

REAKTIVNÍ ARTRITIDA (ReA)

= akutní aseptická artritida, která se vyvine po určitém časovém intervalu (až 3 měsíce) od infekce na vzdálenějším místě v organismu (nejčastěji v GIT či URO)- po GIT infekci postihuje obě pohlaví, po URO více muže

Reiterův syndrom = artritida + ureitida + konjunktivitida-postdyzenterická (Shigella)

Patogeneze: nejasná

interakce mezi HLA B27 hostitele a určitými bakteriemi- důležitost sekvence AMK kolem tzv. B-kapsy antigenu HLA B27. Artritida je stimulována CD8+ T-buňkami, které odpovídají na peptidy uvolňované z bakterií, které jsou vázány na HLA B27

Klinický obraz:

iniciální infekce: zejména GIT: Shigella flexneri, Campylobacter fetus jejuni, Salmonella, Yersinia enterocolica či pneumoniae = enteropatické ReA

sexuálně přenosné infekce URO: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae (ta ale spíše vyvolává septickou artritidu)

nověji Streptococcus pyogenes u dětí

muskuloskeletální příznaky

nejčastěji monoartritida kolenního kloubu nebo asymetrická oligoartritida DK

obvykle přechodná, ale mohou být i chronické formy → erozivní změny,

deformity kloubů

častý úvodní projev = entezitida paty (tendosynovitiidou Achillovy šlachy nebo

plantární fasciitidou

daktylitidy zejména na nohou (mohou být postiženy i velké klouby)

sacroiliitida – bolesti v zádech (neprůkazné na RTG → nutno CT/MRI)

kožní a slizniční příznaky:

keratoderma blennorrhagica: plosky nohou a ruce, vzhled palmoplantární pustulóze

psoriaziformní léze různé lokalizace

erytema nodosum - zejména po infektu Yersiniemi

balanitis circinata

urogenitální příznaky:

sterilní uretritida

prostatitida

cystitida

GIT: většina nemá nic, část pouze bolesti břicha a průjem

akutní infekční enteritida nebo kolitida

část: MI a MA změny připomínající ulcerózní kolitidu jako u ankylozující spondylitidy

oční příznaky:

uni/bi-laterální konjunktivitida (součást Reiterovy triády)

akutní přední uveitida (iridocyklitida) → silně bolestivá, slzení, fotofobie, ↓visus

další systémové příznaky:

teploty, únavnost, malátnost, hubnutí

zánět aortální chlopně – vzácně, ale často převodní poruchy srdce

u 50% mírná proteinurie či hematurie

diagnóza:= průkaz artritidy + dalších specifických příznaků ReA + časová asociace s infekcí

anamnéza: průjem, mírné dysurické problémy, nový sexuální partner, infekce u partnera

laboratorní průkaz: vyšetření z moči / stěr z uretry, PCR – Chlamydia trachomatis,

sérologické vyšetření k průkazu protilátek proti chlamydiím, určení protilátek IgG, ale nutné doplnění vyšetřením protilátek IgA a IgM, kultivace ze stolice (střevní patogeny)- v době vzniku artritidy už ale negativní -sérologie, reaktanty akutní fáze, antigen HLA B27

kloubní výtěk

hlavní kritéria:

artritida se 2 následujícími:

asymetrická

monoartritida, oligoartritida

postih zejména DK

předchozí infekce s 1 nebo více než 2 následujícími:

enteritis (průjem min 1 de, 3dny až 6 tý před začátkem artritidy)

uretritida (dysurie minimálně 1 den, 3-6 tý před začátkem artritidy)

malá kritéria:evidence o vyvolávající infekci

vylučující kritéria: ostatní příčiny akutní artritidy

definice reaktivní artritidy:

definitivní ReA: 2 velká kritéria + relevantní malé kritérium

velké kritérium + 1 až více malých kritérií

Léčba:léčba vyvolávající infekce

průkaz Chlamydia trachomatis → přeléčení azitromycinem

nekomplikovaná enteritida - ATB ne

léčba artritidy:

ATB – u sexuálně přenosné ReA po infekci Chlamydia trachomatis

nesteroidní antirevmatika

glukokortikoidy při výraznější artritidě

intraartikulárně při monoartritidě

sulfasalazin – aplikuje-li se v 1. 3 měsících, tak ↓ dobu do dosažení remise

infúzní reakce, reakce v místě vpichu injekce, náchylnost k infekcím, reaktivace

latentní tbc → nutno absolvovat před začátkem léčby: RTG plic, tuberkulinový kožní test, quantiferonový test

kryoterapie

odlehčení kloubu v aktivní fázi, rehabilitace v chronické fázi

INFEKČNÍ ARTRITIDY

těžké zánětlivé poškození kloubu

většinou postihují jeden kloub

akutní bakteriální infekce → rychlá destrukce chrupavky- okamžitá ATB léčba

negonokoková artritida

vysoká morbidita a letalita

etiologie

Staphylococcus aureus – 60% kloubních infekcí

β-hemolytický streptokok – 20 – 30% infekcí

u pacientů s kloubními náhradami často *Staphylococcus epidermidis*

bakterie vstupují do kloubu hematogenní cestou, přestupem z okolí nebo

transdermálně zanesením traumatickou, punkční nebo chirurgickou cestou

RF-vysoký věk, imunosupresivní léčba, systémové revmatické nemoci, DM

klinický obraz

začíná náhle s celkovými příznaky (horečka, tresavka, nevolnost)- kloub je oteklý a masivně naplněný synoviální tekutinou, silná bolest, proteplení, zarudnutí nad kloubem, omezená hybnost,

monoartritida- nejčastěji *kolenního kloubu*

komplikace- lokální- osteomyelitida přilehlé kosti

systémové- septický šok

diagnóza

klinický obraz a přítomnost živého organismu v kloubní dutině

aspirace synoviální tekutiny

laboratorní vyšetření

synoviální tekutina je zkalená, může mít hnisavý charakter, nízká viskozita,

kolem 100 000 Leu/μl

u poloviny pacientů lze prokázat agens v hemokultuře

zobrazovací metody-zpočátku nepřínosné

vždy RTG k vyloučení současné osteomyelitidy

terapie

ATB- empiricky zahájena ihned při podezření, podle výsledků kultivačního vyšetření se léčba definitivně upravuje

2 týdny- léčba i.v

celková léčba trvá 6 týdnů

opakované punkce infikovaného kloubu

analgetika

po ustoupení zánětu- rehabilitace s cílem zachovat hybnost postiženého kloubu

dif. dg.- dna, chondrokalcinóza, reaktivní artritida, lymfická borelióza

prognóza – závažná, plné uzdravení jen u 40%

gonokoková artritida

vzácná, častěji u žen

etiologie-Neisseria gonorrhoeae

infekční agens vstupuje do kloubu prostřednictvím hematogenního rozsevu z

primárního urogenitálního ložiska

má jiný klinický obraz-migrující POLYartritida a tenosynovitida, makulózní vyrážka,

hemoragické papuly

diagnóza- kultivace Neisseria gonorrhoeae z urogenitálního ústrojí, v synoviální tekutině je

důležitý průkaz NK

léčba- rychlá- PNC nebo cefalosporiny

prognóza příznivá

tuberkulózní artritida

10% mimoplicních projevů TBC

může probíhat pod obrazem spondylitidy (POTTova nemoc), periferní artritidy,

osteomyelitidy, tenosynovitidy

riziko-imunosuprimovaní pacienti

vznik- diseminovaná primární infekce
reaktivace latentní infekce

tuberkulózní spondylitida

nejčastější forma- až 50%
nejčastěji postižena dolní hrudní a bederní páteř
typický příznak-bolest páteře zhoršující se s pohybem, může být ale i bolest klidová

a noční

kyfotizace páteře – destruktivní změny v předních částech obratlových těl
další komplikace-kořenové dráždění nebo psoatický absces

periferní artritida

chronická granulomatózní monoartritida kolenního nebo kyčelního kloubu
plíživý vývoj- měsíce až roky
většinou chybějí systémové projevy nemoci

diagnóza

laboratoř- zvýšeny reaktanty akutní fáze, mírná anémie,
RTG- periartikulární osteopenie, erozivní postižení kostí, zúžení kloubní štěrbiny
CT, MRI- zachytí časné změny
u více než 90% pozitivní kožní tuberkulinový test
kultivační průkaz Mycobacterium tuberculosis v synoviální tekutině

dif. dg.- septická artritida, krystaly indukované artritidy, axiální formy spondyloartritidy

léčba- antituberkulotika- 6-9 měsíců
drenáž kloubů

ARTRITIDY ASOCIOVANÉ S INFEKČÍ

artritida při lymeské borrelióze

ve 2. stádiu **intermitentní migrující artritida**-většinou postihuje velké klouby-kolenní kloub, kotníky, lokty

ve 3. stádiu **chronická monoartritida** – nejčastěji v kloubu, který byl předtím postižen
intermitentní artritidou (kolenní kloub)

diagnóza- průkaz DNA borelie v synoviální tekutině pomocí PCR
kloubní výpotek-zánětlivý- převažují polymorfonukleáry

léčba- ATB- p.o- alespoň 28 dní- pokud je neúspěšná —> přechod na i.v léčbu ceftriaxonem
(14-28 dní)

analgetika, nesteroidní antirevmatika
synovektomie

akutní revmatická horečka

akutní horečnaté onemocnění s projevy migrující polyartritidy a karditidy
opožděná komplikace tonzilofaryngitidy (přibližně 2 týdny) navozená beta- hemolytickým streptokokem skupiny A

klinický obraz- náhle vzniklá silná bolest kloubů, velký otok, zvýšená teplota kloubů,
nespecifické celkové projevy- hlavně kotníky, kolena
neléčené projevy trvají 1-2 týdny

léčba- absolutní klid na lůžku- charakteristický je rychlý ústup po podání salicylátů nebo nesteroidních antirevmatik