

Prospektivní studie vyšetřující volitelnost metody náhrady funkce ledvin

Mendelssohn DC, Mujais SK, Soroka SD, Brouillette J, Takano T, Barre PE, Mittal BV, Singh A, Firanek C, Story K, Finkelstein FO. A prospective evaluation of renal replacement therapy modality eligibility. *Nephrol Dial Transplant* 2009;24:555–561.

Problematika výběru metody náhrady funkce ledvin (renal replacement therapy, RRT) samotným pacientem patří mezi témata odborníky často diskutovaná. Většina autorů se shoduje v tom, že pacient by měl být aktivně zapojen do procesu výběru metody RRT. Obecná shoda panuje i v tom, že nejvhodnější metodou RRT je transplantace ledviny. Nedostatek orgánů, stárnutí dialyzované populace a nárůst přítomných komorbidit, zejména kardiovaskulárních, však představují hlavní limity k podstoupení transplantace u většiny pacientů. Na výběru metody RRT se zcela nepochybně podílí i řada nemedicínských faktorů, o čemž svědčí výrazná variabilita výběru metody RRT mezi jednotlivými centry i zeměmi. Nelze ani vytvořit definitivní doporučení (guidelines), jak postupovat, vzhledem k tomu, že ve skutečnosti je k dispozici jen málo objektivních dat získaných na podkladě prospektivních studií. Navíc není ani konsensus v posuzování jednotlivých kritérií, která rozhodují o metodě RRT.

Další otázkou je podíl pacientů léčených některou z metod domácí RRT. Zkušenosti z USA potvrzují fakt, že jen minimální procento pacientů je léčeno tímto způsobem, ačkoli z různých přehledů je jasné, že podle názoru nefrologů by pro provádění RRT v domácím prostředí bylo vhodných asi 45–55 % pacientů.

Jednou ze základních podmínek umožnění výběru metody RRT pacientem je jeho včasné odeslání do péče nefrologa. Jen tak může pacient absolvovat dostatečně podrobné a názorné poučení o každé jednotlivé metodě RRT a poté se zodpovědně, se znalostí věci, rozhodnout. Bohužel, v praxi takový postup často není dodržen.

Přestože o problematice výběru metody RRT pacientem odborníci často diskutují, je k dispozici jen málo prospektivních dat z rozsáhlejších studií. Většina publikovaných údajů představuje *post hoc* analýzu provedenou u pacientů, kteří již byli zařazeni do pravidelné dialyzační léčby (PDL). Rozbor dat je pak proveden retrospektivně, navíc vstupní situace není často jednoznačně definována. Dalším faktorem, který se významně uplatňuje, je nepochybně regionální variabilita v posuzování vhodnosti pacienta pro konkrétní metodu RRT. Nejobvyklejší postup používaný v praxi představuje vyhledání důvodů, proč zahájit tu či onu metodu RRT, a nikoli prošetření individuální situace pacienta s důrazem na medicínské a zejména psychosociální a nemedicínské faktory, které v rozhodovacím procesu vždy hrají důležitou roli. Komise odborníků tvořících NKF-K/DOQI doporučení definovala absolutní a relativní kontraindikace pomocí konsensu, ale relativní prevalence těchto kontraindikací nebyla ověřena empiricky.

Cílem práce proto bylo uspořádání prospektivní studie vyšetřující možnosti volby metody RRT z pohledu pacienta v různě dlouhé době před zahájením RRT. Metodika práce spočívala v prospektivním vyšetření možnosti volby metody RRT z pohledu medicínského a z pohledu psychosociálního. Do studie byli zařazeni pacienti s chronickou chorobou ledvin (chronic kidney disease, CKD) stadia III–V, kteří docházeli do jedné ze sedmi spádových nefrologických ambulancí v Severní Americe. Studie trvala čtyři roky (2003–2006), pacienti byli sledováni v časových intervalech obvyklých dle závažnosti CKD a každé středisko měsíčně posílalo hlášení.

Výsledky: Zařazeno bylo celkem 1 303 pacientů, z toho 352 pacientů bylo ve stadiu CKD III, 565 ve stadiu IV a 386 pacientů ve stadiu V. Z medicínské pohledu bylo celkem 98 % pacientů posouzeno jako vhodných k léčbě hemodialýzou (HD), 87 % k léčbě peritoneální dialýzou (PD) a 54 % k transplantaci ledvin. Věkové kritérium se uplatnilo jako hlavní důvod k nevhodnosti zahájení léčby jak v případě PD, tak transplantace. Dalšími nejčastějšími důvody pro nezařazení do léčby PD byly anatomické příčiny (srůsty, kýly) následované obezitou. Nadměrná tělesná hmotnost byla i důvodem k nezařazení v případě transplantací. Z medicínské hlediska byla proporcionalita zařazení k jednotlivým typům RRT mezi jednotlivými stupni CKD stejná. Na druhé straně ovšem byla patrná statisticky významná variabilita mezi jednotlivými centry v posouzení vhodnosti léčbou PD či transplantací.

Pokud jde o posouzení vhodnosti léčby jednotlivými metodami RRT z pohledu psychosociálního, pak 95 % pacientů bylo vhodných k léčbě HD, 83 % k PD a 71 % k transplantaci. Pokud jde o procento pacientů, u nichž nebyly při hodnocení zjištěny žádné medicínské ani psychosociální kontraindikace k zařazení do RRT, v 95 % šlo o pacienty vybrané pro HD, v 78 % pro PD a v 53 % pro transplantaci.

Autoři práci uzavírají, že na podkladě této rozsáhlé prospektivní observační studie se prokázalo, že na rozdíl od skutečného zařazení do metody RRT je vysoké procento pacientů s CKD (78 %) posuzováno poskytovateli zdravotní péče jako vhodných k PD. Autoři se domnívají, že tento výsledek lze v regionu Severní Ameriky generalizovat nezávisle na spádové oblasti dialyzačního centra (město vs. vesnice). Dále akcentují vhodnost domácích metod dialyzační léčby jak z pohledu ekonomické efektivity, tak z pohledu etického – intenzivnější edukace pacientů, podpora domácí dialýzy u vhodných pacientů a posílení volby metody RRT pacientem jsou uvedeny jako hlavní opatření, která by měla vést ke zvýšení podílu modalit domácí dialyzační léčby v RRT.

■ KOMENTÁŘ

Doc. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN

Autoři se zaměřili na téma, které je blízké každému lékaři pracujícímu v oblasti chronického dialyzačního léčení. V procesu výběru metody RRT hraje roli řada faktorů, často nemedicínského charakteru, je ale zřejmé, že informovaný pacient aktivně se podílející na výběru metody RRT je obvykle výhodou a zahájení pravidelné dialyzační léčby bývá provázeno menším počtem komplikací.

Autoři studie zjistili některé zajímavé skutečnosti. Je pozoruhodné, jak vysoké procento pacientů bylo posouzeno jako vhodných k léčbě transplantací. Podle údajů České transplantáční společnosti je na čekací listině v České republice jen cca 11 % pacientů v PDL. Toto procento potenciálně zařaditelných pacientů do čekací listiny je jistě vyšší u pacientů ve fázi CKD III–IV, ale přesto se lze domnívat, že většina kontraindikací k zařazení do čekací listiny je přítomna již před zahájením PDL (Pokorná et al., 2007).

Další zajímavostí je, že hlavní kontraindikací k zařazení do peritoneální dialýzy byl překvapivě vysoký věk. Toto zjištění však podporují zkušenosti z praxe, i v našich podmínkách je např. dobře známo odlišné věkové složení pacientů PD vs. HD, resp. zastoupení starších věkových skupin u pacientů léčených hemodialýzou (Ročenka, 2007). V rámci objektivnosti je však nutno uvést, že věk sám o sobě není kontraindikací k PD, spíše jde o přítomnost komorbidit a sociálních podmínek, které doprovázejí vyšší věk a které činí provádění PD výrazně komplikovanějším, ale i technicky náročnějším, např. z pohledu dodržení všech hygienických

opatření (Mendelssohn et al., 2001). Určitou alternativou může být provádění PD vyškoleným rodinným příslušníkem nebo sestrou, kteří dojíždějí tyto výměny provádět.

Zajímavým postřehem autorů je i důsledné používání terminologie – do domácích metod dialýzy jsou započítávány i různé metody peritoneální dialýzy.

Studie má však i svá omezení: každé spolupracující centrum mělo svá vlastní kritéria k zařazení pacienta do studie a ve studii nebyly uvedeny bližší údaje nezařazených pacientů, resp. důvody odmítnutí. Další možnou námitkou je, že analýzu prováděl tým zdravotníků a nejsou začleněny názory nemocných. Problematikou zařazení do PDL z pohledu pacienta se zabývala recentní práce Leea a spol. (2008) se závěrem, že výběr léčebné metody by měl být prováděn tak, aby splnil individuální požadavky pacienta jak z hlediska jeho denních aktivit, tak z hlediska životního stylu. Dalším závěrem práce je důraz na domácí metody PDL, zejména pak na automatizovanou PD včetně její modifikace, tj. provádění docházející zdravotní sestrou.

S výběrem metody PDL nepochybně souvisí i znalost problematiky ze strany pacienta. Tímto tématem se zabýval další nedávno publikovaný článek McLaughlina a spol. Autoři prokázali, že edukační intervence vedla ke zvýšení podílu pacientů, kteří si vybrali jako metodu RRT některou z metod self-care dialysis.

Literatura

Lee A, et al. Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:3953–3959.

McLaughlin K, et al. Why do patients choose self-care dialysis? *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:3972–3976.

Mendelssohn DC, et al. What do American nephrologists think about dialysis modality selection? *Am J Kidney Dis* 2001;37:22–29.

Pokorná E, et al. Reasons for inclusion and exclusion of dialysed patients to the waiting list for kidney transplantation. *Kidney Blood Press Res* 2008;25:13.

Ročenka dialyzační léčby v ČR v roce 2007. Praha: Česká nefrologická společnost, 2008.