

Obr. 1–4. Devastace žilního systému podáváním léčiv nevhodných k aplikaci do periferního řečiště. Obr. 1. archiv Kalodová Hadačová J., IHOK FN Brno, Obr. 2, 3. archiv Vykoukalová E., Klinika komplexní onkologické péče, MOÚ Brno, Obr. 4. archiv Mgr. Šeflová L., FN Olomouc



kachektických nemocných musíme volbu optimálního vstupu přísně individualizovat.

Specifika žilního přístupu v onkologii:

Přítomnost malignity a její specifická terapie i jedinečné nežádoucí účinky mohou v některých ohledech odlišovat nemocné od těch, kteří zhoubným onemocněním netrpí.

- Léčba je mnohdy dlouhodobá. V případě lokalizovaného onemocnění bez nutnosti systémové parenterální terapie si můžeme vystačit s krátkodobými žilními přístupy, nicméně je-li léčba plánovaná v řádů několika měsíců až let, neobejdeme se bez střednědobých a dlouhodobých žilních vstupů. Při dlouhodobém podávání do periferie je žilní systém výrazně zatěžován, dochází k postupnému vyčerpávání žilního systému. U pacientů jsou navíc indikovány časté krevní odběry a permanentní žilní vstup je prevencí opakovaných venepunkcí, které mohou být pro nemocného samy o sobě zatěžující, zvláště při žilní nedostatečnosti.
- Snaha o sanaci vstupu navzdory komplikacím. Na rozdíl od jiných oblastí medicíny, kdy je při komplikaci žilního katétru (typicky infekční nebo trombotické) indikována

mnohdy jeho výměna, převládá v onkologii s ohledem na potřebu dlouhodobé terapie snaha o řešení této komplikace s ponecháním daného vstupu, je-li to samozřejmě možné. Typickým příkladem je pacient s PICC nebo portem a hlubokou žilní trombózou, která má být léčena při ponechání vstupu (7) nebo infekční komplikace, kdy žilní přístup sanujeme (možnosti protiinfekčních zátek, systémová antibiotická terapie, lokální léčba výstupu katétru apod.).

- Ponechání žilního vstupu po úspěšné léčbě. Obecně platí pravidlo, že žilní vstup je ponechán po celou dobu probíhající léčby a odstraněn po jejím ukončení. Obecně tolerujeme ponechání žilního vstupu do provedení „restagingových“ vyšetření s potvrzením navození celkové remise nemoci. Běžnou variantou je však např. ponechání portu onkologem z důvodu vysokého rizika relapsu. Vždy bychom však měli mít v plánu extrakci vstupu, protože dlouhodobé ponechání je jednak zatěžující pro pacienta z důvodu docházení k ošetřování, jednak se obáváme rizika obtížnější extrakce v budoucnu, což může nastat zvláště při dlouhodobém ponechání PICC-portu.

- Pokrok v rozvoji léčebných metod. Onkologie představuje obor, ve kterém dochází k rychlým změnám v léčebné strategii, dané nástupem nových léčiv, které mění k lepšímu prognózu nemocných. Máme variantu více léčebných linií, velkým milníkem je zavedení imunoterapie. Díky těmto možnostem narůstá indikace dlouhodobých totálně implantabilních vstupů (nejčastěji hrudních portů a PICC-portů) (8,9).
- Omezení přístupových cest pro žilní kanylaci. Mnohdy se setkáváme s anatomickými odchylkami, které jsou dány změnou průběhu žil v důsledku přítomnosti nádoru. Typicky se tak může dít u nádorů v oblasti krku, hrudníku a mediastinu. V pokročilých případech se můžeme setkat i se syndromem horní duté žíly. Pokročilé masy nádoru, případně s přítomností nádorového rozpadu, mohou být překážkou ke kanylaci ze zvyklých lokalit. Přítomnost tracheostomie může být riziková pro zavedení katétru z oblasti nadklíčku nebo podklíčku pro zvýšené riziko infekčních komplikací. Samostatným tématem je kanylace na straně výkonu v axile. Typicky se jedná o pacientky, u kterých je provedena extrakce axilárních mizních uzlin a není doporučeno provádět následné venepunkce na končetině postižené strany z důvodu rizika rozvoje lymfedému, který by mohl nastat následkem zanesené infekce s obliterací lymfatik. Tyto pacientky jsou tedy limitovány venepunkcemi na končetině zdravé strany.
- Vyšší riziko infekčních komplikací. S ohledem na podávání imunosupresivní léčby a cyklické neutropenie jsou onkologičtí pacienti vystaveni vyššímu riziku infekčních komplikací.
- Vyšší riziko krvácivých komplikací. Je dáno obecně přítomností nádoru, který může spontánně krváčet, agresivní protinádorová terapie může vést k rozvoji trombocytopenie (10).
- Vyšší riziko tromboembolické nemoci (CAT, cancer associated thromboembolism, zahrnující hlubokou žilní trombózu a plicní embolii). Incidence CAT u onkologických pacientů vzhledem ke zlepšení možností protinádorové léčby a prodloužení života