



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

Juvenilni idiopatski artritis

Verzija 2016

3. DIJAGNOZA I TERAPIJA

3.1 Zašto su neophodni laboratorijski testovi?

U vreme postavljanja dijagnoze, da bi se jasno odredio oblik JIA, potrebne su određene laboratorijske analize. Na osnovu njih može da se proceni, da li postoji rizik na nastanak komplikacija kao što je hronični iridociklitis.

Reumatoidni faktor (RF) je laboratorijski test koji određuje antitela koja, ukoliko su pozitivna i stalno prisutna u visokoj koncentraciji u krvi bolesnika, ukazuju na podgrupu bolesnika sa ozbiljnijom prognozom. Antinukleusna antitela (ANA) su često pozitivan test kod bolesnika sa ranim početkom oligoartikulnog oblika JIA. Kod tih bolesnika postoji veliki rizik za razvoj hroničnog iridociklitis i zato treba da se oči redovno kontrolišu pomoću špalt lampe (svaka tri meseca).

HLA B27 je ćelijski marker- obeleživač koji je pozitivan i do 80% bolesnika sa entezitisom udruženim sa artritismom. U opštoj populaciji učestalost ovog nalaza je samokod 5-8% zdrave dece.

Druge analize kao što su brzina sedimentacije eritrocita (SE) i reaktivni protein -C (CRP) mogu biti od koristi jer određuju stepen zapaljenja. Međutim, dijagnoza kao i odluka o lečenju zasnivaju se više na kliničkim manifestacijama nego na laboratorijskim testovima.

U zavisnosti od vrste leka, potrebna je periodična kontrola laboratorijskih analiza (krvna slika, enzimi jetre, pregled mokraće idr.) da bi se blagovremeno otkrila neželjena dejstva i eventualni toksični efekat lekova koji nije manifestan. Upala zglobova se procenjuje kliničkim pregledom i ponekad metodama vizualizacije kao što je ultrazvuk. Periodična rendgenska snimanja ili magnetna rezonanca (MRI) služe da se proceni zdravlje i rast kosti i da se donese odluka o

načinu lečenja.

3.2 Kako se bolest leči?

Za sada ne postoji posebna terapija JIA. Osnovni cilj lečenja je da se ublaži bol, umor i ukočenost, da se spreči oštećenje zglobova i kosti, da se spreči razvoj deformacija i da se poboljša pokretljivost kako bi se omogućio normalan rast i razvoj dece sa JIA. U poslednjih 10 godina došlo je do ogromnog napretka u lečenju dece sa JIA, uvođenjem lekova koji su poznati kao biološki lekovi. Međutim, kod neke dece lečenje nije efikasno, bolest je kontinuirano aktivna i upala zglobova se održava i pored lečenja. Postoje neke opšte smernice za lečenje, ali plan lečenja mora da bude individualan i poseban za svako dete. Učešće roditelja u donošenju odluke u lečenju je vrlo važno.

Lečenje se zasniva na primeni lekova koji smiruju sistemsku upalu i/ili upalu zglobova, na primeni rehabilitacionih procedura koje imaju cilj da održe funkciju zgloba i spreče nastanak deformacija.

Lečenje je veoma složeno i zahteva saradnju različitih specijalista (dečjeg reumatologa, ortopeda, fizijatra, fizioterapeuta, radnog terapeuta, oftalmologa).

Sledeći odeljak opisuje trenutnu strategiju lečenja JIA: Više informacija o specifičnim lekovima kogu se naći u odeljku "Lekovi". Skrećemo pažnju da svaka zemlja ima listu odobrenih lekova, jer nisu svi navedeni lekovi dostupni u svim zemljama.

Nesteroidni antiinflamacijski lekovi (NSAIL) - antireumatici

Nesteroidni antiinflamacijski lekovi (NSAIL) su tradicionalno osnovni vid lečenja svih oblika JIA i drugih dečjih reumatskih bolesti. Zovu se "simptomski" lekovi, jer deluju protivupalno i snižavaju povišenu telesnu temperaturu; to znači znači da ne mogu potpuno da zaustave tok bolesti, ali mogu da kontrolišu simptome upale. Najčešće se koriste ibuprofen i naproksen. Aspirin, iako je efikasan i jeftiniji, danas se uglavnom ne primenjuje za lečenje ove bolesti, zbog visokog rizika od toksičnosti (sistemski efekti u slučaju visokog nivoa leka u krvi, posebno toksičnost za jetru kod sistemskog oblika JIA). NSAIL se dobro podnose. Gastrična nelagodnost, najčešći neželjeni efekat kod odraslih, je redak kod dece. Ponekad zamena NSAIL može biti efikasna, ako prvi lek iz ove grupe nije ispoljio zadovoljavajući efekat. Istovremena primena dva ili više NSAIL nije preporučljiva. Zadovoljavajući efekat na upalu zglobova se ispoljava

nakon nekoliko nedelja terapije.

Injekcije u zglobove

Ovaj oblik lečenja se primenjuje kada postoji upala jednog ili više zglobova koja ograničava normalan pokret zgloba i/ili je prisutan jak bol. Lek koji se ubrizgava je kortikosteroidni preparat sa produženim dejstvom. Trimacinolon heksacetonid se posebno preporučuje zbog svog produženog delovanja (koje često traje i više meseci). Apsorpcija u sistemska cirkulaciju je minimalna. Ovo je terapija izbora za oligoartikulni oblik i dopunska za druge oblike bolesti. Ovaj vid lečenja se može ponoviti više puta u isti zglob. Procedura se obavlja u lokalnoj ili opštoj anesteziji (obično kod mlađe dece) zavisno od uzrasta, vrste zgloba i broja zglobova. Ne preporučuje primena injekcija više od 3-4 puta godišnje u isti zglob.

Injekcije u zglobove u kombinaciji sa drugim načinima lečenja obično dovode do brzog oporavka, smirivanja bola i ukočenosti, ili dok drugi lekovi ne počnu da deluju.

Lekovi druge linije

Primena lekova druge linije je neophodna kada poliartritis aktivan i pored adekvatnog lečenja NSAIL i kortikosteroidnim injekcijama. Lekovi druge linije se dodaju na ranije primenjenu terapiju NSAIL koja se normalno nastavlja. Terapijski efekat ovih lekova postaje uočljiv tek nakon nekoliko nedelja ili meseci lečenja.

Metotreksat

Nema sumnje da metotreksat predstavlja prvi izbor među lekovima druge linije za lečenje dece sa JIA širom sveta. Nekoliko studija je dokazalo njegovu efikasnost kao i bezbednosni profil tokom višegodišnje primene. Stručna literatura je ustanovila maksimalnu efikasnu dozu (15mg/m² primenjena oralno ili parenteralno, obično kao potkožne injekcije). Zato metotreksat primenjen jednom nedeljno jeste lek prvog izbora kod dece sa poliartrikulnim oblikom JIA. Efikasan je kod većine bolesnika. Deluje 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. Želudačne tegobe i porast vrednosti enzima jetre su najčešća neželjena dejstva. Potencijalno toksično dejstvo zahteva periodično praćenje laboratorijskih nalaza.

Metotreksat je sada odobren za primenu u JIA u mnogim zemljama širom sveta. 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 zamena za metotreksat, posebno za decu koja ga ne podnose. Leflunomid se primenjuje u tabletama. Njegova efikasnost kod dece sa JIA je dokazana u kliničkim studijama. Lečenje leflunomidom je znatno skuplje nego primena metotreksata.

Sulfasalazin i ciklosporin

Za druge nebiološke lekove, kao što je sulfasalazin, takođe je potvrđeno da su efikasni u JIA, ali se obično lošije podnose. Iskustvo sa primenom sulfasalazina je znatno manje u poređenju sa metotreksatom. Do sada nije sprovedena studija u JIA koja je ispitivala efikasnost drugih potencijalno efikasnih lekova kao što je ciklosporin. Sulfasalazin i ciklosporin se trenutno ređe koriste u zemljama gde je dostupnost bioloških lekova rasprostranjena. Ciklosporin je koristan lek u kombinaciji sa kortikosteroidima, za lečenje sindroma aktivacije makrofaga kod dece sa sistemskim oblikom JIA. To je teška komplikacija sistemskog oblika JIA, koja potencijalno može da ugrozi život deteta, koji se javlja kao posledica široko rasprostranjenog upalnog procesa.

Kortikosteroidi

Kortikosteroidi su najmoćniji lekovi u suzbijanju upale u organizmu. Njihova upotreba treba da bude vremenski ograničena, jer duža primena može da dovede do neželjenih efekata kao što su: osteoporoza, zaostajanje u rastu i dr. GK su izuzetno efikasni lekovi za lečenje sistemskog artritisa koji ne reaguje na druge lekove i komplikacija koje ozbiljno ugrožavaju život. U početnoj fazi upalnog procesa, ovi lekovi se primenjuju s ciljem da smiri upalni proces i služe za "premošćavanje" perioda dok se ne ispolji efekat lekova druge linije. GK u obliku kapi primenjuju se kao lokalna terapija za lečenje iridociklitis. U težim slučajevima ove lekove je potrebno primeniti u obliku lokalnih injekcija u oko, a ponekad se GK moraju primeniti u obliku tableta.

Biološki lekovi

Poslednjih godina su otvorene nove perspektive u lečenju JIA uvođenjem lekova koji su poznati kao biološki lekovi. Lekari koriste ovaj naziv za lekove koji su proizvedeni biološkim inženjeringom, koji za razliku od metotreksata ili leflunomida, primarno su usmereni na specifične molekule (faktor nekroze tumora, interleukin 1, interleukin 6 ili protiv stimulatornog molekula T). Biološki lekovi su identifikovani kao značajna terapijska mogućnost u blokiranju upalnog procesa koji je tipičan za JIA. Danas postoji nekoliko bioloških lekova koji su gotovo svi odobreni za upotrebu u JIA (vidi ispod pedijatrijsko zakonodavstvo).

Lekovi protiv faktora nekroze tumora

Anti TNF lekovi su agensi koji selektivno blokiraju TNF, koji je bitan posrednik- medijator upalnog procesa. Koriste se sami ili u kombinaciji sa metotreksatom i efikasni su kod većine bolesnika. Njihov efekat je prilično brz i do sada je pokazano da je njihova bezbednost dobra tokom nekoliko godina lečenja (vidi dole odeljak o bezbednosti). Međutim potrebno je duže praćenje da bi se procenili dugoročni, potencijalno neželjeni efekti. Biološki lekovi, uključujući nekoliko tipova TNF blokatora, se široko koriste i oni se u velikoj meri razlikuju u pogledu načina i učestalosti primene. Na primer, etanercept se primenjuje potkožno jednom ili dva puta nedeljno, adalimumab potkožno svake 2 nedelje, infliksimab mesečno kao intravenska infuzija. Drugi su u fazi istraživanja kod dece (napr. golimumab i certolizumab pegol), a postoje i drugi molekuli koji se ispituju kod odraslih i mogu u budućnosti da postanu dostupni i za decu.

Obično se anti TNF terapija koristi kod većine grupa JIA, sa izuzetkom trajnog oligoartritisa, koji se obično ne leči biološkim lekovima. Njihova efikasnost je prilično ograničena u sistemskom JIA, gde se koriste drugi biološki lekovi kao anti IL1 (anakinra i kanakimumab) ili anti IL6 (tocilizumab). Anti TNF lekovi se koriste samostalno ili u kombinaciji sa metotreksatom. Kao i kod lekova druge linije, njihova primena mora biti pod strogim nadzorom lekara.

Lekoci protiv CTL4Ig (Abatacept)

Abatacept je lek različitog mehanizma dejstva usmeren protiv belih krvnih zrnaca- T limfocita. Trenutno može da se koristi za lečenje dece sa poliartritisom kojima nije pomogao metotreksat ili drugi biološki lekovi.

Lekovi protiv interleukina 1 (anakinra i kanakinumab) i protiv interleukina 6 (tociizumab)

Ovi lekovi su posebno efikasni u lečenju sistemskog oblika JIA. Obično se lečenje sistemskog JIA započinje kortikosteroidima. Mada su efikasni, kortikosteroidi imaju neželjena dejstva, posebno na rast, tako da ukoliko njihovom primenom ne može da se kontroliše aktivnost bolesti za kraći vremenski period (napr. par meseci) lekari dodaju u terapiju druge biološke lekove - anti IL1 (anakinra ili kanakinumab) ili IL 6 (tocilizumab) koji treba da deluju na sistemske manifestacije (temperaturu) i artritis. Kod dece sa sistemskim JIA, sistemske manifestacije ponekad prolaze spontano, ali se artritis održava. U tim slučajevima može da se uvede metotreksat ili u kombinaciji sa anti TNF lekom ili abataceptom. Tocilizumab može da se koristi u sistemskom i poliartikulnom JIA. On je najpre odobren za sistemski oblik, a kasnije za poliartikulni JIA i može da se koristi kod bolesnika koji nisu mali dobar terapijski odgovor na metotreksat ili na druge biološke lekove.

Drugi komplementarni vidovi lečenja

Rehabilitacija

Rehabilitacija je sastavni deo lečenja artritisa. To uključuje odgovarajuće vežbe, kada je potrebno primena ongeta (udlaga) da se zglob održi u odgovarajućem položaju koji je udoban da bi se smanjio bol, ukočenost, kontraktura mišića i deformacija zgloba. Sa rehabilitacijom mora rano da se započne, treba da se obavlja redovno da se poboljša ili održava zdravlje zglobova i mišića.

Ortopedska hirurgija

Glavne indikacije za ortopedsku hirurgiju su ugradnja zglobnih proteza (uglavnom kukova i kolena) u slučaju kada je zglobna hrskavica oštećena i hirurške intervencije na mekim tkivima u cilju korekcija kontraktura.

3.3. U vezi sa nekonvencionalnim/komplementarnim lečenjem

Danas su na raspolaganju brojne komplementarne i alternativne terapije što veoma može da zbuni bolesnike i njihove porodice. Razmislite pažljivo o rizicima i koristi primene ove terapije jer ima malo

dokaza da ona pomaže, osim toga to može biti skupo u pogledu vremena, opterećenja deteta, a takođe i finansijski. Ako ipak želite da istražujete ovaj vid lečenja, molimo Vas da prodiskutujete o tome sa svojim dečjim reumatologom. Neki vidovi lečenja mogu da imaju interakciju sa konvencionalnim lekovima. Većina lekara se neće protiviti alternativnoj terapiji, pod uslovom da sledite njihove savete. Veoma je važno da se ne prekine sa uzimanjem lekova. Kada se koriste lekovi kao što su kortikosteroidi koji su neophodni da bi se bolest kontrolisala, može biti vrlo opasno da se naglo prekine lečenje, ako je bolest i dalje aktivna. Molimo Vas da razgovarate sa svojim lekarom o ovim stvarima.

3.4 Kada lečenje treba da se započne?

Danas postoje internacionalne i nacionalne preporuke koje pomažu lekarima i porodicama da izaberu način lečenja.

Međunarodne preporuke je nedavno objavljio Američki koledž za reumatologiju (ACR) na sajtu www.rheumatology.org, dok druge priprema Evropsko udruženje pedijatrijskih reumatologa (PRES) – www.pres.eu

Prema tim preporukama deca sa lakšim oblikom bolesti (manji broj obolelih zglobova) se prvenstveno leče NSAIL i kortikosteroidnim injekcijama u zglobove.

Za teže bolike bolesti (kada je zahvaćen veći broj zglobova) metotreksat (ili ređe leflunomid) su lekovi prvog izbora, ako oni ne pokažu dovoljnu efikasnost dodaju se biološki lekovi (prvenstveno anti TNF) samostalno ili u kombinaciji sa metotreksatom. Za decu koja ne reaguju ili ne podnose metotreksat ili biološke lekove može se uvesti drugi biološki lek (drugi anti TNF ili abatacept).

3.5 O pedijatrijskom zakonodavstvu, odobrenoj i neodobrenoj primeni lekova i perspektivama u terapiji.

Do pre 15 godina svi lekovi koji su se koristili u lečenju dece sa JIA i drugim reumatskim bolestima nisu bili na adekvatan način ispitivani kod dece. To znači da su lekari propisivali lekove na osnovu ličnog iskustva ili ispitivanja koja su obavljena kod odraslih.

U prošlosti sprovedene kliničkih istraživanja u dečjoj reumatologiji je bilo teško, pre svega zbog nedostatka finansijskih sredstava za takva istraživanja, kao i zbog nedostatka interesa od strane farmaceutskih

kompanija zbog malog i neisplativog tržišta u pedijatrijskoj populaciji. Situacija se značajno promenila u poslednjih nekoliko godina. Razlog je uvođenje akta "Najbolja farmaceutika za decu" u SAD i posebnog zakona za razvoj lekova u pedijatriji (Pedijatrijska regulativa) u Evropskoj uniji (EU). Ove inicijative su naterale farmaceutske kompanije da proučavaju lekove u primeni kod dece.

Inicijativa SAD i EU , zajedno sa 2 velike internacionalne mreže- Internacionalna organizacija za studije u pedijatrijskoj reumatologiji (PRINTO na www.printo.it) koja okupljava više od 50 zemalja širom sveta i Kolaborativna studijska grupa u pedijatrijskoj reumatologiji (PRCSG na <https://www.pres.eu/>) sa sedištem u Severnoj Americi, imali su pozitivan uticaj na razvoj pedijatrijske reumatologije, naročito na razvoj novih vidova lečenja kod dece sa JIA. Stotine porodica dece sa JIA koja su lečena u centrima širom sveta, koji su uključeni u PRINTO ili PRCSG uzelo je učešće u kliničkim studijama i na taj način omogućili oboleloj deci da se leče lekovima koji su specijalno proučavani zbog njih. Ponekad je učešće u tim studijama zahtevalo upotrebu placeba (tj. tablete ili infuzije bez aktivne substance) kako bi bili sigurni da ispitivani lek ne nanosi više štete nego što ima koristi.

Zahvaljujući ovom važnom projektu nekoliko lekova je odobreno upravo za lečenje dece sa JIA. To znači da su regulatorni organi kao što je Agencija za hranu i lekove (FDA) i Evropska medicinska agencija (EMA) i nekoliko nacionalnih regulatornih organa revidirali naučne informacije do kojih se došlo u kliničkim ispitivanjima i da su dozvolili farmaceutskim kompanijama da u uputstvu leka navedu da je on efikasan i bezbedan za primenu kod dece.

Lista lekova koji su specijalno odobreni za lečenje JIA uključuje: metotreksat, etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab i kanakimumab.

Neki lekovi su u fazi istraživanja, tako da lekar može da Vas zamoli da Vaše dete učestvuje u takvoj studiji.

Postoje neki drugi lekovi koji zvanično nisu odobreni za primenu kod dece sa JIA, kao što su neki nesteroidni antireumatici, azatioprin, ciklosporin, anakinra, infliksimab, golimumab i certolizumab. Ti lekovi mogu biti korišćeni čak i bez dozvoljenih indikacija (tzv. nelicencirana upotreba) i Vaš doctor može da ih predloži posebno ako nema drugih terapijskih mogućnosti.

3.6 Koji su glavni neželjeni efekti koje lekovi mogu da izazovu?

Lekovi koji se koriste za lečenje JIA se obično dobro podnose. Stomačna nepodnošljivost koja je najčešći neželjeni efekat antireumatika kod odraslih, kod dece se ređe sreće. Ipak se preporučuje da se ovi lekovi uzimaju za vreme ili nakon obroka. Antireumatici mogu da dovedu po porasta nivoa nekih enzima jetre u krvi, mada se to ređe dešava, osim u slučaju primene aspirina.

Metotreksat se dobro podnosi. Neželjeni efekti kao što su muka i povraćanje nisu tako česti. Da bi se blagovremeno uočili znaci toksičnosti, neophodno je da se periodično rade laboratorijske analize (krvna slika, enzimi jetre, pregled mokraće idr.). Najčešći patološki laboratorijski nalaz je povećanje jetrenih enzima iznad gornje granice, koji se normalizuju prestankom uzimanja leka ili smanjenjem doze. Primena folinske ili folne kiseline je efikasna u smanjenju učestalosti oštećenja jetre. Alergijske reakcije na metotreksat se retko javljaju. Sulfasalzin se dobro podnosi. Najčešća neželjena dejstva su ospa na koži, stomačne smetnje, povišenje jetrinih enzima, smanjenje broja leukocita koje može da poveća sklonost infekcijama. Iz tih razloga, kao kod metotreksata, potrebne su povremene laboratorijske kontrole. Dugotrajna primena kortikosteroida u većoj dozi dovodi do pojave značajnih neželjenih efekata. To uključuje osteoporozu i zaustavljanje rasta. Velike doze leka pojačavaju apetit koji dovodi do gojaznosti. Zato je važno savetovati roditelje o pravilnoj ishrani, podsticati decu da uzimaju hranu koja će zadovoljiti apetit bez povećanog unosa kalorija. Biološki lekovi se obično dobro podnose, bar u početku lečenja. Bolesnike treba brižljivo pratiti da bi se blagovremeno uočile moguće infekcije ili drugi neželjeni efekti. Međutim, važno je skrenuti pažnju da je iskustvo sa svim ovim lekovima ograničeno kako u pogledu broja (samo nekoliko stotina dece je učestvovalo u kliničkim studijama) kao vremena (biološki agensi su dostupni tek od 2000.godine). Iz tih razloga danas posotji nekoliko registara koji prate decu sa JIA koji su bili ili se leče biološkim lekovima na nacionalnom nivou (napr. Nemačka, Velika Britanija, SAD, i drugi) i međunarodnih registara kao što je PHARMACHILD koji sprovode PRINTO i PRES sa ciljem da se budno prate deca sa JIA da bi se procenilo da li se neželjeni efekti primenjenih lekova javljaju kroz duži vremenski period (čak i nekoliko godina nakon upotrebe lekova).

3.7 Koliko dugo treba da traje lečenje?

Lečenje bi trebalo da traje dokle god je bolest prisutna. Trajanje bolesti je nepredvidivo. U većini slučajeva nakon perioda koji varira od nekoliko do više godina, bolest se spontano smiri. Tok bolesti se često karakteriše periodičnim rasplasavanjem i spontanom smirivanjem od čega će zavisiti terapijski režim. O potpunom prekidu uzimanja lekova treba razmisliti tek nakon dužeg perioda potpuno smirene bolesti (6-12 meseci ili duže). Međutim nema tačnih informacija o mogućoj ponovnoj pojavi bolesti kada se lek jednom prekine. Lekari obično prate decu sa JIA dok ne odrastu, čak i kad je artritis smiren.

3.8 Očni pregled (špalt lampom) - koliko često i koliko dugo?

Kod bolesnika koji imaju povećan rizik za pojavu iridociklitis (sa pozitivnim ANA), pregled oka špalt lampom trebalo bi raditi svaka tri meseca. Bolesnici kod kojih je već došlo do oboljenja oka, treba češće da se kontrolišu, u zavisnosti od stepena težine upale oka koju oftalmolog procenjuje tokom redovnih pregleda.

Rizik od razvoja iridociklitis vremenom se smanjuje. S obzirom da je razvoj iridociklitis moguć i mnogo godina nakon početka artritisa, treba biti obazriv i redovno kontrolisati oči, čak i kada je artritis potpuno smiren.

Akutni uveitis, koji se može javiti kod bolesnika sa artritismom i entezitismom, ima jasne simptome. Oko je crveno, bolno, pojačano suzi, te se dijagnoza lako postavlja. Ako se jave takve tegobe, neophodan je hitan oftalmološki pregled. Upala se brzo smiri i nema opasnosti od oštećenja oka, te za razliku od iridociklitis koji je prethodno opisan, periodični oftalmološki pregledi nisu potrebni.

3.9. Kakva je dugoročna prognoza artritisa?

Prognoza artritisa je značajno poboljšana poslednjih godina, ali još uvek zavisi od težine, oblika bolesti, načina lečenja kao i vremena od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze. Trenutno su u toku studije koje imaju cilj da otkriju nove lekove i biološke agense, takođe da omoguće da ovi lekovi budu dostupni svim bolesnicima. Prognoza artritisa se značajno poboljšala u proteklih deset godina. Otprilike oko 40% dece će biti u remisiji (bez simptoma bolesti) bez lekova 8-10 godina od početka bolesti; najveći stepen remisije je kod trajnog

oligoartikulnog i sistemskog oblika.

Prognoza sistemskog artritisa se razlikuje od bolesnika do bolesnika. Kod otprilike jedne polovine bolesnika, tok bolesti karakterišu periodična smenjivanja perioda aktivne i smirene bolesti. Krajnja prognoza ovih bolesnika je često dobra, jer se bolest vremenom spontano smiri. Kod druge polovine dece osnovni problem je trajni artritis, dok se opšti znaci bolesti vremenom smire. Ovi bolesnici mogu imati ozbiljna oštećenja zglobova. Kod sasvim malog broja bolesnika iz ove poslednje grupe opšti znaci bolesti, uz artritis, održavaju se kroz duži vremenski period. Ovi bolesnici imaju najlošiju prognozu.

Amiloidoza je najozbiljnija komplikacija koja može javiti na bubrezima i zahteva imunosupresivnu terapiju. Primena ciljane biloške terapije anti IL6 (tocilizumab) i anti IL1 (anakinra, kanakimumab) verovatno će u velikoj meri poboljšati dugoročnu prognozu.

RF pozitivan poliartikulni JIA često ima progresivni tok koji može da dovede do teškog oštećenja zglobova. Ovaj oblik bolest predstavlja pandan reumatoidnog artritisa sa pozitivnim reumatoidnim faktorom (RF) kod odraslih.

RF negativan poliartikularni oblik JIA je složen oblik kako u pogledu kliničkih simptoma tako i u pogledu prognoze. Konačni ishod je mnogo bolji nego kod RF pozitivnog poliartritisa. Kod jedne četvrtine bolesnika nastaje trajno oštećenje zglobova.

Oligoartikularni oblik često ima dobru prognozu u pogledu zglobova, ako artritis ostane lokalizovan samo na nekoliko zglobova (takozvani trajni oligoartritis). Bolesnici kod kojih se artritis proširi na veći broj zglobova (ekstendirani ili prošireni oligoartritis) imaju prognozu sličnu bolesnicima sa RF negativnim poliartritisom.

Većina bolesnika sa psorijaznim artritisom ima bolest sličnu oligoartikularnom obliku JIA, dok je kod drugih bolesnika bolest slična psorijaznom artritisu odraslih.

JIA udružen sa entezitisom takođe ima promenljivu prognozu. Kod nekih bolesnika bolest se smiri, dok kod drugih napreduje i može zahvatiti krsno-slabinske zglobove.

Za sada ne postoji ni jedan klinički, niti laboratorijski pokazatelj na osnovu koga bi tokom rane faze bolesti lekari mogli da predvide da li će bolest imati lošu prognozu. Takvi pokazatelji bi bili od izuzetnog interesa, jer bi mogli da ukažu na bolesnike kod kojih bi od početka bolesti trebalo primeniti agresivnije lečenje. Neki laboratorijski markeri su u fazi istraživanja na osnovu kojih bi moglo da se predvidi kada je

vreme da se prekine lečenje metotreksatom ili biološkim lekovima.

3.10. Kakva je prognoza iridociklitisa?

Ako iridociklitis ostane nelečen, može dovesti do ozbiljnih posledica kao što su zamagljenje sočiva (katarakta) i slepilo. Međutim, ako se lečenje započne u ranoj fazi ovi simptomi se obično smire uz pomoć terapije koju čine kapi za oči koje smiruju upalu i šire zenice. Ako ova lokalna terapija nije efikasna mogu se uključiti biološki lekovi. Međutim ne postoje jasni dokazi koji dokazuju koji je najbolji ček za lečenje iridociklitisa, zbog različitog odgovora kod svakog bolesnika. Rana dijagnoza je glavna odrednica dijagnoze. Katarakta može biti posledica dugotrajnog lečenja kortikosteroidima, posebno kod dece sa sistemskim oblikom.