



Láska prochází ledvinou

Program transplantace ledvin od žijících dárců

BULLETIN

TRANSPLANTACE LEDVIN OD ŽIJÍCÍCH DÁRCŮ

Vychází při příležitosti

1. československého transplantačního kongresu

Brno, listopad 2006

Transplantace ledvin od žijících dárců – významná kapitola rozvoje české transplantologie



Před šesti lety se česká transplantologie a nefrologie rozhodly prolomit několikaletou stagnaci v počtu transplantací ledvin od žijících dárců v naší republice. Důvod byl jednoduchý – po předchozích „tučných“ letech začal výrazně klesat počet kadaverózních ledvin, jež byly k dispozici pro transplantace, a současně začala sílit obava, že nemocní budou muset na novou ledvinu opět neúměrně dlouho čekat a mnozí že by se jí vůbec dočkat nemuseli. Současně existoval odůvodněný předpoklad, že potenciál osob ochotných jednu ze svých ledvin svému blízkému darovat, je značný a zdaleka není využitý.

Proto bylo rozhodnuto otevřít tuto otázku na odborném fóru, a 21. června 2001 se na toto téma v Praze uskutečnila konsensuální konference s cílem sjednotit názory transplantologů a nefrologů a společně definovat základní předpoklady, podmínky a pravidla transplantací ledvin od žijících dárců. Výsledek jednání vedl k tomu, že v následujících měsících a letech začal počet indikovaných dvojic znatelně narůstat.

Další konference na totéž téma se uskutečnila o rok později, 20. června 2002, v rámci Českého nefrologického kongresu s mezinárodní účastí v Liberci. Po dalším roce, ve dnech 19. a 20. června 2003, proběhlo dvoudenní jednání s workshopy v Novém Dvoře u Týna nad Vltavou.

Od té doby bylo téměř všeobecně akceptováno, že transplantace ledviny žijícího dárce má několik zásadních výhod. Při zachování počtu kadaverózních transplantací rozšiřují transplantace od dárců žijících dostupnost transplantační léčby. Z hlediska pacientů je mimořádně důležité to, že je možné ji provést rychle a plánovaně a že také přináší lepší výsledky. Platí to zejména tehdy, podaří-li se transplantaci od živého dárce provést co nejdříve po potvrzení terminálního selhání ledvin, tedy dříve, než musí být zahájena dialyzační léčba. Další předností transplantace od žijícího dárce je možnost prevence komplikací, jež vznikají při ostatních metodách léčby nezvratného selhání ledvin. Nemocnému nemusí být zaváděn peritoneální katétr, nemusí mu být vytvořena arterio-venózní píštěl, je chráněn před možnými infekčními komplikacemi plynoucími z opakovaného vstupu do krevního řečiště atd. Transplantace je také obranou před komplikacemi chronického selhání

ledvin, které neodstraní žádná z eliminačních metod – především před rozvojem kostní choroby. A všechny tyto výhody lze jen potencovat tím, že transplantaci ledviny žijícího dárce lze správně načasovat, tzn. provést ji ještě před zahájením hemodialýzy nebo peritoneální dialýzy, tzn. preemptivně. Lepší přežití štěpu od žijícího dárce ve srovnání se štěpem kadaverózním i lepší stav pacientů s těmito štěpy vedly jednoznačně k tomu, že transplantace ledviny žijícího dárce je dnes v léčbě nezvratného selhání ledvin metodou první volby.

Pro úspěch programu transplantací ledvin od žijících dárců je naprosto zásadní úzká spolupráce transplantačních center s nefrology – bez ní si jeho rozvoj vůbec nelze představit.

V tomto čísle bulletinu věnovaného transplantacím ledvin od žijících dárců shrnujeme výsledky těchto transplantací v IKEM v letech 1966–2004 a vývoj jejich počtu až do roku 2005. Informujeme o dlouhodobém sledování dárců ledviny a zamýšlíme se nad tím, proč jsou dárce častěji ženy než muži (nejvíce darují ledviny matky svým synům a manželky manželům).

Samostatný článek je věnován jednomu z nejúspěšnějších programů transplantací ledvin od žijících dárců, který se pod vedením prof. Jonase Wadströma realizuje na universitě ve švédské Uppsale.

Vracíme se také k sympoziu věnovanému imunosupresi a dlouhodobému sledování nemocných s darovaným orgánem a transplantací ledvin od žijících dárců, které se uskutečnilo před několika měsíci v Praze a na němž s mimořádně zajímavým sdělením vystoupil prof. Danovich z University of California v Los Angeles.

A konečně přinášíme také rozhovor s koordinátorkou programu transplantací ledvin od žijících dárců v pražském IKEM, sestrou Ivanou Brůžkovou.

Věřím, že informace, které přinášíme účastníkům historicky prvního československého transplantačního kongresu, dále přispějí k lepší spolupráci všech, kdo se na rozvoji programu transplantací ledvin od žijících dárců podílejí.

