

Tab. 1. Podskupiny JIA (podle 1)

<p><b>I. Systémová forma</b> – artritida jednoho nebo více kloubů doprovázená nebo předcházená každodenní horečkou (<math>\geq 39^\circ\text{C}</math> 1–2× denně s poklesem na <math>\leq 37^\circ\text{C}</math>) po dobu nejméně 14 dní doprovázenou jedním nebo více z následujících:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ prchavý erytematózní exantém</li> <li>■ generalizovaná zvětšení lymfatických uzlin</li> <li>■ hepatomegalie a/nebo splenomegalie</li> <li>■ serozitida</li> </ul>
<p><b>II. Oligoartrikulární forma</b> – postihující <math>\leq 4</math> klouby v prvních šesti měsících</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ perzistující – počet postižených kloubů zůstává <math>\leq 4</math></li> <li>■ extendovaná – počet postižených kloubů se po šesti měsících zvyšuje</li> </ul>
<p><b>III. Polyartritida RF negativní</b> – artritida postihující 5 a více kloubů během prvních šesti měsíců, test na RF je negativní</p>
<p><b>IV. Polyartritida RF pozitivní</b> – artritida postihující 5 a více kloubů během prvních šesti měsíců, test na RF pozitivní 2× a více v rozmezí minimálně tří měsíců</p>
<p><b>V. Psoriatická artritida</b> – artritida a psoriáza nebo artritida a minimálně 2 z následujících:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ daktylitida</li> <li>■ dolíčkování nehtů nebo onycholýza</li> <li>■ psoriáza u příbuzných 1. stupně</li> </ul> <p><i>vylučujícím faktorem je pozitivita RF</i></p>
<p><b>VI. Artritida s entezitidou</b> – artritida a entezitida nebo artritida/entezitida a minimálně 2 z následujících:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ přítomnost nebo historie citlivosti SI kloubů a/nebo lumbosakrální bolesti</li> <li>■ začátek artritidy u chlapců starších 6 let</li> <li>■ pozitivita HLA B27</li> <li>■ rodinný výskyt ankylozující spondylitidy, artritidy s entezitidou, sakroiliitidy s IBD, reaktivní artritidy nebo akutní přední uveitidy u příbuzných 1. stupně</li> <li>■ akutní symptomatická přední uveitida</li> </ul>
<p><b>VII. Nediferencovaná forma</b> – artritida, která nespĺňuje kritéria žádné kategorie nebo splňuje kritéria dvou nebo více uvedených kategorií</p>

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 spondylartritidy – 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 erytema 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**