

Dalle linee guida alla qualità di vita e alle cure palliative precoci e simultanee:

come la storia delle leucemie mieloidi acute sta cambiando



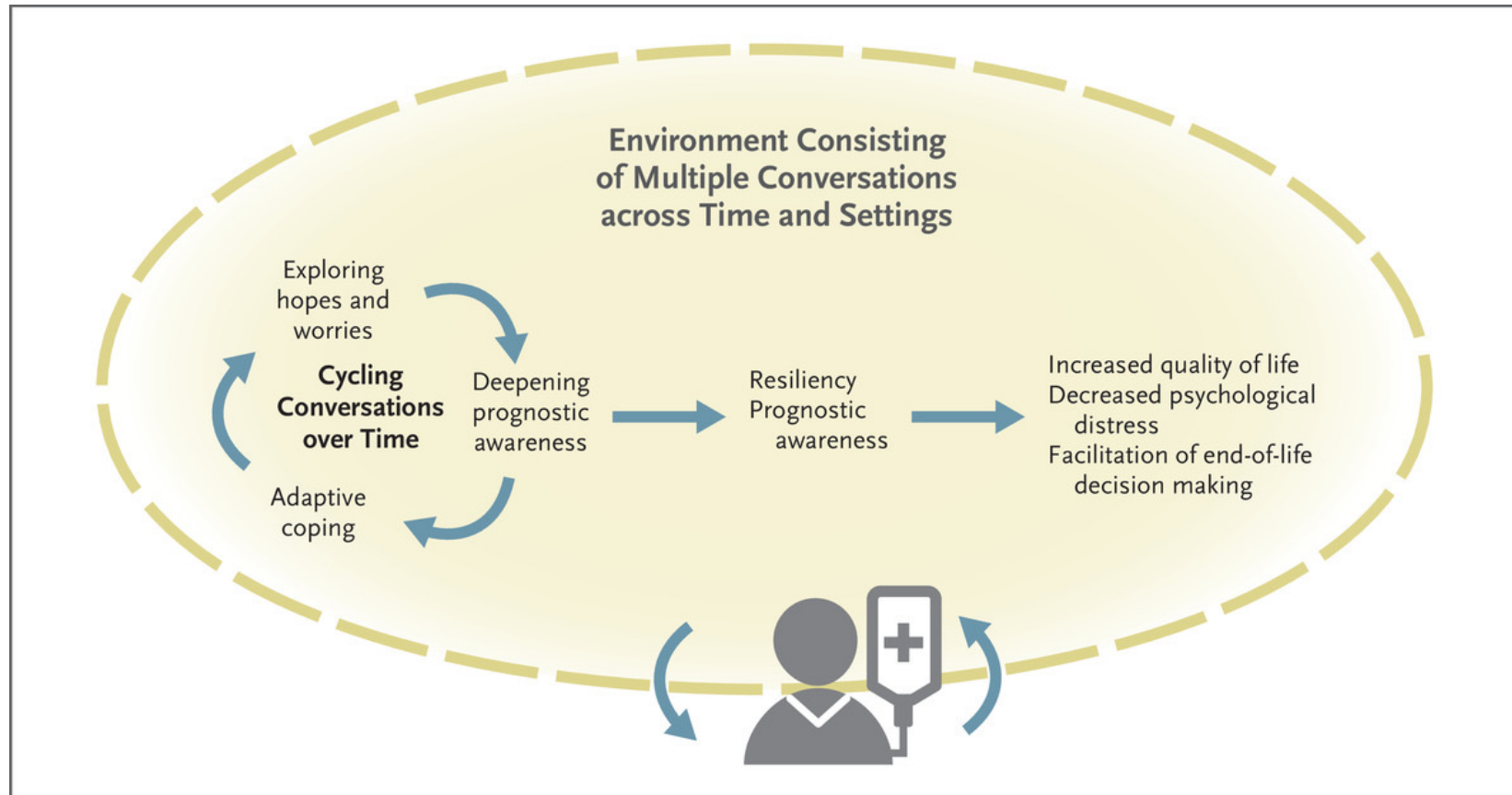
Roma, 2 febbraio 2024 – Starhotels Metropole

Le cure palliative simultanee per i pazienti ematologici in fase avanzata di malattia

C. Cartoni, Unità di Cure Palliative e Domiciliari, U.O.C. Ematologia
A.O.U Policlinico Umberto I, Roma

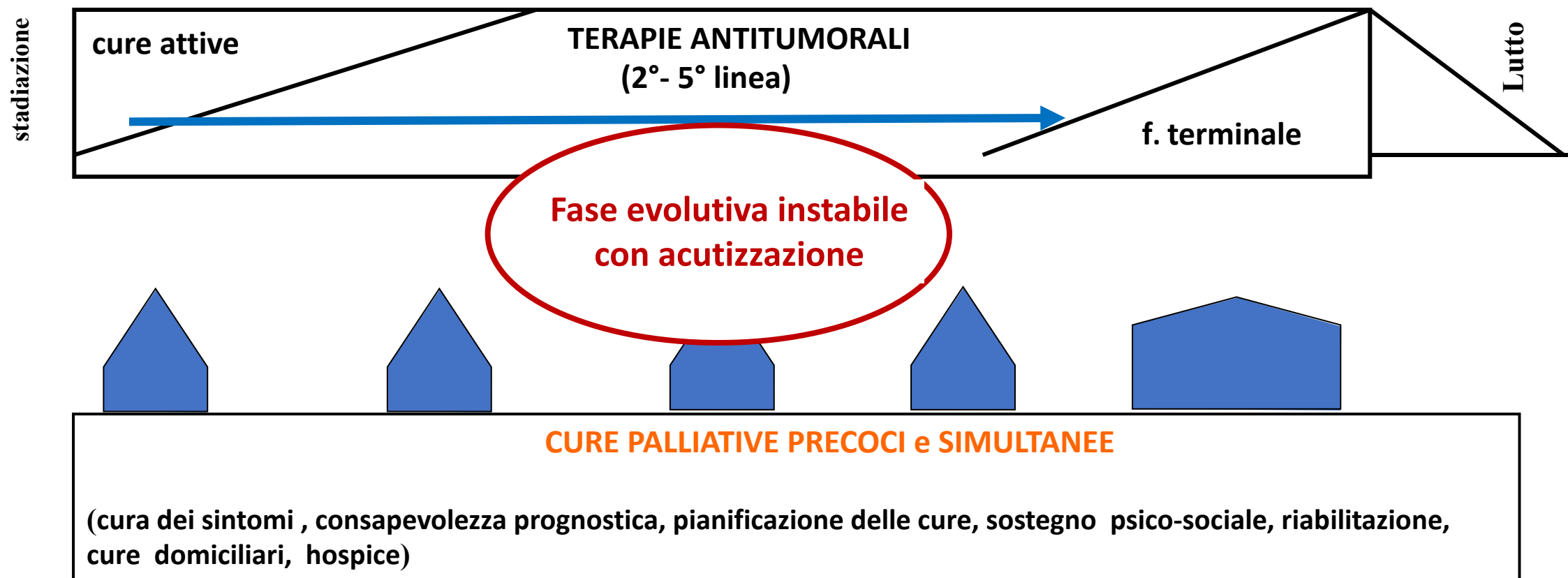
Non conflitti d'interesse

Prognostic Awareness and Patient Outcomes.



Jackson, L Emanuel. *N Engl J Med* 2024;390:63-69.

Patient journey e integrazione con le cure palliative

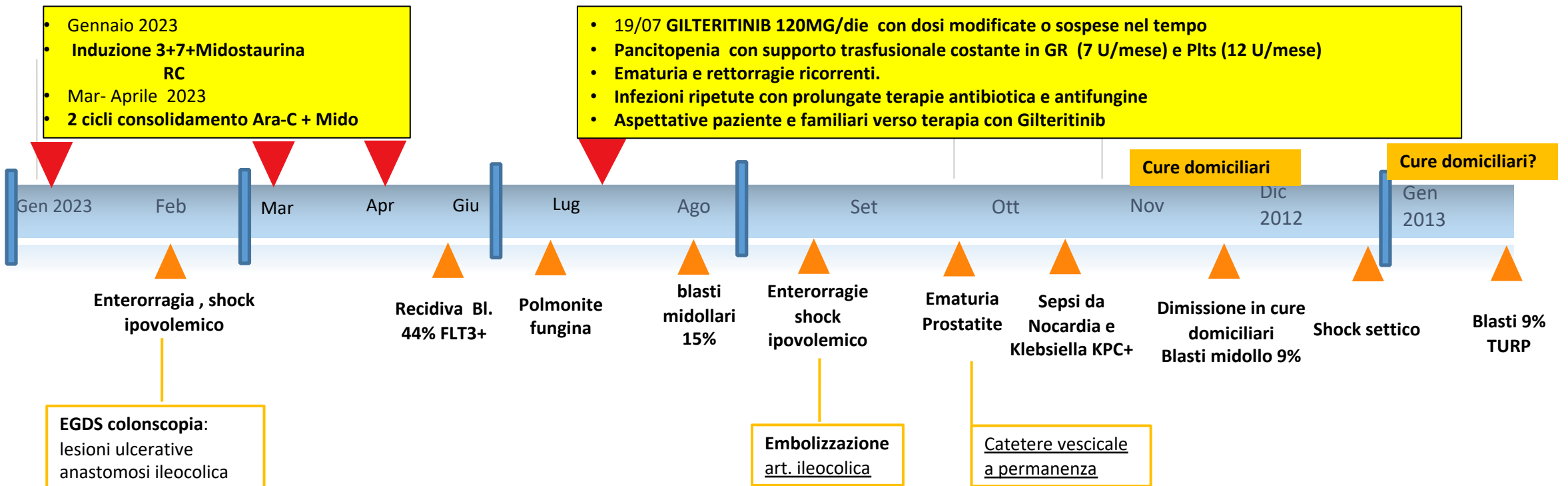




Caso Clinico

66 anni **LAM FLT3** + ITD

- M Crohn, 2021 emicolectomia
- Iperplasia prostatica



Dalle linee guida alla qualità di vita e alle cure palliative precoci e simultanee:

