uso di medicinali da bancone

Ottimizza la tua prassi clinica

1. Informati sulla strategia adottata dalla tua istituzione per il trattamento di N&V rivolgendoti al team interprofessionale o al singolo oncologo. Esistono orientamenti in vigore? Quali sono? Documentalo in modo che tutti possano consultarli
2. Sviluppa un piano per la comunicazione dei cambiamenti nella strategia di gestione. Al team possono essere inviate notifiche mediante brevi note o sessioni didattiche
3. Sviluppa un programma di base con il team per offrire consulenza su come educare i pazienti in merito a N&V indotti da chemioterapia
4. Crea un semplice riepilogo stampato da consegnare ai pazienti con il programma di terapia farmacologica antiemetica, con immagini dei farmaci. Fornisci ai pazienti i dati di contatto del personale sanitario a cui ricorrere la sera o durante il fine settimana

5. Aiuto per la consultazione

Esistono degli orientamenti di elevata qualità, formulati da una serie di società e associazioni di oncologia (Associazione multinazionale per le cure oncologiche/Società europea di oncologia medica [MASCC/ESMO], Società americana di oncologia clinica [ASCO], Rete onnicomprensiva nazionale di oncologia [NCCN]); in tali orientamenti si forniscono raccomandazioni per la gestione basate su prove ricavate dagli ultimi test clinici allo scopo di migliorare i risultati ottenuti nei pazienti (Tabella 6).^{3,10,16} Le raccomandazioni dei presenti orientamenti sono ampiamente basate su di essi.

Tabella 6. Riepilogo degli orientamenti di raccomandazione per la pratica clinica di gestione di N&V^{3,10,16}
N&V acuti indotti da chemioterapia

Gruppo rischio	ESMO	ASCO	NCCN (terapia oncologica parenterale)
Alto, non-AC	■ + ■ + ■	■ + ■ + ■ + ■	■ + ■ + ■ + ■ + ■
Alto, AC	■ + ■ + ■	■ + ■ + ■ + ■	■ + ■ + ■ + ■ + ■
Moderato, carboplatino	■ + ■ + ■	■ + ■ + ■ + ■	■ + ■ + ■ + ■ + ■
Moderato, non-carboplatino	■ + ■	■ + ■	■ + ■ + ■ + ■ + ■
Basso	■ or ■ or ■	■ or ■	■ or ■ or ■ or prochlorperazine
Peggioramento	Supplemento con un agente dal meccanismo differente a quello utilizzato per via profilattica		
Anticipato	Il miglior approccio è il controllo ottimale di N&V acuti e tardivi		
	± ■	± ■	± ■

Strategia

■ 5HT₃ RA ■ Desametasone ■ Dopamina RA ■ Terapia comportamentale
 ■ NK₁ RA ■ Olanzapina ■ Benzodiazepine

N&V tardivi indotti da chemioterapia

Gruppo di rischio	ESMO	ASCO	NCCN (terapia oncologica parenterale)
Elevato, non-AC	■ + ■	■ + ■ ± ■	■ + ■ ± ■
Elevato, AC	■ + ■	■ ± ■	■ + ■ ± ■
Moderato, carboplatino	■	Non specificato	■ ± ■
Moderato, non-carboplatino	■	■	■ ± ■

Strategia ■ 5HT₃ RA ■ NK₁ RA (aprepitant) ■ Desametasone ■ Olanzapina

N&V associati a radioterapia

Gruppo di rischio	ESMO/ASCO
Alto, non-AC	■ + ■
Alto, AC	■ + ■
Basso	Cervello ■ Altro ■ or ■ or ■
Emergenza	■ or ■ or ■
Chemioterapia	Terapia di base con modalità agente/trattamento (chemioterapia o radioterapia) con il massimo rischio di emesi

Strategia ■ 5HT₃ RA ■ Desametasone ■ Dopamina RA

AC, doxorubicina + ciclofosamide. Il trattamento di N&V tardivo è guidato dalla selezione di agenti per N&V acuti. Per il NCCN, l'ordine di opzioni per N&V acuti e tardivi non comporta preferenza. Consultare i singoli orientamenti per i dati completi di raccomandazioni e dosaggi.

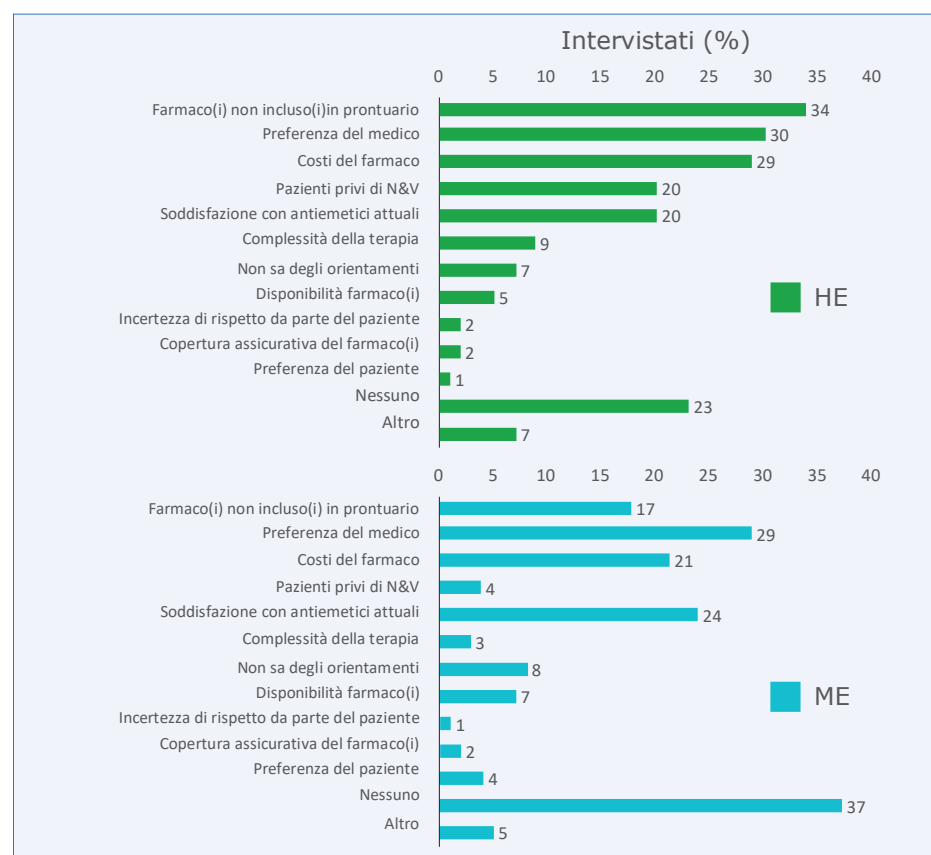
N&V refrattari

Se, nonostante tutti i regimi terapeutici ottimali, N&V sono ancora presenti, bisognerà osservare quanto segue:

- L'emetogenicità è stata valutata correttamente?
- Il dosaggio della profilassi antiemetica era ottimale (dose/intervallo)?
- Sono coinvolti altri fattori oltre a farmaci o radioterapia?
- Il paziente ha assunto gli antiemetici e i farmaci di salvataggio come prescritto?

Pur essendo disponibili trattamenti antiemetici efficaci e linee guida basate su prove, N&V continuano a essere un problema significativo per i pazienti, in gran parte a causa di strategie di gestione non ottimali. Una delle ragioni principali è che le linee guida internazionali per la gestione spesso non sono seguite. Le barriere al rispetto degli orientamenti sono i farmaci non presenti sul prontuario, i costi medici e le preferenze del medico di terapie non presenti tra le terapie raccomandate dagli orientamenti (Figura 4).¹⁴ In un sondaggio europeo tra infermieri di oncologia, il 40% degli intervistati ha riferito che le preferenze del medico sono state l'ostacolo più importante all'impiego degli orientamenti.

Figura 4. Barriere che impediscono un uso coerente degli antiemetici consigliati negli orientamenti¹⁴



N&V – nausea e vomito indotti da chemioterapia; HE – chemioterapia altamente emetogena; ME – chemioterapia moderatamente emetogena

Un importante ruolo degli infermieri è l'orientamento del team multidisciplinare verso l'applicazione degli orientamenti di trattamento internazionali, laddove possibile.



Punti-chiave

1. Gli orientamenti di trattamento internazionali forniscono raccomandazioni basate su prove allo scopo di migliorare i risultati del paziente, tuttavia, spesso non vengono utilizzati
2. In un sondaggio europeo tra infermieri di oncologia, il 40% degli intervistati ha riferito che le preferenze del medico sono state l'ostacolo più importante all'impiego degli orientamenti
3. Gli infermieri dovrebbero incoraggiare il team multidisciplinare a seguire gli orientamenti di trattamento internazionali laddove possibile

Ottimizza la tua prassi clinica

1. Assieme agli oncologi, prepara una panoramica degli orientamenti attualmente utilizzati nella tua clinica e rendila disponibile per la consultazione da parte di tutti. Può essere utile utilizzare un formato tascabile

6 ■ L'importanza degli infermieri

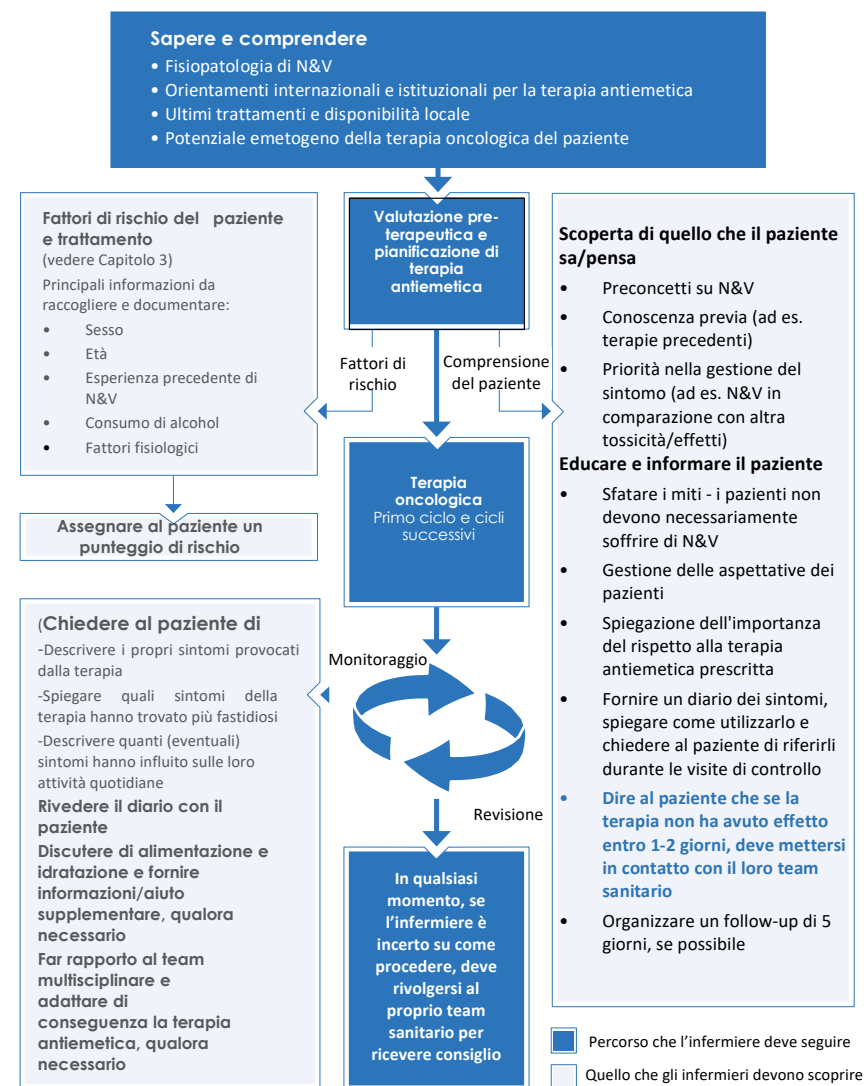
La gestione di N&V deve essere incentrata sul paziente. I pazienti possono avere molte pause e preconetti rispetto a N&V, ma possono essere restii a esternare le loro idee ai sanitari che li assistono (Figura 5).⁴¹⁷ Inoltre, i sanitari possono avere percezioni differenti di N&V^{32,37} e possono sottovalutare l'impatto di sintomi, in particolare quelli di N&V tardivi.

Figura 5. Percezioni e paure dei pazienti nei confronti di N&V e della terapia antiemetica⁴¹⁷



Gli infermieri sono nella posizione ideale per la riduzione della possibilità di manifestazione di N&V nel paziente. Hanno il compito di ascoltare, assistere ed educare pazienti e badanti su N&V e relativa gestione. Utilizzando la loro conoscenza degli orientamenti internazionali, gli infermieri contribuiranno a pianificare i programmi di gestione antiemetica e quindi prescrivere e/o somministrare i medicinali appropriati. Sono fondamentali per la valutazione del rischio di comparsa di N&V nei pazienti e per la revisione e il monitoraggio dell'efficacia della terapia antiemetica (Figura 6).

Figura 6. Il ruolo dell'infermiere è valutare il rischio, pianificare il trattamento e monitorare il paziente



Oggi, molti pazienti sono trattati in ambiente ambulatoriale ed è possibile che l'infermiere abbia a disposizione pochissimo tempo per parlare di N&V del paziente. Formulare ai pazienti domande aperte nella modalità corretta (ad esempio, "Può descrivere i suoi sintomi?" piuttosto che "Ha avuto nausea?") è fondamentale per ottenere le informazioni necessarie. Non esiste un approccio "taglia unica" che va bene per tutti. Al contrario, le domande vanno formulate su misura per il paziente, tenendo in considerazione la sua cartella clinica, età, livello educativo e capacità cognitiva. Gli infermieri devono essere consapevoli che ci possono essere delle variazioni di risposta di indole culturale.

Talora, utilizzando una scala da 1 a 10 aiuta i pazienti a classificare la gravità o l'impatto dei loro sintomi e questa può essere utilizzata ogni giorno, o varie volte al giorno, se necessario. Questo tipo di punteggio (scala Linkert) è stato identificato come uno degli elementi più precisi e coerenti nel tempo. Lo strumento antiemesi MASCC Antiemesis Tool® (MAT) (www.mascc.org/mat), che è disponibile gratuitamente in 16 lingue e sotto forma di App per cellulare, può essere utilizzato per monitorare N&V ed è particolarmente utile come diario per l'impostazione della terapia ambulatoriale.

Alimentazione durante N&V

I problemi con cibo e bevande durante gli episodi di N&V sono frequenti e sono problemi che influiscono pesantemente sulla qualità della vita, non solo per il paziente, ma anche per i badanti. Risentimento, frustrazione e differenze di opinione possono sorgere quando il paziente non riesce o a paura di mangiare. I pazienti si astengono dal consumo di cibo prima della loro terapia. Oltre ai suggerimenti di molteplici pubblicazioni, anche amici e vicini ben intenzionati possono fornire consigli, per cui i pro e i contro di questi suggerimenti vanno discussi con il paziente. L'inclusione di un dietologo è fortemente raccomandata e vanno anche tenuti in considerazione e integrati gli usi culturali e le abitudini personali.

I pazienti spesso dispongono di un'elevata quantità di informazioni da gestire, per cui gli infermieri devono ricordare al paziente i dati importanti a *ogni visita di controllo*. Gli infermieri devono inoltre fornire informazioni facili da comprendere su N&V e, qualora possibile, nome e numero telefonico di contatto ai pazienti che hanno bisogno di gestire i sintomi a casa.

Gli infermieri sono in una posizione privilegiata per situarsi come punto di contatto principale del paziente nel corso della sua terapia oncologica. Lavorando con il paziente per la comprensione dei sintomi di N&V, per raggiungere la migliore terapia per le loro necessità e aiutarli a condurre una vita il più possibile normale, nonostante il cancro, gli infermieri possono realmente contribuire a migliorare il benessere fisico ed emotivo dei pazienti.



Punti-chiave

1. Con la corretta valutazione del rischio, la pianificazione della terapia antiemetica e il monitoraggio efficace della risposta, gli infermieri sono in grado di ridurre la possibilità che il paziente sviluppi N&V
2. I pazienti devono ricordare molte cose! Gli infermieri devono ricordare loro i dati più importanti a *ogni visita di controllo*
3. Ai pazienti va detto che se la terapia N&V non ha avuto effetto entro 1-2 giorni, deve mettersi in contatto con il loro team sanitario

