

Znaczenie depresji u chorych kardiologicznych

Tomasz Podolecki, Zbigniew Kalarus

Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii,
Oddział Kliniczny Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego;
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Psychiatria – Dialogi Interdyscyplinarne, Wrocław 14-
15.X.2016r

Bez konfliktu interesów

Zalecenia	Klasa ^a	Poziom ^b
Czynniki psychospołeczne powinny być oceniane podczas zbierania wywiadów lub za pomocą wystandaryzowanych kwestionariuszy. Należy rozważać indywidualnie ustalone postępowanie kliniczne w celu poprawy jakości życia i rokowania w chorobie wieńcowej	Ila	B

Psychospołeczne czynniki ryzyka:

- Niski status społeczno-ekonomiczny (RR: 1,3 – 2,0)
- Brak wsparcia społecznego (RR: 1,5 – 3,0),
- Stres w pracy i życiu rodzinnym (RR: 2,7 – 4,0)
- Depresja (RR: 1,9)
- Lęk (RR: 1,7 – 4,2),
- Osobowość typu D (RR: 1,3)

przyczyniają się zarówno do ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, jak i pogorszenia przebiegu klinicznego oraz rokowania w tych schorzeniach. Te czynniki działają jako przeszkody utrudniające stosowanie się do zaleceń lekarskich i przyjmowanie przepisanych leków oraz podejmowanie wysiłków w celu poprawy stylu życia, a także propagowanie zdrowia i dobrostanu zarówno u poszczególnych pacjentów.

Zalecenia dotyczące interwencji ukierunkowanych na czynniki psychospołeczne

Zalecenia	Klasa ^a	Poziom ^b
Należy stosować różnorodne interwencje behawioralne łączące edukację zdrowotną, wysiłek fizyczny i psychologiczne metody leczenia psychospołecznych czynników ryzyka oraz nauki radzenia sobie z chorobą	I	A
W przypadku klinicznie istotnych objawów depresji, lęku lub wrogości należy rozważyć psychoterapię, stosowanie leków lub połączenia tych metod. Takie podejście może ograniczać objawy związane z nastrojem i poprawiać jakość życia związaną ze zdrowiem, chociaż nie ma jednoznacznych dowodów korzystnego wpływu na sercowe punkty końcowe	IIa	A

Zalecenia	Klasa ^a	Poziom ^b
Zaleca się, aby pacjentów z HF zachęcać do systematycznych wysiłków aerobowych w celu poprawy wydolności fizycznej i zmniejszenia objawów klinicznych	I	A
Zaleca się, aby pacjentów z niewydolnością serca obejmować multidyscyplinarnymi programami leczenia w celu zmniejszenia ryzyka hospitalizacji z powodu niewydolności serca	I	A

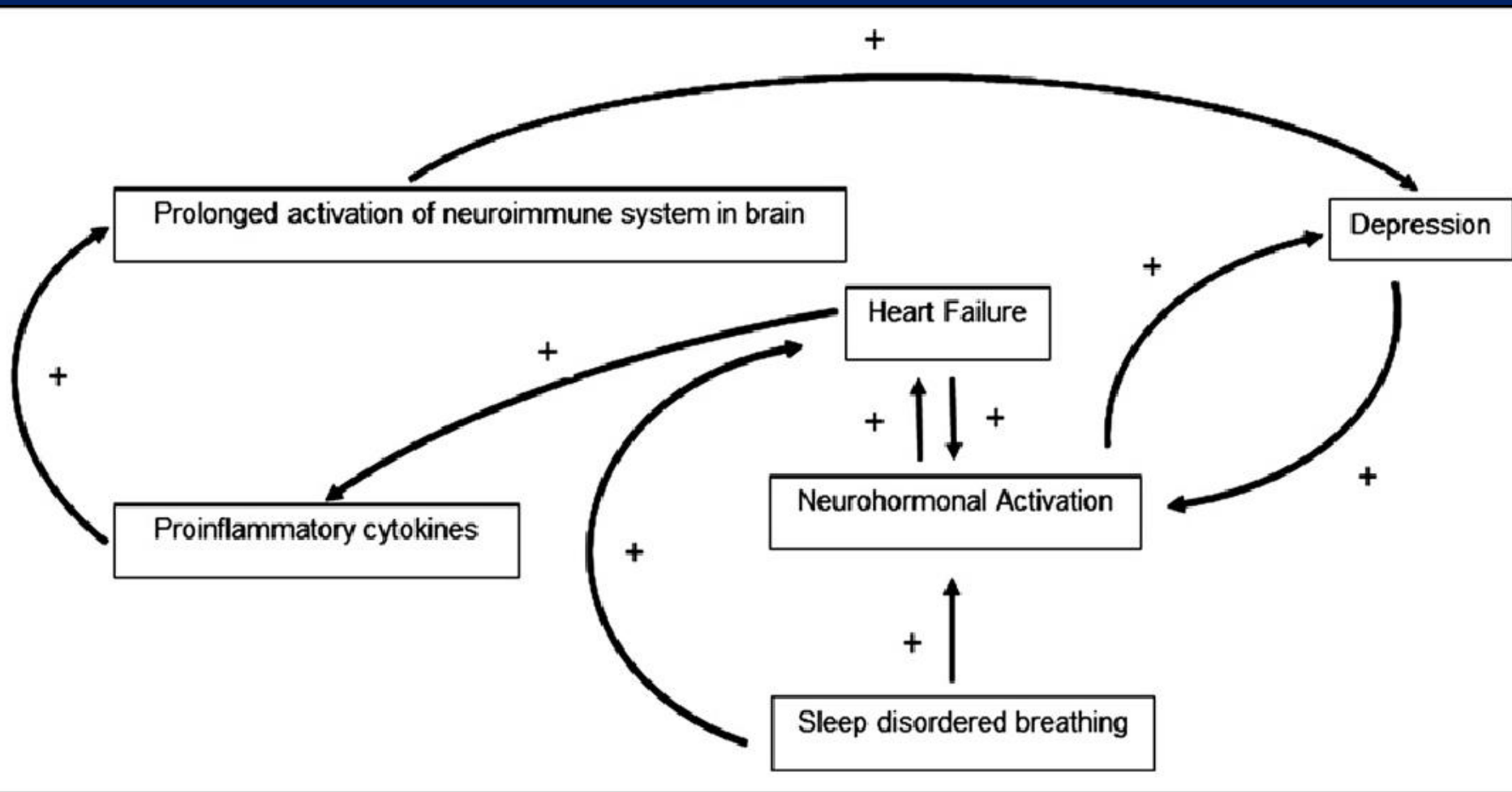
Multidyscyplinarne programy leczenia

Elementy składowe	Optymalne leczenie zachowawcze i za pomocą urządzeń
	Odpowiednia edukacja pacjenta, ze szczególnym naciskiem na przestrzeganie zaleceń lekarskich i aktywny udział samego chorego w leczeniu
	Zaangażowanie pacjenta w monitorowanie objawów i elastyczne stosowanie diuretyków
	Dalsza kontrola po wypisie ze szpitala (systematyczne wizyty w przychodni i/lub domowe; być może wsparcie telefoniczne lub monitorowanie na odległość)
	Zwiększony dostęp do opieki zdrowotnej (poprzez bezpośrednie wizyty kontrolne i kontakty telefoniczne; być może również poprzez monitorowanie na odległość)
	Ułatwiony dostęp do leczenia podczas epizodów dekomensacji
	Ocena (oraz odpowiednia interwencja w odpowiedzi na wyniki tej oceny) niewyjaśnionego przyrostu masy ciała, stanu odżywienia, stanu czynnościowego, jakości życia oraz wyników badań laboratoryjnych
	Dostęp do zaawansowanych metod leczenia
Zapewnianie wsparcia psychospołecznego pacjentom i ich rodzinom/opiekunom	

Depresja – mechanizmy wpływu na układ krążenia

U osób z depresją i/lub przewlekłym stresem występują zmiany czynności układu autonomicznego (w tym redukcja zmienności częstotliwości rytmu serca), osi podwzgórzowo-przysadkowej i innych wskaźników układu wewnątrzwydzielniczego, które wpływają na procesy hemostazy oraz zapalenia, czynność śródbłonna i perfuzję mięśnia sercowego.

Depresja i niewydolność serca – błędne koło



Depresja i choroba niedokrwienna serca

- Częstość depresji wśród chorych z chorobą niedokrwienną serca – 14-23%;
Szacuje się, że w Polsce 750 tys. do 1,5 mln ludzi ma CHD → nawet 300 tys. chorych może mieć objawy depresji
- Częstość depresji wśród chorych po zawale serca – 16-27%.
Co roku w Polsce około 80 tys. pacjentów doznaje zawału serca → 13 – 22 tys. chorych rozwija depresję.

Predysponuje: płeć żeńska, cukrzyca, przewlekłe choroby płuc, przebyty uprzednio zawał, niska LVEF, rozległość zawału, brak pracy, niski poziom wsparcia społecznego,

The Heart and Soul Study

Cel: porównanie wpływu zaburzeń depresyjnych oraz ciężkości choroby serca na codzienne funkcjonowanie

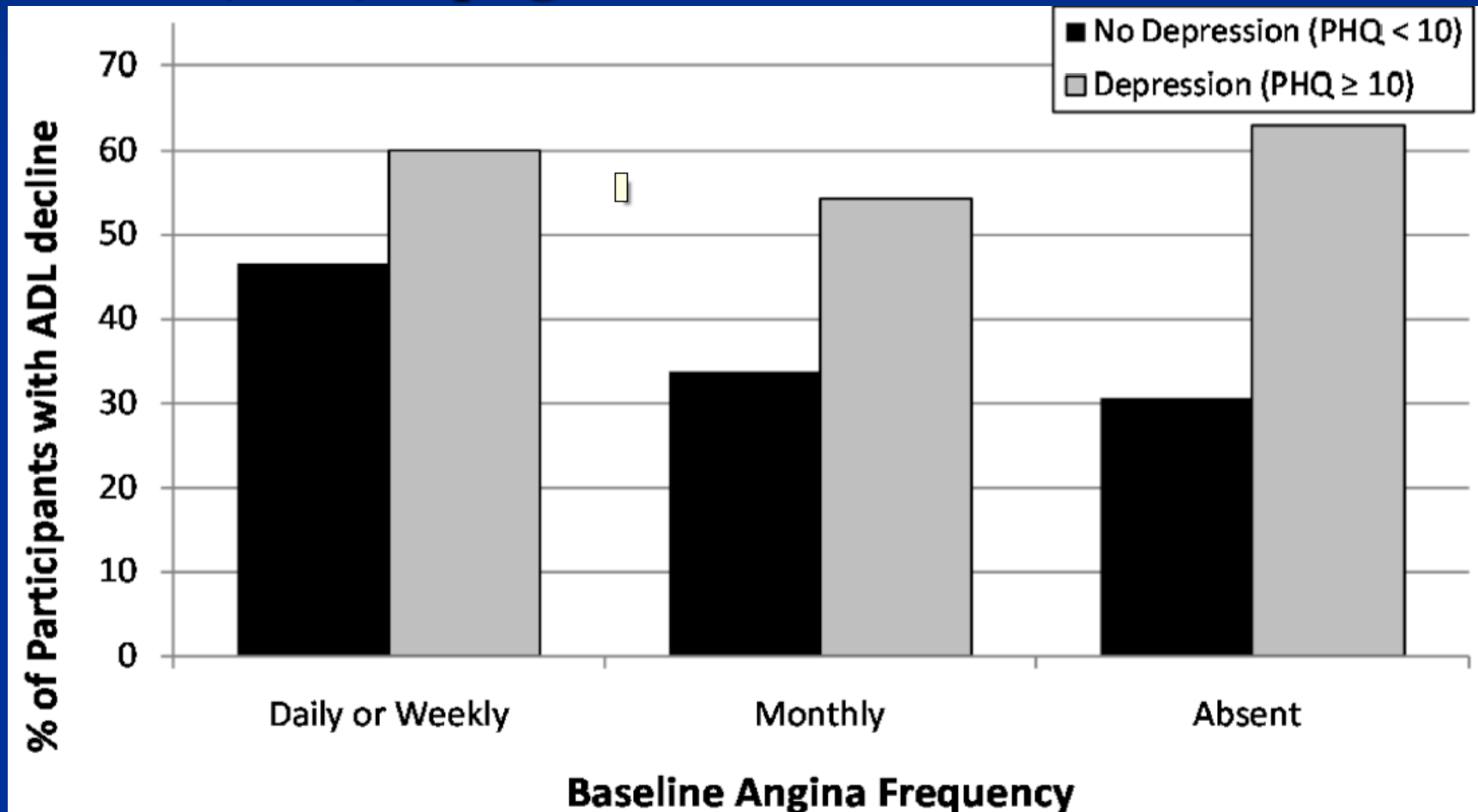
- ❖ 960 chorych z przewlekłą chorobą wieńcową
- ❖ Ocena prospektywna - 5 lat
- ❖ Ocena kardiologiczna obejmowała LVEF oraz kwestionariusz anginy Seattle (SAQ)

Ocena codziennego funkcjonowania: skala ADL i IADL.

- ❖ Skala ADL (skala oceny podstawowych czynności życiowych) (8 podstawowych czynności: mycie się, ubieranie się, jedzenie, chodzenie, wstawanie z łóżka/krzesła, potrzeby fizjologiczne; nietrzymanie moczu, kału czynności) (0 – wykonuje bez pomocy bez pomocy; 1 – wymaga pewnej pomocy; 2 – sam nie wykona)
- ❖ Skala IADL (ocena złożonych czynności życia codziennego) (8 czynności: używanie telefonu, prowadzenie samochodu/transport miejski, zakupy, przygotowanie posiłku, lekkie prace domowe, pranie, zażywanie lekarstw, kontrola nad finansami domowymi)

The Heart and Soul Study

- 362 (38%) – pogorszenie w zakresie ADL
- 616 (64%) – pogorszenie w zakresie IADL



