

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



REVMATOLOGIE

Autoři:

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

prim. MUDr. Heřman Mann, Ph.D.

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Michal Tomčík, Ph.D.

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Jakub Závada, Ph.D.

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

MUDr. Marta Olejárová, CSc.

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

NOVELIZACE 2026



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

Tisk podpořen firmou

Johnson & Johnson

REVMATOLOGIE

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2026

Autoři:

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.
Česká revmatologická společnost ČLS JEP

prim. MUDr. Heřman Mann, Ph.D.
Česká revmatologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Michal Tomčík, Ph.D.
Česká revmatologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Jakub Závada, Ph.D.
Česká revmatologická společnost ČLS JEP

MUDr. Marta Olejárová, CSc.
Česká revmatologická společnost ČLS JEP

Oponenti:

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.
Česká revmatologická společnost ČLS JEP

MUDr. Dana Moravčíková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Garant:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. REVMATOIDNÍ ARTRITIDA	3
1.1. Kdy myslet na revmatoidní artritidu?	3
1.2. Co může udělat praktický lékař?	3
1.3. Kdy odeslat pacienta k revmatologovi?	3
1.4. Diagnostika	4
1.5. Léčba	5
1.6. Role praktického lékaře v péči o pacienta s revmatoidní artritidou	6
1.7. Posudkové hledisko	6
1.8. Shrnutí pro praxi	7
2. SPONDYLOARTRITIDY	7
2.1. Kdy myslet na spondyloartritidu?	7
2.2. Co může udělat praktický lékař?	8
2.3. Kdy odeslat pacienta k revmatologovi?	8
2.4. Na co myslet při vyšetření pacienta s bolestí zad	9
2.5. Diagnostika	10
2.6. Léčba	10
2.7. Role praktického lékaře v péči o pacienta se spondyloartritidou	11
2.8. Posudkové hledisko	11
2.9. Shrnutí pro praxi	12
3. REVMATICKÁ POLYMYALGIE	12
3.1. Kdy myslet na revmatickou polymyalgii?	12
3.2. Co může udělat praktický lékař?	13
3.3. Kdy odeslat pacienta k revmatologovi?	13
3.4. Na co myslet při vyšetření pacienta s bolestí a ranní ztuhlostí v oblasti ramenního a pánevního pletence a šíjových svalů	14
3.5. Diagnostika	14
3.6. Léčba	14
3.7. Role praktického lékaře v péči o pacienta s revmatickou polymyalgií	17
3.8. Posudkové hledisko	17
3.9. Shrnutí pro praxi	17
4. DNAVÁ ARTRITIDA	18
4.1. Kdy myslet na dnu?	18
4.2. Co může udělat praktický lékař?	18
4.3. Kdy odeslat pacienta k revmatologovi?	18
4.4. Na co myslet při vyšetření pacienta s dnou?	18
4.5. Diagnostika	18
4.6. Léčba	20
4.7. Role praktického lékaře v péči o pacienta s dnou	23
4.8. Posudkové hledisko	23
4.9. Shrnutí pro praxi	23
5. KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTA SE ZÁNĚTLIVÝM REVMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM V PRAXI	24
5.1. Kardiovaskulární onemocnění	24
5.2. Infekce	25
5.3. Osteoporóza	25
5.4. Deprese	25
5.5. Malignity	25
5.6. Plánování rodiny a těhotenství	26
5.7. Perioperační péče o pacienta se zánětlivým revmatickým onemocněním	26

1. REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

Revmatoidní artritida je chronické systémové autoimunitní onemocnění charakterizované zánětem kloubů, které může být doprovázeno dalšími mimokloubními projevy. Prevalence revmatoidní artritidy je odhadována na 0,5–1 %, ženy jsou postiženy asi 2–3× častěji než muži. Onemocnění může vzniknout v jakémkoliv věku, typicky ve čtvrté a páté dekádě.

1.1. KDY MYSLET NA REVMATOIDNÍ ARTRITIDU?

Revmatoidní artritida většinou začíná postupně v průběhu několika týdnů až měsíců. Pro onemocnění je charakteristický aditivní rozvoj symetrické polyartritidy, tj. k jednomu nebo několika postiženým kloubům se postupně přidávají další. Onemocnění postihuje především drobné klouby končetin: zápěstí, metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální (PIP) a metatarzofalangeální (MTP) klouby. Artritida velkých nosných kloubů končetin se obvykle objevuje až po delším průběhu onemocnění, ale u starších nemocných může být i prvním projevem. Asi u 10 % nemocných může revmatoidní artritida propuknout náhle. Bolesti kloubů bývají horší ráno po probuzení a jsou typicky spojené s ranní ztuhlostí, která trvá desítky minut až několik hodin. Při fyzikálním vyšetření jsou klouby oteklé, teplé a citlivé na pohmat, zarudnutí nebývá přítomno. Nemocní mívají také slabý stisk ruky, úměrný intenzitě bolesti. Revmatoidní artritida může být provázena celkovými příznaky, jako jsou únava, nechutenství a subfebrilie. Mimokloubní projevy onemocnění se obvykle objevují až po delším trvání choroby (*Tabulka 1*).

U většiny nemocných s revmatoidní artritidou je přítomna elevace zánětlivých parametrů (sedimentace erytrocytů a C-reaktivního proteinu), v krevním obraze může být i anemie, trombocytóza a mírná leukocytóza s neutrofilii. Revmatoidní faktory (RF) se vyskytují asi u 2/3 nemocných, nejsou ale specifické pro revmatoidní artritidu. RF mohou být pozitivní při řadě jiných onemocnění, ale i u jinak zdravých lidí. Prevalence výskytu RF stoupá s věkem a ve věku >60 let se nespecifická pozitivita RF odhaduje na asi 25 %. Důležitou roli v diagnostice revmatoidní artritidy hraje průkaz protilátek proti citrulinovaným proteinům (ACPA), které mají obdobnou senzitivitu jako RF, ale, na rozdíl od RF, jsou pro revmatoidní artritidu vysoce specifické. Přítomnost ACPA může předcházet rozvoji klinického onemocnění o několik let. Normální hodnoty reaktantů akutní fáze ani negativní výsledek RF a ACPA ale revmatoidní artritidu nevylučují. Vyšetření protilátek proti streptolysin (ASLO) nehraje při diagnóze revmatoidní artritidy žádnou roli a není indikované. Na rentgenových snímcích revmatoidní artritida způsobuje periartikulární osteoporózu, zúžení kloubní štěrbiny a kostní eroze. V časných fázích onemocnění je ale rentgenový nález většinou normální.

Tabulka 1: Mimokloubní projevy revmatoidní artritidy

Plicní	revmatické uzly, pleuritida, intersticiální plicní proces
Oční	suchá keratokonjunktivitida, episkleritida a skleritida
Kožní	revmatické uzly, palmární erytém, vaskulitida, pyoderma gangrenosum, vředy dolních končetin
Kardiovaskulární	perikarditida, chlopňové vady, převodní poruchy
Neurologické	úžinové syndromy, cervikální myelopatie, periferní neuropatie, mononeuritis multiplex
Další	amyloidóza, splenomegalie, lymfadenopatie

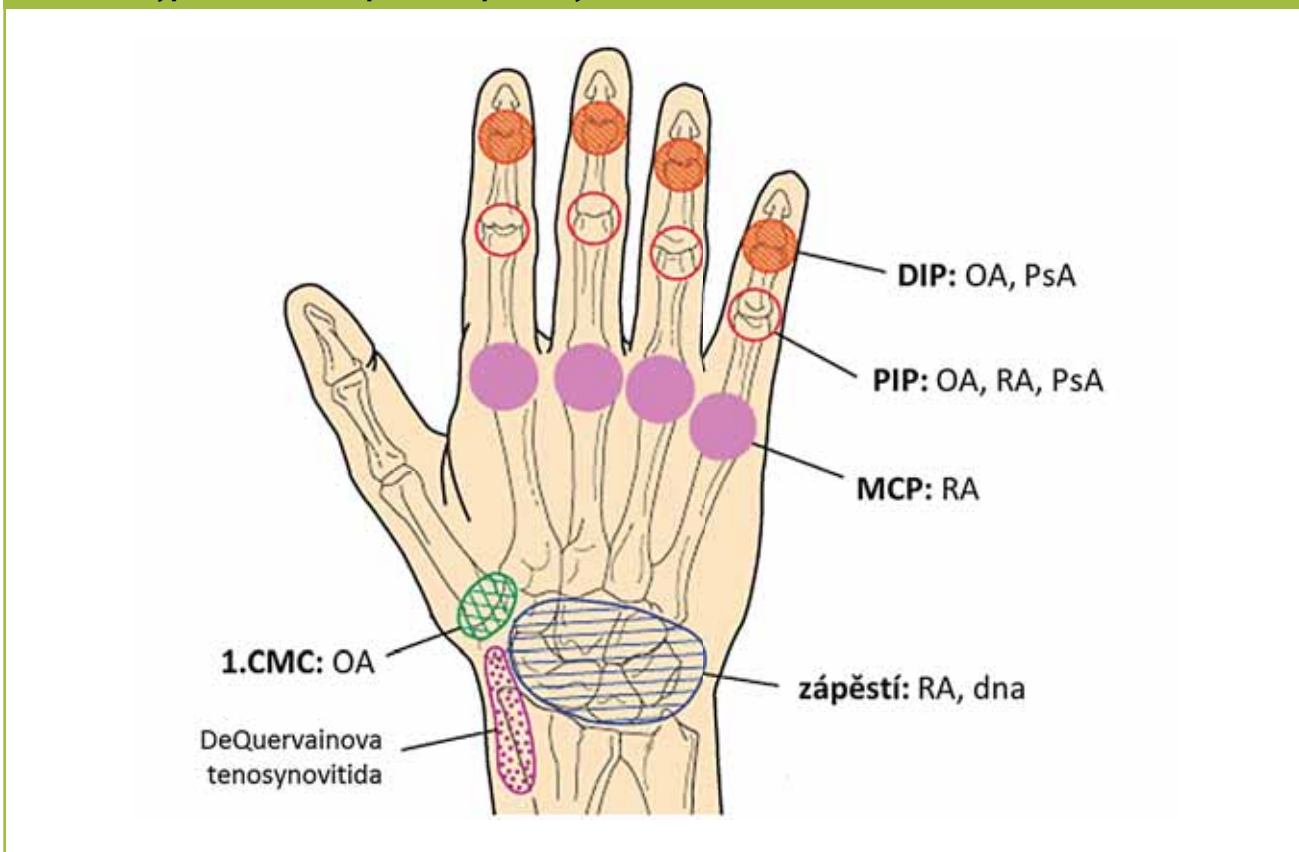
1.2. CO MŮŽE UDĚLAT PRAKTICKÝ LÉKAŘ?

Úkolem praktického lékaře není precizní diagnostika artritidy, ale spíše záchyt a urychlené odeslání nemocných s podezřením na toto onemocnění k revmatologovi. Z praktického hlediska je nejdůležitější odlišit projevy zánětlivé artritidy od mnohem častější osteoartrózy drobných ručních kloubů (*Obrázek 1, Tabulka 2*). Pro symptomatickou úlevu jsou vhodná nesteroidní antirevmatika (NSA), ale jiná léčiva včetně glukokortikoidů není vhodné nasazovat před odborným vyšetřením, protože mohou zakrýt projevy, a tím následně ztížit diagnostiku onemocnění. Optimálně by měla být léčba revmatoidní artritidy zahájena do tří měsíců od začátku příznaků.

1.3. KDY ODESLAT PACIENTA K REVMATOLOGOVI?

Vyšetření revmatologem je naléhavě indikováno u nemocných s otokem alespoň 1 kloubu, s postižením metakarpofalangeálních nebo metatarzofalangeálních kloubů (lze ověřit testem příčného stisku) a s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut (*Obrázek 2*). Aby nedocházelo ke zbytečnému zdržení nebo chybné interpretaci výsledků, nemusí odesílající lékař u těchto nemocných provádět žádná laboratorní vyšetření ani rentgenové snímky.

Obrázek 1: Typická distribuce postižení při různých kloubních onemocněních



CMC – karpometakarpální skloubení, DIP – distální interfalangeální klouby, PIP – proximální interfalangeální klouby, MCP – metakarpofalangeální klouby, OA – osteoartróza, PsA – psoriatická artritida, RA – revmatoidní artritida

Obrázek 2: Kritéria pro odeslání pacienta k revmatologovi

- ≥ 1 kloub oteklý
- postižení MCP/MTP
(pozitivní test příčného stisku)
- ranní ztuhlost ≥ 30 min.



1.4. DIAGNOSTIKA

Pro revmatoidní artritidu neexistuje žádný diagnostický test. Diagnóza je založena na anamnéze, fyzikálním nálezů a výsledcích pomocných vyšetření. Obvykle se pro potřebu diagnostiky používají klasifikační kritéria Americké koleje revmatologů (ACR) a Evropské aliance revmatologických společností (EULAR) z roku 2010 (Tabulka 3).

Tabulka 2: Diferenciální diagnóza revmatoidní artritidy

Diagnóza	Typický věk a pohlaví	Příznaky	Klinický nález	Laboratorní výsledky	Charakteristické rysy
Revmatoidní artritida	Jakýkoliv věk Ženy 3x častěji	Bolesti a otoky kloubů spojené s ranní ztuhlostí, únava	Artritida zápěstí, MCP a MTP kloubů	Obvykle vyšší CRP/FW, RF/ACPA pozitivní u asi 70 % nemocných	Symetrické postižení
Psoriatická artritida/periferní spondyloartritida	Jakýkoliv věk	Bolesti a otoky kloubů, bolesti v místech úponů šlach a entezí, mohou být zánětlivé bolesti zad	Artritida, entezitida, daktylitida (bolestivý otok celého prstu)	Laboratorní vyšetření může být v normě včetně CRP/FW a HLA B27	Může být sakroiliitida, spondylitida, plantární fasciitida, artritida DIP kloubů, změny nehtů, anamnéza psoriázy u pacienta nebo příbuzných
Systémový lupus erythematoses	Obvykle 20–40 let Ženy 10x častěji	Projevy multiorgánového postižení (např. vyrážka, fotosenzitivita, pleuritida, glomerulonefritida)	Může napodobovat revmatoidní artritidu, někdy spíše bolest než otoky kloubů	Pozitivita ANA Často cytopenie	Neerozivní artritida
Revmatická polymyalgia	Vždy >50 let Ženy 2x častěji	Často náhlý začátek, Bolesti a ztuhlost pletence ramenního a pánevního, celkové příznaky (únava, subfebrilie)	Může být artritida zápěstí, otok ruky	Vyšší CRP/FW (často výrazně), negativní RF/ACPA	Může být spojena s vaskulitidou velkých cév (obrovskobuněčnou arteritidou)
Polyartikulární dnávé artritida	Vyšší věk Muži 3x častěji	Obvykle anamnéza dnavých záchvatů před rozvojem polyartritidy	Artritida, dnávé tofy	Bývá zvýšená hladina kyseliny močové, urátové krystaly v kloubní tekutině	Nemocní často užívají diuretika, konzumují alkohol, mají rodinnou anamnézu dny
Paraneoplastická artritida	Vyšší věk	Náhlý začátek, mohou být další příznaky maligního onemocnění	Asymetrická artritida	Negativní RF/ACPA	
Virová artritida		Náhle vzniklá artritida, může být vyrážka, horečka	Artritida může napodobovat revmatoidní	Serologie parvoviru B19, virů hepatitidy B a C, HIV, alfavirů	Anamnéza kontaktu s nemocnými/cesty do rizikových oblastí.
Osteoartróza	Obvykle >45 let Častější u žen	Bolesti DIP, PIP a CMC kloubů, často postižení kolen/kyčlí	Hmatné osteofyty DIP a PIP	Laboratorní vyšetření nepřínosné	Obvykle symetrické postižení, změny na RTG

CMC: karpometakarpální klouby, MCP: metakarpofalangeální klouby, MTP: metatarzofalangeální klouby, DIP: distální interfalangeální klouby, ACPA: protilátky proti citrulinovaným peptidům, ANA: antinukleární protilátky, CRP: C reaktivní protein, FW: sedimentace erytrocytů, RF: revmatoidní faktory.

Upraveno podle Klinkhoff A. Rheumatology: 5. Diagnosis and management of inflammatory polyarthritis. CMAJ 2000;162:1833-1838.

