



www.pediatric-rheumatology.printo.it

JUVENIILI IDIOPAATTINEN ARTRIITTI

Mikä se on?

Juveniili idiopaattinen artriitti (JIA) on krooninen sairaus, jota kutsutaan myös lastenreumaksi ja jonka oireena on pitkäaikainen niveltulehdus. Niveltulehdus ilmenee kipuna, turvotuksena ja liikkeiden rajoittuneisuutena. 'Idiopaattinen' tarkoittaa, että taudin syytä ei tiedetä, ja 'juveniili' tässä yhteydessä sitä, että oireet ilmaantuvat ennen 16 vuoden ikää.

Mitä krooninen sairaus tarkoittaa?

Sairautta kutsutaan krooniseksi, kun asianmukainen hoito ei johda sen paranemiseen vaan ainoastaan oireiden lievittymiseen ja parempiin laboratoriodiagnostisiin tuloksiin. Se tarkoittaa myös sitä, että kun sairaus todetaan, on mahdotonta arvioida, kuinka kauan lapsi sitä sairastaa.

Kuinka tavallinen tauti se on?

JIA on harvinainen tauti, jota sairastaa vain 80–90 lasta sadasta tuhannesta.

Mikä sen aiheuttaa?

Ihmisen immuunijärjestelmä puolustaa elimistöä taudinaiheuttajilta (viruksilta ja bakteereilta). Se pystyy erottamaan vieraat ja mahdollisesti vaaralliset virukset ja bakteerit (ja tuhoamaan ne) elimistön omista rakenteista.

Vallitsevan käsityksen mukaan krooninen niveltulehdus johtuu immuunijärjestelmän epänormaalista reaktiosta (jonka syytä ei tiedetä), jonka vuoksi se ei pysty erottamaan vieraita rakenteita ja soluja elimistön omista ja hyökkää siksi omien nivelten osien kimppuun.

JIA:n kaltaisia tauteja kutsutaan myös 'autoimmuuneiksi' eli taudeiksi, joissa immuunijärjestelmä reagoi kehon omia elimiä vastaan.

JIA:n ja muiden kroonisten tulehdustautien tarkkaa syntymekanismia ei kuitenkaan tiedetä.

Onko JIA perinnöllinen?

JIA ei ole perinnöllinen tauti, koska se ei periidy suoraan vanhemmilta lapsille. Perinnölliset tekijät, joita tunnetaan varsin vähän, voivat kuitenkin lisätä sairastumisriskiä. Nykykäsityksen mukaan tauti on multifaktoriaalinen eli aiheutuu monesta syystä, osaksi perinnöllisestä taipumuksesta ja osaksi ympäristötekijöistä (todennäköisesti tulehduksista). Vaikka perinnöllistä taipumusta olisikin, on hyvin harvinaista, että samassa perheessä olisi kaksi lastenreumaa sairastavaa lasta.

Miten JIA todetaan?

Jos niveltulehdus alkaa alle 16-vuotiaalla, tulehdus kestää vähintään kuusi viikkoa (mikä erottaa sen virustulehdusten jälkeen esiintyvistä lyhytaikaisista niveltulehduksista) eikä sen syytä tiedetä (eli kaikki muut niveltulehdusta aiheuttavat sairaudet on suljettu pois), käytetään niveltaudista nimeä JIA tai lastenreuma.

Nimi kattaa siis kaikki tuntemattomasta syystä johtuvat, pitkäaikaiset ja lapsuudessa ilmenevät niveltaudit. JIA jaetaan useampaan alatyypin (ks. alla).

Taudin toteamiseksi tarvitaan siis pitkäkestoinen niveltulehdus sekä muiden tautien huolellinen pois sulkeminen esitietojen, lääkärintarkastuksen ja laboratoriodiagnostiikan avulla.

Mitä nivelille tapahtuu?

Niveltä ympäröivä nivelkalvo, joka tavallisesti on hyvin ohut, alkaa paksuuntua ja täytyä tulehdussoluista samalla kun sen sisältämä nivelvoiteen määrä kasvaa. Seurauksena on nivelen turpoaminen, kipu ja liikkeiden rajoittuneisuus. Tyypillinen niveltulehduksen oire on pitkän levon jälkeinen jäykkyys, jota tietysti esiintyy eniten aamuisin.

Lapsi yrittää usein lievittää kipua pitämällä niveltä lievästi koukistettuna.

Hoitamattomana niveltulehdus saattaa aiheuttaa vahinkoa kahdella tavalla:

a) nivelkalvo voi muuttua hyvin paksuksi (siihen muodostuu ns. pannuskudosta eli nivelkalvoa, joka kasvaa nivelen reunalta kiinni vapaaseen rustopintaan ja peittää sen) ja vähitellen nivelrusto ja luu syöpyvät.

b) jatkuva nivelen asento lievästi koukistettuna aiheuttaa lihasten ja pehmytkudosten surkastumista, venymistä tai kutistumista, mikä johtaa nivelen virheasentoon.

Onko taudista erilaisia muotoja?

Lastenreuma voidaan jakaa useampaan alatyyppeihin. Eri tautimuodot voidaan erottaa lähinnä sillä perusteella, onko mukana koko elimistöön liittyviä, niin sanottuja yleisoireita kuten kuumetta, ihottumaa, sydänpussitulehdusta (yleisoireinen lastenreuma), sekä sairastuneiden nivelten määrän mukaan (oligoartriitti eli parin tai muutaman nivelen tulehdus tai polyartriitti eli monen nivelen tulehdus). Eri tautimuodot määritellään ensimmäisen puolen vuoden aikana ilmenneiden oireiden perusteella.

Yleisoireinen lastenreuma Niveltulehduksen lisäksi potilaalla on myös systeemisiä eli koko elimistöön liittyviä oireita. Pääasiallinen yleisoire ovat kuumepiikit, joiden aikana potilaalla saattaa olla ihottumaa. Muita oireita voivat olla lihaskipu, maksan, pernan tai imusolmukkeiden suurentuminen sekä sydänpussi- ja keuhkopussitulehdus. Niveltulehdusta, yleensä vähintään viidessä nivelessä, saattaa esiintyä jo taudin alkuvaiheessa tai vasta myöhemmin. Lapsi voi sairastua missä iässä tahansa.

Noin puolella potilaista on yleisoireita, ja heidän pitkäaikainen ennusteensa on yleensä parempi. Muilla yleisoireet häipyvät vähitellen, mutta tulehdusta on useammassa nivelessä. Joillakin heistä yleisoireet jatkuvat tulehduksen laajentuessa useampiin niveliin.

Kaikista JIA-tapauksista noin 10 prosenttia on yleisoireista lastenreumaa. Se on tyypillinen lapsuusajan sairaus, eli sitä ei juuri tavata aikuisilla.

Polyartriitti Tälle tautimuodolle on ominaista, että ensimmäisen puolen vuoden aikana vähintään viisi niveltä tulehtuu, mutta edellä mainittuja yleisoireita ei ilmene. Polyartriitti voidaan jakaa kahteen alatyyppeihin sen mukaan, onko veressä reumatekijää: seronegatiivinen ja seropositiivinen polyartriitti.

1) Seropositiivinen polyartriitti (kutsutaan myös nimellä aikuistyyppinen nivelreuma) Lapsilla harvinainen (alle viidellä prosentilla kaikista JIA-potilaista). Tautimuotoa pidetään vastaavana kuin aikuisten seropositiivinen nivelreuma (kroonisen niveltulehduksen tyypillisin muoto aikuisilla). Tauti aiheuttaa usein symmetristä niveltulehdusta, joka alkaa käsien ja jalkojen pikkunivelistä ja leviää sitten muihin niveliin. Se on yleisempi tytöillä ja alkaa yleensä vasta yli 10-vuotiaana. Tautiin kuuluva niveltulehdus on usein hyvin vaikea.

2) Seronegatiivinen polyartriitti Kaikista JIA-tapauksista 15–20 prosenttia on seronegatiivisia polyartriitteja. Tämä tautiryhmä on monimuotoinen ja koostuu todennäköisesti useammasta sairaudesta. Siihen voi sairastua minkä ikäisenä tahansa. Taudin ennuste vaihtelee myös suuresti.

Oligoartriitti Oligoartriitille on ominaista, että ensimmäisen puolen vuoden aikana alle viisi niveltä tulehtuu eikä yleisoireita ilmene. Suuret nivelet (esimerkiksi polvet ja nilkat) tulehtuvat epäsymmetrisesti. Joskus vain yksi nivel tulehtuu (monoartriitti). Joillakin potilailla tulehtuneiden nivelten määrä kasvaa ensimmäisen puolen vuoden jälkeen viiteen tai useampaan niveleen. Silloin tautia kutsutaan laajentuneeksi oligoartriitiksi.

Oligoartriitti alkaa yleensä oireilla ennen kuuden vuoden ikää ja sitä esiintyy lähinnä tytöillä. Asianmukaisella hoidolla nivelten ennuste on usein hyvä potilailla, joilla tauti rajoittuu vain muutamaan niveleeseen. Sellaisten potilaiden kohdalla ennuste puolestaan vaihtelee, joilla tulehdus leviää useampaan niveleeseen.

Osalle potilaista voi kehittyä silmän suonikalvoston eli uvean tulehdus (silmän etuosan uveiitti). Koska suonikalvoston etuosa muodostuu silmän värikalvosta ja sädekehästä, tulehdusta kutsutaan joko krooniseksi suonikalvoston tulehdukseksi (uveiitti) tai **krooniseksi värikalvon ja sädekehän tulehdukseksi** (iridosykliitti).

Jos suonikalvoston tulehdusta ei huomata ja hoideta, se pahenee ja voi vaurioittaa silmää vakavasti. Siksi tulehduksen varhainen toteaminen on erittäin tärkeää. Koska vanhemmat ja lääkärit eivät välttämättä huomaa suonikalvoston tulehdusta, koska silmä ei punoita eikä lapsi osaa valittaa sumentuneesta näöstä, riskiryhmään kuuluvat lapset on käytettävä kolmen kuukauden välein silmälääkärin tutkimuksella.

Oligoartriitti on JIA-muodoista yleisin (50 prosenttia tapauksista). Oligoartriitti, johon liittyy positiiviset tumavasta-aineet ja suonikalvoston tulehdus, on tyypillinen lapsuusiässä eikä sitä tavata aikuisilla.

Psoriaasiartriitti Taudille ominaista on psoriaasiin tai määrättyihin psoriaattisiin ominaisuuksiin liittyvä niveltulehdus. Psoriaasi on ihotauti, joka ilmenee hilseilevinä läiskinä useimmiten kyynärpäissä ja polvissa. Psoriaasi voi ilmaantua ennen tai jälkeen niveltulehduksen puhkeamisen. Sekä taudin ilmenemismuodot että ennuste vaihtelevat suuresti.

Entesiitteihin liittyvä artriitti Yleisin ilmenemismuoto on oligoartriitti lähinnä alaraajojen suurissa nivelissä ja siihen liittyvä entesiitti. Entesiitti on lihasjanteiden ja/tai nivelsiteiden kiinnittymiskohtien tulehdus. Tässä tautimuodossa kipua tuntuu tavallisimmin kantapään takana tai alla. Joskus potilailla esiintyy äkillistä suonikalvoston tulehdusta, joka toisin kuin oligoartriitissa oireilee silmien punoituksena, vuotamisena ja valonarkuutena. Useimmilla potilailla laboratoriotestit HLA B27 on positiivinen. Tautia tavataan eniten pojilla ja se alkaa yleensä 7–8 vuoden iän jälkeen. Taudin kulku vaihtelee. Joillakin tauti hellittää, toisilla taas pitkittyy ja vaikuttaa selkärangan alueeseen, aluksi sakroiliaaliseen alueeseen alaselän seudulla. Tämä tautimuoto kuuluu ryhmään sairauksia, jotka ovat yleisempiä aikuisilla ja joita kutsutaan spondyloartropatioiksi, koska ne vaikuttavat selkärankaan.

Mikä aiheuttaa kroonisen iridosykliitin? Liittyykö se niveltulehdukseen?

Artriitin tavoin silmätulehduksen taustalla on immuunijärjestelmän epänormaali reaktio (autoimmuuni). Tarkkaa syntymekanismia ei kuitenkaan tiedetä.

Kroonista iridosykliittiä eli värikalvon ja sädekehän tulehdusta esiintyy lähinnä hyvin nuorilla oligoartriittipotilailla, joiden tumavasta-aineet ovat laboratoriotesteissä positiiviset.

Syytä niveltaudin ja silmän väliselle yhteydelle ei tiedetä. On kuitenkin syytä muistaa, että niveltulehdus ja iridosykliitti voivat edetä toisistaan riippumatta, eli säännöllisissä silmälääkärin tutkimuksissa on käytävä, vaikka niveltulehdus lievenisikin. Iridosykliitti saattaa myös pahentua ajoittain niveltulehduksen vaiheesta riippumatta.

Yleensä iridosykliitti alkaa niveltulehduksen puhkeamisen jälkeen tai se todetaan samaan aikaan sen kanssa. Harvemmin se edeltää niveltulehdusta. Mikäli niin käy, iridosykliittiä ei yleensä havaita sen oireettomuuden vuoksi ennen kuin siinä vaiheessa, kun se on jo aiheuttanut komplikaatioita, esimerkiksi näköhäiriöitä.

Onko JIA erilainen lapsilla ja aikuisilla?

Suurimmaksi osaksi on. Seropositiivinen polyartriitti edustaa noin 70 prosenttia aikuisten nivelreumoista, kun taas JIA-tapauksista sen osuus on alle viisi prosenttia. Varhain puhkeava oligoartriitti edustaa puolestaan noin 50 prosenttia kaikista JIA-tapauksista, ja sitä ei tavata aikuisilla. Systemistä artriittia on nimenomaan lapsilla, vain harvoin aikuisilla.

