

آرتريت جوانان به علت نامشخص

نسخه 2016

2. اشکال مختلف JIA

1.2 آیا بیماری اشکال متفاوتی دارد؟

اشکال متعددی برای JIA وجود دارند. بیشتر توسط تعداد مفاصل درگیر مشخص میشوند (و رش، تب، مثل دیگری علائم با نیز و (متعدد مفاصل یا و مفصل چند یا یک بادرگیری JIA برای این موارد پاراگراف های بعدی را ملاحظه فرمائید). تشخیص اشکال متفاوت بیماری با مشاهده علائم در 6 ماهه اول بیماری گذاشته میشود. به این دلیل، آنها را تحت عنوان فرم- نحوه شروع نیز بیان میکنند.

سیستمیک JIA 1.1.2

سیستمیک به این معناست که علاوه بر آرتريت امکان درگیری ارگان های مختلف بدن نیز وجود دارد.

میشود که مشخص بدن مختلف اعضای در وسیع التهاب و رش، تب با سیستمیک JIA ممکنست قبل از آرتريت و یا در سیر آن پدیدار گردد. تب شدید به مدت طولانی وجود دارد و رشی که بیشتر در زمان بالا بودن تب ظاهر میشود. علائم دیگر شامل دردهای عضلانی، بزرگ شدن کبد، طحال و نیز غدد لنفاوی و التهاب در پرده اطراف قلب (پریکاردیت) و ریتیند(پلوریت) است. آرتريت، غالبا پنج مفصل یا بیشتر را درگیر میکند و ممکنست در شروع بیماری وجود داشته باشد و یا در حین بیماری یا دیرتر به وجود آید. سیستمیک دخترها و پسرها را در هر سنی مبتلا میکند اما خصوصا در نوپایان و در سنین قبل از مدرسه بیشتر دیده میشود.

تقریبا در نیمی از بیماران تب و آرتريت مدت محدودی دارد؛ این گروه از بیماران در طولانی مدت بهترین پیش آگهی را دارند. تب از بین میرود اما آرتريت اهمیت بیشتری پیدا میکند و گاهی مشکلات درمانی به وجود میآورد. در تعداد کمی از بیماران تب و آرتريت هر دو باقی میمانند. JIA سیستمیک بیانگر کمتر از 10% کل موارد JIA بشمار میآید؛ مختص کودکان است و بندرت در بالغین دیده میشود.

متعدد مفاصل با JIA 2.1.2

تب اینکه بدون بیماری اول ماه شش در مفصل بیشتر یا 5 درگیری با متعدد مفاصل با JIA وجود داشته باشد مشخص میشود. تست هائی وجود دارند که فاکتور روماتوئید را بررسی میکنند و مشخص کننده اشکال RF+ و RF- است.

(است نادر بسیار کودکان در فرم این : مثبت روماتوئید فاکتور و متعدد مفاصل با JIA کمتر از 5% از کل مبتلایان JIA). این فرم معادل آرتریت روماتوئید RF+ در بالغین (یعنی شایعترین فرم آرتریت مزمن در بزرگسالان) است. این فرم غالبا باعث آرتریت قرینه میشود، که در ابتدا بیشتر مفاصل کوچک دست و پا را درگیر میکند و بعد به مفاصل دیگر وسعت پیدا میکند. در دختر ها بیشتر از پسر ها دیده میشود و شروع آن غالبا بعد از 10 سالگی است. در این نوع آرتریت غالبا شدید است.

شامل را موارد کل 15-20% شکل این : منفی روماتوئید فاکتور و متعدد مفاصل با JIA میشود. میتواند کودکان را در هر سنی مبتلا نماید. هر مفصلی ممکنست درگیر شود و غالبا هم مفاصل بزرگ و هم مفاصل کوچک را درگیر میکند.

برای این هر دو فرم ، لازم است درمان زود انجام شود ، به محض اینکه تشخیص به تائید رسید. باور بر این است که با شروع درمان سریع و مناسب نتایج بهتری خواهیم داشت. معهذا ، مشکل میتوان نحوه پاسخ به درمان را در مراحل اولیه پیش بینی نمود. پاسخ به درمان تا حد زیادی از یک کودک به کودک دیگر متفاوت است.

