

# Psychosoziale und ethische Aspekte der Herzinsuffizienz

P. Buser\*

## Zusammenfassung

Die chronische Herzinsuffizienz ist eine schwere Erkrankung, die im Zunehmen begriffen ist und vorwiegend eine Erkrankung der älteren Population ist. Die Patienten haben eine einem Malignom vergleichbare Prognose und leiden häufig unter Symptomen, die die Lebensqualität schwer einschränken. In Kombination mit einer Mehrzahl von Komorbiditäten verursacht dies in bis zu 40 % der Fälle eine Depression, die ihrerseits die Langzeitprognose verschlechtert. Hinzu kommt nicht selten eine soziale Isolation, die teilweise durch die Symptome, durch Unsicherheit im Umgang mit chronischen Herzpatienten, vermindertes Selbstwertgefühl, aber auch durch die medikamentöse Therapie bedingt sein kann. Disease-Management-Programme können solche Probleme vermindern, die Therapiecompliance und die Selbstkontrolle des Patienten verbessern und so zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität, geringeren Kosten und einer geringeren Mortalität beitragen. Bei älteren Patienten stellt sich auch die Frage, wie aggressiv die lebensverlängernde Therapie sein muss oder darf. Grundsätzlich hat jeder Patient unabgesehen von seinem Alter Anspruch auf alle therapeutischen Möglichkeiten, doch stehen diesem individuellen Recht eingeschränkte Ressourcen entgegen. Das Abwägen der Behandlungsoptionen ist häufig ein sehr subjektiver Prozess, und schliesslich kann der Patient auch ärztliche Empfehlungen ablehnen. Diese ethischen Probleme müssen von der Gesellschaft für die Zukunft gelöst werden, wobei die medizinische Welt entscheidende Impulse geben muss.

## Das Problem

Inzidenz und Prävalenz der Herzinsuffizienz nehmen mit zunehmendem Alter drastisch zu. Der Grossteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die wir in den nächsten Dekaden in unseren Sprechstunden und im Spital sehen werden, wird deshalb der älteren Population angehören. Diese Patienten weisen sehr häufig eine oder mehrere Begleiterkrankungen auf, leben in einem gerade noch stabilen Umfeld und möch-

ten ihren letzten Lebensabschnitt nach ganz bestimmten, individuell sehr unterschiedlichen Vorstellungen verbringen. Die Herzinsuffizienz als sehr einschneidende Erkrankung sowohl im Hinblick auf Symptome, Lebensqualität und Prognose kann ein solches, gerade noch stabiles Gleichgewicht empfindlich stören oder häufig zum Entgleisen bringen. Die meisten grossen Trials zum Thema Herzinsuffizienz haben ältere Patienten gerade aus diesen Gründen ausgeschlossen. Hinzu kommt, dass grosse klinische Trials naturgemäss die untersuchte Erkrankung ganz ins Zentrum des Interesses stellen, während psychosoziale Probleme der untersuchten Population mehr als Begleitumstände oder Komplikationen dieser zentralen Erkrankung gesehen werden. Im Gegensatz dazu gilt bei älteren Patienten das Hauptinteresse häufig anderen medizinischen Problemen, die möglicherweise noch mehr belastend sind als die Krankheit, die in einer speziellen Studie gerade untersucht wird. Andererseits beeinflusst eine invalidisierende chronische Krankheit wie die Herzinsuffizienz sowohl die Persönlichkeit als auch die Fähigkeit eines Patienten, mit schwierigen medizinischen Problemen umzugehen. Ältere Patienten sind anderen psychologischen Herausforderungen ausgesetzt als jüngere Patienten, indem z. B. ältere Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz in Realität kaum Kandidaten für eine Herztransplantation sind, also eine mögliche Therapieoption für sie verwehrt bleibt. Auch wandelt sich die psychologische Einstellung zur Herzinsuffizienz häufig im Verlaufe der Krankheit, indem die Dyspnoe, die erstmals im Lungenödem mit Todesangst erlebt wurde, durch eine Angewöhnung nicht mehr so angstvoll erlebt wird oder aber umgekehrt sich zu einem vor dem Erstereignis nicht gekannten Angstsyndrom entwickelt. Viele dieser Probleme wurden in beobachtenden Studien beschrieben, kontrollierte Studien über therapeutische Ansätze gibt es höchstens vereinzelt, fehlen jedoch weitgehend. Im Folgenden werden zuerst einige der wichtigsten Aspekte der psychosozialen Problematik und anschliessend einige Überlegungen zu ethischen Problemen bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz beleuchtet.

