



DDg: Bolesti a otok dolních končetin – praktické příklady

Petr Kysela

Výstupy z učení

- Student dokáže *rozpoznat* základní skupiny *onemocnění* projevujícími se bolestmi nebo otokem dolních končetin.
- Student dokáže *identifikovat* neodkladné *život ohrožující* stavy spojené s potížemi dolních končetin.
- Student *porozumí* *patofyziologickým mechanismům* vedoucím k příznakům, které mu pomohou jednotlivá onemocnění rozlišit.

Diferenciální diagnostika – dolní končetiny II

1. Neodkladné stavy
2. Noční bolesti
3. Tepenná onemocnění
4. Žilní onemocnění
5. Lymfedém
6. Syndrom děravých kapilár
7. Dna, pseudodna (CPPD)
8. Compartment syndrom akutní vs chronický
9. Revmatoidní artritida

DDg - schéma

Vznik

Anamnéza

Symetrie

Lokální nález

Vyšetřovací metody



https://www.insperity.com/wp-content/uploads/decision_making_process_1200x630-1-1024x538.png

1. Neodkladné stavy

- Akutní kritická končetinová ischemie
 - Akutní ataka vaskulitidy
 - Embolizace
 - Při hluboké žilní trombóze přes FOA
 - Při FiSi
 - AS vřed aorty
 - Trombóza
- Hluboká žilní trombóza
- Zánikové neurologické syndromy – syndrom kaudy (equiny)
- Rhabdomyolýza při terapii statiny



<https://www.puffinplastics.co.uk/electrical-signs/danger-of-death-sign>

Akutní končetinová ischemie

Třída	Kategorie	Prognóza	Porucha cití	Porucha motoriky	Arteriální doppler	Žilní doppler
I	Vitální	Bez akutního ohrožení	NE	NE	Slyšitelný signál	Slyšitelný signál
IIA	Mírné ohrožení končetiny	Léčitelné při promptním ošetření	Minimální nebo žádná	NE	Hraničně slyšitelný	Slyšitelný signál
IIB	Akutní ohrožení končetiny	Nutný akutní zásah	Více než prstce	Lehká až střední paréza	Velmi slabý signál	Slyšitelný signál
III	Ireverzibilní změny	Ztráta končetiny nebo trvalé poškození	Hluboká porucha cití	Plegie	Žádný signál	Žádný signál

Ischemie - vaskulitida

- **Vznik** – dlouhodobé potíže s náhlým zhoršením, spíše u mladších pacientů (Buerger typicky 20 – 40).
- **Anamnéza** – již diagnostikována vaskulitida nebo systémové onemocnění, Kuřáctví a mužské pohlaví u Buergerovy choroby, Věk před rozvojem významných aterosklerotických změn (20 – 40 let).
- **Symetrie** – do určité míry vyjádřeny potíže na obou DKK a často i na vzdálených místech – HKK, orgány.
- **Lokální nález** – prodromy zahrnují Raynaudův fenomén, rozvoj lokalizovaných nekróz, pulzace obvykle zachovány do periferie.
- **Vyšetřovací metody** – pletysmografie, v labo elevace DD, CRP, cANCA, UZ případně CTAG vyloučí postižení velkých cév.

Dále DDg VASKULITIDY

Buergerova choroba – pokročilý stav

<https://www.hindustantimes.com/lifestyle/health/buergers-disease-causes-symptoms-treatment-of-rare-disease-of-the-arteries-and-veins-that-affects-your-arms-and-legs-101656652276576.html>



<https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/podiatry/blogged/closer-look-buergers-disease-lower-extremity>

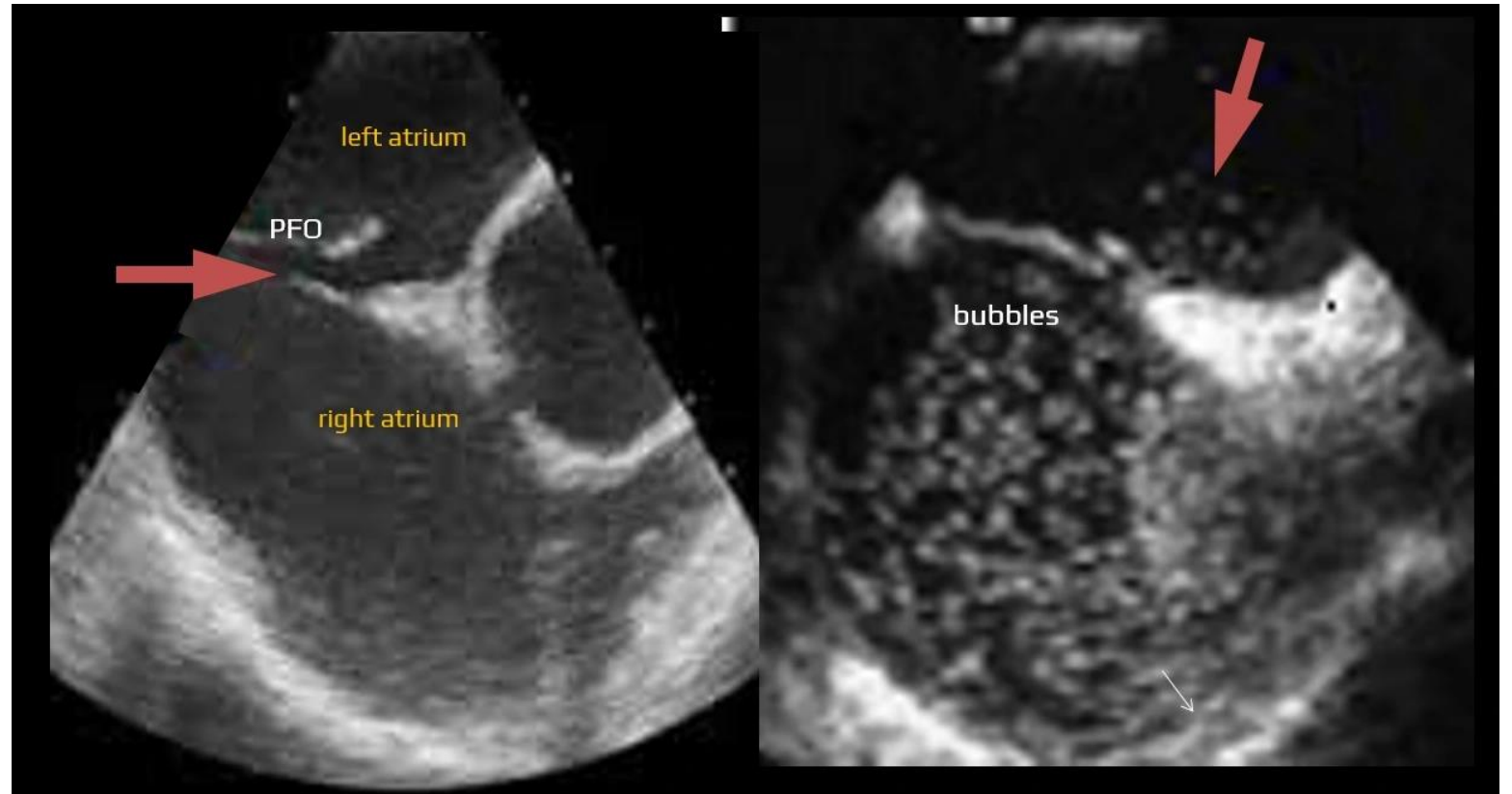
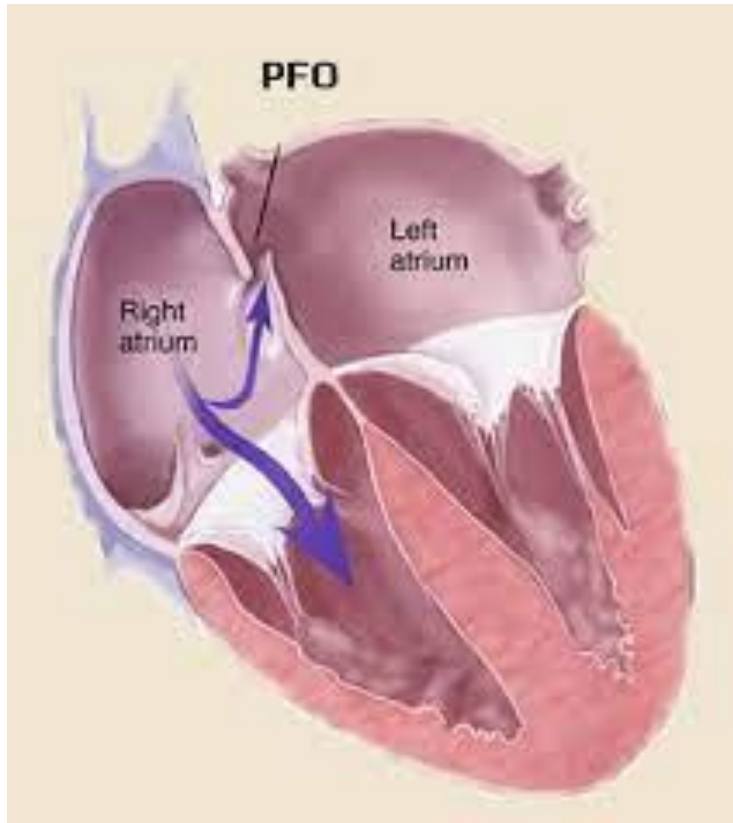


Ischemie – embolie

- **Vznik** – náhlý z plného zdraví, u nediabetiků a nekuřáků se nález může spontánně zlepšovat během hodin.
- **Anamnéza** – současně přítomná hluboká žilní trombóza, FiSi v anamnéze
 - **CAVE** u pacientů s FiSi, která je zdrojem embolizace, jde obvykle o první příznak nastupujícího kardiálního selhání.
- **Symetrie** – nález asymetrický, na nepostižené straně obvykle pulzace do periferie.
- **Lokální nález** – pro náhlý uzávěr bez dlouhodobého rozvoje kolaterál je ischemie velmi kritická – phlegmasia alba – bledost až s modravým nádechem, bolest, motorický deficit – léčba opravdu velmi spěchá !!! Při vymizení bolesti jde již o irreverzibilní nekrózu. **NENÍ otok**, až na FOA.
- **Vyšetřovací metody** – vyšetření pulzací, UZ (tepny i žíly), EKG (**FiSi**), při absenci FiSi CTAG k vyloučení **vředu aorty** a **FOA** pomocí TEE.

FOA na TEE

<https://www.stroke-manual.com/patent-foramen-ovale-pfo/>



Ischemie - trombóza

- **Vznik** – náhlý, obvykle se nezlepšuje – kapacita kolaterál je obvykle vyčerpána díky chronické AS chorobě.
- **Anamnéza** – obvykle dlouhodobé klaudikační potíže.
- **Symetrie** – akutní postižení je asymetrické, nicméně klaudikace mohou být v předchorobí i na druhé straně.
- **Lokální nález** – podobný jako u embolie, příznaky nebývají tak těžké pro přítomnost kolaterál, Obvykle určité oslabení/vymizení pulzací v periférii také na kontralaterální končetině. **Není otok.**
- **Vyšetřovací metody** – pulzace, UZ, CTAG tepen DKK, vyloučení aneuryzmatu AP , případně DD absolutně vylučují akutní trombózu – zhoršení příznaků pak jde na vrub např. srdečního selhání, neurologické bolesti...

