

- **periferní forma (70–80 %)** – asymetrická, mono- či oligoartritida, symetrická polyartritida, distální interfalangeální artritida nebo artritida mutilans,
- **axiální (5–20 %)** – spondylitis anebo sakroileitida,
- **entezitida (25–78 %):**
  - zánět v místě úponu šlachy, ligamenta a pouzdra ke kosti (asi u 1/2 pacientů s PsA),
  - může být kdekoliv, ale často místa úponu **plantární fascie; Achillovy šlachy; ligament žeber, obratlů a pánve,**
- **Daktylitida (38–48 %)** – zánět pouzdra šlachy flexoru prstu, spolu se synovitiidou a otokem měkkých tkání na rukou i nohou.

Artritis mutilans neboli mutilující artritida je nejtěžší formou PsA charakterizována rozvojem těžkých deformací na podkladě destrukce kloubů (osteolýza hlaviček kloubů) se zkrácením prstů a řasením přebytečné kůže.

Koncept „**psoriatické nemoci**“ odráží novější pohled na psoriázu jako na onemocnění, které kromě muskuloskeletálního systému může postihovat i další systémy, např. střevo (kolitida), oko (uveitida), kardiovaskulární systém, endokrinní systém a další (5). Diagnóza PsA není v typických případech obtížná, diagnóze mohou napomoci laboratorní vyšetření, kde asi u 50 % pacientů nacházíme zvýšené hodnoty reaktantů akutní fáze, často bývá přítomna hyperurikemie, autoprotilátky (revmatoidní faktory, anti-citlulinové) bývají negativní. V případě axiálního postižení lze zjistit přítomnost antigenu HLA-B27. Rentgenové vyšetření v pokročilejších stádiích onemocnění vykazuje kombinaci destruktivních a osteoproduktivních změn na drobných kloubech rukou či nohou, popř. nález sakroileitidy či parayndezmofytů u axiálních forem. Přínosné může být i vyšetření ultrazvukem, zejména v detekci synovitiidy (umožňuje odlišení od degenerativních změn) a entezitid.

V léčbě PsA se užívají nesteroidní antirevmatika (NSA), intra artikulární glukokortikoidy, syntetické nebo cílené chorobu modifikující léky (cs DMARDs, ts DMARDs) nebo biologické léky (bDMARDs) (tabulka 1).

V popředí zájmu revmatologů v současné době je nová koncepce strategie léčby a hodnocení aktivity onemocnění resp. odpovědi

**Tab. 1.** Přehled léčiv užívaných v terapii PsA dle doporučení EULAR 2019 (11)

<b>Úroveň 1</b>	Nesteroidní antirevmatika, intraartikulární glukokortikoidy	
<b>Úroveň 2</b>	Konvenční syntetické chorobu modifikující léky	Metotrexát Sulfasalazin Leflunomid
<b>Úroveň 3</b>	Biologické chorobu modifikující léky (bDMARDs)	
	Inhibitory TNF alfa	Infliximab Adalimumab Golimumab Certolizumab pegol Etanercept
	Inhibitory IL-17	Secukinumab Ixekizumab
	Inhibitory IL12/23	Ustekinumab
	Cílené chorobu modifikující léky (tsDMARDs)	Apremilast Tofacitinib
<b>Úroveň 4</b>	Změna za jiný lék z úrovně 3	

na léčbu. Nová strategie léčby se zaměřuje jednak na stanovení léčebného cíle, jednak na včasné zahájení léčby. Cílem je navození remise artritidy nebo alespoň stavu nízké aktivity onemocnění. Strategie léčby je určována:

1. typem postižení,
2. aktivitou artritidy,
3. přítomností negativních prognostických faktorů (např. polyartikulární postižení, vysoká aktivita, selhání předchozí terapie, přítomnost daktylitidy apod.),
4. přidruženými onemocněními,
5. současnou léčbou.

Léčba PsA je vedena dle aktuálních doporučení České reumatologické společnosti, jež vycházejí z poslední aktualizace doporučení Evropské ligy proti revmatismu (EULAR) a mezinárodní pracovní skupiny CASPAR. Strategie léčby má hierarchickou strukturu a je členěna do 4 fází (linií) (11, 12, 13). Zahájit a vést biologickou terapii u pacientů s PsA by měl specializovaný lékař se zkušenostmi s diagnostikou a léčbou PsA a komorbidit je třeba léčit ve spolupráci s příslušnými odborníky. Biologická terapie PsA je v České republice soustředěna do Center pro biologickou léčbu a sledována v klinické praxi formou zadávání dat do registru ATTRA, který je spravován Českou reumatologickou společností (ČRS). Hlavním cílem registru je sledovat bezpečnost a účinnost této terapie v reálné klinické praxi.

### Kazuistika pacienta s obtížně léčitelnou psoriatickou artritidou

V srpnu 2004 byl vyšetřen na naší reumatologické ambulanci tehdy 34letý muž se

7letou anamnézou psoriázy léčené topickými externy a glukokortikoidy. Ložiska byla přítomna ve vlasaté části hlavy a na obou loktech. Kloubní obtíže udával již od roku 2001, byl opakovaně vyšetřen ortopedem s obstříky DIP kloubů, bez jasného závěru. V anamnéze dále udával opakované oční záněty, přechodný záhyt hypertenze a mononukleózu v dětství a občasně bolesti dolní části zad. V klinickém nálezu dominoval otok DIP V. prstu vlevo, na dolních končetinách pouze naznačená daktylitida III.–V. prstu vlevo. V laboratoři sedimentace 27/50 mmHg, CRP 22 mg/l, vyšetření revmatoidních faktorů, Lyme a sérologie chlamydií a antigen HLA-B 27 byly negativní. Provedené rtg drobných kloubů rukou i nohou bylo bez známek artritidy i osteoproduktivních změn, rtg zaměřené na SI skloubení bez známek sakroileitidy (sakroiliitidy). Závěr vyšetření konstatoval velmi suspektní psoriatickou artritidu (PsA) s daktylitidou, artralgiemi IP kloubů a artritidou DIP kloubu s instilací GK v anamnéze. Byla zahájena terapie nesteroidními antirevmatiky (NSA) s přechodně velmi dobrým efektem, nicméně při pokusu o vynechání nebo detrakci NSA docházelo ke zhoršení kožních a kloubních obtíží a manifestací nových projevů PsA jako bolesti kyčlí, ramenních kloubů, hrudníku, pacienta obtěžovala trvající ztuhlost a artralgie DIP kloubů. Objektivně byl přítomen otok 3 IP kloubů a zhoršení psoriázy. Pro synovitiidu tří IP kloubů a nárůst CRP na hodnotu 42 mg/l byla v prosinci 2004 zahájena léčba metotrexátem 15 mg týdně (s kyselinou listovou). Při kontrole v únoru 2005 bylo sice patrné zlepšení kloubních obtíží při léčbě MTX, ale kožní syndrom se nadále zhoršoval. Proto byla terapie doplněna