

Tab. 2. Souhrn doporučení EULAR pro management kardiovaskulárního rizika u revmatických a muskuloskeletálních onemocnění, včetně systémového lupus erythematoses a antifosfolipidového syndromu

Zastřešující principy			
A) Lékaři by si měli být vědomi zvýšeného KVR u nemocných s revmatickými chorobami včetně dny, vaskulitid, systémové sklerodermie, myozitidy, MCTD, Sjögrenova syndromu, SLE a APS. U všech těchto stavů je pravděpodobné, že snížení aktivity onemocnění sníží KVR.			
B) Revmatologové jsou zodpovědní za hodnocení a léčbu KVR ve spolupráci s poskytovateli primární péče, internisty nebo kardiology a dalšími lékaři.			
C) Vyšetření kardiovaskulárních rizikových faktorů by mělo být pravidelně prováděno u všech jedinců. Management rizik má zahrnovat jejich screening a přísnou kontrolu.			
D) Důležitou roli hraje edukace a poradenství pro pacienty v oblasti KVR, dodržování léčby a úpravy životního stylu, jako je zdravá strava a pravidelná fyzická aktivita.			
Doporučení pro dnu, vaskulitidu, SSc, myozitidu, MCTD a SS		Úroveň evidence	Síla doporučení
1.	U pacientů se dnou, vaskulitidou, SSc, myozitidou, MCTD a SS je doporučeno důkladné posouzení tradičních faktorů KVR s použitím predikčních nástrojů používaných pro běžnou populaci.	5	D
2.	U ANCA vaskulitid může Framinghamské skóre podhodnocovat KVR. Informace z modelu EUVAS mohou doplňovat upravitelné Framinghamské rizikové faktory a doporučuje se je vzít v úvahu.	2 b	D
3.	U pacientů se dnou, vaskulitidou, SSc, myozitidou, MCTD a SS by se měla léčba krevního tlaku řídit doporučeními používanými v běžné populaci.	5	D
4.	U pacientů se dnou je třeba se vyhnout diuretikům.	5	D
5.	U pacientů se SSc je třeba se vyhnout betablokátorům.	5	D
6.	U pacientů se dnou, vaskulitidou, SSc, myozitidou, MCTD a SS by léčba dyslipidemie měla dodržovat doporučení používaná v běžné populaci.	5	D
7.	U pacientů se dnou, vaskulitidou, SSc, myozitidou, MCTD a SS se standardní použití antiagregační terapie v rámci primární prevence nedoporučuje. Léčba inhibitory krevních destiček by se měla řídit doporučeními používanými v běžné populaci.	2 b/5	D
8.	U pacientů se dnou se doporučuje snižovat hladinu kyseliny močové v séru pod 360 mol/l, aby se potenciálně snížilo riziko kardiovaskulárních příhod a kardiovaskulární mortalita.	2 b	C
9.	U pacientů se dnou není z kardiovaskulárního hlediska preferována konkrétní uráty snižující léčba.	1 b	B
10.	U pacientů s ANCA vaskulitidou snižuje indukce a udržení remise KVR.	2 b	D
11.	U pacientů s obrovskobuněčnou artritidou může optimalizace režimu podávání glukokortikoidů vyvažující riziko relapsu a nežádoucí účinky léčby snižovat KVR.	2 b	D
Doporučení pro SLE a APS			
1.	U pacientů se SLE a/nebo APS se doporučuje důkladné posouzení tradičních faktorů a rizikových faktorů souvisejících s onemocněním jako vodítko pro modifikaci KVR		
2.	A: U pacientů se SLE jsou nižší hladiny krevního tlaku spojeny s nižší četností kardiovaskulárních příhod, cílový krevní tlak je <130/80 mm Hg.	5	D
	B: U pacientů s lupusovou nefritidou se doporučují ACE inhibitory nebo blokátory receptorů pro angiotenzin u všech pacientů s poměrem protein/kreatinin v moči > 500 mg/g či s arteriální hypertenzí.	5	D
	C: U pacientů s APS by se měla léčba krevního tlaku řídit doporučeními používanými v běžné populaci.		
3.	U pacientů se SLE a/nebo APS by se léčba dyslipidemie měla řídit doporučeními používanými v běžné populaci.		
4.	A: Pacienti se SLE jsou kandidáty na preventivní strategie, včetně nízkých dávek aspirinu stejně jako běžná populace, a to na základě zhodnocení jejich individuálního KVR.	2 b	D
	B. U asymptomatických nosičů aPL (nesplňujících vaskulární nebo porodnická klasifikační kritéria APS) s vysoce rizikovým profilem aPL s nebo bez tradičních rizikových faktorů se doporučuje profylaktická léčba nízkou dávkou aspirinu (75–100 mg denně).		
	U pacientů se SLE bez anamnézy trombózy nebo těhotenské komplikace: 1. se u vysoce rizikového profilu aPL profylaktická léčba nízkou dávkou aspirinu doporučuje 2. se u nízkorizikového profilu aPL se profylaktická léčba nízkou dávkou aspirinu zvažuje.		
5.	U pacientů se SLE má být udržována pokud možno nízká aktivita onemocnění, která rovněž snižuje KVR.		
6.	U pacientů se SLE se doporučuje léčba nejnížší možnou dávkou kortikosteroidů, aby se minimalizovalo jakékoli potenciální kardiovaskulární poškození.		
7.	U pacientů se SLE nelze doporučit specifickou imunosupresivní medikaci za účelem snížení rizika kardiovaskulárních příhod.		
8.	U všech pacientů se SLE se doporučuje (v případě absence kontraindikace) léčba hydroxychlorochinem, která rovněž snižuje KVR.		

KVR – kardiovaskulární riziko; MCTD – smíšená choroba pojiva; SSc – systémová sklerodermie; SS – Sjögrenův syndrom; EUVAS – European Vasculitis Society; SLE – systémový lupus erythematoses; APS – antifosfolipidový syndrom; aPL – antifosfolipidové protilátky,

Úroveň evidence: 1 a: systematický přehled-metaanalýza randomizovaných klinických hodnocení (RCT) 1 b: jednotlivé RCT; 2 a: systematický přehled kohortových studií; 2 b: jednotlivá kohortová studie (a RCT nízké kvality); 3 a: systematický přehled případových studií a kontrol; 3 b: individuální studie případů a kontrol; 4: série případů a nekvalitní kohortové studie a studie případů a kontrol; 5: Názory nebo klinické zkušenosti expertů a autorit.

Síla doporučení:

A: konzistentní studie 1. úrovně;

B: konzistentní studie 2. nebo 3. úrovně nebo extrapolace ze studií 1. úrovně;

C: studie 4. úrovně nebo extrapolace ze studií 2. nebo 3. úrovně;

D: důkazy úrovně 5 nebo nekonzistentní nebo neprůkazné studie jakékoli úrovně.

Upraveno podle 36.