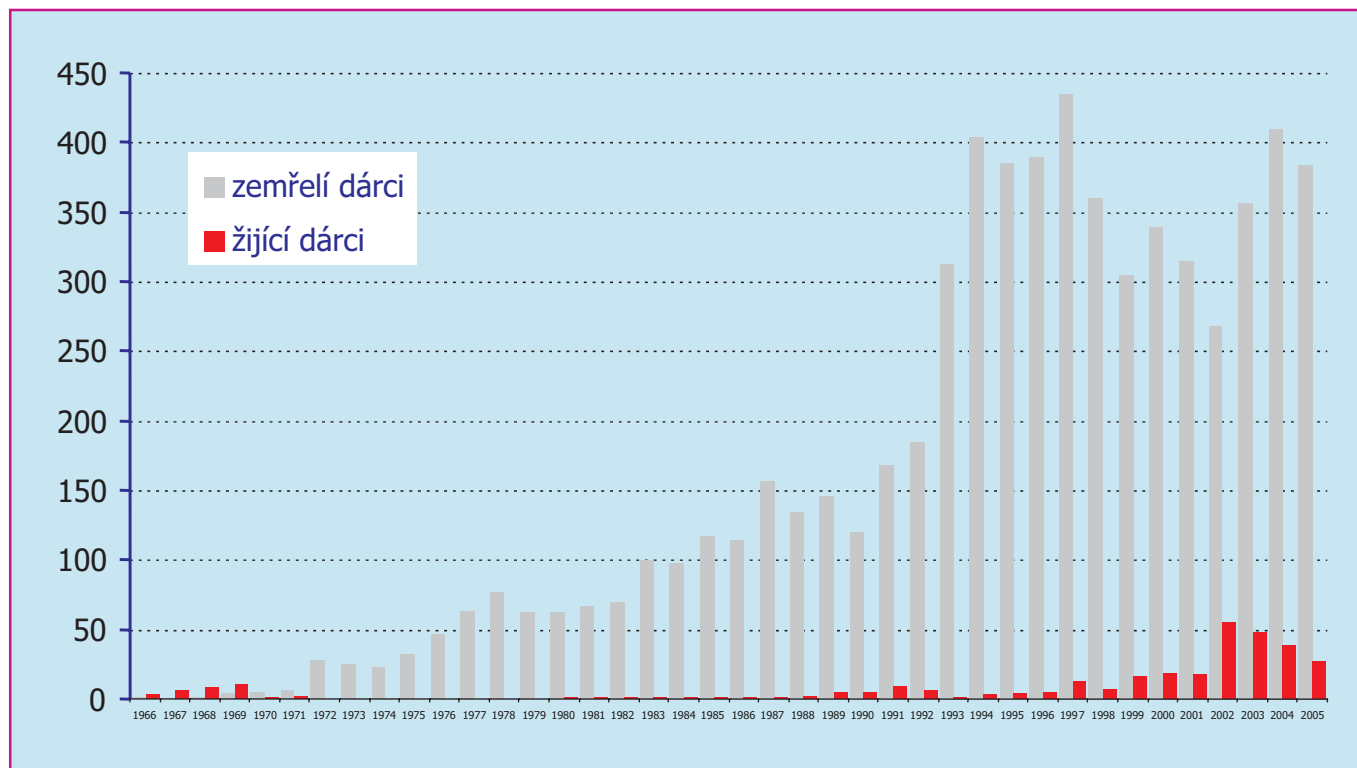
MUDr. Štefan Vítko, CSc.

Ředitel IKEM

Výsledky transplantací od žijících dárců v IKEM

Doc. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., MUDr. Štefan Vítko, CSc.

Transplantace ledvin v České republice v letech 1966–2005



Počátek historie transplantací od žijících dárců v IKEM je totožný s počátkem transplantací ledvin v České republice – je jím 21. březen 1966, kdy byla Karlu Pavlíkovi transplantována ledvina darovaná jeho matkou.

V první dekádě poté (1966–1975) pak bylo provedeno 26 takovýchto transplantací ledvin. Z dnešního pohledu byla doba hospitalizace v té době v porovnání se současností téměř čtyřnásobná. A protože transplantční tým tehdy teprve sbíral zkušenosti, je jasné, že také výsledky těchto transplantací byly omezené. Přesto některým nemocným sloužila nová ledvina po desítky let.

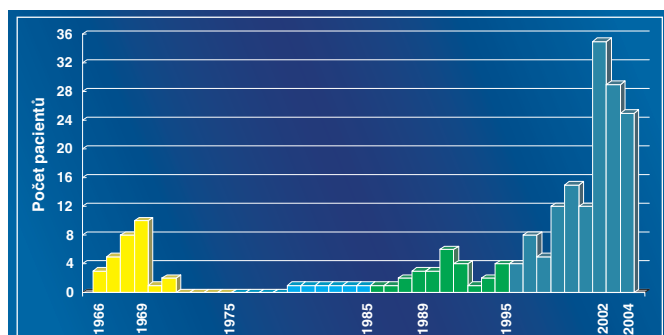
Druhá dekáda transplantací od žijících dárců v IKEM (1976–1985) byla ve znamení vzácnosti těchto výkonů. Provedeno bylo pouze šest transplantací od žijících dárců. Ani výsledky se oproti první dekádě

nijak nezlepšily. Většina transplantací ledvin se v té době prováděla od dárců zemřelých.

Ve třetím desetiletí (v letech 1986–1995) bylo provedeno pouhých 27 výkonů. Toto číslo je rovněž nízké, a to zejména vzhledem k tomu, že polovina tohoto období již spadala do nového politického systému.

Teprve v posledním období (1996–2005) jsme svědky toho, že za jediný rok provedeme tolik transplantací od žijících dárců, jako za minulé dekády. Rovněž výsledky těchto transplantací jsou srovnatelné se zahraničními centry. Na dobrém přežívání transplantovaných ledvin i pacientů se podílejí větší zkušenosti transplantčního týmu, ale také dostupná moderní imunosuprese. Dokazují to data o kumulativním přežívání transplantovaných ledvin i příjemců, uvedená na následujících obrázcích.

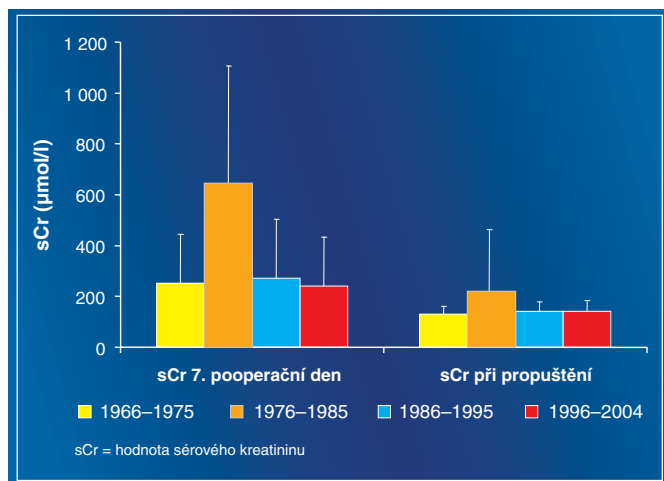
Počty transplantací ledvin od žijících dárců, IKEM 1966–2004 (n = 207)



