

Palitativní péče v urologii

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Paliativní péče je dnes již plně uznávanou součástí komplexní medicíny a nabízí zcela nezastupitelný přístup k péči nejen o onkologicky nemocného pacienta. Zahrnuje soubor léčebných postupů, jež si nekladou za účel danou diagnózu vyléčit, ale zajistit pacientovi s nevléčitelnou chorobou, v preterminální či terminální fázi života maximální komfort s přihlédnutím k jeho fyzickým a psychickým potížím. Urolog pak řeší nejen primárně urologické diagnózy, ale napomáhá s diagnostikou a léčbou urologických komplikací primárně jiných onemocnění. Předkládaný článek si dává za cíl přehlednou formou poukázat na roli urologa a zdůraznit nejčastěji urologické symptomy postihující pacienty v pokročilých fázích nejen maligních urologických onemocnění.

Klíčová slova: paliativní péče, urologie, onkologie, léčba.

Paliative care in urology

Palliative care is now a fully recognized part of complex medicine and offers a completely irreplaceable approach to the care of not only oncological patients. It includes a set of treatment procedures that do not aim to cure the given diagnosis, but to ensure the patient with an incurable disease, in the pre-terminal or terminal phase of life, maximum comfort, taking into account his physical and psychological problems. The urologist deals not only with primarily urological diagnosis, but also helps with the diagnosis and treatment of urological complications of primarily other diseases. The presented article aims to point out the role of the urologist and emphasize the most common urological symptoms affecting patients in the advanced stages of not only malignant urological diseases.

Key words: paliative care, urology, oncology, therapy.

Úvod

Rozdělení termínů – kurativní vs. paliativní vs. symptomatická

Dle Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy o organizaci paliativní péče je paliativní léčba definována jako komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest, tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Jejím záměrem není zlepšení stavu klienta, ale pokojný a důstojný odchod bez bolesti. Paliativní péče zahrnuje léčebné po-

stupy, které mají vést ke zpomalení či alespoň dočasně zastavení další progresu onemocnění, snížit četnost a intenzitu příznaků onemocnění a případných komplikací.

Jak již vyplývá z definice výše, paliativní léčba bývá sice nejčastěji spojována s onkologickými diagnózami (paliativní onkologická léčba), ale týká se i pacientů non-onkologických v celkově alterovaném stavu např. z příčin kardiálních (srdeční selhání), plicních (respirační selhání), neurologických (progredující neurodegenerativní stavy), z důvodu kachexie či malnutrice (1).

Je důležité zdůraznit, že i „pouhá“ paliativní onkologická léčba může pacientovi přinášet dlouhodobý profit někdy i v řádu

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethics approval and consent to participate:

The authors attest that their study is in compliance with human studies committees and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the Food and Drug Administration guidelines, including patient consent where appropriate. The authors also declare that their paper is in accordance with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Consent for publication:

None.

Author's contributions:

None.

Cit. zkr: Urol. praxi. 2024;25(4):194-197

<https://doi.org/10.36290/uro.2024.070>

Článek přijat redakcí: 21. 8. 2024

Článek přijat k tisku: 6. 9. 2024

MUDr. Milan Král, Ph.D.

milan.kral@fnol.cz

měsíců či let. Nezřídka jsme svědky i opačného nálezu, kdy pacientovi v paliativní péči pro non-onkologickou diagnózu může být diagnostikován maligní tumor také indikovaný k paliativní léčbě. Současně bychom měli být připraveni na celé spektrum dalších etických dilemat vyplývajících ze situací, kdy pacient v paliativní péči (např. pro progredující metastatický karcinom prostaty) je postižen akutní příhodou (infarkt myokardu, náhle vzniklá respirační insuficience) a je nutné se vyjádřit k rozsahu dále poskytované péče. Smyslem paliativní léčby v urologii nemusí být vždy ovlivnění onkologického nálezu, ale i ovlivnění urologických příznaků s malignitou spojených (obstrukce urotraktu, hematurii, obstrukce gastrointestinálního traktu apod.) (tzv. paliativní symptomatická léčba). Jak již bylo uvedeno, paliativní péče si sice klade za úkol prodloužit život pacientovi, ale při zachování jeho maximální kvality s důrazem na bio-psycho-sociální a duchovní aspekty pacienta. Současně se snaží pracovat nejen s pacientem samotným, ale i s jeho rodinou a okolím, zejména pak v období blízkého odchodu pacienta či po jeho úmrtí.

