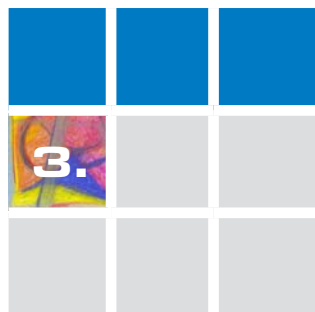




posuzování rizikovosti kandidáta: transplantace jater

Transplantace jater je indikována pouze u pacientů, u kterých ji lze provést s vysokou pravděpodobností úspěchu. Posouzení rizikovosti kandidáta je tedy nedílnou součástí indikačního procesu. Případná rizika se projevují jednak v perioperačním období, jednak později po transplantaci. Nejvyšší perioperační riziko představuje těžký stav pacienta, daný přílišnou pokročilostí chronického onemocnění jater, nebo přítomností multiorgánového selhání u případů akutního selhání. Přidružená onemocnění mohou být kontraindikací transplantace jak z důvodů rizika perioperačního, tak i pro významné omezení očekávaného dlouhodobého přežití (většinou uvažované na horizontu 3 let). Věk pacienta nemůže být jediným faktorem vylučujícím kandidáta z možnosti zařazení na listinu. Nicméně nemocní nad 60 a především nad 65 let přežívají hůře. Jejich případné zařazení je podminěno velmi detailním vyšetřením vitálně důležitých systémů a vyloučení nejčastějších malignit. U nemocných nad 70 let se provádí transplantace výjimečně. ⁽²¹⁾

Kardiovaskulární onemocnění jsou významným zdrojem mortality perioperační či časně po transplantaci a závažné onemocnění srdce musí být s rozumnou mírou pravděpodobnosti vyloučeno. Základním vyšetřením je echokardiografie k posouzení vad, výkonnosti myokardu, případných regionálních poruch kinetiky a orientačnímu posouzení zátěže pravé komory srdeční. K vyhledání latentního koronárního onemocnění se používá buď dobutaminový test (zátěžová ECHO), thaliový scan myokardu, nebo koronarografické vyšetření. ⁽²²⁾ Tento screening je indikován u všech nemocných nad 60 let věku a u diabetiků nad 50 let věku. U pacientů s koronárním onemocněním je nutné zvážit možnost korekce před transplantací jater. ⁽²³⁾

U části nemocných s difúzním postižením myokardu při metabolickém onemocnění (hemochromatóza) nebo toxonutričně (alkoholická jaterní cirhóza) je přesné vyšetření výkonnosti myokardu zásadní. Ejekční frakce pod 30% je neslučitelná s příznivým průběhem transplantační léčby.

Plicní hypertenze je častým nálezem u pacientů s cirhózou. Lze na ni usoudit z echokardiografického vyšetření, v indikovaných případech je třeba provést přesnější vyšetření katetrizační. Plicní hypertenze v rámci hepatopulmonárního syndromu odezní po transplantaci, při těžším postižení však může výkon kontraindikovat. Je progresivní a má vést k urychlení transplantační léčby u takto postiženého pacienta. Esenciální plicní hypertenze je vážnou překážkou a vyžaduje specializovaný přístup. Hypertenze v plicnici nad 50 mmHg nereagující na medikamentózní léčbu je většinou považována za kontraindikaci k výkonu. ⁽²⁴⁾

Plicní onemocnění může rovněž zhoršit peri/pooperační průběh. Funkční vyšetření plic je indikováno u však kandidátů. Závažný je nález i starší plicní tuberkulózy, která se může reaktivovat při imunosupresivní léčbě. Recentní kouření je velmi nevhodné, protože zvyšuje riziko plicní infekce



v potransplantačním období. Vzhledem k tomu, že kandidáti jsou vedeni k obecně zdravému způsobu života je třeba využít všechny prostředky k omezení či ukončení kouření tabáku.

Diabetes mellitus není kontraindikací k transplantaci jater. Jeho přítomnost zvyšuje riziko transplantální léčby jednak větším sklonem k infekci, jednak vyšší incidencí kardiovaskulárních chorob. U většiny nemocných dojde po transplantaci ke zhoršení kompenzace. Spolupráce s diabetologem a správná edukace jsou základem úspěšné péče. Celkově je riziko transplantace v krátkodobém horizontu zvýšeno jen minimálně. ^(25, 26)

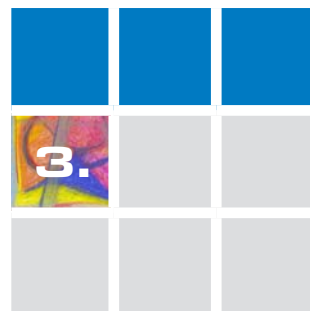
Obezita vede ke zhoršenému hojení ran, komplikuje plicní ventilaci, omezuje pohyblivost a znesnadňuje ošetrovatelskou péči po transplantaci. Pacienti s BMI >35 mají přežívání po transplantaci významně snížené. Morbidní obezita je většinou programů považována za kontraindikaci transplantální léčby. ⁽²⁷⁾

Kostní choroba je častým projevem zejména alkoholické choroby jater a cholestatických cirhóz. Osteoporóza s frakturami a porušenou hybností může být kontraindikací k transplantaci především pro vysoké riziko infekčních pooperačních plicních komplikací. Kandidáti mají být vyšetřeni celotělovou denzitometrií a příslušně léčeni. ^(28, 29)

Renální insuficience je patrně nejlépe prozkoumaný faktor zvyšující mortalitu, morbiditu a náklady transplantace jater. Hepatorenální syndrom klade vyšší nároky na potransplantační léčbu a vyžaduje ve většině případů po přechodnou dobu hemodialýzu. Je rovněž spojen s vyšší morbiditou příjemce. ^(30, 31, 32, 33) U pacientů s onemocněním ledvin je třeba provést pečlivé nefrologické vyšetření a i za cenu renální biopsie rozhodnout, zda nemůže kandidát profitovat z kombinované transplantace játra-ledvina provedené v jedné době orgány od stejného dárce. Tento postup je jasně indikován při strukturálním postižení ledvin a GF pod 0,30 ml/s a je třeba jej však zvážit i u příjemců s GF <0,60 ml/s. Rozhodování je komplikované a širší aplikaci brání rovněž velký počet čekatelů na kadaverózní ledvinu. ⁽³⁴⁾

Ostatní somatická onemocnění, která mohou vážným způsobem interferovat s peri/pooperačním průběhem musí být řádně vyšetřena specialistou, má být stanovena prognóza onemocnění a má být proveden kvalifikovaný odhad vývoje onemocnění po transplantaci jater. Jakékoliv onemocnění, které není korigovatelné před nebo po transplantaci a které významně limituje očekávané přežívání, může být považováno za kontraindikaci výkonu.

Psychosociální stav kandidáta zasluhuje rovněž pozornost a je třeba jej řešit ve spolupráci se specialisty (psycholog, psychiatr, sociální pracovník). Pacient s chronickým psychiatrickým onemocněním musí být dokonale kompenzován a musí být pravděpodobné, že bude dlouhodobě spolu-



Indikace k transplantaci jater
Doporučený postup



pracovat při potransplantační terapii. Mimořádná pozornost je věnována užívání návykových látek, zejména alkoholu. Sociální zázemí je nezbytností a jeho absenci je třeba chápat jako významnou překážku. Podpora rodiny nebo přátel je vitálně důležitá u nemocných s komplikovaným pooperačním průběhem. ⁽³⁵⁾ V některých případech (vězni, děti bez rodinného zázemí, mentálně retar-



dování, osamělí starší lidé) představuje rozhodování o indikaci velký medicínský a etický problém, který vyžaduje multidisciplinární rozhodování včetně zvážení názorů specialistů v oblasti lékařské etiky. ⁽³⁶⁾