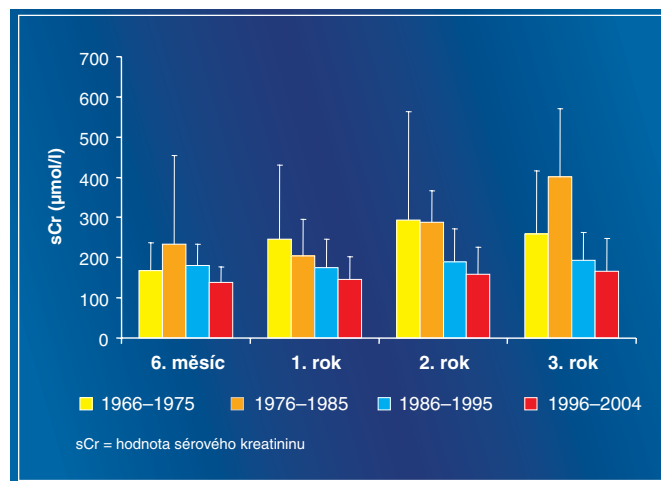
Transplantace od žijících dárců, IKEM 1966–2004

	1966–1975	1976–1985	1986–1995	1996–2004
Počet pacientů	26	6	27	145
Věk (roky)	26,7 ± 7	25,5 ± 3,1	28,1 ± 8,5	38 ± 12
Retransplantace (počet)	0	0	0	11 2×2 živý dárci
Doba na hemodialýze (měsíce)	2,7 ± 4	23,6 ± 24	9,2 ± 11	14,6 ± 21
Délka hospitalizace (dny)	77,4 ± 41	59,8 ± 35	27,7 ± 7,1	21,4 ± 7

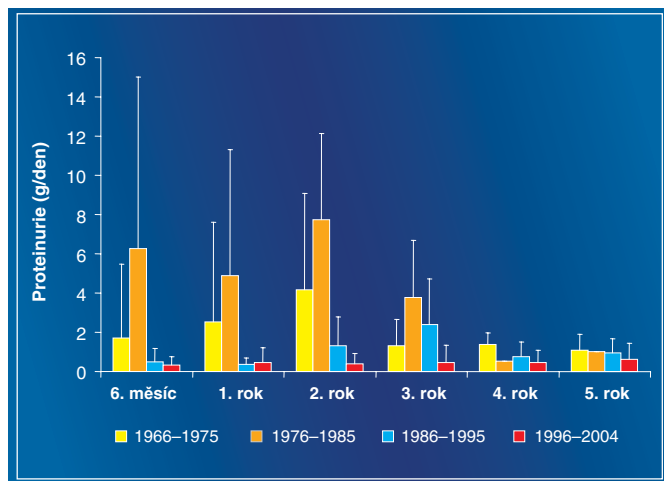
Rozvoj funkce transplantované ledviny od žijícího dárce 1966–2004



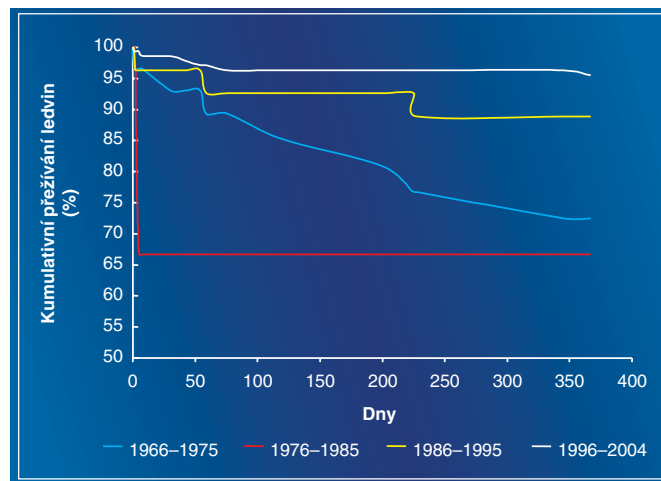
Hodnoty kreatininu v prvních třech letech po transplantaci ledviny od žijícího dárce 1966–2004



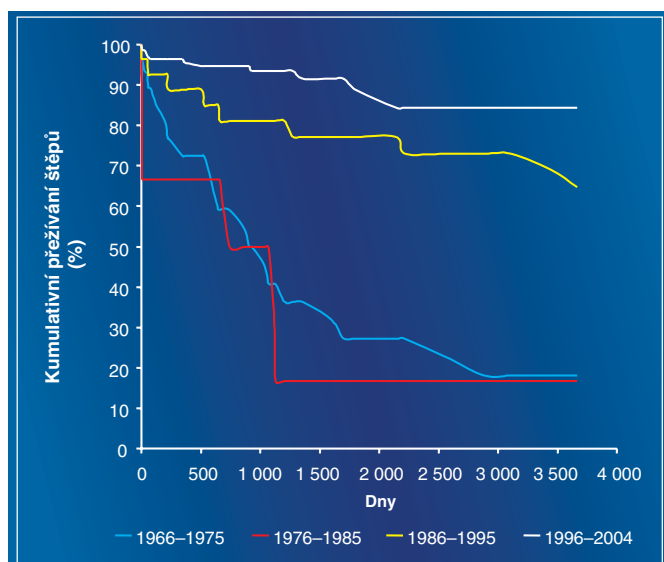
Proteinurie v prvních pěti letech po transplantaci ledviny od žijícího dárce (funkční štěpy)



