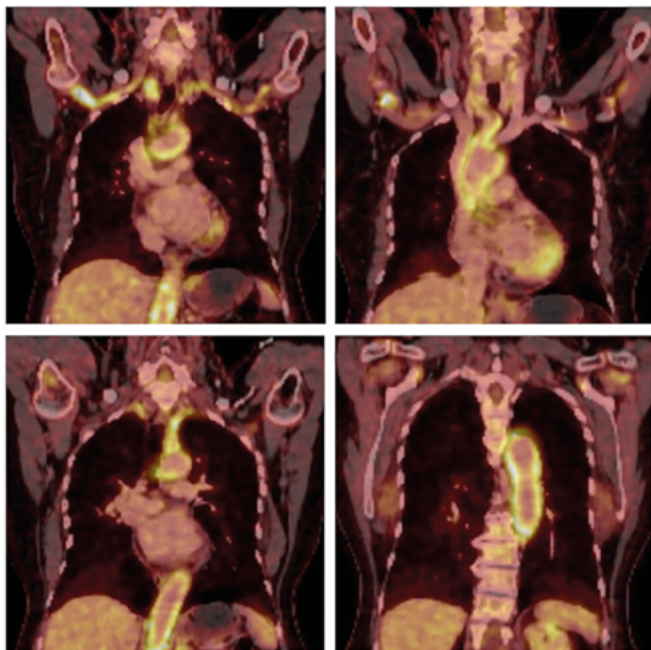


**Obr. 2.** PET/CT – obrovskobuněčná arteriitida

Z archivu autora a Kliniky nukleární medicíny Fakultní nemocnice Olomouc.

- Imunologická vyšetření – ANA protilátky vč. podskupiny ENA, ANCA protilátky, RF a anti-CCP, stanovení hladiny složek komplementu C3 a C4.
- Z mikrobiologických vyšetření – vícenásobný odběr párových hemokultur, kulturační vyšetření moči. IGRA test či provedení kožního tuberkulinového testu. Další kulturační a serologická, event. PCR vyšetření v závislosti na anamnestických údajích (ke zvážení mj. etiopatogeny atypických pneumonií, virové hepatitidy, CMV, EBV, parvovirus B19).
- Iničiálními zobrazovacími vyšetřeními jsou prostý RTG snímek hrudníku a sonografické vyšetření abdomina. Další případná zobrazovací vyšetření jsou volena cíleně na základě klinické suspekce na specifická orgánová postižení, plynoucí z anamnestických informací.
- Nevedou-li výše zmíněná vyšetření ke stanovení diagnózy, je indikováno 18FDG-PET/CT (či PET/MR) vyšetření.
- Mělo by být zváženo transesofageální echokardiografické vyšetření k vyloučení infekční endokarditidy.
- Měla by být zvážena diagnostická biopsie kostní dřeni a v případě vyjádřené lymfadenopatie též exstirpace lymfatické uzliny.

## Terapie – základní přehled

Primární vaskulitidy jsou onemocnění na imunopatologickém podkladu, cílem terapie je tedy potlačit zánětlivou imunitní odpověď. Iničiální terapie zahrnuje systémové podávání glukokortikoidů, v závislosti na závažnosti klinických projevů a přítomnosti orgánového postižení.

- Obvyklá iničiální perorální dávka je 0,5–1 mg/kg/den prednisonu (či ekvivalent). Recentní doporučení odborných společností, mj. Doporučení EULAR pro léčbu ANCA-asociovaných vaskulitid z roku

**Tab. 2.** Horečka a zánět nejasné příčiny

Definice konceptu horečky nejasné příčiny (fever of unknown origin – FUO)
Horečka > 38,3°C (> 101°F), opakovaně měřená
Trvání symptomů více než 3 týdny
Etiologie neprokázána po týdnu diagnostické hospitalizace (pozn.: v dalších pracích definováno 'po třech ambulantních kontrolách' či 'po provedení definované baterie základních diagnostických testů')
Definice konceptu zánětlivého stavu nejasné příčiny (inflammation of unknown origin – IUO)
Elevace parametrů zánětu (CRP > 30 mg/l či FW nad věkem definovanou normou), opakovaně měřená
Trvání symptomů více než 3 týdny
TT < 38,3°C (tedy nesplňuje kritéria pro horečku nejasné příčiny)
Etiologie neprokázána po třech dnech diagnostické hospitalizace či třech ambulantních kontrolách

2022 (13), kladou důraz jak na zahájení terapie dostatečně vysokou úvodní dávkou kortikoidů (prednison 50–75 mg/den či ekvivalent), tak na rychlou aktivní detrakci dávky kortikoidů v čase, kdy definovaným cílem je dosáhnout udržovací dávky prednisonu 5 mg/den či méně v horizontu 4–5 měsíců.

- V případě manifestace onemocnění ohrožující život či orgánovou funkci je indikováno intravenózní podávání methylprednisolonu, v jednotlivých denních dávkách až 1000 mg a do kumulativní dávky až 3000 mg. Bezprostředně navazuje podávání vyšších iničiálních dávek kortikoidů perorálně.
- Výjimkou ze systémového podávání glukokortikoidů jsou klinicky mírné formy kožně limitované leukocytoklastické angitiidy – může se jednat o spontánně odeznívající onemocnění; postačující může být symptomatická terapie antihistaminiky či jen topická aplikace glukokortikoidů.

V terapii vaskulitid má své místo široká paleta dalších imunosupresivních preparátů; obvyklá je sekvenční kombinovaná imunosupresivní terapie, která umožňuje minimalizaci celkové kumulativní dávky glukokortikoidů za souběžného udržení onemocnění v inaktivní formě (remise). V první indukční fázi (ve smyslu indukce remise) se frekventně užívají preparáty s velmi silným imunosupresivním efektem (cyklofosfamid, rituximab), mezi imunosupresiva udržovací fáze se řadí například methotrexát, azathioprin či mykofenolát mofetil, toto dělení však není striktní. Ve specifickém případě rychle progredující glomerulonefritidy se závažným akutním renálním poškozením nadále má své místo výměnná plazmaferéza (14). Do terapie systémových vaskulitid rovněž proniká moderní cílená terapie – v případě obrovskobuněčné arteriitidy se jedná o IL-6i tocilizumab (15) či JAKi upadacitinib (16), v léčbě eosinofilní granulomatózy s polyangiitidou pak mají své místo inhibitory IL-5 mepolizumab (17) a benralizumab (18). Novinkou v léčbě ANCA-asociovaných vaskulitid je dále inhibitor receptoru C5a složky komplementu avakopan (19).

Podrobná terapeutická doporučení přesahují rozsah tohoto článku – váženého čtenáře v případě zájmu odkazují na detailní doporučené postupy mezinárodních odborných společností (13, 20).

**PROHLÁŠENÍ AUTORŮ:** Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a IGA LF UP\_2026\_003. **Poděkování:** Kolektiv lékařů 3. interní kliniky FN Olomouc. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.