



Stanowisko Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii dot. chorób reumatycznych wieku rozwojowego z okazji Światowego Dnia Chorób Reumatycznych Wiekurozwojowego (WORD Day) z dnia 18 marca 2021 r.

Światowy Dzień Chorób Reumatycznych Wiekurozwojowego (**World YOUNG Rheumatic Diseases Day, WORD Day**; <https://wordday.org/about-word-day>) to coroczne wydarzenie, które odbywa się **18 marca**. Jego celem jest **podniesienie świadomości i poziomu wiedzy rodziców, lekarzy, lekarzy pierwszego kontaktu, nauczycieli i ogółu społeczeństwa na temat chorób reumatycznych u dzieci, aby pomóc przede wszystkim we wczesnej diagnozie oraz szybkim skierowaniu do wyspecjalizowanych reumatologów dziecięcych.**

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) to przewlekła choroba tkanki łącznej rozpoczynająca się przed 16 r.ż., z nawracającymi okresami zaostrzeń i poprawy. Liczba nowych zachorowań w Polsce wynosi ok. 9,5-10 na 100 tys. dzieci rocznie. MIZS może wystąpić w każdym wieku, przy czym zachorowania poniżej 6 miesiąca życia są niezwykle rzadkie. MIZS jest najczęstszą chorobą reumatyczną w wieku rozwojowym. Nie jest to jedna klasyczna jednostka chorobowa, ale heterogenna grupa chorób objętych wspólną klasyfikacją przede wszystkim ze względu na wiek występowania objawów klinicznych. **MIZS może się objawić jako choroba stosunkowo łagodna, ogólnie dobrze rokująca, ale może wystąpić nagle jako choroba o bardzo ciężkim przebiegu i złym rokowaniu.**

Wyróżnia się kilka postaci MIZS w zależności od liczby zajętych stawów, obecności lub braku manifestacji zapalnych pozastawowych oraz obecności lub braku dodatkowych markerów jak czynnik reumatoidalny RF czy antygen B27. Najczęstszą z nich jest zapalenie stawów o początku nielicznostawowym (skąpostawowym), w której wyróżnia się postać przetrwałą, gdy proces zapalny zajmuje <4 stawy lub rozszerzającą się, gdy obejmuje ≥ 4 stawy po pierwszych 6 miesiącach choroby. Oprócz początku skąpostawowego MIZS może rozpoczynać się jako choroba wielostawowa lub zapalenie stawów z zapaleniem przyczepów ścięgniętych lub łuszczykowe zapalenie stawów lub postać układowa, najgorzej rokująca, przebiegająca z

gorączką, wysypką, powiększeniem wątroby, śledziony i węzłów chłonnych oraz zapaleniem błon surowiczych. Zapalenie stawów może nie występować w początkowym okresie choroby o początku układowym. W wieku rozwojowym mogą się także rozwinąć inne układowe choroby tkanki łącznej, takie jak toczeń rumieniowaty układowy, zapalenie skórno-mięśniowe, twardzina czy zapalenia naczyń jak choroba Kawasaki.

Charakterystyczne dla MIZS jest w większości zajęcie niesymetryczne dużych stawów, wczesnym objawem jest także występowanie przykurczów mięśniowych. MIZS wiąże się z dużym ryzykiem rozwoju powikłań wynikających z zapalenia błony naczyniowej oka, które może doprowadzić do utraty wzroku. MIZS może przekształcić się w wieku dorosłym w pełnoobjawowe reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) lub zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) lub łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS). Ponadto, u dzieci które zachorowały we wczesnym dzieciństwie, często dochodzi do zaburzeń rozwojowych, w tym zahamowania wzrostu.

Polskie Towarzystwo Reumatologiczne i konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii zwracają uwagę, że odpowiednia wiedza i wyczulenie osób w środowisku dziecka, w tym rodziców, nauczycieli oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej może pozwolić na wczesne rozpoznanie choroby i skuteczne leczenie.

Celem leczenia MIZS jest zahamowanie aktywności zapalnej i immunologicznej choroby oraz zatrzymanie lub spowolnienie postępu zmian chorobowych w stawach, ale także zapobieganie zaburzeniom rozwojowym, niskorosłości i niepełnosprawności oraz niedopuszczenie do osteoporozy, dysfunkcji narządów wewnętrznych i narządu wzroku, a także powikłania choroby amyloidozą. Przywrócenie pełnej sprawności funkcjonalnej dziecka i maksymalna poprawa jakości jego życia powinny być priorytetem.

Strategia leczenia MIZS zależy od typu początku i przebiegu choroby. Leczenie powinno być kompleksowe, uwzględniające udział specjalistów wielu dziedzin. **Leczenie farmakologiczne powinno być intensywne i skojarzone, ponieważ choroba jest najaktywniejsza w pierwszych trzech latach od chwili zachorowania.** Dotychczas powszechnie stosowane są leki modyfikujące postępowanie choroby i immunosupresyjne, jak metotreksat, sulfasalazyna, arechina, cyklosporyna A, azatiopryna oraz glikokortykosteroidy. U chorych, u których MIZS ma bardzo aktywny przebieg, przy braku odpowiedzi na stosowane leczenie należy rozpocząć terapię biologiczną.

W Polsce dostęp do leczenia biologicznego gwarantowany jest w ramach programu lekowego B.33 dla pacjentów spełniających określone kryteria. Niestety nie są one w pełni zgodne z aktualną wiedzą medyczną i rekomendacjami, co ogranicza korzystne efekty stosowanego leczenia. **Największym problemem jest konieczność wstrzymywania skutecznego leczenia u dzieci, które odnoszą korzyść z terapii. Prowadzi to ponownego wzrostu aktywności choroby i bardzo często niweczy wieloletni wysiłek lekarzy, rodziców i samego dziecka zmierzający do ratowania jego zdrowia.**

Polskie Towarzystwo Reumatologiczne i konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii mają nadzieję, że zmiany w kryteriach programów lekowych, w tym **zniesienie ograniczeń czasu leczenia biologicznego** we wszystkich wskazaniach, w tym dla dzieci z MIZS będzie miało miejsce od maja 2021 r.

dr **Marcin Stajszczyk**

Przewodniczący Komisji ds. Polityki
Zdrowotnej i Programów Lekowych
Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

prof. **Marek Brzosko**

Prezes
Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii

prof. **Zbigniew Żuber**

Sekcja Reumatologii Wieku Rozwojowego
Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego