



www.pediatric-rheumatology.printo.it

JUVENİL İDİOPATİK ARTRİT

Nedir?

Juvenil idiyomatik artrit (JİA), kalıcı eklem iltihabı ile karakterize kronik bir hastalıktır. Eklem iltihabının tipik bulguları ise ağrı, şişme ve hareket kısıtlılığıdır. “İdiyomatik” sözcüğü, nedenini bilmediğimiz hastalıklar için kullanılır. Juvenil ise belirtilerin başlangıcının 16 yaşından önce başladığını anlatmaktadır.

Kronik hastalık ne demektir?

Bir hastalık kronik ise uygun tedavi ile hızlı bir iyileşme görülmemekte yalnızca belirtilerin ve laboratuvar tetkiklerinin düzelmesi mümkün olmaktadır. Bu ayrıca, tanı konduğu zaman çocuğun hastalığının ne kadar süreceğini tahmin etmenin imkansız olduğu anlamına gelir.

Sıklığı nedir?

JİA, 100.000 çocuktan 80-90'nını etkileyen nadir bir hastalıktır.

Hastalığın nedenleri nelerdir?

Bağışıklık sistemimiz bizi enfeksiyonların saldırısından korur (virüs ve bakteriler). Böylelikle yabancı ve potansiyel olarak tehlike yaratabilecek olanları, bize ait ve masum olanlardan ayırır. Kronik artitlerin, bağışıklık sistemimizin yabancıyı kendi hücrelerinden ayırma kapasitesini kaybederek kendi eklem elemanlarına saldırarak şekilde anormal bir yanıt geliştirmesinin bir sonucu olduğuna inanılır.

Bu nedenle, JİA ve benzerleri, kendi vücudunun organlarına zarar veren bağışıklık sistemi sonucu ortaya çıkan hastalıklar anlamına gelen “otoimmün” hastalıklar olarak adlandırılır.

Ne var ki, pek çok kronik iltihabi hastalıkta olduğu gibi, JİA’da da kesin mekanizmalar bilinmemektedir.

JİA kalıtsal bir hastalık mı?

Doğrudan ebeveynlerden çocuklara aktarılamadığı için, JİA kalıtsal bir hastalık değildir. Yine de, henüz büyük oranda keşfedilmeyi bekleyen ve hastalığa yatkınlık yaratan genetik faktörler vardır. Bu hastalığın bir çok faktöre bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Genetik yatkınlık ve çevre etkenlerine maruz kalmanın (büyük olasılıkla enfeksiyonlar) ortak sonucu ortaya çıktığı üzerinde durulmaktadır. Genetik bir yatkınlık olsa bile aynı ailede iki çocuğun etkilenmiş olması çok nadirdir.

Nasıl tanı konur?

Hastalık 16 yaşından önce başlamış ve 6 haftadan uzun sürmüşse (viral enfeksiyonları takip eden geçici artrit tiplerini dışlamak amacıyla) ve nedenleri bilinmiyorsa (atritten sorumlu olabilecek diğer bütün hastalıklar dışlanmışsa) doktorlara göre bu JİA’dır.

Başka bir deyişle, JİA terimi, çocuklukta ortaya çıkan ve kaynağı bilinmeyen bütün kalıcı artrit çeşitlerini içerir. JİA başlığı altında değişik artrit çeşitleri tanımlanmıştır (Bkz. aşağıda).

Dolayısıyla JİA tanısı, artritin varlığı ve kalıcı olmasına, tıbbi hikaye ile diğer hastalıkların dışlanması ve fizik muayene ile laboratuvar incelemelere dayanır.

Eklemlere ne olur?

Eklemin içindeki sinovyal sıvının miktarı artarken, normalde çok ince olan eklemi saran sinovyal zar kalınlaşır ve iltihabi hücrelerle dolar. Bu, şişkinlik, ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olur. Eklem iltihabının karakteristik bir bulgusu da uzun süreli istirahattan sonra ortaya çıkan eklem sertliğidir. Eklem tutukluğu, bu yüzden özellikle sabahları görülür (sabah sertliği).

Çocuk sıklıkla iltihaplı eklemi hafif bükerek tutar ve böylece ağrısını azaltmaya çalışır. Bu pozisyona, ağrıyı azaltmak için yapıldığı anlamına gelen “antaljik” ismi verilir.

Eğer doğru tedavi edilmezse, eklem iltihabı sonucu sinovyal zar çok kalınlaşabilir (sinovyal pannus) ve buradan salınan çeşitli maddeler eklem kıkırdağında ve kemikte aşınmaya yol açabilir.

Antaljik pozisyonun uzun süre korunması kas atrofisine, yani kasların ve yumuşak dokuların gerilip kılmasına ve sonuç olarak bükülme deformitesine yol açar.

Hastalığın değişik tipleri var mıdır?

JİA'nın çeşitli değişik tipleri vardır. Ayrım esas olarak ateş, döküntü, perikardit (kalp zarının iltihabı) gibi sistemik bulguların olup olmamasına ve tutulan eklemlerin sayısına (oligoartiküler ya da poliartiküler JİA) göre yapılır. JİA'nın değişik tiplerinin hastalığın ilk 6 ayında görülen bulgulara göre sınıflandırılması konusunda uzlaşılmıştır. Bu nedenden dolayı bunlar aynı zamanda başlangıç tipleri olarak adlandırılır.

Sistemik JİA Artritin yanı sıra sistemik bulguların varlığı ile karakterizedir. Sistemik demek vücudun çeşitli organlarının tutulması demektir. Başlıca sistemik bulgular sıklıkla somon rengi, çabuk kaybolabilen deri döküntülerinin eşlik ettiği yüksek sıçrayıcı ateştir. Diğer bulgular kas ağrısı, karaciğer, dalak ve lenf düğümü büyümesi, akciğer ve kalbi saran zarların iltihabıdır (plörit ve perikardit). Genellikle poliartiküler olan artrit (5 ya da daha fazla eklemi tutan), hastalığın başlangıcında olabilir ya da sonra ortaya çıkabilir. Hastalık her yaşta çocuğu etkileyebilir.

Hastaların yaklaşık yarısında ön planda sistemik bulgular görülür. En iyi seyir bu hastalarda gözlenir. Hastaların diğer yarısında, genellikle zaman içinde sistemik bulgular azalır ve eklem tutulumu önem kazanır. Küçük bir grup hastada ise sistemik bulgular eklem tutulumu ile birlikte gözlenir. Sistemik JİA bütün JİA olgularının %10'unu oluşturur; tipik olarak çocuklarda görülür, erişkinlerde nadirdir.

Poliartiküler JİA Hastalığın ilk 6 ayında, yukarıda söz edilen sistemik bulgular olmaksızın 5 ya da daha fazla eklemi tutulumu ile karakterizedir. Kanda dolaşan bir otoantikor olan romatoid faktörün (RF) olup olmamasına göre, poliartiküler JİA iki alt gruba ayrılır: RF negatif ve RF pozitif

RF-pozitif poliartiküler JİA: Çocuklarda nadirdir (tüm JİA hastalarının %5'inden az). Erişkin RF pozitif romatoid artritin eşdeğeri olarak kabul edilir (yetişkinlerdeki en

önemli kronik artrit tipi). Özellikle el ve ayakların küçük eklemlerini etkileyen ancak diğer eklemleri de tutabilen simetrik artrite neden olur. Kızlarda erkeklere göre çok daha sıktır ve başlangıcı genellikle 10 yaşından sonradır. Sıklıkla ağır seyreden bir artritir.

RF-negatif poliartiküler JİA: Tüm JİA olgularının yaklaşık %15-20'sine karşılık gelir. Muhtemelen değişik hastalıkları kapsayan kompleks bir tiptir. Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Hastalığın karmaşıklığı hastalık seyrinin değişkenliğinden de belli olur.

Oligoartiküler JİA Hastalığın ilk 6 ayında sistemik bulgular olmaksızın 5'ten daha az eklemin tutulumuyla karakterizedir. Büyük eklemleri (dizler ve ayak bilekleri) asimetrik şekilde tutar. Bazen yalnız bir tek eklemin tutulumu (monoartiküler tip) söz konusudur. Bazı hastalarda ilk 6 aydan sonra eklem tutulumu 5 ya da üstüne çıkar; bu tipler "uzamış oligoartrit" olarak adlandırılır.

Oligoartrit genellikle 6 yaştan önce başlar ve kızlarda daha çok görülür. Hastalığın birkaç eklem sınırlı kaldığı hastalarda uygun tedaviyle hastalık seyri genellikle iyidir; eklem tutulumunun yayılımı söz konusu olursa hastalık seyri de değişkenlik gösterebilir.

Hastaların önemli bir kısmında ciddi göz komplikasyonları gelişebilir. En önemlisi, gözü saran bir tabaka olan ve kendi damar yatağını içeren uveanın ön bölümünün iltihabıdır (anterior üveit). Üveanın ön bölümü iris ve silier cisimden oluştuğu için komplikasyon ya kronik anterior üveit ya da kronik iridosiklit olarak adlandırılır. Bu çocuklarda göz tutulumu anti-nükleer antikor (ANA) pozitifliği ile ilişkilidir. ANA başka otoimmün hastalıklarda da görülen bir otoantikordur.

Eğer zamanında tanınmaz veya tedavi edilmeden bırakılırsa, anterior üveit ilerleyip göze çok ciddi zarar verebilir. Bu nedenle bu komplikasyonun erken tanınması çok büyük önem taşır. Anterior üveit gözlerde kızarıklığa neden olmadığından ve çocuk da görme kaybından yakınmadığı için, ailenin ve doktorların dikkatinden kaçabilir. Bu nedenle yüksek riskli çocukların bir göz doktoru tarafından özel bir alet yardımı ile (biomikroskop) 3 ayda bir periyodik olarak muayene edilmesi zorunludur.

Oligoartrit batı toplumlarında JİA'nın en sık görülen tipidir (olguların %50'si). Türk JİA'lı hastalarda ise bu oligoartiküler tipe daha az rastlanır ve bu nedenle üveit sıklığı batı ülkelerindeki kadar çok değildir. Üveit ile birlikte görülen ANA pozitif (bkz laboratuvar incelemeleri) tipi hastalık çocuklara özgüdür ve erişkinlerde görülmez.

Psoriatik artrit Artrit sedef hastalığı (psöriasis) ile ilişkili olursa bu ismi alır. Sedef hastalığı çoğunlukla diz ve dirseklerde yerleşen yama şeklinde deri soyulmalarıyla giden bir deri hastalığıdır. Bazen tırnaklarda da değişikliklere yol açabilir. Deri hastalığı artritin görülmesinden sonra ya da önce olabilir. Hastalığın bu tipi klinik bulgular ve prognoz açısından değişiklikler gösterir. Ailede sedef hastalığı olan başka birisinin olması da bir risk faktörü oluşturur.

Entezit ile ilişkili artrit En sık bulgusu özellikle, alt ekstremitelerinin büyük eklemlerini etkileyen, entezit ile ilişkili oligoartritir. Entezit, bağların (tendonların) kemiklere tutunma noktası olan entezislerin iltihabıdır. Ülkemizdeki JİA hastalarının çoğu bu gruba girer. Bu tipte ağrının en sık görülme yeri ayakta topuğun arkasında ya da altındadır. Bazen bu hastalarda oligoartiküler tiptekinin aksine, kırmızı göz, gözlerde sulanma, ışığa duyarlılık bulgularının gözlendiği akut anterior üveit tablosu ortaya çıkar.

Çoğu hastanın HLA-B27 denen laboratuvar tetkiki sonucu pozitifdir. Hastalık başlıca erkekleri etkiler ve genellikle 7-8 yaşından sonra başlar. Hastalığın seyri değişkendir. Bazı hastalarda hastalık iyileşme gösterirken diğerlerinde ilerleyerek, sakroiliak eklemlerin (omurga ile leğen kemiğini birleştiren eklemler) tutulumundan başlamak üzere omurganın tümünü etkileyebilir. Gerçekte, hastalığın bu tipi, yetişkinlerde daha sık görülen ve omurgayı etkilediği için spondiloartropati olarak adlandırılan hastalık grubuna aittir.

Kronik iridosiklitin nedeni nedir? Artrit ile bir bağlantısı var mıdır?

Artritte olduğu gibi, göz iltihabına göze karşı gelişmiş anormal bir immün yanıt neden olur (otoimmün). Ne var ki, kesin mekanizmalar bilinmemektedir.

Bu komplikasyon, oligoartiküler tipteki ve antinükleer antikor pozitif olan (ANA) daha ufak çocuklarda gözlenir.

Göz bulgularının eklem hastalığı ile ilişkisi bilinmemektedir. Artrit ve iridosiklitin birbirinden bağımsız bir seyir gösterdiğini hatırlamak gerekir, bu yüzden artrit iyileşme dönemine girse bile periyodik göz muayeneleri sürdürülmelidir. İridosiklitin seyri artritlen bağımsız olarak, periyodik alevlenmelerle karakterizedir.

İridosiklit genellikle artrit başlangıcını takiben ortaya çıkar ya da artrit ile aynı zamanda saptanabilir. Daha ender olarak artritlen önce görülür. Bunlar genellikle en şansız olgulardır, çünkü, hastalık bulgu vermediği için bu hastalarda iridosiklitin tanınması erken bir evrede olamaz, ancak görme bozukluğu gibi semptomatik komplikasyonlara yol açtıktan sonra tanı konulabilir.

Çocuklarda hastalık erişkindekinden farklı mıdır?

Çoğunlukla evet. Erişkin romatoid artrit olgularının yaklaşık %70'inden sorumlu olan poliartiküler RF pozitif tip JİA olgularının %5'inden daha azında saptanır. Erken başlangıçlı oligoartiküler tip JİA , erişkinlerde karşılığı olmayan, sadece çocuklarda görülen bir altgruptur. Nadir de olsa erişkinlerde de görülen sistemik JİA, daha çok çocuklara özgüdür.

Hangi laboratuvar incelemeleri gereklidir?

Tanı anında, JİA'nın tipini dahi iyi belirlemek ve kronik iridosiklit gibi bazı komplikasyonları geliştirme riski taşıyan hastaları saptamak için, klinik bulgularla ilişkili bazı laboratuvar incelemeleri gereklidir.

Romatoid faktör (RF), erişkin RF pozitif romatoid artritinin çocukluktaki eşdeğeri olan poliartiküler tipteki JİA'da pozitif, devamlı ve yüksek konsantrasyonda görülen bir otoantikordur.

Antinükleer antikor (ANA), oligoartiküler erken başlangıçlı JİA hastalarında sıklıkla pozitifdir. ANA testi pozitif olan oligoartiküler JİA'lı çocuklar kronik iridosiklit geliştirme açısından en riskli gruptur. Bu nedenle, bu hastaların üç ayda bir göz muayenelerine gönderilmesi gereklidir.

HLA B-27 , entezit ile ilişkili artrit hastalarının %80'inde pozitif olan bir hücresel belirleyicidir. Sağlıklı popülasyondaki sıklığı çok daha düşüktür(%5-8).

Laboratuvar incelemelerden çok klinik bulgulara dayandırılırsa da, hastalık kontrolünde, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ya da C reaktif protein (CRP) gibi genel iltihabın yaygınlığını belirleyen bazı laboratuvar incelemeleri de yararlı olabilir.

Kullanılan ilaçlara bağlı olarak hastalarda olası ilaç toksisitesini değerlendirmek amacıyla periyodik incelemeler gerekebilir (karaciğer enzimleri, kan sayımı, idrar tahlili gibi). Belli aralıklarla istenen röntgen incelemeleri hastalığın seyrini değerlendirmek ve dolayısıyla tedavi rejimini belirlemek için yararlıdır.

Nasıl tedavi edilir?

JİA'yı iyileştirmek için özel bir tedavi yoktur. Tedavinin amacı çocukların normal bir yaşam sürmesini sağlamak ve hastalığın kendiliğinden iyileşmesini beklerken, çoğu olguda olduğu gibi, tahmin edilemeyen bir süre içinde oluşan eklem ve organ hasarlarını önlemektir. Tedavi temel olarak, sistemik ve/veya eklem iltihabını engelleyen ilaçların kullanımına ve eklem işlevini koruyucu ve deformateleri önleyici rehabilitasyon yöntemlerine dayanır.

Tedavi oldukça karmaşıktır ve değişik uzmanlık dallarının çalışmasını gerektirir (çocuk romatoloğu, ortopedist, fizik tedavi uzmanı ve göz doktoru).

