

Venerdì 18 giugno 2010

La Riabilitazione oncologica: una nuova frontiera

Giuseppe Bellelli

Sommario

- Definizione di riabilitazione oncologica
- Perché parlare di riabilitazione oncologica
- I modelli di riabilitazione oncologica
 - Internazionali
 - Italia
- C'è una specificità della riabilitazione oncologica?
- Quali orizzonti?

Sommario

- **Definizione di riabilitazione oncologica**
- Perché parlare di riabilitazione oncologica
- I modelli di riabilitazione oncologica
 - Internazionali
 - Italia
- C'è una specificità della riabilitazione oncologica?
- Quali orizzonti?

Cancer rehabilitation

- La riabilitazione oncologica ha lo scopo di ottimizzare la qualità della vita del malato, aiutando il paziente e la sua famiglia ad adattarsi a standard di vita quanto più simili a quelli precedenti la malattia, con l'obiettivo di limitare al minimo la disabilità fisica, il deficit funzionale, cognitivo e psicologico, che spesso si manifesta a seguito del tumore o delle terapie ad esso correlate.

*Kaplan RJ. 2005 Cancer and rehabilitation. Available at:
<http://www.emedicine.com.pmr/topic226/htm>
Libro Bianco Oncologia, 2009*

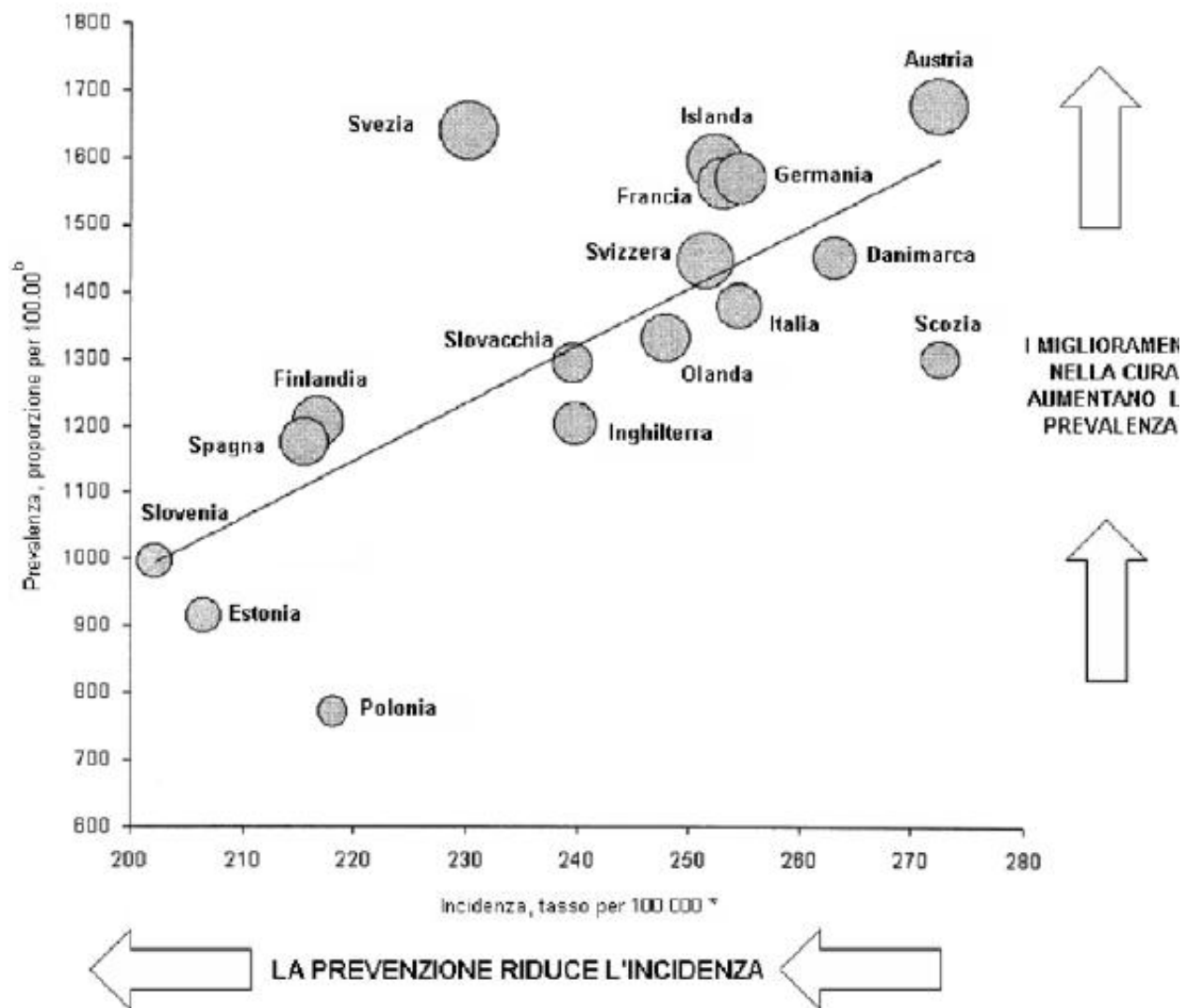
Sommario

- Definizione di riabilitazione oncologica
- **Perché parlare di riabilitazione oncologica**
- I modelli di riabilitazione oncologica
 - Internazionali
 - Italia
- C'è una specificità della riabilitazione oncologica?
- Quali orizzonti?

Prevalenza dei tumori in Italia per alcune sedi e per l'insieme di tutte le sedi (ICD-9: 140-208, escluso 173). Stime al 2005 per sesso e per macroarea. Numero casi e proporzioni per 100,000 ab. Età 0-84 anni

Sede	Nord		Centro		Sud		Italia	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Colon-retto								
N. Casi	70.000	60.000	28.000	23.000	30.000	24.000	144.000	123.000
<i>Proporzione per 100.000</i>	<i>580</i>	<i>477</i>	<i>545</i>	<i>425</i>	<i>295</i>	<i>225</i>	<i>524</i>	<i>430</i>
Stomaco								
N. Casi	18.000	13.000	8.000	6.000	8.000	5.000	34.000	24.000
<i>Proporzione per 100.000</i>	<i>146</i>	<i>101</i>	<i>162</i>	<i>107</i>	<i>78</i>	<i>51</i>	<i>122</i>	<i>83</i>
Polmone								
N. Casi	28.000	6.000	12.000	4.000	15.000	4.000	58.000	14.000
<i>Proporzione per 100.000</i>	<i>232</i>	<i>52</i>	<i>234</i>	<i>67</i>	<i>152</i>	<i>46</i>	<i>211</i>	<i>48</i>
Prostata*								
N. Casi	102.000	-	40.000	-	32.000	-	174.000	-
<i>Proporzione per 100.000</i>	<i>833</i>	<i>-</i>	<i>765</i>	<i>-</i>	<i>313</i>	<i>-</i>	<i>623</i>	<i>-</i>
Mammella								
N. Casi	-	246.000	-	95.000	-	89.000	-	427.000
<i>Proporzione per 100.000</i>	<i>-</i>	<i>1.952</i>	<i>-</i>	<i>1.729</i>	<i>-</i>	<i>841</i>	<i>-</i>	<i>1.490</i>
Tutte le sedi								
N. Casi	405.000	509.000	160.000	203.000	180.000	220.000	750.000	959.000
<i>Proporzione per 100.000</i>	<i>3.332</i>	<i>4.044</i>	<i>3.066</i>	<i>3.709</i>	<i>1.771</i>	<i>2.080</i>	<i>2.722</i>	<i>3.349</i>

