

Piotr Sobański¹, Sebastian Stec², Grzegorz Opolski³¹Oddział Kardiologii Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy²Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Szpital Grochowski w Warszawie³I Katedra 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; 2

Streszczenie

Niewydolność serca (HF) jest stanem zejściowym wielu strukturalnych lub czynnościowych schorzeń serca, które osiągnęły stopień zaawansowania powodujący istotne upośledzenie napełniania komór lub wyrzutu krwi. Jeśli uszkodzenie serca czyni je niezdolnym do pokrycia aktualnego zapotrzebowania na przepompowywaną krew, uzasadnione jest rozpoznanie niewydolności serca. Serce uniemożliwia wystarczające krążenie krwi najpierw w czasie wysiłku, a w skrajnej HF 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 opcji 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 przypadku których wyczerpano dostępne metody pozwalające na poprawę funkcji serca, a przez to i rokowania. Liczba takich osób nieustannie wzrasta, co wynika ze zwiększonej zapadalności na HF, poprawy opieki nad chorymi z już rozpoznaną HF skutkującej wydłużeniem życia oraz zmniejszeniem ilości nagłych zgonów sercowych w mniej zaawansowanych stadiach niewydolności serca.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3, 2: 69–73

Słowa kluczowe: skrajna niewydolność serca, opieka paliatywna

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]. W aktualnym polskim badaniu średni wiek pacjentów przyjmowanych do szpitala z powodu zaostrzenia objawów HF wynosi około 70 lat. HF najczęściej występuje u osób w podeszłym wieku, średnia wieku pacjentów w krajach rozwiniętych wynosi 75 lat. Tłuma-

czy to wpływ chorób współistniejących na występowanie interakcji lekowych, jakość życia i przyczyny zgonów. Uszkodzenie lewej komory u około 70% ma etiologię niedokrwinną i/lub nadciśnieniową [2]. Rokowanie w HF, jakkolwiek ulegające istotnej poprawie, 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

Adres do korespondencji: dr med. Piotr Sobański

Oddział Kardiologii

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

ul. K. Ujejskiego 75, 85–168 Bydgoszcz

e-mail: psoban@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009, 3, 2, 69–73

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

i niepomyślnie wpływa na jakość życia oraz przewidywany czas przeżycia. Świadomość tych faktów zdaje się jednak nie wpływać na codzienną praktykę kliniczną. Obecnie podejmuje się decyzje kliniczne na podstawie wyników dużych wieloośrodkowych badań. W badaniach tych 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

Aktualna klasyfikacja ACC/AHA (*American College of Cardiology/American Heart Association*) niewydolności serca wskazuje na możliwą progresję od czynników ryzyka HF (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, zanim dojdzie do wystąpienia objawów HF;
- 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 scenariuszy 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 dekomensacji HF około 40% osób umiera lub doznaje kolejnego zaostrzenia wymagającego hospitalizacji [1].

Pomimo niekwestionowanego postępu w leczeniu, rokowanie w HF nadal jest złe, a często jest ono nawet gorsze niż w przypadku większości chorób nowotworowych. Potencjalnie przeszczep serca czy mechaniczne wspomaganie krążenia mogą poprawić rokowanie chorych. Liczba transplantacji w Polsce jest jednak tak mała (w latach 2003–2007 — 325 transplantacji), że większość osób 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 funk-

cję serca lub nasilać objawy jego niewydolności. Wydaje się, że utworzenie wyspecjalizowanych ośrodków ambulatoryjnych zajmujących się opieką nad pacjentami z zaawansowaną HF pozwoliłoby na możliwie obiektywne 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. Optymalne wykorzystanie dostępnych metod terapeutycznych umożliwi nie tylko szybkie poddanie chorych wszelkim formom terapii, lecz także sprawia, że można ich zaniechać w sytuacjach, kiedy szansa na istotną poprawę jest nikła lub gdy potencjalne wyniki leczenia przekraczają świadomie określone przez chorego cele. Przykładem prawidłowego odstąpienia od terapii jest niewszczepianie automatycznych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*) osobom z przewidywanym okresem przeżycia nieprzekraczającym 1 roku z powodu zaawansowania HF lub innej choroby współtowarzyszącej albo złego stanu ogólnego pacjenta [1]. W tych samych okolicznościach kierowanie chorych na zabieg kardiochirurgiczny wydaje się działaniem niepoprawiającym ani szans na przeżycie, ani komfortu życia pacjenta.

Niewydolność serca jako choroba terminalna

Świadomość zespołu leczącego o złym rokowaniu pacjenta, którym się zajmuje, oraz akceptacja tego faktu są podstawowymi warunkami dobrej opieki terminalnej. Wydaje się jednak, że znajomość danych statystycznych dotyczących zaawansowanej HF na ogół nie przekłada się na praktykę kliniczną. Niewydolność serca ciągle bywa traktowana jako choroba jedynie prowadząca do powstawania obręzków i duszności. W konsekwencji komunikacja z pacjentami i ich rodzinami jest niezadowolająca. Sposoby, jakimi dysponujemy do oceny rokowania i potencjalnego czasu przeżycia w HF, nawet przy wykorzystaniu wyszukanych metod, są dalekie od doskonałości [6, 7]. W jednym z ostatnio opublikowanych badań nad chorymi z HF wykazano, że obserwacje pielęgniarek 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, ale może stanowić także epizod prowadzący do śmierci chorego. Badania nad nasile-

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

| | |
|---|---|
| Charakterystyka chorego | > 1 epizod dekomensacji w ciągu ostatnich 6 miesięcy pomimo 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 dla zapewnienia optymalnego leczenia farmakologicznego, 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 choroby współistniejące, które mogą występować u chorego. |
| 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 leczenia farmakologicznego i z zastosowaniem urządzeń. Ustalenia co do resuscytacji powinny być zrozumiałe. |

niem objawów i jakością życia osób z HF wykazały, że cierpią oni w stopniu co najmniej porównywalnym z pacjentami onkologicznymi, jednak przez znacznie dłuższy okres przed śmiercią. Około 40% pacjentów z zaawansowaną HF nie jest zdolna do opuszczenia z łóżka i/lub fotela już na 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 kolejne etapy w leczeniu objawowym zaawansowanej niewydolności serca (tab. 1) zostały omówione w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących rozpoznawania i leczenia ostrej oraz przewlekłej niewydolności serca [11].

Elementy opieki paliatywnej w leczeniu chorych z niewydolnością serca

Edukacja

Chory i jego opiekunowie powinni uzyskać od zespołu leczącego wyczerpujące informacje na temat rokowania, możliwych strategii leczenia, ale

także na temat spodziewanego pogarszania się wydolności i przewidywanego okresu przeżycia [5]. Wczesne rozpoczęcie dobrej komunikacji umożliwi stopniowe przygotowanie pacjenta i jego rodziny do rozważenia trudnych pytań i wątpliwości, które zaczną pojawiać się wraz z postępowaniem choroby. Dużo łatwiej zaakceptować pytania o wybór strategii leczenia, czy akceptację niepodejmowania czynności reanimacyjnych w przypadku zatrzymania krążenia, w sytuacji kiedy rozmowa nie toczy się w atmosferze pośpiechu, zwłaszcza w sytuacjach nagłych. Nawet jeśli wraz z postępowaniem choroby pacjent zmieni zdanie, bardziej komfortowy jest powrót do wcześniej podjętej rozmowy niż rozpoczynanie jej. Spośród pacjentów przyjmowanych do szpitala z powodu dekomensacji HF zaskakująco niski odsetek chorych (23%) prosił o niepodejmowanie resuscytacji w przypadku zatrzymania krążenia. Po wypisaniu ze szpitala liczba chorych, którzy nie chcą, aby podejmowano resuscytację, zmniejszyła się o kolejne 40% [12]. Sugeruje to, że po skutecznym leczeniu pierwszego zaostrzenia wzrasta nadzieja, że ewentualne następne będzie również przejściowe.

Modyfikacja dotychczasowej terapii

W HF podstawowe leczenie kardiologiczne wpływa nie tylko korzystnie na zahamowanie postępu choroby, ale jest także pomocne w kontroli objawów. Stosowanie tych leków należy więc kontynu-

ować także w skrajnej HF. Samo odstawienie inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE, *angiotensin-converting enzyme*) może prowadzić do pogorszenia objawów HF. Dlatego zmniejszenie dawek inhibitora ACE, a rzadko odstawienie, jest uzasadnione w przypadku hipotonii, pod warunkiem, że wywołuje ona objawy. W zasadzie jedyną sytuacją usprawiedliwiającą natychmiastowe odstawienie inhibitora ACE jest wystąpienie obrzęku angioneurotycznego. Również z β -adrenolityków, będących podstawowymi lekami w terapii HF, nie powinno się rezygnować, nawet w przypadku zaostrzenia choroby. Lepszym rozwiązaniem niż odstawienie leku jest przejściowe zmniejszenie jego dawki lub tylko pominięcie pojedynczych 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. Kilka starszych badań sugerowało możliwość zwiększonego ryzyka dekomensacji HF lub potrzeby hospitalizacji u pacjentów otrzymujących kwas acetylosalicylowy [13]. Wydaje się więc, że można rozważyć odstawienie kwasu acetylosalicylowego u osób ze skrajną HF po przebytych w odległej przeszłości zawałach serca, jeśli nie mają 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. Neuroleptyki, anksjolityki, analgetyki nieopioioidowe i opioidy, analgetyki czy tlenoterapia są stosowane według ogólnie obowiązujących zasad postępowania objawowego. 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]. 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 dolegliwości, a nie utrzymanie chorego przy życiu za wszelką cenę, choćby o godzinę dłużej. Nawet jeśli leki działające inotropowo dodatnio negatywnie wpływają na długość przeżycia, w warunkach medycyny paliatywnej są środkami w pełni

akceptowalnymi, ponieważ mogą zmniejszać nasilenie dolegliwości.

Ograniczanie aktywności wszczepialnych urządzeń

Wszczepialne kardiowertery-defibrylatory z funkcją terapii resynchronizującej serce (CRT, *cardiac resynchronization therapy*) lub bez niej rekomenduje się u stabilnych pacjentów w II–III klasie 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) spotyka się u osób, u których wskazania do implantacji występowały zanim zachorowali oni na HF. W okresie kiedy chory wkracza w ostatnią fazę życia, kiedy śmierć staje się przewidywalna, należy rozważyć wyłączenie urządzenia lub niektórych jego opcji, a zwłaszcza deaktywacji funkcji kardiowersji-defibrylacji [5]. Decyzja o wyłączeniu interwencji urządzenia w przypadku stwierdzenia migotania komór jest równoważna z decyzją 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, dodatkowo potencjalnie pogarszające jakość umierania. Dlatego wcześniej, kiedy stan pacjenta na to pozwala, trzeba przedyskutować z nim, jego rodziną i lekarzem rodzinnym możliwość wyłączenia ICD. Zwykle nie ma potrzeby wyłączania funkcji stymulacji, ponieważ taka aktywność, zapobiegając zwolnieniom pracy serca, nie powoduje objawów, a wręcz może przeciwdziałać występowaniu dolegliwości spowodowanych ewentualnymi zaburzeniami rytmu, takimi jak duszność czy omdlenia. Podnosi się jednak czasem możliwość wydłużania agonii przez utrzymywaną stymulację serca. Zagadnienie to jest bardziej złożone i budzi więcej kontrowersji 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 specjalizacji i wymaga współpracy lekarzy zajmujących się różnymi dziedzinami medycyny. Ludzie niosący pomoc umierającym umożliwiają spędzenie im ostatnich dni życia w możliwym komforcie i spokoju.

Aby osiągnąć ten pozornie prosty cel, potrzebny jest jednak wysiłek wielu osób. Niezależnie od tego, kto (lekarz medycyny paliatywnej, lekarz rodzinny czy kardiolog) wspiera pacjenta i jego rodzinę w okresie umierania, często potrzebuje współpracy z innymi specjalistami. Najbardziej logiczne byłoby, gdyby chory pozostawał pod opieką lekarza, który leczył go dotychczas. I choć trudno sobie wyobrazić, aby takie podejście było możliwe z przyczyn organizacyjnych, wydaje się, że dałoby choremu największe poczucie komfortu.

Piśmiennictwo

- 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.
- 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.
- Korewicki J. Ogólnopolski rejestr chorych po transplantacji serca. Sprawozdanie z realizacji programu w latach 2003–2005 i 2006–2007.
- Pilote L., Dasgupta K., Guru V. i wsp. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ* 2007; 176: S1–S44.
- 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* 2009; 119: e391–e479.
- Yancy C.W. Predicting life expectancy in heart failure. *JAMA* 2008; 299: 2566–2567.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G., McMurray J.J., Ponikowski P., Poole-Wilson P.A. i wsp. Wtyczne 2008 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rozpoznawania i leczenia ostrej oraz przewlekłej niewydolności serca. *Kardiologia Polska.* 2008; 66: S5–S70.
- 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.
- Jones C.G., Cleland J.G.F. The LIDO, HOPE, MOXCON and WASH studies. *Eur. J. Heart Fail.* 1999; 1: 425–431.