1.5. LÉČBA

Léčba revmatoidní artritidy patří do rukou revmatologa. Onemocnění samotné zůstává ve většině případů nevyléčitelné, ale při včasné zahájení léčby lze u většiny nemocných usilovat o dosažení klinické remise a zabránění vzniku nevratného poškození. V současné době je nejdůležitější složkou léčby revmatoidní artritidy farmakoterapie. Základním principem je pravidelné sledování aktivity onemocnění pomocí kompozitních indexů (DAS28, SDAI, CDAI) a následná úprava medikace s cílem dosažení remise nebo alespoň nízké klinické aktivity.

NSA jsou užívána především pro symptomatickou úlevu a neovlivňují průběh onemocnění, není vhodné je podávat dlouhodobě. Celkově podávané glukokortikoidy, obvykle v malých dávkách (ekvivalent < 7,5 mg prednisonu denně slouží především k překlenutí doby do nástupu účinku chorobu-modifikujících léčiv nebo jsou podávány přechodně v období vyšší aktivity onemocnění. Dlouhodobé podávání i nízkých dávek glukokortikoidů je spojeno s rizikem nežádoucích účinků, a proto není vhodné. U pacientů s aktivitou malého počtu kloubů lze s výhodou využít lokální aplikace glukokortikoidů do postižených kloubů.

Základem farmakoterapie revmatoidní artritidy jsou tzv. chorobu-modifikující léčiva, která ovlivňují průběh

onemocnění a zpomalují rentgenovou progresi. Jejich podávání by mělo být zahájeno v okamžiku stanovení diagnózy revmatoidní artritidy. Lékem volby je methotrexát. Pokud dojde k selhání léčby prvním chorobu-modifikujícím léčivem, můžeme zvolit jiné (leflunomid, sulfasalazin, případně hydroxychlorochin), podávat kombinaci několika zároveň anebo zahájit léčbu tzv. cílenou (biologická léčba nebo inhibitory janusových kináz). Včasné nasazení cílené léčby je vhodné zvláště u nemocných s vysokou aktivitou onemocnění a/nebo s rizikovými faktory nepříznivého vývoje. Důležitou součástí léčby je také léčba bolesti, fyzioterapie a léčebná rehabilitace. U nemocných se strukturálním poškozením mohou být indikovány chirurgické zákroky včetně kloubních náhrad. Důležitá je také diagnostika a léčba přidružených onemocnění (např. kardiovaskulární onemocnění, deprese). Lázeňská léčba je vhodná především v období nižší aktivity onemocnění. Komplexní lázeňskou léčbu v rozsahu 28 dnů jednou v kalendářním roce lze poskytnout nemocným na základě doporučení revmatologa od II. stadia choroby s funkčním postižením třídy „B“.

1.6. ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PÉČI O PACIENTA S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU

Praktický lékař hraje klíčovou roli v komplexní péči o nemocné s revmatoidní artritidou. Po zahájení léčby je nezbytné pravidelně monitorovat možný výskyt nežádoucích účinků farmakoterapie, což zahrnuje pravidelné laboratorní odběry a případně další vyšetření. Aktivita onemocnění kolísá a v období exacerbací je třeba léčbu ve spolupráci s revmatologem upravit či změnit. Součástí péče o nemocné s revmatoidní artritidou je také léčba bolesti, ta nemusí odpovídat aktivitě onemocnění a zároveň výrazně ovlivňuje kvalitu života. Nemocní s revmatoidní artritidou mají zvýšené riziko osteoporózy, kardiovaskulárních, infekčních a maligních onemocnění. Úkolem praktického lékaře je proto koordinace péče zaměřené na monitorování a léčbu komorbidit, včetně ovlivnění rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, zajištění odpovídajícího očkování a podpory zdravého životního stylu. Pozornost je třeba věnovat také psychickému zdraví nemocných s revmatoidní artritidou, kteří častěji trpí depresemi, úzkostnými stavy a poruchami spánku.

1.7. POSUDKOVÉ HLEDISKO

V období vyšší klinické aktivity revmatoidní artritidy může být, v závislosti na vykonávaném povolání, indikována krátkodobá pracovní neschopnost. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti u nemocných s revmatoidní artritidou je třeba zohlednit především aktivitu onemocnění, přítomnost strukturálního poškození a omezení funkčních schopností nemocných. Při hodnocení aktivity revmatoidní artritidy se používají validizované kompozitní indexy (*Tabulka 3*), morfologické stadium je založeno na RTG nálezů, pro hodnocení funkčního

Tabulka 3: Klasifikační kritéria ACR/EULAR pro revmatoidní artritidu

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 bodů z deseti možných.

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

ACPA – protilátky proti citrulinovaným peptidům, CRP – C reaktivní protein, FW – sedimentace erytrocytů, RF – revmatoidní faktory

Tabulka 4: Posudkové hledisko

Funkční postižení	Míra postižení	Index aktivity a funkčního omezení	pokles pracovní schopnosti (%)
2a	lehké formy, zřídka recidivující, s trvalou lehkou poruchou funkce několika kloubů, stavy v remisi, bez výraznějších známek aktivity	HAQ 0–0,5 DAS 28 < 2,6	10–15
2 b	pomalou progredující formy, lehká až střední porucha funkce, některé denní aktivity vykonávány s obtížemi, s využitím kompenzačních mechanismů a prostředků, aktivita trvale nízká, možná občasné vzplanutí, stavy bez orgánového poškození a systémových projevů, rentgenová přechodná progresse minimální	HAQ > 0,5 < 1,0 DAS 28 < 3,2,	20–35
2c	středně těžké formy, střední až výraznější porucha funkce horních a/nebo dolních končetin, podstatné snížení celkové výkonnosti, některé denní aktivity omezeny, přítomny deformity a kloubní deformace, svalové atrofie, šlachové problémy, aktivita zpravidla střední až vysoká, trvalá rentgenová progresse	HAQ > 1,0 < 1,5 DAS 28 > 3,2	40–60
2d	těžké formy, těžká porucha funkce, těžké snížení celkové výkonnosti, většina denních aktivit omezena, destrukce a deformity kloubů, komplikace (nekrózy, subluxace, ankylozy, destrukce), výrazná rentgenová progresse, aktivita vysoká (u pozdní formy může již aktivita poklesnout)	HAQ > 1,5, DAS 28 > 5,1	70

omezení se v praxi užívá dotazník HAQ (Health Assessment Questionnaire). Zároveň je nutno přihlédnout i k délce trvání onemocnění, k odpovědi na léčbu a k přítomnosti mimokloubních projevů, systémových komplikací a komorbidit. Posudkové hledisko je uvedeno v *Tabulce 4*.

1.8. SHRNUTÍ PRO PRAXI

- 1) Revmatoidní artritida může vzniknout v jakémkoliv věku, typicky ve čtvrté a páté dekádě.
- 2) Onemocnění postihuje především drobné klouby končetin. Může být provázeno celkovými příznaky, jako jsou únava, nechutenství a subfebrilie.
- 3) Nemocní mívají vyšší hodnoty CRP a ve většině případů i pozitivitu revmatoidních faktorů a/nebo protilátek proti citrulinovaným proteinům. Normální hodnoty reaktantů akutní fáze ani negativní výsledek protilátek ale revmatoidní artritidu nevylučují.
- 4) Vyšetření revmatologem je indikováno u nemocných s otokem alespoň jednoho kloubu, s postižením MCP/ MTP kloubů (pozitivní test příčného stisku) a s ranní ztuhlostí, která trvá déle než 30 minut.
- 5) Léčba chorobu-modifikujícími přípravky by měla být zahájena co nejdříve, ideálně do tří měsíců od začátku příznaků.

2. SPONDYLOARTRITIDY

Spondyloartritidy představují skupinu chronických zánětlivých onemocnění pohybového aparátu a podle převažujícího postižení se rozlišují na:

1. axiální formy (neradiografická a radiografická/ankylozující spondylitida) a
2. periferní formy (psoriatická, enteropatická, reaktivní a juvenilní idiopatická artritida).

Prevalence spondyloartritid se odhaduje na 1–2 %, z toho dvě třetiny tvoří axiální formy. Axiální spondyloartritida začíná u mladších jedinců, obvykle mezi 25.–30. rokem; radiografická forma až třikrát častěji postihuje muže, zatímco u neradiografické formy a psoriatické artritidy je výskyt mezi pohlavími vyrovnaný. Nejvýraznější genetickou predispozicí je asociace s HLA-B27, zejména u axiální spondyloartritidy.

2.1. KDY MYSLET NA SPONDYLOARTRITIDU?

Axiální spondyloartritida začíná pozvolna, typicky u mladších jedinců (obvykle <45 let) a může se projevit 1) chronickou bolestí zad (>3 měsíce), většinou se znaky zánětlivé bolesti (pozdolný začátek, ranní ztuhlost >30 minut, bolest horší v klidu a v noci, zlepšení pohybem nebo po NSA), 2) periferní artritidou (často asymetrická, oligoartikulární, dolní končetiny, typicky koleno nebo hlezno), 3) entezitidou (bolestivý úpon, nejčastěji paty – Achillova šlacha, plantární fascie), 4) daktylitidou („párkovitý prst“), nebo 5) mimokloubními projevy (akutní přední uveitida, psoriáza, idiopatický střevní zánět).

Většina chronických bolestí zad má jinou příčinu, pouze asi 5 % představuje axiální spondyloartritidu. Proto není reálné, aby každého pacienta s bolestí zad vyšetřoval revmatolog. Zánětlivá bolest má odlišný charakter než běžná mechanická bolest při degenerativních změnách – nebývá vázána na pohyb, ale přetrvává v klidu, a hlavně v noci nad ráno, zatímco např. při herniaci intervertebrálního disku s kompresí odstupujícího nervového kořene či durálního vaku je bolest prudká, polohově závislá a často vystřelující do končetiny. Rozdíly mezi zánětlivou a mechanickou bolestí shrnuje *Tabulka 5*.

Periferní artritida u spondyloartritidy je obvykle asymetrická, oligoartikulární (<4 klouby) a nejčastěji postihuje dolní končetiny, někdy jen jediný kloub (např. koleno s výpotkem). U psoriatické artritidy kožní postižení obvykle předchází kloubním projevům. Obraz může být pestrý – od oligoartritidy přes symetrickou polyartritidu připomínající revmatoidní artritidu až po postižení distálních interfalangeálních kloubů. Zánět v této oblasti bývá často spojen s nehtovou psoriázou (dolíčkování, rýhování, žlutočervené (olejové) skvrny, zbělení nehtu – leukonychie, zhrubění kůže pod nehtovou ploténkou s odloučením nehtu – onycholýza). Vzácně se rozvíjí mutilující forma s destrukcí a teleskopickým zkrácením prstů.

Entezitida je zánět v místě úponu šlach či vazů na kost, může se jednat o první projev spondyloartritidy. Projevuje se bolestí, ztuhlostí a někdy otokem. Nejčastěji postihuje Achillovu šlachu a plantární fascie, ale i epikondyly, trochanter, patelu nebo kostochondrální spojení.

Daktylitida („párkový prst“) je difuzní otok celého prstu způsobený zánětem šlach a měkkých tkání. Je typickým znakem spondyloartritidy, i když se může objevit i u jiných onemocnění (např. dna, sarkoidóza, infekce).

Extraartikulární projevy spondyloartritidy zahrnují především akutní přední uveitidu, psoriázu a idiopatické střevní záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida). Uveitidu prodělá až třetina pacientů s axiální spondyloartritidou a někdy může předcházet rozvoji nemoci. Psoriáza se vyskytuje asi u 20 % a střevní záněty u 5 % pacientů s axiální spondyloartritidou. Naopak psoriatická artritida se rozvine u 20–30 % nemocných s lupénkou, obvykle po vzniku kožních projevů. Artritida při střevních zánětech se objevuje u méně než 10 % pacientů, nejčastěji v kolenech či hleznech a zpravidla koreluje s aktivitou enteropatie. Vzácně bývají postiženy i drobné klouby rukou s chronickým průběhem, který často naopak neodpovídá aktivitě střevního zánětu.

Tabulka 5: Rozdíl mezi zánětlivou a mechanickou bolestí zad

	Zánětlivá bolest zad	Mechanická bolest zad
Věk na počátku obtíží	< 40–45 let	Kdykoliv
Začátek nástupu obtíží	Pozvolný	Variabilní, může být akutní
Doba trvání	> 3 měsíce	Variabilní doba trvání
Noční bolest	Obvykle je horší v noci, může vést k probuzení v druhé polovině noci	Variabilní
Ranní ztuhlost	> 30 minut, může být těžká	Krátkodobá
Účinek fyzické aktivity	Lepší se při pohybu, žádné zlepšení v klidu	Horší se při pohybu, lepší se v klidu
Odpověď na NSA	Dobrá	Variabilní
Charakter bolesti	Častá je bolest dolních zad, může bolet kterýkoliv úsek páteře, typická je alternující bolest hýždí, nevede k propagaci do končetin, nepůsobí necitlivost, pálení nebo mravenčení	Kterýkoliv úsek páteře, může propagovat do končetin, může způsobit necitlivost, pálení nebo mravenčení

Upraveno podle Magrey MN, Danve AS, Ermann J, Walsh JA. Recognizing Axial Spondyloarthritis: A Guide for Primary Care. Mayo Clin Proc. 2020 Jul 29;S0025-6196(20)30153-1.

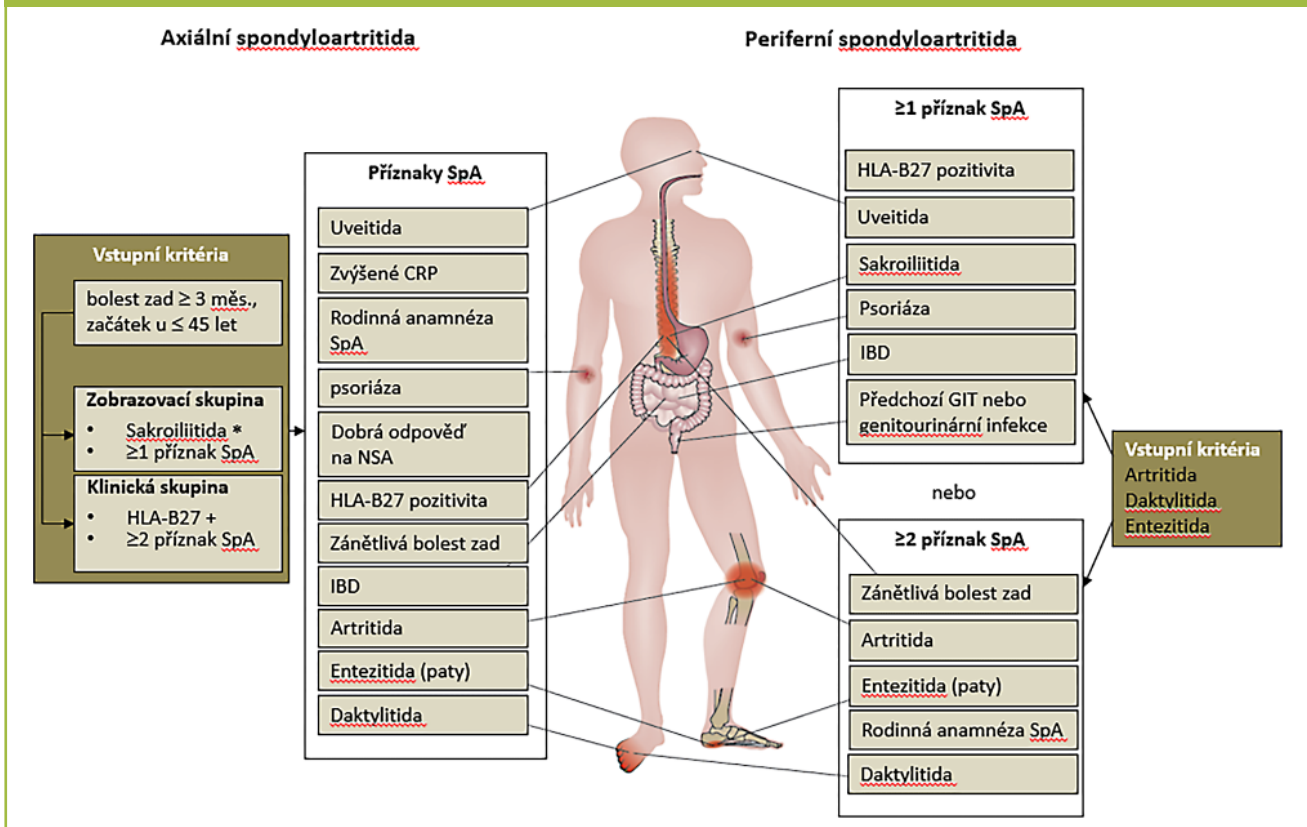
2.2. CO MŮŽE UDĚLAT PRAKTICKÝ LÉKAŘ?

Časně určené správné diagnózy a zahájení léčby vede k lepší prognóze a zároveň omezuje zbytečné diagnostické a terapeutické intervence. Při chronických bolestech zad a podezření na axiální spondyloartritidu je před odesláním ke specialistovi možné doplnit:

1. vyšetření CRP, ev. HLA-B27 (pozitivita sama o sobě neznamená nemoc)
2. podání NSA – první volba, dobrý efekt podporuje podezření na SpA
3. zobrazovací vyšetření (RTG, MR) – je vhodnější přenechat revmatologovi

2.3. KDY ODESLAT PACIENTA K REVMATOLOGOVI?

Pro časnou diagnostiku nebyl dosud vyvinut jednoduchý a spolehlivý test, proto jsou zásadní referenční strategie. Česká revmatologická společnost doporučuje tzv. Berlínskou strategii (*Obrázek 3*), kdy je podmínkou chronická bolest zad vzniklá před 45. rokem a trvající déle než 3 měsíce, spolu s alespoň jedním z následujících: 1) zánětlivý charakter bolesti nebo 2) pozitivita HLA-B27. Lze doporučit také využití kombinace dalších jednoduchých

Obrázek 3: Klasifikační kritéria axiální a periferní spondyloartritidy


Upraveno podle van Tubergen A. Nat Rev Rheumatol. 2015 Feb; 11(2):110-8, Rudwaleit M, et al. Ann Rheum Dis. 2009 Jun; 68(6):777-83, a Rudwaleit M, et al. Ann Rheum Dis. 2011 Jan; 70(1):25-31

* aktivní (akutní) zánět na magnetické rezonanci nebo definitivní rentgenová sakroilitida

SpA – spondyloartritidy; NSA – nesteroidní antirevmatika; CRP – C reaktivní protein; MR – magnetická rezonance; RTG – rentgen; HLA – human leukocyte antigen; IBD – idiopatický střevní zánět.

parametrů, jakými jsou: 1) dobrá odpověď na NSA, 2) ranní ztuhlost >30 minut a 3) zvýšené CRP (Obrázek 3). Při splnění podmínek těchto referenčních strategií je pravděpodobnost, že přibližně každý třetí pacient odeslaný k revmatologovi má skutečně axiální spondyloartritidu. V kombinaci s dalšími klinickými znaky se specifita dále zvyšuje.

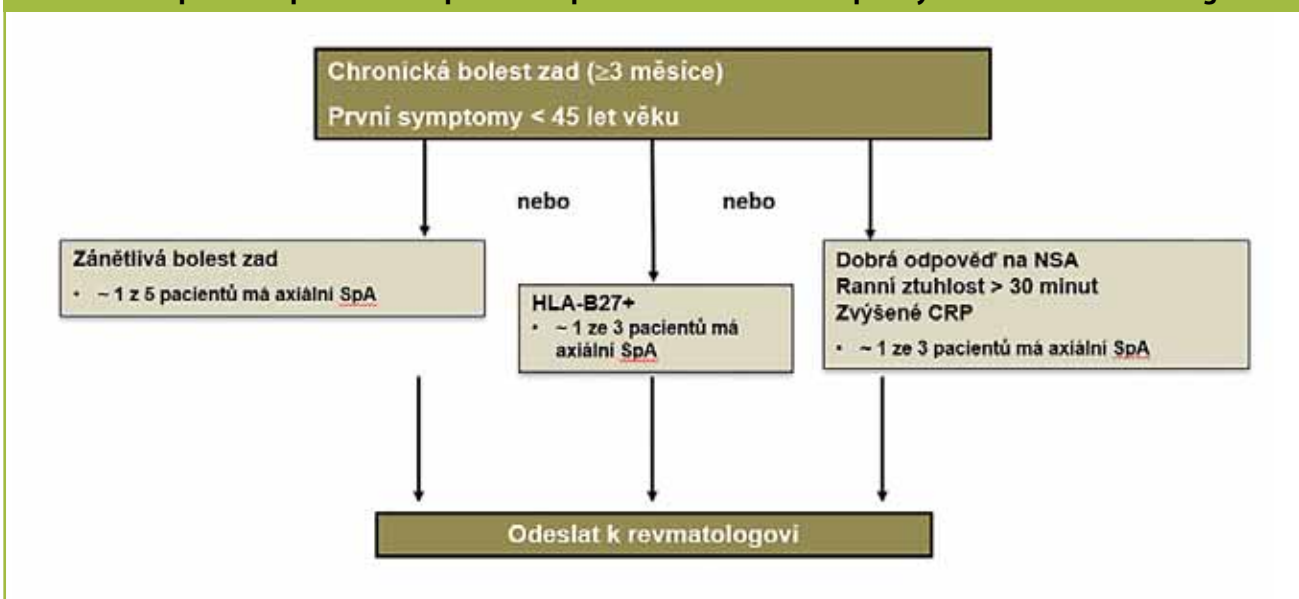
V běžné praxi má samotná zánětlivá bolest nízkou specifitu, podobně jako antigen HLA-B27. Je třeba mít na paměti, že nepřítomnost HLA-B27 diagnózu spondyloartritidy nevyklučuje, a naopak samotná pozitivita HLA-B27 diagnózu nepotvrzuje, protože tento antigen se vyskytuje asi u 8 % zdravé populace. Rentgen sakroiliakálních kloubů může být doplněn, avšak v časných stádiích má velmi nízkou senzitivitu. Typické rentgenové změny se objevují až po letech, zatímco magnetická rezonance umožňuje zachytit časný zánět v oblasti sakroiliakálních kloubů a stanovit diagnózu včas. Hodnocení nálezů je často náročné a vyžaduje zkušenosti, proto je vhodné zobrazovací vyšetření ponechat spíše na specializované pracoviště.

U periferní spondyloartritidy (nejčastěji psoriatické artritidy) nejsou jednotná referenční kritéria jako u axiální formy. U pacientů s psoriázou lze využít screeningové dotazníky pro časný záchyt artritidy. Prakticky je vhodné se cíleně ptát na bolesti a otoky kloubů, otok celého prstu, bolesti či otoky Achillovy šlachy, noční bolesti zad a nutnost užívání NSA.

2.4. NA CO MYSLET PŘI VYŠETŘENÍ PACIENTA S BOLESTÍ ZAD

Bolesti dolních zad mají velmi širokou škálu příčin. Nejčastěji jde o prosté bolesti zad po nadměrné zátěži, při natažení svalů či vazů, blokáde žeber nebo obratlů, případně sakroiliakálních kloubů. Tyto obtíže bývají akutní a obvykle vymizí během 2–4 týdnů. U mladých pacientů se mohou projevit i následky Scheuermannovy choroby s časnými degenerativními změnami či herniací meziobratlové ploténky. U žen po porodu je častá iliitis condensans, charakterizovaná trojúhelníkovou sklerózou na rentgenovém snímku. Ve vyšším věku je třeba myslet na Forestierovu nemoc (DISH, difúzní idiopatická skeletální hyperostóza), časté jsou také poúrazové změny, stenóza páteřního kanálu nebo dysfunkce sakroiliakálního kloubu. Mechanické bolesti jsou typicky vázané na pohyb, na rozdíl od zánětlivých bolestí přetrvávajících převážně v klidu. Diferenciálně diagnosticky je třeba zvážit i viscerální bolesti, infekce či nádorová onemocnění. Pomocnými ukazateli u chronických bolestí mohou být zvýšené CRP a pozitivita HLA-B27, je však nutné mít na paměti jejich omezenou specifitu.

Obrázek 4: Doporučení pro odeslání pacienta s podezřením na axiální spondyloartritidu k revmatologovi



Upraveno podle: Sieper J et al. Ann Rheum Dis 2005;64:659-63 a Baraliakos X, et al. Rheumatology (Oxford). 2020 Dec 1;59(12):3845-3852.

1. SpA – spondyloartritidy; HLA-B27 – humánní leukocytární antigen-B27; NSA – nesteroidní antirevmatika

Periferní spondyloartritidu je nutné odlišit od jiných artritid. Polyartikulární psoriatická artritida může připomínat revmatoidní artritidu, při postižení distálních interfalangeálních kloubů je někdy obtížné odlišit ji od erozivní osteoartrózy. Při monoartritidě je nezbytné zvážit krystalové artropatie, septickou artritidu či lymeskou boreliózu.

2.5. DIAGNOSTIKA

Diagnostika onemocnění je především klinická a provádí ji revmatolog, většinou na základě klasifikačních kritérií pro axiální nebo periferní spondyloartritidu s využitím klinických příznaků, laboratorních ukazatelů a zobrazovacích metod (Obrázek 4).

2.6. LÉČBA

V ordinaci praktického lékaře je vhodné zahájit podávání NSA, která jsou lékem první volby. Dobrá odpověď navíc podporuje podezření na spondyloartritidu. NSA mají protizánětlivý i analgetický účinek; preferují se přípravky s delším poločasem. Délka podávání je individuální, při přetrvávajících symptomech a zvýšeném CRP se doporučuje kontinuální léčba.

Další léčba patří do rukou revmatologa. U čistě axiální formy nejsou účinné a nepodávají se systémové glukokortikoidy, ani klasické choroby modifikující léky (např. methotrexát). Pokud NSA nestačí, nasazuje se biologická terapie, nejčastěji inhibitory TNF (infiximab, adalimumab, etanercept, golimumab nebo certolizumab pegol) nebo inhibitory IL-17 (secukinumab, ixekizumab nebo bimekizumab), případně inhibitory Janus kináz (tofacitinib, upadacitinib). U periferní artritidy se podávají choroby modifikující antirevmatické léky jako u revmatoidní artritidy, nejčastěji methotrexát, leflunomid nebo sulfasalazin; při entezitidě nebo daktylitidě lze aplikovat glukokortikoid lokálně. Systémové glukokortikoidy se nedoporučují. Při nedostatečném účinku, intoleranci nebo kontraindikaci je možné doporučit biologickou nebo cílenou syntetickou léčbu. Kromě výše uvedených léků může revmatolog předepsat inhibitory IL-23 (guselkumab, risankizumab). Pokud není vyžadována léčba psoriatických kožních lézí, je možné zvážit modulátor kostimulační molekuly CD80/86 ovlivňující interakci s CD28 na T-lymfocytech (abatacept). Navzdory léčebnému pokroku je třeba mít na paměti, že spondyloartritidy jsou nevléčitelná onemocnění vyžadující ve většině případů léčbu trvalou.

Péče o pacienty se spondyloartritidou je komplexní a kombinuje farmakologické i nefarmakologické postupy. Zásadní je edukace a aktivní spolupráce pacienta s důrazem na pravidelné cvičení a rehabilitaci. U axiální spondyloartritidy fyzioterapeut po kineziologickém vyšetření stanoví krátkodobý i dlouhodobý plán zahrnující techniky měkkých tkání, mobilizace, protažení, post-izometrickou relaxaci a dle potřeby posilování oslabených svalů s aktivací hlubokého stabilizačního systému. Vhodné jsou vytrvalostní aktivity bez tvrdých doskoků či kontaktu (ideálně plavání); nezbytné je každodenní domácí cvičení. Skupinová terapie může být přínosná. Rehabilitace u periferní spondyloartritidy se řídí obdobnými zásadami jako u revmatoidní artritidy.

Komplexní lázeňská léčba v délce 28 dnů může být indikována pacientům s radiografickou axiální

spondyloartritidou, pokud jsou dlouhodobě sledováni a soustavně léčeni v rámci ambulantní péče. Opakování lázeňské léčby je možné jednou ročně. Obdobně lze lázeňskou péči doporučit i u psoriatické artritidy, je-li přítomno erozivní kloubní postižení a funkční omezení odpovídající třídě B, obdobně jako u revmatoidní artritidy.

2.7. ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PÉČI O PACIENTA SE SPONDYLOARTRITIDOU

Praktický lékař hraje velice důležitou roli v časném záchytu spondyloartritid, symptomatické terapii, prevenci komplikací a dlouhodobé koordinaci péče. Je často prvním, kdo může rozpoznat typické příznaky, a zajišťuje spolupráci mezi pacientem a revmatologem, případně dalšími specialisty (fyzioterapeut, ortoped). Pacientovi může předepsat NSA, ale rozhodně ne glukokortikoidy, protože mohou zkreslit klinický obraz periferní artritidy a nepatří ani do standardní léčby spondyloartritid. Praktický lékař by měl sledovat rizika dlouhodobé léčby NSA (gastrointestinální, renální, kardiovaskulární) a spolupracovat s revmatologem při monitoraci účinnosti a bezpečnosti konvenční, biologické nebo cílené léčby. Aktivita onemocnění často kolísá v čase a při vzplanutí je nezbytné léčbu upravit, někdy změnit. Důležitou součástí péče je také léčba bolesti, která obvykle souvisí se zánětlivou aktivitou, ale může být podmíněna i degenerativními změnami nebo dlouhodobým průběhem a poškozením pohybového aparátu, a tudíž nemusí korelovat s aktivitou choroby. Zároveň je nezbytná edukace o škodlivosti kouření, které zhoršuje průběh onemocnění i odpověď na biologickou léčbu. Významnou úlohou praktického lékaře je také prevence a léčba komorbidit – především kardiovaskulárního rizika, metabolických onemocnění, osteoporózy a infekcí. Nedílnou součástí péče je zajištění preventivního očkování (chřipka, pneumokok, COVID-19), podpora zdravého životního stylu, doporučení pravidelného cvičení a rehabilitace, které mají zásadní vliv na průběh onemocnění a jsou základem dlouhodobé péče zejména o pacienty s axiální spondyloartritidou. Pozornost je třeba věnovat i poruchám spánku a depresivním symptomům, které se vyskytují až u třetiny pacientů se spondyloartritidami a nepříznivě ovlivňují kvalitu života.

2.8. POSUDKOVÉ HLEDISKO

Spondyloartritidy jsou chronická onemocnění s významným funkčním dopadem na páteř i periferní klouby. Posudkově je nutné hodnotit zánětlivý charakter a rozsah postižení pohybového aparátu, zejména s ohledem na omezení hybnosti, intenzitu a trvání bolesti a tuhosti, schopnost setrávat v pracovní poloze, manipulovat s břemeny a udržet pracovní tempo; vždy s přihlédnutím ke střídání remisí a vzplanutí. Zohlednit je třeba i mimokloubní projevy (uveitida, psoriáza, IBD), komorbidit (kardiovaskulární riziko, osteoporóza, deprese, poruchy spánku) a možné nežádoucí účinky terapie. Rozhodující je aktuální klinický stav a funkční schopnost, nikoli pouze radiologický nálezní; i při minimálních strukturálních změnách může být nemoc výrazně limitující pro výkon dosavadní profese.

Při posudkovém hodnocení se současná aktivita onemocnění stanovuje pomocí indexů ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) nebo BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index); funkční postižení se hodnotí rozsahem hybnosti s popisem omezení a dotazníkem HAQ (Health Assessment Questionnaire). Uvádí se současná terapie včetně účinnosti, nežádoucích účinků či kontraindikací, komplikace onemocnění i léčby a ireverzibilní změny, stejně jako odhad prognózy. Posudkové hledisko je uvedeno v *Tabulce 6*.

Tabulka 6 Posudkové hledisko pro pacienty s axiální spondyloartritidou

Funkční postižení	Míra postižení	Index aktivity a funkčního omezení	pokles pracovní schopnosti
Minimální	* postižení jednoho úseku páteře, popř. periferních kloubů s minimálním omezením pohyblivosti	HAQ 0 – 0,5 BASDAI trvale < 4,0	10 %
Lehké	* + mírně aktivní onemocnění	HAQ 0,5 – 1,0 BASDAI převážně < 4,0	15–20 %
Středně těžké	* + středně těžkým omezením pohyblivosti a středně aktivní onemocnění	HAQ 1–1,5 BASDAI > 4,0	30–40 %
Těžké	postižení několika úseků páteře a vysoce aktivní onemocnění s velmi těžkým omezením pohyblivosti, omezeným rozvíjením hrudníku, fixovanou hrudní kyfózou a s funkčně významným postižením více než dvou velkých kloubů při dlouhodobě aktivním onemocněním	HAQ > 1,5 BASDAI > 4,0	45–60%
Velmi těžké	ztuhnutí všech úseků páteře, tzv. obraz bambusové páteře na rentgenovém snímku, je závažné funkční postižení páteře a více než dvou kloubů, velmi těžké omezení pohyblivosti až ankylóza nebo stav s funkčně závažnými poruchami ventilace, onemocnění může mít vysokou zánětlivou aktivitu, ale může být i vyhaslé	HAQ > 1,5, BASDAI > 4,0	65–70 %

Zkratky: BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis. Disease Activity Index); HAQ, Health Assessment Questionnaire

Kompozitní indexy aktivity hodnotí celkovou únavu, bolest krční páteře, zad nebo kyčlí, spontánní bolesti či otoky periferních kloubů, citlivost pohybového aparátu na tlak a intenzitu i trvání ranní ztuhlosti; index ASDAS tyto pacientem udávané obtíže kombinuje s laboratorním ukazatelem zánětu (CRP), a je proto méně zatížen chybou subjektivního hodnocení. Dotazník HAQ zahrnuje dotazy na potíže při běžných denních činnostech (oblékání, vstávání, chůze, stravování, hygiena aj.).

