



www.pediatric-rheumatology.printo.it

JIA آرتریت ناشناخته جوانان

این بیماری چیست؟

آرتریت ناشناخته جوانان یک بیماری مزمن است که علامت مشخصه آن التهاب پایدار مفصل می‌باشد. نشانه‌های خاص التهاب مفصلی یا آرتریت عبارتند از: درد، تورم و محدودیت حرکت. استفاده از واژه "ناشناخته" در نامگذاری این بیماری دلیل بر ناشناخته بودن علت بیماری است و کلمه "جوانان" بیانگر اینست که سن شروع علائم بیماری قبل از 16 سالگی است.

بیماری مزمن یعنی چه؟

هنگامی یک بیماری مزمن خوانده می‌شود که درمان مناسب آن به بهبودی کامل منتهی نشود و علائم بیماری و تغییرات آزمایشگاهی مربوط به بیماری با وجود درمان ادامه یابد. همچنین مفهوم دیگر این واژه اینست که حتی با رسیدن به تشخیص درست، تعیین مدت زمان به طول انجامیدن بیماری غیر ممکن است.

میزان بروز آن چقدر است؟

یک بیماری نادر است که حدود 80 تا 90 نفر از هر 100,000 کودک را درگیر می‌کند. JIA.

علل این بیماری کدامند؟

دستگاه ایمنی بدن ما از تهاجم عفونت‌ها (نظیر باکتریها و ویروس‌ها) جلوگیری می‌کند. این دستگاه همچنین قادر به شناسایی عوامل بیگانه و بالقوه خطرناک برای بدن از عوامل و سلولهای خودی و بی ضرر است. عقیده بر اینست که آرتریت مزمن به علت یک پاسخ ایمنی غیرطبیعی (ناشی از علل ناشناخته) رخ می‌دهد که در آن توانایی شناسایی "عوامل بیگانه" از "سلولهای خودی" از بین می‌رود و در نتیجه دستگاه ایمنی به عوامل خودی مفصل حمله می‌کند.

با نام "خودایمنی" یاد می‌شود که به معنای تهاجم دستگاه ایمنی JIA به همین علت گاهی اوقات از بیماریهایی مانند برضد اندامهای خودی بدن است. مانند سایر بیماریهای مزمن التهابی انسان ناشناخته است. JIA یا این وجود، مکانیسم دقیق

آیا این بیماری، ارثی است؟

یک بیماری ارثی نیست، زیرا بطور مستقیم از والدین به فرزندان به ارث نمی‌رسد. اما با این حال، چند عامل JIA ژنتیکی شناخته شده اند که موجب مستعد شدن ابتلا به بیماری می‌شوند. توافق نظر مجموعه دانشمندان بر اینست که در این بیماری چندین عامل نقش دارند؛ یعنی برای ابتلا به آن باید مجموعه‌ای از عوامل مستعدکننده ژنتیکی و مواجهه با عوامل محیطی (احتمالاً عفونت‌ها) حضور داشته باشند. حتی با وجود عوامل مستعدکننده ژنتیکی، ابتلای دو کودک در یک خانواده به این بیماری نادر است.

اساس تشخیص بیماری بر چیست؟

تشخیص می‌دهند که سن پیدایش بیماری قبل از 16 سالگی باشد؛ آرتریت JIA پزشکان هنگامی بیمار را مبتلا به بیش از 6 هفته طول کشیده باشد (که این مورد برای رد نمودن علل موقتی آرتریت مانند عفونتهای ویروسی است)؛ و این که علت بیماری شناخته نشود (یعنی سایر بیماریهایی که می‌توانند موجب آرتریت شوند، رد شده باشند).

دربگیرنده تمام انواعی از آرتریت طول کشیده است که علتشان ناشناخته باشد و در JIA به بیان دیگر، واژه ، انواع گوناگونی از آرتریت بروز می‌کند (به ادامه مطلب توجه کنید). JIA دوران کودکی بروز نموده باشند. در با حضور آرتریت و طول کشیدن آن و همچنین رد کردن دقیق سایر بیماریها براساس شرح حال JIA تشخیص پزشکی، معاینه بالینی و تستهای آزمایشگاهی صورت می‌پذیرد.

در این بیماری چه اتفاقی برای مفاصل می افتد؟

غشای نازک مفصلی که دور تا دور مفصل را احاطه کرده است، ضخیم می شود و سلولهای التهابی در آن نفوذ می کنند؛ همچنین مقدار مایع داخل مفصلی نیز افزایش می یابد. به همین دلیل مفصل دچار تورم، درد و محدودیت در حرکت می شود. یک علامت مشخصه التهاب مفصلی، خشکی مفصل است که غالباً پس از یک دوره استراحت طولانی رخ می دهد؛ این حالت خصوصاً در هنگام صبح دیده می شود (خشکی صبحگاهی). کودک اغلب سعی می کند تا با قرار دادن مفصل در وضعیتی بین خم بودن کامل و راست بودن کامل، مقدار درد خود را کاهش دهد که به این وضعیت، "وضعیت ضد درد" گفته می شود و بیانگر اینست که درد کودک در این حالت کمتر است.