Formy poskytování paliativní péče

Paliativní péči lze rozdělit na obecnou, poskytovanou zdravotníky různých odborností s přihlédnutím k dominujícím symptomům (např. urolog řešící hematurii či obstrukci urotraktu, viz níže), a dále péči specializovanou, poskytovanou lékařem se specializovanou působností (paliatr, onkolog).

Zatímco se paliativní péče v našich podmínkách od začátku formovala v „kamenných“ hospicích, dnes je z velké části tato péče poskytována ve formě „mobilních“ (domácích) hospiců, kdy je maximum péče zajišťováno rodinou v domácím prostředí pacienta, s možností non-stop telefonních konzultací, případně příjezdem středního zdravotnického personálu či lékaře. Do lůžkového zařízení je pak pacient referován ve fázi, kdy péči o něj již není možno zajišťovat v domácích podmínkách. Na pomezí pak stojí specializované ambulance paliativní péče či denní hospicové stacionáře. Paliativní péče bývá dále poskytována i na samostatných odděleních některých nemocnic, případně vyčleněných lůžkách spa-

dajících pod onkologická, geriatrická či interní oddělení.

Role urologa v paliativní péči

Součástí paliativního týmu bývají lékaři (často, ale ne nezbytně onkolog/paliatr), zdravotní sestry, psychologové a psychiatři, duchovní (nemocniční kaplani), fyzioterapeuti a sociální pracovníci. Pořadí zapojení profesí a jejich rozsah nemusí být dle výše uvedeného výčtu a může se měnit dle fáze léčby a průběhu choroby.

Urolog hraje zásadní roli v diagnostice, kurativní a často i paliativní léčbě primárních urologických malignit (karcinom ledviny a močovodu, močového měchýře, prostaty, uretry či varlat). Krom toho je však zapojen i do řešení komplikací primárně non-urologických malignit (pokročilé gynekologické tumory či tumory kolorekta, rozsáhlá lymfadenopatie při hematologických onemocněních vedoucí k obstrukci ureterů, infiltrace urotraktu s následnou masivní hematurií a další).

Indikace drenáží močových cest

Obstrukce horních močových cest (HMC) může být způsobena celou řadou příčin. Z intraluminálních jmenujme urolitiázu, nádor močovodu nebo koagulum. Z extraluminálních příčin se uplatňují striktury močovodu (st. p. radioterapii – gynekologické, střevní či urologické orgány), adheze po gynekologických, chirurgických střevních či cévních výkonech, dále pak tumory dělohy, ovaria, lymfadenopatie při tumorech urotraktu, v rámci hematologických onemocnění a germinálních tumorů či primární retroperitoneální fibróza. Dále mohou do urotraktu kontinuálně prorůstat či jej odtlačovat pokročilé tumory rekta, prostaty, měchýře a celá řada dalších tumorů (sarkomy pánve a retroperitonea). Obstrukce HMC zahrnuje celou řadu symptomů dle rychlosti a intenzity nástupu: oligo-/asymptomatický pacient, pozvolně vznikající nefralgie až po náhle vzniklou a prudce probíhající renální koliku. V laboratorních výsledcích lze pozorovat elevaci kreatininu, hyperkalemii, pokles glomerulární filtrace, metabolickou acidózu, elevaci zánětlivých parametrů (CRP, prokalcitonin) až symptomy obstrukční pyelonefritidy, se septickým až šokovým stavem, oligo-/anurií a hyperhydratací. V diagnostice

