



Gaetano Lanzetta
Oncologia Medica
I.N.I. - Grottaferrata (RM)



LE URGENZE IN ONCOLOGIA



ROMA - 19 dicembre 2018
NII Collection Vittorio Veneto



...che cos'è un'urgenza?

...che cos'è un'emergenza?

...e in Oncologia ??

EMERGENZA vs **URGENZA**

- QUALSiasi condizione patologica ad insorgenza improvvisa con evoluzione piu' o meno rapida che, in assenza di adeguato trattamento entro **POCHE ORE**, compromette le funzioni vitali
- QUALSiasi condizione patologica ad insorgenza improvvisa con evoluzione piu' o meno rapida che, in assenza di adeguato trattamento entro **POCHE MINUTI**, compromette le funzioni vitali



L'evento che ho di fronte è REVERSIBILE?



E' Ragionevole
**INTERVENIRE
SULLA CAUSA?**



Devo gestire la MALATTIA ?

... A VOLTE ...



Devo gestire il SINTOMO?

...SEMPRE!...

FERNANDA

- Maestra, 56 aa. K mammella localmente avanzato, ulcerato, non metastasi ossee note.
- In trattamento con oppioidi e FANS per dolore in sede di ulcera neoplastica
- Chiamato dei familiari: la paziente accusa inaspettatamente un malessere generalizzato, ha molta sete ma vomita, è a tratti è confusa e verbalmente aggressiva.



QUALI IPOTESI DIAGNOSTICHE POSSIAMO PRENDERE IN CONSIDERAZIONE ?

- **Insufficienza renale acuta**
- **Dose oppioidi eccessiva**
- **Ipercalcemia**
- **Ipoglicemia**



IPERCALCEMIA

Complicazione metabolica frequente associata ai tumori con tendenza a produrre metastasi ossee (es. ca mammella, prostata, polmone, mieloma etc)

Lieve	Moderata	Grave
< 12 mg/dL	12-14 mg/dL	> 14 mg/dL
< 3 mmol/L	3-3.5 mmol/L	> 3.5 mmol/L
Spesso asintomatica, NON richiede una correzione in acuto	Può essere ben tollerata, ma può divenire sintomatica se l'aumento della calcemia è rapido	SEMPRE sintomatica, richiede intervento urgente per l'alto rischio di aritmie e coma

MANIFESTAZIONI CLINICHE:

- Nausea
- Anoressia
- Stipsi
- Poliuria
- Disidratazione
- Confusione
- Delirio
- Coma
- Anomalie ECG (accorciamento QT, allungamento intervallo P-R)
- Aritmie atriali e ventricolari



TRATTAMENTO :

Terapia immediata

Trattare i sintomi più urgenti (nausea, vomito, stati confusionali)

Idratazione e.v. per le successive 72 ore (quantità e velocità di infusione in relazione allo stato clinico e cardio-vascolare) ± diuretici ansa (furosemide 20-40 mg)



TRATTAMENTO :

IDRATAZIONE

- Ogni litro riduce il Ca di 0.25 mmol
- Monitorare l'eccesso di liquidi in caso di insufficienza renale, cardiopatici o pazienti anziani
- Diuretici dell'ansa usati in caso di sviluppo di ipervolemia
- Valutare dialisi in caso di insufficienza renale

ACIDO ZOLEDRONICO (4 mg in 15 min)

- Effetto non immediato, richiedono almeno 2-4 giorni)
- Controindicato in pazienti con insufficienza renale (rischio necrosi tubolare acuta)
- Durata media del controllo dei livelli di calcio da 32 a 43 giorni

TRATTAMENTO :

STEROIDI

Diminuiscono i livelli di calcio nei pazienti in cui l'ipercalcemia è associata con un'aumentata sintesi di Vitamina D

Sono indicati nei casi in cui i bifosfonati non siano facilmente accessibili o dove coesistano altre motivazioni (nausea o dolore) che ne giustifichino l'utilizzo.

Prednisone 40-100 mg /die

Idrocortisone 100-400 mg/die

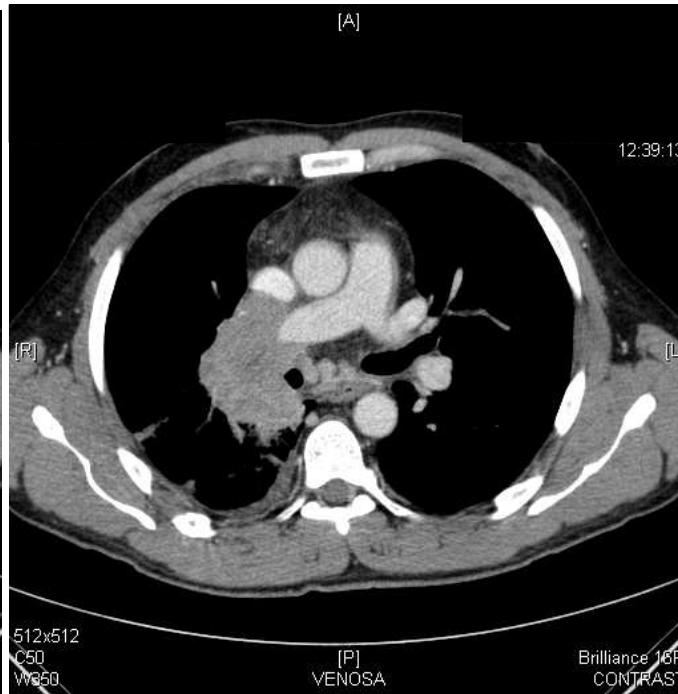
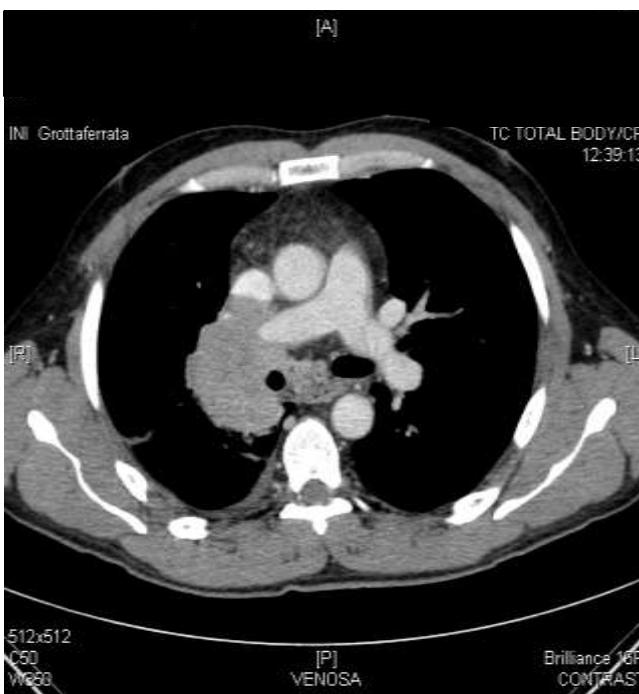
Desametasone 4 mg/die

DENOSUMAB 120 mg sc

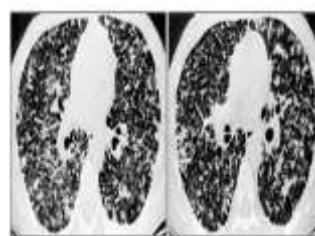
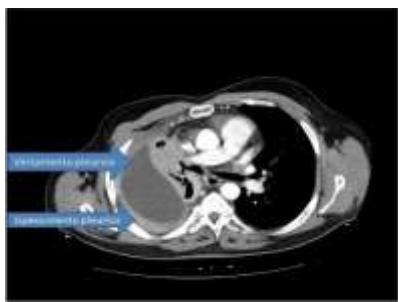
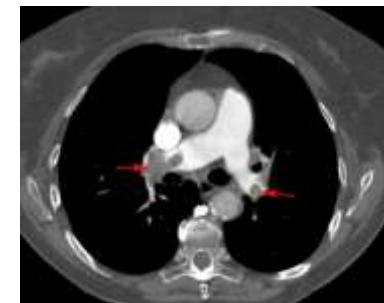
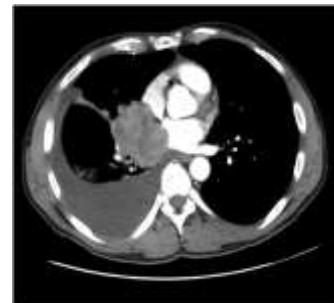
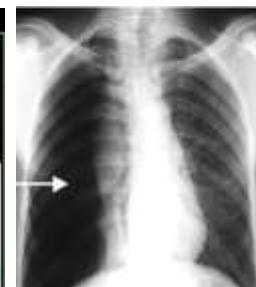
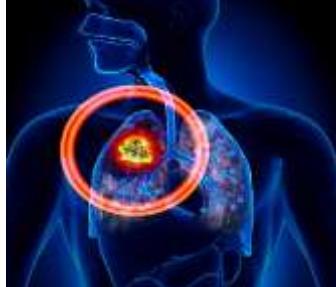
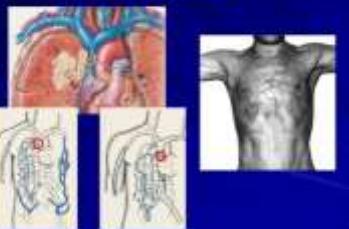
Ipercalcemia non responsiva ai bifosfonati

ENRICA

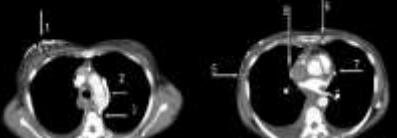
- Giovane donna di 75 aa con tumore polmonare NSCLC .
- Affetta da neoplasia del con linfoadenopatie mediastiniche e lesioni ossee secondarie, in trattamento con oppioidi per dolore.
- Improvviso peggioramento della dispnea e cefalea fortissima durante la notte.
- Quale diagnosi possibile dovremmo considerare e quali opzioni di trattamento?



SINDROME DELLA VENA CAVA SUPERIORE
CIRCOLI COLLATERALI



Dimostrazione delle collaterali venose



- 1) Plesso venoso aerolare 2)Vena intercostale superiore
3)Vena emiazygos 4)vene paravertebrali 5)Vena toracica laterale
6)Vena mammaria interna 7)Vena pericardica sinistra
8)Vene mediastiniche

QUALI IPOTESI DIAGNOSTICHE POSSIAMO PRENDERE IN CONSIDERAZIONE ?

■ **Ipertensione Arteriosa**

■ **Aneurisma Cerebrale**

■ **Insufficienza Respiratoria Acuta**

■ **Acidosi Metabolica**



DISPNEA

*"Anormale e sgradevole
consapevolezza del proprio respiro"*



Analogie con il dolore:

- Sensazione soggettiva
- Non facile correlabilità alla gravità della alterazione organica sottostante
- Componenti percettive ed elaborative
- Fase reattiva (componenti emotive)



DEFINIZIONE TRATTAMENTO FARMACOLOGICO



*"Anormale e sgradevole
consapevolezza del proprio respiro"*



Analogie con il dolore:

- Sensazione soggettiva
- Non facile correlabilità alla gravità della alterazione organica sottostante
- Componenti percettive ed elaborative
- Fase reattiva (componenti emotive)

Azione sintomatica diretta:

Oppioidi, Steroidi, Metilxantine, Ossigenoterapia

Azione su fattori che contribuiscono alla dispnea: Broncodilatatori (Broncospasmo); Diuretici (Sovraccarico di Liquidi); Benzodiazepine (Ansia)

OPPIODI

L'esatto meccanismo di azione non è ancora del tutto chiaro

AZIONE CENTRALE

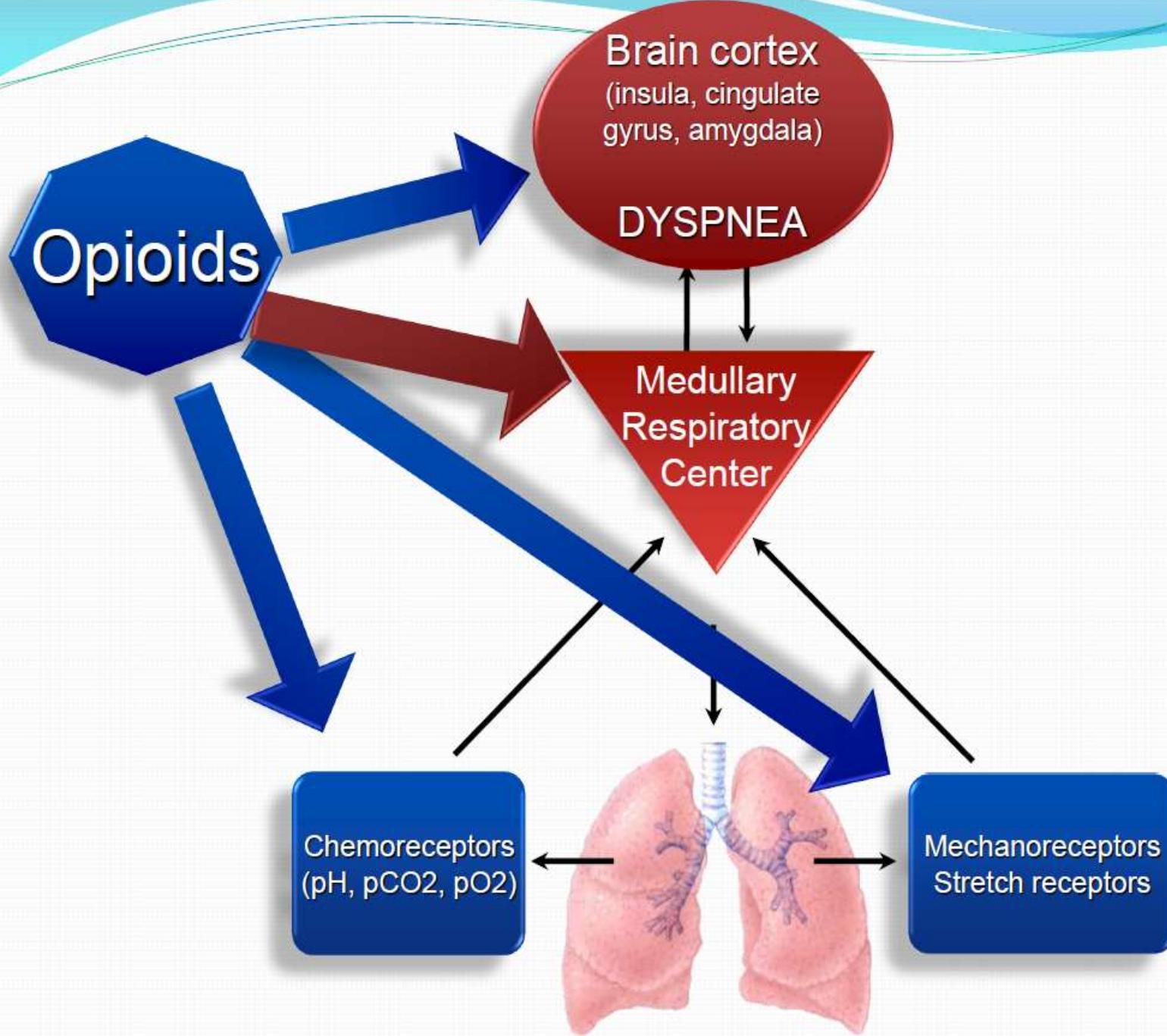


- “Reset” dei centri respiratori, ↓ sensibilità alla CO₂ e ↓ frequenza atti respiratori, ↓ fatica della respirazione;
- Sedazione centrale con relativa riduzione della sensazione di “fame d’aria”

AZIONE PERIFERICA



- Vasodilatazione, ↓ del post-carico e diminuzione del lavoro cardiaco e ↓ congestione polmonare rapida ed efficace
- Broncodilatazione mediata da recettori periferici per gli oppiacei presenti a livello bronchiale



DISPNEA

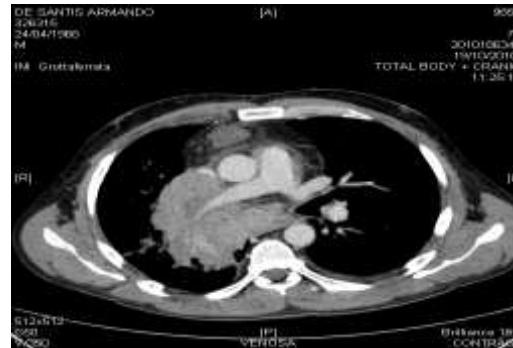


TERAPIA IMMEDIATA

- **MORFINA** 5-10 mg s.c./os per la dispnea
- **STEROIDI:** Desametazone alte dosi: 16-24mg e.v. in iniezione lenta (2 min circa)
- **DIURETICI:** sollievo sintomatologico dell'edema, immediato ma spesso transitorio. Dosaggio dipendente da volemia e funzionalità renale ...**FUROSEMIDE E.V.** (compatibilmente con P.A.)

VENTILARE LA STANZA, FAR ASSUMERE POSIZIONE ORTOPNOICA

TRATTAMENTO SUCCESSIVO



- Trattamento sintomatico della dispnea (**Morfina, Benzodiazepine** es. alprazolam, lorazepam, midazolam)
- Continuare con desametazione alte dosi riducendolo solo se è stato raggiunto un buon controllo dei sintomi (o se, dopo 5 gg, non c'è stato beneficio)



Palliation of refractory dyspnea



Opioids, systemic



Opioids, nebulized



Inhaled furosemide



Anxiolytics



Oxygen - hypoxemic



Oxygen - normoxemic



Fan

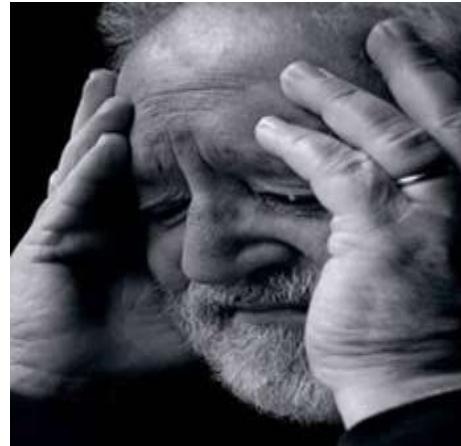


Pulmonary rehabilitation





IL DOLORE



E' UN FENOMENO
PERSONALE E SOGGETTIVO,
**"UNA SPIACEVOLE SENSAZIONE FISICA
ASSOCIATA AD UNA ESPERIENZA EMOZIONALE"**

*Costituisce uno dei segni più precoci delle esperienze sensoriali,
attraverso cui è possibile rendersi conto dell'esistenza di una
malattia*

**IASP: International Association for the Study of Pain
1986**

LE COMPONENTI DEL DOLORE ONCOLOGICO

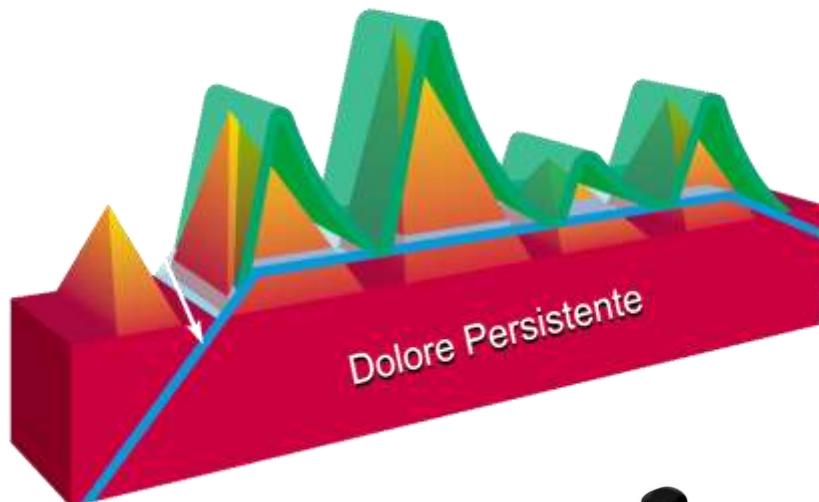
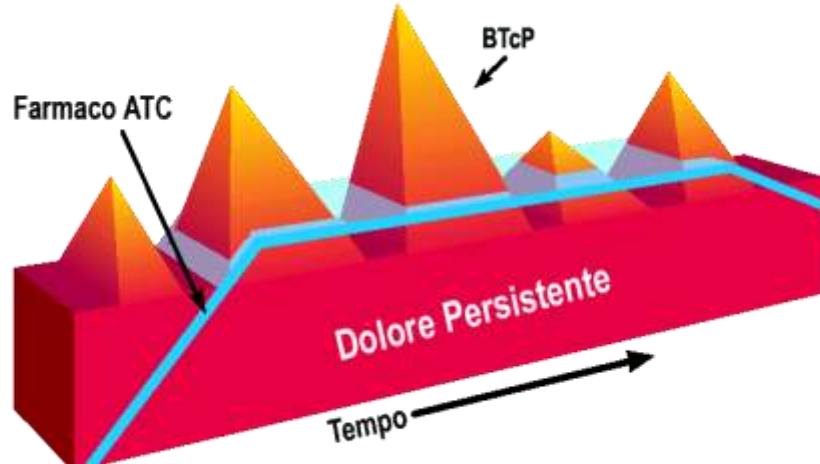
DOLORE DI BASE O PERSISTENTE



BreakThrough cancer Pain (BTcP)

o

Dolore Episodico Intenso (DEI)



Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*. 1990;41(3):273–281.

Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain*. 1999;81(1–2):129–134.

Zeppetella G. Impact and management of breakthrough pain in cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2009;3(1):1–6.

Epidemiology of cancer pain



• Epidemiology of cancer

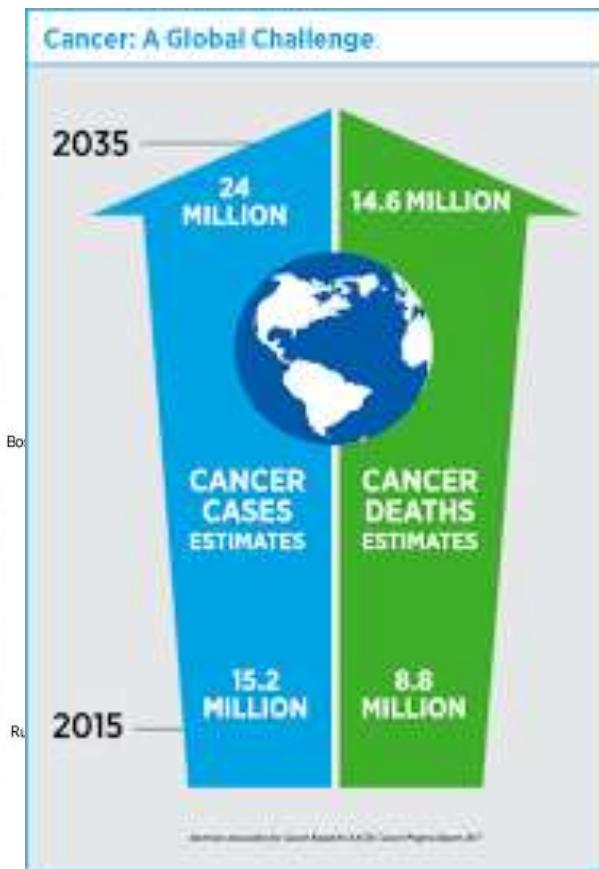
- 3.45 million /year of new cases of cancer in Europe⁽¹⁾
- 1.75 million deaths from cancer in Europe in 2012

• Prevalence of Pain⁽²⁾

- Early stage of disease : 30 % to 45% of patients
- Advanced stage of the disease : > 75 % of patients

• Pain Intensity^{(3) (4)}

- more than one-third of patients graded their pain as moderate or severe (4-6)
- high (7- 8/10) : 25 to 30 % of patients



(1) Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 q J. Ferlay a,†, E. Steliarova-Foucher a, J. Lortet-Tieulent a, S. Rosso b, J.W.W. Coebergh c,d, H. Comber e, D. Forman a, F. Bray

(2) JM Andrieu & P Colonna. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. Ed ESTEM. 1997

(3) Krakowski I et al. Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. Bull Cancer, 1996 ; 83 (suppl. 1) : 9s-79s

(4) Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes H. Breivik1*, N. Cherny2, B. Collett3, F. de Conno4, M. Filbet5, A. J. Foubert6,

Annals of Oncology 20: 1420–1433, 2009

Fare diagnosi di BTcP: la definizione

"BTcP is a transitory exacerbation of pain that occurs on a background of otherwise stable pain in patient receiving chronic opioid therapy"

(Partenoy 1990)



"Esacerbazione transitoria del dolore che avviene sia spontaneamente sia in seguito a prevedibili o imprevedibili fattori scatenanti, a fronte di un dolore di base adeguatamente controllato da un trattamento ATC (around the clock)"

(Davies, 2009; Zeppetella 2011)

In che misura concordi con questa definizione?



certamente d'accordo	72,9%
parzialmente d'accordo	26,5%
non so	0,0%
parzialmente in disaccordo	0,6%
certamente in disaccordo	0,0%



