

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



REVMATOLOGIE

Autoři:

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

Revmatologický ústav Praha

MUDr. Heřman Mann

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

MUDr. Petr Herle

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

a výbor České revmatologické společnosti ČLS JEP

PRVNÍ VYDÁNÍ 2014



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

REVMATOLOGIE

Doporučení pro včasný záchyt nejčastějších zánětlivých revmatických onemocnění

Autoři:

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

Revmatologický ústav Praha

MUDr. Heřman Mann

Česká revmatologická společnost ČLS JEP

MUDr. Petr Herle

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

a výbor České revmatologické společnosti ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

ÚVOD

Diagnostický přístup k revmatickým chorobám	3
---	---

REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

Definice a epidemiologie	4
Klinické projevy	4
Diagnostika	4
Kritéria pro odeslání ke specialistovi	4

AXIÁLNÍ SPONDYLOARTRITIDA

Definice a epidemiologie	5
Klinické projevy	5
Diagnostika	5
Kritéria pro odeslání ke specialistovi	5

ÚVOD

Onemocnění pohybového aparátu postihují asi 1/3 populace a jsou jedním z nejčastějších důvodů pro návštěvu lékaře. Celkem rozlišujeme asi 150 různých revmatických chorob a syndromů, které se mohou projevat bolestí anebo řadou dalších, často poměrně nespecifických, příznaků. Lékaři se v praxi samozřejmě setkávají především s chorobami častými, jako jsou bolesti zad, osteoartróza, dna, fibromyalgie a lokální mimokloubní syndromy (označované také jako revmatismus měkkých tkání). Autoimunitní zánětlivá revmatická onemocnění jsou poměrně vzácná, mezi nejčastější patří revmatoidní artritida a spondyloartritidy. Časná diagnostika těchto chorob umožňuje zahájit účinnou léčbu dříve a tím zlepšit prognózu nemocných. Úvodní příznaky se ale mohou u jednotlivých nemocných výrazně lišit a proto je určení správné diagnózy, zejména v časných fázích onemocnění, obtížné. Úkolem praktického lékaře není přesné určení správné diagnózy, ale spíše včasný záchyt a odeslání nemocných s podezřením na zánětlivé revmatické onemocnění k odbornému vyšetření.

DIAGNOSTICKÝ PŘÍSTUP K REVMAICKÝM CHOROBÁM

Pro většinu revmatických onemocnění nejsou k dispozici specifická laboratorní nebo jiná vyšetření. Klíčovou roli při diagnostice revmatických onemocnění hraje fyzikální vyšetření a anamnéza. U většiny nemocných lze po pečlivém vyšetření určit pravděpodobnou diagnózu nebo alespoň zařadit onemocnění do širší skupiny příbuzných syndromů. Při vyšetřování nemocného s onemocněním pohybového aparátu si pokládáme čtyři základní otázky - jedná se o onemocnění:

1. zánětlivé nebo nezánětlivé;
2. akutní nebo chronické;
3. kloubní nebo mimokloubní;
4. kolik a které klouby jsou postiženy?

Pro zánětlivé procesy je charakteristická bolest s největší intenzitou ráno, někdy nemocné budí v noci. Zánětlivá bolest bývá spojená s výraznou ranní ztuhlostí trvající i několik hodin. Přítomny mohou být i celkové příznaky, jako jsou únava, teploty a hubnutí. Laboratorně můžeme zjistit elevaci reaktantů akutní fáze nebo jiné abnormality (např. anemie). Naproti tomu bolest mechanického původu se typicky zhoršuje při zátěži a bývá nejhorší večer. Nemocní s nezánětlivou bolestí si mohou také stěžovat na ranní ztuhlost, ta však typicky trvá několik minut nebo maximálně málo desítek minut.

Dále je při formování diferenciální diagnózy třeba zohlednit, zda se jedná o onemocnění akutní s průběhem trvajícím několik dní až týdnů (např. dnavý záchvat, virová artritida) nebo o chorobu chronickou trvající déle než 6 týdnů (např. revmatoidní artritida, osteoartróza, systémová onemocnění pojiva, fibromyalgie). Důležitý je také časový průběh obtíží. Pro dnu je typický intermitentní průběh s asymptomatickým obdobím mezi jednotlivými záchvaty. Stěhovavé kloubní obtíže bývají při virové a gonokokové artritidě. Osteoartróza a revmatoidní artritida mají typicky průběh aditivní, kdy k postiženým kloubům postupně přibývají další.

Ne všechny bolesti, které nemocný lokalizuje do oblasti kloubu, jsou skutečně způsobené kloubním procesem. V okolí kloubů se nalézá řada dalších struktur (např. šlachy a vazy, šlachové pochvy, burzy, fascie, svaly), jejichž poškození může způsobovat obtíže. V určitých anatomických lokalizacích (rameno, loket) je periartikulární poškození mnohem častější než onemocnění kloubů. Kloubní bolesti bývají hůře lokalizovatelné a zhoršují se při aktivním i pasivním pohybu ve všech rovinách. Často jsou spojené s otokem a s palpační citlivostí celé kloubní šterbiny. Při zánětech kloubu (artritida) bývají klouby teplejší než okolí, zarudnutí nemusí být přítomné. Pro periartikulární obtíže je typická bolest spíše bodová, která se zhoršuje při aktivních pohybech způsobujících napínání nebo stlačování postižené struktury.

U nemocných s kloubním poškozením je dále třeba rozlišit, zda se jedná o mono- nebo oligoartikulární poškození 1–3 kloubů (např. septická artritida, dna, spondyloartritidy, osteoartróza, Lymeská borrelióza) nebo o onemocnění polyartikulární (např. revmatoidní artritida, osteoartróza, systémový lupus erythematodes). Podstatná je také distribuce kloubního poškození. Distální interfalangeální klouby bývají poškozené při osteoartróze a psoriatické artritidě, ale ne při revmatoidní artritidě. Metakarpofalangeální klouby bývají poškozené při revmatoidní artritidě, ale obvykle ne při osteoartróze.

Odpovědi na výše uvedené čtyři otázky nám ve většině případů pomohou dobrat se nejpravděpodobnější diagnózy, kterou si můžeme následně ověřit pomocí laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích metod.

REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

DEFINICE A EPIDEMIOLOGIE

Revmatoidní artritida je chronické systémové autoimunitní onemocnění charakterizované zánětem kloubů, které může být doprovázeno dalšími mimokloubními projevy. Prevalence revmatoidní artritidy je odhadována na 0,5–1%, postihuje 2–3× častěji ženy, typicky ve čtvrté a páté dekádě.

KLINICKÉ PROJEVY

Onemocnění většinou začíná postupně v průběhu několika týdnů až měsíců. Pro revmatoidní artritidu je charakteristický aditivní rozvoj symetrické polyartritidy, tj. k jednomu nebo několika postiženým kloubům se postupně přidávají další, postihující především drobné klouby: zápěstí, metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální (PIP) a metatarzofalangeální (MTP) klouby. Artritida velkých nosných kloubů končetin se obvykle objevuje až po delším průběhu onemocnění, ale u starších nemocných může být i prvním projevem. Asi u 10 % nemocných může revmatoidní artritida propuknout náhle jako polyartritida s výraznými celkovými příznaky. Klouby postižené revmatoidní artritidou bývají oteklé, teplé a citlivé na pohmat, zarudnutí nebývá přítomno. Bolesti kloubů bývají horší ráno po probuzení a jsou typicky spojené s ranní ztuhlostí, která trvá až několik hodin. Revmatoidní artritida je často provázena celkovými příznaky, jako jsou únava, nechutenství a subfebrilie. Typické mimokloubní projevy onemocnění (revmatické uzly, postižení plic, srdce, očí, vaskulitida, Feltyho syndrom) se obvykle objevují až po delším trvání choroby.

DIAGNOSTIKA

Neexistuje žádný diagnostický test pro revmatoidní artritidu. Revmatoidní artritida je klinický syndrom a diagnóza je založena na anamnéze, fyzikálním nálezu a výsledcích pomocných vyšetření. Obvykle se pro potřebu diagnostiky používají klasifikační kritéria. Donedávna byla používána kritéria vytvořená v roce 1987 Americkou revmatologickou společností. Ta slouží spíše pro odlišení revmatoidní artritidy od jiných zánětlivých nemocí a nejsou vhodná pro diagnostiku počínajících forem nemoci. Proto byla v roce 2010 publikována nová klasifikační kritéria, která by měla usnadnit dřívější stanovení diagnózy revmatoidní artritidy a díky tomu urychlit nasazení účinné léčby (*tabulka 1*).

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). V klinické praxi se využívají protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu (anti-CCP). Tyto protilátky mají obdobnou senzitivitu jako RF, ale jsou pro revmatoidní artritidu vysoce specifické. Přítomnost ACPA může předcházet rozvoj klinického onemocnění o několik let a, stejně jako pozitivita RF, je ukazatelem závažnějšího průběhu onemocnění. Normální hodnoty reaktantů akutní fáze ani negativní výsledek RF a ACPA ale revmatoidní artritidu nevyklučují. Vyšetření protilátek proti streptolysin (ASLO) nehraje při diagnóze revmatoidní artritidy žádnou roli a není indikované. Základní zobrazovací metodou při vyšetřování nemocných s revmatoidní artritidou zůstává i nadále rentgenová 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. Charakteristickým nálezem u revmatoidní artritidy je zúžení kloubní štěrbiny a přítomnost marginálních kostních erozí. Tyto změny se objevují až po delším trvání onemocnění a proto u nemocných v časných fázích choroby bývají RTG snímky bez abnormalit. Ultrasonografie a magnetická rezonance (MR) mají větší senzitivitu při detekci kostních erozí a umožňují detailnější zobrazení měkkých tkání, ale v běžné praxi se zatím příliš nevyužívají.

KRITÉRIA PRO ODESLÁNÍ KE SPECIALISTOVÍ

Z hlediska praktického lékaře je nejdůležitější odlišit projevy revmatoidní artritidy od běžnější osteoartrózy drobných ručních kloubů (*tabulka 2*). Vyšetření revmatologem je naléhavě indikováno u nemocných s otokem alespoň 1 kloubu, s postižením metakarpofalangeálních nebo metatarzofalangeálních kloubů (lze ověřit testem příčného stisku) a s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut (*obrázek 1*). 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 chorobu modifikujícími antirevmatickými léky (DMARD) ani glukokortikoidy. K symptomatické úlevě lze podávat nesteroidní antirevmatika.

AXIÁLNÍ SPONDYLOARTRITIDA

DEFINICE A EPIDEMIOLOGIE

Spondyloartritidy (SpA) představují skupinu zánětlivých revmatických onemocnění s obdobnými klinickými projevy. Postihují sakroiliakální klouby a páteř anebo se projevují oligoartritidou predilekčně dolních končetin, entezitidou či daktylitidou (difúzní otok celého prstu). Podle převažujícího postižení lze SpA dělit na převážně axiální a převážně periferní formu. Tradičně lze rozeznávat klinické jednotky, jakými jsou ankylozující spondylitida, reaktivní artritida, psoriatická artritida, artritida spojená s nespecifickým střevním zánětem, juvenilní a nediferencovaná spondyloartritida. Celá skupina spondyloartritid je charakterizována asociací s antigenem HLA-B27 a nepřítomností revmatoidní faktorů. Prevalence spondyloartritid v populaci je odhadována na 1–2%. Klasickou formou axiální spondyloartritidy (axSpA) je ankylozující spondylitida (dříve často známá jako Bechtěrevova choroba) s prevalencí kolem 0,5–1%. Přibližně 3× častěji postihuje muže než ženy a typicky začíná mezi 20. a 30. rokem.

KLINICKÉ PROJEVY

Hlavním příznakem axSpA, stejně tak jako ankylozující spondylitidy, jsou bolesti zad. Tento příznak je však v populaci velmi častý - nejčastěji se přitom jedná o akutně vzniklé obtíže, které obvykle odezní v horizontu několika týdnů až měsíců. Ale i většina chronických bolestí zad má jiné příčiny a pouze asi u 5% osob je projevem axSpA. Z těchto důvodů není únosné, aby každého pacienta s bolestmi zad vyšetřoval revmatolog. Na druhé straně je třeba mít na paměti, že bolesti u nemocných s axSpA jsou způsobené zánětem v oblasti sakroiliakálního skloubení anebo páteře a mají zpravidla jiný charakter než běžnější tzv. mechanická bolest zad.

Prostá mechanická bolest u degenerativních onemocnění páteře je zpravidla vázána na pohyb. Při herniaci intervertebrálního disku s kompresí odstupujícího nervového kořene či durálního vaku mají pacienti prudkou bolest, často vystřelující a závislou na poloze. V tomto případě je obvykle možné najít polohu, kdy bolest v zádech není, zatímco zánětlivá bolest zad je typicky klidová, bývá nehorší v noci nebo ráno, často je spojená s ranní ztuhlostí a zlepšuje se po rozcvičení. Zánětlivá bolest se objevuje u mladších osob, v drtivé většině případů před 45. rokem věku, nástup obtíží bývá pozvolný a průběh chronický. Základní definice zánětlivé bolesti zad je shrnuta v *tabulce 3*. V některých případech může být prvním příznakem onemocnění, a bolestem v zádech tak může předcházet, tendinitida Achillovy šlachy, periferní artritida (např. oteklý kolenní kloub) nebo např. akutní přední uveitida.

DIAGNOSTIKA

Významnou změnu v diagnostice spondyloartritid přineslo využití MRI, která, na rozdíl od rentgenové skiaografie, dokáže zachytit probíhající zánět v oblasti sakroiliakálního skloubení a díky tomu umožňuje časnější diagnózu onemocnění. V takových případech hovoříme o tzv. non-radiografické axiální spondyloartritidě (nr-axSpA). Vyskytuje se přibližně stejně často jako ankylozující spondylitida, ale na rozdíl od ankylozující spondylitidy postihuje obě pohlaví stejně často. Obě diagnostické jednotky označujeme společně jako axSpA (*obrázek 2*). Časně určené správné diagnózy a zahájení léčby vede k lepší prognóze a zároveň omezuje zbytečné diagnostické a terapeutické intervence. Podle dostupných údajů je diagnóza ankylozující spondylitidy určena průměrně za 5 až 10 let po začátku prvních příznaků. Příčin tohoto zpoždění je více, jednou z nich je nutnost průkazu rentgenových změn na sakroiliakálním skloubení, které se zpravidla objevují až za několik let po začátku příznaků. Strukturální rentgenové změny jsou však nutné k určení diagnózy ankylozující spondylitidy podle modifikovaných New Yorských kritérií (*tabulka 4*). Tuto potíž částečně řeší nová klasifikační kritéria pro axSpA (*tabulka 5*), která umožňují diagnostikovat onemocnění ještě před rozvojem rentgenových změn a tedy v časnějších fázích onemocnění. Nová klasifikační kritéria umožňují onemocnění zařadit jako axSpA jednak u nemocných s MRI nebo RTG průkazem sakroiliitidy nebo na základě přítomnosti antigenu HLA-B27. Základní podmínkou použití těchto klasifikačních kritérií je přítomnost chronické bolesti zad trvající déle než 3 měsíce, která se objevila před 45 rokem věku.

KRITÉRIA PRO ODESLÁNÍ KE SPECIALISTOVÍ

Protože pro časnou diagnostiku onemocnění není k dispozici žádný jednoduchý a spolehlivý test, je velmi důležité poskytnout lékařům prvního kontaktu jednoduché referenční strategie, které by umožnily identifikovat nemocné s axSpA, t.j. se zvýšeným rizikem vývoje ankylozující spondylitidy, a odeslat je k odbornému vyšetření. Pro účely referenčních strategií se nejlépe hodí projevy kombinující vysokou senzitivitu a specifitu, tedy především přítomnost zánětlivé bolesti zad, pozitivita HLA-B27 a průkaz sakroiliitidy při vyšetření MRI. Nejjednodušší

referenční strategií pro axSpA je využití zánětlivé bolesti jako jediného parametru pro odeslání pacienta k revmatologovi. S cílem zvýšit specifitu a senzitivitu byly navrženy referenční strategie kombinující více parametrů, které by neměly být nákladné a jejich použití by mělo být jednoduché. Z tohoto hlediska je nejvíce účelnou tzv. Berlínská strategie, kdy pro odeslání k revmatologovi je podmínkou chronická bolest zad (trvajících déle než 3 měsíce) se začátkem před 45. rokem při splnění alespoň jedno z uvedených kritérií: zánětlivý charakter bolesti zad, pozitivita HLA-B27 nebo prokázaná sakroiliitida na rentgenovém nebo MRI vyšetření (obrázek 3). Podobně jakou u revmatoidní artritidy, zobrazovací vyšetření je vhodné ponechat na odborné pracoviště.

V kombinaci s klinickými příznaky je největší pravděpodobnost onemocnění axSpA u jedinců s pozitivitou HLA-B27. Při pozitivitě antigenu HLA-B27 u jedinců s chronickou bolestí zad má přibližně každý třetí diagnózu axSpA. To znamená, že dvě třetiny jedinců nemají uvedenou diagnózu i při pozitivitě HLA-B27. Pokud je HLA-B27 využit v kombinaci s ostatními klinickými příznaky a zobrazovacími metodami, tak představuje cenný diagnostický ukazatel, který má důležité postavení i při screeningu axSpA. Je důležité si uvědomit, že jde o test, který stačí provést jednou za život, protože se jedná o genetický ukazatel, který je buď pozitivní, nebo negativní. Před vyšetřením specialistou lze nemocným podat nesteroidní antirevmatika, jejichž dobrý efekt může pomoci při diagnostice a jedná se zároveň o klíčový lék tohoto onemocnění.

Poděkování:

Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 023728 Revmatologický ústav).

Tabulka 1

ACR/EULAR klasifikační kritéria z roku 2010

Základním předpokladem je přítomnost artritidy alespoň jednoho kloubu. Onemocnění je klasifikováno jako revmatoidní artritida při dosažení ≥ 6 bodů z deseti možných.

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 níže 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
Maximum celkem	10

ACPA: protilátky proti citrulinovaným proteinům (např. anti-CCP), CRP: C reaktivní protein, FW: sedimentace erytrocytů, RF: revmatoidní faktory

Tabulka 2

Odlíšení revmatoidní artritidy od osteoartrózy

Parametr	Revmatoidní artritida	Osteoartróza
postižené klouby	zápěstí, MCP, PIP, MTP	PIP, DIP, CMC palce
maximum bolesti	ráno	po námaze
ranní ztuhlost	> 30 min	< 15 min
otok kloubů	ano	kostní deformity
celkové příznaky	ano	ne
věk	jakýkoliv, typicky ženy v produktivním věku	> 50 let
sedimentace, CRP	zvýšené	v normě

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

Tabulka 3

Kritéria zánětlivé bolesti zad

1. Věk na počátku obtíží < 40 let
2. Pozvolný začátek
3. Zlepšení po rozcvičení
4. Žádné zlepšení v klidu
5. Bolest v noci (zlepšení po probuzení)

Požadováno je splnění alespoň 4 z 5 kritérií

Tabulka 4

Modifikovaná New Yorkská kritéria pro diagnózu ankylozující spondylitidy

Klinická kritéria	Bolest trvající ≥ 3 měsíce Omezení hybnosti bederní páteře Omezení expanzí hrudníku
RTG kritérium	Sakroilitida stadia 2 oboustranně, nebo stadia 3–4 jednostranně

Pro diagnostické účely je třeba splnit RTG a alespoň 1 klinické kritérium

Hodnocení sakroilitidy na RTG:

Stadium 1: suspektní změny

Stadium 2: minimální abnormality bez změny šíře kloubní štěrbiny

Stadium 3: jednoznačné abnormality

Stadium 4: ankylóza

Tabulka 5

 ASAS klasifikační kritéria axiální SpA u pacientů s chronickou bolestí zad (≥ 3 měsíce) a mladších 45 let na začátku obtíží

Sakroilitida na MRI nebo RTG <i>nebo</i>	HLA-B27 pozitivita
$+ \geq 1$ příznak SpA	$+ \geq 2$ příznaky SpA
Klinické příznaky SpA	
Zánětlivá bolest zad Artritida Entezitida (paty) Uveitida Daktylitida	Psoriáza Nespecifický střevní zánět Dobrá odpověď na NSA Rodinná anamnéza SpA HLA-B27 pozitivita Elevace CRP

ASAS, Assessment of SpondyloArthritis international Society; SpA, spondyloartritidy; NSA, nesteroidní antirevmatika; CRP: C reaktivní protein

Obrázek 1

Doporučení pro odeslání pacienta s podezřením na revmatoidní artritidu k revmatologovi.

Upraveno podle: Emery P, et al. Ann Rheum, DiS. 2002;61:290-7.

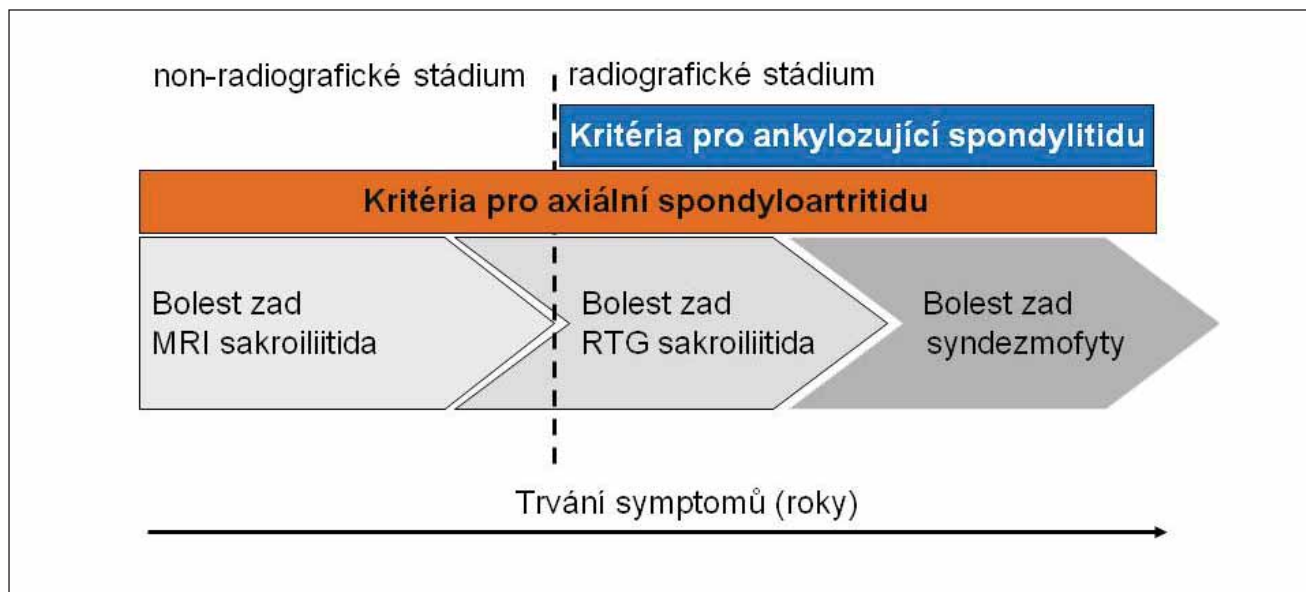
- ≥ 1 kloub oteklý
- postižení MCP/MTP
(pozitivní test příčného stisku)
- ranní ztuhlost ≥ 30 min.



Obrázek 2

Axiální spondyloartritida.

Upraveno podle: Rudwaleit M, et al. Arthritis Rheum. 2005;52:1000-1008.

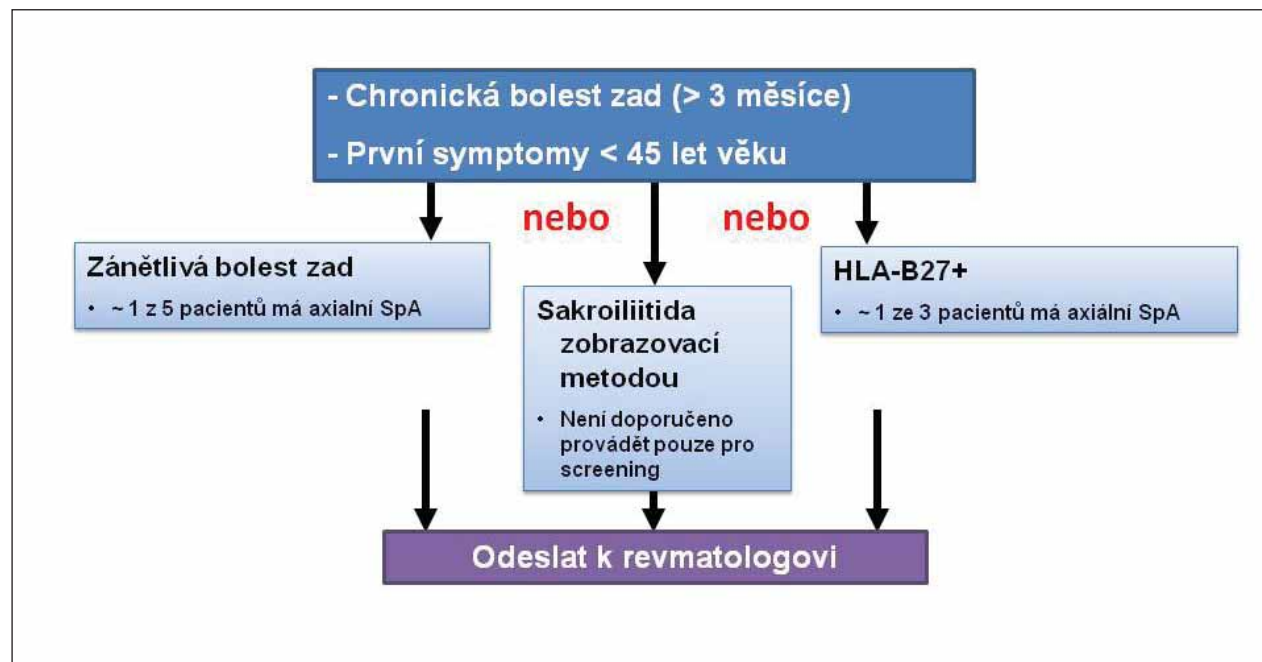


Obrázek 3

Doporučení pro odeslání pacienta s podezřením na axiální spondyloartritidou k revmatologovi.

Upraveno podle: Sieper J et al. Ann Rheum Dis 2005;64:659-63.

SpA, spondyloartritidy; HLA-B27, humánní leukocytární antigen-B27.



Tisk podpořen společností

abbvie

Doporučený postup byl vytvořen s podporou Nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
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 978-80-86998-74-9

ISBN 978-80-86998-74-9



© 2014, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP