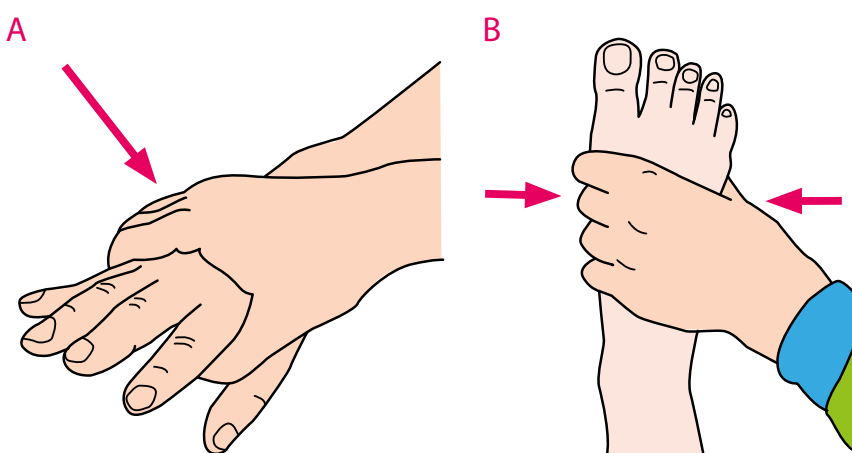


Tab. 4. Diferenciální diagnóza revmatoidní artritidy (upraveno podle Mann H. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, revmatologie, novelizace 2021. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-29-3 a Klinkhoff A. Rheumatology: 5. Diagnosis and management of inflammatory polyarthritis. CMAJ. 2000;162:1833-1838)

Diagnóza	Typický věk a pohlaví	Příznaky	Klinický nálezn	Laboratorní testy	Charakteristické rysy
Revmatoidní artritida	jakýkoli věk (obvykle 40–60 let) ženy 2–4x častěji	bolesti a otoky kloubů spojené s ranní ztuhlostí > 1 h, únava	artritida MCP, MTP, PIP kloubů a zápěstí	obvykle vyšší CRP/FW, RF/ACPA pozitivní u asi 70 % nemocných	symetrické postižení
Psoriatická artritida/ spondyloartritida	jakýkoli věk	bolesti a otoky kloubů, bolesti v místech úponů šlach a entezí, může být zánětlivá bolest zad	artritida, entezitida, daktylitida (bolestivý otok celého prstu)	laboratorní vyšetření může být normální včetně CRP/FW a HLA-B27, negativní RF/ACPA	může být sakroiliitida, spondylitida, plantární fasciitida, artritida DIP kloubů, změny nehtů (např. doličkování, onycholýza), anamnéza psoriázy u pacienta nebo příbuzných, uveitida
Systémový lupus erythematoses	obvykle 20–40 let, ženy 10–20x častěji	projevy multiorgánového postižení (např. vyrážka, pleuritida), fotosenzitivita	často spíše bolestivost než otoky kloubů, hypermobilita	pozitivita ANA a jiných autoprotilátek, často cytopenie	neerozivní artritida, někdy deformující artritida (Jacoudova)
Polymyalgia rheumatica	> 50 let ženy 2–3x častěji	často náhlý začátek, bolesti a ztuhlost ramenního a pánevního pletence, celkové příznaky (únava, subfebrilie)	může být artritida zápěstí (otok hřbetu ruky), kolene	často výrazně zvýšené CRP/FW, negativita RF/ACPA	může být spojena s vaskulitidou velkých cév (obrovskobuněčnou arteriitidou)
Polyartikulární dnávní artritida	vyšší věk muži 3–4x častěji	obvykle anamnéza epizodických dnávních záchvatů (monoartritida) před rozvojem polyartritidy, dnávní tofy	artritida, dnávní 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		sérologie parvoviru B19, virů hepatitidy B a C, SARS-CoV2, HIV, alfavirů	anamnéza kontaktu s nemocnými, cesty do rizikových oblastí
Osteoartróza	obvykle > 45 let častěji u žen	bolesti DIP, PIP kloubů, CMC kloubů palců, často postižení kolen, kyčlí, MTP palce nohy	hmatné osteofyty DIP (Heberdenovy uzly) a PIP (Bouchardovy uzly)	laboratorní vyšetření nepřínosné	obvykle symetrické postižení, změny na RTG

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

Obr. 1. Test příčného stisku metakarpofalangeálních (A) a metatarzofalangeálních (B) kloubů. Test příčného stisku je jednoduchá metoda k odhalení možného zánětu kloubů u nemocných s revmatoidní artritidou



mělo být standardní součástí monitoringu efektu léčby RA.

Prognózu onemocnění lze posuzovat podle přítomnosti nepříznivých prognostických faktorů, které zahrnují pozitivitu autoprotilátek (RF, ACPA) zejména ve vysokém titru, zvýšení hladiny zánětlivých parametrů

(CRP), perzistující střední a vysokou aktivitu onemocnění, vysoký počet oteklých kloubů, časný vývoj kloubních erozí nebo selhání léčby dvěma a více chorobu modifikujícími léky (DMARD). K faktorům spojeným se závažnějším průběhem onemocnění patří rovněž ženské pohlaví, kouření cigaret nebo obezita.

Diferenciální diagnóza

Vzhledem k její vysoké prevalenci v populaci bývají často symptomy a kloubní nálezn u pacientů s osteoartrózou (OA) mylně interpretovány jako RA. Nicméně obě onemocnění se mohou vyskytovat současně. U pacientů s OA dominuje postižení interfalangeálních kloubů včetně DIP a postižení karpometakarpálního kloubu palce (rizartróza). Častým nálezem je přítomnost osteofytů na DIP (Heberdenovy uzly) a PIP kloubech (Bouchardovy uzly). Pacienti mohou mít současně OA kolen, kyčlí nebo MTP kloubu palce nohy, případně degenerativní postižení krční nebo bederní páteře (spondylóza, spondylartróza). Příznaky OA obvykle zahrnují startovací bolest kloubů a krátkodobou ztuhlost manifestující se kdykoli v průběhu dne. Naopak artritidu MCP nebo MTP kloubů u pacientů s RA může pomoci odhalit jednoduchý klinický test příčného stisku (9) (Obr. 1).