www.printo.it/pediatric-rheumatology/NO/intro

Barneleddgikt (Juvenil Idiopatisk Artritt- JIA)

Versjon av 2016

2. FORSKJELLIGE TYPER BARNELEDDGIKT

2.1 Hvilke typer finnes?

Det er flere former for barneleddgikt. De skiller seg hovedsaklig fra hverandre ved hvor mange ledd som er rammet (oligoartikulær eller polyartikulær JIA) og om det i tillegg er symptomer som bl.a. feber, utslett eller annet (se under). Ved å observere symptomene i de første seks månedene av sykdommen, kan man finne hvilken form for barneleddgikt barnet har.

2.1.1 Systemisk barneleddgikt (systemisk JIA)

Med "systemisk" menes at forskjellige organer kan være rammet i tillegg til leddbetennelse.
Systemisk barneleddgikt er karakterisert ved feber, utslett og en kraftig betennelse i forskjellige organer. Betennelsen i indre organer kan komme før eller mens man har leddbetennelsene. Feberen er høy og langvarig. Barna kan få et utslett, hovedsakelig under febertoppene. Andre symptomer kan være muskelsmerter, forstørret lever, milt eller lymfeknuter, samt betennelse av hinnene rundt hjertet (perikarditt) og lungene (pleuritt). Leddbetennelse, vanligvis i fem eller flere ledd, kan være tilstede fra starten av eller komme senere. Sykdommen kan ramme gutter og jenter i alle aldre, men det er vanligst hos førskolebarn.
Omtrent halvparten har feber og leddbetennelse i en begrenset periode. Disse pasientene har som regel best prognose. Hos den andre halvparten vil feberen ofte avta, og leddbetennelsen blir hovedproblemet. Leddbetennelsen kan noen ganger være vanskelig å

behandle. Feber og leddbetennelse samtidig vedvarer hos et mindretall av disse pasientene. Andelen barneleddgiktstilfeller som har systemisk JIA er under 10 %. Sykdommen kan vedvare inn i voksen alder hos 20-50 %, men den debuterer sjeldent hos voksne.

2.1.2 Mangeleddstypen av barneleddgikt (polyartikulær JIA, poly JIA)

Ved mangeleddstypen av barneleddgikt er fem eller flere ledd rammet i løpet av de første seks månedene, uten at det samtidig har vært feber. Ved hjelp av blodprøver kan man inndele i to grupper; de som har revmatoid faktor (RF) i blodet (såkalt seropositiv barneleddgikt) og de som ikke har det.
Seropositiv barneleddgikt (kalles også RF-positiv polyartikulær JIA) er sjelden og rammer færre enn 5 % av alle med barneleddgikt. Sykdommen ligner leddgikt hos voksne (RF positiv revmatoid artritt). Leddbetennelsen rammer gjerne de samme leddene på begge sider av kroppen (dvs. symmetrisk) og starter ofte i småleddene i hender og føtter. Sykdommen er mest vanlig hos jenter og starter oftest etter ti års alder. Sykdommen er en alvorlig form for barneleddgikt.
Seronegativ barneleddgikt (RF-negativ polyartikulær JIA) utgjør ca. 15-20 % av alle barneleddgiktstilfellene. Sykdommen kan ramme barn i alle aldre. Alle ledd kan rammes, vanligvis både store og små ledd.
For begge disse gruppene er det viktig å starte behandlingen tidlig, dvs. så snart barnet har fått diagnosen. Man antar at tidlig behandling gir best langtidsutsikter (prognose). Tidlig i sykdomsforløpet er det imidlertid vanskelig å forutsi hvordan behandlingen vil fungere. Det er svært individuelt hvordan behandlingen virker på den enkelte.

2.1.3 Fåleddstypen av barneleddgikt (Oligoartikulær/pauciartikulær JIA; vedvarende/persisterende eller utvidet forløp)

Dette er den vanligste formen for barneleddgikt og utgjør ca. halvparten av alle barneleddgiktstilfellene. Den er kjennetegnet ved at fire eller færre ledd rammes i løpet av sykdommens første seks måneder, uten at det er symptomer fra indre organer. Det er store ledd (som knær og ankler) som rammes, asymmetrisk, dvs. ulike ledd på hver side av kroppen. Noen ganger rammes bare ett ledd

(monoartikulær). Hos enkelte rammes flere ledd etter de første seks månedene slik at fem eller flere ledd er involvert. Det har da utviklet seg en polyartikulært forløpende JIA utvidet oligoartritt. Om sykdommen ikke rammer flere enn fire ledd, kalles den persisterende oligoartritt. Fåleddstypen av barneleddgikt debuterer vanligvis før barnet er 6 år, og rammer flest jenter. Hvis sykdommen fortsetter med kun få ledd rammet, er prognosen ofte god dersom barnet tidlig får rett behandling. Prognosen varierer mer om disse barna utvikler en utvidet type (dvs. betennelse i fem eller flere ledd; polyartikulær JIA).
En del av pasientene utvikler en øyekomplikasjon der den forreste delen av øyet, dvs. hinnen med blodårer som dekker øyet, blir betent (fremre uveitt). Ettersom denne delen av øyet dannes av regnbuehinnen, kalles komplikasjonen regnbuehinnebetennelse (eller kronisk fremre uveitt, kronisk iridocyklitt). Ved barneleddgikt utvikler denne øyebetennelsen seg snikende, oftest uten symptomer som smerte eller rødhet. Hvis betennelsen ikke blir oppdaget og behandlet, kan regnbuehinnebetennelse utvikle seg og føre til svært alvorlige øyeskader med redusert syn som resultat. Derfor er det veldig viktig å oppdage denne komplikasjonen tidlig. Siden øyet ikke blir rødt og barnet ikke klager over tåkesyn, kan sykdommen bli oversett av både foreldre og helsepersonell. Om man har fått barneleddgikt tidlig og har ANA i blodet, har man økt risiko for å utvikle regnbuehinnebetennelse. Derfor må barn med høy risiko for å utvikle regnbuehinnebetennelse regelmessig til øyelege og bli undersøkt med en såkalt spaltelampe. Hvor ofte det er nødvendig, varierer. Behandlingsansvarlige lege lager en plan for dette.

2.1.4 Psoriasisleddgikt (psoriasis artritt, PSA eller PSO-A)

Psoriasisleddgikt kjennetegnes ved leddbetennelse i forbindelse med hudsykdommen psoriasis. Psoriasis er en betennelse i huden med flekker av flassende hud, ofte over albuene og knærne. Noen ganger er bare neglene rammet av psoriasis eller det er andre i familien til barnet, en av foreldrene eller søsken (såkalte førstegrads slektninger) som har psoriasis. Hudsykdommen kan oppstå før eller samtidig med leddbetennelsen. Typiske tegn på denne undertypen av barneleddgikt er hevelse av hele fingre eller tær (såkalte «pølsefinger» eller daktylitt) og negleforandringer (pitting). Siden barna kan utvikle regnbuehinnebetennelse, bør de til regelmessige øyeundersøkelser.

Prognosen varierer, da behandlingen kan ha ulik effekt på huden og på leddene. Om færre enn fem ledd er rammet, er behandlingen den samme som ved fåleddstypen av barneleddgikt (oligoartikulær JIA). Om mer enn fem ledd er rammet, er behandlingen den samme som for mangeleddstypen av barneleddgikt (polyartikulær JIA).

2.1.5 Entesittrelatert artritt (leddbetennelse i forbindelse med senefestebetennelse)

De vanligste symptomene er leddbetennelse, hovedsakelig i de store leddene i de nedre kroppsdelene, sammen med betennelse i senefester. Entesitt betyr betennelse av det området der senene er festet til bein. Hælen er et eksempel på et senefeste. Betennelse i dette området gir ofte sterke smerter. Det vanligste stedet å få senefestebetennelse er fotsålen og der akillessenen er festet bak på hælen. Disse pasientene utvikler noen ganger en akutt betennelse i regnbuehinnen i øyet. I motsetning til regnbuehinnebetennelse ved andre former for barneleddgikt, viser dette seg ofte som røde og rennende øyne samt økt følsomhet for lys. De fleste med denne sykdommen har vevstypen HLA B27, som viser at man har et arvelig anlegg for sykdommen. Dette sjekkes ved en blodprøve. Entesittrelatert artritt rammer flest gutter over 6 år. Sykdomsforløpet varierer. Hos noen faller sykdommen til ro etter noe tid, mens hos andre sprer sykdommen seg til nedre del av ryggraden og leddene som er festet til bekkenet (iliosakralleddene). Dette kan gjøre det vanskelig å bøye seg. Ryggsmerter sammen med stivhet gir mistanke om betennelse (inflammasjon) av ryggvirvlene. Denne formen for barneleddgikt minner om revmatisk ryggsykdom med debut i voksen alder som ankyloserende spondylitt, tidligere kalt Bekhterevs sykdom.

2.2 Hva er årsaken til kronisk regnbuehinnebetennelse? Er det en sammenheng mellom dette og leddbetennelsen?

Øyebetennelse (iridocyklitt) kommer av en unormal immunrespons (autoimmun) mot øyet. Mekanismene rundt dette er ukjent. Denne komplikasjonen ses hovedsakelig hos pasienter med tidlig debut av barneleddgikt og der man finner ANA i blodet.
Sammenhengen mellom øye- og leddsykdommen er ukjent. Det er imidlertid viktig å huske at regnbuehinnebetennelsen ikke behøver å

oppstå samtidig med leddbetennelsen. Regelmessige undersøkelser hos øyelege (med spaltelampe) er nødvendig selv om leddbetennelsen har brent ut. Regnbuehinnebetennelse kjennetegnes ved perioder med oppbluss, gjerne uten symptomer, uavhengig av leddbetennelsene. Regnbuehinnebetennelsen starter vanligvis samtidig med eller blir påvist samtidig med leddbetennelsen. I sjeldne tilfeller starter den før leddbetennelsen. Siden regnbuehinnebetennelsen gjerne er uten symptomer, kan det ta lang tid før den blir oppdaget hvis man ikke er spesielt oppmerksom på faren, noe som igjen kan føre til redusert syn.

2.3 Er barneleddgikt forskjellig fra leddgikt hos voksne?

For det meste ja. Mangeleddstypen av barneleddgikt med positiv "revmafaktor" (polyartikulær RF-positiv JIA), som utgjør omtrent 70 % av tilfellene av leddgikt hos voksne, står for mindre enn 5 % av tilfellene av barneleddgikt. Den oligoartikulære (fåledds-) formen som oppstår tidlig, utgjør omtrent 50 % av alle tilfellene av barneleddgikt. Denne formen finnes ikke blant voksne. Systemisk leddgikt er vanligst hos barn og sees sjelden blant voksne.