

Postižení oka

Nejčastější oční manifestací u RA je suchá keratokonjunktivitida (KCS), která postihuje cca 15–40 % pacientů. Pacienti si nejčastěji stěžují na pocity suchosti očí/úst, pocity cizího tělesa v oku a fotofobii, přičemž tyto projevy se často zvyrazňují v suchém nebo větrném prostředí. Symptomy KCS často nekorelují se závažností artritidy (7). Závažné postižení rohovky charakteru periferní ulcerózní keratitidy (PUK), která v krajním případě ohrožuje zrak perforací bulbu, je u revmatoidní artritidy vzácné, postihuje méně než 1 % nemocných s RA (8).

U pacientů s velmi aktivní RA se vzácně může vyskytnout episkleritida (méně než 1 % případů) a skleritida (0,7–6 % případů), přičemž výjimkou není ani bilaterální postižení. Podle nálezu lze skleritidu rozlišit na difúzní či nodulární (nepohyblivý zánětlivý uzlík) a dle závažnosti na nekrotizující skleritidu se zánětem, která často doprovází systémové choroby a nekrotizující bez zánětu zvanou scleromalacia perforans bez subjektivních potíží postižující nejčastěji ženy se séropozitivní artritidou (7). Závažné může být i polékové poškození oka, při dlouhodobé léčbě systémovými glukokortikoidy je zvýšené riziko rozvoje glaukomu a katarakty, dlouhodobé užívání hydroxychlorochinu je spojeno s rizikem retinopatie.

Kožní postižení

Jednou z nejčastějších forem extraartikulárního postižení u pacientů s RA je přítomnost revmatických uzlů, které se v průběhu onemocnění mohou vyskytnout u cca 30–40 % nemocných, přičemž u cca 7 % mohou být přítomny již při primomaniestaci choroby (9, 10). Typicky se vyskytují zejména v místech vystavených mechanickému tlaku (např. nad proximální stranou ulny a nad olekranonem, na dorzální straně ručních kloubů apod.), vzácností však není ani jejich výskyt ve vnitřních orgánech (larynx, plíce, srdce). Častější jsou u pacientů se závažnými, progredujícími formami RA, typická je pozitivita revmatoidního faktoru, v některých případech je výskyt revmatických uzlů asociován s léčbou methotrexátem či jinými chorobu modifikujícími léky (11). Mnohočetný výskyt revmatických uzlů společně s polyartritidou charakteru palindromického revmatismu a s přítomností subchondrálních kostních cyst se označuje jako revmatoidní nodulóza (12).

Na kůži se také mohou vyskytnout nejrůznější projevy revmatické vaskulitidy, nejčastěji v podobě kožních vředů, nekróz a gangrény v oblasti konečků prstů nebo bérků. Méně časté jsou projevy neutrofilních dermatóz, kupř. pyoderma gangrenosum, Sweetův syndrom či revmatoidní neutrofilní dermatitis. Naopak poměrně časté mohou být kožní nežádoucí účinky dlouhodobé léčby RA, zejména při prolongovaném podávání glukokortikoidů. Na nehtech může být přítomno podélné rýhování připomínající stékající vosk (cera gutans).

Svalové postižení

Svalová slabost je poměrně častým symptomem revmatoidní artritidy; při omezeném používání bolestivých kloubů se může vyvinout svalová atrofie. Rovněž tak i některá medikace (glukokortikoidy, antimalarika, statiny) může indukovat polékovou myopatii.

Postižení plic

Postižení respiračního traktu je u revmatoidní artritidy poměrně časté, postižena může být kterákoliv část respiračního ústrojí. Pleuritida

je u revmatoidní artritidy častým nálezem při autopsii, kdy je nalezena až u 38–73 % nemocných, z větší části však probíhá subklinicky, pouze 5–21 % pacientů trpí pleurálními bolestmi a u cca 5 % je na radiografickém patrný pleurální výpotek (13).

Obstrukce horních cest dýchacích může vzniknout na podkladě krykoarytenoidní artritidy, případně může souviset s přítomností revmatických uzlů v hlasivkách, ve vzácných případech může paréza hlasivek způsobena vaskulitidou postižující vasa nervorum pro n. laryngeus recurrens či n. vagus (14, 15).

Vzácnou, často fatální plicní komplikací může být obliterující bronchiolitida, která je častější u žen (93 %), dalším rizikovým faktorem je pak zejména séropozitivita a Sjögrenův syndrom (16). U cca 10 % pacientů s RA se mohou vyskytnout bronchiektázie, přičemž až ve 30 % je tento nálezh bez souvislosti s intersticiálním plicním postižením (17).

Prevalence intersticiálního plicního onemocnění (ILD – interstitial lung disease) je udávána mezi 2, –10 % pacientů, přičemž přítomnost subklinické formy ILD se odhaduje až u 58 % pacientů s RA. Rizikovými faktory ILD u RA jsou zejména starší věk při manifestaci onemocnění, mužské pohlaví, kouření, séropozitivita (revmatoidní faktor-RF, protilátky proti cyklickým citrulinovaným peptidům-ACPA) a vysoká aktivita revmatoidní artritidy. V některých případech může plicní manifestace předcházet kloubnímu postižení. Na rozdíl od jiných autoimunitních chorob, kde je hlavním fenotypem NSIP (nespecifická intersticiální pneumonie), u revmatoidní artritidy převažuje typ UIP (obvyklá intersticiální pneumonie), který se vyskytuje přibližně u 50 % pacientů, následovaný NSIP a OP (organizující se pneumonie). Klinické projevy ILD jsou u RA poměrně heterogenní, část pacientů má dlouhodobě stabilní, či pomalu progredující onemocnění, ale mohou se vyskytnout i rychle progredující formy s rychlým poklesem plicních funkcí (DLCO) s hypoxemií a rozvojem opacit mléčného skla na HRCT. Observační studie u pacientů s ILD asociovaným s RA prokázala vysokou mortalitu této manifestace (3letá mortalita 10 %, 6letá 30 %, 8letá 50 %) (18–21) (Obr. 1a, 1b a 2).

Kardiální postižení

Pravděpodobně nejčastějším kardiálním postižením je perikarditida (až 50 % případů), která však většinou probíhá asymptomaticky. Častější je u séropozitivních pacientů a aktivní revmatoidní artritidou a dalšími EAM. Vzácně se u pacientů s revmatoidní artritidou může vyskytnout myokarditida, či mohou být echokardiograficky detekované revmatické uzly v perikardu, myokardu nebo v oblasti srdečních chlopní.

Revmatická vaskulitida

Jedná se o vaskulitidu s postižením zejména cév středního, vzácněji malého průměru, která postihuje zejména pacienty se závažným, dlouhotrvajícím onemocněním, její výskyt je však s narůstajícími léčebnými možnostmi revmatoidní artritidy poměrně vzácný. Nejčastější klinickou manifestací jsou až u 90 % pacientů kožní projevy – typickou manifestací vaskulitidy středních cév jsou pak hluboké kožní ulcerace postižující dolní končetiny v oblasti laterálního nebo mediálního malleolu. Dalšími projevy pak bývají projevy ischemie, nekrózy a gangrény prstů; vaskulitické postižení malých cév se pak může manifestovat