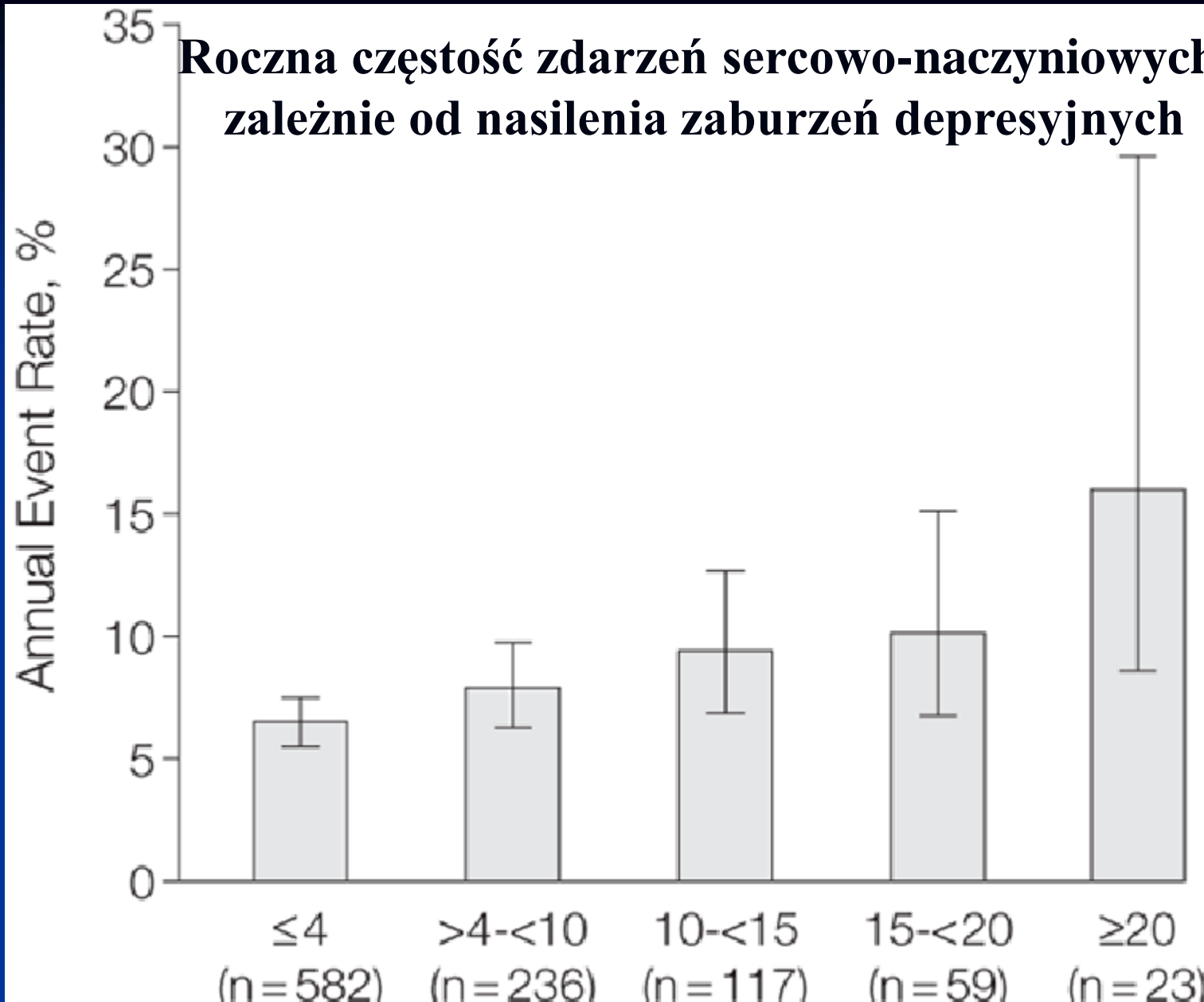
The Heart and Soul Study

Baseline Depressive Symptoms and Cardiac Disease Severity Predicting Subsequent Functional Decline

Predictor (Per 1-Category Increase)	Unadjusted (Separate model for each predictor)		Adjusted for covariates (Separate model for each predictor) ^a		Fully adjusted model with all predictors and covariates ^a	
	RR (95% CI) ^b	p value	RR (95% CI) ^b	p value	RR (95% CI) ^b	p value
<u>Activities of Daily Living</u>						
Depressive symptoms	1.37 (1.25, 1.49)	<0.001	1.32 (1.18, 1.47)	<0.001	1.28 (1.14, 1.43)	+28% ^c <0.001
Angina frequency	1.24 (1.10, 1.38)	<0.001	1.20 (1.03, 1.39)	0.02	1.11 (0.95, 1.27)	0.17
Exercise capacity	0.55 (0.46, 0.65)	<0.001	0.67 (0.54, 0.81)	<0.001	0.68 (0.55, 0.84)	-32% ^c <0.001
Left ventricular ejection fraction	0.99 (0.80, 1.19)	0.91	1.03 (0.82, 1.25)	0.81	0.94 (0.74, 1.17)	0.62
<u>Instrumental Activities of Daily Living</u>						
Depressive symptoms	1.13 (1.07, 1.18)	<0.001	1.14 (1.07, 1.21)	<0.001	1.12 (1.05, 1.19)	+12% ^c 0.002
Angina frequency	1.14 (1.06, 1.21)	<0.001	1.12 (1.03, 1.20)	0.01	1.09 (0.99, 1.18)	0.07
Exercise capacity	0.60 (0.51, 0.69)	<0.001	0.70 (0.59, 0.83)	<0.001	0.72 (0.60, 0.86)	-28% ^c <0.001
Left ventricular ejection fraction	1.02 (0.90, 1.12)	0.78	1.06 (0.94, 1.17)	0.30	1.02 (0.89, 1.14)	0.74

Wyjściowe LVEF i nasilenie dławicy nie są niezależnymi markerami pogorszenia w zakresie codziennego funkcjonowania.

Roczna częstość zdarzeń sercowo-naczyniowych zależnie od nasilenia zaburzeń depresyjnych

