

Komentarz do pracy Tomasza Grodzkiego: Dylematy transplantologii płuc w Polsce

Commentary for the work Tomasz Grodzki: Dilemmas of lung transplantation in Poland

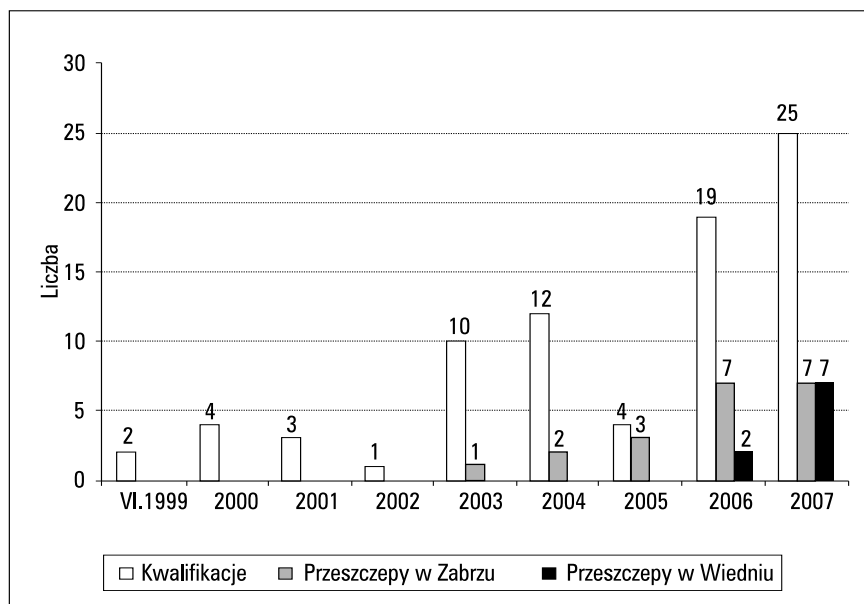
Pneumonol. Alergol. Pol. 2008; 76: 68–69

Z zacięciem przeczytałem artykuł Pana Profesora dotyczący sytuacji transplantacji płuc w Polsce [1]. Jestem członkiem zespołu lekarzy zajmujących się transplantacją płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu i od 10 lat kwalifikuję chorych z ciężkim uszkodzeniem płuc w Klinice Chorób Płuc w Zabrzu, kierowanej przez prof. dr. hab. med. J. Kozielskiego, do tego zabiegu. Uważam, że powinienem zabrać głos w poruszanej przez Pana Profesora sprawie, tym bardziej, iż w artykule jest kilka nieścisłości, które wymagają wyjaśnień. Na str. 254 Pan Profesor podaje, że „nie mamy systemu pozwalającego wykonywać nie 1–2 przeszczepienia płuc rocznie, a oczekiwane 40–50 tego typu operacji”. Zgadzam się z Panem Profesorem, iż nie mamy systemu, natomiast wiadomość o 1–2 przeszczepieniach płuc jest nieścisła. W 2003 roku w Zabrzu dokonano pierwszego udanego przeszczepu płuca w Polsce i od tego czasu liczba przeszczepionych płuc w Zabrzu systematycznie wzrasta [2]. W 2006 roku w Zabrzu wykonano 7 transplantacji płuc i liczba ta powoduje, iż „ośrodek Zabrzeński” należy do tych, które wykonują te zabiegi nie na zasadzie eksperymentu medycznego, ale jest to już stosowana normalnie procedura medyczna [3]. Rejestr ISHLT (*International Society for Heart and Lung Transplantation*) za 2006 rok podaje, iż 57% transplantacji płuc wykonują ośrodki, które rocznie rejestrują 1–4 takich zabiegów [4]. Z drugiej strony, ośrodki wykonujące mniej niż 20 transplantacji rocznie dołączają do wielu czynników ryzyka zgonu chorego po przeszczepie w czasie 1 roku, kolejny czynnik, związany właśnie z małą liczbą wykonywanych zabiegów.

