



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

Juvenilni Spondiloartritis/Entezitisu Pridruženi Artritis (SpA-ERA)

Verzija 2016

1. ŠTO JE JUVENILNI SPONDILOARTRITIS/ENTEZITISU PRIDRUŽENI ARTRITIS (SpA-ERA)

1.1 Kakva je to bolest?

Juvenilni SpA-ERA označava grupu kroničnih upalnih bolesti zglobova (artritis) te mjesta na kojima se tetive i ligamenti hvataju na neke kosti (entezitis), zahvaća uglavnom donje udove, a u pojedinim slučajevima zdjelicu i zglobove kralježnice (sakroilitis – bolovi u zadnjici i spondilitis – bolovi u leđima). Juvenilni SpA-ERA značajno je češći u ljudi koji imaju pozitivan krvni test za genetski čimbenik HLA-B27. HLA-B27 je protein koji se nalazi na površini stanica imunološkog sustava. Značajno je da samo dio ljudi s HLA-B27 razvije artritis. Prisutnost HLA-B27 stoga nije dovoljna kako bi se objasnio razvoj bolesti. Točna uloga HLA-B27 u nastanku bolesti do danas ostaje nepoznata. Ipak, poznato je da u vrlo malom broju slučajeva razvoju artritisa (poznatog kao reaktivni artritis) prethodi gastrointestinalna ili urogenitalna infekcija. Juvenilni SpA-ERA usko je povezan s spondiloartritisima koji nastupaju u odrasloj dobi i većina istraživača vjeruje kako ove bolesti dijele isto porijeklo i obilježja. U većine djece i adolescenata s juvenilnim spondiloartritisom postavlja se dijagnoza ERA-e ili čak psorijatičnog artritisa. Važno je razumjeti da imena "juvenilni spondiloartritis", "entezitisu pridruženi artritis" i u nekim slučajevima "psorijatični artritis" s kliničkog pogleda i pogleda liječenja mogu biti istoznačna.

1.2 Koje se bolesti nazivaju juvenilni SpA-ERA?

Kao što je ranije navedeno, juvenilni spondiloartritis je ime za grupu bolesti čija se klinička obilježja mogu međusobno ispletati. Ta grupa bolesti uključuje aksijalni i periferni spondiloartritis, ankilozantni spondilitis, nediferencirani spondiloartritis, psorijatični artritis, reaktivni artritis i artritis povezan s Crohnovom bolešću i ulceroznim kolitisom. Entezitisu pridruženi artritis i psorijatični artritis dva su različita stanja prema JIA klasifikaciji i povezana su s juvenilnim SpA.

1.3 Koliko je česta?

Juvenilni SpA-ERA jedan je od najčešćih oblika kroničnog artritisa u dječjoj dobi i češće se javlja u dječaka nego u djevojčica. Ovisno o dijelu svijeta, može se javiti u i do 30% djece s kroničnim artritismom. U većini slučajeva, prvi simptomi javljaju se oko 6. godine života. Budući da je velik postotak bolesnika (i do 85%) s juvenilnim SpA-ERA nosioc HLA-B27, učestalost SpA u odraslih i SpA-ERA u djece, u odnosu na opću populaciju, pa čak i unutar nekih obitelji, ovisi o učestalosti navedenog biljega u općoj populaciji.

1.4 Koji su uzroci bolesti?

Uzrok juvenilne SpA-ERA je nepoznat. No, postoji genetska predispozicija, koja se u većine bolesnika temelji na prisutnosti HLA-B27 i nekih drugih gena. Danas se smatra kako se HLA-B27 molekule povezane s bolešću (što nije slučaj u 99% populacije s HLA-B27) ne sintetiziraju ispravno i kada dolaze u dodir sa stanicama i njihovim produktima (uglavnom tvarima koje potiču upalni odgovor), potiču razvoj bolesti. Ipak, vrlo je važno istaknuti da HLA-B27 nije uzrok bolesti već čimbenik podložnosti.

1.5. Je li nasljedna?

HLA-B27 i drugi geni predisponiraju osobe za juvenilni SpA-ERA. K tome, znamo da i do 20% bolesnika s tim dijagnozama ima rođaka u prvom ili drugom koljenu s tom bolešću. Stoga se juvenilni SpA-ERA može češće javljati unutar nekih obitelji. Ipak, ne može se reći da je SpA-ERA nasljedna bolest. Bolest će se javiti u samo 1% ljudi s HLA-B27. Drugim riječima, 99% ljudi koji imaju HLA-B27 nikada neće razviti SpA-ERA. Osim toga, genetska predispozicija je različita u različitim etničkim

skupinama.

1.6 Može li se spriječiti?

Sprečavanje bolesti nije moguće budući da je uzrok još uvijek nepoznat. Nije korisno testirati drugu djecu ili rođake na prisutnost HLA-B27 ako nemaju simptome juvenilnog SpA-ERA.

1.8 Je li zarazna?

Juvenilni SpA-ERA nije zarazna bolest, čak ni u slučaju da je razvoj bolesti potaknut nekom infekcijom. Osim toga, neće svi ljudi koji se u isto vrijeme zaraze istom bakterijom razviti juvenilni SpA-ERA.

1.9 Koji su glavni simptomi?

Juvenilni SpA-ERA ima uobičajena klinička obilježja.

Artritis

Najuobičajeniji simptom uključuje bol i otok zgloba te ograničenu pokretljivost zglobova.

Mnoga djeca imaju oligoartritis donjih ekstremiteta. Oligoartritis znači da bolest zahvaća 4 ili manje zglobova. Bolesnici kod kojih se razvija kronična bolest mogu imati poliartritis. Poliartritis znači da je zahvaćeno pet ili više zglobova. Najčešće su zahvaćeni koljeno, skočni zglob, sredostoplje i kukovi; nešto rjeđe, artritis zahvaća male zglobove stopala.

Neka djeca mogu imati artritis bilo kojeg zgloba gornjih ekstremiteta, osobito ramena.

Entezitis

Entezitis, upala enteza (mjesto na kojima se tetive ili ligamenti hvataju na kost), druga je najučestalija manifestacija u djece s SpA-ERA. Često zahvaćene enteze nalaze se na peti, u sredostoplju i oko patele. U najčešće simptome spada bol u peti, oticanje i bol sredostoplja te bolnost patele. Kronična upala enteza može dovesti stvaranja koštanih izbočina (prekomjerni rast kosti) koje u mnogim slučajevima uzrokuju bolnost pete.

Sakroilitis

Sakroilitis se odnosi na upalu sakroiliačnog zgloba, koji se nalazi na stražnjem dijelu zdjelice. Rijetko se javlja u djetinjstvu; najčešće se javlja 5 do 10 godina nakon početka artritisa.

Najučestaliji simptom je naizmjenična bol u zadnjici.

Bol u leđima; spondilitis

Zahvaćenost kralježnice, vrlo rijetka u početku bolesti, u neke djece može se javiti kasnije tijekom bolesti. Najčešći simptomi su noćna bol u leđima, jutarnja ukočenost i smanjena pokretljivost. Bol u leđima često je praćena boli u vratu i, rijetko, boli u prsima. Kod nekih bolesnika, mnogo godina nakon početka, bolest može uzrokovati prekomjerni rast kosti i prerastanje koje dovodi do srašćavanja tijela kralježaka. No, to se gotovo nikada ne opaža u djece.

