

Revmatoidní artritidu obvykle doprovází významné komorbidity zahrnující kardiovaskulární onemocnění, obezitu, infekce, zvýšené riziko rozvoje některých malignit zejména lymfomů, karcinomu plic nebo melanomu, osteoporóza, deprese, chronické onemocnění plic a dýchacích cest a zvýšená mortalita (2).

Diagnostika onemocnění

Diagnóza RA může být stanovena na základě anamnézy, klinického vyšetření a výsledků pomocných vyšetření. Pro diagnostiku RA nejsou dostupná žádná diagnostická kritéria.

V anamnéze pátráme po výskytu RA u prvostupňových příbuzných, zaměřujeme se na klinické charakteristiky onemocnění (symetrická, klidová kloubní bolest převážně na MCP kloubech rukou nebo na MTP kloubech nohou, přítomnost kloubního otoku a významné ranní ztuhlosti trvající obvykle déle než 1 hodinu) a dále na přítomnost celkových a mimokloubních projevů onemocnění. Zajímáme se o přidružená onemocnění například chronické infekce, kardiovaskulární onemocnění, alergie, malignity a demyelinizační onemocnění a o prodělaná očkávání.

Při klinickém vyšetření se zaměřujeme na přítomnost artritidy kloubů zejména na rukou nebo nohou eventuálně na přítomnost mimokloubních projevů onemocnění. Pohybový aparát vyšetřujeme pohledem, pohmatem a funkčními testy. Aktivní artritida (synovitida) se manifestuje otokem, proteplením, palpační bolestivostí a omezenou hybností kloubu. Otok kloubu, který je projevem synoviální hyperplazie a zvýšeného obsahu nitrokloubní a periartikulární tekutiny, se při palpaci projevuje jako měkká pružná tkáň okolo kontur kloubu. Erytém kůže v okolí postižených kloubů nebývá u RA přítomen. V případě hluboko uložených kloubů (kyčelní kloub) může být jediným příznakem omezení hybnosti kloubu.

V praxi se ke stanovení diagnózy RA často používají klasifikační kritéria, která však byla původně vytvořena pouze pro potřeby klinických hodnocení. Od roku 2010 jsou k dispozici klasifikační kritéria společně vytvořená Americkou kolejí revmatologů (ACR) a Evropskou aliancí revmatologických asociací (EULAR), která slouží k časné identifikaci pacientů s doposud nediferencovanou artritidou, zejména těch, kteří vyžadují včasnou léčbu,

Tab. 1. Mimokloubní projevy revmatoidní artritidy

Revmatoidní uzly	Nad olekanonem, na extenzorové ploše předloktí, na dorzální ploše kloubů rukou, nad Achillovou šlachou, ve vnitřních orgánech (plíce, srdce, štítná žláza). Mnohočetný výskyt se označuje jako revmatoidní nodulóza (možná souvislost s léčbou metotrexátem).
Revmatoidní vaskulitida	Kožní vyrážka, vředy, nekróza s rozvojem gangrény postihující konečky prstů nebo bérce, periferní neuropatie, postižení vnitřních orgánů (plíce, srdce, játra, pankreas, střevo). Postihuje především pacienty se seropozitivní RA.
Plicní	Pleuritida, plicní uzly, intersticiální plicní onemocnění a plicní fibróza, vaskulitida, Caplanův syndrom (kombinace plicní nodulózy a pneumokoniózy).
Kardiovaskulární	Perikarditida, postižením chlopní, převodní poruchy, kardiomyopatie, akcelerovaná ateroskleróza spojená se zvýšenou kardiovaskulární morbiditou a mortalitou.
Oční	Suchá ketatokonjunktivitida (10–35 % pacientů se sekundárním Sjögrenovým syndromem), episkleritida, skleritida, katarakta.
Neurologické	Úžňové syndromy, cervikální myelopatie, distální sensorická polyneuropatie, mononeuritis multiplex.
Hematologické	Anémie chronických onemocnění, trombocytóza, leukocytóza, Feltyho syndrom, kryoglobulinemie.
Kostní	Sekundární osteoporóza v důsledku chronického zánětu a léčby glukokortikoidy.
Ostatní	Lymfadenopatie, amyloidóza, splenomegalie.

RA – revmatoidní artritida

Tab. 2. Klasifikační kritéria American College of Rheumatology/ European Alliance of Associations for Rheumatology pro revmatoidní artritidu z roku 2010

Cílová populace (kdo by měl být testován?): Pacient: 1) s alespoň jedním kloubem s prokazatelnou synovitiidou* 2) se synovitiidou dobře nevysvětlenou přítomností jiné choroby†	Skóre
(skórovací algoritmus: součet skóre kategorie A–D; skóre ≥ 6/10 je potřebné ke klasifikaci RA)‡	
A. Postižení kloubů synovitiidou	
1 velký kloub	0
2–10 velkých kloubů	1
1–3 malé klouby (s postižením velkých kloubů nebo bez)	2
4–10 malých kloubů (s postižením velkých kloubů nebo bez)	3
> 10 kloubů (alespoň jeden malý kloub)	5
B. Sérologie	
negativní RF, negativní ACPA	0
nízce pozitivní RF anebo nízce pozitivní ACPA	2
vysoce pozitivní RF anebo vysoce pozitivní ACPA	3
C. Reaktanty akutní fáze	
normální FW, normální CRP	0
zvýšená FW, zvýšený CRP	1
D. Trvání symptomů	
< 6 týdnů	0
≥ 6 týdnů	1

*Klasifikační kritéria slouží ke klasifikaci nových pacientů. Navíc pacienti s erozivní artritidou typickou pro RA a s anamnézou splňující tato kritéria mohou být klasifikováni jako nemocní s RA. Pacienti s dlouhotrvajícím onemocněním i inaktivním (s terapií nebo bez terapie), kteří na základě retrospektivních dat splnili tato kritéria, mohou být klasifikováni jako pacienti s RA.

†Diferenciální diagnostika může zahrnovat SLE, PsA a dnovou artritidu. Při nejasnostech by měl být konzultován revmatolog.

‡Pacienti, kteří nedosáhnou skóre 6/10, mohou být v průběhu dalšího sledování překlasiifikováni, pokud splní tato kritéria.

Zkratky: ACPA – protilátky proti citrulinovaným peptidům; ACR – Americká kolej revmatologů; CRP – C-reaktivní protein; EULAR: Evropská aliance revmatologických asociací; FW – sedimentace erytrocytů metodou Fahræus Westergren; PsA – psoriatická artritida; RF – revmatoidní faktor; SLE – systémový lupus erythematoses.

jež by mohla zabránit vývoji perzistentní anebo erozivní artritidy (4) (Tab. 2).

Prvním projevem velmi časného onemocnění mohou být bolesti kloubů ještě bez přítomnosti klinicky manifestní artritidy. V roce 2016 EULAR vytvořil soubor klinických parametrů pacientů s artralgiemi bez klinicky manifestní artritidy (tzv. klinicky signifikantní

artralgie), které mohou pomoci odlišit pacienty s vysokým rizikem rozvoje RA (5). Vysoké senzitivity (> 90 %) je dosaženo, pokud jsou přítomny alespoň 3 parametry, vysoká specifita (> 90 %) vyžaduje přítomnost alespoň 4 parametrů (Tab. 3).

Existují rovněž různá doporučení, kdy odeslat nemocného k revmatologickému vyšetře-