

JÜVENİL İDYOPATİK ARTRİT

14. BÖLÜM

Mehmet YILDIZ¹
Fatih HAŞLAK²
Özgür KASAPÇOPUR³

Giriş

Jüvenil idyopatik artrit (JİA), çocukluk çağında başlayan ve süregelen artrit ile kendini gösteren hastalıkların tamamını kapsayan bir çatı tanımdır ⁽¹⁾. JİA'nın, aynı etiyopatogenetik zeminden gelişen tek bir hastalık olmaktan ziyade, farklı temelleri olan fakat benzer klinik bulgulara neden olan hastalıklar için bir toplayıcı üst başlık olarak düşünülmelidir. Tanım olarak, bir hastada JİA tanısından bahsedilebilmesi için bilinen tüm süregelen artrit nedenlerinin dışlanması gerekmektedir. Çocukluk çağıının en sık süregelen romatizmal hastalıklarından biri olan JİA, erken tanılandırılamaz ve uygun tedavi edilemezse çok ciddi sakatlıklara ve hatta ölüme (sistemik JİA alt tipinde) neden olabilmektedir ⁽¹⁾⁽²⁾.

Epidemiyoloji

Hastalığın sıklığı ile dünyanın farklı bölgelerinden farklı rakamlar bildirilmektedir. Dünyanın farklı ülkelerinde yapılmış çalışmalarda hastalığın insidansı 9,2-25/100.000, prevalansı 12-113/100.000 olarak bildirilmiştir ⁽¹⁻⁴⁾. Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada hastalığın prevalansı 64/100.000 olarak bildirilmiştir ⁽⁵⁾.

Hastalığın alt tiplerinin dağılımı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde hastalığın en sık alt tipi oligoartiküler JİA iken, gelişmekte olan ülkelere sistemik JİA daha sık bildirilmektedir. Ayrıca bu ülkelere entezit ile ilişkili artrit sıklığının orantısal olarak gelişmekte olan ülkelerekinden daha fazla olduğu bildirilmiştir ⁽¹⁻⁴⁾.

Etiyopatogenezi

Hastalığın etiyopatogenezi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Günümüz bilgileri ışığında hastalığın, genetik ve/veya immünolojik yatkınlığı bulunan bireylerde çeşitli çevresel etkenlerin varlığından ortaya çıktığı düşünülebilir. Hastalık için tanımlanmış en önemli genetik risk faktörleri insan lökosit antijeni (HLA)-I, HLA-II, protein-tirozin fosfataz non reseptör (PTPN)2, PTPN22 ve interlökin 2 reseptör antagonisti (IL2RA)/CD 25 olarak bildirilmiştir. Ayrıca lakkaz domain içeren (LACC)1 geni ile ilişkili ailesel kronik artrit vakaları tanımlanmıştır ^(1,6). Hastalıkla enfeksiyonlar, travma, maternal sigara içiciliği, anne sütü ile beslenmeme gibi çevresel etkenleri ilişkilendiren çalışmalar olsa da ileri çalışmalarda nedensellik şu ana kadar gösterilememiştir ^(1,3).

¹ Yandal Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatolojisi BD, yildizmehmet@istanbul.edu.tr

² Yandal Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatolojisi BD, drfatihhaslak@gmail.com

³ Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatolojisi BD, ozgurkc@istanbul.edu.tr

En büyük dezavantajı her gün uygulanması gerekmesidir ⁽¹⁴⁾. İlaçla ilgili en sık bildirilen yan etki uygulama bölgesindeki lokal reaksiyonlardır. Bu yan etkiye zamanla tolerans gelişmekte ve uygulama sonrası soğuk uygulamanın yarar sağladığı bildirilmektedir ^(13,14).

Kanakinumab, IL-1 monoklonal antikorudur. Pediatrik kullanımda 40 kilogram altındaki çocuklarda 4 mg/kg 2 ayda bir, 40 kilogram üstündeki çocuklarda ise 150 mg/doz 2 ayda bir subkutan olarak kullanılmaktadır ^(13,14).

İnterlökin-6 (IL-6) Üzerinden Etkili olan İlaçlar

Pediatrik rutin kullanımda olan ve IL-6 karşıtı olarak etkinlik gösteren tek ilaç tosilizumab'tır. Tosilizumab monoklonal IL-6 reseptör antagonistidir. Tosilizumab'ın, 2 yaş üstü sistemik JİA hastalarında ve tedaviye dirençli poliartiküler JİA hastalarında etkin olduğu gösterilmiştir. Önerilen doz ayda bir 8 mg/kg'dır. En sık yan etki üst solunum yolu enfeksiyonu, nazofarenjit ve gastroenterittir ^(13,14).

SONUÇ

Sonuç olarak JİA, farklı klinik özelliklere sahip olan ve çocukluk çağında süregelen artrit ile kendini gösteren hastalıkları kapsayan bir çatı tanımdır. Hastalığın etiopatogenezi tam olarak hâlen aydınlatılamamıştır. Hastalığın uzun dönem sekellerinin önlenmesinde en önemli basamak erken tanı konulması ve uygun tedavi edilmesidir. Biyolojik ajanların kullanıma girmesinden önce hastalara erken tanı konulabilse bile ciddi sekeller meydana gelebilmekteydi. Günümüzde uygun tedavi ile hastalar neredeyse sekelsiz olarak takip edilebilmektedirler. Tedavi için her bir JİA alt tipinin kendine özgü yaklaşım gerektirdiği akılda tutulmalı ve hasta bireyin kişisel özellikleri göz önünde bulundurularak tedavi kararları verilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Petty RE, Laxer RM, Wedderburn LR. (2016). Chronic arthritis. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, Wedderburn LR, eds. Textbook of Pediatric Rheumatology. Elsevier Saunders Company; 188-273.
2. Barut K, Adrovic A, Şahin S, et al. Juvenile idiopathic arthritis. Balkan Med J 2017;34:90-101.
3. Barut K, Kasapçopur Ö. (2017). Juvenil İdiopatik Artrit. Yurdakök M (Ed.) Yurdakök Pediatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2352-61.
4. Makay B, Ünsal E, Kasapçopur Ö. (2018). Juvenil İdiopatik Artrit. Poyrazoğlu H, Sözeri B. (Ed.) Çocuk Romatoloji Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 95-111.
5. Ozen S, Karaaslan Y, Ozdemir O, et al. Prevalence of juvenile chronic arthritis and familial Mediterranean fever in Turkey: a field study. J Rheumatol 1998;25: 2445-9.
6. Karacan I, Uğurlu S, Şahin S, et al. LACC1 Gene Defects in Familial Form of Juvenile Arthritis. J Rheumatol 2018;45(5):726-8. doi:10.3899/jrheum.170834
7. Fink CW and the Task Force for Classification criteria. Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. J Rheumatol 1995;22:1566-69.
8. Petty RE, Southwood T, Baum J, et al. Revision of the proposal classification criteria for juvenile idiopathic arthritis; 1997. J Rheumatol 1998;25:1991-4.
9. 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.
10. Barut K, Adrovic A, Sahin S, et al. Prognosis, complications and treatment response in systemic juvenile idiopathic arthritis patients: A single-center experience. Int J Rheum Dis. 2019;22(9):1661-9. doi:10.1111/1756-185X.13649
11. Eloiseily EMA, Minoia F, Crayne CB, et al. Ferritin to Erythrocyte Sedimentation Rate Ratio: Simple Measure to Identify Macrophage Activation Syndrome in Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. ACR Open Rheumatol 2019;1(6):345-9. Published 2019 Jul 13. doi:10.1002/acr2.11048
12. Ravelli A, Minoia F, Davi S, et al. 2016 Classification Criteria for Macrophage Activation Syndrome Complicating Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology/Pediatric Rheumatology International Trials Organisation Collaborative Initiative. Ann Rheum Dis 2016;75(3):481-9. doi:10.1136/annrheumdis-2015-208982

13. Kasapçopur Ö, Barut K. Jüvenil idiyopatik artritte tedavi ve yeni tedavi seçenekleri. Türk Pediatri Arşivi 2015;50(1):1-10.
14. Makay B, Sözeri B, Özen S. (2012). Jüvenil İdiyopatik Artrit Tedavi Uzlaşı Rehberi. (Birinci Baskı) Deomed Yayınları:İstanbul.