

# Která základní onemocnění počítáme k zánětlivým revmatickým chorobám?

## **Revmatoidní artritida**

Jde o chronické autoimunitní onemocnění charakterizované zánětem kloubů a různým stupněm mimokloubního postižení. Neléčená revmatoidní artritida vede nejen ke snížení kvality života a k výraznému funkčnímu omezení, ale je spojena i s vyšší mortalitou. Základním předpokladem úspěšné léčby je včasné určení diagnózy, což nemusí být jednoduché. Z praktického pohledu je nejdůležitější odlišení zánětlivé artritidy od nezářlivé osteoartrózy. Revmatologické vyšetření je indikováno u nemocného s jasnou artritidou alespoň jednoho kloubu (otok a palpační citlivost), s postižením drobných kloubů ruky (s výjimkou kloubů spojujících poslední a předposlední články prstů) a s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut.

Mimokloubní projevy revmatoidní artritidy postihují plíce, oči, kůži, srdce, cévy, nervy i lymfatické uzliny.

Revmatoidní artritida způsobuje nejen významné snížení funkčních schopností a kvality života nemocných, ale je spojena i s vyšší úmrtností. Nejčastější příčinou úmrtí nemocných s revmatoidní artritidou jsou kardiovaskulární onemocnění vzniklá v důsledku akcelerované aterosklerózy. Prevalence revmatoidní artritidy je odhadována na 0,5–1 %, ženy jsou postiženy asi třikrát častěji než muži. Onemocnění může vzniknout v jakémkoli věku, nejčastěji se manifestuje ve čtvrté a páté dekádě. Příčina vzniku revmatoidní artritidy nebyla zatím zcela objasněna. Stejně jako u jiných autoimunitních onemocnění se na vzniku revmatoidní artritidy podílí souhra dědičné predispozice a faktorů zevního prostředí. Nejvýznamnějším ovlivnitelným rizikovým faktorem pro vznik revmatoidní artritidy je kouření.

Z hlediska dlouhodobé prognózy nemocných, jak bylo opakovaně prokázáno, je nejdůležitější revmatoidní artritidu co nejdříve diagnostikovat a bez odkladu zahájit účinnou léčbu. Proto je důležité, aby byli nemocní s podezřením na toto onemocnění urychleně odesláni k revmatologovi. Optimálně by léčba měla být zahájena do tří měsíců od začátku příznaků.

## **Projevy**

Revmatoidní artritida většinou začíná plíživě. U nemocných se v průběhu týdnů až měsíců objevují nejprve bolesti a následně i otoky kloubů končetin. V počátečních fázích může být postižen jen jeden nebo jen několik málo kloubů a nemusí být patrná symetrická distribuce, která je charakteristická pro etablovanou revmatoidní artritidu. Typické je postižení zápěstí a drobných kloubů ruky. Bývá přítomna i artritida větších kloubů (kolena, kyčle, lokty, ramena). Bolesti bývají horší ráno po probuzení a jsou typicky spojené s výraznou ranní ztuhlostí, která může trvat i několik hodin. Tento tzv. zánětlivý charakter bolesti je společný pro všechny artritidy a odlišuje je od nezápětlivé osteoartrózy. Nemocní s revmatoidní artritidou často mají i celkové příznaky, jako je únava, nechutenství a zvýšená teplota. Asi u 10 % nemocných může revmatoidní artritida propuknout náhle.

## **Vyšetření**

Při fyzikálním vyšetření jsou klouby oteklé, teplé a citlivé na pohmat, zarudnutí nebývá přítomno. Nemocní mívají také slabý stisk ruky, úměrný intenzitě bolestí.

Zánět se může projevovat zvýšenými hodnotami biomarkery akutní fáze, ale u části nemocných mohou být v časných fázích revmatoidní artritidy hodnoty sedimentace erytrocytů i C-reaktivního proteinu (CRP) normální.

Asi u 70 % nemocných s revmatoidní artritidou jsou přítomny tzv. revmatoidní faktory. Ty však nejsou specifické pro revmatoidní artritidu a vyskytují se při celé řadě jiných autoimunitních, nádorových a infekčních procesů. Velmi důležitou roli v diagnostice revmatoidní artritidy hraje vyšetření protilátek proti citrulinovaným proteinům (anti-citrullinated protein antibodies, ACPA). Přítomnost ACPA může předcházet rozvoj klinického onemocnění o několik let a stejně jako pozitivita revmatoidních faktorů je markerem závažnějšího průběhu onemocnění.

Na rentgenových snímcích revmatoidní artritida způsobuje osteoporózu kolem postiženého kloubu, zúžení kloubní štěrbiny a kostní eroze. V časných fázích onemocnění je ale rentgenový nález většinou normální.

Revmatoidní artritida je klinická diagnóza a neexistuje žádné vyšetření, které by bylo zcela specifické pro toto onemocnění. Onemocnění lze klasifikovat jako revmatoidní

artritidu, pokud na základě zhodnocení klinických a laboratorních parametrů nemocný dosáhne alespoň šesti bodů z deseti možných (*viz. tabulka*).

