



[www.pediatric-rheumatology.printo.it](http://www.pediatric-rheumatology.printo.it)

## اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان

### این بیماری چیست؟

اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان شامل گروهی از بیماری‌های مزمن التهابی مفاصل (آرتریت) و تاندون‌های متصل به استخوانها (انتریت) می‌شود که غالباً اندام‌های تحتانی و در برخی موارد مفاصل لگن (ساکروایلنیت) که موجب درد در ناحیه باسن می‌شود) و ستون فقرات (اسپوندیلیت که موجب کمر درد می‌شود) را درگیر می‌سازد.

در برخی موارد آغاز علائم به دنبال یک عفونت باکتریایی روده‌ای (معدده‌ای - روده‌ای) یا عفونت دستگاه ادراری-تناسلی روی می‌دهد (آرتریت و اکنشی). اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان در بیمارانی که یک شاخص ژنتیکی مستعدکننده به بیماری به نام HLA-B27 دارند شایعتر است؛ مکانیسم اثر این شاخص ژنتیکی هنوز شناخته نشده است.

میزان شیوع تظاهرات بالینی در هنگام آغاز بیماری و شدت بیماری در طول سیر بیماری در کودکان و بزرگسالان فرق دارد. با این حال، اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان مشابهت‌هایی با اسپوندیلوآرتروپاتی‌های بزرگسالان دارد.

بیماران مبتلا به آرتریت ایدیوپاتی‌ک جوانان از نوع انتریت وابسته به آرتریت را در گروه اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان طبقه‌بندی می‌کنند (به JIA مراجعه کنید).

### چه بیماری‌هایی را اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان می‌نامند؟

با وجود این که اختلاف نظرهایی وجود دارد، اما اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان در برگیرنده بیماری‌هایی مشابه اسپوندیلوآرتروپاتی‌های بزرگسالان است که عبارتند از: اسپوندیلیت انکیلوزان، آرتریت و اکنشی (و سندروم رایتز)، آرتریت پسوریازیسی (از نوع اسپوندیلوآرتروپاتی)، و آرتریت همراه با بیماری التهابی روده‌ای (از نوع اسپوندیلوآرتروپاتی). برخی کودکان که معیارهای لازم برای بیماری‌های ذکر شده را ندارند، اسپوندیلوآرتروپاتی تمایز نیافته خوانده می‌شوند.

حالاتی دیگری نظیر سندروم انتروپاتی و آرتروپاتی سرونگاتیو (SEA) و انتریت وابسته به آرتریت را به اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان نسبت می‌دهند.

### شیوع این بیماری چقدر است؟

اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها یکی از شایعترین انواع آرتریت‌ها در کودکان هستند. آنها مسؤول حدود 30% از آرتریت‌های مزمن در کودکان هستند.

اسپوندیلوآرتروپاتی بیشتر در پسرها و در گروه سنی 10 تا 15 سال دیده می‌شود. از آنجایی که تعداد زیادی از بیماران مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان و بزرگسالان حامل یک عامل ژنتیکی مستعدکننده به نام HLA-B27 هستند، میزان بروز بیماری در اجتماع و خانواده‌ها (با توجه به سابقه خانوادگی) به میزان شیوع این شاخص ژنتیکی در جامعه بستگی دارد.

### علل ایجاد بیماری چیست؟

علت و مکانیسم‌های ایجادکننده اسپوندیلوآرتروپاتی‌های جوانان ناشناخته است. اما ممکن است همانند سایر انواع آرتریت‌های مزمن کودکان، چندین بخش سیستم ایمنی مسؤول ایجاد بیماری باشند. اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها با التهاب مزمن سایر اعضا نظیر روده‌ها، دستگاه ادراری-تناسلی یا پوست همراه هستند. عفونت ناشی از

برخی میکروارگانیزم‌ها (مانند سالمونلا، شیگلا، یرسینیا، کمپیلوباکتر و کلامیدیا) ممکن است در ایجاد بیماری در بعضی کودکان نقش داشته باشند (نظیر آرتريت و اکنشی).