Wszyscy mieliśmy nadzieję, iż w 2007 roku przekroczymy „magiczną” liczbę 10 transplantacji płuc w Zabrzu. Niestety, z przyczyn powszechnie znanych, a nazwałbym je ogólnie — pozamedycznymi — dramatycznie spadła liczba dawców, w tym również płuc. W efekcie w 2007 roku (stan na dzień 19 grudnia 2007 r.) w Zabrzu wykonano jedynie 7 transplantacji płuc (patrz: ryc. 1). Widocz-

ne stało się natomiast kolejne zjawisko — a mianowicie, chorzy czekający na ten zabieg zaczynają starania o wykonanie tego przeszczepu poza granicami kraju. W 2007 roku 7 chorym udało się przeszczepić płuca w Wiedniu. Być może liczba ta jest większa, o tych wiem, ponieważ po zabiegu są zarejestrowani i korzystają z usług Poradni Transplantacyjnej przy Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Koszt przeszczepu płuca za granicą, wynoszący około 100 tys. euro, nie jest już kwotą zaporową. Pacjenci zakładają fundacje, zapożyczają się i należy przypuszczać, iż w przyszłości będą domagać się od Narodowego Funduszu Zdrowia lub Ministerstwa Zdrowia zwrotu poniesionych kosztów.

Zespół lekarzy kwalifikujący chorych do przeszczepu niewątpliwie odczuwa wtedy satysfakcję, iż trud związany z przygotowaniem chorego do zabiegu nie poszedł na marne. Wolelibyśmy jednak, by zabieg ten odbył się w Polsce. Tym bardziej, iż trud ten związany jest nie tylko z pokonywaniem problemów medycznych, ale nierzadko organizacyjnych czy administracyjnych. Do przeszczepu kierowani są bowiem pacjenci w krańcowym stadium przewlekłych chorób układu oddechowego [5]. Tym samym pacjenci ci często przyjeżdżają do Kliniki z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, po wielotygodniowych hospitalizacjach, nierzadko na oddziałach intensywnej terapii. W trakcie kwalifikacji wykonuje się szczegółowe badania i stajemy przed problemami leczenia, na przykład osteoporozy, niewyrównanej cukrzycy, niewydolności nerek, niestabilnej choroby wieńcowej itp. Zdarza się, iż w trakcie badań do kwalifikacji do przeszczepu u takich chorych stwierdzamy chorobę nowotworową. Pobyt tych chorych w Klinice Chorób Płuc jest więc długotrwały, wymagają ci chorzy kosztownych procedur, a refundacja wydatków przez NFZ nie pokrywa kosztów. Tym samym stają się „niechcianymi” pacjentami przez administrację szpitalną, a lekarz prowadzący musi się tłumaczyć z wykonywania kosztownych badań. Obecny system finansowania promuje bo-



Rycina 1. Pacjenci zakwalifikowani w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy w Zabrze do przeszczepu płuc oraz wykonane u tych chorych transplantacje w okresie VI.1999 r.–19.XII.2007 r.

Figure 1. Patients referred for lung transplantation and lung transplantations performed between VI.1999 and 19.XII.2007 r. in Poland and Vienna

wiem niskospecjalistyczne procedury niewymagające długotrwałej hospitalizacji. Obawiam się, iż właśnie brak zrozumienia oraz naciski administracji szpitali na nieprzyjmowanie chorych w celu kwalifikacji do przeszczepu płuc spowodują, iż liczba nie tylko przeszczepów, ale i kwalifikacji do tego zabiegu w przyszłości zacznie spadać.

Kolejny problem, to prowadzenie tych chorych po przeszczepie. Na całym świecie, główną rolę odgrywają tutaj pulmonolodzy. Chorzy ci jednocześnie muszą przyjmować leki immunosupresyjne, których refundacja jest możliwa jedynie wtedy, gdy są ordynowane przez poradnie zatrudniające specjalistów transplantologii klinicznej. Obecny system kształcenia uniemożliwia jednocześnie zdobywanie tej specjalności przez specjalistów chorób płuc, mimo iż jest to możliwe w przypadku urologów, pediatrów czy kardiologów. Obawiam się, iż przed tym problemem staną władze odpowiedzialne za organizację służby zdrowia w Polsce już w niedalekiej przyszłości. Tak więc istnieje szereg barier nie tylko w sferze naszej mentalności, jak zauważa Pan Profesor pod koniec swojej pracy. Autor ciepło odbiera słowa Pana Profesora, iż torakochirurg „odgrywa służebną rolę jako technik przeprowadzający operację”. Chociaż nie zgadzam się z tym twierdzeniem. To torakochirurdzy i kardiochirurdzy w ostatnich latach stworzyli cho-

rym z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc szansę nowego życia. Stworzyli także nam, specjalistom chorób płuc, komfort i nadzieję, iż chorym, którym do niedawna jedynie mogliśmy zaoferować terapię paliatywną, jesteśmy w stanie zaproponować skuteczne leczenie. Transplantacja płuc jest przełomem w medycynie XX i XXI wieku, tym bardziej, jeśli spojrzymy na brak sukcesów w leczeniu farmakologicznym zaawansowanych postaci przewlekłej obturacyjnej choroby płuc czy śródmiąższowych chorób płuc, niezależnie jakiej etiologii. Oby tylko pacjenci leczeni w Polsce mogli z tego przełomu skorzystać.

Dr Dariusz Jastrzębski

Piśmiennictwo

- Grodzki T. Dylematy transplantacji płuc w Polsce. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 75: 251–255.
- Jastrzębski D., Czyżewski D., Ziara D. i wsp. Przeszczep pojedynczego płuca — roczna obserwacja wyników leczenia. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2004; 72: 424–428.
- Jastrzębski D., Wojarski J., Nowak J. i wsp. Doświadczenie w kwalifikacji chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc do transplantacji w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy w Zabrze oraz w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w 2006 roku. *Kardiochir. Torakochir. Pol.* 2007; 4: 49–54.
- www.ishlt.org/registries/quarterlyDataReportResults
- Jastrzębski D., Wojarski J., Kozielski J., Zembala M. Kwalifikacja chorych do przeszczepu płuc w zależności od rodzaju rozpoznania. *Kardiochir. Torakochir. Pol.* 2005; 2: 89–94.

W odpowiedzi na komentarz Pana Dr. Jastrzębskiego

Szanowny Panie Doktorze!

Dziękuję za bardzo interesujący komentarz, pełen głębokich przemyśleń praktyka mającego doświadczenie w transplantologii płuc. Z góry chciałbym wyjaśnić, że cytowane „1–2 przeszczepienia rocznie”, które uznał Pan za nieścisłość, nie były przedstawione jako dane z ośrodka (ośrodków), jedynie miały na celu uświadomienie czytającym mikroskalę przeszczepów płuc w Polsce. Pan Doktor chyba się zgodzi, że 7 transplantacji płuc w 2007 roku w kraju liczącym 38 mln obywateli to nie jest dużo, zwłaszcza w świetle danych epidemiologicznych, swego czasu przytaczanych przez Pana Profesora Tadeusza Orłowskiego podczas sympozjum „transplantacyjnego” w Szczecinie, pozwalających najostrożniej szacować realne zapotrzebowanie w Polsce na co najmniej kilkadziesiąt przeszczepów rocznie. Myślę, że wszyscy zdajemy sobie sprawę, że sytuacja jest daleka od idealnej i sporo jeszcze pozostało do zrobienia.

Całkowicie zgadzam się z doświadczeniami Pana Doktora dotyczącymi polskich realiów kwalifikacji i prowadzenia chorych po przeszczepie. Mogę jedynie dodać, że oprócz wspomnianych przez Pana problemów szpitala dochodzą jeszcze problemy chorego i rodziny związane z koniecznością częstych podróży, bywa, że dłuższego pobytu w pobliżu ośrodka transplantacyjnego czy wreszcie z prozaicznym brakiem środków finansowych potrzebnych na dojazd itd.

Cieszę się, że moje skromne przemyślenia wywołały tak żywą reakcję PT czytelników, co w mojej ocenie tylko potwierdza istniejące, choć może nie zawsze manifestowane zainteresowanie środowiska pulmonologów problematyką transplantacyjną. Mam nieśmiałą nadzieję, że ta ożywiona dyskusja przyczyni się choćby w minimalnym stopniu do częstszego kwalifikowania chorych będących w nieodwracalnym stadium różnych schorzeń układu oddechowego do przeszczepu płuc, będącego przecież niezwyklej dobrodziejstwem dla tego typu pacjentów.

Z poważaniem
Tomasz Grodzki

Komentarz do pracy Tomasza Grodzkiego: Dylematy transplantologii płuc w Polsce

Commentary for the work Tomasz Grodzki: Dilemmas of lung transplantation in Poland

Pneumonol. Alergol. Pol. 2008; 76: 71–72

W ubiegłym roku ukazał się w „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” artykuł prof. Tomasza Grodzkiego pt. „Dylematy transplantacji płuc w Polsce” (nr 3/2007) [1].

Jako osoba związana przez swoją działalność kliniczną z tym tematem pragnę podać kilka swoich obserwacji do tego artykułu.

Na dzień dzisiejszy (czyli koniec grudnia 2007 r.) od pierwszego przeszczepu płuca w Śląskim Centrum Chorób Serca, czyli od 2003 roku, zostało wykonanych 20 przeszczepów w tym Ośrodku, w tym 7 w br. (prof. dr hab. M. Zembala, dr n. med. J. Wojarski).

Do tej pory inne wymienione w artykule ośrodki nie rozwinęły swojej działalności.

Istnieje zależność między liczbą wykonanych przeszczepów a powodzeniem tych zabiegów, a także, co bardzo istotne i zrozumiałe, z liczbą osób zakwalifikowanych do tego zabiegu. Na dzień dzisiejszy lista oczekujących to 17 osób. Potrzeba stworzenia dłuższej listy oczekujących jest bardzo ważna. Należy pamiętać, że o możliwości wykonania zabiegu decydują takie podstawowe elementy, jak zgodność grup krwi i porównywalne wymiary ciała między dawcą a biorcą. To jest powód między innymi ograniczenia w liczbie wykonanych przeszczepów płuc, powód, że niektórzy chorzy zakwalifikowani do zabiegu do niego nie dożywają z uwagi na brak dawcy.

Lista oczekujących liczy, jak wspomniałem, 17 chorych, w tym 6 mężczyzn i 11 kobiet. Zgłoszonych do transplantacji z różnych ośrodków w kraju zostało w br. 40 chorych. Część z nich z uwagi na istotne przeciwwskazania lub ich brak (jeszcze!) nie została zakwalifikowana do tej procedury (m.in. również z powodu wyniszczenia lub nadwagi).

Ośrodek zabrzański stara się robić wszystko, aby ideę możliwości przeszczepu przybliżyć kolegom pulmonologom. To liczne wykłady z tego zakresu na terenie całego kraju, szkolenia. Służymy pomocą wszystkim ośrodkom, które chcą kwalifikować chorych do tych zabiegów. Dane do kwalifikacji znajdują się na stronie internetowej Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy ŚUM (wejście przez

stronę ŚUM — www.sum.edu.pl.) lub na stronie internetowej Śląskiego Centrum Chorób Serca (<http://www.sccs.pl/>). Uważam, że każdy z oddziałów powinien taką wstępną ocenę u chorego wykonać przed jego zgłoszeniem do przyjęcia do Kliniki w Zabrze.

Warto zapoznać się również z niektórymi artykułami opracowanymi przez kolegów z ośrodka zabrzańskiego, poświęconymi temu tematowi, jakie ukazały się w piśmiennictwie polskim.

Wymogi w zakresie kwalifikacji do przeszczepu są określone i muszą być przestrzegane, aby zabieg i leczenie zakończyły się powodzeniem. Umieralność chorych po zabiegu w ośrodku zabrzańskim jest porównywalna do umieralności w innych placówkach. Z własnych obserwacji, co niepokoi, jednak widzę, że nadal chorzy są późno kwalifikowani do transplantacji. Należy pamiętać, że niekorzystne rokowanie co do życia, na przykład u chorych w IPF, związane jest często z dynamicznym przebiegiem choroby, będącym następstwem jej zaostreżeń. Uważam, że chorzy ci powinni być relatywnie wcześniej kwalifikowani do zabiegu. Ten dynamiczny przebieg warunkuje to, że wielu z nich do tej procedury, spowodowanymi ograniczeniami, o których wspomniałem powyżej, nie dożywa.

Doświadczenie ośrodka zabrzańskiego w zakresie transplantacji płuc jest ciągle doskonalone przez własne doświadczenia i kontakty z najlepszymi placówkami w tym zakresie w Europie (Wiedeń, Hannover, Dreźnie) oraz na świecie (Pittsburg, Toronto).

Doktor T. Toyoda, transplantolog z Pittsburga, gdzie znajduje się jeden z najlepszych ośrodków transplantacji płuc w USA, został profesorem wizytującym w Śląskim Centrum Chorób Serca i jego wielotygodniowe pobyty w tym ośrodku pozwoliły na zwiększenie liczby przeszczepianych płuc. Przed kilku tygodniami na zorganizowanym przez prof. M. Zembalę ogólnopolskim spotkaniu dla lekarzy w Zabrze dzielił się swoimi doświadczeniami w tym zakresie.

Istotnym problemem w osiągnięciu powodzeń w transplantacji płuc, oprócz właściwej kwalifika-

cji chorych i oczywiście samego zabiegu, jest prowadzenie chorych po przeszczepie. Odgrywają tutaj rolę dwa istotne elementy — prowadzenie leczenia immunosupresyjnego i rehabilitacja.

Wydaje się, że jednym z najistotniejszych elementów sukcesu transplantacji płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu są zdobyte już doświadczenia w prowadzeniu chorych po transplantacji płuc i wieloletnie doświadczenie tego ośrodka w prowadzeniu chorych po transplantacji serca w leczeniu immunosupresyjnym. To kwestia doboru leków, ich dawek, monitorowanie leczenia w aspekcie kliniki i farmakodynamiki.

Większość kwalifikowanych do przeszczepu to osoby w ciężkim stanie, z krótkim rokowaniem co do życia, tym samym osoby, u których przebieg pooperacyjny obciążony jest dużym ryzykiem wystąpienia komplikacji. Aby tym komplikacjom zapobiec, w Ośrodku Transplantacyjnym potrzebny jest między innymi stały zespół rehabilitacyjny z doświadczeniem w zakresie prowadzenia takich

chorych, który zajmuje się nimi przez całą dobę. Taki zespół w Centrum pracuje.

Życzę wszystkim powstającym nowym ośrodkom sukcesów wymienionych w artykule, a sobie, aby lista biorców była jak najdłuższa. Bo powinna być dłuższa, patrząc na dane epidemiologiczne chorób będących wskazaniem do wykonania tego zabiegu.

Ze swej strony służymy pomocą oddziałom, które zamierzają poszerzyć swoją działalność o kwalifikacje do przeszczepu płuc. Uważam, że takie oddziały powinny powstać w każdym województwie.

Jerzy Kozielski
Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy
ŚUM, Zabrze

Piśmiennictwo

1. Grodzki T. Dylematy transplantacji płuc w Polsce. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 75: 251–255.

W odpowiedzi na komentarz Pana Prof. Kozielskiego

Szanowna Pani Redaktor!

Pozwalam sobie przesłać kilka refleksji w odpowiedzi na komentarz Pana Prof. Kozielskiego.

Dziękuję bardzo za poświęcenie swego czasu i uwagi mojemu artykułowi przez tak cennego specjalistę. Niezwykle cenię sobie możliwość współpracy z ośrodkiem zabrzańskim. Z wieloma Kolegami tam pracującymi, a w szczególności z Panem Profesorem Kozielskim miałem okazję niejednokrotnie rozmawiać na tematy związane z transplantologią.

Uwagi Pana Profesora zawarte w liście uważam za bardzo pożyteczne i identyfikuję się z ogromną większością zawartych w nich tez, szczególnie z tymi dotyczącymi znaczenia rehabilitacji w powodzeniu transplantacji oraz aktywizacji ośrodków pulmonologicznych. Pozwólę sobie jedynie zwrócić uwagę, że ze względów demograficznych (naród liczący niemalże 40 mln obywateli) i geograficznych (dystanse między granicami kraju grubo ponad 500 km), pomimo ciągle powolnego rozwoju transplantologii płuc na tle innych narządów, wskazane jest doprowadzenie do sytuacji, w której chorzy będą przeszczepiani w 3–4 ośrodkach w miarę równomiernie rozmieszczonych (Zabrze, Warszawa, Poznań, Szczecin).

Nie bez znaczenia w tej materii jest fakt, że w polskich realiach przeniesienie się chorego na dłuższy czas w pobliże ośrodka transplantacyjnego jest trudne, o ile nie niemożliwe choćby z przyczyn ekonomicznych, co w połączeniu z relatywnie krótkim czasem akceptowanego zimnego niedokrwienia dla pobranych płuc wskazuje na potrzebę wykonania przeszczepu w ośrodku położonym możliwie blisko miejsca zamieszkania.

W okresie oczekiwania na przeszczep i w trakcie częstych kontroli pooperacyjnych fakt łatwego dostępu do ośrodka transplantacyjnego dla chorego i jego rodziny ma także spore znaczenie. Polscy pacjenci przeszczepieni w Wiedniu doświadczają na co dzień trudności z prowadzeniem pooperacyjnym z racji niemożności częstego stawiania się do kontroli w Austrii, mimo niewątpliwie cennych prób stworzenia im pewnego rodzaju substytutu tej opieki w kraju w pobliżu miejsca zamieszkania.

Ośrodki wkraczające dopiero na ścieżkę transplantacji u ludzi czeka niewątpliwie trudna droga, podczas której z pewnością będzie można zaobserwować krzywą uczenia. Poprzez ustawiczne kształcenie i szkolenie się w transplantologii, próby laboratoryjne na zwierzętach, treningowe symulacje i działania koordynujące z lokalnymi centrami pulmonologicznymi musimy dołożyć wszelkich starań, aby krzywa uczenia podczas prób klinicznych była jak najmniej bolesna.

Cenne uwagi wybitnych specjalistów, do których bez wątpienia należy zaliczyć Pana Profesora Kozielskiego, z pewnością będą jednym z wielu czynników pomocnych w rozwoju nowych ośrodków.

Dr hab. med. Tomasz Grodzki FETCS
Prof. ndzw PAM