

Piotr Sobański¹, Sebastian Stec², Grzegorz Opolski³¹Oddział Kardiologii z Zakładem Diagnostyki Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy²Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Szpital Grochowski w Warszawie³Katedra i Klinika Kardiologii I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2009; 8, 2: 41–44

Streszczenie

Niewydolność serca (HF) jest zejściowym stanem wielu strukturalnych lub czynnościowych schorzeń serca, które osiągnęły stopień zaawansowania powodujący istotne upośledzenie napełniania komór lub wyrzut krwi. Jeśli uszkodzenie serca sprawia, że nie jest ono w stanie przepompować krwi w ilości pokrywającej aktualne zapotrzebowanie organizmu, uzasadnione staje się rozpoznanie HF. Krążenie krwi początkowo jest niewystarczające w czasie wysiłku, a wraz z progresją choroby, w skrajnej HF, staje się niewystarczające nawet w spoczynku. Niewydolność serca ma charakter postępujący, a terapia na ogół jedynie spowalnia jego przebieg. Oznacza to, że choroba od chwili wystąpienia będzie towarzyszyła pacjentowi przez całe jego życie, a u części chorych stanie się przyczyną śmierci. Gdy HF osiągnie schyłkowe stadium, należy rozważyć możliwość zakwalifikowania pacjenta do jednej z 4 możliwych metod leczenia: mechanicznego wspomaganie krążenia, ciągłej terapii lekami inotropowymi, transplantacji serca lub opieki paliatywnej w hospicjach. Zanim HF zostanie uznana za skrajną, należy bezwzględnie wykluczyć obecność wszelkich potencjalnie odwracalnych czynników mogących upośledzać optymalną funkcję serca i układu krążenia. W niniejszym artykule omówiono zagadnienia dotyczące pacjentów, w których przypadku wyczerpano dostępne metody pozwalające na poprawę funkcji serca, a przez to także rokowania. Liczba takich osób nieustannie wzrasta, co wynika ze zwiększonej zapadalności na HF, poprawy opieki nad chorymi z już rozpoznaną HF skutkującą wydłużeniem życia oraz zmniejszeniem liczby nagłych zgonów sercowych w mniej zaawansowanych stadiach niewydolności serca.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 4: 168–172**Słowa kluczowe:** schyłkowa niewydolność serca, opieka paliatywna, kardiologia

Wprowadzenie

Chorobowość z powodu niewydolności serca (HF, *heart failure*) w Unii Europejskiej szacuje się na 2–3% populacji ogólnej [1]. W Polsce na HF choruje 700 000–750 000 osób [2, 3]. Schorzenie to najczęściej występuje u osób w podeszłym wieku, średnia wieku u pacjentów w krajach rozwiniętych wynosi około 75 lat. Obecnie w naszym kraju średni wiek pacjentów przyjmowanych do szpitala z powodu dekomensacji HF wynosi około 70 lat. Tłumaczy to wpływ chorób współistniejących na występowanie interakcji lekowych, jakość życia i przyczyny zgo-

nów. Uszkodzenie lewej komory u około 60% ma etiologię niedokrwienną i/lub nadciśnieniową [2]. Rokowanie w HF, choć istotnie się poprawia, nadal pozostaje niepomyślne. Około 50% pacjentów umiera w ciągu 4 lat od postawienia diagnozy [1], a średni czas od rozpoznania choroby do śmierci jest bardzo krótki (1,7 roku u mężczyzn, 3,2 roku u kobiet) [4]. Dane statystyczne jednoznacznie wskazują, że HF wiąże się ze złym rokowaniem i niepomyślnie wpływa na jakość życia oraz przewidywany czas przeżycia. Wydaje się jednak, że świadomość tych faktów nie wpływa na codzienną praktykę kliniczną. Decyzje kliniczne podejmuje się obecnie na podsta-

Adres do korespondencji: dr n. med. Piotr Sobański
Oddział Kardiologii z Zakładem Diagnostyki Kardiologicznej
Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy,
ul. K. Ujejskiego 75, 85–168 Bydgoszcz
e-mail: psoban@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 4: 168–172
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

wie wyników dużych wieloośrodkowych badań, w których analizowano głównie wpływ leczenia na śmiertelność sercową i całkowitą, nie zaś na jakość życia czy przewidywany czas przeżycia z zadowalającą jakością. Na szczęście w aktualnie publikowanych wytycznych coraz więcej uwagi poświęca się także zagadnieniom leczenia paliatywnego w skrajnej niewydolności serca [5].

Historia naturalna niewydolności serca

Aktualnie obowiązująca klasyfikacja *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA) niewydolności serca wskazuje na możliwą progresję od czynników ryzyka (Okres A), poprzez strukturalne uszkodzenie serca (Okres B) do niewydolności (Okres C) i schyłkowego jej okresu (Okres D). Ostatnie dwa okresy (C i D) są przedmiotem podziału czynnościowej klasyfikacji Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA, *New York Heart Association*) (klasy I–IV). Uszkodzenie strukturalne serca może prowadzić do jednej z trzech sytuacji:

1. chory umiera z innego powodu, zanim dojdzie do wystąpienia objawów;
2. rozwija się HF, a zastosowanie leczenia pozwala na dobrą kontrolę objawów;
3. pacjent umiera z powodu postępującej HF.

Nagły zgon sercowy może przerwać każdy z tych scenariusz w dowolnym czasie [1]. Większość chorych w chwili postawienia diagnozy odczuwa objawy odpowiadające III klasie NYHA. Po rozpoczęciu odpowiedniego leczenia stan części pacjentów poprawia się lub stabilizuje na aktualnym poziomie, może jednak nadal się pogarszać (mimo stosowania optymalnej terapii). W ciągu roku od przyjęcia do szpitala z powodu dekompensacji HF około 40% osób umiera lub doznaje kolejnego zaostrzenia wymagającego hospitalizacji [1].

Mimo niekwestionowanego postępu w leczeniu rokowanie w HF nadal jest złe, często nawet gorsze niż w przypadku większości chorób nowotworowych. Przeszczep serca lub mechaniczne wspomaganie krążenia mogłyby poprawić rokowanie chorych. Liczba transplantacji serca i implantacji urządzeń mechanicznych jest jednak tak mała, że większość chorych z zaawansowaną HF znajdzie się z jej powodu w fazie terminalnej [3].

Zanim HF zostanie uznana za schyłkową, bezwzględnie należy wykluczyć obecność potencjalnie odwracalnych przyczyn mogących pogarszać funkcję serca lub nasilać objawy jego niewydolności. Utworzenie wyspecjalizowanych ośrodków ambulatoryjnych zajmujących się opieką nad pacjentami z zaawansowaną HF pozwoliłoby na możliwie obiek-

tywne rozróżnienie potencjalnie odwracalnych postaci zaawansowanej HF od postaci schyłkowych. Nad optymalnym dostosowaniem diagnostyki, terapii i wsparcia do realnych celów terapeutycznych oraz potrzeb pacjentów i ich rodzin mógłby czuwać zespół interdyscyplinarny. Odpowiednie wykorzystanie dostępnych metod terapeutycznych umożliwiałoby nie tylko szybkie poddanie chorych wszelkim dostępnym formom terapii, lecz także sprawia, że można ich zaniechać w sytuacjach, kiedy szansa na istotną poprawę jest nikła lub możliwa do osiągnięcia poprawa nie daje szans na utrzymanie akceptowanej przez chorego jakości życia. Przykładem prawidłowego postępowania jest newszczepianie automatycznych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*) osobom z przewidywanym okresem przeżycia nieprzekraczającym roku z powodu zaawansowania HF, innej choroby współtowarzyszącej albo złego stanu ogólnego pacjenta. W tych samych okolicznościach kierowanie chorych na zabieg kardiochirurgiczny wydaje się działaniem niepoprawiającym ani szans na przeżycie, ani komfortu życia.

Niewydolność serca jako choroba terminalna

Podstawowym warunkiem dobrej opieki terminalnej jest akceptacja złej prognozy. Zaakceptowanie przez zespół leczący śmierci chorego jako naturalnego kresu postępującej i nieuleczalnej choroby jest nie mniej trudne niż pogodzenie się z tym faktem przez samego chorego. Profesjonaliści opiekujący się pacjentem zwykle postrzegają śmierć jako klęskę leczenia. Nie mogąc się z nią pogodzić, stosują wszelkie metody, jakimi dysponują, aby opóźnić umieranie. Tymczasem akceptacja zbliżającej się śmierci pozwala na skupienie uwagi na realnym celu, jakim jest zmniejszenie cierpienia chorego. Komunikacja z pacjentami i ich rodzinami jest zwykle niedostateczna, a sposoby oceny rokowania i potencjalnego czasu przeżycia w HF, nawet przy wykorzystaniu najbardziej zaawansowanych technologii, są dalekie od doskonałości [6, 7]. Wyniki jednego z ostatnio opublikowanych badań dotyczących chorych z HF wykazały, że pielęgniarki najtrafniej oceniały ryzyko śmierci w ciągu 6 miesięcy [8]. Prognozowanie na temat okresu przeżycia w HF jest trudniejsze niż w wielu innych chorobach. Trajektoria stopniowo postępującej HF bywa zaburzana nagłymi nieoczekiwanymi zaostrzeniami [9]. Pogorszenie może być jedynie przejściowe albo stanowić epizod prowadzący do śmierci chorego [1]. Pacjentów kwalifikuje się do opieki paliatywnej, jeśli przewidywa-

ny okres ich życia nie przekracza 6 miesięcy. Taki schemat przyjęto na podstawie analizy losów chorych onkologicznych. Wyniki badań nad nasileniem objawów i jakością życia osób z HF wykazały, że cierpią oni w stopniu co najmniej porównywalnym do pacjentów onkologicznych przez znacznie dłuższy czas przed śmiercią. Około 40% osób z zaawansowaną HF nie jest w stanie wstać z łóżka i/lub fotela już 12 miesięcy przed śmiercią [10]. Dlatego sugeruje się, że czas skierowania chorych do opieki paliatywnej powinien zależeć od nasilenia objawów. Wydaje się, że lepszym sposobem od definiowania momentu kierowania pacjenta do leczenia objawowego jest stopniowa zamiana celów terapii w miarę narastania objawów lub niepełnosprawności. Jeśli pacjent cierpi z powodu nasilenia dolegliwości HF mimo stosowania optymalnej terapii, postępowanie objawowe powinno dominować nad leczeniem przyczynowym [5]. Cele i sposoby terapii zostały określone w obowiązujących wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) dotyczących diagnozowania i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca (tab. 1) [1].

Elementy opieki paliatywnej w leczeniu chorych z niewydolnością serca

Edukacja

Chory i jego opiekunowie powinni uzyskać od zespołu leczącego wyczerpujące informacje na temat rokowania, metod terapii, przewidywanego

okresu przeżycia oraz możliwości pogorszenia się wydolności serca [5]. Wczesne rozpoczęcie takiej komunikacji umożliwi stopniowe przygotowanie pacjenta i jego rodziny do rozważenia trudnych pytań i wątpliwości, które zaczną pojawiać się wraz z postępowaniem choroby. Dużo łatwiej jest rozmawiać o celach leczenia, możliwościach wyboru optymalnego sposobu łagodzenia objawów czy też problemach związanych z metodami podtrzymującymi życie wtedy, gdy pacjent jest w stabilnym stanie, a nie w sytuacji nagłej, wymagającej szybkiego działania. Nawet jeśli wraz z postępowaniem choroby pacjent zmieni zdanie, bardziej komfortowy jest powrót do wcześniej podjętej rozmowy niż jej rozpoczynanie. Spośród pacjentów przyjmowanych do szpitala z powodu dekomensacji HF zaskakująco niski odsetek chorych (23%) prosił o niepodejmowanie resuscytacji w przypadku wystąpienia zatrzymania krążenia. Po wypisaniu ze szpitala liczba chorych, którzy nie chcą, aby podejmowano resuscytację, zmniejszyła się o kolejne 40% [11]. Sugeruje to, że po skutecznym leczeniu jednego zaostrzenia wzrasta nadzieja, że ewentualne następne będzie również przejściowe.

Modyfikacja dotychczasowej terapii

Przekonanie o rezygnacji z leczenia przyczynowego z chwilą, gdy pacjent zostaje zakwalifikowany do terapii objawowej, wynika z przeniesienia zasad postępowania z chorymi onkologicznymi. Medycyna paliatywna, zwłaszcza ruch hospicyjny, powstały na gruncie opieki nad pacjentami w termi-

Tabela 1. Cele i etapy procesu zapewnienia opieki paliatywnej chorym z niewydolnością serca

Charakterystyka chorego	> 1 epizod dekomensacji w ciągu ostatnich 6 miesięcy mimo optymalnego leczenia Konieczność częstego lub ciągłego leczenia dożylnego Przewlekła zła jakość życia z objawami w IV klasie wg NYHA Oznaki kliniczne wyniszczenia sercowego Kliniczne uzasadnienie bliskiego kresu życia
Rozpoznanie	Niezbędne do wdrożenia optymalnego leczenia
Edukacja chorego	Zasady samodzielnego troszczenia się o siebie i leczenia HF
Ustalenie zaawansowanego planu opieki	Opracowany wspólnie z chorym i członkami rodziny. Regularnie przeglądany, ma także zawierać preferencje chorego dotyczące metod leczenia w przyszłości.
Zorganizowanie opieki	Opieka nad chorym realizowana przez zespół wielodyscyplinarny w celu zapewnienia optymalnej farmakoterapii, pozwalająca choremu na samodzielne troszczenie się o siebie i ułatwiająca dostęp do instytucji wspierających.
Leczenie objawów	Wymaga częstej oceny potrzeb fizycznych, psychologicznych, społecznych i duchowych chorego. Należy rozpoznać możliwe choroby współistniejące.
Rozpoznanie skrajnej postaci niewydolności serca	Ważne jest potwierdzenie skrajnej postaci HF oraz właściwej formy leczenia, która została przeanalizowana i włączona w strategię leczenia terminalnej fazy choroby.
Przekazywanie złych informacji choremu i rodzinie	Informacje o postępie choroby i zmianach w jej leczeniu należy przekazywać delikatnie i z należytą uwagą.
Określanie nowych celów opieki	Opieka u schyłku życia chorego powinna obejmować unikanie okoliczności, które mogłyby zakłócić spokojną śmierć. Należy rozważyć wszystkie dostępne obecnie metody farmakoterapii i z zastosowaniem urządzeń. Ustalenia co do resuscytacji powinny być zrozumiałe.

nalnej fazie choroby nowotworowej. W tej grupie rezygnacja z leczenia przyczynowego jest rzeczywistością jednym ze sposobów poprawy jakości życia. W skrajnej postaci HF leczenie podstawowe nie tylko korzystnie wpływa na postęp choroby, ale jest także pomocne w kontroli objawów. Odstawienie inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE, *angiotensin-converting enzyme*) może prowadzić do pogorszenia funkcji układu sercowo-naczyniowego i nasilenia dolegliwości. Dlatego zmniejszenie dawek inhibitorów ACE, a rzadko odstawienie jest uzasadnione w przypadku hipotonii, jedynie jeśli wywołuje ona objawy. W zasadzie jedyną sytuacją usprawiedliwiającą natychmiastowe odstawienie inhibitorów ACE jest wystąpienie obrzęku angioneurotycznego. Również z beta-adrenolityków, będących podstawowymi lekami w terapii HF, nie powinno się rezygnować, nawet w przypadku zaostrzenia choroby. Lepszym rozwiązaniem jest przejściowe zmniejszenie dawki lub pominięcie minimalnej liczby dawek [5]. Można natomiast rozważyć zaprzestanie podawania leków wpływających głównie na rokowanie (np. leków hipolipemizujących). Nieco kontrowersji wiąże się z bezpieczeństwem stosowania kwasu acetylosalicylowego w zaawansowanej niewydolności serca. Wyniki kilku starszych badań sugerowały możliwość wystąpienia zwiększonego ryzyka dekomensacji HF lub potrzeby hospitalizacji u pacjentów otrzymujących kwas acetylosalicylowy [12]. Wydaje się więc, że kwas acetylosalicylowy można odstawić u osób z HF, ze stabilną chorobą wieńcową lub po przebytych w odległej przeszłości zawałach serca, bez stentów w naczyniach wieńcowych, w przypadku skłonności do hiperwolemii lub dekomensacji mimo właściwego leczenia.

Wprowadzenie terapii objawowej

Leczenie objawowe w zaawansowanej HF trzeba wzorować na zaleceniach obowiązujących w medycynie paliatywnej. Należy jednak mieć świadomość, że większość z nich została opracowana na podstawie doświadczeń w terapii pacjentów umierających z powodu chorób nowotworowych. Stosowanie leków sedatywnych, opioidów, analgetyków i tlenoterapii stanowi ogólnie obowiązującą zasadę postępowania w leczeniu określonych objawów. W terapii objawowej chorych z HF można sięgnąć także po specyficzne preparaty wpływające na układ sercowo-naczyniowy, takie jak leki inotropowo dodatnie i dożylnie diuretyki [5]. Jednak w kontekście leczenia schyłkowej HF ważne jest rozróżnienie wskazań do ich stosowania, nieco odrębnych od zwyczajowo zaakceptowanych. W aspekcie terapii paliatywnej HF wskazaniem do przyjmowania tych leków jest poprawa jakości życia, zmniejszenie dole-

gliwości, a nie utrzymanie chorego przy życiu za wszelką cenę, choćby o godzinę dłużej. Nawet jeśli leki działające inotropowo dodatnio niekorzystnie wpływają na przeżycie, w warunkach medycyny paliatywnej są środkami w pełni akceptowalnymi, ponieważ mogą zmniejszać nasilenie dolegliwości.

Wszczepialne urządzenia

Wszczepialne kardiowertery-defibrylatory z funkcją terapii resynchronizującej serce (CRT, *cardiac resynchronization therapy*) lub bez niej implantuje się stabilnym pacjentom w II–III klasie według NYHA, leczonych optymalnie od co najmniej 3–6 miesięcy, u których przewidywany okres przeżycia w dobrym stanie czynnościowym przekracza rok. Stymulatory przedsionkowe lub komorowe (bez funkcji ICD czy CRT) mają pacjenci, u których wskazania do wszczepienia występowały, zanim zachorowali oni na niewydolność serca. W ostatniej fazie życia, kiedy śmierć staje się przewidywalna i bliska, należy rozważyć wskazania do ewentualnego wyłączenia funkcji kardiowersji-defibrylacji [5]. Decyzja o wyłączeniu interwencji urządzenia w przypadku stwierdzenia migotania komór jest analogiczna do decyzji o niepodejmowaniu reanimacji z wykorzystaniem zewnętrznych defibrylatorów. Jeżeli zbliżająca się śmierć jest konsekwencją zaawansowanej choroby, a funkcja narządu lub układu jest nieodwracalnie uszkodzona, nie ma wskazań do podejmowania reanimacji. Automatyczne włączanie się urządzenia przerywającego proces umierania należy uznać za bezcelowe, a dodatkowo potencjalnie pogarszające jakość umierania. Możliwość wyłączenia w takiej sytuacji ICD lepiej jest przedyskutować już wcześniej, kiedy stan chorego na to pozwala, z nim samym, z jego rodziną i lekarzem rodzinnym. Zwykle nie ma potrzeby wyłączania funkcji stymulacji, ponieważ taka aktywność, zapobiegając zwolnieniom pracy serca może zapobiegać dusznościom czy omdleniom. Rozważanie, czy w sporadycznych sytuacjach utrzymywanie stymulacji serca może wydłużyć agonię, jest zagadnieniem bardziej złożonym i budzącym więcej kontrowersji, także etycznych, niż inaktywacja ICD.