Zahvaćenost očiju

Akutni prednji uveitis upala je šarenice oka. Mada nije česta, i do jedna trećine bolesnika može razviti ovu komplikaciju jednom ili više puta tijekom bolesti. Akutni prednji uveitis prezentira se bolnošću oka, crvenilom i zamagljenim vidom u trajanju od nekoliko tjedana. Obično zahvaća jedno po jedno oko, a može biti obilježen izmjenama poboljšanja i pogoršanja (rekurentni tijek). Zahtjeva neodgodivi pregled oftalmologa (doktora za oči). Ovaj oblik uveitisa drugačiji je od onog koji se razvija u djevojčica s oligoartritisom i antinuklearnim antitijelima.

Zahvaćenost kože

Mali dio djece s juvenilnim SpA-ERA može već imati ili može razviti psorijazu. Bolest u takvih bolesnika tada se više ne klasificira kao ERA već kao psorijatični artritis. Psorijaza je kronična bolest kože s žarištima koja se ljušte, a uglavnom se nalaze na laktovima i koljenima. Bolest kože može se razviti godinama prije artritisa. U drugih bolesnika, artritis može biti prisutan već nekoliko godina prije nego se pojave prva žarišta psorijaze.

Zahvaćenost crijeva

Neka djeca s upalnim poremećajima crijeva, kao što su Crohnova bolest i ulcerativni kolitis, mogu razviti spondiloartritis. ERA ne uključuje upalnu bolest crijeva kao jednu od sastavnica bolesti. U neke djece, upala crijeva je subklinička (bez simptoma od strane crijeva), a

simptomi od strane zglobova su izraženiji te je potrebno specifično liječenje.

1.9 Je li bolest ista u svakog djeteta?

Spektar ove bolesti vrlo je širok. Dok neka djeca imaju blagu i kratkotrajnu bolest, druga imaju tešku, dugotrajnu i onemogućavajuću bolest. Stoga je moguće da mnoga djeca imaju samo jedan zahvaćeni zglob (npr. koljeno) tijekom nekoliko tjedana i da se isti ili novi simptomi više nikada u životu ne pojave, dok druga djeca razvijaju trajne (perzistirajuće) simptome koji obuhvaćaju nekoliko zglobova, enteza te zglobove kralježnice i sakroilijakalne zglobove.

1.10 Je li bolest u djece drugačija nego bolest u odraslih?

Početni simptomi juvenilnog SpA-ERA razlikuju se od onih kod adultnog SpA, no većina podataka ukazuje da pripadaju istom spektru bolesti. Periferna (udovi) bolest zglobova učestalija je pri nastupu u djece, za razliku od aksijalne (zglobovi kralježnice i sakroilijakalni zglobovi) zahvaćenosti koja je češće prisutna u odraslih. Bolest je teža u djece nego u odraslih.

2. DIJAGNOZA I TERAPIJA

2.1 Kako se dijagnosticira?

Liječnici postavljaju dijagnozu juvenilnog SpA-ERA ako bolest nastupa prije 16. godine života, artritis traje duže od 6 tjedana, a karakteristike bolesti se uklapaju u ranije opisani klinički obrazac (vidi definiciju i simptome). Dijagnoza specifičnog oblika SpA-ERA (tj. ankilozantnog spondilitisa, reaktivnog artritisa itd.) temelji se na specifičnim kliničkim i radiološkim obilježjima. Jasno je da takve bolesnike treba liječiti i pratiti dječji reumatolog ili reumatolog za odrasle koji ima iskustva s dječjim reumatološkim bolestima.

2.2 Kakva je važnost testova?

Pozitivni HLA-B27 test koristan je za postavljanje dijagnoze juvenilnog SpA-ERA, osobito u mono-simptomatske djece. Vrlo je važno znati da