Prevalenza Totale, Incidenza, e Sopravvivenza standard per età per tutti i tumori. Uomini e Donne, 1992. L'area del disco è proporzionale alla sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi



Fonte: OECD Health Data and EUROCORE-3

Improved survival & needs of improved quality of life

- Approximately 26% of cancer survivors report decreased quality of life and express a need for professional support in managing their problems following cancer diagnosis and its treatment (Van Harten et al, 1998)
- On the basis of yearly incidence and a 5-year survival rate, it has been estimated that 4,890 Dutch cancer survivors needed rehabilitation in the year 2000 and that 6,900 Dutch cancer survivors may need rehabilitation in the year 2015 (Gijzen et al 2005).

Year	Breast cancer	Quality of life	BC+QOL ⁺
1974	246	13	1
1975	312	23	0
1976	358	34	1
1977	522	27	0
1978	527	33	0
1979	489	34	0
1980	662	36	1
1981	634	45	1
1982	647	71	1
1983	661	89	2
1984	830	73	0
1985	844	97	2
1986	920	134	1
1987	961	211	2
1988	1125	223	2
1989	1333	294	2
1990	1470	422	7
1991	1423	394	8
1992	1805	603	8
1993	2088	641	18
1994	2342	747	16
1995	2444	948	11
1996	2926	1422	16
1997	3249	1756	19
1998	3597	2049	29
1999	3872	2457	39
2000	5026	2639	37
2001	5206	2985	34
2002	5720	3233	42
2003	6441	3900	38
2004	7422	4811	74
2005	7862	5276	73
2006	7021	4592	63
2007	4641	2207	58
Total	85626	42519	606

Numero di citazioni
per anno di
pubblicazione su
Breast cancer e QOL

Montazeri, J Exp Clin Cancer Res, 2008

Sommario

- Definizione di riabilitazione oncologica
- Perché parlare di riabilitazione oncologica
- **I modelli di riabilitazione oncologica**
 - Internazionali
 - Italia
- C'è una specificità della riabilitazione oncologica?
 - Caso clinico
- Quali orizzonti?

Il modello olandese: Multi-modal physical and psychosocial rehabilitation to improve quality of life

- 1996 “Recovery & Stability” cancer rehabilitation program in 2 Rehab centers, combining physical training sessions (2 weeks) guided by physiotherapists and 7 psychosocial sessions, guided by different professionals addressing different themes
- 2004 “OncoRev” in 4 Rehab centers, 12-week group-based multimodal cancer rehab program combining innovative comprehensive physical training and cognitive-behavioral psychosocial training

Theoretical foundation of “OncoRev”

- “OncoRev” preserved the multi-modal and group-wise approach used in “Recovery & Stability”. In addition other concepts were also applied:
 - Self-efficacy (Bandura 1997),
 - Self-management (Holroyd and Creer 1986), and illness perceptions (Leventhal and Carr 2001)
 - Problem-solving (D’Zurilla and Goldfried 1971; D’Zurilla and Nezu 2007) for individual cancer patients (Nezu et al. 1998; Nezu et al. 2003) and for groups of patients with nonspecific low back pain

Physical training of Rehab Programs

- 2 hours twice a week under the guidance of two expert physiotherapists, aimed at improving movement skills, strength and endurance, coping with physical complaints like fatigue, enhancing feelings of control and stress reduction. Each physical training session consisted of individual training of endurance and strength (60') or a group sports and games program (60'), combined with aqua aerobics in an indoor swimming pool (30'). Each physical training session included a break for refreshments and mutual contact and sharing experiences among the participants.

Table 2. Short and long-term effects on quality of life (EORTC QLQ-C30) (range 0 - 100) (n = 658)

Time	Effect modifier	n	Mean (SD)	Wilcoxon Signed Ranks Test	Breast cancer		Other cancers		EORTC reference values
					n	Mean (SD)	n	Mean (SD)	
Global quality of life									
Physical functioning									
Role functioning									
Emotional functioning	Not working at T0			-7.739	253	59.6 (24.9)	188	53.7 (26.1)	
			65.6 (24.7) +		231	70.2 (24.3)	144	69.9 (25.0)	
	Pathologic somatic focus at T0 ≤ 9	351	72.2 (23.1) **	-2.765	208	73.2 (22.5)	123	70.5 (24.3)	67.3 ^a
		321	75.4 (22.7)		190	75.8 (21.7)	113	75.0 (24.6)	70.4 ^b 82.2 ^c
	Pathologic somatic focus at T0 > 9	283	59.4 (24.7) ***	-4.323	139	58.8 (23.4)	129	59.6 (26.3)	
		253	67.0 (22.7)		132	66.4 (24.2)	108	68.0 (21.1)	

At baseline, participants had a low quality of life, measured by the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) (range 0 - 100). At the end of rehabilitation, participants had reached significant improvements on all outcome variables: in global QOL, emotional functioning, cognitive functioning, and fatigue level. Non-breast cancer patients improved in physical and social functioning and non working patients in role functioning

Multifactorial needs

- Patients with cancer as a diagnosis have been demonstrated to have multidisciplinary therapy needs. L'esercizio fa bene alla salute (ed alla psiche) dei pazienti operati di tumore. This team approach to mortality and improve quality of life for the patient." (National Breast Cancer Centre, 2005)
- Best practice approach to mortality and improve quality of life for the patient." (National Breast Cancer Centre, 2005)

Australian models

1° model

- Nurse coordinator
- Group setting
- All cancer streams
- 12 week duration
- Structured exercise
- Education / psychosocial support sessions
- Individual psychosocial support
- Rolling entry

