



www.pediatric-rheumatology.printo.it

JUVENILE SPONDYLARTHROPATHIE

Was ist das?

Die juvenilen Spondylarthropathien bestehen aus einer Gruppe chronisch entzündlicher Gelenkerkrankungen, bei denen auch die Sehnenansätze an bestimmten Knochen entzündet sein können (Enthesopathie). Die Erkrankung betrifft überwiegend die Beine und den Beckenbereich, manchmal auch die Wirbelsäule.

In einigen Fällen ist der Beginn der Erkrankung zusammenfallend mit einer bakteriellen Infektion des Darmes oder der Harnwege, dann spricht man von reaktiver Arthritis (Arthritis = Gelenkentzündung, reaktiv = als Reaktion auf die scheinbar bereits überwundene Infektion). Die juvenilen Spondylarthropathien sind deutlich häufiger bei Menschen, die das HLA B27 tragen, ein genetischer Marker, der diese Menschen einem erhöhten Risiko für die Erkrankung aussetzt.

Die Häufigkeit einzelner Krankheitserscheinungen bei Beginn und die Schwere im Verlauf der Erkrankung können bei Kindern und Erwachsenen unterschiedlich sein. Im weiteren ähnelt die juvenile Spondylarthropathie jedoch der Spondylarthropathie des Erwachsenen.

Patienten mit juveniler idiopathischer Arthritis, die in die Untergruppe der Arthritis mit Enthesopathie fallen, sind in der Gruppe der juvenilen Spondylarthropathien eingeschlossen.

Welche Erkrankungen werden juvenile Spondylarthropathien genannt?

Trotz einiger Unterschiede entfallen unter die juvenilen Spondylarthropathien die gleichen Erkrankungen, die auch bei den Erwachsenen zu den Spondylarthropathien zählen: Ankylosierende Spondylitis, reaktive Arthritis einschließlich Reiter-Syndrom, Psoriasis-Arthritis (des Spondylarthropathie-Typs) und Arthritis bei entzündlichen Darmerkrankungen (des Spondylarthropathie-Typs). Bei der ankylosierenden Spondylitis kommt es zu einer Versteifung des Rückens. Die Psoriasis-Arthritis ist die Gelenkentzündung, bei der auch eine Schuppenflechte auftritt. Spondylarthropathie-Typ meint, dass die Möglichkeit einer Beteiligung des Rückens in Form einer Entzündung besteht. Einige Kinder erfüllen nicht die diagnostischen Kriterien für die oben aufgeführten Erkrankungen. Da sie trotzdem eine Spondylarthropathie haben können, nennt man sie undifferenzierte Spondylarthropathie.

Eine andere Bezeichnung für diese Erkrankungen ist das Syndrom der sero-negativen Enthesopathie und Arthropathie. Dies meint, dass bei diesen Erkrankungen kein Rheumafaktor vorkommt, dass die Sehnenansätze entzündet sein können und dass zusätzlich eine Gelenkentzündung vorhanden ist.

Wie häufig ist es?

Die Spondylarthropathien gehören zu den häufigsten Formen der chronischen Gelenkentzündung im Kindesalter. Sie machen etwa 30 % dieser Erkrankungen im Kindesalter aus.

Spondylarthropathien sind häufiger bei Jungen, bei denen die Erkrankung meist zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr beginnt. Da ein großer Teil der Patienten den genetischen Marker HLA B27 trägt, bei dessen Auftreten die Häufigkeit der Spondylarthropathien erhöht ist, hängt die Häufigkeit der Erkrankung von der Häufigkeit dieses Markers in der allgemeinen Bevölkerung ab.

Was sind die Ursachen der Erkrankung?

Die Ursache und die genaue Art der Krankheitsentstehung, die zur juvenilen Spondylarthropathie führen, sind unbekannt. Wie bei anderen Formen der chronischen Gelenkentzündung im Kindesalter sind bestimmte Mechanismen des Abwehrsystems an der Krankheitsentstehung beteiligt. Die Spondylarthropathien können zusätzlich chronische Entzündungen in anderen Organteilen wie z. B. des Darmes, des Harn- und Geschlechtstraktes und der Haut zeigen. Infektionen durch Mikroorganismen wie Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter und Chlamydien können eine Rolle bei der Auslösung der Gelenkentzündung bei einigen Kindern spielen (reaktive Arthritis).

