



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

Juvenilni idiopatski arthritis

Verzija

3. DIJAGNOZA I TERAPIJA

3.1. Koji su laboratorijski testovi potrebni?

U vrijeme postavljanja dijagnoze, pojedini laboratorijski testovi su korisni, zajedno sa pregledom zglobova i oka, u boljem definisanju tipa JIA i pri identifikaciji pacijenata koji imaju rizik razvoja specifičnih komplikacija kao što je hronični iridociklitis.

Reumatoidni faktor (RF) je laboratorijski test koji detektuje autoantitijela, koja, ako su pozitivna i perzistentiraju u visokoj koncentraciji, indiciraju JIA podgrupu.

Antinuklearna antitijela (ANA) su često pozitivan test kod bolesnika sa ranim oligoartikulnim oblikom JIA. Ova grupa JIA pacijenata je u visokom riziku razvoja hroničnog iridociklitisisa i zato treba da se oči redovno kontrolišu pomoću špalt lampe (biomikroskop) svaka tri mjeseca. HLA B27 je ćelijski marker koji je pozitivan i do 80% bolesnika sa entezitisom -udruženim artritismom. Pozitivan je kod samo 5-8% zdravih osoba.

Druge analize kao što su brzina sedimentacije eritrocita (SE) i C-reaktivni protein (CRP) su korisne mjere obima opšte ; uz to, dijagnoza kao i odluke o tretmanu su daleko više bazirane na kliničkim manifestacijama nego na laboratorijskim testovima.

U ovisnosti od tretmana, pacijenti trebaju periodične testove (kao što su kompletna krvna slika, funkcionalni testovi jetre, test urina) da se provjere neželjeni efekti lijekova i da se procijeni potencijalna toksičnost lijekova koji ne moraju imati nikakve simptome. Inflamacija zgloba se evaluira uglavnom kliničkim pregledom i ponekad slikovnim tehnikama kao što je ultrazvuk. Periodična rendgenska snimanja ili magnetna rezonanca (MRI) može biti korisno u procjeni stanja kosti i rasta kosti

prema čemu se donesi odluka o načinu liječenja

3.2. Kako to možemo liječiti?

Ne postoji specifična terapija da izliječi JIA. Cilj liječenja je ublažiti bol, umor i ukočenost, spriječiti oštećenje zglobova i kosti, minimizirati deformitete i poboljšati mobilnost, sačuvati rast i razvoj za sve tipove artritisa. U posljednjih 10 godina došlo je do spektakularnog napretka u liječenju djece sa JIA uvođenjem lijekova poznatih kao biološki lijekovi. Također, neka djeca mogu biti "rezistentna na liječenje", što znači da je bolest još uvijek aktivna i da su zglobovi inflamirani i pored liječenja. Postoje vodiči koji pomažu u odlučivanju koji će se tretman primijeniti, iako plan liječenja mora biti individualan za svako dijete. Učešće roditelja u donošenju odluke o liječenju je vrlo važno.

Liječenje se uglavnom zasniva na upotrebi lijekova koji inhibiraju sistemsku i/ili zglobnu inflamaciju i na rehabilitacijskim procedurama koje će sačuvati funkciju zglobova i doprinijeti prevenciji stvaranja deformiteta.

Liječenje je veoma složeno i zahtijeva saradnju različitih specijalista (pedijatrijskog reumatologa, ortopeda, fizijatra, fizioterapeuta, radnog terapeuta, oftalmologa).

Sljedeći odjeljak opisuje trenutnu strategiju liječenja JIA: Više informacija o specifičnim lijekovima kogu se naći u odjeljku "Lijekovi". Skrećemo pažnju da svaka zemlja ima listu odobrenih lijekova, uz to nisu svi navedeni lijekovi dostupni u svim zemljama

Nesteroidi protuupalni lijekovi (NSAIL)

Nesteroidni antiinflamatorni lijekovi (NSAIL) su tradicionalno osnovni vid liječenja svih oblika JIA i drugih dječijih reumatskih bolesti. To su simptomski protuupalni lijekovi i antipiretici (snižavaju povišenu tjelesnu temperaturu); simptomatski znači da ne mogu indukovati remisiju bolesti ali služe u kontroli simptoma usljed inflamacije.

