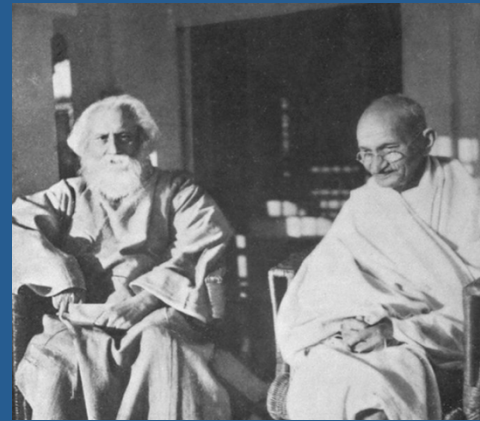


## *Cascina Brandezzata 2*

*Le malattie non oncologiche  
neuropsichiatria e cure palliative*

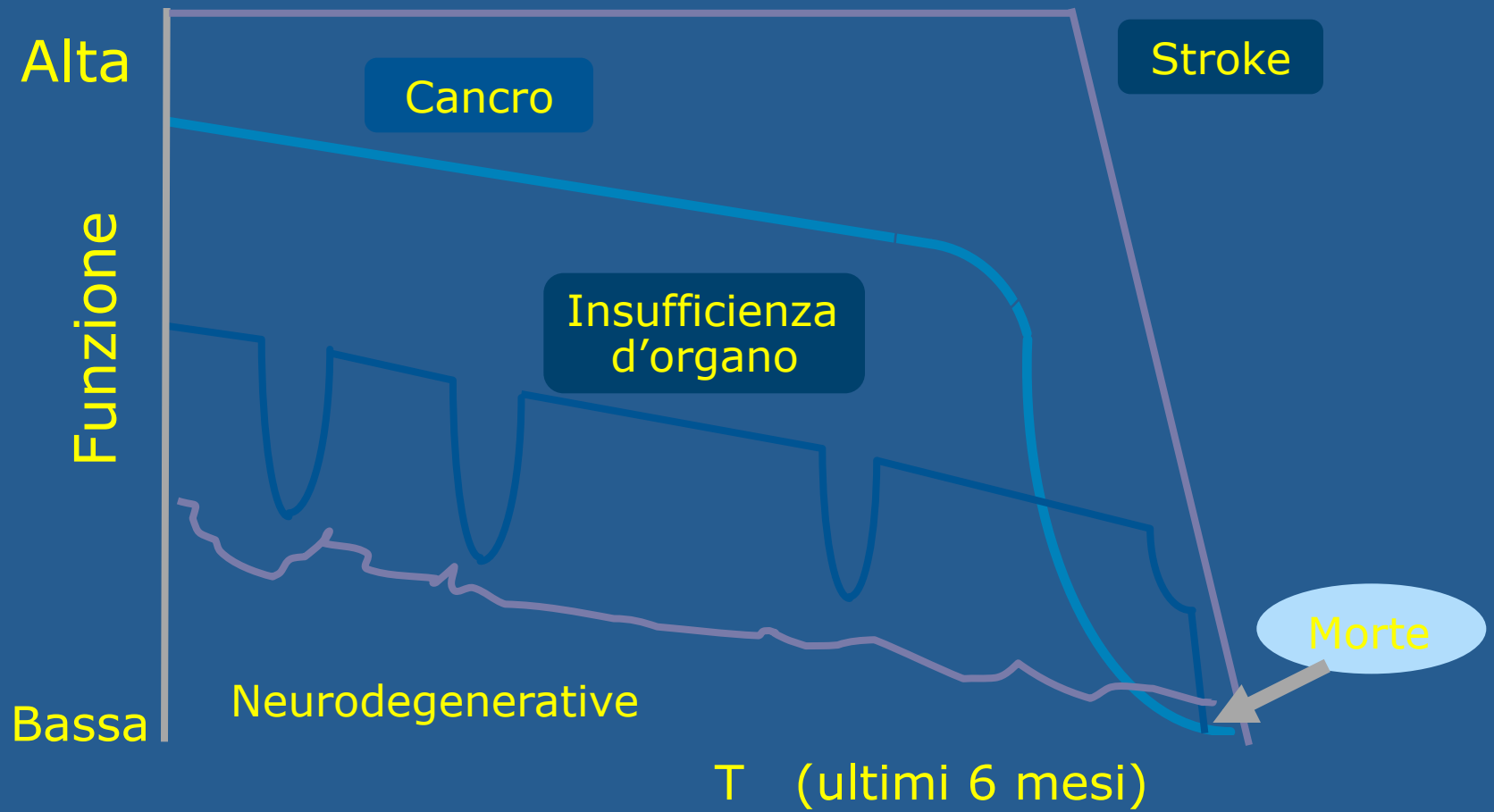
*Vivi, come se dovessi morire domani.  
Impara, come se dovessi vivere per  
sempre. Mahatma Gandhi*



# Le Cure Palliative

“Insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”

# Le malattie inguaribili e la fase avanzata: grave deficit funzionale progressivo sino alla morte



# Diversi modelli a confronto

- Cure di fine vita
- Simultaneous care

# LE CURE PALLIATIVE OGGI E DOMANI



“... “un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro Famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, Psicosociale e spirituale.”

# Modello simultaneous care



*Finche si è inquieti si può stare  
tranquilli*

*Julien Green*



# Le cure palliative non oncologiche

- 2020: le prime 4 cause di morte

Malattie cardiovascolari

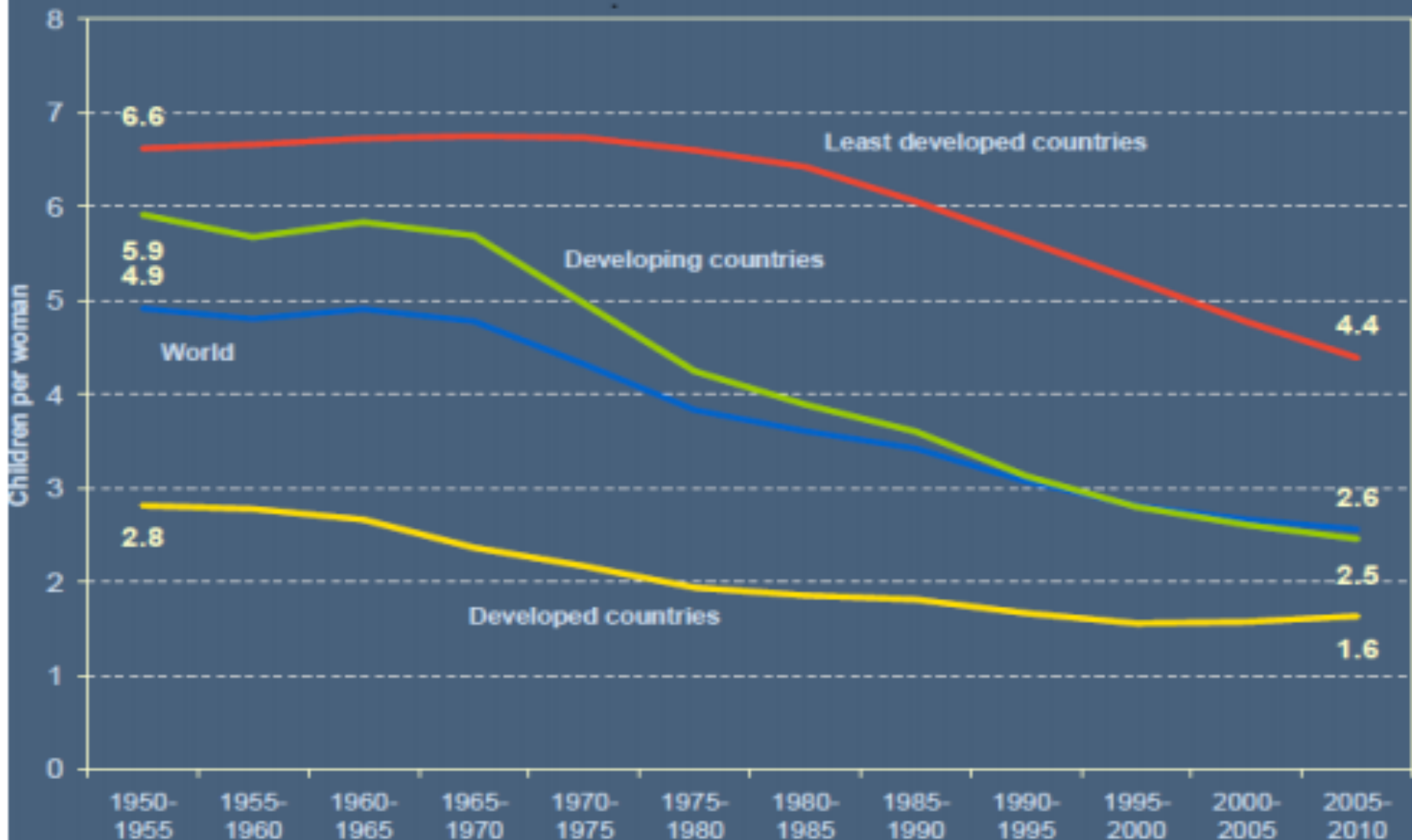
Malattie cerebrovascolari

Broncopneumopatie croniche ostruttive-  
restrittive

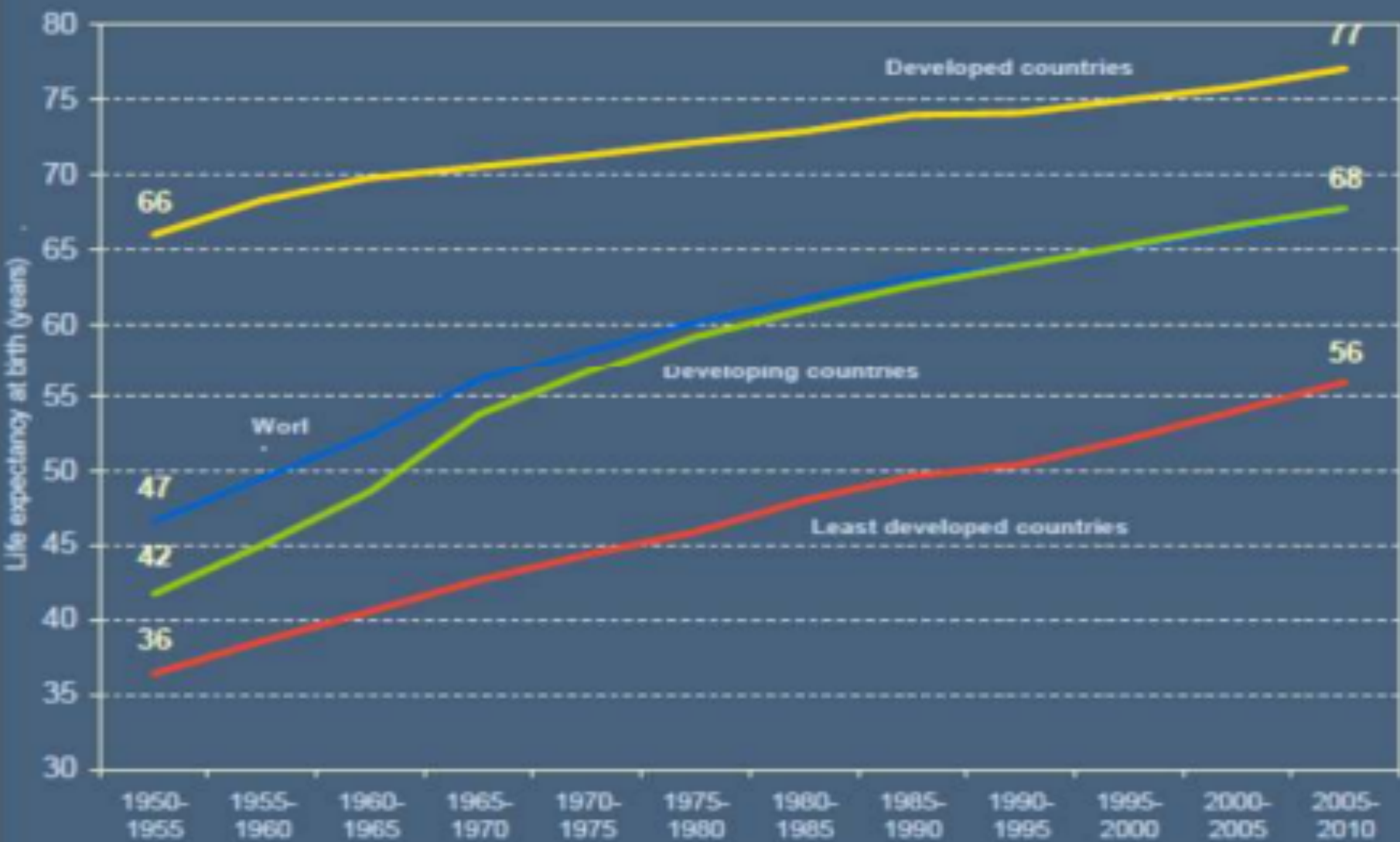
Cancro dei polmoni



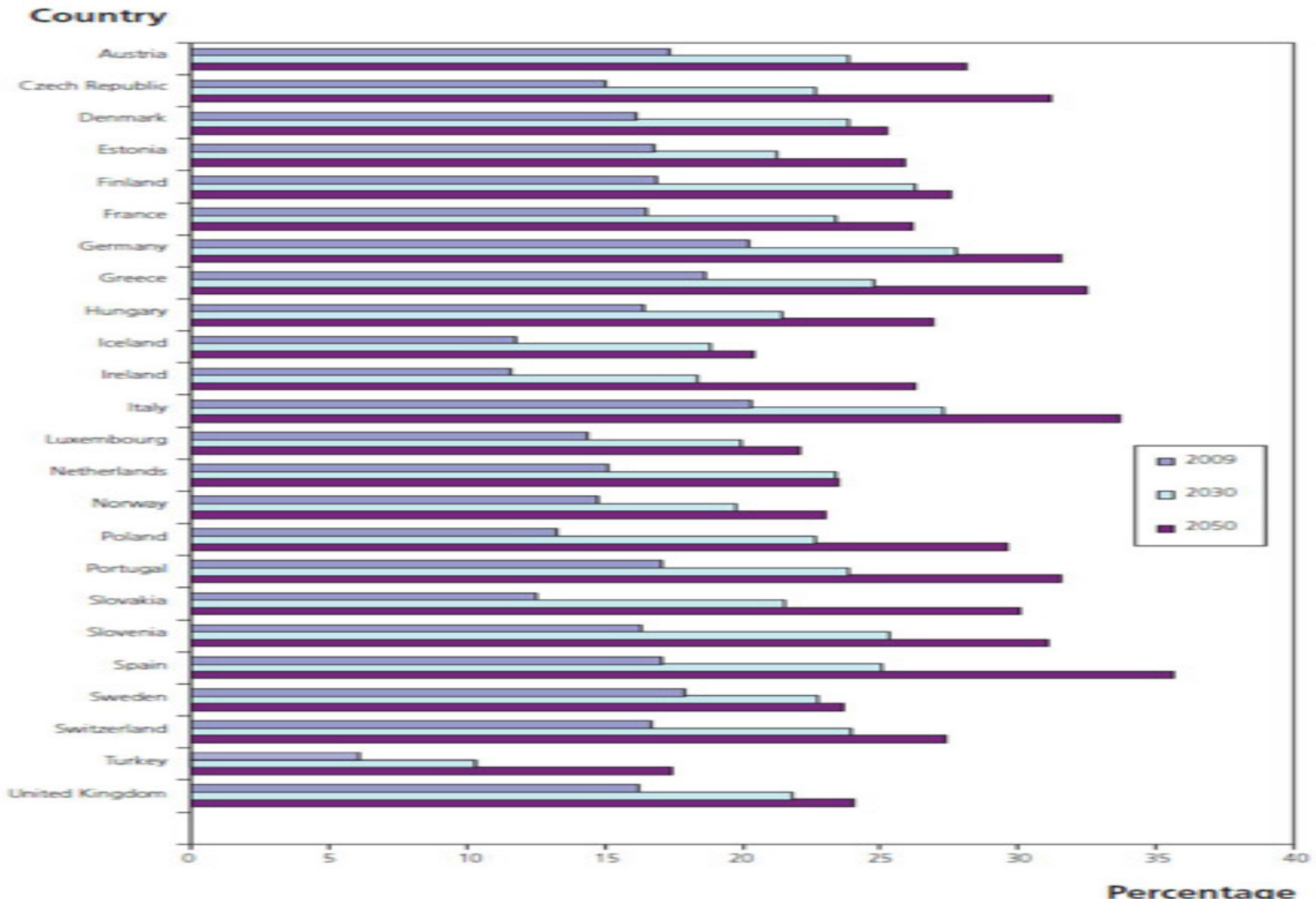
# Children per woman, 1950 – 2010



# Life expectancy at birth, 1950 – 2010



**Fig. 1.1. Percentage of people aged 65 years and older in selected countries in the WHO European Region in 2009 and projections for 2030 and 2050**

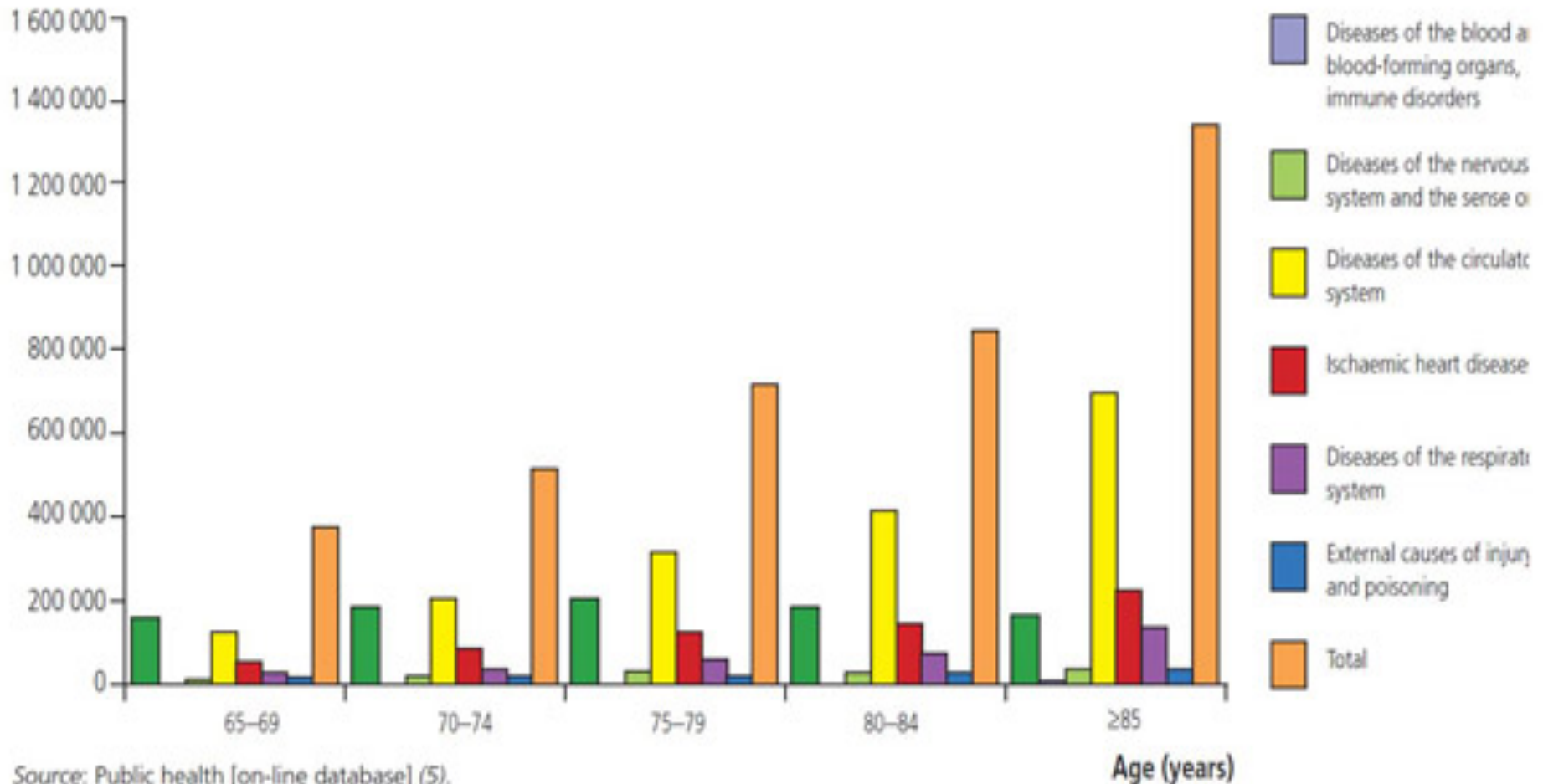


Source: data from OECD factbook 2009 (4).

# Prevalenza e fascia d'età

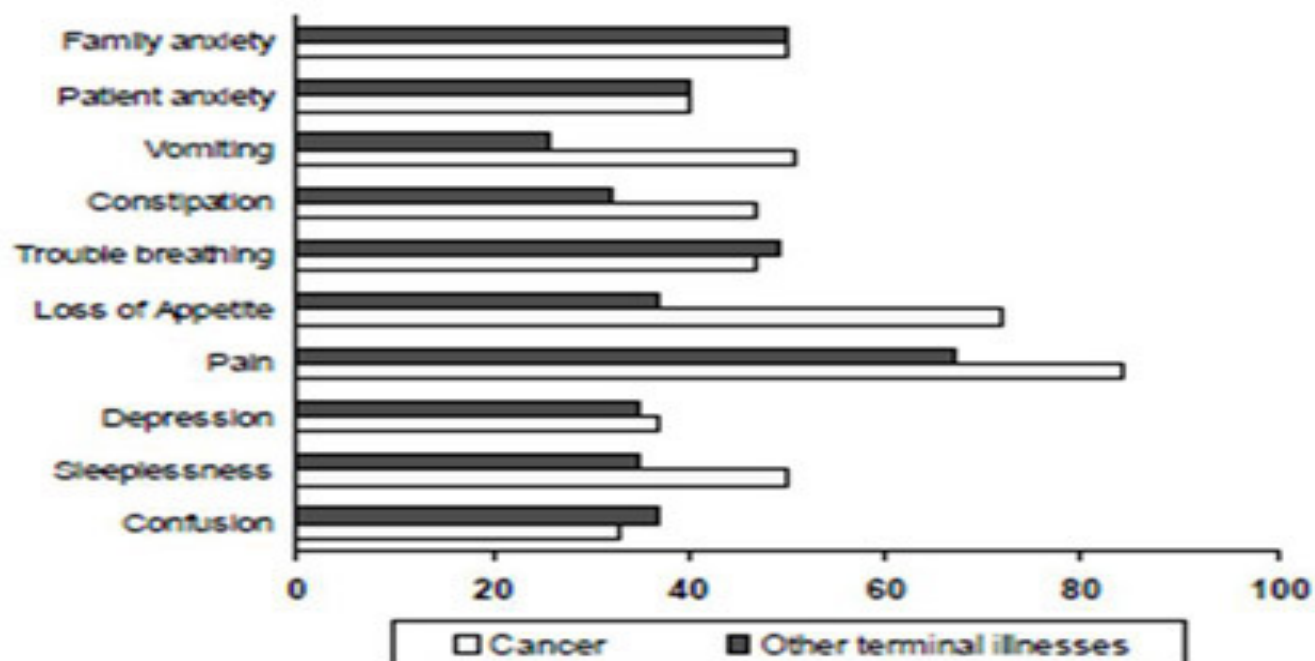
Fig. 1.2. Number of deaths by causes and age group in 27 EU countries, 2006

Number of deaths



Source: Public health [on-line database] (5).

## Prevalence of Symptoms in the Last Year of Life



*Higginson I. Epidemiologically based needs assessment for palliative and terminal care. Radcliffe Medical Press 1997*

# Cosa dovremo/dobbiamo affrontare

- Decadimento cognitivo
- Le insufficienze d'organo (renale, epatica, cardiaca)
- Le comorbilità geriatrica e le polifarmacologie
- Le nuove povertà (immigrazione) e le altre culture mediche

# L'entità del problema

- **250.000** persone muoiono ogni anno a causa di una malattia inguaribile e passibile di trattamenti palliativi
- **160.000** muoiono a causa di un tumore
- **90.000** muoiono a causa di altre patologie cardiache, respiratorie, neurologiche, metaboliche, infettive
- **11.000** sono bambini o pazienti pediatrici

- Oggi in Europa la **domanda** di CP è :  
320.000 cittadini malati di cancro (60%)  
285.000 malati non oncologici (40%)
- Oggi in Europa l'**offerta** è:  
4.7% dei pazienti affetti da patologia non oncologica necessitante CP usufruisce di CP. In Italia meno dell'1%, con profondo divario nord-sud



# L'entità del problema

**Lo studio Senti-MELC 12**, che ha analizzato le “traiettorie” dei malati in fine vita nell’ambito della Medicina Generale Italiana, ha rilevato che il 65% dei decessi non è motivato da una causa improvvisa e/o non prevedibile. Negli ultimi tre mesi la gran parte dei trasferimenti è diretta “da casa a ospedale”, mentre solo un malato su 10 compie il tragitto inverso “da ospedale a casa”, e sempre uno su 10 cambia la sua destinazione “da casa a hospice”.

Complessivamente si registra che in quegli ultimi tre mesi il 59% dei pazienti viene spostato una o più volte. Questi dati sono analoghi ad altri studi Europei (Belgio e Olanda) e del tutto simile è la crescita esponenziale del numero di malati che accedono all’ospedale con l’approssimarsi della morte. Ciò che sostanzialmente differenzia l’Italia è piuttosto la motivazione del ricovero: i passaggi “da casa a ospedale” rivelano più spesso il tentativo di prolungare la sopravvivenza.

# Le parole di un dramma

- In uno studio pubblicato qualche tempo fa<sup>6</sup> si volle indagare la qualità della morte in alcuni reparti di medicina generale di ospedali italiani. I risultati furono sconcertanti: molti ammalati, prevalentemente non oncologici, in cui la prognosi era verosimilmente inferiore alle 24 ore, vennero sottoposti proprio nelle ultime 24 ore di vita ad indagini diagnostiche del tutto futili e ad interventi terapeutici macroscopicamente sproporzionati per eccesso; contemporaneamente, in numerosi casi, gli stessi pazienti non ricevettero i trattamenti indicati per controllare i gravi sintomi che li affliggevano (come il dolore e la difficoltà respiratoria). Sorprendentemente, quando venne chiesto agli operatori sanitari di giudicare la qualità dell'assistenza fornita a questi pazienti, essa fu ritenuta buona nella maggior parte dei casi, indipendentemente dalla presenza o meno di sintomi disturbanti, quasi che il controllo sintomatologico non fosse uno dei "parametri" da tenere in considerazione per esprimere una valutazione complessiva di appropriatezza assistenziale.
- TOSCANI F., DI GIULIO P., BRUNELLI C., MICCINESI G., LAQUINTANA D., *How People Die in Hospital General Wards: A Descriptive Study*, in «Journal of Pain and Symptom Management», 30 (1), 2005, pp. 33-40

# I rianimatori

**L'80% di loro, infatti, davanti a un malato ormai senza speranza persiste nelle terapie che lo tengono in vita, mentre il 79% dei medici europei (in particolare il 34,3% degli spagnoli e il 53% dei francesi) e il 90% degli americani le sospendono.**

# Prevalenza dei sintomi nei pazienti oncologici

275 pazienti consecutivi con cancro avanzato

Sintomi	Prevalenza	Intervallo di confidenza al 95%
• Astenia	90	81-100
• Anoressia	85	78-92
• Dolore	76	62-85
• Nausea	68	61-75
• Stipsi	65	40-80
• Sedazione-confusione	60	40-75
• Dispnea	12	8-16

1-Bruera. *Oxford Textbook of Pall Med* 1998

Dolore moderato-severo: 51%<sup>2</sup>  
(43% nel cancro dello stomaco - 80% nei cancri ginecologici)

2-Vainio A, Auviven A, *JPSM* 1996;12(1):3-10

# Come muore il malato non oncologico

- I sintomi del fine vita sono sovrapponibili a quelli del malato oncologico
- La gestione a lungo termine è diversa

# Malattie neurodegenerative

- SLA e malattie motoneurone
- Demenze in fase avanzata
- Parkinson in fase avanzata
- Sclerosi multipla

# Principali sintomi SLA

- **Correlati alla malattia:**

Astenia e debolezza

Crampi e fascicolazioni

Disfagia disartria

Dispnea

Sindrome pseudobulbare (riso e pianto patologici)

- **Indirettamente correlati alla malattia:**

Ansia/depressione/psicosi

Sindrome neurologica da ipoventilazione cronica

Disturbi del sonno

Scialorrea

Stipsi

Dolore

- **Altro:**

Diuresi, ostruzione nasale, edema arti inferiori, edemi arti inferiori, sindrome globale da allettamento, problemi relazionali e del nucleo familiare

# Dolore nella SLA

- Neuropatico
- Nocicettivo
- Localizzazione collo e articolazione scapolo omerale (lassità legamentoso, ipotrofia muscolare)
- 58% dei pazienti SLA presenta dolore severo
- Riabilitazione, manovre fisiche, FANS, ausili, oppioidi.



# Il problema

- Un recente studio effettuato in Ospedali specialistici ha evidenziato che su 124 pazienti SLA affetti da dolore moderato-severo solo il 20.8% riceve un adeguato trattamento con oppioidi.

oppioidofobia

# Oppioidi e dolore nella SLA

- Gli oppioidi rappresentano il trattamento di scelta del dolore nella SLA.

American Society of Neurology

- 30 mg Morfina per os/die, dose media di trattamento

O'Brian, 2010

# Scialorrea

- Prevalenza superiore al 90%
- Difficoltà comunicative e di alimentazione
- Causato da ipotonia e debolezza della muscolatura facciale e da ipersalivazione
- Uso incongruo di mucolitici
- Antidepressivi triciclici (amitriptilina 10-150 mg/die)
- Joscina transdermica
- Bromuro di joscina
- Beta bloccanti (propranololo, metoprololo)
- Tossina botulinica e radioterapia salivare (studi preliminari)

# Secrezioni di muco denso

- Da tosse non efficace e ridotta assunzione liquidi
- Inutili e talora controproducenti i mucolitici
- Fisioterapia e manovre fisiche
- Nebulizzatori di fisiologica a intermittenza

# Problemi respiratori

- Dispnea con tachipnea
- Circolo vizioso dispnea, ansia, paura, dispnea
- Ventilazione assistita non invasiva o invasiva (NIV)
- ***Oppioidi (basse dosi) +benzodiazepine***
- Scelte etiche di fine vita
- Consenso informato
- Dichiarazioni anticipate di trattamento

# Disfagia e disturbi nutrizionali

- Sondino naso gastrico /PEG
- Scelte di fine vita

«in pazienti con discreta capacità funzionale residua e aspettativa di vita superiore ai sei mesi la PEG può conferire un significativo incremento della aspettativa di vita e di qualità di vita»

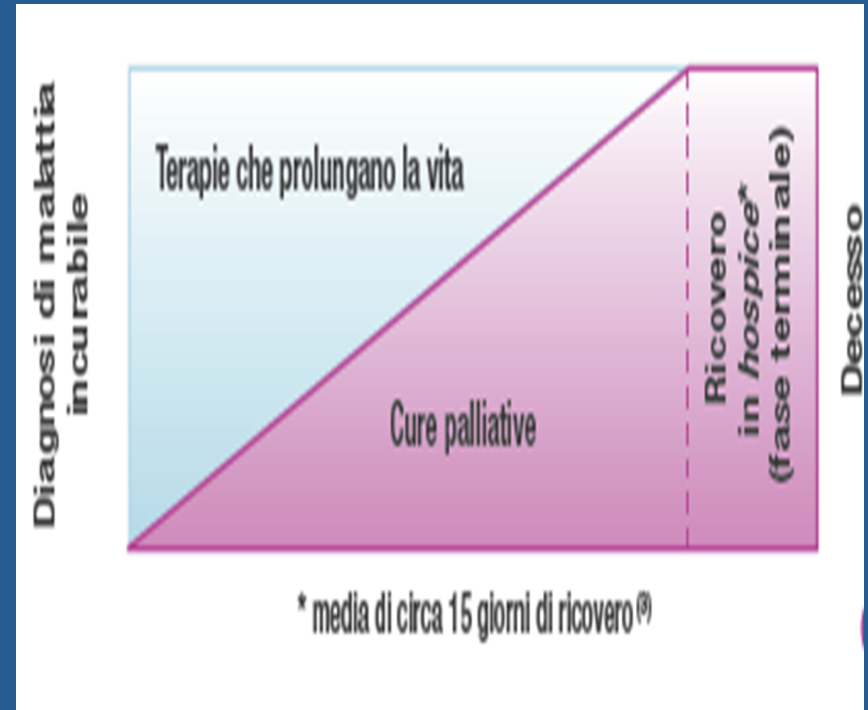
Hardiman

# Depressione

- Supporto psicologico
- Amitriptilina (25-100 mg/die): utile anche per scialorrea, disturbi del sonno e riso e pianto pseudobulbare
- Sertralina o paroxetina se eccessiva secchezza del muco.

# Il percorso delle Cure palliative nella Sla

Comunicazione diagnosi  
↓  
Supporto psicologico  
↓  
Trattamento sintomatico  
↓  
PEG, Ventilazione assistita  
↓  
Decisioni di fine vita  
↓  
Fase terminale e morte  
↓  
Supporto al lutto





# Sla: cosa e quando comunica il palliativista

- Da subito: il proprio ruolo attivo nella gestione dei sintomi e nella organizzazione della gestione
- Ai sintomi da CV<50% (dispnea a riposo, sonnolenza, tachicardia, disturbi visivi, cianosi): le scelte (PEG, Tracheo, morte per coma ipercapnico, farmaci per la dispnea)

# Insufficienza cardiaca in fase avanzata

- 300.000 decessi /anno in USA
- Frequentissimi accessi in PS
- Classificazione NYHA: stadio III-IV (dispnea a riposo o sforzo lieve, astenia, depressione, Prognosi: 1 anno)
- Fattori prognostici sfavorevoli: IR (creat>2, tosse notturna, mancata risposta ad Ace inib e B-block)

# sintomatologia

## Comune con pz oncologici

- Dolore
- Tosse
- Astenia
- Depressione
- Disturbi del sonno
- Ansia

## Sintomi tipici

- Ortopnea
- Dispnea parossistica notturna
- Trepopnea

# Complessità di trattamento del paziente cardiologico in CP

- Polifarmacologia (Ace inibitori, B-bloccanti, inibitori aldosteronici, digitalici, diuretici dell'ansa, amine vasoattive ) e rischio di interazioni farmacologiche
- Scelte di fine vita: sospensione delle amine, terapia sedativa per sintomo refrattario)

FANS	Ritenzione idrica e deterioramento f. renale
Ca-antagonisti	Aggravano scompenso sx
Metformina	Acidosi lattica
Diuretici tiazidici	Aumentano edema
Antiarritmici	Incremento rischio morte improvvisa
Antidepressivi tric.	Morte elettrica

# Epatopatie

- 15.000 morti/anno in Italia
- HCV-HBV-potus correlate
- Sopravvivenza dal primo episodio di scompenso a 5 anni: 60%
- Fattori prognostici molto negativi: ascite, sindrome epato-renale, refrattarietà al trattamento farmacologico

# Eventi prevedibili nelle cirrosi in fase avanzate

- Rottura varici gastro- esofagee
- Coagulopatie
- Ascite refrattaria (dispnea, dolore)
- Encefalopatia porto-sistemica (agitazione, delirium)
- Astenia, disturbi alimentari, edemi periferici disprotidemici

# Broncopneumopatia cronica

- Soprattutto ostruttiva
- Mortalità 50% a due anni dal primo ricovero
- 25000 decessi anno/UK
- Sintomi più disturbanti:

Astenia/affaticabilità	96%
dispnea	98%
Disturbi umore	77%
Dolore	70%
Disturbi del sonno	80%

Problematiche gestionali: disponibilità di ossigeno liquido, terapia steroidea long term, uso di molecole ad alta jatrogenicità (teofillina e broncodilatatori)

# Note di Neuropsichiatria e Cure Palliative,

ovvero, da vicino nessuno è normale

Dr Roberto Moroni Grandini



# Di che cosa parliamo

Quadri clinici neurologici tipici in cure palliative:

- Compressione midollare metastatica
- Ipertensione endocranica
- Crisi comiziali
- Stato confusionale acuto

Competenza specialistica in Neurologia, in Neuro-oncologia e in Medicina Palliativa

# Di che cosa parliamo 2

Quadri clinici «psichiatrici» tipici in cure palliative:

- Disturbi dell'umore (depressione)
- Quadri clinici di ansia e angoscia
- Il delirium e i disturbi cognitivi
- Disturbi del sonno
- Disadattamenti o disturbi dell'adattamento

- Territorio di confine (medicina – psichiatria – psicologica)
- Territorio di confine tra normalità e patologia
- Territorio di confine tra antropologia e medicina
- Territorio di confine tra sintomo-segno-senso-sofferenza

# Antropologia della salute

- **Disease:**
  - Storia naturale della malattia
  - Segno/sintomo
  - Malattia in senso biomedico
  - Lesione oggettivabile
  - **Dolore**
- **Sickness:** dimensione sociale della malattia, legata all'interazione tra fatto biologico esperienza personale e ambiente fisico e sociale
- **Illness:**
  - Storia naturale del malato
  - Insieme dei linguaggi, delle credenze, dei comportamenti e di pratiche possibili, che possono essere pienamente intesi solo facendo riferimento alla cultura del soggetto ed al suo contesto societario.
  - Esperienza dello stare male
  - **Sofferenza**

# Psiche

- **Insieme delle funzioni cerebrali, emotive ed affettive e relazionali dell'individuo che esulano la sua dimensione corporea e materiale**
- **Psiche come essenza spirituale in ambito religioso;**
- **Psiche come insieme delle facoltà mentali e conoscitive, in filosofia;**
- **Psiche come complesso di funzioni non corporee, quale oggetto di studio della psicologia.**

# Psiche = ψυχή

«qualcosa che è tipico di ogni singolo individuo e che abbandona il corpo, fuoriuscendo dalla bocca, oppure da una grave ferita, nel momento della morte»

«Soffio vitale, *anemos*, *anima*



# Omaggio a James Hillman

- L'anima non è l'anima della religione e della fede
  - L'anima non è la pulsione profonda della psicologia
  - L'anima è l'uomo, le sue radici, la sua profondità
- «io non sono se non in un campo psichico con gli altri, con la gente, con gli edifici, con gli animali e con le piante»

- «L'anima si esprime nella forza del carattere, che rischiamo di riconoscere soltanto nella vecchiaia, quando più nessuno si occupa di noi e, riflettendo, ci accorgiamo che di noi ci si occupava solo a partire dalla nostra efficienza e produttività: puri funzionari d'apparato senza anima»

J.H, la forza del carattere



# I disturbi psichiatrici in Medicina Palliativa

- DSM IV TR Diagnostic and statistic manual for mental disorder (APA, 2000)
- ICD 10 International Classification of Disease (WHO)

# Fattori associati a rischio di malattia psichiatrica in CP

- **Fattori medici:**

Stadio avanzato di malattia

Sintomi severi (dolore, fatigue, etc)

Fattori secondari alla malattia (dismetabolici, endocrini, biochimici –citochine-variazioni elettrolitiche)

Fattori secondari al trattamento (CT, RT, Chirurgia)

- **Fattori psicosociali:**

Anamnesi personale e familiare di disturbi psichiatrici

Povertà degli stili di coping

Eventi stressanti negativi precedenti

Assenza di care giver o di figure di riferimento

# Delirio/delirium

- De Lira (solco) = fuori dal solco, dalla retta via

**Delirio**= disturbo del contenuto del pensiero  
disturbi psicotici (ex schizofrenia)

disturbi depressivi e maniacali con sintomi psicotici. (delirio di grandezza, di onnipotenza, di persecuzione, erotomanico, di gelosia etc..)

**Delirium**= stato mentale confusionale in cui funzioni cognitive, memoria, orientamento, percezione, attenzione del soggetto appaiono significativamente compromesse così come la coscienza.

Non è una patologia ma una sindrome che può presentarsi in diverse forme, ed essere espressione di una sofferenza metabolica del cervello che può avere molteplici cause.

# Delirium

1. Secondario a malattia medica
  2. Secondario ad intossicazione (alcolica)
  3. Secondario ad astinenza (alcohol, farmaci)
  4. Secondario a cause multiple
  5. Non altrimenti specificato
  6. Nel malato terminale spesso multifattoriale
- Nel malato oncologico prevalenza 20%-95% (delirium terminale)

# Due stati confusionali

## Delirium

- Esordio acuto
- Peggiora la notte
- Grave alterazione sonno veglia
- Frequenti allucinazioni
- Disorientamento
- Agitazione

## Demenza

- Esordio graduale
- Stabile nelle 24 ore
- Ritmo sonno veglia anche normale
- Rare allucinazioni
- Disorientamento

# Delirium

- **Le cause nel paziente oncologico**

Npl del SNC

Metastasi del SNC (cerebrali e leptomeningee)

Encefalopatia secondaria a dismetabolismi d'organo

Anomalie elettrolitiche

Alterazioni glicemiche

Infezioni

Sindromi paraneoplastiche

Jatrogenesi :

1. farmaci ad azione anticolinergica nota (antidepressivi triciclici, marzine, prometazina e clorpromazina, joscina bromuro)
2. Ansiolitici-ipnotici (BZP e Barbiturici)
3. Altri farmaci (oppioidi, steroidi)
4. Antibiotici (chinolonici)
5. Chemioterapici (quasi tutti)

Anamnesi positiva per abuso di alcool e/o di sostanze psicoattive

Disidratazione

- **Fattori predisponenti**

Deficit sensoriali pregressi, età, anamnesi personale di malattia psichiatrica anche lieve, uso dei sistemi di contenzione, uso contemporaneo di tre o più farmaci psicoattivi.

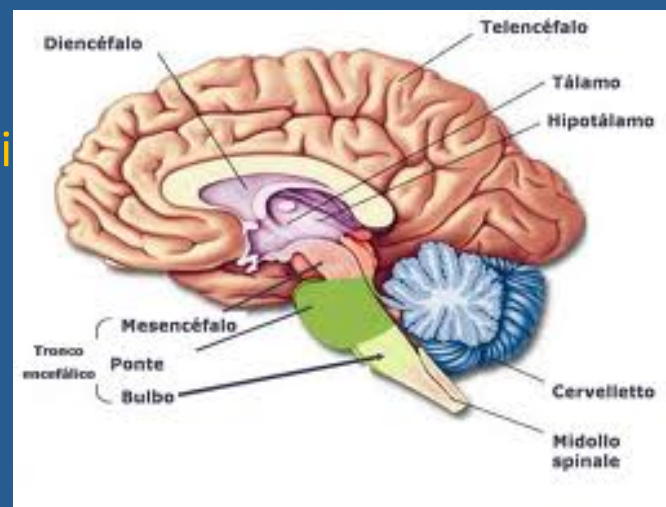
# Ricorda di verificare sempre

- Vescica piena
- Dolore non controllato
- Impattamento fecale
- Disidratazione
- Farmaci induttori (steroidi, buscopan, oppioidi, benzodiazepine)

# Patogenesi del delirium

- **Strutture corticali**

(allucinazioni, dispercezioni, e altri sintomi e segni produttivi ) Neurolettici



- **Strutture sottocorticali**

Formazione reticolare ascendente mesencefalo (vigilanza e alterazioni del ritmo sonno veglia) Gabaergici benzodiazepinici



# Delirium

## I sintomi

- Quadro poliformo talora senza segni prodromici
- Esordio acuto
- Difficoltà a mantenere attenzione e alterazioni stato coscienza (vigilanza)
- Disturbi cognitivi (disorientamento S/T e se) e della memoria, disturbi psichici del linguaggio (confabulazioni, parole passepartout, anomia, aprasia, insalata di idee, idee incoerenti)
- Disturbi percettivi (allucinazione) dell'ideazione (idee deliranti e persecutorie) dell'affettività (angoscia, paura, ansia, irritabilità, tristezza, disforia)

## La fenomenologia

- Forma ipoattiva- rallentata con letargia
- Forma iperattiva-agitata con sintomi positivi e floridi
- Forma mista
- Delirium terminale

# Diagnosi

- Clinica (anamnesi, segni e sintomi, controllo della terapia assunta, esame obiettivo generale e neurologico alla ricerca di segni di accompagnamento –flapping tremor , miosi da oppioidi, midriasi da anticolinergici, tremore nel delirio da astinenza alcolica, valutazione dello stato mentale e monitoraggio)
- EEG: segni aspecifici e tipici
- Strumenti neuropsicologici (MMSE-valutazione funzione cognitiva; MDAS (Memorial Delirium Assessment scale)  
DRS (Delirium rating scale)

# Esame dello stato mentale

- **Segni precoci:**

Alterazioni sonno veglia

Ritiro

Irritabilità e malumore

Perdita di memoria e incontinenza di nuova insorgenza

- **Segni tardivi:**

Scoppi d'ira, ostilità, offensività

Agitazione psicomotoria

Ideazione delirante a fondo paranoide e disturbi percettivi

# Trattamento

- **Intervento etiologico:** rimozione delle cause se possibile ed indicato.
- **Intervento ambientale:** ambiente tranquillo, familiari di riferimento, rassicurazione, comprensione, mai opposizione
- **Intervento farmacologico:**

Nelle forme agitate:

**ALO peridolo (da 0.5 sino al controllo del sintomo; nelle forme gravi 5 mg ripetibili ad ora)**

**BZP se occorre sedazione (BZP però peggiora la confusione)**

**Propofol 20 mg bolo ev.**

**SINTOMO REFRATTARIO → Sedazione (oppioide, benzodiazepina, clorpromazina o ALO)**

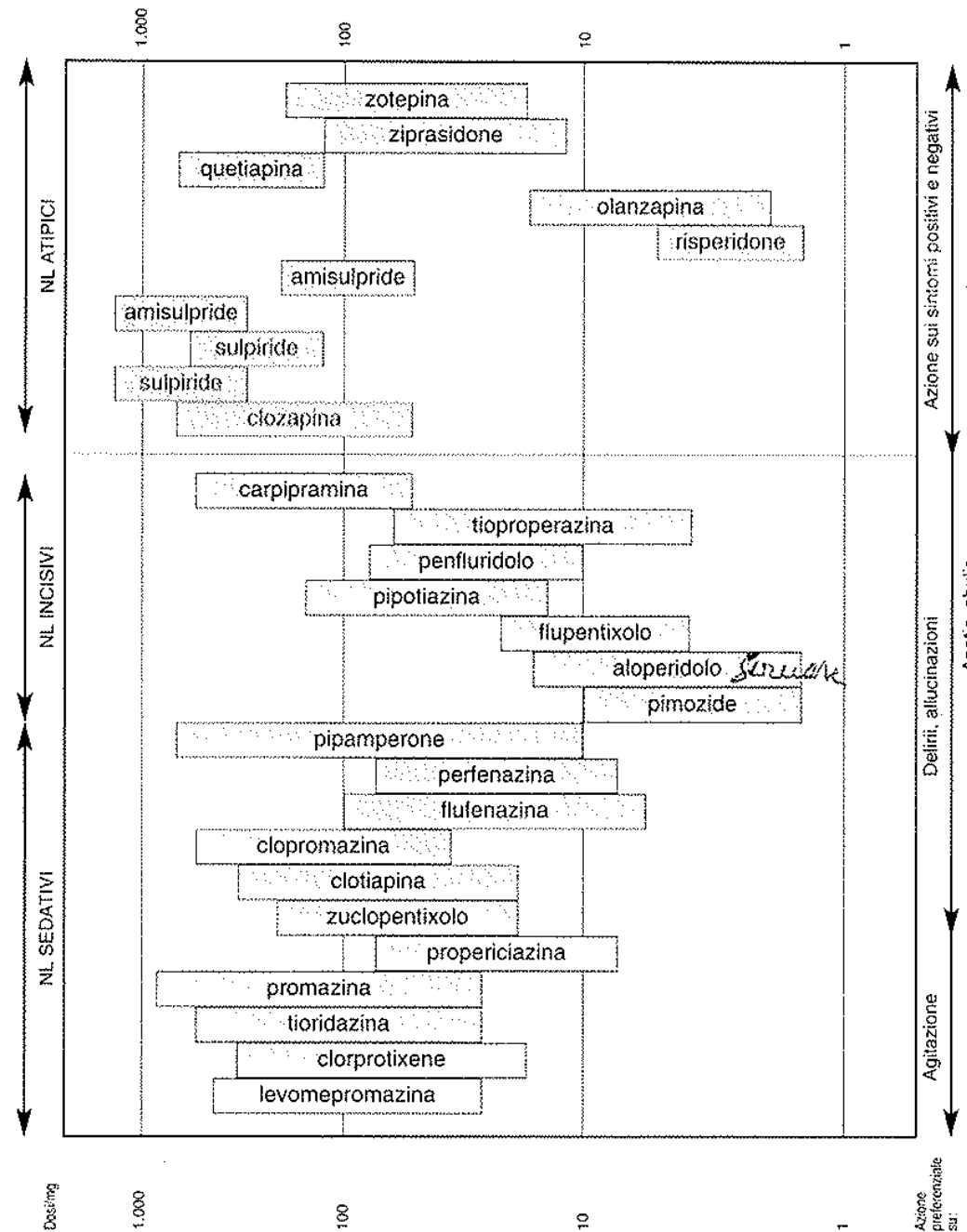
# Neurolettici

- Azione principale: Antagonisti recettori dopaminergici D2, D1
- Azione secondaria: altri legami recettoriali: serotonina, istemina, acetilcolina
- AGISCONO SUI SINTOMI PSICOTICI POSITIVI (allucinazioni, deliri) E SU QUELLI NEGATIVI (disturbi del comportamento, del linguaggio, anedonia etc)

## Una proposta d'uso:

NEUROLETTICI AD ALTO  
 POTERE INCISIVO E CON PIU'  
 FREQUENTI EFFETTI  
 PARKINSONIZZANTI: ALOPERID  
 OLO, NEUROLETTICI ATIPICI  
 (MENO PARKINSONIZZANTI)

NEUROLETTICI AD ALTO  
 POTERE SEDATIVO E MINORE  
 EFFETTO PARKINSONIZZANTE:  
 CLORPROMAZINA,  
 PROMAZINA,  
 LEVOPROMAZINA.



# La scelta del neurolettico



**levomepromazina**  
Nozinan



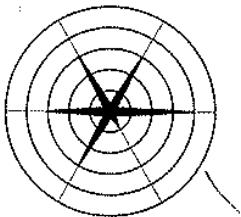
**promazina**  
Talofen



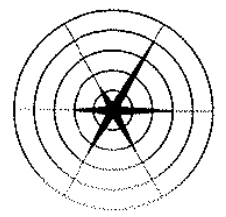
**clorpromazina**  
Generici vari,  
Largactil, Prozin



**clotiapina**  
Entumin



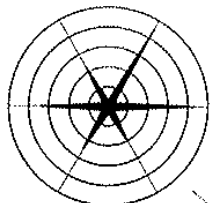
**clozapina**  
Leponex



**risperidone**  
Belivon, Risperdal



**aloperidolo**  
Generici vari, Haldol,  
Serenase



**olanzapina**  
Zyprexa

## Intensità dell'effetto

0. Nullo
1. Molto debole
2. Debole
3. Moderato
4. Intenso
5. Molto intenso



## Natura dell'effetto

SED = sedativo  
AM = antimaniacale  
AA = antiautistico

AD = antidelirante  
EP = extrapiramidale  
IPO = ipotensivo

# ALOPERIDOLO (haldol, serenase, generici)

- NL polivalente
- Poco sedativo sulla agitazione psicomotoria- meglio in associazione con BZP
- Incisivo sui sintomi positivi DELIRIOLITICO
- Efficace a basse dosi 3-6 mg.
- Non è sedativo
- Parkinsonizzante
- Sindrome maligna da neurolettici
- Qualche segnalazione come adiuvante nel dolore neuropatico



# CLOTIAPINA (Entumin)

- Elevato potere incisivo ed elevato potere sedativo
- Utile nelle urgenze
- Utile per sedare sintomi da asinenza nel tossicodipendente e nel delirium tremens dell'alcolista
- Fiale 40 mg

# LEVOMEPRMAZINA (Nozinan)

- Molto simile a clorpromazina (Largactil), promazina (Talofen) e prometazina (Farganesse).
- Effetto sedativo più marcato.
- Spiccata attività analgesica.
- Spiccata e intensa attività antiemetica centrale.
- Nel trattamento delle schizofrenie, degli stati paranoidi e della mania.
- Nelle psicosi tossiche (amfetamine, LSD, cocaina etc.).
- **Nelle sindromi mentali organiche accompagnate da delirio (metastasi cerebrali)**
- **Nei disturbi d'ansia se particolarmente gravi e resistenti alla terapia con ansiolitici tipici.**
- **Nella depressione se accompagnata da agitazione e delirio**, per lo più in associazione con antidepressivi.
- Nel vomito e nel singhiozzo incoercibile.
- Nel trattamento dei dolori intensi generalmente in associazione con analgesici stupefacenti
  
- COMPRESSE 25-100 mg

# Clorpromazina (Largactil)

Trattamento delle schizofrenie, degli stati paranoidi e della mania. Psicosi tossiche (amfetamine, LSD, cocaina etc.). Sindromi mentali organiche accompagnate da delirio. Disturbi d'ansia se particolarmente gravi e resistenti alla terapia con ansiolitici tipici. Depressione se accompagnata da agitazione e delirio, per lo più in associazione con antidepressivi. Vomito e singhiozzo incoercibile. Trattamento dei dolori intensi generalmente in associazione con analgesici stupefacenti. Medicazione preanestetica.

*Disordini psichiatrici:* in genere nei pazienti ambulatoriali e con sintomi di lieve o media gravità sono necessari 25-75 mg per os suddivisi nel corso della giornata. Il dosaggio può essere quindi aumentato fino ad ottenere l'effetto terapeutico desiderato. Successivamente esso può essere gradualmente ridotto fino a determinare la dose di mantenimento. In caso di necessità il trattamento può essere iniziato per via i.m. con 25 mg, che può essere eventualmente ripetuto se necessario.

*Vomito:* 25-50 mg per via i.m. ripetuti, eventualmente, 2-3 volte al giorno. Ottenuto l'effetto terapeutico la terapia, se necessaria, deve essere continuata per via orale.

*Singhiozzo incoercibile:* 25-50 mg, 2-3 volte al giorno.

*Nella medicazione preanestetica:* 25-50 mg per os o 12,5-25 mg per via i.m. qualche ora prima dell'intervento.

# Promazina (Talofen)

- Trattamento dell'agitazione psicomotoria o del comportamento aggressivo.
- Schizofrenia ed altri disturbi psicotici.
- Fiale da 50 mg
- Soluzione in gocce, 1 gtt = 2mg
- Dose massima in scheda tecnica = 300 mg

# Gli effetti collaterali dei neurolettici

## **Sindrome Neurolettica Maligna (SNM)**

- potenzialmente fatale
- iperpiressia, rigidità muscolare, alterazione dello stato mentale, disturbi vegetativi (irregolarità della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa, tachicardia, sudorazione profusa, aritmie cardiache). Ulteriori sintomi possono includere livelli elevati di creatinfosfochinasi, rabdomiolisi e insufficienza renale acuta.
- Il trattamento della SNM consiste nel sospendere immediatamente la somministrazione dei farmaci antipsicotici e di altri farmaci non essenziali e nell'istituire una terapia sintomatica intensiva.

# Gli effetti collaterali dei neurolettici

## Sintomi extrapiramidali

- **acatisia** (irrequietezza motoria) appare generalmente dopo la prima dose e può essere confusa con la patologia di base;
- **distonia** (movimenti anormali del viso e del corpo), più comune nei bambini e nei giovani e può apparire dopo poche somministrazioni;
- **parkinsonismo** (incluso il tremore), più comune negli adulti e negli anziani, e compare gradualmente durante il trattamento.

# Altri effetti collaterali

- Discinesia tardiva (DT)
- Discrasia ematica con agranulocitosi e leucopenia
- TVP
- Ipotensione ortostatica

# I Disturbi dell'Umore

- alterazioni o anomalie del *tono dell'umore* di entità tale da causare problemi o disfunzioni persistenti o ripetute, oppure disagio marcato.
- Tono dell'umore indica il correlato emotivo di fondo della nostra attività mentale. E' il nostro *colore di fondo*
- E' il risultato sia di una dotazione biologica di base ovvero la sua costituzione ereditaria, sia delle modificazioni dovute all'ambiente di crescita e sviluppo della personalità.
- Serotonina, noradrenalina, dopamina.



# Diagnosi disturbo tono umore

- **Oscillazioni fisiologiche del tono dell'umore** : triste, allegro, nero
- **Alterazione patologica del tono dell'umore:**
  - Inadeguatezza della reazione affettiva agli eventi (ridere ad un funerale)
  - Intensità dell'alterazione affettiva: numero e gravità dei sintomi presentati
  - Qualità dell'umore (a volte il paziente non si sente triste ma si sente diverso come se avesse interrotto il suo continuum esistenziale)
  - Compromissione del funzionamento sociale e lavorativo
- *Precedenti disturbi psichiatrici all'anamnesi*
- *Risultati positivi di scale di valutazione che quantificano e qualificano il disturbo*
- *Presenza di correlati biologici alterati*

# Episodio depressivo maggiore (Depressione Maggiore)

- periodo circoscritto di tempo con l'umore è persistentemente e gravemente depresso.
- caduta primaria del tono dell'umore quale sintomo preponderante, che influenza negativamente anche altre funzioni mentali e somatiche.
- A seconda dei sintomi presenti si riconoscono:
- *Emotivo - Affettivo*: il soggetto è triste, scoraggiato, abbattuto, si dispera, piange, si chiude in se stesso e soffre; anedonia
- *Cognitivo - Percettivo*: disturbi cognitivi, delle prestazioni intellettuali, del pensiero, della memoria, della percezione sensoriale; il paziente si sente intontito e confuso; è caratterizzato da calo della concentrazione, anedonia, rallentamento del pensiero fino alla staticità caratteristica della depressione melanconica. Ipocondria. allucinazioni uditive, dello schema corporeo, gustative, olfattive, in minor numero visive; nelle depressioni psicotiche si hanno idee deliranti gravi di colpa, persecuzione, rovina economica
- *PsicoMotorio*: rallentamento fisico oltre che del pensiero; il paziente è inetto, resta a letto tutto il giorno, non si interessa della sua igiene personale, non parla, ha caratteristiche catatoniche come sguardo fisso e rallentamento dell'attività mimico-gestuale e verbale anche se la mimica resta fissa su un'espressione sofferente, a differenza del parkinsoniano che ha una mimica inespressiva); in alcuni casi si ha un atteggiamento di agitazione psicomotoria con movimenti senza pace portati dall'ansia e dall'insofferenza
- *SomatoVegetativo*: sintomatologia somatica con alterazione dell'appetito per perdita del piacere alimentare e calo del peso corporeo astenia affaticabilità, pesantezza psicofisica e torpore disregolazione del ciclo sonno-veglia con insonnia caratterizzata da addormentamento ritardato, risvegli multipli notturni, risveglio precoce al mattino con sensazione di cattivo riposo calo della libido e dell'efficienza sessuale, sintomi cardiovascolari come oppressione toracica e cardiopalmo sintomi gastrointestinali

# Fenomenologia della depressione

- **Tipi Clinici**
- **Depressione Melanconica:** caratterizzata da cluster psicomotorio e cronobiologico. La persona lamenta una sofferenza cronica diversa dalla tristezza, con sensazione di frattura dal continuum esistenziale solito. Il paziente si sente spento ed emotivamente inibito. Può provare un senso di dolore morale. (frequenza: 20% sul totale dei casi).
- **Depressione Psicotica:** caratterizzata dal cluster cognitivo-percettivo, con deliri di colpa, di rovina economica, ipocondriaci, negativistici di negazione del proprio essere. Alcuni sintomi derivano direttamente dall'alterazione del tono dell'umore, cui si aggiungono altri deliri incongrui indipendenti dalla depressione, persecutori e di riferimento (il paziente pensa che tutto quello che succede sia riferito a lui, che la gente lo osservi per strada). Può includere gravi allucinazioni (frequenza: 15% sul totale dei casi)
- **Depressione Atipica:** caratterizzata da sintomi somato-vegetativi inversi, come ipersonnia iperfagia, aumento di peso, aumento di reattività motoria. Colpisce soprattutto le donne con disturbo di personalità istrionico.
- **Depressione Catatonica:** caratterizzata da sintomi psicomotori negativi, come rallentamento dell'attività motoria ed intellettuale sino alla catatonia (rigidità motoria, acinesia mutismo, alternati a momenti psicomotori positivi, come stati di irrequietezza ed agitazione).

# Episodio depressivo minore

- Minore sia per la gravità dei sintomi che per la durata.
- La distinzione tra "maggiore" e "minore" è esclusivamente sintomatologica e non eziologica.
- Esistono diversi tipi di episodi depressivi minori, visti sotto il profilo eziologico: *reattivi*, se associati ad eventi esistenziali negativi; *neurotici*, se dovuti a conflittualità psichiche profonde; *endogeni*, dovuti a cause biologiche e costituzionali.
- Solitamente un quadro depressivo minore si presenta con un quadro sintomatologico generico (assenza di classificazione in cluster) e mai con manifestazioni psicotiche.

# Episodio ipomaniacale

- Periodo circoscritto di tempo durante il quale l'umore è perennemente elevato.
- Speculare alla depressione maggiore, con iperattività e accelerazione ideomotoria.
- Il soggetto si sente bene, con stato di euforia ed allegria eccessiva senza motivazione plausibile, rifiuta di trovarsi in una situazione patologica, anzi si irrita se trova una limitazione alla propria espansività ;
- prova un piacere immenso speculare all'anedonia, in particolare di tipo gustativo, sessuale e ludico, caratterizzato da un atteggiamento scherzoso e ilare.
  
- *Cluster Cognitivo-Percettivo*: il paziente si sente iperattivo, anche se a livello intellettuale il rendimento si rivela scarso perché facilmente distraibile ed inconcludente .il pensiero è accelerato ma sempre superficiale e scherzoso. è presente una elevata autostima con scarsa capacità di critica e di giudizio sui propri limiti, che possono portare ad atteggiamenti pericolosi (superare i limiti di velocità) . può possedere delle lievi idee deliranti di persecuzione e di riferimento (la gente mi guarda) anche se non sono mai presenti atteggiamenti psicotici
- *Cluster Psicomotore*: l'accelerazione del pensiero è accompagnata da una iperattività motoria, fisica, gestuale e verbale (logorrea)
- *Cluster SomatoVegetativo*: specularmente alla depressione si hanno iperfagia con aumento del peso, per aumentato piacere gustativo, o dimagrimento per aumentata attività motoria , diminuita affaticabilità nonostante l'iperattività motoria , disregolazione del ritmo sonno-veglia per diminuita durata del sonno, senza patire l'insonnia , aumento della libido con disinibizione e ipersessualità
- A differenza dell'episodio depressivo il paziente è spesso autosufficiente.

# episodio maniacale

Tono dell'umore molto elevato, con esaltazione euforica ed eccitamento in maniera più marcata rispetto all'episodio ipomaniaco. Compare almeno una di queste tre caratteristiche:

- sintomi psicotici come il delirio di tipo religioso, scientifico o sessuale (o deliri incongrui di persecuzione e di riferimento) + intensa agitazione psicomotoria + fenomeni allucinatori uditivi
- alterazione comportamentale di tipo esplosivo con mania furiosa caratterizzata da iperattività motoria e comportamenti pantoclastici (crisi di furia)
- compromissione del funzionamento socio-relazionale e lavorativo del paziente, necessità di ospedalizzazione.

# La depressione in CP

- Frequente presenza di habitus depresso: tristezza, demoralizzazione, paura del futuro. Normalità? Patologia?
- 25-30% dei pazienti presentano depressione clinica che si esprime come episodio depressivo maggiore o come disturbo clinico dell'adattamento
- Inversamente proporzionale al Karnofsky. 75% dei pazienti con KPS < 40
- Difficoltà di inquadramento-rischio di sovra o sottotrattamento
- Incremento del rischio di suicidio
- Incremento della richiesta eutanasica
- Ridotta tolleranza nei confronti dei sintomi fisici (dolore totale)
- Relazione con il mancato trattamento dei sintomi
- Riduzione del Ps e della QoL
- Ricadute relazionali su familiari e staff

# La cause di depressione in Cp

- **Correlate al tumore:**

Npl pancreas, ca polmone x alterazioni serotoninergiche;  
citochine infiammatorie

Farmaci (ATB, Steroidi, ranitidina, beta blocco, neurolettici)

Persistenza di alcuni sintomi fisici (dolore, vomito)

- **Non correlate direttamente al tumore:**

Persistenza di sintomi fisici

Anamnesi positiva per depressione, disturbi di personalità

Stili di coping



# I sintomi della depressione clinica

## Depressione clinica

- **Depressione dell'umore e anedonia**
- **Visione negativa del futuro, del passato e del presente**
- **Sentimenti di inaiutabilità**
- **Idee di colpa presenti**
- **Idee di indegnità ed inutilità**
- **Idee di suicidio**

## Demoralizzazione

- *Sentimenti di tristezza*
- *Visione negativa del futuro*
- *A volte risposta all'aiuto e alla rassicurazione*
- *Assenza di idee di colpa*
- *Assenza di idee di indegnità*
- *Idea di suicidio come richiesta di aiuto. transitoria*

# Diagnosi di depressione in CP

## Sintomi somatici

- Anoressia
- Perdita di peso
- Affaticabilità
- Insonnia
- Diminuzione della libido
- Stipsi

*Segni e sintomi poco  
«significativi» nel paziente  
oncologico*

## Sintomi psicologici

- Tristezza
- Rifiuto di familiari e amici
- Senso di inutilità
- Senso esagerato di colpa
- Anedonia
- Pensieri di morte
- Pensieri di suicidio
- *Il medico si sente triste  
quando parla con il paziente*

# La risposta medica. I dati della letteratura

## Supporto

- Counselling
- Psicoterapia focale centrata sul significato e sulla dignità (Chochinov 2005)
- Relazione
- Ascolto
- Dignità
- Competenza

## Intervento psicofarmacologico

### • Inibitori del reuptake serotonina

Citalopram 20 mg/die il vantaggio è assenza di metaboliti attivi

Sertralina 50 mg non interferisce con cit P450

Effetti collaterali: vomito, inappetenza, nausea, cefalea

### • Inibitori reuptake noradrenalina

Reboxetina 2-4 mg x os (stimolanti)

Effetto collaterale, ansia e agitazione

# Cercare segni di sistema

- Aspetto, abbigliamento, cura di se
- Livello di attività (rallentamento)
- Durata dell'attenzione
- Linguaggio (rallentamento)
- Orientamento e memoria
- Stato d'animo
- Chiedere al paziente se si sente depresso

# Alcune caratteristiche generali degli antidepressivi

- Latenza d'azione: 2-3 settimane. Valutare l'aspettativa di vita
- Talora effetto sedativo importante (meglio la somministrazione serale)
- Effetti collaterali significativi e severi per il paziente in CP (xerostomia ad esempio)

# Alcuni farmaci

## Mirtazapina (remeron)

- 15-30 mg per os
- Assenza di effetti gastroenterici
- Stimola appetito
- Antistaminico e sedativo
- Nelle depressioni associate a insonnia

## Venlafaxina (efexor)

- 37,5-150 mg
- Anche azione adiuvante analgesica
- Poco sedativi
- In fase iniziale da associare a bzp per slatentizzazione ansia e insonnia

Doluxetina: 60-120 mg per os: profilo di attività ed efficacia sovrapponibile alla venlafaxina

## GLI ANTIDEPRESSIVI: UNA PROPOSTA D'USO

- **DEPRESSIONE ANSIOSA:** mirtazapina, mianserina, (lantanon) amitriptilina, SSRI : citalopram, paroxetina e sertralina. Trazodone.
- **DEPRESSIONE INIBITA:** venlafaxina, fluoxetina
  - :



### fluoxetina

Generici vari, Diesan, Flotina, Fluoxeren, Fluoxin, Grinflux, Prozac. Serezac,



### venlafaxina Efexor



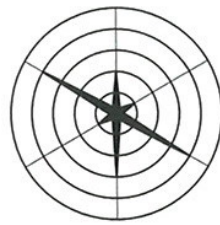
### sertralina Tatig, Zoloft



### citalopram Elopram, Seropram



### mirtazapina Remeron



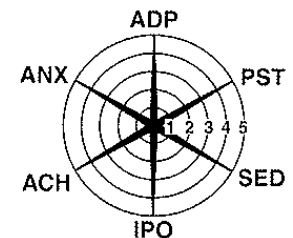
### trazodone Trittico



### paroxetina Sereupin, Seroxat

### Profilo clinico comparativo dell'attività dei diversi antidepressivi

0. Effetto nullo
1. Effetto molto debole
2. Effetto debole
3. Effetto medio
4. Effetto forte
5. Effetto molto forte



Modello proposto per la valutazione dell'attività clinica degli antidepressivi secondo sei parametri: antidepressivo (ADP), psicostimolante (PST), ansiolitico (ANX), anticolinergico (ACH), sedativo (SED) e ipotensivo (IPO) (J. e D. Bobon).

<b>Depressione inibita</b>	<p>Preferire prodotti stimolanti</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>SSRI, venlafaxina, moclobemide, viloxazina, reboxetina</b></li> <li>2. <b>AD TC non sedativi, (desipramina, nortriptilina)</b></li> </ol>
<b>Depressione ansiosa</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preferire prodotti sedativi <b>mirtazapina, nefazodone, mianserina</b></li> <li>2. <b>AD sedativi</b> classici, eventualmente aggiunta di una <b>BDZ</b></li> </ol>
<b>Depressione con disturbi ossessivo-compulsivi, bulimia, tremor panico, dismorfofobie, fobie sociali</b>	<b>SSRI, clomipramina</b>
<b>Depressione di grado psicotico, pulsioni suicidarie</b>	<b>venlafaxina, mirtazapina, AD TC, (attenzione ai tentativi di suicidio!), aggiunta di un NL, ospedalizzazione, trattamento per via infusionale</b>



# SUICIDIO

- Dato generale: poco più frequente nel paziente oncologico che nella popolazione generale
- Più frequente nei maschi
- Luogo d'elezione: casa
- Più frequente nel «cancro del cavo orale, del faringe e del polmone» (pazienti alcool e tabacco dipendenti? Disturbo personalità)

# Fattori di rischio per suicidio

- Malattia in fase molto avanzata e sintomi clinici non controllati
- Coesistenza di depressione
- Dolore non controllato
- Sensazione di perdita di controllo personale (incontinenza ad esempio)
- Perdita del controllo mentale
- Storia di abuso di voluttuari
- Precedenti personali di tentati suicidi
- Anamnesi familiare positiva

# Ansia Angoscia Paura

- la distinzione tra i due termini "ansia" e "angoscia" è presente solo nella lingua Italiana e in quelle di origine latina
- le lingue inglese e tedesco usano rispettivamente i termini anxiety e angst per indicare entrambe i termini.

- Alcune scuole di psicoanalisi traducono *angst* con angoscia, gli psicologi con ansia.
- Gli psichiatri utilizzano “ansia” in riferimento ai soli aspetti psichici dell’emozione e “angoscia” quando, in concomitanza, si hanno manifestazioni somatiche talvolta particolarmente vistose.

- angoscia come uno stadio più grave dell'ansia?
- ansia come una condizione psico-fisica normale e, in alcuni casi, utile per il conseguimento di alcuni obiettivi, e angoscia come la versione nevrotica o psicotica dell'ansia.

**Ansia** = stato di spiacevole apprensione e di timore di cui il paziente non riesce a identificare l'origine o che è sproporzionato all'origine.

**Angoscia** = sensazione di estremo malessere accompagnata da manifestazioni somatiche (neurovegetative e viscerali).

**Paura** = è legata ad un oggetto o ad una specifica situazione nota. Ha un riferimento reale: paura del dolore, paura del morire etc

# Ansia

- Stato emozionale caratterizzato da un insieme variabile di sintomi e segni, psicologici, fisiologici e comportamentali, normali o patologici.
- L'ansia è un'emozione che, in quanto tale, è costituita da un aspetto psicologico (il vissuto soggettivo) e un aspetto fisiologico: questi due aspetti sono strettamente legati tra loro (sono interdipendenti) ed entrambi concorrono alla genesi di quell'insieme di sintomi e segni che noi chiamiamo "ansia".

# Segni e sintomi di ansia

- **Sintomi Fisiologici:** tachicardia, palpitazioni, sudorazione, i tremori, ecc. **Ansia: Sintomi Psicologici:** paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo, fobie, ecc.
- **Ansia: Sintomi Comportamentali:** comportamenti di evitamento, di fuga, di immobilizzazione (*freezing*), reazioni eccessive a stimoli innoqui, ecc.)



# Ansia: uno stato normale?

- L'ansia consiste in una reazione di attivazione psicofisiologica che ha la funzione di preparare l'organismo all'azione, sia nei termini di una difesa che nei termini di attacco di fronte ad un pericolo percepito (reale o meno).
- MECCANISMO ADATTATIVO E OMEOSTATICO
- ALLERTA – PAURA – ANSIA- ANGOSCIA

# "ansia normale" e "ansia patologica"

- Ansia patologica è una risposta ansiosa "esagerata" rispetto al suo oggetto, e cioè rispetto alla "reale" pericolosità dell'oggetto (situazioni, persone, oggetti, ecc.) che la scatena.
- Sintomi d'ansia troppo intensi rispetto alla reale pericolosità di una situazione possono avere un effetto dannoso per se e per gli altri. La funzione adattiva-difensiva dell'ansia si esplica solo entro livelli di attivazione emozionale ottimali, e cioè non troppo alti ne troppo bassi

# Ansia in CP

## Ansia fisiologica

- Processo di adattamento alla malattia con componenti ansiose?

## Disturbo d' ansia

- Pervasività
- Incapacità di spostare l'attenzione dalla malattia
- Sintomi vegetativi altrimenti inspiegabili.
- Dichiarata dal paziente
- Preoccupazione e terrore verso tutto ciò che accade
- Continua apprensione

**Disturbo d'ansia secondario:** farmaci (steroidi, dispnea, disturbi cardiaci, febbre, sepsi, embolia polmonare, crisi di astinenza da ipnotici e ipnoinducenti)

# Ansia, i sintomi

## psicologici

- Angoscia
- Paura
- Tensione
- Sintomi fobici (terrore notturno)
- Apprensione costante
- Pensieri fissi con tematiche di sofferenza e morte

## fisici

- Neurovegetativi (tachicardia, dispnea, caldane, brividi, vertigini)
- Insonnia
- Accentuazione dei sintomi di base
- Dolore psicogeno

# Terapia dell'ansia

- **Controllare i sintomi «ansio geni»:** non si può valutare né controllare l'ansia sin che c'è dolore (Massie e Holland) e dispnea (m)
- **Predisporre un farmaco per un rapido sollievo dell'ansia** (benzodiazepina x os)
- Solo in seguito:

Trattare i problemi specifici

Interrompere i farmaci che provocano sintomi ansiosi

Affrontare le paure del paziente

# Terapia

- Se c'è, rimozione della causa!!!
- BENZODIAZEPINE A EMIVITA INTERMEDIA, SENZA METABOLITI ATTIVI ( Oxazepam, Lorazepam, Temazepam)
- Ansia paradossa ed effetti collaterali
- In associazione

Antistamici (idrossizina)

AD ad azione sedativa a basse dosi

NL se il disturbo vira verso il disturbo fobico e la somatizzazione eccessiva.

# BENZODIAZEPINE e altri «ansiolitici»

## Tranquillanti (ansiolitici) TR

	Nome generico	Nome commerciale	Emivita in ore*
<b>Benzodiazepine ansiolitiche</b>	Alprazolam	Generici vari, Frontal, Mialin, Valeans, Xanax	14
	Bromazepam	Generico, Compendium, Lexotan	8 (15)
	Clobazam	Frisium	20-50
	Clonazepam	Rivotril	30-40
	Clorazepato	Transene	40
	Clordiazepossido	Librium, Librax**, Limbitryl***, Reliberan	10-70
	Clotiazepam	Rizen, Tienor	4
	Cloxazolam	n.d.	66
	Diazepam	Generico, Aliseum, Ansiolin, Diazemuls, Micronoan, Noan, Tranquiril, Valium, Vatran	20 (60)
	Ketazolam	Anseren	2 (52)
	Loflazepato	n.d.	77
	Lorazepam	Generici vari, Control, Lorans, Tavor	10 (15)
	Nordazepam	Madar Notte	65
	Oxazepam	Limbial, Serpax	8
	Prazepam	Prazene, Trepidant	34 (96)
<b>Benzodiazepine ipnoinducenti</b>	Brotizolam	Lendormin	5
	Estazolam	Esilgan	17
	Flunitrazepam	Darkene, Roipnol, Valsera	2 (16)
	Flurazepam	Dalmadorm, Felison, Flunox, Remdue Valdorm	2 (100)
	Loprazolam	n.d.	8
	Lormetazepam	Minias	10
	Midazolam	Generico, <u>Ipnovel</u>	1,5 (2)
	Nitrazepam	Mogadon	30
	Temazepam	Euipnos, Normison	7-11
Triazolam	Halcion, Songar	2-3	
<b>Ansiolitici e sedativi non-BDZ</b>	Zaleplon	Sonata	1
	Zolpidem	Niotal, Nottem, Stilnox	2-4
	Zopiclone	Imovane	5
	Buspirone	Axoren, Buspar, Buspimen	2 (11)
	Captodiane	n.d.	
Etifoxina	n.d.		
Idroxizina	Atarax		
Meprobamato	Quanil	10	

# BENZODIAZEPINE

## Profilo clinico comparativo dell'attività delle diverse benzodiazepine

Da J. e D. Bobon

- 0 = Effetto nullo
- 1 = Effetto molto debole
- 2 = Effetto debole
- 3 = Effetto medio
- 4 = Effetto forte
- 5 = Effetto molto forte



**alprazolam**  
*Frontal, Mialin  
Valeans, Xanax*



**diazepam**  
*Aliseum, Ansiolin,  
Diazemuls, Micronoan,  
Noan, Tranquirit,  
Valium, Vatron*



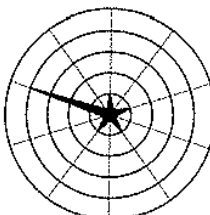
**midazolam**  
*Ipnovel*



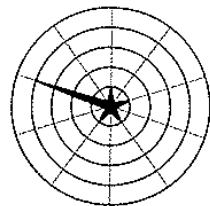
**bromazepam**  
*Compendium, Lexotan*



**lorazepam**  
*Control, Lorans, Tavor*



**zolpidem**  
*Niotal, Nottem,  
Stilnox*



**triazolam**  
*Halcion, Songar*



**clonazepam**  
*Rivotril*

Alcune proprietà da ricordare:

- Agiscono su ansia, irritabilità, labilità emotiva, manifestazioni somatiche e neurovegetative che accompagnano l'ansia
- Azione miorilassante
- Azione anticomiziale
- Azione GABA ergica
- Tolleranza ed astinenza



# Benzodiazepine: qualche criterio di scelta

- Tenere conto di:

Velocità di assorbimento: rapido (quasi tutte)/lento (clordiazepossido-oxazepam)

Emivita plasmatica: prolungata (>24 ore) media (tra 5-25H) breve (<5ore)

- Scegliere:

Ansia generalizzata: BZP assorbimento lento emivita prolungata

Parossismi ansiosi, insonnie a risvegli precoci, alterazioni del met epatico: BZP ad emivita media

Disturbi dell'addormentamento: benzodiazepine ad emivita breve

Panico: alprazolam

# I disturbi del sonno

- Alta prevalenza nel paziente oncologico (72%)
- Dsm IV – ICD10
  1. Dissonie: insonnie primarie, ipersonnia diurna, narcolessia, sindrome delle gambe senza riposo, apnee notturne, alterazioni sonno veglia
  2. Parasonnie: incubi notturni, pavor nocturnus, sonnambulismo, sonniloquio, crampi e sussulti ipnici
  3. Disturbi del sonno indotti da sostanze
  4. Disturbi del sonno correlati a disturbi medico-psichiatrici

## Inquadramento diagnostico:

- Assunzione di farmaci che possono provocare disturbi del sonno? Steroidi, oppioidi, alcolici, alcuni chemioterapici, antidepressivi, antiipertensivi, baclofen
- Sono presenti localizzazioni di malattia che possono indurre disturbi del sonno? Tumori cerebrali, localizzazioni meningeae, sindromi paraneoplastiche

# Trattamento dei disturbi del sonno

- Principi generali:
  1. Usare il dosaggio efficace minore
  2. Aumentare gradatamente le dosi
  3. Usare i farmaci per periodi brevi
  4. Scegliere il farmaco in funzione della tipologia del disturbo
  5. Se possibile ridurre i farmaci in modo graduale

# Alcuni tra i più usati

Farmaco	Dose mg	Durata	emivita
trazodone	50-100	breve	5-9
triazolam	0,25	breve	1,5-6
zolpidem	5-10	breve	2,5
alprazolam	0,5	Intermedia	14
aloperidolo	0,5-2	lunga	15-50
<b>lorazepam</b>			
diazepam			

# Il tempo del medico

«La vita è breve, l'arte è lunga, l'occasione è fugace, l'esperienza è fallace, il giudizio è difficile. Bisogna che non solo il medico sia pronto a fare da sé le cose che debbono essere fatte, ma anche il malato, gli astanti, le cose esterne»



Ippocrate

# Il tempo del malato

Piangeva per la propria impotenza, per la propria terribile solitudine, per la crudeltà di Dio, per l'assenza di Dio.

-Perché mi hai fatto tutto questo? Perché mi hai condotto qui?  
Per quale motivo? Perché mi torturi così orrendamente?-

Da «la morte di Ivan Il'ic, Leone Tolstoj



# Il tempo della relazione

«Nei giorni seguenti Sakumat e Madurer stettero molto insieme, giocando e parlando.

-Che cosa dipingerai, Sakumat? Chiedeva il bambino.-

-Non lo so ancora, Madurer. Ci ho pensato molto ma la mia mente è rimasta vuota, bianca come le pareti di questa stanza.-

-Però dipingerai qualcosa, vero?-

-Certo Madurer. Ma prima bisogna che parliamo, io e te. Bisogna che decidiamo quali sono i nostri desideri.»







*Grazie, r. e m. e m.*