

Juvenilní idiopatická artritida

Verze č 2016

3. DIAGNÓZA A TERAPIE

3.1 Jaká laboratorní vyšetření jsou potřeba?

Ke stanovení typu JIA a odhalení pacientů s vyšším rizikem vývoje chronické iridocyklitidy slouží podrobné vyšetření kloubů, oční vyšetření společně s některými laboratorními testy.

Revmatoidní faktor (RF) je autoprotlátka, jejíž perzistující přítomnost ve vysoké koncentraci charakterizuje RF pozitivní podtyp JIA.

Antinukleární protilátky (ANA) jsou často přítomny u pacientů s časnou manifestací oligoartikulární formy JIA. Tito pacienti mají zvýšené riziko vývoje chronické iridocyklitidy, a proto by měli být pravidelně vyšetřováni ve štěrbinové lampě (každé tři měsíce).

HLA B27 je označení jedné z povrchových molekul lidských buněk, která je pozitivní až u 80% pacientů s artritidou s asociovanou entezitidou. Ve zdravé populaci se vyskytuje asi v 5-8%.

Sedimentace erytrocytů (FW) a C-reaktivní protein odrážejí aktivitu zánětlivého procesu v krvi, nicméně vlastní diagnóza JIA a její léčba je založena spíše na klinických projevech onemocnění než na laboratorních testech.

Pravidelné kontroly laboratorních parametrů (krevní obraz, jaterní testy, vyšetření moči) při léčbě slouží ke sledování případných vedlejších účinků terapie a zhodnocení možné toxicity léku, která se klinicky nemusí projevit. Zánět kloubu je hodnocen především fyzikálním vyšetřením, někdy s pomocí zobrazení, jako např. ultrazvukovým vyšetřením. Pravidelné zobrazení rentgenem nebo magnetickou rezonancí může být užitečné pro zhodnocení vývoje kostního nálezu a stavu jejich růstu a pomůže v případné úpravě léčby.

3.2 Jak se dá JIA léčit?

Léčba, která by zcela JIA vyléčila, neexistuje. Proto je hlavním cílem terapie zbavení bolesti, ztuhlosti a únavy, předcházení nevratnému kloubnímu a kostnímu poškození, zamezení rozvoje deformit a zlepšení pohyblivosti kloubů při normálním růstu a vývoji dítěte. V posledních letech byly zaznamenány obrovské pokroky v léčbě biologickými léky. Některé děti však i přesto zůstávají tzv. rezistentní na léčbu, což znamená, že i přes podávané léky je onemocnění stále aktivní a klouby jsou zanícené. K dispozici jsou klinická doporučení léčebných postupů u JIA, která ale mohou vyžadovat individuální úpravu pro jednotlivé pacienty. Velmi důležitý je i podíl rodičů na rozhodování o léčbě.

Léčba je založena především na užívání léků, které tlumí systémový a/nebo kloubní zánět a na rehabilitaci, která pomáhá předejít rozvoji deformit a udržuje funkci kloubu.

Terapie je komplexní a je při ní nezbytná spolupráce různých specialistů (dětský revmatolog, ortoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, oční lékař).

Další část textu se věnuje léčebným postupům u JIA. Více informací o jednotlivých lécích lze nalézt v kapitole Léčba. Je nutné poznamenat, že každá země má své vlastní schválené léky k léčbě JIA a ne všechny tyto léky jsou dostupné ve všech zemích.

