

Tab. 7. ASAS klasifikační kritéria pro axSpA

Vstupním kritériem je chronická bolest dolních zad (trvajících více než 3 měsíce) zánětlivého charakteru, vznikající do 45 let věku nemocného. Pacient pak buď splní tzv. zobrazovací větev, tedy má nález sakroileitidy na rentgenovém snímku nebo na magnetické rezonanci, a má minimálně jeden z dalších příznaků SpA. Nebo splní klinickou větev, tedy je HLA-B27 pozitivní, a k tomu má minimálně 2 další SpA příznaky.	
Sakroileitida na RTG nebo MRI	HLA-B27 pozitivita
+1 SpA příznak	+2 SpA příznaky
SpA příznaky	
Zánětlivá bolest zad	Idiopatický střevní zánět
Artritida periferních kloubů	Dobrá odpověď na NSA
Akutní přední uveitida	HLA-B27 pozitivita
Daktylitida Entezitida (Achillovy šlachy)	Rodinná anamnéza SpA
Psoriáza	Zvýšené hodnoty CRP

SpA – spondyloartritida; RTG – rentgenový snímek; MRI – magnetická rezonance; HLA-B27 – human leukocyte antigen B27; NSA – nesteroidní antiflogistika; CRP – C-reaktivní protein

léze, se vyskytuje méně často v oblasti krční páteře proti ostatním etážím. Prostá BZ v této oblasti je často v důsledku přetížení, či pokud jsou již přítomny degenerativní změny, tak je zvýrazněna prochlazením. Časté jsou pseudoradikulární syndromy (cervikobrachiální syndromy), kdy se BZ propaguje do horních končetin bez přítomnosti radikulárního dráždění. Radikulární syndromy jsou způsobené kompresí kořene, a to hernií meziobratlového disku nebo stenózou páteřního kanálu či výstupem nervů v důsledku osteoproduktivních změn nejčastěji u degenerativních procesů, ale mohou být způsobeny i dlouhotrvajícími zánětlivými změnami. Obávanou komplikací revmatoidní artritidy je atlanto-axiální subluxace. Cervikální myelopatie se projevuje postižením horního motoneuronu a jsou přítomny poruchy čítí (2, 11, 19, 20).

Hrudní páteř

BZ mají často příčinu v blokáдах meziobratlových kloubů a může dojít ke vniku interkostální neuralgie. Pseudoradikulární syndromy nejsou časté. Výskyt reflexních změn je typický v oblasti sternoklavikulárního a sternokostálního skloubení. Komprese míchy hernií disku s rozvojem hrudní spondylogenní myelopatie je relativně vzácná, ale závažná ve svých projevech (spastická paraparéza dolních končetin, porucha čítí a sfinkterických funkcí). Diferenciálně diagnosticky je nutné pomýšlet i na přenesenou BZ z orgánových struktur hrudníku (2, 21, 22).

Bederní páteř

Lumbago je BZ lokalizovaná do oblasti bederní páteře a je poměrně časté a většinou do několika dní odezní. Lumbago nemá propagaci do okolí. U bolestí dolní poloviny zad se až u 60 % případů nepodaří najít strukturální příčinu bolesti a ty většinou do 6 týdnů plně odeznívají a všeobecně mají dobrou prognózu. Pseudoradikulární syndromy se propagují typicky do horní poloviny stehna a lýce. Radikulární syndromy se vyskytují typicky v pozdní dospělosti. Pokud je postižen útlakem L5/S1, jedná se o lumbosciatický syndrom a je jedním z nejčastějších v oblasti bederní páteře. Lumbofemorální syndrom je kořenový syndrom L3/4. Mezi nejzávažnější útlakové syndromy patří syndrom caudae equinae / syndrom kaudy. Jedná se o závažný stav, jehož podkladem je komprese několika míšních nervů obvykle s oboustrannými příznaky spojenými s radikulární bolestí s propagací do obou končetin, paraparéza/paréza dolních končetin, poruchy citlivosti a při kořenovém útlaku

S3–S5 se rozvíjí sfinkterické obtíže. Syndrom kaudy je akutním stavem, který vyžaduje neprodleně chirurgické řešení. Vznik neurogeních klaudikací je spojen s přítomností lumbální stenózy nebo kořenové stenózy a je typický pro vyšší věk. Neurogení klaudikace se projevují bolestmi, paresteziemi dolních končetin po určité době chůze. Typická úlevová poloha je v předklonu či dřepu, ke zhoršení naopak dochází při záklonu (11, 15, 19, 22). O zánětlivé bolesti zad byla zmínka již v předchozí podkapitole.

Stručný úvod do diagnostiky bolesti zad

BZ mohou představovat diferenciálně diagnostický problém, obzvláště pokud jsou přítomny varovné znaky v podobě červených praporek. Identifikace příčiny BZ je základem efektivní léčby. Anamnestické údaje společně s pečlivým fyzikálním vyšetřením umožňují efektivně a racionálně navrhnout vyšetřovací algoritmus s využitím zobrazovacích a laboratorních metod. Anamnéza by měla obsahovat časový údaj o vzniku, charakteru vyvolávajícího momentu BZ (zvedání břemene, trauma, infekce, pohyb) a typu bolesti (ostrá, pálivá, tupá, šlehavá, trvalá, záchvatovitá, či omezená jen na pohyb, nebo naopak klidová), její lokalizaci a případné propagaci do trupu či končetin. Důležitý údaj je i o úlevové poloze či aktivitách zmírňujících BZ, např. klid či cvičení. Objektívni vyšetření hodnotí anatomické změny na páteři (skolióza, hyperlordóza, hyperkyfóza). Důležité jsou i změny charakteru chůze. Obsah orientačního neurologického vyšetření není striktně definován, nicméně mělo by obsahovat Lasègueův manévř, vyšetření šlachově-okosticových reflexů, svalové síly a citlivosti na dolních končetinách a genitálu, ověření kontroly močení, zvláště močové retence. Důležitá je detekce varovných příznaků shrnutých v systému červených praporek (13). Při podezření na SpA pak zhodnocení a změření distancí (Stiborova, Schoberova distance), lateroflexe, flash, dechové exkurze. Mezi základní diagnostické metody patří provedení rentgenového snímku páteře, densitometrie či magnetické rezonance tam, kde je třeba, dále pak vyšetření krevního obrazu, sedimentace erytrocytů, základní biochemická vyšetření (mineralogramu včetně hladiny vápníku, jaterních a ledvinových testů, C-reaktivního proteinu, antigenu HLA B27). Stran indikace zobrazovacích metod není doporučována rutinní indikace zobrazovacích metod u prosté BZ, obzvláště při první návštěvě (23). Zobrazovací metody rentgenový snímek, MR a CT vyšetření mají své místo v případě podezření na závažnou specifickou