

SËMUNDJET REUMATIZMALE TEK ADOLESHENTËT



Rina Shabi

Doktor i Mjekësisë

Hyrje për sëmundjet reumatizmale

Një nga sëmundjet më të hershme që njihet është sëmundja reumatizmale. Për shkak të paraqitjeve klinike heterogjene dhe etiologjive të paqarta, sëmundjet reumatike mund të jenë të vështira për t'u klasifikuar. (1) Dy sëmundjet reumatizmale më të përhapura, osteoartriti (OA) dhe artriti reumatoid (RA), janë përgjegjëse për një pjesë të konsiderueshme të paaftësisë në mbarë botën. Këto sëmundje kanë një ndikim të rëndësishëm negativ ekonomik dhe social. Ato kanë një efekt negativ në cilësinë e jetës së njerëzve, produktivitetin dhe kostot e kujdesit shëndetësor, gjë që prek si individët ashtu edhe shoqërinë. (1)

Sëmundjet më të shpeshta reumatizmale janë: osteoartriti, artriti reumatik, artriti reaktiv, artriti idiopatik juvenil, dhimbja kronike muskuloskeletore idiopatike dhe sëmundjet e indit lidhor.

Sëmundjet reumatizmale tek adoleshentët

Artriti idiopatik juvenil

Sipas kriterëve të Lidhjes Ndërkombëtare të Shoqatave për Reumatologji, artriti idiopatik juvenil (JIA) është gjendja më e përhapur reumatologjike pediatrike. JIA klasifikohet si artriti oligoartikular, poliartikular, sistemik, psoriatik, i lidhur me entezitin dhe i pa diferencuar në varësi të numrit të kyçeve të prekura, ekzistencës së shenjave ekstra-artikulare, simptomave sistemike, serologjisë dhe variablave trashëgimore. (2)

Termi "artriti idiopatik juvenil" (JIA) i referohet të gjitha llojeve të artritit infantil të vazhdueshëm që prek jo vetëm nyjat, por edhe strukturat ekstra-artikulare si sytë, lëkurën dhe organet e brendshme dhe mund të jenë edhe vdekjeprurëse. Karakterizohet si prania e artritit të padiagnostikuar që fillon para moshës 16 vjeç dhe zgjat të paktën gjashtë javë. (2)

Numri i kyçeve të prekura, prania e simptomave sistemike dhe zbulimi i faktorit reumatoid (RF) janë kriteret e përdorura nga Lidhja Ndërkombëtare e Shoqatave për Reumatologjinë (ILAR) për të kategorizuar nëntipat e sëmundjeve inflamatore autoimune. Secila nga nën-format e JIA, të cilat ndryshojnë në cenusmërinë gjenetike dhe ashpërsinë e artritit, përfshin artritin oligoartikular (të përhershëm ose të zgjatur), poliartikular (RF-negativ ose RF-pozitiv), sistemik (SJIA), psoriatik dhe artriti të lidhur me entezitin. (2)

Ajo që përcakton specifikën fenotipike dhe organike të një sëmundjeje është një nga problemet më interesante në studimin e çrregullimeve autoimune njerëzore. (3) Uveiti, për shembull, është i lidhur me faktorë të caktuar reziku në artritin idiopatik juvenil, si moshë në fillimin e sëmundjes, gjinia, prania e auto-antitropave ANA

dhe nëntipi i sëmundjes. (3) Fëmijët nën moshën 16 vjeç që kanë artriti kronik për të paktën gjashtë javë pa një etiologji të njohur thuhet se kanë artriti idiopatik juvenil. (4) Klasifikimi i artritit juvenil bazohet në tiparet klinike dhe laboratorike, të cilat kanë ndikim në zgjedhjet dhe parashikimet e trajtimit të prognozës së sëmundjes dhe progresit të pritur. Edhe pse të gjitha nëntipat e artritit idiopatik te të miturit mund të manifestohen në adoleshencë, sistemi i kategorizimit të Ligës Ndërkombëtare Kundër Reumatizmit (ILAR) njihet më shpesh. Disa janë më të rëndësishme për adoleshentët se të tjerët. (5)

