

Pekka Lahdenne

Lasten idiopaattinen artriitti (lastenreuma)

Keskeistä

- Oireiden alku on useimmiten hiipivä. Lapsi valittaa harvoin kipua.
- Systemaattinen nivelstatus on hyvä tehdä aina niveltulehduksista epäiltäessä.
- Tarkempi diagnostiikka ja pitkäaikaiset hoitopäätökset tehdään aina erikoistason hoitopaikassa.

Määritelmä ja epidemiologia

- Aiemmin lastenreumaksi kutsutun taudin virallinen nimi on nykyisin juveniili idiopaattinen artriitti.
- Yli 6 viikkoa kestävää niveltulehduksista pidetään juveniilina idiopaattisena artriittina, kun muut niveltulehduksen syyt on riittävän varmasti poissuljettu.
- Taudin ilmaantuvuus on 15–19/100 000/v ja esiintyvyyden 1/1 000.

Oireet ja löydökset

- Aamujäykkyys tai ontuminen ovat yleensä ensimmäiset oireet.
- Lapsi valittaa harvoin kipua (ontuminen lievittää nilkan tai polven kivuntunnetta).
- Nilkka, polvi ja lonkka ovat useimmiten tulehtuvat nivelet, joissa löydöksiä yleensä turvotus ja/tai liikerajoitus ja -arkuus.
- Yläraajojen artriitissa oireena on usein käden muuttunut

- käyttötapa tai vanhempien huomaama turvonnut sormi.
- Pitkittynyt niskakipu tai kiero kaula voi johtua kaularangasta alkavasta lastenreumasta.
- Usein löydökset saa esiin ai-noastaan tutkimalla nivelet systemaattisesti.
- Yleisoireisessa lastenreumassa (Stillin taudissa) voivat sahaava kuumeilu ja kuumeen aikana ylävartalolla lehahteleva punatäpläinen ihottuma pitkään olla ainoat oireet.

Tutkimukset lastenreumaepäilyssä

- Lastenreuma on poissulkudiagnoosi; ks. artikkeli Lasten niveltulehdukset.
- Kaikilta tutkitaan verenkulva, CRP, La, nielun streptokokkiviljely, virtsakoe.
- Jos oireet ovat kestäneet yli 2 viikkoa, tutkitaan tumavasta-aineet, streptokokkivasta-aineet (AST ja StrDNAb), borreliavasta-aineet ja yersinia-, kam-pylo- ja salmonella-vasta-aineet (jos ripulianamneesi ja ikä > 5 v).
- Kuvantaminen (kaikututkimus tai rgt) epäselvissä tilanteissa ja kun oire tai löydös sijaitsee yhdessä kohdassa.

Lastenreuman alatyypit

1. Oligoartriitti (1–4 tulehtunutta niveltä, n. 50 % kaikista potilaista)



- Alkaa yleisimmin alle kouluikässä.
- 80 % potilaista on tyttöjä.
- Alkaa yleisimmin polvesta tai nilkasta.
- Tumavasta-aineita on 80 %:lla.
- Noin kolmasosalla potilaista on krooninen, yleensä oireeton iridosykliitti, joka voi hoitamattomana johtaa jopa näkövammaisuuteen.
- Ennuste on hyvä.
- Taudissa on kaksi alatyyppeä:
 - 1a. Harvanivelisenä (1–4 niveltä) pysyvä tauti
 - 1b. Moniniveliseksi vähintään 6 kk:n sairastamisen jälkeen muuttuva tauti (n. 20–30 % oligoartriiteista).
- 2. Entesiteihin (nivelsiteiden ja jänteiden kiinnityspaikkojen tulehduksiin) liittyvä artriitti (n. 10 % potilaista)

- Alaraajojen isot nivelet tai SI-nivelet tulehtuvat.
 - Esiintyy 6–15-vuotiailla.
 - 90 % potilaista on poikia.
 - HLA-B27 on positiivinen 75 %:lla.
 - Insertiitit (entesiitit) ovat tavallisia.
3. Seronegatiivinen polyartriitti (n. 30 % potilaista)
- Esiintyy 1–15-vuotiailla.
 - Isojen nivelten ohella myös pikkunivelet, leukanivelet ja kaularanka tulehtuvat usein.
 - 70 % potilaista on tyttöjä.
 - Tumavasta-aineita on 25 %:lla.
4. Seropositiivinen polyartriitti (< 5 % potilaista)
- Esiintyy 8–15-vuotiailla.
 - Sama tauti kuin aikuisten seropositiivinen nivelreuma.
 - 80 % potilaista on tyttöjä.
 - Reumatekijä on positiivinen.
 - Luusyöpymät (eroosiot) kehittyvät nopeammin kuin muissa tautimuodoissa.
5. Yleisoireinen lastenreuma (< 5 % potilaista)
- Kuume ja ihottuma ovat ensioireita; selviä niveloireita ilmaantuu usein vasta myöhemmin ja joskus ei lainkaan.
 - Ilmenee neutrofiilivaltaista leukosytoosia sekä laskon ja CRP-pitoisuuden nousua.
 - Tumavasta-aineet ja reumatekijä ovat negatiiviset.

- Joka toiselle potilaalle kehittyy polyartriitti.
6. Psoriaasiartriitista (< 5 %) on kyse, jos lapsella on psoriaasi (harvinaista) ja pitkittynyt niveltulehdus. Tauti määritellään psoriaasiartriitiksi myös, jos potilaalla on niveltulehduksen lisäksi vähintään kaksi seuraavista: daktyliitti (ns. makkarasormi tai -varvas), tyypillisiä kynsimuutoksia, tai hänen ensimmäisen asteen sukulaisellaan on psoriaasi.

Hoidon periaatteet

- Hoitopäätökset tehdään erikoissairaanhoidossa, jossa hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä.
- Hoidon tavoite on turvata lapselle normaali kasvu ja toimintakyky sekä estää nivelten virheasennot ja vaurioituminen.
- Tulehduskipulääkkeet tarvittaessa (naprokseeni 10–20 mg/kg/vrk, diklofenaakki 1–3 mg/kg/vrk, ibuprofeeni 20–40 mg/kg/vrk). Kylmäpakkaus auttaa kipua ja turvotukseen. Tulehduskipulääkkeen ja kylmäpakkaushoidot voi aloittaa jo tautia epäiltäessä.
- Paikallisia glukokortikoidi-injektioita annetaan nesteileviin tai oireileviin niveliin (lapsille anestesiassa).
- Viikoittainen metotreksaatti on systeemisen lääkehoidon kultainen standardi. Muita lääkkeitä käytetään, jos metotreksaatin teho ei ole riittävä tai se aiheuttaa liikaa haittavaikutuksia.
- Metotreksaatin vaihtoehtoina ovat sulfasalasiini, leflunomidi ja atsatiopriini.
- Ellei yllämainituilla monoterapioilla saada riittävää hoitovastetta, käytetään joko usean

reumalääkkeen yhdistelmää tai biologisia valmisteita, joita ovat tuumorinekroositekijää estävät lääkkeet, interleukiini-1:n ja interleukiini-6:n vaikutusta estävät lääkkeet sekä T- ja B-lymfosyytteihin kohdistuvat lääkkeet.

- Lääkehoidon turvallisuuskokeet tehdään avohoidossa.
- Fysioterapiaa annetaan tarvittaessa.
- Rokotukset annetaan mieluiten remissiovaiheessa.
- Lastenreumapotilaan infektioit hoidetaan pääsääntöisesti tavalliseen tapaan. Jos antireumaattista lääkettä saavalla epäillään tuberkuloosikontaktia tai vesirokkokotusta saamattomalla vesirokkokontaktia, tulee ottaa viipymättä yhteyttä hoitavaan lääkäriin.
- Kouluun sopeutumisessa tarvitaan yhteistyötä opettajan ja vanhempien kanssa. Kouluun jälkeen edelleen oireileville potilaille annetaan ammatinvalinnanohjausta.

Lähtämiskriteerit ja seuranta

- Epäiltäessä lastenreumaa (aina kun todetaan nivelten liikerajoitus tai kun oireet ovat jatkuneet useita viikkoja ja nivelturvotus jatkuu tulehduskipulääkkeestä huolimatta) potilas lähetetään erikoissairaanhoidon yksikköön. Aktiivissa vaiheessa olevaa tautia hoitaa lastenreumaan perehtynyt lääkäri.

Kirjallisuutta

1. Prakken B, Albani S, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. Lancet 2011;377(9783):2138–49.

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

www.terveysportti.fi

Pekka Lahdenne

© 2016 Kustannus Oy Duodecim