

Od objawu do rozpoznania choroby reumatycznej u dzieci

- Wywiad i badanie przedmiotowe podstawą rozpoznania choroby reumatycznej u dzieci
- Omówienie najbardziej charakterystycznych objawów klinicznych klasycznych układowych chorób reumatycznych w wieku rozwojowym: młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów, młodzieńczego tocznia rumieniowatego układowego, młodzieńczego zapalenia skórno-mięśniowego, młodzieńczej twardziny oraz najczęstszych układowych zapaleń naczyń u dzieci – zapalenia naczyń związanego z IgA i choroby Kawasaki
- Prezentacja objawów stanowiących kryteria diagnostyczne chorób reumatycznych, których wystąpienie u dziecka powinno prowadzić do prawidłowego rozpoznania



dr hab. n. med. Violetta Opoka-Winiarska

Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

kontakt@medical-tribune.pl

Choroby reumatyczne występują rzadziej u dzieci niż dorosłych, natomiast proces ich rozpoznawania jest zwykle bardziej skomplikowany i wydłużony. Schorzenia reumatyczne należą do chorób układowych, co oznacza, że każdy narząd i układ mogą być objęte procesem zapalnym. Dlatego objawy kliniczne chorób reumatycznych bywają różnorodne, mogą się pojawiać w różnej kolejności i mieć różne nasilenie, co utrudnia proces diagnostyczny. Początek choroby może być podstępny¹. Pierwsze objawy mogą być niespecyficzne, takie jak: osłabienie, zmęczenie, gorączka i utrata masy ciała.

Rozpoznanie większości chorób reumatycznych u dzieci opiera się na wywiadzie i badaniu przedmiotowym. Badania dodatkowe: laboratoryjne, obrazowe i histopatologiczne, odgrywają pomocniczą rolę w diagnostyce różnicowej oraz ocenie nasilenia stanu zapalnego i zmian narządowych.

W praktyce klinicznej objawy choroby reumatycznej u dziecka mogą być przypisywane innym, częściej występującym schorzeniom lub nawet lekceważone. Pacjenci bywają kierowani początkowo do różnych specjalistów. Znajomość objawów jest zatem ważna w praktyce nie tylko lekarza rodzinnego i pediatry, lecz także lekarzy innych specjalności.

Wczesne wysunięcie podejrzenia choroby reumatycznej i jej rozpoznanie u dziecka prowadzą do szybkiego rozpoczęcia terapii i skutecznej kontroli choroby, a co się z tym wiąże – decydują o dalszym przebiegu choroby w dzieciństwie i wieku dorosłym.

Celem artykułu jest omówienie najważniejszych objawów klinicznych klasycznych układowych chorób reumatycznych w wieku rozwojowym: młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS), młodzieńczego tocznia rumieniowatego układowego, młodzieńczego zapalenia skórno-mięśniowego, młodzieńczej twardziny oraz najczęstszych u dzieci układowych zapaleń naczyń. Szczególną uwagę zwrócono na objawy stanowiące kryteria rozpoznawania chorób, a więc te, których wystąpienie u dziecka powinno prowadzić do szybkiego postawienia diagnozy.

Objawy choroby reumatycznej u dziecka w badaniu podmiotowym

Dokładnie zebrany wywiad może być podstawą do wysunięcia podejrzenia choroby układowej. Oprócz zadania pytań typowych dla wieku dziecięcego należy zwrócić uwagę na opis początku objawów. Wiele chorób reumatycznych ma podstępny początek, pacjent lub opiekun mogą nie pamiętać dokładnie, kiedy wystąpiły pierwsze objawy. Ostry początek z szybko narastającymi objawami zwykle jest wskazaniem do pilnej interwencji diagnostycznej i leczniczej. Ważne są także przebieg objawów i ustalenie, czy występują one codziennie, nawracają, czy z upływem czasu zwiększa się ich nasilenie. W przypadku nawrotów ważna jest znajomość czynnika indukującego. Warto pamiętać, że u dziecka z bólem stawów uraz w wywiadzie nie wyklucza choroby reumatycznej. Należy możliwie dokładnie określić czas trwania symptomów. Jeżeli objawy zapalenia stawów utrzymują się u dziecka ponad 4 tygodnie, to są wskazaniem do pilnej

konsultacji reumatologicznej. Zapalenie stawów trwające dłużej niż 6 tygodni jest jednym z kryteriów rozpoznawania MIZS².

Ważne jest ustalenie pory występowania objawów. Szywność poranna i ból stawów po nocnym odpoczynku są charakterystyczne dla chorób reumatycznych. Nocne, codzienne bóle kończyn lub pleców u dziecka mogą być pierwszym objawem choroby nowotworowej. Znaczenie ma lokalizacja dolegliwości w układzie ruchu: w stawach, mięśniach, kościach lub na bardziej rozlanym obszarze. Istotne też, czy ból dotyczy zawsze tego samego miejsca, czy ma charakter wędrujący.

Należy ustalić także, czy zgłaszanym dolegliwościom towarzyszą objawy ogólne. Gorączka, osłabienie, utrata masy ciała, spowolnienie rozwoju fizycznego i zaburzenia koncentracji mogą wyprzedzać inne objawy oraz być pierwszymi symptomami poważnej choroby reumatycznej.

Gorączka trwająca dłużej niż 2 tygodnie, która raz dziennie wzrasta do $\geq 39^{\circ}\text{C}$ i powraca do $\leq 37^{\circ}\text{C}$ między szczytami, jest kryterium rozpoznawania MIZS o początku systemowym². Na początku choroby wzrost temperatury ciała zwykle występuje jeden raz dziennie, czasem w porze nocnej, pikowi gorączki może towarzyszyć nasilenie innych objawów, w tym bólu mięśni, stawów i plamistej wysypki³. Gorączka trwająca co najmniej 5 dni jest także głównym kryterium rozpoznania choroby Kawasaki⁴. Z kolei nawracająca z powtarzalnymi towarzyszącymi objawami powinna nakierować na podejrzenie zespołu gorączki nawrotowej⁵.

Najczęstszą manifestacją chorób reumatycznych są objawy ze strony układu ruchu, ale ze względu na ich układowy charakter wywiad powinien obejmować obecne i przeszłe dolegliwości oraz objawy ze strony wszystkich układów, szczególnie skóry i błon śluzowych, układu krążenia, pokarmowego, moczowego i nerwowego. Ból brzucha i krwawienie z przewodu pokarmowego mogą być pierwszymi objawami i kryterium rozpoznania zapalenia naczyń związanego z IgA, dawniej nazywanego plamicą Henocha-Schönleina⁶. Osłabienie i bóle w klatce piersiowej mogą być spowodowane zapaleniem błon surowiczych, osierdzia lub opłucnej – objawami stanowiącymi kryteria diagnostyczne tocznia rumieniowatego układowego⁷. Do kryteriów tocznia rumieniowatego układowego należy też wiele objawów neurologicznych, takich jak: drgawki, zaburzenia psychiczne, mnogie zapalenie pojedynczych nerwów, zapalenie rdzenia kręgowego, neuropatia nerwów obwodowych lub czaszkowych oraz ostre zaburzenia świadomości⁷.

W celu różnicowania przyczyn obserwowanych objawów konieczne jest ustalenie towarzyszących i przeszłych infekcji oraz kontaktu dziecka z chorobami zakaźnymi, np. z gruźlicą, i czasu ukłuć przez kleszcza.

Ważna jest także ocena wpływu objawów na aktywność pacjenta i funkcjonowanie w środowisku, w tym na frekwencję oraz postępy w szkole, sen, relacje rodzinne oraz rówieśnicze. U dziecka, które z powodu objawów choroby nie uczęszcza do szkoły, należy rozważyć pilną diagnostykę.

Choroby reumatyczne u dziecka mogą być powiązane z predyspozycją rodzinną, dlatego istotne jest ustalenie występowania schorzeń autoimmunizacyjnych wśród bliźkich pacjenta. Dodatkowo stwierdzenie u krewnego pierwszego stopnia jednej z następujących chorób: zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapalenia stawów z zajęciem przyczepów ścięgniowych, zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych z zapaleniem jelit, zespołu Reitera lub ostrego zapalenia błony przedniego odcinka błony naczyniowej oka, jest kryterium rozpoznawania postaci MIZS z zapaleniem przyczepów ścięgien. Obecność łuszczycy u krewnego pierwszego stopnia powinno natomiast nasunąć podejrzenie innej postaci MIZS – łuszczycowego zapalenia stawów².

Objawy choroby reumatycznej u dziecka w badaniu przedmiotowym

Zapalenie stawów i przyczepów ścięgien

Zapalenie stawów może być objawem każdej z wymienionych układowych chorób reumatycznych u dzieci. W badaniu przedmiotowym ważne jest, aby nie tylko ocenić staw wskazanym jako miejsce dolegliwości, lecz także dokładnie zbadać wszystkie stawy, w tym krzyżowo-biodrowe i kręgosłupa, skroniowo-żuchwowe oraz mostkowo-obojczykowe. Należy ocenić i opisać objawy zapalenia: ból, obrzęk, ocieplenie, ograniczenie funkcji. W chorobach reumatycznych zwykle nie obserwuje się zaczerwienienia stawu, natomiast występuje ból o różnym nasileniu. W niektórych postaciach MIZS, np. o początku nielicznostawowym, rzadziej wielostawowym, ból może mieć niewielkie nasilenie, pojawiać się tylko w godzinach porannych lub nie występować wcale mimo aktywnego procesu zapalnego w błonie maziowej stawu³.

Zapalenie co najmniej jednego stawu o początku przed 16 rokiem życia trwające dłużej niż 6 tygodni należy do kryteriów diagnostycznych MIZS.

Zapalenie błony maziowej 2 lub więcej stawów charakteryzujące się obrzękiem bądź wysiękiem albo bolesnością stawów i czasem trwania sztywności porannej wynoszącym przynajmniej 30 minut należy do kryteriów rozpoznawania tocznia rumieniowatego układowego^{7,8}.

Także w przebiegu najczęstszych układowych zapaleń naczyń występują objawy stawowe. Zapalenie stawów o ostrym początku, zdefiniowane jako obrzęk lub ból z ograniczeniem ruchomości bądź ból stawów o ostrym początku, należy do kryteriów rozpoznawania zapalenia naczyń związanego z IgA⁶. Do kryteriów diagnostycznych choroby Kawasaki zalicza się z kolei obrzęk całych stóp i rąk w fazie ostrej choroby⁴.

W przebiegu chorób reumatycznych, najczęściej w MIZS, zapalenie może być zlokalizowane w miejscu przyczepów ścięgniowych. Zapalenie przyczepów ścięgien (enthesitis) zostało zdefiniowane jako bolesność w miejscu przyczepu ścięgna, więzadła, torebki stawowej lub powięzi do kości². Dziecko może zgłaszać dolegliwości bólowe pięt lub stóp spowodowane zapaleniem przyczepów ścięgien Achillesa, powięzi podeszew,

okolicy stępu. W miejscu przyczepów mogą występować także inne objawy zapalenia. Enthesitis należy do kryteriów rozpoznawania postaci MIZS z zajęciem przyczepów ścięgniowych².

Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa w przebiegu MIZS objawia się zapalnym bólem pleców, zdefiniowanym jako ból lędźwiowo-krzyżowy w spoczynku z poranną sztywnością, ustępujący podczas ruchu. Symptom ten jest także kryterium rozpoznawania MIZS z zapaleniem przyczepów ścięgien².

Również palce kielbaskowate (dactylitis), czyli obrzęki jednego lub więcej palców, zwykle asymetryczne, rozciągające się poza granice stawów, mogą być objawem MIZS i kryterium rozpoznawania innej postaci tej choroby – łuszczycowego zapalenia stawów².

Z kolei zapalenie ścięgien objawiające się tarcim i zapaleniem stawów jest kryterium rozpoznawania młodzieńczej twardziny układowej⁹.

Zapalenie mięśni

Dolegliwości bólowe mięśni zlokalizowane w kończynach dolnych są najczęściej objawem łagodnego ostrego zapalenia mięśni u dzieci. Występują zwykle w czasie lub po infekcji wirusowej, mają przebieg samoograniczający i ustępują średnio w ciągu 3 dni¹⁰.

Zapalenie mięśni może być także objawem miopatii zapalnej wieku dziecięcego, najczęściej młodzieńczego zapalenia skórno-mięśniowego¹¹. Przebiega jako postępujące, symetryczne osłabienie mięśni kończyn górnych i dolnych oraz szyi. Mięśnie dziecka mogą być tkliwe przy dotyku, natomiast przedłużający się stan zapalny prowadzi do ich zaniku. Osłabienie mięśni może być przyczyną utrudnionego chodzenia i stopniowej niezdolności do wykonywania niektórych czynności, takich jak podnoszenie rąk, wchodzenie po schodach czy ubieranie się. Zaawansowane objawy mogą prowadzić do ograniczeń w samodzielnym wstawaniu z podłogi lub krzesła albo w podnoszeniu głowy w pozycji leżącej. Zajęcie mięśni szyi, języka lub gardła może utrudniać połykanie lub mówienie. W najbardziej agresywnym przebiegu choroby osłabienie mięśni ściany klatki piersiowej i przepony może być przyczyną trudności w oddychaniu. Dodatkowym problemem są przykurcze stawów towarzyszące zapaleniu mięśni. Symetryczne, postępujące osłabienie mięśni bliższych kończyn górnych lub dolnych, osłabienie mięśni zginaczy szyi oraz zaburzenia połykania i mowy należą do kryteriów rozpoznawania młodzieńczego zapalenia skórno-mięśniowego¹¹.

Zapalenie mięśni może być także objawem i kryterium diagnostycznym młodzieńczej twardziny układowej⁹ i występować w innych chorobach reumatycznych.

Objawy skórne i śluzówkowe

Zmiany skórne są grupą najbardziej różnorodnych objawów układowych chorób reumatycznych. W większości są niecharakterystyczne i wymagają szerokiego różnicowania. Niektóre jednak są specyficzne i powinny nakierować lekarza na podejrzenie choroby reumatycznej.

W MIZS zmiany skórne są kryteriami rozpoznania dwóch postaci choroby. W MIZS o początku systemowym występuje plamista wysypka barwy łososiowej, o zmiennym nasileniu, wyraźniejsza w czasie wzrostu gorączki. Z kolei w łuszczycowym zapaleniu stawów kryterium rozpoznawania jest nie tylko łuszczyca u dziecka lub krewnego pierwszego stopnia, lecz także punktowe wgłębienia na paznokciach².

Szczególnie bogata symptomatologia skórna występuje w młodzieńczym toczniu rumieniowatym układowym¹². Objawy ostrego tocznia skórno-ogólnego obejmują: rumień na twarzy w kształcie motyla, zmiany pęcherzowe, toksyczną epidermolizę naskórka, zmiany plamisto-grudkowe oraz nadwrażliwość na światło słoneczne. Toczeń skórny podostry może mieć postać zmian łuszczycopodobnych lub policyklicznych zmian pierścieniowatych. Przewlekła postać skórna tocznia charakteryzuje się obecnością klasycznych zmian krążkowych, zmian przerostowych, hiperkeratocytynych, zapalenia tkanki podskórnej, zmian obrzękowych i fioletowo-niebieskich guzków na kończynach. Powyższe zmiany skórne należą do kryteriów rozpoznawania tocznia rumieniowatego układowego^{7,8}.

Rumień na twarzy w kształcie motyla częściej występuje u dzieci, natomiast pozostałe zmiany skórne podobnie często są stwierdzane w toczniu młodzieńczym i u dorosłych¹².

Innym objawem tocznia jest łysienie o różnym nasileniu: uogólnione przerzedzenie lub widoczna łamliwość włosów z widocznymi ubytkami owłosienia bez tworzenia blizn.

Owrzodzenia jamy ustnej w toczniu są zwykle bezbolesne, znajdują się na podniebieniu, policzkach, języku, czasami na błonie śluzowej nosa, i goją się bez blizn.

Łysienie oraz owrzodzenia jamy ustnej należą do kryteriów rozpoznawania tocznia rumieniowatego układowego⁷.

Nadwrażliwość na światło słoneczne również jest typowym objawem młodzieńczego zapalenia skórno-mięśniowego. W kryteriach rozpoznawania tej choroby ujęto 3 charakterystyczne zmiany skórne¹¹: rumień heliotropowy, grudki i objaw Gottrona. Rumień heliotropowy występuje w okolicy okołoooczodołowej w postaci liliowych lub rumieniowych zmian na powiekach, często z towarzyszącym obrzękiem. Rumieniowe lub fiołkowe grudki Gottrona są zwykle zlokalizowane na części wyprostnej palców rąk i stóp, stawów łokciowych, kolanowych, okolicy kostek bocznych stawów skokowych. Czasami widoczne jest łuszczenie na ich powierzchni. Objaw Gottrona może występować w podobnej okolicy, ale ma formę rumieniowych lub fiołkowych plam, których nie można wyczuć podczas badania¹¹.

Innym charakterystycznym objawem młodzieńczego zapalenia skórno-mięśniowego, występującym u 30-40% pacjentów, jest wapnica. Polega ona na odkładaniu złogów soli wapnia w skórze, tkankach miękkich, mięśniach lub ścięgnach. Podczas badania stwierdza się twarde, nieregularne

guzki lub grudki pod skórą zlokalizowane w różnych miejscach ciała. Mogą one występować na twarzy, wokół stawów lub w punktach powtarzalnego ucisku, na pośladkach, stopach, nadgarstkach, stawach kolanowych i łokciowych. Guzki mogą upośledzać funkcję mięśni lub stawów, powodować przykurcze, być przyczyną owrzodzeń i wtórnie zakażeń skóry¹³.

Charakterystyczne zmiany skórne w postaci wybroczyn i wylewów podskórnych niezwiązanych z trombocytopenią są podstawnym objawem i głównym kryterium rozpoznawania zapalenia naczyń związanego z IgA. Zwykle występują w okolicach kończyn dolnych i pośladków. Najczęściej są palpacyjnie wyczuwalne, rzadziej pęcherzowe lub nekrotyczne⁶.

Wybroczyny mogą pojawiać się w innych układowych chorobach reumatycznych z powodu trombocytopenii, np. w toczniu rumieniowatym układowym, lub jako objaw zmian zapalnych w ścianie naczyń skórnych.

W chorobie Kawasaki, drugim co do częstości występowania zapaleniu naczyń u dzieci, podstawą rozpoznania są charakterystyczne zmiany na skórze i błonach śluzowych⁴. Do kryteriów diagnostycznych choroby należą obustronne zapalenie spojówek oraz zmiany w jamie ustnej – obrzęknięte, przekrwione wargi, błony śluzowe jamy ustnej i gardła oraz język (język malinowy). Do kryteriów ostrej fazy choroby zaliczono polimorficzną wysypkę na tułowie oraz rumień obwodowych części kończyn i okolicy krocza, a w dalszym okresie choroby – w fazie podostrej i zdrowienia – charakterystyczne łuszczenie naskórka najbardziej widoczne w okolicy dłoni i podeszew.

Objaw Raynauda może towarzyszyć chorobom reumatycznym u dzieci (objaw wtórny) lub występować jako izolowany symptom, bez innych nieprawidłowości (objaw pierwotny). Podstawą rozpoznania jest stwierdzenie wrażliwości palców na zimno w postaci co najmniej dwufazowej zmiany koloru w czasie epizodów (biały i niebieski). Aby rozpoznać objaw Raynauda, pacjent dodatkowo powinien spełnić 3 spośród 6 następujących kryteriów:

- wyzwalanie epizodów przez czynniki inne niż zimno, np. emocjonalne
- występowanie objawu na obu rękach, także jeżeli zajęcie jest niejednoczesne lub niesymetryczne
- drętwienia lub mrowienia w czasie epizodów
- dobrze widoczna granica między zajęętą a niezajętą skórą
- zdjęcia potwierdzające objaw
- występowanie objawu w innych częściach ciała (np. na nosie, uszach, stopach), trzyfazowa zmiana koloru (biały, niebieski, czerwony)^{14,15}.

Objaw Raynauda może o wiele miesięcy wyprzedzać inne objawy układowej choroby reumatycznej lub występować w jej przebiegu. Należy do kryteriów rozpoznawania twardziny układowej⁹.

Inne objawy skórne w przebiegu młodzieńczej twardziny układowej zmieniają się w czasie – przechodzą od obrzęku przez stwardnienia do zaniku skóry i tkanki

podskórnej. Zmiany są szczególnie widoczne na palcach rąk i twarzy. Skóra przybiera woskowy wygląd i staje się napięta, błyszcząca, z obszarami odbarwienia lub przebarwienia. Charakterystyczny, pozbawiony mimiki wygląd twarzy może być pierwszą wskazówką do postawienia diagnozy. Na opuszkach palców mogą występować nadżerki, czasem z owrzodzeniami. Podobnie jak w zapaleniu skórno-mięśniowym w okolicy łokci, stawów śródrečno-paliczkowych i kolan mogą być widoczne podskórne zwapnienia. Stwardnienie skóry proksymalne do stawów śródrečno-paliczkowych i śródstopno-paliczkowych jest głównym kryterium rozpoznawania twardziny układowej. Do kryteriów mniejszych należą stwardnienie palców rąk (sklerodaktylia) i owrzodzenia na opuszkach palców⁹.

W twardzinie miejscowej objawy są ograniczone do skóry i tkanek podskórnych. Najczęściej występują 2 typy zmian: twardzina płytkowa, powierzchowna i twardzina liniowa, głęboka. Postać płytkowa (morphea) charakteryzuje się owalnymi, ograniczonymi obszarami stwardnienia, w centralnej części o woskowym kolorze otoczonym fioletową obwódką. Tego typu zmiany zwykle są ograniczone do skóry właściwej i pojawiają się na tułowiu. Twardzina liniowa najczęściej występuje na kończynach i tułowiu w postaci twardniejących liniowych pasm, które w miarę postępowania choroby zajmują kolejno: skórę właściwą, tkankę podskórną i mięśnie aż do kości. Zmiany mogą się pojawiać na twarzy lub skórze głowy (odmiana en coup de sabre)⁹.

Powiększenie węzłów chłonnych

Powiększenie węzłów chłonnych u dziecka jest najczęściej objawem infekcji, ale może być także oznaką procesu zapalnego w chorobach reumatycznych. Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych oraz powiększenie wątroby lub śledziona należą do kryteriów diagnostycznych MIZS o początku systemowym². Limfadenopatia szyjna, najczęściej niesymetryczna i z nasiloną bolesnością węzłów, jest objawem i kryterium rozpoznania choroby Kawasaki⁴.

Objawy ze strony innych układów

Ze względu na układowy charakter chorób reumatycznych ich objawy mogą występować w każdym z układów: pokarmowym, oddechowym, nerwowym, moczowym i narządów, np. w narządzie wzroku. Na początku choroby zajęcie narządów wewnętrznych może nie być powiązane z objawami w badaniu podmiotowym czy przedmiotowym, dlatego przy podejrzeniu choroby reumatycznej wykonywane są badania dodatkowe, w tym obrazowe i histopatologiczne. Rozpoznanie zajęcia narządowego decyduje często o wyborze terapii.

Badania dodatkowe

Poza oceną zajęcia narządów wewnętrznych testy laboratoryjne służą jako narzędzia przesiewowe w celu określenia nasilenia stanu zapalnego, aktywności autoimmunizacyjnej układu odpornościowego i aktywności choroby. Odgrywają także ważną rolę w różnicowaniu z innymi chorobami, w tym infekcyjnymi i rozrostowymi.

Nieprawidłowości w podstawowych badaniach laboratoryjnych mogą nakierować na podejrzenie choroby reumatycznej. Wysokie wartości podstawowych markerów zapalenia – odczynu Biernackiego (OB) i stężenia białka C-reaktywnego (CRP – C-reactive protein) – wskazują na aktywność choroby, ale należy podkreślić, że prawidłowe wartości nie wykluczają choroby reumatycznej u dziecka. Przyczyną niedokrwistości może być także stan zapalny. Leukopenia i trombocytopenia należą do kryteriów diagnostycznych tocznia rumieniowatego układowego.

Wzrost aktywności enzymów mięśniowych, takich jak: kinaza kreatynowa (CK – creatine kinase), aminotransferaza asparaginowa (AspAT – aspartate aminotransferase), aminotransferaza alaninowa (AlAT – alanine aminotransferase) i dehydrogenaza mleczanowa (LDH – lactate dehydrogenase), jest kryterium rozpoznawania młodzieńczego zapalenia skórno-mięśniowego. Zmiany w badaniu ogólnym moczu, takie jak: białkomocz, krwinkomocz lub obecność wałeczków erytrocytarnych, mogą być objawem kłębuszkowego zapalenia nerek w przebiegu chorób reumatycznych. Są one kryterium rozpoznawania tocznia rumieniowatego układowego i zapalenia naczyń związanego z IgA^{6,7}.

Należy podkreślić, że testy laboratoryjne są zalecane tylko wtedy, gdy wywiad chorobowy i badanie przedmiotowe wskazują na konieczność dalszych badań. Wyniki badań laboratoryjnych, takie jak dodatnie miano przeciwciał przeciwjadrowych lub czynnika reumatoidalnego u dziecka bez objawów choroby, nie mają znaczenia, powodują niepokój opiekuna i są powodem niepotrzebnych wizyt specjalistycznych.

Badania dodatkowe pomagają zatem w postawieniu diagnozy i ustaleniu możliwie skutecznego postępowania terapeutycznego.

Dotąd nie ustalono jednak pojedynczego badania decydującego o rozpoznaniu choroby reumatycznej. Prawidłowa diagnoza stawiana jest na podstawie wywiadu i objawów klinicznych, badania dodatkowe mają znaczenie pomocnicze. Znajomość objawów chorób reumatycznych przez lekarzy pediatrów i rodzinnych ma kluczowe znaczenie dla wczesnego rozpoznawania i skutecznego kontrolowania ich przebiegu.

Punkty kluczowe

- Charakterystyczne objawy w badaniach podmiotowym i przedmiotowym są podstawą do wysunięcia podejrzenia lub rozpoznania choroby reumatologicznej.
- Chorobę reumatyczną należy podejrzewać także w przypadku niecharakterystycznych objawów po wykluczeniu zakażeń i chorób rozrostowych.
- Początek choroby reumatycznej może być podstępny.
- W wielu przypadkach rozpoznanie choroby reumatycznej opiera się na stwierdzeniu objawów klinicznych.
- Na początku choroby reumatycznej u dziecka wyniki badań dodatkowych mogą być prawidłowe.

- Rozpoznanie MIZS opiera się na stwierdzeniu przewlekłego zapalenia stawów w jednym stawie lub więcej, które trwa przez co najmniej 6 tygodni, i wykluczeniu innych przyczyn. Nie ustalono laboratoryjnego testu diagnostycznego dla tej choroby.
- Znajomość objawów chorób reumatycznych przez lekarzy pediatrów i rodzinnych ma kluczowe znaczenie dla wczesnego ich rozpoznawania i skutecznego kontrolowania ich przebiegu.
- Wczesne wysunięcie podejrzenia choroby reumatycznej i jej rozpoznanie u dziecka prowadzi do szybkiego

rozpoczęcia terapii oraz skutecznej kontroli schorzenia, a co się z tym wiąże – decyduje o dalszym przebiegu choroby w dzieciństwie i wieku dorosłym.

Adres do korespondencji:
dr hab. n. med. Violetta Opoka-Winiarska
Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. prof. Antoniego Gębała 6, 20-093 Lublin
e-mail: violetta.opoka-winiarska@umlub.pl

© 2020 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

ABSTRACT

From symptom to diagnosis of rheumatic disease in children

Rheumatic diseases are less common in children than in adults, and the diagnostic process is usually more complicated and prolonged.

The diagnosis of most rheumatic diseases in children is based on medical history and physical examination, while accessory investigations (laboratory tests, imaging studies and histological sampling) play a supportive role in the differential diagnosis, assessment of the severity of inflammation and evaluation of organ damage.

This article discusses the most characteristic clinical symptoms of classical, systemic rheumatic diseases in childhood and adolescence, that is juvenile idiopathic arthritis, juvenile systemic lupus erythematosus, juvenile dermatomyositis, juvenile scleroderma and the most common systemic vasculitides in children (IgA-associated vasculitis and Kawasaki disease). Particular attention is drawn to those symptoms included in the criteria for the diagnosis of diseases which, when present in a child, should prompt a correct diagnosis.

Piśmiennictwo

1. Reyhan I, Goldberg BR, Gottlieb BS. Common presentations of pediatric rheumatologic diseases: a generalist's guide. *Curr Opin Pediatr* 2013;25(3):388-96
2. Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004;31:390-2
3. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet* 2007;369(9563):767-78
4. Ozen S, Ruperto M, Dillon MJ, et al. EULAR/PRES endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis* 2006;65:936-41
5. Statler VA, Marshall GS. Evaluation of prolonged and recurrent unexplained fevers. *Pediatr Ann* 2018;47(9):e347-53
6. Ozen S, Pistorio A, Lusan SM, et al.; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO). EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2010;69(5):798-806
7. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012;64:2677-86
8. Groot N, de Graeff N, Marks SD, et al. European evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of childhood-onset lupus nephritis: the SHARE initiative. *Ann Rheum Dis* 2017;76(12):1965-73
9. Zulian F. Scleroderma in children. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2017;31(4):576-95
10. Magee H, Goldman RD. Viral myositis in children. *Can Fam Physician* 2017;63(5):365-8
11. Lundberg IE, Tjärnlund A, Bottai M, et al.; International Myositis Classification Criteria Project consortium, The Euromyositis register and The Juvenile Dermatomyositis Cohort Biomarker Study and Repository (JDRG) (UK and Ireland). 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for adult and juvenile idiopathic inflammatory myopathies and their major subgroups. *Ann Rheum Dis* 2017;76(12):1955-64
12. Aggarwal A, Srivastava P. Childhood onset systemic lupus erythematosus: how is it different from adult SLE? *Int J Rheum Dis* 2015;18(2):182-91
13. Orandi AB, Baszis KH, Waridharka VR, et al. Assessment, classification and treatment of calcinosis as a complication of juvenile dermatomyositis: a survey of pediatric rheumatologists by the childhood arthritis and rheumatology research alliance (CARRA). *Pediatr Rheumatol Online J* 2017;21;15(1):71
14. Pain CE, Constantin T, Toplak N, et al.; Paediatric Rheumatology European Society (PRES) Juvenile Scleroderma Working Group. Raynaud's syndrome in children: systematic review and development of recommendations for assessment and monitoring. *Clin Exp Rheumatol* 2016;34 Suppl 100(5):200-6
15. Opoka-Winiarska V, Chęć M, Sobiesiak A i wsp. Objaw Raynauda w wieku rozwojowym – aktualne rekomendacje. *Stand Med Pediatr* 2019;16(3):328-36

Piśmiennictwo ze str. 24

1. Korobowicz-Markiewicz A. Leki stosowane w chorobach reumatycznych u dzieci. W: Smolewska E (red.). *Reumatologia wieku rozwojowego. Kompendium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019:334-3061
2. Smolewska E, Żuber Z. Aktualne cele, możliwości i perspektywy leczenia młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów w Polsce i na świecie. *Forum Reumatol* 2016;2(1):14-20
3. Smolewska E. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów – obraz kliniczny, diagnostyka i leczenie. *Stand Med Pediatr* 2018;15:251-8
4. Ravelli A, Consolaro A, Horneff G. Treating juvenile idiopathic arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2018;77(6):819-28
5. Ringold S, Angeles-Han ST, Beukelman T, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: therapeutic approaches for non-systemic polyarthritis, sacroiliitis and enthesitis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2019;71(6):717-34
6. Swidrowska-Jaros J, Smolewska E. Diagnostyka i leczenie tocznia rumieniowatego układowego u dzieci – aktualne rekomendacje według SHARE-EULAR 2017. *Forum Reumatol* 2019;5(1):1-7
7. Groot N, de Graeff N, Avcin T. European evidence-based recommendations for diagnosis and treatment of childhood-onset systemic lupus erythematosus: the SHARE initiative. *Ann Rheum Dis* 2017;76(11):1788-96

Diagnostyka wybranych chorób reumatycznych wieku rozwojowego

- Omówienie narzędzi diagnostycznych stosowanych w rozpoznawaniu chorób z zaburzeniami narządu ruchu u dzieci: wywiadu, oceny stanu dziecka, panelu badań laboratoryjnych, immunologicznych, morfologicznych oraz obrazowych i innych badań wykonywanych w zależności od objawów
- Jakie nieprawidłowości stwierdzone na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej u dziecka z zaburzeniami funkcji stawu/stawów wskazują na konieczność konsultacji reumatologicznej?



dr hab. n. med. Zbigniew Żuber, prof. nadzw.

Katedra Pediatrii, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Oddział Kliniczny Dzieci Starszych z Pododdziałami Neurologicznym i Reumatologicznym,
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

kontakt@medical-tribune.pl

Trudności diagnostyczne i terapeutyczne w przypadku chorób reumatycznych w wieku rozwojowym wynikają z różnych przyczyn. Jednym z istotnych powodów jest brak powszechnej wiedzy na temat występowania i charakteru tych schorzeń. „Choroby reumatyczne u dzieci” – takie sformułowanie nadal budzi zdziwienie, wręcz zaskoczenie, szczególnie dla opiekunów dzieci, które zachorowały w bardzo wczesnym okresie wieku rozwojowego. Choroby reumatyczne wieku rozwojowego mają zróżnicowane objawy oraz niejednorodny przebieg. Z racji tego, że są to schorzenia układowe, przewlekłe, u pacjentów mogą dominować objawy ogólnoustrojowe, które nie zawsze od razu budzą podejrzenie choroby reumatycznej. Pierwszymi symptomami mogą być: gorączki, wysypki skórne, ogólne osłabienie, utrata masy ciała i zaburzenia wzrastania. Ważnymi objawami u dziecka są: sztywność poranna, trudności w poruszaniu się, utykanie, niechęć do spontanicznej zabawy oraz pogorszenie samopoczucia i uczucie przewlekłego zmęczenia. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) – najczęstsza artropatia wieku rozwojowego – zwykle wiąże się z zajęciem jednego stawu lub kilku (najczęściej kolanowego) i w większości przypadków przebiega bez dolegliwości bólowych¹.

Badanie podmiotowe

Dokładne badanie podmiotowe jest najważniejszym elementem procesu różnicowania objawów chorób reumatycznych wieku rozwojowego. Tylko starannie i dokładnie zebrany wywiad od opiekunów dziecka da nam obraz problemu zdrowotnego pacjenta. Podejrzenia choroby reumatycznej, zwłaszcza u małego dziecka, budzą zdziwienie, wręcz niedowierzanie rodziców. Wiele zgłaszanych objawów jest mylnie interpretowanych, konieczne są więc cierpliwość i racjonalność w zdobywaniu potrzebnych informacji o przebiegu choroby. Niezbędnym elementem wywiadu jest dokładny wywiad rodzinny na temat schorzeń przewlekłych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób reumatycznych oraz innych chorób autoimmunologicznych i autozapalnych. Należy dopytać o wszelkiego rodzaju schorzenia przewlekłe występujące u bliskich chorego, gdyż początkowo wiedza opiekunów na temat chorób o podłożu immunologicznym może być niepełna, wręcz szczątkowa. Niekiedy jest to klucz do sukcesu w znalezieniu podłoża genetycznego danej jednostki chorobowej. Ze względu na zakładany przewlekły charakter schorzenia reumatologicznego konieczne jest zbudowanie platformy współpracy i zaufania między lekarzem a opiekunami chorego dziecka.

Pytania o początek wystąpienia objawów mają istotne znaczenie. Trzeba niekiedy zadać dodatkowe pytania, aby móc zidentyfikować początkowy etap zachorowania, gdyż schorzenia reumatyczne wieku rozwojowego z reguły mają powolny, skryty, trudny do określenia rzeczywisty początek. Często u dzieci za początek choroby uznawany jest uraz. W dzieciństwie urazy są często stwierdzane, mogą być, choć nie zawsze są, czynnikiem spustowym dla przewlekłych zmian zapalnych stawów i tkanek miękkich. Nie mogą być jednak wygodnym tłumaczeniem wszystkich stanów zapalnych. Ponadto do obowiązków każdego lekarza należy racjonalna ocena ryzyka znechania się nad dzieckiem jako możliwej przyczyny urazów.

Rzadziej mamy do czynienia z burzliwym początkiem choroby, z manifestacją objawów ogólnoustrojowych, ale zupełnie niecharakterystycznych, jak np. w układowej postaci MIZS, w której dominują gorączki, wysypki skórne i często ciężki stan ogólny dziecka. Początek zachorowania w najmłodszej grupie wiekowej stanowi istotny czynnik ryzyka złego rokowania. Dokładnie zebrany wywiad z uwzględnieniem rodzaju pierwszych symptomów, ustaleniem ostrego lub podstępного charakteru objawów oraz lokalizacji, przebiegu i czasu trwania dolegliwości pozwala niekiedy określić przybliżony, prognozowany przebieg choroby. Zapalenie stawu z obrzękiem, zaczerwienieniem i bólem jest typowe dla infekcyjnego stanu zapalnego, natomiast w przebiegu MIZS z reguły nie odnotowujemy dolegliwości bólowych. Poważnym, zwracającym uwagę, bardzo często pierwszym objawem choroby jest utykanie z powodu zapalenia dużego stawu kończyny dolnej, kolanowego, biodrowego lub skokowego. Często zgłaszaną dolegliwością jest bolesność okolicy pięty lub podkolanowej wynikająca ze stanu zapalnego przyczepów ścięgnistych, najczęściej rozciągnięta podeszwowego, ścięgna Achillesa i więzadła rzepki. W starszej grupie wiekowej występują dolegliwości bólowe okolicy pośladków, bioder lub pleców spowodowane zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych.

Ważnym elementem wywiadu jest odnotowanie objawów ogólnoustrojowych chorób reumatycznych, w szczególności: zmian skórnych, gorączek, duszności, dolegliwości i objawów ze strony przewodu pokarmowego oraz układu nerwowego. Trzeba zapytać o utrzymywanie się uczucia zmęczenia, poty nocne, przetrwałe nocne bóle kończyn oraz niepokój i/lub nocne wędrowanie dziecka. Należy odnotować kontakt dziecka z chorobami zakaźnymi oraz przebyte infekcje poprzedzające wystąpienie dolegliwości stawowych. Istotnym elementem, na który warto zwrócić uwagę, jest zaburzenie dotychczasowego rozwoju dziecka w postaci utraty masy ciała i zaburzeń wzrastania – objawy te mogą sugerować dłuższy czas trwania przewlekłego procesu chorobowego bez rozpoznania.

Każde dziecko z dolegliwościami bólowymi ze strony narządu ruchu wymaga konsultacji pediatrycznej. W przypadku stwierdzenia objawów sugerujących zapalenie stawów utrzymujących się powyżej 3-4 tygodni pacjent wymaga pilnej konsultacji reumatologicznej²⁻⁶.

Badanie przedmiotowe

W przebiegu chorób reumatycznych mogą wystąpić objawy ze strony każdego narządu i układu. Dziecko z podejrzeniem choroby układowej wymaga pełnego badania przedmiotowego z oceną czynności życiowych. Konieczna jest uważna obserwacja pacjenta, z uwzględnieniem sposobu poruszania się, chodu, zakresu ruchów, a także możliwości wykonania pełnego przysiadu i skłonu.

Pełna ocena narządu ruchu wymaga szczegółowej oceny wszystkich stawów, mięśni, kości i ścięgien z ich przyczepami, także tych, w zakresie których dziecko nie zgłasza dolegliwości. Dokładne badanie powinno umożliwić zlokalizowanie nieprawidłowości w zakresie narządu ruchu, ograniczeń

ruchowych czynnych i biernych, przykurczy oraz stwierdzenie dyskomfortu lub bolesności. Istotna jest ocena objawów stanu zapalnego: obrzęku, ucieplenia, zaczerwienienia, ograniczenia ruchomości. Ważna jest dobra znajomość pełnego zakresu ruchów w poszczególnych stawach. W ocenie stanu pacjenta należy wziąć pod uwagę, jaki wpływ na prezentowane objawy mają standardowo stosowane leki przeciwzapalne i przeciwbólowe.

Pacjenci z MIZS z reguły nie zgłaszają dolegliwości bólowych ze strony zajętych stawów, a jedynie skarżą się na obrzęk i niewielkie ucieplenie jednego lub wielu stawów. W badaniu przedmiotowym nie odnotowujemy zaczerwienienia i znacznego ucieplenia. Wczesnym objawem są przykurcze zgięciowe, a symptomem powszechnie obserwowanym jest utykanie. W zapaleniu stawów krzyżowo-biodrowych podczas badania przedmiotowego stwierdza się ograniczenie skłonu i miejscową tkliwość, w zapaleniu stawu biodrowego – ograniczenie jego ruchomości. Dokładne badanie przedmiotowe pozwala na zmniejszenie liczby badań diagnostycznych, a w niektórych przypadkach na ustalenie wstępnego rozpoznania²⁻⁶.

Diagnostyka laboratoryjna

Badania dodatkowe u pacjentów z chorobami układowymi w pierwszym etapie prowadzone są w celu różnicowania i wstępnego rozpoznania choroby, w kolejnych etapach służą ocenie przebiegu choroby i monitorowaniu powikłań oraz odpowiedzi na zastosowane postępowanie. Wykonywanie badań podczas wdrożonego leczenia ma na celu monitorowanie bezpieczeństwa terapii. Bardzo ważne jest rozsądne i celowe ich planowanie. Pierwszorzędne znaczenie mają badania podstawowe, morfologia krwi i ocena wskaźników stanu zapalnego (WSZ), stężenie białka C-reaktywnego (CRP – C-reactive protein) i odczyn opadania krwinek czerwonych (OB – odczyn Biernackiego) – charakteryzują się one wysoką czułością, ale niską swoistością.

Istotna uwaga: w niektórych postaciach MIZS, szczególnie w nielicznostawowej, morfologia krwi i WSZ mimo stwierdzonej aktywności zapalnej utrzymują się w zakresie wartości prawidłowych. Koniecznym elementem diagnostyki jest zatem badanie markerów serologicznych i immunologicznych, tj. czynnika reumatoidalnego RF (RF – rheumatoid factor), przeciwciał przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (aCCP – anti-cyclic citrullinated peptide antibodies), przeciwciał przeciwjądrowych (ANA – antinuclear antibodies), oraz analiza molekularna antygenów zgodności tkankowej HLA (human leukocyte antigens). Oznaczanie miana antystreptolizyny O (ASO) jest istotne wyłącznie dla potwierdzenia przebytej infekcji paciorkowcowej u dzieci z podejrzeniem reaktywnego, popaciorkowcowego zapalenia stawów lub gorączki reumatycznej (obecnie bardzo rzadkiej choroby).

Niezbędna jest szeroka diagnostyka serologiczna w kierunku czynników infekcyjnych: wirusowych, bakteryjnych i pasożytniczych. Badania czynnościowe, elektrokardiografia (EKG), elektromiografia (EMG), spirometria oraz konsultacje wielospecjalistyczne przeprowadzane są w celu diagnostyki powikłań narządowych^{1,7-13}.

Diagnostyka obrazowa

W celu dokładnego określenia liczby i rodzaju zmian w stawach korzystamy z diagnostyki radiologicznej (RTG), ultrasonograficznej (USG), tomografii komputerowej (TK), scyntygrafii oraz rezonansu magnetycznego (MR).

RTG jest zazwyczaj pierwszym badaniem obrazowym wykonywanym w celu różnicowania przyczyn bólu stawów, przy podejrzeniu urazu i jest szczególnie ważne w diagnostyce guzów kości. Dla oceny zapalenia stawów u dzieci ma jednak słabą wartość diagnostyczną – prawidłowy wynik nie wyklucza patologii kostno-stawowych. RTG pozwala na późne wykrywanie zmian w MIZS i ma niewielkie znaczenie w monitorowaniu aktywności choroby. Istotnym ograniczeniem stosowania badań radiologicznych jest narażenie dziecka na nadmierną ekspozycję promieniowania rentgenowskiego. W przypadku wykonywania RTG u pacjentów pediatrycznych zalecane są zdjęcia porównawcze, symetryczne. Badanie RTG jest przydatne w późniejszym okresie trwania choroby, kiedy uwidacznia osteoporozę, zwężenie szpar stawowych, geody, nadżerki lub zrosty kostne.

Obecnie, aby precyzyjnie ustalić liczbę i typ zmian w układzie ruchu, wykonuje się USG, wszechstronne zastosowanie znalazł także MR. Badania USG i MR są szczególnie użyteczne na początkowym etapie zapaleń stawów. Powszechnie dostępnym i jednocześnie bardzo czułym badaniem w wykrywaniu objawów zapalenia stawów u dzieci jest USG. Ocena ultrasonograficzna pozwala na wczesne wykrycie i monitorowanie zapalenia stawów oraz przyczepów ścięgniastych, a także stwierdzenie czynnego stanu zapalnego w okresie bezobjawowym. Jest to badanie bezpieczne i dobrze tolerowane przez dzieci, a zatem można je wielokrotnie powtarzać. W ostatnich latach ultrasonografia układu mięśniowo-szkieletowego (MSUS – musculoskeletal ultrasound) jest zalecana jako metoda oceny odpowiedzi na leczenie i umożliwiająca wykrycie subklinicznego zapalenia błony maziowej w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS) i MIZS. MSUS przewyższa badanie kliniczne w wykrywaniu zapalenia błony maziowej w MIZS. Iniekcje glikokortykosteroidów (GKS) do stawów i pochewek ścięgien pod kontrolą USG są częstą procedurą przeprowadzaną u pacjentów z MIZS, są to bezpieczne interwencje o wysokim wskaźniku sukcesu terapeutycznego. Do diagnostyki zaburzeń mineralizacji kości używamy oceny densytometrycznej metodą podwójnej absorpcjometrii rentgenowskiej (DXA – dual-energy X-ray absorptiometry)⁸⁻¹⁷.

Do zapamiętania

Stwierdzenie odchylenia od normy w morfologii krwi, podwyższonych WSZ lub nieprawidłowości w badaniu obrazowym narządu ruchu u dziecka z zaburzeniami funkcji jednego stawu lub wielu stawów wskazuje na konieczność pilnej konsultacji reumatologicznej.

Podsumowanie

Choroby reumatyczne wieku rozwojowego są współcześnie coraz powszechniej spotykane z racji znacznie lepszej ich wykrywalności, nadal jednak stanowią poważny problem diagnostyczny i terapeutyczny. W ostatnich 20 latach dokonał się przełom w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń reumatycznych. Pojawienie się nowych metod diagnostyki immunologicznej, genetycznej oraz obrazowej pozwoliło lepiej zrozumieć podłoże i przebieg kliniczny tych chorób. Równoległe nastąpił niewiarygodny postęp w metodach leczenia. Od ponad 20 lat trwa era leczenia biologicznego, znacznie skuteczniejszego i bezpieczniejszego w porównaniu z wcześniejszymi metodami. Wciąż jednak nie ustają poszukiwania specyficznych markerów poszczególnych chorób reumatycznych, nadal też opieramy się na znajomości obrazu klinicznego poszczególnych chorób. Szeroka diagnostyka biochemiczna, serologiczna i molekularna pozwala różnicować postaci choroby. Zastosowanie i zintegrowanie

nowoczesnej diagnostyki immunologicznej i obrazowej stało się podstawą rozpoznania oraz oceny aktywności choroby^{8,9,12-14,18}. Dzięki nowoczesnej diagnostyce nastąpiła istotna poprawa w wykrywaniu poszczególnych schorzeń, dzięki czemu długoterminowe rokowanie stało się znacznie korzystniejsze, a ryzyko odległych następstw choroby się zmniejszyło. Warunkami prawidłowego postępowania są wczesne rozpoznanie i jak najszybsze rozpoczęcie oraz prawidłowe prowadzenie możliwie najskuteczniejszej terapii. Aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty leczenia chorób reumatycznych u dzieci, konieczna jest współpraca z wieloma specjalistami – w przypadku schorzeń wieku rozwojowego szczególną rolę odgrywają pediatra i lekarz rodzinny.

Adres do korespondencji:
dr hab. n. med. Zbigniew Żuber, prof. nadzw.
Katedra Pediatrii, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: zbyszekzuber@interia.pl

© 2020 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

ABSTRACT

Diagnosis of selected rheumatic diseases in childhood and adolescence

It is commonly believed that rheumatic diseases almost exclusively afflict the adult population, especially senior citizens. However, owing to modern diagnostics, they are increasingly more often diagnosed in children. The diagnosis of paediatric rheumatic diseases currently poses a considerable challenge to doctors.

This article describes key diagnostic tools for detecting rheumatic diseases in children. Of crucial importance in history taking are obtaining a family history and determination of the time of onset of symptoms. Diagnostic work-up for rheumatic diseases should not be confined to assessment of the musculoskeletal system, but should also involve an evaluation of the child's overall health, as rheumatic diseases may produce symptoms related to any organ and system. Accessory laboratory tests and imaging studies are initially performed to enable differential diagnosis and tentative identification of a specific condition and later serve to assess the course of the disease and monitor complications and response to therapy.

Piśmiennictwo

- Fischer K, Brzosko M. (red.). Diagnostyka laboratoryjna chorób reumatycznych. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, 2019
- Cassidy JT, Petty RE. Juvenile idiopathic arthritis. In: Textbook of pediatric rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders 2005
- Petty RE, Laxer RM, Lindsley C, et al. Textbook of pediatric rheumatology. 7th ed. Philadelphia: Saunders 2016
- Olesińska E, Postępski J. Badanie lekarskie. W: Smolewska E (red.). Reumatologia wieku rozwojowego. Kompendium. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019:4-11
- Lipińska J, Sobczyk M, Turowska-Heydel D. Badania dodatkowe w chorobach reumatycznych u dzieci. W: Smolewska E (red.). Reumatologia wieku rozwojowego. Kompendium. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019:11-35
- Romicka AM, Rostropowicz-Denisiewicz K. Zapalne choroby reumatyczne w wieku rozwojowym. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005:146-60
- Rutkowska-Sak L, Żuber Z, Wierzbowska M. Choroby reumatyczne wieku dziecięcego. W: Wiland P (red.). Reumatologia 2011/2012 – nowe trendy. Poznań: Termedia, 2012:125-40
- Żuber Z. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów. *Pediatr Dypł* 2012;16(2):23-32
- Smolewska E, Żuber Z. Aktualne cele, możliwości i perspektywy leczenia młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów w Polsce i na świecie. *Forum Reumatol* 2016;2(1):14-20
- Żuber Z, Turowska-Heydel D, Sobczyk M, Chudek J. Prevalence of HLA-B27 antigen in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Reumatologia* 2015;53(3):125-30
- Rutkowska-Sak L (red.). Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów – nie tylko nowości. Poznań: Termedia, 2014:89-112
- Smolewska E, Opoka-Winiarska V, Żuber Z. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów. W: Smolewska E (red.). Reumatologia wieku rozwojowego. Kompendium. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019:127-38
- Żuber Z, Korkosz M, Sobczyk M i wsp. Próba skojarzonego wykorzystania przeciwciał antycytrulinowych III generacji (aCCP3 klasy IgG/IgA), czynników reumatoidalnych w klasach IgM, IgA i IgA oraz rezonansu magnetycznego i ultrasonografii stawów w diagnostyce młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów. *Reumatologia* 2010;48(3):159-64
- Opoka-Winiarska V, Żuber Z, Smolewska E. Diagnostyka i leczenie młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów – co powinien wiedzieć o nich pediatra. *Pediatr Dypł* 2017;16(2):6-18
- Malattia C, Rinaldi M, Martini A. The role of imaging in juvenile idiopathic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol* 2018;14(8):681-94
- Nusman CM, de Horatio LT, Hemke R. Imaging in juvenile idiopathic arthritis – international initiatives and ongoing work. *Pediatr Radiol* 2018;48(6):828-34
- Magni-Manzoni S, Malattia C, Lanni S, et al. Advances and challenges in imaging in juvenile idiopathic arthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2012;8(6):329-36
- Żuber Z, Piezga A, Sobczyk M i wsp. Wartość oznaczenia przeciwciał przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi w diagnostyce MIZS. *Reumatologia* 2006;44(5):255-9