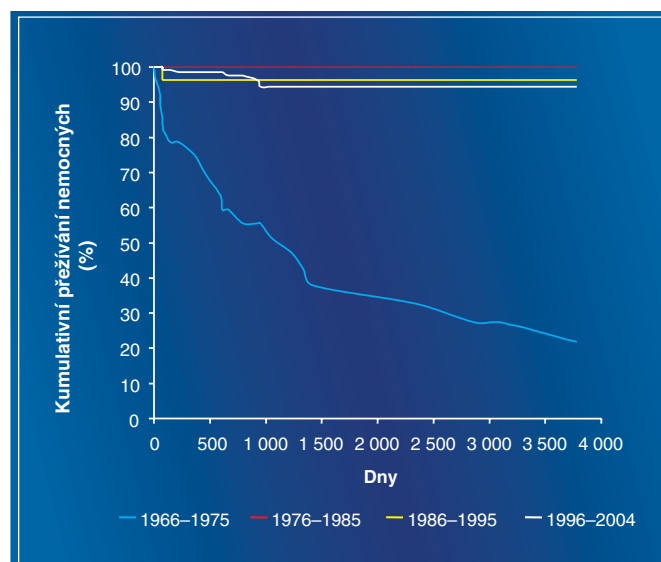
Kumulativní přežívání ledvin transplantovaných od žijících dárců v prvním roce (Kaplan-Meier), IKEM 1966–2004



Kumulativní přežívání ledvin transplantovaných od žijících dárců (Kaplan-Meier), IKEM 1966–2004



Kumulativní přežívání nemocných po transplantaci ledviny od žijících dárců (Kaplan-Meier), IKEM 1966–2004



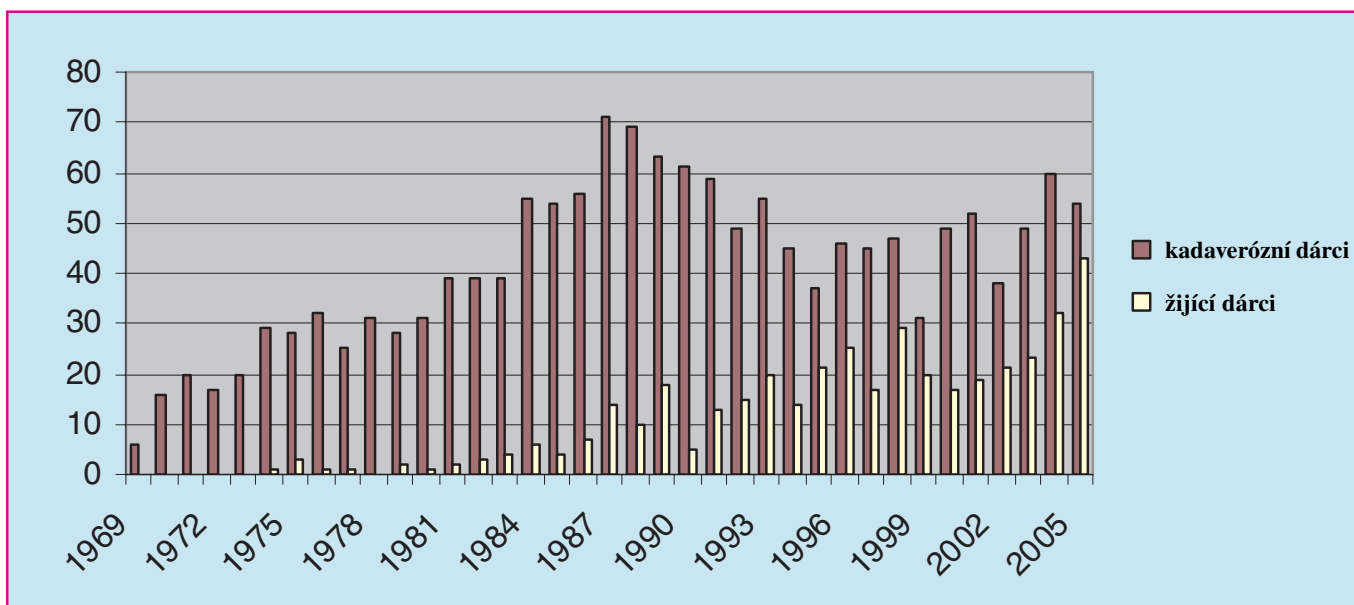
Budeme následovat příkladu z Uppsaly?

Počty transplantací ledvin od žijících dárců brzy překročí počty transplantací kadaverózních

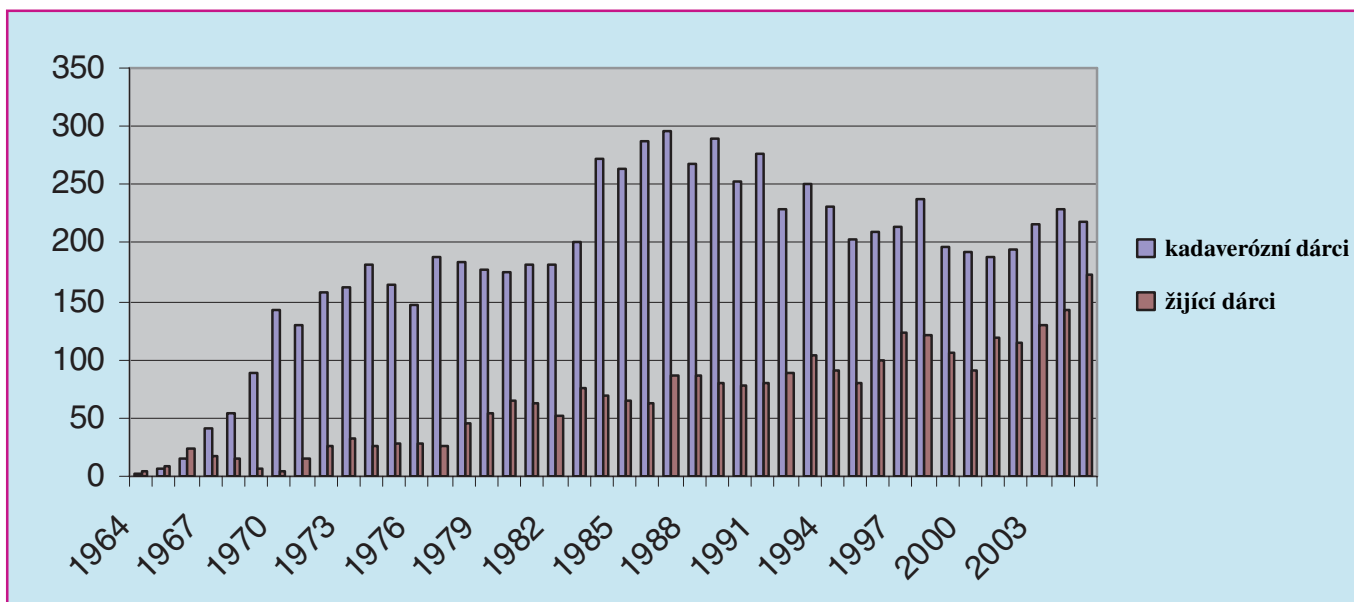


Výsledky programu transplantací ledvin od žijících dárců, jak je představujeme v tomto bulletinu, nesporně poskytují důvod k radosti. Nicméně ani zdaleka neznamenají, že by nebylo dále co zlepšovat. O tom svědčí např. i srovnání s jedním z neúspěšnějších programů na světě, vedeném prof. Jonasem Wadströmem (na snímku vpravo, vlevo pak společně se svým týmem) z university v Uppsale. Z grafů porovnávajících vývoj transplantací kadaverózních ledvin a ledvin od žijících dárců ve Švédsku a na univerzitě v Uppsale vyplývá, že za pozitivní vývoj v celé zemi zodpovídají především právě uppsalské výsledky, a také to, že jak v Uppsale, tak v celém Švédsku nejspíše již brzy počet transplantací ledvin od žijících dárců překoná počty transplantací ledvin kadaverózních.

Počty transplantací ledvin od kadaverózních a od žijících dárců na univerzitě v Uppsale



Počty transplantací ledvin od kadaverózních a od žijících dárců ve Švédsku



Imunosuprese a dlouhodobé sledování nemocných s darovaným orgánem

Transplantace ledvin od žijících dárců

Ve dnech 15. až 16. září 2005 se do Prahy sjeli členové České transplantační společnosti a jejich hosté z USA, Slovenska a Polska, aby na workshopu konaném za podpory edukačního grantu společnosti ASTELLAS (vznikla 1. dubna 2005 sloučením firem Yamanouchi a Fujisawa) diskutovali o dvou hlavních tématech: Imunosuprese a dlouhodobé sledování nemocných s darovaným orgánem a Transplantace ledvin od žijících dárců.

V první části, která byla věnována vztahu imunosuprese a dlouhodobému sledování nemocných po transplantaci ledviny, ukázal nejprve P. Trunečka (IKEM Praha), jak významně ovlivňuje spolupráce nemocného s lékařem výsledky orgánových transplantací, především dlouhodobé přežívání štěpů i pacientů a kvalitu jejich života. Je pozoruhodné, že dobré compliance (dodržování předepsané farmakoterapie, dietního a životního režimu, nekouření, abstinence a pravidelných návštěv lékaře) nelze dosáhnout u 1 až 24 % pacientů po transplantaci (medián 22 %); u řady z nich lze pozorovat až sebedestruktivní tendence. Faktorem, který compliance významně zlepšuje, je kromě dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem také co nejjednodušší léčebné schéma; právě v tomto směru představuje významnou pomoc nová formule tacrolimu s prodlouženým uvolňováním. Podrobně se jí v dalším sdělení věnoval Š. Vítko (IKEM Praha), který také přehledně shrnul výhody a nevýhody monoterapie versus kombinace imunosupresiv. Tacrolimus (Prograf) je makrolidové imunosupresivum ze skupiny inhibitorů kalcineurinu, regulačního proteinu defosforylujícího a aktivujícího nukleární faktor aktivovaných T-lymfocytů. Následně je blokována syntéza interleukinu-2 v pomocných lymfocytech a inhibice tohoto základního signálu adaptivní imunitní odpovědi způsobuje mohutnou imunosupresi. Ochrana před akutní rejekcí i akutní rejekcí rezistentní na steroidy je při užití tacrolimu významně lepší než u cyklosporinu (ať již v původní lékové formě, nebo ve formě mikroemulze). Vzhledem k tomu je tacrolimus již od roku 1993 užíván k prevenci a/nebo léčbě rejekce u příjemců jaterních či ledvinových transplantátů, v některých zemích i u pacientů po transplantaci srdce a kostní dřeně. Řada rozsáhlých klinických studií i dosavadní praxe prokázaly, že jako základ imunosupresivní léčby může být účinně použit spolu s indukční léčbou protilátkami nebo bez nich a že může být kombinován s azathioprinem, mykofenolát mofetilem (MMF) nebo sirolimem; některé z těchto studií prokázaly možnost redukovat či vysadit současně užívaná imunosupresiva, a přizpůsobit tak léčbu založenou na tacrolimu potřebám různých skupin pacientů. Význam této skutečnosti spočívá především v tom, že možnost optimalizace účinnosti a bezpečnosti imunosupresivních režimů představuje klíč ke zlepšování dlouhodobých výsledků transplantace.

Poté vůbec poprvé v České republice zaznělo sdělení o novém imunosupresivu ze skupiny malonitriloaminů (prof. Z. Wlodarczyk z Polska). Tento přípravek je cenný především díky své schopnosti předcházet akutní rejekci transplantovaných ledvin a jater nebo tuto akutní rejekci blokovat. A konečně J. Zadrazil (FN Olomouc) prezentoval a hodnotil výsledky dlouhodobého sledování příjemců ledvinového štěpu.

Vyřešené a nevyřešené otázky transplantací od žijících dárců

Hlavním řečníkem druhé části byl jeden z nejrenomovanějších amerických chirurgů specializovaných na transplantaci ledvin, autor četných publikací a vynikající řečník, prof. Gabriel Danovich z UCLA (University of California, Los Angeles). Hodně sliboval již název jeho přednášky – Vyřešené a nevyřešené otázky transplantací od žijících dárců, a řečník nezůstal očekávání nic dlužen. Prof. Danovich začal ohlédnutím do roku 1954, kdy J. E. Murray v Bostonu provedl první příbuzenskou transplantaci ledviny mezi dvojčaty Herrickovými; při-



jemce Richard žil s darovanou ledvinou osm let, oženil se se zdravotní sestrou, která o něj pečovala během pobytu v nemocnici, a měl s ní dvě děti; jeho bratr Ronald, který mu ledvinu daroval, je živ dosud. Připomněl, jak velkým etickým problémem tehdy muselo být rozhodnutí odebrat ledvinu zdravému mladému muži a přenést ji do organismu jeho nemocného sourozence. Dnes činí podíl transplantací ledvin od žijících dárců v USA až 50 % a lékařská věda i klinická medicína pokročily do té míry, že z hlediska dárce i příjemce existuje jen relativně málo nevyřešených otázek. Proto se ostatně dnes vedle biologie příbuzných dárců (rodiče, sourozenci, děti, členové širší rodiny) stále častěji využívá i dárců spřízněných emocionálně (přátelé, spolupracovníci apod.) a dokonce dárců nepříbuzných, dárcovství bez znalosti příjemce a stále častěji i dárcovství na komerčním základě (kde by v zájmu lékařské etiky, ochrany dárců i příjemců a co nejlepších výsledků bylo nejspíše lepší změnit „neregulovaný trh“ na regulovaný). Prof. Danovich nicméně připomněl, že zejména v počátečních letech se často podceňovala zátěž, kterou musejí podstupovat dárce, a vyzvedl přínos stále častěji užívaných minimálně invazivních laparoskopických nefrektomií.

V každém případě ovšem platí, že jedině provádění transplantací od žijících dárců pomáhá řešit katastrofální nedostatek dárcovských orgánů,

způsobený na jedné straně rostoucím počtem potenciálních příjemců a na druhé stagnujícím či dokonce klesajícím počtem potenciálně dostupných kadaverózních orgánů. Například v USA je dnes na čekací listině na 60 000 pacientů s chronickým selháním ledvin, přičemž jejich počet může během několika let dosáhnout až 100 000. Čekací doby se prodlužují, takže až polovina pacientů v dialyzačním programu umírá, aniž by se transplantace vůbec dočkali, a u ostatních se každým dalším rokem či měsícem zhoršuje prognóza po eventuální transplantaci. Protože jednoznačně nejlepších výsledků se dosahuje při provedení ledvinné transplantace dříve, než by pacient musel být zařazen do dialyzačního programu,





může počet těchto preemptivních transplantací zásadně zvýšit opět jen program transplantací od žijících dárců. A konečně pouze při užití orgánů od žijících dárců lze provést vlastní transplantaci jako plánovaný, elektivní výkon, tedy s mnohem lepšími výsledky.

Darování orgánu žijícím dárcem má kromě četných medicínských předností rovněž pozitivní psychologické efekty. Získává při něm nejen příjemce (kromě orgánu i potvrzení toho, že je pro dárcе důležitý), ale i dárcе (potvrzení vlastní schopnosti obětovat část svého organismu milované či spřízněné osobě) a konečně i dvojice dárcе – příjemce jako celek (potvrzení a posílení pevnosti vzájemného vztahu).

Nicméně z lékařského hlediska je třeba i nadále uvažovat o celé záležitosti nejen ze strany příjemců, kteří z hlediska krátkodobých i dlouhodobých výsledků z transplantací od žijících dárců nesporně profitují, ale i ze strany těch, kdo se rozhodnou ledviny k transplantaci darovat. Znamená to v každém individuálním případě co nejpečlivěji zhodnotit osobní a rodinnou anamnézu, provést co nejpodrobnější vyšetření, zejména z hlediska potenciálního rizika proměny dnešního dárcе na budoucího příjemce, pokusit se riziko co nejpřesněji kvanti-

fikovat a pokud je příliš vysoké, dárcе odmítnout. Přitom je třeba mít na paměti, že samo dárcovství riziko nijak nezvyšuje, a také to, že dárci většinou podobně neuvažují. Prof. Danovich uvedl příklad pacienta, jemuž musel transplantovat ledvinu, když on sám před řadou let věnoval svou vlastní ledvinu bratrovi; ten s ní žil deset let. Na otázku, zda by to učinil znovu – s vědomím, že sám jednou bude potřebovat stejný výkon, odpověděl: „Samozřejmě, vždyť jsem mu tím daroval deset let života.“ Stejně citlivé je posuzování toho, zda je eticky oprávněnější dárcovství osoby mladší generace osobě z generace starší nebo naopak. Na první pohled se zdá být přijatelnější, daruje-li orgán rodič dítěti – dává v sázku relativně kratší očekávanou délku vlastního života, považuje za samozřejmé dát svému dítěti život podruhé a zbavit je utrpení atd. Ale proč by mělo být méně přijatelné, rozhodne-li se dvaadvacetiletý muž věnovat orgán své dvaasedmdesátileté babičce? V čem se tato situace liší od té, v níž by muž tohoto věku nabídl svou ledvinu svému stejně starému sourozenci? Kdo je oprávněn posuzovat a měnit taková rozhodnutí? Kdo je může zakázat?

Podle prof. Danoviche je mnohem důležitější ještě více než dosud dárcovství orgánů propagovat, podporovat a lépe organizovat. K tomu patří i zajištění národních a mezinárodních výměnných programů zkřížených transplantací v případě inkompatibility v rámci rodiny nebo zajištění větší kontroly nad dárcovstvím orgánů na komerčním základě. Dnes je již nesporné, že od programu transplantací od žijících dárců lze očekávat významně lepší výsledky než od programu transplantací orgánů kadaverózních dárců.

