

nemocných stoupá. Zhoubný nádor je spojen s hyperkoagulačním stavem. U všech malignit je incidence CAT 3 %, u léčených systémovou chemoterapií přes 5 % (7).

Volba druhu žilního vstupu v onkologii

S ohledem na časovou náročnost protinádorové léčby málokdy vystačíme s krátkodobými žilními přístupy, ať už periferními (krátká a dlouhá periferní kanyla, midline) nebo netunelizovaným CICC (centrálně zaváděný centrální katétr). Pro léčbu v řádu měsíců a let je k dispozici tunelizovaný CICC, PICC nebo TIVAD (totálně implantovaný žilní vstup), tedy port (hrudní/femorální port, příp. PICC-port) (Obr. 5–9). Klasický tunelizovaný centrální katétr s manžetou (Broviacův nebo Hickmanův katétr) může sloužit k déletrvajícím protinádorové léčbě, nicméně v našich podmínkách je tento vstup využíván dominantně k podávání parenterální domácí výživy (PV). Při indikaci PV v onkologii přibývá nemocných, kterým je zaveden PICC z nadklíčku nebo podklíčku s tunelizací na přední stěnu hrudní (11).

Je-li indikován dlouhodobý žilní vstup, stojíme nejčastěji před rozhodnutím, zda zvolit PICC nebo port. Obecně jsou čím dál víc zaváděny porty na úkor PICC, a to z těchto důvodů: prodlužování délky protinádorové terapie, možnosti více léčebných linií, nástup imunoterapie (měnící dramaticky prognózu některých malignit), nástup PICC-portů. Zvláště PICC-porty přinášejí benefit, který je dán nižším rizikem periprocedurálních komplikací ve srovnání s implantací hrudního portu a lepším komfortem pro pacienta ve srovnání s PICC, výhodou je rovněž výborný kosmetický efekt (absence jizvy v dekoltu). Praktická doporučení mezinárodních onkologických společností ohledně volby žilního vstupu nejsou průběžně aktualizována (12), v ČR se opíráme především o doporučení národních odborných společností (SPPK, PSNPO při ČOS, SKVIMP), které definovaly doporučení pro volbu žilního vstupu v onkologii v r. 2021 (2).

V případě, že je indikována léčba do 3 měsíců, je ideálním vstupem pro většinu malignit PICC. S kratší léčbou se můžeme setkat např. u germinálních nádorů varlete, kde není podávána chemoterapie s vezikanty, u této diagnózy je navíc zavedení centrálního vstupu

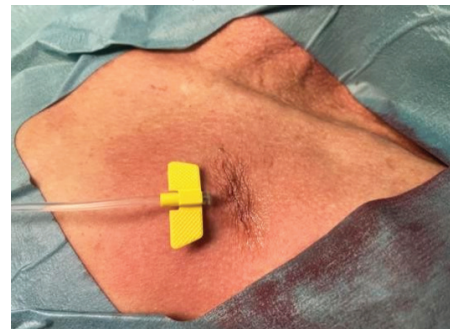
Obr. 5. PICC-port v oblasti pravé paže s napíchnutou Huberovou jehlou. Archiv MUDr. Maňásek V., KOC a Kanylační centrum nemocnice Agel Nový Jičín



Obr. 7. PICC v oblasti levé paže, fixace SecurA cath, krytí Excilon + Tegaderm. Archiv MUDr. Maňásek V., KOC a Kanylační centrum nemocnice Agel Nový Jičín



Obr. 6. Hrudní port zavedený cestou vena axillaris l. sin. s napíchnutou Huberovou jehlou, fixace operační rány kyanoakrylátovým lepidlem. Archiv MUDr. Maňásek V., KOC a Kanylační centrum nemocnice Agel Nový Jičín



Obr. 8. Využití PICC (pro jeho dostatečnou délku) ve formě CICC k tunelizaci z pravé jugulární žíly na přední stěnu hrudní. Archiv MUDr. Maňásek V., KOC a Kanylační centrum nemocnice Agel Nový Jičín



Obr. 9. Tunelizace 30 cm CICC z pravé jugulární žíly na přední stěnu hrudní. Archiv MUDr. Maňásek V., KOC a Kanylační centrum nemocnice Agel Nový Jičín



rizikovější (viz dále). Nevyžadují-li vlastnosti léčiva podání do centrálního žilního systému, je možná aplikace do periferie, jinak je možné zavést dočasně CICC. Je však nutno poznamenat, že ze všech periferních vstupů je možno k ambulantnímu ponechání využít

pouze midline. Ostatní periferní vstupy lze využívat pouze za hospitalizace.

Podávání rizikových cytostatik periferními vstupy je hrubou medicínskou i forenzní chybou a rizikem pro pacienta. Je-li zřejmé, že léčba bude delší než 6 měsíců a/nebo