

***ASTENIA E QUALITÀ DI VITA  
IN PAZIENTI ONCOLOGICI IN  
TRATTAMENTO CON  
COASTEN®***

---

***Prof. Domenico Genovesi  
Direttore U.O. Radioterapia Oncologica  
Ospedale Clinicizzato di Chieti  
Principal Investigator***

***Consuelo Rosa  
Università degli Studi G. D'Annunzio  
U.O. Radioterapia Oncologica  
Ospedale Clinicizzato di Chieti***

## ***RAZIONALE:***

L'astenia è....

- sintomo prevalente e altamente angosciante vissuto dalla maggior parte dei pazienti
- colpisce le capacità dei pazienti di svolgere attività associate con la vita quotidiana e limita i loro ruoli, con decremento significativo della qualità di vita
- ha cause poco conosciute
- ulteriori ricerche sono quindi necessarie per sviluppare efficaci strategie di gestione e per migliorare la qualità di vita

## ***SCOPO:***

- Efficacia del trattamento con **COASTEN®** in termini di miglioramento della funzionalità fisica, QoL, salute psicologica ed emotiva secondo la BFI (Brief Fatigue Inventory) Mod.

## ***DISEGNO E DURATA:***

- Studio aperto
- Durata di 6 mesi

## ***CRITERI DI INCLUSIONE:***

- ✓ Pazienti adulti
- ✓ Donne e uomini con storia di astenia cancro-correlata definita con scala BFI
- ✓ Qualsiasi tipo di patologia tumorale, eccetto tumori cerebrali o linfomi del SNC
- ✓ Presenza di astenia  $\geq$  1 mese prima dell'arruolamento
- ✓ Aspettativa di vita di almeno 6 mesi (trattamenti radicali e oligometastatici)

## ***CRITERI DI ESCLUSIONE:***

- ❖ Ipersensibilità riconosciuta verso i componenti di COASTEN®
- ❖ Nausea e /o vomito incontrollati o qualsiasi sintomo che possa impedire l'assunzione per via orale
- ❖ Trattamento con cuminici
- ❖ Malnutrizione, infezioni attive, disturbi della tiroide
- ❖ Presenza di disturbi cognitivi

# TRATTAMENTO:

Un flaconcino al mattino di **COASTEN®**  
per OS per 48 gg assunto al mattino  
lontano dai pasti

COASTEN: Panax Ginseng 1000 mg, Coenzima Q10 150 mg, Carnitina 250 mg, Pappareale 30 mg, Mirtillo 278 mg, Miele d'acacia 1000 mg, Magnesio pidolato 560 mg

# VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA:

- Valutazione basale al giorno 0 tramite BFI
- Valutazione dopo 24 gg tramite BFI
- Valutazione dopo 48 gg tramite BFI

*Questionario eseguito dal paziente*

## BRIEF FATIGUE INVENTORY Mod.

Brief Fatigue Inventory The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center

Questionario di autovalutazione dell'astenia (Brief Fatigue Inventory) modificato

Centro \_\_\_\_\_

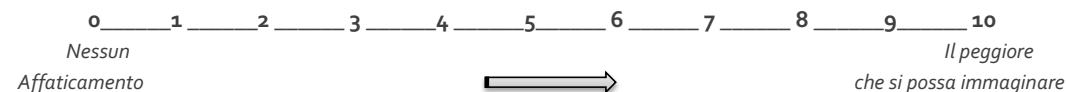
Data \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

Durante la nostra vita, molti di noi attraversano momenti di estrema stanchezza.

**Ha avvertito una stanchezza inusuale durante la settimana trascorsa?** SI  NO

⇒ Come valuto il recupero delle mie forze dopo la terapia

1) Per prima cosa, considero questa scala che esprime un punteggio da 0 a 10



2) Per ogni domanda sotto esposte, **metto un valore della scala**. Questo valore esprimerà l'entità del mio disturbo:

	Prima della terapia (giorno 0)	Durante la Terapia (giorno 24)	Dopo la terapia (giorno 48)
3) La mia stanchezza			
a) In questo momento è			
b) Nelle ultime 24 ore			
c) Nella ultima settimana			
4) A causa di questa mia stanchezza			
a) La mia attività generale è			
b) La mia capacità di camminare è			
c) La mia capacità di lavarmi è			
d) La mia capacità di vestirmi è			
e) La mia contentezza è (piacere della vita)			
f) La qualità del mio rapporto con gli altri è			
<b>SCORE</b>			

A.G. (score 61-90)

A.M. (score 31-60)

A.L. (Score 1-30)

# ACCORDO DI PARTECIPAZIONE AL PROTOCOLLO

ACCORDO DI PARTECIPAZIONE AL PROTOCOLLO  
ASTENIA E QUALITÀ DI VITA IN PAZIENTI ONCOLOGICI IN TRATTAMENTO  
CON COASTEN®

Il sottoscritto

(Titolo) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

Dichiara di aver letto il presente documento ed esprime l'interesse del Centro

(Nome del Centro) \_\_\_\_\_

a partecipare al protocollo **COASTEN®**

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il presente documento firmato andrà restituito alla segreteria  
congressuale o inviato  
via e-mail all'indirizzo [radioterapia.chieti@asl2abruzzo.it](mailto:radioterapia.chieti@asl2abruzzo.it)  
o via fax al numero 0871/357473  
entro e non oltre l'11 DICEMBRE 2017**