Zkušenosti v České republice

Další část workshopu byla věnována zhodnocení pětiletých zkušeností s programem transplantací ledvin od žijících dárců v České republice i na Slovensku. O. Viklický shrnul výsledky dosažené za uplynulé desetiletí v IKEM Praha a E. Lacková referovala o výsledcích dosažených za stejné období v Banské Bystrici. Poté L. Lyerová (IKEM) doplnila informaci o incidenci akutních rejekcí u transplantací ledvin od žijících dárců a E. Pokorná popsala hlavní příčiny odmítnutí potenciálních dárců ledviny (organizační, psychologické, imunologické a klinické ze strany příjemce i dárcе).



Sdělení D. Dostálíka (Ostrava) hodnotilo přínosy a zápory laparoskopických nefrektomií u žijících dárců, další řečníci pak přidali kasuistická sdělení (třetí transplantace u hypersenzibilizovaného nemocného, úspěšná transplan-

tace ledviny od dárcyně ve věku 72 let mladému muži ve věku 44 let s vysokým hmotnostním nepoměrem [186 cm/82 kg versus 194 cm/94 kg] atd.).



Dlouhodobé sledování dárců ledviny v IKEM

MUDr. Kateřina Bartošová, IKEM

Dárci ledviny, kteří podstoupili nefrektomii v IKEM, zůstávají trvale ve sledování naší ambulance. Kontroly na nefrologické ambulanci jsou pravidelné – minimálně s odstupem jednoho roku, pouze v prvním roce po nefrektomii jsou dárci sledováni častěji. Zaměřujeme se hlavně na kontrolu renální funkce, výskyt proteinurie, pečlivou monitoraci krevního tlaku a sonografické kontroly solitární ledviny. Samozřejmě sledujeme také ostatní laboratorní parametry, kontrolujeme lipidové spektrum, nabádáme dárce k udržení optimální tělesné hmotnosti. Současně s kontrolami nefrologickými probíhají v časném období po operaci také kontroly na chirurgické ambulanci; chirurg kontroluje hojení operační rány. O rizicích spojených s jednostrannou nefrektomií (pokles renální funkce, vzestup proteinurie a vzestup krevního tlaku) jsou všichni dárci podrobně poučeni ještě před operací.

V roce 2005 bylo v IKEM provedeno 20 dárcovských nefrektomií. Průměrný věk dárců byl 51,4 roku, nejstarší dárkyni bylo v době operace 77 let, a stala se tak vůbec nejstarším dárcem ledviny. Operaci i následný průběh zvládla bez komplikací, ledvinu darovala svému synovi a i jemu se po transplantaci daří velmi dobře.

Častým problémem zejména u starších dárců ledviny je hypertenze, navíc lze očekávat vzestup krevního tlaku po operaci. Podle dnešního přístupu již není hypertenze absolutní kontraindikací k dárcovství ledviny, a to za předpokladu, že je krevní tlak dobře udržován léčbou (je tolerována maximálně dvojkombinace antihypertenziv), nejsou přítomny orgánové změny v důsledku hypertenze a ledvinové funkce jsou normální. V roce 2005 byli indikováni k nefrektomii tři dárci s hypertenzí. U všech zůstal krevní tlak i po nefrektomii dobře kompenzován monoterapií. U dalších čtyř dárců byla zahájena antihypertenzní medikace po nefrektomii. Cílové hodnoty krevního tlaku jsou u pacienta se solitární ledvinou nižší než u běžné populace, proto jsme v léčbě vysokého krevního tlaku u dárců ledviny velmi důslední. Lze očekávat, že renální funkce po jednostranné nefrektomii poklesnou (jedná se o zhruba o 30% pokles), v dalším průběhu by ale již měly být hodnoty glomerulární filtrace stabilní. Všichni dárci, kteří byli operováni v roce 2005, jsou v dobrém klinickém stavu.

Od roku 1966 do konce roku 2005 bylo v IKEM provedeno celkem 231 dárcovských nefrektomií, z nich je 210 dárců aktuálně v našem sledování (dvanáct dárců zemřelo a devět bylo ztraceno z evidence). V roce 2006 jsme provedli dalších 19 transplantací od živého dárce (údaje k 31. 10. 2006). Transplantace ledviny od žijícího dárce je v léčbě chronického selhání ledvin metodou volby a měla by být zvažována ještě před zahájením dialyzační léčby. Každý potenciální dárce je u nás pečlivě vyšetřen, rizika spojená s dárcovstvím ledviny by měla být minimalizována. Všichni dárci ledviny zůstávají ve sledování odborných lékařů. Cílem nefrologických kontrol dárce není jen standardní zhodnocení renální funkce solitární ledviny, ale také opětovné připomenutí režimových opatření a zásad zdravého životního stylu.

Častěji darují ledvinu ženy – nejvíce matky synům a manželky manželům

MUDr. Eva Pokorná, IKEM

V České republice bylo od roku 1966 do konce roku 2005 provedeno celkem 319 transplantací ledvin od žijících dárců.

Z analýzy jejich složení vyplývá, že častějšími dárci ledviny jsou ženy (65 %) než muži (35 %). Za uvedené období darovaly ledvinu 207 příjemcům, přičemž nejčastěji daruje ledvinu matka dítěti.

Velmi podobné výsledky uvádějí i zahraniční pracoviště. Hlavním faktorem, proč jsou dárci častěji ženy, je zřejmě fakt, že mají ve srovnání s muži větší sociální citění a touhu pomoci. Dalším důvodem je i to, že onemocněním a selháním ledvin trpí naopak častěji muži; konkrétně v posledních letech je zastoupení mužů a žen registrovaných v čekací listině na transplantaci ledviny 60 : 40 %.

PŘÍBUZENSKÉ A JINÉ VZTAHY MEZI DÁRCI A PŘÍJEMCI LEDVIN V ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 1966–2005

Dárce	Příjemce	Počet
matka	syn	91
matka	dcera	39
otec	syn	33
manželka	manžel	29
sestra	bratr	26
otec	dcera	23
bratr	bratr	18
sestra	sestra	15
manžel	manželka	15
bratr	sestra	9
přítel	přítel	5
bratranec	bratranec	3
syn	matka	2
teta	synovec	1
švagr	švagr	1
synovec	strýc	1
syn	otec	1
sestřenice	bratranec	1
sestřenice	sestřenice	1
družka	druh	1
druh	družka	1
dcera	otec	1
dcera	matka	1
babička	vnuk	1

Být nemocnému partnerem odborným i lidským

Hovoříme s Ivanou Brůžkovou, koordinátorkou programu transplantací ledvin od žijících dárců v pražském IKEM



Nedávno uplynuly čtyři roky ode dne, kdy bylo v IKEM zřízeno místo transplantační koordinátorky pro transplantace ledvin od žijících dárců. Od samého počátku dodnes toto místo zastáváte právě vy. Jak tuto kapitolu ve své profesionální kariéře hodnotíte?

Rozhodně svého tehdejšího rozhodnutí ani trochu nelituji. Našla jsem v činnosti koordinátorky nejen uplatnění, ale i naplnění. Zahrnuje kromě práce administrativní i kontakt s pacienty, a dostanu se i na operační sál, odkud jsem jako chirurgická sestra přišla.

Z toho vyplývá, že i nadále hodláte ve své funkci setrvat...

Pokud mě nikdo nevyhodí, tak rozhodně ano.

Při vašem nástupu do funkce vám jako hlavní úkoly byly určeny příjem a aktivní vyhledávání informací o potenciálních dárcích, kvalifikované zodpovídání dotazů týkajících se indikací a kontraindikací k darování ledviny, zajišťování ambulantních či hospitalizačních vyšetření a dlouhodobé sledování dárců. Který z těchto úkolů je nejnáročnější?

Vzhledem k tomu, že to vše jsem vlastně dělat chtěla, si náročnost nijak nepřipouštím. Nicméně nejsložitější jsou asi pohovory s těmi dvojicemi dárců – příjemce, v nichž se např. potenciální dárci nakonec rozhodne ledvinu nedarovat, a my to musíme – někdy i za pomoci milosrdné lži – vysvětlit příjemci.

Jaké bývají důvody takového rozhodnutí a čím to pak vysvětlujete?

V rodině se např. může vyskytnout postižení ledvin u manžela i u dětí, a žena – potenciální dárkyně – se rozhodne nedarovat ledvinu manželovi, ale zachovat ji pro případnou budoucí potřebu u dítěte. Vysvětlit se to dá např. pozitivitou cross-matche.

Co vám naopak přináší největší uspokojení?

Pochopitelně to, když se transplantace uskuteční co nejdříve a vše je v pořádku. Kontakt s pacienty totiž udržuji dlouhodobě a oni naopak pocítují za vhodné mě informovat o tom, jak se jim v dalším životě po transplantaci daří.

Jaké další úkoly k této původní definici přibýly?

Především to, že jsme začali stále pečlivěji vyšetřovat dárci. U žen provádíme mamografie a gynekologické vyšetření, u mužů vyšetření prostaty a prostatického antigenu.

Ve své funkci se nesporně nemůžete omezit pouze na ryze odborný přístup k problému – stáváte se partnery příjemců i dárců ledvin, řešíte s nimi nejen odborné, ale i ryze lidské problémy – vztahové, sociální, ekonomické atd.?

Určitě. Každé dvojici, s níž začnu komunikovat, např. vždy říkám, že můj telefon je zapnut 24 hodin denně.

Volají více dárci nebo příjemci?

Většinou dárci, protože příjemci již bývají v péči lékařů a ti jim poskytují dostatek informací, zatímco potenciální dárci jsou zdraví lidé, kteří se potřebují v nové situaci orientovat.

Stalo se v dosavadní historii, že by dárci později svého rozhodnutí darovat orgán litoval?

Nestalo. A to dokonce ani v případě, kdy transplantovaná ledvina po několika týdnech přestala fungovat.

V čem vidíte hlavní přednosti transplantací ledvin od žijících dárců před transplantacemi orgánů kadaverózních?

Především v tom, že jde o plánovaný výkon, který dovoluje důkladné vyšetření dárci i příjemce a dokonalou přípravu obou výkonů, tedy nefrektomie i transplantace. To samozřejmě přináší také lepší výsledky. Navíc se daří řadu transplantací provést ještě před definitivním selháním ledvin, čili predialyzačně, což přináší řadu dalších výhod, včetně možnosti předtransplantačního zahájení imunosuprese, a tedy opět lepší výsledky.

Kolik párů dárců-příjemce vám prošlo za dobu působení ve funkci koordinátorky „rukama“? Které z nich vám nejvíce utkvěly v paměti a proč?

Dohromady to odhaduji již ke sto třiceti. A na které nejvíce vzpomínám? Určitě na manžele Mikolajské a Pikalovy, u nichž byla 2. 10. 2003 provedena tzv. zkřížená transplantace (manželky chtěly darovat ledviny svým manželům, avšak vzhledem ke genetickým shodám byla zvolena právě zkřížená transplantace mezi oběma páry).

Měla jste při oslovování možných dárců ledviny nějaké problémy? Pokud ano, v čem spočívaly?

Většinou nikoli, protože pokud už k nám pár přijde, jsou oba jeho členové, tedy potenciální dárci i potenciální příjemce, rozhodnutí. Přicházejí si tedy jen posílit své rozhodnutí, dostávají od nás písemné materiály připravené díky společnosti Astellas a mají šanci ptát se na vše, co je zajímá. I když přece jen se stalo, že již rozhodnutý starší pán dostal strach a změnil svůj názor, synovo dárcovství odmítl, a tak nakonec musela být provedena transplantace ledviny kadaverózní.

Napadá vás něco, čím by bylo možno zlepšit informovanost pacientů, rodinných příslušníků či lékařů v širokém terénu o transplantacích od žijících dárců?

To řešíme každodenně a snažíme se stále hledat něco nového. Nejvíce by nám ale pomohlo, kdyby media věnovala více pozornosti pozitivním výsledkům naší práce, než aby hledala příležitost k senzacím.

Děkuji za rozhovor