2.9. SHRNUTÍ PRO PRAXI

- 1) **Bolesti zad u mladších pacientů nejsou vždy mechanické.** Pokud mají znaky zánětlivé bolesti (pozdvolný začátek, ranní ztuhlost >30 minut, zhoršení v klidu, zlepšení při pohybu/NSA), myslete na spondyloartritidu.
- 2) **Nesteroidní antirevmatika** jsou lékem první volby, lze je podat ihned. Dobrá odpověď podezření na spondyloartritidu posiluje.
- 3) **Vyšetření CRP a eventuálně HLA-B27** může podezření podpořit, avšak jejich negativita diagnózu nevyklučuje.
- 4) **Zobrazovací vyšetření (RTG/MR)** je vhodné ponechat na revmatologovi – interpretace časných změn vyžaduje zkušenost.
- 5) **Včasně odeslání k revmatologovi** při kombinaci typických příznaků a laboratorního či klinického nálezu je klíčové pro stanovení diagnózy i zahájení účinné léčby.
- 6) **Myslete také na periferní a mimokloubní projevy** (artritida kolene či hlezna, daktylitida, entezitida, uveitida, psoriáza, idiopatický střevní zánět).

Praktický tip: U každého mladého pacienta s bolestí zad trvající déle než 3 měsíce si položte otázku: *nemůže jít o zánětlivou bolest?* Pokud ano, ať už na základě klinických projevů, laboratorních výsledků nebo dobré odpovědi na NSA, je na místě odeslání k revmatologovi.

3. REVMATICKÁ POLYMYALGIE

Revmatická polymyalgie (polymyalgia rheumatica) je nejčastější zánětlivé revmatické onemocnění vznikající ve věku nad 50 let. Postihuje 2–3× častěji ženy než muže, téměř výlučně ve věku nad 50 let, přičemž její incidence stoupá s věkem – s vrcholem mezi 70–80 lety. Prevalence kolísá od 0,012 % v jižní Evropě do 1,53 % v severní Evropě. Revmatickou polymyalgii může až v 20 % případů provázet obrovskobuněčná arteriitida. Podobně až 40–60 % případů obrovskobuněčné arteriitidy může provázet revmatická polymyalgie. Pro častý společný výskyt obou nosologických jednotek, sdílené patogenetické mechanismy, farmakoterapii a dobrou odpověď na léčbu glukokortikoidy se v poslední době zavádí koncept spektra onemocnění obrovskobuněčné arteriitidy – revmatické polymyalgie. Obě tyto jednotky mají řadu společných rysů, které je však potřebné odlišit jak v diagnostice a její náležitosti, tak ve vedení a urgentnosti terapie.

3.1. KDY MYSLET NA REVMATICKOU POLYMYALGII?

Pro revmatickou polymyalgii je typický subakutní, plíživý, ale vzácně i rychlý nástup bolesti a ztuhlosti ve třech charakteristických oblastech: 1) ramen a horní části paží, 2) krku a šíje a 3) pánve, hýždí, kyčlí, horní části stehien či dolní části zad. Symptomy mají zánětlivý charakter, jsou tedy horší v klidu nebo v noci, mohou významně narušovat spánek. Provází je ranní ztuhlost, většinou delší než 45–60 minut, a omezení hybnosti, které se postupně zmírňuje pohybem. Pacienti mají často po ránu problém vstát z lůžka, obléct se či učesat si vlasy, někdy mohou mít i svalovou slabost v oblasti pletenců. První postiženou oblastí bývají oba ramenní pletence, vzácněji vidáme i jednostranné postižení, které se postupně rozšiřuje na obě ramena.

Při fyzikálním vyšetření bývá omezena aktivní hybnost kloubů pro bolest, zatímco pasivní hybnost i svalová síla mohou být zachovány. Může být přítomná palpační bolestivost postižených oblastí a v pozdější fázi i atrofie svalů.

Časté jsou celkové nespecifické projevy systémového zánětu, jako jsou nechutenství, hubnutí, únava, nevykonnost, deprese a subfebrilie, které mají většinou mírnější intenzitu než u obrovskobuněčné arteriitidy.

Charakteristickým laboratorním nálezem je zvýšení reaktantů akutní fáze, zejména rychlosti sedimentace erytrocytů a CRP, ale až v 20 % případů můžeme nalézt sedimentaci nižší než 30 mm/h. Systémový zánět obvykle provází i anémie chronických chorob (normocytární, normochromní), trombocytóza, méně často leukocytóza, elevace imunoglobulinů třídy G a alkalické fosfatázy a pokles albuminu. Vyšetření autoprotilátek se provádí z diferenciálně diagnostických důvodů a je obvykle negativní (Tabulka 7).

Revmatickou polymyalgii může až v pětině případů provázet obrovskobuněčná arteriitida charakterizovaná zánětem středně velkých až velkých tepen s obávanými komplikacemi v podobě permanentní ztráty zraku, disekce nebo ruptury aorty či cévní mozkové příhody, kterým se dá většinou předejít urgentním vyšetřením a okamžitým zahájením příslušné terapie. Pro obrovskobuněčnou arteriitidu jsou charakteristické kraniiální nebo extrakraniální manifestace, případně jejich překryv. Jde nejčastěji o bolest hlavy (citlivost skalpu), poruchy

Tabulka 7: Charakteristické rysy, klinické příznaky a laboratorní obraz pro revmatickou polymyalgii

Populace
Věk ≥ 50 let (nejčastější výskyt ve věku 70–80), častěji ženy a kavkazská rasa ze severu Evropy
Klinické příznaky
Subakutní, plíživý (vzácně rychlý) nástup obtíží, bilaterální postižení
Bolest (klidová, noční), ztuhlost, omezená hybnost ramenních a kyčelních pletenců a krku/šije
Ranní ztuhlost ≥ 45–60 minut, postupné zlepšení pohybem
Nechutenství, necílené hubnutí, únava, nevykonnost, deprese, subfebrilie (nejčastěji < 38 °C)
Fyzikální vyšetření
Palpační bolestivost a omezená aktivní hybnost postižených oblastí
Laboratorní nález
Zvýšení FW (nejčastěji 40–50 mm/h) a CRP (nejčastěji 40–50 mg/l); až 20 % má normální FW!
Normocytární normochromní anemie, trombocytóza, zvýšení IgG a ALP, pokles albuminu
Negativní RF, anti-CCP, ANA

FW – rychlost sedimentace erytrocytů; CRP – C-reaktivní protein; IgG – imunoglobulin G; ALP – alkalická fosfatáza; RF – revmatoidní faktor; anti-CCP – protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu; ANA – antinukleární protilátky

zraku (rozmazané vidění, omezení zorného pole, náhlá ztráta zraku, diplopie), bolestivou, zarudlou, prominující temporální arterii s vymizelou pulzací, klaudikační bolesti žvýkačích svalů nebo jazyka, parézu kraniálních nervů, horečku, tinitus, případně specifické příznaky spojené s lokálním postižením tepen středního až velkého kalibru (např. klaudikace končetin, kardiovaskulární a cerebrovaskulární příhody).

3.2. CO MŮŽE UDĚLAT PRAKTICKÝ LÉKAŘ?

Praktický lékař by měl časně identifikovat typické symptomy revmatické polymyalgie, zahájit základní klinické a laboratorní vyšetření a vyloučit jiné příčiny přítomných symptomů (tabulka 8) – zejména infekce a malignity, a současný výskyt obrovskobuněčné arteriitidy:

- 1) Anamnéza: rychlý rozvoj příznaků (dny až týdny) jako bolest ramenních a pánevních pletenců či šije, ranní ztuhlost > 45 minut, celkové příznaky; pátrání po symptomech obrovskobuněčné arteriitidy či otoku kloubů
- 2) Klinické vyšetření: základní (celkové) fyzikální vyšetření, vyšetření kloubů (obvykle bez otoků), zvedání paží a zvedání se ze židle (omezené); vyšetření temporálních (bolestivé nodularity, oslabené pulzace při podezření na obrovskobuněčnou arteriitidu) a radiálních tepen (absence při podezření na obrovskobuněčnou arteriitidu)
- 3) Laboratorní vyšetření: CRP, FW, krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů, renální funkce, jaterní testy, mineralogram, hormony štítné žlázy.

Není doporučeno, aby praktický lékař vyšetřoval autoprotilátky (jako např. revmatoidní faktory, protilátky proti citrulinovaným peptidům či antinukleární protilátky – bývají u revmatické polymyalgie negativní) nebo indikoval rentgenové snímky postižených pletenců. Tyto metody mohou v terénu vést k falešně pozitivním nebo negativním výsledkům a ke zpoždění diagnózy a zvýšeným nákladům. Chybná diagnóza může být stanovena u revmatologů až v 30 % a u praktických lékařů ještě častěji.

Je zásadní, aby praktický lékař informoval všechny pacienty s podezřením na revmatickou polymyalgii (ideálně písemně) o možném překryvu s obrovskobuněčnou arteriitidou. Pacienti by měli být poučeni o nutnosti naléhavě vyhledat lékařskou pomoc, pokud se u nich objeví charakteristické příznaky obrovskobuněčné arteriitidy.

3.3. KDY ODESLAT PACIENTA K REVMATOLOGOVÍ?

Recentně byly publikovány doporučené postupy pro praktické lékaře pro časný odeslání pacientů s podezřením na revmatickou polymyalgii k specializovanému vyšetření revmatologovi, které obsahují pět základních bodů:

- 1) U každého jedince s podezřením na nebo s nedávno diagnostikovanou revmatickou polymyalgií by měla být zvážena možnost specializovaného vyšetření.
- 2) Před odesláním jedince s podezřením na revmatickou polymyalgii ke specialistovi by měla být provedena důkladná anamnéza a klinické vyšetření, pokud možno doplněné o neodkladné základní laboratorní testy.
- 3) Jedinci s podezřením na revmatickou polymyalgii se závažnými příznaky by měli být odesláni k odbornému vyšetření pomocí strategie rychlého přístupu – např. prostřednictvím ambulance pro časný záchyt revmatické polymyalgie (ideálně do týdne). V případě podezření na obrovskobuněčnou arteriitidu by pacienti měli být vyšetřeni specialistou ideálně ještě též pracovní den (pokud možno, maximálně do 3 pracovních dnů).
- 4) U jedinců s podezřením na revmatickou polymyalgii, kteří jsou odesláni prostřednictvím rychlého přístupu, by

mělo být zahájení léčby glukokortikoidy odloženo až do doby, kdy bude provedeno vyšetření revmatologem. Pokud nemůže být zajištěn rychlý přístup k vyšetření revmatologem, lze při přítomnosti závažných příznaků podání glukokortikoidů praktickým lékařem ospravedlnit.

- 5) Pacienti s diagnózou revmatické polymyalgie potvrzenou revmatologem s dobrou odpovědí na glukokortikoidy a s nízkým rizikem nežádoucích účinků souvisejících s glukokortikoidy mohou být dále léčeni praktickým lékařem. Pokud se nedaří vysadit glukokortikoidy nebo je podezření na obrovskobuněčnou arteriitidu, měli by být znovu neprodleně referováni na revmatologii.

3.4. NA CO MYSLET PŘI VYŠETŘENÍ PACIENTA S BOLESTÍ A RANNÍ ZTUHLOSTÍ V OBLASTI RAMENNÍHO A PÁNEVNÍHO PLETENCE A ŠÍJOVÝCH SVALŮ

Bolest a ztuhlost v oblasti ramenního a/nebo pánevního pletence či šíjových svalů mohou mít řadu příčin. V diferenciální diagnostice revmatické polymyalgie je potřebné na prvním místě vyloučit infekční onemocnění (virové, endokarditida, tuberkulóza, osteomyelitida) a malignity (lymfom, myelom).

Pro časté poškození ramenních pletenců může být v praxi složité odlišit revmatoidní artritidu začínající ve vyšším věku a nemoc z ukládání krystalů kalciumpyrofosfátdihydrátu (neboli chondrokalcinóza či pseudodna), která je většinou monoartikulární. Odlišit je třeba systémové vaskulitidy a jiná zánětlivá revmatická onemocnění, např. periferní spondyloartritidy, remitující symetrickou séronegativní synovitidu s plastickým edémem, zánětlivé myopatie a jiná systémová onemocnění pojiva, fibromyalgii a mnohem častější revmatismus měkkých tkání, např. syndrom zmrzlého ramene, burzitidy a tendinitidy bicepsu či rotátorové manžety.

Myslet musíme i na léky indukované myalgie (statiny, glukokortikoidy, kolchicin), endokrinní (hypertyreóza, hypotyreóza, hyperparatyreóza, hypovitaminóza D) a neurologická onemocnění (Parkinsonova nemoc) nebo chronické muskuloskeletální bolesti jiného původu (*Tabulka 8*).

3.5. DIAGNOSTIKA

Pro revmatickou polymyalgii neexistuje specifický diagnostický test, diagnózu stanovujeme na základě charakteristických klinických symptomů u staršího jedince za přítomnosti zvýšených reaktantů akutní fáze po vyloučení jiných onemocnění, které ji mohou napodobovat (*Tabulka 7, 8*). Určitou pomocí v diagnostice může být i skutečnost, že u nemocných s revmatickou polymyalgií dochází po podání glukokortikoidů typicky k rychlému a dramatickému zlepšení klinického stavu během několika málo dnů a k normalizaci zvýšených reaktantů akutní fáze v průběhu několika týdnů.

Stále častěji je revmatology využíván při diagnostice ultrazvuk, který dokáže detekovat typické, ale nespecifické, známky revmatické polymyalgie: tendinitida bicepsu, burzitida (subakromiální, subdeltoidní, ischiogluteální, iliopsoatická, trochanterická či interspinózní v oblasti krční a bederní páteře) a synovitida (glenohumerální, koxofemorální, intervertebrální), případně u konkomitantní obrovskobuněčné arteriitidy bývá přítomno hypo- až anechogenní halo kolem zesílené tepenné stěny („halo sign“) při vyšetření poškozených temporálních nebo axilárních tepen. Nejspecifičtějším ultrazvukovým nálezem pro revmatickou polymyalgii je bilaterální subakromiální burzitida. Podobně se do popředí dostává i využití pozitronové emisní tomografie v kombinaci s výpočetní tomografií (PET-CT), které je schopné odhalit aktivitu kloubních i mimokloubních struktur, vaskulitidu středně velkých až velkých tepen, případně skrytou malignitu.

K diagnostice revmatické polymyalgie lze v praxi využít i klasifikační kritéria navržená pracovní skupinou ACR a EULAR v roce 2012 (*Tabulka 9*).

Diagnostika obrovskobuněčné arteriitidy se opírá o přítomnost specifických klinických příznaků, fyzikální a laboratorní vyšetření a potvrzení diagnózy pomocí jedné ze zobrazovacích metod: i) v případě podezření na poškození kraniálních tepen: ultrazvuk temporálních a axilárních tepen, alternativně MRI s vysokým rozlišením nebo PET, ii) v případě podezření na poškození aorty a odstupujících větev: PET/CT, alternativně MRI nebo CT. Případně se dá využít i biopsie a histologické vyšetření temporální arterie, pokud je zavedena, aby nedošlo ke zpoždění diagnostiky a léčby (*Tabulka 10*).

3.6. LÉČBA

Zlatým standardem léčby revmatické polymyalgie jsou glukokortikoidy, které umožňují rychlé potlačení symptomů onemocnění. Většina pacientů odpoví během několika dnů na prednison v iniciální dávce 12,5–25 mg denně (obvykle 15 mg denně). Tato dávka se volí podle rizika vzniku nežádoucích účinků glukokortikoidů, komorbidit nebo relapsu a podává se obvykle 2–4 týdny do dosažení klinické a laboratorní remise. Poté lze postupně snížit iniciální dávku prednisonu na 10 mg denně v průběhu 1–2 měsíců, podle klinického stavu pak snižovat přibližně o 1 mg každé 1–2 měsíce; průměrná délka léčby glukokortikoidy představuje 1–2 roky.