manje od 1% ljudi s ovim biljekom razvije spondiloartritis i da prevalencija HLA-B27 u općoj populaciji može biti i do 12%, ovisno o dijelu svijeta. Također, važno je istaknuti da se većina djece i adolescenata bavi nekim sportom i da takve aktivnosti mogu dovesti do ozljeda koje su djelomično slične početnim simptomima juvenilnog SpA-ERA. Stoga nema sama prisutnost HLA-B27 veliki značaj, već povezanost ovog markera s karakterističnim znakovima i simptomima. Pretrage poput sedimentacije eritrocita (SE) ili C-reaktivnog proteina (CRP) daju općenite informacije o upali te stoga, indirektno, i o aktivnosti upalne bolesti; korisne su u vođenju bolesti, mada bi vođenje bolesti trebalo više temeljiti na kliničkim manifestacijama nego na laboratorijskim pretragama. Laboratorijski testovi koriste se i za praćenje mogućih neželjenih događaja vezanih uz liječenje (krvna slika, funkcija jetre i bubrega).

Rendgenske pretrage mogu biti korisne za praćenje napredovanja bolesti i za procjenu oštećenja bilo kojeg zgloba uzrokovanog bolešću. Ipak, vrijednost rendgenske pretrage ograničena je u djece s SpA-ERA. Budući da očitavanje rendgenske slike može biti normalno kod većine djece, ultrazvuk i/ili magnetska rezonanca (MR) zglobova i enteza potrebni su za otkrivanje ranih upalnih znakova bolesti. MR-om se može otkriti upala sakroilijačnih zglobova i/ili zglobova kralježnice bez izlaganja zračenju. Ultrazvuk zglobova, uključujući i "power Doppler", pruža bolju predodžbu o prisutnosti i težini perifernog artritisa i entezitisa (udovi).

2.3 Može li se liječiti/izliječiti?

Nažalost, još uvijek ne postoji liječenje kojim bi se SpA-ERA mogao izliječiti, budući da je uzrok bolesti nepoznat. Ipak, trenutno dostupno liječenje može biti vrlo korisno za kontrolu bolesti i vjerojatno za sprečavanje strukturnih oštećenja.

2.4 Koje se metode liječenja koriste?

Liječenje se temelji uglavnom na korištenju lijekova i postupcima fizioterapije/rehabilitacije koji čuvaju funkciju zglobova i doprinose sprečavanju deformiranja. Važno je znati da upotreba lijekova ovisi o odobrenju lokalnih regulatornih agencija.

Nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAIL)

Ovi lijekovi su simptomatski protuupalni i antipiretski (za snižavanje temperature) lijekovi. Simptomatski znači da se koriste za kontrolu simptoma nastalih zbog upale. U djece se najčešće koriste naproxen, diklofenak i ibuprofen. Obično se dobro podnose, a najčešća nuspojava, želučane tegobe, zapravo se rijetko javlja u djece. Kombiniranje NSAIL-a nije preporučljivo, mada može biti potrebno da se jedan NSAIL zamijeni drugim u slučaju nedjelotvornosti ili razvoja nuspojava.

Kortikosteroidi

Ovi lijekovi imaju ulogu u kratkotrajnom zbrinjavanju bolesnika s težim simptomima. Topički (kapi za oči) kortikosteroidi upotrebljavaju se u liječenju akutnog prednjeg uveitisa. U težim slučajevima može biti potrebna peribulbarna injekcija (u očnu jabučicu) ili primjena sistemskih kortikosteroida. Pri propisivanju kortikosteroida za artritis i entezitis važno je imati na umu da ne postoje odgovarajuće studije o učinkovitosti i sigurnosti u djece s SpA-ERA; mišljenje stručnjaka je da se u nekim slučajevima trebaju upotrebljavati.

Drugi lijekovi (lijekovi koji utječu na tijek bolesti)

Sulfasalazin

Ovaj lijek indiciran je u djece u koje su prisutna obilježja periferne bolesti koja traje (perzistira) usprkos odgovarajućem liječenju NSAIL-ima i/ili kortikosteroidnim injekcijama koje se primjenjuju u oboljelo mjesto. Sulfasalazin se dodaje prethodno započetom liječenju NSAIL-ima (koji se moraju i dalje primjenjivati) i njegov učinak može se opaziti tek nakon nekoliko tjedana ili mjeseci liječenja. Ipak, dostupni su samo ograničeni dokazi o učinkovitosti sulfasalazina u liječenju ove djece. Istovremeno, usprkos raširenoj upotrebi, ne postoje jasni dokazi da su metotreksat, leflunomid ili anti-malarici učinkoviti u juvenilnim SpA-ERA.

Biološki lijekovi

Lijekovi koji djeluju na čimbenik tumorske nekroze (TNF) preporučuju se u ranim stadijima bolesti zbog njihova značajnog učinka u liječenju upalnih simptoma. Postoje istraživanja o učinkovitosti i sigurnosti ovih lijekova koja podržavaju njihovu upotrebu kod bolesnika s teškim juvenilnim SpA-ERA. Rezultati ovih istraživanja predani su odgovarajućim tijelima i čeka se odobrenje za njihovo korištenje u SpA-ERA. U nekim europskim zemljama, upotreba anti-TNF lijekova u djece

već je odobrena.

Injekcije u zglobove

Injekcije u zglobove koriste se kada je zahvaćen jedan ili tek nekoliko zglobova i kada zbog trajnih kontraktura zglobova može nastati deformacija. Općenito se iniciraju kortikosteroidi dugog djelovanja. Preporuča se da se djeca prime na odjel i sediraju kako bi se ovaj postupak proveo u najboljim uvjetima.

Operativno liječenje

Glavna indikacija za operativno liječenje je ugradnja umjetnog zgloba u slučaju teškog oštećenja zgloba, osobito kuka. Zahvaljujući boljim lijekovima, potreba za operativnim liječenjem se smanjuje.

Fizioterapija

Fizioterapija je osnovna sastavnica liječenja. Mora se rano započeti i rutinski provoditi kako bi se zadržao opseg pokreta, razvoj mišića i snaga, te kako bi se spriječili, ograničili ili ispravili deformiteti zglobova. Osim toga, ako je izražena aksijalna zahvaćenost, treba se mobilizirati kralježnica i trebaju se provoditi respiratorne vježbe.

2.5 Koje su nuspojave liječenja?

Lijekovi koji se koriste za liječenje juvenilnog SpA-ErA obično se dobro podnose.

Želučane tegobe, najčešća nuspojava NSAIL-a (koji se zbog toga trebaju uzimati s hranom), rjeđe se javljaju u djece nego u odraslih. NSAIL-i mogu uzrokovat povećanje koncentracije nekih jetrenih enzima u krvi, no to se rijetko događa ako se ne upotrebljava aspirin.

Sulfasalazin se dosta dobro podnosi; najčešća nuspojava su problemi sa želucem, povećana koncentracija jetrenih enzima, smanjena koncentracija bijelih krvnih stanica i reakcije na koži. Opetovane laboratorijske pretrage potrebne su kako bi se pratila moguća toksičnost.

Dugotrajna upotreba visokih doza kortikosteroida povezuje se s umjerenim do teškim nuspojavama, uključujući zaostao rast i osteoporozu. Kortikosteroidi u visokim dozama uzrokuju zamjetno pojačanje apetita, što naposljetku može dovesti do upadljive pretilosti. Stoga je važno uputiti djecu da konzumiraju hranu koja im zadovoljava

apetit, a da se pri tome ne povećava kalorijski unos.

Liječenje biološkim lijekovima (lijekovi koji blokiraju TNF) može biti povezano s povećanom učestalošću infekcija. Preventivno traganje za (latentnom) tuberkulozom je obavezno. Do danas ne postoje dokazi povećane učestalosti malignih oboljenja (osim nekih obika raka kože u odraslih).

2.6 Koliko dugo bi liječenje trebalo trajati?

Simptomatsko liječenje trebalo bi trajati sve dok postoje simptomi i sve dok je bolest aktivna. Trajanje bolesti je nepredvidivo. U nekih bolesnika, artritis dobro reagira na NSAID-e. U tih bolesnika liječenje se može prekinuti rano, već za nekoliko mjeseci. U drugih bolesnika, s dugotrajnijim ili agresivnijim tijekom bolesti, slufasalazin i druge lijekove treba uzimati godinama. Prestanak uzimanja svih lijekova može se razmatrati nakon dugotrajne i potpune remisije (nestanka simptoma) uz lijekove.

2.7 Što je sa nekonvencionalnim/dodatnim oblicima liječenja?

Postoje mnogi dodatni i alternativni oblici liječenja, što može uzrokovati zbnjunenost bolesnika i članova njihove obitelji. Pažljivo promislite o rizicima i koristi koju nose sa sobom ovakvi oblici liječenja, budući da od njih ima malo dokazne koristi, a troškovi su veliki u smislu vremena, opterećenja djeteta i novca. Ako želite otkriti više o dodatnim i alternativnim oblicima liječenja, raspravite to sa vašim dječjim reumatologom. Neki oblici liječenja mogu utjecati na konvencionalne lijekove. Većina liječnika neće se protiviti alternativnim oblicima liječenja ako se i dalje provodi liječenje koje su savjetovali. Vrlo je važno da se ne prestanu uzimati propisani lijekovi. Kada su lijekovi potrebni za držanje bolesti pod kontrolom, prestanak njihova uzimanja može biti vrlo opasan, osobito ako je bolest još uvijek aktivna. Ako imate bilo kakve brige u vezi lijekova, molimo vas da razgovarate s liječnikom vašeg djeteta.

2.8 Koliko dugo će bolest trajati? Kakav je dugoročni tijek (prognoza) bolesti?

Tijek bolesti može se razlikovati od bolesnika do bolesnika. U nekih

bolesnika, artritis nestaje brzo nakon uvođenja liječenja. U drugih je obilježen povremenim poboljšanjima i pogoršanjima. Naposljetku, u drugih bolesnika, artritis može ići stalnim tijekom (bez poboljšanja i pogoršanja). U velike većine bolesnika, simptomi se zadržavaju na perifernim zglobovima i entezama u početnom stadiju bolesti. Kako bolest napreduje, u neke djece i adolescenata može zahvatiti sakroilijačne zglobove i zglobove kralježnice. Bolesnici sa stalno prisutnim perifernim artritismom i aksijalnim simptomima mogu imati povećani rizik za razvoj oštećenja zglobova u odrasloj dobi. Ipak, u početnom stadiju bolesti nije moguće predvidjeti dugoročni ishod. Nasuprot tome, odgovarajuće liječenje može utjecati na tijek i prognozu bolesti.

3. SVAKODNEVNI ŽIVOT

3.1 Kako bolest može utjecati na svakodnevni život djece i njihovih obitelji?

Tijekom razdoblja aktivnog artritisa, gotovo svako dijete iskusit će ograničenja u svakodnevnom životu. Budući da su često zahvaćeni donji udovi, bolest najčešće utječe na hodanje i sportske aktivnosti. Pozitivan stav roditelja koji podržavaju i ohrabljaju djecu da budu neovisna i fizički aktivna vrlo je važan u savladavanju teškoća povezanih s bolešću, dobrom slaganju s vršnjacima i razvoju neovisne, uravnotežene osobnosti. Ako obitelj ne može podnijeti teret bolesti ili se teško nosi s bolešću, potrebna je psihološka pomoć. Roditelji moraju podržavati svoju djecu u provođenju vježbi fizikalne terapije te ih poticati da uzimaju propisane lijekove.

3.2 Što sa školom?

Nekoliko čimbenika može utjecati na pohađanje nastave: teškoće s hodanjem, slabije podnošenje umora, bolnost ili ukočenost. Stoga je važno učiteljima objasniti moguće dodatne potrebe djeteta: odgovarajući stolovi i redovito kretanje tijekom školskog sata kako bi se izbjegla ukočenost zglobova. Kad god je to moguće, bolesnici bi trebali sudjelovati u nastavi tjelesnog odgoja; u tom slučaju u obzir se trebaju uzeti ista razmatranja o kojima se raspravlja u dijelu o sportskim aktivnostima. Jednom kad se bolest stavi pod kontrolu, djeca ne bi

trebala imati problema sa sudjelovanjem u istim aktivnostima kao i njihovi zdravi vršnjaci.

Škola je za dijete ono što je posao za odrasle: mjesto gdje dijete uči kako postati samostalna i produktivna osoba. Roditelji i učitelji trebaju dati sve od sebe da djeca normalno sudjeluju u školskim aktivnostima, ne samo zbog akademskog uspjeha, već i stoga što će ih tada njihovi vršnjaci ali i odrasli lakše prihvaćati i više cijiniti.

3.3 Što sa sportom?

Bavljenje sportom neophodni je dio svakodnevnog života svakog normalnog djeteta. Preporučuju se sportovi poput plivanja ili vožnje bicikla, u kojima je mehaničko opterećenje zgloba odsutno ili svedeno na najmanju moguću razinu.

3.4 Što sa prehranom?

Nema dokaza da prehrana može utjecati na bolest. Općenito, dijete bi trebalo imati balansiranu, za dob odgovarajuću prehranu. Prekomjerno uzimanje hrane trebalo bi se izbjegavati kod bolesnika koji uzimaju kortikosteroide, budući da ti lijekovi povećavaju apetit.

3.5 Može li klima utjecati na tijek bolesti?

Nema dokaza da klima može utjecati na ispoljavanje bolesti.

3.6 Može li se dijete cijepiti?

Budući da se većina bolesnika liječi ili sa NSAID-ima ili sulfasalazinom, može se slijediti normalan raspored cijepjenja. Kod bolesnika koji se liječe visokim dozama kortikosteroida ili biološkim lijekovima trebalo bi se izbjegavati cijepjenje živim atenuiranim virusima (kao što je cjepivo protiv rubeole, ospica, zaušnjaka te živo cjepivo protiv dječje paralize). Primjena takvih cjepiva trebala bi se odgoditi mora se zbog mogućeg rizika od širenja infekcije uslijed oslabljenog imunološkog odgovora. Cjepiva koja ne sadrže žive viruse već samo infektivne proteine (cjepivo protiv tetanusa, difterije, mrtvo inaktivirano cjepivo protiv dječje paralize, cjepivo protiv hepatitisa B, hripavca, pneumokoka, haemophilusa, meningokoka) mogu se primjenjivati. Teoretski,

imunosupresija može smanjiti ili poništiti učinak cijepljenja.

3.7 Što sa spolnim životom, trudnoćom, kontracepcijom?

Nema ograničenja vezanih uz spolne aktivnosti ili trudnoću zbog bolesti. Ipak, bolesnici koji uzimaju lijekove trebali bi uvijek biti vrlo oprezni zbog mogućih nuspojava lijekova vezanih uz fetus. Nema razloga da se izbjegava trudnoća, bez obzira na genetske aspekte bolesti. Bolest nije smrtonosna te čak i ako su predisponirajući genetski čimbenici nasljedni, postoji velika vjerojatnost da potomstvo neće razviti niti jedan oblik juvenilne SpA-ErA.

3.8 Da li će dijete imati normalan život u odrasloj dobi?

To je jedan od glavnih ciljeva liječenja i može se postići u većini slučajeva. Mogućnosti liječenja ovakvih bolesti u dječjoj dobi značajno su se popravile tijekom proteklih godina. Kombiniranim korištenjem farmakološkog liječenja i rehabilitacije sada se može spriječiti oštećenje zglobova kod velike većine bolesnika.