www.printo.it/pediatric-rheumatology/NO/intro

Barneleddgikt (Juvenil Idiopatisk Artritt- JIA)

Versjon av 2016

3. DIAGNOSE OG BEHANDLING

3.1 Hvilke prøver er nødvendige?

Laboratorieprøver sammen med symptomer og funn er nyttige for å stille diagnosen, finne rett type av barneleddgikt og finne ut hvem som står i fare for å utvikle komplikasjoner som regnbuehinnebetennelse.
Revmatoid faktor (RF) er et antistoff, som man finner ved en blodprøve, og som, hvis vedvarende og i høye konsentrasjoner, peker mot hvilken undergruppe JIA barnet har.
Antinukleære antistoffer (ANA) finnes ofte hos pasienter med tidlig debut av fåleddstypen av barneleddgikt. Barn som har denne typen barneleddgikt har stor risiko for å få regnbuehinnebetennelse og skal derfor til regelmessig kontroll til øyelege (spaltelampeundersøkelse). Legen lager en plan for dette.
Omtrent 80 % av de som har entesittrelatert artritt, er HLA-B27 positive, mens bare 5-8 % av friske er HLA-B27 positive.
Andre prøver, som senkning (SR) eller CRP (C-reaktivt protein) er nyttig for å måle nivået av generell betennelse i kroppen. Imidlertid fastsettes diagnosen og behandlingen mer ut fra kliniske funn enn på bakgrunn av laboratorieprøver.
Avhengig av hvilken behandling pasienten får, kan de ha behov for å ta regelmessige blodprøver (for eksempel leverfunksjonsprøver, antall blodceller og urinprøver). Hensikten er å avdekke eventuelle bivirkninger av medisinene. I hovedsak blir leddbetennelsene vurdert ved en vanlig legeundersøkelse, eventuelt sammen med bildediagnostikk som ultralyd. Røntgen eller MR kan noen ganger være nyttig for å vurdere eventuelle leddforandringer, som kan være et hjelpemiddel for å skreddersy behandlingen.

3.2 Hva er behandlingen?

Det finnes ingen behandling som helbreder sykdommen. Målet med behandlingen for alle typer barneleddgikt er å redusere smerte, tretthet og stivhet, hindre skader på ledd- og bein, forebygge feilstillinger, bedre bevegelighet og opprettholde vekst og utvikling. I de siste årene har det vært store fremskritt i behandlingen ved innføring av såkalte biologiske legemidler. Men noen barn er "behandlingsresistente", som betyr at medisinene de får ikke virker på dem og sykdommen fortsetter å være aktiv og leddene fortsatt betente til tross for behandling. Behandlingen tilpasses det enkelte barn, bl.a. ut fra retningslinjer for behandling. Foreldrene er en svært viktig samarbeidspartner når man velger behandling.

Behandlingen baserer seg hovedsakelig på medisiner som hemmer inflammasjonen (betennelsene) sammen med øvelser, aktiviteter og evt. fysioterapi og ergoterapi for å bidra til å forebygge feilstillinger og opprettholde så god fysisk funksjon som mulig.

Behandlingen er sammensatt og krever samarbeid mellom forskjellige spesialister, dvs. den er tverrfaglig (bl.a. barnerevmatolog, ortoped, fysio- og ergoterapeut, øyelege).

Den neste delen beskriver den medisinske behandlingen ved barneleddgikt. Mer informasjon om hvert enkelt legemiddel finnes i kapittelet om medikamentell behandling. Merk at hvert land har egen liste over godkjente legemidler, så alle medikamentene oppført under vil ikke være tilgjengelige i Norge.

Betennelsesdempende medisiner som ikke inneholder kortison (NSAIDs)

Betennelsesdempende medisiner som ikke inneholder kortison (NSAIDs) har tradisjonelt vært den viktigste behandlingen ved alle former for barneleddgikt og andre revmatiske sykdommer hos barn. Medisinene demper symptomene ved betennelsen og virker i tillegg febernedsettende. Det betyr at de ikke påvirker selve sykdommen, men gjør at man kan få kontroll over plagene betennelsen forårsaker. De mest brukte medisinene i denne medisingruppen er naproxen og ibuprofen. De fleste tåler NSAIDs godt. Ubehag fra magen, som er den vanligste bivirkningen hos voksne, er uvanlig hos barn. Av og til kan en type NSAID ha effekt der en annen ikke virker. To ulike NSAIDs brukes

ikke samtidig. Medisinene har optimal effekt på leddbetennelsen først etter flere ukers behandling.

Leddinjeksjoner (sprøyte som settes i ledd)

Hvis barnet har en alvorlig leddbetennelse med redusert bevegelighet i ett eller flere ledd og/eller betennelsen er svært smertefull, er det aktuelt med leddinjeksjon. Man sprøyter da inn langtidsvirkende kortison. Triamcinolon heksacetonid brukes gjerne fordi den virker lenge, ofte mange måneder, og lite går over i blodet og virker på resten av kroppen. Leddinjeksjoner er førstevalget ved fåleddstypen av barneleddgikt og tilleggsbehandling ved de andre typer barneleddgikt. Leddinjeksjonene kan gjentas mange ganger i samme ledd. De minste barna får gjerne narkose ved leddinjeksjoner, mens det blant de eldre barna er mest aktuelt med lokalbedøvelse. Valg av type bedøvelse vil også avhenge av antall og type ledd som skal injiseres. Vanligvis anbefaler man ikke fler enn 3-4 leddinjeksjoner i samme ledd pr år. Som regel kombineres leddinjeksjoner med annen behandling for å få rask bedring av smerter og stivhet, eller i påvente av at andre medisiner begynner å virke.

Tilleggsmedisiner

Hos barn som har fremadskridende barneleddgikt i mange ledd kan det, til tross for behandling med NSAIDs og leddinjeksjoner, være behov for andre medisiner i tillegg. Effekten av tilleggsmedisinene ses først etter flere uker eller måneder med behandling.

Metotreksat

Metotreksat er uten tvil førstevalget av tilleggsmedisin ved barneleddgikt over hele verden. Flere studier har vist at medisinen både er effektivt og trygg, selv etter flere års bruk. En ukentlig dose med metotreksat, spesielt ved behandlingen av barneleddgikt av mangeleddstypen, vil være det første som prøves. De fleste har effekt av medisinen. Metotreksat bremser betennelsesaktiviteten, og hos noen kan den også redusere selve utviklingen av sykdommen eller til og med sørge for at den brenner ut. Mekanismene bak dette er ukjent. De fleste tåler medisinen godt; de vanligste bivirkningene er forbigående kvalme og en økning av leverenzymer. Bruker man metotreksat, må man ta regelmessige blodprøver for å holde øye med om man tåler medisinen. Barn som blir behandlet med metotreksat får gjerne folsyre eller

folinsyre i tillegg. Dette er et vitamin som reduserer risikoen for bivirkninger, spesielt på leverfunksjonen.

Leflunomid

Leflunomid kan være et alternativ til metotreksat, spesielt for barn som ikke tåler Metotreksat. Leflunomid tas som tabletter. Studier har vist at medisinen er effektiv.

Salazopyrin og ciklosporin

Andre medisiner, som salazopyrin, har også vist seg å være effektive ved barneleddgikt. Det er imidlertid flere som får bivirkninger av salazopyrin enn av metotreksat og man har mer erfaring med metotreksat. Per i dag har man ingen gode studier som ser på effekten av andre medisiner som kan ha effekt ved barneleddgikt, slik som ciklosporin. Salazopyrin og ciklosporin er lite brukt i Norge, fordi vi har tilgang på andre, vitenskapelig bevist, effektive medisiner (biologiske medikamenter). Ciklosporin, sammen med kortikosteroider, er imidlertid verdifull behandling i behandlingen av makrofag aktiveringssyndrom (MAS) ved systemisk barneleddgikt. Dette er en meget sjelden og alvorlig komplikasjon ved systemisk barneleddgikt og kommer som en følge av en massiv aktivering av betennelsesprosessen.

Kortikosteroider

Kortikosteroider er de mest effektive betennelsesdempende medisinene som finnes. Men bruken er begrenset fordi medisinen har flere alvorlige bivirkninger på lang sikt som beinskjørhet og redusert vekst. Kortikosteroider er likevel verdifull i behandlingen av systemiske symptomer som ikke svarer på annen behandling, for livstruende systemiske komplikasjoner og som "bromedisin" for å kontrollere akutt sykdom mens man venter på at andre medisiner skal virke. Lokalbehandling med øyedråper med kortikosteroider brukes ved regnbuehinnebetennelse.

Biologiske medisiner

Biologiske medisiner er relativt nye. Biologiske legemidler består av eggehvitestoffer som er fremstilt i levende organismer (bakterier, sopp, levende celler) og hvor bioteknologiske produksjonsmetoder benyttes. I motsetning til metotreksat eller Leflunomid retter de seg mot spesielle molekyler som tumornekrosefaktor (TNF), interleukin 1 (IL1), interleukin

6 (IL6) eller et T-cellestimulerende molekyl. Biologiske medisiner regnes blant de viktigste behandlingsmulighetene man har for å blokkere selve betennelsesprosessen ved barneleddgikt. Det er flere typer biologiske medisiner tilgjengelig for bruk ved barneleddgikt.

Anti-TNF medisiner

Anti-TNF medisiner blokkerer TNF, som er en viktig "signalsender" i betennelsesprosessen. Disse medisinene brukes alene eller sammen med metotreksat. De fleste har god effekt og effekten kommer ganske raskt. Så langt har man sett at disse medisinene er trygge, i alle fall etter få år med behandling (mer om dette i kapittelet under). Imidlertid er det behov for oppfølging over lengre tid før man vet nok om mulige bivirkninger. Biologiske legemidler mot barneleddgikt, inkludert flere typer TNF-hemmere, brukes mye. De gis på forskjellige måter og med forskjellige intervaller. For eksempel gis etanercept som sprøyte rett under huden (subcutant) 1-2 ganger per uke, adalimumab gis under huden hver 2. uke og infliksimab rett i blodåren (intravenøst) en gang hver 4. til 8. uke. Andre medisiner (f. eks. golimumab og certolizumab pegol) er fortsatt utprøvende behandling hos barn. Man undersøker også andre medisiner hos voksne, og det er mulig disse også kan bli aktuelle hos barn.
Vanligvis blir anti-TNF-medisiner brukt for de fleste former for barneleddgikt. Et unntak er vedvarende barneleddgikt av fåleddstypen, som vanligvis ikke blir behandlet med biologiske midler. Anti-TNF-medisiner har også en mer begrenset virkning ved systemisk barneleddgikt. Der brukes vanligvis andre biologiske midler, som for eksempel anti-IL-1 som anakinra og canakinumab eller anti-IL-6 som tocilizumab. Anti-TNF medisinene brukes alene eller sammen med metotreksat. Anti-TNF medisiner gis under nøye medisinsk kontroll.

Abatacept (Anti CTL4Ig)

Abatacept er et stoff som er rettet mot noen hvite blodceller som kalles T-lymfocytter. Den brukes for tiden til å behandle barn med barneleddgikt av flereleddstypen som ikke har effekt av metotreksat eller andre biologiske midler.

Anti-interleukin 1; anakinra og canakinumab, og anti-interleukin 6; tocilizumab

Disse medisinene er spesielt nyttige i behandling av systemisk

barneleddgikt. Vanligvis starter man behandlingen av systemisk barneleddgikt med kortikosteroider. Selv om det er effektivt, er det forbundet med bivirkninger, spesielt på vekst. Hvis man ikke klarer å kontrollere sykdomsaktiviteten innen kort tidsperiode (typisk et par måneder), legger man ofte til anakinra eller canakinumab eller tocilizumab for å behandle de systemiske symptomene (feber) og leddbetennelsen. Noen ganger forsvinner de systemiske symptomene spontant hos barn, mens leddbetennelsen vedvarer. I disse tilfellene kan metotreksat brukes alene eller i kombinasjon med anti-TNF eller abatacept. Tocilizumab kan brukes ved systemisk og mangeleddstypen av barneleddgikt. Den ble først brukt ved systemisk-, senere ved mangeleddstypen av barneleddgikt. Medisinen kan også brukes av pasienter som ikke har effekt av metotreksat eller andre biologiske legemidler.

Annen behandling

Rehabilitering

Rehabilitering er en viktig del av behandlingen. Det innebærer riktig trening og andre tiltak av fysioterapeut og ergoterapeut. Ved behov kan det være aktuelt med spesialtilpassede skinner for å holde leddet i en gunstig stilling, slik at smerter, stivhet, bøye- og feilstillinger forebygges. Man må starte med dette tidlig og rutinemessig for å forbedre eller opprettholde normal ledd- og muskelfunksjon.

Revmakirurgi

Om leddene er varig skadede, kan det være behov for å sette inn proteser, vanligvis i hofter og knær. Om leddene har en varig bøyestilling (kontraktur) kan det være aktuelt med kirurgi på sener/vev for å bedre bevegeligheten. Ellers kan det være aktuelt med revmakirurgi for å korrigere feilstillinger, benlengdeforskjeller og avstivninger av ledd.

3.3 Hva med alternativ eller komplementær behandling?

Det finnes mange alternative eller komplementære (alternativ som gis i tillegg til "skolemedisin") behandlingsformer, noe som kan være forvirrende for pasientene og familiene deres. Man bør tenke nøye gjennom fordeler og risiko ved å prøve disse behandlingsformene. Det

er lite bevis for at de virker, og behandlingene kan være tidkrevende, dyre og være en belastning for barnet. Noen behandlingsformer kan i tillegg påvirke legemidler. Vurderer man å prøve komplementære eller alternative behandlingsformer, anbefaler vi å diskutere dette med behandlende lege. De fleste leger har ikke noe imot at man prøver andre behandlingsformer, forutsatt at man samtidig følger medisinske råd. Det er viktig ikke å slutte med foreskrevede medisiner uten å diskutere dette med legen. Har man behov for medisiner for å holde barneleddgikten under kontroll, for eksempel kortikosteroider, kan det være farlig å slutte med dem. Vi anbefaler at man diskuterer tanker om den medisinske behandlingen med barnets lege.

3.4 Når bør man starte med behandlingen?

Det finnes internasjonale anbefalinger som er til hjelp når man skal velge behandling.
Internasjonale anbefalinger er nylig utgitt av American College of Rheumatology (ACR på www.rheumatology.org) og andre er under utarbeiding av Paediatric Rheumatology European Society (PRES på www.pres.eu).
I følge disse anbefalingene skal barn med mindre alvorlig sykdom (dvs. betennelse i få ledd) primært bli behandlet med NSAIDs og kortisonsprøyter i ledd (leddinjeksjoner).
Ved mer alvorlig barneleddgikt med betennelse i flere ledd, prøver man først metotreksat. Hvis dette ikke er tilstrekkelig, legger man til en biologisk medisin (primært en anti-TNF), enten alene, eller i kombinasjon med metotreksat. Om barna ikke har effekt av dette eller ikke tåler metotreksat eller den biologiske medisinen, kan det være aktuelt med et annet biologisk medikament (en annen anti-TNF medisin eller abatacept).

3.5 Forskning og behandlingsmuligheter i fremtiden

For forskningshistorikk, se kapittelet om Medikamentell behandling.
Faktisk var det sånn tidligere at det var vanskelig å gjøre legemiddelstudier innen barnerevmatologi. Grunnen til dette var hovedsakelig problemer med finansiering og manglende interesse fra legemiddelfirmaer for dette lille og ikke lønnsomme markedet. Situasjonen endret seg dramatisk for få år siden, p.g.a. ny lovgivning

innført i USA og EU. Dette tvang legemiddelfirmaene til å studere medisiner også på barn.
Sammen med 2 store internasjonale nettverk for barnerevmatologi har denne lovgivningen hatt en viktig påvirkning på barnerevmatologifeltet, spesielt gjelder dette utviklingen av nye behandlingsmåter. Disse nettverkene er "the Paediatric Rheumatology International Trials Organisation" (PRINTO, www.printo.it), hvor mer en 50 land i hele verden deltar, og "the Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group" (PRCSG, www.prcsg.org), fra Nord Amerika. Hundrevis av familier til barn med barneleddgikt som har blitt behandlet av PRINTO og PRGS sentra over hele verden, har deltatt i disse legemiddelstudiene. Det gjør at barn med barneleddgikt kan få medisiner som er spesielt undersøkt hos dem. Noen ganger bruker man placebomedisin i disse studiene (dvs. en tablett eller infusjon uten aktivt virkestoff, "narremedisin"), for å være sikker på at den medisinen man studerer gjør mer nytte enn skade.
Som følge av aktiv forskning på legemidler brukt ved barneleddgikt de senere årene, finnes det i dag flere legemidler som er spesielt godkjent for bruk ved barneleddgikt.
Medisiner som er godkjent til bruk ved barneleddgikt er bl.a. methotrexate, etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab og canakinumab.
Flere andre medisiner blir nå undersøkt på barn, så det kan hende det vil komme en forespørsel om deltakelse i slike studier.
Det finnes andre medisiner som ikke er godkjent for bruk ved barneleddgikt, slik som flere NSAIDs, azatioprin, ciklosporin, anakinra, infliximab, golimumab og certolizumab. Disse legemidlene kan brukes selv om de ikke er offisielt godkjent til bruk ved barneleddgikt (såkalt off-label bruk). Det kan hende legen foreslår dem, spesielt hvis det ikke finnes annen behandling.

3.6 Hva er de viktigst bivirkningene av behandlingen?

Legemidler som brukes i behandlingen av barneleddgikt tåles vanligvis godt. Plager fra magen, den vanligste bivirkningen av NSAIDs, er mindre vanlig hos barn enn hos voksne. For å unngå dette, bør NSAIDs tas med litt mat. NSAIDs kan føre til en økning av enkelte leverenzymer i blodet, men dette er sjeldent.
Metotreksat tåles også bra, men bivirkninger fra magen, som kvalme og

oppkast, er ikke uvanlig. For å overvåke eventuelle alvorlige bivirkninger er det viktig med regelmessige blodprøver for å kontrollere leverenzymer og blodceller. Det vanligste er en økning i leverenzymer, som normaliseres når man slutter med medisinen eller reduserer dosen. Folinsyre eller folsyre (et vitamin) er effektivt for å redusere påvirkningen på leveren. Overfølsomhetsreaksjoner forekommer sjelden.
Salazopyrin tåles rimelig godt. De hyppigste bivirkningene er utslett, problemer fra mage/tarm, leverpåvirkning og redusert antall hvite blodceller (fører til risiko for infeksjoner). Rutinemessige laboratorieprøver er derfor nødvendig.
Langvarig bruk av høye doser kortikosteroider er forbundet med flere bivirkninger. Disse omfatter redusert vekst og beinskjørhet. Høye doser med kortikosteroider gir også økt appetitt, som i sin tur kan føre til overvekt. Det er derfor viktig å oppmuntre barn til å spise mat som metter uten å øke kaloriinntaket. Ved høye doser kan barnet også "legge på seg" i ansiktet slik at det utvikler et påfallende rundt ansikt (cushing). Dette går tilbake når dosen reduseres eller man slutter med medisinen.
Biologiske legemidler tåles vanligvis godt, i alle fall i de første årene av behandlingen. Barna bør følges nøye med tanke på om det skulle dukke opp infeksjoner eller andre bivirkninger. Erfaringen med alle biologiske medikamenter som brukes ved barneleddgikt er begrenset. Bare noen få hundre barn har deltatt i studiene og medisinene har bare vært tilgjengelig siden 2000, men det er nå flere både nasjonale og internasjonale registre som følger opp barn som bruker biologiske medisiner. Hensikten er tett oppfølging av barna, og for å se etter om uønskede hendelser/bivirkninger kan oppstå på lang sikt (flere år etter at de fikk medisinen).

3.7 Hvor lenge bør behandlingen vare?

Behandlingen bør vare så lenge sykdomsaktiviteten vedvarer. Hvor lenge det vil være, er vanskelig å forutsi. Hos de fleste går sykdommen over av seg selv etter fra noen få til mange år. Sykdomsforløpet er ofte preget av perioder der sykdommen er fredelig og perioder med forverring av plagene. Dette kan medføre endringer i behandlingen. Bare om leddbetennelsen har vært helt borte over lengre tid (6-12 måneder eller mer), vurderer man om man kan stoppe all behandling.

Man vet imidlertid ikke sikkert om sykdommen vil komme tilbake etter at man har stoppet med medisiner. Legene følger vanligvis opp barn med barneleddgikt til de blir voksne, selv om leddbetennelsen er rolig.

3.8 Øyeundersøkelse med spaltelampe

Barn med stor risiko for regnbuehinnebetennelse (spesielt hvis de har ANA i blodet), må undersøke øynene minst hver tredje måned. Dersom man har fått regnbuehinnebetennelse, bør man undersøkes oftere avhengig av alvorligheten av betennelsen.
Risikoen for å utvikle regnbuehinnebetennelse avtar etter hvert, men kan også utvikle seg flere år etter debuten av barneleddgikten. Man anbefaler derfor å fortsette med øyeundersøkelser i flere år, selv om barneleddgikten har brent ut.
Akutt regnbuehinnebetennelse, som kan forekomme hos pasienter med ledd- og senefestebetennelse (entesittrelatert artritt), gir symptomer som røde øyne, øyesmerter og lysskyhet. Hvis barnet klager over dette, må hun/han raskt til øyelege. I motsetning til "vanlig" regnbuehinnebetennelse, er det ikke behov for regelmessige spaltelampeundersøkelser for å oppdage dette tidlig.

3.9 Hvordan er fremtidsutsiktene (prognosen) ved barneleddgikt?

Prognosen ved barneleddgikt har bedret seg betraktelig over år, men avhenger av alvorlighetsgraden, type barneleddgikt og om rett behandling er satt i gang tidlig. Det pågår forskning for å utvikle nye legemidler og for at alle egnede medikamenter skal godkjennes slik at de er tilgjengelige for alle barn. Totalt vil rundt 40 % av barn være uten medisiner og uten symptomer (remisjon) 8-10 år etter sykdomsdebut. Barneleddgikt som forblir av fåleddstypen samt systemisk barneleddgikt har best sjanse for å brenne ut.
Prognosen ved systemisk barneleddgikt varierer. Omtrent halvparten har få tegn til leddbetennelse. Sykdommen kjennetegnes først og fremst ved perioder med sykdomsoppbluss. Den endelige prognosen er ofte god og sykdommen går ofte over spontant. Hos den andre halvdelen er sykdommen karakterisert ved vedvarende leddbetennelser, mens de systemiske symptomene blir mindre med årene. Disse barna kan få alvorlige leddskader. Hos en liten andel av

denne siste gruppen, vedvarer de systemiske symptomene sammen med leddbetennelse. Disse pasientene har den dårligste prognosen og kan utvikle amyloidose (fettavleiringer i leveren), en alvorlig komplikasjon som krever immundempende behandling. Utviklingen av målrettet biologisk behandling med tocilizumab, anakinra og canakinumab vil trolig bedre prognosen betraktelig på lang sikt.
Ved RF-positiv polyartikulær JIA (mangeleddstypen av barneleddgikt) er ofte leddbetennelsen aggressiv og kan føre til varige leddskader. Denne formen tilsvarer voksentypen av leddgikt (revmatoid artritt) med positiv revmatoid faktor (RF) i blodet.
RF-negativ polyartikulær JIA (mangeleddstypen av barneleddgikt) er sammensatt både når det gjelder hvordan den ytrer seg og prognose. Den generelle prognosen er mye bedre enn ved RF-positiv polyartikulær JIA. Omtrent kun en fjerdedel av barna utvikler varige leddforandringer.
Fåleddstypen av barneleddgikt har ofte en god prognose når sykdommen begrenser seg til et par ledd (såkalt persisterende oligoartritt). Er flere ledd involvert (utvidet oligoartritt), har man lignende prognose som ved polyartikulær RF negativ JIA (mangeleddstypen av barneleddgikt uten "revmafaktor" i blodet).
Psoriasisleddgikt ligner ofte på fåleddstypen av barneleddgikt, mens noen har en sykdom som ligner på psoriasisleddgikt hos voksne.
Barneleddgikt med senefestebetennelse har også varierende prognose. Hos noen går sykdommen helt til ro, mens hos et mindretall utvikler den seg til også å ramme overgangen mellom bekken og rygg.
Det finnes foreløpig ingen sikre tegn eller laboratorietester som kan si noe sikkert om prognosen for den enkelte tidlig i sykdomsforløpet. Det ville ha vært av stor interesse ettersom det kunne ha identifisert hvilke pasienter som allerede tidlig i sykdomsforløpet burde begynne med aggressiv behandling. Man forsker fortsatt på laboratoriemarkører som kan forutsi når det er på tide å stoppe behandling med metotreksat eller biologiske medisiner.

3.10 Prognosen ved regnbuehinnebetennelse

Konsekvensen av ubehandlet regnbuehinnebetennelse er veldig alvorlig. Betennelsen kan resultere i blant annet tåkete linse (grå stær) og blindhet. Blir øyebetennelsen behandlet i en tidlig fase, vil symptomene vanligvis avta. Behandlingen består av øyedråper for å kontrollere betennelser og for å utvide pupillene. Hvis symptomene ikke

kan kontrolleres ved hjelp av øyedråper, kan det være aktuelt med biologisk behandling. Det er ikke fullt klarlagt hva som er den beste behandlingen ved alvorlig regnbuehinnebetennelse, fordi det varierer fra barn til barn hvordan behandlingen virker. Tidlig diagnose er derfor spesielt viktig for prognosen. Grå stær kan også være en konsekvens av langvarig behandling med kortikosteroider, spesielt hos barn med systemisk barneleddgikt.