Tabulka 8: Diferenciální diagnostika revmatické polymyalgie

Nemoc	Příznaky
Zánětlivá onemocnění	
Revmatoidní artritida s nástupem v pozdním věku	Symetrická polyartritida, pozitivita RF, anti-CCP, můžou být eroze na RTG
Spondyloartritidy s nástupem v pozdním věku	Rizomelická forma axiálních spondyloartritid (zpravidla u mladších), zánětlivá bolest zad, bolestivost hýždí, sakroileitida na RTG Periferní spondyloartritidy (nejčastěji psoriatická artritida)
Systémový lupus erythematoses s nástupem v pozdním věku	Systémové manifestace (postižení kůže nebo orgánů, serositida), pozitivita ANA, snížený komplement
Krystalové artropatie (nejčastěji nemoc z ukládání kalciumpyrofosfátdihydrátu)	Artritida středních (zápěstí) a velkých (kolena) kloubů, intermitentní ataky, charakteristický RTG a USG nález, krystaly ve výpotku
Remitující séronegativní symetrická synovitida s plastickým edémem (RS3PE)	Periferní edém, synovitida šlach extenzorů ruky na USG, může být paraneoplastické etiologie
Idiopatické zánětlivé myopatie	Primárně svalová slabost, elevace svalových enzymů, EMG a MRI známky myopatie
Systémové vaskulitidy jiné než obrovskobuněčná arteriitida	Postižení vícero orgánů, pozitivita ANCA protilátek nebo kryoglobulinů, pokles komplementu, nález v močovém sedimentu, na EMG, zobrazovacích metodách, v biopsii
Nezánětlivá onemocnění	
Osteoartróza	Zhoršení bolesti po zátěži, normální RAF, degenerativní změny na RTG
Tendinopatie	Mechanická bolest a omezení hybnosti, změny na zobrazovacích metodách
Fibromyalgie	Únava, chronická generalizovaná difúzní bolest, nižší věk rozvoje obtíží
Spondylóza a spinální stenóza	Hypestezie, parestezie, svalová slabost, normální RAF
Parkinsonova nemoc	Primárně svalová ztuhlost, třes
Infekce (např. endokarditida, septická artritida)	Febrilie, srdeční šelest, leukocytóza, pozitivní hemokultura
Tumory a paraneoplastické syndromy	Hubnutí, difúzní symptomy i mimo ramenní či kyčelní pletence, chybí odpověď na nízkou dávku glukokortikoidů
Léky indukovaná myopatie (statiny, glukokortikoidy, kolchicin)	Chybí celkové příznaky, svalová slabost a bolest, zlepšení po vysazení léčby, elevace svalových enzymů, pozitivita anti-HMGCR protilátek
Osteomalacie	Difúzní bolest a slabost, deficeence vitamínu D, zvýšení ALP, nálezy na zobrazovacích metodách
Onemocnění štítné žlázy a příštítných tělísek	Typické celkové projevy pro endokrinopatii, abnormální hodnoty hormonů štítné žlázy, vápníku, fosforu, parathormonu

RF – revmatoidní faktor; anti-CCP – protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu; RTG – rentgen; USG – ultrazvuk; EMG – elektromyografie; MRI – magnetická rezonance; RAF – reaktanty akutní fáze; anti-HMGCR – protilátky proti 3-hydroxy-3-methylglutaryl-koenzym A reduktáze; ANCA – protilátky proti cytoplasmě neutrofilů; ALP – alkalická fosfatáza. Upraveno podle Mahmood SB, et al. Polymyalgia rheumatica: An updated review. Cleve Clin J Med. 2020;87(9):549-556.

Tabulka 9: ACR/EULAR klasifikační kritéria pro revmatickou polymyalgii (2012)

Povinná kritéria: věk ≥ 50 let, bolest obou ramenních pletenců, elevace CRP a/nebo FW		
Další kritéria	Body bez USG*	Body s USG#
Ranní ztuhlost > 45 minut	2	2
Bolest nebo omezená hybnost pánevních pletenců	1	1
Nepřítomnost autoprotilátek (RF, anti-CCP)	2	2
Nepřítomnost periferní artritidy	1	1
Ultrazvuk: * ≥ 1 ramenní kloub se subdeltoidní burzitidou a/nebo tenosynovitiidou bicepsu a/nebo glenohumerální synovitiidou a ≥ 1 kyčelní kloub se synovitiidou a/nebo trochanterickou bursitiidou nebo * Oba ramenní klouby se subdeltoidní burzitidou a/nebo tenosynovitiidou bicepsu a/nebo glenohumerální synovitiidou	N/A nebo N/A	1 1

CRP, C-reaktivní protein; FW – rychlost sedimentace erytrocytů; USG – ultrazvuk; RF – revmatoidní faktor; anti-CCP – protilátky proti citrulinovaným peptidům; N/A – nelze uplatnit

* Bez USG: skóre ≥ 4 je klasifikováno jako PMR (senzitivita 68 %, specifická 78 %)

Tabulka 10: Doporučení EULAR pro diagnostiku obrovskobuněčné arteriitidy (2018)

Klinické příznaky	Fyzikální vyšetření	Zobrazovací a laboratorní vyšetření
Nástup perzistentní lokalizované bolesti hlavy, často ve spánkové oblasti	Citlivost a/nebo ztluštění a. temporalis superficialis s/bez snížené pulzace, citlivost skalpu	USG nebo MR temporální nebo jiné kraniální tepny
Celkové nespecifické projevy (hubnutí >2 kg, subfebrilie, únava, noční pocení)		USG, CT, PET/CT nebo MR aorty a/nebo jejich extrakraniálních větev
Klaudikační bolesti žvýkacích svalů/jazyka	Positivní test žvýkání (5 min žvýkačka)	Biopsie a histologie a. temporalis superficialis
Akutní oční symptomatologie (amaurosis fugax, náhlá bezbolestná ztráta zraku, diplopie)	Patologické oftalmologické nálezy (přední ischemická optická neuropatie, paréza n. oculomotorius, okluze a. centralis retinae a/nebo jejich větev, choroidální ischemie)	Zvýšení FW (až 4 % má normální FW!) a CRP Trombocytóza Anémie chronických chorob Elevace ALP, α 1 a α 2 globulinů Negativní RF, anti-CCP, ANA
Klaudikace končetin	Snížený/asymetrický pulz/tlak v tepně končetin, šelesty periferních tepen (zejména a. subclavia, axillaris, femoralis, poplitea)	
Symptomy revmatické polymyalgie	Palpační bolestivost a omezená aktivní hybnost ramenních a kyčelních pletenců	

S USG (volitelné): skóre ≥ 5 je klasifikováno jako PMR (senzitivita 66 %, specificita 81 %)

Upraveno podle Dasgupta B, et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2012;71(4):484-92.

USG – ultrasonografie; MR – magnetická rezonance; CT – počítačová tomografie; PET – pozitronová emisní tomografie; FW – rychlost sedimentace erytrocytů; CRP – C-reaktivní protein; ALP – alkalická fosfatáza; RF – revmatoidní faktor; anti-CCP – protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu; ANA – antinukleární protilátky. Upraveno podle Helmich B et al. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):19-30.

Vysazování kortikoterapie musí být velmi pozvolné, protože relapsy jsou u revmatické polymyalgie poměrně časté (23–55 %), hrozí především při rychlém snižování nebo předčasném ukončení kortikoterapie. Zahraniční data ukazují, že u některých pacientů, u nichž zahájili léčbu revmatické polymyalgie praktičtí lékaři, se setkáváme s nízkou anebo zbytečně vysokou iniciační dávkou, a zejména s příliš rychlým snížením dávky glukokortikoidů, vedoucím k častějším relapsům. Při relapsu je potřebné zvýšit prednison na předcházející účinnou dávku a poté snižovat v průběhu 1–2 měsíců na původní dávku, při které došlo k relapsu.

U pacientů s dlouhým trváním onemocnění nebo s opakovanými relapsy, eventuálně s přítomností komorbidit nebo s vysokým rizikem toxicity glukokortikoidů by mělo být revmatologem zváženo užití glukokortikoidy šetřících léků, nejčastěji methotrexátu (v dávce 10–25 mg/týden). Biologickými preparáty s nejrobustnější evidencí o glukokortikoidy šetřícím účinku jsou inhibitory receptoru IL-6 (tocilizumab a sarilumab). Sarilumab má schválenou indikaci pro léčbu revmatické polymyalgie, ale protože zatím nebyla schválena jeho úhrada, je nutné žádat revizního lékaře o schválení léčby podle § 16. Mezi alternativní slibné preparáty s výrazně menší mírou evidence o glukokortikoidy šetřícím účinku pak patří např. secukinumab (inhibitor IL-17), rituximab (anti-CD20), tofacitinib (inhibitor JAK) nebo abatacept (inhibitor kostimulace T lymfocytů).

Vzhledem k dlouhodobému podávání glukokortikoidů je zvýšené riziko rozvoje nežádoucích účinků až ve 2/3 případech. Nejčastěji jde o glukokortikoidy indukovanou osteoporózu (25 %) a patologické fraktury (14 %). U všech pacientů s revmatickou polymyalgií se proto doporučuje před zahájením léčby glukokortikoidy změřit denzitu kostního minerálu (BMD), dlouhodobě zvýšit příjem vápníku (1200 mg denně) a vitamínu D3 (cholecalciferol 800 IU denně) a v případě hodnoty BMD T-skóre $<-1,5$ zvážit nasazení bisfosfonátů. Je nutné zabezpečit pravidelné kontroly klinického stavu a základních laboratorních parametrů pacienta, na počátku po 2–4 týdnech, dále pak ideálně po 2–3 měsících. Při kontrolách je třeba monitorovat rizikové faktory a projevy toxicity glukokortikoidů, rizikové faktory relapsu nemoci (ženské pohlaví, vyšší sedimentace, artritida periferních kloubů), aktualizovat komorbidity a jejich terapii a pátrat po možných projevech obrovskobuněčné arteriitidy, typicky po bolestech hlavy, bolestivém zduření temporální arterie, klaudikačních bolestech žvýkacích svalů nebo poruchách zraku. V případě podezření na obrovskobuněčnou arteriitidu je nezbytné okamžitě zahájení terapie vysokými dávkami glukokortikoidů: iniciační dávka 1 mg/kg/den prednisonu nebo 0,5–1 g/den methylprednisolonu i.v. tři dny po sobě v případě komplikované závažné obrovskobuněčné arteriitidy.

3.7. ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PÉČI O PACIENTA S REVMATICOU POLYMYALGIÍ

Praktický lékař má zásadní roli v časném rozpoznání typických klinických příznaků revmatické polymyalgie, symptomatické terapii, prevenci a detekci komplikací a koordinaci péče. Měl by podporovat zdravý životní styl, monitorovat projevy toxicity glukokortikoidů, výskyt nových komorbidit – zejména infekcí, osteoporózy, metabolických onemocnění a tradičních kardiovaskulárních rizikových faktorů a tyto adekvátně léčit. Je důležité zajistit preventivní očkování proti chřipce, pneumokokovi a SARS-CoV-2. Zásadní je aktivně pátrat po možných projevech obrovskobuněčné arteriitidy a při podezření na ní by měl být pacient urgentně předán do specializovaného revmatologického pracoviště k dalšímu vyšetření a okamžitému zahájení adekvátní terapie.

V případě, že praktický lékař rutinně diagnostikuje a léčí pacienty s revmatickou polymyalgií dle doporučených postupů, je nezbytné urychleně odeslat pacienta revmatologovi v případech:

- a) normálních anebo extrémně vysokých hodnot reaktantů akutní fáze na začátku onemocnění,
- b) atypických symptomů revmatické polymyalgie včetně přítomnosti periferní artritidy či orgánového postižení,
- c) špatné odpovědi na adekvátní dávky glukokortikoidů,
- d) zvažování nasedajícího nebo současně se vyskytujícího dalšího revmatického onemocnění,
- e) při klinickém podezření na obrovskobuněčnou arteriitidu, kdy by měl být pacient urgentně předán do specializovaného revmatologického pracoviště k dalšímu vyšetření a okamžitému zahájení adekvátní terapie.

3.8. POSUDKOVÉ HLEDISKO

Prognóza revmatické polymyalgie je ve srovnání s obrovskobuněčnou arteriitidou většinou příznivá. Samotná revmatická polymyalgie nepůsobí deformity a vyléčení bývá často ad integrum. Pokud však onemocnění není včas rozpoznáno a adekvátně léčeno, může výrazně zhoršit funkční schopnosti, fyzickou kondici i kvalitu života pacientů. U pracujících pacientů s revmatickou polymyalgií je vhodné rozhodnout o pracovní neschopnosti v aktivní fázi onemocnění, minimálně během prvních dvou měsíců nemoci je vhodné ordinovat klidový režim a fyzické šetření. Případnou invaliditu je možné posuzovat individuálně po ročním průběhu nemoci.

Dlouhodobá kortikoterapie s sebou nese řadu nežádoucích účinků. Ve srovnání se zdravou populací stejného věku mají pacienti s revmatickou polymyalgií přibližně 3× vyšší riziko makrovaskulárních příhod (kardiovaskulárních, cerebrovaskulárních a periferních) a 2–5× zvýšené riziko vzniku zlomenin obratlů a proximálního femuru či vývoje diabetes mellitus. Ve 12 % případů revmatické polymyalgie dochází v průběhu kortikoterapie k rozvoji arteriální hypertenze.

3.9. SHRNUTÍ PRO PRAXI

Revmatická polymyalgie je zánětlivé onemocnění postihující osoby starší 50 let, charakterizované bolestí a ztuhlostí ramenního a pánevního pletence a šíje, často s výrazně zvýšenými zánětlivými markery (CRP, sedimentace). Diagnóza je klinická, je nutné vyloučit jiné příčiny (např. revmatoidní artritidu, malignity, infekce a další) a v indikovaných případech využít zobrazovací metody (ultrazvuk, případně další) k potvrzení diagnózy nebo vyloučení obrovskobuněčné arteriitidy.

Praktický tip: U každého pacienta staršího 50 let s klidovou bolestivostí a ztuhlostí ramenního a/nebo pánevního pletence a/nebo šíje s vyšším CRP nebo sedimentací si položte otázku: *nemůže jít o revmatickou polymyalgii?* V tom případě je potřebné vyloučit jiné příčiny napodobující tyto klinické a laboratorní nálezy a odeslat pacienta k vyšetření revmatologem pomocí strategie rychlého přístupu.

4. DNAVÁ ARTRITIDA

Dna je metabolické onemocnění způsobené ukládáním urátových krystalů do kloubů a měkkých tkání následkem chronické hyperurikémie. Typické klinické projevy dny – akutní artritida, tenosynovitida, burzitida a celulitida – jsou způsobeny zánětlivou reakcí na urátové mikrokrystaly. Dna postihuje podle různých epidemiologických studií 1–2 % dospělých v Evropě a až 4 % v USA a představuje tak nejčastější zánětlivou artritidu u mužů a pravděpodobně i u všech dospělých osob vůbec. Prevalence dny stoupá s věkem, je výrazně vyšší u mužů než u žen, u kterých narůstá výskyt dny po menopauze.

4.1. KDY MYSLET NA DNU?

Lékař by měl uvažovat o diagnóze dny u pacienta s akutní, rychle vzniklou monoartritidou, postihující zejména první metatarzofalangeální kloub nebo klouby přednoží, která se projevuje bolestivým otokem s proteplením, zarudnutím a omezením funkce kloubu.

4.2. CO MŮŽE UDĚLAT PRAKTICKÝ LÉKAŘ?

Praktický lékař může (vzhledem k vysoké prevalenci dny a její v principu jednoduché léčbě) dnu u většiny pacientů sám diagnostikovat i léčit.