Minkälaisia laboratorionkokeita tarvitaan?

Laboratorionkokeista on oireiden lisäksi apua diagnoosivaiheessa, jotta lääkäri pystyy paremmin määrittelemään, mistä JIA-taudista on kysymys ja onko potilaalla riski sairastua komplikaatioihin kuten krooniseen iridosykliittiin.

Reumatekijä (lyhenne RF) on vasta-aine, jota esiintyy jatkuvasti ja suuria määriä vain polyartriittia sairastavan veressä; reumatekijä positiivinen (seropositiivinen) polyartriitti on aikuistyyppisen nivelreuman lapsuusiän muoto.

Tumavasta-aineita on hyvin usein varhaislapsuuden oligoartriittiin sairastuneiden potilaiden veressä. Tumavasta-ainetutkimuksen avulla löydetään ne JIA-potilaat, joilla on suurempi riski sairastua krooniseen iridosykliittiin ja joiden on siksi käytävä säännöllisesti (3 kk:n välein) silmälääkärin tutkimuksessa.

HLA-B27 on solun pinnan valkuaisaine, ja se löytyy verinäytteestä jopa 80 prosentilla potilaista, jotka sairastavat entesiitteihin liittyvää artriittia. Terveessä perusväestössä sitä esiintyy huomattavasti vähemmän, Suomessa noin 15 prosentilla ja muualla 5–8 prosentilla väestöstä.

Muilla laboratorionkokeilla kuten laskolla (”senkka”) tai CRP-kokeella voidaan mitata tulehduksen aktiivisuutta ja ne ovat hyödyllisiä taudin hoidossa, joka kuitenkin perustuu enemmän kliinisten oireiden tarkkailuun kuin laboratorionkokeisiin.

Lääkehoidosta riippuen potilaan voi olla syytä käydä säännöllisesti laboratorionkokeissa (esim. verenkuvaa, maksaentsyymit, virtsakokeet) lääkkeen mahdollisten haittavaikutusten toteamiseksi.

Säännöllisistä röntgentutkimuksista voi olla apua taudin etenemisen määrittelyssä ja hoidon suunnittelussa etenemisen mukaan.

Miten sitä hoidetaan?

Lastenreumaan ei ole yhtä tiettyä hoitokeinoa. Hoidon tarkoituksena on auttaa lasta elämään mahdollisimman normaalia elämää sekä ehkäistä nivel- ja elinvaurioita siinä odotuksessa, että tauti lievittyy itsestään, mikä yleensä tapahtuu, mutta vaihtelevan pituisen ja ennalta arvaamattoman ajan jälkeen. Hoito perustuu pääasiassa lääkkeisiin, joilla estetään koko elimistöön liittyvää ja/tai nivelten tulehdusta, sekä kuntoutukseen, jonka avulla nivelten toimintakykyä pidetään yllä ja omalta osaltaan ehkäistään nivelten virheasentojen syntyä.

Hoito on siis varsin monitahoista ja vaatii monien asiantuntijoiden välistä yhteistyötä (lasten reumalääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, silmälääkäri, ortopedi).

1) Tulehduskipulääkkeet Tulehduskipulääkkeet ovat symptomaattisia eli oireisiin kohdistuvia ja antipyreettisiä eli kuumetta vähentäviä lääkkeitä. Ne eivät siis paranna itse sairautta, vaan lievittävät sen tulehduksen aiheuttamia oireita. Yleisimmin käytettyjä tulehduskipulääkkeitä ovat naprokseeni ja ibuprofeeni. Aspiriini on sekin tehokas ja edullinen, mutta sitä käytetään nykyään huomattavasti vähemmän sen toksisuus- eli myrkyllisyysriskin vuoksi (yleisoireita, jos veressä paljon aspiriinia, maksan toksisuutta erityisesti yleisoireisen lastenreuman yhteydessä). Naprokseenia ja ibuprofeenia siedetään yleensä hyvin eivätkä ne ärsytä lapsen mahaan, mikä aikuisilla on yleisin haittavaikutus. Eri tulehduskipulääkkeiden yhdistelmiä ei ole käytetty hoitona, mutta toisinaan joku tulehduskipulääke voi tehotta, vaikka jollain toisella ei ole ollut vaikutusta. Lääkehoito alkaa tehotta kunnolla niveltulehdukseen vasta useamman hoitoviikon jälkeen.

2) Nivelipistokset Nivelipistoksia käytetään eniten silloin, kun tulehtuneita niveliä on vain yksi tai muutama ja kun nivelen jäykistyminen (kivun seurauksena) voi aiheuttaa virheasennon kehittymisen. Pistoksena annettavat lääkkeet ovat pitkävaikutteisia steroideja. Triamsinoloni-heksasetonidi on eräs kortisonijohdos, jota käytetään paljon sen pitkäaikaisen vaikutuksen vuoksi (vaikutus voi kestää monta kuukautta): sen imeytyminen verenkiertoon on vähäistä.

3) Pitkäaikaishoito Pitkäaikaishoitoon tarkoitettuja lääkkeitä käytetään lapsilla, joiden polyartriitti on edennyt riittävästä tulehduskipulääke- ja steroidipistoshoidosta huolimatta. Lääkkeitä käytetään tulehduskipulääkkeiden lisäksi, joiden käyttöä on siis edelleen jatkettava. Useimpien pitkäaikaishoitoon tarkoitettujen lääkkeiden vaikutus alkaa ilmetä vasta useamman hoitoviikon tai -kuukauden jälkeen.

Ensimmäisenä vaihtoehtona on matala-annoksinen, yleensä kerran viikossa otettava **metotreksaatti**. Se tehoaa useimpiin potilaisiin. Metotreksaatilla on tulehdusta lievittävä vaikutus, mutta joillakin potilailla se voi myös saada aikaan taudin rauhoittumisen, minkä syytä ei tiedetä. Metotreksaattia siedetään yleensä hyvin; tavallisimpia haittavaikutuksia ovat vatsavaivat ja maksan entsyymiarvojen kohoaminen. Tätä mahdollista haittavaikutusta on seurattava hoidon aikana säännöllisin laboratoriotarkastuksilla.

Metotreksaatin käyttö foolihapon kanssa vähentää haittavaikutusten riskiä.

Salatsopyriini on myös todettu tehoavan JIA-tauteihin, mutta sitä ei yleensä siedetä niin hyvin kuin metotreksaattia. Salatsopyriinin käytöstä on paljon vähemmän kokemusta kuin metotreksaatista.

Muiden mahdollisesti käyttökelpoisten lääkkeiden kuten **syklosporiinin** ja **leflunomidin** tehoa JIA-tauteihin ei ole toistaiseksi kunnolla tutkittu. Syklosporiini on arvokas lääke steroidiresistentin makrofagiaktivaatioyndrooman hoidossa. Se on vaikea ja mahdollisesti hengenvaarallinen yleisoireisen lastenreuman komplikaatio, joka syntyy massiivisen yleistulehduksen seurauksena. Leflunomidin käytöstä lapsilla ei tällä hetkellä ole juuri mitään tietoa.

Viime vuosina hoitoihin on saatu uutta näkemystä niin kutsuttujen **anti-TNF-lääkkeiden** markkinoille tulon myötä. Anti-TNF-lääkkeet eli TNF-estäjät estävät keskeisen tulehduksen välittäjäaineen eli tuumorinekroositekijän (TNF) vaikutuksen. TNF-estäjiä käytetään yksin tai yhdessä metotreksaatin kanssa ja ne tehoavat useimpiin potilaisiin. Ne vaikuttavat melko nopeasti ja toistaiseksi ne on todettu turvallisiksi. Pitkäaikaisen käytön haittavaikutusten arvioimiseksi tarvitaan kuitenkin vielä pitkäaikaista seuranta. TNF-estäjiä kuten muitakin pitkäaikaishoitoon tarkoitettuja lääkkeitä on aina käytettävä lääkärin huolellisessa valvonnassa. TNF-estäjät ovat hyvin kalliita lääkkeitä.

4) Kortikosteroidit Kortikosteroidit ovat tehokkaimpia saatavilla olevia tulehduslääkkeitä, mutta niitä voi käyttää vain rajoitetusti, koska pitkäaikaiseen käyttöön liittyy vakavia haittavaikutuksia kuten osteoporoosia eli luukatoa ja kasvun pysähtymistä. Ne ovat kuitenkin arvokkaita lääkkeitä yleisoireiden hoidossa, joihin muut lääkkeet eivät tehoa, hengenvaarallisten komplikaatioiden hoidossa sekä väliaikaisena lääkkeenä äkillisten oireiden hoidossa, kun pitkäaikaishoidon vaikutuksia odotetaan.

Paikallista steroidilääkitystä (silmätippoja) käytetään iridosykliitin hoidossa. Vaikeammissa tapauksissa kyseeseen voivat tulla steroidipistokset silmään tai yleissteroidilääkitys.

5) Ortopedinen kirurgia Ortopedinen kirurgia käsittää pääasiassa tekonivelleikkaukset, kun nivel on tuhoutunut, sekä pehmytkudoksen irrottamisen leikkauksessa, kun kyseessä on pysyvä jäykistyminen.

