

# Fatigabilitatea

sau oboseala asociată cancerului

Text: Psiholog Clinician Specialist Dr. Florina Pop



**IOCN**

Institutul Oncologic  
"Prof. Dr. Ion Chiricuțuș"  
Cluj-Napoca

*Împreună vedem speranța!*

Membru al Organizației Europene de Cancer "IOEC"



# 30-60%

dintre pacienții oncologici

se confruntă cu oboseală de la moderată la  
severă în timpul tratamentului

Conform definiției oferite de ghidurile Rețelei Naționale Comprehensive a Cancerului din Statele Unite (National Comprehensive Cancer Network – NCCN, 2018), „fatigabilitatea asociată cancerului reprezintă un simptom stresant, persistent, subiectiv al oboselei fizice, emoționale și/sau cognitive sau a tratamentului, care nu este proporțională cu activitatea recentă și interferează cu funcționarea obișnuită”.

Majoritatea studiilor (1-5) susțin că 30-60% dintre pacienți raportează oboseală de la moderată la severă în timpul terapiei și, de obicei, oboseala crește în primul an după terminarea tratamentului. Totuși 25-30% dintre pacienți raportează că resimt oboseala în continuare timp de mai mulți ani de la încheierea tratamentului.

**Standardul european recomandat de ghidurile actuale ale NCCN (2018)** propune ca managementul fatigabilității relaționate cu boala neoplazică să se desfășoare conform unui algoritm compus din patru etape: screening, evaluare primară, intervenție și reevaluare.



## Etapa de screening

În prima etapă se impune screeningul pentru fatigabilitate, iar dacă acest simptom este prezent, se recomandă evaluarea intensității acestuia. Dacă intensitatea este moderată spre severă, pacientul este direcționat pentru etapa evaluării primare în cadrul căreia atenția este centrată pe istoricul și examinarea fizică.

Screeningul vizează prezența sau absența fatigabilității, precum și severitatea acesteia pe o scală de la 0 la 10. În condițiile în care scorul este mai mare decât 4, se consideră un simptom semnificativ clinic ce presupune metode de evaluare suplimentară.

## Etapa de evaluare primară

Această etapă presupune evaluarea simptomelor comorbide și a factorilor care pot contribui și sunt frecvent asociați cu fatigabilitatea. În condițiile în care nu se identifică factori tratabili în ciuda nivelului moderat spre sever al fatigabilității, profesionistul din domeniul sanitar va trebui să recomande tratamente adiționale bazate pe ghidurile NCCN.

Evaluarea primară se instituie în momentul în care scorul fatigabilității este semnificativ clinic. Aceasta se focalizează pe evaluarea istoricului medical și a examinării fizice (poate presupune inclusiv interviuri cu aparținătorii dacă pacienții sunt copii sau vârstnici). Etiologia fatigabilității care merită luată în considerare a fost prezentată mai sus și face referire la condițiile pre-existente (efectele directe ale bolii și ale tratamentului oncologic), factorii psihologici (precum depresia, anxietatea), problemele legate de somn, simptomatologia relaționată cu boala neoplazică (durere, vomă), medicația actuală a pacientului (analgice, opioide, agenți psihotropi,  $\beta$ -blocanți) și condiții relaționate cu boala neoplazică și tratamentele acesteia (anemie, deshidratare, malnutriție, dezechilibru electrolitic).





## Etapa de intervenție

După etapa evaluării primare, ghidurile NCCN (2018) recomandă o serie de intervenții cu scopul ameliorării fatigabilității bazate pe statutul clinic al pacientului (de exemplu, în curs de tratament oncologic, post-tratament sau îngrijire paliativă). Educația și consilierea sunt considerate direcții principale pentru managementul efectiv al fatigabilității. Intervențiile adiționale (non-farmacologice și farmacologice) trebuie introduse și/sau combinate.

Datorită naturii multidimensionale, se impune o abordare bio-psihosocială și, drept urmare, și o echipă multidisciplinară care să adreseze nevoile pacienților în cazul acestui simptom relaționat cu boala neoplazică.

Strategiile generale de management includ în primul rând educația despre fatigabilitate, atât pentru pacienți, cât și pentru aparținători la începutul tratamentului oncologic, precum și la finalul acestuia unde focalizarea ajută să fie pe patternul așteptat al fatigabilității în perioada de supraviețuire. În al doilea rând, aceste strategii vizează auto-monitorizarea nivelului fatigabilității, strategii de gestionare a priorităților, structurarea sănătoasă a rutinei zilnice și limitarea reprizelor de somn la 45 de minute pe zi pentru a nu interfera cu tot ce înseamnă calitatea somnului pe perioada nopții, dar și utilizarea modalităților de distragere a atenției.

