

**Tab. 3.** European Alliance of Associations for Rheumatology definice artralgie podezřelé z progresu do revmatoidní artritidy z roku 2016

EULAR definoval parametry popisující artralgie s rizikem vývoje RA		
Tyto parametry mají být aplikovány u pacientů s artralgií bez klinické artritidy, bez jiné diagnózy nebo jiného vysvětlení artralgií		
Anamnéza	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ kloubní příznaky s nedávným začátkem (trvání &lt; 1 rok)</li> <li>■ příznaky lokalizované na MCP kloubech</li> <li>■ délka ranní ztuhlosti ≥ 60 min</li> <li>■ nejzávažnější příznaky v časných ranních hodinách</li> <li>■ existence příbuzného 1. stupně s RA</li> </ul>	
Klinické vyšetření	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ potíže sevřít pěst</li> <li>■ pozitivní squeeze test (příčný stisk MCP kloubů)</li> </ul>	
Počet přítomných parametrů	Senzitivita (%)	Specifická (%)
≥ 1	100	14,1
≥ 2	98,4	53,8
≥ 3	90,2	74,4
≥ 4	70,5	93,6
≥ 5	32,8	100
≥ 6	16,4	100
≥ 7	1,6	100

*EULAR – Evropská aliance revmatologických lig a proti revmatismu; MCP – metakarpofalangeální RA – revmatoidní artritida*

ní s podezřením na časnou RA. Jedno z nich zohledňuje přítomnost varovných signálů jako je přítomnost 3 a více oteklých kloubů, pozitivní squeeze test (test příčného stisku MCP kloubů) a ranní ztuhlost kloubů trvajících alespoň 30 minut.

Laboratorní vyšetření obvykle zahrnuje stanovení zánětlivých parametrů C-reaktivního proteinu (CRP) a sedimentace erytrocytů (FW), jejichž zvýšení obvykle doprovází aktivní onemocnění. Mohou být použity ke sledování aktivity onemocnění, ale nejsou pro RA specifické. Jejich korelace s klinickou aktivitou onemocnění nemusí být vždy přesná, někteří pacienti s aktivním onemocněním mohou mít i normální CRP a FW. Aktivní onemocnění často doprovází anémie chronických onemocnění, trombocytóza nebo leukocytóza a změny v elektroforéze sérových bílkovin odrážející chronický zánět. U části nemocných lze detekovat přítomnost kryoglobulinů.

Sérologické vyšetření u RA by mělo zahrnovat především stanovení ACPA a RF. Nevýhodou RF je jejich nízká specifická pro RA (~78 %). Mohou být přítomny u jiných onemocnění nebo u zdravých osob vyššího věku, kde se jejich prevalence u osob nad 60 let odhaduje až na 25 %. K průkazu RF se většinou používá test ELISA (stanovení RF IgM, IgG, IgA). Nejčastěji bývají přítomny RF ve třídě IgM. RF IgA mohou být asociovány s erozivním onemocněním a vysoké hladiny RF IgG s mimokloubními projevy onemocnění. Poté co je stanovena diagnóza RA,

postrádá opakované stanovení přítomnosti RF smysl.

Naopak velkou výhodou ACPA je jejich vysoká specifická pro RA (≥ 97 %) a u zdravých jedinců se prakticky nevyskytují. Proto by jejich stanovení mělo být preferováno před stanovením RF u všech pacientů s klinickým podezřením na RA. Ke stanovení ACPA se používají dostupné a levné testy ELISA detekující tzv. protilátky proti cyklickým citrulinovaným peptidům (anti-CCP) nebo protilátky proti mutovanému citrulinovanému vimentinu (anti-MCV). Pouze malá část pacientů (10–20 %) zůstává v průběhu onemocnění séronegativní.

Laboratorní vyšetření by mělo dále zahrnovat biochemické testy (minerály, močovina, kreatinin, lipidogram, glukóza, bilirubin, jaterní testy), kompletní krevní obraz a vyšetření moči a močového sedimentu. V případě, že je punkcí kloubu získán kloubní výpotek, má obvykle zánětlivý charakter. Analýza kloubního výpotku může být přínosná při odlišení jiných zánětlivých artritid (septická artritida, krystaly indukovaná artritida), zvláště v případech, kdy je přítomna pouze artritida jednoho kloubu

Ze zobrazovacích technik je zejména k hodnocení progresu onemocnění používána klasická rentgenová skiografie kloubů rukou a nohou, případně ostatních postižených kloubů (6). Hodnocení rentgenové progresu by se mělo provádět zpravidla 1× ročně zejména v průběhu prvních 5 let vývoje onemocnění. Charakteristickým nálezem je zúžení kloubní štěrbin a přítomnost marginálních kostních

erozí. Zejména v začátcích onemocnění nemusí být na rentgenovém snímku přítomny žádné změny. V roce 2013 byla pracovní skupinou EULAR vytvořena definice erozivního onemocnění (7). Je určena především pro situace, kdy pacient nesplnil klasifikační kritéria ACR/EULAR pro RA. Podle této definice je za průkaz erozivního onemocnění považován nálezn 3 a více kloubů postižených erozí. Hodnotí se klouby zápěstí, PIP a MCP na ruce a MTP klouby na nohou. Ultrasonografie (USG) a magnetická rezonance (MR) jsou citlivější metody, které mohou být použity k časné detekci kostních erozí a umožňují detailnější zobrazení měkkých tkání a posouzení aktivity artritidy.

K hodnocení aktivity RA a k hodnocení odpovědi na léčbu se používají validizované numerické kompozitní indexy. Bylo prokázáno, že spolehlivě hodnotí aktivitu onemocnění a jsou dostatečně citlivé ke změnám aktivity RA v průběhu léčby (1). Nejčastěji se používají indexy DAS28 (Disease Activity Score – 28 kloubů), SDAI (Simplified Disease Activity Index) a CDAI (Clinical Disease Activity Index). Stanovení aktivity RA je doporučeno provádět u aktivního onemocnění a při zahájení léčby v intervalu 1 až 3 měsíců a ve stadiu remise nebo nízké aktivity onemocnění v intervalu 3 až 6 měsíců. K vyhodnocení numerických indexů lze využít například zdarma dostupnou aplikaci RheumaHelper. Podle novelizovaných doporučení ACR/EULAR z roku 2022 lze k hodnocení remise onemocnění použít tzv. Booleovskou definici, která zahrnuje skóre počtu palpačně bolestivých kloubů, palpačně oteklých kloubů, CRP (mg/dl) ≤ 1 a pacientovo globální hodnocení aktivity choroby na VAS (0–10 cm) ≤ 2 nebo hodnocení pomocí kompozitního indexu (SDAI ≤ 3,3) (8). Booleovská definice remise je však pro praktické použití příliš přísným kritériem. V klinické praxi dosahuje remise podle této definice pouze 6–10 % pacientů.

K hodnocení symptomů onemocnění (bolest, únava, nezávislost) a k hodnocení vlivu onemocnění na fyzické a pracovní schopnosti a na chorobou podmíněnou kvalitu života se používají standardizované dotazníky (PROs, z anglického Patient Reported Outcomes) například Health Assessment Questionnaire (HAQ), Short Form 36-item Health Status Questionnaire (SF-36), Euro Quality of Life Scale (EQ-5D) a další. Jejich hodnocení by