



## CASO DIDATTICO 1

---

**Giancarlo ha 60 anni; è stato operato d'urgenza per un quadro occlusivo di un carcinoma del colon. Si era ripreso bene dopo l'intervento tornando ad essere quello di prima, nonostante avesse dovuto essere sottoposto alla chemioterapia adiuvante con 6 cicli *Mayo Clinic* (5FU/Lederfolin). È ricaduto: ha ripreso la chemioterapia sec. schema FOLFOX (oxaliplatino e.v. e 5FU i.c) che lo ha debilitato molto di più (ha avuto gravi mucositi orali, diarrea, due episodi febbrili per neutropenia). La malattia è però regredita e da 8 mesi non segue alcuna terapia citostatica. Nonostante questo si sente molto stanco, non ha più ripreso i chili che aveva perso, non ha voglia di uscire di casa, passa lunghe ore a sonnecchiare in poltrona, ha momenti di sconforto, anche solo il farsi il bagno causa un malessere generale che dura tutta la giornata. Giancarlo però non dice nulla di tutto questo al medico: è la figlia che lo ha accompagnato alla visita che ci fa presente la situazione e che ci chiede se non si può fare nulla per aiutarlo. Giancarlo si schernisce dicendo che con tutto quello che ha avuto, la sua condizione è il minimo che ci si possa aspettare.**



## Caso 1. Domande & risposte

---

- A. Secondo il vostro parere, quali sono gli elementi rilevanti della situazione di Giancarlo? (dettagliare e commentare)
- La sottovalutazione della fatigue da parte del paziente (considerata come ovvia ed ineluttabile conseguenza della malattia)
  - Il ruolo del caregiver in tali situazioni cliniche
  - Gli effetti tossici della chemioterapia come causa di fatigue (mucosite orale: riduzione dell'alimentazione; diarrea: possibile ipopotassiemia; episodi febbrili in neutropenia: astenia postinfettiva)



# Caso 1. Domande & risposte

---

B. Come impostereste la strategia di trattamento della fatigue di questo paziente?

*Approccio farmacologico:*

- Controllo emocromo, elettroliti, albuminemia
- Correzione con dieta-integratori
- Possibile necessità di ferro/eritropoietina

*Approccio non farmacologico:*

- indagare la componente depressiva (eventuale aiuto farmacologico)
- indagare la paura della ripresa evolutiva
- aiutare il paziente, con il coinvolgimento della figlia, a riprogrammare la giornata
- eventuali ausili (per il bagno)

OSSERVAZIONI SUL CASO 1

- **La punta dell' iceberg**
- **La malattia nascosta da far emergere ...**



## CASO DIDATTICO 2

---

**Giuseppe, 45 anni, è affetto da un linfoma non Hodgkin.**

**È in corso chemioterapia sec. schema CHOP (ciclofosfamide, vincristina, doxorubicina, prednisone). I primi cicli hanno causato nausea ed anoressia. Alla fine del 3° ciclo si presenta in ambulatorio dal medico di famiglia che lo vede “strano”, sfiduciato... dopo i primi scambi verbali, Giuseppe scoppia a piangere... Poi rapidamente si asciuga gli occhi, chiede scusa per quello che è successo e lascia rapidamente l’ambulatorio. Ritorna dopo il 4° ciclo: dichiara di voler smettere la chemioterapia: si sente troppo debole, tutto quello che fa lo affatica, non si sente più in grado di uscire per andare al bar con gli amici come faceva regolarmente, quando i colleghi di lavoro vanno a fargli visita si stanca anche solo ad ascoltarli, si deve coricare presto alla sera perché è spossato, ma poi non riesce a prendere sonno e al mattino si alza più affaticato della sera. Tutto quello che dice la moglie lo irrita, le sue esortazioni e i suoi consigli lo indispettiscono: “...come fa lei a capire quello che sento?” ...**



## Caso 2. Domande & risposte

---

**A. Secondo il vostro parere, quali sono gli elementi patogenetici rilevanti della fatigue di Giuseppe? (dettagliare e commentare)**

- **Nausea-anoressia (da CT)**
- **Astenia (da CT)**
- **Anemia (da CT)**
- **Insonnia**
- **Possibile non conoscenza delle possibilità terapeutiche**
- **Insufficiente utilizzo delle terapie di supporto/insufficienze organizzative DH**



## Caso 2. Domande & risposte

---

### **B. Come impostereste la strategia di trattamento della fatigue di questo paziente?**

#### ***Approccio farmacologico:***

- Eritropoietina per il controllo dell'anemia-astenia
- Miglior terapia antinausea (setronici + cortisonici + terapia del vomito/nausea ritardati)
- Eventuale sonnifero

#### ***Approccio non farmacologico:***

- Chiarire l'importanza e le possibilità curative della prosecuzione della terapia
- Consigli per l'anoressia da nausea
- Consigli per il sonno
- Colloquio con la moglie
- Valutare componente depressiva.

