

Juvenilní spondyloartritida/sakroiliitida (dříve nazývaná Bechtěrevova nemoc) se zaměřením na časnou diagnostiku a terapii – kazuistiky a shrnutí pro praxi

doc. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.¹, MUDr. Lenka Frydrychová¹, MUDr. Veronika Moškořová¹, MUDr. Zuzana Pytelová¹, MUDr. Jakub Čivrný²

¹Dětská klinika, LF UP a FN Olomouc

²Radiologická klinika, FN Olomouc

Článek je věnován juvenilní spondyloartritidě (JSpA) (dříve nazývané Bechtěrevova nemoc), která je dle současné klasifikace řazena do podskupiny entezopatických (entheses-related, ERA) juvenilních idiopatických artritid (JIA). Zmiňujeme diferenciální diagnostiku s důrazem na problematiku časně diagnózy a léčby, včetně možností přispěvku praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) v tomto procesu. Přinášíme kazuistiky dětských pacientů se spondylartritidou jako hlavním projevem ERA. Bolesti zad jako projev spondyloartritidy nebo sakroiliitidy mohou být prvním a jediným symptomem této podskupiny JIA. Někdy bývá přítomna i periferní artritida či entezitida. Část pacientů trpí uveitidou. Popisovaní pacienti dosáhli léčbou adalimumabem remise, nicméně jeden časně relaboval. U této podskupiny JIA je bohužel výskyt relapsů po ukončení léčby vysoký. Časná diagnóza je klíčem k úspěšné léčbě.

Klíčová slova: artritida, juvenilní spondyloartritida, entezopatická forma, juvenilní idiopatická artritida, diferenciální diagnostika, metotrexát, biologická léčba, adalimumab.

Juvenile spondyloarthritis/sacroiliitis (previously known as Bechterev's disease) with focus on early diagnostics and therapy – case reports and summary for clinical practice

An article is focused on juvenile spondyloarthritis (JSpA) (previously Bechterev's disease) in childhood. The disease is included in enthesitis-related arthritis (ERA) subgroup of JIA based on currently used classification. Differential diagnostics with stress on early diagnosis and therapy is described. It is also reviewed how general practitioners might contribute. Case reports of children with spondyloarthritis as a main symptom of ERA are presented. A back pain might be the first, and only symptom of ERA. In some patients peripheral arthritis or enthesitis are found. A proportion of patients suffers from uveitis. Here described patients reached remission using adalimumab, however one relapsed early. Unfortunately, early relapses in ERA subgroup of JIA are frequent after therapy termination. An early diagnosis is a clue to successful therapy.

Key words: arthritis, juvenile spondyloarthritis, enthesitis-related arthritis, disease, juvenile idiopathic arthritis, differential diagnosis, methotrexate, biological therapy, adalimumab.

Úvod

Juvenilní spondyloartritida (JSpA) (dříve nazývaná Bechtěrevova nemoc) u dětí je vzácná. Dle současné ILAR klasifikace je řazena do podskupiny entezopatických (entheses-rela-

ted, ERA) juvenilních idiopatických artritid (JIA) (Tab. 1). Základní diferenciální diagnostika je proveditelná v ordinaci PLDD a představuje především vyloučení malignity a infekcí (např. borelie, mykoplasma, chlamydie) (1–3),

zhodnocení rodinné anamnézy a vyšetření zánětlivých markerů.

Spondyloartritida a sakroiliitida (axiální SpA) se typicky projevují bolestmi zad. U části nemocných je přítomna entezitida a/nebo



doc. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.
Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
katerina.bouchalova@upol.cz

Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2023;24(6):411-415

Článek přijat redakcí: 28. 9. 2023

Článek přijat k publikaci: 10. 11. 2023

Tab. 1. Podskupiny JIA (podle 1)

