

SOCIETÀ MEDICA DI SANTA MARIA NUOVA



L'Ospedale dei Fiorentini



Giornate Mediche di
Santa Maria Nuova
2012

IL PAZIENTE "FRAGILE"

Preso in carico e percorsi del paziente vulnerabile
nell'ospedale di Santa Maria Nuova nell'ambito
della rete ospedaliera cittadina

28 - 29 Settembre 2012

Sala Verde - Palazzo Incontri-Banca CR Firenze

Tavola Rotonda
Le scelte critiche nel paziente fragile:
un approccio critico

Oncologia

Luisa Fioretto

Dipartimento Oncologico



Definizione di fragilità in un contesto oncologico

Sindrome biologica di diminuzione

della riserva e della resistenza ad agenti stressogeni

che può causare vulnerabilità agli eventi avversi

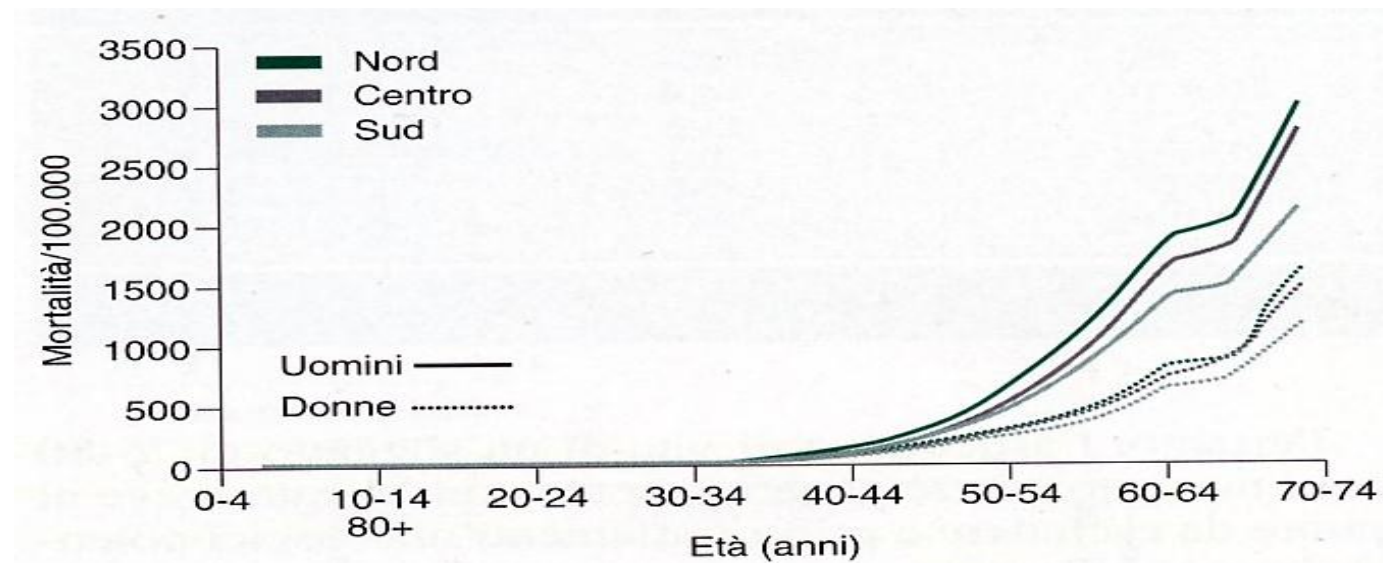
Strettamente legata al fattore età ma non coincidente con esso

Cancer sites	Gender	Relative survival % (CI 95%)			
		55-69 years		70-84 years	
		1 year	5 years	1 year	5 years
All cancers **	M	74.9 (74.6-75.1)	56.0 (55.7- 56.3)	66.9 (66.6-67.1)	48.1 (47.8-48.5)
	F	84.5 (84.3-84.8)	68.2 (67.9- 68.6)	67.5 (67.2-67.8)	48.4 (48.0-48.7)

** si intende la totalità delle neoplasie a esclusione degli epitelomi della cute

Rapporto Airtum 2011

MORTALITÀ PER ETÀ, SPECIFICA PER NEOPLASIA



**STRUMENTI DI VALUTAZIONE
(VGM)**

FRAGILITÀ PRECLINICA

DISABILITÀ IADL

**PRESENZA DI CAREGIVER
O OSPITI RSA**

**PIÙ PATOLOGIE CRONICHE
ASSOCIATE, DI CUI NESSUNA
IN FASE DI SCOMPENSO
E NESSUNA CARDIOPATIA
GRAVE**

Interventi



**TERAPIA
ONCOLOGICA**



BSC



**RETE
ASSISTENZIALE**

FRAGILITÀ AVANZATA

DISABILITÀ ADL

ASSENZA DI CAREGIVER

**PIÙ PATOLOGIE CRONICHE DI
CUI UNA IN FASE DI
SCOMPENSO O CARDIOPATIA
GRAVE**

DEMENTIA IRREVERSIBILE

Interventi



BSC



**RETE
ASSISTENZIALE**

DECISION MAKING NEL PAZIENTE ONCOLOGICO "FRAGILE"

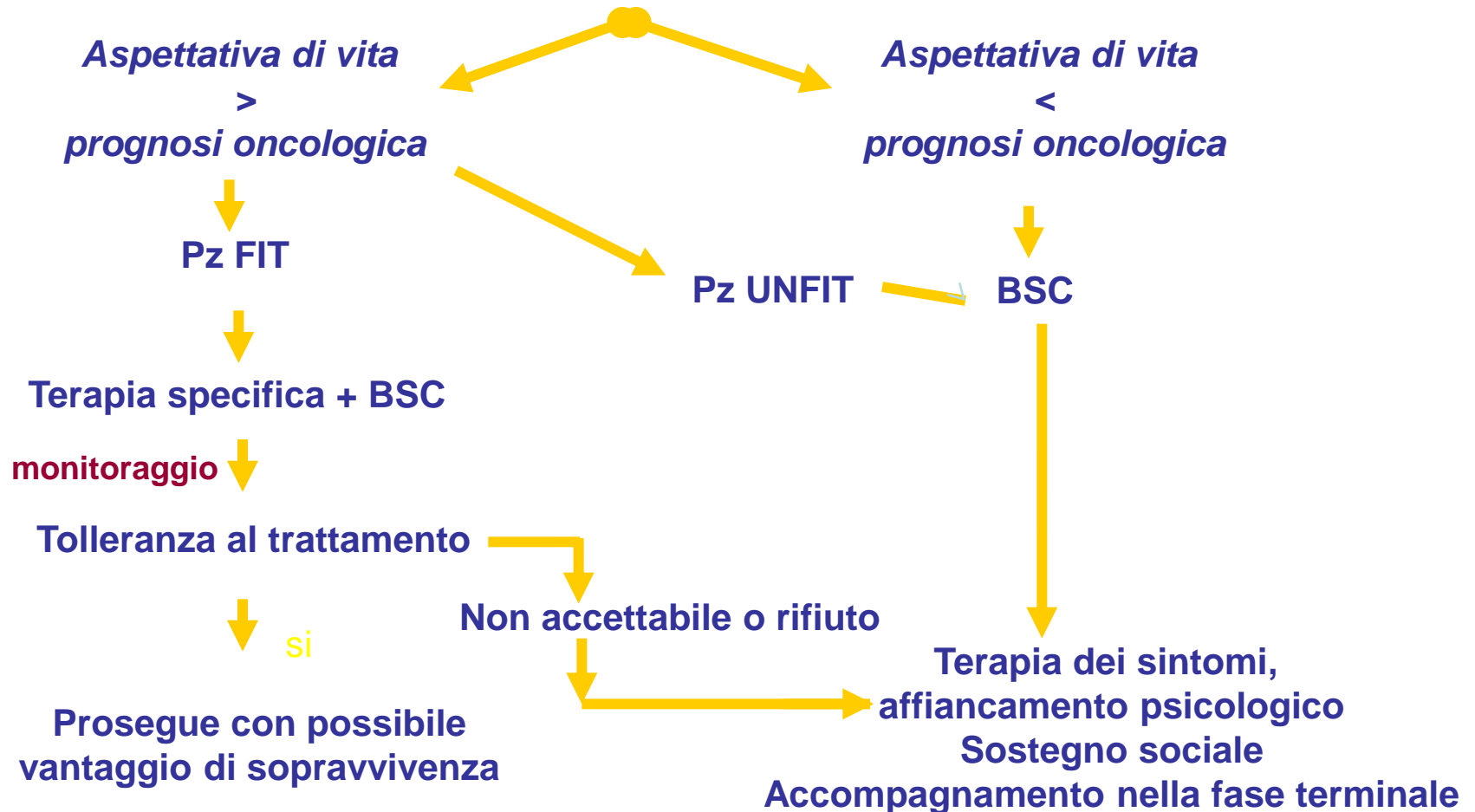
TUMORE



PAZIENTE

STIMA ATTESA DI VITA

PROPOSTA DI TRATTAMENTO



PROFILO DEL FARMACO

BASSA TOSSICITA' EMATOLOGICA

NON CARDIOTOSSICO

POCO EMETIZZANTE

AMPIO SPETTRO D'AZIONE ANTITUMORALE

FAMACOCINETICA ADATTABILE A
FUNZIONALITA' EPATICA E RENALE

MODALITA' DI TRATTAMENTO

VIE DI SOMMINISTRAZIONE: **OS** vs EV

TIMING: **SETTIMANALE** vs q21 o q28)

SCHEDULE: **MONO CT** vs POLI CT

PAZIENTE

VES 13 / VGM

VALUTAZIONE STATO FUNZIONALE

CARE GIVER

COMORBIDITA'

ASPETTI PSICOLOGICI

Caso clinico: paziente "fragile"

- E.R., alla diagnosi 77 aa. , ex ballerina classica, vedova, vive sola.
Anamnesi: disturbi del comportamento alimentare da giovane, FAC in terapia con TAO, cardiopatia ipertensiva, lieve deterioramento cognitivo, lieve insufficienza renale.
- Anamnesi oncologica:
24/12/2009 emicolectomia destra in urgenza per perforazione.
ADC del ceco pT3, pN0 0/18, M0 G3, R0, L0, V0.
No terapia adiuvante (scelta condivisa)
- **Luglio 2011** recidiva linfonodale addominale con idronefrosi.
Posizionato pigtail dx e avvio di chemioterapia con Xeloda a dosi standard.
Dopo 4 cicli, normalizzazione CEA, stabilità strumentale ma scarsa tollerabilità (anemizzazione G3, tossicità gastrointestinale G3)
Si concorda sospensione del trattamento - wait & see
- **Giugno 2012:** comparsa di metastasi epatiche
Si concorda per nuovo tentativo terapeutico con Xeloda a dose ridotta ma, dopo solo 1 ciclo, più volte interrotto, ricovero in DEA per anemizzazione G4 da rettorragia.
Endoscopia: grave ileite terminale.
Sospesa in maniera definitiva la chemioterapia ed affidata ad Unità Cure Palliative.