### **C. OSSERVAZIONI SUL CASO 2**

- **La fatigue come rischio di mancata compliance alla terapia**
- **Le difficoltà relazionali ed in famiglia in corso di trattamento oncologico**
- **Importanza del ruolo di ascolto del medico di famiglia**
- **Il riconoscimento della fatigue da chemioterapia e il suo trattamento**
- **Le neoplasie curabili e la compliance alle terapie oncologiche**



## CASO DIDATTICO 3

---

**Arturo, 65 anni, pensionato, è affetto da 4 anni da carcinoma vescicale diagnosticato dopo comparsa di ematuria, trattato con TURB e instillazioni endovesicali con BCG. Comparsa da 5 mesi di metastasi multiple polmonari bilaterali e ossee (bacino, L1, L2). Ha eseguito 3 cicli di chemioterapia con Cisplatino e Taxolo.**

**Riferisce difficoltà a salire le scale, con sensazione di pesantezza agli arti inferiori che regredisce dopo un riposo di circa mezz'ora in poltrona. Si sveglia con “poca voglia di partire”; dopo alcune ore dal risveglio è già stanco anche se si dedica alle normali attività non lavorative...; lamenta perdita della memoria e si indispettisce facilmente se “qualcosa non va nel verso giusto” ...**

**Da specifiche domande emerge che l'impatto della situazione sulla qualità di vita di Arturo è di grado medio. Il medico curante si orienta per una diagnosi di *fatigue*...**

**Dagli ultimi esami di laboratorio non erano emersi dati particolari a parte un emocromo con Hb 10.6**



## Caso 3. Domande & risposte

---

### **A. Secondo il vostro parere, quali sono gli elementi patogenetici rilevanti della fatigue di Arturo? (dettagliare e commentare)**

- Anemia (da malattia a livello osseo e da cisplatino)
- Verosimile presenza di neurotossicità (da cisplatino e taxolo)
- Astenia indotta dalla chemioterapia

### **B. Come impostereste la strategia di trattamento della fatigue di questo paziente?**

#### ***Approccio farmacologico:***

- eritropoietina (*anemia chemio-indotta*)
- Steroidi
- Nessun trattamento attuale specifico per la neuropatia.....
  - *possibile tendenza spontanea alla lenta attenuazione dopo trattamento*
  - *in corso studi per ridurre la neurotossicità: acetilcarnitina, gabapentina, glutazione*

#### ***Approccio non farmacologico:***

- Spiegare le possibili cause della fatigue, la loro reversibilità dopo il termine delle terapie e il possibile miglioramento indotto dai farmaci (eritropoietina)
- Aiuto alla riprogrammazione della giornata



## Caso 3. Domande & risposte

---

### **OSSERVAZIONI CASO 3**

- In questa fase di malattia la chemioterapia ha un ruolo palliativo (valutare gli schemi rispetto al beneficio/effetti collaterali)  
Problema: ha senso proseguire il trattamento chemioterapico quando questo peggiora la sintomatologia?



## CASO DIDATTICO 4

---

**Giovanni ha 68 anni. È affetto da carcinoma dell'orofaringe. Presenta un quadro di BPCO (trattato con steroidi e beta2stimolanti quotidiani), di cardiopatia ischemica (Asa 100mg/die e nitroderivati per via transdermica) e di arteriopatia periferica degli arti inferiori; da anni è un forte fumatore (30 sigarette al dì).**

**È stato sottoposto a un trattamento integrato chemio-radioterapico terminato da circa 45 giorni.**

**Pesa attualmente 58 Kg (è alto 165 cm), è dimagrito prima della diagnosi di 4 kg e durante il trattamento di altri 3 kg. Alle visite di controllo si presenta triste, chiuso in se stesso: interrogato più a fondo riferisce di dover passare gran parte del suo tempo a letto o in poltrona e attribuisce questa situazione alla terapia che ha effettuato.**

