Il rantolo pre-morte

Data 17 agosto 2025
Categoria oncologia

Come comportarsi di fronte a un paziente nelle ultime fasi della vita che presenta il rantolo pre-morte?

Il rantolo pre-morte si verifica spesso nelle fasi terminali della vita ed è caratterizzato da un respiro simile a un gorgoglio dovuto all'accumulo di secrezioni nelle vie aeree superiori. Anche se non è sempre associato a sofferenza per il paziente, può causare ansia e disagio tra i familiari e i caregivers.
Le cause del rantolo pre-morte sono diverse: secrezioni salivari e bronchiali (infiammazione o infezione), edema polmonare, incapacità del paziente a deglutire. Non necessariamente il rantolo pre-morte è associato a dispnea e non è necessario monitorare la saturazione di ossigeno. L'obiettivo primario del medico deve essere quello del confort del paziente per cui ogni tipo di intervento deve essere valutato in questa ottica. Infatti se non vi sono segni di sofferenza il sintomo è più un problema per i familiari che per il paziente. Per questo nelle fasi finali della vita può essere utile valutare l'effettiva necessità dei farmaci somministrati (per dire quelli per terapie croniche), alcuni dei quali, tra l'altro, potrebbero aggravare il sintomo (come per esempio i diuretici che potrebbero far aumentare le secrezioni).
Va da sé che se il paziente ha espresso chiaramente in precedenza la sua volontà di non essere sottoposto a terapie inutili queste disposizioni vanno rispettate.

Le misure non farmacologiche hanno lo scopo di ridurre le secrezioni e di favorirne il drenaggio (ridurre l'idratazione a non più di 500 ml nelle 24 ore, posizionare il paziente in decubito laterale alternato). Se disponibile si può procedere a una aspirazione delicata, purché questo non provochi disagi al paziente. Importante anche spiegare ai familiari che il rantolo pre-morte non è necessariamente segno di sofferenza o di mancanza di respiro.
Il farmaco consigliato per il trattamento è l'N-butilbromuro di joscina, un antimuscarinico e anticolinergico che riduce la produzione di secrezioni. Esso non ha efficacia sulle secrezioni già presenti, perciò la sua somministrazione dovrebbe avvenire il prima possibile, non appena si presenta il rantolo (inizialmente 20 mg in bolo sottocute, poi dose di mantenimento da 20 a 120 mg/die in infusione continua sottocute oppure 20 mg ogni 4 o 6 ore).

La gestione del rantolo pre-morte rappresenta una sfida significativa per il medico e una fonte di ansia e paura per i familiari. È essenziale una comunicazione chiara ed empatica per affrontare e ridurre le preoccupazioni dei familiari e creare un ambiente più sereno.

RenatoRossi

Bibliografia

Kolb H, Snowden A, Stevens E. Systematic review and narrative summary: Treatments for and risk factors associated with respiratory tract secretions (death rattle) in the dying adult. J Adv Nurs. 2018 Jul;74(7):1446-1462. doi: 10.1111/jan.13557. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29495089.

Wee B, Hillier R. Interventions for noisy breathing in patients near to death. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;2008(1):CD005177. doi: 10.1002/14651858.CD005177.pub2. PMID: 18254072; PMCID: PMC6478131.

Lokker ME, van Zuylen L, van der Rijt CC, van der Heide A. Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2014 Jan;47(1):105-22. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.03.011. Epub 2013 Jun 18. PMID: 23790419.

Twomey S, Dowling M. Management of death rattle at end of life. Br J Nurs. 2013 Jan 24-Feb 13;22(2):81-5. doi: 10.12968/bjon.2013.22.2.81. PMID: 23587890.

Potter J, Korownyk CS. Reducing death rattle at the end of life. Can Fam Physician. 2023 Jul;69(7):477. doi: 10.46747/cfp.6907477. PMID: 37451996; PMCID: PMC10348797.

Campbell ML. Assuaging listener distress from patient death rattle. Annals of Palliative Medicine. 2019;8(Suppl1):S58-S60.

Matsunuma R, Suzuki K, Matsuda Y, Mori M, Watanabe H, Yamaguchi T. Palliative care physicians' perspectives of management for terminally ill cancer patients with death rattle: a nationwide survey. Jpn J Clin Oncol. 2020 Jul 9;50(7):830-833. doi: 10.1093/jjco/hyaa044. PMID: 32419027.