4.3. KDY ODESLAT PACIENTA K REVMATOLOGOVI?

Pacienta je vhodné odeslat k revmatologovi v těchto situacích:

- diagnostická nejistota (např. atypický průběh, nejasná odpověď na léčbu, nemožnost provést nebo interpretovat aspiraci kloubní tekutiny)
- refrakterní nebo komplikované případy (časté recidivy, přítomnost polyartikulární dny, tofy, chronické poškození kloubů, selhání standardní terapie)
- potřeba speciálních léků, které nejsou běžně dostupné v primární péči (např. biologická léčba)
- komorbidity nebo kontraindikace běžné terapie (např. závažné renální insuficience, intolerance běžných léků)

4.4. NA CO MYSLET PŘI VYŠETŘENÍ PACIENTA S DNOU?

Nejpravděpodobnější diagnózou u pacienta s akutní monoartritidou, zejména s rychlým nástupem bolesti, otokem, zarudnutím, proteplením a omezením funkce kloubu, je dna. Typická je lokalizace v oblasti dolních končetin (zejména bývá postižen první metatarzofalangeální kloub, tj. podagra), rychlý nástup (do 12 hodin) a výrazná intenzita bolesti. V diferenciální diagnostice je nutné zvážit také pseudodnu (nemoc z ukládání kalcium-pyrofosfátu, CPPD), která se často manifestuje akutní artritidou kolene nebo zápěstí a může být klinicky nerozeznatelná od dny. Dalšími častými příčinami jsou akutní exacerbace osteoartrózy (zejména erozivní forma), reaktivní artritida (artritida vzniklá několik týdnů po infekci) a časná fáze revmatoidní artritidy, která se někdy může manifestovat i jako mono- či oligoartritida. Nejdůležitější je vyloučit septickou artritidu, která se může klinicky překrývat s dnou i pseudodnou, ale vyžaduje urgentní léčbu. Pro septickou artritidu je charakteristické výrazné zvýšení zánětlivých markerů, leukocytóza, horečka, celkové příznaky a purulentní synoviální tekutina. Dále je nutné vyloučit bakteriální celulitidu nebo septickou burzitidu, které se také mohou manifestovat otokem, zarudnutím a bolestí v oblasti kloubu nebo burzy. Hemartros (tj. krvácení do kloubu – spontánní nebo při antikoagulační léčbě) je vzácnější, ale je nutné jej zvážit při atypickém průběhu nebo anamnéze krvácivých stavů.

4.5. DIAGNOSTIKA

Dnu bychom měli optimálně diagnostikovat na základě mikroskopického průkazu krystalů urátu sodného z aspirátu synoviální tekutiny, nebo z nátěru křídovitého materiálu z tofu. Pokud to není možné, musíme se pokusit postavit diagnózu na kombinaci informací získaných z anamnézy, klinického obrazu a laboratorních a zobrazovacích metod.

Klinický obraz

Dna se obvykle iniciálně projevuje jako akutní zánětlivá monoartritida, zhruba u 10 % případů ale může dna začínat i polyartrikulárním postižením. Dna typicky postihuje první metatarzofalangeální kloub (tj. „podagra“), často také bývají postiženy klouby přednoží a nártu, kotník nebo koleno, při dlouhodobějším průběhu i zápěstí nebo drobné klouby ruky. Ataky typicky začínají brzy ráno a vzbudí pacienta ze spánku. Rychlý vznik kruté bolesti kloubu dosahující maxima za 6–12 hodin, spojený s lokální citlivostí a zarudnutím, která spontánně ustupuje v průběhu několika následujících dnů, je téměř patognomonický pro krystalovou artritidu, ale není specifický pro dnu. U některých pacientů se dnavá ataka vyskytne pouze jednou za život, většinou ale následují za několik měsíců a někdy i za několik let další ataky, které často trvají déle, postihují několik kloubů zároveň a šíří se i na horní končetiny. Pokud není dna dlouhodobě léčena, může se rozvinout se obraz chronické dnave artropatie a tofózní dny).

Anamnéza

Pro dnu je typický obraz jedné nebo více epizod akutní monoartrity v typické lokalizaci u staršího muže, může se ale vyskytnout i u mladších mužů s genetickou predispozicí, nebo u postmenopauzálních žen. Je třeba ptát se na výskyt dny u rodinných příslušníků, přítomnost rizikových faktorů pro rozvoj hyperurikémie a dny (metabolický syndrom, obezita, hypertenze, kardiovaskulární a renální onemocnění, thiazidová diuretika). Atypické vzorce kloubního postižení, horečka s třesavkou a protrahované trvání symptomů (déle než 2 týdny) svědčí spíše pro alternativní diagnózu.

Fyzikální vyšetření

V rámci kompletního vyšetření kloubů se zaměřujeme na zápěstí, kolena, kotníky a nohy. Dále je třeba pátrat po přítomnosti tofů v oblasti ušních boltců, prstů, burzy olecrani a Achillovy šlachy.

Laboratorní vyšetření

U pacienta se suspektní dnou je vhodné ordinovat analýzu synoviální tekutiny (podrobněji viz níže). Dále je vhodné provést vyšetření sérové koncentrace kyseliny močové (s-KM) s vědomím, že během akutní ataky může být hodnota normální a pro diagnózu má omezenou specifitu; opakované nízká hodnota s-KM mimo ataku (bez hypourikemické léčby) v podstatě vylučuje diagnózu dny. K vyloučení septické artritidy je doporučeno vyšetřit leukocyty, diferenciální rozpočet, CRP, sedimentaci erytrocytů a provést kultivaci synoviální tekutiny. Doporučuje se také základní biochemické vyšetření (kreatinin, glukóza, lipidogram, jaterní testy) a vyšetření komorbidit (např. renální insuficience, metabolický syndrom), protože tyto stavy jsou s dnou často asociovány a ovlivňují vedení léčby.

Aspirace synoviální tekutiny a mikroskopický průkaz urátových krystalů

O aspiraci kloubu je třeba se pokusit vždy při prvních projevech zatím jednoznačně nediodagnostikovaného onemocnění (vzhledem k vysoké prevalenci dny v populaci by každý výpotek aspirovaný z kloubu u pacienta s dosud nejasnou diagnózou měl být odeslán také na posouzení přítomnosti krystalů) a kdykoliv při podezření na septickou artritidu (nutné je mikroskopické a kultivační vyšetření). Kloubní výpotek při akutní dnave atace bývá zánětlivý (> 2000 leukocytů/ μ l), s převahou polymorfonukleárů. V klinické praxi nejčastěji aspirujeme synoviální tekutinu ze symptomatických kloubů, ale průkaz krystalů urátu je možný i v interkritických periodách z asymptomatických kloubů, nejčastěji z kolena či z prvního metatarzofalangeálního kloubu. Urátové krystaly lze obvykle dobře rozpoznat i v běžném světelném mikroskopu, ale k jejich jednoznačné identifikaci – s typickým charakterem negativně silně dvojlomných krystalů – je potřebný kompenzační polarizační mikroskop. Urátové krystaly mají jehlicovitý tvar, v přímém polarizovaném světle jsou silně dvojlomné a jasně vystupují proti temnějšímu pozadí. Při podezření na septickou artritidu je třeba kloubní punktát vyšetřit také na přítomnost bakterií (tj. Gramovo barvení a kultivace).

Zobrazovací metody

Užitečnou, ale nikoliv zaměnitelnou alternativou k vyšetření kloubního aspirátu může být průkaz depozice krystalů zobrazovacími metodami – např. ultrasonografie (obraz dvojité kontury na kloubní chrupavce) nebo CT s duální energií (umožňuje barevně odlišit krystaly urátu sodného v okolí kloubu). Rentgenový nálezn erozivních změn při dně, který se liší od obrazu erozí u revmatoidní artritidy (ostré, ohraničené kostní eroze s převislými okraji v typické lokalizaci) je relativně pozdní, a proto nebývá pro časnou diagnostiku nápomocný.

Klasifikační kritéria ACR-EULAR

Pokud nemáme možnost získat materiál k definitivnímu průkazu dny pomocí mikroskopické verifikace urátových krystalů, je možné stanovit pravděpodobnou diagnózu dny na podkladě kombinace typických klinických projevů a pomocných laboratorních a zobrazovacích metod. Jako užitečné vodítko nám mohou posloužit klasifikační kritéria ACR-EULAR (*Tabulka 11*).

Tabulka 11 Klasifikační kritéria pro dnu podle ACR-EULAR 2015

1.	Vstupní kritérium: Minimálně jedna epizoda otoku, bolesti nebo palpační citlivosti v periferním kloubu nebo burze
2.	Dostačující kritérium: Prokázaná přítomnost krystalů urátu sodného v symptomatickém kloubu, burze (tj. v synoviální tekutině) nebo v tofu
3.	Klinická, laboratorní a zobrazovací kritéria: ≥8 bodů

1a. Klinická kritéria

Lokalizace postižení kloubu (mono/oligoartritida) nebo burzy	Kotník nebo nárt		1
	první MTP kloub		2
Charakteristika symptomatické epizody	Erytém nad postiženým kloubem		1
	Nelze snést dotyk nebo tlak na kloub		1
	Velké obtíže při chůzi nebo pohybu v postiženém kloubu		1
Časový průběh epizody – přítomnost ≥ 2 příznaků, (nehledě na protizánětlivou léčbu)	Čas do maxima bolesti < 24'h	0 epizod	0
	Vymizení symptomů do ≤ 14 dnů	1 epizoda	1
	Úplné vymizení obtíží mezi epizodami	≥ 1 epizoda	2
Klinický obraz tofu	Křídovitý nebo secernující uzlík pod průhlednou kůží v typické lokalizaci		4

1 b. Laboratorní a zobrazovací kritéria

Hladiny kyseliny močové v séru (ideálně měřená bez hypourikemické léčby v interkritické periodě >4 týdny od vzniku epizody)	< 240 μmol/l		-4
	240 - <360 μmol/l		0
	360 - < 480 μmol/l		2
	480 - < 600 μmol/l		3
	≥ 600 μmol/l		4
Analýza synoviální tekutiny symptomatického kloubu nebo burzy		Neprovedeno	0
		Negativní	-2
Průkaz depozice urátu pomocí zobrazovací metody	US známky příznaku dvojité kontury	Negativní / neprovedeno	0
	Pozitivní DECT	Alespoň jedna metoda +	4
Zobrazovací známky poškození kloubu dnou	Typická RTG dnavá eroze		4

DECT – CT s duální energií, US – ultrasonografie, MTP – metatarzofalangeální kloub

4.6. LÉČBA

Léčba dny se sestává ze 2 komplementárních přístupů: a) symptomatické protizánětlivé léčby akutní dnavé ataky a prevence jejich recidiv, b) léčebných a dietních opatření k dlouhodobému snížení hladiny kyseliny močové v plazmě (tj. hypourikemická léčba) vedoucích k resorpci nálože urátu z tkání, kloubů a tofů. Doporučení pro léčbu hyperurikémie u pacientů se dnou je znázorněno přehledně na obr. 5.

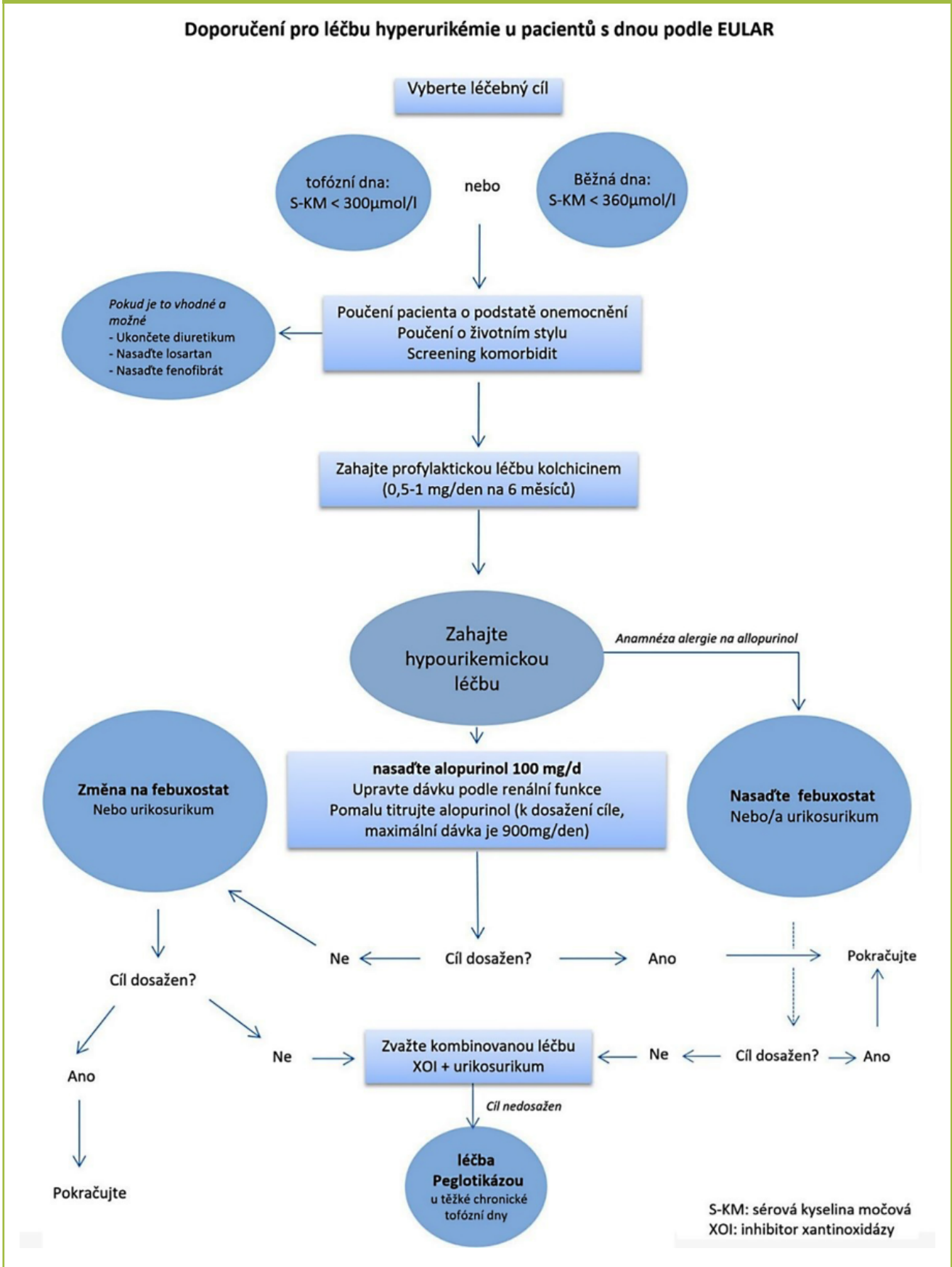
Akutní léčba dnavého záchvatu

Léčba akutní dnavé ataky by měla být zahájena co nejdříve po vzniku prvních příznaků – pacienta proto musíme vybavit medikací a náležitě poučit o způsobu jejího použití. Cílem je především rychlé potlačení bolesti a projevů zánětu.

Doporučené terapeutické možnosti první linie zahrnují:

- a) kolchicin (do 12 hodin od nástupu ataky) v nasycovací dávce 1 mg (tj. 2 tbl. á 0,5 mg) následované o 1 hodinu později 0,5 mg v první den a následně 3x 0,5 mg/den (vyšší dávky kolchicinu než 1,5 mg/den nejsou účinnější, ale jsou spojeny s vysokým rizikem nežádoucích účinků, především profuzního průjmu),
- b) nesteroidní antirevmatika (například diklofenak 50–75 mg dvakrát denně (100–150 mg/den), naproxen 550 mg dvakrát denně (1,1 g/den), nebo indometacin 50 mg třikrát denně (150 mg/den),
- c) orální glukokortikoidy (Prednison 30–35 mg/den nebo jeho ekvivalent) nebo intraartikulární injekce glukokortikoidů.

Obrázek 5: Doporučení pro léčbu hyperurikémie u pacientů se dnou podle EULAR



Upraveno podle Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout. Ann Rheum Dis. 2020 Jan;79(1):31-38.

Celkové léky podáváme obvykle 5–7 dnů, resp. do vymizení projevů dnavé ataky. Výběr léčebné modality záleží mimo jiné na přítomnosti vybraných komorbidit, lze je i kombinovat. U pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin je třeba se vyhnout kolchicinu a NSA. Kolchicin by neměl být podáván pacientům užívajícím silné P-glykoproteiny nebo inhibitory CYP3A4, jako je cyklosporin nebo klarithromycin. Coxiby mohou být alternativou neselektivních NSA pro pacienty s anamnézou vředové choroby či GIT intolerancí neselektivních nesteroidních antirevmatik. Prednison může být vhodnou volbou například pro starší pacienty s těžší renální insuficiencí nebo jinou kontraindikací NSA či kolchicinu. Ve výjimečných případech závažně probíhající dny, kde běžná léčba selhává, je kontraindikována nebo není tolerována, lze využít cílených blokátorů interleukinu-1 (dále IL-1). Tato léčebná metoda se používá vzhledem k její vysoké nákladnosti v ČR zatím zcela ojediněle a měl by jí indikovat erudovaný specialista.