Ist die Spondylarthropathie vererbbar?

Ein großer Teil der Patienten mit juveniler Spondylarthropathie trägt den genetischen Marker HLA B27. Dies bedeutet nicht, dass jedes Individuum, das diesen genetischen Faktor aufweist, eine Spondylarthropathie bekommt. Zum Beispiel, wenn die Häufigkeit des HLA B27 in der Bevölkerung 10 % beträgt, dann haben trotzdem nur 1 % der Bevölkerung die Erkrankung. Wenn ein anderes Mitglied der näheren Familie (erstgradige Verwandte) von der Spondylarthropathie betroffen ist, dann steigt das Risiko in Gegenwart des HLA B27 auf etwa 25 % für ein Individuum in dieser Familie. Spondylarthropathien sind also häufiger bei Mitgliedern einer Familie eines betroffenen Kindes im Vergleich zu Familien ohne betroffene Kinder. Deshalb meint der genetische Faktor und hier insbesondere das HLA B27, dass nicht die Erkrankung dadurch ausgelöst wird, sondern dass es sich nur um einen Risikofaktor handelt. HLA B27 ist nicht ausreichend, damit die Erkrankung entsteht. Die Wissenschaftler sind sich einig, dass es sich bei dieser Erkrankung um eine multifunktionelle Erkrankung handelt, was bedeutet, dass sie das Ergebnis einer Kombination von Erbfaktoren und Umgebungsfaktoren, z. B. Infektionen, sind, die alle noch nicht genau bekannt sind.

Kann sie verhütet werden?

Eine Verhütung ist nicht möglich, da die Ursachen der Erkrankung unbekannt sind. Es ist nicht sinnvoll, andere Geschwister auf das HLA B27 zu testen, wenn sie keine Krankheitserscheinungen haben, die der Spondylarthropathie angelastet werden können.

Ist sie ansteckend?

Spondylarthropathien sind keine ansteckende Erkrankung.

Was sind die Hauptkrankheitserscheinungen?

Die juvenilen Spondylarthropathien haben einige gemeinsame charakteristische Krankheitserscheinungen:

Gelenkentzündung (Arthritis):

1) Meistens zeigt sich die Gelenkentzündung durch Schmerzen, Schwellung und verminderten Bewegungsumfang des Gelenkes.

2) Viele Kinder mit Spondylarthropathie haben eine Oligoarthritis der Beine. Oligoarthritis bedeutet, dass die Erkrankung 4 oder weniger Gelenke betrifft. Bei den Patienten, die eine chronische Erkrankung entwickeln, kann auch eine Polyarthrit auftreten. Polyarthrit bedeutet, dass die Gelenkbeteiligung ausgedehnter ist und 5 oder mehr Gelenke betrifft.

3) Die Gelenkentzündung betrifft überwiegend die Gelenke der Beine, also die Knie, Sprunggelenke, Hüften und den Mittelfuß. Seltener betrifft die Gelenkentzündung auch die kleinen Gelenke der Füße.

4) Einige Kinder haben eine Entzündung von Gelenken des Armes, insbesondere der Schultern.

Enthesitis:

Enthesitis ist die Entzündung der Sehnenansätze bzw. der Ansätze von Bändern am Knochen. Die Enthesitis kommt sehr häufig bei Kindern mit Spondylarthropathien vor. Gewöhnlich sind die Sehnenansätze an der Ferse, am Mittelfuß und an der Kniescheibe betroffen. Meistens findet sich ein Fersenschmerz, ein Mittelfußschmerz und Schmerzen an der Kniescheibe. Die chronische Entzündung an den Sehnenansätzen kann zu einer verstärkten Verknöcherung mit einer Dornbildung führen. Dies ist besonders häufig unter der Ferse.

Sacroiliitis:

Dies ist die Entzündung der Sacroiliacalgelenke, die Gelenke, in denen die Wirbelsäule auf dem Becken ruht, also am unteren Rücken. Diese Entzündung findet sich nur selten bei Beginn der Erkrankung. Meist tritt sie erst 5-10 Jahre nach Beginn der Gelenkentzündung auf. Meist findet man Schmerzen im Gesäß, die die Seite wechseln können.

Lendenschmerzen, Spondylitis:

Dies meint die Beteiligung der Wirbelsäule, insbesondere das untere Drittel der Wirbelsäule, was nur sehr selten am Beginn der Erkrankung zu finden ist, was jedoch im Verlauf der Erkrankung bei einem Teil der Kinder auftritt. Die häufigsten Krankheitserscheinungen sind Schmerzen des unteren Rückens, morgendliche Steifheit und verminderte Beweglichkeit. Die Schmerzen treten meist nicht nur am unteren Rücken sondern auch am Nacken und in der Brust auf.

Die Entzündung der Wirbelsäule führt langfristig zur Bildung von knöchernen Brücken zwischen den Wirbelkörpern, was zu der Bezeichnung „Bambus-Wirbelsäule“ geführt hat. Dies passiert glücklicherweise aber nur bei wenigen Patienten und nur nach jahrelanger Erkrankungsdauer. Deshalb ist dies bei Kindern praktisch nie zu beobachten.

Augenbeteiligung:

Eine akute vordere Gefäßhautentzündung des Auges betrifft die Regenbogenhaut und den sog. Ciliarkörper. Diese Komplikation ist nicht häufig. Das Auge ist akut rot und schmerzhaft. Die Behandlung sollte durch einen Augenarzt erfolgen.

Hautbeteiligung:

Ein kleiner Teil der Kinder mit Spondylarthropathie kann eine Psoriasis haben. Die Psoriasis ist die Schuppenflechte, eine chronische Hauterkrankung mit Schuppung und

Entzündung besonders an den Ellenbogen und Knien. Die Hauterkrankung kann der Gelenkentzündung um Jahre vorausgehen, bei anderen Patienten kann die Arthritis jedoch schon bereits mehrere Jahre existiert haben, bevor die Schuppenflechte auftritt.

Darmbeteiligung:

Einige Kinder mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung können eine Spondylarthropathie entwickeln. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen sind Erkrankungen unbekannter Ursache, zu denen der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa gehören.

Ist die Erkrankung die gleiche bei jedem Kind?

Die Krankheitserscheinungen können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Während einige Kinder nur eine leichte Erkrankung für kurze Dauer haben, können andere schwere und langdauernde Erscheinungen haben, die zur Behinderung führen können.

Ist die Erkrankung bei Kindern unterschiedlich von der Erkrankung bei Erwachsenen?

Die juvenilen Spondyloarthropathien unterscheiden sich von der Erwachsenen-Spondylarthropathie in einigen Aspekten:

- 1) Die Beteiligung von Gelenken an Armen und Beinen tritt häufiger auf am Beginn der Erkrankung im Gegensatz zu der Erkrankung des Erwachsenen, die evtl. von Anfang an die Wirbelsäule betrifft.
- 2) Bei Kindern ist die Hüfte häufiger betroffen.

Wie wird die Spondylarthropathie diagnostiziert?

Es handelt sich um eine juvenile Spondylarthropathie, wenn der Beginn der Erkrankung vor dem 16. Lebensjahr liegt, die Gelenkentzündung für mindestens 6 Wochen ununterbrochen war und zusätzliche Krankheitserscheinungen vorhanden, wie sie oben besprochen wurden. Die Diagnose spezifischer Spondylarthropathien, z. B. ankylosierende Spondylitis und reaktive Arthritis, beruht auf besonderen Krankheitserscheinungen und röntgenologischen Veränderungen. Diese Patienten sollten von einem Kinderheumatologen behandelt werden.

Worin liegt die Bedeutung von Laboruntersuchungen?

Das HLA B27, ein vererbter Marker auf Zellen, ist bei 80-85 % der Patienten mit juveniler Spondylarthropathie positiv und kann bei der Diagnosestellung helfen. Die Häufigkeit dieses Markers in der allgemeinen gesunden Bevölkerung ist viel niedriger, 5-12 % abhängig von der Region. Deshalb ist es nicht die Gegenwart des HLA B27 selbst, sondern die Verbindung dieses Markers mit typischen Krankheitszeichen der Spondylarthropathie, was bedeutsam ist.

Die Untersuchung der Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) oder des C-reaktiven Proteins (CRP) gibt Informationen über das Ausmaß der allgemeinen Entzündung und deshalb auch über die Krankheitsaktivität. Sie helfen bei der Behandlung der Erkrankung, sind jedoch viel weniger wichtig als die genaue Erfassung der Krankheitserscheinungen selber. Die Laboruntersuchungen werden auch genutzt, um mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung zu erfassen. Dabei werden Blutbild, Leber- und

Nierenwerte untersucht. Röntgenuntersuchungen sind sinnvoll, um den Krankheitsverlauf zu erfassen und Schäden an den Gelenken zu suchen.

Die Computertomographie und die Kernspintomographie sind sinnvolle Ergänzungen der Bildgebung, insbesondere bei Kindern, bei denen die Sacroiliacalgelenke untersucht werden sollen.

Kann die Erkrankung behandelt oder geheilt werden?

Es gibt keine medikamentöse Heilung, da der Grund der Spondylarthropathien unbekannt ist. Jedoch kann die Behandlung sehr sinnvoll sein, die Entzündung eindämmen und das Auftreten von Schaden verhindern.

Wie sieht die Behandlung aus?

Die Behandlung basiert vor allem auf der Anwendung von Medikamenten in Kombination mit Krankengymnastik und anderen Maßnahmen der Rehabilitation, bei der die Gelenkfunktion bewahrt und Fehlstellungen verhindert werden sollen.

1)**Nichtsteroidale Antirheumatica (NSAID)**. Diese Medikamente wirken entzündungshemmend und fiebersenkend. Sie helfen, die Krankheitserscheinungen zu vermindern, ohne den eigentlichen Krankheitsprozess zu verändern. Die im Kindesalter meist eingesetzten Medikamente sind Naproxen und Ibuprofen. Aspirin, das ebenfalls wirksam und billig ist, wird heute seltener eingesetzt, insbesondere wegen möglicher Nebenwirkungen. Die NSAID werden im allgemeinen gut vertragen und Magen Nebenwirkungen, die hauptsächlich Nebenwirkungen bei Erwachsenen, sind bei Kindern selten. Es ist nicht sinnvoll, mehrere NSAID gleichzeitig zu verwenden. Manchmal kann jedoch ein nichtsteroidales Antirheumaticum besser wirken als ein anderes.

2)**Gelenkeinspritzungen**. Gelenkeinspritzungen werden eingesetzt, wenn nur eines oder wenige Gelenke betroffen sind und wenn der Bewegungsumfang nicht wieder gewonnen werden kann. Die eingespritzten Medikamente sind langwirksame Steroidpräparationen (cortisonartige Medikamente).

3)**Sulfasalazin** ist angezeigt bei Kindern, die eine chronische Entzündung der Gelenke haben trotz ausreichender Gabe nichtsteroidaler Antirheumatica oder Steroideinspritzungen. Das Medikament wird zusätzlich zu NSAID gegeben, die deshalb fortgeführt werden. Die Wirkung des Medikaments wird erst nach mehreren Wochen der Therapie deutlich. Die Erfahrung mit anderen Medikamenten wie z. B. Methotrexat ist begrenzt.

Neue Hoffnungen haben sich ergeben durch die Einführung sog. biologischer Medikamente, in diesem Falle TNF-Blockern, Medikamenten, die speziell die Wirkung des Tumornekrosefaktors (TNF) blockieren. TNF ist ein wichtiger Botenstoff, der Entzündung vermittelt. Bisher gibt es jedoch keine größeren Studien zur Wirksamkeit und zur Risikobeurteilung dieser Therapie bei Patienten mit juvenilen Spondylarthropathien.

4)**Corticosteroide** (cortisonartige Medikamente) haben eine wichtige Rolle in der Behandlung dieser Patienten, insbesondere am Beginn der Erkrankung wenn die Patienten sehr krank sind. Augentropfen mit Steroiden werden bei der Behandlung der akuten vorderen Gefäßhautentzündung (Uveitis) eingesetzt. Bei schwereren Fällen kann

auch ein Steroid neben dem Augapfel eingespritzt werden oder aber das Steroid kann als Tablette gegeben werden.

5)**Chirurgische Maßnahmen.** Hier wird vor allem Gelenkersatzchirurgie durchgeführt, nur bei Fällen mit schweren Gelenkschaden, insbesondere des Hüftgelenkes.

6)**Krankengymnastik** ist eine wichtige Maßnahme in der Behandlung. Sie soll früh begonnen werden und muss regelmäßig durchgeführt werden, um den Bewegungsumfang der Gelenke zu erhalten, die Muskelkraft zu erhalten und Fehlstellungen zu vermeiden. Wenn die Wirbelsäule betroffen ist, muss sie beweglich gehalten werden und zusätzlich sollten Atemübungen durchgeführt werden.

Welche Nebenwirkungen hat die Medikamententherapie?

Die Medikamente, die zur Behandlung der juvenilen Spondylarthropathie eingesetzt werden, sind meist gut verträglich. Nebenwirkungen des Magens sind die hauptsächlichsten Nebenwirkungen von nichtsteroidalen Antirheumatica, die deswegen mit der Nahrung eingenommen werden sollen. Jedoch sind diese Nebenwirkungen viel seltener bei Kindern als bei Erwachsenen. Die Medikamente können gelegentlich zur Erhöhung von Leberenzymen im Blut führen, dies tritt jedoch selten auf, wenn nicht Aspirin eingesetzt wird.

Sulfasalazin wird im allgemeinen ebenfalls gut vertragen. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Magenverstimmung, erhöhte Leberenzyme, Verminderung der weißen Zellen im Blut und Hautausschläge. Regelmäßige Laboruntersuchungen sollten durchgeführt werden.

Auch Methotrexat ist im allgemeinen sehr gut verträglich. Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt wie Übelkeit und Erbrechen sind selten. Die Anwendung von Folsäure oder Folsäure zusätzlich kann die Häufigkeit von Lebernebenwirkungen vermindern. Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Methotrexat können sehr selten auftreten. Regelmäßige Laboruntersuchungen sollten durchgeführt werden. Die langfristige Anwendung von Steroiden in bedeutsamer Dosis führt zu mehreren wichtigen unangenehmen Nebenwirkungen. Dazu gehört das verminderte Wachstum und die Knochenentkalkung. Steroide in hoher Dosis bewirken eine bedeutsame Vermehrung des Appetites, was zu einer starken Gewichtszunahme führen kann. Deswegen ist es wichtig, die Kinder anzuhalten, nicht mehr zu essen und die Kalorienaufnahme nicht zu vermehren.

Wie lange sollte die Behandlung dauern?

Die Behandlung sollte solange dauern, wie Krankheitserscheinungen da sind und die Krankheitsaktivität andauert. Die Dauer der Erkrankung ist nicht vorhersagbar. Bei einigen Patienten verschwindet die Gelenkentzündung rasch auf die Gabe nichtsteroidaler Antirheumatica. Bei diesen Patienten kann die Behandlung rasch beendet werden, evtl. innerhalb weniger Monate. Bei anderen Patienten mit länger dauernden und stärkeren Schüben der Erkrankung, müssen Sulfasalazin und andere Medikamente evtl. über Jahre eingesetzt werden. Die vollständige Beendigung der Behandlung wird dann versucht, wenn alle Krankheitserscheinungen vollständig verschwunden sind.

Was ist mit unkonventionellen Therapien?

Es gibt keinen Beweis, dass unkonventionelle Therapien einen Effekt bei der juvenilen Spondylarthropathie haben.

Wie lange wird die Erkrankung dauern? Wie sieht die langfristige Entwicklung der Erkrankung aus, wie sieht die Prognose aus?

Der Krankheitsverlauf kann von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein. Bei einigen Patienten verschwindet die Gelenkentzündung rasch mit wenig Behandlung innerhalb eines Zeitraumes weniger Monate. Bei anderen ist der Krankheitsverlauf durch immer wiederkehrende Rückfälle gekennzeichnet. Schließlich gibt es Patienten, bei denen die Gelenkentzündung dauernd fortbesteht. Bei der großen Mehrheit der Patienten sind am Beginn der Erkrankung nur einige Gelenke und Sehnenansätze betroffen. Erst bei weiterem Fortschreiten der Erkrankung kommt es dann zur Beteiligung der Sacroiliacalgelenke und der Wirbelsäule. Bei diesen Patienten und denen mit einer fortbestehenden Gelenkentzündung der Arme und Beine besteht ein höheres Risiko für einen bleibenden Gelenkschaden im Erwachsenenalter. Am Beginn der Erkrankung ist es leider nicht möglich, den langfristigen Verlauf vorherzusagen.

Wie kann die Erkrankung das tägliche Leben des Kindes und der Familie betreffen?

Während der Zeiten aktiver Gelenkentzündung wird das Kind vermutlich Einschränkungen in seinem täglichen Leben hinnehmen müssen. Da insbesondere die Beine betroffen sind, können die Kinder möglicherweise nicht so gut laufen, rennen oder am Sport teilnehmen.

Besondere Bedeutung sollte der seelischen Beeinträchtigung durch die Erkrankung sowohl für das Kind als auch die Familie gewidmet werden. Eine chronische Erkrankung ist eine schwere Herausforderung für die ganze Familie und je schwerer die Erkrankung ist, desto schwieriger ist es für die Familie, damit fertig zu werden. Es ist schwierig für das Kind, mit der Erkrankung fertig zu werden, wenn dies den Eltern nicht gelingt. Die Eltern entwickeln nicht selten eine besondere Anhänglichkeit an das kranke Kind und, um dem Kind zusätzliche Probleme zu ersparen, beschützen sie es zu stark. Dies kann beim Kind ein Gefühl der Hilflosigkeit hervorrufen, was die Entwicklung seiner Persönlichkeit beeinträchtigen kann. Diese sekundären seelischen Schäden können bei einigen Kindern schlimmer als die Erkrankung selber werden. Eine optimistische Herangehensweise von Seiten der Eltern ist eine wichtige Hilfe für das Kind, mit all diesen Schwierigkeiten fertig zu werden. Dazu gehören Unterstützung und Ermunterung des Kindes, soweit wie möglich unabhängig zu sein und mit der Erkrankung so fertig zu werden, dass sich eine unabhängige und ausgeglichene Persönlichkeit des Kindes entwickeln kann. Wenn die Erkrankung die Familie zu stark belastet, sollte psychologische Hilfe in Anspruch genommen werden.

Kann das Kind in die Schule gehen?

Es ist sehr wichtig, dass das Kind regelmäßig zur Schule geht. Es gibt einige Faktoren, die den Schulbesuch stören können: Schwierigkeiten zu laufen, Müdigkeit, Schmerzen oder Steifheit. Deshalb sollte dem Lehrer die besondere Problematik des Kindes erklärt werden. Richtiges Schulmobiliar, regelmäßige Bewegung während der Schulzeit um

Gelenksteifheit zu vermeiden. Die Patienten sollten wenn eben möglich am Sportunterricht teilnehmen.

Die Schule hat die gleiche Bedeutung wie Arbeit für den Erwachsenen. Es ist ein Ort, wo das Kind lernt, wie es selbstständig werden kann, beitragend und unabhängig. Eltern und Lehrer sollten alles in ihrer Macht stehende unternehmen, damit das kranke Kind an allen Schulaktivitäten in normaler Weise teilnehmen kann. Das Kind sollte schulischen Erfolg haben aber auch gute Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen und Erwachsenen, damit es von seinen Freunden akzeptiert und geschätzt wird.

Was ist mit Sport?

Sport ist ein wichtiger Teil des täglichen Lebens eines normalen Kindes. Deshalb ist die allgemeine Tendenz, die Patienten den Sport betreiben zu lassen, den sie möchten. Es steht zu vermuten, dass das Kind den Sport beenden wird, wenn ein Gelenk schmerzt. Obwohl mechanischer Streß nicht günstig für ein entzündetes Gelenk ist, ist anzunehmen, dass der geringe mögliche Schaden einer solchen Belastung viel geringer einzuschätzen ist als der seelische Schaden, wenn das Kind nicht am Sport mit seinen Freunden wegen der Erkrankung teilnehmen darf. Diese Wahl ist Teil einer allgemeinen Haltung, die dazu führt, dass das Kind ermuntert werden soll, selbstständig zu werden und fähig zu sein, selber mit den krankheitsbedingten Beschränkungen fertig zu werden.

Als Teil dieser allgemeinen Überlegungen gilt, dass es besser ist, Sport mit geringer mechanischer Belastung auf die Gelenke zu betreiben, wozu Schwimmen und Fahrrad fahren gehören.

Was ist mit Diät?

Es gibt keinen Hinweis, dass die Diät die Erkrankung beeinflusst. Im allgemeinen sollte das Kind eine ausgewogene normale altersgemäße Nahrung zu sich nehmen. Eine übermäßige Gewichtszunahme, z. B. bei Steroidmedikation, sollte vermieden werden.

Kann das Klima den Krankheitsverlauf beeinflussen?

Es gibt keinen Hinweis, dass das Klima die Erkrankung oder ihren Verlauf beeinflusst.

Kann das Kind geimpft werden?

Solange die meisten Patienten mit nichtsteroidalen Antirheumatica oder Sulfasalazin behandelt werden, können alle normalen Impfungen durchgeführt werden. Wenn der Patient mit immunsuppressiven Medikationen wie Steroiden, Methotrexat oder TNS- α -Blockern behandelt wird, sollten Impfungen mit Lebendviren wie Masern, Mumps, Röteln und die früher angewandte Schluckimpfung gegen Kinderlähmung zurückgestellt werden. Totimpfstoffe wie Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, injizierbare Impfung gegen Kinderlähmung, Hepatitis B, Keuchhusten, Pneumokokken, Hämophilus und Meningokokken können durchgeführt werden. Es besteht das theoretische Risiko, dass die Impfung nicht so gut wirkt wie bei gesunden nicht immunsuppressiv behandelten Kindern.

Was ist mit Sexualität, Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung?

Es gibt keine Begrenzungen für ein normales Sexualleben durch die Erkrankung. Nur bei Patienten, die Medikamente nehmen, sollten mögliche Nebenwirkungen während der Schwangerschaft auf den Foeten berücksichtigt werden.

Es gibt keinen Grund, keine Kinder zu haben, wenn ein Patient eine Spondylarthropathie hat, obwohl es eine genetische Basis der Erkrankung gibt. Die Erkrankung ist nicht tödlich und selbst wenn das Kind die genetischen Faktoren ererbt haben sollte, so haben die Kinder eine viel größere Chance, die Erkrankung nicht zu entwickeln.

Wird das Kind ein normales Leben als Erwachsener führen können?

Dies ist das wichtigste Ziel der Therapie und es kann in der weit überwiegenden Zahl der Fälle erreicht werden. Die Behandlung dieser Erkrankung hat sich in den letzten 10 Jahren dramatisch verbessert. Die gleichzeitige Gabe von Medikamenten und Krankengymnastik ist nun in der Lage, bleibenden Schaden an den Gelenken bei der großen Mehrheit der Patienten zu verhindern. Bei Patienten mit chronischer Erkrankung kann sich ein bleibender Gelenkschaden entwickeln und das tägliche Leben des Patienten und seine berufliche Karriere beeinträchtigen.