

# Suboptimální zahájení dialýzy u pacientů sledovaných v nefrologických ambulancích – přehlížený problém, který zvyšuje náklady na dialyzační léčbu a zhoršuje prognózu pacientů

Hughes SA, Mendelssohn JG, Tobe SW, McFarlane FA, Mendelssohn DC. Factors associated with suboptimal initiation of dialysis despite early nephrologist referral. *Nephrol Dial Transplant* 2013;28:392–297.

**P**ro pacienta, který zahajuje pravidelné dialyzační léčení (PDL) pro chronické onemocnění ledvin, je velmi významná předchozí nefrologická dispenzarizace (Goldstein, 2004). V tomto období je pacient edukován (je mu vysvětlen princip i provedení dialýzy, je seznámen s průběhem PDL) a je zvolena dialyzační metoda. Na dialyzační léčení je pacient konkrétně a reálně připraven – má cévní (či peritoneální) přístup, je očkován proti hepatitidě a jsou upraveny či alespoň minimalizovány metabolické komplikace.

Na řadě zahraničních i našich pracovišť fungují multidisciplinární programy zaměřené právě na komplexní péči o pacienty s pokročilým onemocněním ledvin a dokonce jsou i součástí standardů péče. Jen velmi málo pozornosti je však věnováno tomu, zda nefrologická dispenzarizace opravdu zajistí bezproblémové zahájení PDL. Právě tomuto tématu se věnuje komentovaná práce.

Jejím cílem bylo identifikovat, jak často, u koho a z jakých důvodů není zahájení PDL optimální. Doplnujícím cílem bylo srovnání těchto dat mezi jednotlivými zúčastněnými pracovišti i jednotlivými nefrology. Práce navazuje na předchozí studii STARRT, která ukázala, že tzv. suboptimální zahájení dialyzačního léčení není jen jevem u pacientů „z ulice“, ale je běžné i u pacientů sledovaných dlouhodobě v nefrologických poradnách.

Do analýzy bylo zahrnuto celkem 436 incidentních pacientů ze tří velkých kanadských dialyzačních center (průměrný věk 67 let, 58 % mužů, 52 % diabetiků, vstup do PDL v období 1. 1. 2009 až 31. 12. 2010, zastoupení peritoneální dialýzy přibližně 20 %). Všichni tito pacienti byli před vstupem do PDL dispenzari-

zování v nefrologické poradně a byla u nich k dispozici potřebná dokumentace (pacienti zařazení „z ulice“ nebyli do sledování zahrnuti).

Jako tzv. optimální bylo hodnoceno ambulantní zahájení PDL s dobře funkčním arteriovenózním (AV) přístupem (či zavedeným peritoneálním dialyzačním katétrem v případě PD). Takto zahájilo PDL celkem 130 osob (tj. jen 30 % sledovaných). Z nich bylo 30 sledováno méně než jeden rok, ostatní byli sledováno déle. Průměrná hodnota glomerulární filtrace (eGF) při první kontrole v nefrologické ambulanci byla 28 ml/min (tj. přibližně necelých 0,5 ml/s, což je horní hranice stadia CKD4). Edukační příprava na dialyzační léčení, resp. náhradu funkce ledvin, byla zahájena při přechodu mezi CKD4–CKD5 (průměrně při 0,26 ml/s).

Peritoneální dialýza u pacientů s optimálním zahájením PDL významně převažovala (82 pacientů ze 130, tj. téměř dvě třetiny). Prakticky všichni hemodialyzovaní měli nativní AV spojkou (nikoli umělohmotný zkrat). Obojí vypovídá o velmi pečlivé přípravě predialyzační přípravě, která však bohužel zdaleka nebyla poskytnuta všem.

Za tzv. **suboptimální** bylo považováno zahájení dialyzačního léčení s centrálním žilním katétrem (tj. bez funkčního AV zkratu, tj. s jeho založením či rozvinutím až během PDL) a/nebo zahájení za hospitalizace. Celkem 203 pacientů zahájili PDL tímto způsobem (dvě třetiny za hospitalizace, jedna třetina ambulantně, avšak cestou hemodialyzačního katétru). Jejich průměrný věk byl mírně, ale nevýznamně nižší (66 let). Jen pět pacientů, tj. necelá 3 %, mělo peritoneální dialýzu, všichni ostatní byli léčeni hemodialýzou. Délka nefrologické dispenzarizace byla ve 40 % kratší než jeden měsíc, avšak v 56 % delší než jeden rok, neboli pro přípravu na PDL zcela postačující (a přesto příprava neproběhla). U 56 % suboptimálně zařazených pacientů neproběhl v predialyzačním období ani pokus o založení cévního přístupu pro dialýzu.

Jak je možné, že nefrologem dispenzarizovaní pacienti zahájili dialyzační léčbu neoptimálním způsobem? Autoři analyzovali dokumentaci a rozčlenili tyto skupiny příčin: akutní zhoršení/selhání ledvin („acute on chronic“ onset), příčiny na straně pacienta (obvykle odmítání léčby, odmítání založení AV fistule apod.), příčiny na straně chirurga (dlouhé termíny pro založení AV fistule apod.) a příčiny na straně nefrologa (nezahájení a neprovedení přípravy). Analýza příčin suboptimálního zařazení u pacientů dispenzarizovaných déle než 12 měsíců dopadla takto: nefrolog zodpovídal přibližně za 8 % a chirurgové za 16 %, akutní selhání ledvin představovalo přibližně 30 % a v dalších přibližně 30 % byla příčina na straně pacienta.

Jednotlivá (tři velká) centra se prakticky nelišila. Avšak mezi jednotlivými konkrétními nefrology byly značné rozdíly – optimálně zahajovalo PDL 30–70 % jimi sledovaných pacientů.

## ■ KOMENTÁŘ

**Prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc.**

Studie byla koncipována jako extenze již dříve publikovaných výsledků projektu STARRT (Study to Assess Renal Replacement Therapy), která zjistila, že i u dispenzarizovaných pacientů je dialyzační léčení překvapivě často zahájeno bez dokončené přípravy, tj. není založen cévní přístup a je nutná kanylace. Toto tzv. suboptimální zahájení dialyzačního léčení je spojeno s vyšší mortalitou v prvních šesti měsících po zahájení PDL (Mendelssohn, 2011), a představuje tak velký, byť dosud opomíjený problém.

Studie STARRT ukázala, že optimální vstup do PDL má o 53 % nižší riziko úmrtí či potřebu hospitalizace nebo krevní transfuze

v prvních šesti měsících PDL. Současně však tato studie ukázala, že více než polovina pacientů dispenzarizovaných déle než jeden rok (neboli dostatečně dlouho), není na dialyzační léčbu připravena a zahajuje ji komplikovaným způsobem, což nejen zhoršuje jejich prognózu, ale logicky je spojeno i s vysokými léčebnými náklady.

O neoptimální nefrologické ambulantní péči se zmiňují i jiné publikace (např. Buck, 2007), je jich však málo a celkově je toto téma prakticky opomíjeno – nejspíše se automaticky předpokládá, že dispenzarizovaný pacient má velkou výhodu oproti pacientům přicházejícím bez dispenzarizace (tzv. pacienti z ulice) a že nefrologická dispenzarizace se automaticky rovná bezproblémovému výsledku této péče.

Z dat komentované studie lze odvodit určité praktické dopady. Například při CKD4–5 je nutno počítat s rizikem „acute on chronic“ – týkalo se téměř poloviny případů s neoptimálním zahájením PDL. To znamená, že cévní přístup není u těchto pacientů vhodně odkládat, a také že ochrana funkce ledvin je potřeba věnovat velkou pozornost, protože renální rezerva je již vyčerpána. Dále je pravděpodobné, že při CKD4–5 bychom měli počítat i s pomalou adaptací pacienta, a edukaci tedy zahájit dříve a nechat pacientovi čas, aby se na situaci přizpůsobil (40 % příčin neoptimálního zahájení bylo z důvodu nespokojenosti pacienta). Věk nehraje při přípravě či nepřipraveně dispenzarizovaných pacientů na vstup do PDL žádnou roli.

Velmi impresivní je rozdíl mezi vstupy do peritoneálního dialyzačního programu. Jednoznačně se potvrdilo, že peritoneální dialyzační program je silně závislý na pečlivé predialyzační přípravě.

Souhrnně lze říci, že komentovaná práce otevřela velmi důležitý klinický problém: dispenzarizace v nefrologické ambulanci ještě zdaleka neznamená, že pacient se selháním ledvin vstoupí do PDL se zajištěným cévním přístupem a s dokončenou predialyzační přípravou. Tato oblast zasluhuje nejen další sledování, ale zejména řešení. Toho si jsou autoři publikace vědomi. Patří k iniciátorům tzv. Ontario Renal Network. Výstupem je zcela konkrétní multidisciplinární program péče o pacienty v predialýze (viz odkaz na webové stránky), s konkrétními cíli do roku 2015. K nim mimo jiné patří pokles suboptimálního zahájení PDL o 40 % u pacientů dispenzarizovaných déle než jeden rok a pokles zahájení PDL bez nefrologické dispenzarizace („pacienti z ulice“; „crash starts“) o 20 % a zajištění multidisciplinární predialyzační péče pro více než 90 % pacientů.

## Literatura

- Buck J, Baker R, Cannaby AM, et al. Why do patients known to renal services still undergo urgent dialysis initiation? A cross-sectional survey. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:3240–3245.
- Goldstein M, Yassa T, Dasouris N, et al. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. *Am J Kidney Dis* 2004;44:706–714.
- Mendelssohn DC, Curtis BM, Yeates K, et al. Suboptimal initiation of dialysis with and without early referral to a nephrologist. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26:2959–2965. <http://orp.renalnetwork.on.ca>