

Paliativní dialýza – definice a základní teze

prim. MUDr. Barbora Szonowská, DS FMC Vinohrady, FNKV, Praha 10

Paliativní dialýza stojí na pomezí mezi standardní dialyzační léčbou a péčí v samotném závěru života. Vychází z principu paliativní péče orientované na individuální potřeby pacienta.

Paliativní dialýza může být přínosem u následujících skupin pacientů:

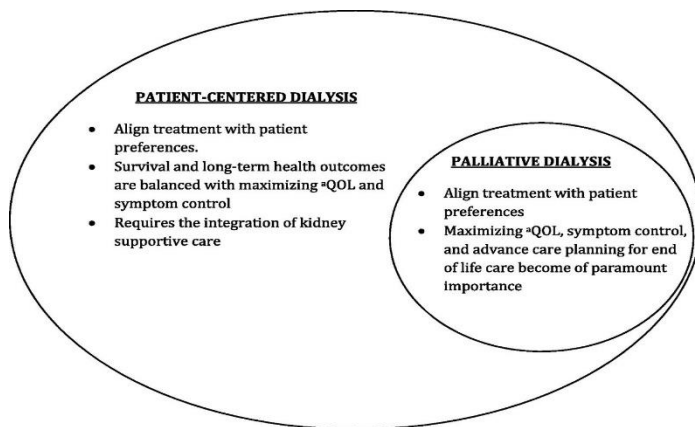
- dlouhodobě dialyzovaní pacienti s řadou komorbidit, zhoršujícím se funkčním stavem a křehkostí
- dialyzovaní pacienti po závažné komplikaci, která vedla k významnému zhoršení celkového stavu
- křehcí, většinou geriatrictí pacienti, kteří se rozhodli zahájit dialyzační léčbu
- pacienti s nádorovým onemocněním v terminálním stádiu,
- pacienti s dalším orgánovým selháním v pokročilém/ terminálním stádiu

Podmínkou je adekvátní edukace pacienta, popřípadě i člena rodiny. Je nezbytné, aby pacient rozuměl tomu, že terapeutický důraz není cílen na délku přežití, ale na kvalitu života, co nejmenší intruzi léčby do každodenního života se záměrem ulevit od obtížných symptomů. Součástí procesu je informovaný souhlas pacienta s léčbou v režimu paliativní dialýzy.

Zásady paliativní dialýzy:

- Dialýza ušitá na míru konkrétnímu pacientovi
- Menší důraz na optimální kontrolu dlouhodobých cílů (např. délka přežití)
- Větší důraz na udržení kvality života, funkčního stavu pacienta a důsledný management obtížných symptomů
- Zlepšit pacientův komfort v kontextu blížícího se konce života, nejčastěji v řádu týdnů či měsíců
- Redukce farmakoterapie a rozvolnění dietních restrikcí
- Úprava časového rozvrhu dialýz (např. preference odpolední směny), snaha o ulehčení transportu na dialýzu, při potížích s napojováním arteriovenózní fistule převedení na centrální žilní katetr apod.
- Úprava počtu dialýz a její délky přísně dle individuálních potřeb pacienta, tj. paliativní dialýza se ne vždy rovná snížení počtu dialýz. Snížení počtu dialýz na 2x týdně, popř. zkrácení délky dialýzy zvažujeme např. u pacientů s pokročilou demencí obtížně tolerujících dialyzační proceduru. A naopak, frekventnější a kratší dialýzy preferujeme např. u pacientů s kardiorenálním syndromem s tendencí k hyperhydrataci a současně sklonem k hypotenzi
- Pacient a rodina se účastní léčebného plánu včetně plánování budoucí péče a plánu péče pro závěr života
- Poskytovat podporu blízkým pečujícím
- I malá intervence z našeho pohledu může pacientovi a jeho blízkým přinést velkou úlevu

Obr.1. Místo paliativní dialýzy v kontextu nefrologické péče orientované na pacienta (podle Davison et al., 2016)



Ad geriatricí pacienti

U pacientů starších 75 let lze postupovat dle algoritmu vytvořeného Americkou asociací nefrologů (RPA), který pomáhá identifikovat pacienty, u kterých rizika dialyzační léčby převyšují její benefity. Doporučují zvážit konzervativní léčbu u pacientů, u kterých jsou splněna 2 a více z následujících hodnocených kritérií. V případě, že se takový pacient rozhodne dialýzu zahájit, je na místě zvážit paliativní dialýzu.