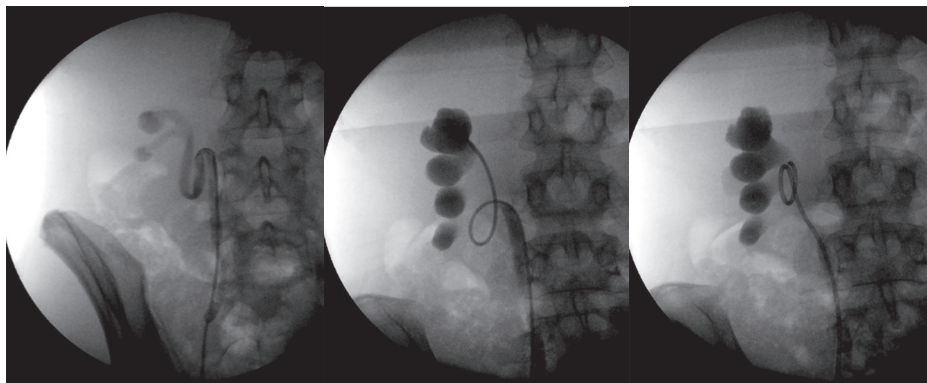
se zpravidla uplatňuje sonografie a CT břicha (obvykle stačí nativní CT), výjimečně bývá potřebná magnetická rezonance či metody nukleární medicíny.

Na obstrukci dolních močových cest se podílí nejčastěji benigní hyperplazie či pokročilý karcinom prostaty, dále mohou být příčinou karcinom uretry, pokročilé tumory rekta, pochvy, zevního genitálu, striktury uretry, těžké defekty zevního genitálu po výkonech (např. pro Fournierovu gangrénu) a traumata. V klinickém obraze dominuje bolest v podbřišku při retenci moči v měchýři, anurie nebo paradoxní ischurie. Důležité je však na obstrukci pomyslet, neboť u pacientů v celkově alterovaném stavu s omezenými možnostmi vyjadřování (stav vědomí, neurodeficit) může být pokles diurézy odhalen často jen pečlivostí personálu (diskrepance mezi příjmem tekutin a diurézou/vlhkostí inkontinenčních pomůcek, algická břišní reakce při mobilizaci na lůžku či při hygieně). Palpace podbřišku případně USG měchýře usnadní diagnostiku, při nedostupnosti zobrazovacích vyšetření a limitaci palpačního vyšetření např. konstatací pacienta se pak nabízí rovnou katetrizace močového měchýře.

Řešení obstrukce močových cest

Nejběžnější formou drenáže horních močových cest je zavedení double-J (DJ) stentu cystoskopicky (Obr. 1). Při vhodné analgosedaci lze drenáž provést i bez nutnosti celkové anestezie a ambulantně. Životnost stentů činí dle typu stentu a materiálu tři měsíce až rok. Zejména u pacientů dlouhodobě ležících a s nižšími příjmy tekutin se zvyšuje riziko stentových en- a inkrustací a symptomatických infekcí. Proto u pacientů s delší předpokládanou dobou dožití je vhodné provádět v pravidelných intervalech USG či RTG k včasnému odhalení kalcifikací a dřívejší indikaci výměny stentu. Při nemožnosti endoskopické drenáže DJ stentem (zpravidla při významné extraluminální kompresi či při těžkých strikturách ureteru) se nevyhneme založení punkční nefrostomie. Zde bývají k dispozici klasické pigtailové drény zaváděné a měněné zpravidla pod skiaskopickou kontrolou, u dlouhodobě založených drenáží bývají s výhodou i balonkové nefrostomie, které lze měnit i v pohotovostním provozu

Obr. 1. DJ stent v pravé ledvině



bez nutnosti skioskopie. Životnost bývá tři měsíce. Při indikaci založení nefrostomie je nezbytné vyhodnotit přínos založené zevní drenáže. Tato je totiž v řadě či většině případů definitivní a nefrostomie bude s pravidelnými výměnami pacienta provázet po zbytek života. Nejsou-li indikací např. špatně farmakologicky korigovatelné nefralgie při obstrukci, známky obstrukční pyelonefritidy, hyperhydratace a oligurie, renální selhání či těžký minerálový rozvrat, je nutno posoudit, zda je nefrostomie skutečným přínosem vedoucím ke zkvalitnění zbytku života. Zejména pak perkutánní drenáž ledvin pro známky renálního selhání u pre/terminálně nemocného pacienta vede ke zhoršení kvality jeho života a současně i ztížení ošetřovatelského procesu pro personál či rodinu.

Další možností drenáže horních močových cest, ač podstatně méně využívanou, jsou intraluminální expandibilní stenty, např. Allium stent (Obr. 2). Tyto jsou dostupné v několika délkách a indikací jsou krom obstrukcí ureterů i extraureterické fistuly (nádorové, postradiační či pooperační). Výhodou je, že jejich životnost činí několik let. Nutno připustit, že zejména u pacientů v pokročilých/preterminálních stadiích onemocnění, jsou tyto stenty někdy ponechávány za průběžné kontroly funkčnosti drenáže i výrazně déle, než je doporučeno výrobcem. Nevýhodou je pak nutnost anestezie k jeho zavedení. Zvláštní skupinu pak tvoří pacienti, u nichž je zvažováno zavedení extraanatomického ureterálního stentu (Detour) (2). Tento zpravidla nebývá u pacientů v paliativní péči metodou volby pro technickou náročnost inserce a případné výměny, proto není téma podrobněji rozvedeno.

Standardem drenáží dolních močových cest je klasický Foleyův permanentní katétr.

Kalibr volíme dle indikace, zpravidla dostačuje 14–18 charr. Je-li indikací katetrizace zevní útlak např. nádorovou tkání, možno volit silnější kalibr (20–22 charr). Zejména při intenzivnější hematurii je vhodné volit trojcestný (lavážovací) katétr. Standardní močový katétr se mění co 4–5 týdnů, speciální silikonové katetry lze měnit i po třech měsících. Z dlouhodobého hlediska je možné nekomplikované výměny katetrů ponechat v rukách erudovaného středního zdravotnického personálu. Suprapubický katétr (epicystostomie) je další možností drenáže močového měchýře v případě, kdy nelze zavést katétr uretrou (striktury uretry, pokročilé karcinomy uretry, prostaty, vulvy). Indikace, kalibr i intervaly výměn jsou identické jako u uretrálního katétru.

Řešení makrohémie

Makrohémie je běžně se vyskytující komplikace pokročilých urologických malignit. Na této se často podílí koagulopatie, ať už navozená maligním onemocněním či jeho léčbou, či iatrogenní (konkomitantní antitrombotická či antikoagulační léčba). Ačkoli jsme schopni většinu případů hematurie vyřešit konzervativně hemostyptickou terapií, např. etamsylát (Dicynone), kyselina tranexamová (Exacyl), v některých případech je nutné použít močový katétr, optimálně lavážovací (trojcestný), a to většího kalibru (18–22 charr). Přístup k řešení vychází z lokalizace zdroje hematurie. V případě pokročilého tumoru horních močových cest, jakožto zdroje krvácení, se nabízí z vitální indikace nefrektomie (s přihlédnutím k celkovému stavu pacienta) či embolizace arteriálního řečiště ledviny intervenčním radiologem. Není-li hematurie stále kontrolovatelná při současné tamponádě měchýře, je nutno uvažovat o zrušení tamponá-

Obr. 2. Expandibilní stent (Allium stent) v levém distálním ureteru



dy v anestezii endoskopicky, výplach koagul Janettovou stříkačkou, případně (je-li příčinou tumor měchýře či prostaty) provést i transuretrální resekci a koagulaci, i za cenu neradikality výkonu. Další možností přístupu je selektivní embolizace vezikálních arterií/vnitřních ilických arterií či hemostyptická radioterapie. Tato shledává uplatnění jak v případech zdroje krvácení z prostaty, tak z močového měchýře. Mechanismus hemostyptické radioterapie sice není přesně znám, ale předpokládá se účinek vycházející z indukce agregace trombocytů a narušení endoteliální stěny. Její efekt nastupuje na zvířecích modelech v řádech minut a trvá několik dní až měsíc. Snížení krvácivých projevů je prokázáno nejen na orgánech urotraktu, ale i gastrointestinálního systému (3). Ačkoli se jednotlivá schémata paliativní radioterapie měchýře a prostaty mohou lišit, zpravidla bývá aplikováno 30 Gy v 10 frakcích, 20 Gy v 5 frakcích či 36 Gy ve 12 frakcích (4). Je vhodné zohlednit i celkový stav a při kratší očekávané době dožití preferovat hypofrakcionační režimy. Radioterapii lze ovlivnit krvácení difúzní a menší intenzity, ne však masivní či arteriálního původu. Další podmínkou je hemodynamická stabilita pacienta (5). Spíše preventivní význam po stabilizaci pacienta a dlouhodobou kontrolu intenzity hematurie má indikace pobytu v hyperbarické komoře. Zde je principem inhalace kyslíku v koncentraci téměř 100 % při zvýšeném atmosférickém tlaku. Již záhy po zahájení hyperbarické oxygenoterapie jsou aktivovány antioxidační, prorůstové a reparační faktory vedoucí k neovaskularizaci a reparaci tkáně s regresí hema-

turie. Pobyt v komoře trvá 60–90 min a bývá doporučováno 20–40 expozic (6). Indikace hyperbarické oxygenoterapie však nebývá u pacientů v paliativní péči zcela běžná. Paliativní (salvage) cystektomie/nefrektomie bývají vnímány jako ultimum refugium. Jsou sice možností léčby, ale s přihlédnutím k celkovému stavu často velmi křehkého pacienta jen

možností teoretickou a většina pracovišť nepochybně preferuje méně invazivní přístupy.

Závěr

S prodlužující se délkou života a zkvalitňováním péče v posledním období života je logické, že bude přibývat pacientů, kteří budou kandidáty tohoto medicínsky šetrného

doprovázení. Paliativní péče se jistě nikdy nestane královnou medicíny ani se nebude těšit centru pozornosti lékařských výzkumných center a farmaceutických firem. O to důležitější je, aby se povědomí o přínosu tohoto oboru šířilo nejen mezi lékaři, ale i studenty v pregraduálním vzdělávacím programu.

LITERATURA

1. Světláková L, Světlák M, Hanušová M. Onkologie. 2022; 16(6):293-295.
2. Košina J, Balík M, Holub L, et al. Extra-anatomické stenty jako alternativa nefrostomie. Ces Urol. 2015;19(3): 188-193.
3. Navrátilová P, Hynková L, Šlampa P. Role paliativní radio-
terapie při krvácení lokálně pokročilých nádorů gastrointestinálního traktu. Klin Onkol. 2017;30(6):433-436. Czech. doi: 10.14735/amko2017433. PMID: 29271214.
4. Ogita M, Kawamori J, Yamashita H, et al. Palliative radiotherapy for gross hematuria in patients with advanced cancer. Sci Rep. 2021;11(1):9533. doi: 10.1038/s41598-021-88952-8. PMID: 33953242; PMCID: PMC8100132.
5. Hynková L, Sláviková M, Sláma O, et al. Možnosti radioterapie v paliativní péči. Onkologie. 2022;16(6):299-304.
6. Šurík M, Pokorný J, Študent V, et al. Radiation-induced hemorrhagic cystitis – hyperbaric oxygen therapy. Ces Urol. 2020;24(4):295-302.