Podsumowanie

Rozwój opieki paliatywnej nad chorymi umierającymi z powodu HF jest kolejnym przykładem holistycznego podejścia do cierpiącego człowieka, kiedy leczenie wykracza poza bariery jednej specjalności i wymaga współpracy lekarzy zajmujących się różnymi dziedzinami medycyny. Ludzie niosący pomoc umierającym umożliwiają im spędzenie ostatnich dni życia w możliwym komforcie i spokoju.

Aby osiągnąć ten pozornie prosty cel, potrzebny jest jednak wysiłek wielu osób. Niezależnie od tego, kto (głównie lekarz medycyny paliatywnej, lekarz rodzinny czy kardiolog) wspiera pacjenta i jego rodzinę w okresie umierania, często potrzebuje również pomocy innych specjalistów. Najbardziej właściwie byłoby, aby chory pozostawał pod opieką lekarza, który leczył go dotychczas. I chociaż zadanie to jest trudne do wykonania, choćby z przyczyn organizacyjnych, wydaje się, że może dać choremu największe poczucie komfortu.

Piśmiennictwo

1. Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G. i wsp. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur. Heart J.* 2008; 29: 2388–2442.
2. Rywik T.M., Zieliński T., Piotrowski W., Leszek P., Wilkins A., Korewicki J. Heart failure patients from hospital settings in Poland: population characteristics and treatment patterns, a multicenter retrospective study. *Cardiol. J.* 2008; 15: 169–180.
3. Korewicki J. Ogólnopolski rejestr chorych po transplantacji serca. Sprawozdanie z realizacji programu w latach 2003–2005 i 2006–2007.
4. Pilote L., Dasgupta K., Guru V. i wsp. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ* 2007; 176: S1–S44.
5. Hunt S.A., Abraham W.T., Chin M.H. i wsp. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*: e391–e479.
6. Yancy C.W. Predicting life expectancy in heart failure. *JAMA*, 2008; 299: 2566–2567.
7. Levy W.C., Mozaffarian D., Linker D.T. i wsp. The seattle heart failure model: prediction of survival in heart failure. *Circulation* 2006; 113: 1424–1433.
8. Yamokoski L.M., Hasselblad V., Moser D.K. i wsp. Prediction of rehospitalization and death in severe heart failure by physicians and nurses of the ESCAPE trial. *J. Card. Fail.* 2007; 13: 8–13.
9. Lorenz K.A., Lynn J., Dy S.M. i wsp. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann. Intern. Med.* 2008; 148: 147–159.
10. Teno J.M., Weitzen S., Fennell M.L., Mor V. Dying trajectory in the last year of life: does cancer trajectory fit other diseases? *J. Palliat. Med.* 2001; 4: 457–464.
11. Krumholz H.M., Phillips R.S., Hamel M.B. i wsp. Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: results from the SUPPORT project. *Circulation* 1998; 98: 648–655.
12. Jones C.G., Cleland J.G.F. The LIDO, HOPE, MOXCON and WASH studies. *Eur. J. Heart Fail.* 1999; 1: 425–431.