### آیا بیماری ارثی است؟

بخش عمده‌ای از مبتلایان به اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان حامل شاخص ژنتیکی HLA-B27 هستند. اما این بدان معنا نیست که هرکس حامل چنین عاملی باشد، حتماً به اسپوندیلوآرتروپاتی مبتلا می‌شود. به عنوان مثال، اگر شیوع HLA-B27 در جامعه 10% باشد تنها 1% جامعه به بیماری مبتلا خواهند شد. اگر یکی از افراد نزدیک خانواده به اسپوندیلوآرتروپاتی مبتلا باشد، احتمال ابتلا به بیماری در فردی که HLA-B27 مثبت دارد به 25% افزایش می‌یابد. در واقع احتمال بروز اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها در اعضای خانواده کودک مبتلا بیش از اعضای خانواده کودک سالم است.

بنابراین، عوامل ژنتیکی و خصوصاً HLA-B27 موجب افزایش استعداد ابتلا به بیماری می‌شوند اما برای ابتلا به بیماری کافی نیستند. اجماع نظر دانشمندان بر اینست که در این بیماری چندین عامل نقش دارند که معنای آن شرکت مجموعه عوامل ژنتیکی مستعدکننده و مواجهه با عوامل محیطی (احتمالاً عفونتها) در ابتلا به بیماری است.

### آیا می‌شود از ایجاد بیماری جلوگیری کرد؟

پیشگیری از بیماری تا زمانی که علتش ناشناخته باشد امکان‌پذیر نیست. ارزیابی وجود HLA-B27 در خواهر و برادران فرد بیمار تا زمانی که علائمی از اسپوندیلوآرتروپاتی در آنان وجود ندارد، ضرورتی ندارد.

### آیا این بیماری مسری است؟

اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها مسری نیستند.

### علائم اصلی بیماری کدامها هستند؟

علامت مشخصه‌های بالینی اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان عبارتند از:

#### آرتريت:

- 1) شایعترین علائم درد و تورم مفصلی و محدودیت حرکتی مفاصل است.
- 2) بسیاری از کودکان به اولیگوآرتريت اندامهای تحتانی مبتلا می‌شوند. اولیگوآرتريت بدین معناست که تعداد مفاصل درگیر 4 مفصل یا کمتر است. کودکانی که به انواع مزمن مبتلا هستند ممکن است به پلی‌آرتريت مبتلا گردند. منظور از پلی‌آرتريت درگیری مفصلی گسترده‌تر و درگیری 5 یا بیش از 5 مفصل است.
- 3) آرتريت غالباً مفاصل اندامهای تحتانی را درگیر می‌سازد که عبارتند از: زانوها، مچ‌های پا، مفاصل میانی پاها، و مفاصل لگن. بیماری با شیوع کمتر مفاصل کوچک پا را درگیر می‌سازد.
- 4) بعضی کودکان ممکن است به التهاب مفاصل اندامهای فوقانی - خصوصاً شانه - مبتلا گردند.

#### انتریت:

انتریت التهاب محل اتصال تاندون یا لیگامانهای متصل‌شونده به استخوان است که در کودکان مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی بسیار شایع است. مکانهایی که بیشتر درگیر می‌شوند پاشنه پا، ناحیه میانی پا و اطراف زانو است. شایعترین علائم عبارتند از: درد پاشنه پا، درد و تورم وسط پا، و درد زانو. التهاب مزمن چنین مکانهایی به تشکیل خارهای استخوانی (افزایش استخوان‌سازی) می‌انجامد. این خارهای استخوانی خصوصاً در ناحیه پاشنه پا باعث ایجاد درد می‌شوند.

#### ساکروایلنیت:

عبارتست از التهاب مفصل خاجی - لگنی که در ناحیه لگن قرار دارد. شیوع آن در اوایل بیماری اندک است؛ اما پس از 5 تا 10 سال بعد از شروع بیماری شیوع بیشتری می‌یابد. علائم شایع ناشی از آن وجود درد متناوب در ناحیه باسن می‌باشد.

### کمر درد؛ اسپوندیلیت

درگیری ستون مهره‌ها در آغاز بیماری بسیار نادر است؛ در صورتی که ممکن است بعدها در طول سیر بیماری ایجاد شود. علائم شایع شامل کمر درد، خشکی صبحگاهی مفاصل، و کاهش محدوده حرکتی مهره‌ها می‌شود. کمر درد گاهی اوقات با درد قفسه‌سینه و گردن همراه است.

در ابتدای درازمدت ستون مهره‌ها، بین استخوانهای مهره‌ای پل‌هایی تشکیل می‌شود که ظاهری شبیه نی بامبو به آنها می‌دهد (“ستون مهره‌ای بامبو شکل”). این حالت در تعداد اندکی از بیماران و پس از سپری شدن مدتهای طولانی رخ می‌دهد؛ لذا هیچگاه در کودکان دیده نمی‌شود.

#### درگیری چشمی

به التهاب عنبیه چشم، یوئیت حاد قدامی گفته می‌شود. چنین چشمهایی به طور حاد قرمز و دردناک می‌شوند. کنترل سریع بیماری توسط متخصص چشمپزشک ضروری است.

#### درگیری پوستی

گروه کوچکی از کودکان مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی ممکن است به پسوریازیس دچار شوند. پسوریازیس یک بیماری مزمن پوستی است که در آن لکه‌های پوسته‌ریزی‌کننده در نواحی آرنج و زانو ایجاد می‌شود. این بیماری پوستی می‌تواند چندین سال پیش از آرتريت رخ دهد. در برخی از بیماران نیز ممکن است آرتريت سالها قبل از ایجاد نشانه‌های پوستی پسوریازیس بروز کند.

#### درگیری روده‌ای

برخی کودکان مبتلا به اختلالات التهابی روده‌ای ممکن است دچار اسپوندیلوآرتروپاتی شوند. بیماری التهابی روده (IBD): برای تعریف التهاب مزمن روده که علتش ناشناخته باشد، به کار می‌رود. این بیماری‌ها به دو بیماری به نامهای “بیماری کرون” و “کولیت اولسراتیو” تقسیم می‌شوند.

#### آیا بیماری در همه کودکان مشابه است؟

طیف بیماری وسیع است. برخی کودکان ممکن است بیماری کوتاه مدت و خفیفی داشته باشند، در صورتی که عده ای دیگر می‌توانند به انواع درازمدت و ناتوان کننده بیماری مبتلا باشند.

#### آیا شکل بیماری در کودکان با بزرگسالان متفاوت است؟

اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان از برخی جهات با اسپوندیلوآرتروپاتی بزرگسالان تفاوت دارد. (1) در ابتدای سیر بیماری اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان، اندامها و مفاصل محیطی با شیوع بیشتری درگیر می‌شوند؛ در حالی که در انواع بزرگسالان درگیری مفاصل محوری و ستون مهره‌ها بیشتر است. (2) در کودکان مفاصل ران با شیوع بیشتری درگیر می‌شود.

#### چگونه این بیماری تشخیص داده می‌شود؟

اگر بیماری قبل از سن 16 سالگی بروز کرده باشد، آرتريت برای مدت بیش از 6 هفته طول کشیده باشد و مشابه الگوهای بالینی که قبلاً گفته شد باشد، بیماری را اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان می‌نامند. تشخیص انواع خاص اسپوندیلوآرتروپاتی (مانند اسپوندیلیت انکلیوزان، آرتريت واکنشی و ...) بر اساس تظاهرات بالینی و رادیوگرافیک خاص صورت می‌پذیرد. واضح و مبرهن است که چنین بیمارانی باید زیر نظر متخصص روماتولوژی کودکان درمان و پیگیری شوند.

#### اهمیت انجام آزمونهای آزمایشگاهی در این بیماری چیست؟

HLA-B27 یک نشانگر سلولی است که در 80 تا 85 درصد بیماران مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان مثبت می‌شود و می‌تواند در تشخیص بیماری کمک‌کننده باشد. شیوع آن در جمعیت عمومی بسیار کمتر است (بین 5 تا 12 درصد بر اساس منطقه جغرافیایی). بنابراین، HLA-B27 به‌خودی‌خود موجب بیماری نمی‌شود، اما با ایجاد علائم و نشانه‌های اسپوندیلوآرتروپاتی ارتباط دارد.

آزمایشهایی نظیر سرعت رسوب گلبولهای قرمز (ESR) یا پروتئین واکنشی (CRP) بیانگر التهاب عمومی هستند و به‌طور غیرمستقیم نشاندهنده فعال بودن بیماری هستند؛ چنین آزمایشهایی می‌توانند در روند درمان کمک‌کننده باشند، اما با این حال چگونگی درمان بیشتر بر اساس تظاهرات بالینی صورت می‌گیرد تا آزمونهای آزمایشگاهی. آزمونهای آزمایشگاهی (مانند شمارش سلولهای خونی، آزمونهای ارزیابی‌کننده عملکرد کلیه و کبد) در ارزیابی عوارض جانبی احتمالی درمان نیز مؤثر هستند. عکسبرداری با اشعه ایکس نیز در بررسی و ارزیابی صدمات مفصلی ناشی از بیماری مفید است.

توموگرافی کامپیوتری (CT-اسکن) و رزونانس مغناطیسی (MRI) خصوصاً در کودکان برای ارزیابی درگیری مفاصل ساکروایلیاک (کمري - حاجي) کمک‌کننده می‌باشد.

#### آیا این بیماری قابل درمان است؟ آیا بیماری علاج قطعی دارد؟

تا وقتی که علت ایجاد اسپوندیلوآرتروپاتی ناشناخته باشد، هیچگونه علاج قطعی برای آن وجود نخواهد داشت. با این وجود، درمان می‌تواند در کنترل بیماری و جلوگیری از صدمات ناشی از آن بسیار مفید باشد.

### درمانهای بیماری کدامند؟

اساس درمان بر استفاده از دارو به همراه فیزیوتراپی و توانبخشی برای حفظ عملکرد مفصلی و جلوگیری از تغییر شکل اندامها استوار است.

**1) داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs):** این دارو برای درمان علامتی التهاب و تب به کار می‌روند. منظور از علامتی اینست که چنین داروهایی علامتهای ناشی از التهاب را کنترل می‌کنند. رایجترین داروی مورد استفاده در کودکان ناپروکسن و ایبوپروفن هستند. با این که آسپیرین یک داروی مؤثر و ارزان قیمت است، اما امروزه به سبب خطر مسمومیت ناشی از آن کاربرد کمتری دارد. داروهای این گروه به خوبی تحمل می‌شوند. ناراحتی معده از شایعترین عوارض جانبی آنهاست که ناشی می‌باشد. اثربخشی NSAIDهای مختلف متفاوت است و گاهی اوقات ممکن است یکی مؤثر باشد، در صورتی که دیگری تأثیری نداشته باشد.

**2) تزریق داخل مفصلی:** هنگامی صورت می‌گیرد که یک مفصل یا تعداد اندکی از مفاصل درگیر شده باشند یا جمع‌شدگی پایدار مفصلی باعث تغییر شکل آن شده باشد.

**3) سولفاسالازین:** در کودکانی کاربرد دارد که برخلاف دریافت درمان دارویی کافی NSAID و یا تزریق استروئید به سیر مزمن بیماری مبتلا هستند. این دارو به درمان NSAID اضافه می‌شود (در حالی که درمان قبلی ادامه می‌یابد). اثرات درمانی آن بعد از هفته‌ها یا ماهها نمایان می‌شود. تجربیات استفاده از سایر گروه‌های دارویی مانند متوتروکسات اندک است.

افق جدید درمانی استفاده از داروهای ضد TNF (که عوامل بیولوژیکی نامیده می‌شوند) است که به طور اختصاصی عامل نکروزدهنده تومور (TNF) را مهار می‌کند. در حال حاضر مطالعاتی که اثرات یا خطرات ناشی از چنین درمانهایی را بر روی بیماران مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان نشان داده باشد، وجود ندارد.

**4) کورتیکواستروئیدها:** در درمان کوتاه مدت بیماران که شدیداً بدحال هستند کاربرد دارد. استروئیدهای موضعی (مانند قطره چشمی) در درمان یوئیت قدامی حاد تجویز می‌شود. در موارد شدید به تزریق داخل چشمی یا تجویز سیستمیک استروئیدها نیاز است.

**5) جراحی ارتوپدی:** کاربرد اصلی آن در تعویض مفصل و جایگزینی مفصل مصنوعی در صدمات شدید مفصلی خصوصاً در مفصل ران است.

**6) فیزیوتراپی:** یکی از اجزای اصلی درمان است. باید از همان ابتدای بیماری شروع شود تا محدوده حرکت مفصلی، رشد و قدرت عضلانی حفظ گردد و از تغییر شکل و محدودیت حرکت مفصلی جلوگیری شود. در درگیری‌های ستون مهره‌ها نیز باید فعالیتهای منظم تنفسی و حرکت ستون مهره‌ها انجام پذیرد.

### عوارض جانبی درمانهای دارویی کدامند؟

داروهای که در آن اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان تجویز می‌شوند، اغلب به‌خوبی تحمل می‌شوند. ناراحتی معده که شایعترین عارضه NSAID است در کودکان بسیار کمتر از بزرگسالان دیده می‌شود و برای پیشگیری از آن باید دارو را همراه غذا مصرف کرد. NSAIDها موجب افزایش سطوح برخی آنزیمهای کبدی می‌شوند که در مورد آسپیرین بیشتر رخ می‌دهد.

سولفاسالازین به خوبی تحمل می‌شود. شایعترین عارضه جانبی آن ناراحتی معده، افزایش آنزیمهای کبدی، کاهش گلبولهای سفید خون و ضایعات پوستی است. انجام آزمونهای آزمایشگاهی دوره‌ای برای بررسی مسمومیت ناشی از آن الزامی است.

متوتروکسات نیز به‌خوبی تحمل می‌شود. عوارض گوارشی مانند تهوع و استفراغ شایع هستند. تجویز اسید فولیک یا اسید فولینیک در کاهش مسمومیت کبدی مؤثر است. واکنش ازدیاد حساسیتی به متوتروکسات نیز ممکن است به‌ندرت رخ دهد. انجام آزمونهای آزمایشگاهی دوره‌ای برای ارزیابی مسمومیت ناشی از آن ضروری است.

تجویز درازمدت استروئیدها در دوزهای بالا با چندین عارضه مهم همراه است که عبارتند از: پوکی استخوان و توقف رشد. تجویز استروئیدها با دوز بالا موجب افزایش قابل‌توجه اشتها و در نتیجه چاقی می‌شود. بنابراین باید رژیم غذایی کودک او را سیر کند، اما باعث افزایش دریافت کالری نشود.

### درمان بیماری تا چه مدت باید ادامه یابد؟

درمان باید تا زمانی که علائم و فعالیت بیماری پابرجاست، ادامه یابد. طول مدت بیماری غیرقابل پیش‌بینی است. آرتروز در برخی بیماران به‌خوبی به NSAID جواب می‌دهد. در چنین بیمارانی درمان را می‌توان سریعاً و بعد از چند ماه متوقف نمود. اما در سایر بیماران مبتلا به سیر درازمدت و شدیدتر بیماری، تجویز سولفاسالازین و سایر انواع داروها برای سالها مورد نیاز است. درمان فقط هنگامی به‌طور کامل متوقف می‌شود که بیماری برای مدت طولانی خاموش شده باشد.

#### آیا درمان‌های غیرمعمول و مکمل مؤثر هستند؟

هیچ مدرکی دال بر مؤثر بودن درمان‌های غیرمعمول و مکمل در اسپوندیلوآرتروپاتی جوانان وجود ندارد.

#### طول مدت بیماری چقدر است؟ سیر بالینی و پیش‌آگهی درازمدت بیماری چگونه است؟

سیر بیماری در بیماران مختلف متفاوت است. آرتروز بعضی بیماران با درمان کوتاه‌مدت چندماهه به‌سرعت بهبود می‌یابد؛ اما در برخی دیگر دوره‌هایی از خاموش و فعال شدن بیماری وجود دارد. در عده‌ای نیز ممکن است آرتروز سیری پایدار و فعال داشته باشد.

در تعداد کثیری از بیماران علائم آغازین بیماری به صورت درگیری مفاصل محیطی و انتزیت (التهاب تاندون‌ها) می‌باشد. با پیشرفت بیماری برخی از این بیماران به درگیری مفاصل کمری - خاجی و ستون مهره‌ها دچار می‌شوند؛ این بیماران و کسانی که آرتروز پایدار مفاصل محیطی دارند، با احتمال بیشتری به تخریب مفاصل در بزرگسالی دچار می‌شوند. پیش‌بینی پیش‌آگهی درازمدت بیماری در مراحل آغازین بیماری غیرممکن است.

#### تأثیر بیماری در زندگی روزمره کودک و خانواده‌اش چگونه است؟

در خلال فعال بودن آرتروز، اکثر کودکان محدودیت‌های وسیعی در زندگی روزمره خویش پیدا می‌کنند. هنگامی که مفاصل اندام‌های تحتانی درگیر می‌شوند، راه رفتن و ورزش از عمده فعالیت‌هایی هستند که مختل می‌گردند.

توجه کافی به مشکلات روانی ناشی از بیماری در کودک و خانواده‌اش ضروری است. یک بیماری مزمن برای کل افراد خانواده درگیری فکری ایجاد می‌کند و هرچه بیماری جدی‌تر و شدیدتر باشد، غلبه یافتن بر شرایط بیماری دشوارتر است. ممکن است والدین به منظور اینکه از ایجاد هرگونه مشکل احتمالی برای کودک جلوگیری کنند، یک ارتباط و وابستگی قوی با کودک برقرار سازند و در نتیجه او را نیازمند مراقبت بیش از حد بار بیاورند. این موضوع موجب برانگیختن احساس ناتوانی در کودک و احساس نیاز به کمک دیگران شود که مشکل شخصیتی ناشی از آن از خود بیماری نیز بدتر است. ذهنیت مثبت والدین برای تشویق و حمایت کودک در جهت استقلال و خوداتکایی کودک علی‌رغم بیماریش، یک قدم بسیار ارزنده در غلبه کودک بر مشکلات ناشی از بیماری و داشتن شخصیتی متعادل است. اگر والدین نتوانند بر عوامل روانی بیماری فائق آیند، حمایت روانی از آنها الزامی است.

#### آیا کودک قادر به حضور منظم در مدرسه هست؟

حضور منظم کودک در مدرسه یکی از نکات بسیار مهم است. برخی از عواملی که ممکن است مانع حضور کودک در مدرسه شوند عبارتند از: اشکال در راه رفتن، مقاومت اندک در برابر خستگی، و درد یا خشکی مفاصل. بنابراین یادآوری نیازهای ضروری کودک برای آموزگار الزامی است؛ نیازهای کودک عبارتند از: مناسب بودن میز تحریر، نیاز به انجام برخی حرکات منظم جهت جلوگیری از خشکی مفصلی در ساعات درسی، مشکل بودن نوشتن با دست برای کودک. کودکان بیمار باید در صورت امکان در دروس ورزشی شرکت کنند و به انجام انواع ورزش‌هایی که قبلاً ذکر شد، بپردازند.

رفتن به مدرسه برای کودکان همانند کار کردن برای بزرگسالان است و در مدرسه است که کودک اتکا به نفس، فعالیت‌های سازنده و چگونگی مستقل بودن را می‌آموزد. والدین و آموزگاران باید کودکان بیمار را همانند سایر کودکان سالم در فعالیت‌های مدرسه سهیم کنند تا کودک بتواند به مؤفقیتهای تحصیلی دست پیدا کند، توانایی برقراری ارتباط اجتماعی با همسالان و بزرگسالان خودش را کسب کند و توسط دوستانش پذیرفته شود و تشویق گردد.

#### آیا انجام فعالیت‌های بدنی و ورزشی در این بیماران امکان‌پذیر است؟

بازي كردن يكي از جنبه‌هاي اساسي زندگي روزانه كودك طبيعي است. بنابراین بهتر است كودك را به حال خود رها كرد تا بازيهاي مورد علاقه‌اش را انجام دهد، زیرا كودك در صورت وجود درد مفصلي از ادامه فعاليت بدني خودداري مي‌كند. با وجود آن كه افزايش فشار مكانيكي براي مفاصل ملتهب مضر است، ولي آسيب اندك ناشي از آن بر آسيب رواني حاصل از جلوگیری از بازيهاي كودكانه با هم‌سن و سالان ترجيح داده مي‌شود. لذا انتخاب مناسب، اتخاذ راه روشهاي خاصي است كه كودك از طريق آن بتواند به خود متكي باشد و با وجود بيماري از عهده كارهاي خويش برآيد.

با توجه به آنچه گفته شد، بهتر است كودك به انواعي از ورزشهاي مورد علاقه‌اش بپردازد كه فشار مكانيكي وارد بر مفصل توسط آنها كم يا ناچيز باشد (مانند شنا و دوچرخه‌سواري).

#### آيا رژيم غذايي بر بيماري تأثير مي‌گذارد؟

هيچگونه مدركي كه دال بر تأثير رژيم غذايي بر بيماري باشد، وجود ندارد. به طور كلي، كودك بيمار بايد يك رژيم غذايي متعادل و طبيعي براي سن خود دريافت كند. بايد از غذا خوردن بيش از حد در بيماراني كه به علت دريافت استروئيدها دچار افزايش اشتها شده‌اند، جلوگیری نمود.

#### آيا آب و هوا تأثيري بر سير بيماري دارد؟

هيچ مدركي دال بر تأثير آب و هوا بر تظاهرات بيماري وجود ندارد.

#### آيا انجام واكسيناسيون در اين بيماران امكان‌پذير است؟

بيماري كه تحت درمان با داروهاي NSAID و سولفاسالازين است مي‌تواند برنامه عادي واكسيناسيون خود را انجام دهد. در صورتي كه بيمار درمانهاي سرکوب‌كننده ايموني (استروئيدها، متوتروكسات، آنتي-TNF و غيره) دريافت کرده باشد، بايد از انجام واكسيناسيون با واكسنهاي حاوي ميكروارگانيسم زنده يا ضعيف‌شده (مانند واكسن سرخك، سرخچه، فلج اطفال خوراكي (سابين)، سل، و ضد عامل التهاب غدد بناگوشي) به دليل احتمال گسترش عفونت در نتيجه کاهش يافتن دفاع ايموني بدن، خودداري نمود. واكسنهاي كه حاوي ميكروارگانيسم‌هاي زنده نيستند ولي از بخشهاي پروتئيني عوامل عفوني تهيه شده‌اند (نظير كزاز، ديفتري، فلج اطفال سالك، هپاتيت B، سياه سرفه، پنوموكوك، هموفيلوس، مننژيت) قابل انجام هستند، اما از نظر تئوري امكان دارد و واكسيناسيون به دليل شرايط سرکوب سيستم ايموني مؤفق نباشد.

#### فعاليتهاي جنسي، حاملگي و روشهاي جلوگیری از بارداري در اين بيماران چگونه بايد باشد؟

هيچ محدوديتي براي داشتن يك فعاليت جنسي يا حاملگي طبيعي وجود ندارد. ولي با اين حال، نکته مهمي كه در افراد تحت درمان با داروها بايد در نظر گرفته شود، احتمال اثرات نامطلوب داروها بر جنين است. با وجود جنبه‌هاي ژنتيك بيماري، دليلي براي جلوگیری از بچه‌دار شدن وجود ندارد. بيماري كشنده نيست و حتي اگر عوامل ژنتيكي مستعدكننده به ارث برسند، شانس عدم ابتلا به بيماري از ابتلا به آن بيشتر است.

#### آيا كودك مي‌تواند در بزرگسالي يك زندگي طبيعي داشته باشد؟

اين موضوع يكي از اهداف اصلي درمان است و در اكثر اوقات موارد قابل حصول است. درمان چنين بيماريهايي در 10 سال اخير پيشرفت‌هاي شگرفي کرده است. درمان دارويي توأم با انجام فعاليتهاي بازتواني مي‌تواند از تخریب مفاصل در اكثر اوقات جلوگیری كند. با اين وجود، تخریب مفصلي در بيماران مبتلا به بيماري مزمن مهم است و مي‌تواند فعاليت روزمره و تخصصي بيمار را مختل نمايد.