

**Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře**



**BOLESTI
POHYBOVÉHO
APARÁTU
– MIMOKLOUBNÍ REVMATISMY**

Autoři:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Herle

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Heřman Mann

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

NOVELIZACE 2010



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

BOLESTI POHYBOVÉHO APARÁTU – MIMOKLOUBNÍ REVMATISMY

**Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře**

Hlavní koordinátor Doporučeného postupu:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Autoři:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Herle, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Heřman Mann, Česká revmatologická společnost ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. Milada Kratochvílová, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Karel Janík, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. MIMOKLOUBNÍ REVMATISMY – ÚVOD.....	3
1.1 FIBROMYALGIE (FIBROZITIDY, MYOFASCIÁLNÍ SYNDROM)	3
1.2 ENTÉZOPATIE	3
1.3 BURZITITY	3
1.4 KAPSULITIDY	4
1.5 TENDINITIDY A TENDOSYNOVITIDY	4
1.6 TIETZŮV SYNDROM	4
1.7 TUNELOVÉ (ÚŽINOVÉ) SYNDROMY	4
2. ČASNÁ DIAGNOSTIKA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY – ÚVOD.....	10
2.1 DIAGNÓZA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY	10
2.2 KLINICKÉ PROJEVY	10
2.3 LABORATORNÍ NÁLEZY	10
2.4 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ	10
2.5 2010 EULAR/ACR KLASIFIKAČNÍ KRITERIA PRO REVMATOIDNÍ ARTRITIDU	11
2.6 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA.....	11
2.7 LÉČBA	11
2.8 ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	11
2.9 POSUDKOVÁ HLEDISKA.....	12
4. LITERATURA	12

1. MIMOKLOUBNÍ REVMATISMY – ÚVOD

Mimokloubní revmatismy jsou sice na okraji zájmu několika oborů, ale důležitou součástí všeobecného praktického lékařství. Je to proto, že mnohé bolesti lokalizované do pohybového systému jsou způsobené právě tzv. mimokloubními revmatismy.

Jak by se daly definovat? Nejlépe vylučovací metodou. Jde o onemocnění pohybového systému postihující šlachy, úpony, burzy, šlachové pochvy a kloubní synovii mimo kosti a vlastní kloubní plochy, které nejsou bezprostředně způsobené úrazem a projevující se hlavně bolestí.

Co lze zařadit mezi mimokloubní revmatismy? Viz. obr. v příloze. Některými autory jsou mezi mimokloubní revmatismy zařazované ještě další jednotky, ale pro jejich vzácnost a malý význam je zde neuvádíme. Poněkud samostatnou kapitolou jsou tzv. tunelové (úžinové) syndromy. Protože se bolesti při tunelových syndromech projikují do pohybového systému, jsou uvedené zde, ač jsou problematikou více neurologickou.

V etiologii se jako hlavní činitel uplatňuje přetížení pohybového systému, buď jednorázovou zvýšenou nebo opakovanou stereotypní zátěží. Při diagnostice těchto onemocnění bychom neměli zapomínat na fakt, že po 40. roce věku dochází ke stárnutí (degeneraci) šlach, úponů a vazů a dochází častěji k přetížení i u pacientů, kteří zatěžují pohybovou soustavu stále stejnou intenzitou.

1.1 FIBROMYALGIE (FIBROZITIDY, MYOFASCIÁLNÍ SYNDROM)

Fibromyalgie (fibrozitidy, myofasciální syndrom) se projevují zvýšenou bolestivostí muskuloskeletálního systému, zejména na dotek. Převážně postihuje ženy a předpokládá se u nich porucha modulační bolesti (snížení prahu pro bolest při endorfinové insuficienci). Fibromyalgie se dále projevuje zvýšenou citlivostí přesně lokalizovaných bodů tzv. trigger points, viz. obrazová příloha. Příznaky se zhoršují při nadměrné fyzické námaze, nebo naopak při inaktivitě. Léčba je obtížná, ale vždy by měla být součástí psychofarmaka, a to antidepresiva a anxiolytika.

1.2 ENTÉZOPATIE

Entézipatie, jsou většinou způsobené přetěžováním svalových úponů námahou při práci nebo mimopracovních aktivitách. Při nezměněné námaze se projevuje po 40. roce věku zejména u žen. Diagnostika entézipatií, např. epikondylitid je jednoduchá, např. palpační bolest svalových úponů na epikondyly humeru. Entézipatie plantární aponeurózy – kdy tlak na kalkaneus, v místě úponu aponeurosy, je výrazně bolestivý a diagnózu můžeme stanovit i bez rtg, na němž může, ale také nemusí být pozorovatelná kalcifikace. Poměrně často lze pozorovat entézipatii musculus adductores femoris, která se projevuje bolestí na spodním okraji symfyzy, např. u lyžařů nebo fotbalistů. Další častá entézipatie je trochanterická entézipatie m. gluteus. Pacienti přicházejí s bolestí v kyčli, avšak kyčel je volná a nebolestivá. Palpačně je bolestivý tlak na velký trochanter. Terapie: nepřetěžovat bolestivé úpony svalů. Lokální léčba nesteroidními analgetiky (sprejové a masťové formy) event. elektrolyčba. Nedoporučuje se aplikovat injekční kortikosteroidy u epikondylitid, neboť účinek je nejen krátkodobý, bolesti jako varovný signál vymizí a pacienti bez omezení nadále přetěžují horní končetiny a vzniká tak začarovaný kruh. Naopak u plantární entézipatie (subcalcanea) je aplikace kortikoidů velmi efektivní. Kortikoidy se aplikují k místu maximální bolestivosti, nikdy ne do šlachy!! Aplikace je jednoduchá a výsledek rychlý, tj. ústup bolesti do 1-2 dnů. Léčba je podstatně efektivnější než elektrolyčba či rtg ozařování. Entézipatie adduktorů stehna většinou ustupuje rychle a není třeba ji léčit elektrolyčbou či obstríky. Při trochanterické entézipatii většinou stačí nemocného uklidnit, že se nejedná o bolest kyčle a nechat obtíže odeznít. Event. můžeme podat celkově nesteroidní analgetika (NSA). Často se řeší u epikondylitid profesní zátěž. Při tomto podezření se nevyjadřujeme k možné event. příčině a nemocného neprodleně odešleme na oddělení pracovního lékařství. U některých vybraných typů pracovních činností je možné epikondylitidy posuzovat jako poškození zdraví z povolání, definitivní vyjádření a posouzení ale patří do sféry odbornosti pracovního lékařství a klinik nemocí z povolání. Zde je vhodné připomenout tu skutečnost, že řada všeobecných praktických lékařů vykonává současně i závodní preventivní péči. V otázkách onemocnění pohybového ústrojí právě znalost pracovního prostředí ze strany všeobecného praktického – závodního – lékaře je nesmírně důležitým faktorem pro další posouzení a možné pracovní omezení jednotlivého zaměstnance.

1.3 BURZITIDY

Burzitidy, jsou rovněž způsobné zvýšenou zátěží event. jsou projevem celkových revmatických chorob a projevují se bolestí v oblasti postižených burz. Při subakromiální burzitidě je bolestivé upažení nad 60° (tzv. impingement syndrom). Olekranická burzitida se projevuje bolestí při opření o lokty. Dříve se často postihovala brusíče skla. Trochanterická burzitida se obtížně odlišuje od entézipatie, ale terapie je stejná, takže přesné diagnózy není třeba. Burzitidy prepatelární a infrapatelární jsou nejčastěji traumatického původu a také bývají často infekční; při přechodu infekce do burz z okolí. Terapie burzitid je lokální: pokud jsou přístupné punkci, tak punktovat (většinou velmi jednoduché při použití silné jehly). V případě čirého výpotku stačí ponechat v klidu a vyčkat dalšího vývoje. Při nutnosti opakovat punkce je vhodné aplikovat do burzy kortikoid. V pří-

padě zkaleného výpotku a lokálních známek zánětu je nutné podat antibiotika (ATB). V případě základního onemocnění typu revmatoidní artritidy je nutné léčit základní onemocnění. Pozor na burzitidu nad I. MTTP skloubením. Tu je nutné odlišit od dnave artritidy. Burzitida přestane bolet, když se nemocný zuje z bot, u dny bolest trvá a začíná převážně v noci. Burzitidu popliteální musíme odlišit od Bakerovy cysty, která je převážně nebolestivá.

1.4 KAPSULITIDY

Kapsulitidy byly původně nazývané periartritidy. Postihují zejména rameno. Pojem kapsulitida je přesnější, proto se mu nyní dává přednost a je tak takto diagnosa uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Onemocnění může mít různý průběh, od perakutního, kdy onemocnění znehybní pacientovi rameno pro bolest během několika hodin až po chronický, kdy dochází k pomalému a nenápadnému znehybnění ramena v průběhu měsíců. Etiologie je dosud nejasná, může jít o přetížení ramena, prochlazení ramena (otevřené okénko v autě), porucha C páteře a další. V případě perakutního průběhu je nutné podat ihned maximální dávky NSA a analgetik (velmi často jsou nutné vzhledem k silným bolestem podta slabé či krátkodobě silné opioidy) a ruku zavěsit na šátek, protože již prostý vis horní končetiny způsobuje tahem za rameno silnou bolest. Dále je nutné časně (tj. během 2-3 týdnů) zahájit rehabilitaci i když rameno může být ještě bolestivé. Při chronickém průběhu přichází pacienti až při omezení hybnosti v rameni pro běžné denní činnosti. Zde je nutné ihned zahájit rehabilitaci i při nutnosti užívat celkově NSA. V případě, že nebudeme důsledně dbát rehabilitace, doje onemocnění až k zmrzlému rameni (frozen shoulder). Pak již nebývá rehabilitace plně účinná a dochází trvalému omezení hybnosti.

1.5 TENDINITIDY A TENDOSYNOVITIDY

Tendinitidy a tendosynovitidy vznikají přetížením, přechodem zánětu z okolí nebo při revmatických chorobách. Mají různé projevy: Tendovaginitis crepitans (nejčastěji na šlaše m.adductor policis longus et brevis). Při palpaci postižených šlach a jejich pohybu cítíme pod svými prsty krepitus. Tehdy je diagnóza jasná. Někdy však mohou být šlachy bolestivé i bez krepitu! Terapie je jednoduchá – snížit zátěž a lokálně NSA (event. v okluzi). Ústup obtíží je během několika dnů. Quervainova choroba je tendinitida m. extensor policis vznikající při tření šlachy přes procesus styloideus radii. Rovněž vzniká z přetížení a snížení zátěže vede k ústupu obtíží. Chceme-li pacientovi rychle ulevit, můžeme do okolí šlachy nad procesus styloideus aplikovat kortikoid. Efekt je rychlý (za 1-2 dny) a přesvědčivý. Digitus saltans: jde o stenotující tendovaginitidu III. a IV. prstu ruky. Pokud pacienta obtěžuje, je nutné chirurgické uvolnění. Jiná terapie nemá efekt. U ganglion jde o cystickou tendosynovitidu, projevující se tuhým, ale mírně elastickým zduřením nad šlachami dorsa rukou nebo nártu. Pacienta uklidníme, že se nejedná o nádor. Pokud udává bolest ganglion, pak je řešení v chirurgické exstirpaci. Tendinitida Achillei je častá tendinitida u sportovců, nejvíce běžců. Je nutné snížit zátěž a někteří musí skončit i se sportem. Obstříky kortikoidy nejsou vhodné pro riziko oslabení šlachy a následné možné ruptury.

1.6 TIETZŮV SYNDROM

Zmiňuji se o něm proto, abychom uměli zklidnit nemocné a vysvětlit jim, že se nejedná o závažné onemocnění. Syndrom má nejasný původ. Nejčastěji postihuje II. sternokostální spojení a sternoklavikulární kloub. Zpočátku zduření může být kloub lehce bolestivý, ale po několika dnech až týdnech bolest odeznívá a zduření zůstává. Přichází často ženy, kterým vadí ve výstřihu, zejména je-li asymetrické.

1.7 TUNELOVÉ (ÚŽINOVÉ) SYNDROMY

Ač se jedná o útlak periferních nervů, zmiňujeme se o problému zde, neboť tyto syndromy bývají často zaměňované za onemocnění pohybového systému.

Obecné projevy: tlak na periferní nerv vyvolá po přechodném palčivém pocitu anestézii v zásobované oblasti. Po povolení tlaku se objevuje parestézie po době úměrné délce tlaku. Nejčastější příklady jsou: tzv. „pře-sezení nervu“ při sezení se zkříženými nohama, dále noční anestézie a následné parestézie horních končetin po uskřínutí kořenů v oblasti C páteře (zalomení hlavy ve spánku nebo tlakem na průběhy nervů).

Nejčastější tunelové syndromy na horních končetinách jsou: syndrom karpálního tunelu (útlak n. medianus). K útlačku dochází v zúženém prostoru pod retinaculum flexorum manus na volární straně zápěstí po zvýšené námaze kladené na ruku, nebo následkem prosáknutí v těhotenství nebo při hypotyreóze. Může být také prvním příznakem revmatoidní artritidy. Pro syndrom karpálního tunelu je typická palčivá bolest I.-III. prstu a radiální poloviny 4. prstu. Zrcadlové postižení ruky je vyvoláno syndromem ulnárního tunelu.

Tunelových syndromů je mnoho, ale ještě se zmíním o nejčastějších na dolních končetinách. S vertebrogenními syndromy se často zaměňuje syndrom n. cutanei femoris lateralis, tzv. meralgia paresthetica. Od vertebrogenního syndromu ji lze odlišit charakterem bolesti – jde o parestézie až palčivou bolest na rozdíl od ostré, vystřelující bolesti při vertebrogenních syndromech. Dále meralgie paresthetická má přesnou lokalizaci na před-

ní a zevní straně stehna. Syndrom vzniká při průchodu uvedeného nervu skrz stěnu břišní. Jako první musíme vyloučit ostatní příčiny neuropatií např. diabetes hypertyreóza a další. Problematická je terapie, protože je většinou neúčinná, ať používáme analgetika, antiepileptika či vitaminy. Se syndromem n. fibularis se setkáváme při útlaku nervu ve vysokých lyžařských botách, nebo po frakturách hlavičky fibuly.

Přední tarzální syndrom nám může vysvětlit obtíže pacientů s bolestmi na nártu při vyloučení jiných příčin. Vzniká při útlaku n. fibularis (peroneus) pod retinakulem šlach extenzorů nohy při přechodu bérce v nárt. Mediální tarzální syndrom vzniká útlakem n. tibialis pod vnitřním kotníkem a vyvolává bolest kolem vnitřního kotníku a na plantě.

Při útlaku konečných větví tibiálního nervu jdoucích do prstů vzniká tzv. Mortonova neuralgie. Je vyvolána deformací nohy (příčně plochá) nebo útlakem v obuvi (nejčastěji zimní) a projevuje se brněním až palčivostí prstů. Na rozdíl od jiných bolestí ustupuje po vyzutí z obuvi a odlehčení postižené nohy. Terapie je svízelná, obštriky mesocainem nepřesvědčivé. Vždy je nutné korigovat deformaci nohy ortopedickými vložkami a upravit obuv.

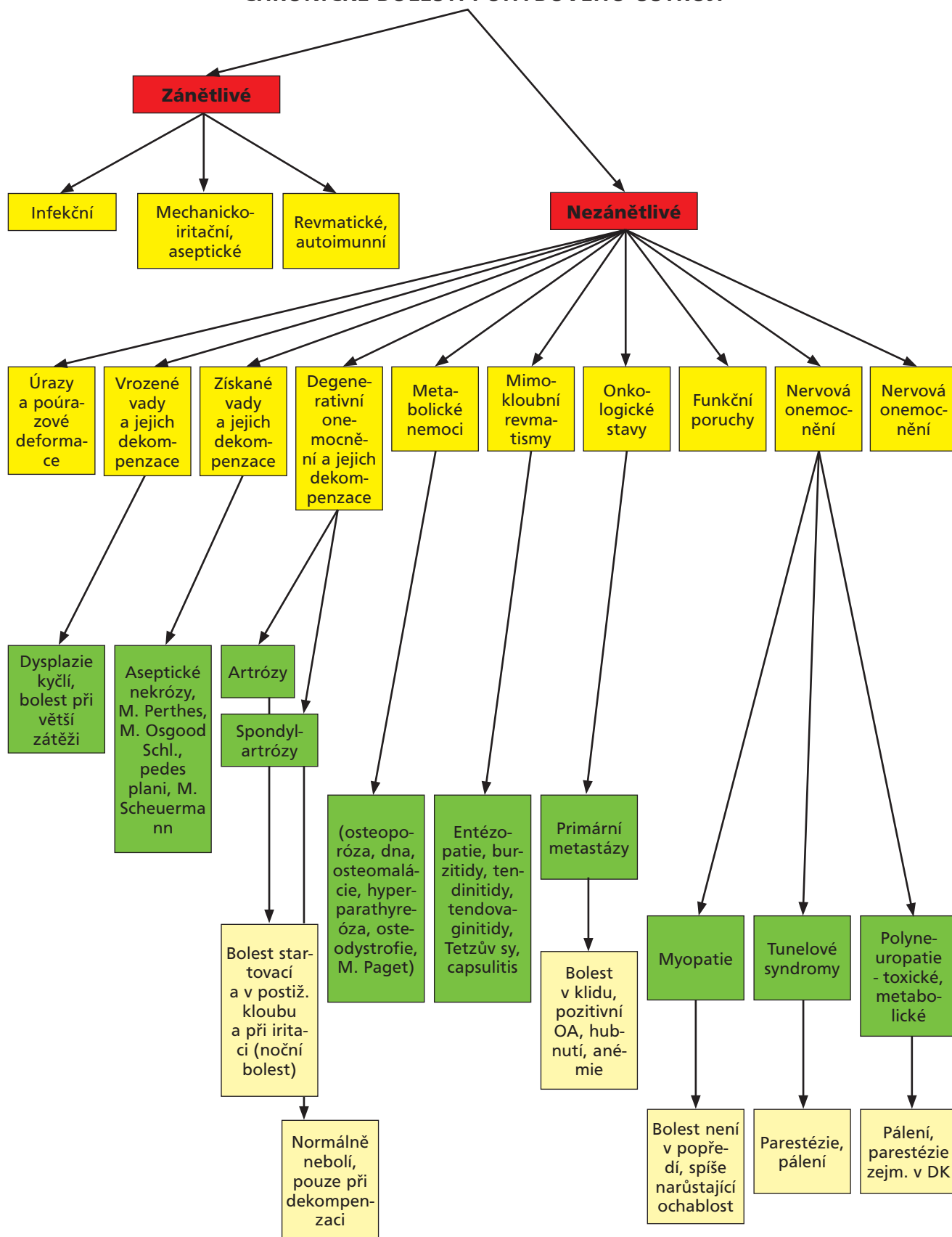
Podezření na tunelové syndromy se potvrzuje kromě klinického nálezu především na EMG. Terapie je většinou velmi svízelná. Kromě uvolnění útlaku způsobeného oděvem či obuví je nutné vyloučit ostatní onemocnění vyvolávající neuropatie (viz. syndrom karpálního tunelu). Dále je nutné vyloučit toxické účinky látek z pracovního prostředí nebo léků i vitaminů. Injekční léčba Vit. B 12 nebo komplexem vitaminů skupiny B (Milgama) je jen někdy účinná. Je možné podat i gabapentin v léčebných dávkách 600 – 2400 mg denně.

Obecně můžeme říci že skupina onemocnění, která byla zmíněna je onemocnění různorodé, vyznačující se ale vždy:

- a) Bolestivostí
- b) Místními příznaky
- c) Někdy nepřilíží jasnou etiologií, i když velmi často je hlavní příčinou ponámahová etiologie
- d) Často známkami chronického i akutního zánětu

Léčba tedy v obecné rovině plně vychází z koncepce léčby akutní či chronické bolesti, kdy základní léčebnou složkou jsou nesteroidní antirevmatika doplněná o slabé či silné opioidy v kombinaci s dalšími koanalgetiky, kde je v první řadě zmíněn gabapentin.

CHRONICKÉ BOLESTI POHYBOVÉHO ÚSTROJÍ



Tabulka 1: Přehled

Fibromyalgie (M79.0-M79.1)
Entézopatie (M76-77)
Burzitidy (M70-71)
Kapsulitidy (M75.0)
Tendinitidy a tendovaginitidy (M65)
Tietzův syndrom (M94.0)
Tunelové (úžinové syndromy) (G56-57)

Tabulka 2: Fibromyalgie, myofasciální syndrom - body

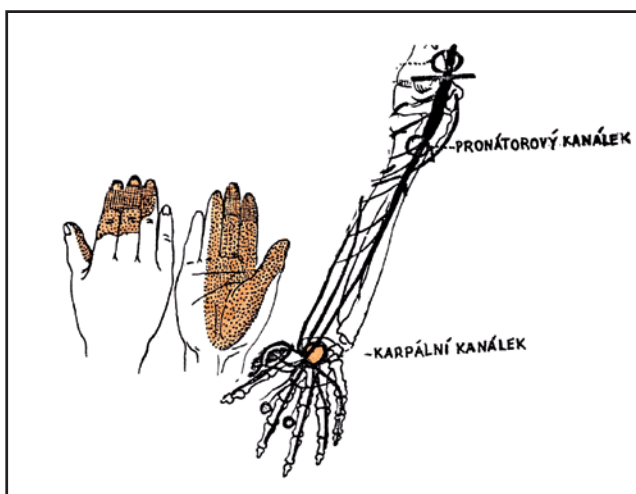
occipitální body
střední část horního okraje trapézového svalu
laterální epikondyl humeru, 1-2 cm distálně od úponu extenzorů
kostochondrální spojení II. žebra
m. supraspinatus, poblíž med. okraje lopatky
tukový polštář nad mediálním kolaterálním lig. kolena
horní zevní kvadrant na hýždích
LS a SI body
interspinózní ligamenta L4-S5 a lig. spojující příčné výběžky C4-C6
3 cm ventrálně od hlavičky fibuly

Tabulka 3: Entézopatie a tendosynovitidy M65

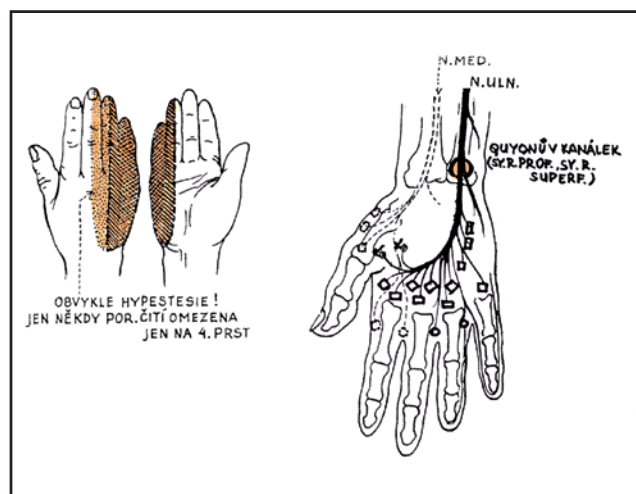
Vznik přetížením, přechodem zánětu z okolí nebo při jiných revmatických chorobách (RA, MB)
tendovaginitis crepitans - nejčastěji na m. extensor pollicis longus at brevis
Quervainova choroba - tendinitis m. extensor pollicis při tření šlachy přes processus styloideus radii (M65.4)
digitus saltans - stenující tendovaginitida III. a IV. prstu
ganglion - cystická tendosynovitida, nejčastěji na dorsu rukou a nártách (M67.4)
Tendinitis Achillei - u sportovců
tendinitis extensorum et flexorum manus

Tabulka 4: Tunelové (úžinové syndromy) G56.0-57.6

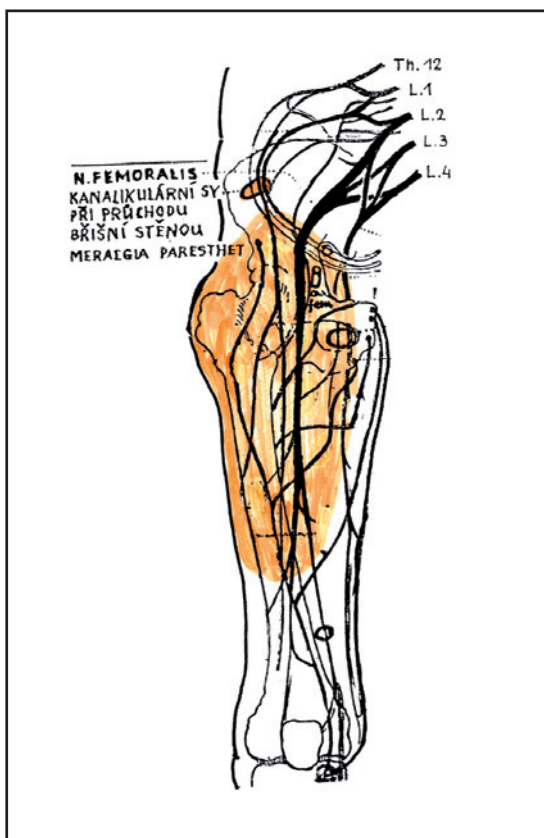
Na HK: syndrom karpálního tunelu (n. medianus), syndrom n. ulnaris
Na DK: syndrom n. cutanei femoris lateralis - tzv. meralgia paresthetica (G57.1), sy n. fibularis (peronei), přední tarzální sy, mediální tarzální syndrom (G57.5), Mortonova neuralgie (G57.6)



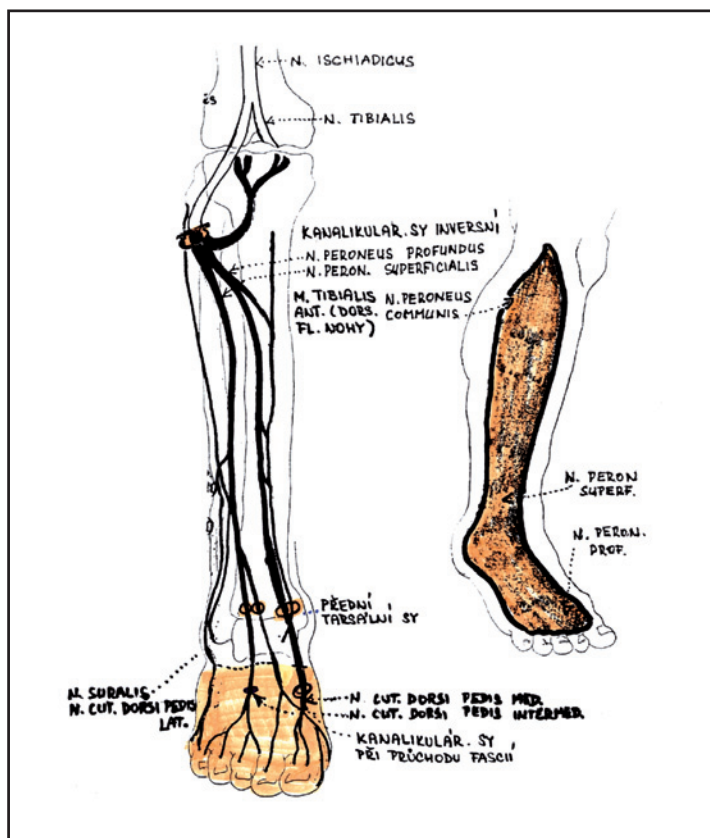
Obr. 1: Syndrom karpálního tunelu



Obr. 2: Syndrom ulnářního tunelu



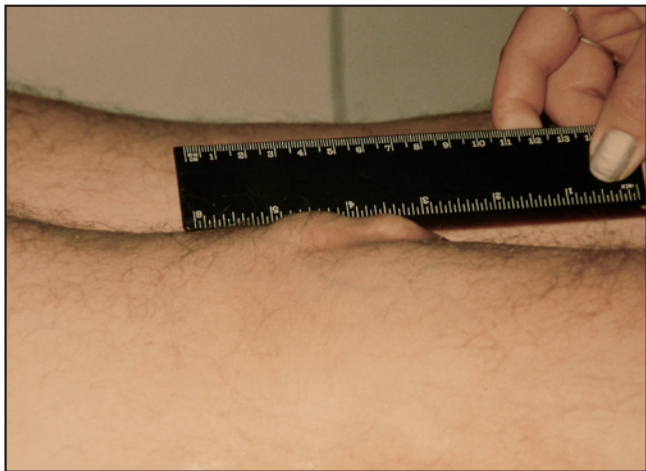
Obr. 3: Meralgia paresthetica



Obr. 4: Fibulární syndrom a přední tarzální



Obr. 6: Bursitis olecrani



A close-up photograph of a human hand, specifically the fingers and thumb. The skin is significantly thickened and swollen, particularly around the joints and the tips of the fingers. The fingers appear enlarged and the skin has a taut, wrinkled texture. The thumb is also noticeably swollen. The overall appearance is consistent with acromegaly, a condition caused by excessive growth hormone.

Obr. 7: Gangliom nad šlachou extenzoru prstu

2. ČASNÁ DIAGNOSTIKA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY – ÚVOD

MUDr. Heřman Mann, Revmatologický ústav, Praha

Revmatoidní artritida je chronické systémové autoimunitní onemocnění charakterizované zánětem kloubů, který může být doprovázen dalšími mimokloubními projevy. Neléčená revmatoidní artritida vede nejen ke snížení kvality života a k výraznému funkčnímu omezení nemocných, ale je spojena i s vyšší mortalitou především v důsledku kardiovaskulárních komplikací. Revmatoidní artritida zatím zůstává nevyléčitelným onemocněním, ovšem díky pokroku farmakoterapie a strategie léčby je v současné době reálným cílem dosažení klinické remise a zpomalení až zastavení rozvoje nevratného kloubního poškození. Základním předpokladem úspěchu je včasná diagnóza a léčba.

Revmatoidní artritida je nejčastější autoimunitně podmíněná artritida s prevalencí 0,5-1%. Praktický lékař setká s novým případem revmatoidní artritidy v průměru jednou za jeden až dva roky. Úvodní příznaky se mohou u jednotlivých nemocných výrazně lišit a proto je určení správné diagnózy, zejména v časných fázích onemocnění, obtížné. Úkolem praktického lékaře proto není přesné určení správné diagnózy, ale spíše včasný záchyt a odeslání nemocných s podezřením na revmatoidní nebo jinou zánětlivou artritidu k odbornému vyšetření. Péče o nemocné s revmatoidní artritidou patří do rukou specialistů – revmatologů.

2.1 DIAGNÓZA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

Neexistuje žádný diagnostický test pro revmatoidní artritidu. Revmatoidní artritida je klinický syndrom a diagnóza je založena na anamnéze, fyzikálním nálezu a výsledcích pomocných vyšetření. V praxi užívaná klasifikační kritéria Americké Revmatologické Společnosti z roku 1987 nejsou vhodná pro diagnózu časných stádií revmatoidní artritidy a proto byla v roce 2010 publikována nová klasifikační kritéria, která by měla usnadnit dřívejší stanovení diagnózy revmatoidní artritidy a díky tomu urychlit nasazení účinné léčby.

2.2 KLINICKÉ PROJEVY

Revmatoidní artritida vzniká 2-3x častěji u žen, typicky ve čtvrté a páté dekádě, může se ale projevit kdykoliv po 16. roku věku. Pokud onemocnění vznikne před 16. rokem, pak mluvíme o juvenilní idiopatické artritidě, jejíž problematika je mimo rozsah tohoto textu. Onemocnění většinou začíná postupně v průběhu několika týdnů až měsíců. Pro revmatoidní artritidu je charakteristický aditivní rozvoj symetrické polyartritidy (k jednomu nebo několika postiženým kloubům se postupně přidávají další) postihující především drobné klouby: zápěstí, metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální klouby (PIP) a metatarsofalangeální klouby (MTP). Artritida velkých nosných kloubů končetin se obvykle objevuje až po delším průběhu onemocnění, ale u starších nemocných může být prvním projevem. U asi 10% nemocných může revmatoidní propuknout náhle jako polyartritida s výraznými celkovými příznaky.

Revmatoidní artritida většinou nepostihuje distální interfalangeální klouby rukou, tento rozdíl v distribuci pomáhá při odlišení revmatoidní artritidy od častější nodální osteoartrózy (Obr. 1). Klouby postižené revmatoidní artritidou bývají oteklé, teplé a citlivé na pohmat, zarudnutí nebývá přítomno. Jednoduchým screeninovým vyšetřením je bolestivost při příčném stisku MCP a/nebo MTP kloubů (Obr. 2). Nemocní s revmatoidní artritidou mívají také slabý stisk ruky, neúměrný intenzitě bolesti. Bolesti kloubů bývají horší ráno po probuzení a jsou typicky spojené s ranní ztuhlostí, která trvá od 30 minut až několik hodin. Revmatoidní artritida je často provázena celkovými příznaky, jako jsou únava, nechutenství a subfebrilie. Typické mimokloubní projevy onemocnění (revmatické uzle, postižení plic, srdce, očí, vaskulitida, Feltyho syndrom) se obvykle objevují až po delším trvání choroby.

2.3 LABORATORNÍ NÁLEZY

U většiny nemocných s revmatoidní artritidou je přítomna elevace zánětlivých parametrů (sedimentace erytrocytů - FW, CRP, trombocytóza), v krevním obraze může být i anemie a leukocytóza s neutrofilii. Revmatoidní faktory (RF) se vyskytují asi u 2/3 nemocných, nejsou ale specifické pro revmatoidní artritidu. Důležitou roli v diagnostice hraje vyšetření protilátek proti citrulinovaným proteinům (ACPA). Tyto protilátky mají obdobnou senzitivitu jako RF, ale jsou vysoce specifické pro revmatoidní artritidu (93-98%). Přítomnost ACPA může předcházet rozvoj klinického onemocnění o několik let a, stejně jako pozitivita RF, je markerem závažnějšího průběhu onemocnění. Normální hodnoty reaktantů akutní fáze ani negativní výsledek RF a ACPA nevylučují revmatoidní artritidu. Vyšetření protilátek proti streptolysinu (ASLO) nehraje při diagnóze revmatoidní artritidy žádnou roli.

2.4 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

Základní zobrazovací metodou při vyšetřování nemocných s revmatoidní artritidou zůstává i nadále rentge-

nová skiografie (RTG). Standardně se provádějí snímky rukou i nohou, protože u části nemocných mohou být změny přítomné jen na kloubech nohou, někdy bez výraznějších subjektivních příznaků. Charakterickým nálezem u revmatoidní artritidy je zúžení kloubní štěrbin a přítomnost kostních erozí. Tyto změny se objevují až po delším trvání onemocnění a proto jsou u většiny nemocných v časných fázích choroby RTG snímky bez abnormalit. Ultrasonografie a nukleární magnetická rezonance mají větší senzitivitu při detekci typických erozí a umožňují detailnější zobrazení měkkých tkání.

2.5 2010 EULAR/ACR KLASIFIKAČNÍ KRITERIA PRO REVMATOIDNÍ ARTRITIDU

Společným úsilím Evropské Ligy Proti Revmatismu (EULAR) a Americké Revmatologické Společnosti (ACR) vznikla nová klasifikační kritéria pro revmatoidní artritidu. EULAR/ACR kritéria z roku 2010 umožňují klasifikovat rizikové nemocné s artritidou jako RA dříve a tím umožňují časnější zahájení účinné léčby.

Předpokladem pro aplikaci EULAR/ACR kritérií u daného nemocného je přítomnost klinicky zjevné artritidy alespoň jednoho kloubu, kterou nelze lépe vysvětlit jinou příčinou. Pokud jsou u nemocného s artritidou přítomny typické kostní eroze, lze onemocnění klasifikovat jako RA (Obr. 3). Pokud je artritida neerozivní, je body ohodnocena přítomnost jednotlivých rizikových faktorů. Maximální počet bodů je celkem 10. Pokud nemocný dosáhne 6 a více bodů, je onemocnění klasifikováno jako revmatoidní artritida (Tab. 1). Při hodnocení rozsahu kloubního postižení se nepočítají klouby typicky postižované osteoartrózou (distální interfalangeální klouby, karpometakarpální klouby palců rukou a 1. metatarzofalangeální klouby nohou).

2.6 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

Diferenciální diagnóza časně revmatoidní artritidy je poměrně široká (Tab. 2). Z pohledu praktického lékaře je nejdůležitější u nemocných ve středním a vyšším věku odlišit revmatoidní artritidu a další zánětlivé artopatie od mnohem častější nezápětlivé osteoartrózy. Hlavní rysy, které tato dvě onemocnění odlišují, jsou shrnuty v tabulce č. 3. Vzhledem k vysoké prevalenci osteoartrózy se obě onemocnění mohou u nemocného vyskytovat zároveň.

2.7 LÉČBA

Účinná léčba by měla být nasazena u nemocných s určenou diagnózou revmatoidní artritidy nebo s vysokým rizikem rozvoje chronické erozivní artritidy bez odkladu. Bylo prokázáno, že tříměsíční zpoždění zahájení léčby tzv. chorobu modifikujícími léky (DMARD) vede k významnému rozdílu v rentgenové progresi po pěti letech trvání nemoci. Léčbu revmatoidní artritidy řídí revmatolog, cílem léčby je dosažení remise nebo alespoň nízké aktivity onemocnění. Při hodnocení aktivity onemocnění se nejčastěji užívá kompozitní index DAS-28 (z anglického Disease Activity Score), který zohledňuje počet oteklých a citlivých kloubů (vyšetřuje se celkem 28 kloubů – ramena, lokty, zápěstí, metakarpofalangeální klouby, proximální interfalangeální klouby a kolena), hodnotu reaktantů akutní fáze (nejčastěji sedimentace erytrocytů, případně CRP) a celkovou aktivitu onemocnění hodnocenou nemocným (vizuální analogová škála). Hodnota DAS-28 vyšší než 5,1 odpovídá vysoké aktivitě onemocnění, hodnota 3,2 až 5,1 je hodnocena jako střední aktivita, hodnota 2,6 až 3,2 odpovídá nízké aktivitě a hodnota nižší než 2,6 je považována za remisi.

Léčba revmatoidní artritidy by měla být individuální s přihlédnutím k aktivitě onemocnění, rozsahu poškození a komorbiditám nemocného. Základem léčby revmatoidní artritidy jsou tzv. chorobu-modifikující léčiva označovaná jako DMARD (z anglického Disease Modifying Drugs). Lékem volby pro většinu nemocných je v současné době methotrexát. Přehled dávkování a nežádoucích účinků nejčastěji užívaných DMARD shrnuje tabulka 4. Léčba DMARD bývá často v první fázi kombinována s podáváním glukokortikoidů. Pro symptomatickou úlevu při aktivitě onemocnění jsou užívána nesteroidní antirevmatika. Samozřejmostí je aktivní prevence možných nežádoucích účinků těchto léčiv. Biologické léky jsou indikovány po selhání léčby DMARD (Tabulka 5). Ve vyjimečných případech při velmi vysoké aktivitě onemocnění nebo při kontraindikaci DMARD mohou být biologika podávána jako léčiva první volby.

2.8 ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Indikace vyšetření revmatologem

Urgentní vyšetření revmatologem je indikováno u nemocných s otokem alespoň 3 kloubů, s postižením metakarpofalangeálních nebo metatarzofalangeálních kloubů (lze ověřit testem příčného stisku) a s ranní 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. Ideální je zajištění vyšetření v ambulanci časně artritidy, případně na základě individuální domluvy s revmatologem. Před vyšetřením specialistou není vhodné zahajovat léčbu DMARD ani glukokortikoidy. K symptomatické úlevě lze podávat nesteroidní antirevmatika.

Další péče o nemocné s revmatoidní artritidou

Praktický lékař hraje důležitou roli při monitorování možných nežádoucích účinků léčby, vzestupu aktivity onemocnění a/nebo rozvoje mimokloubních komplikací. Podstatná je také spolupráce při zajištění multidisciplinární péče o nemocné s revmatoidní artritidou včetně rehabilitace a lázeňské léčby. V neposlední řadě je třeba zdůraznit, že revmatoidní artritida je rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění a proto je třeba u nemocných s revmatoidní artritidou aktivně přistupovat k léčbě hypertenze, dyslipidemie a k odvykání kouření. Kouření je navíc rizikovým faktorem vzniku revmatoidní artritidy a je spojeno s vyšší aktivitou onemocnění.

2.9 POSUDKOVÁ HLEDISKA

Rheumatoidní artritida je nevyléčitelné onemocnění. Aktivita revmatoidní artritidy může výrazně kolísat v čase, období vyšší aktivity si může vyžádat krátkodobou pracovní neschopnost. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti se v souladu s platnou vyhláškou MPSV č. 359/2009 Sb. hodnotí aktivita onemocnění i poškození. Při hodnocení je vhodné používat validizované numerické ukazatele, tzn. pro aktivitu DAS-28 a pro hodnocení funkce dotazník HAQ (Health Assessment Questionnaire). Je nutno přihlídnout i k odpovědi na léčbu, přítomnosti mimokloubních projevů a komplikací léčby.

Tato práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR č. 10065-4.

3. LITERATURA

- 1) Bečvář R, Vencovský J, Němec P et al. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. *Čes Revmatol.* 2007;2: 73-90
- 2) Šedová L, Štolfa J, Horák P, Pavelka K. Doporučení České revmatologické společnosti pro monitorování bezpečnosti léčby revmatoidní artritidy. *Čes Revmatol.* 2009;1:4-9
- 3) Vencovský J a výbor České revmatologické společnosti. Bezpečnost biologické léčby – doporučení České revmatologické společnosti. *Čes Revmatol.* 2009;3:146-160.
- 4) Emery P, Breedveld FC, Dougados M et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:290-72
- 5) 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
- 6) Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic

Tabulka 1: EULAR/ACR klasifikační kritéria pro revmatoidní artritidu z roku 2010

KLOUBY (0-5 bodů)	BODY
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 nízce 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
Celkem	10
<i>Onemocnění je klasifikováno jako revmatoidní artritida, pokud nemocný dosáhne ≥ 6 bodů. Všechny hodnocené parametry nemusí být přítomné zároveň.</i> <i>Malé klouby: metakarpofalangeální klouby, proximální interfalangeální klouby, 2.-5. metatarzofalangeální klouby, interfalangeální klouby palce, zápěstí</i> <i>Velké klouby: ramena, lokty, kyčelní klouby, kolena, kotníky</i> <i>RF: revmatoidní faktory, ACPA: protilátky proti citrulinovaným proteinům, CRP : C-reaktivní protein, FW: sedimentace erytrocytů</i>	