\* Dieser Artikel wird im Namen der Projektgruppe «Herzinsuffizienz» der Schweizerischen Herzstiftung und der Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie publiziert. Die folgenden Mitglieder haben zu dieser Publikation beigetragen: P. Buser, Basel (Verfasser); H.-P. Brunner, Basel; D. Conen, Aarau (Vertreter der SGIM); R. Darioli, Lausanne; O. M. Hess, Bern; R. Lerch, Genf; P. Mohacsi, Bern; R. Mordasini, Bern; G. Noll, Zürich; P. Périat, Riehen (Vertreter der SGAM); M. Pfisterer, Basel; W. Rutishauser, Genf; T. Szucs, Basel; P. Trigo-Trindade, Genf.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Peter Buser  
Universitätskliniken  
Kardiologie  
Petersgraben  
CH-4031 Basel  
Tel. 061 265 52 24  
Fax 061 265 45 98

E-Mail: [buser@email.ch](mailto:buser@email.ch)

## Psychosoziale Faktoren

Mehrere Faktoren aus dem emotionellen, seelisch-geistigen Formenkreis als auch aus dem Leben im alltäglichen Umfeld bestimmen den Verlauf und zum Teil auch die Prognose bei Patienten mit Herzinsuffizienz wesentlich. Die klinische Definition der Herzinsuffizienz enthält nebst der messbaren Verminderung der Herzfunktion und dem Ansprechen auf die spezifische Therapie als wesentlichen Teil die Symptomatik (Dyspnoe, Müdigkeit, Ödeme usw.). Diese überwiegend subjektiven Symptome sind wesentliche Verlaufparameter der Herzinsuffizienz, insbesondere bei älteren Patienten. Sie beeinflussen die Lebensqualität, die zusätzlich sehr stark durch psychosoziale Faktoren wie Depression, soziale Isolation und verminderte kognitive Fähigkeiten bestimmt wird.

## Depression

Die Depression, die das ganze Spektrum von chronischer Verstimmung über leichte Depression mit Verstimmung und Interessensverlust an «normalen Aktivitäten» usw. bis hin zur schweren Depression beinhaltet, ist in 15 bis 40 % der Herzinsuffizienzpatienten vorhanden [1–3]. Nicht selten werden deren Symptome (Müdigkeit, Inaktivität, Schlafstörung) verkannt und der Herzinsuffizienz zugeordnet [3]. Grundsätzlich muss bei Herzinsuffizienzpatienten an die häufig begleitende Depression gedacht werden, da medikamentöse Behandlungen vor allem mit selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren oder z. B. Mirtazapine zur Verfügung stehen und die Lebensqualität damit beträchtlich erhöht werden kann. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass vor allem die trizyklischen Antidepressiva bei schwer geschädigtem Herzen das Risiko für lebensgefährliche Arrhythmien erhöhen können und deshalb eine relative Kontraindikation darstellen. In beobachtenden Studien wird belegt, dass die Depression ein Risikofaktor für die Mortalität bei Herzinsuffizienz darstellt [4]. Zusätzlich weisen Patienten mit einer Depression ein deutlich höheres Risiko für eine medikamentöse «non-compliance» auf, was wiederum einer der häufigsten Gründe für wiederholte Hospitalisationen darstellt. Viele Patienten sind sich nicht bewusst, dass sie unter einer Depression leiden, oder sind sogar, mindestens anfänglich, nicht bereit, emotionelle Probleme im Rahmen der Herzinsuffizienztherapie zu diskutieren. Hier kann die Diagnostik mit einem einfachen Standardfragebogen ergänzt und mehr Sicherheit für beide, Arzt und Patient, gewonnen werden [2].

## Soziale Isolation

Soziale Isolation ist ein weiterer starker Prädiktor für vermehrte tödliche und nichttödliche kardiovaskuläre Ereignisse bei Herzinsuffizienzpatienten [5]. Eine ganze Reihe von Faktoren kann dazu beitragen. Dazu gehören die Symptome der Krankheit selbst wie die eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Müdigkeit, Dyspnoe oder kosmetische Probleme, z. B. bei starken Unterschenkelödemen. Aber auch durchaus beabsichtigte Medikamentenwirkungen wie eine starke Diurese oder eine Blutdrucksenkung mit orthostatischem Schwindel können Patienten so verunsichern, dass sie sich nicht mehr in Gesellschaft wagen. Probleme bei der Krankheitsbewältigung innerhalb einer Partnerschaft oder Ehe einschliesslich krankheits-, angst- oder medikamentenbedingter sexueller Störungen führen zu Abkapselung des Patienten und fehlender emotionaler Unterstützung und Zuwendung durch die Partner. Verschiedene Wege, einen solchen Circulus vitiosus zu durchbrechen, existieren. Zum Beispiel kann sich der Patient in kardialen Rehabilitationsprogrammen in einem emotional supportiven Umfeld bewegen, sich mit anderen Patienten mit gleichen Problemen unterhalten und sein Selbstwertgefühl stärken.

## Disease-Management-Programme

Eine zentrale Rolle in der Bewältigung psychosozialer Probleme bei Patienten mit Herzinsuffizienz können sogenannte Disease-Management-Programme übernehmen, indem der Patient unterrichtet wird, besser mit seiner Herzinsuffizienz umgehen zu können. Hinweise zur Erleichterung des Alltags, aber auch zur Einhaltung der medikamentösen und Begleittherapie werden gegeben. Mehrere Studien konnten zeigen, dass solche Programme bei Herzinsuffizienzpatienten sowohl das Überleben als auch die Lebensqualität verbessern und die Anzahl der Hospitalisationen reduzieren [6–9]. Sie wurden deshalb auch in die Behandlungsrichtlinien der «European Society of Cardiology» von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz aufgenommen [10].

## Ethische Aspekte

Als Arzt, der in die Behandlung von Herzinsuffizienzpatienten, einer grundsätzlich malignen, nicht heilbaren Krankheit, involviert ist, muss man sich mit einigen ethischen Problemen und Gedanken befassen. Dies insbesondere auch deshalb, weil neben der pflegerischen Betreuung

und der medikamentösen Therapie eine ganze Palette hochtechnisierter therapeutischer Eingriffe und Geräteimplantationen bis hin zur Herztransplantation zur Auswahl stehen. Dies bei einem schwer leidenden Patienten mit stark eingeschränkter Lebenserwartung. Gerade bei älteren Patienten, deren Alter bereits in die Nähe der durchschnittlichen statistischen Lebenserwartung gerückt ist, werden ethische Fragen wie Nutzen/Vorteil, Nebenwirkungen/Nachteil, Wille des Patienten/Selbstbestimmung, Gleichheit in Bezug auf Ressourcennutzung, insbesondere bezüglich lebensverlängernder Massnahmen, vordergründig. Trotz allen unseren Bemühungen bleiben schwerkranke Patienten sterblich, und es ist auch eine wichtige und schwierige ärztliche Aufgabe, solche Patienten am Ende ihres Lebens im Sterben zu begleiten und zu betreuen.

#### **Autonomie, Selbstbestimmung**

Das Recht auf Selbstbestimmung in der medizinischen Ethik beinhaltet das Recht, eine medizinische, interventionelle oder chirurgische Therapie zu akzeptieren oder abzulehnen, und das damit verbundene Recht, die notwendige Information, um diese Entscheidung zu fällen, zu erhalten. Die Wahrnehmung dieses Rechtes, insbesondere eine ablehnende Haltung einem ärztlichen Ratschlag gegenüber, ist nicht unbedingt als Zeichen einer Depression im Rahmen der schweren Grunderkrankung zu werten. Kulturelle Unterschiede, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, aber z. B. bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz auch eingeschränkte kognitive Fähigkeiten oder andere Komorbiditäten wie Schwerhörigkeit, verminderter Visus usw. sind wesentliche Hindernisse, dass diese Information nicht in genügend verständlicher Form mitgeteilt werden kann, die Diskussion über Prognose oder einschneidende Therapieoptionen deshalb nicht geführt wird und der Patient nicht zu einer eigenen Entscheidung gelangen kann. Wieder andere Patienten wollen nicht über das Thema «Lebensende» oder «Reanimation» diskutieren und überlassen die Entscheidung ihren Angehörigen oder den behandelnden Ärzten. In den grossen Trials zur Behandlung der Herzinsuffizienz wurden solche Fragen kaum untersucht. Die SUPPORT-Studie zeigte bei über 1400 im Durchschnitt 70jährigen Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, dass während der letzten 6 Monate vor dem Tod zwar Symptome häufiger auftraten, die Lebensqualität aber nicht signifikant abnahm und der Wunsch, nicht reanimiert zu werden, dennoch deutlich häufiger geäussert wurde [11]. Dies zeigt, dass z. B. die