Dlouhodobá hypourikemická léčba (ULT)

Dna je jedno z mála revmatických onemocnění, jehož kauzální podstatu dobře známe a lze jej vyléčit. Dlouhodobou (obvykle celoživotní) hypourikemickou léčbou cílenou k trvalému snížení sérových hladin kyseliny močové pod její saturační bod (< 360 $\mu\text{mol/l}$) lze dosáhnout redukce nálože urátu sodného ve tkáních s následným vymizením dnavých atak a postupným zmenšováním objemu tofů. Přesto je řada pacientů léčena nedostatečně. Jen u menší části pacientů je to způsobeno refrakterní povahou onemocnění, přítomností závažných komorbidit nebo intolerancí hypourikemických léků, což může komplikovat dosažení terapeutického cíle. U většiny neúspěšně léčených pacientů je ale problém v nedostatečně monitorované a důsledné léčbě ze strany ošetřujících lékařů a v nespolupráci pacientů s léčbou (tj. non-compliance). Zcela zásadním prvním krokem v léčbě dnavé artritidy musí být iniciální zevrubné a srozumitelné poučení pacienta o povaze onemocnění, dlouhodobém horizontu léčby a možných komplikacích léčby.

ULT by měla být zvážena a prodiskutována s každým pacientem s jednoznačnou diagnózou dny od její první prezentace. ULT je indikována u všech pacientů s *opakovanými atakami*, tofy, urátovou artropatií (tj. typickými radiologickými změnami) nebo s ledvinovými kameny. Zahájení ULT v době první ataky je také vhodné u mladých pacientů (< 40 let) nebo s velmi vysokou hladinou s-KM (> 480 $\mu\text{mol/l}$) nebo sníženou funkcí ledvin. ULT je obvykle celoživotní, a proto je třeba pacienty o její podstatě, přínosu a rizicích náležitě poučit. Neměla by být také zcela automaticky zahajována po první atace. Hypourikemická léčba není obecně doporučována u asymptomatické hyperurikémie, protože riziko progresse do dny je nízké a přínosy nepřevyšují potenciální rizika. Pacienty je třeba poučit, že v prvních měsících od zahájení účinné hypourikemické léčby se incidence akutních dnavých atak může zvýšit.

ULT lze podle současných doporučení zahájit i během akutního záchvatu, pokud je záchvat adekvátně léčen protizánětlivou léčbou, pacient je motivovaný a připravený pokračovat dlouhodobě, a léčba je titrována pomalu. Pokud už pacient ULT užívá dlouhodobě, není vhodné ji vysazovat během ataky – náhlé kolísání urikémie může průběh zhoršit. Doporučený postup pro ULT je na *Obrázku 1*.

Alopurinol

EULAR doporučuje zahájit léčbu 100 mg alopurinolu na den a dávku postupně navyšovat o 100 mg za 1–4 týdny (maximální doporučená dávka je 900 mg denně) k dosažení cílových hodnot urikémie pod 360 $\mu\text{mol/l}$. Možnosti terapie alopurinolem jsou ale omezeny výskytem možných nežádoucích účinků – relativně časté jsou především mírnější kožní projevy (exantém, pruritus), průjem, nebo elevace jaterních testů. Obávanou, ale naštěstí vzácnou komplikací je výskyt vážných kožních reakcí charakteru toxické epidermální nekrolýzy. Problematické bylo používání vyšších dávek alopurinolu u pacientů s těžší renální insuficiencí, protože starší (řadou expertů kritizovaná) doporučení k redukci dávek u závažnější renální insuficiencí reálně znemožňují efektivní léčbu hyperurikémie v této situaci. Podle ACR je ale alopurinol preferovaným prvním lékem i u pacientů s chronickým onemocněním ledvin (CKD). Doporučuje se zahájit léčbu nízkou dávkou (\leq 100 mg na den, u CKD často 50 mg na den) s postupnou titrací dle sérové urikémie. Dávku lze bezpečně zvyšovat až do dosažení cílové hodnoty urikémie (<360 $\mu\text{mol/l}$), i u CKD, pokud je dobře tolerována. Omezení dávky pouze podle renální funkce vede často k nedostatečné kontrole urikémie a progresi dnavé choroby. Titrace se provádí po malých krocích (obvykle 50–100 mg měsíčně), s monitorací sérové urikémie a klinické tolerance.

Febuxostat

Febuxostat je v dávce 40 mg na den zhruba stejně účinný a v dávce 80 mg a 120 mg významně účinnější ve srovnání s alopurinolem 300 mg na den. Z titračních studií s alopurinolem ale vyplývá, že jeho účinnost v dávce 600 mg na den zhruba odpovídá 80 mg febuxostatu. Febuxostat je indikován u pacientů s dnou, u kterých alopurinol nebyl dostatečně účinný, nebo nebyl tolerován. Febuxostat je metabolizován převážně v játrech a na rozdíl od alopurinolu tak není jeho vylučování významně závislé na funkci ledvin. Může být tedy vhodnou volbou pro pacienty se závažnější renální insuficiencí, pokud by pacient nezvládal postupnou eskalaci dávky alopurinolu s častějšími bezpečnostními kontrolami. Nežádoucí účinky febuxostatu byly v dosavadních zkouškách relativně vzácné – u méně než 2 % pacientů se objevila vyrážka, bylo také pozorováno zvýšení jaterních enzymů, průjem a bolesti kloubů. Je třeba upozornit, že v jedné rozsáhlé randomizované studii u pacientů se dnou

a kardiovaskulárním onemocněním byla léčba febuxostatem spojena s vyšším rizikem smrti z kardiovaskulárních i všech příčin ve srovnání s léčbou alopurinolem. Další podobná studie ale tyto obavy nepotvrdila.

Urikosurika

Urikosurika účinkují především inhibicí reabsorbce urátu v proximálním tubulu nefronu, čímž dochází ke zvýšené exkreci urátu. Urikosurika u většiny pacientů cíleně korigují primární metabolický deficit (tj. sníženou exkreci urátu), a pokud je dosaženo analogického poklesu urikémie, vedou k srovnatelně rychlé regresi tofů jako u pacientů léčených alopurinolem. Problémem urikosurik je zvýšené riziko urolitiázy a pokles účinnosti korelující s klesající glomerulární filtrací – jsou tedy relativně kontraindikována u pacientů s urolitiázou v anamnéze a nejsou účinná u pacientů s těžší renální insuficiencí. V České republice je z urikosurik dostupný (na mimořádný dovoz) benzbromaron, který je účinný jak v monoterapii, tak v kombinaci s inhibitory xanthinoxidázy, jejichž účinek může potencovat. Menší urikosurický efekt mají také některá jiná léčiva, například inhibitory SGLT2 (například dapagliflozin), losartan či fenofibrát, a proto může být jejich využití v indikovaných případech u pacientů se dnou výhodné.

Antiflogistická profylaxe při zahájení ULT

Při zahájení hypourikemické léčby je doporučena profylaxe dnavých záchvatů (např. kolchicin 0,5–1,0 mg denně, naproxen 275 mg denně, nebo nízké dávky glukokortikoidů) po dobu minimálně 3–6 měsíců.

Individualizace léčby

Léčba musí být individualizována dle komorbidit (CKD, kardiovaskulární onemocnění, diabetes, dyslipidémie). U pacientů s CKD je preferován allopurinol s pomalou titrací, alternativou může být febuxostat; NSAID jsou zde kontraindikována. U hypertenze lze preferovat losartan, u diabetu SGLT2 inhibitory, u dyslipidémie fenofibrát.

Režimová opatření a edukace

Dietní a režimová opatření mají podpůrný význam, jejich efekt na hodnoty s-KM je obvykle jen mírný. Doporučení stran diety a životního stylu u pacientů s dnou musí respektovat fakt, že řada pacientů s dnou trpí dalšími chorobami (metabolický syndrom, obezita, hyperlipidémie, hypertenze, kardiovaskulární a renální onemocnění). Poučení pro pacienta musí být srozumitelné a snadno zapamatovatelné, doporučená opatření pak musí holisticky integrovat přístupy vhodné i pro ostatní komorbidity. Současné poznatky z rozsáhlých epidemiologických studií studujících vztah diety a rekurentních dnavých atak nasvědčují protektivnímu vlivu mléčných výrobků a kávy, neutrální se zdá být efekt čaje, vína a zeleniny (včetně luštěnin), zatímco rizikový je příjem masa, slazených nealkoholických nápojů, piva a destilátů. Jednoznačně vhodná je aerobní fyzická aktivita a v indikovaných případech redukce hmotnosti.

4.7. ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PÉČI O PACIENTA S DNOU

V nekomplikovaných případech může být diagnostika a léčba dny plně vedena praktickým lékařem. Alternativně může praktický lékař převzít do péče již diagnostikované pacienty se zavedenou léčbou a konzultovat revmatologa podle potřeby.

Pravidelné sledování sérové urikémie, adherence k léčbě a edukace pacienta jsou klíčové pro úspěšnou dlouhodobou kontrolu dny. Hypourikemická léčba musí být pravidelně upravována tak, aby bylo dosaženo cílových hodnot s-KM (< 360 $\mu\text{mol/l}$), jinak nebude účinná!

4.8. POSUDKOVÉ HLEDISKO

Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti se hodnotí porucha funkce (omezení pohyblivosti postižených kloubů), aktivita a rozsah procesu, strukturální postižení (destrukce kloubních tkání, deformity, kostní eroze na RTG) a mimokloubní projevy dny (především postižení ledvin) a dopad postižení na celkovou výkonnost a pohybové schopnosti. Lázeňská léčba může být pro pacienty s těžším chronickým poškozením způsobeným dnou přínosná, ale dnavá artritida není výslovně uvedena v platném indikačním seznamu pro lázeňskou péči. Posudkové hodnocení je podrobněji rozvedeno v *Tabulce 12*.

4.9. SHRUTÍ PRO PRAXI

Péče o pacienty s dnou v ordinaci praktického lékaře zahrnuje především včasnou diagnostiku, léčbu akutních atak a dlouhodobou prevenci recidiv. Při akutním záchvatu je cílem rychlá úleva od bolesti pomocí nesteroidních antiflogistik, kolchicinu nebo glukokortikoidů, přičemž je důležité současně vyloučit infekční artritidu. Po

Tabulka 12: Posudkové hledisko pro pacienty s dnou

Funkční postižení	Míra postižení	pokles pracovní schopnosti
lehké	lehké formy, s řídkou frekvencí záchvatů, s minimálním omezením pohyblivosti kloubů	10–15 %
střední	progredující formy, s častou frekvencí záchvatů, se strukturálními změnami více kloubů, některé denní aktivity vykonávány s obtížemi	20–35 %
těžké	chronická tofózní dna, závažná strukturální a funkční postižení více kloubů, podstatné snížení celkové výkonnosti, některé denní aktivity omezeny	40–60 %
velmi těžké	těžké formy, těžká strukturální postižení (deformity) a funkční postižení více kloubů, přítomnost mimokloubních projevů, těžké snížení celkové výkonnosti, většina denních aktivit omezena	70 %

Poznámka: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti se hodnotí porucha funkce (omezení pohyblivosti postižených kloubů), aktivita a rozsah procesu, strukturální postižení (destrukce kloubních tkání, deformity, kostní eroze na RTG) a mimokloubní projevy dny (především postižení ledvin) a dopad postižení na celkovou výkonnost a pohybové schopnosti.

odeznění ataky se hodnotí hladina kyseliny močové a přítomnost rizikových faktorů (např. hypertenze, obezita, renální insuficience). Dlouhodobá léčba zahrnuje inhibitory xanthinoxidázy (např. alopurinol, febuxostat) s cílovou hodnotou kyseliny močové < 360 μmol/l, úpravu životního stylu (omezení alkoholu, červeného masa, fruktózy, zvýšení příjmu tekutin) a edukaci pacienta o adherenci k léčbě. Praktický lékař by měl rovněž sledovat komorbidity a spolupracovat s revmatologem při komplikovaných nebo refrakterních případech.

Praktický tip:

Při nasazení alopurinolu začít nízkou dávkou (např. 100 mg na den) a dávkou postupně titrovat dle hladiny kyseliny močové. Současné podávání nízké dávky kolchicinu (0,5 mg 1–2× denně po dobu 3–6 měsíců) při zahájení léčby snižuje riziko vyprovokování ataky. Připomínat pacientům, že hypourikemická léčba je dlouhodobá, ale vede k úplnému vyléčení, pokud se konzistentně podaří dosáhnout snížení hladiny urátu pod 360 μmol/l (při tofech < 300 μmol/l). Praktický lékař by měl rovněž pravidelně kontrolovat renální funkce a krevní tlak a zdůrazňovat význam zdravého životního stylu a redukce hmotnosti.

5. KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTA SE ZÁNĚTLIVÝM REVMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM V PRAXI

Úlohou praktického lékaře je včasné rozpoznání pacientů se suspektním zánětlivým revmatickým onemocněním a zajištění komplexní péče o pacienty s již diagnostikovaným a léčeným onemocněním v rámci multidisciplinárního týmu. Praktický lékař spolupracuje při monitorování bezpečnosti léčby, zajišťuje léčbu interkurentních infekcí a jejich prevenci včetně vakcinace a významně se podílí na detekci a léčbě komorbidit. U nemocných se zánětlivými revmatickými chorobami jsou častější infekce, zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění, vyšší výskyt některých malignit, osteoporózy a úzkostně-depresivních poruch. Revmatologická dispenzarizace nemůže nahrazovat primární prevenci a péči praktického lékaře.

5.1. KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Výskyt kardiovaskulárních (KV) onemocnění – ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu, srdečního selhání, cévních mozkových příhod a onemocnění periferních tepen – je u pacientů se zánětlivými revmatickými chorobami oproti běžné populaci 1,5–2× vyšší. U nemocných s aktivním zánětem může být riziko ještě výraznější. Zánětlivé revmatické onemocnění tak představuje nezávislý rizikový faktor vzniku KV chorob a současně zhoršuje jejich průběh i prognózu.

Mechanismus je multifaktoriální – kromě častějšího kouření, hypertenze a metabolického syndromu hraje zásadní roli chronický systémový zánět a částečně i nežádoucí účinky některých léků, zejména glukokortikoidů. Prevence KV onemocnění spočívá v optimální kontrole zánětlivé aktivity, dodržování zdravého životního stylu a pravidelném hodnocení kardiovaskulárního rizika (doporučuje se alespoň jednou za 5 let). O aktivní vyhledávání a léčbu rizikových faktorů se dělí revmatolog (kontrola aktivity základního onemocnění) a praktický lékař (primární prevence).

5.2. INFEKCE

Riziko infekčních onemocnění je u revmatických pacientů zvýšené, a to zejména v souvislosti s dlouhodobou imunosupresivní terapií. Nejčastěji jde o virové a bakteriální infekce, které mohou mít závažnější nebo protrahovaný průběh. Přestože je toto riziko dobře známo, je prevence často podceňována, ačkoli proti řadě infekcí lze účinně předcházet očkováním (chřipka, pneumokok, herpes zoster, HPV aj.). Míra proočkovanosti je v Česku stále nízká, a proto by měli být praktičtí lékaři i revmatologové v očkování pacientů aktivní.

K rizikovým faktorům závažných infekcí patří vyšší věk, dlouhé trvání onemocnění, anamnéza závažné infekce, nízký socioekonomický status, malnutrice nebo naopak obezita, a dále přidružené choroby (renální insuficience, plicní onemocnění, diabetes mellitus).

Glukokortikoidy představují nejsilnější prediktor závažných infekcí – riziko je vyšší než u konvenčních syntetických DMARD (metotrexát, leflunomid, sulfasalazin). Biologická léčba riziko infekcí rovněž zvyšuje, většinou jde o běžné respirační a močové infekce. Při léčbě inhibitory TNF může dojít k reaktivaci latentní tuberkulózy, hepatitidy B nebo herpes zoster. Před léčbou je proto třeba provést screening latentní TBC a hepatitidy. Inhibitory IL-17 predisponují ke slizničním infekcím (zejména kandidovým), inhibitory JAK zvyšují riziko reaktivace herpes zoster. Pacienti by měli být poučeni, aby příznaky infekce neprodleně konzultovali se svým praktickým lékařem. Léčba infekcí má probíhat ve spolupráci s revmatologem a v případě potřeby i s dalšími specialisty.

