

Malý dotaz spustil lavinu

MUDr. Václav Trmač¹

¹Domácí hospic Porta Vitae, Oblastní Charita Tišnov

Na jaře r. 2020 přišla do našeho domácího hospice Porta Vitae žádost o přijetí mladé 30leté pacientky s akutní myeloidní leukémií, refrakterní na chemoterapii. Prošla si již opakovanými febrilními neutropeniemi, měla selhání kostní dřeně a plicní komplikace způsobující dušnost. Do naší péče byla referována hlavně kvůli zajištění symptomatické péče o projevy dušnosti (byla dependentní na oxygenoterapii). Hospitalizace již nepřinášela benefit, a hlavně si ji pacientka nepřála. Byla doba počátku epidemie koronaviru, návštěvy v nemocnicích byly zakázány a pacientka chtěla trávit každický den se svým novomanželem v jejich novém domě.

Její funkční stav byl celkem uspokojivý – ECOG 3 (Eastern Cooperative Oncology Group performance status), PPS 60% (Palliative Performance Scale) – tedy dávalo smysl aktivně řešit možné komplikace. Hematoonkologická ambulance byla ochotná vyjít všem potřebám pacientky vstříc, hlavně stran podávání transfuzí červených krvinek a krevních destiček. Avšak pro pacientku byla opětovná návštěva prostředí, kde prožívala ty nejtěžší chvíle života, velmi psychicky náročná, celý proces podání transfuze zabíral velkou část drahocenného dne a pacientka se vystavovala smrtelnému riziku nákazy koronavirem.

Již před převzetím pacientky do péče se nabízela myšlenka, zda by nebylo možné transfuze podávat i v domácím prostředí. Zajistit cestovní chladničku, soupravu na křížový test a infuzní set pro podání transfuze by bylo to nejjednodušší. Ale vydala by nám krevní banka transfuzi? Jak by se vše hradilo? Jaké podmínky musí splňovat transport? Jak řešit potransfuzní reakce? Zjistili jsme, že to jistě nějak musí jít, protože Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje se podařilo v r. 2018 rozjet projekt RABBIT – podávání plné krve pacientům z vitální indikace v terénu. Kontaktoval jsem jejich lékaře dr. Anatolije Truhláře a ten mi sdělil, že transfuzní oddělení může vydat transfuzní přípravek lékaři pro pacienta nehledě na to, kde se nemocný nachází. Ale zařízení všeho potřebného pro zahájení projektu trvalo dva roky (souhlas SÚKL, etické komise, nastavení spolupráce s transfuzní stanicí). Tolik času před námi samozřejmě nebylo.

Naše pacientka byla naštěstí v tak dobré kondici, že byla schopna převozů osobním autem (bylo to pro ni i komfortnější než sanitkou) na hematologickou ambulanci. Nebylo to pro ni ideální řešení, ale jediné možné. Opakovaně měla petechie, hematomy, gynekologické krvácení, melénu a epistaxi. Krvácení naštěstí nebylo tak masivní, aby se ocitla v hemoragickém šoku. Celkem byly podány tři trombonáplavy a dvě erymasy. U pacientky se nakonec rozvinula febrilní neutropenie ještě předtím, než se dočkala stavu, ve kterém by převozu nebyla schopna. Vzhledem k její celkem dobré kondici byla ke zvážení i akutní hospitalizace, kterou ale pacientka odmítla, nepřála si riskovat úmrtí v nemocnici. Byla tedy podávána dostupná antibiotika v domácím prostředí.

V našem hospicovém týmu vznikl rozpor, zda nepřenašíme do paliativní péče příliš intenzivní péči. Navíc by podání transfuze bylo pro zdravotní sestry extrémně časově náročné (odběr krve, převoz vzorku 30 km do nemocnice, převoz krve a podání). Ale medicínsky mně i hematologům připadalo podávání transfuzí indikované a obdobná situace není u hematoonkologických pacientů raritní. Proto jsem vznesl dotaz na e-mailovou skupinu lékařů Fóra mobilních hospiců. A nastala lavina, kterou jsem vůbec neměl v úmyslu spustit. Odpovědi se ujala prim. Irena Zavadová, vyžádala si stanovisko právní kanceláře České lékařské komory, které překvapivě nebylo zamítavé. Do diskuse zapojila i dr. Ondřeje Slámu a oslovila dr. Michala Koubu, který se jal rovnou sestavit velmi strýzlivý rozumný doporučený postup. Předložil jej Společnosti pro transfuzní lékařství, a ta jej schválila. Nyní je uveřejněn v tomto čísle časopisu.