Lebensqualität nicht unbedingt mit dem Überlebenswunsch korreliert und andere häufig nicht befragte oder verbalisierte Faktoren beim individuellen Patienten den Lebenswunsch beeinflussen.

#### **Nützen, Nichtschaden und Ressourcenverteilung**

Neben dem Selbstbestimmungsrecht sind drei weitere Prinzipien in der medizinischen Ethik akzeptiert: das Nützen, das Nichtschaden und die gerechte Verteilung limitierter Ressourcen. Bei der schweren Herzinsuffizienz sind einige therapeutische Massnahmen wie implantierbarer Cardioverter-Defibrillator (ICD), Resynchronisationstherapie mit 2-Kammer-Schrittmachern (CRT), Kunstherzen oder implantierbare Unterstützungspumpen, ventrikuläre Assistdevices zur Überbrückung bis zu einer Herztransplantation und die Herztransplantation selbst verfügbar, für die ein klarer Nutzen bei allerdings relativ hohen Kosten nachgewiesen ist. Das Ausmass des Nichtschadens bzw. der Inkaufnahme von Nebenwirkungen oder Komplikationen, das vom Schweregrad der Herzinsuffizienz, der Grösse und Komplexität des Eingriffes, aber auch von der Komorbidität und dem Alter des Patienten abhängig ist, ist nicht immer sicher voraus sagbar. Das Abwägen von Nutzen und Risiko für Nebenwirkungen und Komplikationen muss deshalb sehr individuell durchgeführt werden, da Variablen zur Abschätzung des Risikos bei der Beurteilung des Einzelfalles oft nicht sehr hilfreich sind. Die immer stärker limitierten Ressourcen und die nur selten verfügbaren Spenderherzen für die Transplantation sind weitere Gründe, weshalb gezögert wird, solche Optionen zu diskutieren und anzubieten. Dies betrifft in besonderem Masse die älteren Patienten mit schwerster Herzinsuffizienz, da der Gewinn an Lebensjahren im Vergleich zu jüngeren Patienten kürzer ist, der potentielle Nutzen also kleiner und die Komorbiditäten und Komplikationen häufiger sind. Der Entscheid ist manchmal um so schwerer, da eingeschränkte kognitive Fähigkeiten eine klare Stellungnahme des Patienten behindern.

Wir müssen uns bewusst sein, dass heute in solchen Situationen nicht selten Entscheidungen gefällt werden, die auf individuellen Beurteilungen basieren, deshalb subjektiv sind und die Grundprinzipien der medizinischen Ethik verletzen können. Die Diskussion, wie wir in Zukunft mit diesen Problemen umgehen sollen, muss vermehrt in unserer Gesellschaft geführt werden. Die medizinische Welt muss dabei entscheidende Impulse geben.

**Literatur**

- 1 Freedland KE, Carney RM, Rich MW et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991;24:59-71.
- 2 Havranek EP, Ware MG, Lowes BD. Prevalence of depression in congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1999;84:348-50.
- 3 Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:29-43.
- 4 Murberg TA, Bru E, Sveback S et al. Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure. A two-years follow-up study. *Int J Psychiatry Med* 1999;29:311-26.
- 5 Krumholz HM, Butler J, Miller J, Vaccarino V, Williams CS, Mendes-de-Leon CF et al. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized for heart failure. *Circulation* 1998;97:958-64.
- 6 Fonarow GC et al. Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30:725-32.
- 7 West JA et al. A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization. *Am J Cardiol* 1998;79:58-63.
- 8 Cline CMJ et al. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalization. *Heart* 1998;80:442-6.
- 9 Hughes SL et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multi-center trial. *JAMA* 2000;284:2877-85.
- 10 Remme WJ, Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler F, Follath F et al. For the ESC Task Force on Chronic Heart Failure. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001;22:1527-60.
- 11 Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davies RB, Phillips RS. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:S101-S109.

## 11. Gstaader Treffen 2004 der Schweizerischen Herzstiftung 29. Januar bis 1. Februar 2004

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.congress-info.ch/gstaad2004/](http://www.congress-info.ch/gstaad2004/)

Patronat Kongress: Schweizerische Herzstiftung und Swiss Society of Cardiology

Hauptsponsor Kongress: AstraZeneca

Co-Sponsor Kongress:  EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG

# Aspects psycho-sociaux et éthiques de l'insuffisance cardiaque

P. Buser\*

## Résumé

L'insuffisance cardiaque chronique est une maladie sévère, en voie d'augmentation, qui touche surtout la population âgée. Son pronostic est similaire à celui d'une maladie oncologique et les patients souffrent souvent de symptômes qui réduisent fortement leur qualité de vie. Ceci et les co-morbidités multiples entraînent jusqu'à 40 % d'états dépressifs, qui eux-mêmes péjorent le pronostic à long terme. Il n'est pas rare qu'un isolement social s'y ajoute, en réaction aux symptômes, à l'embarras face aux patients cardiaques chroniques, à la baisse de confiance en soi, mais aussi aux traitements médicamenteux. Les programmes de prise en charge de la maladie aident à maîtriser ces problèmes, à améliorer la compliance aux traitements et l'autocontrôle des patients, contribuant ainsi à une amélioration sensible de la qualité de vie et à une diminution des coûts et de la mortalité. La question de savoir jusqu'à quel point l'on peut ou l'on doit pousser les traitements invasifs prolongeant la vie se pose chez les patients âgés. Chaque patient, indépendamment de son âge, a fondamentalement le droit d'accéder à toutes les modalités thérapeutiques, mais les ressources limitées restreignent ces droits individuels. Jauger les options thérapeutiques envisageables est souvent un processus très subjectif. Enfin les patients ont aussi le droit de refuser les conseils médicaux. Dans le futur, ces problèmes éthiques devront être résolus par la société, le corps médical devant, quant à lui, livrer les impulsions décisives au débat.

## Le problème

L'incidence et la prévalence de l'insuffisance cardiaque augmentent abruptement avec l'âge. La majorité des patients souffrant d'insuffisance cardiaque que nous verrons dans nos cabinets et dans les hôpitaux durant les prochaines décades seront donc des patients âgés. Ces patients présentent le plus souvent une ou plusieurs co-morbidités, ils arrivent juste à se maintenir en équilibre fragile dans leur environnement, et ils souhaitent vivre leur dernière tranche de vie

selon des critères personnels, individuellement très variés. L'insuffisance cardiaque a des fortes répercussions, aussi bien sur le plan symptomatique, de la qualité de vie et du pronostic. Elle peut perturber grandement voire souvent décompenser un équilibre instable. C'est justement pour ces raisons que la plupart des grandes études sur l'insuffisance cardiaque ont exclu les patients âgés. De plus, les grandes études cliniques se concentrent, par essence, principalement sur la maladie étudiée, tandis que les problèmes psychosociaux de la population étudiée sont plus considérés comme des aspects annexes ou des complications du thème principal qu'est la maladie. Par contre, les préoccupations principales chez les personnes âgées concernent souvent d'autres problèmes médicaux, qui peuvent être encore plus gênants que la maladie en train d'être investiguée dans telle ou telle étude spécifique. D'autre part, une maladie chronique et invalidante comme l'insuffisance cardiaque a des répercussions tant sur la personnalité du patient que sur sa capacité à pouvoir faire face à d'autres problèmes médicaux sévères. Les patients âgés ont d'autres préoccupations psychologiques que les patients plus jeunes. Une transplantation cardiaque étant, par exemple, une option thérapeutique ne rentrant pratiquement pas en ligne de compte pour les patients âgés avec une insuffisance cardiaque sévère. L'attitude psychologique envers l'insuffisance cardiaque évolue aussi au cours de la maladie. Une dyspnée peut, par exemple, être vécue comme une angoisse terrifiante lors du premier épisode d'œdème pulmonaire, pour ensuite perdre de son côté effrayant avec l'habitude. A l'inverse, elle peut aussi évoluer en syndrome anxieux absent lors du premier épisode. Beaucoup de ces problèmes ont été décrits lors d'études d'observation. Par contre, si les études contrôlées d'interventions thérapeutiques brillent par leur absence, il existe tout au plus quelques études isolées à ce sujet.