**Mangia poco perché non sente più il gusto dei cibi e, non avendo saliva, ha difficoltà a masticare e deglutire.**

**Gli esami evidenziano anemia (Hb 10.2), lieve ipoalbuminemia.**



## Caso 4. Domande & risposte

---

### **A. Secondo il vostro parere, quali sono gli elementi patogenetici rilevanti della fatigue di Giovanni? (dettagliare e commentare)**

- Comorbidità
- Trattamenti integrati (maggior causa di fatigue)
- Alimentazione insufficiente; perdita di peso (8 → 15%), ipoalbuminemia
- Depressione, difficoltà relazionali:  
frequenti nei tumori della testa e del collo (modificazioni dello schema corporeo, difficoltà a parlare, precedenti problemi socio-familiari frequenti)



## Caso 4. Domande & risposte

---

### **B. Come impostereste la strategia di trattamento della fatigue di questo paziente?**

#### ***Approccio farmacologico:***

- Eritropoietina
- Steroidi
- Integratori dietetici
- Rivalutazione della terapia in corso per le altre patologie (possibili interazioni negative)
- Saliva artificiale
- Eventuali antidepressivi

#### ***Approccio non farmacologico:***

- consigli per facilitare la produzione di saliva
- Consigli dietetici
- Aiuto a riprogrammare la giornata

### **C. OSSERVAZIONI**

- **La complessità eziologica della fatigue**



## CASO DIDATTICO 5

---

**Anna ha 51 anni, dirigente d'azienda. Ha avuto un carcinoma della mammella che l'aveva colpita a 42 anni e per il quale aveva effettuato una quadrantectomia, una radioterapia sulla mammella residua, 6 cicli di chemioterapia con CMF (ciclofosfamide, 5-FU, Mtx) e successiva ormonoterapia (5 anni di Tamoxifene). Ha sempre continuato la sua frenetica attività (frequenti viaggi, riunioni di lavoro, straordinari). Per circa 2 anni ha sofferto di disturbi dovuti alla menopausa indotta dai farmaci. Recente diagnosi di ipertensione, in trattamento con beta-bloccanti. Riferisce, con qualche esitazione, di aver perso negli ultimi mesi entusiasmo verso il lavoro, di sentirsi meno efficiente, di aver momenti di tristezza, accentuatasi dopo il matrimonio dell'unica figlia ventiseienne. Deve stare a letto per un maggior numero di ore, anche se quando si alza si sente ancora stanca; nel pomeriggio non riesce a concentrarsi sulla sua attività, dimentica gli impegni assunti, compie errori sul lavoro. Dal colloquio si intuisce che è preoccupata, pur non dichiarandolo apertamente, che questi suoi malesseri siano il segno di una ripresa della malattia e vive la contraddizione tra voler fare esami per chiarire la situazione ed il timore che questi possano evidenziare la comparsa di metastasi. Gli esami eseguiti non evidenziano segni di ripresa di malattia neoplastica. Il medico curante riconosce tutti i segni di una *fatigue*...**



## Caso 5. Domande & risposte

---

### **A. Secondo il vostro parere, quali sono gli elementi patogenetici rilevanti in questa situazione? (dettagliare e commentare)**

- storia clinica e personale (tumore della mammella, terapia, compresa l'ormonoterapia, la menopausa, la "perdita" della figlia)
- Probabile effetto negativo da beta bloccanti

### **B. Come impostereste la strategia di trattamento della fatigue di questo paziente?**

#### ***Approccio farmacologico:***

- sostituzione dei betabloccanti

#### ***Approccio non farmacologico:***

- Rassicurazione sugli esiti del follow-up
- Colloquio per valutare l'importanza dei singoli problemi (stress da lavoro, matrimonio figlia, problemi menopausali, paura della ricaduta)
- Problemi del sonno: consigli

### **OSSERVAZIONI SUL CASO 5**

- **La fatigue:** muoversi tra sintomi organici e psichici
- **La sindrome di Damocle:** la paura della ricaduta.



## CASO DIDATTICO 6

---

**Carla ha 56 anni e da 10 anni soffre, in seguito alla morte della madre per carcinoma del colon, di crisi depressive trattate con farmaci e di sintomi attribuiti a colon irritabile. 7 anni fa in corso di screening è stato diagnosticato un carcinoma della mammella (pT1,N0), trattato con quadrantectomia + radioterapia e con Tamoxifene per 5 anni per l'alta positività ai recettori ormonali. Da qualche mese è un po' più stanca durante l'intera giornata, il sonno è più prolungato del solito, fa fatica a concentrarsi nella lettura. Dopo l'ora di nuoto che pratica 2 volte alla settimana si sente profondamente astenica con un malessere generale, si arrabbia più facilmente con la figlia che frequenta la quarta liceo e studia poco e anche con il marito la situazione è più tesa anche perché ammette, non senza qualche difficoltà, una perdita del desiderio sessuale negli ultimi tempi. Riferisce dimagrimento di 4 kg negli ultimi mesi dovuti ad anoressia, nausea e peggioramento dei sintomi "colitici".**

**Alla visita: PAOS: 100/70; FC 110/min, spiccato pallore delle congiuntive, dolori diffusi all'addome con una lieve resistenza alla palpazione nei quadranti di destra.**

**Il medico curante si orienta per una condizione di fatigue (anamnesi di tumore e sintomi tipici).**



## Caso 6. Domande & risposte

---

**A. Secondo il vostro parere, quali sono gli elementi patogenetici rilevanti su cui il curante ha basato la sua diagnosi? (dettagliare e commentare)**

- Il precedente lutto
- La precedente neoplasia
- I recenti problemi fisici
- I recenti problemi relazionali
- I dati della visita clinica

**B. Come impostereste la strategia di trattamento della fatigue di Carla?**

***Approccio farmacologico:***

- (Hb feci-colonscopia-chirurgia)

***Approccio non farmacologico:***

- Indagare se i problemi evidenti sono da attribuire ad una possibile grave anemia in corso
- Rivalutare la terapia antidepressiva in corso.

**OSSERVAZIONI SUL CASO 4**

- **Approfondire accuratamente la situazione clinica!**
- **Fatigue come sintomo di un tumore non ancora diagnosticato.**
- **Possibilità concreta di un secondo tumore (colon)**



## CASO DIDATTICO 7

---

**Roberto ha 66 anni e da 16 mesi è sottoposto ad una terapia ormonale con LHRH analoghi per un carcinoma prostatico con metastasi ossee. Ha sopportato molto male l'impotenza causata dalla terapia: per alcuni mesi è stato depresso, si è chiuso in se stesso non comunicando più con i familiari (la moglie e i due figli) né con gli amici. Aveva poi avuto un periodo in cui l'umore era migliorato in corrispondenza di una netta riduzione del PSA ed un miglioramento dei dolori ossei. Negli ultimi tempi, per controllare i dolori aumentati soprattutto a livello dorso-lombare, ha usato FANS e codeina-paracetamolo. Si sente debole; pochi passi lo affaticano, si deve mettere a letto e ciononostante non riesce a riposare (dice di non riuscire a trovare la posizione giusta e per questo si accentuano i dolori). Riferisce "di non aver più nessun muscolo" e guarda il medico con sguardo triste...**

**Gli ultimi esami del sangue hanno evidenziato un modesto innalzamento del PSA ed un emocromo con 3200 leucociti, 102000 piastrine, Hb: 10.2**



## Caso 7. Domande & risposte

---

### **A. Secondo il vostro parere, quali sono gli elementi patogenetici rilevanti della fatigue di Roberto ? (dettagliare e commentare)**

- La terapia soppressiva della produzione testosteronica (ipotrofia muscolare, osteoporosi, astenia, impotenza)
- La situazione psichica associata
- L'insonnia da dolore
- L'uso degli antidolorifici
- La ripresa evolutiva della malattia
- L'anemia (da presenza della malattia a livello del midollo osseo e da deprivazione testosteronica)



## Caso 7. Domande & risposte

---

### **B. Come impostereste la strategia di trattamento della fatigue di questo paziente?**

#### ***Approccio farmacologico:***

- Eritropoietina
- Steroidi
- Terapia antidolorifica (revisione)
- Fisioterapia riabilitativa palliativa
- Possibile spazio per una radioterapia a scopo antalgico

#### ***Approccio non farmacologico:***

- Colloquio sui possibili problemi sessuali
- Aiuto alla riprogrammazione della giornata

### **C. OSSERVAZIONI SUL CASO 7**

- Quadri di fatigue legati a specifiche neoplasie:
- Un argomento da approfondire con future ricerche