



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/DK/intro>

## Juvenil Idiopatisk Artrit (JIA) / børneleddegigt

Version af 2016

### 3. DIAGNOSE OG TERAPI

#### 3.1 Hvilke laboratorieprøver er nødvendige?

Når diagnosen stilles, kan visse laboratorieprøver være nyttige sammen med gennemgang af led og øjenundersøgelse. På den måde kan undertypen af børneleddegigten bestemmes, og man kan finde risikofaktorer for udvikling af specielle komplikationer såsom kronisk iridocyklitis.

Reuma-faktor (RF) er et autoantistof, der, hvis det findes vedblivende i blodet og i høj koncentration, angiver en undertype af børneleddegigt. Anti-nukleære antistoffer (ANA) findes ofte hos patienter med tidligt indsættende oligoartrit. Disse patienter er i høj risiko for at udvikle kronisk iridocyklitis og skal derfor have regelmæssig spaltelampeundersøgelse hos øjenlæge (hver tredje måned).

HLA-B27 er en celle markør, der findes positiv hos ca. 80% af patienterne med enthesitis associeret ledbetændelse. Blandt raske findes den positiv i 5-8%.

Andre undersøgelser såsom sænkning (SR) og C-reaktivt protein (CRP), der måler generel inflammation, kan være nyttige; diagnosen og behandlingsbeslutningen baseres imidlertid meget mere på de kliniske fund end på laboratorie prøver.

Afhængigt af behandling, kan periodiske blodprøver (såsom rødt og hvidt blodbillede, lever funktionsprøver og urinprøver) være nødvendige for at kontrollere for mulige medicin bivirkninger. Ledbetændelsen bedømmes hovedsageligt ved klinisk undersøgelse og ofte tillige ved billeddiagnostiske undersøgelser f.eks ved hjælp af ultralyd. Periodevise røntgen eller MR (magnetisk resonans) undersøgelser kan give nyttige oplysninger om knogle-struktur og vækst, der kan indgå i

---

behandlingsstrategien.

### **3.2 Hvordan kan vi behandle børneleddegigt?**

Der findes ingen helbredende behandling af børneleddegigt.

Behandlingen skal afhjælpe smerte, træthed og ledstivhed, forhindre led- og knogle-skade og fejlstillinger, samt forbedre mobilitet; den skal også sikre normal vækst og psykomotorisk udvikling. I de sidste ti år er der sket store fremskridt i behandlingen af børneleddegigt med fremkomsten af lægemidler kendt som biologiske midler. Nogle børn kan imidlertid være "behandlingsresistente", hvorved menes, at sygdommen fortsat er aktiv og leddene betændte på trods af behandling. Der eksisterer retningslinjer for behandlingsstrategi, men behandlingen skal afpasses det enkelte barn. Forældredeltagelse i beslutninger om behandling er meget vigtig.

Behandlingen baseres hovedsageligt på anvendelse af stoffer, der blokerer betændelse generelt og / eller i leddene, og på genoptræningsforløb der bevarer ledfunktion og forhindrer fejlstillinger.

Behandlingen er ret kompleks og kræver samarbejde mellem forskellige specialister (børne-reumatolog, ortopæd, fysio- og ergo-terapeut samt tand- og øjenlæge).

I den næste sektion beskrives den nuværende strategi for behandling af børneleddegigt. Mere specifik information om de forskellige midler kan findes i Lægemiddel-sektionen. Bemærk at hvert land har en liste over godkendte præparater; ikke alle nævnte præparater er således tilgængelige i alle lande

### **Non-steroide anti-inflammatoriske lægemidler (NSAID)**

Non-steroide anti-inflammatoriske lægemidler (NSAID) har traditionsmæssigt været den grundliggende behandling af alle former for gigtsygdomme hos børn. De er symptomatiske, anti-inflammatoriske og anti-pyretiske (holder feberen nede); ved "symptomatiske" forstås, at de ikke kan ændre sygdomsforløbet, men kan bruges til at dæmpe symptomer, der skyldes inflammation. De mest anvendte er naproxen og ibuprofen; selv om aspirin er effektivt og billigt, bruges det meget mindre end tidligere på grund af risiko for bivirkninger (især leverskade ved systemisk børneleddegigt). NSAID midlerne tåles typisk godt af børn: mave-irritation, den hyppigste bivirkning hos voksne, ses sjældent hos børn. Af og til viser et NSAID præparat sig effektivt, hvor et andet

---

har været uden effekt, men kombination af flere NSAID præparater tilrådes ikke. Den optimale effekt indtræder først efter flere ugers behandling.

### **Injektion i led**

Injektion af medicin i led anvendes, hvis der er et eller flere led med svær inflammation, der forhindrer normal bevægelse og / eller er meget smertefuld. Midlet, der indsprøjtes, er et langtids-virkende binyrebarkhormon, der forbliver længe i ledhulen (typisk mange måneder) og kun i ringe grad overføres til blodet. Det er den foretrukne behandling af oligoartrit og kan også gives som supplement ved andre former. Injektion kan gentages mange gange i samme led. Injektion kan udføres i lokal bedøvelse eller under general anæstesi (småbørn), afhængigt af alder, type og antal af led. Mere end 3-4 injektioner per år i samme led kan ikke anbefales.

Injektioner i led gives typisk sammen med anden form for behandling for at opnå hurtig bedring af smerter og ledstivhed.

### **Remissionsfremmende / sygdomsmodificerende lægemidler**

Remissionsfremmende lægemidler er langtidsvirkende og sigter mod at bringe sygdomsro. De anvendes, når der er sygdomsaktivitet trods NSAID og / eller steroidinjektioner i led. De vil i starten ofte blive brugt sammen med NSAID behandlingen, da den fulde effekt af de fleste remissionsfremmende lægemidler ofte først viser sig efter flere ugers eller måneders behandling.

### **Methotrexat**

Der er ingen tvivl om at methotrexat er det foretrukne remissionsfremmende middel på verdensplan til behandling af børneleddegigt. Flere studier har vist dets effekt og gode sikkerhed gennem flere års anvendelse. En effektiv maksimum dosis på 15 mg per kvadratmeter ugentligt er nu videnskabeligt underbygget (som tabletter eller indsprøjtning i huden). Ugentlig behandling med methotrexat er derfor den foretrukne behandling specielt til børn med polyartrit. Det er effektivt hos flertallet af patienterne. Methotrexat dæmper den abnorme immunreaktion (virker antiinflammatorisk) og kan hos nogen få sygdommen til at gå i ro (remission). Sædvanligvis tåles det godt, men der kan være mave- / tarmreaktioner som kvalme, og der kan komme leverpåvirkning (høje levertal "transaminaser"). Dette opdages

---

ved regelmæssige blodprøvekontroller.

Methotrexate er nu godkendt til behandling af børneleddegigt i mange lande over hele verden. Tilskud af folin- eller folininsyre mindsker risikoen for bivirkninger.

### **Leflunomid**

Leflunomid er et alternativ til methotrexat særlig for børn, der ikke tåler sidstnævnte. Leflunomid gives som tablet, og effekten er bevist i studier af børneleddegigt. Prisen er imidlertid højere end for methotrexat, og der er formentligt også lidt flere bivirkninger

### **Salazopyrin og cyclosporine**

Andre ikke-biologiske lægemidler såsom Salazopyrin er også effektive ved børneleddegigt, men de tåles typisk mindre godt end methotrexat. Erfaring med salazopyrin er meget begrænset sammenlignet med methotrexat. Til dags dato har der ikke været relevante studier indenfor børneleddegigt, hvor effekten af potentielt nyttige stoffer som cyclosporin er afprøvet. Salazopyrin og cyclosporin anvendes i dag kun lidt, i det mindste i lande hvor tilgængeligheden af biologiske stoffer er mere udbredt. Cyclosporin er et værdifuldt stof sammen med binyrebarkhormon til behandling af makrofag-aktiverings syndrom (MAS) hos børn med systemisk børneleddegigt. Dette er en alvorlig og i visse tilfælde livstruende komplikation til systemisk børneleddegigt og skyldes en massiv generel aktivering af den inflammatoriske proces.

### **Binyrebarkhormoner**

Binyrebarkhormoner er de mest effektive af de foreliggende anti-inflammatoriske stoffer, men brugen begrænses på grund af de alvorlige bivirkninger, der kan opstå på langt sigt, inklusiv knogleskørhed og væksthæmning. Alligevel er binyrebarkhormoner værdifulde til behandling af systemiske symptomer, der ikke kan behandles med andre midler, ved systemiske komplikationer og som en hjælp til hurtig kontrol af akut sygdom, mens effekten af remissionsfremmende midler afventes.

Binyrebarkhormon-øjendråber bruges til behandling af iridocyklit. I visse tilfælde kan der gives injektion i øjet med binyrebarkhormon, eller det kan gives som tablet eller indsprøjtning.

### **Biologiske midler**

---

Midler kendt som biologiske midler har åbnet nye perspektiver gennem de sidste få år. Læger anvender denne term om midler, der er produceret ved biologiske teknologier, og som i modsætning til methotrexat eller leflunomid primært rettes mod specifikke molekyler (tumor-nekrose-faktor eller TNF, interleukin-1, interleukin-6 eller et T-celle stimulerende molekyle). Biologiske midler er vigtige til blokering af den inflammatoriske proces typisk for børneleddegigt. Der findes nu adskillige biologiske midler, næsten alle specifikt godkendt til brug ved børneleddegigt (se pædiatrisk lovgivning nedenfor).

### **Anti-TNF midler**

Anti-TNF midler er stoffer, der specifikt blokerer TNF, et stof af afgørende betydning for den inflammatoriske proces. De bruges alene eller suppleret med methotrexat og er effektive for de fleste patienter. Deres effekt er ganske hurtigt indsættende og sikkerheden har indtil videre vist sig god i det mindste gennem få års behandling (jf. sikkerhedsafsnittet nedenfor); studier, der strækker sig over mange år, er imidlertid nødvendige for at potentielle bivirkninger kan blive afdækkede. Biologiske midler af typen TNF-hæmmere er de mest brugte til behandling af børneleddegigt, og de adskiller sig hovedsageligt fra hinanden ved administreringsform, både hvad angår metode og hyppighed. F.eks. gives Enbrel som indsprøjtning i huden en eller to gange om ugen, Humira med to ugers mellemrum og Remicade gives direkte i blodåre med en måneds mellemrum. Andre præparater, der anvendes hos voksne, bliver vurderet hos unge voksne (Simponi, Cimzia). Det er også muligt, at der kommer nye præparater i fremtiden. TNF-hæmmere kan anvendes til de fleste undertyper af børneleddegigt, men de har begrænset virkning ved den systemisk, hvor andre biologiske midler såsom anti IL-1 (anakinra (Kineret) og canakinumab (Ilaris)) eller anti IL-6 (tocilizumab (RoActemra)) normalt anvendes. Anti-TNF midler bruges enten alene eller i kombination med methotrexat. Ligesom ved alle andre remissionsfremmende stoffer må de kun anvendes under omhyggelig medicinsk kontrol.

### **Anti CTL4Ig (abatacept)**

Abatacept er et stof med en anden virkningsmekanisme, rettet mod visse hvide blodceller, såkaldte T-lymfocytter. Det kan anvendes til behandling af børn med polyartrit, der ikke har haft positiv effekt af behandling med methotrexat eller andre biologiske midler.

---

## **Anti interleukin-1 (Anakinra og Canakinumab ) og anti interleukin-6 (Tocilizumab)**

Disse lægemidler er særligt velegnede til behandling af systemisk børneleddegigt. Normalt begynder behandlingen med binyrebarkhormoner. Selvom de er effektive, er de forbundet med bivirkninger, specielt væksthæmning. Hvis der derfor ikke er sygdomskontrol indenfor kort tid , vil behandlingen blive suppleret med anti IL-6 midler (Roactemra) anti, der har virkning både på systemiske symptomer (feber) og ledbetændelse. Alternativt kan IL-1 (Kineret) anvendes. I meget sjældne og alvorlige tilfælde og hvor ingen andre midler har haft tilstrækkelig effekt, kan man overveje Ilaris. Ved systemisk børneleddegigt kan de systemiske symptomer somme tider forsvinde af sig selv, mens barnet stadig har ledbetændelse; i disse tilfælde kan man behandle med methotrexat alene eller i kombination med TNF-hæmmer eller Orencia. RoActemra blev først fundet effektivt til behandling af systemisk børneleddegigt og senere til polyartrit; det kan bruges til patienter, der ikke har opnået sygdomskontrol med methotrexat eller andre biologiske midler.

### **Andre supplerende behandlinger**

#### **Genoptræning**

Genoptræning er en essentiel del af behandlingen. Den omfatter hovedsageligt generel træning. Det kan somme tider være nødvendigt at bruge skinner, der kan bevare led i en korrekt og dog komfortabel stilling for at undgå smerte, stivhed, muskelkontrakturer og fejlstilling. Genoptræning bør startes tidligt og bør fortsætte regelmæssigt for at vedligeholde og bevare sunde led og muskler.

#### **Kirurgisk behandling**

Når man vælger kirurgisk behandling, skyldes det sædvanligvis behov for indsættelse af kunstigt led til erstatning for et ødelagt (typisk hofte- eller knæled) eller kirurgisk løsning af bløddele ved fejlstilling af led.

### **3.3 Hvad med alternative og supplerende behandlinger?**

Der er mange tilbud om alternative og supplerende behandlinger, hvilket kan føre til forvirring for patienter og deres familier. Fordele og

---

ulemper ved anvendelse af disse behandlinger bør overvejes nøje, da der kun er beskeden eller ingen behandlingseffekt, og de kan medføre store omkostninger både i form af tidsforbrug, byrde for barnet og økonomi. Beslutes det at forsøge alternative behandlinger, så bør dette diskuteres med børnereumatologen. Nogle alternative behandlinger kan interagere med den lægelige behandling. De fleste læger vil ikke modsætte sig alternative behandlinger, så længe de givne råd følges. Det er meget vigtigt, at man ikke stopper med at tage den ordinerede medicin. Hvis medicin såsom binyrebarkhormon findes nødvendig for sygdomskontrol, kan det være farligt at stoppe, mens sygdommen stadig er aktiv. Disse overvejelser bør diskuteres med den behandlingsansvarlige læge.

### **3.4 Hvornår bør behandling påbegyndes?**

I dag findes internationale og nationale retningslinjer, der hjælper læger og familier i behandlingsvalg.

Internationale anbefalinger er for nylig blevet udsendt af the American College of Rheumatology (ACR på [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)), og andre er ved at blive udformet af Pediatric Rheumatology European Society (PRES på [www.pres.org.uk](http://www.pres.org.uk)).

Ifølge disse anbefalinger behandles børn med mindre alvorlig sygdom (få syge led) primært med NSAID og led injektioner med binyrebarkhormon.

Ved mere alvorlig børneleddegigt (adskillige angrebne led) anvendes først methotrexat (eller i mindre grad leflunomid); hvis denne behandling ikke er tilstrækkelig, suppleres med et biologisk middel (primært en TNF-hæmmer), der enten gives sammen med methotrexat eller alene. Børn, der ikke tåler den givne behandling eller ikke opnår sygdomskontrol, skiftes til et andet biologisk middel (en anden TNF-hæmmer, Roactemra eller Orencia).

### **3.5 Hvad med lovgivning, anvendelse af godkendte og ikke-godkendte præparater og fremtidige behandlingsmuligheder?**

Indtil for 15 år siden var de midler, der anvendtes til behandling af børneleddegigt, ikke undersøgt forskriftsmæssigt hos børn. Det betød, at læger udskrev medicin i henhold til personlige erfaringer eller baseret på undersøgelsesresultater fundet ved behandling af voksne

---

patienter.

Før i tiden var det vanskeligt at udføre kliniske behandlingsforsøg indenfor børnegigt, hovedsageligt på grund af vanskeligheder med finansiering og medicinalindustriens mangel på interesse for det lille og økonomisk ubetydelige marked for medicin til børn. Denne situation ændredes dramatisk for nogle få år siden. Dette skyldes introduktion af "Best Pharmaceuticals for Children Act" i USA og af specifik lovgivning for udvikling af medicin til børn ("Paediatric Regulation") i EU. Disse initiativer har tvunget medicinalindustrien til også at foretage studier af medicin til børn.

Initiativerne i USA og EU har sammen med 2 store netværk: Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO på [www.printo.it](http://www.printo.it)), der forbinder mere end 50 lande verden over, og Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG på [www.prcsg.org](http://www.prcsg.org)), baseret i Nordamerika, haft en positiv virkning på børnereumatologien og i særdeleshed på udvikling af nye behandlinger for børneleddegigt. Hundreder af familier til børn med børneleddegigt, der er behandlet på PRINTO- eller PRCSG-centre verden over, har deltaget i disse kliniske behandlingsforsøg, der er med til at sikre, at alle børn med børneleddegigt nu kan blive behandlet med gennemprøvede lægemidler. Somme tider anvendes placebo (tabletter eller infusioner uden aktivt stof) som kontrol for at sikre, at det undersøgte lægemiddel gør mere gavn end skade.

Denne vigtige videnskabelige indsats har resulteret i, at flere lægemidler i dag er godkendte til behandling af børneleddegigt. Det betyder at styrende myndigheder såsom Food and Drug Administration (FDA), European Medicine Agency (EMA) og flere nationale myndigheder på grundlag af videnskabelige kliniske behandlingsforsøg har tilladt medicinalfirmaer at tilføje i deres information, at lægemidlet er effektivt og sikkert at anvende til børn.

Listen over lægemidler specifikt godkendt til børneleddegigt inkluderer methotrexat, Enbrel, Humira, Orencia, RoActemra og Ilaris.

Flere andre lægemidler til børn undersøges for tiden; man kan derfor komme ud for at blive spurgt af sin læge, om man vil deltage i sådanne undersøgelser.

Der er andre lægemidler, der ikke er formelt godkendt til behandling af børneleddegigt såsom flere non-steroide anti-inflammatoriske midler, Imurel, Cyclosporin, Kineret, Remicade, Simponi og Cimzia. Disse midler kan dog bruges uden sådan godkendelse (såkaldt "off-label") og kan



---

således blive foreslået af lægen, hvis der ikke findes nogen anden behandlingsmulighed.

### **3.6 Hvad er de væsentligste bivirkninger ved behandling?**

De midler, der anvendes til behandling af børneleddegigt, tåles sædvanligvis godt. Mavesmerter, den hyppigste bivirkning ved NSAID (der derfor skal indtages med føde) ses sjældnere hos børn end hos voksne. NSAID kan medføre forhøjelse af visse leverenzzymer i blodet, men det ses sjældent for andre midler end aspirin.

Methotrexat tåles også godt. Bivirkninger såsom kvalme og opkastning er dog ikke sjældne. Det er også nødvendigt regelmæssigt at kontrollere leverenzzymer i blodet, da methotrexat kan medføre forhøjelse af disse. Forhøjelsen normaliseres ved dosisnedsættelse eller ophør med medicinen. Supplerende behandling med folin- eller folininsyre reducerer risikoen for leverpåvirkning. Overfølsomhed over for methotrexat optræder sjældent.

Salazopyrin tåles nogenlunde; de hyppigste bivirkninger er hududslæt, mave- eller tarm-problemer, forhøjede leverenzzymer, og leukopeni (lavt antal hvide blodlegemer medførende risiko for infektion). Ligesom for methotrexat må man tage regelmæssige blodprøver.

Anvendelse af binyrebarkhormoner i lang tid og i høje doser er forbundet med flere alvorlige bivirkninger. Disse indbefatter hæmmet vækst og knogleskørhed. Binyrebarkhormon i høj dosis giver også en markant forøget appetit, hvilket kan føre til overvægt. Det er derfor vigtigt at børnene opfordres til at spise mættende føde uden højt kalorieindhold.

Biologiske midler tolereres sædvanligvist godt i det mindste gennem de første år af behandlingen. Patienterne bør observeres for mulige infektioner eller andre utilsigtede virkninger. Det er imidlertid vigtigt at forstå, at erfaringen med alle lægemidler til behandling af børneleddegigt er baseret på studier med relativt få patienter, og at de biologiske midler ikke har været særlig længe i brug (kun fra år 2000). Af disse grunde er der etableret flere børnrleddegigt registre til registrering af børn i biologisk behandling både på nationalt plan (f.eks. i Tyskland, England, USA) og på internationalt plan (f.eks. Pharmachild, et projekt der styres af PRINTO og PRES) med det formål at monitorere børn med gigt tæt også med henblik på negative langtids-følger af behandlingen (flere år efter ophør).

---

### **3.7 Hvor længe bør behandlingen vare?**

Behandlingen skal vare så længe sygdommen bliver ved med at give symptomer. Sygdomsvarigheden er uforudsigelig; i flertallet af tilfældene går sygdommen væk af sig selv efter et forløb, der kan vare fra få til mange år. Sygdomsforløbet er normalt karakteriseret ved perioder uden sygdomstegn (remission) afløst af perioder med genopblussen, der medfører vigtige ændringer i medicineringen. Fuldstændigt behandlingsophør overvejes først efter at sygdommen har været i ro gennem længere tid (6-12 måneder eller længere). Der findes imidlertid ingen sikker viden om risiko for tilbagefald, efter at den medicinske behandling er stoppet. Typisk vil børnene blive fulgt til voksenalderen, selvom sygdommen er inaktiv.

### **3.8 Øjenundersøgelse (spaltelampe-undersøgelse): hvor ofte og gennem hvor længe?**

Patienter i risiko (særligt ANA positive) bør undersøges med spaltelampe med 3 måneders mellemrum. De patienter, der har udviklet iridocyclitis, bør undersøges med en hyppighed, der afhænger af alvoren af øjenlægens fund.

Risikoen for at udvikle iridocyclitis aftager med tiden; men iridocyclitis kan også udvikle sig mange år efter debut af børneleddegigten. Det er derfor tilrådeligt at fortsætte øjenkontrol gennem mange år, selvom ledbetændelsen er i remission.

Akut uveitis, som kan opstå hos patienter med enthesitis og ledbetændelse, giver symptomer som røde øjne, smerter i øjet og lysfølsomhed. Hvis sådanne symptomer opstår, skal barnet straks ses af en øjenlæge. I modsætning til forholdene ved iridocyclitis er der ikke behov for periodisk spaltelampe-undersøgelse med henblik på tidlig diagnose.

### **3.9 Hvordan går det med børneleddegigten på længere sigt (prognosen)?**

Prognosen for børneleddegigt er forbedret betydeligt gennem årene, men er stadig afhængig af alvoren og undertypen samt af tidlig og relevant behandling. Der er pågående forsøg på at udvikle nye

---

lægemidler, også biologiske midler, og på at gøre behandlingen tilgængelig for alle børn. Prognosen for børneleddegigt er forbedret betydeligt gennem de sidste ti år. Rundt regnet 40% af børnene vil være medicin- og symptomfri (i remission) 8-10 år efter sygdomsdebut, den højeste remissionsrate findes ved persisterende oligoartrit og systemisk børneleddegigt.

Systemisk børneleddegigt har en varierende prognose. Omkring halvdelen af patienterne har kun få tegn på ledbetændelse, og sygdommen er hovedsageligt karakteriseret ved periodisk systemisk opblussen; langtids-prognosen er typisk god, da sygdommen ofte går i ro af sig selv. Den anden halvdel af patienterne er karakteriseret ved persisterende ledbetændelse, mens de systemiske symptomer langsomt fortager sig; alvorlig destruktion af led kan opstå hos denne gruppe patienter. Endelig kan systemiske symptomer persistere sammen med ledbetændelse hos en ganske lille gruppe patienter tilhørende den sidstnævnte gruppe. Disse patienter har den dårligste prognose og kan udvikle amyloidose, en alvorlig komplikation der kræver behandling, der undertrykker immunsystemet. Måltrettet behandling med anti IL-6 (RoActemra) og anti IL1 (Kineret og evt. Ilaris) vil formentlig forbedre deres prognose betydeligt.

RF positiv polyartrit har oftest et progressivt forløb, der kan føre til svær led ødelæggelse. Denne form kan ses som barne-ækvivalenten til RF positiv Reumatoid Artrit hos voksne.

RF-negativ polyartrit er en kompleks sygdom, både hvad angår de kliniske manifestationer og prognosen. Den overordnede prognose er imidlertid meget bedre end for den RF-positive polyartrit; kun ca. en fjerdedel af patienterne udvikler skade i deres led.

Oligoartrit har typisk en god prognose, når sygdommen bliver ved med kun at ramme få led (persisterende oligoartrit). Patienter, hvis sygdom breder sig til flere led (extended oligoartrit), har samme prognose som patienterne med RF-negativ polyartrit

Mange patienter med psoriasis-associeret ledbetændelse har et sygdomsforløb som oligoartrit, mens andre har et forløb som voksne med psoriasisartrit.

Ledbetændelse associeret med enthesopati har også en uforudsigelig prognose. Hos nogle går sygdommen i ro, mens den hos andre bliver værre og kan sprede sig til sacroiliaca leddene.

Indtil videre findes der ikke, på et tidligt sygdomsstadium, kliniske tegn eller laboratorieprøver, der med pålidelighed kan anvendes til

---

forudsigelse af den enkeltes prognose. Sådanne tegn ville være værdifulde, da de kunne gøre det muligt at udpege patienter, der fra begyndelsen af sygdomsforløbet burde behandles aggressivt. Der arbejdes også på at finde tegn, der kan bruges til at træffe en fornuftig beslutning angående behandlingsstop.

### **3.10 Og hvad med iridicyclitis?**

Hvis iridocyclitis ikke behandles, kan det få alvorlige konsekvenser, der kan blandt andet opstå linseuklarheder (katarakt) og blindhed. Bliver behandlingen imidlertid indledt på et tidligt stadium, vil symptomerne aftage under behandling med øjendråber, der bremser inflammation og udvider pupillen. Hvis øjendråber ikke giver sygdomskontrol, kan biologiske midler anvendes. Der er imidlertid ingen klar evidens for en bestemt behandling af svær iridocyclitis, på grund af meget varierende behandlingsrespons fra barn til barn. Tidlig diagnose er det mest afgørende for prognosen. Katarakt kan også opstå som følge af langvarig behandling med binyrebarkhormon, især ved systemisk børneleddegigt.