

Péče o trvalé vstupy pacientů na domácí parenterální výživě – editorial

M. Šenkyřík¹, J. Juránková²

¹ Interní gastroenterologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.

² Oddělení klinické mikrobiologie FN Brno, pracoviště Bohunice, přednostka prim. MUDr. Alena Ševčíková

Víšek J et al. Péče o tunelizované žilní katétry u nemocných na domácí parenterální výživě podle současných doporučení. Vnitř Lék 2012; 58(12): 955–957.

Domácí parenterální výživa je život zachraňující modalitou pro úzkou skupinu dospělých i dětských pacientů se selháním funkce střeva jako výživového orgánu. V České republice se týká v současnosti asi 150 nemocných. Zatím poslední kompletní údaje z Registru domácí nutriční péče (REDNUP) k 31. 12. 2011 uvádějí 141 dospělých a 14 dětí [1,2]. U dospělých pacientů byl jako vstup použit v 76 % případů tunelizovaný katétr, v 28 % portkatétr a ve zbývajících případech jiný typ vstupu (PICC). U těchto pacientů bylo za rok evidováno celkem 43 komplikací typu infekce (32), okluze katétru (6), žilní trombózy (5). Ve 22 případech bylo nutné vstup vyměnit. Dětsí pacienti používají dominantně tunelizované žilní katétry (86 %). V uvedeném období se u nich vyskytlo celkem 9 komplikací (infekce 8, okluze 1), vedoucích v 7 případech k výměně vstupu.

Z uvedeného vyplývá význam péče o trvalé vstupy těchto pacientů, zvláště ve vztahu k prevenci trombózy a s ní úzce spojené infekce. Limitace počtu cévních vstupů může být pak rozhodující pro dlouhodobé přežívání pacienta s domácí parenterální výživou.

Riziko vzniku infekce trvalých vstupů je možné snížit použitím co nejtenších katétrů (6,6 Fr) s co nejmenším počtem

cest (optimálně jednocestné), jejich důsledným jednosměrným používáním a správnou manipulací. Při jejich zavádění je nutné dbát na správné umístění konce katétru v horní duté žíle, atrio-kaválním přechodu nebo horní části pravé síně. Na rozdíl od dočasných vstupů není při tunelizaci rizikovější použití jugulárního přístupu oproti subklaviálnímu. Femorální přístup je naopak spojen s 10násobně vyšším rizikem vzniku trombózy. Portkatétry používáme zvláště tam, kde není výživa aplikována denně [3].

Použití bakteriálních filtrů, antibiomatické profylaxe nebo heparinu riziko infekce nesnižuje. I když se heparinové zátky v nízkém ředění (50–100 IU/ml) stále používají, nejsou v současných doporučeních preferovány, a to i s ohledem na nežádoucí účinky heparinu při jeho dlouhodobém používání. Pro denní manipulaci, zvláště nedochází-li k přerušení aplikace na více než 8 hodin, postačí u pacientů bez zvýšeného rizika katéetrové trombózy a infekce proplachy fyziologickým roztokem. Při delším intervalu je stále možné použití heparinu v ředění minimálně 100 IU/ml, i když prokazatelně nesnižuje riziko okluze nebo infekce katétru více než samotný fyziologický roztok. V ostatních případech je dle situace vhodné aplikovat zátky s an-

tikoagulačním, antiseptickým nebo kombinovaným efektem. Nově, i vzhledem k lepší dostupnosti, jsou doporučovány zátky s tauroloidinem. I přes dosavadní příznivé výsledky a minimum nežádoucích účinků bude jeho význam nutné ověřit v dalších studiích [4–6]. K dispozici je tauroloidin ve 4% citrátu s polyvinylpyrolidonem rozpouštějícím ev. lipidový film katétru (TauroLock™) nebo s heparinem. K aplikaci do katétrů pro domácí parenterální výživu postačuje heparin v objemu 100 IU/ml (TauroLock™Hep100), vyšší koncentrace 500 IU/ml je vhodná k uzávěrům hemodialyzačních katétrů (TauroLock™Hep500). Zařazení preventivních aplikací 70% etanolu může mít přídatný efekt ve smyslu omezení tvorby biofilmu (lepší schopnost rozpouštění tukových částic). Lze ho však použít pouze u silikonových, nikoliv polyuretanových katétrů, z důvodu rizika jejich poškození.

Při opakovaných trombózách vstupu je nutné pacienta vyšetřit na trombofilní stavy a zahájit trvalou antikoagulační léčbu.

Léčba infekce trvalého vstupu je podrobně probrána v publikované práci hradeckých kolegů (Víšek J et al. Péče o tunelizované žilní katétry u nemocných na domácí parenterální výživě podle současných doporučení).

Používání zámků katétru při léčbě infekce, včetně ředění antibiotických zátek, se značně liší dle zvyklostí pracoviště a v současnosti neexistují jednoznačná doporučení [6,7]. Limitující pro koncentraci je často precipitace antibiotika v malém objemu roztoku za přítomnosti heparinu v zámku. Alternativně lze použít kontinuální 24hodinový „flush“ antibiotikem místo klasického uzávěru. Možné je též použití taurolidinu nebo 70% etanolu (vyšší koncentrace alkoholu jsou spojeny s větším sklonem k obturaci katétru). Současné použití systémových antibiotik je nutné vždy a vychází ze závažnosti stavu pacienta a mikrobiologické situace. Akutní infekce představuje rizikový stav pro trvalý vstup, proto je vždy vhodné podávání profylaktické antikoagulační léčby, nejčastěji nízkomolekulárními hepariny.

K pacientům s trvale zavedeným žilním vstupem před invazivním vyšetřením nebo zákrokem přistupujeme podobně jako ke kardiologickým pacientům s nutností prevence infekční

endokarditidy. Antibiotikum podáváme 2 hodiny před výkonem a 1 hodinu po výkonu, volba typu antibiotika závisí na povaze výkonu a intervenované oblasti. Vzhledem k časté přítomnosti syndromu krátkého střeva u těchto nemocných, kdy nedochází ke spolehlivé resorpci léků z GIT, je někdy nutné profylaxi podávat intravenózně.

Dodržování ověřených postupů v péči o tunelizované vstupy je základem úspěšného provádění parenterální výživy v domácím prostředí. Vzhledem k omezenému počtu těchto pacientů a specifické problematice je organizace této péče soustředěna a pojišťovnou hrazena ve 14 centrech pro domácí parenterální výživu, pokrývajících celou Českou republiku.

V textu byla použita data Pracovní skupiny pro domácí parenterální výživu SKVIMP a Registru domácí nutriční péče SKVIMP.

Literatura

1. Jirka A, Šmejkalová V, Švanda J et al. Domácí registr parenterální výživy v ČR: rok 2011 – dospělí. XVIII. Mezinárodní kongres SKVIMP 1. – 3. 3. 2012 (poster)

2. Jirka A, Šmejkalová V, Švanda J et al. Domácí registr parenterální výživy v ČR: rok 2011 – děti. XVIII. Mezinárodní kongres SKVIMP 1. – 3. 3. 2012 (poster)

3. Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Central Venous Catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). Clin Nutr 2009; 28: 365–377.

4. Bisseling TM, Willems MC, Versleijen MW et al. Taurolidine Lock is highly effective in preventing catheter-related bloodstream infections in patients on home parenteral nutrition: A heparin-controlled prospective trial. Clin Nutr 2010; 29: 464–468.

5. Bradshaw JH, Puntis JW et al. Taurolidine and catheter-related bloodstream infections: a systematic review of the literature. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 47: 179–186.

6. Vanholder R, Canaud B, Fluck R et al. Diagnosis, prevention and treatment of haemodialysis catheter-related bloodstream infections (CRBSI): a position statement of European Renal Best Practice (ERBP). NDT Plus 2010; 3: 234–246.

7. Mermel LA, Allon M, Bouza E et al. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009; 49: 1–45.

MUDr. Michal Šenkyřík

www.fnbrno.cz

e-mail: msenkyrik@fnbrno.cz

Doručeno do redakce: 12. 8. 2012

ALFA WASSERMANN

NOVĚ V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICCE

Alfa Wassermann Czech s.r.o.
Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8
Tel: +420 277 011 888, fax: +420 277 011 887