(یابنده وسعت یا ثابت) مفصل چند یا یک درگیری با JIA 3.1.2

موارد 50% از بیشتر شامل ، است بیماری نوع شایعترین (آرتیکولر الیگو) مفصلی چند JIA آرتریت های مزمن کودکان بدون علت مشخص میشود. نوع با درگیری کمتر از پنج مفصل بدون علائم سیستمیک در شش ماهه اول بیماری مشخص میشود. این شکل مفاصل بزرگ را بصورت غیر قرینه درگیر میکند (مثل زانو و قوزک) . گاهی از اوقات ممکنست تنها یک مفصل درگیر شده باشد (فرم تک مفصلی). در بعضی از بیماران ، تعداد مفاصل درگیر بعد از 6 ماه اول به 5 یا بیشتر مفصل افزایش پیدا میکند؛ که در این صورت بنام چند مفصلی وسعت یابنده خوانده میشود. و اگر تعداد مفاصل در سیر بیماری کمتر از 5 باقی بماند ، این فرم بعنوان چند مفصلی پایدار خوانده میشود.

الیگو آرتریت معمولا شروع قبل از شش سالگی دارد و اساسا در دختران مشاهده میشود. با درمان به موقع و مناسب ، پیشرفت درگیری در مفصل بیمارانی که تنها چند مفصل درگیر داشته باشند غالبا خوبست؛ در موارد وسعت پیدا کردن تعداد مفاصل درگیر و متعدد شدن تعداد مفاصل درگیر پیشرفت متغیر خواهد بود.

عمده این مبتلایان ممکنست درگیری چشمی داشته باشند، بصورت التهابی در قسمت قدامی کره چشم (اووئیت قدامی)، پرده ای با عروق خونی که چشم را فرا میگیرد. از آنجا که قسمت قدامی قسمت رنگی چشم توسط مردمک و اجسام مژکی شکل میگیرد، این عارضه بنام ایریدوسیکلیت مزمن و یا اوئیت قدامی مزمن خوانده میشود. در JIA، این یک پدیده مزمن است که در سکوت پیشرفت میکند بدون اینکه باعث بروز علائم مشخصی (از قبیل قرمزی یا درد) گردد. اگر تشخیص داده نشده و درمان انجام نشود ، اووئیت قدامی پیشرفت نموده و میتواند عواقب صدمه جدی به چشم را به دنبال داشته باشد. بنا

براین تشخیص زود رس آن حائز نهایت اهمیت است. از آنجا که چشم قرمز نمیشود و کودک از تاری چشم شکایت نمیکند، ممکنست اووئیت انتریورمورد توجه والدین و پزشک قرار نگیرد. فاکتوراعلام خطر در ایجاد اووئیت قدامی عبارت از شروع IIA در سن کم و مثبت شدن ANA (آنتی بادی ضد هسته ای) است. در نتیجه انجام معاینه توسط چشم پزشک وبا استفاده از دستگاه های اختصاصی که بنام لامپ شکاف دار Lamp Slit نامیده میشود برای کودکانی که در ریسک این بیماری هستند الزامی است. تکرار این معاینات معمولا هر سه ماه یک بار و تا زمانی طولانی در نظر گرفته میشود.

4.1.2 آرتریت پسوریاتیکی

آرتریت سورپاتیکی با همراهی آرتریت و پسوریازیس مشخص میشود. پسوریازیس یک بیماری التهابی پوستی است با مناطقی از پوسته شدن پوست که غالبا روی آرنج و زانو بوجود میآید. گاه از اوقات فقط ناخنها گرفتار پسوریازیس میشوندو یا یک سابقه فامیلی ابتلا به پسوریازیس وجود دارد. بیماری پوستی ممکنست قبل ویا بعد از شروع آرتریت مشاهده شود. علایم ویژه ای که این نوع از IIA را مطرح میکند شامل تورم کل انگشت و یا toe می باشد. (که بنام انگشت "سوسیسی" یا داکتیلیت خوانده میشود) و تغییرات ناخن نیز (ها برادر خواهر و والدین) اول درجه خانواده در در پسوریازیس وجود و pitting ممکنست اتفاق بیفتد. اوئیت قدامی مزمن ممکنست دیده شود و بنابراین انجام معاینه چشم بطور منظم توصیه میشود.

پیامد و عاقبت بیماری متغیر است، چرا که پاسخ به درمان میتواند در مورد پوست و مفاصل متفاوت باشد. چنانچه تعداد مفاصل درگیر در کودک کمتر از 5 مفصل باشد درمان مشابه نوع الیگوآرتریت خواهد بود. اگر کودک بیش از 5 مفصل درگیر داشته باشد، درمان مشابه پلی آرتیکولر است. اختلاف در نحوه درمان میتواند در رابطه با پاسخ درمانی نسبت به آرتریت و نیز پسوریازیس تغییر داده شود.

5.1.2 آرتریت در رابطه با enthesitis

شایعترین آنها آرتریت هائی هستند که بیشتر مفاصل بزرگ اندام تحتانی و انتزیت را درگیر میکنند. انتزیت به معنای التهاب در "enthesis" است که نقطه اتصال تاندون با استخوان (مثال انتزیس پاشنه است). التهاب موضعی در این ناحیه غالبا همراه با درد شدید است. بیشتر اوقات انتزیس در ناحیه کف پا و قسمت پشت پاشنه در محل اتصال تاندون آشیل است. گاهی از اوقات این بیماران اوئیت قدامی حاد پیدا میکنند. برخلاف اشکال دیگر IIA، در اینجا چشم قرمز و نمناک lachrymation و نسبت به نور حساس است. بیشتر بیماران نسبت به آزمایشی که B27 HLA خوانده میشود مثبت هستند: این آزمایش برای فامیلی که مستعد این بیماری هستند انجام میشود. این فرم پسرها را بیشتر مبتلا میکند و غالبا بعد از 6 سالگی شروع میشود. سیر این فرم متغیر است. در بعضی از بیماران، بیماری پس از مدتی غیر فعال میشود، در حالی که در عده ای دیگر به قسمت تحتانی ستون فقرات و مفاصل متصل به لگن، مفاصل ساکروایلیاک انتشار یافته باعث محدود شدن خم شدن

پشت می‌گردد. کمر درد صبحگاهی همراه با خشکی التهاب مفصلی را در مفاصل ستون فقرات به شدت مطرح می‌کند. در واقع این فرم مشابه با بیماریهای ستون فقرات در بزرگسالان است که به نام اسپوندیلیت آنکیلوزان خوانده می‌شود.

2.2 چه چیزی باعث ایریدوسیکلیت مزمن می‌شود؟ آیا ارتباطی با آرتریت دارد؟

التهاب در چشم (ایریدوسیکلیت) به علت پاسخ غیر طبیعی ایمنی نسبت به چشم (اتو ایمیون) اتفاق می‌افتد. هرچند مکانیسم قطعی آن مشخص نیست. این عارضه اساساً در بیماران IIA با شروع در سن کمی اتفاق می‌افتد که آزمایش ANA مثبت داشته باشند. عواملی که چشم را به مفاصل ارتباط می‌دهند مشخص نیستند. هرچند لازم است به خاطر داشته باشیم که آرتریت و ایریدوسیکلیت میتوانند سیر متفاوتی داشته باشند، برای همین معاینه دوره ای با lamp-slit علیرغم بهبود علایم مفصلی لازم است، چرا که التهاب چشم میتواند بدون بروز علایمی و حتی در زمانی که آرتریت بهتر شده است ادامه داشته باشد. سیر ایریدوسیکلیت با شعله وری دوره ای مشخص می‌شود و ارتباطی با سیر آرتریت ندارد. ایریدوسیکلیت معمولاً بعد از شروع آرتریت شروع می‌شود و ممکنست که هم زمان آرتریت به آن توجه شود. خیلی کمتر اتفاق می‌افتد که قبل از آرتریت پیش بیاید. چنین مواردی بد شانس ترین موارد هستند؛ چرا که این موارد بدون علامت هستند، و با تاخیر در تشخیص دچار صدمات بینائی می‌گردند.

3.2 آیا این بیماری با نوع بالغین تفاوت دارد؟

قاعدتاً بله. نوع پلی آرتیکولر با RF مثبت، که 70% آرتریت روماتوئید در بزرگسالان را تشکیل می‌دهد، در کودکان فقط 5% موارد کودکان را شامل می‌شود. الیگو آرتریت‌های سنین کم که 50% موارد کودکان را تشکیل می‌دهد، در بزرگسالی دیده نمی‌شود. آرتریت‌های سیستمیک خاص کودکان است و بندرت در بزرگسالی دیده می‌شود.