

Tab. 3. Diferenciální diagnostika artritid (1–9)

Dif. dg. artritid a artralgií – přehled	
Infekce a stavy spojené s infekcemi	bakteriální endokarditida akutní revmatická horečka septická artritida, osteomyelitida nemoc kočičího škrábnutí (cat scratch disease, <i>Bartonella</i>) Lymeská nemoc (<i>Borrelia burgdorferi</i>) tuberkulóza gonokoková artropatie brucelóza mykoplasma virové infekce (tranzientní coxitida) reaktivní artritidy <ul style="list-style-type: none"> ■ streptokokové ■ enterické ■ virové
Malignity	
Hematologická onemocnění	koagulopatie (hemofilie) hemoglobinopatie <ul style="list-style-type: none"> ■ srpkovitá anémie ■ talasemie leukemie <ul style="list-style-type: none"> ■ nejčastěji akutní lymfoblastická leukemie lymfom
Revmatická a zánětlivá onemocnění	juvenilní idiopatická artritida systémový lupus erythematoses dermatomyozitida sklerodermie vaskulitidy <ul style="list-style-type: none"> ■ IgA vaskulitida (Henoch-Schonleinova purpura) ■ polyarteritis nodosa ■ Kawasakiho nemoc ■ Behçetova nemoc sérová nemoc imunodeficitní stavy sarkoidóza Castlemanova nemoc zánětlivá střevní onemocnění (inflammatory bowel disease) autoimunitní střevní onemocnění (celiakie)
Autoinflamatorní syndromy	FMF HIDS TRAPS Muckle-Wellsův syndrom CINCA/NOMID CRMO SAPHO
Ortopedická onemocnění a degenerativní stavy	femoropatelní syndrom (syndrom juvenilního kolene, syndrom dívčího kolene) generalizovaná hypermobilita (syndrom benigní hypermobility) osteochondrózy <ul style="list-style-type: none"> ■ morbus Calvé-Legg-Perthes = aseptická nekróza hlavičky femoru ■ morbus Osgood-Schlatter = přetížení ligamenta pately v místě úponu do tuberozity tibie ■ Scheuermannova nemoc = juvenilní kyfóza
Trauma, non-akcidentální poranění	sklouznutí horní femorální epifýzy disekující osteochondritida non-akcidentální poranění (zejména u týraného dítěte)
Rachitidy, poruchy metabolismu a endokrinopatie	diabetes melitus křivice deficit vitamínu C idiopatická juvenilní osteoporóza kongenitální či familiární onemocnění <ul style="list-style-type: none"> ■ s převahou artropatie <ul style="list-style-type: none"> ■ cystická fibróza ■ Downův syndrom ■ Turnerův syndrom ■ familiární hypertriacylglycerolemie ■ poruchy metabolismu sfingolipidů: Farberova choroba, Fabryho nemoc ■ s převahou kloubní ztuhlosti a kontraktur <ul style="list-style-type: none"> ■ mukopolysacharidóza typu IV ■ mukopolysacharidóza typu I ■ mukolipidóza ■ spondyloepifyzeální dysplazie

V diferenciální diagnostice artralgií a artritid vylučujeme infekce, malignity a další méně pravděpodobné příčiny (1–9). Přehled těchto nemocí ukazuje tabulka 3.

Zásadní roli hrají zobrazovací metody, včetně magnetické rezonance, pomocí které vylučujeme akutní osteomyelitidu, ev. pyomyozitidu. Významné místo v diagnostice nebakteriální osteomyelitidy/chronické rekurentní multifokální osteomyelitidy má celotělová magnetická rezonance.

Juvenilní idiopatická artritida

Nejčastější systémovou nemocí pojiva v dětském věku je **juvenilní idiopatická artritida (JIA)**. Jedná se o onemocnění s projevem 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, z nichž nejčastější (50–80 %) je **oligoartikulární forma**. Tato forma postihuje typicky dívky s maximem začátku onemocnění ve věku 1–3 roků. Nejčastěji se projevuje jako asymetrická artritida s možným postižením očí (uveitida jako typický extraartikulární projev u 30 % pacientů s oligoartikulární formou JIA). Riziko uveitidy stoupá u pacientů s laboratorní pozitivitou antinukleárních (ANA) protilátek. Naopak izolovaná lehká pozitivita ANA protilátek bývá u 5–18 % zdravých dětí a dosahuje v tomto případě obvykle titrů 1:80 až 1:320. Nejčastěji postižený kloub u oligoartikulární JIA je koleno. Klinicky se projevuje ranní ztuhlostí a narušením mechaniky chůze. Je někdy velmi obtížné odlišit nejistotu chůze při nácvičku chůze nebo již šetření pro bolest. Většinou bývá prvním projevem nechota postavit se na nožičky. Z dalších postižených kloubů jsou nejčastější kotník, loket, zápěstí, nicméně může být postižen kterýkoli kloub včetně nártu či temporomandibulárního kloubu. Diagnóza oligoartikulární JIA je založena na klinickém nálezu. U této formy JIA mohou být přítomny zcela normální laboratorní parametry, včetně CRP a sedimentace erytrocytů. Nejzávažnější