Tabulka 2: Diferenciální diagnóza revmatoidní artritidy

osteoartróza	
spondylartritidy	ankylozující spondylitida, artritida psoriatická, reaktivní, enteropatická
systémová onemocnění pojiva	SLE, smíšené onemocnění pojiva, myozitida, Sjögrenův syndrom
vaskulitidy	
krystalové artropatie	
sarkoidóza	
revmatická polymyalgie	
infekce	septická artritida gonokoková a negonokoková, borrelióza, bakteriální endokarditida, virové artritidy
paraneoplastická artritida	

Tabulka 3: Odlišení revmatoidní artritidy a osteoartrózy

	revmatoidní artritida	osteoartróza
postižené klouby	zápěstí, MCP, PIP, MTP	PIP, DIP, CMC
maximum bolesti	ráno	po námaze
ranní ztuhlost	> 30 min	< 15 min
otok kloubů	ano	kostní deformity
celkové příznaky	ano	ne
věk	>16 let, typicky ženy ve středním věku	> 50 let
FW, CRP	zvýšené	v normě

MCP: metakarpofalangeální klouby, PIP: proximální interfalangeální kloub, MTP: metatarzofalangeální kloub, CMC: karpometakarpální kloub, FW: sedimentace erytrocytů, CRP: C-reaktivní protein

Tabulka 4: Přehled nejužívanějších DMARD a jejich toxicity

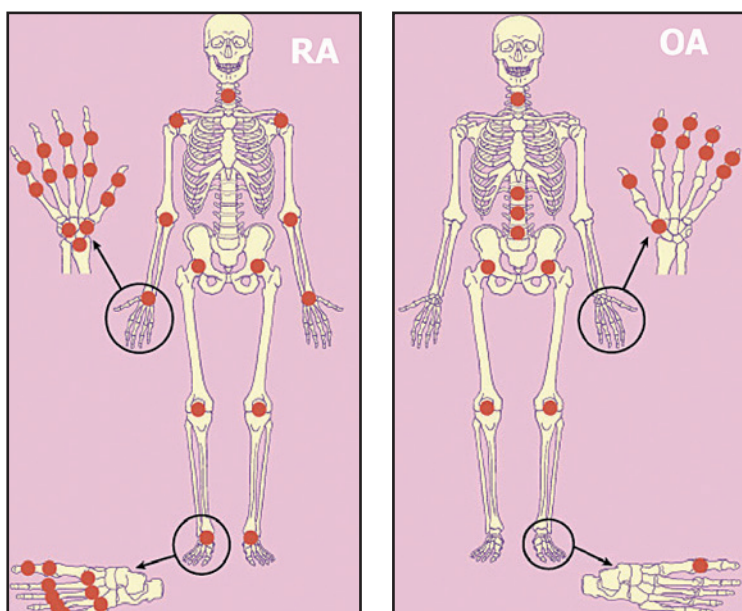
léčivo	obvyklé dávkování	významné nežádoucí účinky
methotrexát	7,5-25 mg týdně	hepatotoxicita, útlum kostní dřeně, pneumonitida
sulfasalazin	1000 – 3000 mg denně	útlum kostní dřeně, kožní reakce, hepatotoxicita
leflunomid	20 mg denně	hepatotoxicita, arteriální hypertenze, průjem, kožní reakce, pneumonitida
hydroxychlorochin	200-400 mg denně	retinopatie

Tabulka 5: Biologické léky užívané při léčbě revmatoidní artritidy

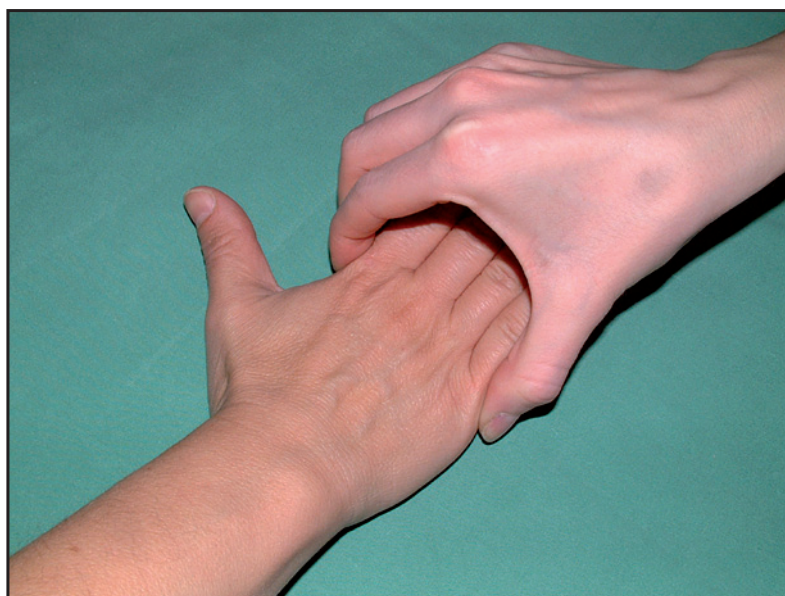
blokátoři TNF alfa	adalimumab (Humira)
	certolizumab pegol (Cimzia)
	etanercept (Enbrel)
	golimumab (Simponi)
	infliximab (Remicade)
biologika druhé linie s jiným mechanismem účinku	rituximab (MabThera)
	tocilizumab (RoActemra)
	abatacept (Orencia)



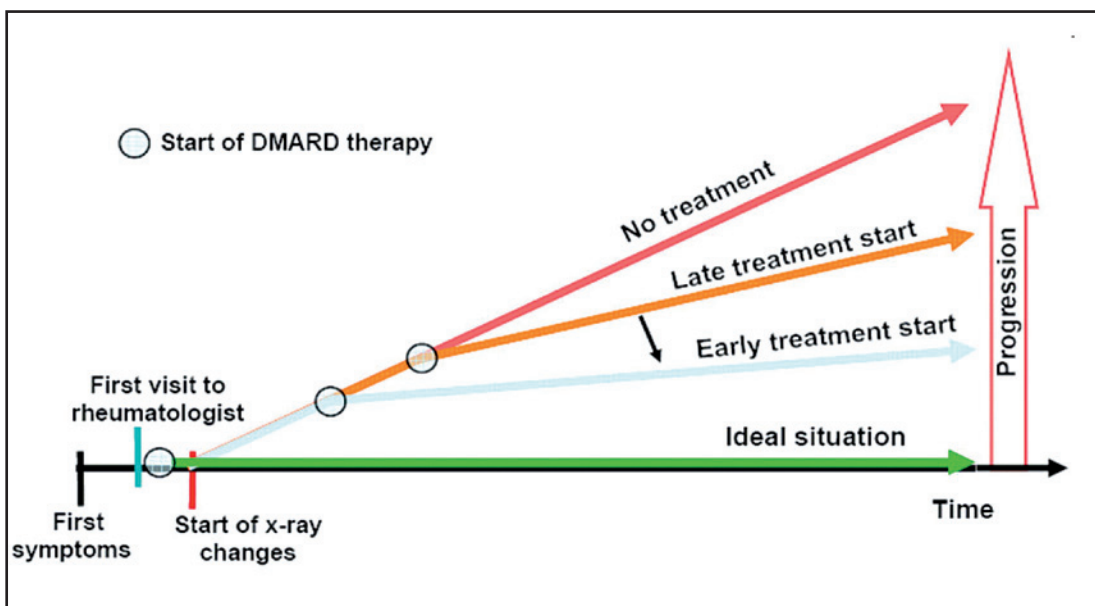
Obr. 1 a, b: Časná RA



Obr. 2 a, b: Distribuce postižení



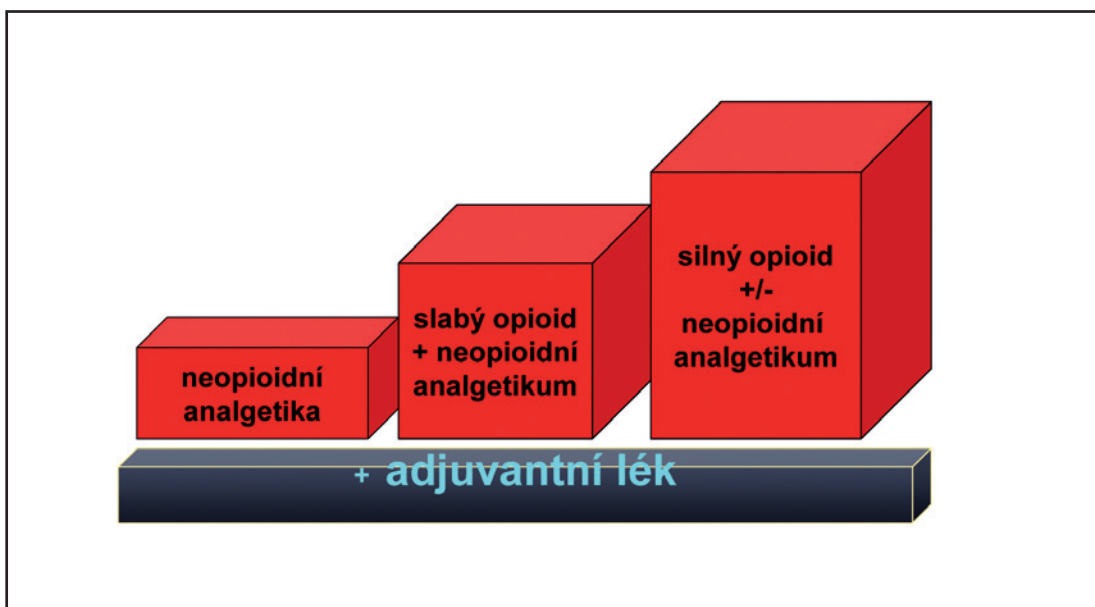
Obr. 3



Obr. 4: Důvod pro časně zahájení léčby

NESTEROIDNÍ ANALGETIKA - STÁLE SE OPAKUJÍCÍ

Nepochybně jsou nesteroidní antirevmatika základem léčby bolestí pohybového aparátu t už na zánětlivéme nebo degenerativním podklad.



Obr. 5: Obecné schéma farmakoterapie bolesti dle WHO

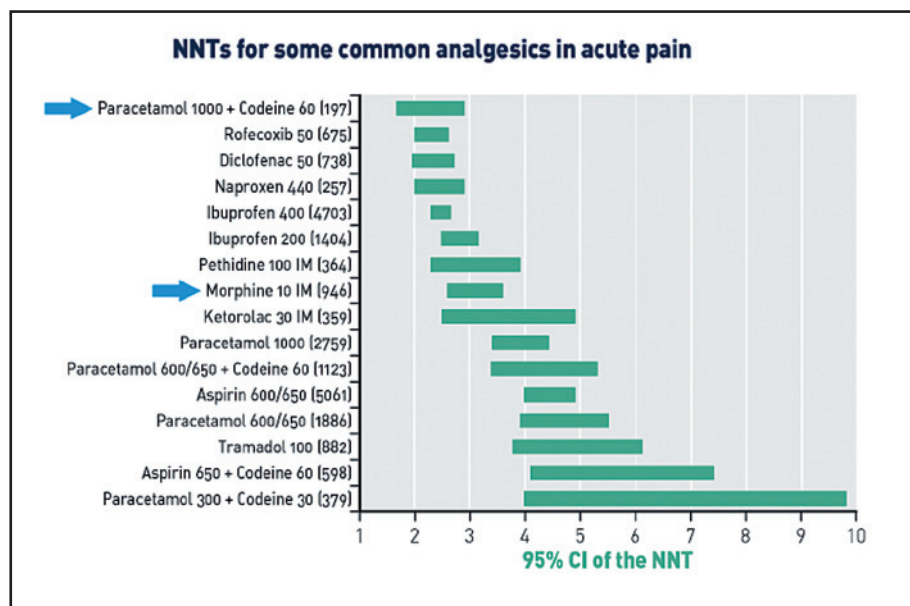
OXFORDSKÁ LIGA ANALGETIK

Založena na metaanalýze kvalitních klinických studií

Tvůrci: Nezávislá výzkumná skupina: více na www.ebandolier.com

NNT = počet léčených pacientů, aby právě 1 z nich dosáhl více než 50 % úlevy (posuz. Např. VAS škálou)

Čím nižší NNT, tím lepší a spolehlivější účinek.



Obr. 6

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY NSA

- výskyt je přibližně 10 %
- rostou s věkem
- nejčastěji jsou gastrointestinální
- většina nežádoucích účinků vychází z mechanismu účinku – inhibicí syntézy PG
- NSA zasahují na úrovni prostaglandin syntetázy, kterou částečně blokují. Sníží se tak tvorba endoperoxidů, následně i prostaglandinů. Toto vede k redukci projevů zánětu.
- Prostaglandin syntetázy (cyklooxygenázy) existují 2 formy:

COX 1:

- Tvořena v ledvinách, žaludeční sliznici a dalších. Má význam pro fyziologickou funkci těchto orgánů. Pokud je zablokována, poškodí se integrita orgánů

COX 2:

- Syntetizována především v místě zánětu. Indukce tvorby COX 2 je součástí obranného mechanismu těla proti zánětu.

COX1 – chceme blokovat minimálně či vůbec

COX2 – chceme blokovat mnohem více

- většina NSA inhibuje obě isoformy COX, ale v rozdílném poměru
- Ulcerogenicita (potenciál tvořit vřed v oblasti GIT) odpovídá poměru inhibice COX 1/COX 2
- Obecně rozlišujeme 3 skupiny NSA:
- NESELEKTIVNÍ (inhibují jak COX 1 tak i COX 2):
diclofenac, ibuprofen, kyselina acetylsalicylová (KAS), ketoprofen, piroxikam
- PREFERENČNÍ (inhibují více COX 2):
nimesulid, meloxicam
- SELEKTIVNÍ (inhibují zejména COX 2):
celecoxib, valdecoxib, parecoxib

Někteří začínají používat kromě pojmu selektivita i pojem SPECIFICITA.

- SELEKTIVITA: Udává poměr inhibice COX 2/COX 1 in vitro; případně používá ex-vivo (tedy izolované) buněčné kultury ke stanovení selektivity – například krev a další.
- SPECIFICITA: Naproti tomu hodnotí plné terapeutické hladiny in vivo a k tomu, aby látka byla označena za COX 2 specifickou je požadován klinický průkaz naprostého neovlivnění funkce destiček (zprostředkovaného COX 1) a žádné klinicky relevantní účinky zprostředkované COX 1 na GIT (tedy žádné poškození sliznice).
- Tyto aktivity jsou v praxi vedeny snahou svést do jedné skupiny neselektivní a preferenční NSA

- Skutečností však zůstává, že klinické studie prokazují signifikantní snížení GIT nežádoucích účinků po preferenčních NSA (nimesulid, meloxicam) v porovnání se selektivními (coxiby)

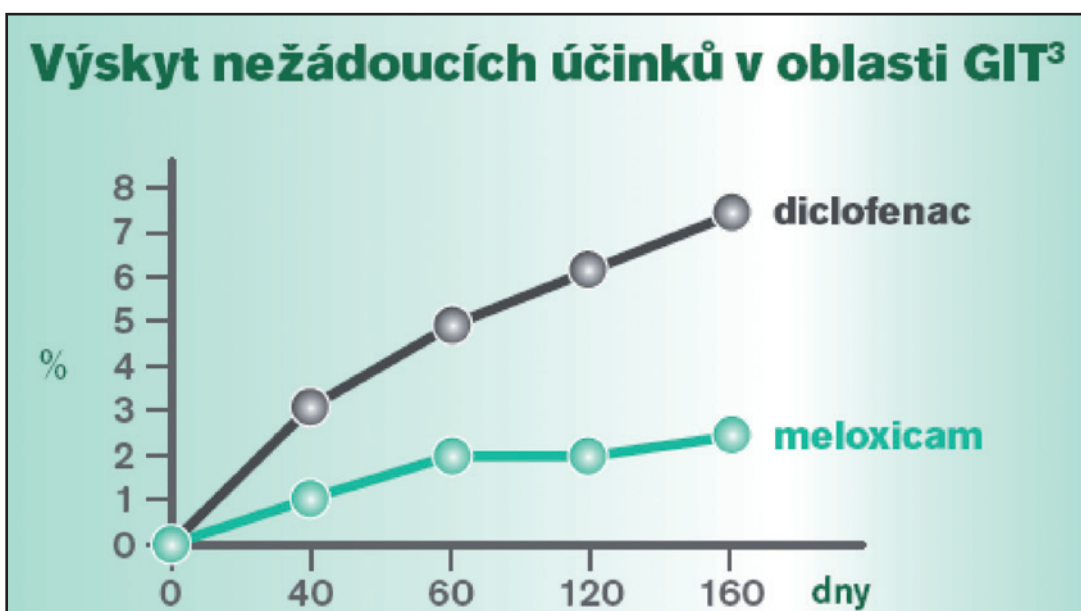
Ukazuje, že preferenční NSA jsou pravděpodobně výhodnější než selektivní NSA a než klasická NSA.