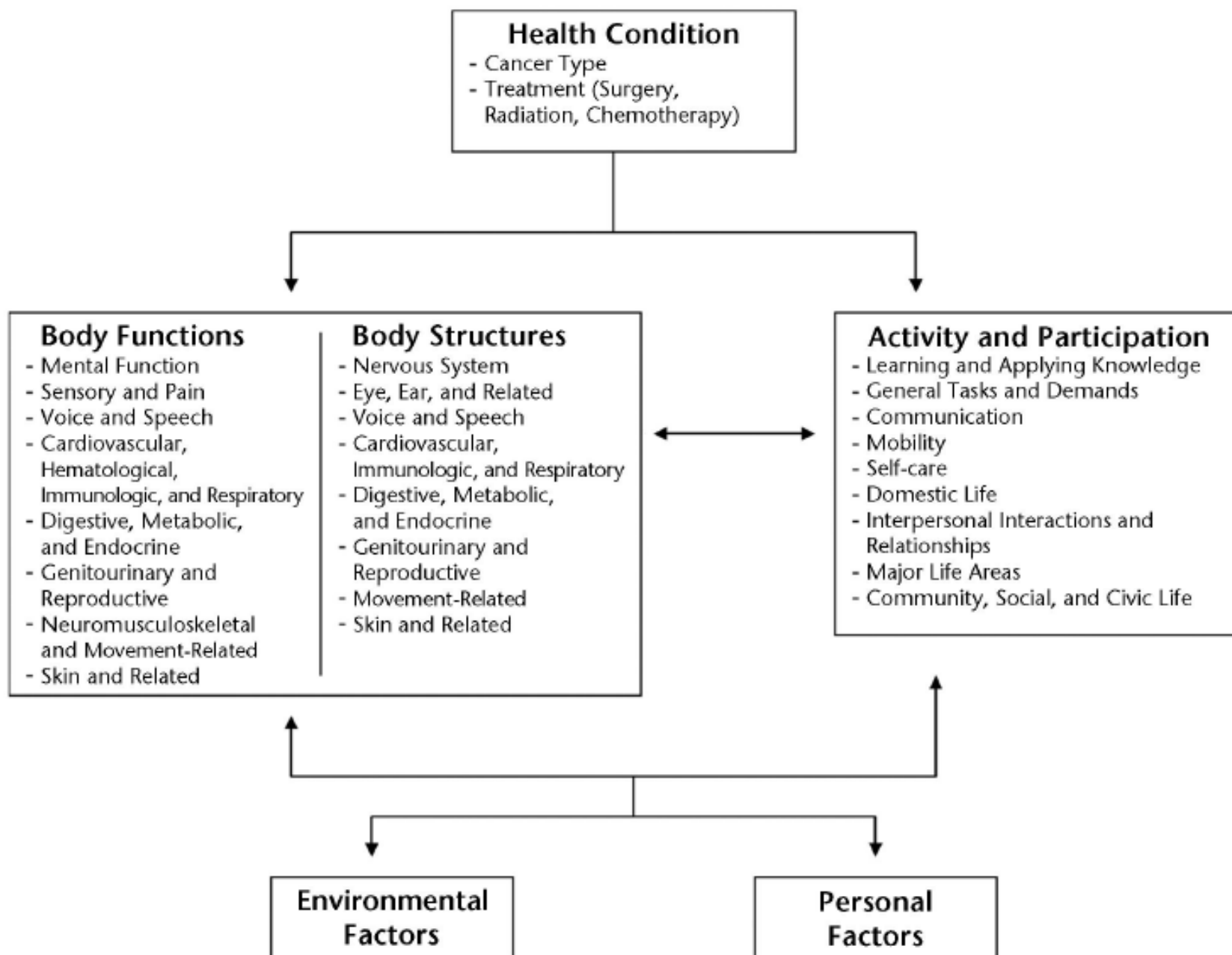
2° model

- Nurse coordinator
- Group setting
- All cancer streams
- 7 week duration
- Structured exercise
- Education sessions
- Closed group

Early outcomes

Early data indicates:

- Improvement in HADS (anxiety & depression)
- Mixed results relating to QOL but generally a well functioning group at start of the program
- Improvement in physical outcomes
- High level of patient satisfaction



The Effect of Regular Exercise on Quality of Life Among Breast Cancer Survivors

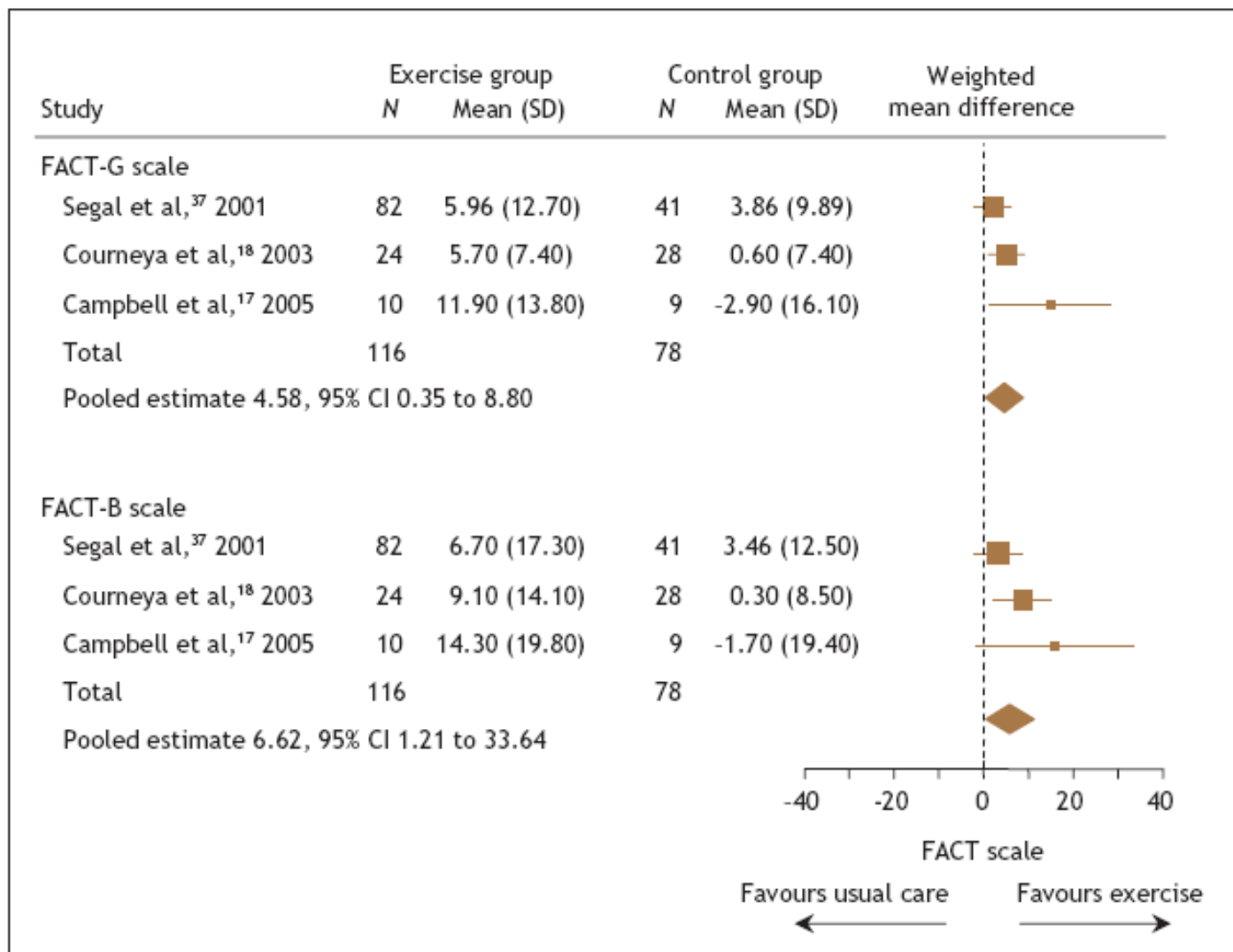
- To evaluate the effect of regular exercise during the first 36 months after cancer diagnosis on quality of life (QOL) in a population-based cohort study of 1,829 Chinese women diagnosed with breast cancer. Exercise was assessed approximately 6, 18, and 36 months after diagnosis, and a metabolic equivalent task (MET) score in hours per week was derived.
- QOL was evaluated at 6 and 36 months postdiagnosis.
- Both exercise-MET scores measured during the first 6 or 36 months postdiagnosis and the weighted exercise-MET score over the 36-month postdiagnosis period were positively associated with total QOL score and physical, psychological, and social well-being scores assessed at 36 months postdiagnosis (all P for trend < 0.05). Compared with nonregular exercisers, women with higher exercise-MET scores (8.3 MET-hours/week) were more likely to have higher scores for total QOL and specific QOL domains (all $P < 0.05$). The exercise-QOL association remained stable over time after cancer diagnosis.
- This study suggests that regular exercise after breast cancer diagnosis improves QOL.