Intervențiile non-farmacologice pot fi: activitatea fizică (6) și intervențiile psihosociale (7-10), precum terapia cognitiv comportamentală (cu excepția etapei terminale), grupurile de suport, consilierea individuală, training de management al stresului. Există și date care susțin instituirea unui management al dietei și nutriției (11), controlul calității somnului (12) și exercițiile de relaxare (13, 14).

Intervențiile farmacologice care vizează fatigabilitatea relaționată cu boala neoplazică includ mai degrabă stimulanzii precum metilfenidatul, dextroamfetamina și modafinilul (15-17).



## Etapa de re-evaluare

Tratamentul fatigabilității este unul continuu astfel încât este recomandată re-evaluarea pacienților. Chiar și în condițiile în care pacientul nu resimte fatigabilitate în momentul etapei de screening se recomandă monitorizarea acestui simptom atât în timpul tratamentului, cât și după tratament.

## Concluzie

Ghidurile Rețelei Naționale Comprehensive a Cancerului din Statele Unite (18) recomandă educația și consilierea cu privire la tot patternul fatigabilității atât pentru pacienți, cât și pentru aparținătorii acestora. Algoritmul de gestionare a acestui simptom multidimensional include atât etapele de screening, evaluare și re-evaluare, precum și modalități de management farmacologic și non-farmacologic în toate stadiile bolii, inclusiv cel terminal.



# Bibliografie

1. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of clinical oncology*. 2014;32(17):1840.
2. Jones JM, Olson K, Catton P, Catton CN, Fleshner NE, Krzyzanowska MK, et al. Cancer-related fatigue and associated disability in post-treatment cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016;10(1):51-61.
3. Wang XS, Zhao F, Fisch MJ, O'Mara AM, Cella D, Mendoza TR, et al. Prevalence and characteristics of moderate to severe fatigue: a multicenter study in cancer patients and survivors. *Cancer*. 2014;120(3):425-32.
4. Kuhnt S, Szalai C, Erdmann-Reusch B, Kubel C, Boehncke A, Hoffmann W, et al. Cancer related fatigue in rehabilitation care. *Die Rehabilitation*. 2017;56(5):337-43.
5. Minton O, Stone P. How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast cancer research and treatment*. 2008;112(1):5-13.
6. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA oncology*. 2017;3(7):961-8.
7. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2011;20(2):115-26.
8. Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009(1).
9. Poort H, Peters M, Bleijenberg G, Gielissen MF, Goedendorp MM, Jacobsen P, et al. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(7).
10. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. Cancer-related fatigue, version 2.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2015;13(8):1012-39.
11. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 2017;36(1):11-48.
12. Charalambous A, Berger AM, Matthews E, Balachandran DD, Papastavrou E, Palesh O. Cancer-related fatigue and sleep deficiency in cancer care continuum: concepts, assessment, clusters, and management. *Supportive Care in Cancer*. 2019:1-7.
13. Pattanshetty R, Moniz CC, Patil S. Guided imagery-Effectiveness in cancer fatigue in patients undergoing chemotherapy: A clinical trial. *IJAR*. 2018;4(2):141-5.
14. Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2001;10(6):490-502.
15. Butler Jr JM, Case LD, Atkins J, Frizzell B, Sanders G, Griffin P, et al. A phase III, double-blind, placebo-controlled prospective randomized clinical trial of d-threo-methylphenidate HCl in brain tumor patients receiving radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology\* Biology\* Physics*. 2007;69(5):1496-501.
16. Lower EE, Fleishman S, Cooper A, Zeldis J, Faleck H, Yu Z, et al. Efficacy of dexamethylphenidate for the treatment of fatigue after cancer chemotherapy: a randomized clinical trial. *Journal of pain and symptom management*. 2009;38(5):650-62.
17. Spathis A, Fife K, Blackhall F, Dutton S, Bahadori R, Wharton R, et al. Modafinil for the treatment of fatigue in lung cancer: results of a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *J Clin Oncol*. 2014;32(18):1882-8.
18. Mutchler E, Mutchler DM. NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology (NCCN Guidelines®). *Cell*. 2018;415:583-7360.