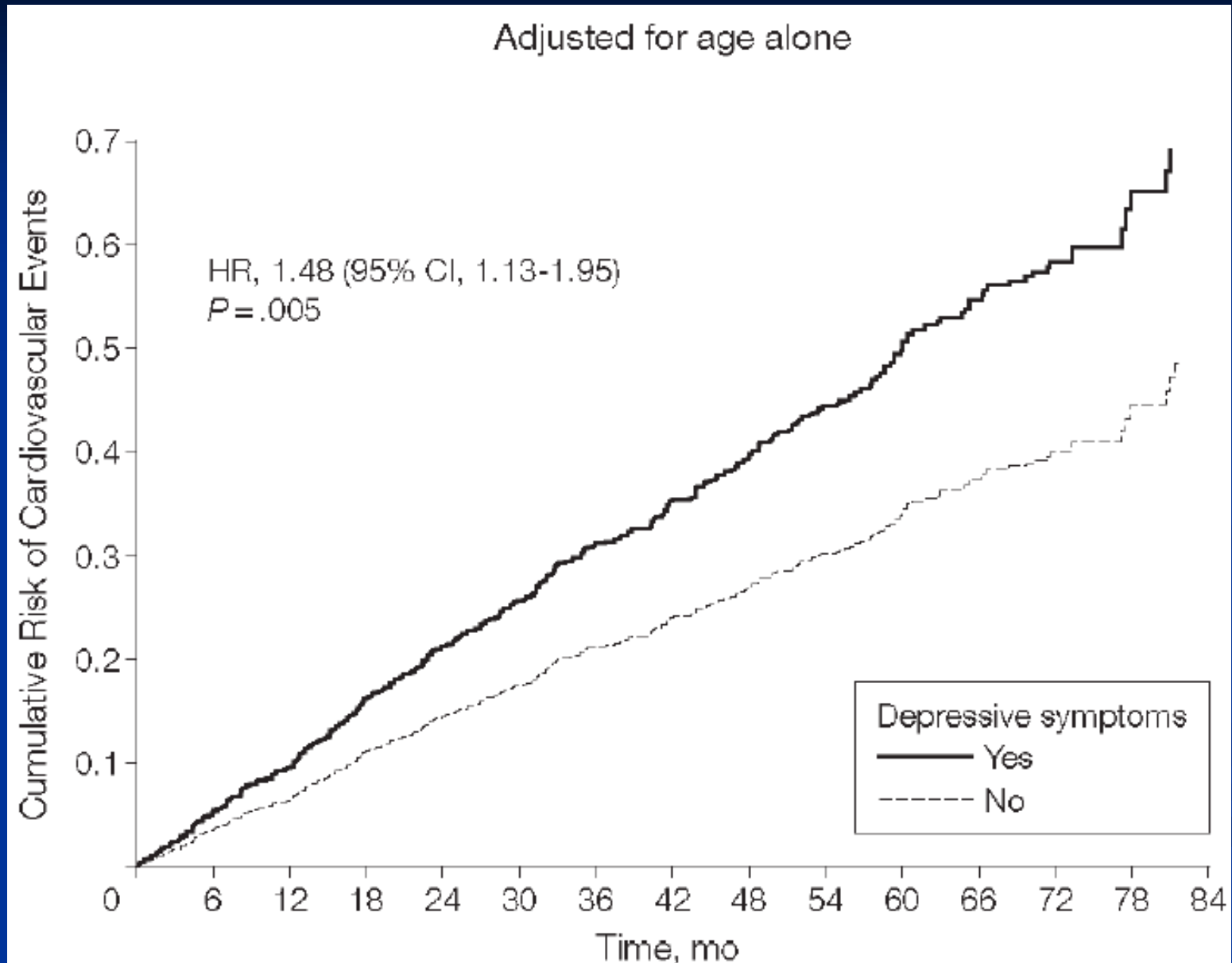


Patient Health Questionnaire Depressive Symptom Score

The Heart and Soul Study

Event	Events (Age-Adjusted Annual Rate), No. (%)		Age-Adjusted Hazard Ratio (95% Confidence Interval)	P Value
	Depressive Symptoms (n = 199)	No Depressive Symptoms (n = 818)		
Heart failure	36 (4.5)	103 (2.4)	1.87 (1.27–2.74)	.001
Myocardial infarction	23 (2.9)	80 (1.9)	1.45 (0.91–2.33)	.12
Stroke or transient ischemic attack	14 (1.7)	33 (0.8)	2.11 (1.12–3.99)	.02
All-cause mortality	48 (5.5)	190 (4.1)	1.36 (0.99–1.87)	.06
Any of above outcomes	73 (10.0)	268 (6.7)	1.50 (1.16–1.95)	.002

The Heart and Soul Study

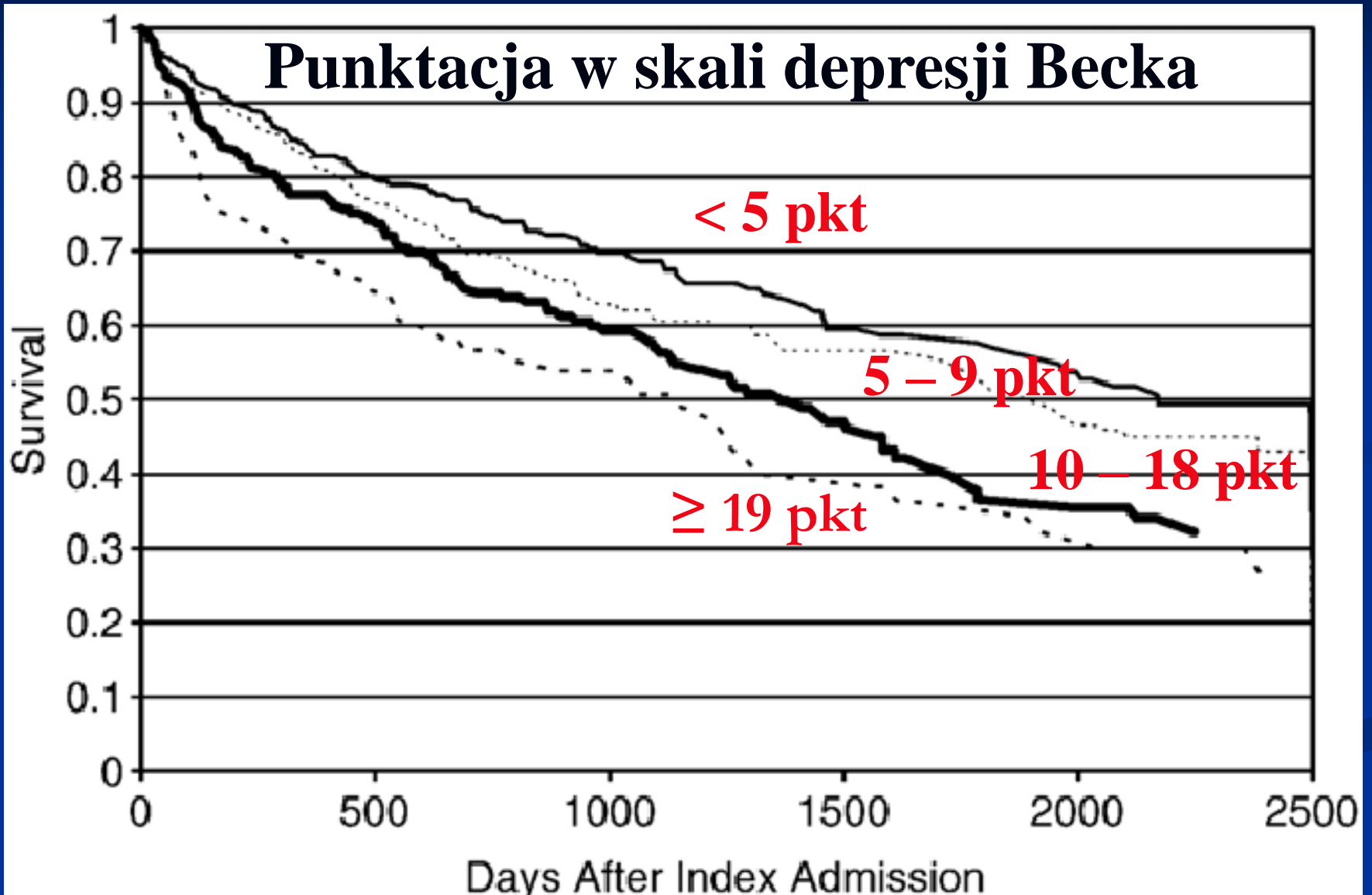


Relationship between depressive symptoms and long-term mortality in patients with heart failure

