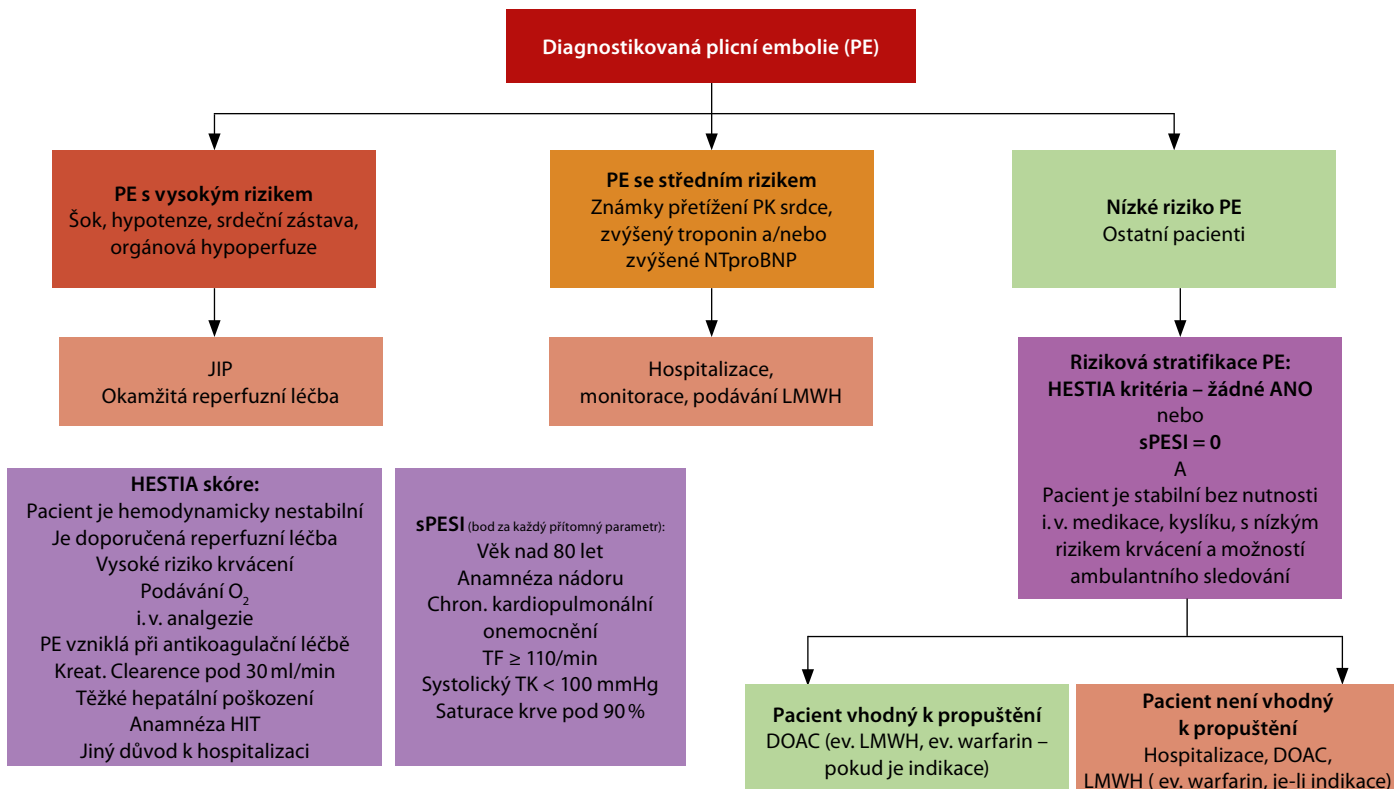


Obr. 1. Algoritmus výběru terapie plicní embolie podle rizikové stratifikace (podle guidelines ASH 2020)



vostranných srdečních oddílech pomocí echokardiografického vyšetření.

Podmínky nutné k časně dimisi pacienta s PE nebo k ambulantní léčbě PE

- Pacient je hemodynamicky stabilní, s normálním krevním tlakem a srdeční frekvencí, bez známek respirační insuficience.
- Riziko časného úmrtí nebo vážných komplikací souvisejících s PE je nízké (sPESI 0 b, HESTIA 0 b).
- Nejsou přítomné žádné závažné komorbidity nebo stavy, které by vyžadovaly hospitalizaci.
- Pacient s ambulantní léčbou souhlasí a je možné zajistit řádnou antikoagulační i ambulantní léčbu (je nutné brát do úvahy předpokládanou compliance pacienta a jeho sociální zázemí).

Terapie plicní embolie při ambulantní léčbě

Antikoagulační léčba je doporučována u všech nemocných s akutní PE s cílem redukovat riziko úmrtí a zabránit riziku recidivy TEN se všemi jeho komplikacemi. Při doporučení ambulantní léčby máme možnost použít 3 rozdílné léčebné postupy:

- **DOAC** – ať už od začátku léčby PE (Rivaroxaban, apixaban) nebo s předchozím podáváním nízkomolekulárního heparinu (LMWH) (minimálně 5 dnů před zahájením podávání dabigatranu nebo edoxabanu).
- **Warfarin** – po předcházející a souběžné léčbě pomocí LMWH až do dosažení účinného INR.
- **LMWH + fondaparinux** – dlouhodobě. Většinou z důvodu kontraindikace nebo intolerance DOAC nebo warfarinu.

U většiny nízkorizikových nemocných léčených ambulantně využíváme podávání DOAC, zvláště těch, které nevyžadují předléčení LMWH. Antikoagulační terapie DOAC je v současnosti preferovaná, protože má pro pacienty i zdravotnický systém řadu výhod – zejména absence injekčního podávání léků a nutnost laboratorně monitorovat jejich efekt, odpadá dodržování dietních opatření a omezení, a to za současného snížení rizika interakcí.

Léčba DOAC je dále spojena s lepší bezpečností (cca o 40 % nižší výskyt závažných krvácení a o 60 % pokles rizika intrakraniálních a fatálních krvácení oproti warfarinu). Terapii DOAC nyní doporučujeme k dlouhodobé léčbě

i onkologicky nemocných pacientů s nízkým rizikem krvácení. Antikoagulační léčba pomocí DOAC není vhodná např. u těhotných a kojících, u pacientů s antifosfolipidovým syndromem, u pacientů se selháním ledvin s CrCl pod 15 ml/min nebo u onkologicky nemocných se zvýšeným rizikem krvácení (nádory a slizniční patologie GIT, urogenitální nádory, přítomnost cystostomie nebo nefrostomie), nebo s běžící protinádorovou léčbou s rizikem interakcí.

I u pacientů s nízkou rizikovou PE a terapií DOAC je nutné poučení o podávané léčbě, vytvoření plánu ambulantních kontrol (kdo, kde a kdy), kdy je první kontrola vhodná do týdne od zahájení léčby. Samozřejmostí je dobrá edukace nemocných a jejich blízkých, s upozorněním na situace, kdy je nezbytné okamžitě vyhledat lékařskou péči a o nutnosti nepřerušovat nově zahájenou léčbu bez rady s lékařem.

Pacienti se zvýšeným nebo vysokým rizikem krvácení nebo aktivním krvácením nejsou vhodní k ambulantní léčbě PE a mají být vždy hospitalizováni. Vedení jejich antikoagulační léčby není jen v rukou kardiologů, ale často je nutná spolupráce odborníků řady specializací (internista, onkolog, hematolog, farmakolog, radiolog). V těchto komplikovaných případech, kde není možné nalézt jiné