

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 časnou 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 potíží.** 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 nálezu, 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 rhinolalie, 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

