



www.pediatric-rheumatology.printo.it

MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW

Co to jest za choroba?

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) jest przewlekłą chorobą charakteryzującą się utrzymującym się zapaleniem stawów, którego objawami są ból, obrzęk i ograniczenie ruchomości. „Idiopatyczne” znaczy, że nieznana jest jego przyczyna, a „młodzieńcze” znaczy, że objawy wystąpiły przed 16 rokiem życia.

Co to znaczy – „choroba przewlekła”?

Za przewlekłą uważa się chorobę, w przebiegu której odpowiednie leczenie nie prowadzi do szybkiego wyzdrowienia, a jedynie do poprawy klinicznej i wyników badań laboratoryjnych. Oznacza to również, że nie można przewidzieć jak długo choroba będzie trwała od momentu jej rozpoznania.

Jak częste jest występowanie tej choroby?

MIZS jest chorobą rzadką, dotyczy 80 – 100 zachorowań na 100000 dzieci.

Jaka jest przyczyna MIZS?

Nasz własny układ odpornościowy chroni nas przed działaniem czynników infekcyjnych (wirusów i bakterii). Jest on zdolny rozróżniać czynniki obce i potencjalnie niebezpieczne od własnych nieszkodliwych.

Uważa się, że przewlekłe zapalenie stawów wynika z nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej w związku z nieznanym defektem w układzie odpornościowym. Defekt ten powoduje traktowanie własnych tkanek jako obce i niszczenie struktur stawowych.

Z tego powodu choroby te są nazwane „autoimmunizacyjnymi” co oznacza, że układ odpornościowy działa przeciwko własnym komórkom i narządom. Jednak nadal nie są wyjaśnione wszystkie mechanizmy doprowadzające do rozwoju MIZS jak i większości przewlekłych zapalnych chorób u ludzi.

Czy jest to choroba dziedziczna?

MIZS nie jest chorobą dziedziczną bezpośrednio przechodzącą od rodziców do dzieci. Istnieją jednak pewne czynniki genetyczne predysponujące do występowania choroby. Wszyscy naukowcy są zgodni, że jest to choroba wieloczynnikowa będąca wynikiem predyspozycji genetycznej i wpływu czynników środowiskowych (prawdopodobnie infekcji). Nawet gdy istnieje predyspozycja genetyczna bardzo rzadko obserwuje się tę chorobę u dwojga dzieci w rodzinie.

Jak się ją rozpoznaje?

MIZS jest rozpoznawane gdy rozpoczyna się przed 16 rokiem życia, zapalenie stawów trwa ponad 6 tygodni (należy wykluczyć przelotne zapalenie stawów towarzyszące infekcjom wirusowym), a przyczyna jego jest nieznana (co znaczy, że wszystkie inne choroby w przebiegu, których następuje zapalenie stawów, muszą być wykluczone).

Tak więc termin MIZS obejmuje wszystkie postaci utrzymującego się zapalenia stawów nieznanego pochodzenia, o początku w wieku dziecięcym. Rozróżnia się różne postaci zapalenia stawów (patrz poniżej).

Warunkiem rozpoznania MIZS jest obecność utrzymującego się zapalenia stawów i staranne wykluczenie innych chorób (na podstawie wywiadu, badania klinicznego i badań laboratoryjnych).

Co dzieje się ze stawami?

Błona maziowa otaczająca staw, zwykle bardzo cienka, ulega pogrubieniu, jest nacieczona komórkami zapalnymi, a ich liczba w płynie stawowym znacznie wzrasta. To powoduje obrzęk, ból i ograniczenie ruchomości. Charakterystycznym objawem zapalenia stawów jest sztywność, występująca po dłuższym unieruchomieniu, szczególnie wyraźna rano (sztywność poranna).

Często dzieci próbują zmniejszyć ból ustawiając staw w pozycji pomiędzy zgięciem a wyprostem; ta pozycja nazwana jest „przeciwbólową”, dla podkreślenia faktu, że jest ona najkorzystniejsza dla zmniejszenia bólu.

Przy braku właściwego leczenia zapalenie stawu może doprowadzić do uszkodzenia poprzez dwa mechanizmy:

- a) błona maziowa może ulec znacznemu pogrubieniu (z tworzeniem łuszczyki) i poprzez uwolnienie wielu substancji powodować powstanie nadżerek chrząstki stawowej i kości.
- b) utrzymywanie się w/w „przeciwbólowej” pozycji powoduje zaniki, napięcie lub przykurcze mięśni i tkanek miękkich co doprowadza do zniekształceń.

Czy są różne typy choroby?

Są różne postaci MIZS. Odróżnia się je na podstawie obecności lub braku objawów uogólnienia takich jak gorączka, wysypka, zapalenie osierdzia (uogólnione MIZS) i liczby zmienionych zapalnie stawów (postać wielostawowa lub z zajęciem niewielu stawów). Pierwszych 6 miesięcy choroby uznaje się za początek MIZS, który określa postać choroby.

NIZS o początku uogólnionym poza zapaleniem stawów charakteryzuje się obecnością objawów uogólnienia (uogólnienie oznacza zajęcie procesem chorobowym różnych narządów). Objawami uogólnienia są wysokie, heptyczne gorączki, którym często towarzyszą drobnoplamiste, różowe wysypki skórne. Mogą również występować bóle mięśni, powiększenie wątroby, śledziony, węzłów chłonnych, zapalenie błon surowiczych - opłucnej lub osierdzia. Zapalenie stawów, zazwyczaj dotyczące wielu stawów (5 lub więcej) może być obecne od początku choroby lub rozwijać się później. Choroba może wystąpić w każdym wieku.

U około połowy chorych objawy uogólnienia procesu, z czasem ulegają złagodzeniu – co jest dobrym rokowaniem. U innych przy ustępowaniu objawów uogólnienia dominuje zapalenie stawów. U niektórych pacjentów zarówno objawy uogólnienia jak i czynne zapalenie stawów utrzymują się długotrwale.

Uogólnione MIZS występuje u ok. 10% chorych, jest typowe dla wieku rozwojowego, rzadko obserwuje się je u dorosłych.

MIZS o początku wielostawowym charakteryzuje się zajęciem w ciągu pierwszych 6 miesięcy choroby co najmniej 5 stawów i brakiem objawów uogólnienia. W zależności od obecności lub braku we krwi autoprzeciwciał zwanych czynnikiem reumatoidalnym (RF) rozróżnia się dwie podgrupy: RF ujemny i RF dodatni.

1) postać wielostawowa seropozytywna (RF+) – jest rzadka u dzieci (< 5% chorych). Odpowiada ona reumatoidalnemu zapaleniu stawów (rzs) u dorosłych z obecnością RF najczęściej (najczęstsze przewlekłe zapalenie stawów w wieku dorosłym). Postać ta charakteryzuje się początkowo zajęciem symetrycznym drobnych stawów rąk i stóp, a w dalszym przebiegu innych stawów; znacznie częściej dotyczy płci żeńskiej zazwyczaj powyżej 10 roku życia. Jest to często ciężka postać zapalenia stawów.

2) postać wielostawowa seronegatywna (RF -) – dotyczy 15 – 20% chorych. Może występować w każdym wieku. Jest postacią heterogenną, być może zawiera różne jednostki chorobowe, co warunkuje różne rokowanie.

MIZS o początku z zajęciem niewielu stawów charakteryzuje się w pierwszych 6 miesiącach choroby zapaleniem mniej niż 5 stawów, bez utrzymujących się objawów ogólnych. Proces zapalny zazwyczaj dotyczy dużych stawów (np. kolanowych lub łokciowych) niesymetrycznie. Niekiedy zajęty jest tylko jeden staw (postać jednostawowa). W niektórych przypadkach po pierwszych 6 miesiącach proces chorobowy obejmuje 5 i więcej stawów – ta postać nosi nazwę rozszerzającej się postaci skąpostawowej.

Postać z zajęciem niewielu stawów zazwyczaj rozpoczyna się przed 6 rokiem życia i występuje częściej u dziewcząt. Przy właściwym leczeniu, u chorych z przebiegiem nielicznostawowym rokowanie jest zwykle pomyślne, natomiast jest niepewne u pacjentów, u których rozwija się uszkodzenie wzroku. U części chorych może dojść do poważnego powikłania – zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej, która poprzez naczynia krwionośne odżywia oko. Przedni odcinek błony naczyniowej jest utworzony przez tęczęwkę (iris) i ciało rzęskowe. Stan zapalny tej części nosi nazwę przewlekłego zapalenia błony naczyniowej (uveitis anterior chronica) lub przewlekłego zapalenia tęczęwki i ciała **rzęskowego (iridocyclitis chronica)**.

Nierozpoznane i nie leczone postępujące zapalenie naczyńki może stać się przyczyną ciężkiego uszkodzenia oka. Wczesne rozpoznanie tego powikłania ma więc ogromne znaczenie. Początkowo zapalenie przebiega bezobjawowo bez zaczerwienienia, bólu czy zaburzeń widzenia. Dlatego jest niezbędna kontrola okulistyczna (badania w lampie szczelinowej) co 3 miesiące. Postać z zajęciem niewielu stawów jest najczęstszą postacią MIZS (50% chorych). Obecne we krwi przeciwciała (ppj) często towarzyszą zapaleniu błony naczyniowej oka – co jest typowe u dzieci, a nie obserwowane u dorosłych.

Łuszczycowe zapalenie stawów

Charakteryzuje się ono towarzyszącymi zmianami łuszczycowymi. Łuszczyca jest chorobą skóry charakteryzującą się złuszcżającymi wykwitami skórnymi w obrębie łokci i kolan. Zmiany skórne mogą wyprzedzać zapalenie stawów lub rozwijać się później. Ta postać zapalenia stawów ma różny obraz kliniczny i rokowanie.

Zapalenie stawów z towarzyszącym zapaleniem przyczepów ścięgien.

Najczęściej stan zapalny dotyczy nielicznych zazwyczaj dużych, stawów kończyn dolnych z zapaleniem przyczepów ścięgien i więzadeł. Głównym umiejscowieniem bólu

jest stopa (okolice kości piętowej). Niekiedy u tych pacjentów dochodzi do ostrego zapalenia naczyńówki oka podobnie jak w postaci nielicznostawowej, ale z zaczerwienieniem, łzawieniem i nadwrażliwością na światło. Większość tych pacjentów ma obecny antygen zgodności tkankowej B₂₇ (HLA B₂₇). Ta postać MIZS dotyczy zazwyczaj chłopców w wieku 7 – 8 lat. Przebieg choroby jest różny. U niektórych pacjentów dochodzi do złagodzenia objawów, u innych proces chorobowy rozszerza się na stawy kręgosłupa, początkowo na stawy krzyżowo-biodrowe. Ta postać choroby zaliczana jest do grupy spondyloartropatii (ponieważ choroba dotyczy kręgosłupa) częściej występującej u dorosłych.

Co jest przyczyną przewlekłego zapalenia tęczówki? Jaki to ma związek z zapaleniem stawów?

Tak jak w zapaleniu stawów, zapalenie oka jest wynikiem nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej (autoimmunizacyjnej) uszkadzającej narząd wzroku. Dokładne mechanizmy nie są jeszcze poznane.

