



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

Boréliová Artritída

Verzia 2016

1. ČO JE BORÉLIOVÁ ARTRITÍDA?

1.1 Čo je to?

Boréliová artritída je jedno z ochorení, ktoré sú spôsobené baktériou *Borrelia burgdorferi* (Lymeská borelióza), ktorá sa prenáša kliešťami, vrátane kliešťa *Ixodes ricinus*.

Kým pri lymeskej borelióze sú cieľovými orgánmi infekcie koža, centrálny nervový systém, srdce, oči a iné orgány, pri boréliovej artritíde sú jediným postihnutým orgánom kĺby. Avšak aj pri boréliovej artritíde môže byť prítomný údaj o kožnom postihnutí v podobe tzv. erythema chronicum migrans - červenej, do okolia sa rozširujúcej škvrny v mieste uštipnutia kliešťom.

V prípade neliečeného ochorenia môže boréliová artritída vzácne postupovať do postihnutia centrálného nervového systému.

1.2 Ako často sa to vyskytuje?

Len malá časť detí s artritídou má práve boréliovú artritídu. Avšak práve boréliová artritída je pravdepodobne najčastejšia artritída, ktorá vzniká ako následok bakteriovej infekcie v detskom veku a v období dospievania v Európe. Ochorenie sa len zriedkavo vyskytuje pred 4. rokom života, a preto je najmä ochorením detí školského veku.

Vyskytuje sa vo všetkých regiónoch Európy, ale je častá v strednej Európe a južnej Škandinávii okolo Baltického mora. Prenos ochorenia je viazaný na poštípanie kliešťami, ktoré sú aktívne v období od apríla do októbra (v závislosti od teploty a vlhkosti vonkajšieho prostredia).

Boréliová artritída sa však môže prejaviť kedykoľvek počas roka, pretože obdobie od uštipnutia kliešťom až po vývoj zápalu kĺbu môže

byť rozlične dlhé.

1.3 Čo je príčinou ochorenia?

Pôvodcom ochorenia je baktéria *Borrelia burgdorferi*, ktorá sa prenáša uštipnutím nakazeným kliešťom *Ixodes ricinus*. Väčšina kliešťov nie je nakazená, a teda väčšina uštipnutí kliešťom nevedie k infekcii. Ani ak sa infekcia prejaví kožnými zmenami ako erythema chronicum migrans, väčšina infekcií nepostupuje do neskorších štádií ochorenia vrátane boréliovej artritídy.

Toto platí najmä pre včasné štádiá zahŕňajúce erythema chronicum migrans, najmä ak boli liečení antibiotikami. Takže hoci lymeská borelióza v podobe erythema chronicum migrans postihuje každoročne až 1 z 1000 detí, boréliová artritída - ako neskoré štádium ochorenia, je zriedkavá.

1.4 Je ochorenie dedičné?

Boréliová artritída je infekčné ochorenie a nie je dedičná. Boréliová artritída, ktorá je odolná na antibiotickú liečbu sa spája s určitými genetickými znakmi, avšak presný mechanizmus tejto dispozície nie je známy.

1.5 Prečo má moje dieťa toto ochorenie? Dá sa mu predísť?

V krajinách Európy, kde sa hojne vyskytujú kliešte, je pomerne ťažké predchádzať uštipnutiu kliešťami. Avšak vyvolávateľ ochorenia *Borrelia burgdorferi* sa neprenáša bezprostredne po uštipnutí kliešťom, ale až po niekoľkých hodinách až jednom dni, keď sa baktéria dostane do slinných žliaz kliešťa a vylučuje sa slinami do tela hostiteľa (človeka). Kliešte zotrávajú na tele hostiteľa 3-5 dní, pričom sa živia hostiteľovou krvou. Ak sa koža dieťaťa v letnom období vždy večer skontroluje na prítomnosť prisatých kliešťov a kliešte sa ihneď odstránia, je prenos *Borrelie burgdorferi* veľmi málo pravdepodobný. Preventívna liečba antibiotikami po poštípaní kliešťom sa neodporúča.

Avšak, ak sa po uštipnutí kliešťom objaví včasný kožný prejav infekcie - erythema chronicum migrans, je potrebná liečba antibiotikami. Táto liečba zabráni ďalšiemu rozmnožovaniu baktérií v tele a predíde rozvoju boréliovej artritídy. V USA bola vyvinutá očkovacia látka proti jednému

kmeňu *Borrelia burgdorferi*, bola však z ekonomických dôvodov stiahnutá z trhu. Túto vakcínu nie možné vzhľadom na odlišnosti vyskytujúcich sa kmeňov použiť v Európe.

1.6 Je to nákazlivé?

I keď je to infekčné ochorenie, nie je nákazlivé (neprenáša sa z človeka na človeka), lebo prenos je možný len prostredníctvom infikovaného kliešťa.

1.7 Aké sú hlavné príznaky?

Hlavným príznakom boréliovej artritídy je opuch kĺbov s výpotkom v kĺbe a obmedzenie pohyblivosti v postihnutom kĺbe (kĺboch). Veľký opuch kĺbu je často sprevádzaný len malou alebo žiadnou bolesťou. Najčastejšie postihnutý kĺb je koleno, môžu však byť postihnuté aj iné veľké či malé kĺby. Je zriedkavé, aby koleno nebolo postihnuté vôbec: až 2/3 všetkých prípadov sa prejavia izolovaným postihnutím kolena - monoartritídou. Viac ako 95% prípadov prebieha ako oligoartritída (4 a menej kĺbov) s obmedzením postihnutia na kolenný kĺb v ďalšom priebehu ochorenia. U 2/3 prípadov ochorenie prebieha ako epizodická artritída (artritída po niekoľkých dňoch až týždňoch vymizne a po určitom bezpríznakovom období sa vráti v rovnakých kĺboch). Frekvencia a trvanie epizód zápalu kĺbov sa zvyčajne časom postupne znižuje, avšak v niektorých prípadoch sa môže zápal stupňovať a artritída sa stane chronická. Vyskytujú sa aj zriedkavé prípady artritídy, ktorá dlhodobo pretrváva od začiatku ochorenia (trvanie artritídy 3 a viac mesiacov).

1.8. Prebieha ochorenie rovnako u všetkých detí?

Nie. Ochorenie môže byť akútne (vyskytne sa jedna epizóda artritídy), epizodické alebo chronické. Artritída má akútnejší priebeh u mladších detí a skôr chronický u dospelých.

1.9 Odlišuje sa priebeh ochorenia u detí a dospelých?

Ochorenie prebieha u detí aj dospelých podobne. Avšak v detskom veku je častejší výskyt artritídy ako u dospelých. Čím je dieťa mladšie, tým

rýchlejšie ochorenie prebehne a zároveň je aj vyššia šanca na úspech antibiotickej liečby.

2. DIAGNÓZA A LIEČBA

2.1 Ako sa ochorenie diagnostikuje?

Ak sa u dieťaťa objaví artritída bez zjavnej vyvolávajúcej príčiny, treba v rámci diferenciálnej diagnostiky zvážiť aj boréliovú artritídu. Klinické podozrenie môžeme potvrdiť laboratórnym vyšetrením krvi, prípadne synoviálnej tekutiny (tekutina z postihnutého opuchnutého kĺbu).

V krvi sa dajú stanoviť protilátky proti *Borrelia burgdorferi* pomocou tzv. enzýmovej imunoanalýzy. Ak sa týmto vyšetrením potvrdia protilátky v triede IgM proti *Borrelia burgdorferi*, je nutné uskutočniť potvrdzujúci test označovaný ako Immunoblot resp. Western blot.

Ak sa pri artritíde neznámeho pôvodu zistia IgM protilátky proti *Borrelia burgdorferi* pomocou enzýmovej imunoanalýzy a následne sa potvrdia Western blotom, je možné stanoviť diagnózu borélievej artritídy. Túto diagnózu je ešte možné potvrdiť, ak sa v synoviálnej tekutine z postihnutého kĺbu dokážu gény *Borrelia burgdorferi* pomocou metódy označovanej ako polymerázová reťazová reakcia (PCR). Avšak tento test je menej spoľahlivý ako sérologické vyšetrenie protilátok a môže byť negatívny aj v prípade infekcie, alebo môže byť pozitívny aj v jej neprítomnosti. Boréliová artritída by mala byť diagnostikovaná pediatrom, alebo v detskej nemocnici. Avšak ak zlyhá antibiotická liečba, by sa mal na ďalšom manažmente podieľať špecialista v odbore detská reumatológia.

2.2 Aký je význam vyšetrení?

Okrem sérologického dôkazu sa vyšetrujú ukazovatele zápalu a biochemické parametre. Navyše je potrebné vylúčiť iné príčiny infekčnej artritídy.

Ak je diagnóza borélievej artritídy definitívne potvrdená imunoanalýzou a imunoblotom, tieto vyšetrenia už nemá zmysel opakovať, pretože neodrážajú odpoveď na antibiotickú liečbu. Pozitivita protilátkovej aktivity niekedy pretrváva i roky po úspešnej liečbe.

2.3 Dá sa ochorenie liečiť/ vyliečiť?

Boréliová artritída je infekčné bakteriálne ochorenie a lieči sa podávaním antibiotík. Viac ako 80 % pacientov s boréliovou artritídou sa vylieči jednou alebo dvoma kúrami antibiotík. Vo zvyšných 10 - 20 % prípadoch ani ďalšia antibiotická liečba nevylieči ochorenie a je potrebná antireumatická liečba.

2.4 Aké sú možnosti liečby?

Boréliová artritída sa lieči perorálnymi antibiotikami 4 týždne alebo intravenóznymi antibiotikami najmenej 2 týždne. Ak je dodržiavanie liečebného režimu perorálnymi antibiotikami ako amoxicilín a doxycyklín (môže sa podávať len deťom starším ako 8 rokov) problematické, môže byť výhodnejšia liečba intravenóznymi antibiotikami ako ceftriaxon (alebo cefotaxim).

2.5 Aké sú nežiaduce účinky liečby?

Pri podávaní antibiotík sa môžu vyskytnúť nežiaduce účinky ako hnačka pri perorálnych liekoch alebo alergické reakcie na antibiotikum. Nežiaduce účinky liečby sú však vzácne a ak sa aj vyskytnú, sú mierne.

2.6 Ako dlho má liečba trvať?

Po ukončení antibiotickej liečby sa odporúča počkať 6 týždňov, kým sa na základe pretrvávania artritídy usúdi, že liečba antibiotikami bola neúspešná.

V tomto prípade môžeme podať ďalšiu kúru antibiotikom. Ak ani s odstupom 6 týždňov po ukončení druhej antibiotickej kúry nedôjde k úprave stavu, malo by sa pokračovať podávaním antireumatických liekov. Zvyčajne sa predpisujú nesteroidové antireumatiká a priamo do postihnutého kĺbu, zväčša kolena, sa podávajú kortikosteroidy.

2.7 Aké pravidelné kontroly sú potrebné?

Jediným užitočným vyšetrením je sledovanie nálezu na kĺboch. Čím dlhší čas uplynul od vymiznutia príznakov artritídy, tým menšia je pravdepodobnosť návratu choroby (relapsu).

2.8 Ako dlho trvá ochorenie?

Vo viac ako 80 % prípadov artritída vymizne po jednej alebo dvoch kúrach antibiotík. Vo zvyšných prípadoch až v priebehu niekoľkých mesiacov prípadne rokov. Napokon ochorenie ustúpi úplne.

2.9 Aká je dlhodobá prognóza ochorenia?

Po antibiotickej liečbe sa stav dieťaťa zvyčajne upraví bez dlhodobých následkov. V niektorých prípadoch ale dochádza k poškodeniu kĺbových štruktúr vrátane s obmedzenia rozsahu pohyblivosti kĺbu alebo predčasnej osteoartrózy.

2.10 Je možné úplné vyliečenie?

Áno, až v 95 % prípadov sa choroba úplne vylieči.

3. KAŽDODENNÝ ŽIVOT

3.1 Ako môže ochorenie ovplyvniť život dieťaťa a jeho rodiny?

Kvôli bolestivosti a obmedzenému pohybu v postihnutom kĺbe môže dieťa pociťovať obmedzenia v športových aktivitách, napríklad nemôže behať tak rýchlo ako predtým. Avšak vo väčšine prípadov sú ťažkosti mierne a prechodné.

3.2 Školská dochádzka

Na určitý čas môže byť potrebné dieťa oslobodiť od povinnej telesnej výchovy; študenti sú niekedy schopní sami rozhodnúť, na ktorých aktivitách by sa chceli/zvládli zúčastňovať.

3.3 Športové aktivity

Dieťa (alebo dospelávajúci) by sa v tejto veci malo rozhodnúť samo. Ak pravidelne navštevuje športové tréningy, môže byť vhodné prechodne znížiť nároky vyplývajúce z tréningov alebo ich prispôbiť podľa pacientovho prania.

3.4 Diétne opatrenia

Strava detí by mala byť vyvážená, s dostatočným obsahom bielkovín, vápnika a vitamínov, ktoré sú potrebné pre rastúci organizmus. Zmeny stravy nemajú vplyv na priebeh choroby.

3.5 Môže podnebie ovplyvniť priebeh ochorenia?

V prípade, že sa choroba už prejaví, počasie naň nemá žiadny vplyv. Počasie a klíma ovplyvňuje len výskyt kliešťov, ktoré potrebujú teplo a vlhko.

3.6 Môžu byť deti očkované?

Nie sú známe žiadne obmedzenia vo vzťahu k očkovaniu. Úspech očkovania nie je ovplyvnený samotnou chorobou ani antibiotickou liečbou a nie sú známe ani žiadne prídavné nežiaduce účinky, ktoré by bolo potrebné očakávať v súvislosti s ochorením alebo antibiotickou liečbou. V súčasnosti nie je k dispozícii očkovacia látka proti lymeskej borelióze.

3.7. Ako je to so sexuálnym životom, tehotenstvom a antikoncepciou?

Nie sú známe žiadne obmedzenia v súvislosti so sexuálnym životom či tehotenstvom v dôsledku ochorenia.