

REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

MUDr. Liliana Šedová

Revmatologický ústav, Praha

Revmatoidní artritida je onemocnění postihující přibližně 1 % populace, častěji ženy (v poměru 2–3:1 oproti mužům). Praktický lékař může očekávat ve své praxi průměrně jeden nový případ každých 12–46 měsíců (1).

Definice revmatoidní artritidy

Je chronické zánětlivé autoimunitní, převážně kloubní onemocnění, obvykle charakteru symetrické polyartritidy, které vede k rozvoji kloubních destrukcí a deformit. Může se manifestovat i mimokloubním postižením.

Etiopatogeneza

- Počáteční aktivace imunitního systému (neznámým antigenem)
- Infiltrace synoviální membrány zánětlivými buňkami
- Produkce prozánětlivě působících cytokinů (TNF-alfa, interleukin-1 aj.) a autoprotilátek. Přeměna synoviální membrány na vaskularizovanou granulační tkáň, tzv. pannus
- Proliferace a přerůstání tkáně přes chrupavku do subchondrální kosti
- Produkce proteolytických enzymů buňkami pannu a jinými aktivovanými buňkami

Rozvoj erozí chrupavky, kosti a vazů i šlach

Diagnostická kritéria dle Americké revmatologické společnosti (2)

Pacienti by měli splňovat nejméně 4 z následujících kritérií:

- Ranní ztuhlost, trvající nejméně jednu hodinu po dobu 6 týdnů
- Artritida s otokem nejméně 3 kloubů po dobu 6 týdnů
- Artritida ručních kloubů s otokem, nejméně po dobu 6 týdnů
- Symetrická artritida po dobu nejméně 6 týdnů
- Revmatoidní uzly
- Typické RTG změny (časně otok měkkých tkání a periartikulární poróza, později zúžení kloubní štěrbiny, eroze a deformity)
- Přítomnost revmatoidního faktoru v séru (pozitivní u 80 % pacientů)

Mimokloubní manifestace

Systémové

Horečka • Váhový úbytek • Únava • Amyloidóza

Muskuloskeletální

Úbytek svalové hmoty • Tendinitida • Burzitida • Osteoporóza

Hematologické

Anémie • Trombocytóza • Eozinofilie • Leukopenie (v rámci Feltyho syndromu)

Lymfatické

Splenomegalie • Mírná nebolestivá lymfadenopatie

Oční

Episkleritida • Skleritida • Skleromalacie • Suchá keratokonjunktivitida

Kožní

Podkožní uzly • Digitální vaskulitida • Ulcerace • Pyoderma gangraenosum • Raynaudův fenomén

Kardiální

Perikarditida • Myokarditida • Endokarditida • Převodní poruchy • Koronární vaskulitida • Aortitida

Pulmonální

Pleuritida • Fibrotizující alveolitida • Revmatoidní uzly

Neurologické

Komprese krční míchy • Kompresivní neuropatie • Periferní neuropatie • Mononeuritis multiplex

Hodnocení prognózy

Prognóza onemocnění je srovnatelná s některými typy lymfomů a zkracuje život pacientů průměrně o 10 let (3).

Klasické markery

- Přetrvávající nekontrolovaná polyartritida
- Vysoké reaktanty akutní fáze
- Pozitivita revmatoidních faktorů (především časně)
- Mimokloubní a systémové příznaky
- Rychlá ztráta funkční schopnosti (hodnoceno pomocí HAQ – health assessment questionnaire)
- Časný vznik erozí – hodnoceno rentgenovým snímkem
- Přítomnost tzv. sdíleného epitopu (DRB1* 0401, 0404, 0405)
- Nízké vzdělání a psychosociální problémy

Nové a potenciální markery

- Pozitivita anticitrulí nových protilátek pomocí ELISA metody
- Časný vznik erozí – hodnoceno pomocí nukleární magnetické rezonance

Farmakologická léčba**Chorobu modifikující léky**

- Metotrexát (60–70 % pacientů s aktivní chorobou v dávkách 7,5–25 mg 1× týdně perorálně, intramuskulárně nebo subkutánně)
- Sulfasalazin a hydroxychlorochin (u méně aktivních případů nebo v kombinaci s metotrexátem)
- Leflunomid (účinná alternativa MTX)
- Cyklofosfamid (pouze při vaskulitidě či amyloidóze)
- Soli zlata, penicilamin a azathioprin (používány velmi zřídka)
- Cyklosporin A (v kombinaci s metotrexátem)

Biologická léčba – anti TNF α

- Infliximab (chimerická monoklonální protilátka)
- Adalimumab (plně humánní monoklonální protilátka)
- Etanercept (solubilní receptor)

Vysoká klinická účinnost, rychlý nástup účinku (1–2 týdny), pokles reaktantů akutní fáze, zlepšení funkce a kvality života, zpomalení až zastavení rentgenové progresy (4), při včasné podání často klinická remise.

Nežádoucí účinky biologické léčby

- Aktivace oportunních infekcí
- Aktivace tuberkulózy
- Možnost indukce autoprotilátek a léky indukovaného systémového lupusu erythematoses, demyelinizačního onemocnění
- Nejasný vztah ke vzniku lymfomů

Glukokortikoidy

- Systémové (perorálně, i.v. pulzy)
- Intraartikulárně

Nesteroidní antirevmatika (NSA)

Léky první volby pro terapii bolesti u revmatoidní artritidy - jen symptomatický efekt

Nežádoucí účinky NSA

Gastrointestinální Kardiovaskulární Renální

Další léčba

- Suplementace kyseliny listové při podání metotrexátu, salazopyrinu a leflunomidu
- Antiporotická léčba (kalcium, D vitamin, bisfosfonáty a další)
- Analgetika (opioidy, čistá analgetika)
- Suplementace železa při anémii
- Antidepresiva
- Chirurgická (synovektomie, rekonstrukční výkony, endoprotézy)

Závěr

Díky pokrokům, které byly zaznamenány v terapii revmatoidní artritidy v posledním desetiletí, lze u části pacientů navodit remisi, u většiny pak výrazně snížit aktivitu a zpomalit rentgenovou progresi. To si ovšem vyžádá časnou diagnózu, přesné hodnocení aktivity a hodnocení prognózy choroby.

Literatura

1. Wiles N, Symmons DPM, Harrison B, Barret E, Barret JH et al. Estimating the incidence of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 1339-46.
2. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315-324.
3. Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, Fries JF, Bloch DA, Williams CA, et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 481-94.
4. Weinblatt M, Keystone EC, Furst DE et al. Adalimumab a fully human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody, for the treatment of rheumatoid arthritis in patients taking concomitant MTX. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 35-45.