

- akutní přední uveitida,
- sakroileitida.

Ke vzniku sakroileitidy dochází obvykle až po několika měsících trvání onemocnění, včasné změny lze zaznamenat při vyšetření magnetickou rezonancí.

Diagnostika

V současnosti neexistují obecně akceptovaná kritéria pro reaktivní artritidy, ani žádný specifický test potvrzující diagnózu. Proto diagnostika reaktivní artritidy může být někdy obtížná. Zdůrazníme, že v současnosti je diagnostika ReA výlučně klinickou záležitostí, t.j. diagnózu stanovujeme na základě pečlivé anamnézy a klinického nálezu. Zdůrazňujeme význam předcházející infekce v anamnéze. U části nemocných může infekce probíhat asymptomaticky a diagnóza ReA je pak obtížná. Proto se doporučuje diferenciativně diagnosticky zvažovat ReA vždy při výskytu nejasného zánětu kloubů na dolních končetinách (Tab. 3).

Na podporu diagnózy se provádějí různé laboratorní testy z různých materiálů (moč/výtěr z uretry, stolice, kloubní výpotek, případně vzorek synovie) k detekci možných patogenů, které potvrzují souběžné nebo předchozí infekce.

K detekci *Chlamydia trachomatis* se používají testy amplifikace nukleových kyselin (17, 18). Z amplifikačních testů nukleových kyselin se nejčastěji používá polymerázová řetězová reakce – PCR (real time). Proti konvenční PCR má výhody především pro svoji rychlost, automatizaci, snížení rizika kontaminace a možnost kvantifikace. V současnosti se jedná o nejspolehlivější metodu při dodržení správných postupů odběru materiálů (moče, stěrů z uretry, cervixu, plodové vody, rekta, spojivky, nazofaryngeálních výtěrů, sputa, BAL, biopsie apod.). Senzitivita a specifita vyšetření je vysoká a pohybuje se kolem 99 %. Musíme mít na paměti, že až 36 % chlamydiálních a 26 % enterálních vyvolávajících patogenů má asymptomatický průběh, což ztěžuje diagnostiku.

Serologické testování na *Chlamydia trachomatis* má omezenou hodnotu kvůli serologické zkřížené reaktivitě mezi *Chlamydia trachomatis* a *Chlamydia pneumoniae*, nemožnosti rozlišit minulou a současnou infekci podle perzistence protilátek a nižší nebo chybějící protilátkové odpovědi u infekcí dolních močových cest. Dnes se tyto testy nemají používat.

U enterálních patogenů (*Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* a *Yersinia*) se používá kombinace metod serologických testů (enzymová imunoanalýza) a kultivačních metod. Připomeneme, že artritida se může objevit až v době, kdy vyvolávající infekce již odezněla a mikrobiální testy na vyvolávajícího patogena mohou být negativní.

Standardně provádíme vyšetření antigenu HLA-B27. Zdůrazníme, že jeho pozitivita není diagnostický marker, ale vztahuje se k prognóze onemocnění. Z běžně prováděných vyšetření můžeme zjistit anémii v krevním obraze nebo zvýšené některé markery zánětu, např. C-reaktivní protein apod. Při vyšetření kloubů se stále více uplatňují zobrazovací metody – od prostého rtg snímku, přes ultrasonografii (USG) až po počítačovou tomografii (CT) a magnetickou rezonanci (MRI). Předmětem vyšetření jsou obvykle postižené drobné klouby rukou a nohou, oblast patní kosti, kotníku, kolene, lokte a sakroiliakálních kloubů. Prostý rtg snímek může prokázat zánětlivé změny v kloubu včetně sakroileitidy, v časném stadiu onemocnění je však jeho přínos malý a spočívá zejména ve vyloučení jiných příčin bolesti kloubů. USG vyšetření může znázornit chrupavku, synovitidu a tenosynovitidu, entezopatie, kostní eroze a burzitidy. CT vyšetření zaznamená zejména strukturální změny v kortikální i spongiální kosti. CT je výhodné zejména z hlediska zjištění rozsahu komplikací (např. ankylóza kloubu), pokud je rtg vyšetření nedostačující. MRI kromě časných změn na kloubech znázorní i edém kostní dřevě. Vyznačuje se vysokou senzitivitou, ale nízkou specifitou. Všechny nálezy je nutné korelovat s klinikou a odlišit od jiných seronegativních artropatií.

Léčba

Na úvod zdůrazníme, že v současnosti neexistuje žádná kurativní léčba ReA, a také pro ni nemáme žádné doporučené postupy. V případě, že je ještě přítomná doznívající infekce a je známý vyvolávající patogen, používáme léčbu antibiotiky. U chlamydiálních infekcí léčíme i sexuálního partnera. V roce 2010 byly publikovány výsledky studie ReA vyvolané *C. trachomatis* po 6měsíční léčbě kombinací antibiotik (19). V léčené skupině došlo ke zlepšení u 63 % pacientů v porovnání s 20 % v placebové skupině. Podobně i v jiné studii (7) byly výsledky léčby pozitivní. Naproti tomu výsledky metaanalýzy klinických studií (20) nepotvrdily pozitivní efekt dlouhodobé léčby a otázka efektu antibiotik u chlamydiálních infekcí zůstává nadále otevřená.

U vlastní ReA používáme 4 skupiny léčiv. U pacientů s lehkým průběhem často vystačíme s nesteroidními antirevmatiky (NSA), např. ibuprofen,

Tab. 3. Diagnostická kritéria ReA (3)

Velká kritéria
1. Artritida splňující aspoň 2 z následujících 3 charakteristik:
Asymetrická
Mono- nebo oligoartritida
Postižení dolních končetin
2. Předcházející symptomatická infekce splňující aspoň 1 z následujících podmínek:
Enteritida (průjem trvající aspoň 1 den, který se vyskytl od 3 dnů do 6 týdnů před vznikem artritidy)
Uretritida definovaná jako dysurie nebo výtok trvající aspoň 1 den, který se vyskytl v období od 3 dnů do 6 týdnů před vznikem artritidy
Malá kritéria
Přítomnost spouštějící infekce (na základě pozitivní kultivace vzorku moče, stěrů cervix/uretra, nebo odběru stolice)
Přítomnost nebo perzistence synoviální infekce na základě pozitivní imunohistologie nebo PCR

Pro definitivní diagnózu ReA musí být splněna dvě hlavní kritéria a aspoň 1 malé, pro diagnózu pravděpodobnou dvě velká nebo 1 velké a 1 malé kritérium.