

**MOŽNOST POUŽITÍ ALTERNATIVNÍ CUT-OFF HODNOTY D DIMERŮ**

Stanovení hladiny D dimerů je standardně doporučováno k vyloučení plicní embolie u ambulantních pacientů s nízkou nebo střední klinickou pravděpodobností TEN. Jako alternativu k fixní cut-off hodnotě 500 µg/l můžeme nyní u pacientů ve věku nad 50 let použít na věk adjustovanou cut-off hodnotu vypočtenou jako věk × 10 (µg/l) – tedy pro pacienta ve věku 75 let bude cut-off hodnota 750 µg/l (1). Nová doporučení přinášejí možnost využít i další alternativní cut-off hodnotu D dimerů (1 000 µg/l) v závislosti na klinické pravděpodobnosti PE (v tomto případě u pacientů, kteří vykazují následující známky nízké klinické pravděpodobnosti – není přítomna hemoptýza ani známky hluboké žilní trombózy, a jiná diagnóza se jeví pravděpodobnější než PE) (2). Nadále samozřejmě platí, že D dimery nejsou nástrojem k vyloučení plicní embolie u pacientů s její vysokou klinickou pravděpodobností, v těchto situacích se na ně spolehnout nemůžeme a k vyloučení PE musíme použít zobrazovací vyšetření – CT angiografii nebo perfuzní scintigrafii (3).

**ALGORITMUS PRO LÉČBU HEMODYNAMICKY STABILNÍCH PACIENTŮ**

Nový algoritmus pro léčbu hemodynamicky stabilních pacientů již zahrnuje eventualitu ambulantní léčby u pacientů s nízkým rizikem. Posouzení rizika konkrétního pacienta zahrnuje stanovení klinického rizika – zde můžeme použít skórovací index PESI (jeho plnou či zjednodušenou formu), případně také HESTIA kritéria (4). Neměli bychom se však spolehnout pouze na stanovení klinického rizika, ale posoudit též funkci pravé komory srdeční pomocí některé zobrazovací metody – echokardiografie nebo CT angiografie. Rozlišit pacienty s vyšším a nižším středním rizikem nám umožní stanovení troponinu jako markeru poškození myokardu. A při rozhodování o možnosti ambulantní léčby pacienta s akutní plicní embolií bychom měli též hodnotit jeho sociální zázemí a dostupnost péče.

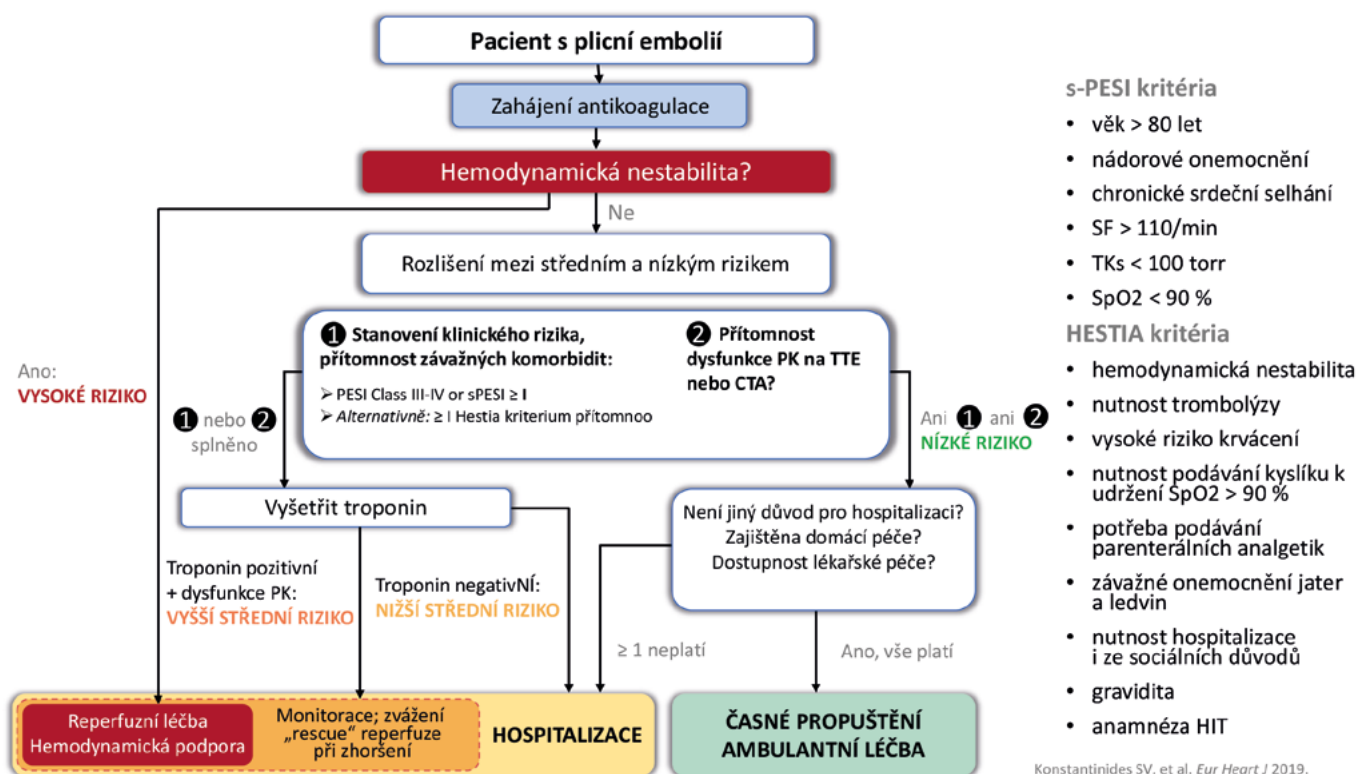
**ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA U PACIENTŮ SE STŘEDNÍM NEBO NÍZKÝM RIZIKEM**

U pacientů se střední a vysokou klinickou pravděpodobností plicní embolie zahajujeme antikoagulační léčbu neodkladně – již během diagnostického procesu první dávkou antikoagulancia.

Když zahajujeme antikoagulační léčbu parenterálně, preferujeme nízkomolekulární heparin nebo fondaparinux před nefrakcionovaným heparinem. NOAC jsou nově preferovanou formou antikoagulační perorální léčby, upřednostněnou před léčbou warfarinem (pokud je pacient vhodný kandidát pro léčbu NOAC).

I nadále jsou skupiny pacientů, kteří by NOAC léčení být neměli (pacienti se selháním ledvin s GFR pod 15 ml/min, těhotné a kojící ženy, a pacienti s antifosfolipidovým syndromem).

**Obr. 1.** Algoritmus léčebného postupu s plicní embolií



PK – pravá komora, TTE – transthorakální echokardiografie, CTA – CT angiografie plicnice, HIT – heparinem indikovaná trombocytopenie