KRITÉRIUM	
1	Otázka na překvapení: „Byl byste jako nefrolog překvapen, kdyby tento pacient během následujících 6 (12) měsíců zemřel?“
2	Nutriční stav: s-albumin pod 25 g/l
3	Komorbidity: např. modifikovaný Charlson komorbidity index ≥ 8
4	Funkční stav: např. Karnofsky performance status ≤ 40

G8

- Geriatric 8 je jednoduchý pomocný screeningový nástroj, který pomáhá identifikovat pacienty, kteří by mohli **profitovat z podrobného funkčního vyšetření geriatrem**. G8 pochází z onkologie, kde se uplatňuje při plánování péče o geriatrické pacienty s nádorovým onemocněním. Zahrnuje tyto položky: chuť k jídlu, úbytek hmotnosti, mobilitu, neuropsychologické potíže, BMI, rozsah užívaných léků, věk, srovnání s vrstevníky. Celkové skóre se pohybuje od 0-17 bodů.
https://www.sio.org/files/public/g8_english_0.pdf

zpracováno k 10.1.2022

Literatura:

1. Axelsson L, Klang B, Lundh Hagelin C et al. End of life of patients treated with haemodialysis as narrated by their close relatives. Scand J Caring Sci. 2015;29(4): 776-784.
2. Brown EA, Murtagh FEM, Murphy E. Kidney Disease from advanced disease to bereavement. Oxford University press, 2nd edition, 2012; Chapter 11: Communicating with patients and families.
3. Brown MA, Crail SM. The often difficult decision of which patients will benefit from dialysis. AZNS Renal Supportive Care Guidelines. Nephrology 2013; 18: 401-454.
4. Brown M A et al. CKD in Elderly Patients Managed without Dialysis: Survival, Symptoms and Quality of Life. CJASN 2015;10 (2).
5. Chambers EJ, Brown EA, Germain MJ. Supportive Care for the Renal Patient, Oxford University Press, 2nd edition, 2012; Chapter 12: Initiation, withdrawal and withholding of dialysis.

6. Chen JCH, Thorsteinsdottir, Vaughan LE et al. End of Life, Withdrawal and Palliative Care Utilization among Patients Receiving Maintenance Hemodialysis Therapy. *Clin J Am Soc Nephrol* 2018; 13:1172-1179.
7. Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C et al. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: Comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011 (26): 1608-14.
8. Cohen LM, McCue JD, Germain M et al. Dialysis discontinuation a „Good Death“? *Arch Intern Med*.1995; 155(1): 42-47.
9. Cohen LM, Germain MJ, Poppel DM et al. Dying well after discontinuing the life-support treatment of dialysis. *Arch Intern Med* 2000;160(16): 2513-2518.
10. Combs SA, Davison SN. Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease. *Curr Opin Support Palliat Care* 2015; 9 (1): 14-19.
11. Dalrymple LS, Katz R, Kestebaum B et al. Chronic kidney disease and the risk of end-stage renal disease versus death. *J Gen Intern Med* 2011;26: 379-385.
12. Davison SN, Levin A, Moss AH et al. Executive summary of the KDIGO Controversies. Conference on Supportive Care in CKD: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney Int*. 2015 (88): 447-459.
13. Davison SN, Moss AH. Supportive Care: Meeting the Needs of Patients with Advanced Chronic Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11:1879-1880.
14. Dříve vyslovené přání (DVP) § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
15. Farrington K, Covic A, Nistor I et al: Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR <45 mL/min/1.73 m²): a summary document from the European Renal Best Practice Group. *Nephrol Dial Transplant* 2017 Jan 1;32(1):9-16.
16. Feely MA, Swetz KM, Zavaleta K et al. Reengineering Dialysis: The Role of Palliative Medicine. *Journal of Palliative Medicine* 2016;19(6):652-655.
17. Fissell RB, Bragg-Gresham JL, Lopes AA, Cruz JM et al. Factors associated with „do not resuscitate“ orders and rates of withdrawal from hemodialysis in the international DOPPS. *Kidney Int*.2005 (68):1282-1288.
18. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–156.
19. Germain MJ, Davison SN, Moss AH. When Enough is Enough: The nephrologist's Responsibility in Ordering Dialysis Treatment. *Am J Kidney Dis*. 2011; 58(1):135-143.
20. Grubbs V, Tuto D, Powe NR et al. System-Level Barriers and Facilitators for Forgoing or Withdrawing Dialysis: A Qualitative Study of Nephrologists in the United States and England. *Am J Kidney Dis*.2017;70(5):602-610.