Nesteroidní antiflogistika (antirevmatika)

Nesteroidní protizánětlivé léky (NSAID) jsou tradičně první volbou léčby všech forem JIA jako i jiných dětských revmatických onemocnění. Jedná se o symptomatickou protizánětlivou a proti horečce působící skupinu léků. Pojem symptomatický označuje jejich působení na projevy nemoci (zánět), nikoliv na její dlouhodobý průběh (navození remise). Mezi nejčastěji užívané léky patří naproxen a ibuprofen, aspirin je nyní užíván méně pro riziko toxicity (celkové projevy při vysokých hladinách léku, jaterní toxicita zejména u systémové JIA). NSAID jsou obvykle velmi dobře snášeny, zažívací potíže, nejčastější vedlejší účinek u dospělých, se u dětí objevuje velmi zřídka. Příležitostně se může stát, že zatímco jeden typ NSAID selže, druhý může být účinný. Interakce mezi jednotlivými NSAID nejsou známy. Léčebný efekt NSAID na kloubní zánět se dostaví po několika týdnech léčby.

Nitrokloubní injekční léčba

Nitrokloubní injekční léčbu využíváme v případech, kdy u jednoho nebo

vice kloubů dochází k významnému omezení pohybu kloubu a jeho velké bolestivosti. Léčebnou látkou jsou dlouho působící kortikoidy. Z důvodu prodlouženého účinku (měsíce) dáváme přednost triamcinolon hexacetonidu: vstřebání do cirkulace je minimální. Tento způsob léčby je léčbou volby u oligoartikulární formy JIA a jednou z možných léčebných strategií u jiných forem JIA. Tato injekční léčba může být několikrát zopakována i pro tentýž kloub. Aplikaci kortikoidu do kloubu můžeme provádět za lokální nebo celkové (v mladším věku) anestezie. Typ přídatné anestezie závisí na věku dítěte, počtu postižených kloubů a lokalizaci těchto kloubů. Není doporučováno opakovat injekční léčbu téhož kloubu více než 3-4 krát ročně.

K dosažení rychlého zmírnění bolesti a ztuhlosti je léčba nitrokloubními injekcemi obvykle podávána ještě spolu s jiným léčebným preparátem, případně je o jiný preparát ještě doplněna.

Léky druhé linie

Léky druhé linie jsou indikovány u dětí se zhoršující se polyartritidou navzdory správné léčbě NSAID a kortikoidními nitrokloubními injekcemi. Tyto léky jsou přidávány do terapie k NSAID, ve které je dále pokračováno. Účinek této terapie se dostavuje po několika týdnech nebo měsících léčby.

Metotrexát

Není pochyb, že mezi léky druhé linie metotrexát představuje celosvětově uznávaný lék první volby pro děti s JIA. Jeho účinnost a bezpečnost při dlouhodobém užívání byla prokázána několika studiemi. Odborná literatura stanovila maximální účinnou dávku na 15 mg na metr čtvereční podávanou orálně nebo parenterálně (obvykle podkožními injekcemi). Proto je podávání metotrexátu jedenkrát týdně metodou volby především u dětí s polyartikulární JIA. Metotrexát je účinný u většiny pacientů, má protizánětlivý účinek, může zabránit progresi artritidy a v některých případech navodit plný ústup (remisi) onemocnění. Děti jej obvykle dobře snášejí, žaludeční nevolnost a vzestup jaterních testů jsou nejčastějšími vedlejšími účinky léku. Případný výskyt projevů toxicity je třeba monitorovat pomocí pravidelných laboratorních vyšetření.

Užívání metotrexátu při JIA je schváleno v mnoha zemích po celém světě. Kombinace metotrexátu s folátem nebo kyselinou listovou je doporučována z důvodu snížení rizika nežádoucích účinků (především

na jaterní funkci).

Leflunomid

Léčba leflunomidem je alternativou metotrexátu a to zvláště u dětí, které ho nesnášejí. Účinnost leflunomidu byla u JIA prokázána. Lék je předepisován v tabletách. Léčba leflunomidem je dražší než léčba metotrexátem.

Salazopyrin a cyklosporin

Mezi další léky s prokázanou účinností u JIA, které nepatří mezi biologické, patří salazopyrin. Bývá však snášen hůře než metotrexát a zkušenosti s jeho léčbou jsou mnohem menší než u metotrexátu. Dosud u JIA nebyly provedeny studie ke zhodnocení účinnosti jiných potenciálně prospěšných léků jako je cyklosporin. Léčba salazopyrinem a cyklosporinem je méně využívána především v zemích s dobrou dostupností biologické terapie. Cyklosporin je možnost volby společně s kortikoidy pro léčbu syndromu aktivace makrofágů u systémové JIA. Syndrom aktivace makrofágů je vážná život ohrožující komplikace systémové JIA, která je způsobená masivní aktivací zánětlivého procesu.

Kortikosteroidy

Kortikosteroidy patří mezi nejúčinnější protizánětlivé léky vůbec, nicméně jejich dlouhodobé užívání je limitováno jejich nežádoucími účinky, jako jsou osteoporóza a zástava růstu, které se pojí s jejich dlouhodobým podáváním. Kortikosteroidy se uplatňují při léčbě systémových projevů neodpovídajících na jinou léčbu, při život ohrožujících systémových komplikacích a jako přemostující terapie do nastoupení účinku léků druhé linie.

Nejčastější formou lokálně podávaných kortikosteroidů je nitrokloubní aplikace (viz výše). Lokální kortikosteroidy jsou ve formě očních kapek nebo méně často jako peribulbární injekce (do prostoru kolem očního bulbu) používány k léčbě iridocyklitidy. Oční postižení může výjimečně vyžadovat celkové podání kortikosteroidů.

Biologická léčba

Nové perspektivy léčby se objevily v posledních letech s výzkumem nové skupiny léků známých pod pojmem biologická léčba. Lékaři užívají tento termín pro léky, které jsou připravované technikou biologického inženýrství a na rozdíl od metotrexátu nebo leflunomidu jsou zaměřeny

proti specifickým molekulám (tumor nekrotizující factor – TNF, interleukin 1, interleukin 6, T buňky stimulující molekula). Tyto léky blokují zánětlivý proces typický pro JIA. Několik biologických léků bylo schváleno speciálně pro jejich použití u JIA (viz dětská legislativa níže).

Blokátory TNF

Tyto léky selektivně blokují tumor nekrotizující faktor (TNF), což je látka, která je zodpovědná za šíření zánětlivého procesu v těle. Používají se samostatně nebo v kombinaci s metotrexátem a jsou účinné u většiny pacientů. Jejich účinek nastupuje poměrně rychle a za dobu jejich užívání se prozatím ukázala i jejich bezpečnost (viz sekce bezpečnosti níže), nicméně ke zhodnocení dalších možných vedlejších účinků je zapotřebí dlouhodobé sledování. Biologické léky pro JIA (včetně několika typů TNF blokátorů) patří mezi nejrozšířenější. Liší se zejména ve způsobu a četnosti aplikací. Etanercept je podáván pokožními injekcemi dvakrát nebo jednou týdně, Adalimumab se podává podkožně každé dva týdny a Infliximab je podáván v intravenózní infuzi jednou měsíčně. Ostatní léky jako golimumab a certolizumab pegol jsou u dětí stále ještě zkoumány stejně jako jiné molekuly pro dospělé populaci, které však v budoucnosti mohou k dispozici i pro děti.

TNF blokující terapie se obvykle využívá pro většinu typů JIA s výjimkou perzistující oligoartritidy, která obvykle není léčena biologickými preparáty. Omezeně je indikována u systémové JIA, kde využíváme jiný typ biologické léčby jako jsou preparáty blokující interleukin-1 (anakinra, canakinumab) nebo interleukin-6 (tocilizumab). Léčba blokátory TNF je užívána samostatně nebo v kombinaci s metotrexátem. Stejně jako ostatní léky druholé linie musí být předepisovány pod přísnou lékařskou kontrolou.

Anti CTL4Ig (abatacept)

Abatacept je lék s odlišným mechanismem účinku namířeným proti typu bílých krvinek označovaných jako T lymfocyty. Může být předepisován dětem s polyartritidou, která neodpovídá na léčbu metotrexátem nebo jinými biologickými léky.

Blokátory interleukinu-1 (anakinra a canakinumab) a interleukinu-6 (tocilizumab)

Tyto léky jsou využívány především pro léčbu systémové JIA. Běžně je léčba systémové JIA zahajována kortikosteroidy. Navzdory své efektivitě

je však terapie kortikosteroidy spojena s vedlejšími účinky (zvláště pak zpomaleným růstem), a proto pokud kortikoidní léčba nedostane aktivitu onemocnění pod kontrolu za krátkou dobu (typicky v řádu týdnů až pár měsíců), přidává se do léčby artritidy i systémových projevů jedno z těchto léčiv. U některých dětí se systémové projevy JIA ztratí samovolně a zůstanou pouze problémy s přetrvávající artritidou. V tomto případě může být dítě léčeno samotným metotrexátem nebo metotrexátem v kombinaci s blokátorem TNF nebo abataceptem. Tocilizumab je používán v léčbě systémové i polyartikulární JIA u pacientů, kteří neodpověděli na léčbu metotrexátem a/nebo alespoň jedním jiným biologickým lékem.

Další léčba

Rehabilitace

Rehabilitace je nedílnou součástí komplexní léčby. Zahrnuje odpovídající cvičení a pokud je indikováno, tak i užívání kloubních dlah k zajištění správné pozice kloubu a pohodlnému držení těla bránícímu bolesti, ztuhlosti, vzniku svalových kontraktur a kloubních deformit. Aby vedla ke zlepšení a udržení zdravých kloubů a svalů musí být rehabilitace zahájena časně a je třeba ji provádět pravidelně.

Ortopedicko chirurgické výkony

Indikací k ortopedickému výkonu v je kloubní náhrada (především kyčle a kolene) v případě poškození kloubu a chirurgické rozvoňování měkkých tkání v případě kontraktur.

3.3 Jak je to s nekonvenční léčbou?

Existuje mnoho alternativních terapií, což může být pro pacienty a jejich rodiny matoucí. Vzhledem k tomu, že je prokázán velmi malý prospěch z této léčby a současně tato terapie může být nákladná (jak z hlediska času a zátěže pro dítě, tak i finančně), je nutné velmi důkladně přemýšlet o rizicích a prospěchu dítěte z těchto terapií. Pokud budete chtít zkusit tyto alternativní terapie, prosím promluvte si o této volbě se svým dětským revmatologem. Některé tyto léčby mohou interagovat s klasickými léky. Pokud se budete řídit i radami svého lékaře, tak Vám většina lékařů nebude bránit aletrnativní metody vyzkoušet. Je ale velmi důležité nepřestat brát předepisované léky. Pokud je zapotřebí

léčba kortikoidy, může být velmi nebezpečné přestat je brát náhle nebo je ukončit v době, kdy je onemocnění stále aktivní. Prosím ptejte se ošetřujícího lékaře svého dítěte.

3.4 Kdy by měla být zahájena léčba?

V současnosti již existují národní a mezinárodní doporučení, která pomáhají lékařům a rodinám pacientů zvolit vhodnou léčbu.

Mezinárodní doporučení byla vydána nedávno ACR (American College of Rheumatology – www.rheumatology.org), Evropská společnost dětské revmatologie v současnosti připravuje další (PRES – www.pres.org.uk).

Podle těchto doporučení jsou děti s méně závažným onemocněním (méně postižených kloubů) obvykle léčeny především NSAID a nitrokloubními injekcemi kortikosteroidů.

U závažnějších typů JIA (více postižených kloubů) je metodou volby metotrexát (nebo méně často leflunomid). Pokud tato léčba není dostačující, přidává se biologický preparát (primárně blokátor TNF), který je užíván samostatně nebo v kombinaci s metotrexátem. U dětí, které netolerují nebo neodpovídají na léčbu metotrexátem nebo biologickým preparátem, je následně volena jiná biologická léčba (jiný blokátor TNF nebo abatacept).

3.5 Pediatriká legislativa, schválené a neschválené léky a budoucí možnosti terapie

Ještě kolem roku 2000 nebyly všechny léky užívané při léčbě JIA a mnoha jiných onemocnění u dětí řádně prostudovány. Tato skutečnost znamenala, že je lékaři je předepisovali především na základě vlastní zkušenosti nebo na základě studií u dospělých pacientů.

V minulosti bylo vedení klinických studií v dětské revmatologii skutečně obtížné zvláště kvůli nedostatku prostředků na dětské studie i kvůli nezájmu farmaceutických firem, způsobenému relativně malým počtem pacientů a z něho plynoucí nízké ekonomické návratnosti prostředků investovaných do vývoje léčiv. Situace se však dramaticky před několika lety změnila díky zavedení nového programu v USA (Best Pharmaceuticals for Children Act) a díky speciálnímu legislativnímu opatření pro vývoj léčiv (Paediatric Regulation) v Evropské unii. Tyto iniciativy donutily farmaceutické firmy ke studiu léčiv i pro použití v dětském věku.

Iniciativy evropských i severoamerických odborných organizací v poslední době velmi pozitivně ovlivnily vývoj nových léčiv hlavně pro děti s JIA. Jedná se zejména o dvě rozsáhlé organizace: Mezinárodní organizace pro klinické studie v dětské revmatologii PRINTO (Paediatric Rheumatology International Trials Organisation, www.printo.it), která sdružuje více než 50 zemí celého světa, a severoamerickou pracovní skupinu dětské revmatologie PRCGS (Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group, www.prcsg.org). Stovky rodin dětí s JIA léčených v centrech PRINTO nebo PRCGS po celém světě se účastní klinických studií s použitím léků speciálně vyvíjených pro léčbu dětí s JIA. Účast na těchto studiích někdy vyžaduje užívání placeba (tzn. tablet nebo infuzí bez obsahu účinné látky), aby se ověřila účinnost studované látky a případné nežádoucí účinky.

Díky těmto možnostem je v dnešní době několik léčiv specificky schváleno pro léčbu JIA. To znamená, že regulační úřady, jako např. FDA (Food and Drug Administration) nebo EMA (European Medicines Agency) a řada dalších národních regulačních úřadů prověřily vědecké informace vycházející z klinických studií a vydaly povolení farmaceutickým firmám uvést tato léčiva na trh s informací o jejich účinnosti a bezpečnosti u dětí.

Seznam léků schválených pro léčbu JIA obsahuje metotrexát, etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab a canakinumab.

V současné době probíhá několik dalších klinických studií, kterých by se Vaše dítě mohlo po domluvě s jeho/jejím lékařem zúčastnit.

Existují i další léky, které nejsou formálně schváleny pro použití při léčbě JIA, jako například několik nesteroidních antiflogistik, azathioprin, cyklosporin, infliximab, golimumab a certolizumab. Tyto léky mohou být užívány i bez schválené indikace (tzv. Off-label použití) a jejich užívání může navrhnout Váš lékař zejména v případě, že není k dispozici žádná jiná vhodná léčba.

3.6 Jaké jsou hlavní vedlejší účinky terapie?

Léky užívané u JIA jsou obvykle dobře tolerovány. Žaludeční intolerance, jako jeden z častých vedlejších účinků u NSAID, nebývá u dětí pozorován tak často jako u dospělých. NSAID mohou způsobovat zvýšení jaterních testů, což však vyjma aspirinu bývá vzácné.

Metotrexát bývá rovněž dobře tolerován. Jeho vedlejší účinky jako je nevolnost nebo zvracení bývají vzácné. Potenciální toxicitu sledujeme

pravidelnou monitorací jaterních testů a krevního obrazu. Nejčastěji se jedná o zvýšení hladiny jaterních enzymů, které se upraví při vynechání nebo snížení dávky metotrexátu. Folát nebo kyselina listová je předepisována současně s metotrexátem ke snížení rizika výskytu jaterní toxicity. Přecitlivělost na metotrexát je vzácná.

Salazopyrin je rovněž dobře tolerován, nejčastějším vedlejším účinkem bývá vyrážka, zažívací obtíže, zvýšení hladin jaterních enzymů a snížení hladin bílých krvinek s rizikem infekce. Podobně jako u metotrexátu je zapotřebí pravidelná monitorace laboratorních testů.

Dlouhodobé užívání vysokých dávek kortikosteroidů je spojeno s rozvojem závažných vedlejších účinků. Jedná se zejména o zpomalený růst a osteoporozu. Vyšší dávky kortikosteroidů také působí zvýšený hlad dítěte, který může vést k obezitě. Z tohoto důvodu je důležité upravit stravu dětí ve smyslu zařazení nízkokalorické potravy.

Biologická léčba je minimálně v prvních letech léčby velmi dobře snášena. Pacienti by měli být pečlivě sledováni stran výskytu infekce nebo jiných vedlejších účinků. Je však důležité si uvědomit, že zkušenosti s užíváním všech léků pro JIA jsou omezené na počet pacientů v klinických studiích (několik stovek dětí) a čas, po který jsou tyto léky k dispozici (od roku 2000). Z těchto důvodů je nyní v běhu několik JIA registrů, které zaznamenávají klinické údaje dětí na biologické léčbě jak na národní úrovni (Německo, Velká Británie, USA...), tak mezinárodně (Pharmachild, projekt PRES a Printo). Hlavním účelem těchto registrů je monitorace výskytu dlouhodobých vedlejších účinků léčby, které se mohou projevit i řadu let po jejich podávání.

3.7 Jak dlouho bude léčba trvat?

Léčba by měla trvat, dokud bude onemocnění přetrvávat. Ve většině případů je trvání choroby nepředvídatelné, pohybuje se od několika roků po mnoho let. Průběh JIA je typický střídáním remisí (zklidnění nemoci) s relapsy (zhoršení nemoci), což vede k odpovídajícím změnám léčby. Ukončení léčby se zvažuje, pokud je artritida zcela zklidněna po dobu alespoň 6-12 měsíců, někdy i déle. Riziko návratu nemoci po vysazení léčby je považováno za významné, i když přesná data nejsou známa. Dětské pacienti v remisi JIA mohou být sledováni do dospělosti, i když už nemají kloubní projevy.

3.8 Jak často a jak dlouho je potřeba docházet na oční vyšetření ve šterbinové lampě?

Rizikovní pacienti (především ANA pozitivní) by měli být vyšetřováni každé tři měsíce. Frekvence těchto vyšetření se zvyšuje, pokud se rozvine iridocyklitida. Pravidelné kontroly jsou určovány očním lékařem a závisí na tíži projevů očního zánětu.

Riziko vzniku iridocyklitidy se snižuje s časem, nicméně je znám rozvoj těchto obtíží i roky po manifestaci artritidy. Z tohoto důvodu je na místě pravidelná monitorace očních komplikací i roky po vymizení artritidy. U artritidy spojené s entezitidou se vyskytuje akutní uveitida. Tato oční komplikace je obvykle symptomatická (červené oči, světloplachost). Pokud pacient trpí těmito příznaky, je nezbytné okamžitě vyhledat očního specialistu. Na rozdíl od chronického zánětu zde není potřeba pravidelné preventivní vyšetřování ve šterbinové lampě ke stanovení časně diagnózy.