Nimesulid

- antiflogistikum, analgetikum, antipyretikum
- v Evropě velmi oblíbená molekula
- rychlý nástup účinku
- signifikantně zlepšuje GIT snášenlivost oproti ostatním NSA
- KV riziko srovnatelné s rizikem neselektivních NSA
- asi nejvíce prověřovaná a prověřená NSA molekula

Meloxicam

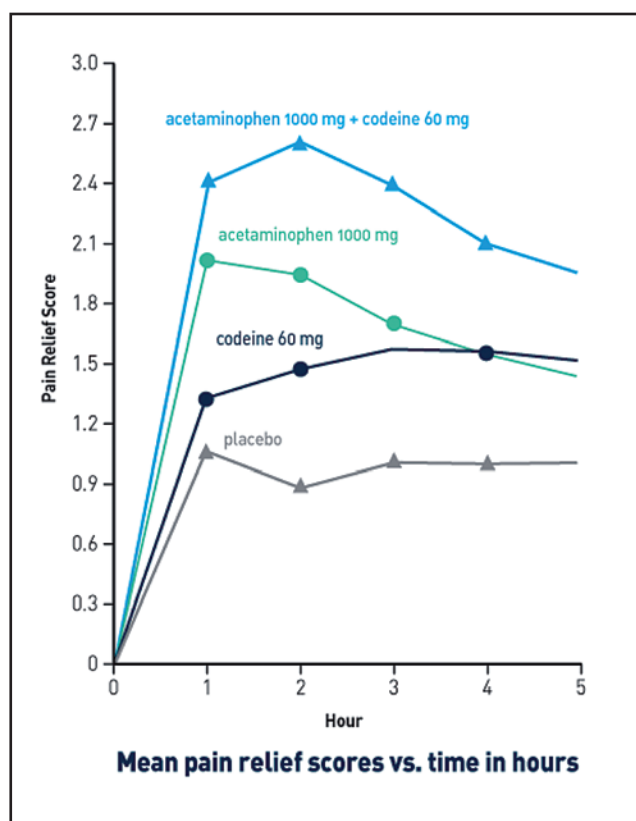
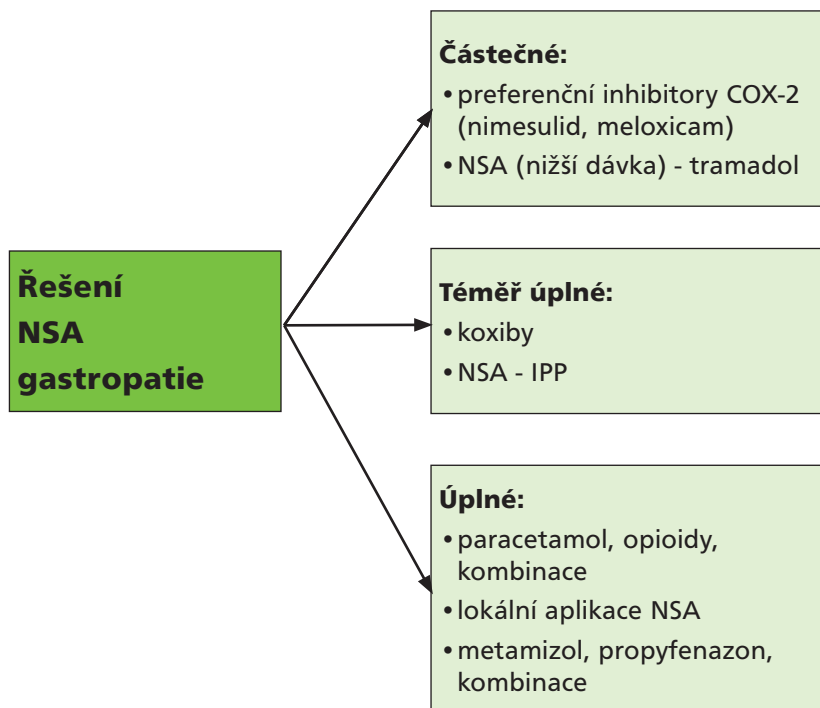
- signifikantně zlepšuje GIT snášenlivost oproti ostatním NSA
- KV riziko srovnatelné s rizikem neselektivních NSA
- lékové interakce nejsou významné
- antiflogistický „specialista“
- není prokázáno zvyšování účinnosti warfarinu při užívání meloxicamu



Obr. 7: GIT Bezpečnost

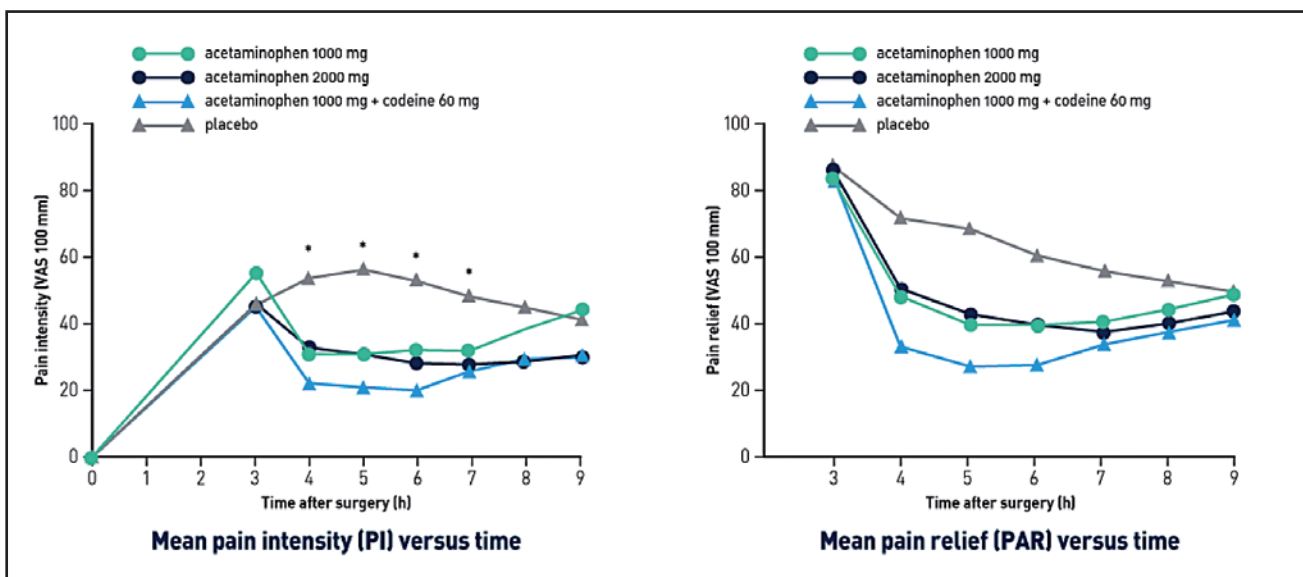
U 1-2% pacientů užívajících pravidelně NSA dochází k závažným GIT komplikacím (krvácení, obstrukce, perforace)

Meloxicam má příznivý GIT bezpečnostní profil.



Obr. 8

Bentley, K. C. and Head, T. W. The additive analgesic efficacy of acetaminophen, 1000 mg, and codeine, 60 mg, in dental pain. Clin Pharmacol Ther. 1987 Dec; 42(6):634-40.



Obr. 9

- Stropový efekt kolem 1 g (= DMS) paracetamolu.
- 1000 mg a 2000 mg paracetamolu produkují stejný analg. efekt.
- **Zvýšení účinku bylo dosaženo až kombinací s kodeinem.**
- Skoglund, L. A.; Skjelbred, P., and Fyllingen, G. Analgesic efficacy of acetaminophen 1000 mg, acetaminophen 2000 mg, and the combination of acetaminophen 1000 mg and codeine phosphate 60 mg versus placebo in acute postoperative pain. *Pharmacotherapy*. 1991; 11(5):364-9.

Tabulka 6: 10 nejčastěji předepisovaných analgetik v USA r. 2004 (podle předpisů www.rxlist.com)

Poř.	Léčivo	Celkem preskripcí	Účinné látky
1	HYDROCODONE W/APAP	92,719,975	paracetamol - hydrokodon
17	IBUPROFEN	25,188,051	ibuprofen
27	CELEBREX	21,916,220	celekoxib
39	PROPOXYPHENE NAP W/APAP	17,931,369	paracetamol + propoxyfen
42	ACTEMINOPHEN W/CODEINE	16,079,867	paracetamol + kodein
49	NAPROXEN	13,918,496	naproxen
56	VIOXX	13,226,546	rofekoxib
62	BEXTRA	12,227,513	valdekoxib
63	OXYCODONE W/APAP	12,118,687	paracetamol - oxykodon
65	TRAMADOL	11,852,004	tramadol

poř. = pořadí v seznamu 300 nejčastěji předepisovaných léčiv

■ paracetamol + opioidy; ■ NSA; ■ opioidy

Tisk podpořen společností

ZENTIVA

Člen skupiny sanofi-aventis

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 978-80-86998-40-4



© 2010, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP