

End-of-life care in chronic obstructive pulmonary disease

In the present issue of the *Canadian Respiratory Journal*, Rocker et al (1) explore the feelings of hospitalized patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD) regarding the end of life. Questionnaires were administered to 118 patients who fulfilled the criteria used in the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT) (2) that showed substantial postdischarge mortality in such patients. Responses were compared with those of patients with incurable cancer.

The questionnaire had weaknesses. For example, patients were asked whether they wanted to be kept on life support when "there is little hope for meaningful recovery" without defining the term; not surprisingly, most did not. Furthermore, the comparison with terminal cancer patients was not very revealing, because there are major differences between the two diseases. The course of metastatic cancer is much more predictable than that of severe COPD; although the latter unquestionably kills people, many severe COPD patients live for years with relatively little change in clinical status. The COPD patients were older, more likely to be single, and had lower educational levels than the cancer patients, probably reflecting lower socioeconomic status. Their care patterns differed in that COPD patients were much more likely to use emergency rooms and be admitted to intensive care units, and much less likely to be involved in palliative care programs. This is compatible with the course of COPD being considerably more episodic than cancer. Perhaps recognizing their variable prognosis, COPD patients were less interested in prognostic issues such as their projected lifespan and were more interested in medical care prolonging life. I would argue that most of these differences were predictable on the basis of differences in disease course. In light of the above, I was somewhat surprised that more than one-half of the COPD patients had orders regarding the end of life in their charts.

Nevertheless, the results of Rocker et al (1) do indicate that care of severe COPD could be improved. The reliance on care in emergency rooms is bothersome; their patients averaged more than five emergency visits in the preceding year. It is hard to see this as anything other than at least a partial failure of ongoing care. Less than one-third of the COPD patients expressed complete satisfaction with their physicians, including items such as discussions about their disease, confidence in their physicians and knowledge of who was in charge of their care. I believe these results may reflect fragmentation of physician care, which may in turn reflect the absence of systems devoted to COPD care. This fragmentation of care is not good for either the patient or the caregivers, and having an identifiable physician advocate is of great value to all concerned.



Nick R Anthonisen

Les soins de fin de vie en cas de maladie pulmonaire obstructive chronique

Dans le présent numéro de la *Revue canadienne de pneumologie*, Rocker et coll. (1) explorent les sentiments des patients hospitalisés atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) grave au sujet de la fin de vie. Cent dix-huit patients qui respectaient les critères utilisés dans l'étude SUPPORT (2) pour comprendre les pronostics et les préférences à l'égard des issues et des risques des traitements ont reçu le questionnaire, ce qui a révélé un taux important de mortalité chez ces patients après le congé. Les auteurs ont comparé les réponses à celles de patients atteints d'un cancer incurable.

Le questionnaire comportait des faiblesses. Par exemple, on demandait aux patients s'ils désiraient maintenir leurs fonctions vitales même s'il y avait peu d'espoir de récupération significative, sans définir ce terme. Comme il fallait s'y attendre, la plupart ne le voulaient pas. De plus, la comparaison avec les patients atteints d'un cancer terminal n'était pas très révélatrice, puisqu'il existe des différences marquées entre les deux maladies. L'évolution du cancer métastatique est beaucoup plus prévisible que celle de la MPOC grave. Il n'y a aucun doute que ce type de cancer tue les patients, tandis que de nombreux patients atteints de MPOC grave vivent pendant des années sans réel changement à leur état clinique. Les patients atteints d'une MPOC étaient plus âgés, plus susceptibles d'être célibataires et moins éduqués que les patients atteints d'un cancer, ce qui reflétait probablement un statut socio-économique plus faible. Leur mode de soins était différent, car les patients atteints d'une MPOC étaient beaucoup plus susceptibles de se rendre à l'urgence et d'être admis aux soins intensifs, et beaucoup moins susceptibles de participer à des programmes de soins palliatifs. Ces constatations sont compatibles avec l'évolution des MPOC, beaucoup plus épisodiques que le cancer. Peut-être conscients de leur pronostic variable, les patients atteints de MPOC étaient moins intéressés par les enjeux entourant le pronostic, tels que leur espérance de vie projetée, et davantage par les soins médicaux en vue de prolonger la vie. Selon moi, la plupart de ces disparités étaient prévisibles, compte tenu des différences d'évolution de la maladie. Étant donné tous ces facteurs, j'étais plutôt surpris que des demandes sur la fin de vie figurent dans le dossier de plus de la moitié des patients atteints d'une MPOC.

Néanmoins, les résultats de Rocker et coll. (1) indiquent qu'il faudrait améliorer les soins des MPOC graves. Il est incommodant de devoir se fier à l'urgence. En effet, les patients s'étaient rendus en moyenne cinq fois à l'urgence au cours de l'année précédente. Ce fonctionnement est difficile à percevoir autrement que par un échec au moins partiel des soins continus. Moins du tiers des patients atteints de MPOC exprimaient une complète satisfaction envers leur médecin, y

Like the Canadian Thoracic Society guidelines (3), Rocker et al (1) recommend palliative care services for COPD patients. While it is hard to object to these recommendations, it should be noted that they are vague. In cancer patients, palliative care makes sense, because the disease course is relatively short and well defined and palliation often involves pain relief. In COPD patients, it is not hard to imagine 'palliative' care lasting years, and relief of symptoms is a more complex issue. Dyspnea is the most important COPD symptom, and relieving it is difficult to impossible; there are obvious drawbacks to opioid use. Indeed, the most effective therapy for dyspnea appears to be rehabilitation programs, which are not a traditional part of palliative care. Depression is common in severe COPD, but in my experience, it is extremely resistant to the usual drug therapy, which is often associated with unwanted side effects. So it is hard for me to visualize the specifics of palliative care in COPD; perhaps ready access to a system or person devoted to the individual patient's welfare is the best one can do.

*Nick R Anthonisen MD
Editor-in-Chief, Canadian Respiratory Journal*

REFERENCES

1. Rocker GM, Dodek PM, Heyland DK; for the Canadian Researchers at the End of Life Network. Toward optimal end-of-life care for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: Insights from a multicentre study. *Can Respir J* 2008;15:249-54.
2. Lynn J, Ely EW, Zhong Z, et al. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(5 Suppl):S91-100.
3. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2003. *Can Respir J* 2003;10(Suppl A):11A-65A.

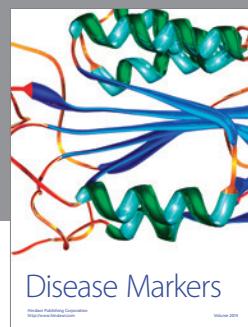
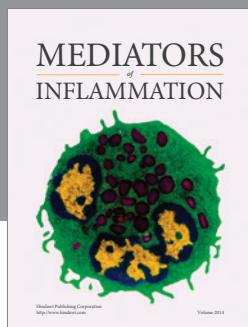
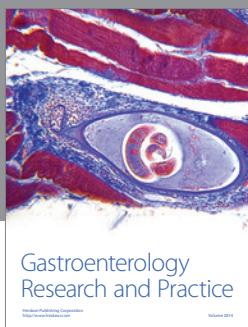
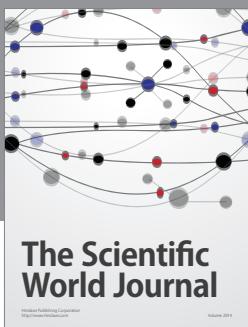
compris sur des questions comme les discussions au sujet de leur maladie, leur confiance en leur médecin et leur connaissance de qui était responsable de leurs soins. Je pense que ces résultats pourraient refléter une fragmentation des soins médicaux, qui peut à son tour traduire l'absence de systèmes dévolus aux soins aux MPOC. Cette fragmentation des soins n'est positive ni pour le patient ni pour les soignants, et il est précieux de compter sur un médecin connu responsable, pour toutes les personnes en cause.

À l'instar des directives de la Société canadienne de thoracologie (3), Rocker et coll. (1) recommandent des services de soins palliatifs pour les patients atteints d'une MPOC. Il est difficile de s'objecter à ces recommandations, mais elles demeurent vagues. Chez les patients cancéreux, les soins palliatifs sont logiques, car l'évolution de la maladie est relativement courte et bien définie et que ces soins soulagent souvent la douleur. Chez les patients atteints d'une MPOC, il n'est pas difficile d'imaginer des soins « palliatifs » s'étalant sur plusieurs années, et il est plus complexe de soulager les symptômes. La dyspnée est le principal symptôme de MPOC, et il est difficile, sinon impossible, de la soulager. Le recours aux opiacés comporte des inconvénients évidents. En fait, le traitement le plus efficace de la dyspnée semble les programmes de réadaptation, qui ne font pas partie des soins palliatifs classiques. La dépression est courante en cas de MPOC grave, mais selon mon expérience, elle résiste énormément à la pharmacothérapie habituelle, qui s'associe à des effets secondaires indésirables. Je m'imagine donc mal les éléments des soins palliatifs applicables aux MPOC. Le mieux que l'on puisse faire, c'est peut-être d'assurer l'accès rapide à un système ou à une personne qui se consacre au bien-être du patient.

*Nick R Anthonisen MD
Rédacteur en chef, Revue canadienne de pneumologie*

RÉFÉRENCES

1. Rocker GM, Dodek PM, Heyland DK; for the Canadian Researchers at the End of Life Network. Toward optimal end-of-life care for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: Insights from a multicentre study. *Can Respir J* 2008;15:249-54.
2. Lynn J, Ely EW, Zhong Z et coll. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(5 Suppl):S91-100.
3. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J et coll. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2003. *Can Respir J* 2003;10(Suppl A):11A-65A.



The Hindawi logo consists of two interlocking circles, one blue and one green, forming a stylized infinity or double helix symbol.

Hindawi

Submit your manuscripts at
<http://www.hindawi.com>