I. Systémová forma – artritida jednoho nebo více kloubů doprovázená nebo předcházená každodenní horečkou ($\geq 39^\circ\text{C}$ 1–2× denně s poklesem na $\leq 37^\circ\text{C}$) po dobu nejméně 14 dní doprovázenou jedním nebo více z následujících: ■ prchavý erytematózní exantém ■ generalizovaná zvětšení lymfatických uzlin ■ hepatomegalie a/nebo splenomegalie ■ serozitida
II. Oligoartrikulární forma – postihující ≤ 4 klouby v prvních šesti měsících ■ perzistující – počet postižených kloubů zůstává ≤ 4 ■ extendovaná – počet postižených kloubů se po šesti měsících zvyšuje
III. Polyartritis RF negativní – artritida postihující 5 a více kloubů během prvních šesti měsíců, test na RF je negativní
IV. Polyartritis RF pozitivní – artritida postihující 5 a více kloubů během prvních šesti měsíců, test na RF pozitivní 2× a více v rozmezí minimálně tří měsíců
V. Psoriatická artritida – artritida a psoriáza nebo artritida a minimálně 2 z následujících: ■ daktylitida ■ dolíčkované nehty nebo onycholýza ■ psoriáza u příbuzných 1. stupně <i>vyklučujícím faktorem je pozitivita RF</i>
VI. Artritida s entezitidou – artritida a entezitida nebo artritida/entezitida a minimálně 2 z následujících: ■ přítomnost nebo historie citlivosti SI kloubů a/nebo lumbosakrální bolesti ■ začátek artritidy u chlapců starších 6 let ■ pozitivita HLA B27 ■ rodinný výskyt ankylozující spondylitidy, artritidy s entezitidou, sakroiliitidy s IBD, reaktivní artritidy nebo akutní přední uveitidy u příbuzných 1. stupně ■ akutní symptomatická přední uveitida
VII. Nediferencovaná forma – artritida, která nesplňuje kritéria žádné kategorie nebo splňuje kritéria dvou nebo více uvedených kategorií

RF – revmatoidní faktor, SI – sakroiliální

periferní artritida s typickými projevy (otok, proteplení, omezená hybnost, bolest, event. spíše výjimečně zarudnutí nad kloubem). Jen u části nemocných jsou zvýšeny zánětlivé markery. U axiální SpA je přítomna bolest zad trvající déle než 3 měsíce, pro periferní artritidu jako chronický zánět označujeme proces trvající 6 a více týdnů. ERA se nejčastěji projevuje artritidou. Druhým nejčastějším klinickým projevem u dětí je entezitida, zánět v místech úponů šlach a vazů ke kosti, který bývá obvykle lokalizován v oblasti paty, chodidla a kolem kolenní česky. K nejběžnějším obtížím patří bolest (ev. prosáknutí) v těchto místech. Diagnostika entezitid může být obtížná.

Diferenciální diagnostika spondyloartritidy – infekce

Diferenciální diagnostika **infekcí** jako příčin artritidy je přehledně zpracována jinde (3). Upozorňujeme zde na **Mycobacterium tuberculosis**, která může být neobvyklou příčinou septické monoartritidy, ale také **spondylodiscitidy**. Zvláště při aktuální epidemiologické situaci s narůstající migrací obyvatelstva je na tohoto původce potřeba myslet, a to především u neočkované populace. Spondylodiscitidy mohou mít drama-

tický průběh s výraznými bolestmi, pacienti jsou obvykle léčeni ve spolupráci neurologů, revmatologů a ortopedů. **Lymeská artritida** způsobená *Borrelia burgdorferi* představuje jeden z projevů Lymeské boreliózy, nazývané také Lymeská nemoc. Projevuje se typicky rekurentní oligoartritidou velkého kloubu (nejčastěji kolene). V rámci časné formy Lymeské boreliózy se vyskytují artralgie. Několik měsíců po léčbě časné formy Lymeské boreliózy (obvykle kožního postižení ve formě erytemu migrans) se mohou rozvinout různé revmatologické muskuloskeletální projevy, nejčastěji artritida periferních kloubů, vzácněji myozitidy, entezitidy či spondylartropatie. Asi u 10 % pacientů s Lymeskou artritidou adekvátně léčených antibiotiky se rozvine postantibiotická Lymeská artritida (1–4). Rovněž **septická artritida kyčlí** může mít jako projev bolesti zad, zvláště u mladších dětí, které nedokáží přesně bolest lokalizovat a popsat (1–13).