RESEARCH

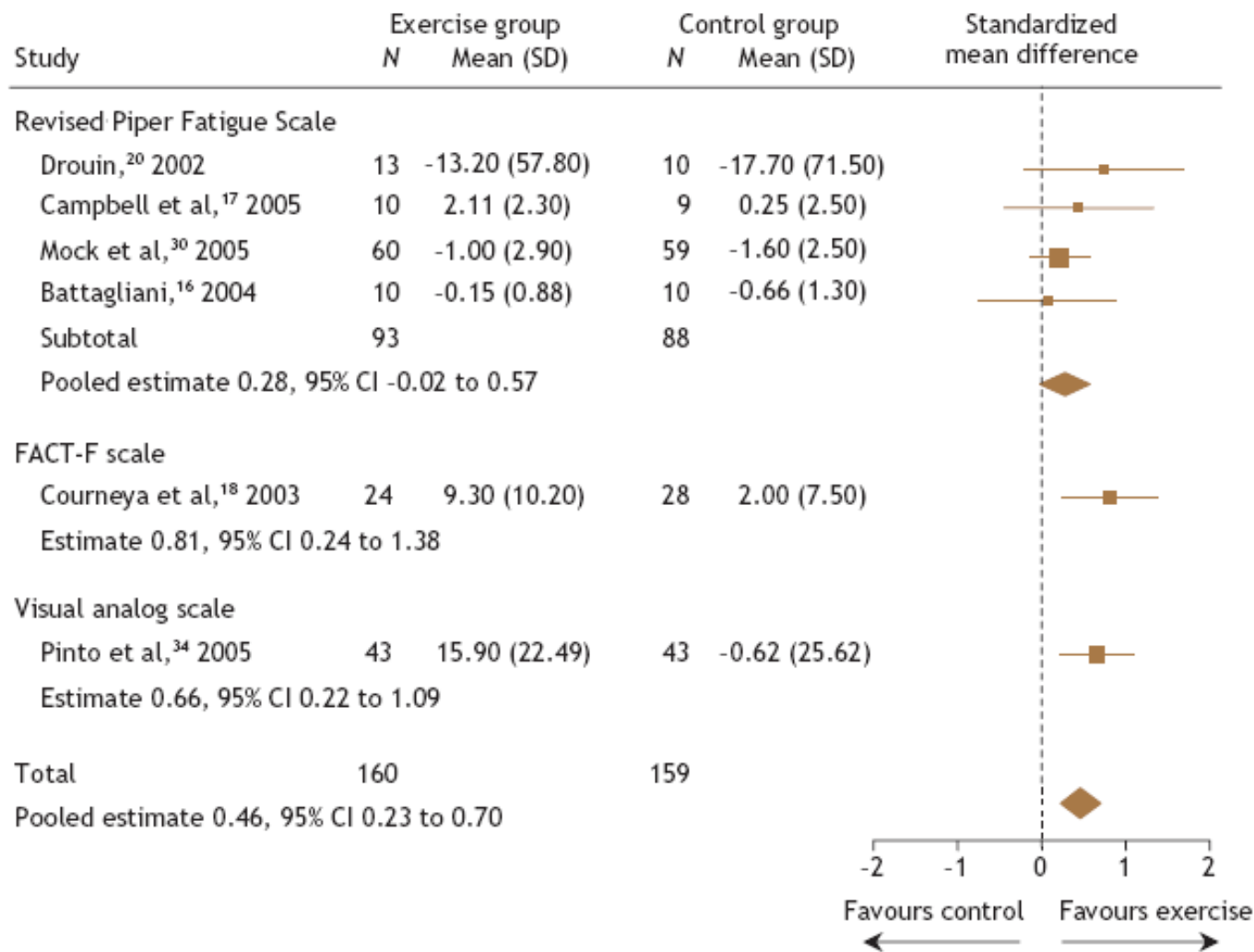
Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis

**Margaret L. McNeely, Kristin L. Campbell, Brian H. Rowe, Terry P. Klassen, John R. Mackey,
Kerry S. Courneya**

Pooled effects of exercise on quality of life from clinical trials involving breast cancer patients. FACT-G = Funct Assessment Cancer Therapy-General, FACT-B = Funct. Assessment Cancer Therapy-Breast



Pooled effects of exercise on symptoms of fatigue from clinical trials involving breast cancer patients. FACT-F = Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue



Sommario

- Definizione di riabilitazione oncologica
- Perché parlare di riabilitazione oncologica
- **I modelli di riabilitazione oncologica**
 - Internazionali
 - **Italia**
- C'è una specificità della riabilitazione oncologica?
 - Caso clinico
- Quali orizzonti?

Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica

Progetto H.O. C.U.R.A.

Health Organization of Cancer Units for Rehabilitation Activities

“Riabilitazione in oncologia: dalla diagnosi alle cure palliative,
integrazione tra istituzioni e volontariato nella ricerca dei percorsi
adeguati e appropriati”

*Il progetto è stato realizzato con un finanziamento del Ministero del Lavoro,
della Salute e delle Politiche Sociali*



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

Strutture partecipanti

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Fondazione "S. Maugeri" - Pavia

Dipartimento di Medicina Riabilitativa: U.O. di Riabilitazione
Oncologia, U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione Montescano

IRCCS IST "Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro" Genova
Dipartimento di Terapie Mediche Integrate: Servizio di Psicologia

IRCCS IRE "Istituto Nazionale Tumori Regina Elena" - Roma
S.S.O. di Neuroriabilitazione e Dipartimento di Neuroscienze

Associazione "Gigi Ghirotti" – Genova

Comitato editoriale

Francesco De Lorenzo, Paola Varese

Sergio Paderni, Andrea Micheli

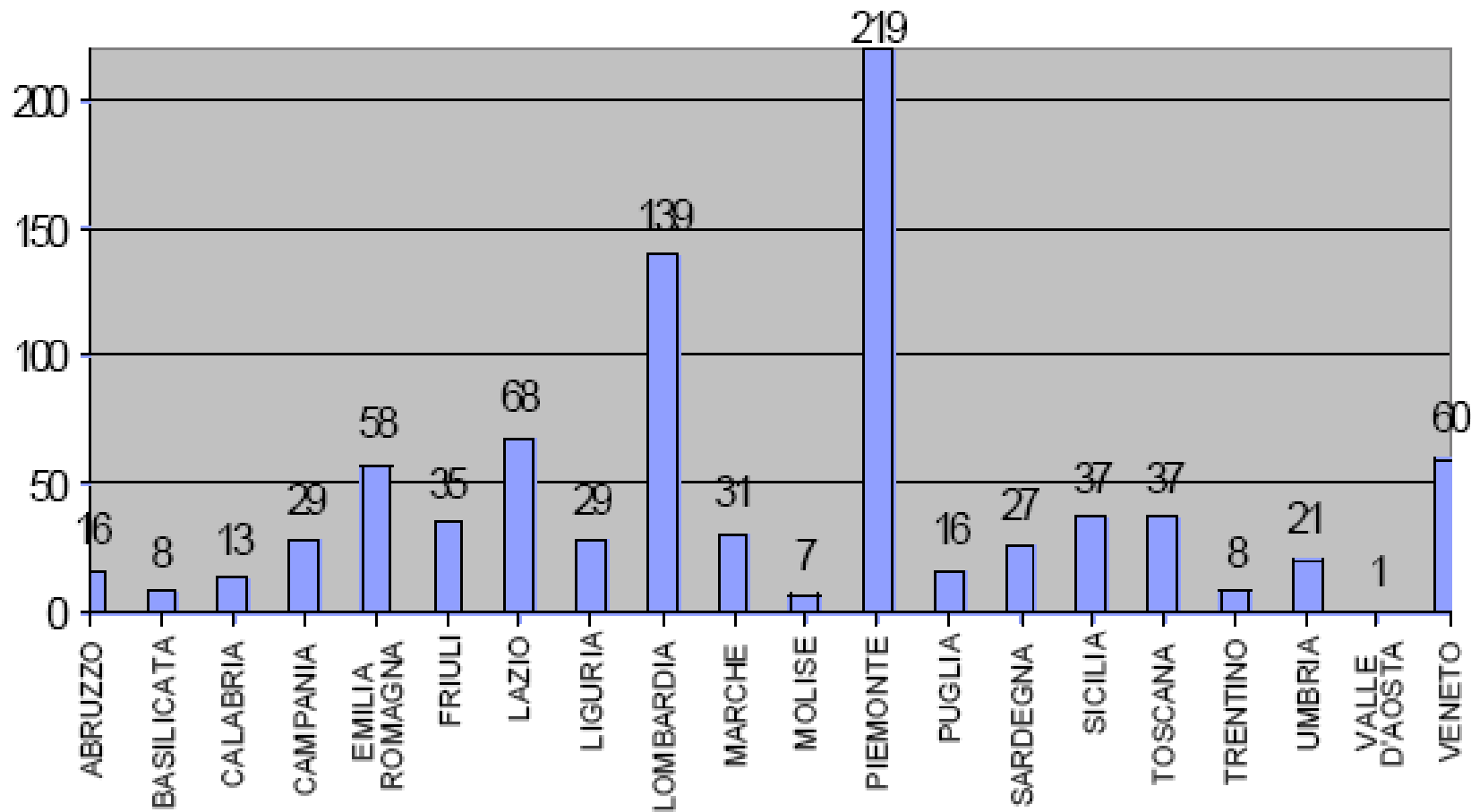
Franco De Conno, Roberta Ciampichini

Rosaria Bufalino

Il Libro Bianco è stato realizzato in collaborazione con:

AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) – SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa) – SIPO (Società Italiana di Psiconcologia) – CE.RI.ON. (Centro di Riabilitazione Oncologica ASL 10 Firenze) – AILAR (Associazione Italiana Laringectomizzati) – AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici) – AISTOM (Associazione Italiana Stomizzati) – AMOC (Associazione Malati Oncologici Colon-retto) – ANDOS (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno) - ANTEA Onlus – AOPI (Associazione Oncologica Pisana "P. Trivella") – IRENE Onlus (Istituto Regina Elena Neurologia e Neurochirurgia) – NON PIU' SOLA Onlus - VELA Onlus - FINCO (Federazione Italiana Incontinenti)

Centri che svolgono riabilitazione oncologica in Italia



QUALI SONO LE PATOLOGIE NEOPLASTICHE TRATTATE

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Cum.</i>
<i>mammella</i>	204	64.76	100.00
<i>polmone</i>	124	39.37	100.00
<i>testa/collo</i>	160	50.79	100.00
<i>sarcomi</i>	28	8.76	100.00
<i>colon</i>	73	22.73	100.00
<i>urologici</i>	73	22.73	100.00
<i>ginecol.</i>	73	22.73	100.00
<i>melanoma</i>	2	0.62	100.00
<i>snc</i>	57	17.57	100.00
<i>altra patol</i>	107	33.97	100.00

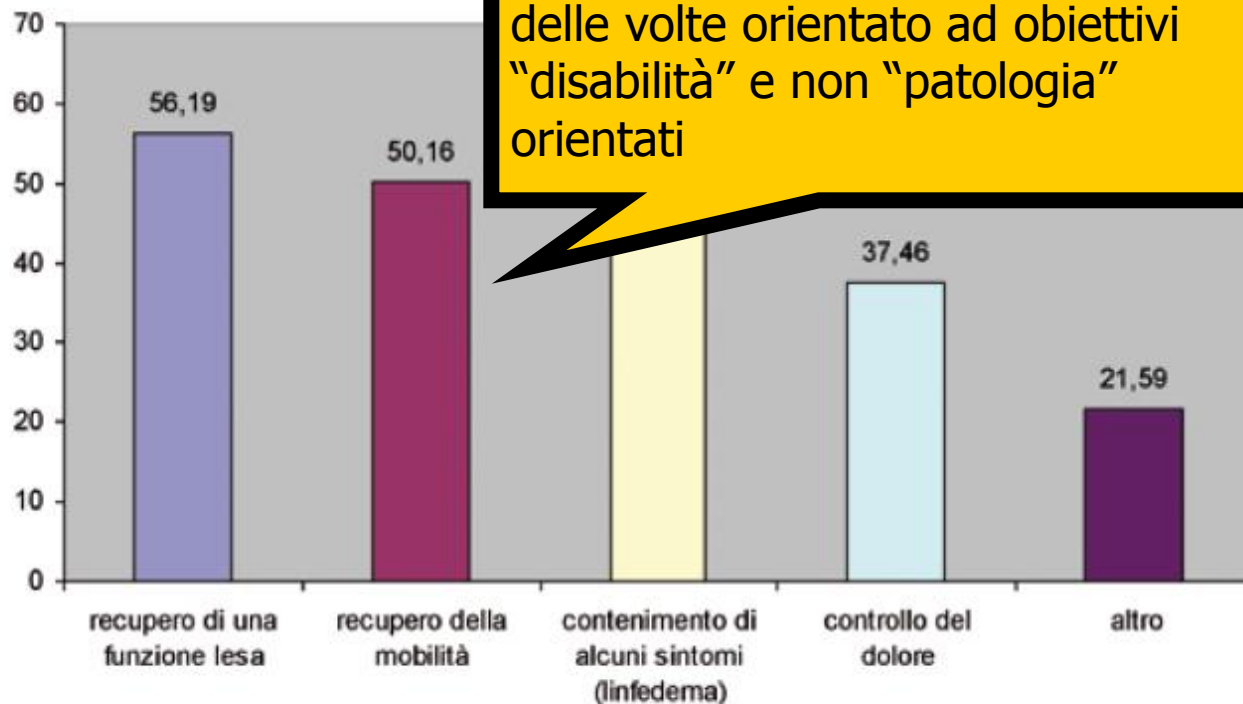
Il focus è sulla malattia più che sulle complicanze sindromiche e di disabilità della neoplasia

SIGNIFICATO DELLA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

<i>recupero di una funzione lesa</i>	177	56.19
<i>recupero della motilità</i>	158	50.16
<i>contenimento di alcuni sintomi (linfedema)</i>	182	57.78
<i>controllo del dolore</i>	118	37.46
<i>altro</i>	68	21.59

TABELLA 14

Significato d



Sommario

- Definizione di riabilitazione oncologica
- Perché parlare di riabilitazione oncologica
- I modelli di riabilitazione oncologica
 - NL, Australia
 - Italia
- **C'è una specificità della riabilitazione oncologica?**
- Quali orizzonti?

Motivo del ricovero

Il paziente è un uomo di 78 anni giunto alla nostra osservazione in data 8/6/10 proveniente dall'UO Neurologia Istituti Ospedalieri per *emiparesi dx di recente insorgenza secondaria a ictus cerebri*

Anamnesi familiare e fisiologica

Vedovo da 1 anno, vive con uno dei 2 figli. Usciva di casa quotidianamente, utilizzava un bastone per deambulare; BI premorbo = 95/100, IADL perse = 3/5

- Scolarità: elementare
- Professione: ex operaio
- Richiesta invalidità

Anamnesi patologica remota

- Intervento di by-pass AO-femorale per AOCP arti inferiori (1995)
- Diabete mellito tipo 2 (in fase di complicanze micro-macroangiopatiche e polineuropatiche) ed ipertensione arteriosa (dal 1995)
- 2003 riscontro di neoplasia gastrica ed epatocarcinoma su cirrosi epatica post-etanolica
- 2007 riscontro di lesioni ripetitive multifocali trattate con termoablazione con RF e alcolizzazione 2° segmento, TEA femorale comune e profonda
- 2008 visita nefrologica per insufficienza renale (creatininemia = 1.4), cirrosi epatica CHILD C in scompenso ascitico. Viene consigliato ricovero in hospice
- dicembre 2009 riscontro di nodulo sottocutaneo in regione epigastrica in accrescimento (conferma TC)
- aprile 2010 visita oncologica consiglia Sorafenib (Nexavar) ed approfondimento patologia gastrica

Esame obiettivo

Condizioni generali scadute. Lingua umida, cute idratata. E.O.cuore: toni cardiaci ritmici, parafonici. Polsi periferici iposfigmici. E.O. torace: ipofonesi plessica e MV ridotto base sx, lieve ginecomastia. E.O. neurologico: ipostenia marcata emisoma dx, non è in grado di eseguire sit-to stand né di mantenere la statica.

Riflessioni

- È da riabilitare o è da hospice?
 - Quali criteri per decidere?
 - Quali obiettivi?

Anamnesi patologica prossima

Valutazione multidimensionale		Premorboso	Ingresso
<u>C.A.M</u>	<i>Stato confusionale</i>		0/4
<u>MMSE</u>	<i>Stato cognitivo</i>		22/30
<u>Geriatric Depression Scale</u>	<i>Tono dell'umore</i>		6/15
<u>Mini Nutritional Assessment</u>	<i>Stato nutrizionale</i>	8+12/30	
<u>IADL (n funzioni perse):</u>	<i>Stato funzionale</i>	3/5	
<u>BARTHEL INDEX</u>	<i>Stato funzionale</i>	98/100	27/100
<u>TINETTI:</u>	<i>Stato funzionale</i>		1/28

Albumina all'ingresso 3.2; Colesterolo 160, Hb 9.0, PCR
3.5, urea 60, creatininemia 1.18, uricemia 12.15, GGT179,
ALP 305

EGA AA: pH 7.44 pO2 74 pCO2 33

APACHE 4

Decorso clinico

Le condizioni cliniche ad 1 settimana dall'ingresso in Riabilitazione sono stabili. Il recupero motorio è ottimale. In reparto è in grado di deambulare con walker e supervisione. Persiste ipostenia emisoma dx, ma il deficit motorio appare in progressivo miglioramento.

