

# ARTRITET JUVENILE IDIOPATIKE-KRITERET E KLASIFIKIMIT, DIAGNOZA DHE MENAXHIMI SIPAS FORMAVE

ORION MUÇAJ, ANRI TROJA, LEDIAN FEZOLLARI\*

## Summary

### IDIOPATIC JUVENILE ARTHRITIS-CRITERIA OF CLASSIFICATION DIAGNOSIS AND MANAGEMENT ACCORDING TO FORMS

Classification of JIA is based on American College of Pediatric Rheumatology criteria. Each classification contains three main subtypes: pauciarticular or oligoarticular, polyarticular, and systemic. The cause of juvenile idiopathic arthritis (JIA) is not known, but there is substantial evidence that it is an autoimmune process with genetic susceptibility factors. The most common type of JIA is the pauciarticular/oligoarticular form, which affects 50% of patients. Systemic features are not prominent, although lowgrade fever, fatigue, rheumatoid nodules, and anemia may be present. There is no diagnostic test for JIA. A normal erythrocyte sedimentation rate (ESR) does not exclude the diagnosis. Rheumatoid factor is positive in about 10–15% of patients, usually when onset of polyarticular disease occurs after age 8 years. ANA are associated with an increased risk of iridocyclitis in patients with oligoarticular disease. The objectives of therapy are to restore function, relieve pain, maintain joint motion, and prevent damage to cartilage and bone. Current alternatives of treatment are based on NSAID, SAID, Disease-Modifying Biologic Agents and rehabilitation. Iridocyclitis should be closely monitored by an ophthalmologist. The course and prognosis for JIA is variable, depending on the subtype of disease. Overall, the prognosis is good.

## Diagnoza

Diagnoza e artritet juvenile idiopatike (AJI) bazohet në kriteret e klasifikimit reumatologjik dhe nënklasifikimi i ecursisë nga Kolegji Amerikan dhe nga përjashtimi me përpikmëri i sëmundjeve të tjera artikulare. Nuk ka të dhëna patognomonike për këto sëmundje në fëmijë. Megjithatë, ethja klasike intermitente e shoqëruar me rash tipik dhe artrit objektiv flasin për fillimin e një AJI sistemik.

Diagnoza bazohet në anamnezën e një artikulacioni të inflamuar dhe në ekzaminimin objektiv, që flasin për praninë e artritit, sic tregohet në kriteret e mëposhtme. Anomalitë laboratorike karakteristike të inflamacionit përfshijnë rritje të eritrosedimentit (ESR) dhe proteinës C-reaktive (PCR), leukocitozë, trombocitozë, dhe anemi që flet për një proces kronik të sëmundjes.

Tabela nr.1 Klasifikimi dhe vecoritë klinike të artriteve juvenile idiopatike (AJI)

Nentipet e AJI (%)	Mosha e shfaqjes	Raporti gjinor (f : m)	Prekja artikulare	Vecorite ekstra-artikulare	Të dhënat laboratorike
Oligoartrit (persistent) (49%)	1-6 vjec	5 : 1	1-4 (max) artikulacione të përfshira; gjuri, kavigjaja ose radiokarpali preken me shpesh	Uveit anterior kronik 20%, pabarazi në giatësinë e këmbeve Proгноza e shkelqyer	ANA+
Oligoartrit (i shtrire) (8%)	1-6 vjec	5 : 1	>4 artikulacione të përfshira gjatë 6 muajve të parë. Shpërndarje asimetrike në artikulacione të mëdha dhe të vegjël	Uveit anterior kronik 20%, rritje asimetrike Proгноza e moderuar	ANA+
Poliartrit (FR negative) (16%)	1-6 vjec	5 : 1	Shpërndarje simetrike në artikulacione të mëdha dhe të vegjël, shpesh preken gishta të caktuar Mund të preken artikulationet si spina cervikale dhe temporomandibulari.	Ethe subfebrile, Uveit anterior kronik 5%, Proгноza e moderuar	
Poliartriti (RF pozitive) (3%)	10-16 vjec	5 : 1	Shpërndarje simetrike në artikulacione të mëdha dhe të vegjël shpesh preken gishta të caktuar	Noduj reumatoid 10% Proгноza e varfër	RF+ (per kohëtë gjatë)
Artrit sistematik (9%)	1-10 vjec	1 : 1	Oligoartriti ose poliartriti Mund të japin vuajtje dhe dhimbje në artikulacione dhe muskuj (arthralgi/mialgi) por pa artritis në fillim	Sëmundje akute, pafuqi, ethe febrile, rash makular, limfadenopati, hepatosplenomegali, seroziti. Proгноza variabël – e varfër	Anemi, neutrofili dhe trombocitozë dhe rritje e proteinave të fazës akute.
Arthrit psoriatik (7%)	1-16 vjec	1 : 1	Zakonisht Shpërndarje asimetrike në artikulacione të mëdha dhe të vegjël, dactylitis	Psoriazë, shtypje të thonjve ose distrofi, Uveit anterior kronik 20% Proгноza e moderuar	
Enthesitis lidhur me arthritin (7%)	6-16 vjec	1 : 4	Në fillim preken anësitë preken ekstremitetet e poshtme, artikulationet e mëdha, me vonë më të mëdha artikulationet e spina lumbare dhe sakroiliake	Enthesitis – inflamacioni lokalizuar në inserimin e tendinëve ose ligamenteve në kockë, shpesh në këmbë. Uveit akut i rastësishëm Proгноza e moderuar	HLA B27+
Artrit i padiferencuar (1%)	1-16 vjec	2 : 1 (variable)	Modeli i prekjes artikulare dhe ekstra-artikulare i dy ose më shumë nentipeve ose kritere të pamjaftueshme për nenklasifikim	Proгноza variabël	

**Kriteret e klasifikimit të artriteve juvenile idiopatike**

1. Mosha e shfaqjes <16 vjec
2. Artritis -enjtje ose efuzion, ose prania e 2 ose më shumë shenjave: kufizim i shkallës së lëvizshmërisë,

- ndjeshmëri ose dhimbje gjatë lëvizjes dhe rritje të nxehtësisë lokale në një ose më shumë artikulacione.
3. Kohëzgjatja e sëmundjes 6 javë ose më shumë.
4. Lloji i shfaqjes përcaktohet nga tipi i sëmundjes në 6 muajt e parë.

5. Polartriti: 5 ose më shumë artikulacione të inflamhuara.
6. Oligoartriti: <5 artikulacione të inflamhuara.
7. Sistemike: artritis me ethe.
8. Përgjithimi i formave të tjera të artriteve juvenile.

### Trajtimi

Objektivat e terapisë janë: të ruajë funksionin, të qetësojë dhimbjen, të ruajë lëvizshmërinë e artikulacionit dhe të parandalojë dëmtimin e kartilagos dhe kockës.

#### A. Barnat anti-inflamatorë josteroidë

Antiinflamatorët josteroidë janë (AIJS) linja e parë e terapisë. Ato gjenden në një gamë të gjerë, por vetëm pak prej tyre janë miratuar të përdoren tek fëmijët, përfshirë naproksenin (10 mg/kg për dozë dy herë në ditë), ibuprofenin (10 mg/kg për dozë tre deri katër herë në ditë), dhe meloxicamin (0.125 mg/kg një herë në ditë). Meloksikami është po aq i efektshëm sa edhe naprokseni bazuar në kriteret e Kolegjit Amerikan të Reumatologjisë pediatrike. Pacientët që i marrin të dy preparatet njëkohësisht tregojnë një përmirësim më të madh, pa marrë parasysh efektin placebo (6). AIJS-të në përgjithësi tolerohen mirë tek fëmijet, për aq kohë sa merren me ushqimin. Koha mesatare e përmirësimit simptomatik është 1 muaj, por në disa pacientë nuk është parë përgjigje as për 8-12 javë.

#### B. Agjentët biologikë dhe sëmundje-modifikues

Në pacientët me AJI që nuk iu përgjigjen AIJS-ve, metotreksati javor është linja e dytë e zgjedhur e trajtimit. Përgjigjia simptomatike zakonisht fillon në 3-4 javë. Dozat më të ulta (5-10 mg/m<sup>2</sup>/javë ose 1 mg/kg/javë si dozë e vetme) përgjithësisht tolerohen mirë. Efektet anësore të mundshme përfshijnë: nauze, të vjella, rënie flokesh, stomatitis, bllokimi i palcës së kockës dhe hepatotoksicitet. Asnjë rast malinjance nuk është raportuar (4). Një analizë gjaku komplet dhe provat e funksionit hepatic duhet të merren cdo 2-3 muaj. Agjentë të ndryshëm modifikues të sëmundjes gjenden në përdorim në pacientët me sëmundje aktive të qëndrueshme ose për ata që nuk tolerojnë metotreksatin. Leflunomidi është një antipirimidinë që ka treguar të jetë po aq e efektshme sa metotreksati. Efektet anësore të tij janë: diarre dhe alopeci. Mjekimet që frenojnë faktorin e nekrozës tumorale (anti-TNF), një citokinë njihet që luan një rol të rëndësishëm në patogjenezën e JIA, përfshijnë etanerceptin, infliximabin dhe adalimumabin. Këta barna janë në përgjithësi plotësisht të efektshme në kontrollin e sëmundjes dhe parandalimin e dëmtimit

të kartilagos dhe të kockës. Megjithatë, efektet e tyre negative në përdorimin e zgjatur janë të panjohura, janë shumë të shtrenjta dhe kërkojnë administrim parenteral. Studime të vecanta treguan se etanercepti është me pak efikas në artritin sistemik. Nuk ka raporte për ndryshime pozitive radiologjike të tij tek fëmijet, megjithëse keto janë vene re tek të rriturit me artrit (4). Metotreksati, steroidët intraartikulare dhe barnat anti-TNF janë më pak efikase në artritin sistemik (4). Agjentët e rinj biologjikë, si anakirna, rituximabi dhe abatacepti kanë treguar disa përparësi paraprake në pacientët që nuk i përgjigjen trajtimeve të tjera. Infliksimabi mund të japë anafilaksi gjatë infuzionit, prandaj duhet bërë premedikimi me difehidramine (1,2,3,4).

#### C. Kortikosteroidet

Steroidët rezervohen për fëmijët me paraqitje të rëndë, fillimisht në pacientët me sëmundje sistemike. Injeksionet me steroidë lokalisht mund të ndihmojnë pacientët me artrit juvenil idiopatik. Triamcinolon hexacetonidi është një steroid me veprim të gjatë që përdoret për injeksione dhe shpesh përdoret për kontrollin e sëmundjes për disa muaj.

#### D. Uveitis

Mund të kërcënojë shikimin. Mundësia e zhvillimit të uveitit ndryshon në varesi të tipareve të përfshirjes së kyceve. Uveiti rrallë shihet në fëmijet me artrit sistemik poliartikular ndërsa forma pauciartikulare ka prevalencën më të lartë të uveitit, rreth 20%. Vajzat me formën pauciartikulare dhe me ANA pozitive kanë rrezikun më të lartë për të zhvilluar iridociklit kronik. Iridocikliti duhet të monitorohet në mënyrë të vecantë nga oftalmologu. Trajtimi tipik fillohet me kortikosteroidë me pika në sy dhe agjentë dilatues për të parandaluar sinekinë midis irisit dhe lensit. Në pacientët ku dështon trajtimi topik, metotreksati, ciklosporina dhe infliximabi mund të përdoren gjithashtu. Ka mundësi që etanercepti të japë efekt më të mirë kur kombinohet me doza të larta të metotreksatit, por akoma nuk ka fakte të qarta nëse përfitimi okular është i madh. Nuk u pa në këto studime efekt më i madh në krahasim me placebon (5).

#### E. Rehabilitimi

Fizioterapia përqendrohet në lëvizshmërinë, tërheqjen dhe fuqinë e muskujve. Këto ushtrime, ashtu sikurse modalitetet e tjera si nxehtësia, terapia në ujë, ultratingujt mund të ndihmojnë në kontrollin e dhimbjes, të mbajnë dhe të rikthejnë funksionin dhe të parandalojnë deformimin dhe paaftësinë. Sëmundja

oligoartikulare që prek ekstremitetin e poshtëm në mënyrë asimetrike mund të shkaktojë pabarazi në gjatësinë e këmbës, e cila mund të kërkojë trajtim me këpucë ortopedike me ngritje në këmbën normale. Ushtrimet aerobike për se paku 6 jave ( 3 here në jave) pëmiresojnë funksionin e muskujve densitetin e kockës dhe pakësojnë ngurtësimin. Gjithashtu janë të rekomandueshme masazhet me akull rreth artikulacioneve të inflamuruara (6).

#### **Proгноза**

Kursi dhe prognoza për AJI ndryshojnë, në varësi nga nëntipit i sëmundjes. Mbi të gjitha, prognoza është e mirë. 75–80% të pacientëve bëjnë rikthim pa paaftësi serioze. Në fëmijët me sëmundje të shtrirë oligoartikulare dhe poliartikulare, ku janë prekur më shumë artikulacione sëmundja mund të jete më e rëndë dhe e qëndrueshme. Pacientët me faktor reumatoid pozitiv janë me risk shumë të lartë për kronizim, në moshë madhore mund të zhvillohet artriti eroziv. Tiparet e lidhura me artritin sistematik shkojnë drejt remisimit për muaj ose për disa vite. Prognoza është e keqe në pacientët me sëmundje sistematike persistente për gjashtë muaj, trombocitozë dhe për më tepër në artritin e përhapur.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. **Lissauer** - Illustrated Textbook of Paediatrics 3e (2007).
2. Pediatrics Nelson Textbook of Pediatrics 17th ed.
3. Current Diagnosis and management Pediatrics nineteenth edition Mc-Graw Hill 2009.
4. JAMA, Vol.294, no.13, pp.1671-1684. American Medical association 2005.
5. **A Randomized**, placebo-controlled, double-masked clinical trial of etanercept for the treatment of uveitis associated with JIA. JANINE A, DARBY J. S. Arthritis care & research Vol.53, February 15, 2005, pp 18-23s.
6. Recommendations for the diagnosis and management of JIA. August 2009. The royal college of general practitioners.