Během závažnější infekce je vhodné přerušit biologickou léčbu, u konvenčních DMARD lze obvykle pokračovat (např. leflunomid, sulfasalazin); u metotrexátu lze zvážit vynechání 1–2 dávek.

U recidivujících herpetických infekcí lze podat virostatikum i dlouhodobě profylakticky, k prevenci pneumocystové pneumonie se používá nízkodávkovaný kotrimoxazol (zejména u vaskulitid). Zásadní význam má však prevence – ideálně očkování, nejlépe ještě před zahájením imunosupresivní terapie.

5.3. OSTEOPORÓZA

Osteoporóza a zvýšená fragilita kostí patří mezi nejčastější komorbidity pacientů se zánětlivými revmatickými onemocněními. Výskyt je ve srovnání s běžnou populací několikanásobně vyšší, u žen s aktivní RA až šestnásobný. Kromě obecných rizikových faktorů se uplatňuje systémový zánět, snížená pohyblivost a léčba glukokortikoidy.

Diagnostika se opírá o duální rentgenovou absorpciometrii (DXA), ale klinické rizikové faktory (např. RA) jsou významným prediktorem fraktur i nezávisle na hodnotě kostní denzity. Doporučuje se využít Českou verzi kalkulátoru FRAX (www.fraxplus.org/cs/calculation-tool), který stanoví desetileté riziko fraktury; u revmatických pacientů se doporučuje přepočítat každé tři roky. Důležitá je také detekce prevalentních vertebrálních fraktur, které mohou být oligosymptomatické nebo zcela asymptomatické (RTG Th a LS páteře).

Součástí terapie jsou režimová opatření (pohyb, omezení alkoholu a kouření), dostatečný příjem vápníku a vitamínu D, u kterého je často nutná suplementace. Specifická farmakoterapie zahrnuje antiresorpční léky (bisfosfonáty, denosumab) a osteoanabolické přípravky (teriparatid, abaloparatid, romosumab). Léčbu primární osteoporózy vede praktický lékař, komplikované nebo sekundární formy spadají do péče osteologa nebo revmatologa. Nedílnou součástí léčby osteoporózy je také terapie základního onemocnění, tedy dosažení remise či nízké aktivity a minimalizace užívání glukokortikoidů.

5.4. DEPRESE

Výskyt úzkostných a depresivních poruch je u zánětlivých revmatických onemocnění zvýšen, častěji se vyskytuje u pacientů s revmatoidní artritidou, psoriatickou artritidou, axiální spondyloartritidou či SLE. Hlavní úlohu ve vzniku deprese má chronický zánět, ale i bolest a omezení funkční zdatnosti. Lehčí formy lze zvládnout v ordinaci praktického lékaře či revmatologa. Nefarmakologická léčba spočívá v psychoterapii a podpůrné péči lékaře – empatie, naslouchání, edukace, podpora a nastavení realistických cílů. Lékem první volby deprese v primární péči jsou antidepressiva (nejčastěji SSRI – escitalopram, sertralín), u depresivních poruch s převažující úzkostí a insomnií, které jsou u revmatických pacientů časté, je výhodný trazodon, u těžších poruch mirtazapin. Při nedostatečné odpovědi je nutné ověřit adherenci pacienta k léčbě, případně dávku navýšit či nemocného odeslat k psychiatrovi.

5.5. MALIGNITY

U pacientů se zánětlivými revmatickými chorobami je mírně zvýšeno riziko vzniku lymfomů (zejména u Sjögrenovy choroby, revmatoidní artritidy a SLE) a karcinomu plic, především u kuřáků. Vyšší je i incidence nemelanomových kožních nádorů, kterou může dále zvýšit léčba metotrexátem či inhibitory TNF. Polymyozitida a dermatomyozitida mohou být paraneoplastického původu (až v 20 % případů). Paraneoplastický původ lze pozorovat i u dalších syndromů, jako jsou karcinomatózní artritida a různé formy vaskulitid. Riziko malignit zvyšují také některé léky, např. cyklofosamid (karcinom močového měchýře, lymfomy, leukemie) nebo dlouhodobé podávání

azathioprinu. Biologická léčba riziko malignit nezvyšuje, diskutuje se však u inhibitorů JAK, zejména tofacitinibu, kde bylo v klinických studiích pozorováno zvýšení výskytu nádorů, zejména u kuřáků a starších pacientů se zvýšeným KV rizikem.

5.6. PLÁNOVÁNÍ RODINY A TĚHOTENSTVÍ

Ženy bývají postiženy častěji než muži a onemocnění často začíná ve fertilním věku. Těhotenství je při dobře kontrolovaném onemocnění možné, klíčové je plánování v období remise a vyloučení potenciálně teratogenních léků (metotrexát, leflunomid, cyklofosfamid).

Bezpečné v těhotenství jsou sulfasalazin, hydroxychlorochin, malé dávky glukokortikoidů, azathioprin a ve většině případů i NSA (do 3. trimestru). Z biologických léků jsou považovány za bezpečné inhibitory TNF. Podávání ostatních biologických léků je možné, je-li to klinicky nezbytné. V případě nutnosti pokračovat v biologické léčbě po celou dobu těhotenství je nutné odložit podání živých vakcín novorozenci. Výhodný je v tomto smyslu certolizumab, který neprochází placentární bariérou.

Průběh těhotenství je u plánovaných gravidit zpravidla příznivý. Pokud není těhotenstvím vyžadováno přerušení antirevmatické léčby, ke vzplanutí onemocnění dochází jen zřídka.

Porod může proběhnout zcela fyziologicky, avšak u žen se zánětlivým revmatickým onemocněním je častěji indikováno ukončení těhotenství císařským řezem. U části pacientek může po porodu dojít k reaktivaci onemocnění, což může vyžadovat pomoc druhé osoby při péči o novorozence a v závažnějších případech i podání léčiv.

Ženy se zánětlivým revmatickým onemocněním mohou své děti kojit; omezení představují pouze některé antirevmatické léky (např. metotrexát). Kojení je možné při léčbě sulfasalazinem, hydroxychlorochinem, většinou biologických léků, běžnými dávkami nesteroidních antiflogistik i nízkými dávkami glukokortikoidů.

Muži se zánětlivými revmatickými chorobami mohou mít pravděpodobně rovněž sníženou fertilitu, objektivní data však chybí. Dostupné údaje neprokazují nepříznivý vliv antirevmatické léčby na fertilitu mužů ani vývoj plodu. Je třeba mít na paměti, že sulfasalazin může přechodně snížit fertilitu v důsledku reverzibilní oligospermie, která po vysazení léčby obvykle během několika měsíců vymizí.

5.7. PERIOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA SE ZÁNĚTLIVÝM REVMAICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Chirurgické výkony u pacientů se zánětlivými revmatickými onemocněními mohou být spojeny se zvýšeným rizikem infekcí a tromboembolických komplikací. Riziko těchto komplikací mohou zvyšovat některé antirevmatické léky, zejména glukokortikoidy. Riziko infekce zvyšují i biologické léky, kdežto konvenční syntetické DMARD riziko nezvyšují a obvykle není nutné je vysazovat. Předčasné vysazování DMARD může vést k exacerbaci základního onemocnění a neúčelnému navyšování dávek glukokortikoidů, proto je třeba perioperační úpravu léčby naplánovat individuálně a racionálně.

Předoperační péče.

Před operací je nutné vyloučit infekční fokusy a zhodnotit postižení krční páteře, zejména u pacientů s pokročilou revmatoidní artritidou a axiální spondyloartritidou z důvodu volby anestézie. Předoperační vyšetření probíhá standardně. Je třeba upozornit, že pacienti se zánětlivým revmatickým onemocněním mívají často zvýšenou sedimentaci erytrocytů a hladinu CRP, které u těchto nemocných nemusí nutně signalizovat přítomnost infekce a nepředstavují samy o sobě kontraindikaci operace.

Modifikace terapie v perioperačním období.

Mezi faktory, které významně zvyšují perioperační riziko infekce patří zánětlivá aktivita základního onemocnění, závažnost a rozsah výkonu a dále některé antirevmatické léky. Glukokortikoidy zvyšují riziko infekce a zhoršují hojení ran v důsledku zvýšené fragility kůže, cév a sklonu k silnějšímu krvácení. Pokud nejsou přítomny klinické projevy adrenální insuficience, doporučuje se pokračovat ve stávajícím dávkování a dávku glukokortikoidu rutinně nenavyšovat. Nesteroidní antiflogistika zvyšují riziko krvácení, a proto by měla být vysazena alespoň tři biologické poločasy před výkonem. Naopak přerušení dlouhodobé antiagregační léčby kyselinou acetylsalicylovou je potřeba pečlivě zvážit vzhledem k riziku „rebound“ efektu a nárůstu KV rizika. Selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2 (koxiby) riziko krvácení sice nezvyšují, mohou však zvyšovat riziko tromboembolických příhod. Jejich podávání se proto nedoporučuje starším nemocným s vyšším KV rizikem, preexistujícím KV onemocněním a poruchou funkce ledvin.

Konvenční syntetické choroby modifikující léky.

Metotrexát riziko infekce ani poruchy hojení ran nezvyšuje, proto se jeho vysazování před elektivní operací nedoporučuje, s výjimkou pacientů s rizikovými faktory (vyšší věk, renální insuficience, diabetes, jaterní

onemocnění, abúzus alkoholu, dávky prednisonu ≥ 10 mg/den). Leflunomid má dlouhý poločas a jeho vysazení obvykle není nutné; při potřebě rychlé eliminace lze provést „wash-out“ kúru cholestyraminem. Sulfasalazin má mírný antimikrobiální účinek a není důvod jej v perioperačním období přerušovat.

Biologické léky.

Léčba většiny biologických léků je spojena se zvýšeným rizikem infekcí, včetně infekcí závažných a oportunních. Podle současných doporučení se doporučuje biologický lék před plánovanou operací vysadit a výkon provést po uplynutí jednoho dávkovacího intervalu plus přibližně jednoho týdne (viz tabulka). Léčbu lze znovu zahájit při nekomplikovaném hojení rány a v nepřítomnosti infekčních komplikací, obvykle po 2 týdnech, zpravidla po odstranění stehů.

Cílené syntetické choroby modifikující léky.

Inhibitory JAK mají krátký biologický poločas, proto se doporučuje jejich podávání přerušit tři dny před plánovaným výkonem a obnovit po zhojení operační rány.

Perioperační prevence tromboembolických komplikací

Pacienti po velkých ortopedických výkonech (např. implantace kloubní náhrady), zejména v kombinaci s pooperační imobilizací, jsou ohroženi hlubokou žilní trombózou a plicní embolií. Toto riziko přetrvává několik týdnů po operaci a u nemocných s revmatoidní artritidou může být vlivem komorbidit ještě vyšší.

Aktivní a důsledná prevence tromboembolických příhod je proto u těchto pacientů nezbytná. Měla by být komplexní a zahrnovat jak mechanické metody (kompresivní bandáže dolních končetin, časnou mobilizaci, dechová a pohybová cvičení) a farmakologickou profylaxi (antikoagulační léčba podle standardních doporučení). Používají se nízkomolekulární hepariny nebo perorální antikoagulační léčba (warfarin, fondaparinux, dabigatran, rivaroxaban, apixaban). Postupujeme dle aktuálních doporučení České společnosti pro trombózu a hemostázu.

Tabulka 14:. Doporučený postup perioperační léčby syntetickými a biologickými antirevmatickými léky

	Běžné dávkování	Načasování operace od poslední dávky
Léčba, která by měla v perioperačním období pokračovat		
Metotrexát	každý týden	kdykoliv
Sulfasalazin	každý den	kdykoliv
Hydroxychlorochin	každý den	kdykoliv
Leflunomid	každý den	kdykoliv
Léčba, která by se měla v perioperačním období přerušit		
Infliximab i. v.	každé 4, 6 nebo 8 týdnů	týden 5, 7 nebo 9
Adalimumab	každé 2 týdny	týden 3
Etanercept	každý týden	týden 2
Golimumab s. c.	každé 4 týdny	týden 5
Abatacept s. c.	každý týden	týden 2
Certolimumab pegol	každé 2 nebo 4 týdny	týden 3 nebo 5
Rituximab	2 dávky ve 2 týdnech	měsíc 7
Tocilizumab s. c.	každý týden	týden 2
Tofacitinib	každý den	den 4
Baricitinib	každý den	den 4
Upadacitinib	každý den	den 4
Filgotinib	každý den	den 4

LITERATURA:

1. Šenolt L, Mann H, Tomčík M, a kol. Doporučené postupy České reumatologické společnosti pro farmakologickou léčbu revmatoidní artritidy – aktualizace v roce 2024. Čes. Revmatol. 2024; 32, č. 1, s. 7-24.
2. Šenolt L. Revmatoidní artritida – intenzivní léčebné strategie pro dosažení remise a prevenci kloubní destrukce. Aktuální medicína 2025;9(2):76–80
3. Pavelka K. a Výbor České reumatologické společnosti. Doporučení České reumatologické společnosti pro farmakologickou léčbu axiálních spondyloartritid Část I. Strategie léčby a farmakoterapie. Čes. Revmatol. 2021;29(1):5–19.
4. Pavelka K, Šenolt L, Šedová L, Hušáková M, Heissigerová J, a kol. Spondyloartritidy. Praha: Maxdorf; 2020/2021. ISBN 978-80-7345-679-5
5. Karel Pavelka. Doporučení České reumatologické společnosti pro léčbu dny. Čes. Revmatol. 2019; 27, č. 4, s. 166–176
6. Mandl P, D'Agostino MA, Navarro-Compán V, et al. 2023 EULAR recommendations on imaging in diagnosis and management of crystal-induced arthropathies in clinical practice. Ann Rheum Dis. 2024 May 15;83(6):752-759.
7. Espígol-Frigolé G, Dejaco C, Mackie SL, Salvarani C, Matteson EL, Cid MC. Polymyalgia rheumatica. Lancet. 2023 Oct 21;402(10411):1459-1472
8. Buttgeriet F, Boyadzhieva Z, Reisch M, et al. Recommendations of the German, Austrian and Swiss rheumatology and other medical societies for the management of polymyalgia rheumatica. Rheumatology (Oxford). 2025 Dec 4;keaf646. doi: 10.1093/rheumatology/keaf646
9. Ulijn E, den Broeder N, Bevers K, et al. Long-Term Routine Laboratory Toxicity Monitoring of Immunomodulatory Drugs in Rheumatoid Arthritis : A Retrospective Cohort Study. Ann Intern Med. 2025 Oct;178(10):1400-1408.
10. Rüeegg L, Pluma A, Hamroun S, et al. EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. Ann Rheum Dis. 2025 Jun;84(6):910-926.

Seznam zkratk

RA	revmatoidní artritida
MCP	metakarpofalangeální
PIP	proximální interfalangeální
MTP	metatarzofalangeální
RF	revmatoidní faktor
ACPA	protilátky proti citrulinovaným proteinům
ANA	antinukleární protilátky
VPL	všeobecný praktický lékař
NSA	nesteroidní antirevmatika
ACR	Americká kolej revmatologů
EULAR	Evropská aliance reumatologických společností
DAS28, SDAI, CDAI	kompozitvní indexy
HAQ	Health Assessment Questionnaire
CRP	C-reaktivní protein
PsA	psoriatická artritida
SpA	spondyloartritida
TNF	tumor nekrotizující faktor
ASDAS	Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
PMR	polymyalgia rheumatica
ULT	dlouhodobá hypourikemická léčba
EMG	elektromyografie
CKD	chronické onemocnění ledvin
s-KM	sérová hladina kyseliny močové
DECT	CT s duální energií
US	ultrasonografie
DMARD	chorobu modifikující antirevmatické léky
DXA	absorpciometrie/ měření kostní denzity
FRAX	kalkulátor kostní denzity, www.fraxplus.org/cs/calculation-tool
JAK	Janusovy kinázy (inhibitory JAK – inhibitory Janusovy kinázy)

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře

Název:	Revmatologie
Autoři:	prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D., prim. MUDr. Heřman Mann, Ph.D., prof. MUDr. Michal Tomčík, Ph.D. prof. MUDr. Jakub Závada, Ph.D., MUDr. Marta Olejárová, CSc.
Vydavatel:	Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Grafická úprava a sazba:	Tomáš Kraus
První vydání:	2014
Rok výroby:	Třetí, aktualizované vydání, Praha 2026
ISBN	978-80-88280-77-4

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-77-4

ISBN 978-80-88280-77-4



© 2026, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP