

giografické vyšetření plic, které může ozřejmit různé plicní projevy vaskulitidy (infiltráty, granulomatozní ložiska, alveolární hemoragii).

- Angiografie viscerálních tepen či tepen končetinových může mít diagnostický přínos, zejména při ischemických symptomech v dané anatomické lokalitě.
- Biopstické vyšetření volíme dle orgánových projevů. HCD jsou často biopsii přístupné při rhinoskopii (biopsie ze slizničních projevů – polypy, krusty, ulcerace). Renální biopsie je indikována frekventně, typickým histopatologickým nálezem je tzv. pauci-imunní glomerulonefritida. Biopsie plicní či nervové tkáně jsou realizovány méně frekventně a s vyšším rizikem, v některých případech se však může jednat o jedinou možnost definitivní diagnostiky.

Scénář č. 3 – typické kraniální symptomy vaskulitidy velkých tepen

Obrovskobuněčná arteriitida (OBA) je pravděpodobně vůbec nejčastější primární vaskulitidou. Jedná se o onemocnění typické pro vyšší věk – manifestuje se téměř výhradně po 50. roce věku, v této demografické skupině má incidenci až 10–20/100 000 (6). Jedná se o vaskulitidu velkých tepen – aorty a jejích větví – a klinické projevy mohou být poměrně nespecifické, zahrnující slabost, únavnost a ztuhlost, váhový úbytek či chronické (sub)febrilie (viz scénář č. 4 tohoto článku).

Jsou-li však zánětlivě postiženy kraniální arterie, tedy karotidy a jejich větvení, projevuje se tato vaskulitida typicky kombinací poměrně specifických příznaků – časté jsou intermitentní cefalgie, někdy spojené s viditelným zduřením temporální arterie či palpační citlivostí kůže skalpu či spánků, vzácně dochází v těchto lokalitách k rozvoji kožních ischemických defektů. Dalším poměrně specifickým příznakem jsou tzv. žvýkácké klaudikace – bolesti v oblasti čelistního svalstva či jazyka při žvýkání podmíněné nedokrvěním. Obávanými symptomy jsou projevy postižení zraku – diplopie, skotomy, amaurosis fugax a pacienti jsou ohroženi rizikem nevratné ztráty zraku.

Diagnostická doporučení – při suspekci na OBA:

- V rámci vyšetření vitálních funkcí měřit TK na obou horních končetinách – signifikantní stranový rozdíl (> 10 mm Hg rozdíl sTK) může svědčit pro stenozující postižení a. brachialis.
- Základní biochemická vyšetření; markery zánětu včetně sedimentace erytrocytů (FW) – tyto obvykle signifikantně zvýšené (klasifikační kritéria ACR/EULAR 2022 zahrnují hodnoty sedimentace > 50 mm/h, CRP >10 mg/l)(7). Krevní obraz – častým nálezem anémie, trombocytémie.
- V případě klinicky vyjádřených symptomů postižení zraku (diplopie, amauroza atp.) je nepodkročitelnou nutností akutní oftalmologické vyšetření očního pozadí – k vyloučení známek ischemického postižení n. opticus. Je-li tento nálezní pozitivní či je-li klinická míra suspekce vysoká, je jednoznačně indikováno bezprostřední zahájení terapie i. v. glukokortikoidy, a v diagnostickém procesu je dále pokračováno při již probíhající léčbě.
- Volba zobrazovacích vyšetření se řídí aktualizovanými doporučeními Evropské aliance revmatologických asociací (EULAR) 2023 (8). První volbou zobrazovacích vyšetření je sonografické vyšetření tempo-

rální arterie a axilárních arterií. Vyšetření je podmíněno přítomností sonografisty se zkušeností s vaskulitickými sonografickými nálezy a dostupností vysokofrekvenční ultrazvukové sondy.

- 18FDG-PET/CT (či PET/MR) je zobrazovací modalitou volby v případech nespecifických symptomů, nebo kombinace nespecifických a typických kraniálních symptomů (Obr. 2). Alternativou v případě izolovaně kraniálních příznaků je MR angiografické vyšetření kraniálních tepen.
- V případě nejednoznačné korelace klinického, laboratorního a radiografického nálezu je nadále často definitivním diagnostickým krokem biopsie a histopatologické vyšetření segmentu temporální arterie.
- Otázka imunologických vyšetření – diagnóza OBA není asociována s žádnými specifickými autoprotilátkami či jinými imunologickými nálezy; vyšetření autoprotilátek volíme v případě důvodné suspekce i na jiné možné systémové autoimunitní onemocnění.

Scénář č. 4 – zánět či horečka nejasné příčiny

Horečka nejasné etiologie (fever of unknown origin – FUO) (9) či analogicky zánětlivý stav nejasné etiologie (inflammation of unknown origin – IUO) (10) jsou diagnostické koncepty popisující protražované klinické obtíže bez zjištěné vysvětlující příčiny po určité definované době a sadě vyšetření. V těchto případech obvykle nejsou vyjádřeny žádné specifické symptomy orgánového poškození, diagnostika je tedy vedena metodou souběžných necílených vyšetření s vysokou diagnostickou senzitivitou a specificitou (Tab. 2).

Z několika velkých studií souborů pacientů s FUO či IUO (11, 12), retrospektivních i prospektivních, je zřejmé, že mezi ozřejmenými diagnózami jsou zastoupeny autoimunitní a autoinflamatorní onemocnění (včetně vaskulitid), malignity (jak solidní tumory, tak hematomalignity) a infekční onemocnění (často atypické, oportunní či intracelulární patogeny, virová a mykotická onemocnění), v úvahu je nutno vzít též možnost trombembolické nemoci či léky indukované horečky. Je nutno zmínit, že soubory pacientů s FUO/IUO rovněž opakovaně ukazují, že okolo 50 % těchto případů není nikdy diagnosticky objasněno.

Diagnostická doporučení – při horečce či zánětlivém stavu nejasné příčiny:

- Velmi pečlivý a případně opakovaný odběr anamnestických informací, se zaměřením na epidemiologickou a expoziční anamnézu a recentní změny ve farmakoterapii.
- Extenzivní biochemická vyšetření vč. jaterních enzymů, renálních parametrů, LDH, kardiomarkerů, markerů zánětu (dle dostupnosti rozšířený panel reaktantů akutní fáze – prokalcitonin, sérový amyloid A, ferritin). Krevní obraz vč. manuálního diferenciálu, parametrů koagulace a D-dimerů.
- Elektroforéza sérových bílkovin, stanovení přítomnosti volných lehkých řetězců a kryoglobulinu v séru.
- Semikvantitativní vyšetření moči a vyšetření močového sedimentu – cílem průkaz či vyloučení mikrohematurie, proteinurie. V případě semikvantitativně průkazné proteinurie kvantifikovat množství za 24 hod.