

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 předcházel 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. Opětné 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: 702-713.
- Ricciuto 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, Horak 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 rekurentní 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/>.