

měnit za bDMARD s jiným mechanismem účinku nebo JAKi nebo použít druhý TNFi nebo IL-6Ri (tzv. cyklování léků).

Pokud po ukončení léčby GK trvá dlouhodobá remise onemocnění, lze zvážit postupnou redukci léčby bDMARD, JAKi nebo i csDMARD (11).

Nesteroidní antiflogistika a analgetika mají v léčbě RA pouze okrajový význam u pacientů s reziduálními symptomy onemocnění jako je bolest nebo ztuhlost kloubů (1). Umožňují pouze kontrolu symptomů a nebrání strukturální progresi. Nesteroidní antiflogistika je proto doporučeno používat pouze u symptomatických pacientů navzdory léčbě DMARD v nejnižší efektivní dávce po nezbytně nutnou dobu a průběžně monitorovat jejich případnou toxicitu.

Léčba bDMARD a JAKi může být spojena s rizikem nežádoucích příhod. Bezpečnost léčby je tedy nutné před jejím zahájením a v průběhu pravidelně monitorovat. Před zahájením léčby je doporučeno vyloučit některé chronické infekce (latentní tuberkulóza, chronická virová hepatitida B a C), u kterých hrozí riziko jejich vzplanutí. V případě pozitivního nálezu může být léčba bDMARD nebo JAKi použita až po zahájení profylaktické léčby izoniazidem nebo virostatiky. V průběhu léčby je dále nutné sledovat základní biochemické (CRP, jaterní soubor, renální funkce, mineralogram, lipidogram) a hematologické (kompletní krevní obraz) parametry. Pacienty léčené bDMARD a zejména JAKi je vhodné 1× ročně odeslat k dermatologickému vyšetření k vyloučení rizika rozvoje melanomu nebo nemelanomových kožních nádorů.

Použití některých DMARD v průběhu těhotenství a kojení je z důvodu jejich potenciálního teratogenního rizika a rovněž rizika

pro kojené dítě zakázáno a ženy ve fertilním věku by měly být poučeny, aby v průběhu léčby účinně bránily početí (18). Platí to zejména pro MTX, LEF, některá bDMARD (IL-6Ri, abatacept, rituximab) a všechny JAKi. Naopak použití TNFi je v průběhu celého těhotenství (certolizumab pegol) nebo po dobu alespoň prvních 20–32 týdnů gravidity (etanercept, adalimumab, infliximab) a rovněž v průběhu kojení možné.

Při léčbě bDMARD a JAKi je zakázáno použití živých očkovacích látek. U všech léčených pacientů je ale vhodné sledovat anamnézu očkování a doporučit jim vakcinaci vybranými neživými vakcínami např. proti chřipce nebo tetanu a u vybraných rizikových skupin proti infekci SARS-CoV2, invazivním pneumokokům, infekčním hepatitidám nebo herpes zoster (19).

Součástí komplexní péče o pacienty s RA je rovněž nefarmakologická léčba s využitím různých fyzioterapeutických postupů, fyzikální léčby a balneoterapie. V různých fázích onemocnění je důležitá spolupráce s fyzioterapeutem, protetikem, ortopedem nebo psychologem. Při aktivním onemocnění je doporučena spíše limitace fyzické aktivity a případná lokální aplikace chladu. U pracujících pacientů může být, v závislosti na vykonávané profesi, indikována krátkodobá pracovní neschopnost. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti u nemocných s RA je nutné zohlednit především aktivitu onemocnění, přítomnost strukturálního poškození a omezení funkčních schopností nemocných. Naopak v období nízké aktivity onemocnění je pacientům doporučována pravidelná pohybová léčba s cílem zmírnit symptomy onemocnění, udržet hybnost kloubů, předcházet rozvoji svalové atrofie nebo snižovat riziko rozvoje osteoporózy. Pokud to vyžaduje pacientův stav,

může být rovněž zváženo použití asistenčních a kompenzačních pomůcek. Lázeňská léčba je vhodná především v období nižší aktivity onemocnění. Komplexní lázeňskou léčbu v rozsahu 28 dnů jedenkrát za kalendářní rok lze nabídnout nemocným na základě doporučení revmatologa od II. stadia choroby s funkčním postižením třídy „B“ (20).

Kritéria pro odeslání ke specialistovi

Při rozhodování, zda odeslat pacienta k revmatologickému vyšetření, je vhodné vycházet z aktuálních Doporučených diagnostických a terapeutických postupů pro všeobecné praktické lékaře novelizovaných v roce 2021 (9). Pro zajištění optimální péče o pacienta s RA je nezbytná spolupráce praktického lékaře a revmatologa. Před odesláním pacienta k revmatologickému vyšetření může být velmi přínosné, pokud praktický lékař s revmatologem pacientův stav konzultuje. Ideální může být zajištění vyšetření pacienta v tzv. ambulancích časné artritidy, které zřizují některá významná revmatologická pracoviště.

Z hlediska praktického lékaře je nejdůležitější odlišit projevy RA od běžnější OA drobných ručních kloubů. Vyšetření revmatologem je naléhavě indikováno u nemocných s artritidou alespoň 1 kloubu, především s postižením MCP nebo MTP kloubů (lze ověřit testem příčného stisku) a s raní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut. Aby nedocházelo ke zbytečnému zdržení nebo chybné interpretaci výsledků, nemusí odesílající lékař u těchto nemocných provádět žádná laboratorní vyšetření ani rentgenové snímky. Před vyšetřením specialistou není současně vhodné zahajovat léčbu DMARD ani GK. K symptomatické léčbě lze použít pouze NSA nebo analgetika.

LITERATURA

- Němec P. Revmatoidní artritida. In: Němec, et al. Revmatologie pro praxi. Praha: Grada Publishing; 2021.
- Løgstrup BB, Ellingsen T, Pedersen AB, et al. Cardiovascular risk and mortality in rheumatoid arthritis compared with diabetes mellitus and the general population. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60:1400.
- Yamamoto K, Okada Y, Suzuki A, et al. Genetic studies of rheumatoid arthritis. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci*. 2015;91:410-22.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative

initiative. *Ann Rheum, DiS*. 2010;69:1580-8.

- Van Steenberg HW, Aletaha D, Beart-van de Voorde LJ, et al. Extended report: EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum, DiS*. 2017;76:491-496.
- Colebatch AN, Edwards CJ, Østergaard M, et al. EULAR recommendations for the use of imaging of the joints in the clinical management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum, DiS*. 2013;72:804-14.
- Van der Heijde D, van der Helm-van Mil AH, Aletaha D, et al. EULAR definition of erosive disease in light of the 2010 ACR/EULAR rheumatoid arthritis classification criteria.

Ann Rheum, DiS. 2013;72:479-81.

- Felson DT, Smolen JS, Wells G, et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Provisional Definition of Remission in Rheumatoid Arthritis for Clinical Trials. *Ann Rheum, DiS*. 2011;70:404-413.
- Mann H. Revmatoidní artritida. In: Šenolt L, Mann H, Závada J. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, revmatologie, novelizace 2021. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře [Internet]. Available from: <https://www.svl.cz/files/files/Doporučené-postupy/2020/DP-Revma.pdf>, ISBN 978-80-88280-29-3.