

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 se 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 hematurii 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 dřívější 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