Cet article se propose de cerner quelques-uns des principaux aspects de la problématique psychosociale et de formuler quelques réflexions sur les problèmes éthiques liés à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques âgés.

\* Cet article est publié au nom du groupe chargé du projet «Insuffisance cardiaque» de la Fondation suisse de Cardiologie. Les membres suivants ont contribué à son élaboration: P. Buser, Bâle (rédacteur); H.-P. Brunner, Bâle; D. Conen, Aarau (Représentant de la SSMI); R. Darioli, Lausanne; O. M. Hess, Berne; R. Lerch, Genève; P. Mohacsi, Berne; R. Mordasini, Berne; G. Noll, Zürich; P. Périat, Riehen (Représentant de la SSMG); M. Pfisterer, Bâle; W. Rutishauser, Genève; Th. Szucs, Bâle; P. Trigo-Trindade, Genève.

Correspondance:  
Prof. Peter Buser  
Leitender Arzt Kardiologie  
Universitätskliniken  
Petersgraben  
CH-4031 Basel

buser@email.ch

## Facteurs psychosociaux

Plusieurs facteurs des sphères émotionnelles, spirituelles-philosophiques et aussi des contingences de la vie quotidienne ont une influence déterminante sur l'évolution et même aussi en partie sur le pronostic des patients insuffisants cardiaques. La définition même d'insuffisance cardiaque comprend, outre des diminutions objectives de la fonction cardiaque et de la réponse aux traitements spécifiques, comme critères essentiels aussi des symptômes (dyspnée, fatigue, œdème, etc.). Ces symptômes, en grande partie subjectifs, sont, particulièrement chez les patients âgés, des paramètres essentiels d'évolution de l'insuffisance cardiaque. Ils influencent la qualité de vie qui dépend aussi beaucoup de facteurs psychosociaux tels une dépression, un isolement social ou une diminution des facultés cognitives.

### Dépression

La dépression, qui englobe tout le spectre allant de la dysthymie chronique, à la dépression légère avec perte d'intérêt pour les «activités normales» jusqu'aux dépressions sévères, touche 15–40 % des insuffisants cardiaques [1–3]. Il n'est pas rare que ses symptômes (fatigue, inactivité, troubles du sommeil) soient mal interprétés et attribués à l'insuffisance cardiaque [3]. Il faut donc toujours songer à l'éventualité d'une dépression concomitante chez chaque patient insuffisant cardiaque, la qualité de vie pouvant être grandement améliorée par les thérapies médicamenteuses disponibles, principalement par l'utilisation des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine ou de la mirtazapine p. ex. Il convient cependant de tenir compte du fait que les antidépresseurs tricycliques en particulier peuvent accroître le risque d'arythmies fatales chez les patients avec un cœur très affaibli et qu'ils sont donc relativement contre-indiqués. Les études d'observation ont établi qu'une dépression influence défavorablement le pronostic lors d'insuffisance cardiaque [4]. De plus, les patients dépressifs ont un risque nettement accru de mauvaise compliance médicamenteuse, ce qui est l'une des plus fréquentes raisons pour des ré-hospitalisations à répétition. De nombreux patients ne sont pas conscients de leur dépression et même parfois ne sont pas prêts, du moins au début, à aborder les aspects émotionnels liés à l'insuffisance cardiaque et son traitement. Dans ce cas, un complément d'anamnèse par un questionnaire standardisé peut permettre de clarifier la situation, tant pour le médecin que pour le patient [2].