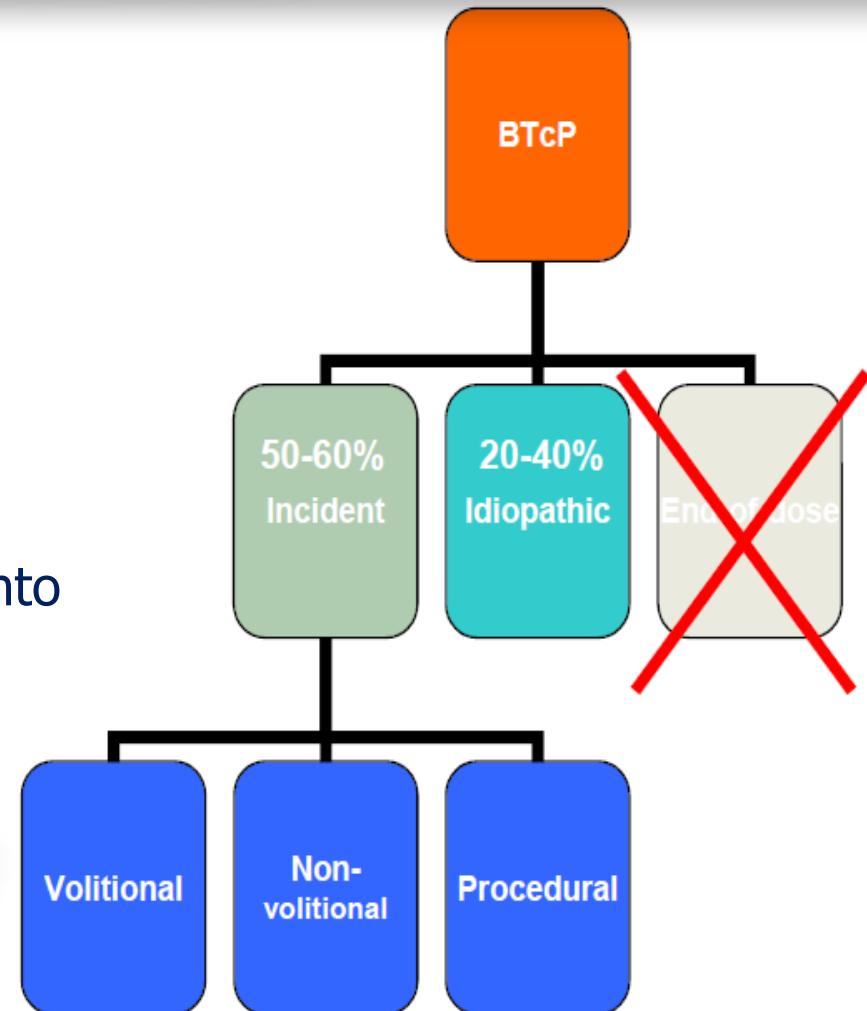
(Corli, Pizzuto, 2011)

BTcP: sottotipi

E DIVERSO TRATTAMENTO ?

Incidente

- Volontario, precipitato da un atto volontario (camminare)
- Non-volontario, precipitato da un atto involontario (tossire)
- procedurale, correlato ad intervento assistenziale (medicazione)

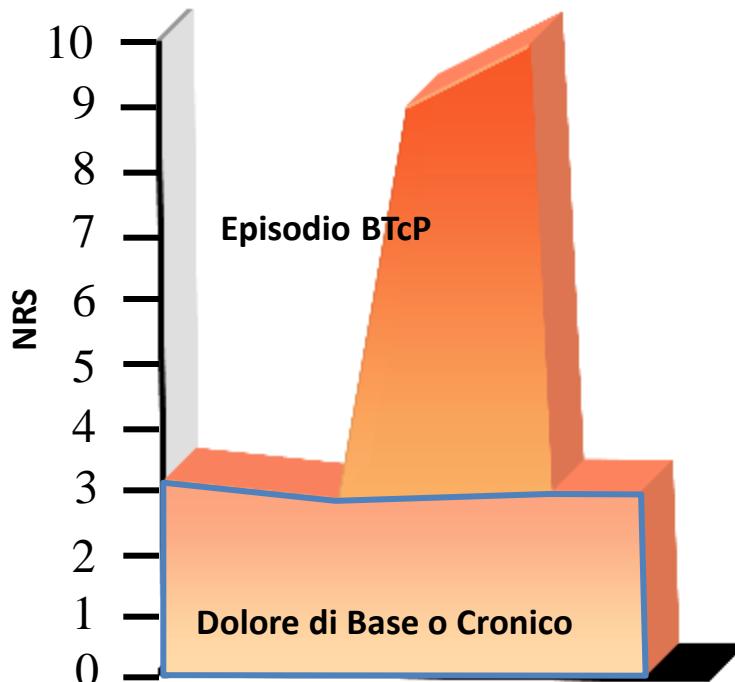


Spontaneo (o idiopatico)

- inaspettato e non prevedibile

Davies A. *Eur J Palliat Care* 2005;12 (suppl):4-6
Davies AN et al., *Eur J Pain* (2008), doi:10.1016/j.ejpain.2008.06.014

Breakthrough cancer pain (BTcP)



Caratteristiche Cliniche

- Insorgenza: \leq a 3 minuti

Portenoy RK, 1990

- Intensità: $6 \leq \text{NRS} \leq 10$

Portenoy 1990

Portenoy 1999

Fine P, G. 1998

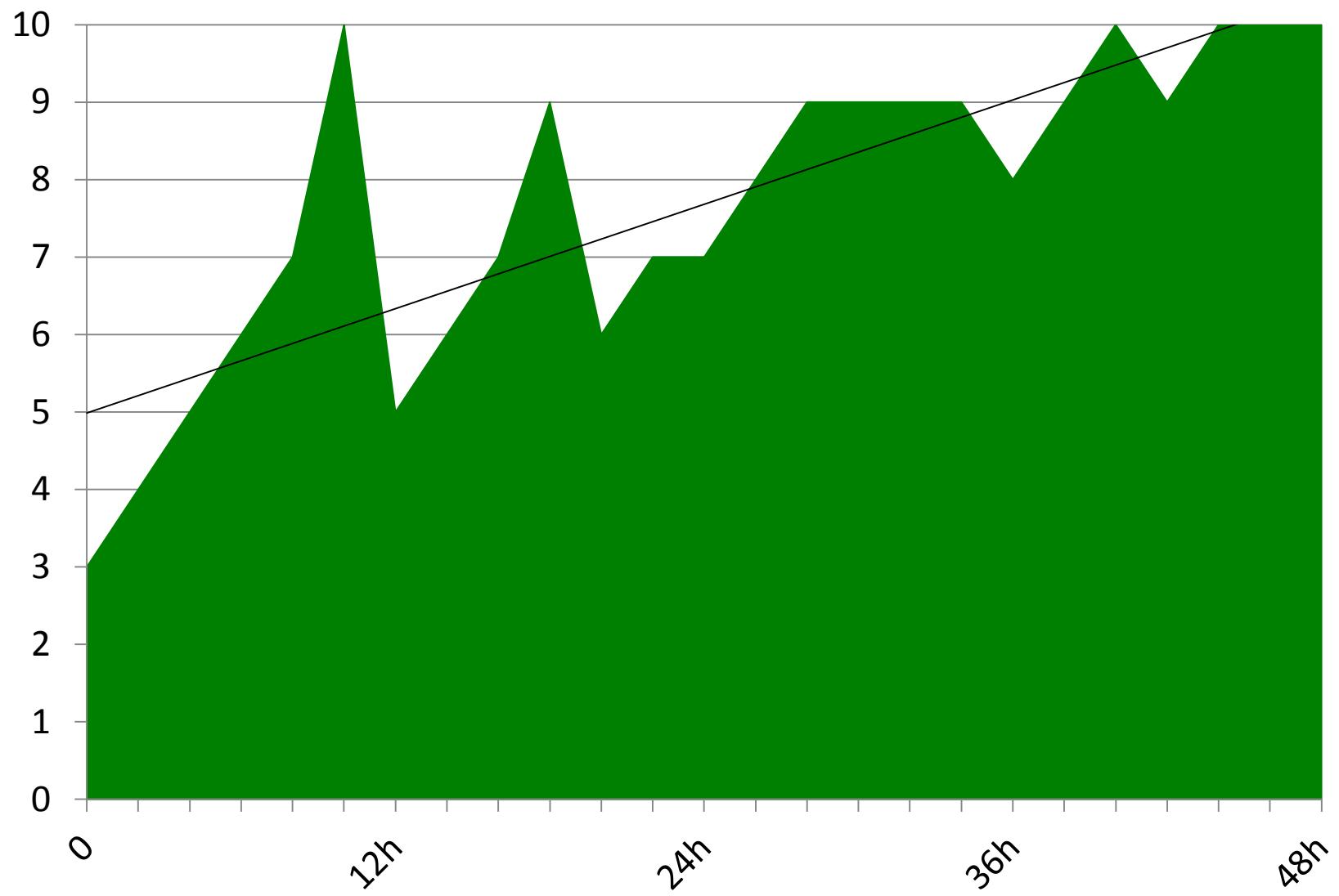
Hwang SS. 2003;

- Durata: 15-60 min

Zeppetella G, 2000,

- Ricorrenza giornaliera: 1-4 episodi

Zeppetella G, 2000,



E' BTcP ?

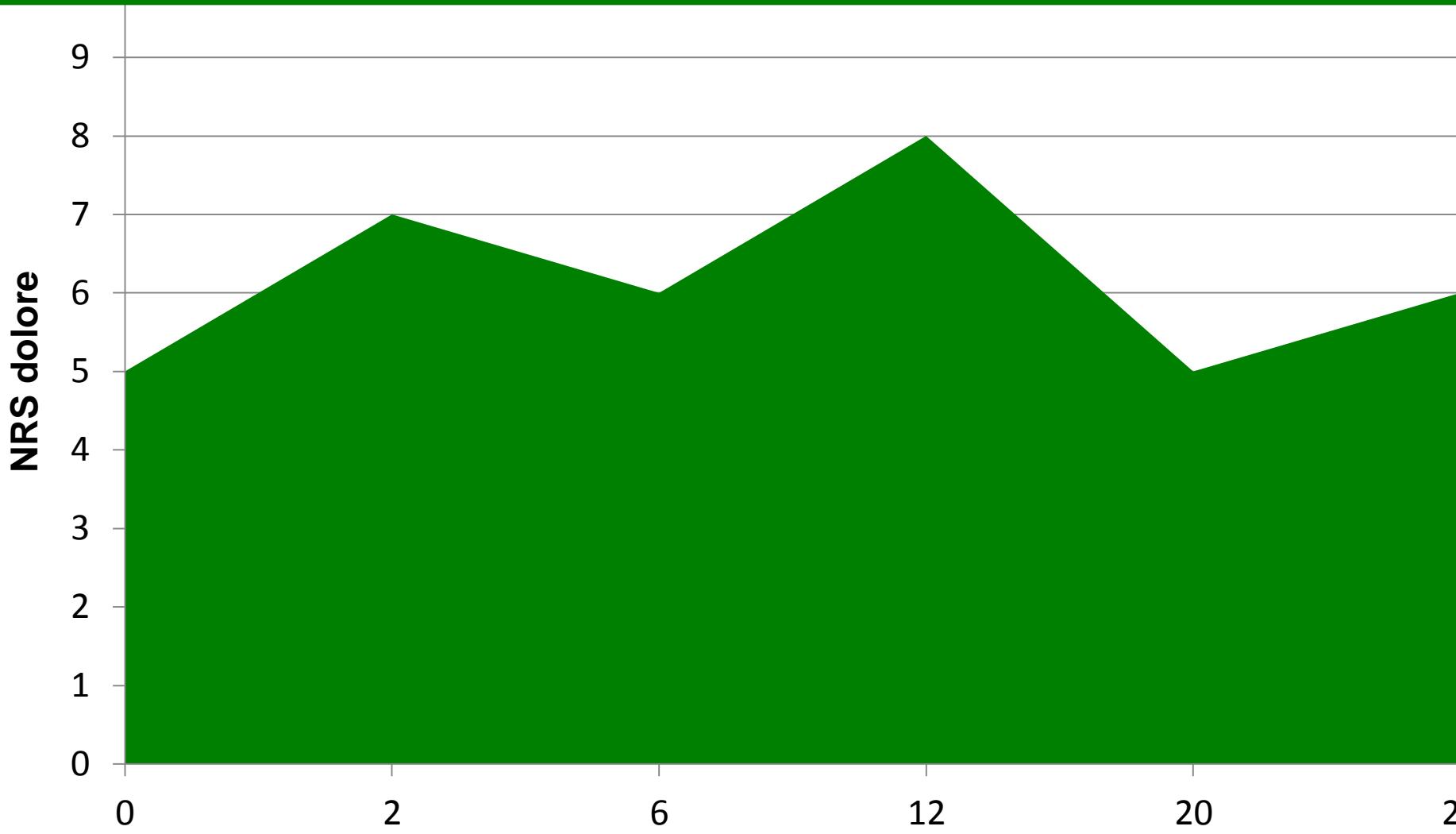
NO BTcP

SI BTcP

BTcP ?



Breakthrough pain assente, dolore di base non adeguatamente controllato



E' BTcP ?

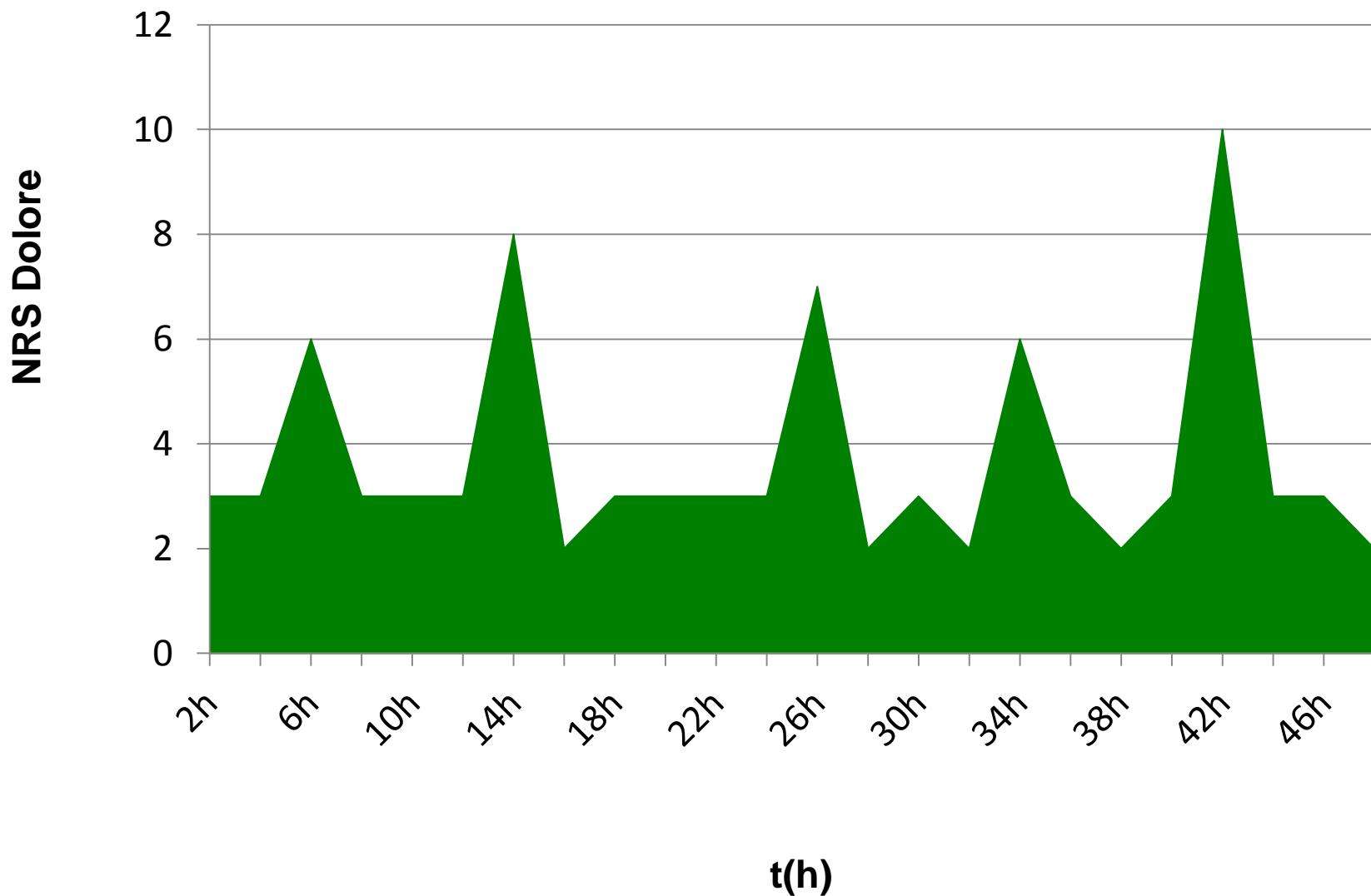
NO BTcP

SI BTcP

BTcP ?



Breakthrough pain spontaneo imprevedibile



E' BTcP ?

NO BTcP

SI BTcP



BTcP ?



Trattamento del BTCP

Caratteristiche Cliniche

- Insorgenza: \leq a 3 minuti

Portenoy RK, 1990

- Intensità: $6 \leq$ NRS ≤ 10

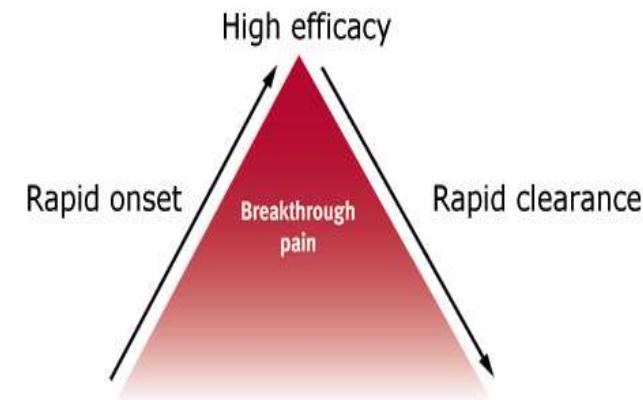
Portenoy 1990

Portenoy 1999

Finsen P, G., 1999

Goal

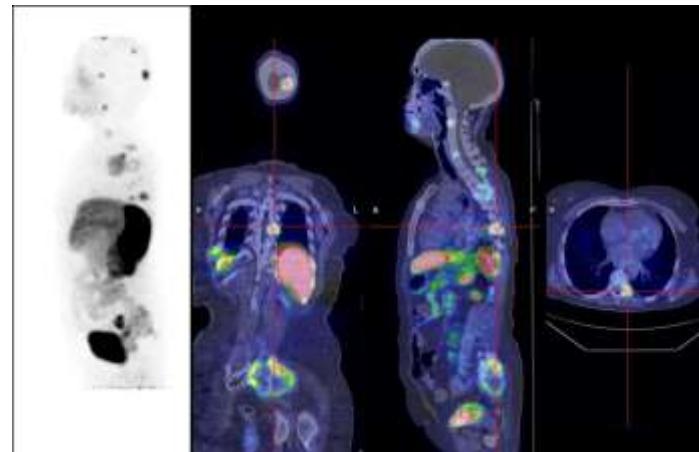
- Durata: 30 minuti
 - Rapido Onset
- Ricorrenza
 - Efficacia dolore moderato-severo
 - Durata breve
 - Buon profilo farmacologico: basso accumulo



ADRIANO 71 ANNI

Affetto da ETEROPLASIA RENALE e lesioni ossee in trattamento con Diclofenac.....

→ **INSORGENZA DI DOLORE SEVERO AL RACHIDE, IRRADIATO ALLA COSCIA. NON RIESCE AD ALZARSI DAL LETTO RIFERENDO COMPARSA DI PARESTESIE A LIVELLO DEGLI ARTI INFERIORI, DIFFICOLTÀ ALLE MINZIONE**



QUALI IPOTESI DIAGNOSTICHE POSSIAMO PRENDERE IN CONSIDERAZIONE ?

■ **Lombosciatalgia**



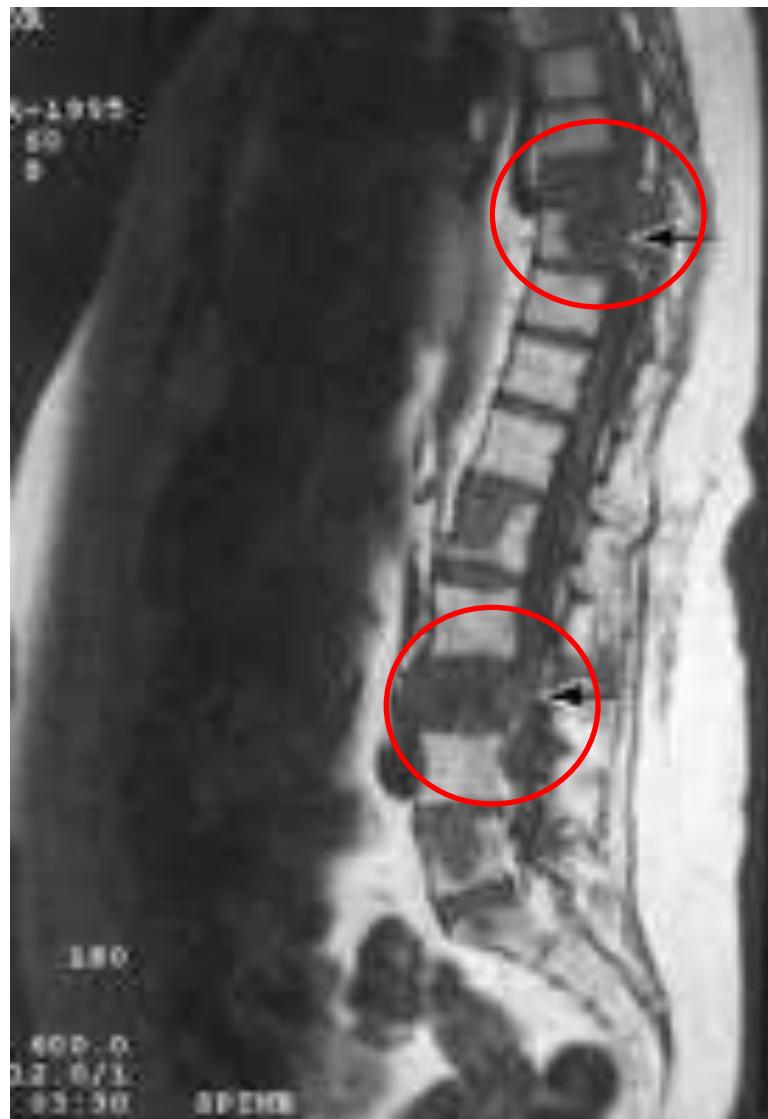
■ **Neuropatia Iatrogena**

■ **Ritenzione Urinaria Acuta**

■ **Compressione Midollare**



COMPRESIONE MIDOLLARE



EMERGENZA NEUROLOGICA:

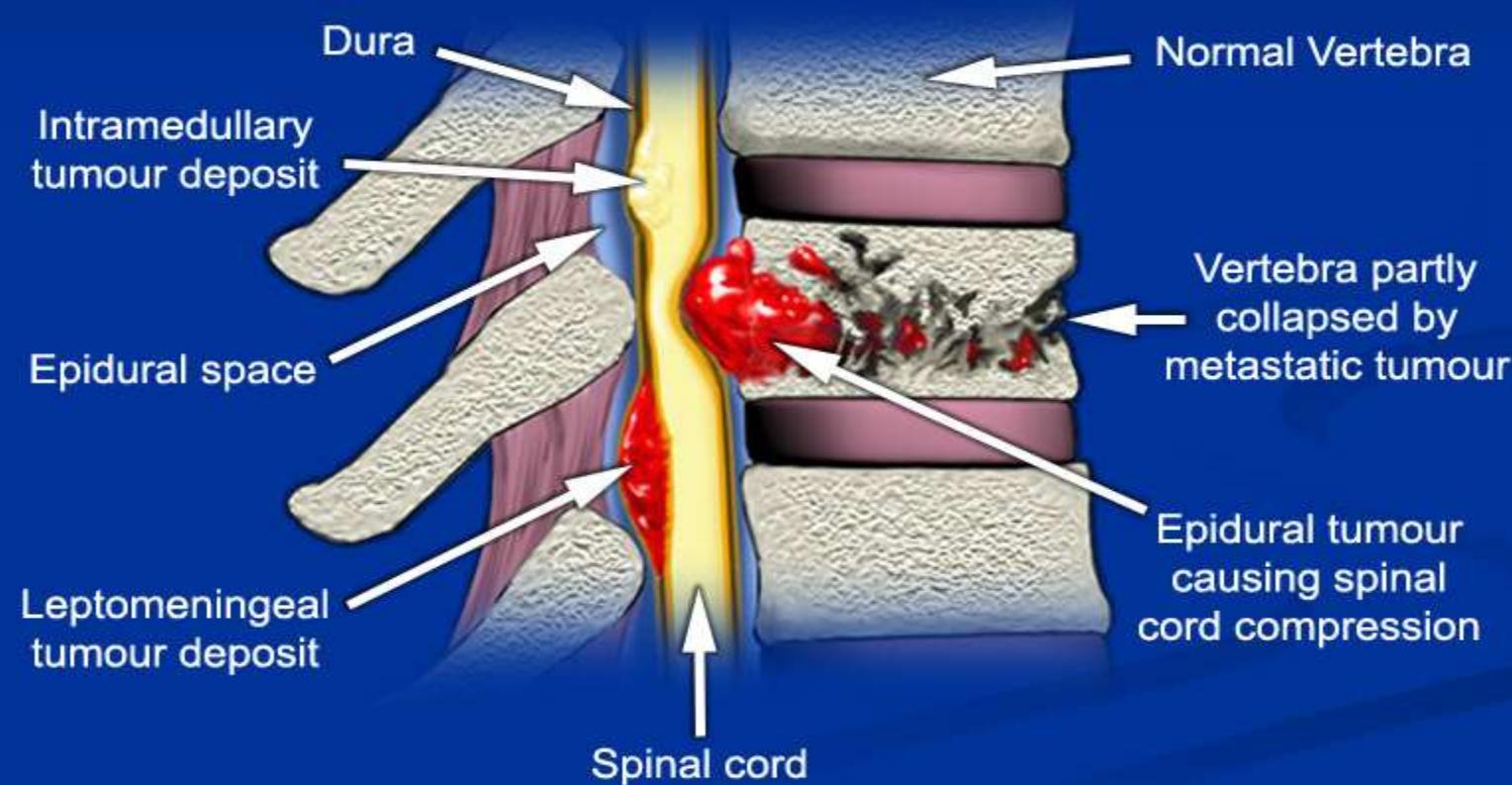


Il risultato funzionale di un trattamento è dipendente dalla tempistica della diagnosi



COMPRESIONE MIDOLLARE

La pressione trasmessa al midollo induce un danno meccanico, ischemia e stasi venosa e la compressione determina un progressivo deficit neurologico distalmente alla lesione



EMERGENZA ONCOLOGICA

Segni e Sintomi

- ✓ **Precoci:** dolore rachideo che si accentua con i movimenti, gli atti respiratori, i colpi di tosse, spesso precede la sintomatologia neurologica di molti mesi.
- ✓ **Intermedi:** alterazione dei nervi sensitivi (parestesie, disestesie, ipostesie).
- ✓ **Tardivi:** alterazioni motorie fino alla paralisi, alterazione del controllo sfinteriale

- **Segni clinici:**

Dolore alla percussione cutanea

Ipotonia muscolare

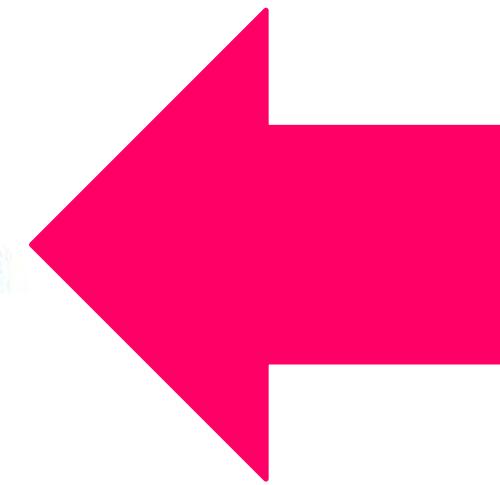
Spasticità

Alterazione dei riflessi muscolari e/o plantari (Babinsky)

Alterazione sensoriali

Incontinenza fecale

Ritenzione urinaria



CHE FARE ?

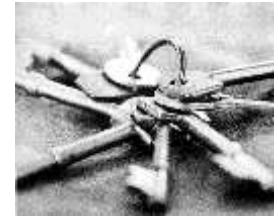
- Organizzare una visita neurochirurgica urgente
- Modificare la terapia antalgica e monitorare per qualche giorno
- Valutare esami ematochimici
- Chiamare l'ambulanza ed organizzare il ricovero



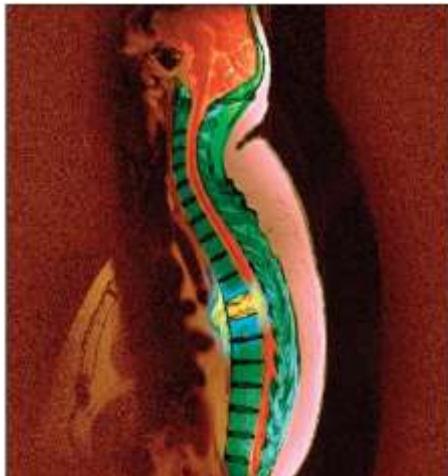
MESSAGGIO CHIAVE

CHIEDERE

x ricercare i sintomi nei pazienti ad alto rischio



(...dare informazioni ai pazienti ad alto rischio...)



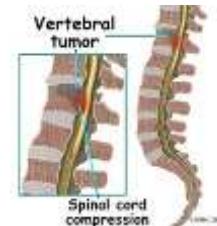
%	ESORDIO
22%	ACUTO < 48 ORE
61%	PROGREDISCE 7-10% VERSO PARAPLEGIA O TETRAPLEGIA
11%	ANDAMENTO INSIDIOSO CIRCA 1 MESE

TERAPIA IMMEDIATA

MEDICA

- Corticosteroidi:

- Desametazone 8mg x 3 per 7-10gg ridurre gradualmente il dosaggio fino al minimo efficace



Se possibile e ragionevole programmare trattamento specifico

RADIOTERAPIA

Se l'obiettivo è il controllo del dolore, in paziente con masse epidurali, senza danno neurologico, dolore meccanico e instabilità spinale.

Per i pazienti a cattiva prognosi (unica frazione di 8 Gy / 30 Gy in 10 frazioni)

CHIRURGIA

In pazienti con aspettativa di vita > 3 mesi ed in pazienti che non hanno subito un danno neurologico importante per poter ottenere un danno funzionale

LA SEDAZIONE PALLIATIVA



ESMO

Designated Centers
of Integrated
Oncology and
Palliative Care



Associazione Italiana di Oncologia Medica



DEFINIZIONE SEDAZIONE PALLIATIVA



Raccomandazioni della SICP
sulla
Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa



A CURA DEL GRUPPO DI STUDIO
SU ETICA E CULTURA AL TERMINE DELLA VITA

“Riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita della coscienza , allo SCOPO di ridurre o abolire la percezione di un SINTOMO altrimenti INTOLLERABILE per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i MEZZI PIU’ ADEGUATI per il controllo del sintomo, che risulta, quindi REFRATTARIO.”



L'appropriatezza **clinica** ed **etica** della sedazione palliativa dipende dal giudizio di **refrattarietà del sintomo** che causa sofferenza nel morente



Braun T et al., 2000



SINTOMO REFRATTARIO

è differente dal

SINTOMO DIFFICILE

resistente alla terapia,
ma potenzialmente responsivo,
in un tempo tollerabile per il malato, ad ulteriori trattamenti non invasivi o invasivi, in grado di apportare un sollievo adeguato, risparmiando la coscienza e senza eccessivi effetti collaterali



SINTOMO REFRATTARIO

Il sintomo refrattario è un sintomo, percepito come **intollerabile** e che **non è controllato** in modo adeguato, malgrado sforzi tesi ad identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, **praticato da un esperto** e che non **comprometta lo stato di coscienza**

Raccomandazioni della SICP
sulla
Sedazione Terminal/Sedazione Palliativa



A CURA DEL GRUPPO DI STUDI
SU ETICA E CULTURA AL TERMINE DELLA VITA

Ottobre 2007

Cherny NI, Portenoy RK, J Palliat Care 1994



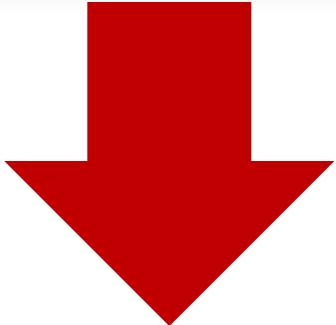
Quando un sintomo è refrattario!

**Il sintomo è refrattario, ovvero intrattabile, quando ulteriori trattamenti,
invasivi o non invasivi, si rivelerebbero:**

- ✓ Non in grado di controllare adeguatamente il sintomo
- ✓ Associati ad eccessivi ed intollerabili effetti collaterali
- ✓ Incapaci di recare sollievo al paziente in tempi rapidi



Sintomi refrattari alla terapia



**Non è il sintomo stesso, ma la sua
refrattarietà e la sofferenza che provoca che
giustifica la sedazione**



Situazioni cliniche acute con rischio di morte imminente

DISTRESS RESPIRATORIO REFRATTARIO, INGRAVESCENTE

Sensazione di morte imminente, crisi di panico angoscianti



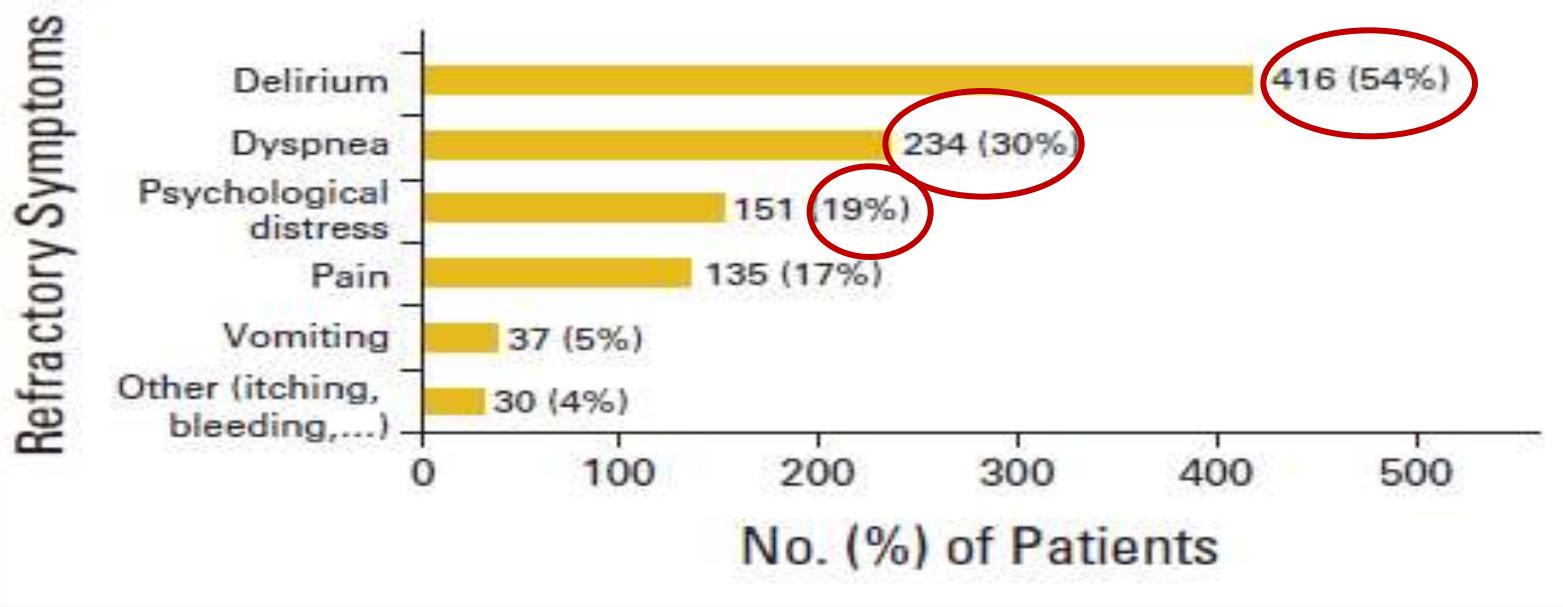
SANGUINAMENTI MASSIVI GIUDICATI REFRATTARI

Specialmente esterni, visibili (vie digestive, respiratorie,...)



Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review

Marco Maltoni, Emanuela Scarpi, Marta Rosati, Stefania Derni, Laura Fabbri, Francesca Martini,
Dino Amadori, and Oriana Nanni



Valutazione



Pazienti coscienti con sintomatologia incoercibile e refrattaria al trattamento.

Procedura:

- Valutazione del caso e conseguente decisione in équipe, condivisa con i familiari e con il paziente.
- Conservando "tracciabilità del processo comunicativo" (all'interno di un percorso di condivisione delle decisioni) per una sedazione palliativa.

Misurazione



Scala di Rudkin.

Il monitoraggio clinico della sedazione va comunque sempre centrato sul grado di controllo dei sintomi e non sul solo grado di profondità della sedazione.

Provvedimenti terapeutici

Midazolam

Dosaggio presenta una elevata interindividualità da 5-1200 mg/die.

Mediamente 30-100 mg/die:

1. Fase di induzione della sedazione (o titolazione), in cui si somministrano boli ripetuti (1-5 mg) fino al raggiungimento del livello di sedazione desiderata. Valutare inizialmente ogni 20 minuti il livello di sedazione e in seguito ad intervalli regolari.
2. Fase di mantenimento (circa il 50% del dosaggio orario usato nella fase di titolazione), a mezzo di infusione continua; attuazione di boli aggiuntivi, possibile variare la velocità di infusione.

Induzione: Bolo: 2,5-5 mg.

Mantenimento: 1-20 mg/h (s.c., e.v.).

Al bisogno: boli equivalenti alla dose di mantenimento oraria; aggiustare la dose di mantenimento in relazione ai boli richiesti.

A dosaggi superiori a 20 mg/h considerare l'aggiunta di un secondo farmaco o lo switch.

Lorazepam

Induzione: Bolo: 2-5 mg (0,05 mg/kg), ripetibile (ogni 2 ore).

Mantenimento: 0,25-1 mg/h (s.c., e.v.); range usuale: 4-40 mg/die.



Provvedimenti terapeutici

Clorpromazina

Induzione: 12,5-50 mg.

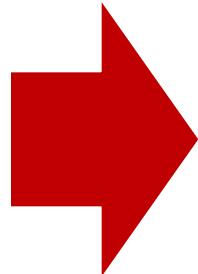
Mantenimento: 3-5 mg/h e.v.

Aloperidolo

Induzione: 2-5 mg.

Mantenimento: 5-100 mg/24h s.c.

Aloperidolo nei casi di delirio, specie in associazione, ma è un blando sedativo e non va usato come monoterapia nella sedazione palliativa.



3

Gli oppiacei non vanno sospesi (pur se non somministrati a scopo sedativo) perché un adeguato grado di analgesia deve essere previsto in quanto la sedazione può mascherare la comparsa o l'incremento del dolore.

Valutare sospensione nutrizione artificiale e sospendere le terapie non finalizzate al controllo dei sintomi.

La modalità di somministrazione di midazolam non deve prevedere un apporto significativo di liquidi (per evitare l'ingombro secretorio ed il peggioramento di altri sintomi) e deve permettere la regolazione della velocità di infusione per adeguare la profondità della sedazione al grado di controllo dei sintomi; tale finalità può essere raggiunta agevolmente anche con la infusione continua con via di somministrazione sottocutanea.

Assistenza infermieristica

Cure igieniche, prevenzione delle ulcere da decubito (eventuale posizionamento di catetere vescicale); rivalutare regolarmente lo stato emotivo dei familiari e la comprensione degli eventi, supporto psicologico. Eventuale coinvolgimento dei familiari nelle cure igieniche, invitarli a parlare con il paziente, a toccarlo.

15. SCALA DI RUDKIN (RS) (101)

- 1 Paziente sveglio e orientato
- 2 Sonnolento ma risvegliabile
- 3 Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
- 4 Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
- 5 Occhi chiusi, non rispondente a uno stimolo tattile

41

RIFLESSIONI IN LIBERTÀ



**si allevia
la sofferenza
non altrimenti dominabile
lasciando alla morte
il suo percorso
naturale**

IL CONCETTO DI "SEDAZIONE PALLIATIVA"

NON DEVE ESSERE CONFUSO CON QUELLO DI "EUTANASIA"

A thick green arrow curves from the bottom right towards the top left, pointing into a circle containing text about euthanasia.

**si fa terminare
la vita per far
terminare la
sofferenza**



SEDAZIONE PALLIATIVA

**Alleviare una sofferenza
intollerabile**

**Utilizzo di farmaci
sedativi**

Sollievo dalla sofferenza

Intento

Procedura

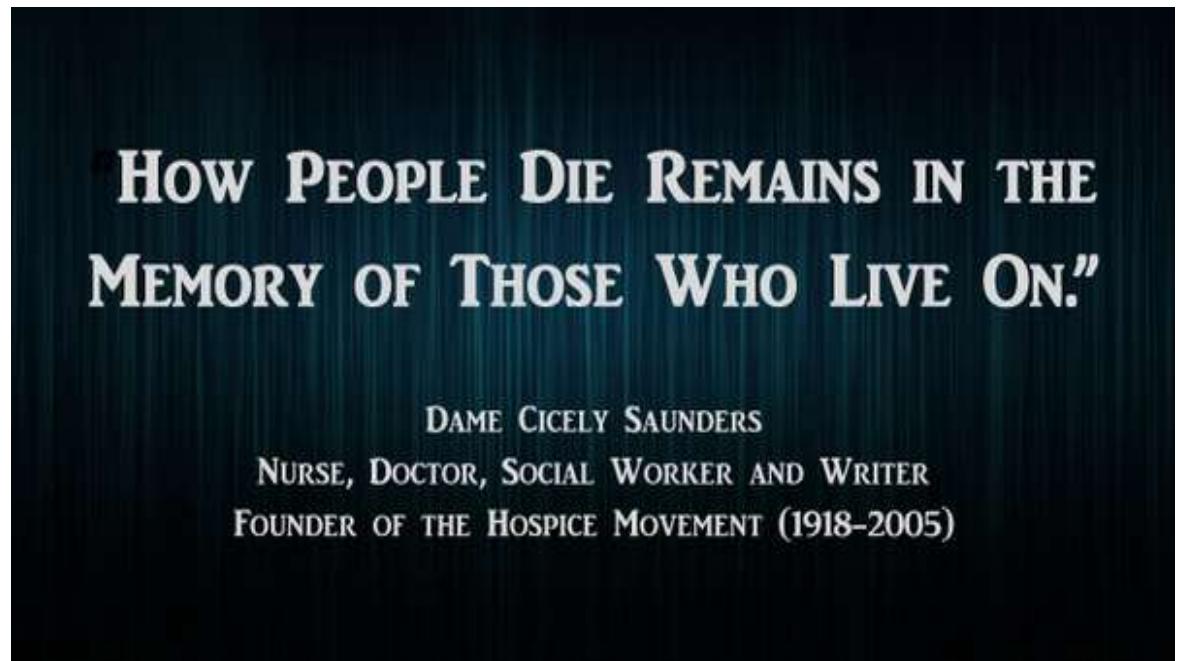
Esito

EUTANASIA

Uccidere il malato

**Somministrazione di
farmaci letali
(o in dose letale)**

**Morte immediata del
malato**



Saunders C. Pain and impending death. In:
Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. 1989:624



thank you

Translations include:

- danke 謝謝 (Chinese)
- спасибо (Russian)
- Баярлалаа (Mongolian)
- hvala (Croatian)
- mautuu (Uzbek)
- koszonan (Polish)
- gracie (Portuguese)
- bayatalaa (Kazakh)
- bedankt (Dutch)
- dziekuje (Polish)
- obrigado (Portuguese)
- sagolun (Mongolian)
- sukriya (Indonesian)
- kop khun krap (Lao)
- go raibh maith agat (Irish)
- taiku (Korean)
- arigatō (Japanese)
- takk (Norwegian)
- dakujem (Czech)
- merci (French)
- 감사합니다 (Korean)
- ខ្សោយការពួក (Khmer)
- merhaba (Turkish)
- teşekkür ederim (Turkish)
- dank je (Dutch)
- ngiyabonga (Swahili)
- teşekkür (Turkish)
- mahalo (Hawaiian)
- tapadh leat (Irish)
- хвала (Bulgarian)
- مُشكراً (Arabic)
- مُشکرا (Persian)
- خواهش (Persian)
- خواهش (Persian)
- مُشکرا (Persian)
- خواهش (Persian)
- خواهش (Persian)
- خواهش (Persian)

