www.printo.it/pediatric-rheumatology/BE_FM/intro

Juveniele Spondylartropathie/Enthesitis Gerelateerde Artritis (SPA-ERA)

Versie 2016

1. WAT IS JUVENIELE SPONDYLARTROPATHIE/ENTHESITIS GERELATEERDE ARTRITIS (SpA-ERA)

1.1 Wat is het?

Juveniele spondylartropathieën is een chronische inflammatoire aandoening van de gewrichten (artritis), de pezen en van de aanhechting van de pezen aan de botten (enthesitis) van voornamelijk de onderste ledematen en in sommige gevallen het bekken en de rug(sacroiliitis – pijn ter hoogte van de billen en spondylitis – lage rugpijn). Juveniele spondylartropathieën komen meer voor bij personen met een positief bloedonderzoek voor de genetische factor HLA-B27. HLA-B27 is een eiwit dat zich op het oppervlak van immuuncellen bevindt. Slechts een fractie van de mensen met HLA-B27 ontwikkelt echter artritis. Dus de aanwezigheid van enkel HLA-B27 is niet voldoende om de ontwikkeling van de ziekte te verklaren. Op dit moment is de exacte rol van HLA-B27 bij het ontstaan van deze aandoening nog onbekend. Het is echter bekend dat in enkele gevallen het ontstaan van de artritis voorafgegaan wordt door een maag-darm- of urogenitale infectie (bekend als reactieve artritis). Juveniele spondylartropathie is gelijkaardig aan de spondylartritis bij volwassenen en de meeste onderzoekers geloven dat deze aandoeningen dezelfde oorsprong en kenmerken hebben. De meeste kinderen en tieners met juveniele spondylartropathie kunnen gediagnosticeerd worden met ERA of psoriatische artritis. Het is belangrijk te weten dat de namen juveniele spondylartropathie, enthesitis gerelateerde artritis (ERA) en in sommige gevallen ook psoriatische artritis vanuit een medisch en

therapeutisch oogpunt hetzelfde zijn.

1.2 Welke aandoeningen worden juveniele SpA-ERA genoemd?

Zoals hierboven al werd aangegeven, is juveniele spondylartropathie een verzamelnaam voor een groep aandoeningen waarvan de klinische symptomen met elkaar overlappen, waaronder axiale en perifere spondylartritis, ankyloserende spondylitis, ongedifferentieerde spondylartritis, psoriatische artritis, reactieve artritis en artritis gerelateerd aan de ziekte van Crohn en ulceratieve colitis. Enthesitis gerelateerde artritis en psoriatische artritis zijn twee verschillende aandoeningen in de JIA-classificatie en zijn gerelateerd aan juveniele SpA.

1.3 Hoe vaak komt het voor?

Juveniele SpA-ERA is een van de meest voorkomende vormen van chronische artritis bij kinderen en wordt vaker bij jongens gezien dan bij meisjes. Afhankelijk van de regio in de wereld, kan het gaan om 30% van alle kinderen met chronische artritis. In de meeste gevallen treden de eerste symptomen op rond het zesde levensjaar. Aangezien een groot deel van de patiënten (ongeveer 85%) met juveniele SpA-ERA dragers zijn van het HLA-B27-gen, hangt de frequentie van volwassen SpA en juveniele SpA-ERA in de hele populatie en zelfs in bepaalde families af van de frequentie van deze marker in de normale populatie.

1.4 Wat zijn de oorzaken van de ziekte?

De oorzaak van juveniele SpA-ERA is onbekend. Er bestaat echter een genetische aanleg, die bij de meeste patiënten gerelateerd is aan de aanwezigheid van het HLA-B27-gen en enkele andere genen. Er wordt vandaag de dag gedacht dat het HLA-B27-molecule dat geassocieerd is met de aandoening (wat niet het geval is voor 99% van de populatie met HLA-B27) niet goed gesynthetiseerd wordt en het de ziekte uitlokt als het interageert met cellen en hun producten (meestal pro-inflammatoire stoffen). Het is echter heel erg belangrijk om te benadrukken dat HLA-B27 niet de oorzaak van de ziekte is, maar eerder een voorbeschikkende factor is.