come la storia delle leucemie mieloidi acute sta cambiando

Roma, 2 febbraio 2024

Starhotels Metropole

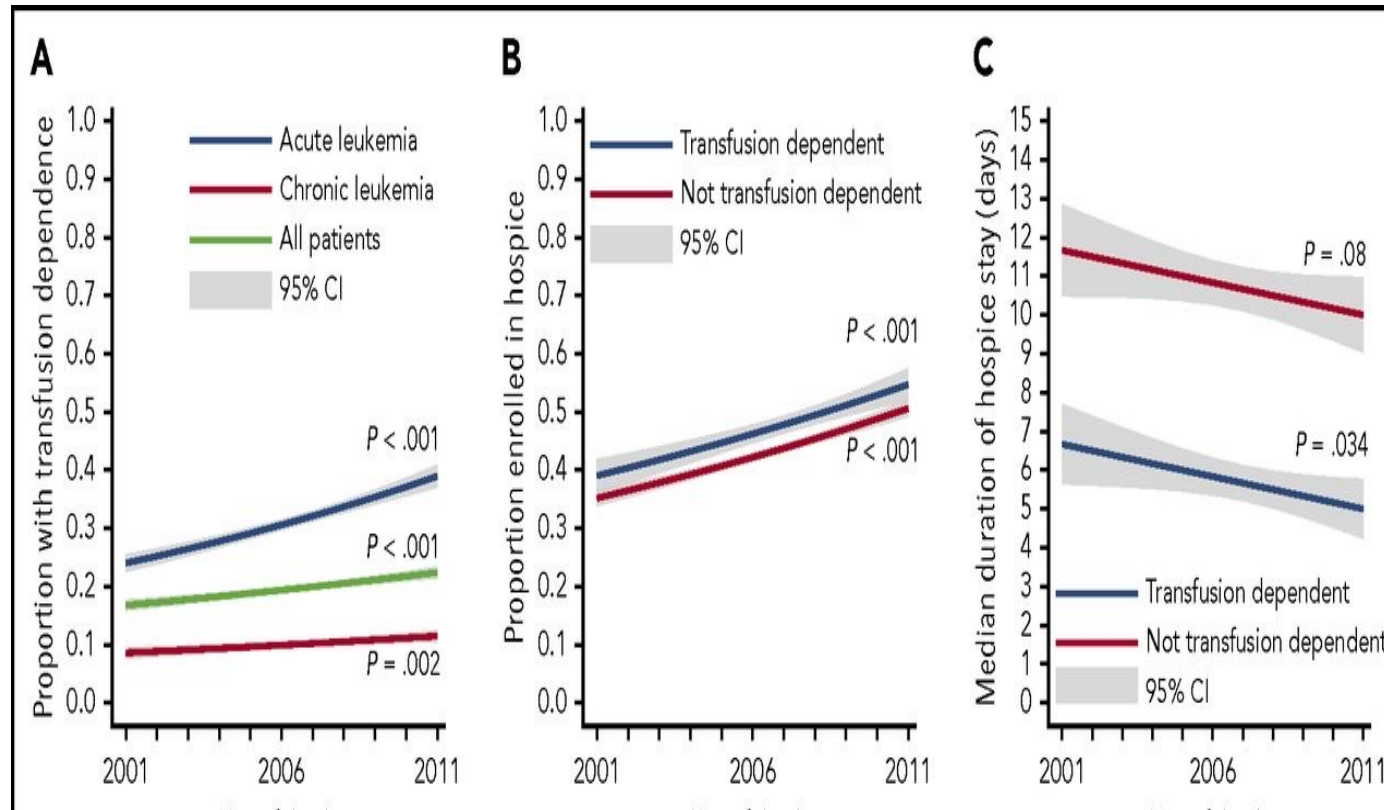


Problematiche dei pazienti fragili in fase evolutiva

- Perdita progressiva dell'autosufficienza, problemi relazionali (*Disabilità e isolamento sociale*)
- Sintomi fisici e psicologici coesistenti (*Dolore, fatigue, dispnea, depressione*).
- Presenza di più problemi clinici o di malattie condizionanti la prognosi, età avanzata (*Vulnerabilità*).
- Frequenti accessi in pronto soccorso e una ridotta aderenza al programma terapeutico (*Inappropriato uso delle risorse sanitarie*).
- Prognosi a breve termine incerta, difficile definizione dei goals of care, tempi decisionali stretti (*Distress psico-esistenziale*).
- Dipendenza trasfusionale (*Difficile accesso alle cure palliative*)



Relazione tra dipendenza dalle trasfusioni, uso dei servizi di cure palliative e qualità dell'assistenza di fine vita nei pazienti leucemia



LeBlanc et al. Blood, 2018

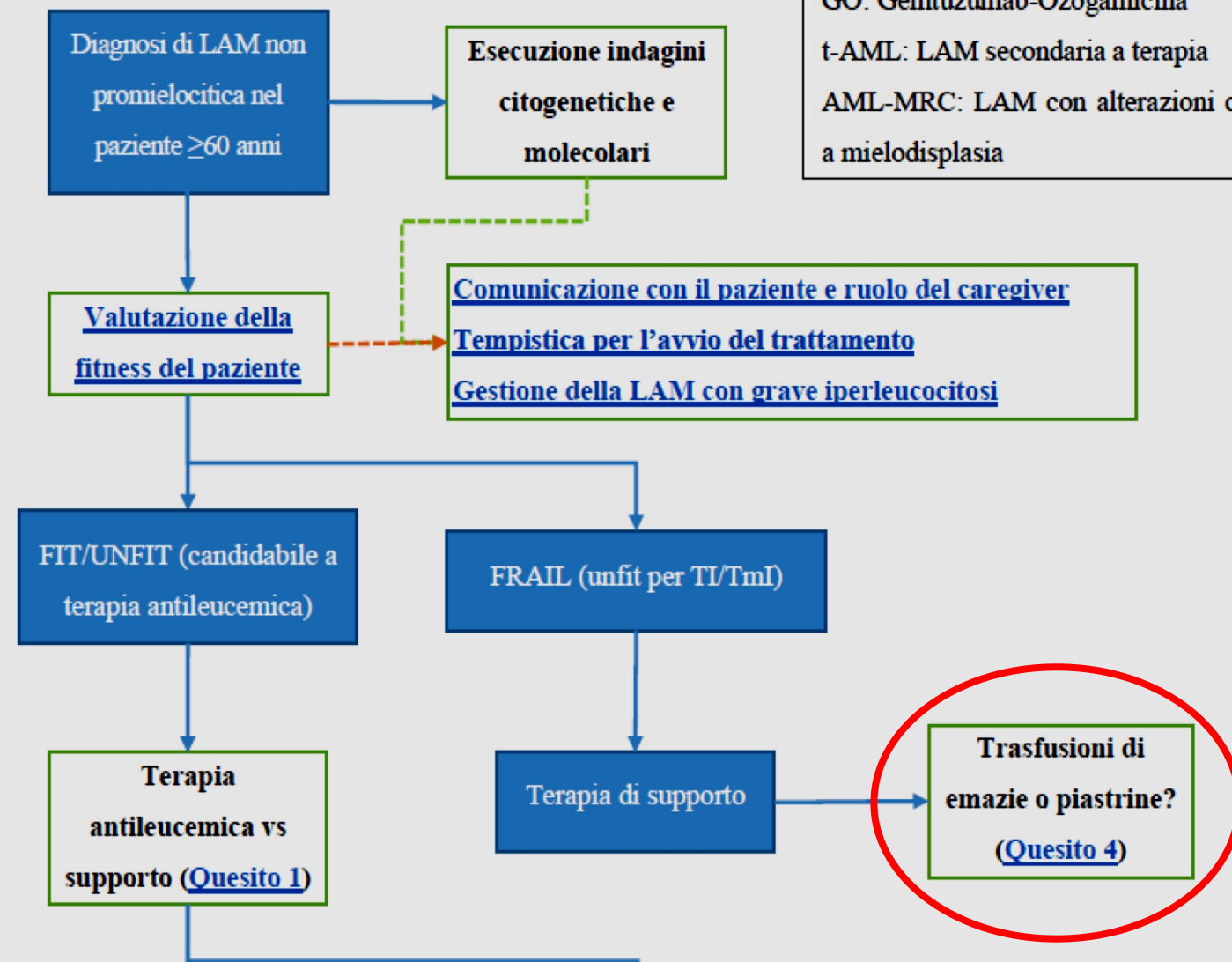
Dipendenza trasfusionale associata a un crescente utilizzo dei servizi di CP negli anni ma anche con:

- **Durata di permanenza nei servizi di cure palliative più breve** (4 vs. 11 giorni),
- **Maggiore uso di cure intensive nel fine vita** (CHT, ICU, ospedalizzazioni)
- **Peggior QdV**





Flow-chart



LEGENDA
 TI: Terapia antileucemica Intensiva
 TmI: Terapia antileucemica meno Intensiva
 GO: Gemtuzumab-Ozogamicina
 t-AML: LAM secondaria a terapia
 AML-MRC: LAM con alterazioni correlate a mielodisplasia



QUESITO 4

È indicata la trasfusione di emazie concentrate (EC) e/o piastrine in pazienti ≥ 60 anni con diagnosi di LAM in trattamento con sola terapia di supporto (inclusi i pazienti in cure palliative)?

RACCOMANDAZIONE 4

Nei pazienti ≥ 60 anni con LAM in trattamento con sola terapia di supporto (compresi quelli che ricevono cure di fine vita o cure in hospice), il panel suggerisce l'utilizzo di trasfusione di EC con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita (raccomandazione condizionale basata su una certezza delle evidenze molto bassa). In quest'ottica il panel raccomanda di valutare il beneficio clinico derivante dalla trasfusione di EC, a prescindere dal livello di emoglobina del paziente.

Nei pazienti ≥ 60 anni con LAM in trattamento con sola terapia di supporto, il panel suggerisce l'utilizzo di trasfusioni piastriniche solo nel paziente sintomatico, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita mediante la riduzione dell'entità del sanguinamento.



Perspectives Regarding Hospice Services and Transfusion Access: Focus Groups With Blood Cancer Patients and Bereaved Caregivers

Henckel C, BS, Anna Revette, PhD, Scott F. Huntington, MD, MPH, MSc, James A. Tulsky, MD, Gregory A. Abel, MD, MPH, and Oreofe O. Odejide, MD, MPH

[Journal of Pain and Symptom Management Vol. 59 1195-1204No. 6 June 2020](#)

- Ventisette soggetti (18 pazienti oncoematologici e 9 caregiver in lutto) hanno partecipato ai cinque focus group.
- Dei vari domini della QdV analizzati, attenzione principale dei pazienti era sul desiderio di avere energia per mantenere il benessere fisico/funzionale.
- I partecipanti consideravano essenziali per la QdV le trasfusioni, così come le prestazione dei servizi di cure palliative
- Necessari modelli innovativi di erogazione dell'assistenza che combinano gli elementi dei servizi di hospice standard con altri servizi apprezzati dai pazienti come le trasfusioni ottimizzando l'assistenza di fine vita per i pazienti con tumori del sangue.





Patients with haematological malignancies should not have to choose between transfusions and hospice care

Oreofe O Odejide, David P Steensma

Lancet Haematol 2020;
7: e418-24

Harvard Medical School,
Boston, MA, USA
(O O Odejide MD,
D P Steensma MD); and
Department of Medical
Oncology, Dana-Farber Cancer
Institute, Boston, MA, USA
(O O Odejide, D P Steensma)

Correspondence to:
Dr Oreofe O Odejide, Department
of Medical Oncology,

Hospice programmes are important for providing end-of-life care to patients with life-limiting illnesses. Hospice enrolment improves quality of life for patients with advanced cancer and reduces the risk of depression for caregivers. Despite the clear benefits of hospice care, patients with haematological malignancies have the lowest rates of enrolment among patients with any tumour subtype. Furthermore, when patients with haematological disorders do enrol into hospice care, they are more likely to do so within 3 days of death than are patients with non-haematological malignancies. Although reasons for low and late hospice use in this population are multifactorial, a key barrier is limited access to blood transfusions in hospice programmes. In this Viewpoint, we discuss the relationship between transfusion dependence and hospice use for patients with blood cancers. We suggest that rather than constraining patients into either transfusion or hospice models, policies that promote combining palliative transfusions with hospice services are likely to optimise end-of-life care for patients with haematological malignancies.



Verso un modello di cure palliative ritagliate per i malati ematologici

Odeijde, Steensma, Lancet Hematol, 2020

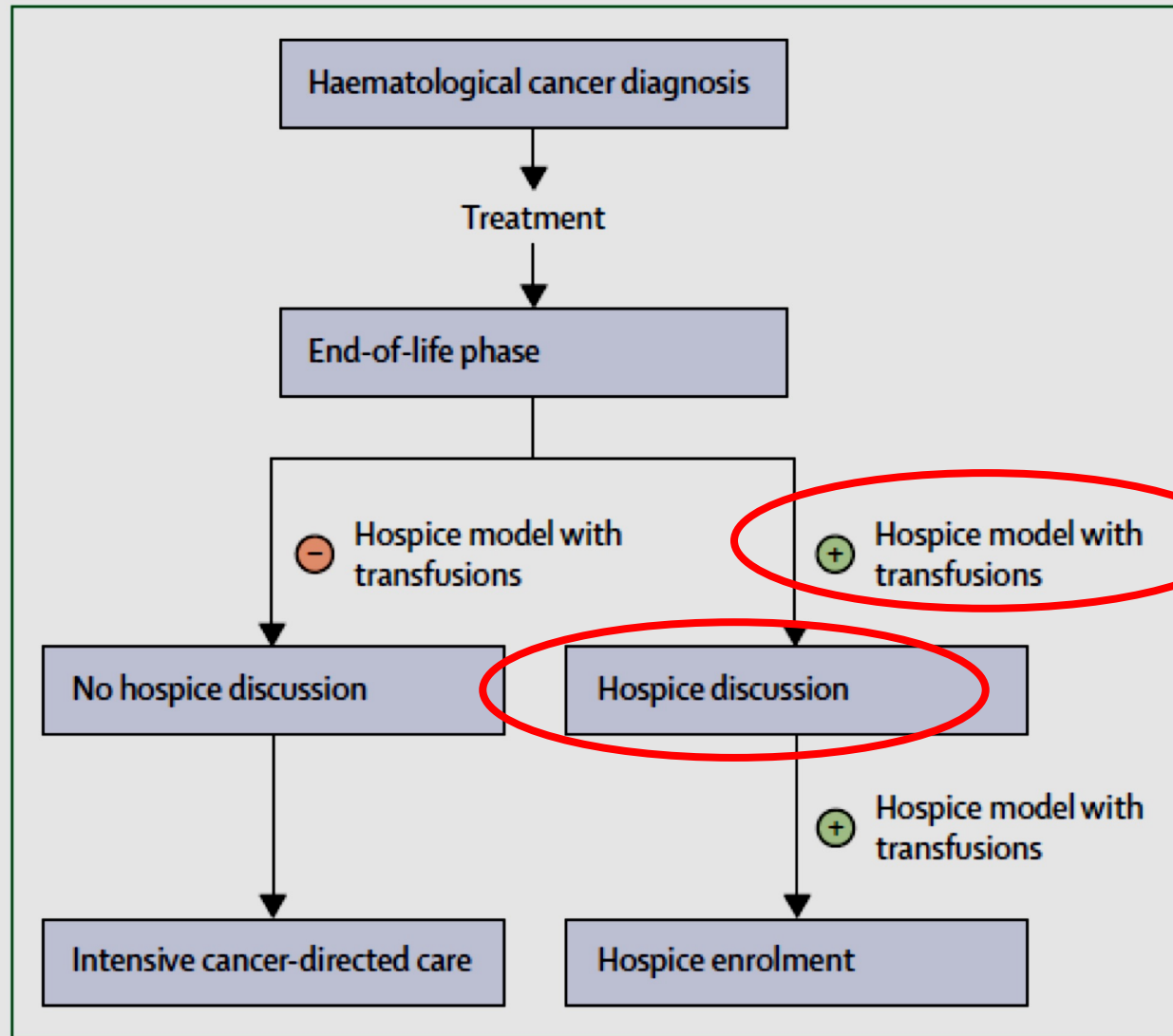


Figure: The effects of a hospice model with transfusions on hospice discussions and enrolment



Colloqui sui goals of care delle emotrasfusioni con palliativisti, pazienti, familiari

In presenza di una dipendenza trasfusionale e in previsione di un deterioramento clinico, è necessario discutere:

- le finalità delle emotrasfusioni in uno scenario di cure palliative
- quali criteri clinici piuttosto che laboratoristici sono alla base della loro prescrizione
- la necessaria rimodulazione della frequenza delle emotrasfusioni

Situazioni trigger per interrompere le emotrasfusioni:

- un'aspettativa di vita stimata < 1 settimana
- valori piastrinici che non rispondono più alle trasfusioni
- rischio di sovraccarico circolatorio in un paziente malato terminale moribondo,
- In assenza di cure domiciliari, l'impatto negativo sulla qualità della vita legata al trasporto in un centro per eseguire trasfusioni, probabilmente maggiore al loro beneficio clinico.

Raval, Curr. Onc Rep 2019

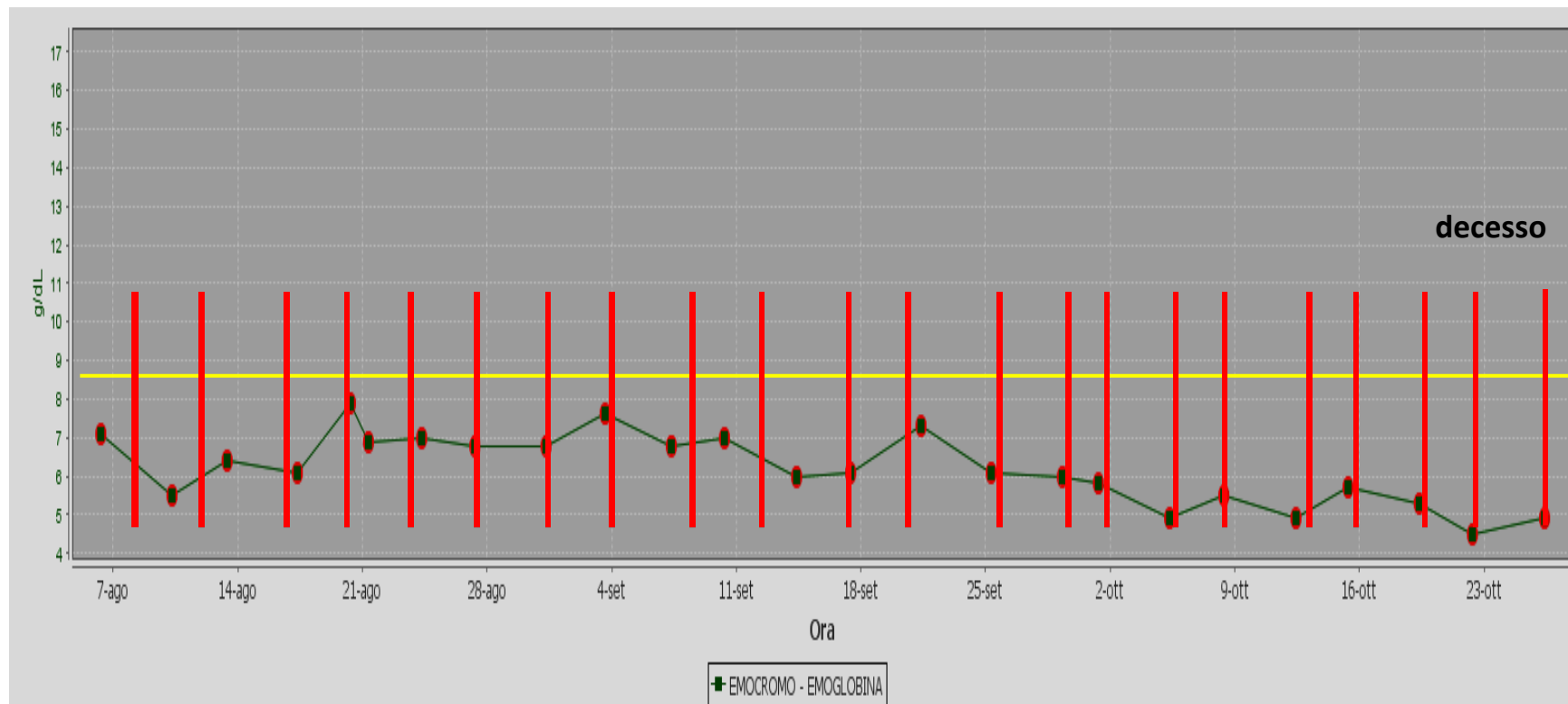


Le emotrasfusioni a domicilio nella ultima settimana di vita sono indice di inappropriatelyzza?

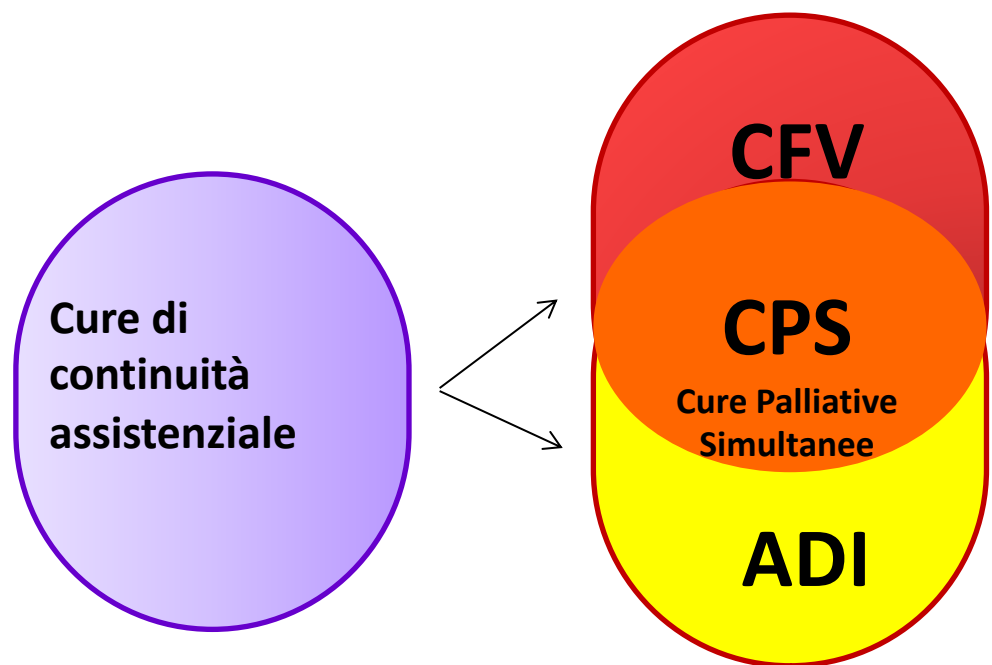
65 anni, Leucemia mieloide acuta refrattaria a 3 linee, in cure domiciliari palliative con supporto trasfusionale.

In 3 mesi eseguite 22 emotrasfusioni di GR e 9 di plts a domicilio (2-3 trasfusioni settimana)

Il paziente, professore di letteratura, riceve in casa parenti e amici, riesce a leggere e a lavorare sul PC fino a 3 giorni prima del decesso.

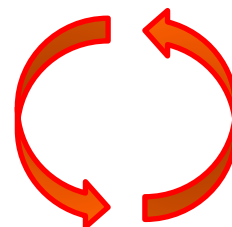


Modelli assistenziali domiciliari per cure palliative simultanee



Cure Palliative di Fine Vita.

Assistenza a domicilio /hospice di paziente nella fase finale della malattia ematologica, non più suscettibile alle terapie, inefficaci.



Cure Palliative Simultanee:

Integrazione a domicilio e in ospedale di terapie antineoplastiche, trasfusioni e cure palliative

Assistenza Domiciliare Integrata in corso di terapia attiva.

Stabilizzazione quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, per pazienti fragili non autosufficienti.



Il programma di continuità assistenziale (bridge to hospice care)

Unità di cure palliative e domiciliari (UCPD)
UOC Ematologia, AOU Policlinico Umberto I, Roma

Unità funzionale *specialistica* multi-professionale (medici, infermieri, psicologo, assistente sociale) con attività di cure palliative precoci e simultanee per pazienti ematologici

1. Attività ambulatoriale e di consulenza intraospedaliera nella UOC di Ematologia
2. Presenza in carico diretta a domicilio del paziente con erogazione da parte dell'UCPD di terapie antineoplastiche ed emotrasfusioni, integrata con il controllo dei sintomi, supporto psicologico, sociale e riabilitativo
3. Presenza in carico indiretta al domicilio del paziente, condividendo il piano assistenziale individuale e con attività di consulenza con servizi ADI o della rete delle cure palliative della ASL.



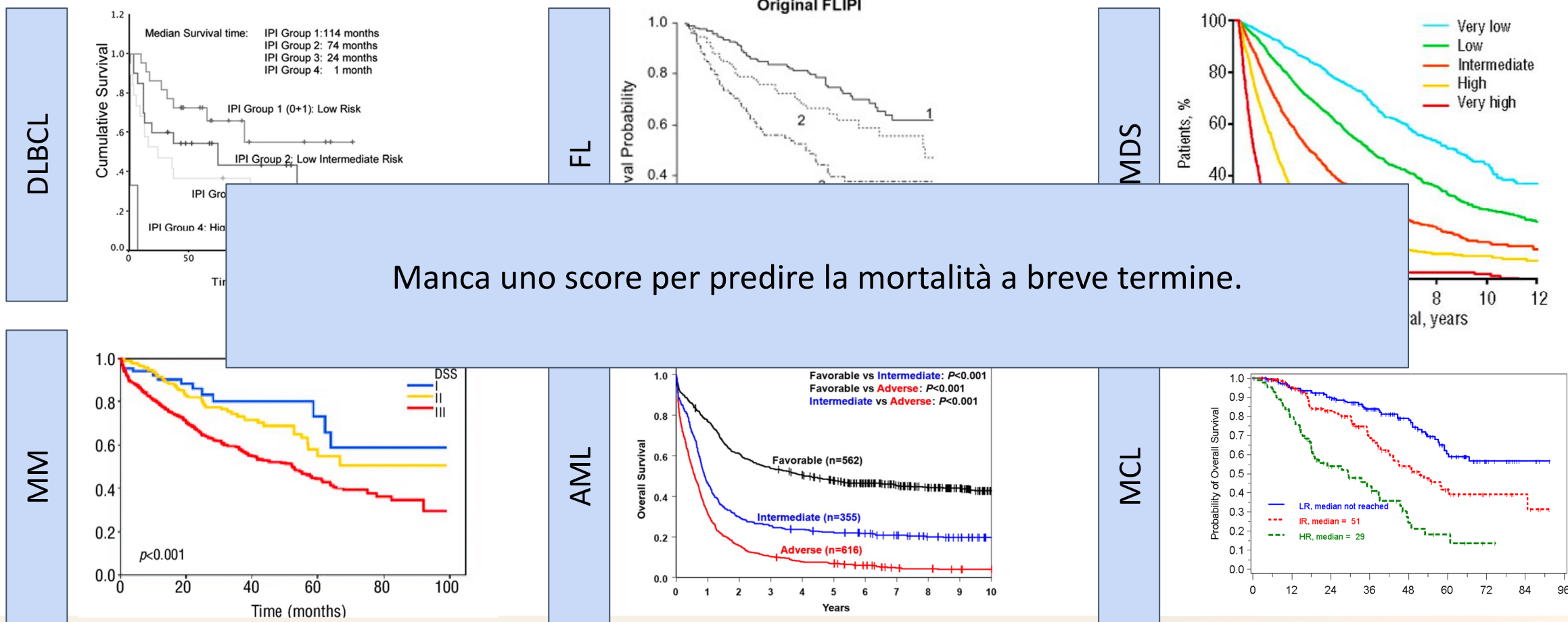
Dalle linee guida alla qualità di vita e alle cure palliative precoci e simultanee:

come la storia delle leucemie mieloidi acute sta cambiando

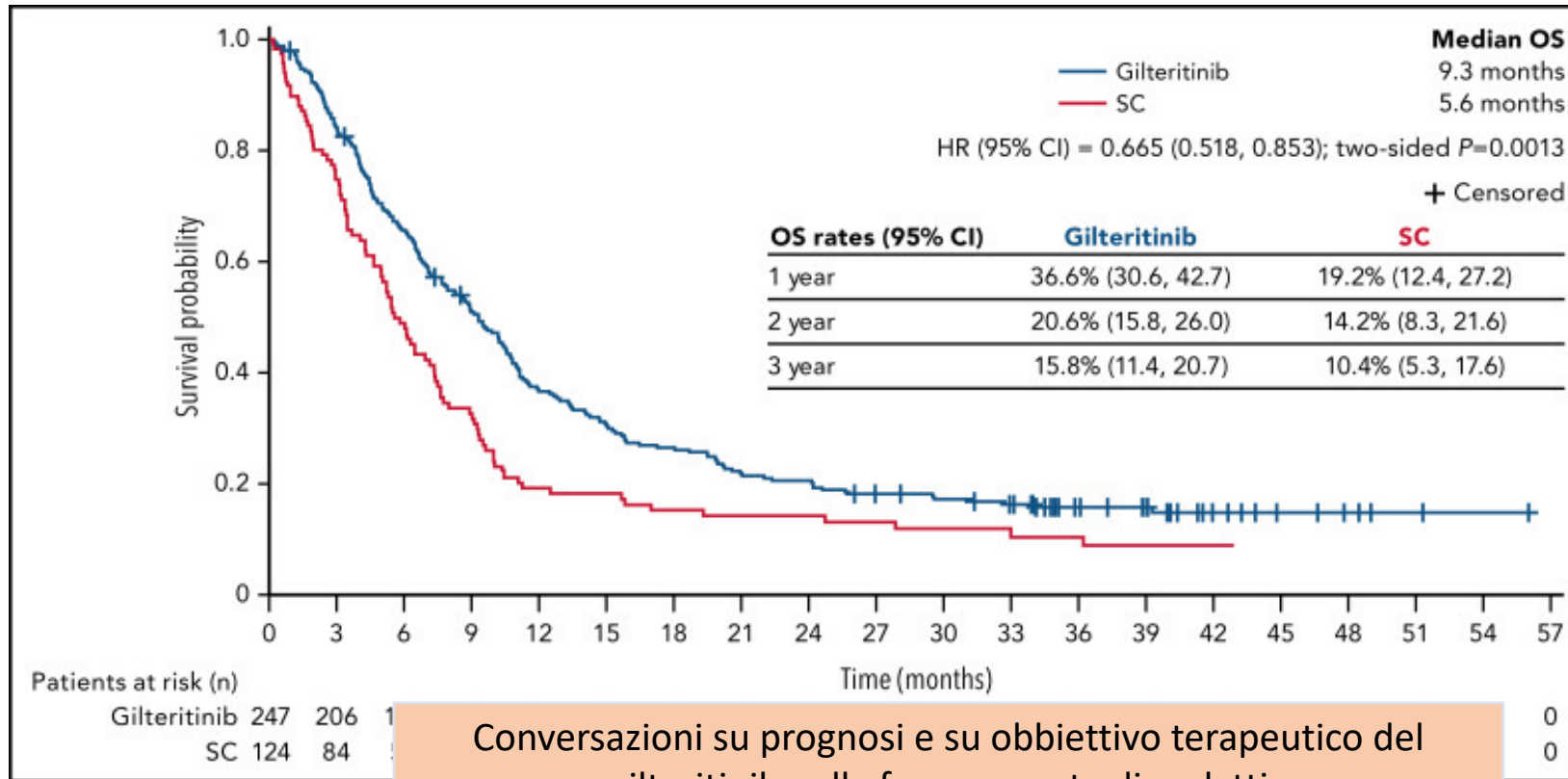
Roma, 2 febbraio 2024
Starhotels Metropole



Score prognostici in ematologia all'esordio malattia



Follow-up of patients with R/R FLT3-mutation-positive AML treated with gilteritinib in the phase 3 ADMIRAL trial



Conversazioni su prognosi e su obiettivo terapeutico del gilteritinib nella fase avanzata di malattia

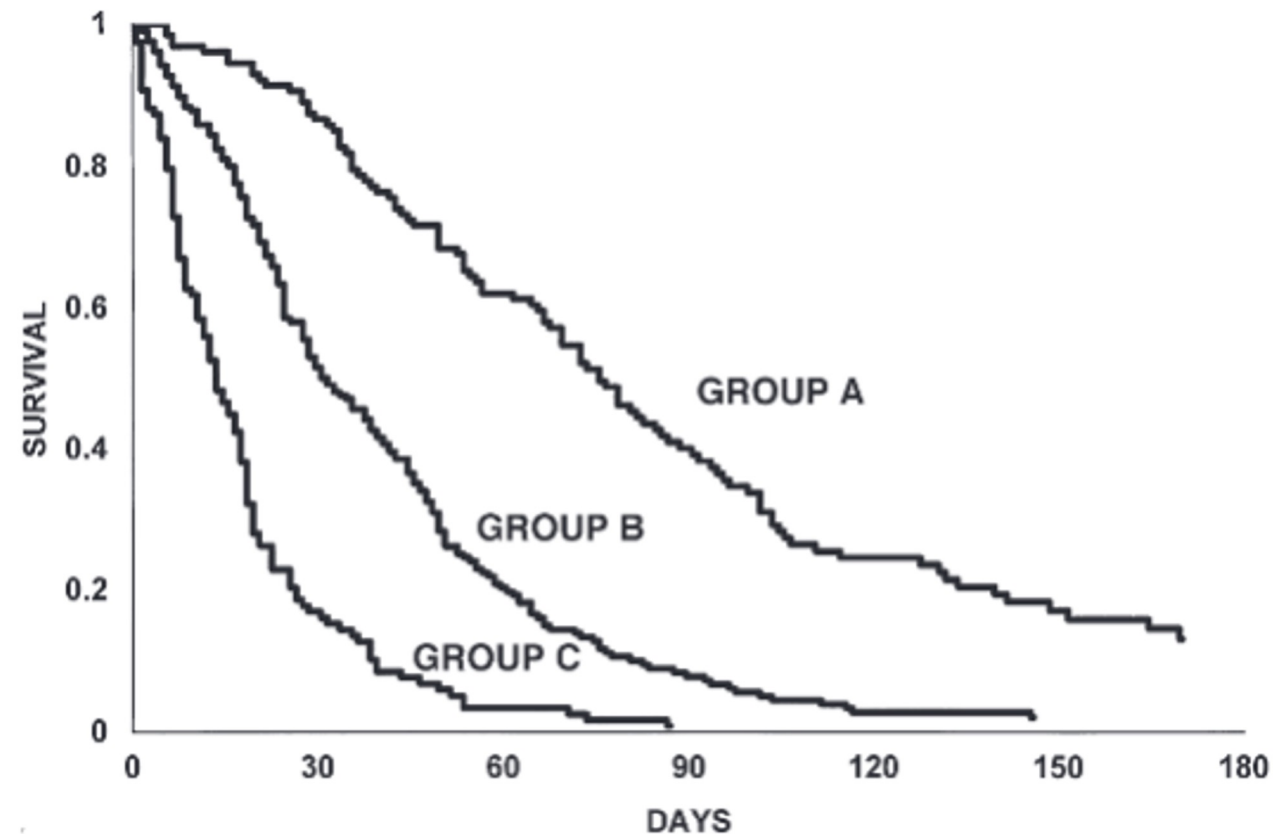
Perl AE, Larson RA, Podoltsev NA, S., Blood. 2022 Jun 9;139(23):3366-3375.



Palliative Prognostic Score (PaP): valutazione mortalità a breve termine nei pazienti oncologici

Item		Punteggio
Dispnea	No	0
	Si	1
Anoressia	No	0
	Si	1
KPS	≥50	0
	30-40	0
	10-20	2.5
CPS (settimane)	> 12	0
	11-12	2.0
	9-10	2.5
	5-6	4.5
WBC (GB/mm ³)	Normali (4800-8500)	0
	Elevati (8501-11000)	0.5
	Molto elevati (> 11000)	1.5
Linfociti (%)	Normale (20-40)	0
	Bassa (12-19.9)	1.0
	Molto bassa (0-11.9)	2.5

CPS: Clinical prediction of survival



- Gruppo A (PaP 0 – 5.5): sopravvivenza a 30 giorni > 70%
- Gruppo B (PaP 5.6 – 11.0): sopravvivenza a 30 giorni 30-70%
- Gruppo C (PaP 11.1 – 17.5): sopravvivenza a 30 giorni < 30%

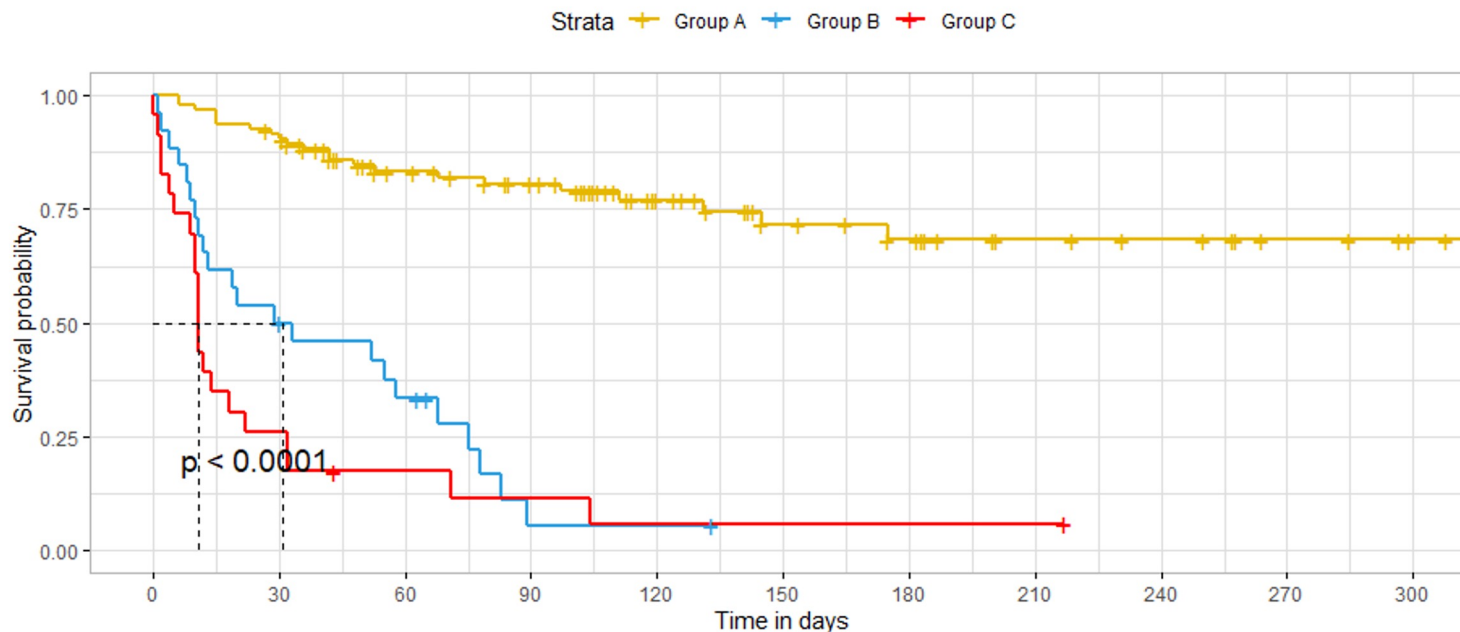
Figura 18: Palliative Prognostic Score

Maltoni M, 1999



D. FACCHINELLI¹, P. MANNO², L. POTENZA³, C. CARTONI⁴, C. GRECO¹, M. RIVA¹, A. VARALTA², A. TOSETTO⁴

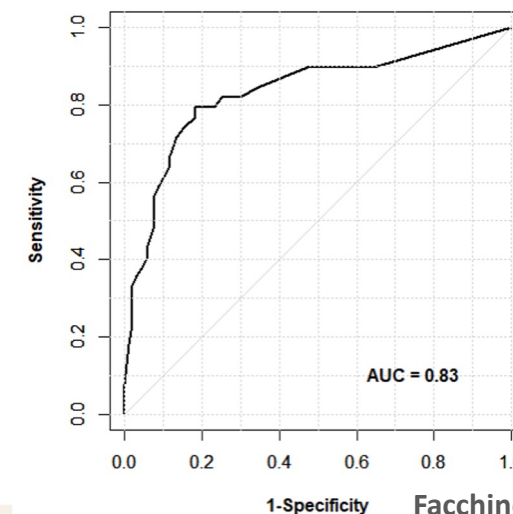
¹ Hematology Unit, Ospedale San Bortolo, Vicenza, Italy; ² Palliative Care Unit, Ospedale San Bortolo, Vicenza, Italy; ³ Hematology Unit and Chair, Azienda-Ospedaliero Universitaria (AOU) of Modena and Department of Medical and Surgical Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy; ⁴ Hematology, Department of Translational and Precision Medicine, Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I, Sapienza University of Rome, Rome, Italy



Gruppo	Tasso di sopravvivenza a 30 giorni
A	83/94 (88.3%)
B	13/26 (50%)
C	6/23 (26%)
Totale	102/143 (71.3%)

Number at risk: n (%)

Strata	0	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300
Group A (Yellow)	94 (100)	85 (90)	62 (66)	54 (57)	36 (38)	23 (24)	19 (20)	12 (13)	10 (11)	6 (6)	3 (3)
Group B (Blue)	26 (100)	13 (50)	8 (31)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Group C (Red)	23 (100)	6 (26)	3 (13)	2 (9)	1 (4)	1 (4)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)



Conclusion: Questi dati suggeriscono come il PaP score sia un metodo ragionevolmente robusto per la prognosi anche nei pazienti ematologici e come possa aiutare i medici nella pianificazione delle cure palliative.

