



www.pediatric-rheumatology.printo.it

MŁODZIEŃCZE SPOPNDYLOARTROPATIE

Co to jest?

Młodzieńcze spondyloartropatie stanowią grupę przewlekłych chorób zapalnych stawów oraz chorób zapalnych przyczepów ścięgien do kości (entezopatie). Zmiany dotyczą głównie kończyn dolnych, w niektórych przypadkach choroba atakuje stawy miednicy lub kręgosłupa.

W pewnych przypadkach pierwszymi objawami klinicznymi są dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (żołądkowo-jelitowe) lub infekcje dróg moczowych. Mówimy wtedy o tzw. reaktywnym zapaleniu stawów.

Młodzieńcze spondyloartropatie występują szczególnie często u osób posiadających gen HLA B27 – genetyczny marker, predysponujący indywidualnie do choroby (nadal nie wiadomo, w jakim mechanizmie).

Przewaga niektórych objawów klinicznych na początku choroby, ich dominacja podczas trwania procesu, odróżnia formę młodzieńczą spondyloartropatii od przebiegu u dorosłych. Zdarza się jednak przebieg choroby podobny do przebiegu w wieku dorosłym. Do grupy chorych na młodzieńcze spondyloartropatie zalicza się również pacjentów z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów, klasyfikowanym jako enthesitis related arthritis (patrz rozdział o młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów).

Jakie choroby nazywamy młodzieńczymi spondyloartropatiami?

Wbrew niektórym protestom, do młodzieńczych spondyloartropatii zaliczamy te same choroby co do spondyloartropatii wieku dorosłego: zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), reaktywne zapalenie stawów (w tym zespół Reitera), łuszczycowe zapalenie stawów oraz zapalenie stawów, współistniejące ze zmianami zapalnymi jelit.

U niektórych dzieci, niespełniających kryteriów diagnostycznych dla chorób wymienionych powyżej, należy rozpoznać tzw. niezidentyfikowane spondyloartropatie. Inne postaci choroby, szczególnie te określane jako zespół seronegatywnej entezopatii i artropatii (SEA) i enthesitis related arthritis, odnoszą się również do spondyloartropatii.

Jak często występują spondyloartropatie?

Spondyloartropatie są najczęściej występującą formą przewlekłego zapalenia stawów u dzieci. Szacuje się, że około 30% przypadków przewlekłego zapalenia stawów u dzieci to spondyloartropatie. Najczęściej chorują chłopcy, początek choroby występuje głównie pomiędzy 10 a 15 rokiem życia.

Znaczna większość pacjentów ze spondyloartropatiami posiada gen HLA B27 – predysponujący do choroby genetyczny marker. Z tego powodu częstość występowania spondyloartropatii u dzieci i dorosłych w ogólnej populacji ludności zależy od częstości występowania tego genetycznego markera u ludzi.

Jaka jest przyczyna choroby?

Przyczyna i dokładne mechanizmy powstawania tych chorób nie są znane.

Podobnie jak w przypadku innych form przewlekłego zapalenia stawów u dzieci, za przyczynę powstania choroby może być odpowiedzialnych kilka czynników wpływających na układ immunologiczny.

Spondyloartropatie wiążą się z innymi formami przewlekłego zapalenia, np. z chorobami zapalnymi jelit, układu moczowo-płciowego i skóry. Zakażenie bakteryjne pewnymi mikroorganizmami (np. Salmonella, Shigella, Yersinia, Camylobacter lub Chlamydia) może odgrywać istotną rolę w wywoływaniu zapalenia stawów u dzieci (tzw. reaktywne zapalenie stawów).

Czy choroba jest dziedziczna?

Znaczna większość pacjentów z młodzieńczymi spondyloartropatiami jest nosicielami genu HLA B27. Nie oznacza to, że każde dziecko z genem HLA B27 będzie chore na spondyloartropatię. Częstość występowania genu HLA B27 w populacji szacuje się na 10%, a tylko u 1% tej populacji rozwinie się choroba.

Jeżeli ktoś z najbliższej rodziny choruje na spondyloartropatię, posiadanie genu HLA B27 podnosi ryzyko zachorowania do ok. 25%. Z uwagi na ten fakt, spondyloartropatie występują częściej u członków rodziny dziecka chorego na spondyloartropatię.

Stąd obciążenie genetyczne, w szczególności obecność genu HLA B27, pomaga określić podatność na zachorowanie. Nie jest to jednak wystarczające do rozwoju choroby. Panuje wśród naukowców zgoda, że chorobę wywołuje zbiór czynników. Jest to rezultat powiązania genetycznych predyspozycji i narażenia na nadal nieznane czynniki środowiskowe (prawdopodobnie infekcje).

Czy można chorobie zapobiec?

Z uwagi na dokładnie nieznane mechanizmy powstawania choroby, zapobieganie chorobie nie jest możliwe. Badanie rodzeństwa w kierunku nosicielstwa genu HLA B27 nie jest przydatne, jeżeli brak jest objawów klinicznych, które można łączyć ze spondyloartropatią.

Czy choroba jest zakaźna?

Spondyloartropatie nie są chorobami zakaźnymi.

Jakie są główne objawy kliniczne?

Młodzieńcze spondyloartropatie mają wspólne objawy kliniczne, w tym:

Zapalenie stawów:

- 1) Najczęstszym objawem jest ból stawów, ich obrzęk i ograniczenie ruchomości.
- 2) Wiele dzieci ma zapalenie kilku stawów kończyn dolnych (oligoarthritis). Zapalenie kilku stawów (oligoarthritis) oznacza, że choroba dotyczy czterech lub mniej stawów. U tych dzieci, u których dojdzie do przewlekłego zapalenia stawów, może wystąpić zapalenie wielu stawów (poliarthritis). Oznacza to, że zajętych jest pięć lub więcej stawów, zmiany są bardziej rozległe.
- 3) Zapalenie stawów dotyczy głównie stawów kończyn dolnych – stawów klanowych, stawów skokowych, stawów śródstopia i bioder. Znacznie rzadziej zapalenie stawów dotyczy drobnych stawów stopy.
- 4) W pojedynczych przypadkach zapalenie stawów dotyczy stawów kończyn górnych, głównie stawów ramiennych.

Entezopatia:

Bardzo często u dzieci ze spondyloartropatią występuje entezopatia, tzn. zapalenie przyczepów ścięgnistych (miejsca, gdzie ścięgno lub więzadło przyczepia się do kości). Najczęstszą lokalizacją jest pięta, śródstopie i okolica rzepki. Najczęstszym objawem jest ból zajętej okolicy. Przewlekłe zapalenie przyczepów ścięgnistych może prowadzić do zwapnień, tzw. ostrogi. Szczególnie często występuje to w okolicach pięty, prowadząc do stałego bólu pięty.

Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych:

Jest to zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych znajdujących się w tylnej części miednicy. Rzadko jest to objaw pierwotny choroby. Najczęściej zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych pojawia się około pięciu do dziesięciu lat od początku choroby. Najczęściej występuje naprzemienny ból pośladków.

Ból pleców; zapalenie stawów kręgosłupa:

Zajęcie stawów kręgosłupa występuje jako objaw początkowy bardzo rzadko. Pojawia się raczej po kilku latach trwania choroby. Najczęstszymi objawami są ból okolicy lędźwiowej, poranna sztywność, ograniczenie ruchomości kręgosłupa. Ból okolicy lędźwiowej wiąże się często z bólem szyi i klatki piersiowej.

W przypadku, gdy choroba trwa długo, może dojść do powstania mostków łączących poszczególne kręgi (tzw. kręgosłup-bambus). Zdarza się to jednak tylko w pojedynczych przypadkach i tylko wtedy, kiedy choroba trwa bardzo długo. Dlatego też wyjątkowo obserwuje się taki objaw u dzieci.

Zmiany oczne:

Zmiany polegają na zapaleniu tęczówki. Nie występują często. Oko jest żywoczerwone i bolesne. Wymagana jest wtedy pilna konsultacja okulistyczna.

Zmiany skórne:

Niewielka liczba dzieci chorych na spondyloartropatię ma łuszczycę. Łuszczycą to przewlekła choroba skórna. Wiąże się z pojawieniem ograniczonych zmian skórnych (łuszczącej się skóry). Zmiany zlokalizowane są głównie w okolicach łokci i kolan. Zmiany skórne mogą wyprzedzać pojawienie się zmian stawowych nawet ponad rok. U innych pacjentów zapalenie stawów może pojawić się na wiele lat przed pojawieniem się pierwszych zmian skórnych.

Zmiany w przewodzie pokarmowym:

Zdarzają się przypadki dzieci chorych na zmiany zapalne jelit, u których rozwija się spondyloartropatia. Zmiany zapalne jelit to określenie przewlekłych chorób dotyczących przewodu pokarmowego o nieznanym etiologii. Określa się tym mianem dwie choroby – chorobę Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Czy choroba przebiega tak samo u każdego dziecka?

Choroba przebiega indywidualnie. U niektórych dzieci ma charakter krótkotrwały i łagodny, u innych przebieg choroby jest długotrwały i postępujący.

Czy choroba ma różny przebieg u dzieci i u dorosłych?

Przebieg młodzieńczych spondyloartropatii u dzieci różni się od przebiegu u dorosłych dwoma aspektami:

1) U dzieci na początku choroby dochodzi do zajęcia głównie stawów kończyn dolnych, w przeciwieństwie do dorosłych, gdzie w pierwszej kolejności zmiany dotyczą kręgosłupa.

2) U dzieci szczególnie często dochodzi do zajęcia stawów biodrowych.

Jak rozpoznać chorobę?

Według lekarzy młodzieńcze spondyloartropatie rozpoznajemy, gdy pierwsze objawy choroby pojawią się przed 16 rokiem życia, trwają powyżej sześciu tygodni i spełniają kryteria rozpoznawcze choroby (patrz definicja i objawy). Rozpoznanie szczególnych postaci spondyloartropatii (w tym zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa czy reaktywnego zapalenia stawów) jest możliwe do postawienia po spełnieniu pewnych klinicznych i radiologicznych wymogów.

Jest oczywiste, że dzieci te powinny być leczone i obserwowane przez pediatrę reumatologa.

Jakie są główne badania?

Pomocnym do różnicowania choroby jest określenie nosicielstwa genu HLA B27, charakterystycznego markera genetycznego, który obecny jest u ponad 80-85% dzieci chorych na młodzieńcze spondyloartropatie. Jego obecność w ogólnej populacji jest znacznie niższa – tylko 5-12% w zależności od regionu.

Dlatego też nie sama obecność genu HLA B27, ale jego obecność w połączeniu z charakterystycznymi objawami klinicznymi ma znaczenie w rozpoznaniu choroby. Badania takie jak OB, białko ostrej fazy (CRP) dają informację na temat ogólnego procesu zapalnego, a tym samym pośrednio świadczą o aktywności choroby. Dają one pojęcie o przebiegu i aktywności choroby, którą bardziej ocenia się po objawach klinicznych, niż na podstawie badań biochemicznych. Badania laboratoryjne dają też możliwość oceny objawów niepożądanych leczenia (poziomu krwinek, wydolności wątroby i nerek). Zdjęcia rentgenowskie są pomocne do oceny postępu choroby i oceny destrukcji stawów spowodowanej chorobą.

Do oceny stopnia zajęcia stawów krzyżowo-biodrowych, szczególnie u dzieci, mogą być pomocne badania przy pomocy tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Czy chorobę można leczyć?

Z uwagi na niejasną etiologię choroby, nie ma leczenia przyczynowego. Jednakże stosowane leczenie jest skuteczne w kontrolowaniu aktywności choroby i zapobieganiu destrukcji stawów.

Jakie jest leczenie?

Leczenie opiera się na połączeniu terapii lekami z rehabilitacją. Daje to możliwość zachowania funkcji stawów i skutecznie zapobiega ich destrukcji i deformacji.

1) Niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są to objawowe leki przeciwzapalne i przeciwgorączkowe. Objawowe oznacza, że usuwają objawy związane z procesem zapalnym. Szczególnie często u dzieci stosuje się naproxen i ibuprofen. Aspiryna, pomimo swojej skuteczności i niskiej ceny, jest bardzo rzadko stosowana, z uwagi na dużą toksyczność leku. Niesterydowe leki przeciwzapalne są z reguły dobrze tolerowane, a objawy niepożądane, pod postacią dolegliwości żołądkowych, są rzadkie.

W terapii nie jest polecane łączenie różnych NLPZ, jednakże czasami zdarza się, że jeden lek jest bardziej skuteczny od innego.

2) Iniekcje dostawowe wykonuje się tylko wtedy, gdy jeden lub bardzo niewielka liczba stawów zajętych jest procesem chorobowym, lub, gdy obecność przykurczu stawowego grozi deformacją stawu. Iniekcje wykonuje się preparatami sterydowymi o długim okresie półtrwania.

3) Sulfasalazyna jest stosowana u dzieci, u których choroba przewleka się, pomimo właściwej terapii niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi i iniekcjami dostawowymi. Sulfasalazynę stosuje się razem z NLPZ, stąd konieczność kontynuacji terapii tymi lekami. Efekt terapii sulfasalazyną jest widoczny dopiero po kilku tygodniach lub nawet miesiącach jej stosowania.

Doświadczenie z innymi lekami w terapii spondyloartropatii (w tym methotrexatem) jest niewielkie.

W ostatnich latach przedstawiono doniesienia o wprowadzeniu do leczenia brokerów anty-TNF (tzw. biologicznych agentów), które blokują selektywnie czynnik TNF (pewien czynnik immunologiczny). Jednakże do tej pory brak jest danych na temat skuteczności i ewentualnych powikłań tego typu leczenia u dzieci z młodzieńczymi spondyloartropatiami.

4) Kortykosterydy – ich rola ogranicza się do leczenia przypadków ostrego i agresywnego przebiegu choroby. Stosuje się je krótkotrwale. Krople do oczu zawierające sterydy stosuje się w zapaleniu tęczówki. W bardziej zaawansowanych przypadkach choroby, przebiegających ze zmianami ocznymi, wymagane jest podawanie iniekcji sterydowych pozagałkowo (w okolicę nerwu wzrokowego) lub wręcz podawanie steroidów ogólnie.

5) Operacje ortopedyczne W przypadku znacznej destrukcji stawów wymagane jest wszczęcie endoprotezy, szczególnie dotyczy to stawów biodrowych.

6) Rehabilitacja jest podstawowym elementem leczenia. Fizjoterapia musi być rozpoczęta we wczesnym stadium choroby. Powinna być stosowana rutynowo, by zapobiec ograniczeniu ruchu w stawach, by zachować siłę mięśniową i zapobiec deformacji i destrukcji stawów.

Ponadto, gdy dochodzi do zajęcia stawów kręgosłupa, konieczne jest wykonywanie ćwiczeń kręgosłupa oraz regularnej gimnastyki oddechowej.

Jakie są objawy niepożądane terapii lekami?

Leki stosowane w leczeniu młodzieńczych spondyloartropatii są z reguły dobrze tolerowane. Dolegliwości żołądkowe, najczęściej występujący objaw niepożądany leczenia niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi, występują znacznie rzadziej u dzieci niż u dorosłych. By tym dolegliwościom zapobiec, NLPZ powinny być przyjmowane zawsze łącznie z pokarmem.

Niesterydowe leki przeciwzapalne mogą czasem powodować wzrost we krwi niektórych enzymów wątrobowych, jednakże przy stosowaniu leków innych niż aspiryna, zdarza się to wyjątkowo rzadko.

Sulfasalazyna jest raczej dobrze tolerowana. Najczęściej występującymi objawami niepożądanymi są problemy żołądkowe, wzrost poziomu niektórych enzymów wątrobowych, spadek liczby białych krwinek lub wysypka skórna. Aby monitorować toksyczność sulfasalazyny konieczne są okresowe badania laboratoryjne.

Methotrexat jest także dobrze tolerowany. Zdarzają się objawy niepożądane ze strony przewodu pokarmowego pod postacią nudności i wymiotów, ale występują rzadko. Równoczesne podawanie pacjentom kwasu foliowego, znacznie obniża częstość występowania uszkodzeń wątroby. Czasem zdarza się nadwrażliwa reakcja na methotrexat, ale występuje rzadko. Także w tym przypadku, celem monitorowania toksyczności leku, konieczne są okresowe badania biochemiczne.

Długotrwałe podawanie kortykosterydów w dużych dawkach wiąże się z występowaniem poważnych objawów niepożądanych, w tym niedoboru wzrostu i osteoporozy. Sterydy podawane w dużych dawkach mogą również znacznie wzmacniać apetyt, co prowadzi może z kolei do otyłości. Dlatego tak ważne jest informowanie dzieci, by jadły produkty zaspokajające ich głód, jednakże niskokaloryczne.

Jak długo powinna trwać terapia?

Leczenie powinno trwać dotąd, dopóki utrzymują się objawy kliniczne i choroba jest aktywna.

Przebieg choroby nie jest do przewidzenia. Niektórzy pacjenci bardzo dobrze odpowiadają na leczenie niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi. U tych dzieci terapię można przerwać szybko, w granicach kilku miesięcy. U innych pacjentów, gdy przebieg choroby jest długi i choroba ma charakter agresywny, wymagane jest leczenie sulfasalazyną lub innymi lekami nawet przez kilka lat. Całkowite odstawienie leków rozważane jest w tych przypadkach indywidualnie i tylko pod warunkiem utrzymującej się długo całkowitej remisji choroby.

Co z medycyną niekonwencjonalną?

Nie ma żadnych dowodów na skuteczność leków niekonwencjonalnych w leczeniu młodzieńczych spondyloartropatii.

Jak długo trwa choroba? Jakie jest rokowanie?

Przebieg choroby jest inny u każdego pacjenta. U niektórych dzieci zapalenie stawów wycofuje się szybko, wymaga niewielkiego leczenia w przeciągu kilku miesięcy. U innych dzieci choroba przebiega z okresowymi remisjami i nawrotami choroby. Wreszcie, u niektórych dzieci choroba ma przebieg ciągły, bez okresów remisji.

U przeważającej większości pacjentów początek choroby wiąże się z zajęciem stawów kończyn dolnych oraz z zapaleniem przyczepów ścięgniastych. W miarę rozwoju choroby dochodzi do zajęcia stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa. U tych ostatnich pacjentów oraz u tych, u których utrzymuje się ciągle zapalenie stawów obwodowych, istnieje wysokie ryzyko, że dojdzie do znacznej destrukcji stawów w wieku dorosłym.

Na początku choroby nie jest możliwe określenie odległych wyników przebiegu choroby.

Jak choroba wpływa na dziecko i jego życie rodzinne?

W okresach zaostrzenia choroby prawie każde dziecko odczuwać będzie pewne ograniczenia w życiu codziennym. Szczególnie, jeśli dochodzi do zajęcia przez proces chorobowy stawów kończyn dolnych. Na pierwszy plan wysuwa się utrudnione chodzenie, poruszanie się.

Szczególne uwagę zwrócić należy na psychologiczną stronę choroby u dziecka i otaczającej go rodziny. Przewlekła choroba to ogromne wyzwanie dla całej rodziny. Oczywiście, im gorszy przebieg choroby, tym trudniej dziecku radzić sobie z nią. Tym trudniej jeszcze będzie radzić sobie z chorobą, jeżeli jego rodzice tego nie potrafią. Rodzice chorego dziecka często wykazują nieprawidłowe zachowania, starają się ochronić dziecko przed każdym zaistniałym problemem, stają się nadopiekuńczy. Może to być przyczyną, że dziecko czuje się źle, ma wrażenie, że nie pasuje do otoczenia. Może to spowodować zmiany w jego psychice, co jest gorsze, niż sama choroba. Pozytywne nastawienie rodziców, wsparcie z ich strony, zachęcanie dziecka do bycia niezależnym i wbrew chorobie, do rozwiązywania wszelkich problemów, pomaga dziecku pokonać trudności związane z chorobą, dobrze radzić sobie z rówieśnikami. Dobrze wpływa to na rozwój osobowości chorego dziecka. Jeżeli rodzine chorego dziecka nie udaje się pokonać ciężaru choroby, wymagana jest opieka psychologa.

Co ze szkołą?

Bardzo ważne jest, aby dziecko uczęszczało do szkoły regularnie. Jest parę czynników, które utrudniają codzienne chodzenie do szkoły, w tym trudności z chodzeniem, łatwa męczliwość, ból i sztywność stawów. Bardzo ważne jest też wyjaśnienie gronu nauczycielskiemu, że dziecko wymaga wygodnej ławki szkolnej i regularnych ćwiczeń w trakcie zajęć szkolnych, by zapobiec sztywności stawów.

Z tego powodu pacjenci powinni brać udział w zajęciach wychowania fizycznego, kiedy tylko jest to możliwe. To samo dotyczy sportu omawianego w rozdziale poniżej.

Szkoła dla dziecka, to tak jak praca dla ludzi dorosłych. Miejsce, gdzie dziecko uczy się samodzielności, pracowitości i niezależności. Rodzice i nauczyciele powinni zrobić wszystko, by pomóc choremu dziecku uczestniczyć w zajęciach szkolnych w normalny sposób. Tym samym pomóc, by chore dziecko odnosiło sukcesy szkolne, by miało dobry kontakt z rówieśnikami i z dorosłymi, by było przez przyjaciół akceptowane i doceniane.

Co ze sportem?

Uczestnictwo w grach sportowych to codzienność normalnego dziecka. Stąd ogólna tendencja do zachęcania chorego dziecka do uprawiania sportu. Wierzyć należy, że dziecko przerwie grę, gdy pojawi się ból stawów. Chociaż niekorzystne są mechaniczne uszkodzenia zajętych przez proces chorobowy stawów, uważa się, że niewielkie urazy są mniej istotne, niż stres spowodowany zakazem gry z przyjaciółmi z powodu choroby.

Podejście to jest częścią ogólnej tendencji zachęcania chorego dziecka do bycia samodzielnym, zdolnym radzić sobie z problemami dnia codziennego, pomimo ograniczeń narzuconych przez chorobę.

Poleca się choremu dziecku uprawianie sportów, w których urazy są minimalne lub ich brak, jak np. pływanie, czy jazda na rowerze.

Co z dietą?

Nie ma dowodów, że dieta może wpływać na przebieg choroby. Dieta powinna być zbilansowana i odpowiednia do wieku dziecka. Dzieci leczone sterydami muszą unikać przejadania się, jako że sterydy znacznie zwiększają apetyt.

Czy zmiany klimatu wpływają na przebieg choroby?

Nie ma dowodów, że zmiany klimatu mogą wpływać na przebieg choroby.

Czy dziecko może być szczepione?

Ponieważ większość chorych jest leczona, bądź niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi, bądź sulfasalazyną, dziecko może być szczepione według kalendarza szczepień. Jeżeli jednak dzieci leczone są lekami immunosupresyjnymi (np. sterydami, methotrexatem, anty-TNF itp.) szczepienie żywymi wirusami (takimi, jak różyczka, odra, świnka, polio – Sebin) należy odroczyć w czasie, z powodu potencjalnego ryzyka zakażenia. Spowodowane jest to znacznym obniżeniem odporności chorego dziecka, poddanego kuracji tymi lekami.

Szczepienia preparatami zawierającymi jedynie białko danego organizmu (np. tężec, dyfteryt, polio – Salk, wirus zapalenia wątroby typu B, krztusiec, pneumokoki, haemophilus, meningokoki) mogą być wykonywane. Istnieje wtedy jednak potencjalne ryzyko braku odpowiedzi na szczepienie z racji terapii immunosupresyjnej.

Co z życiem płciowym, ciążą, kontrolą urodzeń?

Nie istnieją żadne ograniczenia, co do normalnego życia płciowego lub ciąży u chorych na młodzieńcze spondyloartropatie. Pacjentki przyjmujące leki powinny być jednak bardzo dobrze poinformowane o możliwych działaniach niepożądanych stosowanych leków u rozwijającego się płodu.

Nie ma powodu, by nie mieć dzieci z racji obciążeń genetycznych. Choroba nie jest śmiertelna. Pomimo, że predysponujący do choroby czynnik genetyczny jest dziedziczny, to u rodzeństwa istnieje znacznie mniejsze prawdopodobieństwo rozwoju jakiegось formy spondyloartropatii.

Czy dzieci będą miały normalne dorosłe życie?

Jest to jeden z głównych celów terapii. Udaje się go osiągnąć w większości przypadków. W ostatnich latach znacznie poprawiły się możliwości leczenia spondyloartropatii. Obecnie łączy się leczenie farmakologiczne i rehabilitację. U większości pacjentów pozwala to zapobiec destrukcji stawów.

Nadal jednak zdarzają się pojedyncze przypadki, gdzie przewlekły charakter choroby prowadzi do destrukcji stawów. Może to dawać ograniczenie codziennej aktywności pacjentów, a tym samym zmniejszać ich zawodowe osiągnięcia i ambicje.