Wei Jiang, MD,^{a,b} Maragatha Kuchibhatla, PhD,^c Greg L. Clary, MD,^d Michael S. Cuffe, MD, FACC,^a Eric J. Christopher, MD,^{a,b} Jude D. Alexander, MD,^c Robert M. Califf, MD, FACC,^a Ranga R. Krishnan, and Christopher M. O'Connor, MD, FACC^a *Durham and Morganton, NC; and Rockville, MD*

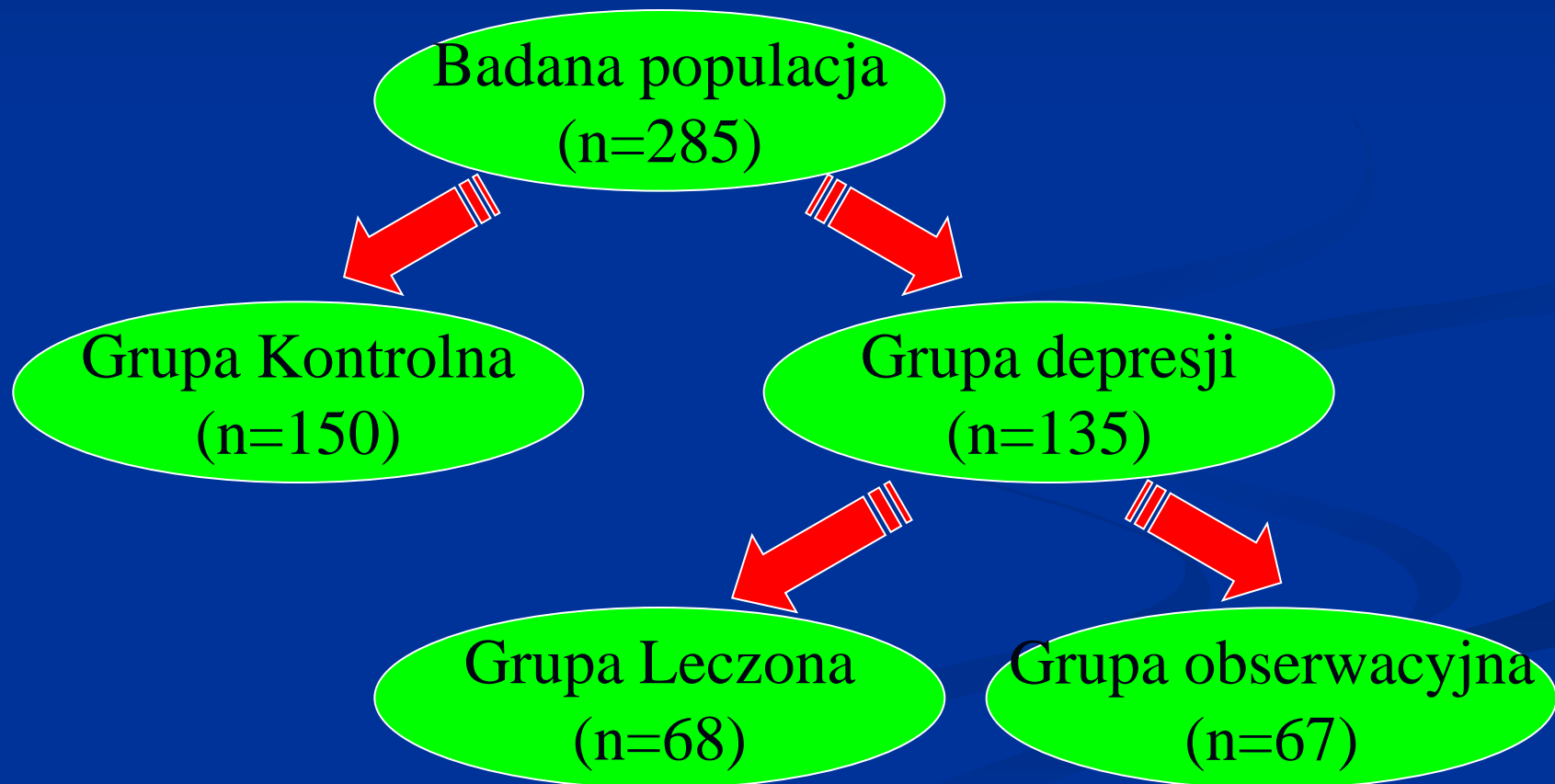
- Kohorta 1006 chorych, z niewydolnością serca (LVEF < 35% i NYHA ≥ 2)
- Średni okres obserwacji – 32 miesiące
- Zgon - 429 (42,6%) chorych
- Depresja była niezależnym markerem złego rokowania – wzrost śmiertelności o 36%

Wpływ nasilenia objawów depresji na przeżycie u chorych z niewydolnością serca



Material i metodyka - badana populacja

Badaniem prospektywnym objęto 285 kolejnych chorych ze skurczową niewydolnością serca, spełniających kryteria włączenia i bez kryteriów wyłączenia, którzy zostali przyjęci do Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii ŚCCS w Zabrze w latach 2011-2013, celem implantacji CRT-D.



Całkowity średni okres obserwacji – 29,3 miesiące (0 – 59,7 miesiąca)

■ Kryteria włączenia:

- Implantacja układu resynchronizującego z opcją kardiowertera-defibrylatora w czasie danej hospitalizacji.
- Wiek 18-75 lat.
- Pisemna zgoda pacjenta.

■ Kryteria wyłączenia:

1. **Udział w innym badaniu klinicznym.**
2. Przewidywany poważny zabieg operacyjny.
3. Przebyty uraz głowy lub udar mózgu z dużym deficytem neurologicznym.
4. Wcześniejsze rozpoznanie lub wywiad wskazujący na otępienie, zespół amnestyczny, halucynozę, organiczne zaburzenia katatoniczne lub urojeniowe niezależnie od etiologii.
5. **Przewidywany brak współpracy chorego niezależnie od przyczyny.**
6. **Uzależnienie od substancji psychoaktywnych z niezdolnością do utrzymania abstynencji.**
7. **Wcześniejsze rozpoznanie lub wywiad wskazujący na zaburzenie depresyjne nawracające.**
9. **Wcześniejsze rozpoznanie lub wywiad wskazujący na zaburzenie dwubiegunowe**
10. **Epizody depresyjne z objawami psychotycznymi.**
11. **Wcześniejsze rozpoznanie lub wywiad wskazujący na schizofrenię, zaburzenie schizoafektywne lub inne zaburzenia sklasyfikowane pod numerami F20 -F29.**
12. Przeciwwskazania do przyjmowania leków stosowanych w badaniu.
13. Przyjmowanie jednego z leków stosowanych w badaniu w okresie ostatnich trzech miesięcy przed włączeniem.
14. **Bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej.**
15. Chęć leczenia psychiatrycznego poza ośrodkiem
16. Cięża

