

Јасмина Шкорић

Дом здравља "Др Симо Милошевић",
Служба за здравствену заштиту деце и омладине,
Београд, Србија

Системски облик јувенилног реуматоидног артритиса у примарној здравственој заштити

Кључне речи:

температура, артритис, оспа

Сажетак

Увод. Системски облик јувенилног реуматоидног артритиса је хронично, аутоимуно обољење које се јавља у најранијем узрасту, пре четврте године живота, у коме доминирају општи знаци и симптоми, као што су температура, малаксалост, слабост, бледоружичаста оспа, а артритис, најчешће симетричан полиартикуларног типа, јавља се тек у поодмаклој фази болести.

Приказ случаја. У раду је приказан случај оболелог трогодишњака код којег се јавила температура, оспа и увећане лимфне жлезде на врату, са изостанком знакова артритиса. Дијагностика је трајала шест месеци у току које је дете више пута фебрицирало са уредним лабораторијским параметрима и консултацијама од стране инфектолога, пулмолога, хематолога. Како специфичних параметара нема када је у питању ово обољење, крајња дијагноза је постављена на основу клиничке слике. У терапији су примењени глукокортикоиди, тако да је дете већ после седам дана било без температуре и субјективних симптома.

Увод

Јувенилни реуматоидни артритис постоји у више облика: системски, олигоартикуларни, полиартикуларни, артритис удружен са ентезитисом и псоријазни артритис. Симптоми се у сваком од ових ентитета јављају пре шеснаесте године живота. Етиологија болести је непозната, а претпоставља се да инфекција има значајно место у њеном настанку¹. Код једног броја болесника откривена су антитела на вирусе - Епштајн-Баров (*Epstein-Barr*) вирус, цитомегаловирус, вирус параинфлуенце, *parvo B19* вирус), као и на микоплазму пнеумоније, ентероколитичну јерсенију². Системски облик се поред артритиса карактерише и општим знацима болести, као што су температура, малаксалост, губитак апетита. Болест почиње нагло, високом температуром 39°C-40°C, обично у вечерњим сатима. Повишена температуре траје недељама чак и месецима. Друга значајна манифестација је појава макулопапулозне оспе локализоване на предњој страни трупа и екстремитета. Артритис се, по правилу,

јавља касније, три месеца од почетка болести, обично симетричан, полиартикуларан артритис. Такође, врло је значајно и то да се овај облик јувенилног артритиса јавља чешће код дечака узраста до четири године³. Полиартикуларни облик може бити у два облика као *RF* позитиван и *RF* негативан у зависности од присуства *RF* фактора, с тим што се артритис јавља у току првих шест месеци и захвата пет и више симетричних зглобова, а општи знаци потпуно изостају. Олигоартикуларни тип јувенилног артритиса карактерише појава артритиса највише четири зглоба, који је асиметричан и захвата велике зглобове колена и скочни зглоб. Артритис удружен са ентезитисом је олигоартритис који захвата велике зглобове на доњим екстремитетима, а коме се придружује и ентезитис који означава инфламацију ентеза - места припоја тетива за кост, најчешће у пределу стопала, иза и испред пете. Псоријазни артритис је артритис који се јавља у склопу клиничке слике псоријазе и веома је редак клинички ентитет^{4,5}.

