https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/TR/intro

# Juvenil İdiopatik Artrit

2016'un türevi

## 2. FARKLI JİA TİPLERİ

### 2.1 Bu hastalığın farklı tipleri var mıdır?

JİA'nın çeşitli tipleri vardır. Bu tipler temel olarak, tutulan eklemlerin sayısına (oligoartiküler ya da poliartiküler JİA) ve ateş, döküntü ve başka ek belirtilerin (aşağıdaki paragraflara bkz.) olup olmamasına göre birbirinden ayrılır. Değişik tiplerin teşhisi, hastalığın ilk 6 ayında belirtilerin gözlenmesine göre koyulur. Bu yüzden sıklıkla başlangıç tipleri olarak da adlandırılır.

### 2.1.1 Sistemik JİA

Sistemik, artritin yanı sıra vücudun çeşitli organlarının da tutulabileceği demektir.
Sistemik JİA, artritten önce veya artrit seyri esnasında ortaya çıkabilen ateş, döküntü ve vücutta çeşitli organlarda yoğun enflamasyon ile karakterizedir. Uzun süren yoğun ateş ve çoğunlukla ani ateş yükselmelerinde meydana gelen döküntü görülür. Diğer belirtiler arasında kas ağrısı, karaciğer, dalak veya lenf düğümlerinde büyüme, kalp (perikardit) ve akciğerlerin (plörit) etrafındaki zarlarda iltihap yer alır. Genelde 5 ya da daha fazla eklemi tutan artrit, hastalığın başlangıcında olabilir ya da sonra ortaya çıkabilir. Hastalık her yaştan kız ve erkek çocuğu etkileyebilir ancak yeni yürümeye başlayan ve okul öncesi çocuklarda özellikle yaygındır.
Hastaların yaklaşık yarısında ateş ve artrit sınırlı sürelerde görülür ve bu hastalar en iyi uzun dönemli prognoza sahip olma eğilimindedir. Hastaların diğer yarısında, genellikle ateş zaman içinde yatışırken artrit daha önemli ve bazen tedavisi zor bir hal alır. Bu hastaların azınlık bir

kısmında ise ateş ve artrit birlikte sürer. Sistemik JİA, bütün JİA olgularının %10’dan azını oluşturur; çocukluk çağında tipiktir, erişkinlerde nadir görülür.

### 2.1.2 Poliartiküler JİA

Poliartiküler JİA, hastalığın ilk 6 ayında, ateş olmaksızın 5 ya da daha fazla eklemin tutulumu ile karakterizedir. Romatoid faktörü (RF) değerlendiren ve buna göre aşağıdaki iki alt tipin ayrımının yapılmasını sağlayan kan testleri mevcuttur: RF negatif ve RF pozitif JİA.
RF-pozitif poliartiküler JİA: Çocuklarda oldukça nadirdir (tüm JİA hastalarının %5’inden az). (Yetişkinlerdeki en yaygın kronik artrit tipi olan) erişkin RF pozitif romatoid artritin eşdeğeri olarak kabul edilir. Çoğu kez özellikle el ve ayakların küçük eklemlerini etkileyen ardından diğer eklemlere uzanan simetrik artrite neden olur. Kızlarda erkeklere göre çok daha sıktır ve başlangıcı genellikle 10 yaşından sonradır. Çoğu kez ağır bir artrit tipidir.
RF negatif poliartiküler JİA: Bu tip, tüm JİA olgularının %15-20’sine karşılık gelir. Her yaştan çocuğu etkileyebilir. Herhangi bir eklem tutulabilir ve çoğu kez hem büyük hem de küçük eklemlerde iltihap oluşur.
Her iki tip için de tedavi erken, tanı teyit edildikten sonra en kısa sürede planlanmalıdır. Erken ve uygun tedavinin daha iyi sonuçları beraberinde getirdiğine inanılmaktadır. Ne var ki, tedaviye verilen yanıtı erken aşamalarda öngörmek güçtür. Tedaviye yanıt, bir çocuktan diğerine önemli ölçüde değişmektedir.

### 2.1.3 Oligoartiküler JİA (sürekli veya uzamış)

Oligoartiküler JİA, en sık görülen JİA alt tipi olup tüm olguların %50'sine karşılık gelir. Hastalığın ilk 6 ayında sistemik belirtiler olmaksızın 5’ten daha az eklemin tutulumuyla karakterizedir. Büyük eklemleri (dizler ve ayak bilekleri gibi) asimetrik şekilde tutar. Bazen yalnız bir tek eklemde tutulum vardır (monoartiküler tip). Bazı hastalarda ilk 6 aydan sonra tutulum olan eklem sayısı 5 ya da üstüne çıkar; bu durum uzamış oligoartrit olarak adlandırılır. Hastalığın seyri boyunca etkilenen eklem sayısı 5'ten az ise bu tip, sürekli oligoartrit olarak bilinir.
Oligoartrit genellikle 6 yaştan önce başlar ve temel olarak kızlarda görülür. Hastalığın birkaç eklemle sınırlı kaldığı hastalarda uygun ve

zamanında tedaviyle eklem prognozu çoğu kez iyiyken eklem tutulumu poliartrite varacak şekilde artan hastalarda ise daha değişkendir. Hastaların önemli bir bölümünde gözü saran damar tabakasının, göz küresinin ön kısmında yer alan kısmının iltihaplanması (anterior üveit) gibi ciddi göz komplikasyonları gelişebilir. Uvea tabakasının ön kısmı iris ve silier cisimden oluştuğu için bu komplikasyon kronik iridosiklit veya kronik anterior (ön) üveit olarak adlandırılır. JİA'da bu kronik rahatsızlık, (ağrı veya kızarıklık gibi) açık belirtilere neden olmadan sinsice gelişir. Eğer zamanında fark edilmez ve tedavisiz bırakılırsa, anterior üveit ilerleyip göze çok ciddi zarar verebilir. Bu yüzden, bu komplikasyonun erken fark edilmesi çok önemlidir. Göz kızarmadığı ve çocuk bulanık görme şikayetinde bulunmadığı için anterior üveit ailenin ve doktorların dikkatinden kaçabilir. Üveit gelişime yol çan risk faktörleri JİA'nın erken başlangıçlı olması ve Anti Nükleer Antikor (ANA) bakımından pozitif olmaktır.
Bu nedenle yüksek risk altındaki çocukların bir göz doktoru tarafından yarık lamba olarak bilinen özel bir alet kullanılarak düzenli göz kontrolünden geçmesi zorunludur. Muayenelerin sıklığı genelde her 3 ayda bir olup uzun süre devam ettirilmelidir.

### 2.1.4 Psoriatik artrit (sedef romatizması)

Psoriatik artrit, sedef hastalığı (psöriasis) ile ilişkili artritin mevcut olması ile karakterizedir. Sedef hastalığı; çoğunlukla diz ve dirseklerde yerleşen, cildin yamalar halinde soyulduğu enflamatuar bir deri hastalığıdır. Bazen sedeften sadece tırnaklar etkilenebilir veya ailede sedef öyküsü bulunabilir. Deri hastalığı, artritin başlamasından önce ya da takiben olabilir. Bu JİA tipini akla getiren tipik işaretler arasında tüm parmağın ya da başparmağın şişmesi (diğer adıyla "sosis parmak" veya daktilitis) ve tırnaklardaki değişiklikler (çukurlaşmalar, yüksük tırnak) yer alır. İlk dereceden bir akrabada (anne, baba veya kardeş) psöriazis mevcut olması da söz konusu olabilir. Kronik anterior (ön) üveit gelişebileceğinden düzenli göz kontrolleri önerilir.
Hastalığın sonuçları değişiklik gösterebilir zira tedaviye yanıt, deri ve eklem hastalığında farklı olabilir. Eğer çocukta 5'ten az eklemde artrit varsa tedavi, oligoartiküler tip ile aynıdır. Eğer çocukta 5'ten fazla eklemde tutulum varsa tedavi, poliartiküler tipler ile aynıdır. Aradaki fark, gerek artrit gerekse psöriazis için tedavi yanıtı ile ilişkili olabilir.

### 2.1.5 Entezit ile ilişkili artrit

En sık olarak, bacaklardaki büyük eklemleri etkileyen artrit ve entezit ile kendini gösterir. Entezit, tendonların kemiklerle birleştiği nokta anlamına gelen "entezis" bölgelerindeki iltihaptır (örneğin topuk, bir entezis bölgesidir). Bu bölgelerde yerleşimli iltihap çoğunlukla yoğun ağrı ile bağlantılıdır. En yaygın halinde entezit, ayak tabanlarında ve topukların arkalarında Aşil tendonlarının kemiğe giriş yaptığı bölgelere yerleşmiştir. Zaman zaman bu hastalarda akut anterior (ön) üveit gelişir. Diğer JİA tiplerinin aksine kendisini kızarmış ve sulanan gözler (göz yaşarması) ve ışığa karşı artmış duyarlılık ile gösterir. Çoğu hasta, HLA B27 adlı laboratuvar testi bakımından pozitiftir: hastalığa aile yatkınlığı olup olmadığını test eder. Bu tip, ağırlıklı olarak erkekleri etkiler ve genellikle 6 yaşından sonra başlar. Bu formun seyri değişkendir. Bazı hastalarda hastalık bir süre sonra sessizliğe bürünürken diğerlerinde omurganın ucuyla leğen kemiğini bağlayan eklemlere, yani sakroiliak eklemlere yayılır ve belin hareketlerini kısıtlar. Sabahları görülen bel ağrısı ve bununla birlikte tutukluk, omurga ekleminde enflamasyon olduğu ihtimalini kuvvetle düşündürür. Aslında hastalığın bu tipi, yetişkinlerde görülen ankilozan spondilit denilen bazı omurga hastalıklarına benzer.

### 2.2 Neler kronik iridosiklite sebep olur? Artrit ile bir ilintisi var mıdır?

Göz iltihabı (iridosiklit) göze karşı anormal bir bağışıklık sitemi yanıtı sebebiyle oluşur (otoimmün). Maalesef, kesin mekanizmalar bilinmemektedir. Bu komplikasyon, en çok JİA'nın erken başlangıçlı olduğu ANA testi pozitif çıkan hastalarda görülür.
Göz ile eklem hastalığı arasındaki bağlantıyı yapan etmenler bilinmemektedir. Öte yandan artrit ve iridosiklitin birbirinden bağımsız seyir gösterebileceğini unutmamak önemlidir. Bu yüzden artrit remisyona (hastalık belirtilerinin kaybolduğu döneme) girse bile periyodik yarık lamba muayenelerine devam edilmelidir zira artrit daha iyi iken dahi göz enflamasyonu belirti vermeksizin nüksedebilir. İridosiklitin seyri, artrit alevlenmelerinden bağımsız periyodik alevlenmelerle karakterizedir.
İridosiklit genellikle artrit başlangıcını takip eder ya da artrit ile aynı zamanda saptanabilir. Nadiren artritten önce görülür. Çoğunlukla en

şansız olgular bunlardır, çünkü, hastalığın asemptomatik yani belirti vermeyen türde olmasından dolayı geç teşhisi, görme kaybı ile sonuçlanabilir.

### 2.3 Çocuklardaki hastalık erişkinlerdeki hastalıktan farklı mıdır?

Çoğunlukla evet. Erişkin romatoid artrit olgularının yaklaşık %70’inden sorumlu olan poliartiküler RF pozitif tip, JİA olgularında %5’ten daha az miktardadır. Erken başlangıçlı oligoartiküler tip JİA olgularının hemen hemen %50'sine denk gelirken erişkinlerde görülmez. Sistemik JİA çocuklarda karakteristik olup erişkinlerde ender görülür.