

Reaktivní, infekční nebo postinfekční artritida?

Štefan Alušík

Katedra vnitřního lékařství, IPVZ Praha

Problematika reaktivních artritid patří k nejkomplicovanějším v revmatologii. I když původní koncepce reaktivních artritid jako „sterilní artritidy“ byla již překonaná, je zde stále mnoho nejasného. Nejednotná terminologie, nadále neexistující klasifikační a diagnostická kritéria včetně jednotného doporučení pro léčbu poskytly prostor pro různé interpretace této problematiky a pro nerevmatology (internisty a praktické lékaře) je pak obtížné zorientovat se. Přehledný referát pojednává o nejnovějších poznatcích od etiologie až po léčbu reaktivních artritid. Věnuje se i výše uvedeným kontroverzím od terminologie až po nejnovější seznam vyvolávajících patogenů, včetně virů, parazitů i vakcín.

Klíčová slova: reaktivní artritida, postinfekční artritida, nové vyvolávající patogeny, diagnostika, léčba.

Reactive, infectious, or post-infectious arthritis?

The issue of reactive arthritis belongs to one of the most complex problems in rheumatology. Although the original concept of reactive arthritis as a „sterile arthritis“ has already been overcome, much remains unclear. Non-uniform terminology, classification and diagnostic criteria as well as treatment guidelines leave room for different interpretations of this issue. Therefore it is difficult for non-rheumatologists (internal medicine physicians and general practitioners) to find their way around this topic. Our comprehensive report discusses the latest findings from etiology to treatment of reactive arthritis. It also addresses the aforementioned controversies from terminology to the latest list of causative pathogens, including viruses, parasites and vaccines.

Key words: reactive arthritis, post-infectious arthritis, new causative pathogens, diagnosis, treatment.

Úvod

Reaktivní artritida (dále ReA) je zánětlivé onemocnění kloubů (obvykle oligoartritida), kterému předcházelo infekční onemocnění, nejčastěji urogenitální nebo gastrointestinální. Ke vzniku artritidy dochází za několik dnů až týdnů po prvotní infekci. Významné práce v historii poznávání choroby jsou uvedeny v tab. 1.

Významným milníkem pro pochopení vzniku artritidy byla nová koncepce finských autorů – reaktivní artritida. Zánět kloubů byl pokládán za sterilní, protože z výpotku nebylo možné kultivovat původce předcházející infekce. Koncem osmdesátých a v devadesátých letech se moderními vyšetřovacími metodami podařilo prokázat přítomnost části nebo i celého vyvolávajícího patogena v kloubním výpotku nebo v synovii (1), čímž byla zpochybněna výše uvedená definice reaktivních artritid. Ve snaze ujasnit rozdíl mezi ReA a postinfekční artritidou navrhli Kuipers a kol. (2) rozdělení ReA na dvě skupiny: a) „infekční ReA“, charakterizovanou intraartikulární perzistencí živého, ale nekultivovatelného

mikroba, b) infekcí vyvolanou ReA, kdy bakteriální antigen se dostává diseminací z ložiska infekce kdekoli v organismu a v kloubu vyvolá imunitně zprostředkovaný zánět. Rozlišení mezi ReA a postinfekční artritidou se tím ještě více zkomplikovalo.

Později se ReA staly již pevnou součástí skupiny seronegativních spondyloartritid. V současnosti neexistují žádná nová diagnostická a klasifikační kritéria pro ReA. Nejznámější jsou tzv. Braunova kritéria z r. 1999 (3) a již v době vzniku nebyla všemi akceptována. Panel expertů se shodl na tom, že termín ReA se má používat jen tehdy, když pacient má typický klinický obraz a předcházející infekce je vyvolána klasickými patogeny. Doporučili rozlišovat mezi akutní a chronickou formou ReA a jako hranici mezi nimi stanovili 6 měsíců. Anamnézu předcházející symptomatické infekce pokládali za nejdůležitější faktor pro diagnózu ReA. Minimální interval mezi předchozími příznaky a artritidou byl navržen na 1–7 dní, maximálně 4 týdny. V celé řadě dalších otázek nedošlo ke shodě, včetně významu hodnocení serologických a PCR testů (kloubní výpotek, krevní sérum).