

Gyermekkori nem reumás eredetű arthritisek

• Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium •

Az irányelvet összeállította: dr. Szónyi László

A gyermekkorban jelentkező ízületi fájdalmak jelentős differenciáldiagnosztikai jelentőséggel bírnak. A banális, traumát követő ízületi fájdalomtól a fertőzéseket követő arthritiseken át a szisztémás ízületi betegségekig széles a betegségek köre. E fejezet a nem szisztémás arthritisek ismertetésével foglalkozik: így a vírus okozta, a reaktív arthritisek, a tranzitórius coxitis, a Lyme-borelliosishoz társuló ízületi gyulladás és az arthritis purulenta sorolható ide. A szisztémás betegségek körébe tartozó arthritisek további ismertetése a reumatológiai fejezetben található.

Vírusfertőzések által kiváltott arthritisek

Definíció és alapvető megállapítások

A vírusfertőzések által kiváltott ízületi gyulladások esetében az ízületben, az ízületi tokban vagy a synovialis folyadékban vírusok és vírusokkal képzett komplexek mutathatók ki, melyek az ízületi gyulladással oki kapcsolatban vannak. A vírusfertőzésekhez társuló arthritisek lehetnek parainfekciózusak, posztinfekciózusak. A kórkép jóindulatú, ezért a diagnosztika legfontosabb feladata egyéb súlyos kórképektől való elkülönítés. A vírusfertőzés által okozott arthritis a kiváltó vírus (*varicella*, *herpes simplex*, *cytomegalovirus*, *rubeóla*, *adenovírus*, *hepatitis B*) szerint osztályozható. Oltást követően is kialakulhat (pl. rubeólavakcináció után).

Tünettan

A vírusfertőzések jellegzetes, de ritkán specifikus tüneteikhez (láz, felső légúti gyulladás, exanthema, izomfájdalom, gastrointestinalis tünetek) arthralgia, ritkábban arthritis társul.

Diagnosztikai lépések

A diagnosztika célja a vírusfertőzés igazolása és egyéb betegség kizárása. Elkülönítő kórisme szempontjából fontos kórképek: trauma, bakteriális fertőzés, autoimmun betegség, malignus betegségek, keringési zavar, porc- vagy csontdefektus.

Laboratóriumi vizsgálatok:

- n* vérkép, akutfázis-reakció vizsgálata;
- n* vizelet;
- n* ízületi punkció bakteriális fertőzés kizárása céljából;
- n* általában a kórokozó igazolásának nincs klinikai jelentősége, de egyes esetekben hasznos lehet a kórképet legjellemzőbben kiváltó vírusok vizsgálata;
- n* a kórkép súlyosságától és a differenciáldiagnosztika fontosságától függően szükség lehet vírusszerológiai, hemokultúra-, immunológiai, autoantitest-vizsgálatra, malignitas gyanúja esetén csontvelővizsgálatra.

Képalkotó eljárások:

- n* az érintett ízület röntgenvizsgálata, lágyrész-duzzanat látszik, de destrukció nem alakul ki;
- n* az érintett ízület UH-vizsgálata folyadékgyülem kimutatására;
- n* egyes esetekben csontszcintigráfia, amelyeknél más betegség kizárása szükséges, pl. multifokális osteomyelitis;
- n* súlyos általános tünetek esetén mellkasröntgen, hasi UH.

Kezelés

Oki kezelés nincs. Tüneti kezelés elegendő, ágynyugalom, nem szteroid gyulladáscsökkentő, esetenként gyógytorna.

Prognózis és szövődmények

A prognózis jó. A betegség szövődménymentesen gyógyul.

Megelőzés

Nincs.

Tranzitórius coxitis

Definíció és alapvető megállapítások

A csípőízület synoviájának hipertrófiával járó nem specifikus, jóindulatú, fájdalmas gyulladása, mely kialakulhat vírusfertőzés, allergiás reakció miatt vagy traumát követően. Általában a kisgyermekkor betegsége. Az anamnézisben gyakran szerepel megelőző (felső légúti, feltételezhetően virális) fertőzés. A panaszok elhúzódó jellege juvenilis rheumatoid arthritisre utal. A trauma a leggyakoribb ok kisdedkori ízületi fájdalom esetén, ezért minden esetben gondolni kell rá.

Tünetek

Hirtelen vagy rövid idő alatt jelentkező csípőtáji fájdalom, mely az esetek egy részében járásképtelenséget eredményezhet. A fájdalom mellett a csípő mozgásai beszűkültek, a csípő többnyire abdukált, kissé flektált és kifelé rotált helyzetben van. Általános betegség tünetei általában nincsenek. Az egyik oldali csípő fájdalom.

Diagnosztikai lépések

A diagnosztika célja fertőzés, egyéb betegség kizárása és az ízületi folyadékgyülem kimutatása. Elkülönítő kórisme szempontjából fontos kórképek: trauma, bakteriális fertőzés, autoimmun, malignus betegségek, Perthes-kór, epiphyseolysis, osteochondritis.

Laboratóriumi vizsgálatok:

n vérkép, akutfázis-reakció vizsgálata;

n vizelet;

n nagyon ritka esetekben a kórkép súlyosságától és a differenciáldiagnosztika fontosságától függően szükség lehet immunológiai, autoantitest-vizsgálatra, malignitas gyanúja esetén csontvelővizsgálatra.

Képalkotó eljárások:

n az érintett csípő ultrahangvizsgálata, mely általában kis mennyiségű folyadékot mutat;

n amennyiben a klinikai tünetek alapján egyéb betegség gyanúja is felmerül, további képalkotó vizsgálatra lehet szükség a panaszoktól függően.

Kezelés

Az ízület megfelelő tehermentesítése és nem szteroid gyulladáscsökkentő adása. Szigorú ágynyugalom javasolt a teljes klinikai és radiológiai gyógyulásig. A panaszok néhány nap alatt elmúlnak, de fokozott terhelés és testnevelési foglalkozás alóli átmeneti felmentés javasolt.

Prognózis és szövődmények

A prognózis jó. Az esetek 10%-ában Perthes-kór alakul ki, ezért a betegek követése és három hónap múlva Lauenstein-felvétel javasolt.

Megelőzés

Nem ismert.

Reaktív arthritisz**Definíció és alapvető megállapítások**

A reaktív arthritisek (RA) enterális (pl. *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Klebsiella*) vagy urogenitalis (pl. *Chlamydia*, *mycoplasma*) fertőzés után kialakuló krónikus, steril ízületi gyulladások, melyek elsősorban a T-lymphocyták autoimmun ízületi keresztreakciójának következtében alakulnak ki. A reaktív arthritisek a szeronegatív spondylarthritisek csoportjába tartoznak. A betegek jelentős része HLA B27 antigént hordoz.

Tünettan

A betegség a fenti kórokozók által okozott bakteriális fertőzés lezajlása után néhány héttel kezdődik sántítással, esetleg járásképtelenséggel. A betegek a megelőző bakteriális fertőzésre (pl. 1–2 napos hasmenés) sokszor nem emlékeznek. A panaszok általában 6 hét alatt elmúlnak, de krónikus panaszok jelentkezhetnek spondyloarthropathia és krónikus ízületi gyulladás formájában. Általában az alsó végtag nagy ízületei érintettek. Hőemelkedés, conjunctivitis, iritis előfordulhat.

Diagnosztikai lépések

A diagnosztika célja az RA igazolása, a kiváltó kórokozó igazolása és egyéb ízületi betegség kizárása. Elkülönítő kórisme szempontjából fontos kórképek: trauma, bakteriális fertőzés, Kawasaki-betegség, autoimmun, malignus betegségek, Crohn-betegség, colitis ulcerosa.

Figyelem: a leukémiák harmadában az ízületi vagy csontfájdalom prezentációs tünet.

Laboratóriumi vizsgálatok:

- n* vérkép, akutfázis-reakció igazolása;
- n* vizelet;
- n* székletbakteriológiai vizsgálattal az esetek 15–20%-ban lehet kórokozót kimutatni;
- n* a kiváltó kórokozó igazolása szerológiai vizsgálattal;
- n* HLA B27 antigén vizsgálata;
- n* autoantitest-vizsgálat.

Képalkotó eljárások:

- n* az érintett ízület röntgenvizsgálata;
- n* az érintett ízület UH-vizsgálata;
- n* csontszcintigráfia (bizonytalan esetekben).

Kezelés

Oki kezelés nincs. Az esetleg perzisztáló kórokozó eliminálására irányuló tartós antibiotikum-adással kapcsolatban az irodalom nem egységes.

Tüneti kezelésben fontos szerep jut a nem szteroid gyulladáscsökkentőknek.

A fizioterápia döntő a mozgások megőrzésében.

Prognózis és szövődmények

A betegség jóindulatú, 4–5 hónap alatt megnyugodhat. Követésező vizsgálat szerint a betegek egyharmada szenved valamilyen krónikus ízületi panasz miatt, 15%-uknak radiológiai sacroileitise alakul ki.

Megelőzés

HLA B27 antigént hordozó családok követése és bakteriális fertőzéseiknek gondos kezelése.

Lyme-borreliosis

Definíció és alapvető megállapítások

A Lyme-borreliosis kullancscsípés útján terjesztett *Borrelia burgdorferi* által okozott betegség. A betegség emberről emberre nem terjed. A lappangási idő 2–32 nap a kullancscsípés után a jellegzetes erythema migrans (korai tünet, I. stádium) megjelenéséig. A korai tünetet későiek követhetik, mint vázizomzati manifesztációk (arthritis, főként a nagy ízületek), idegrendszeri manifesztációk, cardiovascularis érintettség. Az arthritis megjelenhet a fertőzés után egy hónappal, de 2–3 év múlva is. Az ízületi gyulladás baktérium által kiváltott nem gennyes gyulladás. Az akut fázisban a synoviában polimorfonukleáris sejtek szaporodnak fel. Krónikus rekuráló arthritis stádiumában hipertrofizáló synovia és lymphocytás infiltráció észlelhető. A krónikus rekuráló ízületi gyulladás elsősorban HLA-DR2, HLA-DR3, HLA-DR4 betegeknél fordul elő, akiknél autoimmun válasz indul be és okoz krónikus, nem specifikus gyulladást az ízületekben akár hosszú idővel azután, hogy a baktérium már kivesztült a szervezetből.

Gyakoriság

Csont- és izomrendszeri gyulladás a kezeletlen betegek több mint felénél jelentkezik. A Lyme-borreliosis gyakorisága a kullancsok fertőzöttségétől függ, és jelentős különbségek vannak Magyarország egyes területei között. Kullancsban gazdag területeken gyakoribb.

A kórkép osztályozása

Ízületi panaszok megjelenhetnek a betegség kezdetét követő 2–3 hét után (II. stádium) vagy a kezdeti infekció után hónapokkal, évekkel (III. stádium).

Tünettan

A betegek 70%-ánál szerepel kullancscsípés az anamnézisben. Erythema chronicum migrans megerősíti a gyanút. Kezdetben vándorló arthralgia, majd nagy ízületi arthritis, típusosan a térd gyulladása jelentkezik. Kis ízületek gyulladása ritka.

Diagnosztikai lépések

A szerológiai bizonytalanság miatt egyéb arthritist okozó betegségeket ki kell zárni. Lyme-borreliosis gyanúja esetén keresni kell a borreliosis egyéb tüneteit (idegrendszeri eltérés, pancarditis).

Laboratóriumi vizsgálatok:

- n* vérkép, akutfázis-reakció vizsgálata;
- n* vizelet;
- n* *Borrelia burgdorferi*-szerológia, *Borrelia*-antitest-pozitivitás nem jelenti a betegség aktivitását, az alkalmazott antitestvizsgálat gyakran ad hamis pozitív és ritkán hamis negatív eredményt, standard vizsgálmódszerrel nem rendelkezünk;
- n* kétes esetben az ízület punkciója;

n szükség lehet immunológiai, autoantitest-vizsgálatra, malignitas gyanúja esetén csontvelővizsgálatra;
n neuroborreliosis esetén liquorvizsgálat és -szerológia.

Képalkotó eljárások:

n az érintett ízület ultrahang- és röntgenvizsgálata.

Kezelés

A kezelést Lyme-borreliosisban jártas intézetben javasolt elvégezni. A *Borrelia* számos antibiotikumra érzékeny.

Antibiotikum adása iv. 14 napon keresztül, ceftriaxon 50 mg/kg naponta 1x, vagy cefotaximot naponta 3x, vagy g-penicillint naponta 6x.

Az orális kezelés időtartama 30 nap: amoxicillin 50 mg/kg/nap 3 adagban vagy 12 év feletti gyermeknek doxycyclin 100 mg/nap. 4 héten keresztül javasolt. Recidíva lehetséges. Az oki kezelés mellett tüneti kezelés is javasolt, borogatás, nem szteroid gyulladáscsökkentők.

Prognózis és szövődmények

Az ízületi gyulladás általában szövődmény nélkül gyógyul. A betegség követése javasolt.

Megelőzés

A *Borrelia burgdorferi*-fertőzés elleni megfelelő védőoltás klinikai kipróbálás stádiumában van. Kullancscsípést követően antibiotikum-profilaxis nem indokolt. A megelőzés legjobb eszköze a kullancs eltávolítása.

A Lyme-borreliosis bejelentésre kötelezett betegség.

Arthritis purulenta

Definíció és alapvető megállapítások

Az arthritis purulenta (AP) az ízületek gennykeltő baktériumok által okozott gyulladása. Leggyakrabban csecsemő- és kisdedkorban fordul elő. Az ízület üregét genny tölti ki, az ízfelszín elpusztítja, ankylosis alakulhat ki. Újszülött- és csecsemőkorban a *Staphylococcus aureus*, *B csoportú Streptococcus*, *E. coli* a gyakori kórokozó. Két hónapos és ötéves kor között a *Haemophilus influenzae*, majd idősebb korban ismét a *Streptococcus* és *Staphylococcus* a leggyakoribb kórokozó. Az AP általában hematogén úton alakul ki, de lokális fertőzés is lehetséges. Az esetek egy részében iatrogén (katéterezést követő bacteriaemia vagy ízületi punkciót követően). Minden arthritis esetén gondolni kell rá, gyorsan fel kell állítani a diagnózist és elkezdni a kezelést. Kezelés nélkül vagy későn megkezdett kezelés esetén súlyos, szepikus állapot alakulhat ki destruktív következménnyel. A gyors diagnózis és időben megkezdett kezelés döntő fontosságú.

Tünettan

A gyermekek lázasak, elesettek, komoly fájdalmaik vannak, súlyos beteg benyomását keltik. Anergiás szervezetben jelentkezhet láz nélkül is. Az érintett ízület meleg, duzzadt, fájdalmas, és működése sérült.

Diagnosztikai lépések

A kórokozó kimutatása a megfelelő kezelés beállítása miatt nagyon fontos, ezért javasolt az ízület punkciója és hemokultúrák levétele. Amennyiben nem igazolható a lokális fertőzés (sérülés), góc keresése javasolt. Elkülönítő kórisme szempontjából fontos kórképek: leukémia, csonttumorok, neuroblastoma, hemofília, sarlósejtes anémia, Schönlein–Henoch-purpura, Lyme-kór, reumás láz.

Laboratóriumi vizsgálatok:

n vérkép, We, CRP, máj-, vesefunkció;

n vizelet;

n a kórokozó igazolása döntő jelentőségű a megfelelő kezelés beállítása miatt, ennek érdekében ízületi punkció és hemokultúra javasolt.

Képalkotó eljárások:

n az érintett ízület röntgen- és UH-vizsgálata (a röntgenfelvételeken a periostealis reakció csak 10–12 nap után várható);

n kérdéses esetben technéciumizotóp-vizsgálat javasolt;

n súlyos általános tünetek esetén mellkasröntgen, hasi UH.

Kezelés

Széles spektrumú, nagy dózisú, intravénás antibiotikum-kezelés elkezdése, melyet az érzékenységnek megfelelően módosítani kell. A kezelés ideje 1–2 hét. Tüneti kezelés (láz-, fájdalomcsillapítás, ízület nyugalomba helyezése). Az akut szak után rehabilitációra szükség van.

Staphylococcus-fertőzés esetén oxacillin adása. *H. influenzae* esetén ceftriaxon 100 mg/kg/nap.

Prognózis és szövődmények

Roszsabb a prognózis fiatal életkorban, immunszupprimált egyénnél. Ízületi destrukció esetén a beteg szakintézetben történő rehabilitálása szükséges.

Megelőzés

Nincs módszerünk a kórkép megelőzésére.