6) Kuntoutus Kuntoutus on tärkeä osa hoitoa. Siihen sisältyvät myös asianmukainen fysioterapia ja lastat, joilla pyritään estämään nivelten virheasentojen kehittyminen. Kuntoutus on aloitettava varhaisessa vaiheessa ja sitä on jatkettava säännöllisesti, jotta liikkeen laajuus, lihasten hapen- ja ravinnonsaanti sekä lihasvoima säilyisivät ja nivelten virheasennot voitaisiin ehkäistä tai niitä voitaisiin rajoittaa tai korjata.

Mitkä ovat lääkehoidon pääasialliset haittavaikutukset?

Lastenreuman hoidossa käytetyt lääkkeet ovat yleensä hyvin siedettyjä. Tulehduskipulääkkeiden yleisin haittavaikutus ovat vatsavaivat (ja siksi lääke kannattaakin ottaa ruokailun yhteydessä), mutta sekin on lapsilla harvinaisempaa. Tulehduskipulääkkeet voivat myös aiheuttaa joidenkin maksaentsyymien määrän lisääntymistä veressä, mutta sitä tapahtuu harvemmin muiden kuin aspiriinin yhteydessä.

Metotreksaatti sopii hyvin useimmille potilaille. Sekin aiheuttaa kuitenkin jonkin verran vatsavaivoja, lähinnä pahoinvointia ja oksentelua. Mahdollisten haittavaikutusten varalta potilaan on hyvä käydä säännöllisesti laboratoriotarkastuksilla (verenkuva, maksan entsyymit jne.). Yleisin poikkeava laboratoriotulos on maksan entsyymien lisääntyminen, joka normalisoituu, kun lääkkeen käyttö lopetetaan tai annosta pienennetään. Foliinihapon tai foolihapon käyttö vähentää

tehokkaasti maksaan kohdistuvan myrkkyyvaikutuksen esiintymistiheyttä. Metotreksaatin aiheuttamia yliherkkyysoireita voi esiintyä, mutta ne ovat harvinaisia.

Salatsopyriiniä siedetään melko hyvin. Sen yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ihottuma, vatsavaivat, maksan aminotransferaasiarvojen kohoaminen (maksan toksisuus) ja leukosytopenia (veren valkosolujen niukkuus, mikä lisää infektioriskiä). Siksi säännölliset laboratoriotarkastukset ovat salatsopyriinihoidonkin aikana tarpeen.

TNF-estäjät sopivat hyvin useimmille potilaille. Potilaita on kuitenkin tarkkailtava huolellisesti mahdollisten vakavien infektioiden varalta.

Steroidien pitkäaikaiseen käyttöön huomattavina annoksina liittyy useita vakavia haittavaikutuksia. Niitä ovat esimerkiksi kasvun pysähtyminen ja osteoporoosi eli luukato. Isot annokset steroideja lisäävät myös huomattavasti ruokahalua, mikä taas johtaa lihavuuteen. Siksi on tärkeää ohjata lapsi syömään sellaisia ruokia, jotka tyydyttävät nälän lisäämättä kuitenkaan päivittäistä kalorimäärää.

Kuinka kauan hoito kestää?

Hoito kestää niin kauan kuin tautikin. Taudin kestoa taas ei voi etukäteen aavistaa. Suurimmassa osassa tapauksista lastenreuma lievenee itsestään kestätyään ensin muutaman vuoden tai kauemmin. Lastenreumalle on usein tyypillistä lieventyä ja pahentua vuoron perään, mikä taas vaikuttaa paljon lääkehoitoon. Lääkehoidon lopettamista kokonaan harkitaan vasta kun tauti ei ole oireillut pitkään aikaan ollenkaan.

Kuinka usein ja kuinka pitkään silmätutkimuksissa on käytävä?

Riskipotilaille (joilla on positiiviset tumavasta-aineet) silmälääkärin tutkimus on tehtävä vähintään kolmen kuukauden välein. Iridosykliittiin sairastuneiden on käytävä tarkastuksissa vielä useammin taudin vaikeusasteesta riippuen.

Iridosykliitin riski pienenee ajan myötä, mutta se voi kehittyä myös vasta vuosien kuluttua siitä, kun niveltaudin ensi oireet ovat ilmaantuneet. Siksi silmät kannattaa tarkastuttaa vielä monen vuoden ajan senkin jälkeen, kun niveltauti on tullut oireettomaksi.

Äkillinen suonikalvoston tulehdus, joka voi ilmaantua entesiitteihin liittyvää artriittia sairastaville potilaille, ilmenee oireina (punoitus, kipu ja valonarkuus), joten sen toteamiseksi ei tarvitse käydä säännöllisissä silmälääkärin tutkimuksissa.

Millainen on lastenreuman ennuste?

Ennuste riippuu paljon niveltulehduksen vaikeusasteesta, siitä, mikä JIA-tauti on kyseessä sekä hoidon aloitusajankohdasta ja riittävydestä. Ennuste on kuitenkin parantunut huomattavasti viimeisten kymmenen vuoden aikana lääkehoitojen edistymisen myötä.

Yleisoireisen lastenreuman ennuste vaihtelee. Noin puolella potilaista on vain vähän niveloireita ja tauti oireilee vain ajoittain; lopullinen ennuste on yleensä hyvä, koska tauti lievenee usein itsestään. Muilla potilailla taas niveloireet ovat pääosassa ja yleisoireet vähenevät vuosien mittaan; näillä potilailla voi esiintyä vaikeaa nivelten tuhoutumista. Jälkimmäiseen ryhmään kuuluu myös pieni määrä potilaita, joilla yleisoireet jatkuvat niveloireiden rinnalla; heidän ennusteensa on huonoin ja seurauksena voi olla jopa amyloidoosi, vaikea komplikaatio, joka vaatii voimakasta immunosuppressiivista eli immuunivastetta heikentävää lääkehoitoa.

Seropositiiviseen polyartriittiin eli aikuistyyppiseen nivelreumaan liittyy useammin paheneva niveltulehdus, joka voi johtaa vaikeaan nivelten tuhoutumiseen.

Seronegatiivisen polyartriitin ilmenemismuodot ja ennuste puolestaan vaihtelevat suuresti. Sen kokonaisennuste on kuitenkin huomattavasti parempi kuin seropositiivisen polyartriitin: vain noin joka neljännellä potilaalla ilmenee nivelvaurioita.

Oligoartriitin ennuste nivelten osalta on yleensä hyvä, jos tauti pysyy vain muutaman nivelen alueella. Jos tauti leviää useampiin niveliin, oligoartriitin ennuste on jokseenkin sama kuin seronegatiivisen polyartriitin.

Useimpien psoriaasiartriittia sairastavien potilaiden tauti puolestaan muistuttaa paljon oligoartriittia, mutta sen todennäköisyys kehittyä polyartriitiksi ajan myötä on hiukan suurempi.

Myös entesiitteihin liittyvän artriitin ennuste vaihtelee. Joillakin potilailla tauti lievenee itsestään, joillakin se taas pahenee ja saattaa levitä myös sakroiliaaliselle alueelle alaselässä.

Toistaiseksi ei ole löydetty mitään luotettavia, lääkärintarkastuksessa tai laboratorioissa havaittavia piirteitä, joiden perusteella taudin varhaisessa vaiheessa voitaisiin määrittellä, millainen taudin ennuste on. Ennustavista tekijöistä olisi kuitenkin paljon hyötyä, koska niiden avulla voitaisiin tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat tehokkaampaa hoitoa heti alusta pitäen.

Entä iridosykliitin ennuste?

Iridosykliitti eli värikalvon ja sädekehän tulehdus voi hoitamattomana johtaa vakaviin seurauksiin kuten mykiön samentumaan (kaihi) ja sokeutumiseen. Jos hoito kuitenkin päästään aloittamaan varhaisessa vaiheessa, se tehoaa yleensä hyvin. Siksi taudin varhainen toteaminen vaikuttaa ennusteeseen ratkaisevasti.

Voiko lastenreumapotilasta rokottaa?

Jos lasta hoidetaan immunosuppressiivisilla eli immuunivastetta heikentävillä lääkkeillä (mm. steroidit, metotreksaatti, TNF-estäjät), eläviä mikro-organismeja sisältävät rokotteet (vihurirokko-, tuhkarokko- ja sikotautirokote, Sabin-rokote poliota vastaan, Calmette-rokote tuberkuloosia vastaan) on siirrettävä tuonnemmaksi, jotta vältettäisiin alentuneen vastustuskyvyn aiheuttama infektioriski. Sen sijaan sellaisia rokotteita voidaan antaa, jotka eivät sisällä eläviä mikro-organismeja vaan pelkästään tartunnanaiheuttajan valkuaisaineita (kolmoisrokote hinkuyskää, kurkkumätää ja jäykkäkouristusta vastaan, Salk-rokote poliota vastaan, B-hepatiittirokote, pneumokokkirokote, Hib-rokote, meningokokkirokote), mutta periaatteessa on mahdollista, että rokotus epäonnistuu alentuneen immuunivasteen vuoksi.

Voiko taudin etenemiseen vaikuttaa ruokavaliolla?

Ruokavalion tehosta lastenreumaan ei ole mitään tieteellistä näyttöä. Lapsen on hyvä syödä monipuolista, ikäiselleen sopivaa ruokaa. Steroidihoidossa olevien potilaiden tapauksessa ylensyöntiä tulee välttää, koska steroidit lisäävät ruokahalua.

Onko ilmastolla vaikutusta?

Ilmaston vaikutuksesta lastenreumaan ei myöskään ole mitään tieteellistä näyttöä.

Voiko lapsi harrastaa liikuntaa?

Liikunta on luonnollinen osa lapsen jokapäiväistä elämää. Yksi lastenreuman hoidon tärkeimmistä tavoitteista on auttaa lasta elämään mahdollisimman normaalia elämää ja tuntemaan itsensä aivan tavalliseksi lapseksi. Siksi yleinen käytäntö on antaa lapsen harrastaa itselleen mieluisia urheilulajeja ja luottaa siihen, että lapsi ei liiku, jos hänen niveliinsä sattuu. Vaikka mekaaninen rasitus ei ole hyväksi tulehtuneelle nivelelle, sen mahdollisesti aiheuttamaa pientä vahinkoa pidetään kuitenkin vähäisempänä kuin sitä henkistä painetta, joka lapselle syntyy, kun hän ei sairautensa vuoksi voi harrastaa liikuntaa ystäviensä kanssa. Tämä on osa laajempaa käsitystä siitä, että lasta on rohkaistava henkisesti itsenäisyyteen ja siihen, että hän pärjää sairauden asettamista rajoista huolimatta.

On tietysti parempi harrastaa sellaisia liikuntamuotoja, joissa niveliin kohdistuu vain vähän tai ei ollenkaan mekaanista rasitusta, kuten esimerkiksi uintia ja pyöräilyä.

Voiko lapsi käydä normaalisti koulua?

Säännöllinen koulunkäynti on hyvin tärkeää. Koulunkäyntiin voi kuitenkin liittyä joitakin ongelmia: kävelemisvaikeuksia sekä väsymyksen, kipujen ja nivelten jäykkyyden aiheuttamaa sietokyvyn alenemista. Siksi on tärkeää kertoa opettajalle lapsen erityistarpeista: hän tarvitsee kunnollisen pöydän, säännöllistä liikkumista tuntien aikana jäykistymisen estämiseksi sekä mahdollisesti apua kirjoittamisessa. Lastenreumaa sairastavien lasten on hyvä osallistua koululiikuntaan mahdollisuuksien mukaan; koululiikuntaan pätevät samat näkökohdat kuin ylipäätään liikuntaan.

Koulu on lapsen työ, paikka, jossa hän itsenäistyy ja kasvaa yhteiskunnan jäseneksi. Vanhempien ja opettajien on tehtävä kaikkensa, jotta sairaskin lapsi pystyy käymään koulua tavalliseen tapaan, ei vain siksi, että hän menestyisi opinnoissaan, vaan myös siksi, että hän oppisi kommunikoimaan ikätoveriensa ja aikuisten kanssa ja jotta hänet hyväksyttäisiin muiden joukkoon.

Voiko lapsi elää aikuisena normaalia elämää?

Normaali aikuiselämä on yksi hoidon tavoitteista, ja se saavutetaan suurimmassa osassa tapauksia. Lastenreuman lääkehoidot ovat tosiaan kehittyneet huomasti viimeisten kymmenen vuoden aikana, ja uusia, tehokkaita lääkkeitä saadaan ehkä markkinoille jo lähitulevaisuudessa. Lääkehoidon ja kuntoutuksen yhdistelmällä voidaan jo ehkäistä nivelvauriot valtaosalla potilaista.

On tärkeää kiinnittää huomiota myös siihen, miten sairaus psykologisesti vaikuttaa sekä lapseen että hänen perheeseensä. Lastenreuman kaltainen pitkäaikainen sairaus on haaste koko perheelle, ja mitä vaikeampi sairaus on, sitä rankempaa sen kanssa eläminen tietysti on. Lapsen on vaikea pärjätä sairautensa kanssa, jos vanhemmat eivät siitä selviydy. Vanhemmat saattavat suhtautua sairaaseen lapseensa ylisuojelevasti säästääkseen häntä enemmiltä ongelmilta.

Lapsen kannalta arvokkainta on, jos vanhemmat pystyvät asennoitumaan sairauteen mahdollisimman positiivisesti ja tukemaan ja rohkaisemaan lastaan itsenäisyyteen, jotta hän voittaisi sairauden aiheuttamat vaikeudet, tulisi hyvin toimeen ikätoveriensa kanssa ja kasvaisi itsenäiseksi ja tasapainoiseksi aikuiseksi.

Lasta hoitavien ammattilaisten on tarvittaessa tarjottava psykososiaalista apua.