Najčešće se koriste ibuprofen i naproksen; aspirin, iako efikasan i jeftin, se danas koristi daleko manje, uglavnom zbog njegovog rizika od toksičnosti (sistemski efekti u slučaju visokog nivoa lijeka u krvi, toksičnosti za jetru posebno kod sistemskog oblika JIA). NSAIL se obično dobro podnose : nelagodnost u želucu, najčešći neželjeni efekat kod odraslih, je rijedak kod djece. Ponekad, jedan NSAIL može biti efikasan, dok je drugi neefikasan. Davanje istovremeno dva NSAIL se ne

preporučuje. Optimalan efekat na inflamaciju zgloba se javlja nakon nekoliko sedmica terapije.

Injekcije u zglobove

Injekcije u zglobove se koriste ako su inflamacijom zahvaćeni jedan ili više zglobova sa ozbiljnom inhibicijom normalnog pokreta i/ili su veoma bolni za dijete. U zglob se injicira lijek koji je dugodjelujući pripravak kortikosteroida. Triamcinolon-hexacetonid je lijek izbora zbog svog dugog djelovanja (često mnogo mjeseci): apsorpcija u sistemske cirkulacije je minimalna. To je lijek izbora za oligoartikularnu bolest i koristi se kao dopuna liječenju u drugim oblicima. Ovaj oblik liječenja može se primijeniti mnogo puta u isti zglob. Injekcije u zglobove mogu se primijeniti s lokalnom ili opštom anestezijom (obično kod mlađe djece) , ovisno o dobi djeteta, vrsti zgloba te broju zglobova u koje je potrebno dati injekciju. Obično se ne preporučuje više od 3-4 injekcije godišnje u isti zglob.

Obično su injekcije u zglobove udružene sa drugim načinima liječenja da bi se postiglo brzo poboljšanje bola i ukočenosti ako je potrebno ili dok drugi lijekovi ne počnu da djeluju.

Lijekovi druge linije

Lijekovi druge linije su indicirani kod djece sa progresivnim poliartritisom uprkos adekvatnoj terapiji sa NSAIL i injekcijama kortikosteroida. Lijekovi druge linije se dodaju na ranije primijenjenu terapiju NSAIL koja se normalno nastavlja. Terapijski efekat ovih lijekova postaje uočljiv tek nakon nekoliko nedjelja ili mjeseci liječenja.

Metotreksat

Nema sumnje da metotreksat predstavlja prvi izbor među lijekovima druge linije za liječenje djece sa JIA širom sveta. Nekoliko studija je dokazalo njegovu efikasnost kao i bezbjednosni profil tokom višegodišnje primjene. Stručna literatura je ustanovila maksimalnu efikasnu dozu (15mg/m² primjenjena oralno ili parenteralno, obično kao potkožne injekcije). Zato metotreksat primjenjen jednom nedeljno jeste lijek prvog izbora kod djece sa poliartritisom oblikom JIA. Efikasan je kod većine bolesnika. Djeluje na smirenje upale, a kod nekih bolesnika može, za sada nepoznatim mehanizmom, da zaustavi napredovanje i dovede do potpunog smirivanja bolesti. Bolesnici ga uglavnom dobro podnose. Želučane tegobe i porast vrijednosti enzima jetre su najčešća

neželjena dejstva. Potencijalno toksično dejstvo zahtijeva periodično praćenje laboratorijskih nalaza.

Metotreksat je sada odobren za primjenu u JIA u mnogim zemljama širom svijeta. Preporučuje se kombinacija metotreksata sa folinskom ili folnom kiselinom (jednim vitaminom) jer može da smanji rizik od neželjenih efekata, posebno na funkciju jetre.

Leflunomid

Leflunomid može biti alternativa za metotreksat, posebno za djecu koja ga ne podnose. Leflunomid se primenjuje u tabletama. Njegova efikasnost kod djece sa JIA je dokazana u kliničkim studijama. Liječenje leflunomidom je znatno skuplje nego primjena metotreksata.

Salazopirin i ciklosporin

Drugi nebiološki lijekovi, kao što je sulfasalazin, su potvrđeni kao efikasni u JIA, ali se obično lošije podnose. Iskustvo sa primjenom sulfasalazina je znatno manje u poređenju sa metotreksatom. Do sada nije sprovedena studija u JIA koja je ispitivala efikasnost drugih potencijalno efikasnih lijekova kao što je ciklosporin. Sulfasalazin i ciklosporin se trenutno rijetko koriste u zemljama gdje je dostupnost bioloških lekova rasprostranjena. Ciklosporin je koristan lijek u kombinaciji sa kortikosteroidima, za liječenje sindroma aktivacije makrofaga kod djece sa sistemskim oblikom JIA. To je teška komplikacija sistemskog JIA i potencijalno životno opasna, koja se javlja kao posljedica široko rasprostranjenog upalnog procesa.

Kortikosteroidi

Kortikosteroidi su najefikasniji dostupni protuupalni lijekovi, no njihova upotreba je vremenski ograničena zato što duža primjena može da dovede do neželjenih efekata kao što su: osteoporoza, zaostajanje u rastu i dr. Ipak, kortikosteroidi su izuzetno efikasni lijekovi za liječenje sistemskog artritisa koji ne reaguje na druge lijekove, za životno-ugrožavajuće komplikacije i kao "terapija premoštavanja" tj. Kontrolišu bolest dok se čeka na terapijski efekat lijekova iz druge linije. Topikalni kortikosteroidi (kapi za oči) primenjuju se kao lokalna terapija za liječenje iridociklitisa. U težim slučajevima može biti potrebna peribulbarna injekcija kortikosteroida (u očnu jabučicu) ili može biti potrebno njihovo sistemsko davanje.

Biološki lijekovi

Tokom nekoliko zadnjih godina, uvedeni su lijekovi poznati kao biološki lijekovi koji su otvorili nove perspektive u liječenju JIA. Ljekari koriste ovaj termin za lijekove koji su dobiveni biološkim inženjeringom koji, za razliku od metotreksata ili leflunomida, su primarno usmjereni protiv specifičnih molekula (faktora tumorske nekroze ili TNF, interleukin 1, interleukin 6 ili molekula koje stimuliraju T limfocite). Biološki lijekovi su shvaćeni kao važna sredstva za blokiranje inflamatornih procesa koji su tipični za JIA. Danas postoji nekoliko bioloških lijekova od kojih gotovo svi imaju posebno odobrenje za korištenje u bolesnika s JIA-om (vidi niže zakonske odredbe u pedijatriji).

Anti -TNF lijekovi

Anti-TNF lijekovi selektivno blokiraju TNF koji je vrlo važan posrednik u upalnom procesu. Koriste se samostalno ili u kombinaciji s metotreksatom i djelotvorni su kod većine pacijenata. Njihov efekat dosta je brz i do sada se pokazalo da su poprilično sigurni ako se koriste nekoliko godina (vidi niže dio o sigurnosti); ipak, kako bi se ustanovile potencijalne dugoročne nuspojave, potrebna su duža praćenja. Biološki lijekovi za liječenje JIA-e, uključujući nekoliko različitih TNF inhibitora, se nalaze u širokoj upotrebi i razlikuju se u pogledu načina i učestalosti davanja. Npr. etanercept se daje subkutano jednom ili dva puta sedmično, adalimumab se daje subkutano svake dvije sedmice, a infliximab se daje jednom mjesečno intravenskom infuzijom. Drugi lijekovi u djece još se uvijek ispituju, (npr. golimumab i certolizumab pegol), a postoje i druge molekule koje se ispituje u odraslih a mogli bi postati dostupni i za djecu u budućnosti.

Obično, anti-TNF lijekovi se obično koriste za većinu oblika JIA-e, uz izuzetak perzistentnog oligoartritisa, koji se obično ne liječi biološkim lijekovima. Imaju limitirane indikacije kod sistemskog JIA, gdje se obično koriste drugi biološki lijekovi, kao što su anti-IL-1 (anakinra i canakinumab) ili anti-IL-6 (tocilizumab). Anti-TNF lijekovi se koriste samostalno ili u kombinaciji s metotreksatom. Poput svih ostalih lijekova druge linije, moraju se primjenjivati uz striktni medicinski nadzor

Anti CTL4Ig (abatacept)

Abatacept je lijek s drugačijim mehanizmom djelovanja usmjerenim protiv bijelih krvnih ćelija koje nazivamo T limfocitima. Trenutno se može koristiti za liječenje djece s poliartritisom koja ne odgovaraju na

liječenje metotreksatom ili drugim biološkim lijekovima.

Anti- interleukin 1 (anakinra i canakinumab) and anti-interleukin 6 (tocilizumab)

Ovi lijekovi se specifično koriste za liječenje sistemskog JIA. U normalnim okolnostima, liječenje sistemskog JIA počinje sa kortikosteroidima. Iako su efikasni, kortikosteroidi su povezani s neželjenim efektima, posebno na rast, tako da kada oni ne mogu da kontrolišu aktivnost bolesti unutar kratkog vremenskog perioda (tipično par mjeseci), ljekari dodaju anti-IL-1 (anakinra ili canakinumab) ili anti-IL-6 (tocilizumab) kako bi se liječile i sistemske manifestacije bolesti (vrućica) i artritis. Kod djece sa sistemskim JIA, sistemske manifestacije ponekad nestaju spontano a artritis i dalje perzistira; u tim slučajevima, može se uvesti metotreksat sam ili u kombinaciji s anti-TNF lijekovima ili abataceptom. Tocilizumab se može koristiti u sistemskom i poliartikularnom JIA. Prvo je dokazana njegova efikasnost kod sistemske a kasnije i kod poliartikularne forme JIA i može se koristiti kod pacijenata koji nisu odgovorili na metotreksat ili na druge biološke lijekove.

Drugi komplementarni načini liječenja

Rehabilitacija

Rehabilitacija je osnovna komponentna liječenja. Uključuje odgovarajuće vježbe kao, kada je indicirano, upotrebu zglobnih udloga za održavanje zgloba u udobnom položaju u kojem se spriječava bol, ukočenost, kontraktura mišića i deformitet zglobova. Mora se započeti rano i trebalo bi je rutinski izvoditi kako bi se poboljšalo ili održalo zdravlje zglobova i mišića.

Ortopedske intervencije

Glavna indikacija za ortopedsku intervenciju je ugradnja umjetnog zgloba (uglavnom kukova i koljena) u slučaju razaranja zgloba te operativno oslobađanje mekih tkiva u slučaju trajnih kontraktura.

3.3.Šta je sa nekonvencionalnim/ komplementarni terapijama

Postoje mnogi komplementarni i alternativni oblici liječenja, što može biti zbunjujuće za mnoge pacijente i njihove porodice. Pažljivo razmislite

o rizicima i koristi koju nose sa sobom ovakvi oblici liječenja, budući da postoji malo dokazane koristi, a troškovi su veliki, u smislu vremena, opterećenja djeteta i novca. Ako želite otkriti više o dodatnim i alternativnim oblicima liječenja, raspravite to sa vašim dječjim reumatologom. Neki oblici liječenja mogu utjecati na konvencionalne lijekove. Većina doktora neće se protiviti alternativnim oblicima liječenja ako se i dalje provodi liječenje koje su savjetovali. Vrlo je važno da se ne prestanu uzimati propisani lijekovi. Kada su lijekovi poput kortikosteroida potrebni da bi se bolest održala pod kontrolom, prestanak njihova uzimanja može biti vrlo opasan, posebno ako je bolest još uvijek aktivna. Ako imate bilo kakve brige u vezi sa lijekovima, molimo vas da razgovarate s doktorom vašeg djeteta.

3.4. Kad bi trebalo započeti sa liječenjem?

Danas postoje nacionalne i internacionalne preporuke koje pomažu ljekarima i porodicama u izboru liječenja.

Internationalne preporuke nedavno je izdalo Američko udruženje reumatologa (ACR na stranici www.rheumatology.org), a nove preporuke priprema i Evropsko udruženje dječjih reumatologa (PRES na stranici www.pres.eu).

Prema tim smjernicama, djeca s manje teškom formom bolesti (nekoliko zahvaćenih zglobova) obično se liječene prvo s NSAIL-ima i injekcijama kortikosteroida.

U težim slučajevima JIA-e (više od nekoliko zahvaćenih zglobova), prvo se daje metotreksat (ili rjeđe leflunomid), a ako to nije dovoljno daju se biološki lijekovi (prije svega anti-TNF) samostalno ili u kombinaciji s metotreksatom. Za djecu koja su rezistentna (ne reaguju) ili ne podnose metotreksat ili biološke lijekove, mogu se koristiti drugi biološki lijekovi (drugi anti-TNF ili abatacept).

3.5. Kakva je pedijatrijska legislativa, odobrene i neodobrene upotrebe u terapijske opcije?

Do prije 15 godina, svi lijekovi koji su se koristili za liječenja JIA-e i mnogih drugih dječjih bolesti nisu bili pravilno ispitivani u djece. To znači da su ih ljekari propisivali na temelju vlastitog iskustva ili na temelju ispitivanja koja su provedena u odraslih pacijenata.

Zaista, u prošlosti je provođenje kliničkih ispitivanja u pedijatrijskoj

reumatologiji bilo teško, uglavnom zbog nedostatka finansiranja istraživanja u djece i nedostatka interesa farmaceutskih kompanija za malo i neisplativo pedijatrijsko tržište. Situacija se dramatično promijenila od prije nekoliko godina. To se dogodilo zbog uvođenja "Akta o najboljim lijekovima za djecu u SAD-u" i zbog posebnih zakonskih odredbi o razvoju pedijatrijskih lijekova (engl. Paediatric Regulation) u Europskoj uniji (EU). Ovim su farmaceutske kompanije doslovno prisiljene da ispitivanje lijekova provode i u djece. Inicijative iz SAD i EU, zajedno s 2 velike mreže, "Pediatric Rheumatology International Trials Organisation" ("PRINTO", www.printo.it), koja objedinjuje više od 50 zemalja iz cijeloga svijeta, i "Pediatric Rheumatology Collaborative Study" (PRSCG, www.prscg.org) iz Sjeverne Amerike, imale su pozitivan utjecaj na razvoj pedijatrijske reumatologije, posebno na razvoj novih oblika liječenja djece s JIA-om. Stotine porodica djece s JIA-om liječene u PRINTO ili PRSCG centrima širom svijeta sudjelovalo je u tim kliničkim ispitivanjima, što je omogućilo da se sva djeca s JIA-om liječe pomno ispitanim lijekovima. Ponekad sudjelovanje u tim ispitivanjima zahtjeva upotrebu placeba (npr. tableta ili infuzija bez aktivnog sastojka) kako bi se osiguralo da ispitivani lijek donosi više koristi nego štete.

Zbog ovih važnih istraživanja danas je nekoliko lijekova posebno odobreno za JIA. To znači da su regulatorne agencije, kao što je "Food and Drug Administration" (FDA), "European medicine Agency" (EMA) te nekoliko nacionalnih agencija, je revidirala naučne podatke iz kliničkih ispitivanja i dopustile farmaceutskim kompanijama da napišu u popratnoj dokumentaciji kako su lijekovi efikasni i sigurni za upotrebu kod djece.

Lista lijekova posebno odobrenih za JIA uključuje metotreksat, etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab i canakinumab. Nekoliko drugih lijekova trenutno se ispituje u djece, tako da bi vaš doktor mogao zamoliti da i vaše dijete sudjeluje u tim ispitivanjima. Postoje i drugi lijekovi koji nemaju formalno odobrenje za korištenje u bolesnika s JIA-om, poput nekoliko nesteroidnih protuupalnih lijekova, azatioprin, ciklosporin, anakinra, infliximab, golimumab i cetrolizumab. Ti lijekovi mogu se koristiti čak i bez odobrene indikacije (tzv. "off-label") i vaš bi ih doktor mogao predložiti njihovo korištenje ako nema drugih dostupnih načina liječenja.

3.6. Šta su glavni neželjeni efekti liječenja?

Lijekovi koji se koriste za liječenje JIA-e obično se dobro podnose. Želučane tegobe, najčešća nuspojava NSAIL-ova (koje je zbog toga potrebno uzimati uz hranu), rijede se javlja u djece nego u odraslih. NSAIL-ovi mogu uzrokovati povećanje razine nekih jetrenih enzima u krvi, no to su rijetki događaji (osim kod aspirina).

Metotreksat se također dobro podnosi. Nuspojave od strane probavnog sistema, poput mučnine i povraćanja, nisu rijetke. Kako bi se pratila moguća toksičnost, važno je kontrolirati jetrene enzime redovnim pretragama krvi. Najčešća laboratorijska odstupanja su povećanje jetrenih enzima, koji se normaliziraju prekidanjem liječenja ili smanjenjem doze metotreksata. Davanje folinične ili folne kiseline efikasno smanjuje učestalost jetrene toksičnosti. Reakcije preosjetljivosti na metotreksat su rijetke.

Salazopirin se podnosi dosta dobro; u najčešće nuspojave spada kožni osip, probavne smetnje, hipertransaminizemija (jetrena toksičnost), leukopenija (smanjenje broja bijelih krvnih stanica što vodi ka povećanom riziku za infekcije). Kao i za metotreksat, potrebni su redovni laboratorijski nalazi

Dugotrajna upotreba visokih doza kortikosteroida povezana je s nekoliko važnih nuspojava. Tu spada usporen rast i osteoporoza. Visoke doze kortikosteroida uzrokuju primjetno povećanje apetita, što u konačnici može voditi ka gojaznosti. Zbog toga je važno potaknuti djecu da jedu hranu koja im zadovoljava apetit bez povećavanja kalorijskog unosa.

Biološki lijekovi obično se dobro podnose, bar prvih nekoliko godina liječenja. Pacijenti se trebaju pomno pratiti kako bi se otkrio mogući razvoj infekcija ili neželjenih događaja. Ipak, važno je razumjeti kako je iskustvo sa svim lijekovima koji se trenutno koriste za liječenje JIA-e ograničeno s obzirom na broj bolesnika (samo nekoliko stotina djece sudjelovalo je u kliničkim ispitivanjima) i vrijeme liječenja (biološki lijekovi dostupni su tek od 2000. godine). Zbog toga danas postoji nekoliko JIA registara za praćenje djece koja se liječe biološkim lijekovima na nacionalnom (npr. Njemačka, Velika Britanija, SAD i dr.) i internacionalnom (npr. Pharmachild, koji vodi PRINTO i PRES) nivou, a služe za pomno praćenje djece s JIA-om i otkrivanje događaja koja bi dugoročno (nekoliko godina nakon primjene lijeka) mogli utjecati na sigurnost.

3.7. Koliko bi liječenje trebalo trajati?

Liječenje bi trebalo trajati koliko god traje i bolest. Trajanje bolesti je nepredvidivo; u većini slučajeva, JIA prelazi u spontanu remisiju (povlačenje simptoma) nakon razdoblja od nekoliko do mnogo godina. Tok JIA je često obilježen povremenim remisijama (povlačenjem simptoma) i egzacerbacijama (ponovnim javljanjem simptoma), što dovodi do važnih promjena u načinu liječenja. Potpuni prestanak liječenja razmatra se tek nakon što artritis miruje duže vrijeme (6-12 mjeseci ili duže). Ipak, ne postoji definitivni odgovor na pitanje o mogućem povratku bolesti nakon što se prekine s liječenjem. Doktori obično prate djecu s JIA-om do odrasle dobi, čak i ako artritis miruje.

3.8 Pregled očiju (pregled špalt lampom): koliko često i koliko dugo?

Kod bolesnika s velikim rizikom (pogotovo ANA pozitivnih), pregled slit-lampom mora se obaviti svaka tri mjeseca. Kod onih koji su razvili iridociklitis, pregledi su potrebni i češće, ovisno o ozbiljnosti očnih simptoma određenoj za vrijeme oftalmoloških pregleda.

Rizik za razvoj iridociklitisu vremenom se smanjuje; ipak, iridociklitis se može razviti i mnogo godina nakon artritisa. Zbog toga je pametno obavljati preglede očiju još mnogo godina, čak i ako je artritis u remisiji. Akutni uveitis, koji se može razviti kod bolesnika s artritismom i entezitismom, je simptomatski (crvene oči, bolnost očiju i neugoda pri izloženosti svjetlu ili fotofobija).

3.9. Kakav je dugoročni tok (prognoza) artritisa?

Prognoza artritisa značajno se poboljšala tokom godina, no još uvijek zavisi o težini i kliničkom obliku JIA-e te o ranom i odgovarajućem liječenju. U tijeku su istraživanja koja za cilj imaju razvoj novih lijekova i metoda liječenja dostupnih svoj djeci. Prognoza artritisa značajno se poboljšala u proteklih deset godina. Ukupno, oko 40% djece neće trebati lijekove i neće imati simptome (bit će u remisiji) 8-10 godina nakon nastupa bolesti; najveći postotak remisije zabilježen je u oligoartikularnom perzistentnom i sistemskom obliku.

Sistemski oblik JIA ima varijabilnu prognozu. Otprilike polovina pacijenata ima neke od znakova artritisa i bolesti je karakterizirana

uglavnom povremenim razbuktavanjem bolesti; generalno prognoza je obično dobra kako bolest često ulazi u sponatnu remisiju. Kod druge polovine bolesnika, bolest je obilježena perzistentnim artritisom, dok sistemski simptomi imaju tendencu da se smire tokom vremena; kod ove skupine pacijenata mogu se razviti teška oštećenja zglobova. Na kraju, kod sasvim male grupe pacijenata, sistemski simptomi perzistiraju sa artritisom; ovi pacijenti imaju najtežu prognozu i mogu razviti amiloidozu, ozbiljnu komplikaciju koja zahtijeva imunosupresivnu terapiju. Napredak ciljane biološke terapije, poput anti-IL-6 (tocilizumab) i anti-IL-1 (anakinra i canakinumab), vjerojatno će značajno poboljšati dugoročnu prognozu.

RF pozitivni poliartikularni JIA češće ima progresivni tok bolesti na zglobovima, što može dovesti do teškog oštećenja zglobova. Ovaj oblik kod djece veoma liči na RF pozitivni reumatoidni artritis kod odraslih.

RF negativni poliartikularni JIA je kompleksan, i zbog kliničkih manifestacija i zbog prognoze. Ipak, sveukupna prognoza mnogo je bolja nego za RF pozitivni poliartikularni JIA; samo oko jedne četvrtine bolesnika razvije oštećenje zglobova.

Oligoartikularni JIA često ima dobro prognozu kada bolest ostane ograničena na nekoliko zglobova (tv. perzistirajući oligoartritis).

Bolesnici kod kojih se bolest proširi na više zglobova (prošireni oligoartritis) imaju sličnu prognozu kao i bolesnici s poliartikularnim RF negativnim oblikom JIA.

Mnogi bolesnici s psorijatičnim JIA imaju bolest sličnu oligoartikularnom JIA, dok drugi imaju bolest sličnu odraslim bolesnicima s psorijatičnim artritisom.

JIA povezana s entezopatijom također ima varijabilnu prognozu. Kod nekih bolesnika bolest prelazi u remisiju, dok kod drugih napreduje i može zahvatiti sakroilijakalne zglobove.

Trenutno, u ranom stadiju bolesti ne postoje pouzdana klinička ili laboratorijska obilježja i liječnici ne mogu predvidjeti koji bolesnici će imati najgoru prognozu. Takvi pokazatelji imali bi veliki klinički značaj, budući da bi omogućili otkrivanje bolesnika kojima bi trebalo propisati agresivnije liječenje od početka bolesti. U toku su istraživanja koja za cilj imaju otkriti laboratorijske pokazatelje na osnovu kojih bi se moglo odrediti kada je vrijeme za prekidanje liječenja metotreksatom ili biološkim lijekovima.

3.10. I ona u vezi Iridociklitisa?

Iridociklitis, ako se ne liječi, može imati ozbiljne posljedice, poput замуćenja očne leće (katarakta) i sljepila. No, ako se liječi u ranom stadiju, ovi simptomi obično jenjavaju uz lijekove poput očnih kapi za kontrolu upale i širenje zjenica. Ako se simptomi ne mogu kontrolisati očnim kapima, mogu se propisati i biološki lijekovi. Ipak, ne postoje jasni dokazi koji bi upućivali na najbolji lijek za liječenje teškog iridociklitisa, zbog toga što se odgovor na liječenje razlikuje od djeteta do djeteta. Rano postavljena dijagnoza stoga je glavna odrednica prognoze. Katarakta također može biti posljedica dugoročnog liječenja kortikosteroidima, posebno kod bolesnika sa sistemskim oblikom JIA.