

Częściowa dezaktywacja wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora u kresu życia

Selective deactivation of implantable cardioverter-defibrillator at the end-of-life

Tomasz Grądalski, Małgorzata Smyczyńska

Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

Epizod dwukrotnej defibrylacji u chorego z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*) umierającego z powodu zaawansowanego nowotworu oraz brak wytycznych postępowania w takich stanach w polskim piśmiennictwie skłoniły nas do podjęcia tego tematu. Wysoka skuteczność ICD w zapobieganiu nagłej śmierci sercowej maleje wraz ze zwiększaniem się liczby czynników ryzyka, a długotrwałe leczenie często (ok. 45% pacjentów po 10 latach w badaniu polskim) wiąże się z powikłaniami. Pacjenci z ICD rzadko są obejmowani opieką paliatywną – zwykle wtedy, gdy chorobie serca towarzyszy zaawansowany nowotwór złośliwy.

Spośród około 1200 chorych leczonych rocznie w naszym ośrodku tylko kilka osób to pacjenci z ICD; z żadnym z nich nie przeprowadzono wcześniej rozmowy na temat spodziewanych korzyści i ryzyka defibrylacji u schyłku życia. Brak okresowej weryfikacji planu opieki medycznej powoduje, że nawet osoby bliskie śmierci czują się zabezpieczone „na wypadek zagrożenia życia”, nie dostrzegając ryzyka zwykle nieskutecznej defibrylacji w okresie agonii.

Dyskusje o możliwości dezaktywacji ICD w czasie kierowania do opieki hospicyjnej są trudne. Kardiolodzy zwykle nie czują się przygotowani do planowania wspólnie z chorym opieki medycznej końca życia, co w konsekwencji zwiększa później ryzyko podejmowania działań określanych jako daremne (nieprzynoszące korzyści) lub wręcz uporczywe (przedłużające umieranie i powodujące cierpienie lub naruszające godność). W okresie terminalnym chorób istnieją wskazania do odstąpienia od resuscytacji (w tym defibrylacji), tymczasem u co piątego pacjenta z ICD dochodzi do epizodu defibrylacji w ostatnich tygodniach życia – w 58% hospicjów amerykańskich odnotowano przynajmniej jedną taką sytuację. Jeżeli według *American Heart Association/ European Society of Cardiology* (AHA/ESC) od implantacji ICD należy odstąpić, gdy pacjent nie rokuje przeżycia roku w dobrym stanie funkcjonalnym, to tym bardziej w przypadku

rozpoznania stanu terminalnego lekarz powinien rozważyć wyłączenie funkcji defibrylacji wszczepionego wcześniej urządzenia. Wybiórcza dezaktywacja ICD w okresie terminalnym nie oznacza wycofania się ze wszystkich metod leczniczych potencjalnie przedłużających życie choremu (nie zwalnia także z obowiązku dalszej opieki nad nim), jednak zapobiega uporczywej (bolesnej) terapii, jaką są traumatyczne próby żywienia chorego, często w okresie jego agonii. Nawet skuteczna defibrylacja w takim stanie przywraca chorego jedynie do okresu umierania i tylko przedłuża ten proces. Wskazane byłoby zatem wcześniejsze zaplanowanie prze-programowania ICD w celu wyłączenia funkcji defibrylacji z możliwością utrzymania ewentualnej prowadzonej dotychczas kardiostymulacji (czy leczenia resynchronizującego). Około 40% pacjentów (w niedawnym badaniu czeskim) oczekiwało informacji dotyczących możliwości takiego prze-programowania, a około połowa (w badaniu amerykańskim) akceptowała to postępowanie u kresu życia, zwłaszcza w obliczu cierpienia. W Stanach Zjednoczonych dezaktywację ICD uznaje się za jeden z mierników jakości życia w opiece paliatywnej, w Wielkiej Brytanii natomiast opracowano ostatnio specjalne wytyczne dla lekarzy dotyczące dezaktywacji. Planowanie wspólnie z chorym opieki medycznej końca życia w tym względzie wymaga jednak aktywnego współdziałania kardiologów i lekarzy medycyny paliatywnej.

W naszej opinii lekarz, rozpoznając stan terminalny u chorego z ICD (zwykle lekarz rodzinny lub opieki paliatywnej), powinien wspólnie z pacjentem rozważyć możliwość wybiórczej dezaktywacji urządzenia, uwzględniając korzyści i ryzyko oraz oczekiwania chorego. Następnie konsultujący kardiolog, do którego chory zostanie skierowany, powinien podjąć dalszą dyskusję z chorym, a w przypadku kompetentnie wyrażonego życzenia (formalnego wycofania zgody na kontynuację leczenia) – prze-programować ICD. Takie postępowanie może spełnić oczekiwania chorych, obniżając ryzyko uporczywej terapii i cierpienia w końcowym okresie życia.