Diferenciální diagnostika bolestí zad – neinfekční příčiny

Bolesti zad mohou signalizovat **maligní onemocnění** (solidní tumor, ev. metastázu nebo hematologické maligní onemocnění). Tehdy je indikováno je kombinované zobra-

zovací a laboratorní vyšetření a **neodkladná konzultace** specialisty onkologa či hematologa (1, 3, 13). K vyloučení malignity je nezbytná důkladná anamnéza (včetně dotazů na přítomnost zvýšené teploty, váhového úbytku, nočního pocení, nočních bolestí). Ve všech věkových kategoriích je nutné kompletní klinické vyšetření dítěte, včetně hybnosti páteře a neurostatusu. Z laboratorních vyšetření jsou obvykle potřeba krevní obraz a manuální diferenciální rozpočet, CRP, FW, alkalická fosfatáza, laktátdehydrogenáza, kyselina močová, renální a jaterní testy, vyšetření moče chemicky a sediment. V případě nejasností je vhodné konzultovat hematologa či onkologa ještě před provedením laboratorních vyšetření. Přítomnost trvalé bolesti, noční bolesti, kořenové bolesti, abnormální neurologické nálezy či klinická podezření na infekční nebo neoplastickou etiologii vyžaduje doplnění zobrazovacích vyšetření. Naopak v případě nepřítomnosti uvedených varovných klinických signálů (tzv. „red flags“) zobrazovací vyšetření není rutinně indikováno. Vyšetřovací algoritmus vstupně zahrnuje předozadní a laterální radiogram vestoje. Pokročilé zobrazovací metody, jako je MRI či techneciový kostní sken, jsou určeny pro případy s negativním radiogramem a přítomnými výše uvedenými klinickými „red flags“ (5).

Další příčiny bolestí zad představují **úrazy, nespecifické bolesti, svalové bolesti, spondylolýza/spondylolistéza, Scheuermannova choroba** (juvenilní kyfóza), **hernie disku, degenerativní onemocnění meziobratlových plotének, skolióza**. Z **metabolických kostních onemocnění** se jedná o osteoporózu (nejčastěji sekundární při jiných onemocněních, dále osteoporózu indukovanou glukokortikoidy, ev. vzácnou juvenilní idiopatickou osteoporózu) a osteogenesis imperfecta (1, 3, 6, 13). Tito pacienti jsou léčeni traumatology, ortopedy, neurology, neurochirurgy, osteology, fyzioterapeuty, v některých případech i v ambulancích bolesti.

Mezi **revmatologické příčiny** bolesti zad náleží JIA, systémový lupus erythematoses, smíšená onemocnění pojiva, juvenilní dermatomyozitida a vaskulitidy (1, 3, 13).

Z imunitně podmíněných onemocnění se může vyskytnout **artritida spojená s nespecifickým střevním zánětem (IBD – related**

arthritis), mívá projevy axiální i periferní. Axiální artritida se projevuje sakroiliitidou s přítomností nebo bez spondylitidy (7).

Z autoinflatorních nemocí je potřeba do diferenciální diagnostiky zahrnout **chronickou rekurentní multifokální osteomyelitidu (CRMO)** (1, 3, 14).

Je zde vhodné zmínit, že bolest lokalizovaná do končetin, svalů a kloubů **je v dětském věku poměrně častá**: u 4–30 % zdravých dětí (3), u mnoha z nich mohou být bolesti zad způsobeny např. nesprávným sedavým životním stylem nebo nevhodnou zátěží (1–3).

Důvody pro časně odeslání k revmatologovi jsou **symptomatické dítě s pozitivní rodinnou anamnézou (RA) nemocí asociovaných s HLA B27 (ankylozující spondylitida, ERA, sakroiliitida u nespecifického střevního zánětu, reaktivní artritida, akutní přední uveitida), ranní ztuhlost, zvýšené zánětlivé znaky, pozitivita HLA B27 doprovázená klinickými potížemi**. Naopak izolovaná HLA B27 pozitivita není důvodem revmatologického vyšetření. Vyšetření HLA B27 u asymptomatických dětí s pozitivní RA není indikováno.

Juvenilní idiopatická artritida – entezopatická forma

Juvenilní idiopatická artritida (JIA) představuje nejčastější systémovou nemoc pojiva v dětském věku. Jedná se o onemocnění s projevy chronické artritidy. Současná klasifikační kritéria JIA zahrnují: 1. věk < 16 let, 2. artritida jednoho nebo více kloubů, 3. trvání nemoci aspoň 6 týdnů, 4. typ dle průběhu v prvních 6 měsících: a. polyartritida: ≥ 5 postižených kloubů, b. oligoartritida: < 5 postižených kloubů, c. systémový začátek: artritida s charakteristickou horečkou, 5. vyloučení jiných příčin artritidy. Tato diagnóza dle současné ILAR klasifikace zastřešuje 7 podtypů (Tab. 1). Zatímco nejčastější (50–80 %) je oligoartikulární forma, méně častá **entezopatická** forma (ERA) má zastoupení pouze **8,6–18,9 %** ze všech podtypů JIA. Častější výskyt ERA je popisován v jihovýchodní Asii. **Průměrný věk při diagnóze ERA je 10–13 let** (s rozpětím 2,8 až 17,6 let), u tohoto podtypu je výskyt častější u mužského pohlaví. Hlavní rizikový genetický faktor je **pozitivita HLA B27** (1).

Zatímco diagnóza ostatních podtypů JIA je založena především na klinickém nález, v případě ERA hrají nezastupitelnou roli i zobrazovací vyšetření a laboratorní nález HLA B27. JIA obecně může být charakterizována postižením kteréhokoliv kloubu, včetně nártu a temporomandibulárního kloubu. V případě ERA může být postižení axiální a periferní, jak bylo zmíněno dříve. Klinicky se artritida projevuje ranní ztuhlostí a v případě postižení dolních končetin a páteře narušením mechaniky chůze (1).

U ERA mohou být přítomny zcela normální laboratorní parametry, včetně CRP a sedimentace erytrocytů (FW). Po vyloučení infekcí, malignit a dalších příčin je nutné okamžité zahájení terapie konvenčními DMARDs (sulfasalazinem při ERA s periferní artritidou, či metotrexátem), při jejich nedostatečném efektu časně podání biologické léčby (1, 3, 11, 12). Děti se všemi podtypy JIA patří jednoznačně do **péče dětského revmatologa**.

Recentní práce popisující švýcarskou a francouzskou kohortu dětí s JIA ukázala, že **ERA je statisticky významným prediktorem pozdnějšího vyšetření** dětským revmatologem. Stejná práce jako další prediktor pozdnějšího vyšetření popsala **návštěvu ortopedu** (15). Níže referované kazuistiky 2 a 3 ilustrují, že zmíněné faktory hrály roli i u našich pacientů.

Kazuistika 1

Pětiletá dívka s anamnézou pádu na hýždě v dětském bazénu v červenci 2018 byla odeslána ortopedem v listopadu 2018 k došetření za hospitalizace pro post-kontuzní změny na pravé kyčli, zjištěné magnetickou rezonancí (MRI). Již před hospitalizací bylo konstatováno zlepšení stavu, potíže/bolesti byly pouze občas po zátěži, za hospitalizace měla dívka lehkou rýmu. Potížím s pohybovým systémem předcházela na jaře 2018 lehčí respirační infekce. Osobní i rodinná anamnéza byly bez pozoruhodností. Při fyzikálním vyšetření byly zjištěny rinolalie, kariézní mléčný chrup, na muskuloskeletálním systému pouze odstávající lopatky. Chůze a hybnost páteře byly normální. Laboratorně byla lehce vyšší FW 17 mm/h, CRP a krevní obraz byly normální, byla zjištěna HLA B27 pozitivita. Dívku vyšetřil dětský revmatolog, a byla provedena vyšetření k vyloučení in-