اگر بیمار درمان نشود، التهاب مفصلی باعث آسیب جدی مفصل می شود که دلایل آن عبارتند از: (الف) غشای مفصلی بسیار ضخیم می شود (که ممکن است همراه با تشکیل شدن یک بالشتک مفصلی به نام پانوس مفصلی باشد)؛ علاوه بر این، آزاد شدن مواد مختلف در مفصل باعث خورده شدن غضروف مفصلی و استخوان می شود؛ (ب) باقی ماندن طولانی مدت مفصل در وضعیت ضد درد باعث تحلیل رفتن عضلات و قوام و قدرت کشیدگی آنها و کاهش مقدار بافت نرم می شود که این امر به بدشکلی مفصل در حالتی خمیده می انجامد.

آیا این بیماری انواع گوناگون دارد؟

انواع گوناگونی دارد. انواع مختلف آن براساس حضور علائمی نظیر وجود یا عدم وجود علائم سیستمیک JIA اولیگوآرتیکولار JIA سیستمیک) و تعداد مفاصل درگیر (JIA مانند تب، ضایعات پوستی، التهاب پرده های قلبی) را بنا بر علائم موجود در 6 ماه نخست JIA یا پلی آرتیکولار) طبقه بندی می شوند. بر طبق قرارداد، انواع مختلف بیماری نامگذاری می کنند. به همین سبب نامگذاری نوع بیماری به چگونگی علائم آغازین بیماری دلالت دارد.

سیستمیک. در این نوع بیماری آرتریت همراه با تظاهرات سیستمیک وجود دارد که منظور از تظاهرات سیستمیک درگیری اندامهای مختلف بدن است. علامت سیستمیک اصلی وجود تب نیزه ای و بالا و پایین رونده با درجه بالای تب که با بثورات پوستی همراه است و این بثورت پوستی در هنگام بالا رفتن تب ظاهر می شوند. سایر علائم شامل درد عضلانی، بزرگ شدن کبد و طحال یا غدد لنفاوی و التهاب پرده های اطراف قلب (پریکاردیت) و التهاب پرده های اطراف ریه (پلوریت) است.

آرتریت معمولاً چند مفصل (5 مفصل یا بیشتر) را درگیر می کند و ممکن است در شروع بیماری یا حتی در مراحل دیرتر بروز کند. بیماری می تواند در هر سنی از دوران کودکی بروز کند. در حدود 50% بیماران فقط تظاهرات سیستمیک وجود دارد که این بیماران پیش آگهی درازمدت بهتری دارند. در 50% باقیمانده، تظاهرات سیستمیک با پیشرفت زمان فروکش می کند و علائم مفصلی در آنان بارزتر می گردد. در تعدادی از بیماران نیز علائم سیستمیک همزمان با علائم مفصلی وجود دارد. هاست؛ مختص کودکان است و در بزرگسالان بندرت دیده می شود. JIA سیستمیک مسؤول کمتر از 10% تمام JIA

پلی آرتیکولار (چندمفصلی). در این نوع بیماری درگیری مفصلی 5 مفصل یا بیشتر در 6 ماهه نخست JIA بیماری بدون حضور علائم سیستمیک وجود دارد. وجود یا عدم وجود اتوانتیبادی (پادتن ضد خودی) در جریان (نام دارد، این نوع بیماری را به دو گروه مختلف تقسیم می کند: RF خونی که عامل روماتیسم (1) JIA پلی آرتیکولار با RF مثبت. این حالت در کودکان بسیار نادر است (کمتر از 5% کل بیماران JIA). این حالت معادل آرتریت همراه با RF مثبت در بزرگسالان می باشد (نوع اصلی آرتریت مزمن بزرگسالان). در این نوع بیماری درگیری مفصلی بصورت قریبه می باشد که ابتدا مفاصل کوچک دست و پا را درگیر می کند و سپس به سایر مفاصل گسترش می یابد. در دختران شایعتر از پسران است و معمولاً سنین بیش از 10 سال را گرفتار می کند و غالباً با آرتریت شدید همراه است.

(2) JIA پلی آرتیکولار با RF منفی. این حالت در 15 تا 20 درصد موارد JIA رخ می دهد. یک نوع چندگونه است که احتمالاً بیماریهای متفاوتی را در برمی گیرد. به علت چندگونه بودنش، پیش آگهی های متفاوتی دارد.

اولیگوآرتیکولار. در این نوع بیماری درگیری کمتر از 5 مفصل در 6 ماهه نخست بیماری بدون حضور JIA علائم سیستمیک وجود دارد. در این نوع، مفاصل بزرگ (مانند زانوها و مچ های پا) بطور غیرقریبه درگیر

می‌شوند. گاهی اوقات فقط یک مفصل درگیر می‌شود (نوع مونوآرتیکولار یا تک‌مفصلي). در برخی بیماران تعداد مفاصل درگیر پس از گذشت 6 ماه نخست بیماری به 5 عدد یا بیشتر افزایش می‌یابد که به این نوع، اولیگوآرتریته گسترش‌یابنده می‌گویند.

اولیگوآرتریته معمولاً پیش از 6 سالگی بروز می‌کند و بیشتر در دختران دیده می‌شود. با انجام درمان مناسب، پیش‌آگهی مفصلي خوب است و بیماری محدود به همان تعداد اندک مفاصل باقی می‌ماند؛ اما پیش‌آگهی در نوع گسترش‌یابنده درگیری مفصلي، می‌تواند بسیار متغیر باشد.

تعداد خاصی از بیماران دچار درگیری چشمی قابل‌توجهی می‌شوند که در آن قسمتی از بخش قدامی یووه‌آ (که مجموعه‌ای است از عنیبه، جسم مژگانی و مشیمیه) ملتهب می‌گردد (یوونیت قدامی)؛ در این حالت پرده‌ای چشم را می‌پوشاند و عروق چشمی خون‌رسانی‌کننده نیز درگیر می‌شوند. از آنجا که قسمت قدامی یووه‌آ از عنیبه و اجسام مژگانی تشکیل شده است به این حالت **یونیت قدامی مزمن یا التهاب مزمن عنیبه-جسم مژگانی (ایریدوسیکلیت)** می‌گویند.

ایریدوسیکلیت

در صورت عدم تشخیص و درمان نکردن آن، یوونیت قدامی پیشرفت می‌کند و می‌تواند به آسیب بسیاری جدی چشم بیانجامد. لذا تشخیص زودهنگام این عارضه، بسیار مهم می‌باشد. با توجه به اینکه یوونیت قدامی به دلیل عدم قرمز شدن چشم و تار نشدن دید کودک نمی‌تواند توسط والدین یا پزشک معالج تشخیص داده شود، لذا معاینات منظم چشمی هر 3 ماه یکبار برای کودکانی که در معرض خطر بالایی ابتلا به این عارضه هستند باید به وسیله چشم‌پزشک و زیر دستگاه مخصوص لامپ شکافدار چشم‌پزشکی انجام گردد. (به آزمونهای آزمایشگاهی ANA است (50% موارد). مثبت بودن تست JIA، اولیگوآرتریته شایعترین نوع (مراجعه کنید) به همراه یوونیت بیماری خاص کودکان است و در بزرگسالان دیده نمی‌شود.

آرتریته پسونریزیسی. آرتریته است که همراه با بیماری پسونریزیس یا علایم شبیه پسونریزاس همراه باشد. پسونریزیس یک بیماری پوستی است که در آن پوست روی آرنج‌ها و زانو‌ها دچار تورق و کندشدگی می‌شوند. بیماری پوستی ممکن است قبل از ظهور آرتریته بوجود آید یا پس از آن ایجاد شود. این نوع آرتریته، تظاهرات بالینی و پیش‌آگهی‌های متفاوتی دارد.

آرتریته همراه با انتزیت. شایعترین تظاهر این نوع بیماری، اولیگوآرتریته درگیرکننده مفاصل بزرگ اندامهای تحتانی به همراه انتزیت می‌باشد. به التهاب قسمت متصل‌کننده تاندون‌ها به استخوان، انتزیت گفته می‌شود. شایعترین مکان درد در این نوع بیماری، منطقه‌ای در پا است که پشت و زیر پاشنه پا قرار دارد. گاهی اوقات این بیماران دچار یک یوونیت حاد قدامی می‌شوند که برخلاف نوع اولیگوآرتریته موجب قرمز شدن چشمها، مثبت است. این HLA-B27 اشک‌ریزش و افزایش حساسیت به نور می‌گردد. در اکثر بیماران تست آزمایشگاهی بیماری بیشتر پسران را درگیر می‌کند و معمولاً پس از 7-8 سالگی بروز می‌کند. سیر بالینی این بیماری متغیر است. در تعدادی از بیماران، بیماری فروکش می‌کند در صورتی که در تعدادی بیماری به نواحی محوری اسکلت (ناحیه ستون فقرات) گسترش می‌یابد و مفاصل خاصه‌ای-لگنی (اطراف قسمت تحتانی کمر) را درگیر می‌کند. در واقع، این نوع بیماری به گروهی از بیماری‌ها تعلق دارد که در بزرگسالان شایعتر است و در صورت ابتلا ساختن ناحیه ستون فقرات با نام اسپوندیلوآرتروپاتی خوانده می‌شود.

علت ایجاد ایریدوسیکلیت چیست؟ رابطه ایجاد آن با آرتریته چیست؟

همانند آرتریته، التهاب چشم نیز توسط پاسخ ایمنی غیرطبیعی برضد چشم به وجود می‌آید (خودایمنی). مکانیسم دقیق آن ناشناخته است.

این عارضه بیشتر در بیماران مبتلا به نوع اولیگوآرتیکولار و کم سن و سال‌تری دیده می‌شود که تست آنتی‌بادی (آنها مثبت است. ANA ضدهسته)

علتی که بتواند بیماری چشمی را به آرتریته ربط دهد شناخته نشده است. نکته مهم اینست که آرتریته و ایریدوسیکلیت ممکن است بطور مستقل از هم بروز کنند، لذا معاینات چشم‌پزشکی دوره‌ای باید حتی در بیمارانی که آرتریته آنها فروکش کرده است، انجام پذیرد. سیر ایریدوسیکلیت با التهاب دوره‌ای چشم مشخص می‌شود که غالباً ارتباطی به سیر آرتریته ندارد.

ایریدوسیکلیت معمولاً به دنبال بروز آرتریت بوجود می‌آید یا اینکه ممکن است بطور همزمان با آرتریت ایجاد شود. در موارد نادر ممکن است پیش از بروز آرتریت رخ دهد. در مورد اخیر، پیش‌آگهی بسیار بد است، زیرا در هنگامی که بیماری فاقد علامت است، ایریدوسیکلیت در مراحل آغازین بیماری تشخیص داده نمی‌شود و در نتیجه باعث عوارض علامتداری نظیر اختلال در دید می‌شود.

آیا بیماری کودکان با بیماری بزرگسالان تفاوت دارد؟

مثبت که مسؤل 70% علل آرتریت روماتوئید در بزرگسالان است فقط RF غالباً بله. نوع پلی‌آرتیکولار همراه با رادر کودکان تشکیل می‌دهد. نوع اولیگوآرتیکولار با شروع زود هنگام که در حدود 50% موارد JIA 5% موارد در کودکان را تشکیل می‌دهد، هرگز در بزرگسالان دیده نمی‌شود. آرتریت سیستمیک مخصوص کودکان است JIA و ندرتاً در بزرگسالان دیده می‌شود.

آزمونهای آزمایشگاهی مود نیاز کدامها هستند؟

در زمان تشخیص بیماری، انجام برخی آزمونهای آزمایشگاهی مفید خواهد بود، زیرا با در نظر گرفتن شرایط و تعیین بیمار در معرض خطر عوارض نظیر ایریدوسیکلیت حاد بهتر مشخص JIA بالینی همراه، نوع می‌گردد.

دارای غلظت بالا و JIA). يك اتوانتي‌بادي است که فقط در موارد انواع پلی‌آرتیکولار RF فاکتور روماتوئید (مثبت در بزرگسالان RF مثبت بودن دائمی است؛ این نوع بیماری در کودکان معادل نوع آرتریت روماتوئید با است.

اولیگوآرتیکولار با شروع زود هنگام علایم دارند، JIA. اکثر اوقات در بیمارانی که (ANA) آنتی‌بادی ضد هسته در معرض خطر بالای ایریدوسیکلیت مزمن هستند و باید بطور متناوب JIA دیده می‌شود. این بیمارانی مبتلا به (هر 3 ماه یکبار) تحت معاینات چشم‌پزشکی با لامپ شکافدار قرار گیرند.

. يك شاخص سلولي است که در نزدیک 80% بیمارانی مبتلا به انتزیت همراه با آرتریت، مثبت HLA-B27 است. بروز آن در جمعیت افراد سالم و بدون بیماری بسیار پایین است (5-8%).

(C) یا پروتئین واکنشی ESR سایر آزمونهای آزمایشگاهی مانند اندازمگیری سرعت رسوب گلبولهای قرمز (بیانگر وجود التهاب عمومی هستند و می‌توانند در ارزیابی جواب به درمان مؤثر باشند؛ اما با این حال CRP) اساس بررسی بالینی بیشتر بر تظاهرات بالینی استوار است تا نتایج آزمایشگاهی.

بسته به نوع داروی تجویز شده در درمان، بیمارانی ممکن است جهت بررسی عوارض بالقوه داروها به آزمایشهای دوره‌ای (مانند شمارش‌های خون، آنزیمهای کبدی، آزمایش ادرار و غیره) نیاز داشته باشند.

ارزیابی دوره‌ای با عکسبرداری اشعه ایکس برای پیگیری سیر پیشرفت بیماری و در نتیجه تنظیم رژیم دارویی مفید می‌باشد.

نحوه انجام درمان بیماری چگونه است؟

وجود ندارد. هدف از درمان، برقراری يك زندگی عادی برای کودک JIA هیچ درمان خاصی برای معالجه قطعی و جلوگیری از تخریب مفصلی و اندامها تا زمان فروکش کردن خودبخود بیماری است که این موضوع می‌تواند برای مدت نامعلومی ادامه پیدا کند. اساس درمان مبتنی بر استفاده از داروهای سرکوب‌کننده التهاب عمومی و یا مفصلی و همچنین انجام فعالیتهای بازتوانی برای حفظ عملکرد مفصلی و جلوگیری از تغییر شکل آن می‌باشد. درمان روند پیچیده‌ای دارد و مستلزم يك کار گروهی از تیم پزشکی (متخصص روماتولوژی کودکان، جراح ارتوپد، فیزیوتراپیست و متخصص کاردرمانی، و چشم‌پزشک) است.

(. این داروها ضدالتهابهای علامتی و ضد تب (کاهش‌دهنده INSAIDs) داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (تب) هستند؛ منظور از علامتی اینست که این داروها قادر به خاموش کردن بیماری نیستند، اما علایم التهاب را کنترل می‌کنند. رایج‌ترین داروهای مورد مصرف، ناپروکسن و ایبوپروفن هستند؛ آسپرین نیز دارای اثربخشی خوب و قیمت پایین است، اما امروزه بدلیل خطر مسمومیت ناشی از آن (اثرات سیستمیکی مانند فشار خون بالا، سیستمیک) کاربرد کمتری دارد. این داروها اغلب بخوبی تحمل می‌شوند و JIA مسمومیت کبدی خصوصاً در NSAID عارضه ناراحتی معده که در بزرگسالان شایع است، در کودکان ناشایع می‌باشد. تجویز همزمان چند می‌تواند اثربخش باشد در صورتی که دیگری تأثیری نداشته باشد. NSAID لزومی ندارد، ولی برخی اوقات يك اثر مطلوب بر التهاب مفصلی بعد از گذشت چند هفته از درمان ایجاد می‌شود.