Hluboká žilní trombóza

- **Vznik** – náhlý.
- **Anamnéza** – Virchowovo trias, hormonální kontracepce zvláště v kombinaci s kouřením, dehydratace, dlouhé cestování, poranění, trombofilie v rodině.
- **Symetrie** – obvykle asymetrický nález.
- **Lokální nález** – zvýšená náplň žil, rubor, otok, pulzace obvykle přítomny, AS změny na tepnách obvykle oslabují příznaky trombózy. Plantární znaménko, Homansovo znaménko.
- **Vyšetřovací metody** – DD, při negativitě absolutně vylučují trombózu. Následně UZ k posouzení rozsahu trombózy. Při negativitě DD UZ k posouzení lokálních příčin otoku.

Dále DDg Trombofilie

Hluboká žilní trombóza



Vlastní zdroj



Akutní neurologické stavy

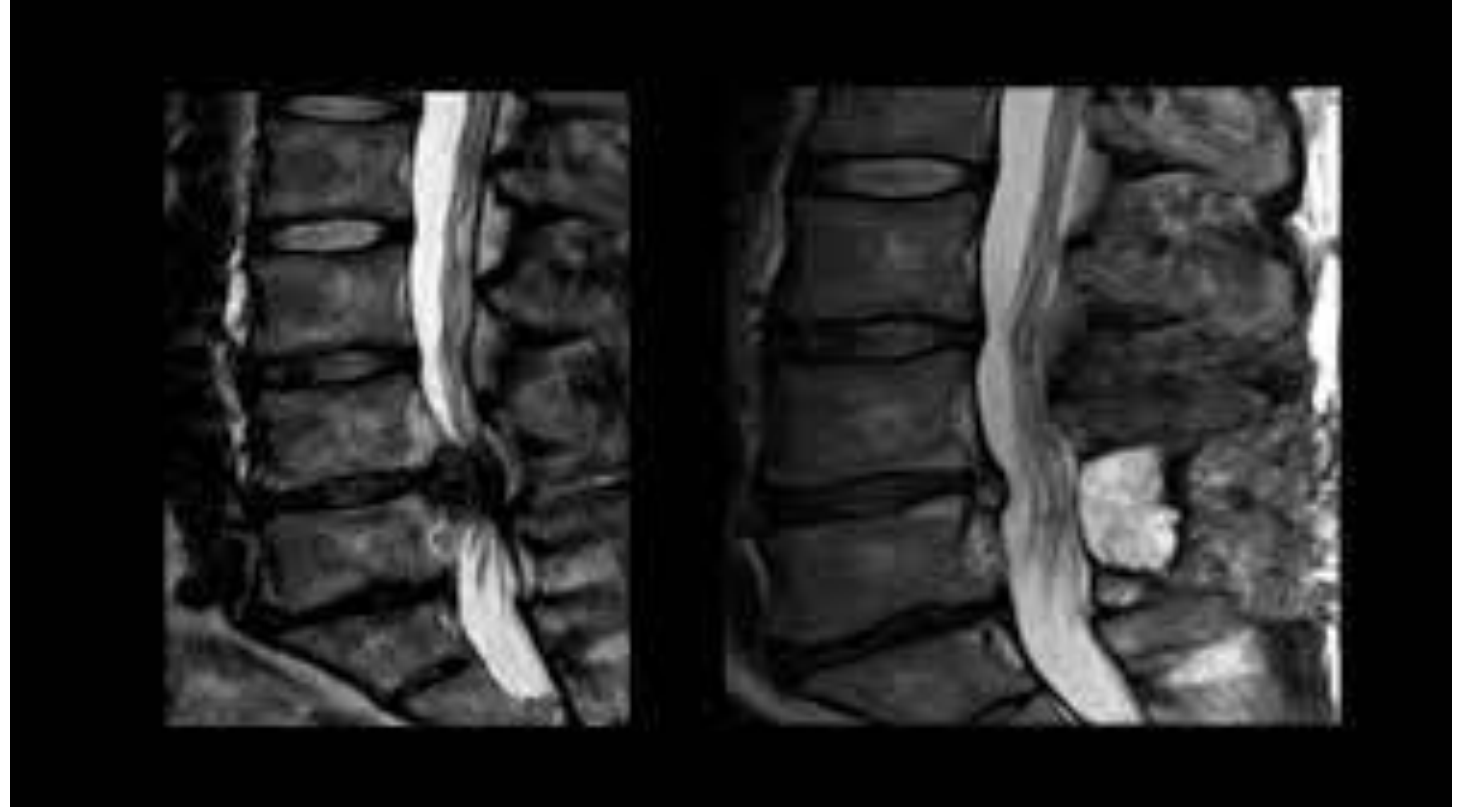
- **Vznik** – náhlý.
- **Anamnéza** – obvykle předcházející potíže s bolestmi zad, může předcházet bezprostřední fyzická zátěž, nepřírozená poloha.
- **Symetrie** – u opravdu závažných nálezů symetrický nález – mediální výhřez ploténky. U laterálních výhřezů jednostranné postižení.
- **Lokální nález** – iritační (bolestivá a spastická) symptomatologie je nepříjemná, ale neohrožuje, **ZÁNÍKOVÁ** symptomatologie – paréza – plegie je urgencí k terapii !!! Symptomatologie v kořenových dermatomech.
- **Vyšetřovací metody** – fyzikální vyšetření, neurologické vyšetření - reflexy, MRI.

Syndrom caudy equiny – Mediální výhřez L4/5 s poruchou globálního cití a plegií sfinkterů – inkontinence – je indikací k urgentní operaci pro riziko trvalé inkontinence – DDg Tumor, výhřez ploténky, krvácení,... MRI.

Syndrom kaudy equiny



<https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/cauda-equina-syndrome>



<https://www.orthobullets.com/spine/2065/cauda-equina-syndrome>

Rhabdomyolýza

- **Vznik** – náhlý
- **Anamnéza** – medikace statiny. Pokud není medikace léky, způsobujících rhabdomyolýzu, je nutné myslet na svalovou nekrózu při vaskulitidě, compartment syndromu, ischemii, po úrazu, či poštípání hmyzem.
- **Symetrie** – symetrie DKK, i vzdálené potíže
- **Lokální nález** – slabost, bolesti, pulzace zachovány dle AS postižení z předchorobí, tmavá až hnědá moč
- **Vyšetřovací metody** – fyzikální vyšetření, myoglobinurie, elevace LD, CK, Normální myoglobin v moči nevylučuje rhabdomyolýzu

Okamžité vysazení statinu – **hrozí renální selhání.**

2. Noční bolesti

- Dlouhodobé sezení, přetížení svalů
- Žilní
- Tepenné
- Neurologické
 - DM
 - Vertebrogenní
 - Polékové – chemoterapie
 - Poradiační - radioterapie
- Vnitřní prostředí, minerální dysbalance
- Renální selhání
- Léky – statiny, diuretika, Klonazepam, konjugované estrogeny, Pregabalin, Zolpidem, atd.



<https://www.livestrong.com/article/13773299-calf-cramps-at-night/>

DDg – nočních bolestí

- **Vznik** – chronický průběh.
- **Anamnéza** – návaznost na fyzickou nebo posturální zátěž – pohybový aparát. DM nebo vertebrogenní potíže nebo ChT nebo RT u neuropatií. CHRI, thyreopatie/parathyreopatie u minerálového rozvratu. Otoky DKK během dne nebo varixy – žilní potíže. Ateroskleróza a klaudikace – možné tepenné potíže. U žilních onemocnění ústup po procházce, u tepenných zhoršení. Naopak zlepšení po pouhém svěšení končetiny.
- **Symetrie** – obvykle symetrický nález.
- **Lokální nález** – ztráta ochlupení, hyperpigmentace, varixy u žilních potíží. Otoky u žilních + CHRI + thyreopatií. Omezení pulzací u tepenných potíží.
- **Vyšetřovací metody** – UZ žil a tepen, případně CTAG u tepenných, Mineralogram (hypomagnesémie – vcelku častý nález – po vyloučení ostatních příčin lze vyzkoušet terapeutický test suplementací Mg), neurologická vyšetření vč. EMG u **neuropatií**. Hormony štítnice a příštítné žlázy při poruchách Ca a P. Urea + kreatinin + GFR k posouzení funkce ledvin

3. Tepenná onemocnění

– Neobturující

- A-V píštěle
- Úžinové syndromy
- Výdutě
- Medioskleróza

– Obturující

- AS změny
- Cystická degenerace adventicie
- Fibromuskulární dysplazie
- Vazoneurózy
- Vaskulitidy
 - Polyarteritis nodosa
 - Churg-Strauss (Eosinofilní granulomatóza)
 - Buergerova choroba



Vlastní zdroj

DDg – tepenných onemocnění

- **Vznik** – postupně se zhoršující – u vaskulitid typicky periodická zhoršení a zklidnění, manifestace v nižším věku u vaskulitid (20-40).
- **Anamnéza** – nekuřáci a nediabetici obvykle netrpí na končetinu ohrožující potíže !!!, významné AS postižení v rodině či hyperlipoproteinémie v rodině či osobní anamnéze. U entrappmentu AP chůze bez potíží, naopak bolesti při dlouhé statické zátěži.
- **Symetrie** – nález obvykle alespoň zčásti symetrický.
- **Lokální nález** – pulzace kvalitní do periferie – spíše vaskulitida nebo vazoneuróza, pulzující rezistence – aneuryzmata, šelest nad stenotickými tepnami – spíše u nekritického postižení. Vynizení pulzací při stojí na špičkách = entrappment podkolenní tepny.
- **Vyšetřovací metody** – UZ, pletysmografie, CTAG tepen, CRP a cANCA – pokud nejsou zvýšené je dg vaskulitidy velmi nepravděpodobná.
U akutních záchvatů vaskulitid elevace DD.

Klasifikace chronické ischemie

Rozšířená klasifikace stále ještě označovaná jako Fontainova dnes vypadá takto:

I. pacient zcela bez potíží (odpovídá ABI nad 1,0, norma 1,2)

II pacient s klaudikacemi, ale bez klidových potíží

IIa nad 200m (odpovídá ABI 0,8-1,0)

IIb pod 200m (odpovídá ABI nad 0,5)

IIc pod 20m – kritické omezení končetiny

III klidové potíže

kotníkový tlak nad 50mmHg

kotníkový tlak pod 50mmHg – kritická ischemie s přímým ohrožením a vyžadující obvykle urychlenou revaskularizaci

IV odumrtí tkáně –

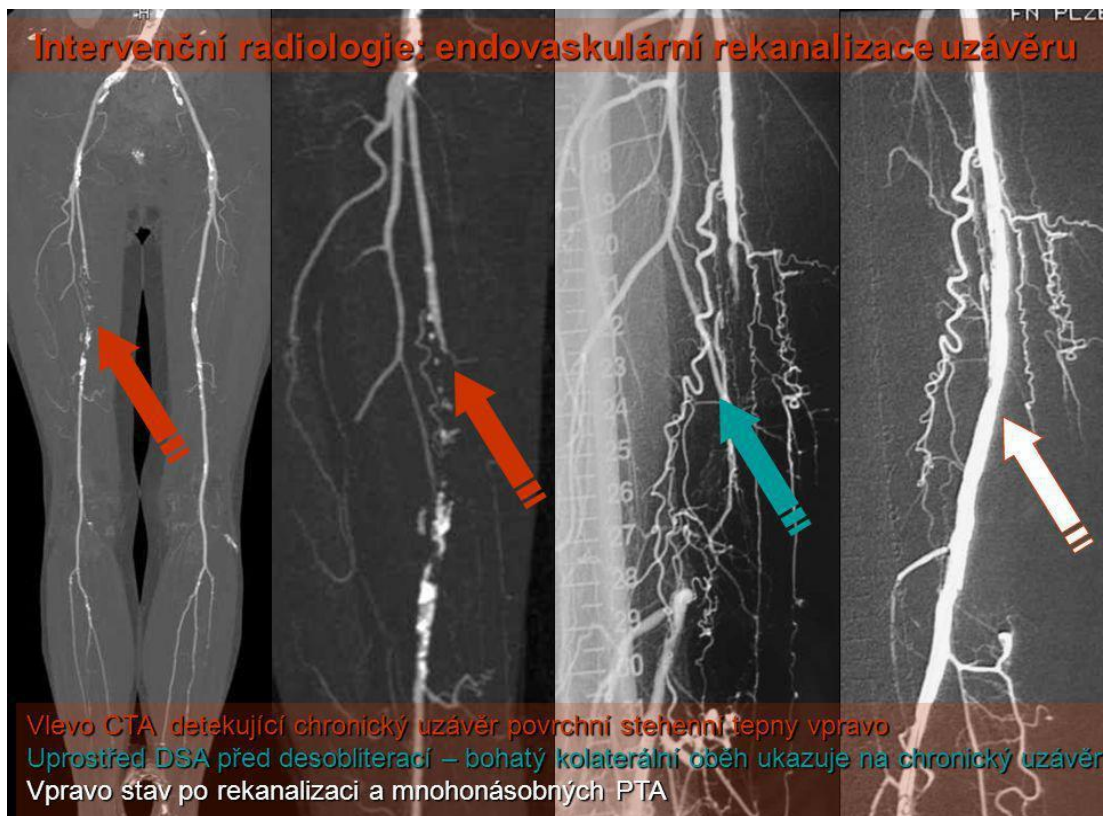
IVa (jako komplikované II. stádium). vs.

IVb.

Tepenná onemocnění

Kolateralizovaná trombóza AFS

Entrapment AP



4. Žilní onemocnění

– Akutní

- Povrchová flebitida
- Hluboká trombóza

– Chronická

- Chronická žilní insuficience
- Varixy
- Posttrombotický syndrom



Vlastní zdroj

DDg – žilních onemocnění

- **Vznik** – náhlý u akutních onemocnění, pozvolný u chronických. Vždy spojený s určitým stupněm otoku.
- **Anamnéza** – zahrnuje rizikové faktory - hormonální kontraceptiva, kouření, dlouhá cesta, stojící zaměstnání, absence fyzické aktivity, obezita, imobilizace, trombofilie a žilní onemocnění v rodině.
- **Symetrie** – u akutních obvykle asymetrický nálezn, u chronických symetrický
- **Lokální nálezn** – otok, trofické změny na kůži, známky hluboké žilní trombózy
- **Vyšetřovací metody** – DD k vyloučení akutní trombózy, případně aktivity starého trombu, UZ – rozlišení obstrukce a insuficience, případně flebografie (CT).

Virchowova triáda – žilní trombóza

- Zpomalení žilního toku
 - Stoj, těhotenství, imobilizace
 - Útlak v oblasti pánve a VCI
 - Operace
- Poškození cévní stěny
 - Porod, žilní hypertenze
 - Trauma – operace
 - Kouření – toxické působení nikotinu na endotelie
- Koagulopatie – trombocytopatie
 - HAK – atypické lokalizace
 - Operace
 - Zánět



<https://www.britannica.com/biography/Rudolf-Virchow>

CEAP klasifikace

Na základě
fyzikálního
nálezu a UZ

Klinika C	C0	Žádné viditelné nebo palpovatelné známky
	C1	Telangiektázie, retikulární varixy
	C2	Varixy kmenových žil
	C3	Otoky bez kožních změn
	C4	C4a Pigmentace C4b Lipodermatoskleróza C4c Korona flebektatika
	C5	kožní změny + zavřený bércový vřed
	C6	otevřený bércový vřed C6r rekurentní aktivní vřed
Etiologie E	Ec	kongenitální
	Ep	primární (bez zjevné vyvolávající příčiny)
	Es	sekundární (postflebitické, posttraumatické)
Anatomické místo postižení A	As	telangiektázie, retikulární varixy
		vena saphena magna nad kolenem
		vena saphena magna pod kolenem
		vena saphena parva
		mimo vena saphena
	Ad	hluboké žíly
	Ap	perforátory
Patofyziologie P	Po	obstrukce
	Pr	reflux
	Pr,o	obstrukce i reflux

5. Lymfedém

– Primární

- lymfedém vrozený (přítomný od narození nebo se vznikem do 1 roku věku)
- lymfedém praecox (vznik od 1 do 35 let)
- lymfedém tardum (nad 35 let věku)
- Nonne-Milroyova nemoc znamená rodinný výskyt vrozeného lymfedému (10-25% všech primárních lymfedémů)
- Syndrom Meige pak označuje rodinný výskyt nevrozeného lymfedému

– Sekundární

- Potraumatické změny
- Infekce – mykotické, bakteriální (Erysipel), virové, parazitární (filarióza)
- Nádorová onemocnění – nádorová lymfadenó/lymfangiopatie
- Iatrogenní inzulty – ozáření, lymfadenektomie, cévní chirurgie
- Jiné – psoriáza , hypertyreóza, srdeční selhání, jaterní nebo renální insuficience, atd.

DDg - Lymfedém

- **Hluboká žilní trombóza** – náhlý vznik, asymetrický nález, elevace DD, klinický nález Homans, plantární znaménko, potvrzení UZ.
- **Srdeční selhávání** – anamnéza srdečního onemocnění, virózy při myokarditidě Symetrický nález, nebývá bolest DKK, bývá dušnost, poslechový nález na plicích, NTproBNP, RTG S+P městnání, event. echokardiografie.
- **Renální selhání** – anamnesticky hypertenze, DM, rekurentní obstrukční nefritidy, revmatická horečka... UZ ledvin k vyloučení ischemické etiologie nebo obstrukce, Urea kreat ionty ABR
- **Thyreoiditida** – pretibiální lymfedém způsobený autoprotilátkami – symetrický nález, klinicky známky hypo- nebo hyperfunkce štítnice (hypo-hyperreflexie, únavnost, nespavost, ...). UZ štítnice, TSH, fT4 antiTG.
- **Hypalbuminemický lymfedém** – **MÝTUS** – je způsoben jiným onemocněním jehož dalším příznakem může být hypalbuminémie (CHRI, srdeční nebo jaterní selhání, atd.).
- **Zánět pohybového aparátu** – Asymetrický nález, UZ případně RTG, dekompenzované artritidy, systémová onemocnění – **DDg pohybové ústrojí.**
- **Útlak v retroperitoneu** – nádor, jiné – UZ břicha, gynekologické a urologické vyšetření.

Lymfedém klinická klasifikace

- 0. latentní žádný otok, může trvat roky
- I reverzibilní vytlačitelný otok, často mizí během noci
- II spontánně ireverzibilní fixní lymfedém, nevytlačitelný
- III elefantiáza neforemné tuhé edémy

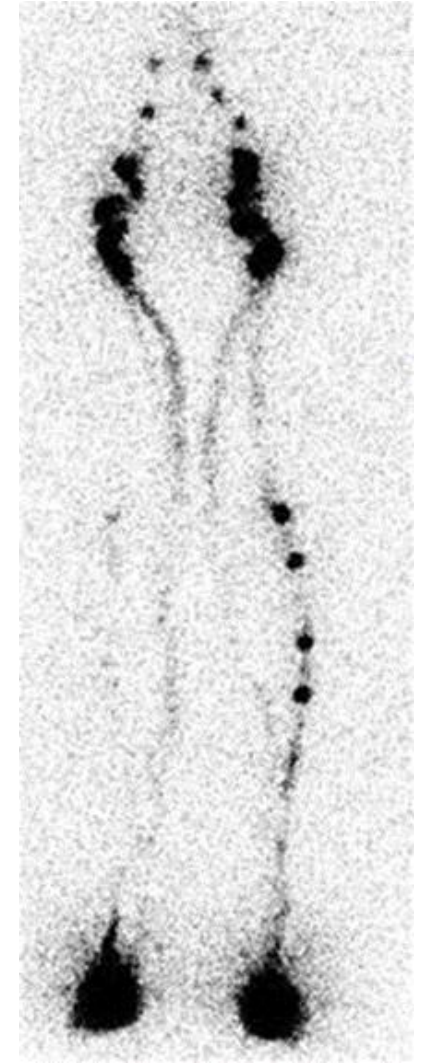
Lymfedém – anatomická lokalizace problému

Na základě lymfografie, ale často patrné i na UZ:

Proximální obliterace hlavních mízovodů a oblasti centrálních lymfatických uzlin (axilární, aortální, ilické nebo inguinální).

Distální obliterace povrchových lymfatických cév.

Hyperplazie končetinových případně i mezenteriálních lymfatických cév.



<https://europepmc.org/articles/PMC6377575/figure/Fig6/>

6. Syndrom děravých kapilár

- Syndrom děravých kapilár je zvýšením propustnosti kapilární bazální membrány v důsledku různých příčin, vedoucí k úniku cirkulující tekutiny z oběhu do intersticia. Neléčený vede k selhání oběhu. Je mediovaný cytokiny, léčbou je IVIG v počáteční fázi.
- Může být lokalizovaný nebo systémový.
- Charakterizovaný triádou – **hypotenze, hemokontrace, hypalbuminémie** – paradoxně substituce albuminu zhoršuje situaci únikem do intersticia !



<https://www.facebook.com/medicalcreations/photos/a.2426904340855968/2851420735070991/?type=3>

DDg – syndrom děravých kapilár

- **Vznik** – během hodin. Fáze leaku a fáze recruitmentu.
- **Anamnéza** – probíhající sepse, IVF(hyperstimulační syndrom), transplantace kostní dřeně, autoimunitní onemocnění, některé typy leukemií.
- **Symetrie** – lokalizovaný nebo generalizovaný.
- **Lokální nález** – otoky při systémovém syndromu generalizované. Typické je plné vědomí (GCS 15) i přes jasný šokový stav. Je přítomná vazokonstrikce.
- **Vyšetřovací metody** – Diagnózu stanoví anamnéza a fyzikální vyšetření. Může ji podpořit zjištěná hypalbuminémie a hemokoncentrace.

7. Dna / pseudoDna

- Dnavá artritida – periartritida při precipitátech kyseliny močové.
- Pseudodna – peri/artritida při precipitátech dihydrátu difosforečnanu vápenatého (pyrofosforečnanu vápenatého) – CPPD – calcium pyrophosphate disease.
- Septická/bakteriální artritida
- DDg – artropatií a systémových onemocnění** (asociované artritidy
 - IBD, psoriáza, vaskulitidy Schönlein-Henoch, ...).

Dna a alkohol

Hlavní příčinou je pravidelná konzumace alkoholu + často hyperalimentace. Ve srovnání s abstinenty je riziko vzniku dny u:

- lehkých pijanů (1 a méně drinků denně) 16% nárůst rizika dny.
- středních pijanů (1 - 3 drinky denně) 58% (1,58x) nárůst rizika dny.
- těžkých pijanů (3 a více drinků denně) 264% (3,6x vyšší !!!) riziko dny.



Dr Hyon K Choi, et al. Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. The Lancet VOLUME 363, ISSUE 9417, P1277-1281, April 17, 2004 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16000-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16000-5)

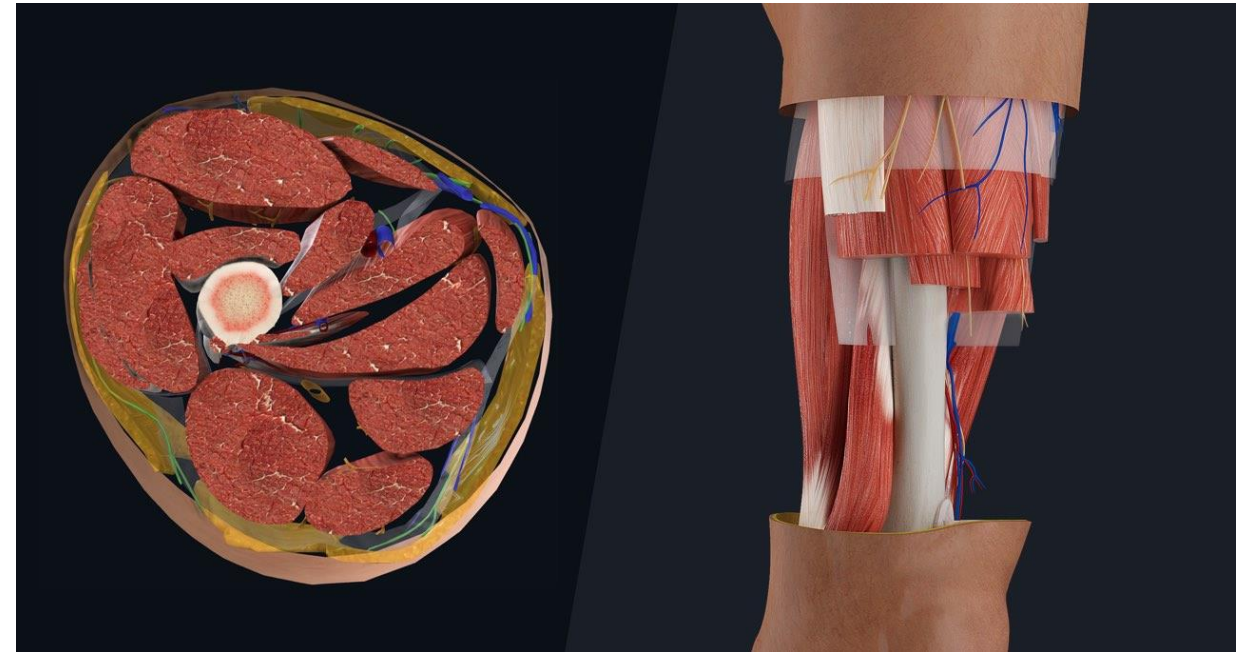
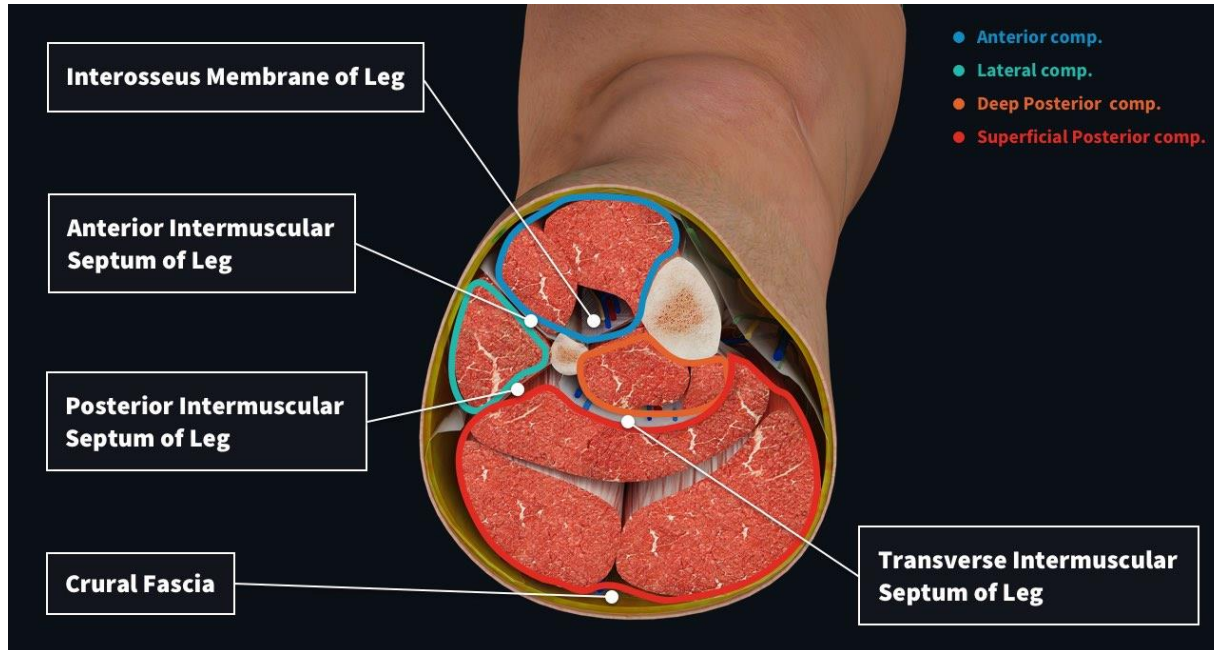
DDg – dna/pseudodna

- **Vznik** – akutní zánětlivé záchvaty s klidovými obdobími. U dny obvykle nástup během noci s maximem potíží do 24 hodin.
- **Anamnéza** – pravidelný příjem alkoholu často s hyperalimentací celulární vysokoproteinové stravy (maso) u dny. CHRI, hyperparathyreóza u pseudodny. Opakované potíže u stejného kloubu.
- **Symetrie** – asymetrické postižení
- **Lokální nález** – zarudnutí, otok a bolestivost kloubu – u dny nejčastěji I. mtp (zátěž, tlak obuvi...) – lokální nález bývá velmi podobný. CPPD postihuje nejčastěji kolenní kloub.
- **Vyšetřovací metody** – fyzikální nález, RTG je u dny nevýtěžný, u pseudodny může ukázat kalcifikace periartikulárně a v kloubu. Punktát – urátové krystaly v.s. krystaly pyrofosfátu vápenatého. Hyperurikémie – **CAVE** – normální hladina (až u 50 % akutních exacerbací) dnu nevyklučuje. Při podezření na CPPD došetření CHRI a parathyreoidei.

8. Compartment syndrom

- Compartment syndrom **akutní**.
- **Chronický** – přetížení, zvýšení objemu svalové hmoty.
- **Akutní tepenný uzávěr** – norm. intrafasciální tlak, není otok periferie.
- **Crush syndrom** – anamnéza zhmoždění svalů
- **Osteomyelitida** – RTG/CT, vysoké CRP,
- **Erysipel** – vysoké CRP, teploty, funkce svalů v normě, norm intrafasciální tlak, zarudnutí kůže s ostrým ohraničením, otok.
- **Tenosynovitida, fasciitida** – krepitus a bolest v oblasti postižených struktur, UZ může odhalit lokální otok, setření kontur.

Compartmentsy dolní končetiny



<https://3d4medical.com/blog/muscle-compartments-of-the-leg>

DDg – Compartment syndrom

- **Vznik** – dle etiologie – při krvácení velmi rychlý, minuty. Chronický několik měsíců, 1. nejprve bolesti, 2. pak hypestezie a edém, 3. motorická porucha 4- anestezie.
- **Anamnéza** – krvácení – úraz, punkce tepny (koronarografie), antikoagulační terapie. Revaskularizace po protražované ischemii. Úraz jako takový, zlomeniny. U chronického pozátěžového compartment syndromu přetížení svalových skupin, přední bércevní compartment – vysoké podpatky.
- **Symetrie** – asymetrický nález.
- **Lokální nález** – dle postiženého compartmentu – nejčastěji bérce a nejčastěji přední compartment – **leze n. fibularis profundus** (anestezie I. Meziprstí) – výpadek funkce příslušné svalové skupiny, distální otok.
- **Vyšetřovací metody** – **intrafasciální čidlo**, UZ (komprese žil), neurologie – zániková symptomatologie procházejících nervů, v laboratoři elevace CK, LD. Myoglobin až pozdní známka ireverzibilních změn !!!

9. Revmatoidní artritida – diagnostická kritéria - všechna by měla být splněna

- Artritida 3 nebo více kloubů včetně velkých.
- Artritida malých kloubů ruky (RC, MCP, PIP) obvykle symetrická.
- Revmatoidní faktor (RF) či pozitivita jiných biomarkerů (antiCCP).
- Potíže déle než 6 týdnů.
- Vysoké CRP nebo sedimentace.

Revmatoidní artritida – stádia dle RTG

Stadium

Charakteristika

- I periartikulární osteoporóza, žádné destrukce
- II mírné známky destrukce, bez deformit
- III destrukce chrupavky a kosti, deformity
- IV fibrózní nebo kostěná ankylóza

DDg – Revmatoidní artritida

- **Vznik** – pozvolný s epizodami reaktivací a zklidnění.
- **Anamnéza** – potíže trvající déle než 6 týdnů – diagnostické kritérium
- **Symetrie** – jedno z diagnostických kritérií. Dna – asymetrický nález nejčastěji I.mtp kloub.
- **Lokální nález** – typicky deformity, postižení malých kloubů ruky - jedno z diagnostických kritérií.
- **Vyšetřovací metody** – sérové RF, anti-CCP, ANA (ANF, APF) – jedno z Dg kritérií, RTG k posouzení stupně, RF v kloubním punktátu, elevace CRP – jedno z diagnostických kritérií.

DDg – artropatií a systémových onemocnění (asociované artritidy – IBD, psoriáza, vaskulitidy Schönlein-Henoch,)

Revmatoidní artritida



<https://zdravi.euro.cz/clanky/revmatoidni-artritida-lecba-stadia-priznaky/>



<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2010/12/06.pdf>

Take home message

- Základní etiologické skupiny onemocnění dolních končetin lze rozlišit na základě jednoduchého schématu.
- I při zřejmé diagnóze je nutné stále myslet na možnost omylu nebo souběh několika diagnóz.
- Nesprávná diferenciální diagnostika oddaluje správnou léčbu se všemi důsledky pro pacienta.
- Nesprávná diferenciální diagnostika léčbu významně prodražuje a zbytečně zatěžuje zdravotní systém.