Vajzat midis moshës 9 dhe 11 vjeç kanë më shumë gjasa të zhvillojnë artriti poliartikular me pozitivitet të faktorit reumatoid, i cili përbën 2-7% të rasteve të artritit idiopatik juvenil. 8 Ngjashëm me artritin reumatoid të fillimit të të rriturve, ai shpesh manifestohet si përfshirje simetrike e nyjave të vogla dhe të mëdha. (6) Për të parandaluar deformimin dhe handikapun e rëndë, ky lloj artriti juvenil kërkon terapi agresive, e cila mund të përfshijë kalimin në barna biologjike. Ky grup ka më pak gjasa të kalojë pa trajtim, duke kërkuar terapi afatgjatë imunomoduluese që zgjat nga rinia në moshën madhore. (7)

Njëzet deri në njëzet e pesë për qind e të gjitha rasteve të artritit idiopatik juvenil janë poliartikular, negativ me faktorin reumatoid dhe manifestohen shumë gjatë adoleshencës. 10 Më pak kyçe preken shpesh dhe modeli është më asimetrik, krahasuar me njerëzit me poliartitit me faktor reumatoid pozitiv. Deri në moshën 16 vjeç, deri në 25% e këtyre fëmijëve mund të jenë në remision; megjithatë, shumica e pacientëve kanë nevojë për terapi sistemike dhe mund të vazhdojnë të përjetojnë simptoma të sëmundjes deri në moshën madhore. (8)

Ndryshe nga llojet e tjera të artritit idiopatik juvenil, artriti i mitur i lidhur me entezitin (ERA) diagnostikohet më shpesh tek djemtë adoleshentë ndërmjet moshës 10 dhe 13 vjeç dhe është i lidhur me HLA-B27 pozitiv. (9) Mund të ketë një histori të spondilitit ankiloz në familje. Gjendja mund të prekë shtyllën kurriore dhe nyjat sakroiliake dhe zakonisht prek gjymtyrët e poshtme. Enteziti, i cili është dhimbje në pikat ku ligamentet, tendinët ose kapsula kyçe ngjiten me kockën, është i shpeshtë dhe kërkon ekzaminim të kujdesshëm, veçanërisht nëse më parë ka pasur shqetësime në thembër ose në këmbë. Metoda e përdorur për të menaxhuar ERA është e dallueshme. Ilaçet anti-inflamatore josteroidale (NSAIDs) dhe ortotikët mund të përdoren për të trajtuar entezitin dhe individët me përfshirje aksiale shpesh kanë nevojë për terapi biologjike. Gjendja ERA, e cila mund të përparojë në spondilitin ankilozant, është pjesë e një spektri që prek të rriturit. (10) Nuk ka asnjë provë që terapitë aktuale për ERA të ndikojnë në zhvillimin e ankilozave. (6)

Korrespondenca:
rina159@hotmail.com

SËMUNDJET REUMATIZMALE TEK ADOLESHENTËT



Verona Pestisha

Doktor i Mjekësisë,
Qendra Kryesore e
Mjekësisë Familjare,
Podujevë

Korrespondenca:
veronapestisha97@gmail.com

Forma më e përhapur e uveitit e gjetur tek fëmijët më të vegjël me oligoartrit është asimptomatike dhe zakonisht bilaterale. ERA mund të lidhet me uveitin akut, i cili mund të shfaqet si një sy eritematoz me kruarje të njëanshme. (11)

Artriti reaktiv

Megjithëse nuk është një lloj artriti idiopatik i mitur, artriti reaktiv mund të zhvillohet në adoleshencë dhe, si ERA, lidhet me HLA-B27 pozitiv. Jo të gjitha rastet përfshijnë treshen tradicionale të uretritit, konjunktivitit dhe artritit. Kur adoleshentët vijnë me artrit dhe simptoma përkatëse, duhet të merren parasysh infeksionet enterike ose gjenitourinare, të tilla si infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST; për shembull, klamidia). (12) Edhe pse modeli i artritit ndryshon, zakonisht përshkruhen dhimbje dhe eritema të konsiderueshme dhe zakonisht prek gjymtyrët e poshtme. Artriti reaktiv zakonisht vetëkufizohet dhe kërkon vetëm trajtim NSAID, duke e bërë të vështirë dallimin e tij nga artriti idiopatik i mitur.

Çrregullimet sistemike të indit lidhor

Cilido prej çrregullimeve sistemike të indit lidhor që shihen tek moshat adulte, mund të paraqiten gjithashtu në moshat e reja. Grupmosha peripubertale dhe adoleshente janë specifkisht më të predispozuar; për shembull 20% e pacientëve me lupus eritematoz sistematik prezantohen para moshës 18 vjeçare. Skleroderma, dermatomioziti juvenil dhe disa forma të vaskulitit, përfshirë granulomatozën me poliangit dhe arteritin takayasu mund të prezantohen gjithashtu në adoleshencë. [13] Lupusi eritematoz sistematik i paraqitur në moshë më të reja është një sëmundje autoimmune që do të zgjas gjatë tërë jetës, e që mund të jetë e vështirë të diagnostikohet për shkak të përfshirjes multisistemike dhe shumëllojshmërisë së manifestimeve klinike. Ndjek një ecuri më agresive të sëmundjes se lupusi eritematoz sistematik i shfaqur në moshë adulte, me prezantim më aktiv të sëmundjes me kalimin e kohës, dhe rrjedhimisht kjo sjell një morbiditet dhe mortalitet më të lartë tek moshë adoleshente me diagnozë të lupusit në krahasim me moshat adulte. [14] Dermatomioziti juvenil është një sëmundje e rrallë, shpesh kronike autoimmune, e cila shfaqet gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës. Karakterizohet nga dobësi në muskujt proksimal dhe skuqje patognomonike të lëkurës. Megjithëse etiologjia mbetet e paqartë, është propozuar që dermatomioziti juvenil shkaktohet nga një vaskulopati brenda indit muskolor dhe sisteme të shumëfishta të organeve të individëve gjenetikisht të ndjeshëm, ndoshta në përgjigje të shkaktarëve mjedisorë. Qëllimet e trajtimit përfshijnë kontrollin e miozitetit inflamator themelor dhe parandalimin dhe/ose trajtimin e komplikimeve (p.sh. kontraktimet dhe kalcinozën). [15]

Sëmundjet reumatike joinflamatore

Problemet muskuloskeletale joinflamatore janë një arsye e zakonshme për referim në adoleshencë. Në ata pacientë që prezantohen me dhimbje shpine, problemet posturale dhe hipermobiliteti janë shkaktarët më kryesor. Osteokondriti Scheurman mund të shkaktojë kifoze toracike. "Dhimbjet e rritjes" janë të shpeshta dhe ndodhin në përafërsisht 10-20% të adoleshentëve. Lëndimet e sportit janë gjithashtu më të shpeshta në adoleshencë. Pastaj kondromalacia patelles afekton më shumë vajzat dhe është një çrregullim i keqpërputhjes së aparatit patellofemoral. Sëmundja Osgood-Schlatter është më e zakonshme te djemtë dhe është për shkak të osteokondritit të tuberozitetit tibal. [16] Fibromialgjia juvenile është një gjendje kronike, dobësuese, joinflamatore me dhimbje muskuloskeletale që në mënyrë tipike diagnostikohet në adoleshencë. Karakterizohet me një dhimbje me shpërndarje difuze, vështirësi gjumi, lodhje e simptoma tjera. Kjo gjendje shpesh përfshin dëme në funksionet fizike, sociale dhe emocionale. Momentalisht, nuk ka teste specifike diagnostike apo marker të sëmundjes për të. Diagnoza bazohet në raportimin subjektiv të dhimbjes nga pacienti, pas përjashtimit të ekzistimit të ndonjë sëmundjeje inflamatore reumatizmale apo gjendjeje tjera mjekësore ekzistuese. [17]

Ekzaminimi dhe metodat hulumtuese te pacienti adoleshent me sëmundje reumatizmale

Të gjitha nyjat duhet të kontrollohen për ënjtje, ndjeshmëri dhe limitim të lëvizshmërisë. Përcaktimi se shenjat a janë të një apo më shumë nyjave, të mëdha ose të vogla, simetrike apo asimetrike, të gjitha këto ndihmojnë në përcaktimin e diagnozës. Ecja duhet të vlerësohet në një zonë ku ka hapësirë të mjaftueshme për të ecur me hapa të qetë për disa metra. Ekzaminimi fizik përfshin kërkimin e shenjave ekstra-artikulare të tilla si parametrat e rritjes, tiparet e lëkurës dhe thonjve, skuqjet, ndryshimet e mukozës orale, organomegalinë dhe forcën e muskujve.

Interpretimi i metodave hulumtuese të adoleshentëve me ankesa muskuloskeletale mund të jetë konfuzen. Modalitetet imazherike si radiografia e thjeshtë, ultrasonografia, tomografia e kompjuterizuar, rezonanca magnetike dhe mjekësia nukleare mund të luajnë një rol të rëndësishëm në diagnozën dhe menaxhimin; sidoqoftë një selektim dhe interpretim i kujdesshëm është i nevojshëm. [18]

Konkluzion

Sëmundjet reumatike në adoleshencë mund të paraqesin një vazhdimësi të një sëmundje kronike me fillim në fëmijëri, ose mund të prezantojnë një diagnozë të re të një sëmundje autoimmune, vaskulitit, sëmundje të indit lidhor apo çrregullim kronik të dhimbjes. Për të përmirësuar rezultatet për moshë të reja me sëmundje

reumatizmale, duhet të kemi parasysh marrjen në konsideratë të çështjeve specifike të menaxhimit të sëmundjes, krahas ndikimit funksional të sëmundjes në aktivitetet, punë, shkollë dhe marrëdhënie sociale.

Tabela 1. Karakteristikat epidemiologjike të kategorisë ILAR për JIA

Karakteristikat epidemiologjike të kategorisë ILAR për JIA			
Sistemik Moshë	Shpeshësia	Gjinia	Çdo moshë
Oligoartriti Fëmijëria e hershme	30-60%	F>>>M	(2-4 vjet)
Poliartriti RF negative Shpërndarje bifazike	20-25%	F>>M	(2-4 vjet dhe 6-12 vjet)
Poliartriti RF pozitiv Adolehencë	2-5%	F>>M	
Enteziti I lidhur Adolehencë me artritin	10-15%	M>>F	
Psoriatik Shpërndarje bifazike dhe 9-11 vjet)	5-10%	F>M	(2-4 vjet)
I padiferencuar	10-20%		

Tabela 2. Karakteristikat klinike për sëmundjet e indit lidhor dhe vaskulite që paraqiten në adolehencë

Sëmundjet e indit lidhor dhe vaskulite që prezantohen në adolehencë	Lupusi eritematoz sistemik	Dermatomioziti Juvenil	Granulomatoza me poliangit	Arteriti Takayasu
Epidemiologjia	Moshë mesatare – 12 vjeçare M>F	Moshë e shfaqjes 5-14 vjeçare F>M	Moshë mesatare 15 vjeçare F>M	Kryesisht në adolehencë F>M
Karakteristikat Klinike	Konstitucion Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi Lekurore Skuqje malare, fotosensitivitet, ulcera në gojë, rënie e flokëve Muskuloskeletale Artrit, mioziti	Konstitucion Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi Muskuloskeletale Artrit, mioziti, ndjeshmëri e muskujve Lekurore Papulat dhe pllakat Gottron, skuqje helitrope, fotosensitivitet	Konstitucion Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi Respiratore (siper) Simptoma nazale, sinusit, epistax Respiratore (poshtë) Hemoptize, noduj pulmonal, funksion abnormal i veshkave Renale Glomerulonefrit, shenja Gower pozitive	Konstitucion Temperaturë, lodhje, humbje peshës, anorexi Sistemi nervor qendror Dhimbje koke, konvulsionet, sinkopë Kardiake Dhimbje gjoksi, palpacione, mungesë e pulsit në kycet e dorës Renale Hipertension
	Renale Hipertension, glomerulonefrit Neurologjike Konvulsione, psikozë e deficit kognitiv, aksident cerebrovaskular Pulmonare Pleurit Kardiake Perikardit, efüzion, dhimbje gjoksi Gastrointestinale Ascit, dhimbje abdominale Okulare Eksudat, retinopati Retikuloendoteliale Limfadenopati, Hepatosplenomegali Vaskulare Sindromi Raynaud	Neurologjike Dobësi proximale, shenja Gower pozitive Gastrointestinal Disfunksion në gjëlltitje Pulmonare Sëmundje intersteciale e mushkërive	Renale Hipertension Muskuloskeletale Artrit, artralgi, mioalgji	

Referencat:

- 1) Sangha O, *Rheumatology*, Volume 39, Issue suppl2, December 2000.
- 2) Zariçpova, L.N., Midgley, A., Christmas, S.E. et al. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol* 19, 135, 2021.
- 3) Berent Prakken, Salvatore Albani, Alberto Martini, Juvenile idiopathic arthritis, *The Lancet*, Volume 377, Issue 9783, 2011.
- 4) Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007 Mar 3;369(9563):767-778. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60363-8. PMID: 17336654.
- 5) Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, He X, Maldonado-Cocco J, Orozco-Alcala J, Prieur AM, Suarez-Almazor ME, Woo P; International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol*. 2004 Feb;31(2):390-2. PMID: 14760812.
- 6) Petty RE, Laxer RM, Lindsley C, Wedderburn LR. *Textbook of pediatric rheumatology*. 7th edn. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016; p. 188-204.
- 7) Ringold S, Seidel KD, Koepsell TD, Wallace CA. Inactive disease in polyarticular juvenile idiopathic arthritis: current patterns and associations. *Rheumatology (Oxford)*. 2009 Aug;48(8):972-7. doi: 10.1093/rheumatology/kep144. Epub 2009 Jun 17. PMID: 19535609.
- 8) Greenwald AG, Zakerzadeh A, Laxer RM, Schneider R, Cameron B, Feldman B, Spiegel L, Tse SM, Silverman ED. Later-onset rheumatoid factor negative polyarticular juvenile idiopathic arthritis (JIA): a unique patient group? *Clin Exp Rheumatol*. 2013 Jul-Aug;31(4):645-52. Epub 2013 Apr 22. PMID: 23622111.
- 9) Gowdie PJ, Tse SM. Juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Clin North Am*. 2012 Apr;59(2):301-27. doi: 10.1016/j.pcl.2012.03.014. PMID: 22560572.
- 10) Smith JA, Märker-Hermann E, Colbert RA. Pathogenesis of ankylosing spondylitis: current concepts. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006 Jun;20(3):571-91. doi: 10.1016/j.berh.2006.03.001. PMID: 1677583.
- 11) Monnet D, Breban M, Hudry C, Dougados M, Brézin AP. Ophthalmic findings and frequency of extraocular manifestations in patients with HLA-B27 uveitis: a study of 175 cases. *Ophthalmology*. 2004 Apr;111(4):802-