

Tab. 1. Kritéria pro GCA (dle American College of Rheumatology / EULAR Classification Criteria, 2022) (5)

Diagnóza GCA stanovena při splnění absolutního kritéria a v přítomnosti 6 a více bodů		
Absolutní požadavek	Věk v době stanovení diagnózy ≥ 50 let	
Přidatná klinická kritéria	Ranní ztuhlost krku, šíje nebo ramen	2 body
	Náhlá ztráta/omezení vizu	3
	Klaudikace jazyka, čelisti	2
	Nově vzniklá bolest hlavy v temporální obl.	2
	Zvýšená citlivost v oblasti křtice	2
	Palpační abnormita temporální tepny	2
	Laboratorní, zobrazovací a bioptická kritéria	ESR ≥ 50 /1 hod. nebo CRP ≥ 10 mg/l
Positivní bioptický nálezu nebo „halo“ znak při USG temporální tepny		5
Postižení obou axilárních tepen		2
Zvýšená aktivita v oblasti aorty stanovená FDG-PET		2

ESR – sedimentace erytrocytů, CRP – C reaktivní protein, USG – ultrasonografie, FDG-PET – pozitronová emisní tomografie s využitím fluorodeoxyglukózy

GCA může postihovat kromě kraniálních tepen také větve karotických a vertebrálních tepen, nicméně postižena může být i aorta, subklaviální a další z ní odstupující tepny. Naopak kraniální tepny mohou zůstat ušetřeny.

Klinická manifestace GCA tak tkví jednak v specifických příznacích (bolesti hlavy typicky lokalizované temporálně, špatně reagující na analgetika, bolesti žvýkacích svalů nebo jazyka při pohybu, poruchy až náhlá ztráta vísu, palpační bolestivost v průběhu temporální tepny), případně provázených nespecifickými celkovými příznaky (únava, nechutenství až hubnutí, teploty, zvýšené pocení, myalgie), nebo bolestmi a ranní ztuhlostí v oblasti ramenních, případně kyčelních kloubů (polymyalgia revmatica), a to vše u jedince nad 50 let věku.

Zvláště obávané jsou poruchy vísu podmíněné ischemií sítnice, optického nervu nebo chorioidy: prvním příznakem může být amaurosis fugax (tranzitní monookulární ztráta vísu), následovat může vážnější okluze zadních ciliárních arterií (anterior ischemic optic neuropathy – AION), okluze arteria centralis retinae. Velmi vzácně jsou oční ischemické symptomy podmíněny okluzí oftalmické nebo vnitřní karotické tepny. Někdy se objeví diplopie při postižení okulárních svalů.

Ischemické příznaky mohou, i když vzácně, plynout z postižení vertebrální arterie, subklaviálních nebo axilárních tepen apod. Při postižení aorty hrozí problémy plynout z její dilatace nebo disekce a tato forma nemoci má horší průběh (6).

TAKAYASU ARTERIITIS (TAK) – klinické projevy a diagnostická kritéria

TAK je obvykle diagnostikována u mladých jedinců ve 2. nebo 3. dekádě života, s roční incidencí kolem 2 případů na 1 milion obyvatel. Jde v Evropě o vzácnou chorobu, v Asii může být její prevalence až 4/100 000. Postiženy jsou v 80–90 % případů ženy, které častěji mají dominanci postižení na subklaviálních tepnách, kdežto muži na aortě a ilických tepnách. Také čím mladší jedince postihne, tím těžší průběh ve smyslu vzniku iktů, infarktu myokardu apod (7, 8).

Tab. 2. Kritéria pro TAK (dle American College of Rheumatology / EULAR Classification Criteria, 2022) (9)

Diagnóza TAK je stanovena při splnění absolutního kritéria a v přítomnosti 5 a více bodů		
Absolutní požadavky		
Absolutní požadavky	Věk ≤ 60 let	
	Přítomnost vaskulitidy při zobrazení	
Přidatná klinická kritéria	Ženské pohlaví	1
	Angina pectoris nebo průkaz ischemie myokardu	2
	Klaudikace v horních končetinách	2
	Šelesty nad velkými tepnami	2
	Oslabené pulzace na horních končetinách	2
	Abnormita na karotických tepnách	2
	Systolický tlakový rozdíl na HK ≥ 20 mm Hg	1
	Přidatná zobrazovací kritéria	Počet postižených tepenných povodí: ■ jedno tepenné povodí
■ dvě tepenná povodí		2
■ tři tepenná povodí		3
Symetrické postižení párových arterií		1
Postižení aorty a renálních nebo mezenterických tepen	3	

HK – horní končetiny

TAK je chronickou granulomatózní vaskulitidou postihující aortu a její větve, může ale zavzít i pulmonální nebo koronární arterie. Kromě aorty bývají obvykle postiženy společné karotidy, subklaviální tepny (typicky dříve na levé straně) a také renální, případně mezenterální arterie. V počátku zánětu je přítomno ztlustění stěny tepny, následuje vývoj stenóz a okluzí. Dilatace tepen a tvorba aneurysmat je vzácná.

Iniciální fáze TAK je charakteristická nespecifickými zánětlivými symptomy („flu-like“), které mohou být zcela přehlédnuty, případně pomínou nespecifickou léčbou a nevedou ke správné diagnóze TAK v této fázi nemoci. Až bolesti v končetinách nebo cílené cévní vyšetření odhalí typické postižení podklíčkových nebo jiných tepen.

Typické pro TAK jsou tyto projevy: klaudikace ve svazech paží, vertigo, ortostatické potíže, synkopy nebo dokonce mozková ischemie – kvůli postižení karotid a vertebrálních tepen, angina pectoris je výsledkem koronárních vaskulitických změn, dušnost vzniká při aortální regurgitaci nebo srdečním selháním na podkladě obtížně korigovatelné sekundární hypertenze, dyspnoe může být projevem i plicní hypertenze, viscerální ischemie se může projevit bolestí břicha a průjmy, srdeční selhání a jeho projevy jsou důsledkem nedostatečně léčené hypertenze, myokardiální hypoperfuze nebo progredující aortální regurgitace.

S progresí nemoci přicházejí ischemické symptomy nebo příznaky plynoucí z hypertenze, případně srdeční nedostatečnosti. Na vaskulitické změny často nasedá akcelerovaný aterosklerotický proces (10).

Diagnostika LLV

Po vyhodnocení klinických příznaků je metodou první volby neinvazivní zobrazení (ultrasonografické) předpokládán postižených tepen – subklaviálních u TAK a temporálních u GCA. Celkově je k posouzení rozsahu postižení a tíže nálezu však kromě duplexní ultrasonografie nutné použít i CT nebo MR angiografii a v dnešní době rutinně také FDG-PET k posouzení metabolické aktivity tepenné stěny. Zobrazení aorty a jejích větví by mělo být provedeno u všech nemocných, protože spolpostižení v této oblasti může ovlivnit léčebnou strategii. Každá