

Klinički spektar Stillove bolesti u odraslih

Ivan Zgradić

Specijalistička poliklinika VMA — Beograd,
Kabinet za reumatologiju

Stručni rad

UDK 616.72-002

Prispjelo: 1. ožujka 1989.

U radu su prikazane kliničke osobnosti Stillove bolesti sa javljanjem u odrasloj dobi u 10 muškaraca i 2 žene. Svi bolesnici su zadovoljili kriterijume ARA i kriterijume nedavno usvojene EULAR-a i SZO 1977. godine u Oslu. Bolest je počela posle 16. godine života. U svih bolesnika se javio artritis (poliartritis, oligo ili pak monoartritis). Jedanaest bolesnika je imalo dugotrajnu febrilnost (najčešće intermitentnog tipa). Kožne promene je imalo 8 bolesnika, dok je limfadenopatiju imalo 6 bolesnika. Devet bolesnika je imalo splenomegaliju, a hepatomegaliju samo tri bolesnika. Karditis se javio u dva bolesnika, dok su poliserozitis

imala četiri bolesnika. Bolest je naginjala spontanim remisijama i recidivima u 11 bolesnika. Svih dvanaest bolesnika je imalo pozitivne nespecifične reakcije akutne faze zapaljenja. Leukocitozu i trombocitozu je imalo 10 bolesnika. Povišena alkalna fosfataza se javila u 8 bolesnika, a negativne testove na reumatoidne faktore je imalo čak 10 bolesnika.

Zavisno od nađenih poremećaja, bolesnici su lečeni u početku bolesti nesteroidnim antireumatskim lekovima (NSAL), antibioticima, hlorokinom, imunosupresivnim lekovima — sa različitim dejstvom.

Ključne riječi: Stillova bolest

Juvenilni hronični artritis (JHA) — Stillova bolest je deskriptivni naziv za grupu oboljenja dečijeg uzrasta koju karakteriše nesupurativna inflamacija zglobova hroničnog toka.^{14,16} Međutim, još i danas oboljenje se u literaturi sreće pod različitim nazivima: juvenilni reumatoidni artritis, juvenilni progresivni artritis, juvenilni hronični poliartritis, Still-*Chaufardova* bolest. Odnedavno je dogovoreno (EULAR, 1977. godine) i prihvaćeno da se ova bolest zove juvenilni hronični artritis.

Engleski lekar Still prvi put je još 1894. godine opisao, pored artikularne forme, i sistemski oblik ove bolesti, koja je po njemu nazvana Stillova bolest. Danas se jasno razlikuju prema početku bolesti i kliničkoj slici, sistemski oblik (Stillova bolest) i artikularni oblik JHA koji može biti: poliartikularni, monoartikularni i oligoartikularni. Prema današnjim kriterijumima, juvenilni hronični artritis se javlja u osoba do šesnaeste godine života, bilo da se radi o artikularnoj ili o sistemskoj formi. Zna se da bolest može početi u najranijem detinjstvu i u svim uzrastima dečijeg doba.

Prema Bywatersovom istraživanju poznato je da se sistemski oblik juvenilnog hroničnog artritisa može ispoljiti tek u odrasloj dobi (posle šesnaeste godine života). Ova forma bolesti je pre oko 15 godina priznata kao posebna nozološka jedinica pod nazivom Stillova bolest u odraslih. Da li je to juvenilni hronični artritis — sistemski oblik koji se nije ispoljila do šesnaeste godine života već kasnije, ili je to reumatoidni artritis u odraslih po tipu Stillove bolesti u dece, još je diskutabilno.^{1,8,11} Kada se javi u odraslih, često je zbog svog raznovrsnog početka i nekarakterističnog toka za duže vreme velika dijagnostička dilema. Zbog toga je potrebno u toj fazi isključiti mnoge druge bolesti (sepsu, tuberkulozu, skrivene maligne bolesti, leukozu, druge sistemske bolesti vezivnog tkiva i drugo), a bolesnici se moraju zbog toga

podvrgnuti vrlo opsežnim, složenim i skupim ispitivanjima.^{7,9,10} Mnogo puta temperatura je za duže vreme jedini ili vodeći znak bolesti, a ključni simptomi (artritis, kožne promene i drugo) se javljaju znatno kasnije, pa bolesnici bivaju ispitivani kao nejasno febrilno stanje. Zbog toga se kraće ili duže vreme u različitim ustanovama ispituju i leče pod različitim dijagnozama.

Ponekad je bolest praćena jakim abdominalnim bolovima pa se bolesnici izlažu nepotrebnoj eksplorativnoj laparotomiji. Modificirani dijagnostički kriterijumi ARA prikazani su na **tablici 1**.¹⁵

BOLESNICI I METODE RADA

U radu su analizirane kliničke manifestacije, rezultati ispitivanja i terapija u dvanaest bolesnika sa Stillovom bolešću, koja se javila u odrasloj dobi, a lečeni su na Odeljenju opšte interne medicine, odnosno na Reumatološkom odeljenju Klinike za unutrašnje bolesti Vojno-medicinske akademije u Beogradu, u vremenu od 1976. do 1983. godine.

Bilo je ukupno dvanaest bolesnika, od kojih su bile dve žene, životne dobi od 16 do 34 godine (prosečno 23,1 godina). Svi su ispunjavali odgovarajuće dijagnostičke kriterijume (tablica 1). U svih je izvršena analiza SE, krvne slike i pregled mokraćne. Biohemijsko ispitivanje krvi vršeno je na autoanalizatoru »Tehnicon«, kao i serološke reakcije na viruse i rikecije, AST, WAALER-Rose i RA latex test. Obavljeno je kompletno imunološko ispitivanje (proteinogram, imunoglobulini, PEG, krioglobulini). Imunoglobulini i komponente komplementa (C3 i C4) u serumu rađeni su imunodifuzijom po Manciniju (Behringwerke). Imuni kompleksi u serumu određivani su taloženjem sa polietilenglikolom po metodi Bouta i saradnika (1977). HBsAg u serumu određivan je rPHA (reakci-

jom reverzne pasivne hemaglutinacije), preparatom hepanostikon (Organon). HBs antitelo u serumu određivano je RIM (radioimunološkom metodom). Antinuklearna antitela (ANA) u serumu određivana su indirektnom IF metodom. Aktivnost enzima rađena je na uređaju »Gylford-3500«. Uz gore navedene tražene laboratorijske analize, rađene su i kompletne rendgenske pretrage, scintigrafske pretrage i sternalna punkcija. Po potrebi u bolesnika je rađena limfografija, eksplorativna laparotomija i druga dopunska ispitivanja (tablica 2).

REZULTATI

Dijagnoza u naših bolesnika je postavljena i potvrđena u skladu sa modifikovanim kriterijumima na sastanku stručnjaka EULAR-a i SZO 1977. godine u Oslu i modifikovanih kriterijuma ARA.

Vreme od početka bolesti do postavljanja dijagnoze je iznosilo od 2 do 22 meseca (prosečno 6,1 mesec), (tablica 2). Za to vreme bili su lečeni u različitim

ustanovama pod različitim dijagnozama (tablica 3). Kao što se vidi, lečeni su pod dijagnozama: sepsa 2 bolesnika, febrilno stanje nejasne etiologije 8 bolesnika, reumatska groznica 4 bolesnika, maligni limfom 3 bolesnika, akutna leukoza 2 bolesnika. Istovremeno je jedan te isti bolesnik u različitim fazama svoje bolesti bio lečen pod različitim dijagnozama.

Klinički simptomi i znaci bolesti dati su na tablici 4. Svi osim jednog bolesnika, imali su visoku telesnu temperaturu, najčešće intermitentnog tipa, praćenu ježom i drhtavicom, koja se najčešće javljala u recidivima u razmaku od 1 do 6 meseci. U 10 od 12 bolesnika, bolest je počela sa temperaturom, dok se u dva bolesnika temperatura javila kasnije, posle 15, odnosno 65 dana (bolesnik br. 6 i 12).

Poliartritis se javio u 11 bolesnika, a monoartritis u jednog bolesnika. U četvorice među njima poliartiritis se, uz temperaturu, javio od početka bolesti, dok se u ostalih 8 javio kasnije, u vremenu od 15 dana do 2,3 godine.

Kožne promene su se javile u bolesnika takođe u različitim vremenskim razmacima posle početka bolesti: u 6 bolesnika od 1 do 8 meseci, u 2 posle godinu i više dana (bolesnik br. 1 i 7). U 4 od 12 bolesnika kožne promene se nisu ispoljile u toku čitave bolesti (bolesnik 2, 4, 8 i 11), dok su se u jednog bolesnika kožne promene javile na samom početku bolesti (bolesnik br. 3).

Limfadenopatija je bila zastupljena u 6 bolesnika, splenomegalija u 9, dok je hepatomegalija bila prisutna u tri bolesnika.

Šest bolesnika je imalo i druge visceralne manifestacije: 4 perikarditis, a jedan među njima pored toga i pleuritis; jedan miokarditis uz pleuritis i peritonitis, a jedan je imao samo pleuritis. U trojice među njima, ove su visceralne manifestacije — uz povišenu tjelesnu temperaturu, kožne promene i poliartiritis — prethodile ostalim simptomima i znacima bolesti (bolesnik br. 2, 3 i 5). Bolest je trajala od 3 do 10 godina (prosečno 5,9 godina).

TABLICA 1.
DIJAGNOZNI KRITERIJUMI

1. Početak bolesti posle 16. godine života
2. Poliartiritis, oligo ili monoartritis
3. Dugotrajna febrilnost (najčešće intermitentnog tipa)
4. Kožne promene
5. Limfadenopatija
6. Hepatosplenomegalija
7. Karditis
8. Poliserositis (perikarditis, pleuritis, peritonitis)
9. Sklonost spontanim remisijama i recidivima
10. Pozitivne nespecifične reakcije akutne faze zapaljenja
11. Leukocitoza
12. Negativan RF (najčešće)

TABLICA 2.
OSNOVNI PODACA O BOLESNICIMA

Redni broj	Ini- cijali	Muš- ka- rac	Že- na	Zi- vot- no do- ba	Vreme od po- četka boles- ti do postavlja- nja di- jagnoze (me- seci)	Vreme od po- četka boles- ti do početka le- čenja (mese- ci)	Traja- nje boles- ti (go- dine)	Umr- li
1.	M.N.	+		33	22	22	5,3	+
2.	T.S.	+		34	2	2	7,2	+
3.	B.Z.	+		16	2	2	9,2	
4.	C.F.	+		21	3,5	3,5	9,4	
5.	J.A.	+		19	2	2	19	
6.	Z.R.	+		23	2	2	5,2	
7.	S.V.	+		21	19	19	5,7	
8.	S.G.	+		29	2	2	4,2	
9.	L.M.		+	16	3,5	5	4,4	
10.	C.S.	+		19	3	3	4,3	
11.	J.P.	+		34	3	3	3,3	
12.	A.N.	+		27	4,5	2	3	

TABLICA 3.
PRETHODNE DIJAGNOZE

Prethodne dijagnoze	1.0 MN	2.0 TS	3.0 BZ	4.0 CF	5.0 JA	6.0 ZR	7.0 SV	8.0 SG	9.0 LM	10.0 CS	11.0 JP	12.0 AN
Sepsa	+						+					
Febrilno stanje nejasne etiologije	+		+		+		+	+		+	+	+
Akutno hirurško oboljenje			+	+								
Akutni hepatitis			+									
Miocarditis												+
Pericarditis			+	+								
Pleuritis			+	+								+
Peritonitis			+	+								+
Reumatska groznica					+			+	+	+		
Tuberkuloza pluća		+				+						
Peterova bolest							+					
Distorsija skočnog zgloba										+		
Akutna leukoza												+
Maligni limfom					+							+
Sistemska eritemski lupus						+						+
Polimiositis							+		+			

TABLICA 4.
KLINIČKE MANIFESTACIJE I NEKI LABORATORIJSKI NALAZI U JNA

REDNI BROJ	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
INICIJALI	MN	TS	BZ	CF	JA	ZR	SV	SG	LM	CS	JP	AN
1. Početak bolesti posle 16. godine života	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Poliartri tis ili monoartritis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Dugotrajna febrilnost (najčešće intermitentnog tipa)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Kožne promene	+		+		+	+	+		+	+		+
5. Limfadenopatija			+	+	+		+	+		+		
6. Splenomegalija	+	+	+	+	+		+	+		+		+
7. Hepatomegalija		+	+									+
8. Karditis			+								+	
9. Poliseritis (perikarditis; peritonitis)		+			+			+			+	
10. Sklonost spontanim remisijama i recidivima	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+
11. Pozitivne nespecifične reakcije akutne faze zapaljenja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
12. Leukocitoza	+	+	+	+	+	+	+			+	+	+
13. Trombocitoza	+	+	+	+	+	+	+		+		+	+
14. Alkalna fosfataza	+	+	+	+	+	+					+	+
15. Negativan reuma faktor	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+

TABLICA 5.
REZULTATI NEKIH LABORATORIJSKIH ISPITIVANJA

Redni broj	Ini- cijali	SE (1. sat)	Eri- tro- citi 1. E12/1	Krvna slika				Elektroforeza proteina	
				Hb g/l	Leu- koci- ti E9/1	Tro- m- bo- citi 1. E9/1	Fi- bri- no- citi g/l	Alfa 2 globu- lin	Gama glo- bulin
1.	M.N.	100	3.11	3.6	38.0	720	7.77	0.21	0.22
2.	T.S.	150	2.70	8.9	16.0	668	8.70	0.29	0.19
3.	B.Z.	85	2.97	8.9	24.0	449	4.70	0.27	0.27
4.	C.F.	87	3.10	8.5	18.3	599	5.40	0.17	0.23
5.	J.A.	93	2.80	11.1	50.0	804	3.50	0.20	0.27
6.	Z.R.	90	3.10	9.1	18.0	582	6.70	0.17	0.25
7.	S.V.	130	2.80	8.8	9.4	547	7.10	0.13	0.24
8.	S.G.	33	4.21	12.4	6.4	270	3.52	0.14	0.15
9.	L.M.	62	3.06	8.8	8.1	661	4.89	0.12	0.24
10.	C.S.	142	3.30	9.2	15.7	310	7.50	0.21	0.21
11.	J.P.	122	3.00	8.5	23.0	702	9.30	0.17	0.26
12.	A.N.	130	3.28	7.5	44.5	630	7.20	0.14	0.29

Umrla su dva bolesnika od posledica generalizovane amiloidoze (bolesnik br. 1 i 2).

Rezultati laboratorijskih ispitivanja dati su na tablici 5.

U svih naših bolesnika bile su izražene nespecifične reakcije akutne faze zapaljenja: povišene vrednosti fibrinogena i ubrzana sedimentacija u svih 12 bolesnika, povišene vrednosti alfa 2 globulina takođe u svih bolesnika, dok je povišenu vrednost gama globulina imalo 9 bolesnika. Jedanaest od 12 bolesnika

imali su leukocitozu (dva bolesnika od 10000. 4 bolesnika od 10 do 20 hiljada, 2 bolesnika od 20 do 30 hiljada, dok su tri bolesnika imala vrednosti leukocita čak od 30 do 50 hiljada). U većine bolesnika zapažena je trombocitoza, samo u dva među njih 12, vrednosti trombocita bile su normalne (od $460 \times 10^9/1$), dok su se u ostalih 10 ove vrednosti kretale od $470 - 840 \times 10^9/1$ (tablica 5). Od 12 bolesnika, u 8 je zapaženo povećanje alkalne fosfataze čije su se vrednosti kretale od 138 do 566U/1.

Izbor terapije je vršen zavisno od kliničke slike ili ustanovljenih biohemijskih poremećaja.

Pored nesteroidnih antireumatika, 11 bolesnika bilo je lečeno kortikosteroidima u trajanju od 3 meseca do 3 godine, najčešće sa malim (od 10 do 20 mg) i srednjim (od 30 do 40 mg) dozama prednizolona. Njih 4 bili su zavisni o pronisonu (zbog dugotrajne upotrebe, prekid terapije u njih je dovodio do nadbubrežne insuficijencije pa su ga u fiziološkim dozama morali uzimati trajno). Trojica među njima, pored terapije nesteroidnim antireumaticima i prednizonom, bili su lečeni i zlatom; u dva sa povoljnim efektom, u jednog sa nepotpunim u trajanju od 2 do 3 godine. Samo jedan među njima bio je lečen pored prednizolona i azatioprinom (imuranom) — 1,5 godina u dozi od 150 mg sa nepotpunim efektom, a drugi ciklofosamidom u dozi od 150 mg u trajanju od 6 meseci zbog amiloidoze bubrega (bolesnik br. 2) sa nepovoljnim efektom.

Dva bolesnika su umrla od posledica generalizovane amiloidoze. U jednog od njih, 18 meseci posle početka bolesti, nastupio je nefrotski sindrom, a 4,5 godina kasnije, tj. 6 godina od početka bolesti, smrt je nastupila u terminalno bubrežnoj insuficijenciji. U drugog bolesnika amiloidoza je nastupila akutno, tri godine posle splenektomije ili nakon 5 godina od početka bolesti, naglim nezadrživim prolivima (do 30 stolica dnevno), a smrt je nastupila mesec dana kasnije u opštoj prostraciji. Njegova osnovna bolest je bila u toku 5 godina nepotpuno kontrolisana zlatom, malim i srednjim dozama pronisona, azatioprina i diklofenaka. U jednog je bolesnika generalizovana amiloidoza zaživotno otkrivena i potvrđena biopsijom bubrega. U drugog amiloidoza je bila otkrivena zaživotno (aspiracionom biopsijom rektuma), a na autopsiji je potvrđena generalizovana amiloidoza, koja je predominantno bila ispoljena na debelom crevu.

Na redovne kontrole i dalje dolazi 6 bolesnika. Trojica se nalaze u relativnoj remisiji, sa povremenim retkim recidivima, dok su tri bolesnika u stabilnoj remisiji u trajanju od 2 do 3 godine. Međutim, 4 bolesnika već duže vreme ne dolaze na redovne kontrole (u poslednje 2 do 3 godine), pa se tok bolesti u tom periodu nije mogao pratiti.

DISKUSIJA

Juvenilni hronični artritis je deskriptivni naziv za grupu oboljenja dečijeg uzrasta, koju karakteriše neuspurativna inflamacija zglobova hroničnog toka.^{1,14,16} Naziv je novijeg datuma i potiče sa sastanka stručnjaka EULAR-a i SZO 1977. godine u Oslu.¹⁵ Takođe su precizirani dijagnostički kriterijumi. Na istom sastanku zaključeno je da je početak bolesti obično pre 16. rođendana, mada se može javiti i kasnije i tada se zove juvenilni hronični artritis, sa javljanjem u odrasloj dobi.

Zapaljenje zahvata jedan ili više zglobova i traje 3 meseca ili duže.¹⁷

Diferencijalno dijagnostički najčešće dolaze u obzir: sistemski eritemski lupus, reumatička groznica, postinfektivni artritis.^{14,16} Nešto ređe dolazi u obzir: polimiozitis, progresivna sistemska skleroza, vaskulitis, Sjögrenov sindrom, mešovita bolest vezivnog tkiva, Bechetova bolest, vilonodularni sinovitis, sarkoidoza, mediteranska groznica.

Diferencijalno dijagnostički dolaze u obzir i oboljenja koja se ne smatraju reumatičnim oboljenjima: infektivni artritis, neoplazme zglobova, psihogeni reumatizam, traumatski artritis, recidivirajući polihondritis i drugo.

Najčešći izvor grešaka u diferencijalnoj dijagnozi predstavljaju sistemski eritemski lupus, reumatička groznica, postinfektivni artritis.^{16,17}

Etiologija juvenilnog hroničnog artritisa još uvek nije poznata. Postoje brojne teorije o ulozi virusa, bakterija i drugih noxi koje najčešće nisu mogle biti dokazane. Kod izvesnih bolesnika početku bolesti prethode: infekcija, alergijske manifestacije, trauma i hirurški zahvati, koji se, međutim, ne mogu dovesti u uzročnu vezu sa pojavom bolesti.^{2,3,4} Brojna ispitivanja u ovoj oblasti pokazala su da se kod većine obolelih zapaljenski proces u zglobovima i ekstraartikularnim tkivima pokreće i održava putem imunoloških mehanizama, te da formiranje i imunih kompleksa predstavlja kritični fenomen u razvoju bolesti.^{9,11} U naših bolesnika primetili smo da je pojava bolesti ili, pak, recidivu iste, prethodila skoro uvek virusna ili bakterijska infekcija.

Epidemiološke studije juvenilnog hroničnog artritisa pokazale su da je prevalencija oko 1 %, a incidenција nije poznata.¹⁴

Svi naši bolesnici su imali visoku telesnu temperaturu, intermitentnog tipa, praćenu ježom i drhtavicom, koja se najčešće javljala u recidivima. Isto je opisao i Bywaters sa saradnicima na nešto većoj skupini bolesnika. U naših 9 bolesnika bolest je počela povišenom telesnom temperaturom za razliku od Bywatersovih bolesnika gde se temperatura u znatno majem procentu javljala u početku bolesti.

Takođe smo u našoj skupini bolesnika imali znatno češći početak bolesti poliartritisom u odnosu na Bywatersove bolesnike. U našoj skupini bolesnika poliartritis se sa povišenom temperaturom znatno češće javljao nego u skupini Bywatersa. Od 12 bolesnika, mi smo u 11 videli poliartritis, a samo u jednoj monoartritis.

Kožne promene su se javile u 8 bolesnika, takođe u različitim vremenskim razmacima, dok su u Bywatersovoj skupini bolesnika kožne promene bile znatno češće zastupljene.

U 6 naših bolesnika bila je zastupljena limfadenopatija, dok je splenomegalija bila prisutna u 9 bolesnika, a hepatomegalija u 3 bolesnika.

U odnosu na Bywatersovu brojniju skupinu, u našoj skupini bolesnika imali smo znatno češće zastupljene i druge visceralne promene: 4 perikarditis, a jedan među njima, pored toga, i pleuritis; jedan mio-

karditis uz pleuritis i peritonitis, dok je jedan imao samo pleuritis. U tri bolesnika bile su visceralne manifestacije uz povišenu telesnu temperaturu, a kožne promene i poliartritis prethodile su ostalim simptomima i znacima bolesti (bolesnik br. 2, 3 i 5). Umrlo su dva bolesnika od posledica generalizovane amiloidoze (bolesnik 1 i 2).

ZAKLJUČAK

U zaključku bismo istakli da je cilj ovog rada bio da se lekarima svih profila ukaže na postojanje jedne dosta retke bolesti, koja se često zaboravlja u svakodnevnoj praksi. Stillovu bolest u odraslih je po prvi put opisao Bywaters 1971. godine i od tada je bilo više izveštaja o bolesnicima koji su se javljali sa groznicom, makulopapuloznim promenama na koži, poliartritisom, leukocitozom i negativnim reumatičnim faktorima. Zbog svog raznovrsnog početka i nekarakterističnog toka, juvenilni hronični artritis u odrasloj dobi, za duže vreme je velika dijagnozna dilema. Zato je u toj fazi početka neophodno isključiti mnoge druge bolesti (infekciju, sepsu, tuberkulozu, maligne skrivene bolesti, leukoze, sistemske bolesti i drugo), čija su ispitivanja opsežna i mnogo skupa.

Treba naglasiti da poseban značaj ima rano prepoznavanje ovog sindroma, jer se tako izbegnu nepotrebne i neželjene procedure ispitivanja.

LITERATURA

1. Ansell BM, Bywaters EGL. Diagnosis of probable Still's and its outcome. *Ann Rheum Dis* 1962; 21:253-62.
2. Ansell BM, Bywaters EGL. Rheumatoid arthritis (Still's disease). *Pediatr Clin North Am* 1963; 10:921-39.
3. Ansell BM. Chronic arthritis in childhood. *Rheum Dis* 1978; 37:107-20.
4. Ansell BM. Juvenile chronic polyarthritis: series 3. *Arthrit Rheum* 1977; 20:176-80.
5. Ansell BM, Bywaters EGL. Prognosis in Still's diseases. *Bul Rheum Dis* 1959; 9:189-92.
6. Ansell BM. The cervical spine in juvenile rheumatoid arthritis, in *Radiological Aspects of Rheumatoid Arthritis*, *Experta Medica Foundation*, Amsterdam 1964; 19-22.
7. Baum J, Gutowska G. Death in juvenile rheumatoid arthritis. *Arthrit Rheum* 1977; 20:253-5.
8. Bywaters EGL. Still's disease in the adult. *Ann Rheum Dis* 1971; 30:121-33.
9. Bywaters EGL. Categorization in medicine: a survey of Still's disease. *Ann Rheum Dis* 1967; 26:185-9.
10. Bywaters EGL, Fitzpatrick TK. Still's disease. *Ann Rheum Dis* 1971; 23:182-9.
11. Bywaters EGL, Lawrence JS. Familial aggregation and twin studies in Still's disease. *Rheumatology* 1969; 2:37-43.
12. Bland J, Duarte CG. Rheumatoid arthritis and renal amyloidosis. *Ibid* 1963; 6:262-9.
13. Vulkman RB, Fay GI. Juvenile rheumatoid arthritis with pericardial tamponade in an adult. *Arch Intern Med* 1981; 141:1078-9.
14. Jajić I. Klinička reumatologija. Školska knjiga, Zagreb, 1981.
15. JRA Criteria subcommittee of the diagnostic and therapeutic criteria committee of the ARA. Current proposed revision of JRA criteria. *Arthrit Rheum* 1977; 20:195-200.
16. Konečni J. Klinička reumatologija. Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1984.
17. Lindjerg IF. Juvenile rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1973; 2:108-10.
18. Nomeir AM, Turner RA, Watts LE. Cardiac involvement in rheumatoid arthritis. *Arthrit Rheum* 1979; 22:561-4.

Abstract

CLINICAL SPECTRUM OF THE ADULT ONSET STILL'S DISEASE

Ivan Zgradić

Rheumatology Unit, Specialist Policlinic of the Military Medical Academy, Belgrade

The paper presents clinical features of the adult onset Still's disease, occurring in 12 adult patients (10 men and 2 women). All patients have satisfied ARA and recently adopted EULAR criteria as well as WHO criteria set in Oslo in 1977. That is, all of them developed the disease after the age 16 in the form of arthritis (polyarthritis, oligo- or monoarthritis). A prolonged febrile state (more frequently of the intermittent type) occurred in 11 patients, whereas 8 showed skin manifestations and 6 suffered from lymphadenopat-

hy. Nine patients had splenomegaly and only 3 had hepatomegaly. Carditis occurred in two and polyserositis in four patients. A tendency to spontaneous remissions and recurrences was present in 11 patients. All 12 patients had positive non-specific reactions of the acute inflammatory phase. Leukocytosis and thrombocytosis were manifest in 10 patients, respectively. Alkaline phosphatase was increased in 8 patients and the test for rheumatoid factors was negative in as many as ten.

Depending upon the pathological findings, the patients were initially treated with non-steroid antirheumatic agents (NSAA), antibiotics, chloroquine and immunosuppressive agents; their effect was different in each case.

Key words: Still's disease, adult

Received: 1st March, 1989