

Co se týče fondaparinuxu, není příliš dat, jak postupovat u jedinců s hmotností nad 100 kg, k zvážení je zvýšit dávku na 5 mg denně (21).

Diskuze

Profylaxe VTE u hospitalizovaných jedinců je stále aktuálním problémem. Není to jen úhel pohledu stran snížení rizika VTE, ale také opačný. Pokud by jedinci nebyli stratifikováni a profylaxe by byla dávana nadbytečně, tak to logicky vede k nárůstu ekonomických nákladů, riziku krvácení, zbytečné zátěže nemocného. Zavedení RAMs ale také není „všelákem“, systémy jsou založeny na literárních rešerších a názorech expertů, takže zastoupení jedinců s vysokým či nízkým stupněm rizika je značně variabilní.

Volba správné profylaxe VTE je a bude složitým problémem vzhledem k mnoha faktorům, které je nutno vyhodnotit, také stoupajícímu věku nemocných, novým léčebným postupům, novým lékům. Těžko tedy vždy nemocný dostane (nedostane) správnou profylaxi po ideální dobu.

Závěr

Přes všechny limitace RAMs se některé jeví i dnes jako výhodné pro klinickou praxi. Padovský model může pomoci rozlišovat mezi pacienty s vysokým a nízkým rizikem VTE, protože pacienti, kteří dosáhli alespoň 4 bodů a zůstali bez tromboprophylaxe, měli více než 30x vyšší riziko VTE. Přes všechna dostupná doporučení, skórovací modely, zůstává velmi důležité individuální zhodnocení situace lékařem.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Karlova univerzita v Praze. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednáni etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Nordström M, Lindblad B, Bergqvist D, et al. A prospective study of the incidence of deep – vein thrombosis within a defined urban population. *J Intern Med.* 1992; 232:155-160.
2. Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA et al. VTE Impact Assessment Group in Europe (VI-TAE). Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost.* 2007; 98(04):756-764.
3. Francis CW. Prophylaxis for thromboembolism in hospitalized medical patients. *N Engl J Med.* 2007;356:1438-1444.
4. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *N Engl J Med.* 1999;341:793-800.
5. Leizorovicz A, Cohen AT, Turpie AG et al. Randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *Circulation.* 2004;110:874-879.
6. Turpie AG. Thrombosis prophylaxis in the acutely ill medical patient: insights from the prophylaxis in MEDical patients with ENOXaparin (MEDENOX) trial. *Am J Cardiol.* 2000 Dec 28;86(12 B):48M-52M. doi: 10.1016/s0002-9149(00)01481.
7. Hirmerová J. The prophylaxis against venous thromboembolic complications in internal medicine – the gap between theory and practice. *Vnitř Lek.* 2006 Apr;52(4):379-88. PMID: 16755994 Review. Czech.
8. D Karetová, M Chochola, A Linhart. Prevention of thromboembolic disease in internal medicine. *Čas Lek Cesk.* 2006;145(5):353-357.
9. Cohen AT, Alikhan R, Arcelus JI, et al. Assessment of venous thromboembolism risk and the benefits of thromboprophylaxis in medical patients. *Thromb Haemost.* 2005;94:750-759.
10. Haas SK, Hach-Wunderle V, Mader F, et al. An evaluation of venous thromboembolic risk in acutely ill medical patients immobilized at home: the AT-HOME Study. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2007;13:7-13.
11. Chopard P, Spirik D, Bounameaux H. Identifying acutely ill medical patients requiring thromboprophylaxis. *J Thromb Haemost.* 2006;4:915-916.
12. Kucher N, Koo S, Quiroz R et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. *N Engl J Med.* 2005;352:969-977.
13. Lecumberri R, Marque's M, Dí'az-Navarraz MT, et al. Maintained effectiveness of an electronic alert system to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. *Thromb Haemost.* 2008;100:699-704.
14. Barbar S, Noventa F, Rossetto V. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score *J Thromb Haemost.* 2010 Nov;8(11):2450-7. doi: 10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x.
15. Modrá kniha České onkologické společnosti, Aktualizace: 30, Brno, 2024, kapitola 38.
16. Sebaaly J, Covert K. Enoxaparin Dosing at Extremes of Weight: Literature Review and Dosing Recommendations. *Ann Pharmacother* 2018 Sep;52(9):898-909. doi: 10.1177/1060028018768449. Epub 2018 Mar 28.
17. Rostas JW, Brevard SB, Ahmed N. et al. Standard dosing of enoxaparin for venous thromboembolism prophylaxis is not sufficient for most patients within a trauma intensive care unit. *Am Surg.* 2015;81(09):889-892.
18. Bickford A, Majercik S, Bledsoe J, et al. Weight-based enoxaparin dosing for venous thromboembolism prophylaxis in the obese trauma patient. *Am J Surg.* 2013;206(06):847-851,851-852.
19. Freeman A, Horner T, Pendleton RC, et al. Prospective comparison of three enoxaparin dosing regimens to achieve target anti-factor Xa levels in hospitalized, medically ill patients with extreme obesity. *Am J Hematol.* 2012;87(07):740-743.
20. Rondina MT, Wheeler M, Rodgers GM, et al. Weight-based dosing of enoxaparin for VTE prophylaxis in morbidly obese, medically-ill patients. *Thromb Res.* 2010;125(03)220-223.
21. Abildgaard A, Madsen SA, Hvas AM. Dosage of Anticoagulants in Obesity: Recommendations Based on a Systematic Review *Semin Thromb Hemost.* 2020;46(08):932-969.

Vnitřní lékařství

www.casopisvnitrnilekarstvi.cz

