

# Pacient s hemiplegií nemá být vezen přímo do KCC

NE

## Patient with Hemiplegia Should not be Transported Right to the Cerebrovascular Center

Předmětem této kontroverze je rozhodování o transportu pacienta s hemiplegií za situace, kdy spádové komplexní cerebrovaskulární centrum (KCC) leží ve větší vzdálenosti než nejbližší iktové centrum (IC). Zvažujeme tedy benefit časně provedené intravenózní trombolýzy (IVT) oproti později provedené mechanické trombektomii (MT) či jinému endovaskulárnímu výkonu.

Je přítomnost hemiplegie spolehlivým ukazatelem přítomnosti okluze velké tepny (LVO)? Hemiplegie je spolu s poruchou řeči a dalšími klinickými příznaky součástí škálovacích systémů, jejichž cílem je již v přednemocniční péči identifikovat pacienta s LVO. Příkladem takové škály je Cincinnati Prehospital Stroke Severity Scale (CPSSS), jejíž senzitivita k LVO je 89 % a specifická 72 %; nebo Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE) se senzitivitou 85 % a specifickou 67 % [1]. V České republice je v současné době v některých krajích používán FAST PLUS test, jehož senzitivita k LVO dosahuje 95 %, specifická 52 %, pozitivní prediktivní hodnota 51 % a negativní prediktivní hodnota 96 % [2].

Vzhledem k nízké specifické výše uvedených testů by tak řada pacientů s hemiplegií, ale bez současné LVO, byla zbytečně transportována do vzdálenějšího KCC a jejich léčba IVT by byla zahájena se zbytečným zpožděním.

Dalším důsledkem případného transportu všech pacientů s hemiplegií do spádového KCC by bylo kapacitní přetížení těchto pracovišť, a to jak ve fázi akutního ošetření, tak i ve

fázi odsunu pacientů na lůžka další péče. Je také otázkou, zda je možné vyškolit záchranáře záchrané služby ke spolehlivému triážování dvou stupňů závažnosti ischemické cévní mozkové příhody – lehčího k transportu do blízkého IC a těžšího s hemiplegií k transportu do vzdáleného KCC.

Rychlý transport do blízkého IC a časné zahájení IVT může být u nezanedbatelné části pacientů s LVO léčbou dostatečnou. Účinnost IVT je sice u okluze proximální části mozkových tepen relativně nízká, ale stále dosahuje 5–30 % dle kalibru uzavřené tepny [3]. Na našem pracovišti dochází k rekanalizaci uzavřené tepny již během podávání IVT u cca 10 % pacientů indikovaných původně k MT pro přítomnost LVO. Dále u části pacientů (cca 5 %) s prokázanou LVO není endovaskulární výkon technicky možný (okluze či tortuozita karotidy, chybění femorálního přístupu, atd.) a IVT je tak jedinou možnou léčbou [4]. Tyto podskupiny pacientů tedy profitují z časného podání IVT v blízkém IC oproti delšímu transportu do KCC.

Transport pacienta s hemiplegií na vzdálenější pracoviště v tuto chvíli nemá oporu ani v aktuálních doporučeních, a proto nás může vystavit forenzním důsledkům v případě stížnosti pacienta na zpoždění léčby IVT. Americká doporučení z 7/2015 se o případné přednemocniční selekci pacientů dle klinického stavu nezmiňují a naopak jednoznačně doporučují transport do nejbližšího IC. Teprve po neinvazivním zobrazení mozkových tepen je pacient případně selektován k transportu do centra schopného provést MT. Shodně i evropská doporučení se v poslední verzi z 2/2015 o přednemocniční selekci pacientů na základě klinického stavu nezmiňují a naopak ve verzi z 1/2009 do-



MUDr. Martin Šrámek  
KCC, Neurologické oddělení,  
ÚVN – VFN Praha

poručují transport do nejbližšího zařízení schopného zahájit léčbu okamžitě po stažení diagnózy.

Také Věstník Ministerstva zdravotnictví 10/2012 o přednemocniční triáži na podkladě hemiplegie nehovoří a u pacienta indikovaného k IVT doporučuje transport do IC, je-li blíže než KCC. A nakonec poslední platná guidelines Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti z 4/2016 doporučují transport do nejbližšího IC či KCC a až v případně průkazu LVO sekundární transport do centra schopného MT [5].

Případný benefit z transportu pacienta s hemiplegií do spádového KCC oproti dřívějšímu zahájení IVT v nejbližším IC je v podmínkách iktové péče v České republice nejspíše a v současnosti jej nelze doporučit.

## Literatura

1. Katz BS, McMullan JT, Sucharew H et al. Design and validation of a prehospital scale to predict stroke severity. *Stroke* 2015;46(6):1508–12.
2. Václavík D, Bar M, Klečka L, et al. Přednemocniční výběr pacientů s CMP k mechanické rekanalizaci. *Cesk Slov Neurol N* 2016;79/112(Suppl 2):P256.
3. Bhatia R, Hill MD, Shobha N, et al. Low rates of acute recanalization with intravenous recombinant tissue plasminogen activator in ischemic stroke real-world experience and a call for action. *Stroke* 2010;41(10):2254–8.
4. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372(1):11–20.
5. Šaňák D, Neumann J, Tomek A, et al. Doporučení pro rekanalizační léčbu akutního mozkového infarktu – verze 2016. *Cesk Slov Neurol N* 2016;79/112(2):231–4.