

Postępy w leczeniu niewydolności serca. Czy zauroczeni wynikami badań nie odbieramy często szansy na dłuższe i lepsze życie pacjentom z ciężką niewydolnością serca?

Refleksje lekarza i pacjenta w 10 lat po transplantacji serca

Andrzej Kutarski

Katedra i Klinika Kardiologii, Akademia Medyczna, Lublin

Kardiologia Pol 2007; 65: 338-340

Niewydolność serca, migotanie przedsionków i choroba niedokrwienna serca to trzy najważniejsze wyzwania dla kardiologii początku XXI wieku. Coraz lepsze wyniki leczenia choroby niedokrwiennej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, a także wzrastająca długość życia i zjawisko starzenia się społeczeństw krajów rozwiniętych sprawiają, że liczba chorych z niewydolnością serca będzie coraz większym problemem nie tylko dla ochrony zdrowia, ale także dla społeczeństw tych krajów.

Postępy wiedzy, wynikające z badań podstawowych i farmakologicznych, przełożyły się na powstanie wielu koncepcji terapeutycznych niewydolności serca. I tak wprowadzanie do leczenia niewydolności serca (poza diuretykami) kolejno blokerów enzymu konwertującego, beta-blokerów, antagonistów aldosteronu, blokerów receptora angiotensynowego poprawiło komfort życia oraz pozwoliło przedłużyć życie pacjentom. Jednocześnie za sukces w leczeniu niewydolności serca przyjmuje się dzisiaj zastosowanie leków z ww. grup w indywidualnie dobranych, dobrze tolerowanych dawkach (tzw. optymalna farmakoterapia). Opracowanie i uaktualnianie standardów i ich konsekwentna prezentacja, zarówno podczas licznych kongresów czy konferencji naukowych, jak i na stronach internetowych towarzystw naukowych, dają nadzieję, że większość (?) pacjentów z niewydolnością serca otrzymuje leczenie zgodne z aktualnym stanem wiedzy.

Znacznie mniejsza jest świadomość możliwości sięgnięcia po niefarmakologiczne metody leczenia

pacjenta z niewydolnością serca, takie jak zabezpieczenie przed nagłą śmiercią arytmiczną za pomocą wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora (ICD), poprawa synchronii skurczu poprzez terapię resynchronizującą (CRT), połączenie tych metod przez implantację urządzenia hybrydowego (CRT-D), a także pomoc kardiochirurga – zabiegi naprawcze na zastawce dwudzielnej i zabiegi poprawiające mechanikę skurczu lewej komory (remodeling chirurgiczny).

Zwykle na końcu (dlaczego na końcu?) niefarmakologicznych metod leczenia niewydolności serca wymieniana jest transplantacja serca bądź transplantacja serca i płuc. Ten „galaktyczny” sposób patrzenia wielu lekarzy rodzinnych, internistów, a niestety także wielu kardiologów na transplantację jako skuteczny sposób leczenia przenosi się siłą rzeczy na pacjentów z niewydolnością serca i ich rodziny. Przeszczep serca to nadal „ostateczność” i to zarezerwowana prawie na ostatnią chwilę życia chorego.

Wskazania i przeciwwskazania do transplantacji serca (ang. *orthotopic heart transplantation*, OHT) powinny być powszechnie znane. W rzeczywistości zbyt często wygląda to inaczej, a ocena odwracalności nadciśnienia płucnego przypomina (wg opinii transplantologów) w wielu ośrodkach nieudaną i źle przygotowaną wyprawę zimową na Mont Blanc.

Po optymalne, a jednocześnie proste rozwiązanie, czyli odpowiednio wczesne umieszczenie pacjenta na liście potencjalnych biorców, ułatwiający ewentualne późniejsze przeniesienie na aktywną listę oczekujących, sięga się

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kutarski, Katedra i Klinika Kardiologii, Akademia Medyczna, ul. Jaczerskiego 8, 20-090 Lublin, tel./faks: +48 81 742 87 47, e-mail: a_kutarski@yahoo.com

zdecydowanie za rzadko. Prośba ośrodka transplantacyjnego o uzupełnienie działań diagnostycznych, do których należy poszerzona diagnostyka przyczyn niewydolności serca pod kątem ich usuwalności (koronarografia, angiogram CT, ocena stopnia i charakteru nadciśnienia płucnego), oraz wypełnienie i wystanie formularza zgłoszenia potencjalnego biorcy jest podyktowana potrzebą udokumentowania nieodwracalnego uszkodzenia przeszczepianego narządu. Gdyby większość pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca, niespełniających kryteriów wykluczenia jako kandydatów do OHT (wiek, waga ciała, choroby współistniejące) zostało umieszczonych na listach potencjalnych biorców ośrodków transplantacyjnych, ich bazy danych powinny zawierać informacje o tysiącach pacjentów, a nie kilkunastu, jak ma to miejsce obecnie. Pobrań serc mamy tyle, ile można w chwili obecnej. Warto zadać pytanie, czy otrzymując je rzeczywiście pacjenci rokujący najdłuższe przeżycie, czy ci, których lekarz zdecydował się na wystanie zgłoszenia.

Lekarze są pod presją informacji o uzasadnieniu stosowania coraz to nowszych leków o udokumentowanej wynikami badań wartości. Pacjenci kierowani na oddziały i do klinik kardiologicznych są diagnozowani w zakresie niezbędnym dla ustalenia optymalnej terapii farmakologicznej. Badania inwazyjne, mające na celu pogłębioną diagnostykę przyczyny niewydolności serca, są wykonywane zdecydowanie za rzadko – podkreślił wyraźnie, że nie tylko ze względów ekonomicznych, ale częściej organizacyjnych, a także z powodu przekonania, że od tego są inni lekarze i inne ośrodki...

Po uzyskaniu poprawy chorzy są kierowani do dalszego leczenia ambulatoryjnego, wyglądającego niestety bardzo różnie w naszym kraju i w naszych ośrodkach – od zastępujących na miano wzoru modelu ambulatoryjnej opieki nad chorym z niewydolnością serca (niestety wciąż rzadkiej), do powierzchownej, żeby nie powiedzieć mało fachowej i źle zorganizowanej opieki, skazującej tych chorych na pozostawanie tylko pod opieką lekarza rodzinnego lub prywatnego gabinetu specjalisty... I od tego chyba momentu pojawia się ryzyko przeoczeń bądź opóźnień decyzyjnych.

W naturalnym, znacząco opóźnionym optymalną farmakoterapią przebiegu choroby, dochodzi do okresowych zaostrzeń objawów niewydolności serca. Szeroka popularyzacja CRT zaczyna owocować coraz częstszym rozpoznawaniem (również w lecznictwie ambulatoryjnym i na oddziałach internistycznych) asynchronii skurczu lewej komory i kierowaniem pacjentów do ośrodków specjalistycznych w celu leczenia desynchronizacją. Bardzo rzadko obserwuje się skierowania na oddziały kardiologiczne z sugestią rozważenia możliwości zabiegu chirurgicznego. A już skierowania z prośbą o wstępną diagnostykę pod kątem rozważenia leczenia transplantacją serca są naprawdę rzadkie, mimo że chorzy <65. roku ży-

cia i jednocześnie niemający przeciwwskazań do OHT stanowią ok. 25–30% całej populacji z niewydolnością serca.

Podczas kolejnych hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca, poza optymalizacją farmakoterapii, dokonuje się implantacji układu CRT lub/i implantacji ICD serca w celu pierwotnej profilaktyki zgonu antyarytmicznego. Coraz szersze stosowanie obu opcji terapeutycznych, a zwłaszcza implantacje urządzeń hybrydowych pełniących funkcję ICD i CRT, może tylko cieszyć, zwłaszcza gdy rysuje się szansa na refundację przez NFZ w wybranej grupie chorych i tej procedury. Połączenie zoptymalizowanej farmakoterapii z wymienionymi rodzajami elektroterapii powoduje wśród lekarzy poczucie dobrze spełnianego obowiązku i pacjenci są wypisywani do domu i dalszego leczenia ambulatoryjnego. Wystarczy jednak wnikliwie popatrzeć na krzywe Kaplana-Meiera, ilustrujące umieralność wśród pacjentów takich programów jak COMPANION, CARE-HF i innych, by zobaczyć, że pomimo tak optymalnego leczenia, sporo spośród tych pacjentów umiera w okresie kilkuletnim.

Badań mamy sporo, brakuje jednak wśród nich analiz losów pacjentów niemających przeciwwskazań do transplantacji serca w 1. roku obserwacji ambulatoryjno-szpitalnej z powodu zaawansowanej niewydolności serca. Wydaje się, że dokonanie transplantacji serca w najlepszym dla chorego okresie niewydolności, tzw. „złotym okresie”, tzn. już przy istnieniu wskazań do OHT, a jeszcze przed wystąpieniem przewlekło-niedokrwiennej zmian narządowych, radykalnie poprawiłoby wyniki leczenia i przeżycie chorych z tej podgrupy. Po przedstawieniu pacjentowi i jego rodzinie takich argumentów i konieczności transplantacji serca w niedalekiej perspektywie zwiększa się zaufanie chorego i jego rodziny, zmniejsza lęk, rośnie natomiast pragnienie życia i motywacja do lepszej współpracy z zespołem leczącym.

Jako kardiolog, a nie transplantolog, który jednak miał bliski kontakt z tą metodą leczenia, mam silne przekonanie poparte wieloletnimi własnymi obserwacjami, że u niektórych pacjentów po OHT przebieg kliniczny byłby znacznie lepszy, gdyby zabieg mógł być przeprowadzony trochę wcześniej, kiedy biorca nie ma jeszcze obciążeń związanych z wyniszczeniem, infekcją, osłabieniem czy niewydolnością wielonarządową.

Pozostaje jeszcze jeden aspekt w rozważaniach nad pozorną konkurencyjnością metod uznanych dziś za konwencjonalne (farmakoterapia, ewentualnie połączona z elektroterapią) i OHT – efekt kliniczny i jego trwałość. Używam słowa „konkurencyjne”, jakkolwiek zastosowanie CRT i zabezpieczenie pacjenta przed nagłym zgonem arytmicznym za pomocą ICD od samego początku traktowane było jako *bridge to heart transplantation*. Coraz lepsze, skuteczniejsze, a jednocześnie mające mniej działań niepożądanych leczenie immunosupresyjne powoduje, że odległa przeżywalność po OHT

wydłuża się z roku na rok, znacznie później występują waskulopatia i typowa miażdżyca naczyń przeszczepionego serca, a wydolność fizyczna i możliwości wykonywania pracy zawodowej są znacząco większe. Większość problemów bądź nawet zgonów w okresie okotooperacyjnym i wczesnym okresie pooperacyjnym związana jest ze stanem ogólnym biorców w momencie transplantacji.

Pozwalam sobie zabrać głos jako klinicysta, kardiolog, zajmujący się na co dzień także niewydolnością serca, w tym głównie CRT, już od 1998 r. Jednocześnie zabieram głos jako zwykły pacjent po transplantacji serca przeprowadzonej w 1998 r. w ośrodku zabrzańskim. Ironią losu było, że w latach 1997/1998 z powodu typowych (dziś) wskazań sam wymagałem CRT, będąc jednocześnie jedynym lekarzem w Polsce wykonującym wówczas te zabiegi. Dodatkowo, z powodu nietolerowanych hemodynamicznie nawracających częstoskurczów komorowych prezentowałem pilne wskazania do ICD. Znając prognozę przy zastosowaniu leczenia konwencjonalnego, wybrałem sam, i to od razu, opcję transplantacji serca jako lepszą, bardziej skuteczną i gwarantującą lepsze wyniki odległe.

Już w 5. tygodniu po zabiegu transplantacji serca brałem czynny udział w kongresie krajowym, w 1. roku po zabiegu wzięłem udział w 2 kongresach krajowych i aż 8 kongresach bądź konferencjach zagranicznych, podczas których prowadziłem kilka sesji naukowych, wygłosiłem kilka referatów na imienne zaproszenie organizatorów oraz wzięłem udział w prezentacji 10 prac na konferencjach krajowych i 28 prac na kongresach zagranicznych. W okresie pierwszych 4 lat po transplantacji wykonałem i napisałem pracę habilitacyjną, napisałem w sumie 49 prac opublikowanych za granicą i 17 prac opublikowanych w kraju, wzięłem udział w 22 kongresach zagranicznych i 7 krajowych, podczas których wraz z zespołem (jednak w większości osobiście) przedstawiłem 98 prezentacji zagranicznych i 36 krajowych. W 7 lat po transplantacji uzyskałem stanowisko profesora nadzwyczajnego, a rok później – tytuł profesora. Prowadzenie wielu tematów badawczych, w tym licznych grantów KBN i prac doktorskich, łączę z aktywną działalnością zabiegową w klinice i innych ośrodkach i ze sporą praktyką lekarską. Od 8 lat nie korzystałem ani przez jeden dzień ze zwolnienia lekarskiego. Możliwości prowadzenia od 9 lat więcej niż aktywnego życia zawodowego nie zapewniłaby mi żadna inna (!!!) poza transplantacją serca opcja terapeutyczna.

Powyższe informacje tłumaczą mój mocno subiektywny stosunek do transplantacji serca. Niemniej moje doświadczenie zawodowe również z nefarmakologicznym leczeniem pacjentów z niewydolnością serca skutkuje nieodpartym wrażeniem, że wypisując w „stanie znacznej poprawy” z kliniki lub oddziału kardiologicznego

czy internistycznego niektórych pacjentów z implantowanym układem CRT lub CRT-D, czasem popełniamy błąd zaniechania. Być może dla niektórych pacjentów była to właśnie pierwsza i ostatnia szansa na umieszczenie ich na liście potencjalnych biorców. Pacjent z dekompenzacją krążenia może trafić do innego szpitala, do innych lekarzy, którzy uznają, że jeżeli pacjenta wcześniej nie zgłoszono jako potencjalnego biorcy, to zapewne były jakieś powody, lub po prostu nie wpadną na ten pomysł...

Ta sama myśl prześladowa mnie często podczas kongresów, gdy oglądam szybko opadające krzywe przeżywalności Kaplana-Meiera przy stosowaniu różnych, coraz to doskonalszych sposobów leczenia niewydolności serca za pomocą farmako- i elektroterapii. Wielka szkoda, że tak rzadko punktem końcowym badań jest nie śmierć chorego, ale transplantacja serca.

Słowo od Kolegi

Dziękuję za Twoją radość życia, dużą zawodową i naukową aktywność oraz to, że tak bardzo upominasz się jako lekarz akademicki, kardiolog o możliwość uratowania wielu chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem serca w naszym kraju.

Pozwól przywołać wspomnienia. Pamiętam, że determinacja dwóch wspaniałych kobiet, autorytetów w polskiej kardiologii – prof. Teresy Widomskiej-Czekajskiej i prof. Marii Trusz-Gluzy – zdecydowała o Twojej pilnej transplantacji. Sam potrzebowałeś pomocy, to prawda, ale byłeś już znanym i cenionym w kraju elektrofizjologiem, tak bardzo potrzebnym naszym chorym.

Kiedy przed 10 laty, nad ranem zakończyliśmy rozpoczętą po północy transplantację serca i Ty jako pacjent wracałeś na Oddział Pooperacyjny w bardzo dobrym stanie, mieliśmy poczucie zawodowego, koleżeńskiego, ludzkiego spełnienia i dziękowaliśmy Bogu i ludziom, że tak się stało. Trzy tygodnie później podobna radość towarzyszyła Twojemu powrotowi do lubelskiej kardiologii, gdzie tak bardzo na Ciebie czekano.

Przywołuję te myśli szczególnie w okresie transplantacyjnego sztormu w naszym kraju, ponieważ transplantacja każdego narządu, oprócz wiedzy, doświadczenia, organizacji i olbrzymiego wysiłku całego zespołu, ma w sobie coś ze szczególnego posłannictwa lekarza wobec ciężko chorego człowieka.

Dziękujemy, Andrzej. Ty i setki chorych żyjących z przeszczepionym narządem jesteście w naszym kraju świadectwem tego, że można, że trzeba, że nie wolno ustawać w ratowaniu życia. Nawet wtedy, kiedy wokół jest ciężki sztorm...

*Z najlepszymi życzeniami, Andrzej,
Marian Zembala
Zabrze, 11 lutego 2007*