fekcí a malignity. Klinické, imunologické a další laboratorní nálezy ukazuje Tab. 2. Oftalmolog vyloučil uveitidu. Na výše zmíněném MRI z listopadu 2018 byly popsány na STIR sekvenci hypersignální okrsky kosti kyčelní a massa lateralis kosti křížové, malé množství tekutiny v sakroiliakální šterbině a při jejím kaudálním okraji. Nález byl hodnocen jako velmi pravděpodobný stav po nedislokované fraktuře či fisuře. Pro anamnézu traumatu byla diferenciální diagnostika směřována k posttraumatickým změnám a dívka byla doporučena suplementace vitamínu D a NSAIDs dle potřeby. Pro nově zjištěnou autoimunitní thyroditidu se strumou byla endokrinologem indikována suplementace levothyroxinem. Na kontrolním MRI v březnu 2019 trval nález **pravostranné sakroiliitidy** (Obr. 1). Stav pacientky se zhoršil, stěžovala si na bolesti zad. Klinicky v té době již bylo přítomno **omezení hybnosti páteře** (patologická Schoberova distance, oploštění ThS přechodu), poklepová bolestivost páteře a šetření obou nohou. Trvala lehká elevace FW 18 mm/h, CRP a krevní obraz byly normální. I přes suplementaci byla hladina 25-hydroxyvitamínu D snížena (53,2 nmol/l). Vstupně byla hraniční ANA homogenní typ, při další kontrole již hodnota negativní. Byla stanovena diagnóza JIA – spondyloartritida dle klasifikačních kritérií ASAS (Assessment in SpondyloArthritis International Society) (1). Tato onemocnění jsou dle současné klasifikace ILAR řazena mezi artritidy spojené s entezitidou (ERA). Bylo doporučeno pokračovat v léčbě NSAIDs, byla zvýšena dávka vitamínu D a v polovině dubna 2019 zahájena léčba chorobu modifikujícím lékem – metotrexátem. S ohledem na trvání klinických

Obr. 1. MRI nález sakroiliitidy



potíží byla v polovině srpna 2019 zahájena biologická léčba blokátorem tumor nekrotizujícího faktoru (TNF) adalimumabem. Byl zaznamenán výborný efekt léčby, dívka byla v inaktivním stavu od ledna 2020. Na kontrolním MRI v srpnu 2020 byla zaznamenána kompletní regrese zánětlivých změn. Po lehké respirační infekci v prosinci 2021 byl krátce návrat klinických potíží, avšak kontrolní MRI bylo zcela normální. Nejprve byl v prosinci 2022 ukončen metotrexát a v březnu 2023 po celkových 42 měsících terapie i biologická léčba. V době odevzdání manuskriptu je dívka bez potíží.

Spondyloartritida u této dívky vznikla netypicky již v předškolním věku. Klinicky byly přítomny bolesti hýždě a zad. Anamnéza úrazu byla zavádějícím údajem, nicméně úraz mohl přispět k manifestaci nemoci. Ze zánětlivých markerů byla jen lehce zvýšená FW. HLA B27, stejně jako u této pacientky, bývá pozitivní okolo 90 % případů s ERA. Časná diagnóza a časné zahájení biologické léčby blokátorem TNF vedly k navození inaktivního onemocnění, což umožnilo ukončení léčby metotrexátem i adalimumabem.

Kazuistika 2

Šestnáctiletá HLA B27 pozitivní dívka, sledovaná ortopedy a opakovaně vyšetřovaná za hospitalizace na ortopedickém pracovišti, s anamnézou 4leté bolesti zad, byla vyšetřena koncem března 2020 v revmatologické ambulanci. Osobní anamnéza byla bez pozoruhodností, v rodinné anamnéze byla zmíněna psoriáza u otce ve věku 20 let, od té doby byl bez potíží. Užívala nepravidelně ibuprofen, který netolerovala. Ve fyzikálním nálezu byla přítomna omezená hybnost páteře (patologická Thomayerova a Schoberova distance) a omezená hybnost pravé kyčle. Laboratoř byla bez elevace zánětlivých znaků, avšak s nízkou hladinou 25-hydroxyvitaminu D (67,8 nmol/l), autoprotilátky byly negativní. Klinické a laboratorní hodnoty shrnuje Tab. 2. Radiolog z předchozího pracoviště popsal na MRI z prosince 2019 **bilaterální sakroiliitidu**, zatímco na předchozím MRI z března 2018 tento nálezný nebyl přítomen, avšak bylo lehké zmnožení tekutiny v intervertebrálních skloubeních L4/5. Byl indikován naproxen, vitamin D, intenzivní rehabilitace a po vyloučení infekcí methotrexát, který byl bez znatelného účinku. V červnu

Tab. 2. Charakteristika tří sledovaných pacientů

Projevy	#1	#2	#3
Klinické			
Bolesti zad	+	+	+
Omezená hybnost páteře	+	+	+
Artritida periferních kloubů	-	-	+
Uveitida	-	-	-
Crohnova colitida	-	-	+**
Daktylitida	-	-	-
Psoriáza	-	-	-
Dobrá odpověď na NSAIDs	-	-	-
Imunologické			
HLA B27	+	+	+
ANA	+	-	-
RF	-	-	-
aCCP	-	-	-
CIK	↑	norm	norm
IgG	norm	norm	↑
IgA	norm	norm	norm
IgM	norm	norm	norm
IgE	norm	norm	norm
C3	norm	↓	norm
C4	norm	norm	norm
Další laboratorní nálezy			
FW	↑	norm	↑
CRP	norm	norm	↑
ALT	norm	norm	norm
AST	↑	norm	norm
Kalprotektin v séru	x	x	↑
Anémie	norm	norm	+
Leukocytóza	norm	norm	norm
Trombocytemie	norm	norm	norm
Celková bílkovina	norm	norm	norm
Albumin	norm	↑	norm
25-OH vitamin D	↓	↓	↓

Symbols: + – pozitivní; - – negativní; norm – normální hodnoty; ↑↓ – zvýšené nebo snížené hodnoty; x – nevyšetřeno
Zkratky: ANA – antinukleární protilátky; aCCP – protilátky proti citrulinovaným proteinům; C3 – C3 složka komplementu; C4 – C4 složka komplementu; CIK – cirkulující imunokomplexy; NSAIDs – nesteroidní protizánětlivé léky; RF – revmatoidní faktor, * vstupně hraniční homogenní typ, ** aftózní proktitida, aftódní ileokolitida, incipientní nespecifický střevní zánět

2020 byla zahájena biologická léčba adalimumabem s výborným efektem. Kontrolní MRI bylo bez známek zánětlivého poškození páteře a po 24 měsících biologické terapie mohla být tato ukončena. Dívka byla předána do péče revmatologa pro dospělé, který disponuje centrem biologické léčby, a v září 2022 byl ukončen i metotrexát. V době odevzdání manuskriptu je v pacientka v dobrém klinickém stavu, dále studuje a pracuje.

V případě této kazuistiky ukazujeme **plíživý rozvoj spondyloartrity** a dlouhé ortopedické sledování. Spondyloartritida výborně reagovala na podání biologika adalimumabu a pacientka vede aktivní život. Rodina excelentně spolupracovala, nadále probíhá intenzivní fyzioterapie, nyní v domácím prostředí.

Kazuistika 3

Chlapec ve věku 9 let byl v květnu 2021 odeslán PLDD pro bolest levého sakroiliakálního kloubu/spojení (SIS) s progresí v posledním měsíci. Předtím byl sledován spádovým ortopedem od listopadu 2020 pro bolesti kyčlí, suspekci na morbus Bechtěrev, HLA B27 pozitivitu a pozitivitu rodinné anamnézy, kdy otec byl v dětství léčen pro juvenilní idiopatickou artritidu (JIA) a nyní pro spondylartritidu (dříve nazývanou morbus Bechtěrev). Na doporučení ortopeda probíhala fyzioterapie. V osobní anamnéze stojí za zmínku porod císařským řezem lehce před termínem pro hepatopatii matky a následná adnátní sepse, dále byl ve dvou letech operován pro pravostrannou tříselnou kýlu, levostrannou

hydrokélu a pupeční kýlu. Den před přijetím bylo u PLDD zjištěno vysoké CRP 61 mg/l. Při přijetí dominovala antalgická chůze s oporou maminky, velmi bolestivé změny polohy (leh a přetáčení na břicho), byly projevy **axiální** (bolestivost levého SIS s omezením hybnosti, výrazně omezená hybnost páteře s patologickou Thomayerovou a Schoberovou distancí, předklon zvládl jen s oporou) **a periferní artritidy** (otok levého nártu, omezená hybnost v pravé kyčli). Na MRI byla popsána bilaterální sakroiliitida. Laboratoř potvrdila zvýšené CRP 64,9...48,4 mg/l a FW 48/88...69/98 mm/h/2h, mikrocytární anémii hb 114 g/l, MCV 75,7 fl, sníženou hladinu 25-hydroxyvitaminu D (42,1 nmol/l) a elevaci kalprotektinu ve stolici (1 458 µg/g). Byla doplněna endoskopie trávicího traktu s nálezem odpovídajícím nespecifickému střevnímu zánětu (IBD). Klinické a laboratorní nálezy v Tab. 2. Po vyloučení infekce byla zahájena léčba methotrexátem.

Pacient byl 14. den hospitalizace propuštěn k domácímu léčení, avšak 15. den od propuštění se vrátil k rehospitalizaci pro teplotu a zhoršení stavu. Proto byly indikovány i.v. kortikoidy a pokračováno v intenzivní šetrné fyzioterapii. V celkově dobrém stavu propuštěn do domácí péče 11. den rehospitalizace. Pro nedostatečný efekt methotrexátu byla v polovině července 2021 zahájena léčba adalimumabem. Chlapec byl od září 2021 bez potíží, kontrolní MRI kon-

cem října 2021 bylo s normálním nálezem. Koncem října 2022 byl ukončen nejprve MTX, poté v polovině ledna 2023 i adalimumab po 18 měsících biologické léčby.

Pacient však přichází v polovině května 2023 na dřívější kontrolu pro návrat potíží v podobě bolesti pravého kolene a v pravého SI kloubu. Potíží předcházela o měsíc úraz, avšak nebyla zaznamenána předcházející infekční epizoda. Byla zjištěna elevace CRP 9,8 mg/l a kalprotektinu v séru (5,3 µg/ml), zatímco FW a krevní obraz byly normální. Hladina 25-hydroxyvitaminu byla lehce snížená (72,5 nmol/l) i přes substituci. Byla znovu zahájena terapie MTX a adalimumabem a v čase odevzdání manuskriptu je onemocnění znovu v klinicky inaktivním stavu.

Kazuistika ukazuje **chlapce s pozitivní rodinnou anamnézou spondylartritidy (dříve nazývané Bechtěrevova nemoc) a nápadnými klinickými potížemi**. Při diagnóze byla výrazná elevace zánětlivých markerů a snížená hladina vitaminu D. Pro zvýšený kalprotektin ve stolici byla doplněna endoskopie, která popsala IBD. Kombinovaná léčba MTX a biologikem adalimumabem uvedla pacienta do remise, avšak nastal časný relaps revmatické nemoci v souladu s publikovanými daty. Opětne zahájení biologické léčby vedlo k inaktivnímu stavu. Zdůrazňujeme nutnost intenzivního sledování pacientů s JIA – ERA po ukončení léčby.

Závěr – stojí za zapamatování

Juvenilní spondylartritida (JSpA) (dříve nazvaná Bechtěrevova nemoc) je v dětském věku vzácná, diagnostika může být obtížná. PLDD může napomoci v diagnostice především vyloučením malignity a infekce a **časným odesláním na dětskou revmatologii**. Významnou roli hrají zobrazovací metody, včetně rtg a MR. Důležité je rovněž vyšetření HLA B27. Všichni zde referovaní pacienti měli sníženou hladinu 25-hydroxyvitaminu D, který byl recentně popsán v kombinaci s dalšími laboratorními a klinickými znaky jako prediktor horšího průběhu JIA (16). Děti jsou léčeny podle doporučení mezinárodních odborných společností dětských revmatologů: Paediatric Rheumatology European Society (PReS), The Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO), European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR), American College of Rheumatology (ACR). Aktuální informace o JIA, včetně podskupiny ERA, kam je JSpA dětí řazena, jsou k dispozici v českém jazyce na webových stránkách společnosti PRINTO (www.printo.it/pediatric-rheumatology) (17). Zásadní roli hraje pravidelná denní fyzioterapie a spolupráce pacienta a jeho rodiny. Časná diagnóza a léčba jsou zásadní pro příznivý průběh nemoci.

Podpořeno grantem MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892) a IGA_LF_2023_037.

LITERATURA

- Petty RE, Laxer RM, Wedderburn LR. Juvenile Idiopathic Arthritis. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Elsevier Books; 2021: p. 209-215.
- Tse SML, Colbert RA. Enthesitis-Related Arthritis. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Elsevier Books; 2021: p. 250-267.
- Bouchalová K, Flogelová H, Pytelová Z, et al. Diferenciální diagnostika artralgií a artritid – diagnostické možnosti v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost – kazuistiky a shrnutí pro praxi. *Pediatr. praxi.* 2023;24(3):179-185.
- Zemel L, Bockenstedt LK. Lyme Disease. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Elsevier Books; 2021: p. 602-612.
- LeBlanc CMA, Houghton KM. Noninflammatory Musculoskeletal Pain. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Elsevier Books; 2021: p. 665-683.
- Sherry DD, Clinch J. Pain Amplification Syndromes. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Elsevier Books; 2021: p. 684-690.
- Ricciotti A, Griffiths AM, Laxer RM. Musculoskeletal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Elsevier Books; 2021: p. 684-690.
- Doležalová P, Hoza J. Diferenciální diagnostika artritidy v dětském věku. In: Lebl J, et al. Klinická pediatrie. Praha: Galén; 2012: p. 253-260.
- Burešová J, Doležalová P, Hoza J, et al. Nezářetlivá onemocnění kloubů, kostí a pojiva. In: Doležalová P, Dallos T. Dětská revmatologie v praxi. 1. vyd. Praha: Mladá fronta; 2019: p. 142-176.
- Malcová H. Muskuloskeletální manifestace nereumatických onemocnění. In: Doležalová P, Dallos T. Dětská revmatologie v praxi. 1. vyd. Praha: Mladá fronta; 2019: p. 177-195.
- Bouchalová K, Čelková M. Juvenilní idiopatická artritida. In: Zdražil J, Horák P, Karasek D. Moderní farmakoterapie autoimunitních chorob. Praha: Maxdorf; 2019: p. 132-140.
- Vargová V. Juvenilní idiopatická artritida. In: Doležalová P,

- Dallos T. Dětská revmatologie v praxi. Praha: Mladá fronta; 2019:209-223.

- Vrtíková E. Bolesti chrbta a skolióza. In: Doležalová P, Dallos T. Dětská revmatologie v praxi. Praha: Mladá fronta; 2019:365-378.
- Bouchalová K, Fráňová J, Schüller M, et al. Chronická rekurtní multifokální osteomyelitida (CRMO) v dětském věku – přehled a vlastní výsledky. *Čes. Revmatol.* 2019;27(3):116-124.
- Chausset A, Lambert C, Belot A, et al. Individual and environmental determinants associated with longer times to access pediatric rheumatology centers for patients with juvenile idiopathic arthritis, a JIR cohort study. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2023;21(1):24.
- Rezaei E, Hogan D, Trost B, et al. Clinical and associated inflammatory biomarker features predictive of short-term outcomes in non-systemic juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2020;59(9):2402-2411.
- Informace o dětských revmatických onemocněních [online]. ©2016. [cit. 9-9-2023]. Available from: <http://www.printo.it/pediatric-rheumatology/>.