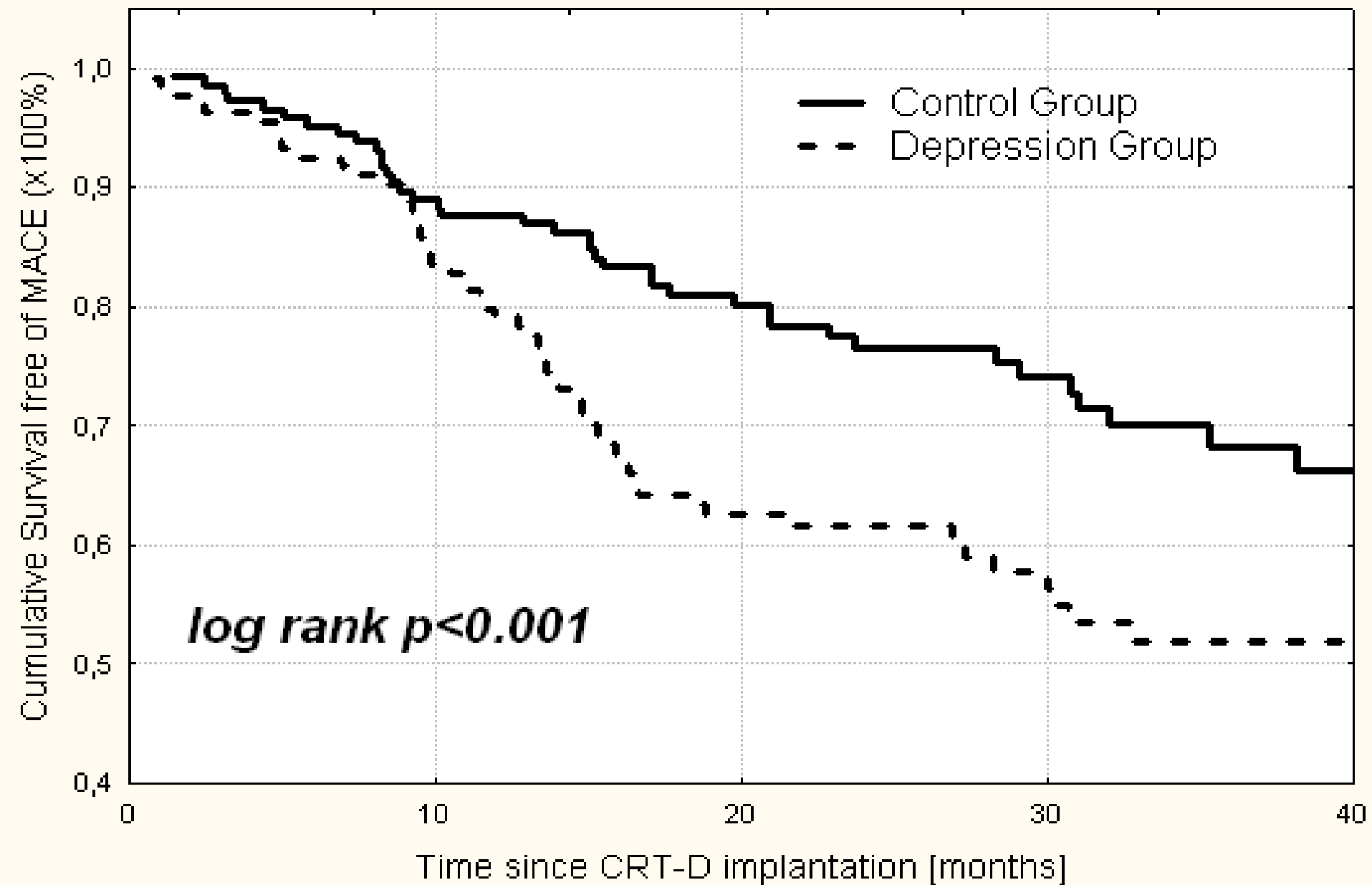
Parameter	Depression Group (n=135)	Control Group (n=150)	P
12-month follow-up			
Mortality – no. (%)	7 (5.2)	6 (4.0)	NS
Heart failure – no. (%)	20 (14.8)	12 (8.0)	0.07
MACE – no. (%)	22 (16.3)	18 (12.0)	NS
Long-term follow-up			
Mortality – no. (%)	28 (20.7)	17 (11.3)	< 0.05
Heart failure – no. (%)	44 (32.6)	29 (19.2)	< 0.05
MACE – no. (%)	56 (41.5)	41 (27.3)	< 0.05

Parameter	Treated Group (n=68)	Group Treated Effectively (n=51)	Observational Group (n=67)
12-month follow-up			
Mortality – no. (%)	3 (4.4)	0	4 (6.0)
Heart failure – no. (%)	8 (11.8)	4 (7.8)	12 (17.9)
MACE – no. (%)	8 (11.8)	4 (7.8) ^	14 (20.9)
Long-term follow-up			
Mortality – no. (%)	12 (17.6)	7 (13.7)	16 (23.9)
Heart failure – no. (%)	18 (26.5)	11 (21.6) *	26 (38.8)
MACE – no. (%)	24 (35.3) #	15 (29.4) *	33 (49.3)

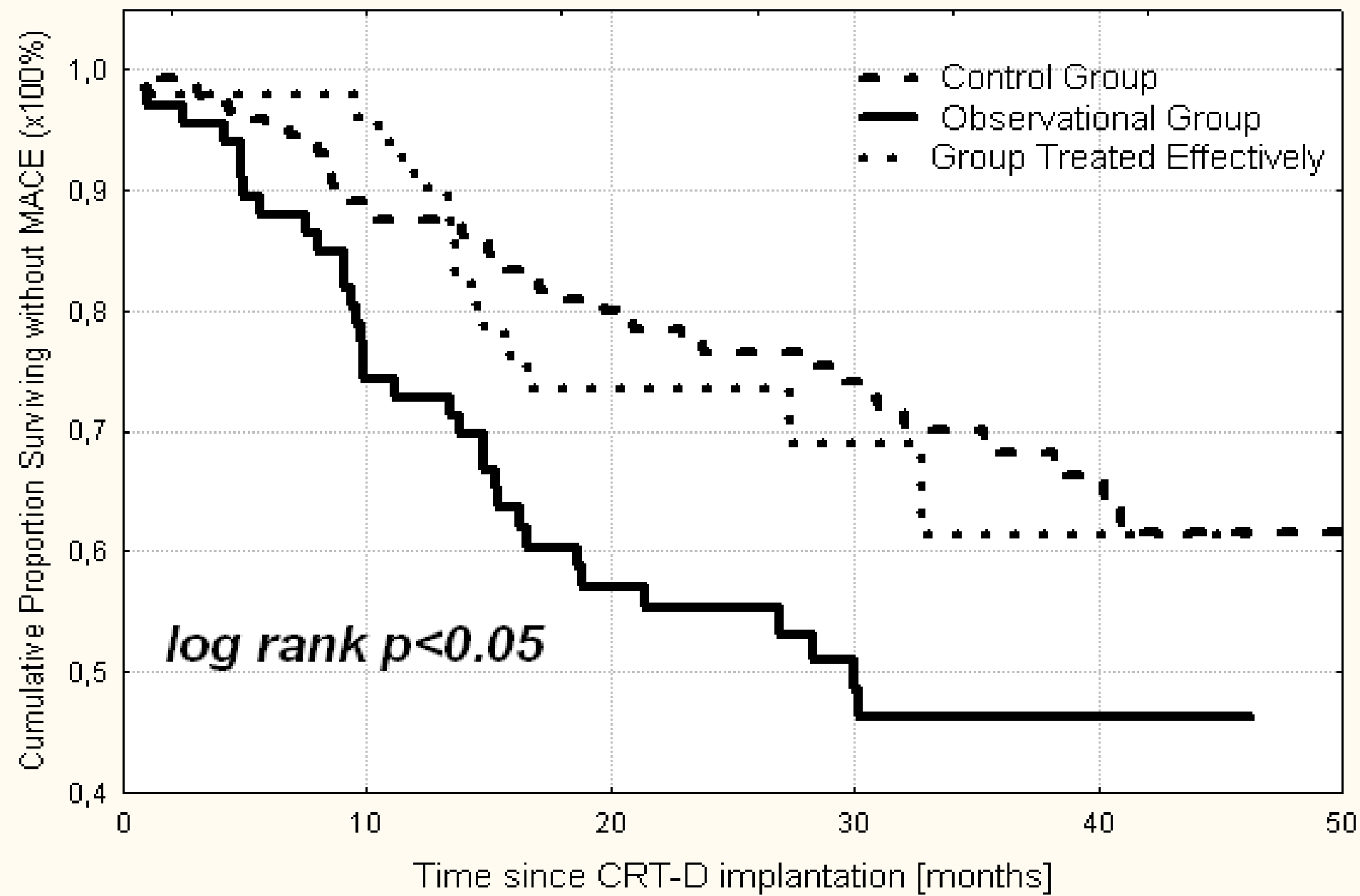
* p < 0.05 vs. Observational Group ; # p = 0.10 vs. Observational Group

^ p = 0.052 vs. Observational Group

Kaplan-Meier Curves of Cumulative Survival without MACE



Kaplan-Meier Curves of Cumulative Survival without MACE



The independent predictors of MACE in CRT-D recipients - Cox-regression models.

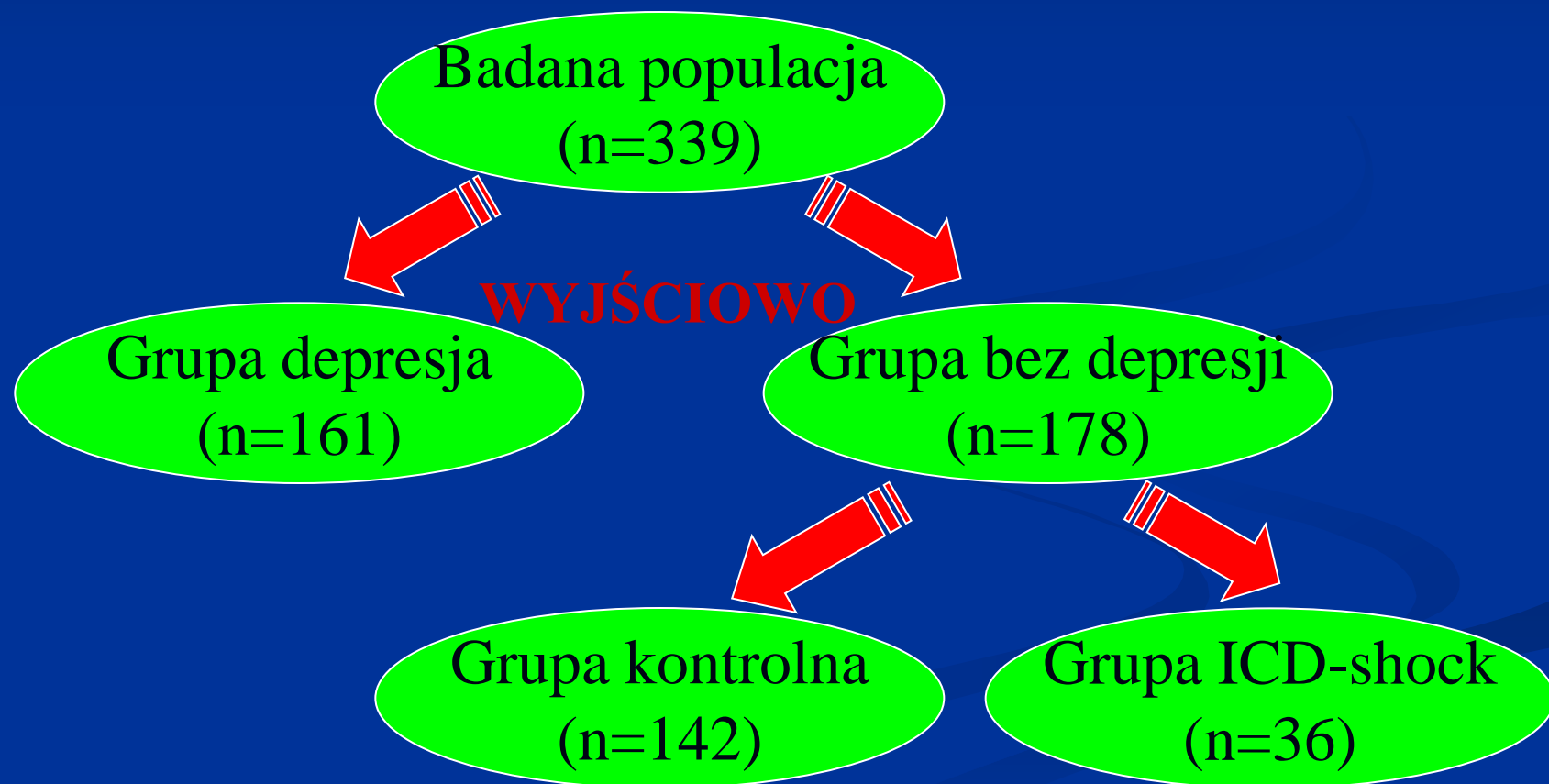
Parameter	Hazard ratio±95% CI	Wald Chi-square	P
Depression	1.76 (1.35 – 2.16)	7.40	< 0.05
NYHA class	1.31 (0.96 – 1.64)	2.35	NS
Atrial fibrillation	1.09 (0.54 – 1.64)	0.31	NS
Severe MR	1.71 (1.08 – 2.33)	2.73	< 0.05
LVEF < 20%	1.18 (0.30 – 2.05)	0.10	NS
CRT pacing	0.965 (0.951 – 0.979)	26.2	< 0.001
Inappropriate shock	1.16 (0.95 – 1.37)	2.01	NS
CRT response	0.54 (0.46 – 0.61)	9.64	< 0.05

Cel pracy

1. Określenie wpływu interwencji wysokoenergetycznych ICD na częstość występowania nowych zaburzeń depresyjnych
2. Ocena wpływu nowych zaburzeń depresyjnych na rokowanie odległe u chorych poddanych terapii resynchronizującej

Material i metodyka - badana populacja

Badaniem prospektywnym objęto 339 kolejnych chorych ze skurczową niewydolnością serca, spełniających kryteria włączenia i bez kryteriów wyłączenia, którzy zostali przyjęci do Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii ŚCCS w Zabrze w latach 2011-2014, celem implantacji CRT-D.



Całkowity średni okres obserwacji – 30,1 miesiący (0 – 64,3 miesiąca)

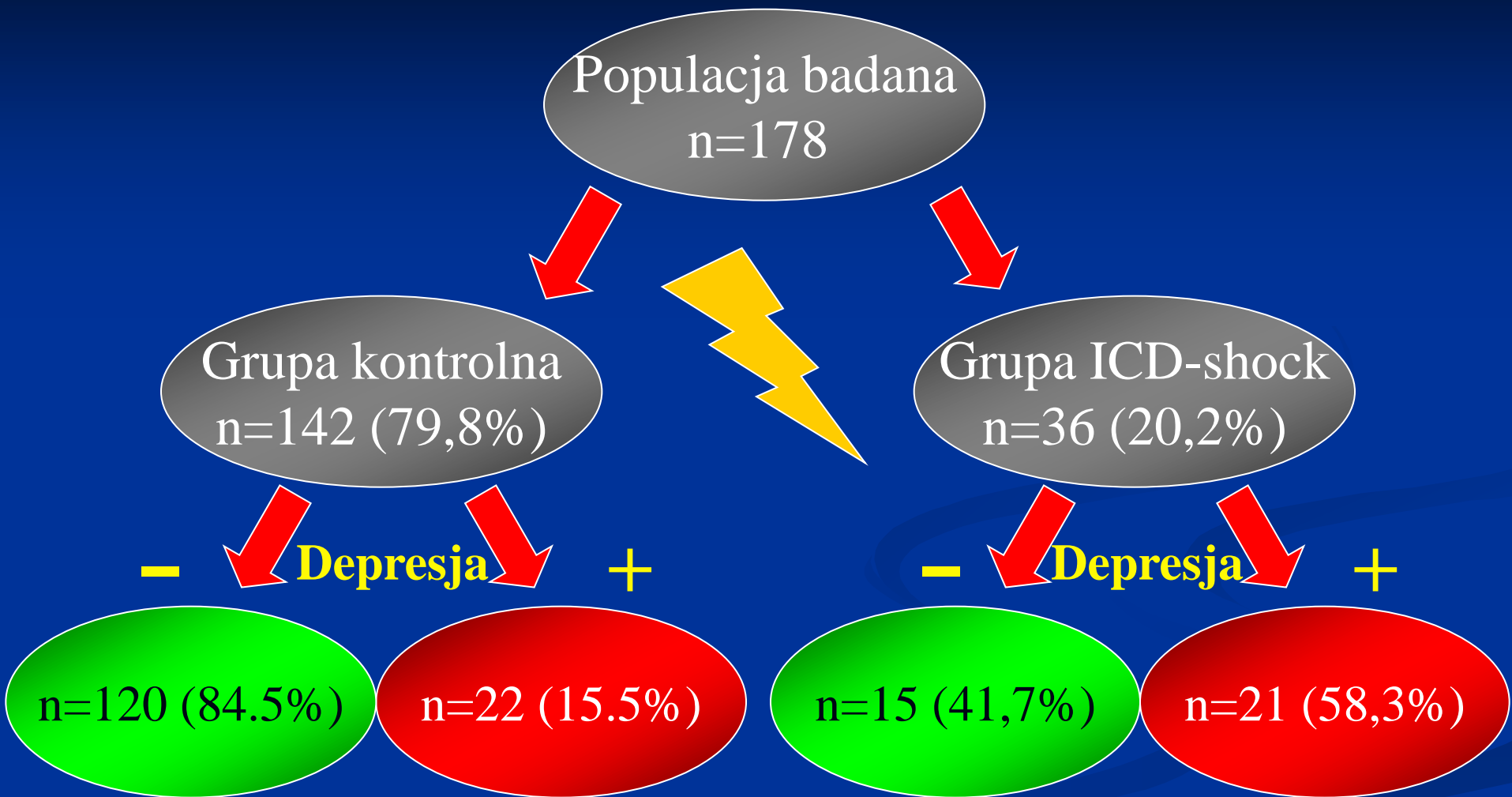
Charakterystyka ogólna

Parametr	Grupa depresji <i>de novo</i> (n=43)	Grupa bez depresji w FU (n=135)	P
Płeć męska – no. (%)	34 (79.1)	104 (77.0)	NS
Wiek [lata]	66.5 ± 11.0	63.1 ± 13.2	NS
Ischemiczna CHF – no. (%)	33 (76.7)	103 (76.3)	NS
Cukrzyca – no. (%)	20 (46.5)	50 (37.0)	NS
Nadciśnienie tętnicze – no. (%)	28 (65.1)	79 (58.5)	NS
Migotanie przedsionków – no. (%)	30 (69.8)	54 (40.0)	< 0.001
Klasa NYHA	2.30 ± 0.59	2.26 ± 0.61	NS
GFR < 45 ml/min/1.73m ²	8 (18.6)	15 (11.1)	NS
Średnia lub ciężka MR – no. (%)	25 (58.1)	70 (51.9)	NS
LVEF [%]	26.4 ± 7.9	28.0 ± 10.4	NS
LVEF < 20% - no. (%)	6 (14.0)	12 (8.9)	NS
ICD-shock – no.(%)	21 (48.8)	15 (11.1)	< 0.001

Charakterystyka ogólna

Parametr	Grupa ICD-shock (n=36)	Grupa kontrolna (n=142)	P
Płeć męska – no. (%)	28 (77.8)	110 (77.5)	NS
Wiek [lata]	64.2 ± 10.5	63.9 ± 11.5	NS
Ischemiczna CHF – no. (%)	27 (75.0)	109 (76.8)	NS
Cukrzyca – no. (%)	16 (44.4)	54 (38.0)	NS
Nadciśnienie tętnicze – no. (%)	19 (52.8)	88 (60.3)	NS
Migotanie przedsionków – no. (%)	24 (66.7)	60 (42.3)	< 0.05
Klasa NYHA	2.31 ± 0.69	2.22 ± 0.51	NS
GFR < 45 ml/min/1.73m ²	5 (13.9)	18 (12.7)	NS
Średnia lub ciężka MR – no. (%)	21 (58.3)	74 (52.1)	NS
LVEF [%]	26.7 ± 9.8	27.9 ± 8.6	NS
LVEF < 20% - no. (%)	5 (13.9)	13 (9.2)	NS

Wyniki



$p < 0,001$

$p < 0,05$

Depresja *de novo* – 24,2%

Wyniki - rokowanie odległe

Parametr	Grupa ICD-shock (n=36)	Grupa ICD-shock + depresja (n=21)	Grupa kontrolna (n=142)
Zgon	6 (16.7)	4 (19.1)	14 (9.9)
Parametr	Grupa ICD-shock (n=36)	Grupa ICD-shock + depresja (n=21)	Grupa kontrolna (n=142)
MACE	19 (52.8) *	14 (66.7) *	30 (21.1)

* - $p < 0,001$

Wnioski

- Zaburzenia depresyjne stanowią poważny, częsty oraz wciąż niedoceniany problem kliniczny u chorych obciążonych kardiologicznie.
- Stopień zaawansowania schorzenia kardiologicznego koreluje z częstością występowania depresji.
- Depresja może nasilać objawy niewydolności serca, prowadząc nawet do 2-krotnie wyższej śmiertelności.
- Ocena stanu psychicznego pacjenta powinna odbywać się nie tylko na początku leczenia kardiologicznego, ale powinna być regularnie powtarzana w trakcie terapii.