

## JUVENILNÍ IDIOPATICKÁ ARTRITIDA

**Autor:** Zuzana Pytelová

Juvenilní idiopatická artritida (JIA) je chronické onemocnění charakterizované chronickým zánětem kloubů, jehož typickými známkami jsou bolest, otok a omezená funkce, které musí pro diagnostiku JIA trvat déle než 6 týdnů, při vyloučení ostatních příčin artritidy.

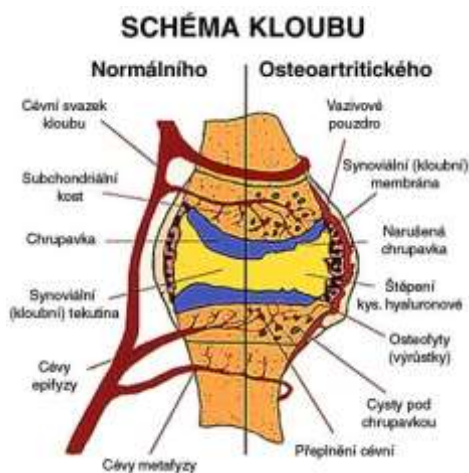
### Výskyt

JIA je relativně vzácné onemocnění postihující 1-2 děti z tisíce. Vyskytuje se na celém světě ale jeho incidence a prevalence se v různých oblastech liší.

### Etiologie, patogeneze

Pojem „idiopatická“ vyjadřuje, že doposud neznáme přesnou příčinu nemoci. Termín „juvenilní“ označuje začátek projevů nemoci, který nastává před 16 rokem života. JIA nepatří mezi dědičná onemocnění, ale je výsledkem kombinace genetické predispozice a vystavení zevnímu faktoru.

**Obr. 1 Schéma kloubu**



Příčina nemoci není objasněna, ale předpokládá se, že chronický zánět kloubu je důsledkem nesprávné odpovědi našeho imunitního systému, který částečně ztratí schopnost odlišit cizí od vlastních buněk a díky tomu dochází ke vzniku tzv. autoimunitního zánětu – to znamená, že imunitní systém reaguje proti vlastnímu tělu.

Vnitřní výstelka kloubního pouzdra, označovaná synoviální membrána, se stává při zánětu silnější, je vyplněná zánětlivými buňkami a produkuje zvýšené množství tekutiny uvnitř kloubu, které je důvodem otoku, bolesti a omezení hybnosti. Charakteristická je ztuhlost, která se objevuje po delším období klidu (hlavně ráno).

## Hlavní příznaky

JIA má několik různých forem odlišujících se především počtem postižených kloubů a dalšími projevy. Diagnóza přesného podtypu JIA je stanovena v průběhu prvních 6 měsíců trvání choroby.

Systémová JIA je charakterizována kromě kloubního postižení také horečkou, vyrážkou a postižením různých orgánů těla (zánětem osrdečníku či hrudní pleury, zvětšením jater, sleziny nebo lymfatických uzlin).

Artritida u tohoto subtypu postihuje obvykle pět nebo více kloubů, a vyskytuje se nejčastěji u batolat a předškoláků.

Polyartikulární JIA je charakterizována postižením pěti a více kloubů v průběhu prvních 6 měsíců života. Dle positivity revmatoidního faktoru (RF) se dělí na pozitivní a negativní. Polyartritida s pozitivním RF je u dětí vzácná, spíše se objevuje u dospělých jedinců. Forma s negativním RF může postihovat děti v kterémkoliv věku. Obě formy je třeba začít léčit včas, jakmile je diagnóza potvrzena.

Oligoartikulární JIA je nejčastějším podtypem (50 %). Je charakterizována postižením méně než 5 kloubů, které jsou postiženy asymetricky (hlavně postiženy velké klouby – kolena, kotníky). U některých pacientů dochází po prvních šesti měsících k rozšíření artritidy na další klouby (5 a více) – extendovaná oligoartritida. Pokud v dalším průběhu onemocnění je kloubů stále méně než 5 – perzistentní oligoartritida. Tento subtyp se manifestuje obvykle před 6. rokem, častěji u dívek. U významné části pacientů s touto formou dochází k rozvoji očních komplikací ve formě zánětu přední části očního bulbu (přední uveitida), části oka s cévami, která obklopuje oko. Nepoznaná a neléčená uveitida může progredovat a způsobit těžké poškození očí – proto je nezbytné, aby děti chodily na pravidelné oční prohlídky.

Psoriatická artritida je charakterizována přítomností artritidy a lupénky (kožní zánětlivé onemocnění s tvorbou šupinatých ložisek hlavně na loktech a kolenou, někdy se může vyskytnout pouhé postižení nehtů). Typickými příznaky této formy je otok celého prstu nohy

**Tabulka 1 Klasifikace JIA**

<b>Tab. 3 – Klasifikace juvenilní idiopatické artritidy (JIA)<sup>(1)</sup></b>	
1.	Systémová artritida
2.	Oligoartritida: perzistující, rozšířená
3.	Polyartritida s pozitivním revmatoidním faktorem
4.	Polyartritida s negativním revmatoidním faktorem
5.	Psoriatická artritida
6.	Entezopatická artritida
7.	Nediferencovaná artritida

či ruky (párkový prst) a změny na nehtech (dřolíčkování). U tohoto typu se může také rozvinout chronická přední uveitida, proto jsou doporučovány pravidelné oční kontroly.

Nejčastějším projevem artritidy asociované s entezitidou je postižení velkých kloubů dolních končetin a entezitida (zánět úponu svalových šlach na kosti, který je spojen s intenzivní bolestí). Entezitida vzniká nejčastěji vzadu na patě, kam se upíná Achillova šlacha. Někdy jsou pacienti postižení přední uveitidou. Tato forma postihuje především chlapce po 6. roce věku. Průběh je variabilní.

### **Vyšetření**

Ke stanovení typu juvenilní idiopatické artritidy je zapotřebí fyzikální vyšetření kloubu, oční vyšetření (především ke zjištění, zda je či není přítomná uveitida) a dále laboratorní vyšetření. Někdy je využíváno i zobrazovacích metod, např. ultrazvukového vyšetření.

Z laboratorních parametrů nám k určení typu JIA mohou pomoci antinukleární protilátky, jejichž hodnoty bývají zvýšené u pacientů s časnou manifestací oligoartikulární formy JIA. Tito pacienti mívají častější výskyt chronické iridocyklitidy. Mezi další parametry patří revmatoidní faktor či HLA B27. Ke stanovení aktivity onemocnění můžeme využít stanovení hladiny C-reaktivního proteinu nebo hodnotu sedimentace erytrocytů. Všechny tyto parametry jsou ovšem nespecifické pro juvenilní idiopatickou artritidu a mohou se vyskytovat i u jiných nemocí či u zdravých osob. Proto ke stanovení diagnózy JIA slouží spíše klinické projevy než výsledky laboratorních vyšetření.

### **Léčba**

Juvenilní idiopatická artritida se nedá vyléčit. Snažíme se především o dosažení remise, kdy dítě nemá obtíže jako jsou bolesti, ztuhlost, únava, nemoc jej v ničem neomezuje a normálně roste a vyvíjí se. Dále se snažíme zabránit nevratnému kloubnímu a kostnímu postižení a vzniku deformit. Jako léky první volby se používají nesteroidní antiflogistika jako je ibuprofen či naproxen. Tyto léky bývají u dětí dobře snášeny. Další možností je nitrokloubní podání kortikoidů v lokální nebo celkové anestezii. Při tomto způsobu podání je minimální vstřebání do cirkulace, a tudíž i nežádoucí účinky spojované s kortikosteroidy nebývají časté.

Pokud nesteroidní antiflogistika či nitrokloubní injekce kortikosteroidů nepomáhají a nemoc se stále zhoršuje, další volbou bývá často metotrexát. Bývá obvykle dobře snášen, může se objevovat žaludeční nevolnost. Výskyt jiných nežádoucích účinků je potřeba sledovat pomocí pravidelných laboratorních vyšetření. Dalšími možnými léky jsou leflunomid, salazopyrin či systémové podávání kortikosteroidů.

**Obr. 2 Metotrexát**



Při nesnášenlivosti či nedostatečném účinku metotrexátu mohou být pacienti převedeni na tzv. biologickou léčbu. Jedná se o léky namířené proti specifickým molekulám, které se podílejí na onemocnění jako jsou tumor nekrotizující faktor (převážně pro pacienty s perzistující oligoartritidou), interleukin-1 nebo interleukin-6 (pro pacienty se systémovou formou JIA).

Terapie juvenilní idiopatické artritidy je komplexní proces. Proto je potřeba mimo farmakologickou terapii provádět i rehabilitaci, která pomáhá zajišťovat správné držení těla a správnou pozici kloubů. To pomáhá k odstranění bolesti či ztuhlosti a brání vzniku svalových kontraktur a kloubních deformit.

### **Komplikace**

Mezi komplikace juvenilní idiopatické artritidy patří flekční deformity, úbytek kloubní chrupavky a kosti nebo poruchy růstu postižené končetiny. Flekční deformity vznikají kvůli nerovnoměrnému zatížení svalů v okolí postiženého kloubu při udržování nebolestivé pozice. Přetěžované svaly jsou zkráceny a tím dochází k deformitám. Úbytek chrupavky a kosti je zapříčiněn chemickými látkami, které jsou uvolňovány ze zesílené a zduřené synoviální membrány. Při zánětlivém procesu v kloubu je též drážděna růstová chrupavka. Z tohoto důvodu roste postižená končetina ze začátku rychleji. Její vývoj je však dříve ukončen, a proto je ve výsledku kratší než končetina zdravá.

### **Praktické rady pro pacienta**

U pacientů s juvenilní idiopatickou artritidou je třeba dodržovat zdravý životní styl. Měli by cvičit a sportovat jako ostatní děti až do doby, než se ohlásí bolest. Ideálními sporty pro pacienty s JIA jsou sporty, které příliš nezatěžují klouby jako je například plavání či jízda na kole. Důležité je dbát na ochranu dětí před sportovními úrazy.

U pacientů s JIA je též doporučováno jíst vyváženou stravu přiměřenou jejich věku. Zvláště pacienti léčení systémově kortikoidy by se neměli přejídat, měli by jíst stravu s nízkým obsahem sodíku a kalorií.

Při léčbě imunosupresivy (např. metotrexát) se pacienti nemají očkovat živými vakcínami (proti zarděnkám, příušnicím, spalničkám) z důvodu snížené obranyschopnosti. Ideální je naočkovat pacienta ještě před zahájením imunosupresivní terapie. Vakcíny, které neobsahují živé organismy (hexavakcína) se podat mohou. Jediné, co u tohoto typu očkovacích látek hrozí, je nedostatečné vytvoření imunit, tedy selhání očkování.

Rodiče by neměli dítě přehnaně ochraňovat a odpírat mu možnost začlenit se do kolektivu. Pacient, pokud to nemoc dovoluje, má normálně chodit do školy, hrát si s jinými dětmi. Předchází se tím psychickým problémům, dítě se učí být samostatným a vyrovnaným jedincem.

## **Seznam použité literatury**

### Odborné publikace:

Petty, R. E. et al. *Textbook of pediatric rheumatology*. 7. vyd. Elsevier, 2016. 736 s. ISBN 978-0-323-24145-8

### Internetové zdroje:

Juvenile Idiopathic Arthritis [online]. [18.3.2017]. Dostupné z: <http://www.printo.it/pediatric-rheumatology/CZ/info/2/Juvenilni%C3%AD-idiopaticka%C3%A1-artritida>

## **Seznam obrázků, fotografií, tabulek a grafů**

Obr.1 Schéma kloubu

(<https://www.orling.cz/cs/clanky/o-artroze-a-lidech/artroza/jak-vypada-artroza.html>, cit.18.3.2017)

Tab.1 Klasifikace JIA

(<http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/chronicka-artritida-deti-a-dospivajicich-juvenilni-idiopaticka-artritida-454097>, cit. 18.3.2017)