2) تزریق داخل مفصلي. در مواردی کاربرد دارد که يك یا تعداد اندکی از مفاصل درگیر باشند یا اینکه جمع‌شدگی پایدار مفصلي (ثانویه به درد) علت بدشکلي مفصلي باشد. داروی تزریقی يك فرآورده استروئیدی طولانی اثر است. تریامسینولون هگزاستئوئید به دلیل طولانی اثر بودنش (اثر چند ماهه) ترجیح داده می‌شود: جذب این دارو در گردش خون عمومی اندک است.

و تزریق استروئید دچار NSAID (3) **داروهای خط دوم.** در کودکانی تجویز می‌شوند که علیرغم درمان کافی با نیز NSAID های قبلی اضافه می‌شوند و همزمان NSAID پلی‌آرتریت پیشرونده می‌شوند. داروهای خط دوم به ادامه می‌یابد. اثر اکثر داروهای خط دوم تنها پس از گذشت هفته‌ها یا ماهها از آغاز آنها قابل مشاهده می‌شود. داروی انتخابی نخست، **متوتروکسات** با دوز پایین است که بطور هفتگی تجویز می‌شود. این دارو در گروه زیادی از بیماران مؤثر است. متوتروکسات يك فعالیت ضدالتهابی دارد، ولی قادر به القای خاموش کردن بیماری نیز هست که مکانیسم آن ناشناخته است. معمولاً بخوبی تحمل می‌شود؛ عدم تحمل گوارشی و افزایش سطوح ترانس‌آمینازها شایعترین عوارض آن می‌باشد. با توجه به احتمال مسمومیت دارویی ناشی از آن، تحت نظر گرفتن بیمار با انجام آزمایشگاهی در طول درمان ضروری است. تجویز توأم متوتروکسات با اسید فولیک که يك ویتامین است، خطر بروز عوارض جانبی را کاهش می‌دهد.

مؤثر است، ولی معمولاً نسبت به متوتروکسات کمتر تحمل می‌شود. **JIA سالازوپرین.** ثابت شده است که در تجربیات درمان با سالازوپرین کمتر از متوتروکسات بوده است. هیچ مطالعه مشخصی تاکنون جهت ارزیابی اثربخشی سایر داروهای بالقوه مؤثر مانند **سیکلوسپورین و لفلونوماید** صورت نپذیرفته است. سیکلوسپورین يك داروی ارزشمند برای درمان سندروم فعال شدن ماکروفاژهای JIA در سیستمیک است که ثانویه به JIA مقاوم به استروئید است. این سندروم يك عارضه شدید و تهدیدکننده حیات در فعال شدن عمومی و شدید پروسه‌های التهابی ایجاد می‌شود. در ضمن هیچ اطلاعاتی در زمینه استفاده از لفلونوماید در کودکان در دسترس نمی‌باشد.

در سالهای اخیر، افق تازه‌ای رو به درمان باز شده است؛ این داروها بطور **TNF** یا معرفی داروهای **آنتی-يك** واسطه ضروری در ایجاد (TNF) را مهار می‌کنند؛ TNF انتخابی گیرنده‌های فاکتور نکروز دهنده تومور (پروسه‌های التهابی است. اثر این دارو بسیار سریع است و ایمن بودن آن نشان داده شده است. بررسی‌های بیشتری مورد نیاز است تا از عوارض جانبی استفاده طولانی‌مدت از این داروها مطلع شویم. همانند سایر داروهای خط بسیار TNF دوم، استفاده از این داروها باید همراه با کنترل‌های پزشکی سفت و سخت باشد. داروهای آنتی-گر انقیمت هستند.

4) کورتیکوستروئیدها. این داروها مؤثرترین داروهای ضدالتهابی موجود هستند، اما به دلیل عوارض طولانی‌مدت و مهمشان نظیر پوکی استخوان و تأخیر در رشد، استفاده از آنها محدودیت دارد. از این گروه دارویی ارزشمند جهت درمان علائم سیستمیک مقاوم به سایر درمانها و عوارض سیستمیک تهدیدکننده حیات و همچنین به عنوان يك “پل ارتباطی” دارویی برای کنترل بیماری حاد تا زمان ظاهر شدن اثرات دارویی داروهای خط دوم استفاده می‌شود. استروئیدهای موضعی (قطره‌های چشمی) در درمان ایریدوسیکلیت کاربرد دارند. در موارد شدید بیماری تزریق استروئید در نواحی اطراف چشمی ضرورت می‌یابد.

5) جراحی ارتوپدی. موارد کاربرد آن شامل تعویض مفصل تخریب‌شده با مفصل مصنوعی و رهاسازی بافت نرم توسط اعمال جراحی در موارد جمع‌شدگی‌های پایدار بافت نرم است.

