

Јувенилен анкилозирачки спондилит

1. Асс. д-р Марија Димитровска-Иванова

2. Асс. Тоше Крстев

Вовед

Јувенилниот анкилозирачки спондилит е артритис кој припаѓа во групата на спондилоартропатии. Се карактеризира со воспаление на лумбосакралниот дел од рбетниот столб, сакроилијачните зглобови како и рана појава на ентезит. Ова заболување доведува до ерозија на сакроилијачните зглобови како и формирање на коскени мостови помеѓу пршлените на рбетниот столб. Релативно често се зафатени стерноклавикуларниот зглоб, зглобот меѓу manubrium sterni i corpus sterni како и стернокосталните зглобови.

Етиологија

ЈАС има мултифакториелна етиологија во која се вклучени генетските фактори и факторите од околината. Над 90% од децата со ЈАС се носители на HLA – В 27 антигенот. Болеста три пати почесто се јавува кај машките деца во однос на женските деца со пик на инциденцата помеѓу 10 – 15 година од животот.

Во групата на спондилоартропатии покрај ЈАС припаѓаат и други ревматски заболувања како што се јувенилниот псоријатичен артрит, Реитеров синдром, ентеропатски артрит во склоп на Улцеративен колит и Кронова болест. Сите овие заболувања имаат слични карактеристики:

- воспаление на рбетниот столб и сакроилијачните зглобови
- позитивна фамилијарна анамнеза за ЈАС или некоја од другите болести кои спаѓаат во групата на спондилоартропатии
- појава на слични вон зглобни промени
- отсуство на RF и ANA

Клиничка слика

Болеста се карактеризира со егзацерабации и ремисии. Најчесто со појава на следните симптоми

- болка во грбот која се потенцира во вечерните часови при одмор
- утринска вкочанетост
- детето најчесто се свиткува према напред за да ја ублажи болката во грбот
- неможност длабоко да вдиши во колку се зафатени зглобовите помеѓу ребрата и рбетниот столб
- намален апетит, пад во телесна тежина, замор
- треска
- анемија

- рана појава на ентезит (болка на местото на припојот на ахиловата тетива, плантарната фасција и *tuberositas ossis ischii*)
- појава на болка во сакроилијачниот зглоб при притисок на истиот како и при нагла екстензија на зглобот на колкот
- при флексија лумбалниот дел од 'рбетниот столб е зарамнет (испеглан)
- појава на спонатана болка во задникот, натколениците и петите
- честа појава на рецидивантен акутен иритис со појава на болка, фотофобија и црвенило
- ретко, но можна е појава на аортна инсуфициенција при подолго траење на болеста како и појава на секундарна амилоидоза

Дијагноза

Покрај анамнезата и физикалниот преглед со посебен осврт на локомоторниот статус, во дијагнозата на ЈАС се користат следните процедури:

- Ртг на сакроилијачниот зглоб покажува стеснување на истиот со присутни ерозивни промени на зглобните површини посебно нагласени на дисталниот дел од зглобот
- Реактанти на акутна фаза- забрзана седиментација (100-120 мм/час), CRP покачено, умерена нормохромна нормоцитна анемија. Бројот на леукоцити како и диференцијалната леукоцитарна формула се во граници на нормала. Покачени се IgG , IgM.
- RF и ANA се негативни
- Над 90 % од децата се позитивни за HLA B 27 антиген

Диференцијална дијагноза

Почетокот на ЈАС може да наликува на олигоартикуларен почеток на ЈРА. Доколку за прв пат болката се јави во 'рбетот се помислува на траума или на остеомиелит на пршленското тело. Ако болката првпат се јави во колкот што е доста често се помислува на транзиторен синовит, епифизолиза или аспетична некроза на глава на фемур или протрузија на ацетабулум.

Третман

Целта на третманот е да се намали болката и вкочанетоста, да се спречи или одложи настанување на деформитети и да му се овозможи на детето нормален и активен начин на живот што е можно повеќе.

Третманот на ЈАС вклучува

- Нетсероидни антиинфламаторни лекови – да се намали воспалението и болката
- Во потешки случаи може да се ординираат кортикостероиди, метотрексат или сулфасалазин

- Во случаите резистентни на горенаведената терапија се применува биолошка терапија со блокатор на TNF α (Etanercept) или со инхибитор на функцијата на Т лимфоцитите (Abatacept)

- **Физикална терапија:**

Како и кај сите хронични заболувања, кои ги засегаат децата, ЈАС најдобро се третира од мултидисциплинарен тим. Грижата може да стане предизвик за време на адолесцентниот период кога усогласеноста може да стане проблем. Овде се јавува потребата за примена на транзициска програма за грижа и рехабилитација која е демонстрирана од Shaw et al. Основата на третманот за овие пациенти, произлегува од стручните упатства и медицината базирана на докази. Стручните упатства доаѓаат од изданијата на Меѓународната работна група за проценка на Анкилозирачки спондилит. Овие упатства се однесуваат на дефинирана дијагноза на анкилозирачки спондилит, но без дополнување за педијатриската популација. Во отсуство на консензус за оваа популација на пациенти, упатствата дадени од оваа работна група ја насочуваат медикаментозната терапија кон употреба на: нестероидни антиинфламаторни средства, кортикостероиди, сулфасалазин или метотрексат. Во некои случаи може да се применат и биолошки средства кои се дозволени за детската возраст (антагонисти на тумор некротисис фактор – анти TNF- α). Физикалната терапија и кинезитерапијата се насочени кон зачувување на подвижноста на рбетниот столб, обучување на болното дете и родителите, како и определување на адекватен моторен режим. Од физиотерапијата примена наоѓаат скоро сите природни и преформирани физикални фактори со единствена цел, забавување на развојот на патолошките процеси и одржување на трофиката и нормалната функција на засегнатите ткива. Посебно значајна улога од функционална гледна точка наоѓа кинезитерапијата. Со употреба на вежби и упатства се цели стимулирање на правилната функција на локомоторниот апарат, правилно држење на телото. Програмите по кинезитерапија се составуваат и дозираат индивидуално во согласност со целите, задачите и можностите за секој пациент. Најчесто се вклучува респираторна гимнастика за раширување на белите дробови и вежби за истегнување, со цел подобрување на подвижноста на градниот кош и рбетот. Бидејќи анкилозирањето на рбетот ја зголемува кифозата, потребно е постојано да се внимава на држењето на телото како и честото истегнување на грбот во насока на екстензија како и спиење на цврст душек без употреба на перница. Како дополнителна активност се препорачува пливањето и други форми на спорт и рекреација но главно во аеробен режим.

Прогноза

Доцното засегање на рбетниот столб кај поголем дел од децата при своєвременно поставена дијагноза и рано започнато лекување дозволува превенција на компликациите. Кај децата со рано засегање на аксијалниот скелет и агресивно протекување на болеста, прогнозата е полоша.

1. TIMOTHY BEUKELMAN,¹ NIVEDITA M. PATKAR,¹ KENNETH G. SAAG,¹ SUE TOLLESON-RINEHART,² RANDY Q. CRON,¹ ESI MORGAN DEWITT,³ NORMAN T. ILOWITE,⁴ YUKIKO KIMURA,⁵ RONALD M. LAXER,⁶ DANIEL J. LOVELL,³ ALBERTO MARTINI,⁷ C. EGLA RABINOVICH,⁸ AND NICOLINO RUPERTO⁷ 2011 American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Initiation and Safety Monitoring of Therapeutic Agents for the Treatment of Arthritis and Systemic Features
2. Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE. British Society of Pediatric and Adolescent Rheumatology. Growing up and moving on in rheumatology: a multicenter cohort of adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44:806-812.
3. Zochling J, van der Heijde D, Braun J, *et al.* ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:442-452. This is the most recent consensus statement based on evidence and expert guidelines for the management of ankylosing spondylitis in adult patients. There is no current statement for pediatric patients.
4. Braun J, Davis J, Dougados M, *et al.*, For the ASAS working group. First update of the international ASAS consensus statement for the use of anti-TNF agents in patients with Ankylosing Spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:316-320.
5. *Tse SM, Burgos-Vargas R, Laxer RM. Anti-tumor necrosis factor- α blockade in the treatment of juvenile spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum* 2005; 52:2103-2108. This was one of the few studies in the literature assessing the efficacy of anti TNF- α blockade for the treatment of juvenile-onset spondyloarthritis. This was an open-label pilot cohort study.
6. Cassidy, Jet R. Petty. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. W.B.Saunders Company, 2001. Petty RE, Southwood TR *et al.* International League of Associations Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis & second revision, Edmonton, 2001, 25 & 1869-70 . Flatoq B. *et al.* Long term outcome and prognostic in enthesitis-related arthritis & acase-control study. *Arthritis Rheum.*, 54, 2006, №11.
7. Burgos-Vargas R., Petty R E, Juvenile ankylosing spondylitis. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* - 1992. - Vol.18., N1.-p. 123-142
8. Burgos-Vargas, R Juvenile onset spondyloarthropathies & therapeutic aspects – *Annals Rheumatic. Dis*, 111, 2002.

