

ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Péče o nemocné dlouhodobě užívající antikoagulační léčbu

Indikací k dlouhodobé antikoagulační léčbě je celá řada, proto se s nemocnými užívajícími orální antikoagulanty (přesněji antagonisty vitamínu K) setkáváme stále častěji. S touto léčbou je spojeno zejména riziko krvácení. Roční incidence velkého krvácení (definováno jako intrakraniální krvácení nebo krvácení vedoucí ke smrti či vyžadující krevní převody a hospitalizaci) se pohybuje v různých kohortových studiích mezi 1,2 a 7,0 případů na 100 pacientů. Roční incidence malého krvácení je 2 až 24 případů na 100 pacientů.

V situacích hrožících vysokým rizikem nového, rekurentního nebo progresivního tromboembolizmu (např. bezprostředně po náhradě srdeční chlopně nebo při akutní žilní tromboembolické nemoci) je nutné současné počáteční podávání heparinu až do plného rozvoje účinku antagonistů vitamínu K, což většinou trvá 4 až 5 dní. Startovací denní dávka 15 mg Warfarinu je účinná, efektivní a redukuje trvání iniciačního podávání heparinu. Pokud hrozí krvácení (po operaci či úraze) nebo jde-li o nemocného s deficitem proteinu C nebo S (riziko kožní nekrózy), začínáme léčbu dávkou 5 mg Warfarinu denně. U pacientů bez deficitu proteinu C nebo proteinu S, kde je indikací chronické onemocnění, například fibrilace síní, lze zahájit léčbu antagonisty vitamínu K bez počátečního současného heparinizace.

U některých pacientů, například po mechanické náhradě srdeční chlopně, musí být antikoagulační léčba celoživotní. U nemocných s bioprostetickou srdeční chlopní bez fibrilace síní stačí tříměsíční léčba. Po infarktu myokardu je také doporučována tříměsíční antikoagulační léčba, ale při vysokém riziku rekurence infarktu je vhodné několikalaté podání antagonistů vitamínu K. Přítomnost fibrilace síní u všech zmíněných stavů opravňuje k celoživotnímu (dlouhodobému) podávání antikoagulantů. Riziko opakování žilní trombózy je ovlivněno anatomicou lokalizací a rozsahem trombózy, zda rizikové (vyvolávající) faktory jsou reverzibilní nebo působí permanentně (nádor, genetické nebo biochemické trombotické abnormality), počtem již prodělaných tromboembolických příhod, jak dokonale byla prodělaná trombóza rozpuštěna a zda došlo k normalizaci hemostatické aktivity.

Nedávné studie prokázaly, že 6–12měsíční antikoagulační léčba po tromboembolické příhodě je bezpečná a efektivní. Následná kontinuální méně intenzivní warfarinizace (INR = 1,5–2,0), podávaná průměrně 2,1 roku,

ve srovnání s placebem podstatně redukuje riziko recidivy tromboembolické choroby bez významnějšího zvýšení rizika velkého krvácení. Některé práce však zjistily, že plná warfarinizace (INR = 2,0–3,0) snižuje riziko rekurence tromboembolizmu výrazněji než málo intenzivní warfarinizace, a to také bez zvýšení rizika velkého krvácení. Ať antikoagulační léčbu ukončíme po 6, 12 nebo 24 měsících, je následné riziko rekurence žilní trombózy stejné. Antikoagulační léčbu po tromboembolické příhodě lze ukončit náhle nebo postupně. Nebyl prokázán žádný klinický rozdíl mezi těmito dvěma strategiemi.

Účinek antagonistů vitamínu K je ovlivňován řadou léků, jejichž seznam se stále rozrůstá, a potravinami bohatými na vitamín K. Zatímco jednorázové požití 250 g špenátu nebo brokolice nemá podstatnější vliv na protrombinový čas, větší množství již ano. Česnek koncentraci Warfarinu v krvi snižuje a ginkgo zase může při současném podávání s Warfarinem vést ke zvýšenému krvácení.

Při zvýšení INR nad 4, ale bez klinických známek krvácení, postačí vynechat jednu nebo několik denních dávek léku. Rychleji lze docílit úpravu protrombinového času perorálním podáním vitamínu K1 v dávce 1 mg nebo jeho intravenózní aplikací (zde postačí 0,5 mg). Vyšším dávkám bychom se měli vyhnout, aby nedošlo k hyperkoagulaci a k následné rezistenci na perorální antikoagulanty. Pokud je předávkování antagonisty vitamínu K spojeno s krvácením, s vitamínem K1 již nevystačíme, protože jeho účinek se plně rozvine až po 12–24 hodinách. Podáváme plazmu nebo koncentráty protrombinového komplexu. Pokud se krvácení objeví u pacientů s INR v terapeutickém rozmezí, je nutno myslet na nádor nebo jiný patologický proces a cílové INR snížit na 1,5.

Během prvních několika měsíců po tromboembolické příhodě je riziko rekurence onemocnění při redukci intenzity antikoagulační léčby velmi vysoké, proto se v této fázi snižování dávky antikoagulantů nedoporučuje. Extrakci zubu lze bezpečně provést i během plné antikoagulační léčby, je nutno pouze vyplachovat ústní dutinu antifibrinolytickým roztokem. Kožní operace a injekce nebo aspirace z měkkých tkání lze také provádět bez redukce antikoagulace. U velkých chirurgických zákroků a u rizikových endoskopických výkonů je nutno dávku antikoagulantů přechodně snížit a vrátit se k plné dávce ihned, jakmile to okolnosti dovolí, protože operace, trauma a imobilizace jsou spojeny s vysokým rizikem tromboembolizmu.

Schulman S. NEJM, 2003; 349: 675–683.

MUDr. Dalibor Musil, Ph.D.