3.9 Jaká je dlouhodobá prognóza artritidy?

Prognóza artritidy se v průběhu let postupně zlepšuje, nicméně stále záleží na závažnosti a klinickém podtypu JIA stejně jako na včasném zahájení správně vedené léčby. Stále probíhá výzkum nových léků a biologických preparátů, které by mohly být k dispozici všem dětem s JIA. Prognóza artritidy se v posledních deseti letech významně zlepšila. Celkově je až u 40% dětí po 8-10 letech od manifestace onemocnění zaznamenána remise JIA a jsou vysazeny všechny léky. Remise je nejčastěji dosaženo u perzistující oligoartikulární JIA.

Systémová JIA má různorodou prognózu. Asi u poloviny pacientů jsou přítomny pouze mírné kloubní projevy a v popředí jsou opakovaná systémová vzplanutí nemoci. Konečná prognóza je u těchto dětí dobrá, protože často dochází ke spontánní remisi. U druhé poloviny pacientů je pak onemocnění charakterizováno přetrvávající artritidou, zatímco systémové příznaky mají tendenci vymizet v průběhu několika let. U těchto pacientů se může rozvinout těžké poškození kloubu. A nakonec u malého procenta pacientů této druhé skupiny mohou přetrvávat systémové projevy spolu s artritidou, tato skupina pacientů má jednoznačně nejhorší prognózu s rizikem rozvoje amyloidózy, která vyžaduje imunosupresivní terapii. Pokrok v cílené biologické léčbě (blokáda interleukinu-6, tocilizumab a interleukinu-1, anakinra a canakinumab) velmi pravděpodobně zajistí zlepšení dlouhodobé

prognozy u těchto pacientů.

RF pozitivní polyartikulární JIA má často progresivní kloubní průběh, který může vést závažnému poškození kloubů. Tato forma artritidy v dětství je protějškem RF pozitivní revmatoidní artritidy u dospělých.

Prognoza RF negativní polyartikulární JIA je složitá, nicméně je významně lepší než u RF pozitivního podtypu. Postižení kloubů se rozvine jen asi u jedné čtvrtiny dětí.

Pokud oligoartikulární JIA postihuje pouze malý počet kloubů (tzv. perzistující oligoartritida), má výbornou kloubní prognózu. U pacientů s extendovanou formou (rozvoj postižení většího počtu kloubů) je prognóza podobná jako u polyartikulární RF negativní polyartritidy. Mnoho pacientů s psoriatickou artritidou má onemocnění podobné oligoartikulární JIA, zatímco u jiných je onemocnění podobné spíše dospělé psoriatické artritidě.

JIA spojená s entezopatií má opět různorodou prognózu. U některých pacientů dochází k remisi, zatímco u jiných choroba progreduje a může postihovat křížové skloubení.

V současné době neexistují klinické nebo laboratorní parametry, které by v časném stadiu nemoci umožnily předpovědět, u kterých pacientů je prognóza horší. Pokud by byly k dispozici, tak by takovéto parametry umožnily identifikovat pacienty, kteří by mohli být hned od začátku onemocnění léčeni intenzivnější léčbou. Laboratorní prediktory pro vhodné načasování ukončení léčby metotrexátem nebo biologickými preparáty jsou stále studovány.

3.10 A co iridocyklitida?

Neléčená iridocyklitida může mít velmi závažné následky jako je zákal čočky oka (katarakta) nebo slepota. Příznaky obvykle rychle vymizí, pokud je zánět včasně léčen. Jedná se o lokální léčbu očními kapkami, které léčí zánět a rozšiřují zornice. Pakliže je tato léčba nedostačující, j může být indikována léčba biologickými preparáty. Vzhledem k tomu, že odpověď na terapii je u každého dítěte individuální, neexistují jasné důkazy o tom, jaká léčba iridocyklitidy je pro to které dítě nejlepší.

Prognoza je tedy především dána časnou diagnózou iridocyklitidy.

Katarakta může být především u pacientů se systémovou JIA následkem dlouhodobé léčby kortikoidy.