



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/SK/intro>

Juvenilná Idiopatická Artritída

Verzia 2016

2. RÔZNE TYPY JIA

2.1 Existujú rôzne typy tejto choroby?

JIA má niekoľko rozličných foriem. Líšia sa hlavne počtom postihnutých kĺbov (oligoartrikulárna a polyartrikulárna JIA) a prítomnosťou sprievodných prejavov, ako sú horúčka, kožné vyrážky alebo iné (pozri nasledujúce odstavce). Diagnóza jednotlivých foriem sa stanoví na základe príznakov, ktoré sú prítomné v priebehu prvých 6 mesiacov choroby. Preto sa tiež často označujú ako formy začiatku ochorenia.

2.1.1 Systémová JIA

Systémová v tomto prípade znamená, že okrem kĺbov môžu byť postihnuté aj rôzne telesné orgány.

Systémová JIA je charakterizovaná prítomnosťou horúčky, kožných vyrážok a zápalu rozličných telesných orgánov, ktoré sa môžu objaviť pred vznikom artritídy alebo v jej priebehu. Horúčka je intenzívna a dlhotrvajúca a vyrážky sa zvyčajne objavujú v priebehu teplotných výstupov. Medzi iné príznaky patria bolesti svalov, zväčšenie pečene, sleziny alebo lymfatických uzlín, zápal blany na povrchu srdca (perikarditída) a pľúc (pleuritída). Artritída obyčajne postihuje najmenej 5 kĺbov a môže sa objaviť na začiatku ochorenia, alebo až neskôr v jej priebehu. Choroba môže postihnúť chlapcov aj dievčatá všetkých vekových skupín, avšak častejšie sa pozoruje u batoliat a detí predškolského veku.

Asi u polovice pacientov sa objavujú ohraničené obdobia horúčok a artritídy; títo pacienti majú najlepšiu dlhodobú prognózu. U druhej polovice pacientov má horúčka tendenciu ustupovať, zatiaľ čo sa do

popredia dostáva artritída, ktorá býva niekedy ťažko liečiteľná. U malej časti týchto pacientov horúčka a artritída pretrvávajú spoločne. Systémová forma JIA tvorí menej ako 10% prípadov JIA, je typická pre detský vek a zriedka sa pozoruje u dospelých.

2.1.2 Polyartrikulárna JIA

Polyartrikulárna forma JIA je charakterizovaná postihnutím najmenej 5 kĺbov v priebehu prvých 6 mesiacov ochorenia, pričom nie je prítomná horúčka. Na základe krvných testov stanovením reumatoidného faktora (RF) rozlišujeme 2 typy: RF-negatívnu a RF-pozitívnu JIA.

RF pozitívna polyartrikulárna JIA: táto forma je u detí veľmi zriedkavá (menej ako 5% všetkých pacientov s JIA). Jej ekvivalentom je RF-pozitívna reumatoidná artritída dospelých (najčastejší typ chronickej artritídy u dospelých). Spravidla spôsobuje symetrickú artritídu, spočiatku hlavne malých kĺbov rúk a nôh, a neskôr sa rozširuje aj na iné kĺby. Je oveľa častejšia u žien ako u mužov a typicky začína po 10-tom roku života. Ide zvyčajne o ťažkú formu artritídy.

RF negatívna polyartrikulárna JIA: táto forma predstavuje 15-20% všetkých prípadov JIA. Môže sa objaviť u detí rôzneho veku. Postihnutý môže byť ktorýkoľvek kĺb, zvyčajne bývajú zapálené veľké aj malé kĺby. Pre obe formy platí, že liečba musí byť začatá skoro, akonáhle sa diagnóza potvrdí. Je známe, že včasná adekvátne liečba vedie k lepším výsledkom. Na druhej strane, v skorých štádiách ochorenia je ťažké predpovedať odpoveď na liečbu, pretože tá sa výrazne líši od dieťaťa k dieťaťu.

2.1.3. Oligoartrikulárna JIA (perzistujúca alebo extendovaná)

Oligoartrikulárna JIA je najčastejším podtypom JIA a predstavuje približne 50% všetkých prípadov. Je charakteristická zápalom menej ako 5-tich kĺbov v priebehu prvých 6-tich mesiacov ochorenia, bez prítomnosti systémových prejavov. Postihuje veľké kĺby (ako kolená a členky) a to asymetricky. Niekedy je postihnutý len jeden kĺb (monoartrikulárna forma). U niektorých pacientov sa počet zapálených kĺbov po 6 mesiacoch zvýši na 5 alebo viac, vtedy hovoríme o tzv. rozšírenej (extendovanej) oligoartritíde. Ak v priebehu ochorenia pretrváva počet postihnutých kĺbov menší ako 5, sa táto forma označuje ako perzistujúca oligoartritída.

Oligoartritída zvyčajne začína pred 6 rokom života a častejšie sa pozoruje u diečat. Pri včasnej adekvátnej liečbe býva kĺbová prognóza dobrá v prípade, že ochorenie ostáva limitované na niekoľko málo kĺbov; prognóza však môže byť variabilnejšia u tých pacientov, u ktorých sa postihnutie kĺbov rozšíri do polyartritídy.

U podstatnej časti pacientov sa môžu rozvinúť očné komplikácie, ako napr. zápal prednej časti cievy (plášťa z krvných ciev, ktorý obaľuje očnú guľu) – predná uveitída. Keďže predná časť cievy pozostáva z dúhovky – iris a vráskovca – ciliárneho telesa, táto komplikácia sa nazýva chronická iridocyklitída alebo chronická predná uveitída. Pri JIA ide o chronický proces, ktorý sa vyvíja postupne bez zjavných príznakov (ako sú bolesť alebo začervenanie oka). Ak sa včas nerozpozna a nelieči, predná uveitída progreduje a môže spôsobiť veľmi závažné poškodenie oka. Skoré rozpoznanie tejto komplikácie je preto veľmi dôležité. Keďže nedochádza k začervneniu oka alebo rozmazanému videniu u dieťaťa, predná uveitída nemusí byť spozorovaná rodičmi ani pri klinickom vyšetrení lekárom. Rizikovými faktormi rozvoja uveitídy sú včasný začiatok JIA a pozitívne ANA (anti-nukleárne) protilátky.

Deti s vysokým rizikom prednej uveitídy by mali byť preto pravidelne vyšetrované očným lekárom pomocou špeciálneho prístroja, ktorý sa volá štrbinová lampa. Zvyčajne sa tieto vyšetrenia uskutočňujú každé 3 mesiace a mali by pokračovať dlhodobo.

2.1.4 Psoriatická artritída

Psoriatická artritída je charakterizovaná prítomnosťou artritídy v spojení so psoriázou. Psoriáza je kožná zápalová choroba s ložiskami ošupujúcej sa kože lokalizovanej najčastejšie na lakťoch a na kolenách. Niekedy sú psoriázou postihnuté iba nechty, alebo sa psoriáza vyskytuje v rodine. Postihnutie kože môže predchádzať artritídu, ale môže sa rozvinúť aj po jej vzniku. K typickým znakom, ktoré napovedajú, že sa jedná o tento subtyp JIA, patrí opuch celého prstu ruky alebo nohy (tzv. „párkovitý prst“ alebo daktylitída) alebo zmeny nechtov (prihlbinky nechtov tzv. pitting). Psoriáza sa môže vyskytnúť aj u prvostupňových príbuzných (rodičov alebo súrodencov). Keďže môže dôjsť k vzniku chronickej prednej uveitídy, odporúčajú sa pravidelné očné kontroly.

Prognóza ochorenia môže byť rôzna, keďže kožné aj kĺbové postihnutie môže odlišne reagovať na liečbu. Pokiaľ má dieťa menej ako 5 zapálených kĺbov, liečba je rovnaká ako pri oligoartrikulárnej forme JIA.

Ak má dieťa postihnutých viac ako 5 kĺbov, liečba je rovnaká ako pri polyartrikulárnej forme. Výsledný efekt tak môže závisieť od odpovede artritídy aj psoriázy na liečbu.

2.1.5 Artritída asociovaná s entezitídou

Najbežnejším prejavom je artritída predovšetkým veľkých kĺbov dolných končatín spojená s entezitídou. Entezitída znamená zápal „entéz“, čiže miest úponov šliach na kosti (päta je príkladom pre entézy).

Lokalizovaný zápal v tejto oblasti je zvyčajne spojený s intenzívnou bolesťou. Entezitída sa najčastejšie vyskytuje na chodidlách alebo na zadnej strane päty, kde sa upína Achillova šľacha. Niekedy sa u týchto pacientov rozvinie akútna predná uveitída. Na rozdiel od uveitídy pri iných formách JIA, tento typ uveitídy sa zvyčajne prejaví začervenaním, slzením očí (lakrimáciou) a zvýšenou citlivosťou na svetlo. Väčšina pacientov má pozitívny laboratórny test označovaný ako antigén HLA B27, ktorý identifikuje genetickú predispozícia pre túto chorobu. Táto forma JIA postihuje predovšetkým mužov a zvyčajne začína po 6. roku života. Priebeh choroby je rôzny. U niektorých pacientov choroba po čase ustúpi, zatiaľ čo u iných sa zápal rozšíri aj na spodnú časť chrčtice a kĺby pripojené k panve, sakroiliacké kĺby, čo následne obmedzuje ohyby chrčtice. Bolesť spodnej časti chrčtice objavujúca sa nadržanom a spojená so stuhnutosťou danej oblasti je s vysokou pravdepodobnosťou prejavom zápalu chrčtice. V skutočnosti táto forma JIA pripomína niektoré choroby chrčtice vyskytujúce sa u dospelých, ktoré sa označujú ako ankylozujúca spondylitída.

2.2 Čo je príčinou chronickej iridocyklitídy? Aký je jej vzťah k artritíde?

Zápal oka (iridocyklitída) je spôsobený abnormálnou imunitnou reakciou namierenou proti oku. (autoimunita) Presný mechanizmus zápalu však nie je známy. Táto komplikácia sa vyskytuje najmä u pacientov so skorým nástupom JIA a s pozitívnym testom na ANA protilátky.

Prečo je artritída spojená práve so zápalom oka nie je známe. Je však dôležité pamätať na to, že artritída a iridocyklitída môžu mať nezávislý priebeh. Preto, aj keď artritída prejde do pokojového štádia (remisie), je potrebné pokračovať v pravidelných vyšetreniach oka štrbinovou lampou. Zápal oka totiž môže vzplanúť bez príznakov, a to aj v období,

keď sa artritída zlepší. V priebehu iridocyklitídy sa typicky objavujú periodické vzplanutia, ktoré sú nezávislé od vzplanutí artritídy. Iridocyklitída sa obvyčajne objaví neskôr než artritída, prípadne sa môže zistiť súčasne. Zriedkakedy iridocyklitída artritídu predchádza. Tieto prípady zvyčajne patria k najnešťastnejším; keďže ochorenie prebieha asymptomaticky, neskorá diagnóza tak vedie k poškodeniu zraku.

2.3 Je táto choroba odlišná u detí a u dospelých?

Prevažne áno. Polyartrikulárna RF pozitívna forma, ktorá predstavuje asi 70% prípadov reumatoidnej artritídy dospelých, tvorí menej ako 5% prípadov JIA. Oligoartrikulárna forma s včasným začiatkom zahŕňa približne 50% prípadov JIA, u dospelých sa nevyskytuje. Systémová artritída je typická pre detský vek a veľmi zriedkavo sa pozoruje u dospelých.