### Isolement social

Pour les patients insuffisants cardiaques, l'isolement social est un autre fort prédicteur d'accroissement du risque de complications cardiovasculaires fatales ou non [5]. Toute une série d'éléments peuvent y contribuer. Les symptômes de la maladie, comme une capacité physique diminuée, la fatigabilité, la dyspnée ou des problèmes cosmétiques comme les œdèmes malléolaires marqués, peuvent en faire partie. Des effets médicamenteux, d'ailleurs parfaitement recherchés, comme une diurèse prononcée ou une baisse de la tension artérielle avec vertiges orthostatiques peuvent désécuriser les patients au point de les faire renoncer aux contacts sociaux. Les relations de couple sont mises en difficulté par la maladie pouvant entraîner des dysfonctions sexuelles dues à la maladie, à l'anxiété et aux médicaments. Le patient peut se recroquer sur lui-même par manque de soutien émotionnel et d'attention de la part de son partenaire. Différentes stratégies existent pour couper ce cercle vicieux. Le patient peut, par exemple, participer à des programmes de réhabilitation cardiaque et bénéficier d'un climat de soutien affectif, échanger des conseils avec d'autres patients dans la même situation et regagner ainsi confiance en lui.

### Programmes de prise en charge de la maladie

«Les programmes de prise en charge de la maladie» peuvent jouer un rôle central pour permettre au patient insuffisant cardiaque de maîtriser ses difficultés psychosociales en lui donnant les moyens de gérer sa maladie. Ces programmes prodiguent des conseils pour faciliter la vie quotidienne, pour améliorer la compliance médicamenteuse et celle des traitements d'appoint. Plusieurs études ont pu montrer que ces programmes améliorent la qualité de vie et la survie des patients insuffisants cardiaques et permettent de réduire la fréquence des hospitalisations [6–9]. Pour cette raison, ils ont été incorporés dans les recommandations thérapeutiques énoncées par la Société européenne de cardiologie [10] pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.

### Aspects éthiques

Quelques questions éthiques se posent au médecin prenant en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, qui demeure fondamentalement une maladie maligne incurable. Ceci particulièrement en raison du fait que, en plus

des soins et des traitements médicamenteux, toute une série d'interventions thérapeutiques hautement spécialisées sont envisageables, allant de l'implantation d'appareils médicaux jusqu'à la transplantation cardiaque. Ceci en présence d'un patient très malade et avec une espérance de vie très réduite. Les questions éthiques liées aux rapports utilité-bénéfice/effets secondaires/inconvénients, liées à la volonté et à l'autodétermination du patient, ainsi qu'à l'attribution équitable des ressources, en particulier pour les mesures de prolongement de vie, se posent avec une vive acuité chez les patients âgés ayant déjà presque atteint l'espérance de vie statistique moyenne. Malgré tous nos efforts, les patients demeurent des êtres mortels et c'est aussi un devoir médical difficile et important que d'accompagner ces patients en fin de vie.

#### **Autonomie, autodétermination**

Dans l'éthique médicale, le droit à l'autodétermination comprend celui d'accepter ou de refuser un traitement médicamenteux, invasif ou chirurgical. Ce droit implique celui d'être suffisamment informé pour pouvoir prendre une telle décision. Exercer ce droit, en particulier celui de refuser un avis médical, n'est pas forcément le signe d'une dépression dans le cadre d'une maladie de base sévère. Des barrières culturelles et linguistiques, mais aussi une diminution des facultés cognitives, ou d'autres comorbidités telles qu'une baisse de la vue et de l'ouïe notamment, chez les patients âgés insuffisants cardiaques, peuvent constituer autant d'obstacles majeurs pour transmettre ces informations de manière suffisamment compréhensible. La discussion sur le pronostic ou sur les options thérapeutiques lourdes en conséquences est donc parfois esquivée, et les décisions ne sont pas prises par le patient lui-même. D'autres patients refusent d'aborder les sujets «fin de vie» et «réanimation» et délèguent à leur famille ou aux médecins traitants le soin de régler ces questions. Ce type de questions est à peine effleuré dans les grandes études sur l'insuffisance cardiaque. L'étude SUPPORT sur 1400 patients avec une insuffisance cardiaque sévère et âgés de 70 ans en moyenne a montré que, si les symptômes s'aggravent certes durant les 6 derniers mois avant le décès, la qualité de vie ne diminue cependant pas significativement bien que les patients expriment nettement plus souvent le souhait de ne pas être réanimés [11]. Ceci montre, par exemple, que la qualité de vie ne corrèle pas forcément avec le désir de vie et que souvent d'autres facteurs non investigués ou non verbalisés influencent le désir de vie de chaque patient particulier.