1) Non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ), (steroid olmayan iltihap gidericiler): Bu ilaçlar semptomatik iltihap giderici ve ateş düşürücü ilaçlardır. Semptomatik demek, hastalığın iyileşmesini sağlamadığı halde iltihaba bağlı bulguları kontrol etmeye yarayan ilaç demektir. En yaygın kullanılanları naproksen ve ibuprofendir, ayrıca aspirin de etkili ve ucuz bir ilaç olmasına karşın, olası yan etkilerinden dolayı günümüzde daha az kullanılmaktadır (özellikle sistemik JİA'da karaciğer toksisitesi). Genellikle iyi tolere edilirler ve erişkinde en sık yan etki olan mide rahatsızlığı, çocuklarda nadirdir. Değişik NSAİİ'lerin birlikte kullanımı gerekli değildir fakat nadiren, birinin işe yaramadığı durumda diğeri etkili olabilir. Eklem iltihabı üzerindeki ideal etki haftalar süren tedaviden sonra ortaya çıkar.

2) Eklem içi enjeksiyonlar. Bir ya da birkaç eklem tutulduğunda ve eklem hareket açıklığının azaldığı (ağrıya ikincil) durumlarda kullanılabilirler. Enjekte edilen ilaç uzun etkili steroid preparatıdır. Triamsinolon heksasetonid uzun süreli etkisinden dolayı (aylarca süren) tercih edilir. Kan dolaşımına geçişi çok düşüktür.

3) İkinci aşama ilaçlar NSAİİ'ler ve steroid enjeksiyonlarıyla yapılan tedavilere karşın ilerleyici poliartrit geliştiren çocuklarda önerilir. Bu ilaçlar daha önce başlanmış ve dolayısıyla devam edilmesi gereken NSAİİ tedavisine eklenir. Çoğu ikinci aşama ilacın etkisi, ancak haftalar ya da aylar süren tedavi sonunda tam olarak ortaya çıkar.

İlk tercih edilecek ilaç düşük doz haftalık **metotreksattır**. Çoğu hastada etkilidir. İltihap giderici etkinliği vardır fakat aynı zamanda, bilinmeyen mekanizmalarla, bazı hastalarda tam iyileşme sağlayabilir. Genellikle iyi tolere edilir; mide şikayetleri ve karaciğer enzim düzeylerinde artış en sık görülen yan etkilerindedir. Toksikite olasılığı tedavi boyunca izlem ve periyodik laboratuvar incelemelerini gerektirir. Vitamin olan folik asitin tedaviye eklenmesi yan etki riskini azaltır.

Salazoprin JİA'da etkinliği gösterilmiş diğeri bir ilaçtır fakat genellikle metotreksattan daha zor tolere edilir. Salazoprin ile olan tecrübeler metotreksat ile olandan çok daha kısıtlıdır. Özellikle entesit ile ilişkili artritlerde kullanılır. **Siklosporin ve leflunomide** gibi diğeri erişkinlerde yararlı olan ilaçların JİA 'daki etkinliğini göstermek için herhangi bir çalışmalar henüz yayınlanmamıştır. Siklosporin, steroide dirençli makrofaj aktivasyonu sendromunun tedavisinde değerli bir ilaçtır. Bu sendrom, sistemik JİA'nın iltihabi

süreçlerin şiddetli aktivasyonunu takiben görülen ve hayatı tehdit eden bir komplikasyondur.

Son birkaç yılda, iltihabı süreçlerin başlıca aracısı olan tümör nekrozis faktörü (TNF) seçici olarak bloke eden **anti-TNF denen ilaçların (biyolojik ajanların)** çıkışıyla tedavide yeni bir perspektif oluşmuştur. Tek başına ya da metotreksat ile birlikte kullanılır ve pek çok hastada etkilidir. Etkileri oldukça hızlıdır ve son zamanlarda güvenilir oldukları gösterilmiştir. Yine de, olası yan etkilerinin ortaya konması açısından daha uzun takipler gereklidir. Bütün diğer ikinci aşama ilaçlar gibi bunlar da sıkı tıbbi kontrol altında kullanılmalıdır. Anti-TNF ilaçlar çok pahalıdır.

Kortikosteroidler kullanılabilen en etkili iltihap çözücü ilaçlardır fakat uzun süreli kullanımda, osteoporoz ve büyüme duraklaması gibi çok önemli yan etkileri görülebildiği için kullanımları kısıtlıdır. Bunun yanı sıra, diğer tedavilere dirençli olan sistemik bulguların ve hayatı tehdit eden sistemik komplikasyonların tedavisinde, ayrıca ikinci aşama ilaçların, etki etmesini beklerken, akut hastalığın kontrolü için ara ilaç olarak da kullanılabilirler. İridosiklit tedavisinde topikal steroidler (göz damlası) kullanılabilir. Daha ağır olgularda göz küresi etrafına steroid enjeksiyonu ya da sistemik steroid verilmesi gerekebilir.

Ortopedik cerrahi Eklem yıkımında, eklem protezi takılması amacıyla ve kalıcı kontraktürler oluştuğunda yumuşak dokuların rahatlatılması için kullanılabilir.

Rehabilitasyon tedavinin vazgeçilmez elemanıdır. Tedavi, uygun egzersizleri ve istenmeyen postür gelişimini önlemek için gerektiğinde atel kullanımını kapsar. Tam hareket yeteneğini, kas beslenmesini ve gücünü sağlamak ve eklem deformitelerini önlemek, sınırlandırmak ya da düzeltmek amacıyla, fizyoterapi düzenli olarak uygulanmalı ve erken başlanmalıdır.

Tedavinin başlıca yan etkileri nelerdir?

JIA'nın tedavisinde kullanılan ilaçlar genellikle iyi tolere edilir. NSAİİ'lerin en sık yan etkisi olan midede hazımsızlık (o yüzden yemekle birlikte alınırlar) çocuklarda yetişkinlere göre daha az görülür. NSAİİ'ler kanda bazı karaciğer enzimlerinin yükselmesine neden olabilirler, fakat aspirin dışındaki ilaçlarla nadir görülen bir durumdur.

Metotreksat da iyi tolere edilen bir ilaçtır. Bulantı ve kusma gibi yan etkiler nadir değildir.

Toksisiteyi izlemek için bazı periyodik laboratuvar incelemeleri gereklidir (kan sayımları, karaciğer enzimleri,vb). En sık gözlenen laboratuvar anormalliği karaciğer enzimlerindeki artıştır; ilacın kesilmesiyle veya dozun azaltılmasıyla bu artış genellikle normale döner. Folinik ya da folik asit verilmesi, karaciğer toksisitesinin sıklığını azaltmada etkilidir. Metotreksata karşı aşırı duyarlılık reaksiyonları oluşabilir fakat nadirdir.

Salazoprin genellikle iyi tolere edilir; en sık yan etkileri deri döküntüsü, gastrointestinal problemler, karaciğer toksisitesi ve lökopenidir (beyaz kan hücrelerinde, enfeksiyon riskine neden olabilecek azalma). Bu nedenlerle, metotreksatta olduğu gibi, periyodik laboratuvar incelemeleri gereklidir.

Anti-TNF ilaçlar genellikle iyi tolere edilir. Hastalar, ciddi enfeksiyonların (özellikle tüberküloz) görülebilmesi açısından çok dikkatli izlenmelidir.

Belirli dozda steroidin uzun süreli kullanımı, çok sayıda önemli yan etki ile ilişkilidir. Bunlar, büyümede duraklama ve osteoporoz gibi yan etkileri içerir. Yüksek dozda

steroid , iştahta belirgin artışa, ve bunun sonucu olarak belirgin obeziteye neden olabilir. Bu yüzden çocukları, fazla kalorili olmadığı halde tok tutan yiyeceklere yönlendirmek önemlidir.

Tedavi ne kadar sürmelidir?

Hastalık devam ettiği sürece tedavi sürmelidir. Hastalığın süresi tahmin edilemez; JIA olgularının çoğu yıllar içinde kendiliğinden düzelir. JIA'nın seyri, tedavi rejimini önemli ölçüde etkileyen aralıklı iyileşme ve alevlenmelerle gider. Tedavinin tamamen kesilmesi ancak uzun süreli ve tam bir iyileşmeden sonra düşünülebilir.

Göz muayenesi (oftalmoskopi muayene) ne sıklıkta olmalı? Ne kadar sürmeli?

Riskli hastalarda (ANA pozitif) oftalmoskopi muayene en azından 3 ayda bir yapılmalı. İridosiklit gelişmiş olan hastalar, göz tutulumunun şiddetine bağlı olarak çok daha sık kontrollere gönderilmeliler.

İridosiklit geliştirme riski zaman içinde azalır; ancak artrit başlangıcından yıllar sonra da iridosiklit ortaya çıkabilmektedir.

Bu nedenle, artrit remisyonda (iyileşme aşamasında) olsa bile göz muayeneleri yıllarca sürdürülmelidir.

Artrit ve entezitli hastalarda ortaya çıkan akut üveit semptomatiktir (kırmızı göz, ağrı ve ışıktan sakınma) ve bu nedenle erken tanı amaçlı periyodik göz muayenelerine gerek yoktur.

Artritin uzun dönemli sonuçları nelerdir?

Artritin gidişatı, hastalığın şiddetine, JIA'nın klinik tipine ve tedavinin yeterli olup olmamasına bağlıdır. Son on yılda tedavide ortaya çıkan gelişmelerle oldukça ilerleme göstermiştir.

Sistemik JIA'nın oldukça değişken bir seyri vardır. Hastaların yaklaşık yarısında artrit geri plandadır ve hastalık genelde periyodik alevlenmelerle gider; sıklıkla kendiliğinden iyileşmeye girdiği için hastalığın seyri çoğunlukla iyidir. Hastaların diğer yarısında sistemik bulgular yıllar içinde azalma eğiliminde olduğu halde artrit kalıcı bir hal alır. Bu hasta gurubunda ağır eklem yıkımı ortaya çıkabilir. Son olarak, bu ikinci hasta gurubunun çok küçük bir kısmında eklem tutulumuyla beraber sistemik bulgular da kalıcı olur; bunlar prognozu en kötü olan hastalardır ve ağır immün baskılayıcı tedavi gerektiren ciddi bir komplikasyon olan amiloidoz geliştirebilirler.

RF pozitif poliartiküler JIA'da daha sıklıkla ilerleyici eklem tutulumu görülür ve ağır eklem yıkımına yol açabilir.

RF negatif poliartiküler JIA'nın hem klinik tabloları hem de prognozu karmaşıktır. Yine de, toplamda prognozu RF pozitif poliartiküler JIA'dan çok daha iyidir; hastaların yalnız dörtte birinde eklem hasarı oluşur.

Oligoartiküler JIA birkaç eklemle sınırlı kaldığında sıklıkla iyi eklem prognozu gösterir. Eklem hastalığının yaygınlaşıp daha fazla eklemin tutulduğu durumlarda ise prognoz daha çok poliartiküler RF-negatif JIA hastalarınınkine benzer.

Psöriatik JIA'ı olan çoğu hastanın kliniği oligoartiküler JIA'ya benzer fakat zaman içinde poliartiküler olma eğilimleri yüksektir.

Entesopatiyle ilişkili JIA'larda prognoz değişkendir. Bazı hastalarda hastalık iyileşirken diğerlerinde ilerleyip sakroiliak eklem tutulumuna gidebilir.

Hastalığın erken aşamalarında, hangi hastanın kötü prognoza sahip olacağını tahmin etmemizi sağlayacak güvenilir bir klinik ya da laboratuvar bulgusu yoktur. Hastalığın başlangıcından itibaren daha agresif tedavi edilmesi gereken hastaların önceden tanınmasını sağlayacak belirleyiciler olsaydı, klinik olarak çok değerli olurdu.

İridosiklitin uzun dönemde sonuçları nelerdir?

İridosiklit tedavisiz bırakılırsa, göz merceğinin bulutlanması (katarakt) ve körlük gibi problemleri içeren çok ciddi sonuçlar doğurabilir. Ne var ki, eğer erken aşamada tedavi edilirse tedaviye çok iyi yanıt verebilir. Bu nedenle , prognozu belirleyen en önemli şey erken tanıdır.

Aşıya izin verilmeli mi?

Eğer hasta immün baskılayıcı tedavi görüyorsa (steroidler, metotreksat, anti- TNF) savunma mekanizmalarının azalmasından kaynaklanan enfeksiyonların yayılma riskinden dolayı canlı zayıflatılmış virüs aşıları (kızamıkçık, kızamık, kabakulak, oral polio ve BCG) ertelenmelidir. Canlı virüs taşımayan fakat enfeksiyöz proteinler içeren aşılar (tetanoz, difteri, polio Salk, Hepatit B, boğmaca, pnömokok, hemofilus, meningokok) uygulanabilir; teorik olarak tek risk, bağışıklığın baskılanmış olmasından dolayı aşının başarısız olmasıdır.

Diyet hastalığın gidişini etkiler mi?

Diyetin hastalığı etkilediğine ilişkin bir kanıt yoktur. Genel anlamda, çocuğun yaşına uygun, dengeli ve normal bir diyet uygulaması gerekir. Steroidler iştahı açtığı için steroid kullanan hastalarda aşırı yemeden kaçınılmalıdır.

İklim hastalığın seyrini etkileyebilir mi ?

İklimin hastalık bulgularını etkileyebileceğine dair bir kanıt yoktur.

Spora izin verilir mi?

Spor yapmak normal bir çocuğun günlük hayatının vazgeçilmez bir parçasıdır. JIA tedavisinin esas amaçlarından biri de çocukların mümkün olduğunca normal bir yaşam sürmeleri ve kendilerini yaşlılarından farklı görmemeleridir. Bu nedenle, genel yaklaşım, bir eklemi acıdığı zaman duracağından emin olmak kaydıyla hastayı istediği sporu yapma konusunda özgür bırakmaktır. Her ne kadar mekanik stresler iltihaplı eklemler için iyi olmasa da, bundan kaynaklanacak bir hasarın, yaşlılarıyla oynamaktan alıkonulmanın yaratabileceği psikolojik hasarlardan çok daha az olduğu düşünülür. Bu tercih, çocuğa, hastalığın getirdiği engellere rağmen kendi kendine yetebilmesi için psikolojik destek verme eğiliminde olan genel yaklaşımın bir parçasıdır.

Bu düşüncelerin sonucu olarak eklemlere daha az mekanik stres uygulanan yüzme ve bisiklete binme gibi sporları desteklemenin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz.

Çocuk düzenli olarak okula gidebilir mi?

Çocuğun düzenli olarak okula gitmesi son derece önemlidir. Okul devamı konusunda problem yaratabilecek birkaç faktör vardır: yürümede güçlük, yorgunluğa dayanıksızlık, ağrı veya eklem sertliği. Bu nedenle öğretmenlere çocuğun olası gereksinimlerini açıklamak önemlidir: uygun sıralar, eklem sertliğinden kaçınmak için okul saatleri

boyunca düzenli hareket ve yazı yazmada karşılaşılabileceği güçlükler. Hasta mümkün olduğunca beden derslerine katılmalıdır; bu durumda, yukarıda spor başlığı altında tartışılan etkenler dikkate alınmalıdır.

Bir yetişkin için iş neyse çocuk için de okul aynı şeydir; kendi kendine yeten, üretken ve bağımsız bir insan olmayı öğrendiği yer. Hasta çocukların normal bir şekilde okul aktivitelerine katılabilmeleri için, aileler ve öğretmenler ellerinden geleni yapmalıdır. Böylece çocuk hem akademik başarı hem de yaşlıları ve yetişkinlerle iletişim kurabilme yeteneği kazanarak arkadaşları tarafından kabul ve takdir edilir.

Çocuk normal bir erişkin hayatı sürebilir mi?

Bu tedavinin ana amaçlarından biridir ve olguların çoğunda ulaşılabılır. JIA tedavisinde son on yılda ciddi gelişmeler kaydedilmiştir ve yakın gelecekte piyasaya çok sayıda yeni ve etkili ilacın çıkacağı söylenebilir. Farmakolojik tedavi ve rehabilitasyonun birlikte uygulanması hastaların çoğunda eklem hasarının önlenmesini sağlayabilmektedir.

Hastalığın çocuk ve ailesi üzerindeki psikolojik etkisine de dikkat çekmek gerekir. JIA gibi bir kronik hastalıkla başa çıkmak bütün aile için güçtür ve tabii ki, hastalık ne kadar ağırsa mücadele etmek o kadar güçleşir. Eğer ebeveynleri ilgilenmiyorsa çocuk için hastalığı ile başa çıkmak daha zor olur. Sıklıkla ebeveynler hasta çocuklarına karşı anormal bir bağımlılık gösterirler ve çocuk açısından herhangi bir olası problemi engellemek için aşırı koruyucu davranırlar.

Ebeveynlerin pozitif düşünce yaklaşımı ile çocuğu, hastalığına rağmen mümkün olduğunca bağımsız olabilmesi için desteklemeleri ve cesaretlendirmeleri, çocuğun hem hastalığı ile ilgili güçlükleri yenmesi, hem de bağımsız ve dengeli bir kişilik geliştirmesi ve yaşlılarıyla yarışabilir durumda olması için fazlasıyla değerli olacaktır.

Gerektiğinde, pediatrik romatoloji ekibi tarafından psikososyal destek önerilmelidir.