



[www.pediatric-rheumatology.printo.it](http://www.pediatric-rheumatology.printo.it)

## JUVENILNI IDIOPATSKI ARTRITIS

### **Kaj je to?**

Juvenilni idiopatski artritis (JIA) je kronična bolezen, za katero je značilno dolgotrajno vnetje sklepov. Značilni znaki sklepnega vnetja so bolečina, oteklina in omejena gibljivost v sklepu. Idiopatski pomeni, da ne poznamo natančnega vzroka bolezni, juvenilni pa v tem primeru pomeni, da se simptomi bolezni pojavijo pred 16. letom starosti.

### **Kaj pomeni, da je bolezen kronična?**

Za bolezen rečemo, da je kronična, ko pravilno zdravljenje ne privede do takojšnje ozdravitve, vendar izboljša simptome in izvide laboratorijskih preiskav. To tudi pomeni, da je ob postavitvi diagnoze nemogoče napovedati, kako dolgo bo otrok bolan.

### **Kako pogosta je ta bolezen?**

JIA je redka bolezen, ki prizadene približno 80-90 otrok na 100.000 otrok.

### **Kaj je vzrok bolezni?**

Imunski sistem nas normalno varuje pred okužbami (virusnimi in bakterijskimi). Sposoben je ločiti, kaj je našemu telesu tuje in nevarno (to uniči) in kaj je nenevarno in telesu lastna snov.

Domnevamo, da je kronični artritis posledica nepravilnega imunskega odziva (zaradi neznanega vzroka), ki deloma izgubi sposobnost ločevanja med tujim in lastnim ter zato napade sestavine lastnih sklepov.

Zaradi tega bolezni, kot je JIA, imenujemo avtoimunske bolezni, kar pomeni, da imunski sistem deluje proti organom lastnega telesa.

Natančni mehanizem, ki povzroča JIA in večino drugih kroničnih vnetnih bolezni, še ni znan.

### **Ali je bolezen dedna?**

JIA ni dedna bolezen, ker se ne prenaša neposredno s staršev na njihove otroke. Nekateri genetski kazalci, ki še vedno v veliki meri niso odkriti, kažejo na povečano nagnjenost k razvoju bolezni. Za razvoj bolezni mora biti prisotnih več dejavnikov, kar pomeni, da je bolezen posledica sočasnega vpliva tako dedne nagnjenosti, kot izpostavljenosti določenim dejavnikom iz okolja (verjetno okužbam). Tudi kadar je v družini genetska nagnjenost za razvoj bolezni, le redko zbolita dva otroka iz iste družine.

### **Kako postavimo diagnozo bolezni?**

Diagnozo JIA postavimo, če se bolezen začne pred 16. letom starosti, če vnetje v sklepih (artritis) traja dlje kot 6 tednov (s tem izključimo prehodne artritise, ki se lahko pojavijo po virusnih okužbah) in če je vzrok sklepnega vnetja neznan (izključiti je potrebno vse ostale znane bolezni, ki lahko povzročijo artritis).

Z drugimi besedami, z izrazom JIA označujemo vse oblike dolgotrajnega artritisa, pri katerih ne poznamo vzroka in ki se začnejo v otroštvu. JIA predstavlja večjo skupino bolezni, znotraj katere ločimo več različnih oblik artritisa (glej spodaj).

Diagnozo JIA postavimo pri dolgotrajnem, stalnem artritisu, kjer smo z natančno anamnezo, kliničnim pregledom in laboratorijskimi preiskavami izključili ostale bolezni.

### **Kaj se zgodi s sklepi?**

Sinovijalna ovojnica, ki obdaja sklepe in je ponavadi zelo tanka, postane pri vnetju debelejša in prežeta z vnetnimi celicami, poleg tega pa se poveča tudi količina sklepne - sinovijalne tekočine. To povzroči oteklino, bolečino in omejeno gibljivost v sklepu. Značilni znak sklepnega vnetja je okorelost sklepov, ki se pojavi po daljšem počitku in je najbolj izrazita zjutraj – jutranja okorelost.

Otrok pogosto poskuša zmanjšati bolečino s tem, da drži sklep v nevtralnem položaju med iztegnjeno in skrčeno lego. To imenujemo “antalglični položaj”, ker je v tem položaju bolečina v sklepu najmanjša.

Če sklepnega vnetja ne zdravimo pravilno, lahko pride do okvare preko dveh mehanizmov:

a) sinovijalna ovojnica postane zelo zadebeljena (nastane tako imenovani sinovijalni panus) in zaradi sproščanja različnih snovi, povzroči nastanek razjed na sklepnem hrustancu in na kosti.

b) dolgotrajno držanje sklepa v antalgličnem položaju povzroči oslabelelost mišic ter prekomerno raztegnitev ali skrčenje mišic in mehkih tkiv, kar vodi v deformacijo sklepa v skrčenem položaju.

### **Ali obstajajo različne oblike bolezni?**

Obstaja več različnih oblik JIA. Med seboj se razlikujejo po prisotnosti sistemskih znakov, kot so vročina, kožni izpuščaji, vnetje osrčnika (pri sistemskem JIA) in po številu prizadetih sklepov (oligoartikularna ali poliartrikularna oblika JIA). Obliko JIA dokončno opredelimo šele po prvih 6. mesecih od začetka bolezni.

**Sistemska oblika JIA.** Značilno za to obliko bolezni je, da so poleg artritisa prisotni še sistemski znaki (sistemsko pomeni, da so lahko prizadeti različni notranji organi). Glavni sistemski znak je visoka vročina, ki se pojavlja v značilnih vrhovih. Povišanju temperature je pogosto pridružen rožnat kožni izpuščaj. Pogosto se pojavljajo tudi mišična bolečina, povečana jetra, vranica ali bezgavke ter vnetje osrčnika (perikarditis) in membrane okoli pljuč (plevritis). Artritis, ki je ponavadi poliartrikularen (prizadetih je pet ali več sklepov), je običajno prisoten že na začetku bolezni, lahko pa se pojavi pozneje. Bolezen lahko prizadene otroke različnih starosti.

Pri približno polovici bolnikov, kjer so bolj izraženi sistemski znaki, je dolgoročna prognoza dobra. Pri drugi polovici bolnikov sistemski znaki sčasoma izzvenijo, vse težja pa postaja prizadetost s strani sklepov. Pri redkih otrocih iz te skupine vztrajajo sočasno sistemski znaki in prizadetost sklepov.

Sistemska oblika JIA predstavlja manj kot 10% vseh bolnikov z JIA. Značilna je za otroško obdobje in jo le redko vidimo pri odraslih.

**Poliartikularna oblika JIA.** Pri poliartikularni obliki je že v prvih 6. mesecih bolezn prizadetih 5 ali več sklepov. Bolezen običajno ne spremljajo izraziti sistemski znaki. Glede na prisotnost avtoprotiteles v krvi, ki jih imenujemo revmatoidni faktor (RF), ločimo dva podtipa bolezn: RF pozitivno in RF negativno.

1) RF pozitivna poliartikularna oblika JIA. Ta oblika JIA je redka pri otrocih (manj kot 5% vseh bolnikov z JIA). Poteka podobno kot RF pozitivni revmatoidni artritis pri odraslih (najpogostejša oblika kroničnega artritisa pri odraslih). Pri tej obliki pride najprej do obojestranske prizadetosti malih sklepov rok in nog, kasneje pa se bolezen razširi še na druge sklepe. Veliko pogosteje se pojavlja pri deklicah, prične pa se ponavadi po 10. letu starosti. Pogosto poteka s hudo obliko artritisa.

2) RF negativna poliartikularna oblika JIA. V to skupino sodi 15-20% vseh bolnikov z JIA. Ta oblika JIA ima lahko zelo različen potek in različno prognozo, tako da verjetno vključuje različne vrste bolezn. Pojavi se lahko pri vseh starostih.

**Oligoartikularna oblika JIA.** Pri oligoartikularni obliki je v prvih 6. mesecih bolezn prizadetih manj kot 5 sklepov, običajno brez sistemskih znakov. Bolezen prizadene predvsem večje sklepe (kot sta koleno ali gleženj), običajno le enostransko. Včasih je prizadet samo en sklep (monoartikularna oblika). Pri nekaterih bolnikih se po prvih 6. mesecih bolezen razširi na 5 ali več sklepov; takšno obliko bolezn imenujemo razširjeni oligoartritis.

Oligoartikularna oblika JIA se običajno začne pred 6. letom starosti in je pogostejša pri deklicah. Če ostane bolezen omejena le na nekaj sklepov, je dolgoročna prognoza bolezn ob ustreznem zdravljenju dobra. Dolgoročna prognoza pri razširjenem oligoartritisu je različna.

Pri določenem deležu bolnikov se lahko razvijejo pomembni zapleti s strani oči, kot je vnetje sprednjega dela žilnice (anteriorni uveitis). Žilnica je struktura v očesu, ki jo sestavljajo številne drobne krvne žile in je pomembna za dotok krvi v oko. Sprednji del žilnice sestavljata šarenica (iris) in ciliarnik, zato očesno vnetje imenujemo kronični anteriorni uveitis ali **kronični iridociklitis**.

Če vnetja v očesu ne prepoznamo ali pa ga nepravilno zdravimo, lahko povzroči težko okvaro vida. Najpomembnejša za uspešno zdravljenje je zgodnja prepoznavna bolezn. Pri anteriornem uveitisu oko ne postane rdeče in otrok pogosto ne toži o motnjah vida, zato starši in zdravnik bolezen na začetku ne morejo prepoznati in jo lahko spregledajo. Da bolezen zgodaj odkrijemo so potrebni redni kontrolni pregledi vsake tri mesece pri okulistu, ki s pomočjo posebne špranske svetilke opravi natančen pregled očesa.

Oligoartritis je najpogostejša oblika JIA (50% bolnikov). Prisotnost ANA protiteles (glej laboratorijske preiskave) in uveitisa v povezavi z artritism je značilna bolezen otroškega obdobja in se ne pojavlja v odrasli dobi.

**Psoriatični artritis.** Zanj je poleg artritisa značilna prisotnost luskavice ali pa nekaterih znakov, ki se pojavljajo pri luskavici. Luskavica je kožna bolezen, pri kateri se pojavljajo drobno luščiče spremembe na koži, predvsem v predelu komolcev in kolen. Kožna bolezen se lahko začne pred pojavom artritisa ali pa se pojavi kasneje kot artritis.

Psoriatični artritis ima zelo raznolik potek, z različno izraženimi kliničnimi znaki in različno dolgoročno prognozo.

**Artritis povezan z entezitizmom.** Pri tej obliki bolezni se poleg oligoartritisa, ki prizadene predvsem velike sklepe spodnjih okončin, značilno pojavlja tudi entezitis. Entezitis je vnetje na mestih, kjer se kite priraščajo na kost. Najpogosteje se entezitis in bolečine povezane z njim pojavljajo na nogi, predvsem za in pod peto. Včasih se pri teh bolnikih pojavi akutni anteriorni uveitis, pri katerem se, drugače kot pri oligoartikularni obliki JIA, pojavi tudi rdeče oko, solzenje in povečana občutljivost za svetlobo. Večina bolnikov ima v izvidih laboratorijskih preiskav pozitiven antigen HLA – B27. Bolezen prizadene predvsem dečke po 7-8. letu starosti. Potek bolezni je različen. Pri nekaterih bolnikih se bolezen umiri, pri drugih pa se kasneje razširi in prizadene hrbtenico. Običajno sta najprej prizadeta sakroiliakalna sklepa (sklepa v predelu križa). V teh primerih bolezni sodi v skupino spondiloartropatij, ki prizadenejo hrbtenico in se pogosteje pojavljajo pri odraslih.

### **Kaj povzroča kronični iridociklitis? Ali obstaja povezava z artritisom?**

Podobno kot artritis je tudi vnetje oči posledica nepravilnega imunskega odziva, ki se usmeri proti lastnemu očesu (avtoimunski odziv). Natančen mehanizem bolezni še ni znan.

Iridociklitis se največkrat pojavi pri bolnikih z oligoartikularno obliko JIA, posebej pri mlajših bolnikih, ki imajo v izvidih laboratorijskih preiskav pozitivna protijedrna protitelesa (antinuklearna protitelesa - ANA).

Natančne povezave med vnetjem očesa in artritisom ne poznamo. Artritis in vnetje oči ne potekata vedno sočasno, zato so potrebni redni kontrolni pregledi oči s špranjsko svetilko tudi v času, ko je stanje s strani sklepov umirjeno. Za iridociklitis so značilni občasni zagoni, ki se pojavljajo neodvisno od poteka artritisa.

