

10 let transplantace jater v IKEM

Julius Špičák

Program transplantace jater v ČR a v IKEM zvláště je jednoznačně velkým úspěchem a desetileté výročí od jeho zahájení v našem institutu je pak vhodnou příležitostí ohlédnout se za jeho průběhem a úspěch snad i vychutnat – byť se tomu naše národní duševní rozpoložení poněkud vzpírá. I když jsem stál již u prvních transplantací, nebyl jsem nikdy do procesu vtažen plně, a to z několika důvodů: jednak mými výzkumnými prioritami jsou pankreatologie a endoskopie, jednak jsem k transplantačnímu programu přistoupil v profesionálně zralém věku a po pobytu na několika fakultních pracovištích bez přímého kontaktu s transplantační problematikou. Neskromně se však domnívám, že takto vzniklý určitý odstup mi umožňuje zhodnotit program v širších souvislostech a z potřebného nadhledu.

Označení čehosi za úspěch vyplývá ze srovnání a zde se dostáváme k jednomu ze specifik transplantační léčby – je totiž zcela transparentní a čísla jsou nezpochybnitelná a nemanipulovatelná. Nemáme valného tušení, jak jsme v ČR úspěšní v léčbě karcinomu pankreatu, krvácení z jícnových varixů či Crohnovy nemoci, o transplantacích však víme vše podstatné. Celý proces transplantační léčby je u jednotlivého nemocného prospektivně zaznamenáván, vždy a o všem významném rozhoduje kolektiv a vše probíhá podle protokolů. Problém relevantnosti „reportingu“, jehož korektnost a validita je pro srovnání v jiných oblastech tak zásadní, zde odpadá.

Jak si tedy ČR a IKEM stojí v mezinárodním srovnání? Kvalitu programů transplantace jater vyjadřují zejména dvě čísla – počet transplantací ročně vztažený na počet obyvatel a jednorocní přežití. V tradičních zemích Evropské unie se počet transplantací v roce 2003 pohyboval mezi 22,9 na milion obyvatel u Španělska a 2,9 u Řecka (ČR 2004: 8,2, z toho IKEM 59). Španělsko bychom jako vůdčí transplantační velmoc patrně neočekávali, uvědomme si však jak je publikačně aktivní v hepatologii jako takové – jistě více než například země Skandinávie. Ze zemí

na východ od nás podléhajících po léta podobnému osudu, je transplantační program dobře založen v Polsku (na vysoké úrovni jsou zejména transplantace u dětí) a Maďarsku, celkový počet (2003: 4,7, resp. 4,3) je ovšem podstatně nižší než u nás. Na Slovensku se játra v současné době netransplantují, ve Slovinsku je počet transplantací nízký, protože je jejich počet omezen konkrétní sumou, kterou je stát ochoten vynakládat. Zajímavá je situace v postsovětských a postjugoslávských zemích. V některých z nich došlo k prvním transplantacím již v osmdesátých letech na vlně určité přechodné prosperity, programy se však prakticky zastavily na přelomu let osmdesátých a devadesátých z důvodu politicko-ekonomické tísně. Ve většině těchto zemí je však patrný v posledních několika letech strmý rozvoj. V IKEM docházelo od konce devadesátých let k pozvolnému poklesu aktivity celkově přibližně o 30 % až do jara 2004, kdy po restrukturalizaci týmu došlo k prudkému nárůstu znamenajícímu nejvyšší roční výkon, a jak se zdá, v tomto roce bude počet transplantací ještě vyšší. Větší počet zaznamenává v Evropě již jen několik renomovaných center obvykle ze zemí s daleko početnější populací. Jednorocní přežití se pohybuje v IKEM a v Brně těsně pod hranicí 90 %, což je nejvyšší možný poměr vyplývající jednoduše z povahy onemocnění a selekce (tedy neselekce) nemocných – tzn. využívání všech i poměrně marginálních štěpů a uplatnění pouze absolutních kontraindikací.

Co je dále pro transplantace jater příznačné: Přibližně osmdesát procent transplantovaných žije bez větších omezení, deset procent je těsně po transplantaci nebo bojují s komplikacemi. Celkově však platí, že i ve srovnání s úspěšnými transplantacemi jiných orgánů je změna stavu nemocných nejmarkantnější, což je přirozené – funkci všech ostatních orgánů lze většinou alespoň částečně a dočasně nahradit, u jater tomu tak jak víme není. Důsledkem je až neuvěřitelný rozkvět nemocných překvapivě brzy

po transplantaci, takže při pravidelné roční kontrole bývá dotyčný změněn doslova k nepoznání.