Powikłanie to występuje przede wszystkim u pacjentów w młodym wieku z nielicznostawową postacią MIZS i obecnością przeciwciał przeciw jądrowym (ppj). Powiązanie zmian w oczach z zajęciem stawów nie jest poznane. Należy pamiętać, że zapalenie stawów i zapalenie tęczówki mogą nie występować jednocześnie i badania w lampie szczelinowej muszą być wykonywane nawet gdy zapalenie stawów ulega remisji. Przebieg zapalenia błony naczyńówki oka charakteryzują okresy zaostrzeń niezależnych od aktywności zapalenia stawów. Zazwyczaj występuje po zapaleniu stawów i może być wykryte w tym samym czasie, najrzadziej poprzedza zapalenie stawów. Kiedy zapalenie tęczówki jest bezobjawowe często nie jest rozpoznawane we wczesnym okresie, ale dopiero gdy już zmiany zapalne są zaawansowane np. występują zaburzenia widzenia.

Czy choroba u dzieci różni się od dorosłych?

Zazwyczaj tak. Postać wielostawowa serododatnia (RF +) dotyczy ok. 70% chorych na rzs, a u ok. 5% pacjentów z MIZS. Postać z zajęciem niewielu stawów występuje u ok. 50% MIZS, a nie występuje u dorosłych. Postać uogólniona charakterystyczna dla wieku rozwojowego jest rzadka u dorosłych.

Jaki rodzaj badań laboratoryjnych jest niezbędny?

Pewne badania laboratoryjne są użyteczne w skojarzeniu z obrazem klinicznym, aby lepiej określić postać MIZS i wyłonić pacjentów z ryzykiem rozwoju powikłań jak zapalenie tęczówki.

Czynnik reumatoidalny (RF) jest autoprzeciwciałem, które jest obecne w wysokim mianie tylko w postaci wielostawowej MIZS, jako odpowiednika seropozytywnego rzs u dorosłych.

Przeciwciała przeciwjądrowe (ppj) są bardzo często obecne u pacjentów z wczesnym początkiem MIZS z zajęciem nielicznych stawów. Ich obecność stanowi duże ryzyko zapalenia naczyńówki oka, co nakazuje badanie okulistyczne w lampie szczelinowej co 3 miesiące.

HLA B₂₇ jest obecny w ponad 80% pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgien towarzyszącym zapaleniu stawów. W zdrowej populacji jego obecność stwierdza się w 5 – 8%.

Inne badania takie jak OB., białko C – reaktywne (CRP) są wskaźnikami ogólnymi aktywności stanu zapalnego i są przydatne w ocenie leczenia, ale przede wszystkim należy się opierać na ocenie objawów klinicznych. Zależnie od rodzaju leczenia należy u pacjenta wykonywać badania okresowe (jak morfologia, enzymy wątrobowe, badanie moczu itp.) dla oceny ewentualnych niepożądanych efektów leczenia.

Dla oceny postępu choroby oraz wyników postępowania terapeutycznego należy okresowo wykonywać badanie radiologiczne.

Jak się leczy MIZS?

Nie ma specyficznego leczenia MIZS. Celem leczenia jest przystosowanie dziecka do normalnego życia, zapobieganie uszkodzeniu stawów i narządów oczekując na spontaniczną poprawę choroby, która może wystąpić w różnym czasie. Leczenie polega przede wszystkim na stosowaniu leków hamujących objawy i/lub stan zapalny stawów, jak również na postępowaniu rehabilitacyjnym, które utrzymując ruchomość stawów zapobiega powstawaniu deformacji. Leczenie musi być kompleksowe i wymaga współpracy wielu specjalistów (pediatry-reumatologa, ortopedy, fizyko- i kinezyterapeuty, okulisty).

1) Niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są objawowymi lekami przeciwzapalnymi i przeciwgorączkowymi; objawowe to znaczy, że nie powodują ustępowania choroby, ale kontrolują objawy związane ze stanem zapalnym. Najczęściej stosowany jest naproksen i ibuprofen, aspiryna chociaż skuteczna i tania jest obecnie rzadziej używana ze względu na ryzyko objawów niepożądanych (uszkodzenia wątroby w uogólnionej postaci MIZS). Leki te są zazwyczaj dobrze tolerowane i objawy ze strony przewodu pokarmowego – najczęstszy objaw uboczny u dorosłych, nie są częste u dzieci. Jednoczesne stosowanie kilku NLPZ jest przeciwwskazane, ale przy braku efektu przy stosowaniu jednego preparatu można go zamienić na inny. Efekt leczenia zwykle pojawia się po paru tygodniach.

2) Iniekcje dostawowe są wskazane gdy zmiany zapalne z wysiękiem dotyczą jednego lub kilku stawów i/lub utrzymuje się przykurcz bólowy zagrażający trwałym zniekształceniem. Stosuje się długo działające preparaty glikokortykosteroidów (GK). Preferowany jest hexacetonid triamcinolonu o długotrwałym (zwykle kilkumiesięcznym) działaniu. Działanie ogólne tych preparatów jest niewielkie.

3) Leki „drugiego rzutu” są stosowane u dzieci z postępującym zapaleniem wielostawowym pomimo stosowanych NLPZ i iniekcji GK. Zazwyczaj stosuje się je razem z NLPZ, a działanie ich ujawnia się po kilku tygodniach a nawet miesiącach leczenia.

Lekiem pierwszego wyboru z tej grupy jest **metotreksat (MTX)** podawany w niskich dawkach 1 raz w tygodniu, u większości pacjentów z dobrym efektem. MTX ma działanie przeciwzapalne i u niektórych chorych powoduje ustąpienie objawów choroby. Zazwyczaj jest dobrze tolerowany, ale może powodować podwyższenie poziomu aminotransferaz. Możliwość wystąpienia objawów toksycznych wymaga monitorowania leczenia okresowymi badaniami laboratoryjnymi.

Równoczesne podawanie kwasu foliowego zmniejsza ryzyko wystąpienia objawów ubocznych.

Salazopiryna jest również skuteczna w leczeniu MIZS, ale może być gorzej tolerowana niż metotreksat. Brak jeszcze odległej oceny wprowadzanych niedawno leków takich jak **cyklosporyna lub leflunomid**.

Dotychczasowe doświadczenia w stosowaniu cyklosporyny wykazały jej skuteczność w leczeniu zespołu aktywacji makrofagów będących potencjalnym zagrażającym życiu powikłaniem MIZS. Jest to ciężkie, często zagrażające życiu powikłanie uogólnionej postaci MIZS, będące wynikiem nasilającego się procesu zapalnego. Natomiast obecnie brak informacji o skuteczności leflunomidu u dzieci.

W ostatnich latach powstały nowe możliwości terapeutyczne związane z wprowadzeniem do leczenia preparatów anty TNF, leków wybiórczo blokujących czynnik martwicy nowotworów (TNF). TNF jest głównym mediatorem procesu zapalnego. Leki te stosowane same lub jednocześnie z MTX są skuteczne u większości pacjentów. Efekt ich działania jest szybki przy dużym, jak dotąd, bezpieczeństwie ich stosowania. Konieczne są jednak długotrwałe obserwacje dla oceny ewentualnych odległych skutków niepożądanych. Leki te są bardzo drogie. Wszystkie leki drugiego rzutu muszą być stosowane pod ścisłą kontrolą lekarską.

4) Glikokortykosteroidy (GK) mają bardzo silne działanie przeciwzapalne, ale ich długotrwałe stosowanie jest ograniczone ze względu na znaczne objawy niepożądane jak np. osteoporoza i opóźnienie wzrostu. Są one jednak niezbędne w leczeniu objawów ogólnych nie poddających się innym metodom leczenia, ciężkich powikłań z zagrożeniem życia, a także w terapii „pomostowej” w oczekiwaniu na efekt działania leków drugiego rzutu.

GK są również stosowane miejscowo w leczeniu zapalenia błony naczyniowej oka. W zaawansowanych zmianach zapalnych podaje się je również pozagałkowo. Niekiedy stan narządu wzroku jest wskazaniem do ogólnego podania GK.

5) Leczenie ortopedyczne obejmuje operacyjne zabiegi rozluźniające na tkankach miękkich u chorych z przykurczami z ograniczeniem ruchomości. Endoprotezoplastyka jest koniecznością w przypadkach znacznego zniszczenia stawów.

6) Rehabilitacja jest podstawową częścią leczenia. Polega ona na prowadzeniu odpowiednich ćwiczeń, niekiedy konieczne jest stosowanie łusek korekcyjnych zabezpieczających właściwe ustawienie. Leczenie to powinno być wprowadzone jak najwcześniej, a celem jego jest utrzymanie lub poprawa ruchomości stawów, zapobieganie zanikom i przykurczom mięśni jak również powstawania zniekształceń.

Jakie są główne uboczne objawy niepożądane leczenia?

Leki stosowane w terapii MIZS są zazwyczaj dobrze tolerowane. Objawy ze strony przewodu pokarmowego są najczęstszymi ubocznymi efektami stosowania NLPZ (które powinny być podawane z pożywieniem) częściej u dorosłych niż u dzieci. Mogą one być również powodem wzrostu w surowicy poziomu enzymów wątrobowych, ale nie są to częste przypadki poza stosowaniem aspiryny.

MTX jest również dobrze tolerowany niekiedy występują nudności i wymioty. Ważnym jest wykonywanie okresowo badań laboratoryjnych (morfologia, enzymy wątrobowe itp.). Najczęściej stwierdza się wzrost enzymów wątrobowych, który ulega normalizacji przy przerwaniu lub zmniejszeniu dawki MTX. Równoczesne stosowanie kwasu

foliowego zmniejsza możliwość hepatotoksyczności leku. Zdarzają się sporadycznie objawy uczulenia na metotreksat.

Objawy nietolerancji Salazopiryny nie występują często; zazwyczaj stwierdza się zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, wzrost enzymów wątrobowych (uszkodzenie wątroby), leukopenię (zmniejszenie liczby krwinek białych zwiększające ryzyko infekcji) lub wysypki skórne. Podobnie jak przy leczeniu Mtx konieczne są okresowe badania laboratoryjne.

Preparaty anty-TNF są zazwyczaj dobrze tolerowane. Konieczna jest stała, staranna kontrola odnośnie wystąpienia poważnych infekcji.

Długotrwałe leczenie GK w znaczących dawkach niesie możliwość poważnych objawów niepożądanych jak ograniczenie wzrostu i osteoporoza. GK w dużych dawkach wzmagają apetyt, co jest powodem otyłości posterydowej. Konieczna jest edukacja dziecka i rodziny odnośnie właściwej diety niskokalorycznej.

Jak długo powinno trwać leczenie?

Powinno ono trwać tak długo jak utrzymuje się choroba, a czas jej trwania jest nieprzewidywalny; u większości chorych na MIZS po kilku lub kilkunastu latach dochodzi do spontanicznej poprawy. Przebieg MIZS charakteryzuje się okresami złagodzeń i zaostrzeń co prowadzi do znacznych zmian w leczeniu. Całkowite zaprzestanie leczenia jest możliwe po długotrwałym i całkowitym ustąpieniu czynnych objawów choroby (remisja).

Jak często i jak długo powinny być prowadzone kontrolne badania oczu w lampie szczelinowej?

U pacjentów z czynnikami ryzyka (obecne ppj) badania w lampie szczelinowej powinny być przeprowadzane co 3 miesiące. Jeżeli jest obecne zapalenie błony naczyniowej oka kontrole muszą być częstsze, zależnie od ciężkości procesu zapalnego.

Ryzyko wystąpienia zapalenia naczyńówki z czasem się zmniejsza, ale również może wystąpić wiele lat od początku zapalenia stawów i dlatego ostrożnie jest kontrolować stan oczu nawet kilka lat po ustąpieniu zapalenia stawów.

Ostre zapalenie błony naczyniowej oka występuje u pacjentów z zapaleniem stawów i przyczepów ścięgien jest pełnoobjawowe (ból, zaczerwienienie, fotofobia) i nie wymaga częstego badania w lampie szczelinowej dla wczesnego rozpoznania.

Jak długo trwa i jakie jest rokowanie zapalenia stawów?

Rokowanie zapalenia stawów zależy od ciężkości procesu, postaci MIZS oraz wczesnego i odpowiedniego leczenia. Uległo ono znacznej poprawie w ciągu ostatnich 10 lat w wyniku postępu metod leczniczych.

Rokowanie w uogólnionym MIZS jest różne. U około połowy pacjentów proces zapalny dotyczy niewielu stawów, a choroba przebiega z okresowymi zaostrzeniami; w dalszym przebiegu często dochodzi do spontanicznej poprawy. Inna grupa chorych ma utrzymujące się zapalenie stawów, podczas gdy objawy uogólnienia mają tendencję do ustępowania z upływem czasu; u części chorych dochodzi do zmian destrukcyjnych w stawach. Ostatecznie u niewielkiej grupy chorych obserwuje się utrzymywanie objawów uogólnienia z czynnym zapaleniem stawów – ta grupa chorych ma najgorsze rokowanie z

możliwością rozwoju skrobiawicy, ciężkiego powikłania wymagającego leczenia immunosupresyjnego.

Wielostawowa, serododatnia (RF +) postać MIZS często przebiega z postępującym zapaleniem stawów doprowadzającym do ciężkich zmian destrukcyjnych.

Wielostawowa, seroujemna (RF -) postać MIZS jest niejednorodna zarówno w prezentacji objawów klinicznych jak i przebiegu. Zazwyczaj prognoza jest lepsza niż w grupie serododatniej, wielostawowej postaci MIZS, ale u ok. ¼ chorych dochodzi do znacznego uszkodzenia stawów.

W postaci MIZS z zajęciem niewielu stawów rokowanie co do układu ruchu jest dobre, o ile proces nie ulega rozszerzeniu na wiele stawów – u tych ostatnich rokowanie jest podobne jak w postaci wielostawowej, seroujemnej MIZS.

Większość pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów ma przebieg choroby podobny do postaci z zajęciem niewielu stawów, ale obserwuje się u nich częstsze przejście w postać wielostawową.

U chorych ma MIZS z towarzyszącą entezopatią proces chorobowy może z czasem ustępować lub ulegać pogorszeniu – rozwijając zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych. Jak dotąd brak klinicznych i laboratoryjnych wskaźników pozwalających we wczesnym okresie choroby przewidzieć jej dalszy przebieg. Poznanie czynników prognostycznych pozwoliłoby na kwalifikację pacjentów do wczesnego leczenia agresywnego.

A co z zapaleniem błony naczyniowej oka?

Zapalenie błony naczyniowej oka nie leczone może prowadzić do ciężkich powikłań jak zmętnienie soczewki oka (zaćma) lub ślepota. Jednak wprowadzenie wczesnego leczenia zazwyczaj daje bardzo dobre wyniki. Głównym czynnikiem warunkującym rokowanie jest jak najwcześniejsze rozpoznanie.

Czy wolno u chorych przeprowadzać szczepienia ochronne?

Jeżeli pacjent jest leczony immunosupresyjnie (GK MTX, anty-TNF i in.) szczepienie żywymi, atenuowymi, szczepionkami wirusowymi (takimi jak przeciw-różyczkowe, przeciw-odrowe, przeciw-świnkowe, przeciw-polio Sabin i BGG) musi być wstrzymane ze względu na możliwość infekcji w związku z obniżeniem odporności. Szczepionki zawierające jedynie białka infekcyjne (przeciw-tężcowe, przeciw-błonicze, przeciw-polio Salk, przeciw-hepatitis B, przeciw-krztuścowe, pneumokokowe, haemophilus, meningokokowe) mogą być stosowane, jakkolwiek teoretycznie szczepienia mogą być nieskuteczne ze względu na leczenie immunosupresyjne.

Czy dieta może mieć wpływ na przebieg choroby?

Obecnie nie ma danych wskazujących na wpływ diety na chorobę. Dieta powinna być zrównoważona, odpowiednia do wieku dziecka. Należy unikać przekarmienia pacjentów leczonych GK, które wzmagają łaknienie.

Czy klimat ma wpływ na przebieg choroby ?

Nie ma danych wskazujących na wpływ klimatu na objawy choroby.

Czy dozwolone jest uprawianie sportu?

Uprawianie sportu należy do podstawowych funkcji życiowych zdrowego dziecka. Jednym z celów leczenia MIZS jest doprowadzenie pacjenta, najbardziej jak to możliwe, do prowadzenia normalnego trybu życia na równi z rówieśnikami. Ogólną tendencją jest pozwolenie dziecku na uprawianie sportu w granicach wydolności bólowej stawów. Wychodzi się z założenia, że niewielki uraz mechaniczny jest mniej szkodliwy niż szkoda psychiczna związana z zakazem zabaw z kolegami. Należy dziecko zachęcić do aktywności i wyboru zajęć sportowych, w których uraz mechaniczny jest maksymalnie ograniczony – np. pływanie lub jazda na rowerze.

Czy dziecko może normalnie uczęszczać do szkoły?

Ogromnie ważne jest uczęszczanie chorego dziecka do szkoły. Istnieje jednak kilka czynników stwarzających problemy: trudności w poruszaniu się, mniejsza odporność na zmęczenie, ból i sztywność stawów. Konieczny jest dobry kontakt z nauczycielami – zapewnienie dziecku właściwego miejsca do nauki (stół, odpowiednie krzesło) możliwość ruchu podczas zajęć szkolnych dla zmniejszenia sztywności stawów, pomoc w razie trudności w pisaniu. O ile to możliwe dziecko powinno brać udział w lekcjach wychowania fizycznego z zastrzeżeniem jak wymieniono powyżej.

Szkoła dla dziecka, tak jak praca dla dorosłych, jest miejscem nauki samodzielności i niezależności. Rodzice i nauczyciele powinni umożliwić choremu dziecku uczestniczenie w aktywnym życiu szkoły, w osiąganiu sukcesów, a także dbać o dobre kontakty z rówieśnikami i dorosłymi, aby uzyskać akceptację dziecka przez otoczenie.

Czy dziecko będzie miało normalne, dorosłe życie?

Jest to jeden z głównych celów leczenia i u większości dzieci jest on osiągnięty. Terapia MIZS w ostatnich latach uległa znakomitej poprawie i pewnym jest, że w najbliższej przyszłości będą do dyspozycji nowe leki. Połączenie leczenia farmaceutycznego i rehabilitacji u większości chorych umożliwi zapobieganie uszkodzeniu stawów.

Dużą uwagę przywiązuje się do stanu psychicznego dziecka i rodziny. Przewlekłe choroby takie jak MIZS, są trudnym wyzwaniem dla całej rodziny, tym większym im cięższy jest stan chorego. Dla dziecka trudnym psychicznie będzie dźwiganie ciężaru choroby bez pomocy rodziców. Rodzice często są nadopiekuńczy i całkowicie chcą odciążyć dziecko od problemów codziennych. Może to być przyczyną poczucia niższości wpływającego na samopoczucie dziecka, co może być większym problemem niż zapalenie stawów.

Pozytywne myślenie rodziców, którzy podtrzymują psychicznie i dodają odwagi dziecku w osiągnięciu jak największej niezależności pozwala uniknąć trudności związanych z chorobą, osiągnąć pomyślne kontakty z rówieśnikami i osobistą równowagę. Kiedy rodzice nie mogą podołać ciężarowi choroby konieczne jest wspomaganie psychologiczne.