Običajno se iridociklitis pojavi kasneje kot artritis ali pa se pojavita hkrati. Redko se iridociklitis razvije pred artritisom, pri čemer pride do najhujše prizadetosti s strani oči, ker je bolezen sprva asimptomatska (brez kliničnih znakov) in jo prepoznamo šele takrat, ko se pojavijo težave zaradi motenj vida.

### **Ali je bolezen pri otrocih različna kot pri odraslih?**

Večinoma da. Poliartikularna RF pozitivna oblika artritisa, ki jo ima 70% odraslih bolnikov z revmatoidnim artritisom, se pojavlja pri manj kot 5% otrok z JIA. Oligoartikularna oblika artritisa, ki jo ima 50% otrok z JIA, se v odrasli dobi ne pojavlja. Sistemski artritis je značilen za otroško obdobje in se le redko pojavi pri odraslih.

### **Katere preiskave so potrebne?**

Ob začetku bolezni so potrebne nekatere laboratorijske preiskave, ki v povezavi s kliničnimi znaki omogočajo boljšo opredelitev oblike JIA in pomagajo pri napovedi tveganja za razvoj nekaterih zapletov, kot npr. razvoj kroničnega iridociklitis.

**Revmatoidni faktor (RF)** je avtoprotitelo, ki je v visokih koncentracijah pozitivno samo pri poliartikularni obliki JIA, ki je v osnovi podobna bolezen kot RF pozitivni revmatoidni artritis pri odraslih.

**Protijedrna protitelesa (ANA)** so pogosto pozitivna pri otrocih z oligoartikularno obliko JIA, ki se začne v prvih letih življenja. Bolniki s pozitivnimi ANA imajo večjo verjetnost za razvoj kroničnega iridociklitis in morajo opravljati redne kontrolne preglede oči (vsake tri mesece) s špranjsko svetilko.

**HLA-B27** je celični označevalec, ki je pozitiven pri 80% bolnikov z artritidom in entezitidom. V splošni populaciji ga najdemo le pri 5-8% ljudi.

Preiskavi kot sta hitrost sedimentacije (SR) in vrednost C-reaktivnega proteina (CRP) kažeta na stopnjo vnetja in ju uporabljamo pri oceni uspešnosti zdravljenja. Za oceno uspešnosti zdravljenja je pri JIA sicer mnogo pomembnejša ocena bolnikovega kliničnega stanja, kot pa izvidi laboratorijskih preiskav.

Glede na vrsto zdravil, ki jih bolnik prejema, so potrebne redne laboratorijske preiskave (kot so hemogram, vrednost jetrnih encimov, pregled urina, itd.) zaradi možnih stranskih učinkov zdravil.

Z občasnimi rentgenskimi slikanji lahko ocenimo stopnjo napredovanja bolezni in morebitno potrebo po spremembi zdravljenja.

### **Kako zdravimo to bolezen?**

Specifičnega zdravila, s katerim bi pozdravili JIA ne poznamo. Z zdravljenjem poskušamo doseči čim bolj normalno življenje otroka in preprečiti okvaro sklepov ter notranjih organov. V večini primerov se bolezen po različno dolgem obdobju sama umiri, vendar je dolgoročni potek bolezni težko napovedati. Osnovni namen zdravljenja je preprečevati sistemsko vnetje in/ali vnetje sklepov ter z rehabilitacijskimi postopki ohranjati gibljivost sklepov in preprečevati nastanek deformacij.

Zdravljenje je zapleteno in zahteva sodelovanje različnih specialistov (pediatrični revmatolog, ortoped, fizioterapevt, delovni terapevt, okulist).

**1) Nesteroidni antirevmatiki (NSAR).** To so simptomatska zdravila, ki delujejo protivnetno in antipiretično (znižajo povišano telesno temperaturo). Simptomatska zdravila bolezni ne pozdravijo, učinkovito pa zavirajo simptome vnetja. Najpogosteje uporabljamo naproksen in ibuprofen. Aspirin je prav tako učinkovito in poceni zdravilo, vendar ga danes le redko uporabljamo zaradi možnih stranskih učinkov (ob visokih vrednostih aspirina v krvi se lahko pojavijo sistemski učinki, možna je okvara jeter predvsem pri sistemskem JIA). Ponavadi otroci NSAR dobro prenašajo. Težave s strani želodca, ki so najpogostejši stranski učinek pri odraslih, so pri otrocih redke. Sočasna uporaba več različnih vrst NSAR ni priporočljiva. Bolniki različno odgovorijo na zdravljenje z različnimi NSAR, kar pomeni, da je lahko zdravljenje z drugim NSAR uspešno, kljub temu, da je bilo prvo zdravilo neučinkovito. NSAR dosežejo največji učinek na umirjanje vnetja sklepov šele po nekaj tednih zdravljenja.

**2) Sklepne injekcije.** Uporabljamo jih, ko je prizadet le en ali manjše število sklepov in ko otrok stalno drži sklep v pokrčenem položaju (zaradi bolečine) in obstaja nevarnost nastanka deformacij. Zdravilo, ki ga vbrizgamo v sklep je dolgo delujoči steroidni pripravek. Največkrat uporabljamo triamcinolon heksacetamid, ki ima dolgotrajni učinek (ponavadi več mesecev) in minimalno absorpcijo v sistemski krvni obtok.

**3) Zdravila drugega reda.** Uvedemo jih otrokom, pri katerih vnetje sklepov napreduje kljub ustreznemu zdravljenju z NSAR in sklepnimi injekcijami. Zdravila drugega reda dodamo NSAR, ob tem pa nadaljujemo tudi zdravljenje s predhodno uvedenim NSAR. Večina zdravil drugega reda doseže največji učinek šele več tednov ali nekaj mesecev po uvedbi zdravljenja.

Prvo zdravilo iz te skupine je **metotreksat**, ki ga bolnik dobiva v nizkem odmerku enkrat tedensko. Metotreksat je učinkovit pri večini bolnikov. Deluje protivnetno, pri nekaterih bolnikih pa preko ne povsem pojasnenih mehanizmov lahko privede celo do popolne

umiritve bolezni. Ponavadi ga bolniki dobro prenašajo; najpogostejši stranski učinki so težave s strani želodca in povišanje vrednosti jetrnih encimov. Zaradi možnih stranskih učinkov so potrebne redne kontrolne laboratorijske preiskave.

Sočasno jemanje folne kisline (vitamin) zmanjša verjetnost nastanka stranskih učinkov metotreksata.

**Sulfasalazin** je prav tako učinkovit pri zdravljenju JIA, vendar ga bolniki slabše prenašajo kot metotreksat. Učinek zdravljenja s sulfasalazinom je mnogo slabše raziskan kot zdravljenje z metotreksatom.

Zaenkrat še niso bile opravljene natančne raziskave o učinkovitosti zdravil kot sta **ciklosporin** ali **leflunomid** pri JIA. Ciklosporin ima pomembno vlogo pri zdravljenju sindroma aktivacije makrofagov, ki ne odgovori na zdravljenje s kortikosteroidi. Sindrom aktivacije makrofagov je hud, življenje ogrožajoč zaplet sistemske oblike JIA, ki nastane zaradi obsežne, splošne aktivacije vnetnih procesov. Glede uporabe leflunomida pri otrocih obstaja izredno malo podatkov.

V zadnjih letih so se pojavile nove možnosti zdravljenja s tako imenovanimi **zdravili proti TNF**, ki zavirajo delovanje faktorja tumorske nekroze (TNF). TNF je zelo pomemben posrednik pri vnetnem procesu. Ta zdravila lahko uporabljamo samostojno ali pa v kombinaciji z metotreksatom in so pri večini bolnikov zelo učinkovita. Učinek teh zdravil se pokaže zelo hitro. Zdravila proti TNF imajo razmeroma malo stranskih učinkov, vendar je potrebno za natančnejšo oceno morebitnih dolgoročnih stranskih učinkov opraviti še raziskave v daljšem obdobju opazovanja. Kot vsa ostala zdravila drugega reda jih mora bolnik prejemati pod strogim zdravniškim nadzorom. Zdravila proti TNF so zelo draga zdravila.

**4) Kortikosteroidi.** Kortikosteroidi so najbolj učinkovita protivnetna zdravila, vendar je njihova dolgotrajna uporaba omejena zaradi resnih stranskih učinkov kot sta osteoporoza in zastoj rasti. Kljub temu so kortikosteroidi zdravilo izbora pri zdravljenju sistemskih znakov JIA, ki ne izzvenijo po ostalih zdravilih, za zdravljenje življenje ogrožajočih sistemskih zapletov in kot prehodno zdravilo za obdobje, ko čakamo, da se izrazi učinek zdravila drugega reda.

Lokalne steroide (kapljice za oči) uporabljamo pri zdravljenju iridociklitisov. V hujših primerih očesnega vnetja so potrebne peribulbarne steroidne injekcije ali sistemsko zdravljenje s kortikosteroidi.

**5) Ortopedsko zdravljenje.** Med ortopedskimi operacijami se pri JIA izvajajo predvsem vstavitve umetnih sklepov v primeru končne okvare sklepov in sprostitev mehkih tkiv pri permanentnih kontrakturah – trajno spremenjenih sklepih v pokrčenem položaju.

**6) Rehabilitacija.** Fizioterapija je nujen del zdravljenja. Vključuje primerne vaje za ohranjanje gibljivosti sklepa in v določenih primerih tudi uporabo opornic za preprečevanje nepravilnih položajev. Potreben je zgoden začetek in redna fizioterapevtska obravnava, če želimo ohraniti normalno gibljivost, preprečiti izgubo mišične moči in preprečiti, omejiti ali popraviti deformacije.

### **Kakšni so stranski učinki zdravil?**

Zdravila, ki jih uporabljamo za zdravljenje JIA, bolniki običajno dobro prenašajo. Težave s strani želodca so najpogostejši stranski učinek NSAR (zato jih morajo bolniki jemati s hrano), vendar so pri otrocih redkeje kot pri odraslih. NSAR lahko povzročijo povišane

vrednosti jetrnih encimov; ta zaplet je pogostejši pri jemanju aspirina, pri ostalih NSAR pa se redko pojavi.

Metotreksat otroci prav tako dobro prenašajo. Pojavijo se lahko prebavne težave kot so slabost in bruhanje. Pri zdravljenju z metotreksatom so potrebne redne kontrolne laboratorijske preiskave (hemogram, jetrni encimi, itd.), da pravočasno odkrijemo možne stranske učinke zdravila. Pri porastu vrednosti jetrnih encimov prehodno ukinemo zdravljenje ali pa znižamo odmerek metotreksata. Verjetnost stranskih učinkov na jetrih lahko zmanjšamo z rednim dajanjem folne kisline. Pojavijo se lahko tudi preobčutljivostne reakcije, vendar so razmeroma redke.

Tudi sulfasalazin otroci dobro prenašajo; najpogostejši stranski učinki so kožni izpuščaj, prebavne težave, povišane vrednosti jetrnih encimov (okvara jeter) in levkopenija (znižano število levkocitov v krvi, kar poveča nevarnost okužb). Podobno kot pri metotreksatu so tudi pri jemanju sulfasalazina potrebne redne kontrolne laboratorijske preiskave.

Zdravila proti TNF otroci običajno dobro prenašajo. Potrebno je natančno spremljanje bolnika zaradi nevarnosti hudih okužb.

Dolgotrajno zdravljenje s kortikosteroidi v velikih odmerkih povzroči številne pomembne stranske učinke kot so zastoj rasti in osteoporoza. Kortikosteroidi v velikih odmerkih lahko povzročijo povečanje apetita, kar vodi v debelost. Otroke je potrebno naučiti, da uživajo hrano, ki jih nasiti in ima hkrati nizko kalorično vrednost.

### **Kako dolgo traja zdravljenje?**

Zdravljenje je potrebno tako dolgo, dokler traja bolezen. Trajanja bolezní ne moremo napovedati; v večini primerov se JIA po nekaj letih spontano umiri. Za JIA je značilen potek z občasnimi izboljšanimi stanja in ponovnimi zagoni bolezní, pri čemer je potrebno sproti prilagajati terapijo. Popolnoma lahko prekinemo zdravljenje šele po dolgotrajni in popolni umiritvi bolezní.

### **Kako pogosto in koliko časa mora otrok opravljati kontrolne preglede oči s špranjsko svetilko?**

Bolniki z večjim tveganjem za razvoj iridociklitis (ANA pozitivni) morajo opravljati redne kontrolne preglede oči s špranjsko svetilko vsake tri mesece. Bolniki, ki so že zboleli z iridociklitisom, potrebujejo še pogostejše preglede, kar je odvisno od stopnje prizadetosti oči.

Tveganje za razvoj iridociklitis se s časom manjša, kljub temu pa se lahko iridociklitis pojavi še več let po začetku artritisa. Kontrolne preglede oči je smiselno opravljati tudi, če je artritis že izzvenel.

Akutni uveitis, ki se lahko pojavi pri bolnikih z artritisa in entezitisom, povzroča akutne težave (rdeče oko, bolečina, fotofobija), tako da za zgodnjo prepoznavo bolezní ni potrebno opravljati rednih kontrolnih pregledov s špranjsko svetilko.

### **Kakšna je dolgoročna prognoza artritisa?**

Dolgoročna prognoza artritisa je odvisna od teže bolezní, klinične oblike JIA in od začetka ter ustreznosti zdravljenja. V zadnjih desetih letih je prišlo do pomembnega napredka pri zdravljenju, ki je bistveno izboljšal dolgoročno prognozo teh bolnikov.

Sistemska oblika JIA ima različno prognozo. Približno polovica bolnikov ima malo znakov artritisa in občasne zagone sistemskih znakov bolezni; končna prognoza je pri tej skupini ponavadi dobra, ker bolezen pogosto preide v spontano ozdravitev. Za drugo polovico bolnikov je značilen dolgotrajen artritis, medtem ko se sistemski znaki z leti postopno umirjajo; pri tej skupini bolnikov lahko pride do hudih okvar sklepov. Pri zelo majhnem deležu bolnikov iz druge skupine poleg dolgotrajnega artritisa vztrajajo tudi sistemski znaki; ti bolniki imajo najslabšo prognozo in lahko razvijejo amiloidozo, ki je hud zaplet in zahteva imunosupresijsko zdravljenje.

Za RF pozitivno poliartikularno obliko JIA je značilen napredujoč artritis, ki lahko privede do hudih okvar sklepov.

RF negativna poliartikularna oblika JIA je bolezen, ki ima raznolik klinični potek in zato tudi različno prognozo. V splošnem je prognoza pri tej skupini boljša kot pri RF pozitivni poliartikularni obliki JIA; le pri eni četrtini bolnikov pride do hujših okvar sklepov.

Pri oligoartikularni obliki JIA je prognoza s strani sklepov dobra, če ostane artritis omejen na manjše število sklepov. Pri bolnikih, pri katerih se bolezen kasneje razširi na več sklepov, je dolgoročna prognoza podobna kot pri bolnikih z RF negativno poliartikularno obliko JIA.

Pri večini bolnikov s psoriatičnim artritidom bolezen poteka podobno kot oligoartikularna oblika JIA. Delež otrok, pri katerih se bolezen kasneje razširi na več sklepov, je pri psoriatičnem artritidu nekoliko večji kot pri oligoartikularni obliki JIA.

Artritis povezan z entezitisom ima tudi različno dolgoročno prognozo. Pri nekaterih bolnikih se bolezen umiri, pri drugih pa napreduje in lahko prizadene sakroiliakalne sklepe.

Trenutno še nimamo zanesljivih kliničnih ali laboratorijskih kazalcev, s katerimi bi lahko že na začetku bolezni predvideli dolgoročni potek. Takšni kazalci bi imeli izjemen klinični pomen, saj bi nam omogočili zgodnjo prepoznavo bolnikov s slabšo prognozo, pri katerih bi bilo upravičeno bolj agresivno zdravljenje.

### **Kakšna je dolgoročna prognoza iridociklitisu?**

Nezdravljen iridociklitis lahko povzroči hude okvare oči kot so motnjave v očesni leči (katarakta) in slepota. Če pričnemo z zdravljenjem že v začetku bolezni se vnetje v očeh običajno umiri. Najpomembnejši dejavnik za dolgoročno prognozo iridociklitisu je torej zgodnja prepoznavna.

### **Ali je otrok lahko cepljen?**

Pri bolnikih, ki jih zdravimo z imunosupresijskimi zdravili (kortikosteroidi, metotreksat, zdravila proti TNF, itd.), moramo odložiti cepljenja z živimi cepivi (kot so cepiva proti rdečkam, ošpicam, mumpsu, poliomielitisu s Sabinovim cepivom in tuberkulozi). Po cepljenju z živimi cepivi namreč obstaja nevarnost okužbe zaradi zmanjšane imunske odpornosti pri teh bolnikih. Cepljenja s cepivi, ki ne vsebujejo živih mikrobov temveč le njihove proteine (kot so cepiva proti tetanusu, davici, poliomielitisu s Salkovim cepivom, hepatitisu B, oslovskemu kašlju, haemofilusu in meningokoku), pri teh bolnikih lahko izvajamo. Obstaja le teoretično tveganje, da cepljenje ne bo uspešno, zaradi zavrtega imunskega sistema.

### **Ali lahko dietna prehrana vpliva na potek bolezni?**

Ni dokazov, da lahko dietna prehrana vpliva na potek bolezni. Otrok mora imeti uravnoteženo prehrano, primerno njegovi starosti. Pri otrocih, ki prejemajo kortikosteroide in imajo zato povečan apetit, moramo paziti, da ne jedo prekomerno.

### **Ali lahko klimatske razmere vplivajo na potek bolezni?**

Ni dokazov, da lahko klimatske razmere vplivajo na potek bolezni.

### **Kaj pa športna aktivnost?**

Ukvarjanje s športom je pomemben del otrokovega vsakdanjega življenja. Pomemben cilj zdravljenja otrok z JIA je, da jim omogočimo čim bolj normalno življenje in da se počutijo enakovredni svojim vrstnikom. Na splošno otroku dovolimo ukvarjanje s športom, s katerim se želi ukvarjati, vendar mora z aktivnostjo prenehati, če se pojavi bolečina v sklepu. Čeprav mehanski pritiski na vneti sklep niso zaželeni, le-ti verjetno povzročijo manjšo škodo kot bi jo povzročili psihični učinki prepovedi ukvarjanja s športom. Takšna odločitev je tudi skladna s splošnim odnosom do bolezni, katerega cilj je psihološka spodbuda otroku, da postane samostojen in sposoben živeti z omejitvami, ki jih bolezen prinaša.

Kljub zgoraj navedenim pomislekom je priporočljivo, da spodbujamo ukvarjanje s športi, ki so manj obremenilni za sklepe (npr. plavanje in kolesarjenje).

### **Kaj pa šolanje?**

Zelo pomembno je, da otrok redno obiskuje šolo. Dejavniki, kot so težave s hojo, hitra utrujenost, bolečina ali okorelost, lahko otežujejo redno obiskovanje šole. Učiteljem moramo razložiti otrokove posebne potrebe: primerne mize, možnost razgibavanja za preprečevanje okorelosti med šolskimi urami, možne težave pri pisanju. Otrok naj čim bolj sodeluje tudi pri telovadbi, vendar je potrebno pri tem upoštevati že omenjena navodila o športni aktivnosti bolnih otrok.

Šola je za otroke to, kar je služba za odrasle. Je mesto, kjer se nauči kako postati samostojna, uspešna in neodvisna oseba. Starši in učitelji morajo narediti vse, da bi omogočili otrokom normalno sodelovanje pri šolskih aktivnostih. S tem otrokom omogočijo izobrazbo, dobro komunikacijo s sovrstniki in odraslimi, pa tudi to, da jih prijatelji sprejmejo in cenijo.

### **Ali bo imel otrok normalno življenje ko odraste?**

To je eden izmed glavnih ciljev zdravljenja, ki ga v večini primerov lahko dosežemo. Zdravljenje JIA se je v zadnjih letih močno izboljšalo in v bližnji prihodnosti pričakujemo še veliko novih zdravil. Z ustrezno kombinacijo medikamentoznega zdravljenja in fizikalne terapije lahko preprečimo okvare sklepov pri večini bolnikov.

Posvetiti se moramo tudi psihološkimi vplivom bolezni na otroka in celotno družino. Kronična bolezen kot JIA predstavlja breme za celotno družino. Kolikor težja je bolezen, toliko težje se je spopasti z njo. Otrok se težje sprijazni s svojo boleznijo, če se z njo ne sprijazni tudi starši. Starši se včasih odzovejo s pretirano navezanostjo na bolnega otroka in postanejo preveč zaščitniški.

Pomembna je pozitivna naravnost staršev, ki podpirajo otroka in ga spodbujajo k samostojnosti kljub njegovi bolezni. To pomaga otroku, da se lahko spopade s težavami same bolezni, se uspešno socialno razvija in družijo s prijatelji ter se razvije v samostojno,

zrelo osebo. Družini, ki sama ne more prenašati bremena bolezni, omogočimo psihološko podporo.