

# Opuch kĺbu – diagnostický algoritmus

**Doc. MUDr. Tomáš Dallos, PhD.**

Reumatologická ambulancia, Detská klinika LF UK a NÚDCH v Bratislave

**Opuch kĺbu je jedným z mála viditeľných prejavov kĺbového ochorenia. Samotná objektívna prítomnosť opuchu kĺbu však neumožňuje stanoviť jeho etiológiu, i keď v detskom veku sa najčastejšie, ale nie výlučne, spája so zápalovým postihnutím, najmä artritídou. Správne klinické hodnotenie opuchnutého kĺbu na základe anamnézy, ďalších príznakov a objektívnych nálezov je zásadné, keďže často rozhodne o adekvátnom odoslaní pacienta na ortopedické alebo reumatologické vyšetrenie.**

**Kľúčové slová:** opuch kĺbu, artritída, artropatia, dieťa

## Joint swelling – diagnostic algorithm

**Joint swelling is one of the few visible signs of joint disease. Its sole objective presence, however, is not sufficient to determine the aetiology of joint disease. In children, it is usually, but not exclusively, caused by inflammatory processes, in particular arthritis. The correct clinical assessment of a swollen joint based on history, other symptoms and objective findings, is crucial, as it often determines the adequacy of the paediatrician's recommendation for further orthopaedic or rheumatological evaluation.**

**Key words:** joint swelling, arthritis, arthropathy, child

Pediatr. prax, 2020;21(2):67-69

Opuch kĺbu je typickým príznakom artritídy, ktorý vzniká sumáciou efektu nahromadeného vnútrokĺbového výpotku a presiaknutia periartikulárnych mäkkých tkanív. Opuchnutý môže byť ktorýkoľvek kĺb, i keď pri niektorých kĺboch sa z dôvodu ich anatómie klinicky neprejaví (temporomandibulárne, bedrové a sakroiliakálne kĺby). Z pohľadu detského reumatológa je potrebné ku každému opuchnutému kĺbu pristupovať ako k možnej artritíde, a to bez ohľadu na jeho lokalizáciu či početnosť postihnutých kĺbov. Dôvodom na takýto prístup je skutočnosť, že na rozdiel od reumatického zápalového postihnutia kĺbov u dospelých, artritída ktoréhokoľvek, aj jediného kĺbu môže spĺňať kritériá juvenilnej idiopatickej artritídy (JIA). Predpokladom však je, že boli vylúčené všetky iné etiológie opuchu kĺbu, ako aj iné známe etiológie artritídy. Niektoré z ochorení, ktoré môžu imitovať artritídu, majú úplne odlišnú etiológiu, ale môžu mať závažnú prognózu alebo vyžadujú urgentnú liečbu iným odborníkom. Diagnostický algoritmus opuchu kĺbu musí tieto iné etiológie zohľadňovať a zaručiť ich včasnú diagnostiku a liečbu. Zároveň musí zabezpečiť dostatočne včasné vyšetrenie detí s reumatickým postihnutím kĺbov detským reumatológom, keďže aj toto je možné najmä v nižších vekových skupinách považovať za relatívne urgentné.

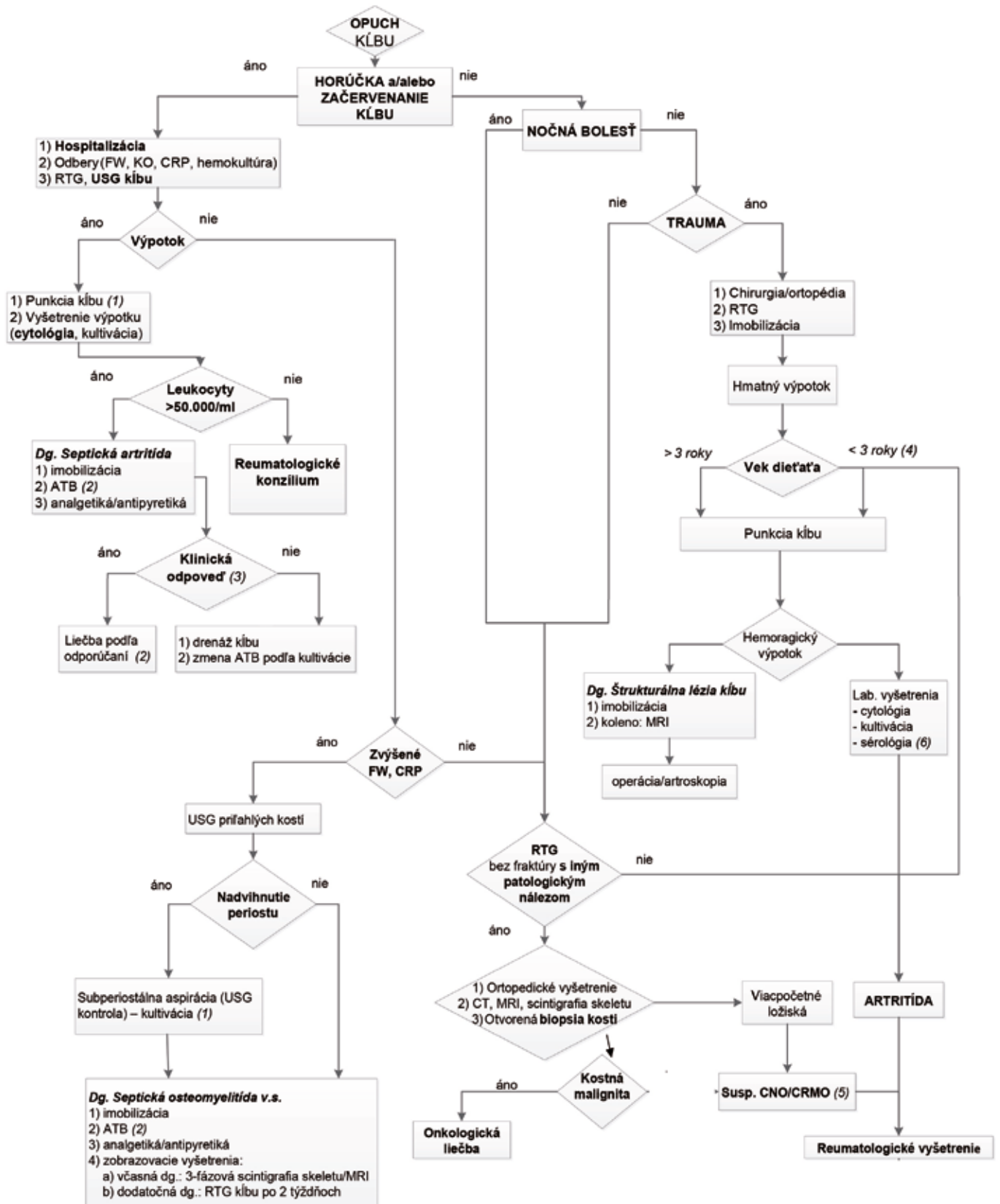
Najurgentnejší stav, ktorý sa okrem iného môže prejavíť aj opuchom kĺbu, je septická artritída, ktorá má potenciál viesť k nenávratnej deštrukcii kĺbových štruktúr už v priebehu niekoľkých dní. **Opuch kĺbu sprevádzaný horúčkami**, výraznou bolestivosťou, zateplením, ev. až začervenaním kĺbu, ale aj vysokými zápalovými parametrami preto musí vždy viesť k ortopedickému vyšetreniu s objektivizáciou a mikrobiologickou analýzou kĺbového výpotku a bezodkladným začatím antibiotickej liečby. Pri chýbaní horúčky je akútna septická etiológia artritídy nepravdepodobná a aj klinický obraz **chronickej artritídy je menej dramatický**. Spravidla pri nej chýba začervenanie kĺbu. Bolesti sú miernejšie, najmä mladšie deti ich môžu verbálne negovať, pričom sa prejavia len nepriamo štetrením postihnutého kĺbu (krívanie, odmietanie dlhšej chôdze), typicky najmä po období fyzickej inaktivity (ranná stuhnutosť). **Intenzívne bolesti** vyskytujúce sa prevažne alebo najmä **v nočných hodinách** sú vždy varovným príznakom hematologických (výrazné polyartralgie pri relatívne chudobnom kĺbovom náleze) alebo kostných (lokalizovaná bolesť v oblasti panvy, bedrových kĺbov a kolena u adolescenta) malignít. **Vyšetrenie krvného obrazu** a ciele **rádiologické vyšetrenia** sú preto v tejto klinickej konštelácii zásadné. Pri indikácii rádiologických vyšetrení je vždy potrebné myslieť aj na fenomén prenesenej

bolesti, pri ktorom aj deti vyššieho veku lokalizujú bolesť z oblasti panvy a bedra do kolena. Fyziologický klinický a rádiologický nálež na bolestivom kolene by preto mal viesť k vyšetreniu proximálnejších častí dolnej končatiny a panvy.

Diagnostický postup je závislý aj od **veku dieťaťa**. U starších detí (> 6 rokov), ktoré vykonávajú aj náročnejšie pohybové, najmä športové aktivity, je významná tiež úrazová anamnéza. Naopak, u mladších detí (< 6 rokov) je pri chronickom opuchu kĺbu pozitívna úrazová anamnéza skôr máta, keďže mladšie deti nevykonávajú činnosti ani bežne nepadajú mechanizmom úrazu, ktorý by mohol spôsobiť významnú traumú intraartikulárnych štruktúr. Afebrilné dieťa s pretrvávajúcim opuchom kĺbu by preto aj napriek úrazovej anamnéze malo byť odoslané predovšetkým k detskému reumatológovi preto, lebo dlhšie neliečená chronická artritída vedie v nižšom veku rýchlejšie k trvalým zmenám kĺbu.

Samotný klinický nálež artritídy, najmä po vylúčení inej etiológie opuchu kĺbu, je indikáciou na odoslanie dieťaťa na reumatologické vyšetrenie a nevyžaduje žiadne laboratórne vyšetrenia. Tieto spadajú do diferenciálnej diagnostiky etiológie artritídy, a teda sú už v kompetencii detského reumatológa. Zahŕňajú mikrobiologické vyšetrenia na vylúčenie infekčnej (*Borrelia burgdorferi*), resp. parainfekčnej (hepatitída B a C) a postinfekčnej/reaktívnej (*Salmonella enteriti-*

Obrázok 1. Opuch kĺbu – diagnostický algoritmus



1. Punkcia kĺbu, resp. subperiostálna aspirácia majú predovšetkým diagnostický prínos. Výpotok je vždy potrebné odoslať na kultivačné, resp. pri punkcii kĺbu aj cytologické a sérologické vyšetrenie (*Borrelia burgdorferi*).
2. ATB – antibiotická liečba sa orientuje podľa najpravdepodobnejšej etiológie (*Staphylococcus aureus*, ev. *Streptococcus agalactiae* u novorodencov), odporúčajú sa cefalosporíny 2. generácie (cefuroxim) a klindamycín intravenózne.
3. Za priaznivú klinickú odpoveď sa považuje zmiernenie horúčok, bolestivosti a pokles zápalových parametrov do 24 – 48 hodín.
4. U detí do 3 rokov je traumatické poškodenie intraartikulárnych kĺbových štruktúr krajne nepravdepodobné. Pri opuchu kĺbu ich je potrebné priamo odoslať na reumatologické vyšetrenie.
5. CNO/CRMO – chronická nebakteriálna osteomyelitída/chronická multifokálna rekurentná osteomyelitída.
6. Sérologické vyšetrenie (ASLO, anti-DNA-áza B, *Borrelia burgdorferi*, *Salmonella enteritidis* – Widalova reakcia, *Chlamydia pneumoniae*, HBsAg, anti-HCV).

*dis*, *Shigella spp.*, *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*) etiológie artritídy a imunologické vyšetrenia (imunoglobulíny, reumatoidný faktor, ANA protilátky, HLAB27) na jej klasifikáciu.

K opuchu kĺbu u dieťaťa je vždy potrebné pristupovať ako k možnej artritíde. Pre rozhodnutie o diagnostickom postupe sú rozhodujúce najmä klinické údaje ako **prítomnosť horúčky, intenzita a nočný výskyt bolesti, vek dieťaťa**. Tieto sa, spolu

so základnými pomocnými vyšetreniami (krvný obraz, rádiodiagnostika), nachádzajú na kľúčových miestach diagnostického algoritmu (obrázok 1), ktorý odporúčame používať pri riešení detských pacientov s novozisteným opuchom kĺbu.

#### Literatúra

1. Dallos T. Reumatológia In: Podracká L, Kovács L, Kokavec M. Vybrané štandardné diagnostické a liečebné postupy v pediatrii. Bratislava: Herba; 2018: 135-150 p.

2. Dallos T. Body na zapamätanie z detskej reumatológie. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského; 2018: 65 p.  
3. Macků M. Otok kloubu. In: Doležalová P, Dallos T. Dětská revmatologie v praxi. Praha: Mladá fronta; 2019: 342-346 p.

#### Doc. MUDr. Tomáš Dallos, PhD.

Reumatologická ambulancia,  
Detská klinika LF UK a NÚDCH  
Limbová 1, 833 40 Bratislava  
dallos@nudch.eu

