



perlipidemie a hypertenze; redukce hmotnosti u obézních. Důležitá je i adekvátní léčba pacientů se systémovým autoimunitním onemocněním. V situacích s vysokým rizikem tromboembolických komplikací (pooperační období, dlouhodobá imobilizace apod.) je vhodná tromboprofylaxe (nejlépe nízkomolekulárním heparinem – LMWH – low-molecular-weight heparin) (2, 3).

Doporučení k antitrombotické léčbě u jedinců s APS mají spíše charakter konsenzu odborníků než doporučení založených na přesvědčivých důkazech, neboť není k dispozici dostatek kvalitních dat z randomizovaných kontrolovaných studií (to je dáno jednak heterogenitou a relativně vzácným výskytem APS, jednak možnou závažností klinických komplikací, a tedy etickou nepřijatelností např. randomizace pacientů k placebu či potenciálně méně účinnému typu léčby).

V praxi lze vycházet z doporučení EULAR (European League Against Rheumatism).

Pro primární tromboprofylaxi odborníci EULAR doporučují:

1. U asymptomatických jedinců s prokázanými APA splňujícími kritéria vysoce rizikového profilu se doporučuje dlouhodobá profylaxe nízkou dávkou kyseliny acetylsalicylové (ASA), tj. 75–100 mg denně.
2. Pacienti se SLE a přítomností APA, s dosud negativní anamnézou trombotických či těhotenských komplikací:
 - a) je doporučeno profylaktické podávání ASA v malé dávce v případě APA profilu s vysokým rizikem,
 - b) je vhodné zvážit profylaktické podávání ASA v malé dávce v případě APA profilu s nízkým rizikem.
3. U pacientek s APS s anamnézou komplikací gravidity je doporučeno profylaktické podávání ASA v malé dávce.

Léčba žilní trombózy u nemocných s APS

Léčba akutní hluboké žilní trombózy (HŽT) a/nebo plicní embolie (PE), tedy akutních projevů žilní tromboembolické nemoci (TEN) se neliší od terapie u pacientů bez APS, základem je zahájení antikoagulační léčby.

APS je však spojen s vysokým rizikem recidivy TEN po vynechání antikoagulační léčby, zejména v případě TEN bez zřejmého provokujícího faktoru a v přítomnosti vysoce rizikového profilu APA. V doporučeních EULAR jsou stanoveny tyto zásady:

1. U pacientů s APS po první epizodě TEN je doporučena léčba antagonisty vitaminu K (vitamin K antagonists, VKA, tedy u nás warfarin), s cílovou hodnotou INR (international normalized ratio) 2–3.
2. Pacienti s trojitou pozitivitou APA by neměli být léčeni rivaroxabanem. Podávání přímých orálních antikoagulancií (direct oral anticoagulants, DOAC) lze zvážit u nemocných, u nichž nelze dosáhnout účinného INR navzdory dobré adherenci k léčbě či v případě kontraindikací VKA (alergie, intolerance).
3. U pacientů s neprovokovanou příhodou je indikována dlouhodobá (časově neohraňovaná) antikoagulační léčba.
4. Jedná-li se o provokovanou TEN (tj. vzniklou v souvislosti s významným přechodným rizikovým faktorem, např. větší operace, úraz), je možné zvolit jen dočasnou antikoagulační léčbu (stejně jako u pacientů bez APS), avšak prodloužení léčby je vhodné uvážit v případě vysoce rizikového APA profilu či v přítomnosti závažných přídatných rizikových faktorů recidivy.
5. U nemocných s APS a recidivou TEN navzdory dobře vedené antikoagulační léčbě VKA s cílovým INR 2–3 se doporučují následující možnosti:

■ **kombinace s nízkou dávkou ASA,**