

Prognosticul

Artă sau știință ?

Andreea Iancu, MD, PhD, CCFP(PC), FCFP

West Island Palliative Care Residence, Montreal, Qc, Canada

Vaudreuil-Soulanges Palliative Care Residence, Hudson, Qc, Canada

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, Qc, Canada

Plan

Prognosticul:

- Introducere
- Importanța prognosticării
- Evaluarea prognosticului
- Comunicarea și discutarea prognosticului

Introducere

Prognosticul

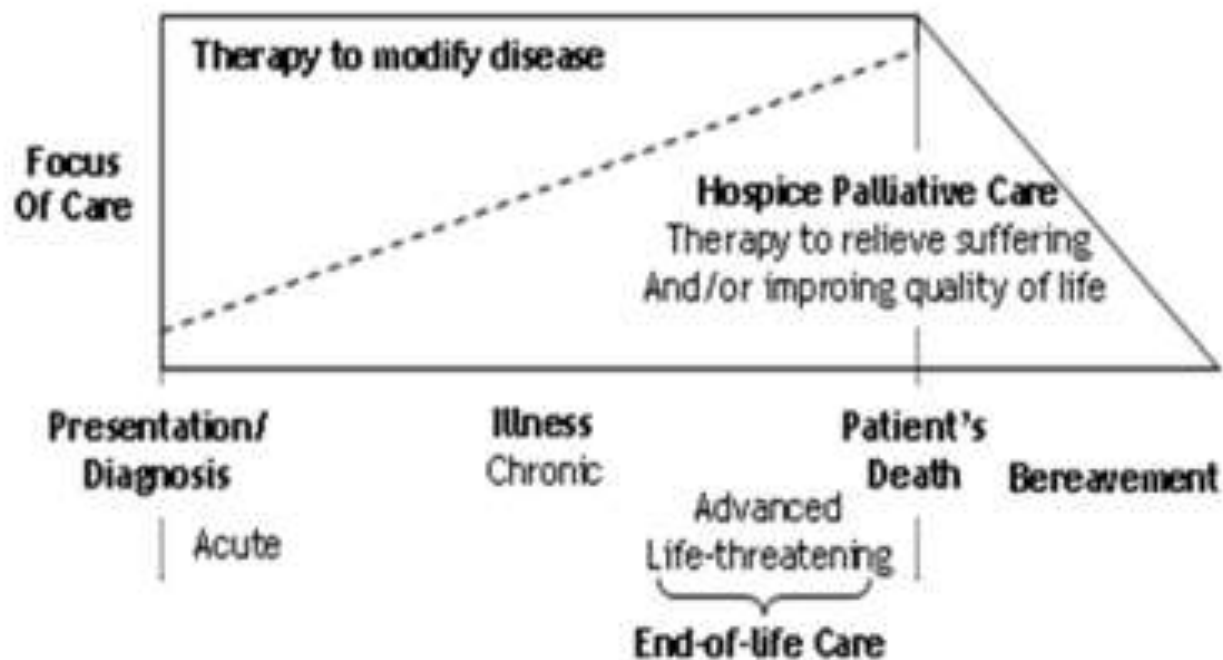
- Parte esențială a îngrijirilor paliative
- Constă din două aspecte:
 - Estimarea speranței de viață (foreseeing)
 - Cunoștințe despre istoria naturală a bolii, influența diverselor tratamente, aprecierea factorilor individuali
 - Experiență, intuiție
 - Metode obiective, instrumente de evaluare a prognosticului
 - Comunicarea prognosticului (foretelling)
 - Comunicare clară, compasiune, discuții multiple
- Proces care este revizuit și rafinat continuu

