

Pro prognózu dialyzovaných pacientů není rozhodující věk, ale přidružené nemoci

Verdalles U, Abad S, Aragoncillo I, Millaverde M, Jofre R, Verde E, Vega A, Lopez-Gomez JM. Factors predicting mortality in elderly patients on dialysis. *Nephron Clin Pract* 2010;115:c28–c34.

Jednou ze základních demografických charakteristik dialyzační nefrologie je narůstající počet nově zařazených pacientů do PDL ve vyšším a vysokém věku. V posledních několika letech významně přibýly publikace mapující osud těchto pacientů v dialyzačním programu. Ukazuje se, že věk sám o sobě není pro prognózu rozhodující.

Jednou z prací zaměřených na sledování průběhu dialyzační léčby je i práce španělských autorů, která u pacientů vstupujících do dialyzačního programu ve věku více než 75 let analyzuje klinické charakteristiky, včetně přidružených onemocnění a potřeby hospitalizací, na jednom dialyzačním centru v osmiletém období (leden 2000 až prosinec 2007). Hlavním cílem je stanovit, které vstupní charakteristiky ovlivňují průběh a prognózu dialyzačního léčení.

S využitím vstupních charakteristik byl stanoven tzv. Charlsonův index komorbidit (Charlson Comorbidity Index, CCI). Podle jeho hodnoty byli pacienti rozděleni do tří podskupin (I – index < 9, II – index 9–11, III – index > 11).

Vzhledem k běžné praxi střediska, na kterém studie probíhala, se za datum vstupu do dialyzačního programu považovalo nikoli datum první dialýzy, ale až datum vstupu do chronického dialyzačního léčení (po předchozím období 1–4 týdnů stabilizace, kdy dialýzy probíhaly na akutním oddělení). Proto pro srovnání s jinými pracemi je možné tuto metodickou charakteristiku zvažovat v interpretaci případných rozdílů.

Soubor sledovaných pacientů tvoří 139 osob (67,6 % mužů; diabetes mellitus u 33,8 %). Jejich průměrný věk byl 78,6 let (směrodatná odchylka [SD] 2,6 let). Zastoupení nefrologických diagnóz odpovídalo obvyklým demografickým charakteristikám a dvě nejčastější diagnózy představovaly diabetická nefropatie (přibližně ve 20 %) a cévní onemocnění ledvin (též přibližně 20 %). Pozoruhodné je, že v jedné třetině (33,8 %) nebyla základní renální diagnóza určena.

Průměrný počet hospitalizací u jednoho pacienta sledovaného souboru starých osob se selháním ledvin byl 0,82 za rok (SD 0,99; tj. určitá kohorta pacientů měla četnější hospitalizace). Nejčastějším důvodem byly infekce a problematické cévní přístupy, třetí příčinou (se zastoupením 14 %) byla ischemická choroba dolních končetin. Průměrná délka hospitalizace byla 12 dní, avšak směrodatná odchylka 20 dní dává informaci o tom, že některé hospitalizace trvaly značně dlouho. Čtvrtina pacientů nevyžadovala během doby sledování vůbec žádnou hospitalizaci.

Během sledovaného období zemřelo 61 osob (celková mortalita souboru je 44 %). V prvním roce byla mortalita 10 % (tj. přežití

v 90 %). Přežití v pátém roce bylo 53 %. Naopak, čtyři pacienti byli úspěšně transplantováni.

Věk jako takový nebyl přímým rizikovým faktorem mortality, neboť při rozdělení pacientů do podskupin podle věku (pětileté intervaly) nebyl v přežívání zjištěn žádný rozdíl. Naopak, řada charakteristik byla bez ohledu na věk mezi jednotlivými pacienty velmi rozdílná (viz například úspěšná transplantace u některých z nich, či zcela bez hospitalizací u velké části, naopak vícečetné a dlouhé hospitalizace u jiných sledovaných osob).

V jednorozměrné analýze se z hlediska přežívání jeví jako statisticky významné diabetes mellitus, srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc a Charlsonův index komorbidit. V mnohorozměrné analýze pak zůstal jako prognosticky významný pouze Charlsonův index, a to na úrovni významnosti $p = 0,006$, s 95% intervalem spolehlivosti [IS] 1,058–1,405.

Autoři uzavírají, že u starých osob vstupujících do dialyzačního léčení je prognosticky podstatně významnější komorbidita (zde hodnocená Charlsonovým indexem) než samotný věk.

■ KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc.

V roce 2008 byl v časopise *Kidney Blood Pressure Research* uveřejněn precizně zpracovaný přehledový článek pojednávající o aktuálních otázkách náhrady funkce ledvin u starých osob (Buemi et al., 2008). Autoři v něm upozorňují na specifické aspekty náhrady funkce ledvin ve stáří, včetně demografie (pokračující nárůst počtu a stále se zvyšující věk), úbytku fyzické i psychické zdatnosti (ve smyslu poklesu kognitivních funkcí), častého výskytu malnutrice a řady dalších přidružených komplikací, které vyžadují specifickou péči (ne vždy úspěšnou).

Stoupající věk pacientů s progredujícím onemocněním ledvin je nutno považovat za základní demografický fakt, který je nutno akceptovat a uzpůsobit mu léčebnou strategii. U starých osob však často usilujeme nikoli o délku dalšího života, ale o kvalitu zbývajících času, po který nemocný bude žít. Ostatně velmi dobře z praxe víme, že staří lidé se ptají nikoli na dalekou budoucnost, ale na to, co s nimi bude v nejbližších týdnech.

Obecně považujeme náhradu funkce ledvin za metodu zachraňující život, a tudíž vždy indikovanou a žádoucí. Věk byl limitem dříve, a to jen z kapacitních důvodů, které postupně v rozvinutých zemích zcela pominuly. Proto považujeme za přirozené, že pacienti i ve vysokém věku zařadíme do dialyzačního léčení. Současně však je zřejmé, že jejich prognóza je horší ve srovnání s ostatními (mladšími) léčenými osobami.

V nedávné době vzbudila velkou pozornost práce, která ukazuje, že individualizovaná, kvalifikovaná a zejména pečlivá konzervativní léčba (tzv. maximální konzervativní léčba) může starým pacientům zajistit řadu měsíců života, a to s relativně dobrou kvalitou, v domácím prostředí, bez hospitalizací a bez nepohodlí, které s sebou přináší dialýza (Carson et al., 2009). Další pozornost vzbudila práce publikovaná v roce 2009 v *New England Journal of Medicine* (tedy v jednom z nejprestižnějších časopisů z oblasti interní medicíny), která ukázala, že zahájení dialyzační léčby s sebou u starých osob přináší pokles funkční zdatnosti a další významná úskalí snižující podstatně kvalitu života (Kurella Tamura et al., 2009).

Práce španělských autorů ukazuje, že limity spojené s dialyzační léčbou se nevztahují k věku, ale k doprovodným komplikacím (které pochopitelně mohou se stoupajícím věkem narůstat). Praktickým vyústěním je potřeba zaměřit se právě na tyto doprovodné komplikace, rozpoznat a charakterizovat je a podle nich zva-

žovat další přístup k pacientovi. Pro toto posouzení použili autoři poměrně známý Charlsonův index komorbidit (viz níže, Charlson et al., 1997). Tento index však není primárně určen pro hemodialyzované pacienty a ve svém původním návrhu zařazuje i věk. Proto jsou hledány jeho alternativy, které by byly specifické pro dialyzované pacienty.

Jedna z důležitých prací zaměřených na hledání krátkodobých prognostických faktorů starých osob vstupujících do dialyzačního léčení, byla publikována v roce 2009 (Couchoud et al., 2009). Vychází z demografických charakteristik (více než 10% roční nárůst hemodialyzovaných pacientů ve věku 75–84 let; více než třetina prevalentních HD pacientů ve věku ≥ 75 let). Opírá se o data francouzského registru REIN (více než 2 500 osob ve věku ≥ 75 let, vstup do PDL v letech 2002–2006, mnohorozměrná analýza se zahrnutím 19 demografických a klinických proměnných). Autoři zde sestavili a verifikovali prognostický index, podle něhož bylo možné určit, jaký bude osud pacientů vysokého věku v prvních šesti měsících po zařazení do dialyzačního léčení. Mimořádně, udržení funkční zdatnosti (sebeobslužnosti) bylo prognosticky dvojnásobně až trojnásobně příznivější v porovnání se závislostí pacienta na péči druhé osoby.

Toto či jiné podobné skóre nemá sloužit k rozhodnutí, zda zařadit/nezařadit/vyřadit pacienta, ale má sloužit k diskusi s pacientem (a jeho rodinou) o budoucím riziku, či naopak prospěchu náhrady funkce ledvin, neboli o možnostech a limitech léčby. Je potom ke kvalifikovanému, byť individuálnímu zvážení, jaká léčebná strategie může být těmto pacientům navržena.

Dodatek: Charlson Comorbidity Score

1 bod, pokud je v anamnéze:

- infarkt myokardu; městnavá srdeční slabost/srdeční selhání; ICHDK
- cerebrovaskulární příhoda (včetně TIA) – bez reziduálních změn; demence
- CHOPN; nemoc pojiva; vředová choroba gastroduodena; hepatopatie
- diabetes mellitus bez orgánových závažných poškození

2 body, pokud je v anamnéze/klinickém obraze:

- hemiplegie
- závažné postižení ledvin se snížením funkce
- diabetes mellitus s postižením orgánů (selháním funkce orgánů)
- tumor bez metastáz; leukémie, lymfom, myelom

3 body, pokud je v anamnéze/klinickém obraze

- závažné onemocnění jater

6 bodů, pokud jsou v anamnéze/klinickém obraze:

- metastázy solidních tumorů; AIDS

Věk nad 40 let: přičíst 1 bod za každých 10 let!

Podle: Charlson et al., 1987.

Literatura

- Buemi M, Lacquaniti A, Bolognané D, et al. Dialysis and the elderly: and underestimated problem. *Kidney Blood Press Res* 2008;31:330–336.
- Carson RC, et al. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1611–1619.
- Couchoud C, Labeuw M, Moranne O, et al. for the French Renal Epidemiology and Information Network (REIN) registry. A clinical score to predict 6-month prognosis in elderly patients starting dialysis for end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 2009;24:1553–1561.
- Charlson ME, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373–383.
- Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, et al. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2009;361:1539–1547.