Ottimizza la tua prassi clinica

1. Sviluppare una presentazione breve, interprofessionale, utilizzando le informazioni dell'opuscolo "Punti-chiave". Questa presentazione può essere utilizzata sia come ripasso, sia come introduzione di nuovi membri nel servizio oncologico
2. Come progetto di team, sviluppare una guida per la valutazione del rischio, includendovi vari passi e fornendo consigli su come incoraggiare il paziente a seguire la terapia. Guida per la documentazione e valutazione di follow-up vanno inclusi
3. Fare una lista di suggerimenti dei punti informativi raccomandati per il paziente in modo da garantire il coordinamento delle informazioni tra staff e pazienti/badanti. Per idee e informazioni, recensire siti web sia locali che internazionali per N&V.
4. Alcuni sintomi si presentano solo quando il paziente torna a casa; pianificare una strategia di coordinamento con il team ambulatoriale rispetto alle informazioni richieste dal paziente al momento delle dimissioni

7 ■ Riferimenti e ulteriori approfondimenti

Riferimenti

1. **Dielenseger P, et al.** Evaluation of antiemetic practices for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): results of a European oncology nurse survey. *Support Care Cancer* 2019 Feb 19.[Epub ahead of print].
2. **Hesketh PJ, et al.** <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting-in-adults>. Accessed December 2018.
3. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** National Comprehensive Cancer Network. Antiemesis. Version 1.2019 — February 28, 2019. <http://www.nccn.org>. Accessed March 2019.
4. **Clark-Snow R, et al.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) and adherence to antiemetic guidelines: results of a survey of oncology nurses. *Support Care Cancer* 2018;26:557–64.
5. **Hesketh PJ.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med* 2008;358:2482–94.
6. **Clark-Snow RA, et al.** Fixed combination antiemetic: a literature review on prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting using netupitant/palonosetron. *Clin J Oncol Nurs* 2018;22:E52–63.
7. **Aapro M.** CINV: still troubling patients after all these years. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):5–9.
8. **Feyer P, et al.** Prophylactic management of radiation-induced nausea and vomiting. *Biomed Res Int* 2015;2015:893013.
9. **Rapoport BL.** Delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: pathogenesis, incidence and current management. *Front Pharmacol* 2017;8:19.
10. **Roila F, et al.** 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Ann Oncol* 2016;27(Suppl 5):v119–33.
11. **Ruhmann CH, et al.** 2016 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of radiotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer* 2017;25:309–16.
12. **McCullough SW.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting: roles of pharmacists and formulary decision makers. *Am J Manag Care* 2017;23(14 Suppl):S266–71.
13. **Schwartzberg L.** Getting it right the first time: recent progress in optimizing antiemetic usage. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):19–27.
14. **Navari RM, et al.** Rolapitant for the prevention of nausea in patients receiving highly or moderately emetogenic chemotherapy. *Cancer Med* 2018;7:2943–50.
15. **Nakagaki M, et al.** A randomized trial of olanzapine versus palonosetron versus infused ondansetron for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Support Care Cancer* 2017;25:607–13.
16. **Hesketh PJ, et al.** Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017;35:3240–61.
17. **Vidall C, et al.** Impact and management of chemotherapy/radiotherapy-induced nausea and vomiting and the perceptual gap between oncologists/oncology nurses and patients: a cross-sectional multinational survey. *Support Care Cancer* 2015;23:3297–305.

Ulteriori letture

Aapro M. Searching for perfection: further progress in management of chemotherapy-induced nausea and vomiting-introduction. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):1-37.

CINV Risk Assessment. Available from: <http://www.riskcinv.org>.

Dranitsaris G, et al. The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Ann Oncol* 2017;28:1260–7.

Hesketh PJ, et al. Preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with lung cancer: efficacy of NEPA (netupitant-palonosetron), the first combination antiemetic. *Support Care Cancer* 2018;26:1151–9.

Zhang L, et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy of single-dose NEPA, a fixed antiemetic combination of netupitant and palonosetron, versus an aprepitant regimen for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients receiving highly emetogenic chemotherapy (HEC). *Ann Oncol* 2018;29:452–8.

MASCC – Multinational Association of Supportive Care in Cancer – www.mascc.org

ESMO – European Society for Medical Oncology – www.esmo.org

NCCN – National Comprehensive Cancer Network – www.nccn.com

EONS – European Oncology Nursing Society – www.cancernurse.eu

Appunti

