

k jejímu zbytnění a k tvorbě agresivního, zánětlivého pseudotumoru synovie neboli revmatického pannu, který se podílí na destrukci tkáně kloubu a periartikulárních struktur. Důsledkem je vznik periartikulárních kostních erozí, deformit až ankylozy postižených kloubů (5).

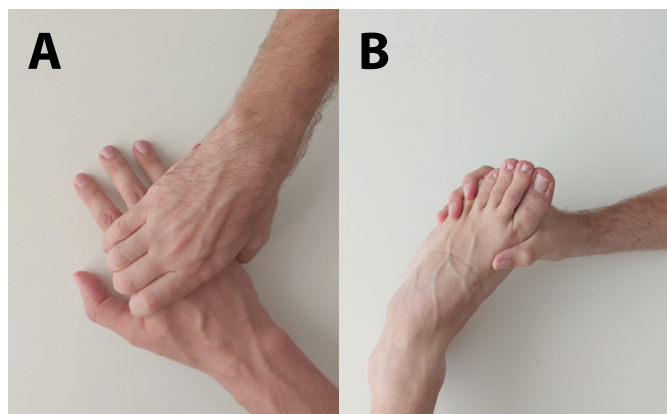
Pokud není RA včas a adekvátně léčena, může docházet k rozvoji závažných mimokloubních manifestací onemocnění. Častá je tvorba podkožních uzlů, které se tvoří v mechanicky namáhaných oblastech, například v oblasti loktů. Mnohem závažnějším projevem je revmatická vaskulitida. Jedná se o nekrotizující zánětlivé postižení malých a středních cév zahrnující cévy kožní a drobné cévy vyživující periferní nervy – vasa nervorum. Dalším z důsledků systémového zánětu je zvýšené kardiovaskulární riziko, které je více ovlivněno samotnou aktivitou nemoci než přítomností tradičních kardiovaskulárních rizikových faktorů. Méně častou, ale rovněž závažnou extraartikulární manifestací RA je intersticiální plicní onemocnění, jehož diagnostika a léčba vyžaduje komplexní interdisciplinární přístup (6).

K zabránění rozvoje trvalého kloubního poškození a závažných komplikací RA je klíčové včasné zahájení účinné léčby. Časové období, kdy lze adekvátně terapeuticky zasáhnout a minimalizovat tak potenciálně nepříznivé důsledky onemocnění pro pacienta, označujeme jako tzv. okno příležitosti. Podle původního konceptu se jednalo o období trvající přibližně dva roky od nástupu projevů RA. Novější definice předpokládá existenci terapeutického okna v časně fázi rozvoje RA, ve které by bylo možné efektivněji ovlivnit a případně až zastavit rozvíjející se zánětlivý imunopatologický proces, zabránit rozvoji RA nebo alespoň efektivněji předcházet nepříznivým důsledkům onemocnění (7). Podrobně se budeme problematikou časně terapie a okna příležitosti zabývat v dalším textu.

Včasná diagnostika revmatoidní artritidy

Diagnóza RA by měla být stanovena po pečlivém klinickém vyšetření revmatologem. Dle aktuálních doporučení EULAR (Evropská aliance revmatologických asociací) pro management časně artritidy by vyšetření pacienta revmatologem mělo proběhnout do 6 týdnů od vzniku projevů artritidy (8). Mezi projevy artritidy (zánětu kloubu) patří zejména kloubní bolest, palpační bolestivost, otok a proteplení kloubu a ranní ztuhlost kloubu, která trvá více než 30 minut. Maximum potíží

Obr. 1. A – test příčného stisku ruky. B – test příčného stisku nohy. Screeningové testy k odhalení možného zánětlivého postižení metakarpofalangeálních a metatarsofalangeálních kloubů. Zdroj: archiv autora.



pacient referuje po inaktivitě, tedy obvykle v ranních hodinách. U RA obvykle nepozorujeme zarudnutí kloubů ani horečku – tyto příznaky by měly vést k okamžité indikaci akutního chirurgického nebo ortopedického vyšetření k vyloučení septické artritidy. Časná RA má většinou tzv. aditivní průběh a typicky se manifestuje postupně se rozvíjející polyartritidou (artritida 5 a více kloubů), která postihuje zejména drobné klouby rukou a nohou. Ve velmi časných stádiích RA lze pozorovat zánětlivé postižení pouze jedno nebo několika kloubů, případně pouze zánětlivé postižení šlach – tenosynovitidu. Na ruku jsou nejčastěji postiženy metakarpofalangeální klouby, proximální interfalangeální klouby prstů a klouby zápěstí. Naopak postižení metakarpofalangeálních kloubů je vzácné u osteoartrózy. Navrhovaným screeningovým testem pro odhalení zánětlivého postižení metakarpofalangeálních kloubů je test příčného stisku ruky (Obr. 1).

Při RA se pouze vzácně setkáváme s postižením distálních interfalangeálních kloubů rukou, které lze častěji očekávat u osteoartrózy nebo u jiného zánětlivého revmatického onemocnění, jako je psoriatická artritida. Z velkých kloubů bývají artritidou nejčastěji postiženy hlezenní klouby, kolena, lokty nebo ramena (5).

Stanovení definitivní diagnózy RA by mělo být v rukou specialistů revmatologů, kteří tak činí na základě pečlivého klinického zhodnocení a výsledků pomocných laboratorních a zobrazovacích vyšetření. K časně diagnostice onemocnění mohou pomoci klasifikační kritéria ACR/EULAR z roku 2010. Primárně byla vyvinuta pro identifikaci homogenních populací pacientů s RA pro potřeby výzkumu. Vstupním kritériem pro další hodnocení je přítomnost alespoň jednoho klinicky oteklého kloubu a vyloučení jiných příčin artritidy, např. dny, psoriatické artritidy nebo systémového lupusu erythematoses. Přítomnost artritidy

Tab. 1. Klasifikační kritéria ACR/EULAR z roku 2010 (9)

Kategorie	Kritéria	Bodování
A. Postižení kloubů	1 velký kloub	0
	2–10 velkých kloubů	1
	1–3 malé klouby (s nebo bez postižení velkých kloubů)	2
	4–10 malých kloubů (s nebo bez postižení velkých kloubů)	3
	> 10 kloubů (alespoň jeden malý kloub)	5
B. Sérologie	Negativní RF a negativní ACPA	0
	Nízkopozitivní RF nebo nízkopozitivní ACPA	2
	Vysokopozitivní RF nebo vysokopozitivní ACPA	3
C. Reaktanty akutní fáze	Normální CRP a normální ESR	0
	Abnormální CRP nebo abnormální ESR	1
D. Trvání příznaků	< 6 týdnů	0
	≥ 6 týdnů	1

Vysvětlivky: **Cílová populace:** Patří sem pacienti s alespoň jedním kloubem s jasnou klinickou synovitiidou (otokem), která není lépe vysvětlitelná jiným onemocněním (např. lupus, psoriatická artritida, dna).

Vyšetřované klouby:

Velké klouby: ramena, lokty, kyčle, kolena, kotníky.

Malé klouby: metakarpofalangeální klouby, proximální interfalangeální klouby, druhé až páté metatarsofalangeální klouby, interfalangeální klouby palce, zápěstí.

Vyloučené klouby: distální interfalangeální klouby, první karpometakarpální klouby, první metatarsofalangeální klouby.

Vysokopozitivní RF nebo vysokopozitivní ACPA: ≥3 násobek normy.