

Az arthritisek differenciáldiagnosztikája a gyermekkorban

DR. DÉRFALVI BEÁTA, DR. BALOGH ZSOLT,
DR. SZŐKE GYÖRGY, DR. VERES GÁBOR

A Rezidens Szalon második rendezvényére 2011 júniusában került sor a Semmelweis Szalonban. Miként a múltkori számban beszámoltunk, ez egy újfajta továbbképzési forma, melynek során egy differenciáldiagnosztikai témakör adja a gerincet, kiegészítve tudományos résszel és képzőművészeti fejezettel.

DR. DÉRFALVI BEÁTA, Semmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, **DR. BALOGH ZSOLT**, ORFI és Semmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, **DR. SZŐKE GYÖRGY**, Semmelweis Egyetem, Ortopédiai Klinika, **DR. VERES GÁBOR**, Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

A legutóbbi Rezidens Szalon fő témája a gyermekkori arthritisek differenciáldiagnosztikája volt, az előadók: *dr. Dérfalvi Beáta*, gyermek-immunológus, *dr. Balogh Zsolt* reumatológus és *dr. Szőke György* ortopéd szakorvos.

MIT ÉRTÜNK ARTHRITISEN?

Arthritis: gyulladt, duzzadt, meleg ízület, általában beszűkült mozgástartományokkal. Aktív vagy passzív mozgás során a beteg fájdalmat jelezhet. Bizonytalanság esetén az ultrahangvizsgálat során látott ízületi folyadékgyülem segít igazolni. Fontos megkülönböztetni az *arthralgiától*, mely szubjektív tünet, gyulladás nem kíséri, és leggyakoribb oka a hipermobilis ízület és a növekedési fájdalom. Az arthralgia egyéb okai közé tartozik többek között a Perthes-kór, a Schaller–Osgood-betegség, az osteoid osteoma, a chondromalacia patellae és a meniscus-sérülés.

AKUT ARTHRITIS

Az *akut arthritisek* közül leggyakrabban a felső légúti vírusinfekciókhoz társuló, jóindulatú, tranzitorikus coxitis és egyéb,

néhány ízületet érintő parainfekciós arthritissel, illetve a többhetes, parenterális antibiotikum-kezelést igénylő szeptikus arthritissel találkozunk. Utóbbi ritka kórkép, de sürgős beavatkozást, terápiát, így intézeti felvételt igényel.

KRÓNIKUS ARTHRITIS

A *krónikus arthritis leggyakoribb oka a juvenilis idiopátiás arthritis* (JIA, régi nevén juvenilis reumatoid arthritis). A JIA ismeretlen eredetű, legalább 6 hete fennálló és legalább 1 ízületet érintő krónikus arthritis, mely 16 évesnél fiatalabb gyermeknél fordul elő, és melynek kórisméje minden egyéb ismert ízületi gyulladást okozó betegség kizárását követően állítható fel. Tüneteit, lefolyását, prognózisát és gene-

tikai hátterét illetően heterogén csoport. Prevalenciája: 1/1000 gyermek. A duzzadt ízületek gyakran *nem fájnak*, sokszor észre sem veszik azokat, de típusos panasz a reggeli ízületi merevség, és gyakori lelet a flexiós kontraktúra.

A JIA (JUVENILIS IDIOPÁTIÁS ARTHRITIS) CSOPORTOSÍTÁSA

- *Szisztémás forma*: arthritis és láz + egy vagy több tünet: (1) kiütés (halvány maculák, általában csak a láz idején); (2) lymphadenopathia; (3) hepato- vagy splenomegalia; (4) serositis (főként pericarditis). Nagybeteg küllem, napi 1-2 remittáló lázmenet, emelkedett akut fázis paraméterek és ferritin jellemzi. Gyakran ismeretlen eredetű láz oka lehet. Ki kell zárni a sepsist, leukaemiát, neuroblastomát,





Kawasaki-betegséget, SLE-t, vasculitiseket és reumás lázat.

- **Oligoarticularis forma:** az első 6 hónapban 1–4 ízület érintett. Általában lányoknál (6 éves kor alatt) fordul elő; aszimmetrikus nagyízületi érintettség, 75%-ban ANA-pozitivitás, 20%-ban uveitis jellemzi. Fontos a betegek réslámpavizsgálata 3 havonta!

- **Polyarticularis forma,** amely lehet reumafaktor- (RF-) pozitív és negatív is. Előbbire (RF+) jellemző, hogy általában 10 éven felüli lányoknál jelentkezik, több mint 5 ízület érintett, gyakori a kéz szimmetrikus kisízületi duzzanata, a röntgenfelvételen progresszív korai eróziók láthatók.

Ide tartozó kórkép még az *arthritis psoriatica* és az *enthesitissel* (enthesis=az inak tapadási helye a csontokon) járó *arthritis*ek.

A KIVIZSGÁLÁS MENETE A GYULLADT ÍZÜLETEK SZÁMA SZERINT

A leukaemia 50–75%-ban osteoarticularis tünetekkel indul, mindig gondolni kell rá (függetlenül az érintett ízületek számától). Gyanús esetekben csontvelővizsgálat szükséges!

Monarthritis, azaz egy ízület érintettsége esetén punkció szükséges diagnosztikai célból, illetve a növekedési porc tehermentesítésére. Akut kezdet, láz, erythema, extrém fájdalom, gyulladós laborparaméterek emelkedése és pozitív aspirációs

lelet esetén sürgősségi kórképről van szó! Ha az aspirátum genny, akkor bakteriális arthritis/sepsis valószínű; tenyésztés és célzott antimikrobás kezelés szükséges. Ha az aspirátum vér, akkor haemarthrosnak hívjuk, melynek hátterében trauma, haemophilia vagy coagulopathia állhat. Fontos kiemelni, hogy a csonttumor (Ewing-sarcoma, osteosarcoma) lehetőségét röntgenvizsgálattal ki kell zárni.

Ha a beteg ANA-pozitív és/vagy bőrtünete is van, illetve uveitis is igazolható, a JIA különböző alcsoportjaira kell gondolnunk, illetve Lyme-kór vagy gyulladós bélbetegség jön szóba. Gyakori a *benignus tranzitorikus coxitis*, mely kisdetek/óvodások felső légúti huruthoz kapcsolódó csípőízületi gyulladása, amely pár nap alatt ágyynyugalom és NSAID adása mellett rendeződik.

Oligoarthritis (2–4 ízület érintett) esetén, ha a beteg ANA-pozitív és bőrtünete is van, akkor JIA jön szóba, amihez társulhat akut vagy krónikus uveitis. Parainfekciós tünetként jelentkezhet számos vírusinfekcióhoz (parvo B19, enterovírus, hepatitis B, HHV5, HIV), esetleg Streptococcus-fertőzéshez kapcsolódóan. **Reaktív arthritis** a diagnózis, ha az ízületi gyulladás előtt 2–6 héttel Shigella-, Salmonella-, Campylobacter-, Yersinia- vagy Chlamydia-fertőzés zajlott a betegnél. Az akut fázis paraméterek általában emelkedettek, 6–24 hónapig (!) tarthat, és gyakori a HLA-B27-pozitivitás

Polyarthritis esetén a JIA szisztémás vagy polyarticularis formája, szisztémás

autoimmun betegségek, vasculitisek jönnek szóba. Migráló arthritis, emelkedett AST esetén, ha a Jones-kritériumok teljesülnek, a ma már rendkívül ritka reumás lázra kell gondolnunk.

ÍZÜLETI PROBLÉMÁK AZ ORTOPÉDUS SZEMÉVEL

Dr. Szőke György előadásában három fontos témakört tárgyalt. Egyrészt a serdülőkor körüli időszakban jelentkező térdfájdalom, bizonytalan térd körüli panaszosság esetén először mindig a csípőt kell megvizsgálni, mert gondolni kell az epiphyseolysis capitis femoris lehetőségére. Másrészt a dongalásbás újszülöttet a megszületést követően már néhány nappal egy speciális gipszelési technikával (PONSETI-féle redressziós technika) ajánlott kezelni, mellyel a szükséges későbbi nagy sebészeti korrekciók száma így felére–harmadára csökkenthető. Harmadrészt az igazolt valódi flexibilis pes calcaneoplanovalgus, flexibilis lúdtalp esetében a legfontosabb a láb szupináló aktivitásának helyreállítása, a musculus tibialis posterior funkciójának kondicionálásával, a láb külső élén való járásgyakorlatokkal. Ez a legfontosabb a láb statikájának helyreállításában. A betétek önmagukban nem képesek a fenti deformitás megoldására.

A ZSÍROK ÉS A BALATON FESTŐJE

A szakmai programot dr. Karádi István professzor úr zárta, aki egyben a Semmelweis Egyetem dékánja is. Rendkívül élvezetesen és érthetően beszélt a magas triglicerid- és koleszterinszint klinikai jelentőségéről. Az ismeretátadáson kívül kiváló példát kaptunk arról, hogy kell előadni, a hallgatóság figyelmét fenntartani. Ezt követte *Fertőszögi Péter*, a Kogart Ház (www.kogart.hu) művészettörténésze, aki nagyon élvezetes előadást tartott *Egri Józsefről*, a Balaton festőjének műveiről.

A Rezidens Szalon legközelebb 2011. szeptember 28-án kerül megrendezésre, ahol a glomeruláris vesebetegségek lesznek a fő témák. A Rezidens Szalon résztvevői továbbra is igen kedvezményes áron fizethetik elő a Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemlét (12 500 Ft helyett 4000 Ft/év).