Jsem rád, že specifikem našeho oboru je i to, že zkušenosti kolegové vždy s velkou ochotou, rozvahou a pečlivostí poradí, podpoří, a tak my mladší nemusíme zažívat pocity ponížení, pocit, že někoho obtěžujeme. Mohu všem doporučit více využívat diskusních skupin.

Konflikt zájmů:

Autor deklaruje, že nemá žádný relevantní konflikt zájmů.

Korespondující autor:

MUDr. Václav Trmač, Domácí hospic Porta Vitae, Brněnská 305, 666 01 Tišnov, e-mail: vaclav_trmac@post.cz

Komentáře:

Jak se domácí transfúze stala postupem *lege artis*

Dr. Václav Trmač z domácího hospice v Tišnově hezky popisuje, jak snaha o zajištění kvalitní paliativní péče u jedné konkrétní pacientky může vést k pojmenování systémového nedostatku. Systém se v dané chvíli nepodařilo překonat. K podání transfúzí musela pacientka dojíždět na stacionář hematologické kliniky. Tento případ ale inicioval proces, který vedl k formulaci doporučení pro podání transfúze v domácím prostředí. Proč je takové doporučení důležité? Lékař (i v paliativní péči) musí vždy postupovat na náležité odborné úrovni. Léčba musí být účinná, pro pacienta prospěšná a bezpečná. V doporučeních, která jsou v tomto čísle časopisu *Paliativní medicína* zveřejněna, se hematologové a transfuziologové shodli na podmínkách, za kterých lze domácí transfúze považovat za postup „*lege artis*“. To je nová situace. A dobrý výchozí bod pro jednání s plátcí péče o podmínkách úhrady. Teprve tak se stane tato specifická péče pro indikované pacienty reálně dostupnou...

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., Centrum paliativní péče,
Masarykův onkologický ústav Brno

Cesta domů řadu let naráží na problematiku podávání transfúzních přípravků v domácím prostředí. Úzká spolupráce s Ústavem hematologie a krevní transfúze a také s dětskou částí Fakultní nemocnice Motol opakovaně vedla k situacím, které neměly systémové řešení. Podnět MUDr. Václava Trmače nás přiměl pokusit se situaci ošetřit tak, aby v případě skutečně indikované transfúze mohli lékaři domácího hospice postupovat *lege artis*. Díky společné práci se podařilo vytvořit kon-

senzuální doporučení pro podávání transfúzí v domácím prostředí. Myslím, že pro lékaře domácích hospiců vzniká nová situace, nová výzva: jak správně indikovat transfúzi v domácím prostředí. Jistě nejde a ani nemá jít o postup, který je indikován u všech anemických hospicových pacientů. Půjde o ty nemocné, kteří byli na transfúzích dependentní ještě před tím, než byli do domácího hospice přijati a zároveň jim transfúze pomůže zvýšit nebo udržet kvalitu jejich života. Také prognostický odhad je nutné brát v úvahu. Dalším důležitým krokem bude snaha o finanční udržitelnost.

MUDr. Irena Zavadová, Cesta domů, z.ú.,
Domácí hospic

Společně se svými kolegy jsem stál u zrodu projektu RABBIT. Na základě zkušeností ze stáže v Londýně v roce 2018 ve spolupráci s nemocnicí jsme zavedli přednemocniční podávání chlazené plazmy a erytrocytů. Posádka vrtulníku letecké záchranné služby (LZS) Hradec Králové může nyní jako jediná ve střední Evropě podat transfúzi již na místě zásahu nebo během transportu pacienta do traumacentra. V červnu 2020 navázal projekt RABBIT 2, při kterém je používána tzv. univerzální plná krev s nízkým titrem protilátek, dříve nebyla plná krev v ČR k dispozici. Praktické zkušenosti i zkušenosti s legislativou přispěly k řešení problematiky domácích transfúzí, kde je situace oproti LZS v něčem jednodušší z toho úhlu pohledu, že se jedná o předem známého a vyšetřeného pacienta, pro kterého lze odpovídající transfúzní přípravek vydat.

MUDr. Anatolij Truhlář, Ph.D., FERC,
lékařský náměstek a vedoucí lékař
Letecké záchranné služby Zdravotnické
záchranné služby Královéhradeckého kraje