1.5 Is het erfelijk?

HLA-B27 en andere genen zorgen ervoor dat bepaalde individuen aanleg hebben om juveniele SpA-ERA te krijgen. Verder weten we dat ongeveer 20% van de patiënten met een dergelijke diagnose eerste- of tweedegraads familieleden hebben met de aandoening. Dus juveniele SpA-ERA kan in bepaalde families vaker voorkomen. We kunnen echter niet zeggen dat SpA-ERA erfelijk is. De aandoening treft slechts 1% van de mensen met het HLA-B27-gen. Met andere woorden zullen 99% van de mensen met het HLA-B27-gen nooit SpA-ERA ontwikkelen. Verder verschilt de genetische aanleg per etnische groep.

1.6 Kan het voorkomen worden?

Aangezien de oorzaak van de ziekte nog onbekend is, is preventie niet mogelijk. Het is niet nodig om broertjes/zusjes of familieleden te testen op HLA-B27 als ze geen symptomen hebben van juveniele SpA-ERA.

1.7 Is het besmettelijk?

Juveniele SpA-ERA is geen besmettelijke ziekte, zelfs niet als het uitgelokt wordt door een infectie. Verder ontwikkelen niet alle mensen die op hetzelfde moment besmet worden met dezelfde bacterie, juveniele SpA-ERA.

1.8 Wat zijn de belangrijkste symptomen?

Juveniele SpA-ERA heeft bepaalde klinische symptomen.

Artritis

De meest voorkomende symptomen zijn pijnlijke en gezwollen gewrichten en beperkte mobiliteit van de gewrichten.
Vele kinderen hebben oligoartritis in de onderste ledematen. Oligoartritis betekent dat er 4 of minder gewrichten zijn aangedaan. Patiënten die de chronische vorm ontwikkelen, kunnen polyartritis hebben. Polyartritis betekent dat er meer dan 5 gewrichten zijn aangetast. De gewrichten die het vaakst getroffen worden, zijn de knie, enkel, middenvoet en de heupen; minder vaak treft artritis de kleine gewrichten van de voet.

Sommige kinderen kunnen artritis hebben in de gewrichten van het bovenste lidmaat, vooral de schouders.

Enthesitis

Enthesitis, de ontsteking van de enthese (de aanhechtingsplek van spieren of pezen aan het bot), is het op één na meest voorkomende symptoom bij kinderen met SpA-ERA. Vaak zijn de enthese op de hiel, middenvoet en rond de knie aangetast. De meest voorkomende symptomen hiervan zijn hielpijn, een pijnlijke en gezwollen middenvoet en pijn rond de knie. De chronische ontsteking van de enthese kan leiden tot hielspoor (botovergroei), dat vaak hielpijn veroorzaakt.

Sacroiliitis

Sacroiliitis betreft de ontsteking van de sacro-iliacale gewrichten, die bij het bekken liggen. Het is zeldzaam bij kinderen en treedt vaak 5 tot 10 jaar na het ontstaan van de artritis op.
Het meest voorkomende symptoom is wisselende pijn ter hoogte van de billen.

Rugpijn; spondylitis

Het komt maar zeer zelden voor dat de wervelkolom aangetast wordt van bij het begin, maar het kan later in het verloop van de ziekte bij enkele kinderen voorkomen. De meest voorkomende symptomen zijn nachtelijke rugpijn, ochtendstijfheid en verminderde mobiliteit. De rugpijn gaat vaak gepaard met nek- en in zeldzame gevallen, borstpijn. De ziekte kan vele jaren na aanvang van de ziekte bij enkele patiënten benige overgroei veroorzaken waardoor de rugwervels met elkaar vergroeien. Maar dit wordt bijna nooit bij kinderen gezien.

Betrokkenheid van de ogen

Acute anterieure uveïtis is een ontsteking van de iris van het oog. Het is een niet vaak voorkomende complicatie, maar ongeveer een derde van de patiënten kan er vroeg of laat en zelfs meerdere keren mee te maken krijgen. Acute anterieure uveïtis treedt op zonder pijn aan het oog, zonder roodheid en zonder troebel gezichtsveld en kan enkele weken aanhouden. Het treft meestal één oog per keer, maar het kan een terugkerend patroon hebben. Directe controle door een oogarts is noodzakelijk. Dit type uveïtis verschilt van het type dat gezien wordt bij meisjes met oligoartritis en anti-nucleaire antistoffen.

Betrokkenheid van de huid

Een kleine subgroep van kinderen met juveniele SpA-ERA heeft psoriasis of kan het krijgen. Deze patiënten worden uit de classificatie als ERA uitgesloten en worden geclassifieerd als psoriatische artritis. Psoriasis is een chronische huidziekte, waarbij vaak de huid van de ellebogen en knieën schilferig zijn. De huidziekte kan jaren eerder optreden dan de artritis. Bij andere patiënten kan de artritis al meerdere jaren aanwezig zijn, voordat de eerste psoriasisverschijnselen optreden.

Betrokkenheid van de darmen

Sommige kinderen met inflammatoire darmaandoeningen, zoals de ziekte van Crohn en ulceratieve colitis, kunnen spondyloartritis ontwikkelen. Inflammatoire darmziekten behoren niet tot de componenten van ERA. Bij sommige kinderen is de darmontsteking subklinisch (zonder darmsymptomen) en zijn de symptomen van de gewrichten ernstiger, waarvoor een specifieke behandeling nodig is.

1.9 Verloopt de ziekte bij ieder kind op dezelfde manier?

Het spectrum is breed. Terwijl sommige kinderen een milde en kortdurende ziekte hebben, hebben andere een ernstigere en langer durende vorm. Het is dus mogelijk dat het bij veel kinderen gedurende enkele weken maar om één gewricht gaat (bijv. één knie) waarbij het ziektebeeld niet terugkeert en die de rest van hun leven verder geen symptomen meer hebben, terwijl anderen blijvende symptomen in meerdere gewrichten, enthese, de wervelkolom en sacro-iliacale gewrichten ontwikkelen.

1.10 Is de ziekte bij kinderen anders dan bij volwassenen?

De eerste symptomen van juveniele SpA-ERA zijn anders dan die van SpA bij volwassenen, maar de meeste gegevens duiden erop dat ze tot hetzelfde spectrum van aandoeningen behoren. Perifere gewrichten (ledematen) worden vaker in het begin van de ziekte aangetast bij kinderen, in tegenstelling tot de frequentere aantasting van de axiale (rug en sacro-iliacale gewrichten) gewrichten bij volwassenen. Bij kinderen is de aandoening ernstiger dan bij volwassenen.

2. DIAGNOSE EN THERAPIE

2.1 Hoe wordt het gediagnosticeerd?

Artsen stellen de diagnose juveniele SpA-ERA als de ziekte vóór het zestiende levensjaar optreedt, de artritis meer dan 6 weken aanhoudt en de kenmerken passen bij het hierboven beschreven klinische patroon (zie definitie en symptomen). De diagnose van een specifieke SpA-ERA (bijv. ankyloserende spondylitits, reactieve artritis, enz.) wordt gebaseerd op specifieke klinische en radiografische kenmerken. Het is duidelijk dat deze patiënten behandeld moeten worden en onder controle moeten staan van een kinderreumatoloog of een reumatoloog met ervaring in reumatische aandoeningen bij kinderen.

2.2 Hoe belangrijk zijn de tests?

Een positieve HLA-B27-test is nuttig bij de diagnose van juveniele SpA-ERA, vooral bij mono-symptomatische kinderen. Het is erg belangrijk om te weten dat slechts 1% van de mensen met deze marker spondyloartritis ontwikkelen en dat het HLA-B27-gen in de algemene populatie, afhankelijk van de regio ter wereld bij 12% van de mensen voorkomt. Het is ook belangrijk om te onthouden dat de meeste kinderen en tieners sporten en dat deze activiteiten tot blessures kunnen leiden, die lijken op de initiële symptomen van juveniele SpA-ERA. Daarom is niet de aanwezigheid van het HLA-B27-gen, maar de associatie ervan met de karakteristieke kenmerken en symptomen van SpA-ERA relevant.
Onderzoeken zoals de bezinkingssnelheid (ESR) of C-reactieve proteïne (CRP) geven informatie over algemene aanwezige ontsteking en daardoor indirect over de activiteit van de ziekte; ze zijn nuttig bij het controleren van de ziekte, al zou dit meer gebaseerd moeten zijn op de klinische aspecten dan op de laboratoriumonderzoeken.
Laboratoriumonderzoeken worden ook gebruikt om mogelijke bijwerkingen van de behandeling in de gaten te houden (bloedbeeld, lever- en nierfunctie).
Röntgenfoto's kunnen nuttig zijn om de evolutie van de ziekte te volgen en eventuele, door de ziekte veroorzaakte gewrichtsbeschadigingen te beoordelen. De waarde van röntgenonderzoeken is bij kinderen met

SpA-ERA echter beperkt. Aangezien de resultaten van röntgenonderzoeken vaak niet afwijkend zijn, zijn echo's of MRI-scans van de gewrichten en entheses nodig om vroege tekenen van ontstekingen op te sporen. Met een MRI kan een ontsteking aan de sacro-iliacale gewrichten en/of wervels gezien worden, zonder dat er straling aan te pas komt. Echo's van de gewrichten, inclusief power Doppler-techniek, kunnen een beter beeld geven van de aanwezigheid en ernst van perifere artritis en enthesitis (ledematen).

2.3 Kan het behandeld/genezen worden?

Helaas is er nog geen behandeling die SpA-ERA kan genezen, omdat we de oorzaak nog niet kennen. De huidige behandeling werkt echter goed om de ziekteactiviteit onder controle te houden en structurele schade te voorkomen.

2.4 Wat zijn de belangrijkste behandelingen?

De behandeling is voornamelijk gebaseerd op het gebruik van geneesmiddelen en toepassing van kinesitherapie/revalidatie voor het behoud van de gewrichtsfunctie en ter voorkoming van eventuele misvormingen. Het is belangrijk te weten dat het gebruik van medicatie afhankelijk is van goedkeuring door plaatselijke regelgevende instanties.

Niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's)

Deze geneesmiddelen zijn symptomatische koorts- en ontstekingsremmende middelen. Symptomatisch betekent dat ze de symptomen die veroorzaakt worden door de ontsteking verminderen. De meest gebruikte NSAID's bij kinderen zijn naproxen, diclofenac en ibuprofen. Ze worden over het algemeen goed verdragen en de meest voorkomende bijwerking, de maag-darmklachten, komt zelden voor bij kinderen. Een combinatie van NSAID's wordt niet aangeraden, al kan het nodig zijn om van een NSAID over te stappen op een ander type in geval het middel geen effect heeft of er bijwerkingen optreden.

Corticosteroïden

Deze geneesmiddelen spelen een rol bij patiënten met ernstigere symptomen, om de symptomen op korte termijn onder controle te

krijgen. Lokale corticosteroïden (oogdruppels) worden gebruikt voor de behandeling van acute anterieure uveïtis. In ernstigere gevallen kunnen peribulbaire injecties (injecties in het oog) met corticosteroïden of toediening van systemische corticosteroïden (via de mond of via een infuus) nodig zijn. Bij het voorschrijven van corticosteroïden voor artritis en enthesitis is het goed om weten dat er geen goede studies zijn over de werkzaamheid en veiligheid bij kinderen met SpA-ERA; in sommige gevallen ondersteunen experts het gebruik ervan.

Andere behandelingen (Ziekteveranderende geneesmiddelen)

Sulfasalazine

Dit middel is aangewezen voor kinderen met symptomen van perifere aandoening, die ondanks adequate therapie met NSAID's en/of corticosteroïdinjecties niet overgaan. Sulfasalazine wordt aan de bestaande behandeling met NSAID's (deze moet doorgaan) toegevoegd en het effect kan pas na weken of maanden zichtbaar zijn. Er is maar beperkt bewijs dat sulfasalazine doeltreffend is bij deze kinderen. Ondanks hun wijdverbreide gebruik is ook van methotrexaat, leflonumide of antimalaria middelen niet bewezen dat ze doeltreffend zijn bij juveniele SpA-ERA.

Biologische geneesmiddelen

Anti-tumor necrosefactor (TNF) stoffen worden in de vroege fase van de ziekte aangeraden, omdat ze erg doeltreffend zijn bij het behandelen van de ontstekingssymptomen. Er zijn studies over de werkzaamheid en veiligheid van deze geneesmiddelen, die het gebruik bij patiënten met ernstige juveniele SpA-ERA ondersteunen. Deze studies zijn overhandigd aan de gezondheidsinstanties en wachten op goedkeuring voor het gebruik bij SpA-ERA. In sommige Europese landen zijn anti-TNF-middelen al goedgekeurd voor kinderen.

Gewrichtsinjecties

Gewrichtsinjecties worden gebruikt wanneer er slechts één of enkele gewrichten aangetast zijn en de blijvende aanwezigheid van een contractuur tot misvormingen kan leiden. Over het algemeen worden langwerkende preparaten met corticosteroïden geïnjecteerd. Er wordt aangeraden om deze procedure onder verdoving op de afdeling uit te voeren bij kinderen.

Orthopedische chirurgie

De belangrijkste indicatie voor chirurgie is het vervangen van een gewricht bij ernstige gewrichtsbeschadiging, in het bijzonder van de heup. Dankzij de betere behandeling met geneesmiddelen, is orthopedische chirurgie minder vaak nodig.

Kinesitherapie

Kinesitherapie is een essentieel onderdeel van de behandeling. Er moet vroeg mee gestart worden en het moet op regelmatige basis gedaan worden om de beweegbaarheid goed te houden, de spieren te blijven ontwikkelen en de spierkracht te behouden om zo misvormingen van de gewrichten te voorkomen of te beperken. Als de rugaandoening ernstig is, dan moet de wervelkolom gemobiliseerd worden en moeten er ademhalingsoefeningen gedaan worden.

2.5 Wat zijn de belangrijkste bijwerkingen van de behandeling met geneesmiddelen?

De geneesmiddelen die gebruikt worden voor de behandeling van juveniele SpA-ERA worden over het algemeen goed verdragen. Maagklachten, de vaakst voorkomende bijwerking van NSAID's (die daarom met wat voedsel ingenomen moeten worden), komen minder vaak voor bij kinderen dan bij volwassenen. NSAID's kunnen zorgen voor een stijging van sommige leverenzymen in het bloed, maar dit komt vooral voor bij gebruik van aspirine.
Sulfasalazine wordt vrij goed verdragen; de meest voorkomende bijwerkingen zijn maagproblemen, verhoogde leverenzymen, weinig witte bloedcellen en huidreacties. Herhaaldelijke laboratoriumonderzoeken zijn nodig om eventuele toxiciteit in de gaten te houden.
Het gebruik op lange termijn van hoge doseringen corticosteroïden wordt in verband gebracht met ernstige bijwerkingen, waaronder vertraagde groei en osteoporose. Corticosteroïden in hoge doseringen veroorzaken toegenomen eetlust, wat tot overgewicht kan leiden. Het is daarom belangrijk om kinderen aan te moedigen om eten te kiezen dat de honger stilt, zonder dat ze daarbij veel calorieën innemen.
De behandeling met biologische stoffen (TNF blokkerende middelen) kan gerelateerd zijn aan het vaker voorkomen van infecties. Preventieve screening op (latente) tuberculose is verplicht. Op dit

moment is niet bewezen dat er vaker kwaadaardige tumoren voorkomen (met uitzondering van sommige vormen van huidkanker bij volwassenen).

2.6 Hoelang moet de therapie duren?

De symptomatische behandeling moet net zo lang duren als de symptomen en de ziekte aanhouden. De duur van de ziekte is onvoorspelbaar. Bij sommige patiënten reageert de artritis goed op NSAID's. Bij deze patiënten kan de behandeling vroeg, binnen enkele maanden, gestopt worden. Bij andere patiënten met een langer en agressiever verloop van de ziekte kunnen sulfasalazine en andere soorten medicatie jaren nodig zijn. Het volledig stoppen met de medicatie kan worden overwogen na een langere en volledige remissie van de ziekte.

2.7 Hoe zit het met onconventionele/aanvullende therapieën?

Er zijn vele aanvullende en alternatieve therapieën beschikbaar en dit kan verwarrend zijn voor de patiënten en hun families. Denk goed na over de voordelen en risico's die verbonden zijn aan het uitproberen van deze therapieën, aangezien er weinig voordeel is aangetoond en ze kostbaar kunnen zijn wat betreft tijd, belasting van het kind en geld. Mocht u aanvullende en alternatieve therapieën willen uitproberen, overleg deze mogelijkheden dan met de kinderreumatoloog. Sommige therapieën kunnen een wisselwerking hebben op de gebruikelijke medicatie. De meeste artsen zullen er niets op tegen hebben, zolang u ook het medisch advies blijft opvolgen. Het is van groot belang dat er niet gestopt wordt met het nemen van de voorgeschreven medicatie. Als medicatie nodig is om de ziekte onder controle te houden, dan kan het zeer gevaarlijk zijn om hiermee te stoppen als de ziekte nog actief is. Overleg in het geval u zich zorgen maakt over de medicatie altijd met de arts van uw kind.

2.8 Hoelang duurt de ziekte? Hoe is het verloop op lange termijn (prognose) van de ziekte?

Het verloop van de ziekte kan per patiënt verschillen. Bij sommige patiënten verdwijnt door de behandeling de artritis snel. Bij andere

wordt het verloop gekenmerkt door het vaak in remissie gaan en terugkeren van de symptomen. Bij weer andere patiënten kan de artritis steeds aanwezig blijven. Bij de meerderheid van de patiënten blijven de symptomen aan het begin van de ziekte beperkt tot de perifere gewrichten en enthese. Als de ziekte zich progressief ontwikkelt, kunnen bij sommige kinderen en tieners de sacro-iliacale gewrichten en wervels worden aangetast. Patiënten met persisterende perifere artritis en axiale symptomen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van gewrichtsbeschadigingen op volwassen leeftijd. In het beginstadium van de ziekte is het echter onmogelijk om een prognose op lange termijn te geven. Een goede behandeling kan daarentegen het verloop en de prognose van de ziekte beïnvloeden.

3. DAGELIJKS LEVEN

3.1 Wat voor invloed heeft de ziekte op het dagelijkse leven van het kind en van het gezin?

Tijdens periodes van actieve artritis zal bijna ieder kind beperkingen ervaren tijdens het dagelijkse leven. Aangezien vaak de gewrichten van de onderste ledematen worden aangetast, zijn lopen en sporten de activiteiten die het meest belemmerd worden door de ziekte. Een positieve houding van de ouders die het kind steunen en aanmoedigen om onafhankelijk en fysiek actief te blijven, is van zeer grote waarde bij het overwinnen van de aan de ziekte gerelateerde problemen. Zo kunnen ze succesvol omgaan met hun leeftijdgenootjes en een onafhankelijk persoon worden die in balans is. Als het gezin de last niet aankan of het lastig vindt om met de ziekte om te gaan, dan is psychologische hulp nodig. Ouders moeten hun kind steunen bij de lichamelijke oefeningen en ze stimuleren om de voorgeschreven medicatie te nemen.

3.2 Hoe zit het met school?

Er zijn een aantal factoren die voor problemen kunnen zorgen bij het naar school gaan: problemen bij het lopen, verminderde bestendigheid tegen inspanning, pijn of stijfheid. Het is daarom ook belangrijk om de mogelijke behoeften van het kind uit te leggen aan de leerkrachten, zoals goede tafels en regelmatige beweging tijdens schooluren om

stijfheid te voorkomen. Indien mogelijk moeten de kinderen gewoon deelnemen aan de turnlessen; hiervoor gelden dezelfde aanbevelingen als de hieronder gegeven adviezen met betrekking tot het sporten. Als de ziekte een keer goed onder controle is, kan het kind zonder problemen aan dezelfde activiteiten deelnemen als hun gezonde leeftijdgenootjes.
School is voor een kind wat werk is voor een volwassene; een plaats waar hij/zij leert om een zelfstandig en productief persoon te worden. Ouders en leerkrachten moeten er alles aan doen om het kind op een normale manier deel te laten nemen aan de schoolactiviteiten, zodat hij/zij succesvol zijn/haar schoolcarrière af kan ronden en door zowel leeftijdgenootjes als volwassenen aanvaard kan worden.

3.3 Hoe zit het met sport?

Het beoefenen van een sport is een essentieel onderdeel van het dagelijkse leven van ieder normaal kind. Sporten waarbij de mechanische belasting van de gewrichten afwezig of minimaal is, zoals fietsen of zwemmen, worden aangeraden.

3.4 Hoe zit het met het dieet?

Er is geen bewijs dat het dieet invloed heeft op het verloop van de ziekte. In het algemeen moet het kind een evenwichtig, normaal dieet volgen, dat geschikt is voor zijn/haar leeftijd. Te veel eten moet voorkomen worden bij patiënten die corticosteroïden slikken, omdat deze geneesmiddelen voor een verhoogde eetlust zorgen.

3.5 Kan het klimaat het verloop van de ziekte beïnvloeden?

Er is geen bewijs dat het klimaat invloed heeft op het verloop van de ziekte.

3.6 Kan het kind gevaccineerd worden?

Aangezien de meeste patiënten behandeld worden met NSAID's of sulfasalazine, kan het normale vaccinatieprogramma gevolgd worden. Een patiënt die behandeld wordt met hoge doseringen corticosteroïden of biologische stoffen moeten vaccinaties met levend verzwakte

virussen vermijden (zoals bijv. rodehond, mazelen, bof, anti-polio Sabin). Anders moeten ze worden uitgesteld vanwege het mogelijke risico op besmettingsgevaar als gevolg van de verlaagde afweer. Vaccins die geen levende virussen, maar alleen infectieuze eiwitten bevatten (anti-tetanus, anti-difterie, anti-polio Salk, anti-hepatitis B, anti-kinkhoest, pneumokokken, haemophilus, meningokokken) kunnen worden toegediend. In theorie kan het onderdrukte afweersysteem het effect van de vaccinatie verminderen of annuleren.

3.7 Hoe zit het met het seksleven, zwangerschap en anticonceptie?

Er zijn vanwege de ziekte geen beperkingen met betrekking tot seksuele activiteit of een eventuele zwangerschap. Patiënten die medicatie gebruiken moeten echter altijd voorzichtig zijn vanwege de mogelijke toxische effecten van deze geneesmiddelen op het ongeboren kind. Er is geen reden om ondanks de genetische aspecten van de ziekte te vermijden om kinderen te krijgen. De ziekte is niet dodelijk en zelfs als de predisponerende genetische factor geërfd zou worden, dan is er een goede kans de kinderen geen enkele vorm van juveniele SpA-ERA artritis zullen ontwikkelen.

3.8 Zal het kind een normaal volwassen leven kunnen leiden?

Dit is één van de belangrijkste doelen van de therapie en wordt in de meeste gevallen ook behaald. De behandeling voor dit soort aandoeningen bij kinderen is in de afgelopen jaren enorm verbeterd. De combinatie van farmacologische behandeling en revalidatie kan nu bij het grootste deel van de patiënten gewrichtsbeschadiging voorkomen.