6) بازتوانی (توانبخشی). بخش ضروری درمان را تشکیل می‌دهد. بازتوانی شامل انجام فعالیتهای بدنی و ورزشی مناسب و در صورت نیاز استفاده از آتل‌های پزشکی به منظور جلوگیری از ایجاد تغییر شکل ناخواسته اندامها می‌شود. بازتوانی باید در مراحل اولیه بیماری آغاز گردد و بطور منظم برای حفظ قدرت عضلانی و جلوگیری، محدود کردن یا تصحیح نمودن بدشکلي اندامها ادامه یابد.

عوارض جانبی اصلی درمان کدامها هستند؟

ها NSAID معمولاً بخوبی تحمل می‌شوند. عدم تحمل گوارشی، يك عارضه شایع JIA داروهای مورد تجویز در است که شیوع آن در کودکان کمتر از بزرگسالان است (برای پیشگیری از آن باید دارو همراه غذا استفاده شود). ها قادر به افزایش سطح خونی برخی از آنزیمهای کبدی هستند، اما این عارضه غیر از آسیب‌رین در سایر NSAID داروهای این دسته بندرت رخ می‌دهد.

متوتروکسات نیز بخوبی تحمل می‌شود. عوارض جانبی گوارشی مانند تهوع و استفراغ، شایع هستند. برای پیگیری مسمومیت دارویی احتمالی، انجام برخی آزمایشهای دوره ای ضروری است (مانند شمارش خون،

آنزیمهای کبدی و غیره). شایعترین تغییر آزمایشگاهی غیرطبیعی، افزایش آنزیمهای کبدی است که با قطع دارو یا کاهش دوز آن به سطوح طبیعی بازمی‌گردد. تجویز همزمان اسید فولیک یا اسید فولینیک باعث کاهش میزان بروز مسمومیت کبدی می‌شود. واکنش‌های ازدیاد حساسیتی به متوتروکسات نیز ممکن است رخ بدهد، اما این عارضه ندرتاً دیده می‌شود.

سالازوپرین بطور قابل قبولی تحمل می‌شود. عوارض جانبی شایع آن عبارتند از: بثورات پوستی، مشکلات گوارشی، افزایش ترانس‌آمینازها (مسمومیت کبدی)، کاهش گلبولهای سفید خون (که خطر ابتلا به عفونت را افزایش می‌دهد). بنابر دلایل ذکر شده، انجام آزمونهای آزمایشگاهی همانند آنچه در متوتروکسات انجام می‌پذیرد، الزامی است.

بخوبی تحمل می‌شوند. بیماران باید از نظر احتمال وقوع عفونتهای شدید تحت نظر قرار TNF داروهای آنتی-گیرند.

استفاده طولانی مدت استروئیدها در دوزهای خاص با عوارض جانبی مهمی همراه است که شامل تأخیر در رشد و پوکی استخوان می‌شود. تجویز استروئیدها در دوزهای بالا موجب افزایش مشخص اشتها می‌شود که در درازمدت به چاقی منجر می‌گردد. لذا تعیین برنامه غذایی مناسب برای کودکان بنحوی که کودک بتواند سیر شود ولی افزایش دریافت کالری نداشته باشد، ضروری است.

درمان بیماران تا چه مدت باید ادامه یابد؟

درمان باید تا زمانی که بیماری وجود دارد، ادامه یابد. طول دوره بیماری غیرقابل پیش‌بینی است؛ در اکثر موارد غالباً بصورت تشدید شدن JIA، بیماری پس از طی یک دوره چند ساله خودبخود فروکش می‌کند. سیر بیماری JIA و فروکش کردن متناوب است که به همین علت تغییر در برنامه درمانی ضروری است. قطع کامل درمان فقط باید وقتی انجام شود که بیماری بطور کامل و برای مدت طولانی خاموش شده باشد.

معاینه چشمی (با لامپ شکافدار چشمپزشکی) هرچند وقت یکبار باید انجام شود و تا چه مدت باید ادامه یابد؟

مثبت) معاینه چشم با لامپ شکافدار باید حداقل هر 3 ماه یکبار صورت ANA در بیماران در معرض خطر (بپذیرد. کسانی که دچار ایریدوسیکلایت هستند باید تحت مراقبت‌های بیشتری قرار گیرند که فاصله زمانی معاینه‌های دوره‌ای در این افراد به شدت درگیری چشم بستگی دارد. خطر پیدایش ایریدوسیکلایت با گذشت زمان کاهش می‌یابد؛ با این وجود ممکن است حتی سالها پس از شروع آرتریت نیز اتفاق بیفتد. بنابر این مناسب است که حتی با وجود بهبودی آرتریت، معاینه چشمی برای چند سال دیگر نیز ادامه یابد. یوونیت حاد که در بیماران مبتلا به آرتریت و انتزیت همزمان رخ می‌دهد، علامتدار است (قرمز شدن چشمها، درد و ترس از نور) و بنابر این نیازی به معاینه تشخیصی چشم با لامپ شکافدار ندارد.

سیر و پیش‌آگهی درازمدت آرتریت چگونه است؟

و چگونگی و کفایت درمان صورت‌گرفته بستگی دارد. JIA پیش‌آگهی آرتریت به شدت، شکل و نوع بالینی پیش‌آگهی بیماری با توجه پیشرفت‌های درمانی بوقوع پیوسته در 10 سال اخیر بطرز قابل قبولی بهتر شده است. سیستمیک متغیر است. در حدود نیمی از بیماران نشانه‌های اندکی از آرتریت دارند و بیماری متناوباً JIA پیش‌آگهی عود می‌کند؛ پیش‌آگهی نهایی معمولاً خوب است زیرا دوره‌هایی از خاموشی خودبخود بیماری وجود دارد. در نیم دیگر بیماران، آرتریت بصورت پایدار باقی می‌ماند و علائم سیستمیک نیز با گذشت چند سال کاهش می‌یابد؛ در این گروه بیماران تخریب مفصلی شدیدی روی می‌دهد. در تعداد اندکی از گروه اخیر، علائم سیستمیک همچنان با که یک درگیری مفصلی ادامه می‌یابد؛ این بیماران بدترین پیش‌آگهی را دارند و ممکن است به آمیوئیدوز مبتلا شوند. عارضه شدید است و نیاز به درمان سرکوب‌کننده ایمنی دارد.

مثبت، سیر درگیری مفصلی پیش‌رونده‌ای دارد که ممکن است به تخریب شدید مفصلی RF پلی‌آرتیکولار JRA بیانجامد.

منفی هم در تظاهرات بالینی و هم در پیش‌آگهی چندگونه است. با آن که پیش‌آگهی کلی RF پلی‌آرتیکولار JRA مثبت است، اما یک‌چهارم بیماران دچار آسیب مفصلی RF پلی‌آرتیکولار JIA بیماری در این بیماران بهتر از می‌شوند.

اولیگوآرتیکولار در صورت محدود ماندن بیماری به تعداد اندکی از مفاصل، پیش‌آگهی خوبی دارد. در JIA بیماران که بیماری مفصلی گسترش‌یافته دارند و چندین مفصل گرفتار شده است، پیش‌آگهی مشابه بیماران مبتلا به منفی است. RF پلی‌آرتیکولار JIA به است، اما بیماری تمایل بیشتری به JIA پسوریازیسی مشابه انواع اولیگوآرتیکولار JIA پیش‌آگهی بیماران مبتلا به پلی‌آرتیکولار شدن در گذر زمان دارد. همراه با انتزوپاتی اغلب پیش‌آگهی‌های متفاوتی دارد. در برخی بیماری‌های فروکش می‌کند در صورتی که در JIA برخی دیگر پیشرفت می‌کند و ممکن است مفاصل خارجی‌لگنی را نیز درگیر کند. بطور کلی هیچ یافته بالینی یا آزمایشگاهی قابل اطمینانی وجود ندارد که بتواند پیشگویی‌کننده پیش‌آگهی بهتر بیمار در اوایل سیر بیماری باشد. اما با این حال، عوامل پیشگویی‌کننده‌ای که نیاز به درمان شدیدتر در ابتدای بیماری را نشان می‌دهند باید به عنوان راهنمایی برای درمان بهتر در نظر گرفته شوند.

سیر و پیش‌آگهی درازمدت ایریدوسیکلیت چگونه است؟

اگر ایریدوسیکلیت بدون درمان رها شود، می‌تواند سبب عوارض جدی مانند تیرگی عدسی چشمها (آب مروارید) و کوری شود. با این وجود، اگر درمان ایریدوسیکلیت در مراحل آغازین شروع گردد، پاسخ به درمان آن بسیار خوب است. در نتیجه، تشخیص زودهنگام ایریدوسیکلیت یک اصل اساسی در چگونگی پیش‌آگهی بیمار است.

آیا انجام واکسیناسیون در این بیماران امکان‌پذیر است؟

و غیره) دریافت کرده TNF در صورتی که بیمار درمان‌های سرکوب‌کننده ایمنی (استروئیدها، متوترکسات، آنتی-باشد، باید از انجام واکسیناسیون با واکسن‌های حاوی میکروارگانیزم زنده یا ضعیف‌شده (مانند واکسن سرخه، سرخچه، فلج اطفال خوراکی (سابین)، سل، و ضد عامل التهاب غدد بناگوشی) به دلیل احتمال گسترش عفونت در نتیجه کاهش یافتن دفاع ایمنی بدن، خودداری نمود. واکسن‌هایی که حاوی میکروارگانیزم‌های زنده نیستند ولی از سیاه سرفه، Bبخش‌های پروتئینی عوامل عفونی تهیه شده‌اند (نظیر کزاز، دیفتیری، فلج اطفال سالک، هپاتیت پنوموکوک، هموفیلوس، مننژیت) قابل انجام هستند، اما از نظر تئوری امکان دارد واکسیناسیون به دلیل شرایط سرکوب سیستم ایمنی موفق نباشد.

آیا رژیم غذایی تأثیری بر سیر بیماری دارد؟

هیچ مدرکی دال بر تأثیرگذاری رژیم غذایی بر بیماری وجود ندارد. بطور کلی، کودک باید یک رژیم غذایی متعادل و طبیعی را براساس نیاز سنی خویش دریافت کند. به علت افزایش یافتن اشتها در درمان با استروئیدها، کودک را باید از خوردن بیش از حد غذا منع نمود.

آیا آب و هوا تأثیری بر سیر بیماری دارد؟

هیچ مدرکی دال بر تأثیر آب و هوا بر تظاهرات بیماری وجود ندارد.

آیا انجام فعالیت‌های بدنی و ورزشی در این بیماران امکان‌پذیر است؟

، JIA بازی کردن یکی از جنبه‌های اساسی زندگی روزانه کودک طبیعی است. یکی از اهداف اصلی در درمان تشویق کودک به انجام فعالیت‌های روزمره و طبیعی است تا کودک فرقی میان خود و همسالانش احساس نکند. بنابراین بهتر است کودک را به حال خود رها کرد تا بازی‌های مورد علاقه‌اش را انجام دهد، زیرا کودک در صورت وجود درد مفصلی از ادامه فعالیت بدنی خودداری می‌کند. با وجود آن که افزایش فشار مکانیکی برای مفاصل ملتهب مضر است، ولی آسیب اندک ناشی از آن بر آسیب روانی حاصل از جلوگیری از بازی‌های کودکانه با هم‌سن و سالان ترجیح داده می‌شود. لذا انتخاب مناسب، اتخاذ راه روش‌های خاصی است که کودک از طریق آن بتواند به خود متکی باشد و با وجود بیماری از عهده کارهای خویش برآید. با توجه به آنچه گفته شد، بهتر است کودک به انواعی از ورزش‌های مورد علاقه‌اش بپردازد که فشار مکانیکی وارد بر مفصل توسط آنها کم یا ناچیز باشد (مانند شنا و دوچرخه‌سواری).

آیا کودک قادر به حضور منظم در مدرسه هست؟

حضور منظم كودك در مدرسه يكي از نكات بسيار مهم است. برخي عوامل كه ممكن است مانع از حضور كودك در مدرسه شوند عبارتند از: اشكال در راه رفتن، مقاومت اندك در برابر خستگي، و درد يا خشكي مفاصل. بنا بر اين يادآوري نيازهاي ضروري كودك براي آموزگار الزامي است؛ نيازهاي كودك عبارتند از: مناسب بودن ميز تحرير، نياز به انجام برخي حرركات منظم جهت جلوگیری از خشكي مفصلي در ساعات درسي، مشكل بودن نوشتن با دست براي كودك. كودكان بيمار بايد در صورت امكان در دروس ورزشي شركت كنند و به انجام انواع ورزشهايي كه قبلاً ذكر شد، بپردازند.

رفتن به مدرسه براي كودكان همانند كار كردن براي بزرگسالان است و در مدرسه است كه كودك انكا به نفس، فعاليتهاي سازنده و چگونگي مستقل بودن را مي آموزد. والدين و آموزگاران بايد كودكان بيمار را همانند ساير كودكان سالم در فعاليتهاي مدرسه سهيم كنند تا كودك بتواند به موفقيتهاي تحصيلي دست پيدا كند، توانايي برقراري ارتباط اجتماعي با همسالان و بزرگسالان خودش را كسب كند و توسط دوستانش پذيرفته شود و تشويق گردد.

آيا كودك مي تواند در بزرگسالي يك زندگي طبيعي داشته باشد؟

در 10 سال JIA اين موضوع يكي از اهداف اصلي درمان است و در اكثريت موارد قابل حصول است. درمان اخير پيشرفت هاي شگرفي كرده است و داروهاي بالقوه مؤثر تري نيز در ايندهاي نزديك توليد خواهند شد. درمان دارويي توأم با انجام فعاليتهاي بازتواني مي تواند از تخریب مفاصل در اكثريت بيماران جلوگیری كند. بيماري كودك، اثرات رواني خاصي بر خود كودك و خانواده اش مي گذارد كه اين مطلب توجه ویژه اي را مي طلبد. يك درگيري فكري براي كل افراد خانواده ايجاد مي كند و هرچه بيماري جدي تر و JIA بيماريهاي مزمني نظير شديدتر باشد، غلبه يافتن بر شرايط بيماري دشوارتر است. در صورت عدم همكاري والدين، كنار آمدن با شرايط بيماري براي كودك كار مشكلي خواهد بود. لذا ممكن است والدين به منظور اينكه از ايجاد هرگونه مشكل احتمالي براي كودك جلوگیری كنند، يك ارتباط و وابستگي قوي با كودك برقرار سازند و در نتيجه او را نيازمند مراقبت بيش از حد بار بياورند.

در پيش گرفتن روشهاي معقولانه جهت حمايت و تشويق كودك عليرغم شدت بيماري، كمك كننده است و در غلبه كودك بر مشكلات ناشي از بيماري، برقراري رابطه موفقيت آميز با همسن و سالان و شكل گيري شخصيتي مستقل و متعادل در كودك تأثير بسزايي خواهد گذاشت. نياز كودك به حمايت هاي رواني نيز بايد از سوي تيم روماتولوژي كودكان مد نظر قرار گيرد.