#### **Utilité, innocuité, et attribution des ressources**

En plus du droit à l'autodétermination, trois autres principes sont acceptés dans l'éthique médicale: l'utilité, l'innocuité et la répartition équitable des ressources limitées. Lors d'insuffisance cardiaque sévère, quelques modalités thérapeutiques disponibles, tels le défibrillateur/électro-convertisseur implanté (ICD) le traitement de resynchronisation avec un pacemaker bicaméral (CRT), le cœur artificiel ou les pompes de soutien implantables, l'assistance ventriculaire dans l'attente d'une transplantation cardiaque ont une utilité clairement établie, pour un prix cependant assez élevé. Le degré d'innocuité, ou inversement, le taux d'effets secondaires ou de complications acceptables, dépend du degré de sévérité de l'insuffisance cardiaque, de l'importance et de la complexité de l'intervention, dépend aussi des co-morbidités et de l'âge du patient; il n'est pas toujours prévisible avec certitude. Le rapport bénéfice/risque d'effets secondaires et de complications demande une évaluation très individuelle, les données d'estimation de risque pour un cas individuel n'étant souvent pas d'une grande utilité. La diminution constante des ressources alliée au manque permanent d'organes disponibles pour une transplantation cardiaque sont d'autres raisons qui font hésiter à discuter et à offrir de telles options. Ceci concerne tout particulièrement les patients âgés avec une insuffisance cardiaque sévère, car leur espérance de vie prévisible est plus courte que celle des patients plus jeunes, amenuisant ainsi l'utilité potentielle des interventions, qui sont par ailleurs grevées d'un taux de complications accru vu les plus nombreuses co-morbidités. La prise de décision est parfois rendue d'autant plus difficile que la diminution des facultés cognitives empêche une prise de position claire du patient.

Nous devons être conscients que, de nos jours, des décisions sont prises dans de telles situations en se basant sur des appréciations individuelles et subjectives qui peuvent enfreindre les principes fondamentaux de l'éthique médicale. La question de savoir comment aborder ces problèmes devra à l'avenir être davantage débattue dans notre société. Le corps médical devra fournir des impulsions décisives à ce débat.

## Références

- 1 Freedland KE, Carney RM, Rich MW et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991;24:59-71.
- 2 Havranek EP, Ware MG, Lowes BD. Prevalence of depression in congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1999;84:348-50.
- 3 Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:29-43.
- 4 Murberg TA, Bru E, Sveback S, et al. Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure. A two-years follow-up study. *Int J Psychiatry Med* 1999;29:311-26.
- 5 Krumholz HM, Butler J, Miller J, Vaccarino V, Williams CS, Mendes-de-Leon CF, Seeman TE, Kasl SV, Berkman LF. Prognostic Importance of emotional support for elderly patients hospitalized for heart failure. *Circulation* 1998;97:958-64.
- 6 Fonarow GC et al. Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30:725-32.
- 7 West JA et al. A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization. *Am J Cardiol* 1998;79:58-63.
- 8 Cline CMJ et al. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalization. *Heart* 1998;80:442-6.
- 9 SL et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. *JAMA* 2000;284:2877-85.
- 10 Remme WJ, Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler F, Follath F, Gavazzi A, Haverich A, Hoes A, Jaarsma T, Komajda M, Korewicki J, Levy S, Lopez-Sendon JL, Nieminen M, Piérard L, Tavazzi L, Toutouzas PK for the ESC Task Force on Chronic Heart Failure. *Eur Heart J* 2001; 22:1527-60.
- 11 Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davies RB, Philips RS. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:S101-S109.

## 11<sup>e</sup> Réunion de Gstaad 2004 de la Fondation Suisse de Cardiologie 29 janvier au 1<sup>er</sup> février 2004

Pour plus d'information: [www.congress-info.ch/gstaad2004/](http://www.congress-info.ch/gstaad2004/)

Patronat du congrès: Fondation Suisse de Cardiologie et Swiss Society of Cardiology

Sponsor principal du congrès: AstraZeneca

Co-sponsor du congrès:  EMH Editions médicales suisses SA