### **Co pro nemocné může udělat praktický lékař?**

Roční incidence revmatoidní artritidy je odhadována na 25–40 případů/100 000 obyvatel, praktický lékař se tedy setká ve své praxi s novým případem v průměru jen jednou za jeden až dva roky. V souladu s doporučením Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP by měl praktický lékař k revmatologovi přednostně odeslat nemocného s jasnou artritidou (otok a palpační citlivost) alespoň jednoho kloubu, s postižením drobných kloubů ruky, což lze ověřit testem příčného stisku (*viz. obrázek*) a s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut.

Aby nedocházelo ke zbytečnému zdržení, nemusí odesílající lékař u těchto nemocných provádět žádná laboratorní vyšetření ani rentgenové snímky. Na některých pracovištích (například v Revmatologickém ústavu v Praze) je pro tyto nemocné určena zvláštní **ambulance tzv. časně revmatoidní artritidy**, která umožňuje v indikovaných případech zkrátit dobu čekání na revmatologické vyšetření. Diagnostika a léčba revmatoidní artritidy patří do rukou revmatologa: pro symptomatickou úlevu jsou vhodná nesteroidní antirevmatika, ale jiná léčiva včetně glukokortikoidů není vhodné nasazovat před odborným vyšetřením, protože mohou zakrýt příznaky a tím následně ztížit diagnostiku onemocnění.

Zajištění včasné diagnózy a nasazení účinné léčby je jen prvním krokem na společné cestě praktického lékaře a revmatologa. Po zahájení léčby je třeba monitorovat výskyt možných nežádoucích účinků, při podávání většiny přípravků je proto nutno podle doporučení revmatologa zajistit pravidelné krevní odběry a případně další vyšetření. Aktivita onemocnění většinou kolísá a mohou nastat období zhoršení, kdy je nutné ve spolupráci s revmatologem léčbu upravit nebo změnit. V neposlední řadě je na místě zdůraznit, že revmatoidní artritida je rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění, a proto je u nemocných s revmatoidní artritidou potřeba aktivně přistupovat k léčbě hypertenze, dyslipidemie a k odvykání kouření. Kouření je navíc rizikovým faktorem nejen vzniku revmatoidní artritidy, ale je také spojeno s vyšší aktivitou onemocnění a s horší odpovědí na léčbu.

## **Další zánětlivá revmatická onemocnění**

K dalším autoimunním chronickým zánětlivým kloubním onemocněním, které mají mnoho společného s revmatoidní artritidou (podobná diagnostická pravidla a téměř stejné terapeutické možnosti) patří následující choroby. Neméně závažným společným faktorem je negativní ovlivnění kvality života nemocných ve všech oblastech, způsobené především bolestí, ztrátou pohyblivosti, ztrátou schopnosti sebeobsluhy, časté pracovní neschopnosti vedoucí ke ztrátě práce schopnosti a časného invalidního důchodu. Je mnoho důvodů, proč je nutné léčit revmatická zánětlivá onemocnění včas.

## **Juvenilní idiopatická artritida**

Postihuje jedno dítě z tisíce a může postihnout dítě ve velmi útlém věku. Zpravidla jde o mimořádně agresivní, chronické zánětlivé onemocnění, při němž může dojít již ve velmi časném stádiu k poškození kloubů. Pokud není zánět včas potlačen, nedá se poškození zvrátit. Léčba proto musí zastavit rozvoj zánětu a udržet funkci kloubů. Pro nemocné dítě může mít juvenilní idiopatická artritida velmi vážné důsledky, jelikož narušuje růst a vývoj kostí. Dívky bývají postiženy častěji než chlapci.

## **Bechtěrevova choroba (ankylozující spondylitida)**

Někdy bývá nazývána „chorobou mladých mužů“ mezi 15. a 30. rokem života. Muži onemocní třikrát častěji než ženy. Jde o zánět v páteři, případně i v kloubech na končetinách. Nemoc přichází postupně a většinou bývá odhalena až roky po nástupu prvních příznaků. Pro ankylozující spondylitidu je typická tzv. zánětlivá bolest páteře, která je nejvýraznější v klidu, po rozhýbání ustupuje. Pacienti mívají bolesti i v noci a zejména k ránu, doprovází je ztuhlost. Průběh nemoci má charakter atak, období plné bolesti střídá často zdánlivé vyléčení. I to přispívá k pozdnímu odhalení choroby.

Postupně dochází k omezení pohyblivosti páteře (bechtěrevikovy ruce při předklonu nesaňají dále než ke kolenům) a velkých kloubů (zejména kyčelních). Bederní lordóza se začíná vyrovnávat a prohlubuje se bederní kyfóza (křížová krajina se oplošťuje a v hrudní oblasti vzniká „hrb“). Zánětlivé změny mohou postihnout i oči (iridocyklitida). Postižený může mít též srdeční a plicní obtíže. Dědičnost se podílí na onemocnění do jisté míry. Bechtěrevik v rodině by měl být varováním ne však diagnózou.

## Psoriatická artritida

Onemocnění kloubů doprovázejí změny na kůži (psoriázu či lupénku). Onemocnění připomíná revmatoidní artritidu i Bechtěrevovu chorobu, avšak na rozdíl od revmatoidní artritidy postihuje i nejmenší klouby v lidském těle, tedy klouby spojující poslední a předposlední články prstů. Zánětem zasažená páteř a klouby podléhají deformacím a následuje nehybnost. Psoriatická artritida postihuje ženy i muže se stejnou četností a objevuje se mezi 20. až 50. rokem. Nemocnými mohou být i děti. I zde choroba probíhá v atakách. U psoriatické artritidy je napadena kloubní plocha kosti, která je „ukousávána“ od kraje do středu. Kost se snaží úbytek nahradit a chaoticky roste do stran. Následně může dojít ke srůstu kloubních ploch a ankylóze (ztuhnutí).

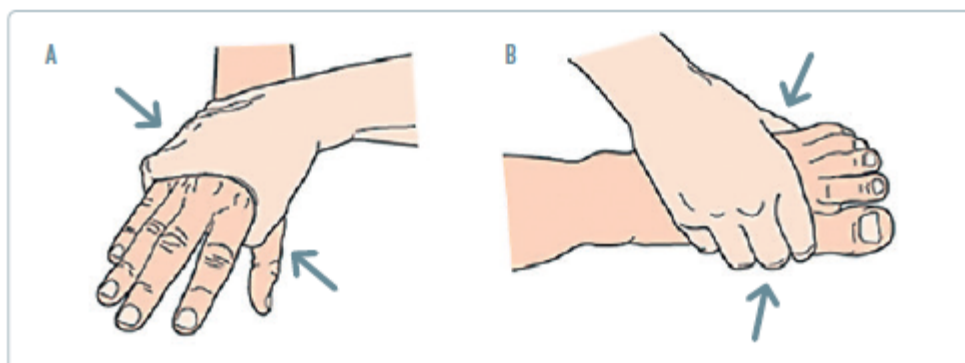
Lupénku doprovází artritida ve více než 30 % případů. Nejdříve zpravidla nastupují kožní změny s charakteristickými červenými políčky a bílými okraji odlupující se kůže. Obvykle jsou v místech, která se snadno „zapaří“ (zákolenní jamka, podpaží), pak na loktech, na kolenou a na pokožce hlavy. Psoriáza postihuje i nehty (jsou lžičkovitě prohnuté, žluté s malými dolíčky). Stejně jako Bechtěrevova choroba bývá psoriatická artritida spojena se záněty duhovky a postižením srdce.

V krátkém přehledu nelze podat obraz všech zánětlivých revmatických onemocnění. K méně častým patří například ještě lupus erytematodes, dermatomyozitida, sklerodermie, Sjörgenův syndrom a další.

*Diagnostika revmatoidní artritidy, juvenilní idiopatické revmatoidní artritidy, ankylozující spondylitidy a psoriatické artritidy je v časných fázích onemocnění obtížná. Z hlediska dlouhodobé prognózy je důležité zahájit léčbu co nejdříve, ideálně do tří měsíců od začátku příznaků.*

*Vyšetření revmatologem je indikováno u nemocných s otokem alespoň jednoho kloubu, s postižením (pozitivní test příčného stisku) a s ranní ztuhlostí kloubů/páteře, která trvá déle než 30 minut.*

## Přílohy



Obr. 3 Test příčného stisku metakarpofalangeálních (a) a metatarzofalangeálních (b) kloubů. Test příčného stisku je jednoduchá metoda k odhalení možného zánětu u nemocných s revmatoidní artritidou.

Upraveno podle odkazu 5.

Tab. 2 **Klasifikační kritéria ACR/EULAR pro revmatoidní artritidu z roku 2010**  
Základní podmínkou je přítomnost klinicky patrné artritidy (otok a citlivost kloubu), kterou nelze vysvětlit jinou diagnózou. Onemocnění je klasifikováno jako revmatoidní artritida při dosažení 6 a více bodů z 10 možných.

PARAMETR	BODY
<b>KLOUBY (0–5 bodů)</b>	
1 velký	0
2–10 velkých	1
1–3 malé (s postižením nebo bez postižení velkých)	2
4–10 malých (s postižením nebo bez postižení velkých)	3
10 (alespoň 1 malý kloub)	5
<b>SÉROLOGIE (0–3 body)</b>	
RF a ACPA negativní	0
Alespoň jeden z RF a ACPA níže pozitivní	2
Alespoň jeden z RF a ACPA vysoce pozitivní	3
<b>TRVÁNÍ PŘÍZNAKŮ (0–1 bod)</b>	
< 6 týdnů	0
≥ 6 týdnů	1
<b>REAKTANTY AKUTNÍ FÁZE (0–1 bod)</b>	
Normální hodnota CRP a FW	0
Zvýšená hodnota CRP nebo FW	1
<b>Maximum celkem</b>	<b>10</b>

ACR – Americká revmatologická společnost; ACPA – protilátky proti citrulinovaným peptidům; CRP – C-reaktivní protein; EULAR – Evropská liga proti revmatismu; FW – sedimentace erytrocytů; RF – revmatoidní faktory  
Upraveno podle odkazu 1.