Приказ случаја

Мушко дете рођено 2010. године у термину, из прве, уредне контролисане трудноће, ТМ 3.100 gr, ТД 51 cm, ОГ 35 cm, вакцинисан, породична анамнеза уредна, осим сестре од тетке која болује од системског лупуса еритематодеса. Дете у дом здравља доводи мајка која даје хетероанамнестичке податке: температура 39°C уз бледоружичасте макулозне промене. Како је физикални налаз учињен од стране изабраног лекара био уредан, урађене су рутинске лабораторијске анализе крви и урина. Резултати крви (гранулоцитоза, повишена *Se*) и оскудан налаз урина (протеинурија и пиурија) указивали су да се ради о уринарној инфекцији и прибегло се употреби антибиотика. Дете се потпуно опоравља, али кроз две недеље поново фебрицира са идентичном оспом. После поновљених лабораторијских и биохемијских анализа и консултације инфектолога, дете је хоспитализовано у Дечијој универзитетској клиници у Београду. У току хоспитализације потпуно клинички обрађено: *Le* 12x10⁹/л, *Se* 45 mm/први сат, *C*-реактивни протеин 19 mg/l, *Er* 4,34x10¹²/л, *Hgb* 115 g/l, гликемија 5,1 mmol/l, укупни билирубин 3,8 umol/l, директни билирубин 1,5 umol/l, аспартат аминотрансфераза (*AST*) 48 IU/l, аланин аминотрансфераза (*ALT*) 34 IU/l, креатининкиназа (*CK*) 34 U/l. Од вирусолошких анализа; *IgM At* на цитомегаловирус, херпес симплекс вирус, Епштајн–Бар вирус, аденовирус, *parvo* вирус *B19* и микоплазму пнеумоније негативна, а *IgG At* на цитомегаловирус, херпес симплекс, Епштајн–Бар и парво *B19* вирус 1/40, а на аденовирус 1/160. Брисеви носа, ждрела, уринокултура, копрокултура, столица на амебе, као и три хемокултуре узете у току фебрилности остали су стерилни.

Од имунолошких анализа: латекс реума фактор (*lateks-RF*), антинуклеусна антитела (АНА) негативна, серологија на јерсинију ентероколитичку негативна.

Радиографским прегледом плућа нису нађене патолошке промене, а костофренични синуси су остали слободни. Коштане структуре такође без промена.

Ултразвучни преглед срца: срчана сенка нормалне величине, без знакова перикардитиса.

Ултразвучним прегледом абдомена нађена је спленомегалија (слезина промера 120x80x40 mm), док је налаз на јетри и панкреасу био уредан.

Ултразвучним прегледом меких ткива врата нађено обострано увећање лимфних чворова у ланцу преко 15 mm пре и испред стерноклеидомастоидеуса, сви интензивно васкуларизовани без знакова коликвације.

Дечак афебрилан, отпушта се кући са закључком да се ради о бактеријској инфекцији нејасног фокуса у санацији са предлогом за терапију *cephalosporin* треће генерације и антихистаминик.

Након три месеца дете је други пут хоспитализовано због честих фебрилних епизода нејасног узрока. Поново учињена лабораторијска, бактериолошка, радиолошка и ултразвучна испитивања, која су дала исте резултате као и у претходној хоспитализацији. На основу клиничке слике закључено је да се ради о системском облику јуvenilног реуматоидног обољења. У терапију је укључен глукокортикоид (преднизон 20 mg свако друго јутро) уз инхибитор протонске пумпе (*esomeprasol* 40 mg по 1/2). На примењену терапију дошло је до повлачења знакова и симптома обољења.

Дискусија

Приказано дете је од почетка болести имало јасне симптоме који би потврдили дијагнозу на коју се доста дуго чекало⁶. Фебрилно стање нејасног узрока према прихваћеној дефиницији означава вишестрано појављивање телесне температуре изнад 38,3°C у току три недеље, чије порекло остаје неразјашњено после три посете амбулантном лекару, односно три дана болничког испитивања, уз спровођење уобичајених терапијских поступака⁷. Иако су чешћи узроци инфекције различитих органа, од значаја су и болести неинфективне природе: малигни тумори, лимфоми, системске болести⁸. Време које прође од појаве првих симптома па до њеног дијагностиковања је пресудно за спречавање појаве компликација, као што су појава синовијалног пануса као последица задебљања синовијалне мембране који оштећује хрскавицу и кост, и појава деформитета зглоба као последица анталгичног положаја који доводи до атрофије, истезања и скраћења мишића^{9,10}. Због релативно дугог периода од појаве првих симптома па до дијагностиковања, у овом случају једини лек избора је глукокортикоид за који се сматра да ће спречити деструктивне промене на зглобовима и дете увести у што дужу ремисију^{11,12}.

Закључак

Системски облик реуматидног артритиса је заиста редак облик артритиса код деце, свега 10% од укупног броја оболеле деце има системски облик. У диференцијалној дијагнози (реактивни артритиси - претходна инфекција дигестивног, урогениталног тракта, реуматска грозница, постстрептококни реуматски артритис, Лајмска болест) нејасних фебрилних стања, треба рачунати и на ову болест. Рано препознавање је изузетно значајно а некад и пресудно у превенцији компликација које често прате ову болест. Клиничка слика са фебрилним стањима,

уз појаву макулозне оспе и лимфаденопатије треба да упути на размишљање о системском облику јуvenilног реуматидног артритиса, поготово када је дете узраста до четири године, јер се управо системски артритис једино јавља код деце тог узраста. Врло често је лекар у примарној здравственој заштити ограничен по питању одговарајућих дијагностичких процедура, али анамнестички подаци и клиничка слика могу значајно допринети у постављању радне дијагнозе која ће, свакако, убрзати постављање коначне дијагнозе и примену адекватног терапијског третмана. На тај начин постиже се многострука корист и за пацијента, његову породицу и читаво друштво.

Jasmina Škorić

Health Center "Dr Simo Milosevic", Children's and Youth
Healthcare Department, Belgrade, Serbia

Systemic-onset juvenile rheumatoid arthritis at primary health care: Case report

Key words:

fever, arthritis, rash

Abstract

Introduction: Systemic-onset juvenile rheumatoid arthritis is a chronic, autoimmune disease that occurs at an early age, i.e., during the first four years of life. Symptoms may include: fever, malaise, weakness, faint salmon-colored skin rash, whereas the symmetrical polyarticular arthritis occurs in the advanced phases of the disease.

Case report: This paper presents a case of three year-old patient with fever, rash, and swollen lymph nodes in the neck, but without signs of arthritis. During six months of the diagnostic period child repeatedly had fever, but laboratory values were normal, and consultations with infectious disease specialist, pulmonologist and hematologist did not reveal anything useful. As there are no specific parameters when it comes to this disease, final diagnosis was based on the clinical features. After only seven days of therapy that included administration of glucocorticoids, fever and subjective symptoms were no longer reported.

Literatura References

1. Hahn YS, Kim JG. *Pathogenesis and clinical manifestations of juvenile rheumatoid arthritis*. Korean J Pediatr. 2010 Nov;53(11):921-30.
2. Bateman HE, Kirou KA, Paget SA, Crow MK, Jee AM. *Remission of juvenile rheumatoid arthritis after infection with parvovirus B19*. J Rheumatol. 1999 Nov;26(11):2482-4.
3. Naz S, Mushtaq A, Rehman S, Bari A, Khan MZ, Ahmad TM. *Juvenile arthritis*. J Coll Physicians Surg Pak. 2013 Jun;23(6):409-12.
4. Vinje O, Flato B, Forre O. *Classification of idiopathic juvenile arthritis*. Tidsskr Nor Laegeforen. 2000 Feb 10;120(4):459-65.
5. Haber L, Womack E, Zimmerman C, Hughes J. *Clinical manifestations and treatment of the pediatric rheumatoid patient*. Clin Pediatr Med Surg. 2010 Apr;27(2):219-3.
6. Schneider R, Passo MH. *Juvenile rheumatoid arthritis*. Rheum Dis Clin North Am. 2002;28(3):503-30.
7. Павловић М. *Фебрилно стање нејасног узрока*. У: Инфективне болести. Медицински факултет Универзитета у Београду, 2004;391-7.
8. Cunha BA, Hagel JE, Nouri J. *Recurrent fever of unknown origin (FOU): aseptic meningitis, hepatosplenomegaly, pericarditis and a double quotidian fever due to juvenile rheumatoid arthritis (JRA)*. Heart Lung. 2012 Mar-Apr;41(2):177-80.
9. Harper RP, Brown CM, Triplett MM, Villaseñor A, Gatchel RJ. *Masticatory function in patients with juvenile rheumatoid arthritis*. Pediatr Dent. 2000 May-Jun;22(3):200-6.
10. Arend WP. *The innate immune system in rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum. 2001 Oct;44(10):2224-34.
11. Chikanza IC. *Juvenile rheumatoid arthritis: therapeutic perspectives*. Paediatr Drugs. 2002;4(5):335-48.
12. Noll RB, Kozlowski K, Gerhardt C, Vannatta K, Taylor J, Passo M. *Social, emotional and behavioral functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum. 2000 Jun;43(6):1387-96.

Primljen • Received: 15/11/2014
Ispravljen • Corrected: 21/01/2015
Prihvaćen • Accepted: 10/02/2015