

ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA U PACIENTŮ S MALIGNITOU

Léčba LMWH je preferována před terapií warfarinem. Jako alternativa k LMWH u pacientů, kteří nemají malignitu GIT, může být nově zváženo použití edoxabanu nebo rivaroxabanu (5, 6). U pacientů s malignitou je doporučována dlouhodobá antikoagulační terapie – bez omezení doby trvání (nebo do té doby, kdy je maligní onemocnění vyléčeno). K léčbě incidentálních, náhodně zjištěných asymptomatických plicních embolizací bychom měli u pacientů s malignitou přistupovat stejně jako u symptomatických PE – indikována je dlouhodobá antikoagulace. Pokud se ale v tomto případě jedná pouze o nález embolizace v izolované subsegmentální větvi plicnice, měli bychom léčbu zahájit jen tehdy, je-li současně prokázána přítomnost žilní trombózy.

RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VÝVOJ CTEPH

Opakované epizody TEN, velké tromby na CTA, echokardiografické známky PH/dysfunkce PK, nález na CTA svědčící pro předchozí chronickou tromboembolickou nemoc, trombofilní stavy (především antifosfolipidový syndrom a zvýšená hladina f. VIII), infikované chronické žilní vstupy nebo stimulační systém, anamnéza maligního onemocnění, substituovaná hypotyreóza, IBD, myeloproliferativní onemocnění, anamnéza splenektomie, chronická osteomyelitida.

Tab. 1. Riziko recurence TEN na základě přítomnosti rizikových faktorů tromboembolismu

Nízké riziko (< 3 %/rok)	Přechodně trvající (nebo odstranitelný) významný rizikový faktor (spojený se s > 10násobným zvýšením rizika TEN)	Operace v celkové anestezii trvající > 30 minut Upoutání na lůžko v nemocnici ≥ 3 dny z důvodu akutního onemocnění (nebo akutní exacerbace chronického onemocnění) Úraz se zlomeninami
Střední riziko (3–8 %/rok)	Přechodně trvající (nebo odstranitelný) rizikový faktor (spojený se s ≤ 10násobným zvýšením rizika TEN)	Kratší operační výkony (celková anestezie < 30 minut) Hospitalizace < 3 dny z důvodu akutního onemocnění Terapie estrogeny (včetně antikoncepce) Těhotenství nebo šestinedělí Pobyt na lůžku mimo nemocnici ≥ 3 dny z důvodu akutního onemocnění Poranění dolní končetiny (bez zlomeniny) se sníženou pohyblivostí ≥ 3 dny Dálkový let
	Perzistující rizikový faktor jiný než nádorové onemocnění	Nespecifický střevní zánět Aktivní autoimunitní onemocnění
	Bez zjištěného rizikového faktoru	
Vysoké riziko (> 8 %/rok)		Aktivní nádorové onemocnění Recidivující TEN (předchozí epizoda bez přítomnosti přechodně trvajícího (nebo odstranitelného) významného rizikového faktoru) Antifosfolipidový syndrom

Tab. 2. Délka antikoagulační léčby

Pro všechny pacienty s plicní embolií je antikoagulační léčba doporučena minimálně po dobu 3 měsíců.
Kdy je doporučeno ukončení antikoagulační léčby po 3 měsících: ■ pacienti s první epizodou TEN spojenou s přechodně trvajícím (nebo odstranitelným) významným rizikovým faktorem
Kdy by mělo být zváženo prodloužení antikoagulační léčby déle než 3 měsíce (bez jasného omezení doby trvání léčby): ■ pacienti s první epizodou TEN bez přítomnosti rizikového faktoru ■ pacienti s první epizodou TEN a přítomností perzistujícího rizikového faktoru (jiného než antifosfolipidový syndrom) ■ pacienti s první epizodou TEN spojenou s přítomností přechodně trvajícího (nebo odstranitelného) rizikového faktoru
Kdy je doporučeno časově neomezené trvání antikoagulační léčby: ■ pacienti s opakovanými epizodami TEN, které nejsou spojené s žádným přechodně trvajícím (nebo odstranitelným) významným rizikovým faktorem ■ pacienti s antifosfolipidovým syndromem
Jak dlouho by měla trvat antikoagulace u pacienta s PE a nádorovým onemocněním: ■ dlouhodobě (časově neomezeno) nebo do vyléčené onemocnění
Při prodloužené antikoagulační léčbě je nutné kontrolovat funkci jater a ledvin, a pravidelně hodnotit riziko krvácení.
U pacientů, kteří odmítají nebo netolerují žádnou formu antikoagulace, je možno zvážit prolongovanou profylaxi acetylsalicylovou kyselinou nebo sulodexidem.