



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

## Juvenilná Idiopatická Artritída

Verzia 2016

### 3. DIAGNÓZA A TERAPIA

#### 3.1 Ktoré laboratórne vyšetrenia sú potrebné?

V čase stanovenia diagnózy sú v spojitosti s vyšetrením kĺbov a očí, užitočné aj niektoré laboratórne testy. Môžu napomôcť presnejšie určiť typ JIA a identifikovať pacientov s rizikom vývoja niektorých komplikácií, ako napr. chronickej iridocyklitídy.

Reumatoidný faktor (RF) je laboratórne vyšetrenie stanovujúce autoprotilátku, ktorá, v prípade že je pozitívna a pretrváva vo vysokých koncentráciách, presnejšie určuje subtyp JIA.

Antinukleárne protilátky (ANA) sú veľmi často pozitívne u pacientov s oligoartrikulárnou JIA s včasným začiatkom. U týchto pacientov je vysoké riziko rozvoja chronickej iridocyklitídy, preto by mali byť pravidelne (každé 3 mesiace) vyšetřovaní očným lekárom pomocou štrbinovej lampy.

HLA-B27 je znak, ktorý sa vyskytuje na bunkách až 80% pacientov s artritídou spojenou s entezitídou. U zdravých jedincov je výskyt tohto znaku iba 5-8%.

Ďalšie vyšetřenia, ako napr. rýchlosť sedimentácie erytrocytov (FW) alebo C-reaktívny proteín (CRP), ktoré sú meradlom rozsahu celkového zápalu, sú užitočné. Avšak stanovenie diagnózy ako aj vedenie liečby sú dôležitejšie klinické prejavy choroby ako laboratórne vyšetřenia.

V závislosti od liečby, niektorí pacienti môžu vyžadovať pravidelné laboratórne vyšetřenia (ako napr. krvný obraz, funkčné pečeňové testy, vyšetřenie moču) na stanovenie prípadných nežiaducich účinkov alebo potenciálnej toxicity liečby, ktoré môžu prebiehať bez klinických príznakov. Zápal v kĺboch sa hodnotí predovšetkým klinickým vyšetřením a niekedy zobrazovacími vyšetřeniami, ako napr.

---

ultrasonografiou. Opakované röntgenové alebo MRI (magnetická rezonancia) vyšetrenia môžu byť nápomocné pri hodnotení kostných štruktúr a rastu kostí, prípadne individualizovanom nastavení liečby.

### **3.2 Ako sa dá JIA liečiť?**

Špecifická terapia, ktorá by vyliečila JIA, neexistuje. Cieľom liečby je zmierniť bolesť, únavu a stuhnutosť, predísť poškodeniu kĺbov a kostí, minimalizovať deformity a zlepšiť hybnosť pri zachovaní primeraného rastu a vývoja v rámci všetkých typov artritídy. Počas posledných desiatich rokov sa dosiahol obrovský pokrok v liečbe JIA so zavedením liečiv známych ako biologické liečivá. Niektoré deti však môžu byť „rezistentné na liečbu“, čo znamená, že ochorenie je stále aktívne a kĺbový zápal pretrváva napriek liečbe. Existujú určité odporúčané postupy pre vedenie liečby, avšak terapia by mala byť pre každé dieťa postavená individuálne. Spoluúčasť rodičov pri rozhodovaní o liečbe je veľmi dôležitá.

Terapia je založená predovšetkým na použití látok, ktoré potláčajú celkový a/alebo kĺbový zápal a na rehabilitačných procedúrach, ktoré udržiavajú funkciu kĺbov a pomáhajú predchádzať vzniku deformít. Liečba je zložitá a vyžaduje spoluprácu rôznych špecialistov (detského reumatológa, ortopéda, fyzioterapeuta a ergoterapeuta, očného lekára). Nasledujúca sekcia popisuje aktuálne liečebné stratégie pre JIA. Viac informácií o jednotlivých liekoch môžete nájsť v sekcii o liekoch. Keďže každá krajina má stanovený vlastný zoznam schválených liekov, nie všetky lieky uvedené nižšie sú k dispozícii vo všetkých krajinách.

### **Nesteroidové protizápalové lieky (NSAID)**

Nesteroidové protizápalové lieky (NSAID) sú tradične základnou liečbou pre všetky typy juvenilnej idiopatickej artritídy (JIA), ako aj ostatné detské reumatické choroby. Sú to symptomatické látky, ktoré účinkujú protizápalovo a antipyreticky (proti horúčke). Symptomatické znamená, že nedokážu navodiť ústup samotnej choroby, ale slúžia na kontrolu sprievodných príznakov zápalu. Najčastejšie používané sú naproxén a ibuprofén. Aspirín (Acylpyrín) sa v súčasnosti napriek svojej účinnosti a nízkej cene používa zriedkavo, a to najmä pre riziko toxicity (celkových nežiadúcich účinkov pri vysokých koncentráciách v krvi, poškodenie pečene, najmä pri systémovej JIA). NSAID sú obyčajne dobre znášané: žalúdočná nevoľnosť, najčastejší nežiadúci účinok u dospelých, je u detí

---

zriedkavá. U niektorých pacientov sa môže stať, že jeden NSAID je účinný, zatiaľ čo iný je bez efektu. Kombinácia viacerých NSAID nie je indikovaná. Optimálny účinok na kĺbový zápal sa prejaví v priebehu niekoľkých týždňov liečby.

### **Kĺbové injekcie**

Kĺbové injekcie sa používajú, keď je závažne postihnutý jeden alebo viaceré kĺbov spôsobujúce obmedzenie prirodzeného pohybu v kĺbe a/alebo výraznú bolestivosť u dieťaťa. Liek, ktorý sa podáva do kĺbu je kortikosteroidový prípravok s dlhodobým účinkom. Najviac sa používa triamcinolon hexacetonid, ktorý má dlhodobý účinok, aj niekoľko mesiacov, a jeho prienik do systémovej cirkulácie je minimálny. Jedná sa o liečbu voľby v prípade oligoartrikulárnej JIA a podpornú liečbu pri iných formách. Tento typ terapie sa môže opakovane použiť pri tom istom kĺbe. Kĺbová injekcia sa môže vykonať pri lokálnom znecitlivení alebo v celkovej anestézii (zvyčajne u menších detí) v závislosti od veku dieťaťa, typu kĺbu a počtu ošetrovaných kĺbov. Viac ako 3-4 injekcie ročne do toho istého kĺbu sa väčšinou neodporúčajú.

Kĺbové injekcie sa zvyčajne kombinujú s inou liečbou na dosiahnutie rýchleho zlepšenia bolesti a stuhnutosti kĺbov, alebo aj dovtedy kým začnú účinkovať iné lieky.

### **Lieky „druhého stupňa“**

Lieky „druhého stupňa“ sa podávajú deťom, u ktorých napriek adekvátnej liečbe NSAID a kortikosteroidovými injekciami polyartritída postupuje. Lieky druhého stupňa sa všeobecne pridávajú k liečbe NSAID, v ktorej sa ďalej pokračuje. Účinok väčšiny liekov druhého stupňa sa naplno prejaví až po niekoľkých týždňoch až mesiacoch podávania.

### **Metotrexát**

Niet pochyb, že metotrexát predstavuje medzi liekmi druhého stupňa celosvetovo prvú voľbu pre deti s JIA. Mnoho štúdií potvrdilo jeho účinnosť ako aj bezpečnostný profil v priebehu viacerých rokov podávania lieku. V literatúre t.č. už stanovuje maximálnu efektívnu dávku (15mg na meter štvorcový pri ústnom aj parenterálnom podaní, zvyčajne injekciami do podkožia). Preto, metotrexát podávaný v týždenných intervaloch je liekom prvej voľby hlavne u detí s polyartrikulárnou JIA. Je účinný u väčšiny pacientov. Má protizápalový

---

účinnok, ale u niektorých pacientov je schopný zatiaľ neznámym mechanizmom utlmiť ochorenie alebo až navodiť remisiu (úplný ústup) choroby. Obyčajne je dobre znášaný; z vedľajších účinkov sú najbežnejšie žalúdočné ťažkosti a zvýšenie pečeňových enzýmov (transamináz). Potenciálna toxicita vyžaduje, aby sa v priebehu liečby pravidelne vykonávali laboratórne vyšetrenia.

Metotrexát je v súčasnosti schválený pre liečbu JIA v mnohých krajinách na celom svete. Počas liečby sa odporúča kombinácia metotrexátu s kyselinou listovou - vitamínom, ktorý znižuje riziko vedľajších účinkov, hlavne poškodenia pečene.

### **Leflunomid**

Leflunomid je alternatívnym liekom k metotrexátu, hlavne u detí, ktoré metotrexát netolerujú. Leflunomid sa podáva vo forme tabliet a jeho použitie bolo v rámci JIA dôkladne skúmané a jeho účinok bol dokázaný. Táto liečba je však drahšia ako liečba metotrexátom.

### **Salazopyrín (sulfasalazín) a cyklosporín**

Aj u iných nebiologických látok ako salazopyrín (sulfasalazín), bola preukázaná účinnosť pri JIA, ale obyčajne sa horšie znášajú ako metotrexát. Skúseností so salazopyrínom sú v porovnaní s metotrexátom obmedzené. Doteraz neexistujú adekvátne štúdie, ktoré by vedeli posúdiť účinnosť iných potenciálne vhodných liekov v ako napr. cyklosporínu. Salazopyrín a cyklosporín sa v súčasnosti málo používajú, aspoň v krajinách, kde sú dostupné biologické látky.

Cyklosporín je v kombinácii s kortikosteroidmi cenný liek na liečbu syndrómu aktivácie makrofágov u detí so systémovou JIA. Ide o závažnú a potenciálne život ohrozujúcu komplikáciu systémovej JIA, ktorá vzniká v dôsledku masívnej celkovej aktivácie zápalového procesu.

### **Kortikosteroidy**

Kortikosteroidy sú najúčinnnejšie dostupné protizápalové látky, ale ich používanie je obmedzené pre niektoré závažné nežiaduce účinky vrátane osteoporózy a spomalenia rastu pri ich dlhodobom podávaní. Kortikosteroidy sú ale veľmi cenné pri liečbe celkových príznakov, ktoré neodpovedajú na inú terapiu, na liečbu život ohrozujúcich systémových komplikácií a ako „premostujúce“ lieky na zvládnutie akútnej choroby, pokiaľ sa dostaví účinok liekov druhého stupňa.

Topické kortikosteroidy vo forme očných kvapiek sa používajú na liečbu

---

iridocyklitídy. V závažnejších prípadoch môžu byť potrebné peribulbárne (do očnej gule) kortikosteroidné injekcie alebo celkové podávanie kortikosteroidov.

### **Biologické látky**

Posledné roky priniesli nové možnosti vďaka zavedeniu tzv. biologických látok. Lekári používajú tento termín pre liečivá, ktoré boli vyrobené biologickým inžinierstvom, ktoré, na rozdiel od metotrexátu alebo leflunomidu, sú primárne namierené voči konkrétnym molekulám (tumor nekrotizujúcemu faktoru alebo TNF, interleukínu 1, interleukínu 6 alebo molekule stimulujúcej T bunky). Biologické látky boli identifikované ako dôležité prostriedky na blokovanie zápalového procesu typického pre JIA. V súčasnej dobe existujú viaceré biologické látky takmer všetky osobitne schválené na použitie pri JIA (pozri pediatrickú legislatívu nižšie).

### **Anti-TNF prípravky**

Anti-TNF prípravky sú látky, ktoré selektívne blokujú TNF, základný mediátor zápalového procesu. Používajú sa samostatne alebo spolu s metotrexátom a sú účinné u väčšiny pacientov. Ich účinok je pomerne rýchly a ich podávanie sa zatiaľ ukazuje ako bezpečné, aspoň počas niekoľkých rokov liečby (pozri sekciu o bezpečnosti nižšie); avšak sú potrebné dlhodobé sledovania, aby sa zistili ich možné dlhodobé nežiaduce účinky. Biologické látky používané pri JIA, vrátane niekoľkých typov TNF-blokátorov, patria medzi najpoužívanejšie a výrazne sa líšia v spôsobe a frekvencii podávania. Napríklad, etanercept sa podáva podkožne dvakrát alebo raz týždenne, adalimumab podkožne každé 2 týždne a infliximab vnútrožilovými infúziami jedenkrát mesačne.

Ostatné látky sú u detí stále predmetom skúmania (napr. golimumab a certolizumab pegol), ale sú aj iné molekuly, ktoré sa skúšajú u dospelých a v budúcnosti by mohli byť dostupné aj pre deti.

Anti-TNF liečba sa zvyčajne používa u väčšiny JIA kategórií, s výnimkou pretrvávajúcej oligoartritídy, ktorá sa zväčša nelieči pomocou biologických látok. Obmedzené je ich podávanie pri systémovej JIA, zatiaľ čo iné biologiká sa tu bežne používajú, ako napr. anti-IL-1 (anakinra a kanakinumab) alebo anti-IL-6 (tocilizumab). Anti-TNF prípravky sa používajú buď samostatne alebo v kombinácii s metotrexátom. Rovnako ako všetky ostatné lieky druhého stupňa, sa musia podávať pod prísny lekársky dohľadom.

---

### **Anti CTL4Ig (abatacept)**

Abatacept je liečivo s odlišným mechanizmom účinku, namierené proti niektorým bielym krvinkám nazývaným T-lymfocyty. V súčasnosti sa môže použiť na liečbu detí s polyartritídou, ktoré nereagujú na metotrexát alebo iné biologické látky.

### **Anti interleukín 1 (anakinra a kanakinumab) a anti interleukín 6 (tocilizumab)**

Tieto liečivá sú špecificky vhodné na liečbu systémovej JIA. Za normálnych okolností sa terapia systémovej JIA začína kortikosteroidmi. Hoci sú účinné, kortikosteroidy sú spojené s vedľajšími účinkami, najmä na rast, takže, ak nedostatočne tlmia aktivitu ochorenia v krátkom časovom období (zvyčajne niekoľko mesiacov), lekári pridávajú do liečby preparáta anti-IL-1 (anakinra alebo kanakinumab) alebo anti-IL-6 (tocilizumab) na zvládnutie celkových prejavov (horúčky) ako aj artritídy. U detí so systémovou JIA, celkové prejavy občasne vymiznú spontánne, ale artritída pretrváva; v týchto prípadoch sa môže podať metotrexát samostatne alebo v kombinácii s anti-TNF alebo abataceptom. Tocilizumab sa môže použiť pri systémovej alebo polyartrikulárnej JIA. Jeho účinok bol prvýkrát preukázaný pre systémovú, neskôr aj pre polyartrikulárnu JIA a môže sa použiť u pacientov, ktorí nereagujú na metotrexát alebo iné biologické látky.

### **Ostatná doplnková liečba**

#### **Rehabilitácia**

Rehabilitácia je nevyhnutnou súčasťou liečby. Zahŕňa príslušné cvičenia a v prípade potreby aj použitie kĺbových dláh na udržanie správneho postavenia kĺbov, aby sa predišlo bolesti, stuhnutosti, svalovým kontraktúram a kĺbovým deformitám. Na zlepšenie alebo udržanie zdravých kĺbov a svalov sa s ňou musí začať včas a mala by sa vykonávať pravidelne.

#### **Ortopedická chirurgická liečba**

Ortopedická chirurgická liečba je indikovaná najmä pri potrebe náhradného umelého kĺbu (predovšetkým bedrového a kolenného) v prípade kĺbovej deštrukcie a na chirurgické uvoľnenie mäkkých tkanív pri trvalých kontraktúrach.

---

### **3.3. A čo nekonvenčná/ doplnková liečba?**

Existuje veľa dostupných doplnkových a alternatívnych liečebných postupov, čo však môže byť pre pacientov a ich rodiny mätúce. Dôsledne premýšľajte o rizikách a prínosoch skúšania takejto liečby, keďže ich prínos je slabo preukázaný a môžu byť nákladné, a to z hľadiska času, záťaže dieťaťa aj peňazí. Ak budete chcieť preskúmať doplnkové a alternatívne liečebné postupy, prosím, poradte sa o tom so svojim detským reumatológom. Niektoré liečebné postupy sa môžu vzájomne ovplyvňovať so štandardnými liekmi. Väčšina lekárov nebude mať výhrady voči alternatívnym liečebným postupom, pokiaľ budete dodržiavať lekárske odporúčenia. Je veľmi dôležité, aby ste neprestali užívať predpísané lieky. V prípade, že sú potrebné lieky, ako napr. kortikosteroidy, aby tlmili ochorenie, môže byť veľmi nebezpečné prestať ich užívať, pokiaľ je ochorenie stále aktívne. Prosím prediskutujte svoje obavy o liečbe s lekárom vášho dieťaťa.

### **3.4 Kedy sa má začať s liečbou?**

V dnešnej dobe existujú medzinárodné a národné odporúčania, ktoré napomáhajú lekárom a rodinám zvoliť správnu liečbu.

Medzinárodné odporúčania boli nedávno vydané Americkou reumatologickou spoločnosťou (American College of Rheumatology – ACR na [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)) a ďalšie sa v súčasnosti pripravuje Európska pediatrická reumatologická spoločnosť (Paediatric Rheumatology European Society – PRES na [www.pres.eu](http://www.pres.eu)).

Podľa týchto odporúčaní deti s menej závažným ochorením (postihujúcim málo kĺbov) sa obvykle liečia predovšetkým nesteroidovými protizápalovými liekmi (NSAID) a kortikosteroidnými injekciami.

Závažnejším prípadom JIA (s postihnutím viacerých kĺbov) sa ako prvý podáva metotrexát (alebo v menšej miere leflunomid) a ak nestačí, pridáva sa biologický prípravok (primárne anti-TNF) buď samostatne alebo v kombinácii s metotrexátom. U detí, ktoré sú rezistentné na liečbu metotrexátom alebo biologickým prípravkom, alebo ju netolerujú, sa môžu použiť iné biologické látky (ďalšie anti-TNF alebo abatacept).

---

### **3.5 Aká je pediatrická legislatíva a jej stanovisko k použitiu liekov podľa ale aj mimo bežných schválených indikácií (on-label a off-label)? Aké sú budúce terapeutické možnosti?**

Lieky, ktoré sa používajú na liečbu JIA a mnohých ďalších detských chorôb, neboli ešte pred 15-timi rokmi u detí riadne preskúmané. To znamená, že lekári predpisovali lieky na základe osobných skúseností alebo štúdií u dospelých pacientov.

V minulosti bolo uskutočnenie klinických štúdií v detskej reumatológii náročné a to predovšetkým kvôli nedostatku finančných zdrojov na štúdie u detí a malého záujmu farmaceutických spoločností vyplývajúceho z malého a nelukratívneho pediatrického trhu. Situácia sa dramaticky zmenila pred niekoľkými rokmi. V USA bol vydaný dokument „Najlepšie liečivá pre deti“ ako aj osobitné právne predpisy pre rozvoj pediatrických liekov („Pediatrické nariadenie“) v Európskej únii (EÚ). Tieto iniciatívy v podstate prinútili farmaceutické spoločnosti, aby študovali svoje lieky aj u detí.

Tieto iniciatívy v USA a v EU, spolu s 2 veľkými spoločnosťami - Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO na [www.printo.it](http://www.printo.it)), ktorá združuje viac ako 50 krajín po celom svete, a Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG na [www.prcsg.org](http://www.prcsg.org)), so sídlom v Severnej Amerike, mali priaznivý vplyv na rozvoj detskej reumatológie, najmä na vývoj nových spôsobov liečby pre deti s JIA. Stovky rodín detí s JIA, liečených v centrách PRINTO alebo PRCSG po celom svete, sa zúčastnili klinických štúdií, a tak umožnili všetkým deťom s JIA, aby dostali liečbu skúmanú špecificky pre ne. Niekedy účasť na týchto štúdiách vyžaduje použitie placebo (t.j. tablety alebo infúzie bez účinnej látky), na uistenie, že skúmané liečivo robí viac úžitku ako škody.

Vďaka tomuto dôležitému výskumu sú v súčasnej dobe mnohé liečivá osobitne schválené pre JIA. To znamená, že regulačné orgány, ako je Food and Drug Administration (FDA), European Medicine Agency (EMA) a niekoľko vnútroštátnych orgánov zhodnotili vedecké poznatky z klinických štúdií a dovolili farmaceutickým spoločnostiam uviesť v príbalovom letáku liečiva, že sa jedná o účinný a bezpečný liek pre deti. Zoznam liekov, ktoré sú osobitne schválené pre JIA zahŕňa metotrexát, etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab a kanakinumab.

Niekoľko ďalších liekov sa v súčasnosti skúma u detí, takže vaše dieťa môže byť požiadané jeho lekárom o účasť v takýchto štúdiách.

Existujú aj iné lieky, ktoré nie sú formálne schválené pre použitie v



---

rámci JIA, ako napr. niektoré nesteroidové protizápalové lieky, azatioprin, cyklosporín, anakinra, infliximab, golimumab a certolizumab. Tieto lieky sa môžu použiť aj bez schválenej indikácie (tzv. off-label použitie). Váš lekár ich môže navrhnúť najmä v prípade, že nie sú k dispozícii žiadne ďalšie vhodné spôsoby liečby.

### **3.6. Aké sú hlavné vedľajšie účinky liečby?**

Lieky, ktoré sa používajú v liečbe JIA, sú obyčajne dobre tolerované. Žalúdočne ťažkosti, najčastejší vedľajší účinok NSAID (ktoré by sa preto mali užívať spolu so stravou), sú u detí zriedkavejšie ako u dospelých. NSAID môžu spôsobiť zvýšenie niektorých pečeňových enzýmov, ale s výnimkou acylpyrínu je to veľmi zriedkavé.

Metotrexát je tiež dobre znášaný, i keď žalúdočné vedľajšie účinky, ako nevoľnosť a vracanie, nie sú zriedkavé. Aby sa predišlo možnému toxickému účinku, je dôležité pravidelne sledovať pečeňové enzýmy krvnými testami. Najčastejšou laboratórnou odchýlkou je stúpnutie pečeňových enzýmov, ktoré sa vrátia k normálnym hodnotám po vynechaní alebo po znížení dávky metotrexátu. Podávanie kyseliny listovej účinne znižuje frekvenciu toxického účinku na pečeň. Hypersenzitívne alergické reakcie na metotrexát sa vyskytujú zriedkavo.

Salazopyrín (sulfasalazín) je primerane dobre znášaný. Medzi najčastejšie vedľajšie účinky patria kožné vyrážky, ťažkosti s trávením, zvýšenie pečeňových enzýmov (hepatotoxicita), leukopénia (zníženie počtu bielych krviniek, ktoré môže zvýšiť riziko infekcií). Podobne ako pri metotrexáte sú preto potrebné pravidelné laboratórne vyšetrenia. Dlhodobé užívanie kortikosteroidov vo vysokých dávkach je spojené s niekoľkými významnými vedľajšími účinkami. Ide najmä o spomalenie rastu a osteoporózu. Kortikosteroidy vo vyšších dávkach spôsobujú výrazné zvýšenie chuti do jedla, čo môže následne viesť k obezite (tučnote). Je preto dôležité povzbudzovať deti k tomu, aby jedli stravu, ktorá môže uspokojiť ich chuť do jedla bez zvýšenia príjmu kalórií. Biologické látky sú obyčajne dobre znášané, aspoň v prvých rokoch liečby. Pacienti by mali byť starostlivo sledovaní pre možný výskyt infekcií alebo iných nežiaducich účinkov. Je však dôležité si uvedomiť, že skúsenosti s liečivami používanými pri JIA sú obmedzené z hľadiska množstva (len niekoľko stoviek detí sa zúčastnilo klinických štúdií) aj času (biologické látky sú k dispozícii len od roku 2000). Preto v

---

súčasnosti existuje niekoľko JIA registrov, ktoré sledujú deti na biologickej liečbe na národnej (napr. Nemecko, Veľká Británia, USA a ďalšie) a medzinárodnej úrovni (napr. Pharmachild, projekt realizovaný PRINTO a PRES), za účelom pozorného monitorovania detí s JIA a sledovania bezpečnosti liečby v dlhodobom horizonte (niekoľko rokov po tom, čo boli lieky podávané).

### **3.7 Ako dlho by mala liečba trvať?**

Liečba by mala trvať tak dlho, pokým pretrváva ochorenie. Doba trvania choroby je nepredvídateľná. Vo väčšine prípadov JIA ustúpi po niekoľkých až mnohých rokoch liečby. V priebehu JIA sa často objavujú prechodné zlepšenia a zhoršenia, ktoré vedú k významným zmenám v terapii. Úplné vynechanie liekov sa zvažuje iba v tom prípade, že je artritída utlmená po dlhú dobu (6 - 12 mesiacov alebo aj viac). Neexistuje však jasná odpoveď na to, či sa ochorenie vráti po tom, čo sa lieky vysadia. Lekári zvyčajne sledujú deti s JIA až do dospelosti, a to aj v prípade, že artritída ustúpi.

### **3.8 Očné vyšetrenie (pomocou štrbinovej lampy): ako často a dokedy?**

U pacientov so zvýšeným rizikom (najmä v prípade ANA positivity) je potrebné urobiť vyšetrenie štrbinovou lampou aspoň raz za 3 mesiace. Tí pacienti, u ktorých sa rozvinula iridocyklitída, by mali byť sledovaní častejšie v závislosti od závažnosti očného postihnutia, ktoré sa stanoví pri návštevách oftalmológa.

Riziko vzniku iridocyklitídy postupne časom klesá; avšak iridocyklitída sa môže vyvinúť aj mnoho rokov po nástupe artritídy. Je preto potrebné byť dostatočne obozretný a vyšetrovať oči mnoho rokov, a to aj v prípade, že artritída ustúpi.

Akútna uveitída, ktorá môže vzniknúť u pacientov s artritídou a entezitídou, sa prejaví vonkajšími príznakmi (začervenanie a bolesti očí, svetloplachosť). Takéto ťažkosti si vyžadujú okamžité oftalmologické posúdenie. Na rozdiel od iridocyklitídy, pre včasnú diagnózu nie je potrebné pravidelné vyšetrovanie pomocou štrbinovej lampy.

### **3.9 Aký je dlhodobý vývoj a prognóza artritídy?**

---

Prognóza artritídy sa v priebehu rokov výrazne zlepšila, ale stále závisí od jej závažnosti, klinickej formy JIA a od včasnej a správnej liečby. Prebieha výskum na vývoj nových liečiv a biologických látok a taktiež aktivity na sprístupnenie liečby všetkým deťom. V posledných desiatich rokoch sa prognóza artritídy výrazne zlepšila. Celkovo sa podarí asi u 40% detí liečbu vysadiť a zostanú bez príznakov (remisia) 8-10 rokov od nástupu choroby; najvyššia miera remisíí je u pretrvávajúcich oligoartrikulárných a systémových subtypov JIA.

Systémová JIA má rôznu prognózu. Asi polovica pacientov má len mierne známky artritídy a ochorenie je charakteristické predovšetkým periodickými vzplanutiami choroby; konečná prognóza je väčšinou dobrá, keďže ochorenie často prechádza do spontánnej remisie. U druhej polovice pacientov je ochorenie charakterizované pretrvávajúcou artritídou, zatiaľ čo systémové príznaky majú tendenciu postupne v priebehu rokov ustupovať; u tejto podskupiny pacientov sa môže vyvinúť ťažké kĺbové poškodenie. Napokon, u malej časti z tejto druhej skupiny pacientov pretrvávajú systémové príznaky spolu s postihnutím kĺbov; títo pacienti majú najhoršiu prognózu a môže sa u nich vyvinúť amyloidóza - ťažká komplikácia, ktorá vyžaduje imunosupresívnu terapiu. Pokrok v cielej biologickej liečbe preparátmi anti-IL-6 (tocilizumabom) a anti-IL-1 (anakinrou) pravdepodobne výrazne zlepši dlhodobú prognózu týchto detí.

RF pozitívna polyartikulárna JIA má najčastejšie postupne sa zhoršujúci priebeh, ktorý môže viesť k ťažkému poškodeniu kĺbov. Táto forma u detí je pandantom RF (reumatoidný faktor) pozitívnej reumatoidnej artritídy dospelých.

RF negatívna polyartikulárna JIA je nesúrodá pokiaľ ide o klinické prejavy aj jej prognózu. Avšak, jej celková prognóza je omnoho lepšia v porovnaní s RF pozitívnou polyartrikulárnou formou JIA; iba asi u štvrtiny pacientov dôjde k trvalému poškodeniu kĺbov.

Oligoartikulárna JIA má často dobrú prognózu, pokiaľ ide o kĺbové postihnutie, ak ostane obmedzená na malý počet kĺbov (tzv. pretrvávajúca oligoartritída). Pacienti, u ktorých sa kĺbové postihnutie rozšíri na viacero kĺbov (extendovaná oligoartritída), majú podobnú prognózu ako pacienti s polyartikulárnou RF negatívnou formou.

U mnohých pacientov so psoriatickou artritídou sa choroba podobá na oligoartikulárnu JIA, zatiaľ čo u iných sa podobá na psoriatickú artritídu dospelých.

JIA spojená s entezopatiou má tiež rôznu prognózu. U niektorých

---

pacientov choroba vymizne, zatiaľ čo u iných progreduje a môže postihnúť sakroiliakálne kĺby.

Zatiaľ nie sú známe hodnoverné klinické alebo laboratórne črty, na základe ktorých by lekári v skorom štádiu choroby dokázali predpovedať, ktorý pacient bude mať najhoršiu prognózu. Takéto prediktory by mali značný klinický význam, keďže by umožnili identifikovať pacientov, ktorí by už od začiatku choroby mali dostávať agresívnejšiu liečbu. Iné laboratórne markery sú predmetom štúdia, či dokážu predpovedať, kedy je vhodný čas na ukončenie liečby metotrexátom alebo biologickými látkami.

### **3.10 A prognóza iridocyklitídy?**

Ak sa iridocyklitída nelieči, môže mať veľmi závažné následky, ako sú zákal očnej šošovky (katarakta) a slepota. Ale ak sa lieči zavčas, príznaky obvykle odznejú pod terapiou očnými kvapkami, ktoré tlmia zápal a rozširujú zreničky. Ak príznaky nie sú zvládnuteľné pomocou očných kvapiek, môže sa predpísať biologická liečba. Vzhľadom na individuálne variabilnú odpoveď na terapiu zatiaľ neexistujú jasné dôkazy o tom, čo je najlepšou voľbou liečby závažnej iridocyklitídy. Včasná diagnóza je teda dôležitým faktorom ovplyvňujúcim prognózu. Šedý zákal môže byť taktiež dôsledkom dlhodobej liečby kortikosteroidmi, a to najmä u pacientov so systémovou JIA.