

• Uvod • Dijagnoza • Prognoza

**Uvod** Hronični poliartritis u djece je hronično upala zglobova koje počinje prije 16-te godine života, akutno ili postepeno, mono- ili poliarтикуlarno, praćeno često opštim sistemskim znacima bolesti.

Bolest se javlja češće u djevojčica nego u dječaka u odnosu 1:1,5.

Bolest ne predstavlja jedinstvenu nozološku cjelinu, već skup hroničnih zglobnih afekcija od kojih su neke svojstvene dječjem uzrastu, a druge identične sa zglobnim oboljenjima odraslih. To su:

- a. Stillova bolest
- b. Reumatoidni artritis sa pozitivnim reumatoidnim faktorima, identičan sa oboljenjem odraslih.
- c. Poliartritis sa sakroileitisom tipa ankilozirajućeg spondilitisa.
- d. Psorijatična artropatija (identična sa oboljenjem odraslih).
- e. Artropatije koje prate ulcerozni kolitis i regionalni ileitis.
- f. Poliartritis koji prati sistemska oboljenja vezivnog tkiva.

**Dijagnoza** Juvenilni hronični poliartritis počinje između šestog mjeseca života i 16-te godina sa maksimumom javljanja oko 5-te godine i oko puberteta. Ovaj element ima veliku diferencijalno dijagnostičku važnost u odnosu na reumatsku groznicu koja se izuzetno javlja prije 5-te godine. U 25% djece ispod 7 godina početak je akutan, praćen temperaturom remitentnog ili intermitentnog toka, generaiizovanim limfadenitisom, splenomegalijom i ospom, bez artritisa. U 30% djece iznad 7 godina bolest počinje postepeno, simetričnim poliartritisom sitnih zglobova šaka i stopala. U drugih 30% bolest počinje monoartikularno ili oligoartikularno.

Obolenje mora da zahvati najmanje 4 zgloba u roku od 3 mjeseca da bi se dijagnoza juvenilnog hroničnog poliartritisa mogla da postavi. Međutim, u 10% djece artritis počinje i ostaje trajno monoartikularan, lokalizovan najčešće u zglobu koljena, rijetko skočnom, a izuzetno nekom drugom zglobu. Dijagnoza u tim slučajevima može da se postavi isključivo na osnovu biopsije oboljele sinovije.

Sinovitis ima hroničan tok, često je bezbolan, lokalizovan u mlađe djece najčešće u zglobovima koljena, ručja, skočnim i vratnim, a u starije djece u sitnim zglobovima šaka i stopala.

15% obolele djece ima promjene u distalnim interfalangealnim zglobovima, a 50% u cervikalnoj

kičmi.

Bolest je često praćena pojavom tenosinovitisa sa zadebljanjem, izljevima i ćvorićima u tetivama fiexsora ili ekstenzora prstiju šaka i stopala.

Kod male djece je ćesta visoka temperatura remitentnog ili intermitentnog toka, najćešće u poćetku, ali i kasnije u toku bolesti, koja ne reaguje na antibiotike već na vrlo visoke doze salicilata.

U oko 30% oboljele djece javlja se makulopapulozna ili eritemna ospa. Kožne promjene se javljaju na vrhuncu temperature, ćesto poslije fizikalne terapije, kada je djete zagrijano, lokalizovane su obićno na koži trupa i proksimalnih dijelova ekstremiteta. Traju nekoliko sati (zbog ćega mogu ostati neprimjećene) ili nekoliko dana, i obićno su praćene i drugim sistemskim znacima bolesti.

U 6% oboljelih javljaju se supkutani noduli na ekstenzornim stranama ekstremiteta, obićno na mjestima najvećeg pritiska.

U 10 do 30% bolesnika postoji eksudativni perikarditis koji je ili klinićki evidentan ili se moćže dijagnosticirati samo na osnovu EKG promjena; obićno je brzo prolazan, i ne ostavlja klinićke sekvele.

U 10% oboljelih javlja se miokarditis. Valvulitis se nikada ne javlja.

50% oboljele djece ima uvećanu jetru i slezenu ali samo u ranoj, nikada u poznoj fazi bolesti.

U 60-70% moćže se naći limfadenitis karakteristićno lokalizovan u aksilanim i epitrohlearnim limfnim ųlijezdama, takoćde samo u ranoj fazi bolesti.

U 8-10% javlja se iridociklitis, u bilo kojoj fazi bolesti, obično bilateralan, mada oba oka ne moraju oboljeti istovremeno. Najčešće je asimptomatski, sve dok se ne pojave smetnje u vidu. Može biti površan, i onda prolazi bez sekvela, ili dubok, u kom slučaju ostavlja fibroze korneje, karakteristično tipa keratopatije u vidu trake (band keratopathy), ili katarakte sa konsekutivnim sljepilom. Prije pojave kortikosteroida Still-ova bolest je bila najčešći uzrok sljepila u djece.

Radiološki na oboljelim zglobovima može se naći: otok mekih tkiva oko oboljelih zglobova, osteoporoza zglobnih okrajaka kosti, periostalna reakcija dugih kosti u blizini oboljelog zgloba, hipertrofija epifiznih centara rasta oboljele kosti u ranoj fazi bolesti, kao i prerana pojava epifiznih centara. U poznoj fazi bolesti dolazi do prevremenog zatvaranja epifiznih hrskavica i zaustavljanja rasta kosti u dužinu. Suženje zglobnog prostora kao i erozije javljaju se rijetko i pozno zbog velike debljine i izuzetno snažne regenerativne sposobnosti zglobne hrskavice u djece. U kasnijim fazama bolesti mogu se javiti koštane ankiloze.

Laboratorijski u aktivnoj fazi bolesti postoji povišenje SE, fibrinogena i alfa-2 globulina i pozitivan CRP. U fazi remisije SE se smanjuje ali se ne mora normalizovati, jer obično perzistira povišenje serum globulina. ASTO je obično negativan. Broj leukocita je obično povećan, i izuzetno se može popeti i do 100.000, sa povećanjem broja polimorfonuklearnih (nije obavezan znak). Klasična Rose-Waaler-ova reakcija je pozitivna samo u 10-20% slučajeva. Drugi, osetljiviji testovi za dokazivanje reumatoidnog faktora pozitivni su skoro u svih bolesnika.

Histološki nalaz sinovije oboljelog zgloba identičan je sa nalazom u reumatoidnom artritisu odraslih. Supkutani noduli histološki često liče na nodule u reumatičnoj groznici.

Minimalni program za postavljanja dijagnoze

- svi anamnestički i klinički podaci, naročito početak bolesti,
- radiografija šaka i cervikalne kičme, a poželjno i drugih oboljelih ili deformisanih zglobova,
- SE i jedan od testova za dokazivanje reumatoidnog faktora (Rose-Waaler-ova reakcija ili Latex test);
- poželjan je i oftalmološki nalaz.

**Prognoza** U jednoj trećini bolesnika bolest prolazi u toku 5-10 godina ne ostavljajući zglobne sekvele. U drugoj trećini bolest ulazi u manje više definitivnu remisiju ostavljajući trajne sekvele u zglobovima u vidu zadebljanja zglobova, kontraktura, subluksacija i ankiloza. U zadnjoj trećini bolest povremeno recidivira, (i u zrelih godinama ili se razvija progresivni hronični poliartritis tipa reumatoidnog artritisa odraslih, odnosno u izvjesnim slučajevima ankilozirajući spondilitis).

Lokalno usporenje rasta u teško oboljelim zglobovima može da ostavi trajne deformacije u vidu

brahidaktilije ili vrlo karakteristične mikrognatije. Opšte usporenje rasta javlja se u 50% oboljele djece, bez obzira da li su primala ili ne kortikosteroide.

Korekcije deformiteta mogu se vršiti u ranoj fazi bolesti konzervativnim procedurama (fizikalna terapija i rehabilitacija i serijski gipsevi). U poznoj fazi dolazi u obzir hirurška korekcija deformiteta.