prova non estratta 26/5/22

PROVA SCRITTA N. 1

L'articolazione dell'assistenza domiciliare di Cure Palliative

prova non estratta 26/5/22

PROVA SCRITTA N. 2

La sedazione palliativa per il controllo dei sintomi refrattari

prova estratta 26/5/22

PROVA SCRITTA N. 3

Le cure simultanee

prove non estratte: caso clinico 1

26/05/22 Elisabetta Buonaiuto

CASO CLINICO 1.

Donna di 52 anni. Nubile. Allergia a FANS. Spondilite anchilosante in remoto mai chiaramente documentata. Reflusso GE.

Diagnosi di carcinoma mammario sinistro, con segni clinici locali (nodulo palpabile) esorditi nel 2018, per volontà della paziente mai indagato fino ad agosto 2021, quando la stadiazione documentava un primitivo localmente avanzato, esteso ai piani muscolari, secondarietà linfonodali del cavo ascellare e al di sotto dei mm pettorali , metastasi ossee diffuse (coinvolgimento di rachide, con multipli cedimenti somatici, bacino e femori). Condotta terapia con palbociclib e letrozolo, RT emostatica su primitivo e colonna, zoledronato. Non tollerata ortesi proposta dal NCH per quadro locale mammario. Alla ristadiazione del marzo 2022: lesione ossea a carico del clivus, con invasione del seno sfenoidale, inglobamento di carotide interna sinistra, embolie polmonari segmentarie, versamento pleurico sinistro, metastasi polmonari.

In carico ad ambulatorio di CP per simultaneous care.

Successiva comparsa di diplopia, ptosi palpebrale sinistra, nausea, cefalea. Sospese le terapie causali alla visita oncologica, con indicazione a ricovero in hospice per complessità dei sintomi e non applicabilità di setting di cura domiciliare per assenza di care giver.

Terapia al momento del ricovero in hospice: ossicodone/naloxone 40/20 mg 1 cpr x 2, paracetamolo 1g x 3, fentanyl 200 mcg 1 cpr ripetibile dopo 15' per dolore incidente; letrozolo 1 cpr, rivaroxaban 15 mg 1 cpr. Dolore in accettabile compenso fino a qualche giorno prima dell'ingresso in hospice.

Paziente aperta ad espressioni di consapevolezza circa la gravità delle condizioni, anche prospettiche; forme di protezione informativa da parte delle sorelle.

Sintomi emergenti: astenia "tanta"; scarso appetito; eupnea. Dolore non controllato, due focalità:

- emivolto di sinistra, con ptosi palpebrale, deficit in abduzione con diplopia; ipoestesia tattile in territorio trigeminale, con algie a carattere urente, intensità fino a 9 in NRS, inducenti anche nausea e vomito.
- lesione mammaria sinistra (cratere sanioso, esposizione del piano muscolare, senza focalità emorragiche attive), irradiate all'emitorace. Riacutizzazione procedurale alle medicazioni.

Incostante efficacia delle dosi rescue di fentanyl.

Non dolore scheletrico, assenti deficit neurologici ai 4 arti.

Stipsi.

KPS 50.

Formulare un piano di assistenza

prove non strutturate: caso clinico 2

26/05/22 Elisabetta Benaglia

CASO CLINICO 2.

Donna di 83 anni. Coniugata, due figli, vive al domicilio con il marito.

Ipertensione arteriosa, declino cognitivo moderato ad una valutazione geriatrica.

Emicolectomia destra + ultima ansa ileale, in LPS, per adenocarcinoma del crasso, pT3, G2, N0. Progressione di malattia peritoneale, linfonodale, epatica alla TC di 1 anno e mezzo dopo. Avviata a terapia con capecitabina e bevacizumab, quest'ultimo sospeso a 6 mesi per Trombosi Venosa Profonda ileo-femorale sinistra.

All'ultima valutazione oncologica : Progressione epatica, per dimensioni e numero delle lesioni, e mesenterico-peritoneale. Aspetto conglomerato in mesogastrio alla PET. Non ulteriori spazi per terapia causale, richiesta valutazione di Cure Palliative.

Visita: Paziente in terapia con tapentadolo 50 mg x 3 su proposizione dell'oncologo, dopo inefficacia di paracetamolo 4g/die; ibuprofene 600 mg al bisogno , max. 3 bs/die. KPS 40.

Sintomi emergenti: tratti di confusione mentale, astenia, dolore viscerale addominale su più quadranti, poco controllato, a profilo accessuale, peraltro con scarso ricorso a terapia di salvataggio, iporessia in riduzione dopo introduzione di desametasone. Diarrea intercorrente.

Condivisa con famiglia e MMG la proponibilità di ADI-CP Specialistiche, per desiderio della famiglia a mantenere la paziente il più possibile a casa, con necessarie rivalutazioni ravvicinate per verifica della tenuta della rete a supporto (marito anziano, figlie pur pienamente disponibili, in contiguità abitativa).

Si convertiva il tapentadolo a ossicodone 5 mg x 2, con iniziale miglioramento del compenso algico.

Nel corso della prima settimana di assistenza domiciliare peggioramento del dolore, con localizzazione elettiva in mesogastrio, sempre accessuale ma con intervalli liberi sempre più ridotti. Non importante distensione addominale. Peristalsi ridotta ma ancora presente. Episodi diarroici meno frequenti, con tendenza a stipsi. Comparsa di nausea, episodi di vomito prima biliari poi con note fecaloidi. Progressiva riduzione della *compliance* alla terapia orale. Paziente meno reattiva, non agitazione.

Quale approccio terapeutico proponibile?

prova estratta : caso clinico 3
26/05/22 Elisabetta Buccarini

CASO CLINICO 3.

Paziente al domicilio, di anni 55, affetta da metastasi polmonari, cerebrali ed ossee da Carcinoma mammario, operato, radio e chemio-trattato, ultimate le terapie causali.

Condizioni generali scadute, allettata per la maggior parte del tempo, viene seduta a letto per poche ore al giorno. Alimentazione e idratazione per os scarse (yoghurt, succhi di frutta, frutta cotta). Discreto controllo del dolore (qualche incidenza sul bacino alla mobilizzazione) e buon controllo della dispnea (uso saltuario di O2 a 2l/m). In terapia con steroidi ad alte dosi ev, Oppioide per via transdermica; Glucosata, Fisiologica e Intralipid (per un totale di 1500 cc/die); Diuretico dell'ansa (furosemide); antidepressivo SSRI. Da qualche giorno Butilscopolamina (in media una somministrazione giornaliera im) per comparsa di dolore addominale tipo colica, con discreto beneficio.

Il MMG richiede una valutazione domiciliare di Cure Palliative per comparsa di irrequietezza ad ondate subentranti, fino a franca agitazione, inizialmente notturna, quindi ad andamento subcontinuo fluttuante.

Quali ipotesi diagnostiche eziologiche differenziali ed eventuali proposizioni terapeutiche?

La gestione del percorso di cura dalla presa in carico alla valutazione multidimensionale

Il ruolo dell'Hospice nell'ambito della Rete di Cure Palliative

MOSCUNI CRISTINA

Identificazione del bisogno di cure palliative nel malato non oncologico

CANNIZZARO Alessandra

La limitazione dei trattamenti nella fase finale della vita

BUCCIANTINI ELISABETTA

La pianificazione delle cure e le DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento)