

II. Jako příklad jsou dále citována doporučení z jednotlivých specializovaných oborů, kde pravidla vytvořily jejich odborné společnosti. Podívejme se nejprve na doporučení v revmatologii.

První se snaží omezit neindikovaná a drahá laboratorní vyšetření. Formulováno je to následovně:

1. Nevyšetřujte panely autoprotilátek, pokud nejsou pozitivní ANA (antinukleární protilátky) a symptomy revmatického onemocnění. Muskuloskeletální bolesti jsou běžné v celé populaci. Komplexní laboratorní vyšetření je velmi nákladné. Jednotlivé specifické protilátky (DS-DNA, RNP, SSA, SSB, Scl-70) jsou v takovém případě většinou negativní.

Výjimkou je anti-Jo1 (protilátka specifická pro myositidy) u podezření na myositidu a anti-SSA/Ro (protilátky specifické pro určité autoimunní choroby) při suspekci na lupus či Sjogrenův syndrom. Přitom není správné vyšetřovat ANA jako skrínigový test u nemocných, u kterých nejsou příznaky systémového lupusu (SLE) či jiného systémového onemocnění poji, tedy artritidy, polyserozitidy, postižení ledvin, srdce a dalších vnitřních orgánů. Je také chybou léčit jen na základě laboratorního vyšetření, tedy „onemocnění RF+, ANA +“ (situace definovaná jen laboratorním průkazem protilátek a revmatického faktoru). ANA jsou přítomny u mnoha nerevmatických onemocnění, u chronických infekcí, jiných zánětlivých onemocnění, jako je autoimunní thyreoiditida, hepatitida, ale také po léčbě, u nádorových onemocnění a ve 20 % u zdravých lidí. Toto vyšetření je vysoce senzitivní, ale málo specifické, má tedy nízkou prediktivní hodnotu.

2. Neměli bychom provádět testy na Lymeskou chorobu bez odpovídajícího klinického obrazu. Klinický obraz by měl odpovídat – mono- či oligoartritida velkých kloubů, hlavně kolen. Difúzní artralgie, myalgie, fibromyalgie nejsou klinická kritéria muskuloskeletální Lymeské nemoci. Je třeba také zvážit vysoký stupeň promožení populace a velký výskyt anamnestických protilátek. Při nesprávném postupu může pacienta poškodit dlouhé a nepřijemné léčení a opakovaná, drahá vyšetření.

3. Není indikováno provádět kostní denzitometrické vyšetření, DEXA scany (dual-energy x-ray absorptiometry) častěji než jednou za dva roky. Svou roli hraje kritická citlivost k rozlišení vývojových změn. Je-li kostní denzita (BMD, bone mineral density) stabilní, stačí kontrolní vyšetření za 5–10 let. Pacientů s osteoporózou se také týká doporučení pro léčbu bisfosfonáty. Nejprve bychom měli posoudit riziko fraktur a neindikovat je u pacientů s nízkým rizikem, ochránit je před závažnými vedlejšími účinky, jako je osteonekróza čelisti.

4. Častým, zbytečně ordinovaným vyšetřením je také test na HLA-B27. Nesmí jít o screening pro nemocné s bolestmi v zádech. Vyšetření by mělo být založeno na klinickém podezření na spondylartritidu. Základem musí být zhodnocení zánětlivého charakteru bolestí v zádech, případně přítomnosti dalších symptomů, jako je entezitida, daktylitida, artritida, ale i zánětlivé střevní onemocnění, uveitida nebo psoriáza. Typická zánětlivá bolest v zádech by měla trvat déle než tři měsíce a v přítomnosti dalších příznaků by měla být potom podpořena buď zobrazovací metodou s prokázáním sakroileitidy nebo průkazem

HLA-B27. Od podezření na diagnózu zánětlivého revmatologického onemocnění na podkladě klinického obrazu nás nesmí odvést chybění pozitivita laboratorních markerů. Tyto nemoci sice často mívají zvýšený C reaktivní protein (CRP) a sedimentaci, hodnoty mohou být, zejména na počátku onemocnění, i v normě. CRP tak může být nízké u 17 % pacientů s revmatoidní artritidou, u 35 % pacientů s ankylozující spondylitidou a až u 50 % nemocných s psoriatickou artritidou. I revmatoidní faktor a anti-CCP protilátky (Anti-cyclic citrullinated peptide antibody) mohou být až u třetiny nemocných s revmatoidní artritidou na počátku chorobného procesu negativní. Také jsme si zvykli na to, že jednotky jako polymyalgia rheumatica, psoriatická artritida nemají žádný specifický laboratorní marker.

5. Po záchvatu dny bychom neměli zahajovat léčbu snižující hladinu kyseliny močové, bez nízkodávkované léčby kolchicinem. Léčba 2x 0,5 mg denně by měla trvat asi 6 měsíců. Při intoleranci kolchicinu je na místě pokus o prevenci záchvatů nízkou dávkovanými glukokortikoidy nebo nesteroidními antirevmatiky. Protizánětlivé působení kolchicinu zažilo renesanci i v jiných oborech, při léčbě perikarditidy, pleuritidy a snad i u ischemické choroby srdeční, když je na pozadí vysoká zánětlivá aktivita.

6. Pozitivním doporučením je klinická urgence – potřeba zahájit neprodleně léčbu u podezření na obrovskobuněčnou artritidu. Jde o nejčastější vaskulitidu vyššího věku a včasná léčba glukokortikoidy v dávce 1 mg/kg váhy dokáže zabránit závažným komplikacím, jako je ztráta zraku.

7. V dalším z novějších pozitivních doporučení je kladen důraz na nový pohled na revmatoidní artritidu jako na rizikový faktor. Tito nemocní mají stejnou pravděpodobnost kardiovaskulárního onemocnění jako vysoce riziková diabetici. Mají dvakrát větší četnost periferního cévního postižení i srdečního selhání. Všechny symptomy možného poškození srdce a cév máme tedy u revmatiků brát velmi vážně, včas indikovat cílená vyšetření a důsledně kontrolovat rizikové faktory.

8. Na rozhraní specializovaného oboru revmatologie, všeobecného lékařství a neurologie je jedno negativní doporučení, jehož dodržáním ušetříme mnoho peněz a našim nemocným mnoho času a trápení. Týká se pacientů s bolestmi v zádech, nebo, chcete-li, spíše „low back pain“. Varuje před rutinním používáním zobrazovacích metod (bez ohledu na trvání symptomů), nejsou-li přítomny známky vedoucí ke klinickému podezření na závažný patologický proces, tzv. „red flags“. Těch velmi závažných patologií, jako je fraktura obratle, spondylitida nebo spinální absces, cauda equina syndrom a malignita, je mezi nemocnými s bolestmi v zádech jen asi 1 %. K podezření na zlomeniny musí vést dlouhodobá léčba steroidy, vyšší věk, závažné trauma. Na infekční etiologii upozorňuje horečka, třesavka, klidová bolest, potíže vzniklé u nemocného s imunosupresí nebo intravenózního toxikomana, ale i nedávné stomatologické ošetření. Na maligní etiologii upozorní anamnéza, váhový úbytek ve věku nad 50 let.

Další skupinu tvoří pacienti s radikulopatií, kořenovou bolestí, stenózami páteřního kanálu. Tady už není většinou akutní použití zobrazovací metody nutné, lze postupovat cestou rehabilitace, psychoterapie a analgetické léčby. Výjimkou je jistě motorický deficit a narůstající slabost končetiny, víceetážové kořenové postižení, s přechodem do obrazu