

Tab. 4. Diferenciální diagnostika otoku a bolesti kloubů u dětí (převzato a volně upraveno dle zdroje (9))

Jeden kloub
Septická artritida či osteomyelitida Juvenilní idiopatická artritida (JIA) Lymeská choroba Reaktivní artritida Hemarthros způsobené traumatem, vaskulární malformace, koagulopatie Malignity – lymfoblastická leukemie, solidní nádory Benigní nádory – osteoidní osteom, pigmentová vilonodulární synovitida
Více kloubů
Revmatické choroby ■ Systémový lupus erythematoses ■ Juvenilní dermatomyozitida ■ Sarkoidóza ■ Sjögrenův syndrom ■ Smíšené choroby pojiva (Mixed connective tissues disease – MCTD) ■ IgA vaskulitida (Henoch-Schönlein purpura) ■ Systémová sklerodermie Juvenilní idiopatická artritida Reaktivní artritida Lymeská artritida Malignity Artritidy asociované s imunodeficity Artritidy asociované s IBD Chronická rekurentní multifokální osteomyelitida (CRMO)
Bolest kloubu a systémové projevy
Revmatické choroby ■ Systémový lupus erythematoses ■ Smíšené choroby pojiva ■ Kawasakiho nemoc ■ IgA vaskulitida (Henoch-Schönlein purpura) ■ Juvenilní dermatomyozitida ■ Systemová juvenilní idiopatická artritida ■ Systémové vaskulitidy Malignity – neuroblastom, leukemie Revmatická horečka Bakteriální infekce (tuberkulóza, gonokokové infekce, Lymeská choroba) Virové infekce (Epstein-Barr, parovirus B19, hepatitida B) Parazitární infekce (malárie) Artritida asociovaná s IBD Syndromy periodických horeček ■ Periodické syndromy asociované s kryopyrinem (cryopyrin-associated periodic syndromes, CAPS)
Bolest kloubu bez otoku
Postižení kyčle ■ Legg-Calvé-Perthes choroba ■ Juvenilní epifyzeolýza hlavičky femuru (coxa vara adolescentium) Hypermobilní syndrom Hereditární metabolické choroby ■ Gaucherova choroba ■ Mukopolysacharidózy Osteochondróza ■ Osgood-Schlatter choroba ■ Scheuermannova choroba Idiopatické syndromy bolesti ■ Růstové bolesti ■ Komplexní regionální syndromy bolesti ■ Fibromyalgie

chou (3, 10). Otok a bolest po pádu na koleno mohou být také způsobeny iritací Hoffova tukového tělesa.

Pokud jsou na dítěti přítomny známky násilí musíme v neposlední řadě myslet i na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Child abuse and neglect, CAN) (9).

Náhle vzniklý otok s horečkou

U dítěte s horečkou je důležité laboratorní vyšetření. V první řadě parametry zánětu (CRP, sedimentace), krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, moč chemicky a sediment, případně základní biochemie s jaterními a ledvinovými parametry. Přítomnost systémových projevů je vždy varovným znamením a vyžaduje obvykle vyšetření při hospitalizaci a vyloučení příčiny infekční, revmatologické či malignity.

Při horečce septického charakteru a vysokých zánětlivých parametrech můžeme uvažovat o septické artritidě či osteomyelitidě. Nejčastěji se vyskytuje u dětí do 2–5 let a vzniká hematogenním rozsevem z jiného infekčního fokusu či poranění. Původce můžeme identifikovat z hemokultury či kultivace kloubního výpotku (např. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* či *Neisseria gonorrhoeae*) (3, 9, 11).

Pokud dítě recentně prodělalo infekční onemocnění, zvažujeme reaktivní artritidu a odešleme příslušné vzorky na mikrobiologii (kultivace z krku, stolice, moči, sérologické vyšetření, apod.). Příčinou je neinfekční imunitně zprostředkovaný syndrom v odpovědi na bakteriální či virový patogen. Nejčastěji se setkáváme s reaktivní coxitudou u chlapců v předškolním věku v návaznosti na nezávažný respirační infek. Další častou příčinou bývají gastrointestinální či urogenitální bakteriální infekce (např. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhea*, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni*). Typické je asymetrické oligoartikulární postižení kloubů, především dolních končetin. Mohou se zde vyskytovat entezitidy, bursitidy i postižení šlach. Pozorujeme dobrou odpověď na nesteroidní antirevmatika (3, 9, 12). Do této skupiny patří dále parainfekční otoky kloubů, způsobené některými viry nebo vzácněji parazitárními infekcemi (13).

Post-streptokoková reaktivní artritida vzniká v reakci na beta-hemolytického streptokoka skupiny A, typicky po 7–10 dnech po pro-

dělané tonzilofaryngitidě. V akutní fázi je však bez projevů postižení jiných orgánů. Naopak revmatická horečka je způsobena imunitní odpovědí na stejného patogena, ale vzniká 2–3 týdny po primární infekci a má orgánové projevy, z nichž prognosticky nejzávažnější je postižení srdce. Díky důsledné antibiotické terapii je v současné době problémem spíše v rozvojových zemích. Kloubně se projevuje jako migrující výrazně bolestivá artritida převážně velkých kloubů, dobře reagující na nesteroidní antirevmatika (3, 14).

Otoky kloubů můžeme pozorovat i v rámci určitých syndromů periodických horeček. Nicméně v klinickém obraze dominují větší opakující se ataky horečky, bolestí břicha, krku či hlavy, ke kterým se mohou přičítat artralgie či artritidy, kožní projevy a další obtíže (3, 15).

Vzácná, ale závažná příčina horeček, která může (ale nemusí) být doprovázena otokem kloubů je systémová JIA. Typicky se projevuje 1–2 febrilními špičkami nad 38,5°C, po dobu minimálně dvou týdnů s projevy prchavého makulopapulózního „lososového“ exantému, hepatosplenomegalii, generalizovanou lymfadenopatií a serozitidou. Ve většině případů horečka předchází postižení kloubů (3, 16).

Recidivující otok kloubu

Lymeská artritida (původce *Borrelia burgdorferi sensu lato*) je pozdním následkem infekce a vzniká obvykle několik měsíců od přisátí infikovaného klíštěte. Typickým projevem jsou recidivující epizody oligoartritidy, nejčastěji postihující koleno (3, 17).

Iritální synovitida může být také důvodem recidivujících otoků a bolestí v kloubu. Příčinami mohou být patelofemorální syndrom, hypermobilní syndrom, cizí těleso či disekující osteochondritida (osteochondróza) (3).

Otok asociovaný s mimokloubním onemocněním

Má-li dítě anamnézu chronických gastrointestinálních obtíží (krev ve stolici, opakované průjmy, křečovitě bolesti břicha, hubnutí), je nutné zvážit idiopatické střevní záněty (IBD). Extraintestinální projevy IBD jsou oligoartritidy, entezitidy či sakroileitida. Nasnadě je vyšetřit fekální kalprotektin a dítě odeslat k vyšetření na gastroenterologii (3, 18).