Transplantační program je velmi náročný dále z toho důvodu, že vyžaduje vysokou kvalitu a zkušenost zcela různých odborníků – od patologů, psychologů a stomatologů přes koordinátory, hepatology, endoskopisty až po chirurgy a intenzivisty – a tato náročnost se v našich podmínkách povyšuje vysokým počtem transplantací prováděných relativně málo početnými týmy. Již samotná transplantace je organizačně nesmírně náročná – je třeba sladit tým provádějící odběr často více orgánů ve vzdálené lokalitě s týmem transplantujícím, celá akce trvá desítky hodin a stane se, že další transplantace bezprostředně následuje: a to vše bez ohledu na rutinní práci a výkony elektivní, které musí probíhat podle harmonogramu. Fyzické a psychické nasazení chirurgů je vzhledem k technické náročnosti a akční povaze mimořádné a sneslo by snad srovnání pouze s katastrofickou traumatologií.

Domnívám se, že jsme již za diskusí o komplexnosti či nekomplexnosti pracovišť, která transplantace provádějí. Ano, teoreticky je možné je provádět po nějakou dobu s omezeným počtem zcela jednostranně zaměřených superspecialistů, takový program by však byl vždy velmi vulnerabilním artefaktem a nesnesl by konkurenci široce rozvinutého centra. Je ovšem přirozené, že zaměření centra musí mít svou hierarchizaci s transplantacemi jako prioritu.

U všech transplantací je mimořádný i rozměr společenský. Transplantace je svou povahou nanejvýš pozoruhodná ve všech aspektech – legislativních, historických i bezprostředně vztahových. Rozvinulo ji několik osobností od deprimujících počátků, kdy transplantovaní zmirali na všemožné komplikace prakticky bez výjimky v týdnech po operacích téměř až do doby současné. Transplantovaný přijímá cizí orgán, tj. aby mohl jeden žít, musí jiný často tragicky zemřít, případně odevzdat svůj zdravý orgán (u jater jeho část), což je psychologicky, eticky a často i organizačně náročnější než transplantace kadaverózní. To vše vede mimo jiné k značné mediální přitažlivosti, jejíž důsledky jsou bohužel snadno zneužitelné.

Pro zavedení transplantačního programu v IKEM byl dále příznačný další fenomén. Prosadila jej skupina různě zaměřených odborníků, z nichž každý strávil

v zahraničí dobu dostatečnou k tomu, aby si osvojil mezinárodní návyky a postoje a zcela spontánně směřoval k jedinému cíli – zavést program všestranně mezinárodně kompatibilní. Velmi dobře se rozpomínám, že v polovině devadesátých let tento přístup zdaleka nebyl samozřejmý a významnou roli hrál stále lokální rozměr plný náhražkových specifik. V této obecné souvislosti mám například zato, že prvním významným gastroenterologem, který v osmdesátých letech zcela přešel za své normy mezinárodní práce, byl jeden můj bývalý kolega...

Co lze a co by bylo záhodno dosáhnout v dohledné budoucnosti: Přes velkou publikační a propagační aktivitu není spolupráce s širší odbornou lékařskou veřejností, zejména s internisty, chirurgy, gastroenterology a hepatology, na dostatečné úrovni a je nutné ji zlepšit. Úpornost tradice je často překvapivě těžko zlomitelná a tak v podvědomí stále přetrvávají transplantace v roli experimentu, na který si lékař vzpomene až tehdy, kdy již všechny varianty léčby sice byly zcela vyčerpány, ale s nimi i kandidát, a objevila se komplikace, která transplantaci vylučuje (například rozměrný hepatocelulární karcinom). Stále je málo na paměti, že nejperspektivnějším kandidátem je středně pokročilý nemocný – cirhotik! Vždyť k jaternímu selhání nevyhnutelně dospěje, jeho rezervy však jsou dosud dostatečné a dávají vysokou naději na zvládnutí náročné operace i případných komplikací.

Další rozvoj transplantační léčby je jako vše podmíněn ekonomikou. Sazebník pojišťoven je jak víme značně asymetrický, což postihuje právě transplantace. Toto je možné ilustrovat jedním číslem – u kódu transplantace jater stojí v sazebníku neuvěřitelných 52 522 bodů, což by nestačilo na mnohý ambulantní zákrok. Cílem zcela konkrétním a zásadním je tedy dosáhnout v nejbližší době adekvátní úhrady.

Autor je životní optimista, věří, že bude pokračovat nárůst počtu výkonů, stabilizují se transplantace u dětí, přidají se další mezní výkony a v dohledné době se zavede transplantace střeva. Za deset let se bude opět za čím ohlížet.

Adresa pro korespondenci / correspondence to:

Doc. MUDr. Julius Špičák, CSc.,
Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Vídeňská 1958/9,
140 21 Praha 4 – Krč
E-mail: julius.spicak@medicon.cz