Prognosi quoad vitam e quoad valetudinem:

- non indicato attualmente trasferimento in hospice
- Utile proseguire riabilitazione

Decorso clinico -2

Al monitoraggio della diuresi delle 24 h, riscontro di oliguria paucisintomatica (600 cc), controllo con bladder scan e riscontro di residuo post-minzionale di circa 800 cc. Viene posizionato catetere vescicale da cui defluiscono 1000 cc di urine limpide

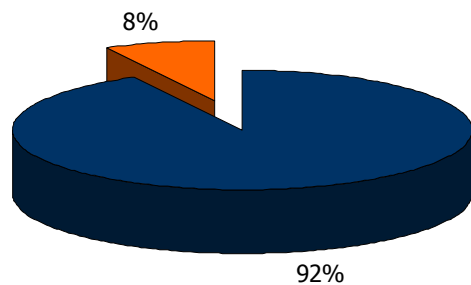
D] ritenzione cronica d'urina

.....per camminare servono 2 neuroni ed 1 miocita



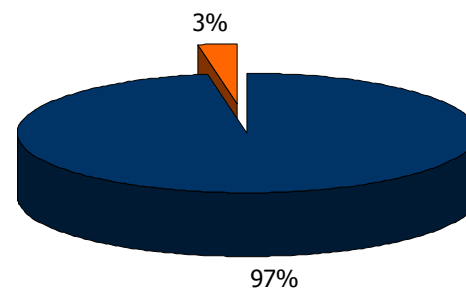
Alcune riflessioni analizzando i dati

Pazienti di tutte le età stratificati per presenza di malattia oncologica attiva (dati progetto IPER2)



■ altre malattia ■ malattia oncologica attiva

N = 641 pazienti provenienti da ospedale



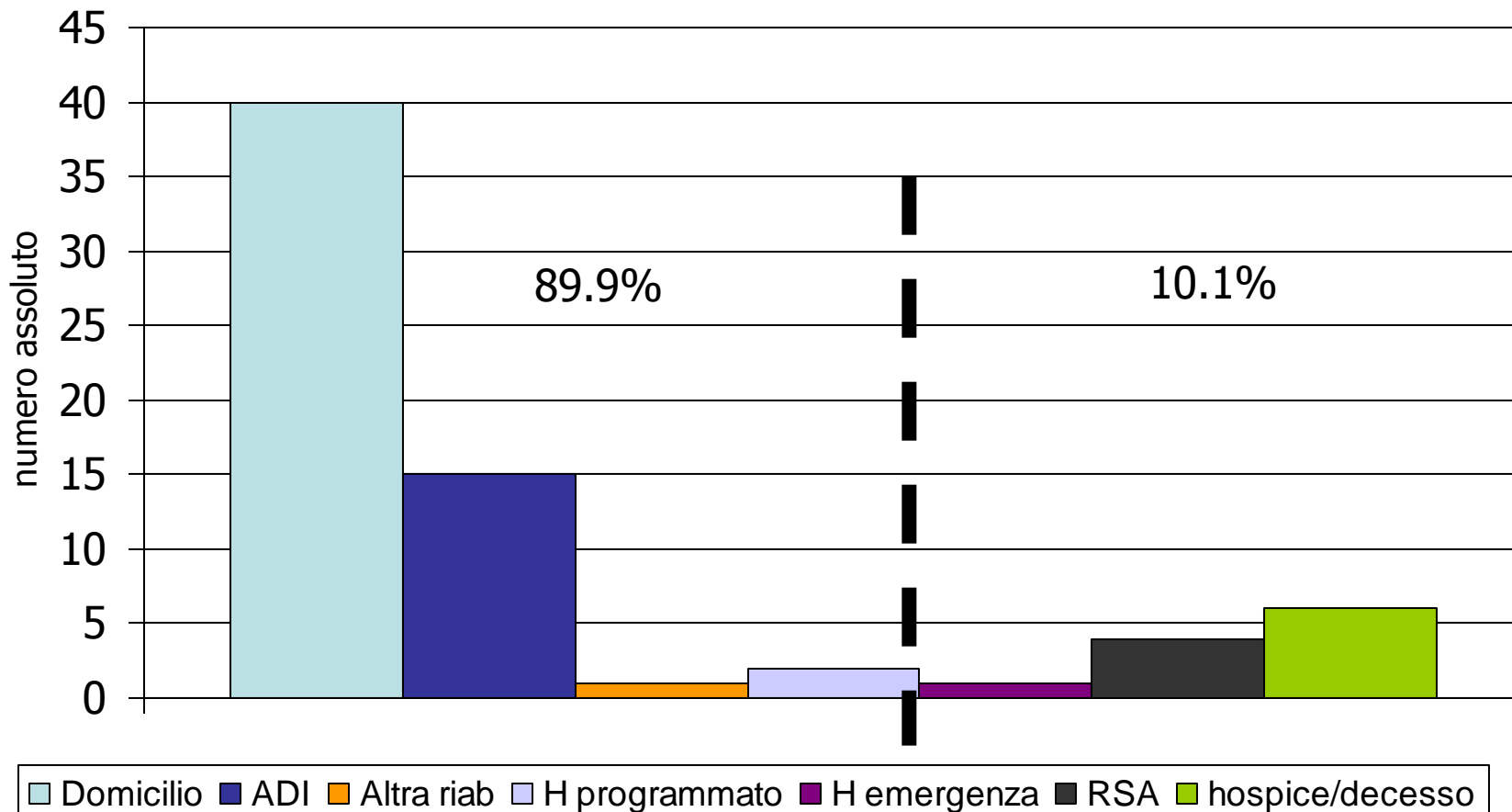
■ altre malattia ■ malattia oncologica attiva

N = 652 pazienti provenienti dal domicilio

Confronto tra pazienti con e pazienti senza problema oncologico attivo

	Non oncologici (n=712)	Oncologici (n=69)	p
I valori sono espressi come Media + DS o %			
Età (anni)	79.1±11.6	79.3±10.2	.89
Sesso femminile	504 (70.6)	46 (66.7)	.74
MMSE	21.4±6.3	23.8±5.1	.02
GDS 15-items	5.5±4.2	5.3±3.3	.68
Malnutriti	132 (18.6)	16 (23.2)	.21
PCR	3.8±6.5	5.6±10.8	.03
Albuminemia	3.5±3.1	3.0±0.3	.16
APS (n=370)	1.7±2.4	2.0±3.1	.43
Barthel pre-ingresso	80.1±21.0	80.2±21.1	.94
subitem deambul.	12.1±3.2	12.1±3.5	.99
Barthel ingresso	54.4±26.5	50.7±25.3	.26
subitem deambul.	6.8±4.7	6.3±5.1	.36
Barthel dimissione	72.8±27.1	71.1±27.2	.63
subitem deambul.	11.4±4.6	11.1±4.8	.59
Durata degenza (gg)	28.8±13.3	26.5±13.8	.16

Outcomes alla dimissione in 69 pazienti ricoverati con malattia oncologica attiva

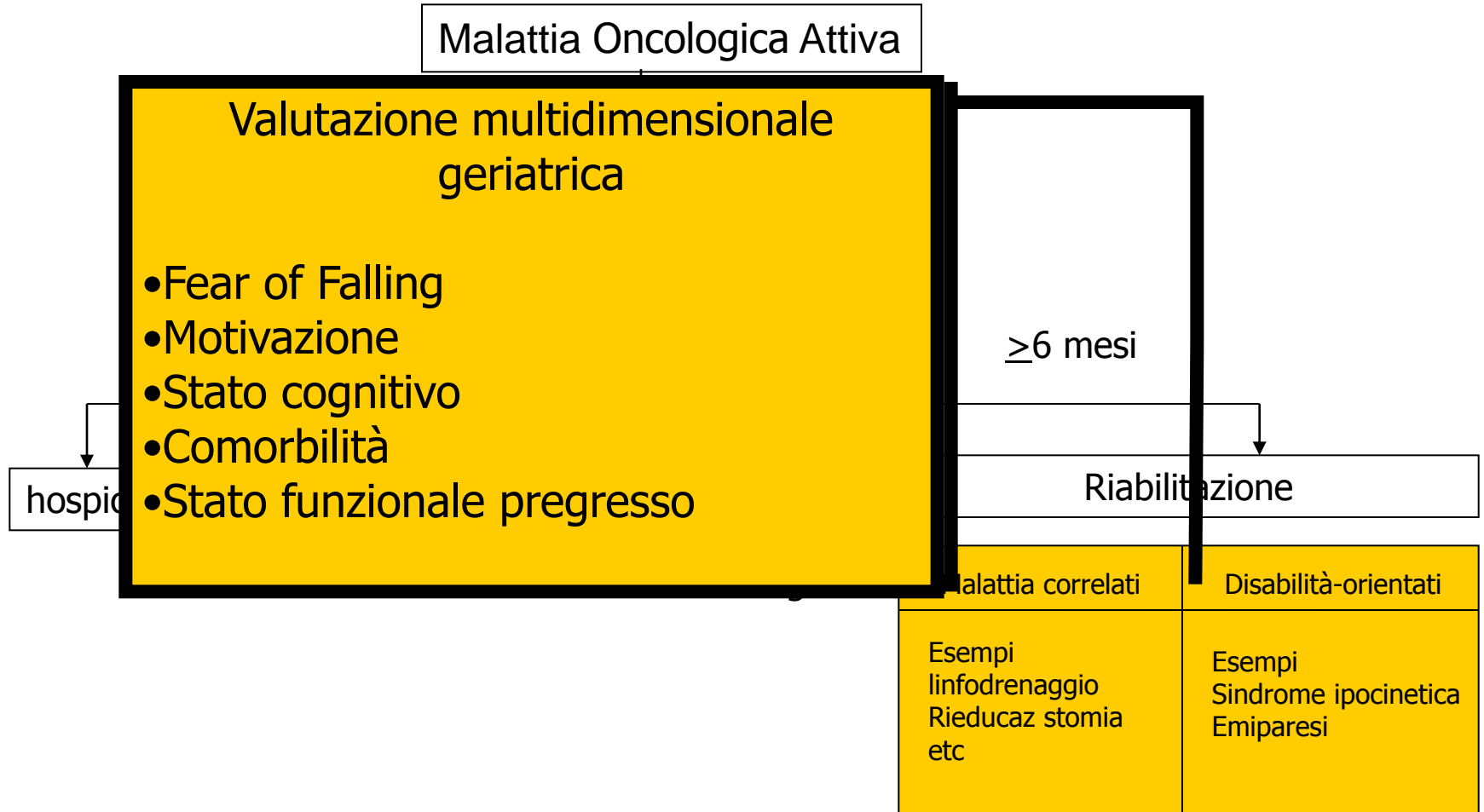


Pazienti con problema oncologico attivo stratificati in base all'outcome

	Poor outcome (n=7)	Good outcome (n=62)	p
Età (anni)	84.4±10.0	78.8±10.2	.17
Sesso femminile	2 (28.6)	44 (77.1)	.03
Provenienza ospedale	6 (85.7)	36 (58.1)	.15
Demenza (anamns)	0	8 (12.9)	.40
MMSE	18.8±8.3	23.7±4.5	.02
GDS 15-items	8.0±2.0	5.1±3.3	.15
Malnutriti	4 (57.1)	12 (19.4)	.04
PCR	12.1±16.1	4.9±9.9	.09
Albuminemia	2.5±0.3	3.1±0.3	.001
APS	6.8±5.2	1.1±1.3	.000
Barthel pre-ingresso	68.3±23.0	80.2±21.1	.94
subitem deambul.	9.1±5.2	12.3±3.2	.99
Barthel ingresso	23.8±23.4	50.7±25.3	.26
subitem deambul.	2.5±4.8	6.6±5.1	.36

I valori sono espressi come Media + DS o %

Modello per decidere se paziente anziano con malattia oncologica attiva è da riabilitare



Sommario

- Definizione di riabilitazione oncologica
- Perché parlare di riabilitazione oncologica
- I modelli di riabilitazione oncologica
 - Internazionali
 - Italia
- C'è una specificità della riabilitazione oncologica?
 - Caso clinico
- Quali orizzonti?

Quali orizzonti

- La riabilitazione oncologica è una nuova frontiera della disciplina riabilitativa
 - Aumento dei casi e prolungamento della sopravvivenza dei pazienti con neoplasia
- I modelli attuali prevedono un approccio “malattia-orientato”
 - Le evidenze in questo ambito supportano l’efficacia della riabilitazione sulla QOL dei pazienti neoplastici (soprattutto mammella e intestino)
- Mancano modelli di intervento “disabilità o sindromi” orientati per pazienti anziani disabili con malattia oncologica attiva
- C’è spazio per la geriatria in questo settore?