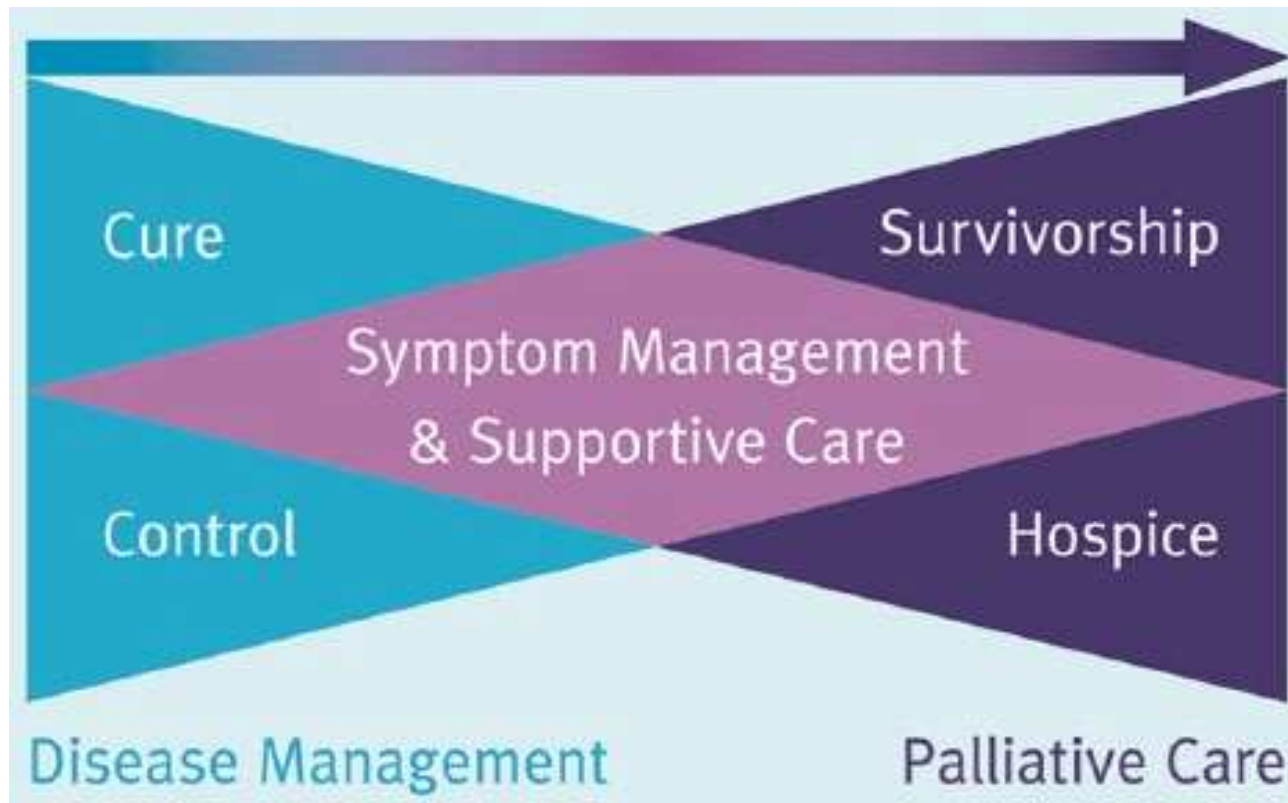
Importanța prognosticării

Estimarea speranței de viață este importantă pentru:

- Decizii clinice referitoare la tratamentele posibile
- Stabilirea eligibilității pentru diferite tratamente – de ex. sedarea paliativă
- Stabilirea planului de îngrijire: planificarea obiectivelor, etapelor și locului de îngrijire
- Identificarea cât mai precoce a nevoii de paliative
- Asigurarea unei tranziții progresive de la tratamentele cu scop curativ sau modificatoare de boală spre abordarea paliativă și tratamente cu scopul principal de paliative

Canadian Hospice Palliative Care Association Model





- Mulți pacienți și familiile lor vor să cunoască mai multe detalii despre evoluția naturală a bolii, despre speranța de viață pe care o au, dar mai ales au nevoie de asigurarea că nu sunt abandonați și că nu vor suferi
- Un răspuns onest la întrebările pacienților (ce, cum, când) permite începerea discuțiilor despre:
 - obiectivele de îngrijire
 - luarea unor decizii informate despre planul de îngrijiri (colaborare)
 - prioritățile și planificarea mai bună a timpului rămas
- Un răspuns onest poate de asemenea:
 - evita apariția conspirației tăcerii
 - dezvolta un sentiment de încredere în echipa de îngrijire
 - poate asigura creșterea calității vieții pacienților, diminua frica de moarte
- Advance Care Planning (planificare în avans a îngrijirilor), directive medicale anticipate, testament, planificarea succesiunii

De ce:

- Stabilirea eligibilității pacienților pentru diferite programe de paliatie: de exemplu hospice, echipe specializate de Îngrijiri paliative
 - Nevoi crescute de a defini criterii de eligibilitate, care se bazează parțial și pe prognostic, datorită creșterii disponibilității serviciilor de îngrijiri paliative
 - Exemple: hospice in USA = 6 luni; residențe de îngrijiri paliative în Quebec = 3 luni
 - Compassionate care leave
- Participarea la proiecte de cercetare

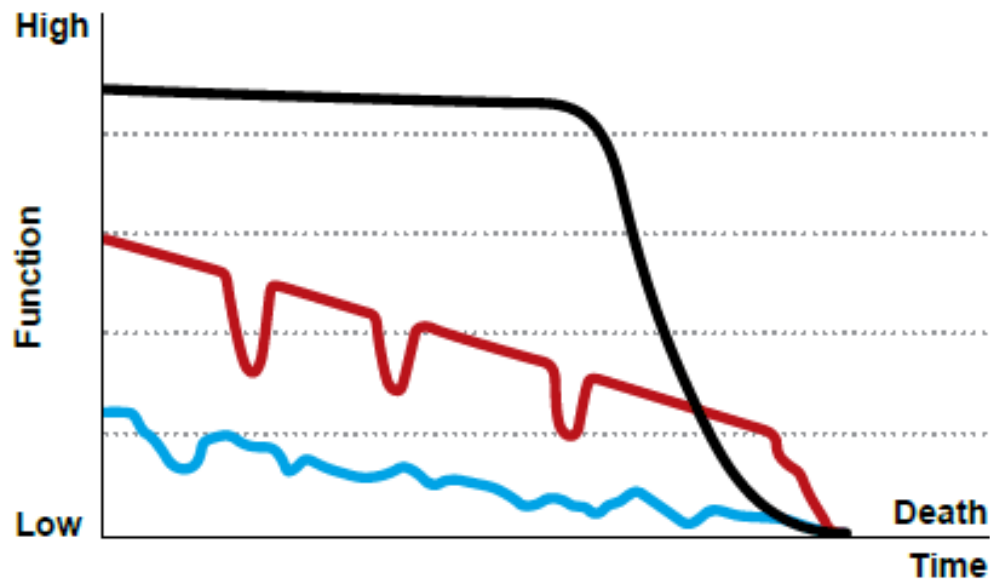
Evaluarea prognosticului

Estimarea prognosticului

- Necesită cunoștințe și abilități:
 - Traectoria naturală a diverselor maladii
 - Unele boli sunt asociate cu prognostic rezervat chiar de la diagnostic
 - Date statistice în funcție de tipul și stadiul de cancer (ex.: Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program)
 - Modificările ce pot fi produse de tratament
 - Factori specifici fiecărui pacient (comorbidități, complicații, factori sociali, etc.)
 - Experiență, intuiție
- Estimare – precizia estimării poate fi îmbunătățită
- Instrumente obiective: scale, scoruri, index
- Majoritatea studiilor = în cancer
- Acuratețe mai mare în faza finală

Traieectoria naturală

- Diferite modele, declinul funcțional diferă în funcție de tipul de boală



Source: Murray, S.A. et al¹

- Cancer (n=5)
- Organ failure (n=6)
- Physical and cognitive frailty (n=7)
- Other (n=2)

Prognostic – evaluare clinică

- Estimarea subiectivă a prognosticului (predicția clinică de supraviețuire) este exactă în aproximativ 20% din cazuri (30% erori: experti), fiind de cele mai multe ori prea optimistă (2/3)
- Folosește discernământul clinic
- Cu toate limitările, predicția clinică a prognosticului rămâne utilă în practică
- «Intrebarea surpriză»: ați fi surprins dacă pacientul ar muri în următorul an?
 - Răspunsul este intuitiv, integrând factori clinici care țin de boală sau pacient (vârstă, antecedente, comorbidități, tratamente anterioare), cu factori sociali (support social), psihologici (factori care dau o imagine completă a deteriorării) și cu experiența clinică
 - Recomandată ca instrument de screening pentru identificarea precoce a nevoilor de paliative

Statusul funcțional

- Unul din cei mai importanți factori asociați cu durata de supraviețuire, mai ales în stadiile avansate ale bolii (cancer și non-cancer)
- Viteza declinului funcțional: informație foarte utilă
 - Ipoteza: viteza de deteriorare funcțională are tendința să fie constantă în faza terminală
 - Schimbare de la o lună la alta: speranța de viață formulată în termeni de «luni»; schimbare zilnică : prognostic de câteva zile
 - Important: distincție între cauze reversibile și ireversibile ale declinului funcțional
- Instrumente folosite pentru evaluare

ECOG PERFORMANCE STATUS*

Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

* As published in Am. J. Clin. Oncol.:

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 5:649-655, 1982.

Karnofsky Performance Scale

%	Criteria
100	Normal; no complaints; no evidence of disease
90	Able to carry out normal activity; minor signs or symptoms of disease
80	Normal activity with effort; some signs of symptoms of disease
70	Cares for self; unable to carry on normal activity or do active work
60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his/her needs
50	Requires considerable assistance and frequent medical care
40	Disabled; requires special care and assistance
30	Severely disabled; hospitalisation is indicated although death not imminent
20	Very sick; hospitalisation necessary, active supportive treatment necessary
10	Moribund; fatal processes progressing rapidly
0	Dead



- Durata mediană de supraviețuire:
 - PPS 60-70%: 108 zile
 - PPS30-50%: 41 zile
 - 10-20: 6 zile

**Palliative Performance Scale (PPSv2)
version 2**

Aproximativ 10% din pacientii cu PPS ≤ 50% supraviețuiesc mai mult de 6 luni

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity <i>with</i> Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal Job/Work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or Confusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full or Confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- Confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Drowsy or Coma +/- Confusion
0%	Death	-	-	-	-

Scoruri prognostice

- Acuratețea estimării poate fi îmbunătățită folosind concomitent:
 - statusul de performanță
 - indicatori clinici generali și specifici de declin
 - parametri biochimici sau hematologici
 - metode obiective, validate, de a calcula scoruri prognostice: PPI, PaP, PaP-D, GPS (Glasgow Prognostic Score)

Palliative Prognostic Index (PPI)			
			Max Possible
Palliative Performance Scale	10-20	4.0	4.0
	30-50	2.5	
	>60	0	
Oral Intake	Severely Reduced (< mouthfuls)	2.5	2.5
	Moderately Reduced (> mouthfuls)	1.0	
	Normal	0	
Oedema	Present	1.0	1.0
	Absent	0	
Dyspnoea at rest	Present	3.5	3.5
	Absent	0	
Delirium	Present	4.0	4.0
	Absent	0	
Total			15

- PPI < 4: speranța de viață > 6 săptămâni
- PPI ≤ 6: speranța de viață < 6 săptămâni
- PPI > 6: speranța de viață < 3 săptămâni

PaP Score Classification of Patients in Three Risk Groups		
Dyspnoea	No	0
	Yes	1
Anorexia	No	0
	Yes	1.5
Karnofsky Performance Status	>30	0
	<20	2.5
Clinical Prediction of Survival (weeks)	>12	0
	11-12	2.0
	9-10	2.5
	7-8	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6.0
	1-2	8.5
Total WBC	Normal (4.8-8.5)	0
	High (8.5-11)	0.5
	Very High >11)	1.5
Lymphocyte %	Normal (20-40)	0
	Low (12-19.9)	1.0
	Very Low (<11.9)	2.5
	<i>Total</i>	0 - 17.5
Risk Groups According to Total Score: <u>30-day survival probability</u> >70% 30 - 70% <30%		<u>Total Score</u> 0 – 5.5 5.6 - 11.0 11.1 - 17.5

- Glasgow Prognostic Score

	Points allocated
The GPS	
CRP \geq 10 mg/l and albumin \geq 35 g/l	0
CRP >10 mg/l	1
Albumin <35 g/l	1
CRP >10 mg/l and albumin <35 g/l	2
The mGPS	
CRP \leq 10 mg/l and albumin \geq 35 g/l	0
CRP >10 mg/l	1
CRP >10 mg/l and albumin <35 g/l	2

CRP=C-reactive protein, GPS=Glasgow prognostic score, mGPS=Modified glasgow prognostic score

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating.
Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.

Look for any general indicators of poor or deteriorating health.

- Unplanned hospital admission(s).
- Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility.
(eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.)
- Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems.
- The person's carer needs more help and support.
- The person has had significant weight loss over the last few months, or remains underweight.
- Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.

Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.

Cancer

Functional ability deteriorating due to progressive cancer.

Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control.

Dementia/ frailty

Unable to dress, walk or eat without help.

Eating and drinking loss; difficulty with swallowing.

Urinary and faecal incontinence.

Not able to communicate by speaking; little social interaction.

Frequent falls; fractured femur.

Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.

Neurological disease

Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.

Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing.

Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.

Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability.

Heart/ vascular disease

Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort.

Severe, inoperable peripheral vascular disease.

Respiratory disease

Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations.

Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy.

Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated.

Other conditions

Deteriorating and at risk of dying with other conditions or complications that are not reversible; any treatment available will have a poor outcome.

Kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health.

Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments.

Stopping or not starting dialysis.

Liver disease

Cirrhosis with one or more complications in the past year:

- diuretic resistant ascites
- hepatic encephalopathy
- hepatorenal syndrome
- bacterial peritonitis
- recurrent variceal bleeds

Liver transplant is not possible.

Review current care and care planning

- Review current treatment and medication to ensure the person receives optimal care; minimise polypharmacy.
- Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage.
- Agree a current and future care plan with the person and their family. Support family carers.
- Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely.
- Record, communicate and coordinate the care plan.

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

SPICT este folosit pentru identificarea persoanelor a căror stare de sănătate se deteriorează.

Evaluează nevoi nesatisfăcute de îngrijire paliativă sau de asistență și planifică îngrijirea.

Căutați indicatori generali ai unei stări de sănătate precară sau care se deteriorează:

- Internări în spital neplanificate;
- Status de performanță prost sau în deteriorare, cu reversibilitate limitată (ex. persoana stă în pat/scaun mai mult de jumătate de zi);
- Depinde de alții pentru îngrijire din cauza unor probleme fizice și /sau mentale.
- Îngrijitorul persoanei are nevoie de mai mult ajutor și suport;
- Persoana a suferit o pierdere semnificativă în greutate în ultimele luni, sau rămâne subponderală;
- Simptome persistente, în ciuda optimizării tratamentului pentru boala de bază;
- Persoana (sau familia acesteia) solicită îngrijire paliativă; alege să reducă, să oprească sau refuză tratamentul și dorește să se concentreze pe calitatea vieții.

Căutați semne clinice ale unuia sau mai multor boli care pot limita durata vieții :

Cancer

- Abilitatea funcțională se deteriorează din cauza progresiei cancerului;
- Prea slăbit pentru tratament antineoplazic sau tratament pentru controlul simptomelor.

Demență/debilitate

- Incapabil să se îmbrace, să meargă sau să mănânce fără ajutor;
- Mănâncă și bea mai puțin, prezintă dificultăți la înghițire;
- Incontinență urinară sau fecală;
- Incapabil să comunice verbal, interacțiune socială redusă;
- Căderi frecvente, fractură de femur;
- Episoade febrile recurente sau infecții, pneumonie de aspirație.

Boli neurologice

- Deteriorare progresivă fizică și/sau a funcției cognitive, în ciuda optimizării tratamentului;
- Probleme de vorbire și accentuarea dificultății de a comunica și/sau dificultate progresivă la înghițire;
- Pneumonie de aspirație recurentă, dispnee sau insuficiență respiratorie;
- Paralizie persistentă după AVC cu pierdere semnificativă ale funcțiilor și dizabilități continue.

Boli cardiovasculare

- Insuficiență cardiacă sau boală arterială coronariană ischemică extensivă cu dispnee, dureri în piept în timpul odihnei sau la efort minim;
- Boli vasculare periferice severe, inoperabile.

Boli renale

- Boală renală cronică stadiul 4 sau 5 (eGFR < 30ml/min) cu deteriorarea stării de sănătate;
- Insuficiență renală care complică alte boli ce pot limita durata vieții sau tratamentele;
- Ôprirea sau neînceperea dializei.

Boli respiratorii

- Boli cronice pulmonare cu dispnee în repaus sau la efort minim între exacerbări;
- Hipoxie persistentă necesitând terapie pe termen lung cu oxigen;
- A avut nevoie de ventilație pentru insuficiență respiratorie sau ventilația este contraindicată.

Boli hepatice

- Ciroză hepatică cu una sau mai multe complicații în ultimul an:
 - Ascită refractară la diuretic
 - Encefalopatie hepatică
 - Sindrom hepatorenal
 - Peritonită bacteriană
 - Sângerări recurente ale varicelor esofagiene
- Transplantul de ficat nu este posibil.

Alte condiții

Sănătate precară și risc de moarte din cauza altor boli și complicații ireversibile; orice tratament disponibil ar avea un rezultat slab.

Revedeți îngrijirea actuală și planificați îngrijirea :

- Revizuiți tratamentul curent și medicația pentru a vă asigura că persoana beneficiază de o îngrijire optimă; minimizați polipragmazia;
- Luați în considerare recomandarea trimerii pentru evaluarea specializată dacă simptomele sau problemele sunt complexe și greu de administrat;
- Cădeți de acord asupra unui plan de îngrijire curent și viitor cu persoana și familia sa; susțineți îngrijitorii din familie;
- Dacă pierderea capacității de a lua decizii este probabilă, planificați în avans;
- Consemnați, comunicați și coordonați planul de îngrijire.

Prognosticarea in boli oncologice

- Majoritatea datelor din literatură despre prognosticare provin din studii în boli oncologice avansate
- Evoluția mai predictibilă, dar cu unele excepții
- Factori prognostici dependenți de caracteristicile tumorii (mai puțin importanți în boala avansată)
- Rezultate de laborator: leucocitoză, limfopenie, anemie, hipoalbuminemie, LDH ↑, CRP ↑
- Instrumente validate: ex. PaP, PPSv2, PPI, GPS

Prognosticarea in boli oncologice

- Simptome și semne asociate cu speranța de viață mai scurtă: **declin funcțional**, delirium, dispnee, cașexie-anorexie, disfagie, disfuncție cognitivă
- Circumstanțe asociate cu prognostic defavorabil:
 - Metastaze multiple (hepatice, cerebrale, pulmonare)
 - Hipercalcemie refractară
 - Hemoragii tumorale
 - Insuficiență medulară osoasă(fără transfuzii)
 - Insuficiență hepatică

Prognosticarea in boli non-oncologice

- Dificultăți mai mari
- Traectoria bolii mai puțin previzibilă, mai multe fluctuații, risc mai mare de deces brusc
- Inghețarea prognosticului
- Indicatori generali de prognostic defavorabil: declin funcțional, malnutriție, hipoalbuminemie
- Debilitate / demență sau insuficiență de organ: indicatori specifici de prognostic rezervat

Comunicarea prognosticului

- „Doctore, cât mai am (de trăit)?“ – important de clarificat sensul întrebării, validarea importanței întrebării
- Comunicare clară, cu compasiune, timp pentru întrebări
- Dezvăluirea adevărului cu privire la boala incurabilă și la prognosticul nefavorabil poate fi o problemă pentru unii profesioniști – sentiment de vulnerabilitate, hopelessness
- Abordarea onestă a incertitudinii: recunoașterea incertitudinii, verificat cu pacientul cât vrea să știe
- Prognosticul formulat în termeni probabilistici, sau de ex. zile – săptămâni, nu interval de timp exact
- Abilități de comunicare a veștilor proaste și de rupere a conșpirației tăcerii
- Comunicare eficientă cu pacientul și cu familia - proces continuu, limbaj adaptat
- Aspecte culturale, sociale

Concept		10 Steps to Better Prognostication			Action Steps
Foresee	Science	Disease	1.	Start with an Anchor Point	<ul style="list-style-type: none"> Obtain details of known survival stats by stage of disease, SEER web, etc; speak with expert about 1-,5-,10-Yr survival stats
		Function	2.	Assess changes in Performance Status (amount; rate of change)	<ul style="list-style-type: none"> Use a functional status tool which is part of prognosis (eg. PPS, KPS, ECOG) to assess illness trajectory
		Tests	3.	Known physical signs and laboratory markers related to prognosis	<ul style="list-style-type: none"> Eg. ↑WBC, ↓%lymphocytes, ↓albumin Eg. Delirium, dyspnea, anorexia, weight loss, dysphagia
		Tools	4.	Utilize palliative or end-stage prognostic tools	<ul style="list-style-type: none"> PPS, PaP, PPI, SHFM, CCORT, CHES, nomograms, etc
	Skill	Judgment	5.	Clinician Prediction of Survival. Would I be Surprised?	<ul style="list-style-type: none"> Use your clinical judgment to formulate See if it fits with the above prognostic factors & adjust accordingly Remember common optimistic bias & adjust further
Foretell	Art	Centre	6.	What is important to my patient? To the family?	<ul style="list-style-type: none"> Who/what do they want to know/not know? Is it 'how long' or 'what will happen'? What are their goals; what is hoped for
		Frame it	7.	Use probabilistic planning and discussion	<ul style="list-style-type: none"> Ball-park range; average survival; most will live ...; outliers; talk in time-blocks; etc
		Cautions	8.	Share limitations of your prognosis	<ul style="list-style-type: none"> No one knows for sure; exceptions do occur Changes can occur at any time
		Changes	9.	Review and Reassess Periodically	<ul style="list-style-type: none"> "What is" will change Especially if 'trigger's arise
		Follow-up	10.	Stay Connected	<ul style="list-style-type: none"> Discuss advance care planning as things may change further at anytime Initiate effective symptom control Involve inter-professional & home team; furthermore, patients want their physician to remain involved, even close to death, and will feel abandoned otherwise

10 Steps to Better Prognostication. © M. Downing, Victoria Hospice Society, 2009

PPS=Palliative Performance Scale; KPS=Karnofsky Performance Scale; PaP=Palliative Prognostic Score; PPI= Palliative Performance Index; ECOG=Eastern Cooperative Oncology Group performance status; SEER=Surveillance Epidemiology & End Results; SHFM=Seattle Heart Failure Model; CCORT= Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team; CHES=Changes in end-stage symptoms and signs.

Concluzii

- Factor important din motive clinice, etice, organizaționale
- Acuratețe aproximativ 20%, atenție la capcane
- Proces care este revizuit și rafinat continuu, factorii prognostici pot evolua în timp
- Complicațiile sau schimbările în tratament pot schimba evoluția bolii temporar sau permanent
- Aproximarea morții poate fi greu de recunoscut, mai ales în bolile non-oncologice, dar de obicei în starea terminală statusul funcțional se schimbă semnificativ (important = viteza schimbării)
- Folosirea unor metode obiective poate îmbunătăți precizia prognosticării

Concluzii

- Intrebarea „Doctore, cât mai am de trăit?“ se referă de multe ori nu numai la cantitatea timpului ramas, ci și la calitatea îngrijirilor
- Abordare onestă a incertitudinii, modul de comunicare
- Atenție la aspectele culturale și diferențele individuale, nu toată lumea vrea informații despre prognostic
- De obicei, în apropierea morții, pacientul vrea mai puține informații, iar familia are nevoie de mai multe informații
- Păstrarea speranței, « Hope for the best, but prepare for the worst »

Muțumesc!

