

https://printo.it/pediatric-rheumatology/IL_IL/intro

ספונדילוארתריטיס (דלקת מפרקים מקשחת) של הילדות

גרסת 2016

2. אבחנה וטיפול

2.1 כיצד מאובחנת המחלה?

רופאים מאבחנים ספונדילוארתריטיס של הילדות כאשר הופעת המחלה היא לפני גיל 16, דלקת המפרקים נמשכת מעל 6 שבועות, והמאפיינים מתאימים לקליניקה שתוארה קודם לכן (ראה הגדרה ותסמינים). אבחנת סוג מסוים של ספונדילוארתריטיס של הילדות (למשל, אנקילוזינג ספונדיליטיס, ארתריטיס תגובתית וכו') מבוססת על מאפיינים קליניים והדמייתיים ספציפיים. על חולים אלו להיות בטיפול ובמעקב של ראומטולוג ילדים, או ראומטולוג מבוגרים עם ניסיון טיפולי במחלות ראומטיות של ילדים.

2.2 מה חשיבות בדיקות המעבדה?

בדיקת B27-HLA חיובית עוזרת לביסוס האבחנה של ספונדילוארתריטיס של הילדות, במיוחד בילדים עם תסמין בודד. חשוב מאוד לדעת שפחות מ-1% מבעלי סמן זה יפתחו ספונדילוארתריטיס, ושהשכיחות של B27-HLA באוכלוסייה עשויה להגיע עד 12%, כתלות באזור הגיאוגרפי. חשוב גם לציין שרוב הילדים והנערים עוסקים בפעילות ספורטיבית מסוימת, ופעילויות אל עשויות לגרום לפציעות דומות לתסמינים הראשונים של ספונדילוארתריטיס של הילדות. לכן, הגורם הרלוונטי הוא לא המצאות הסמן HLA למחלה אופייניים ותסמינים סימנים עם שלו השילוב אלא עצמו B27. בדיקות נוספות כמו שקיעת דם (ESR) או CRP מספקות מידע כללי לגבי דלקת בגוף, ובעקיפין לגבי הפעילות הדלקתית במחלה. הן שימושיות במהלך הטיפול במחלה, למרות שהטיפול צריך להתבסס בראש ובראשונה על הביטויים הקליניים ולא על בדיקות המעבדה. בדיקות מעבדה משמשות גם לניטור של תופעות לוואי אפשריות הקשורות לטיפול (ספירת דם, תפקודי כבד וכליות). בדיקות רנטגן יכולות לשמש לשם מעקב אחר התקדמות המחלה, ולהעריך נזק למפרק שנגרם על-ידי המחלה. עם זאת, ערכן של בדיקות אלה מוגבל בילדים עם ספונדילוארתריטיס של הילדות. משום שבדיקות רנטגן עשויות להיות תקינות ברוב הילדים, יש צורך באולטרה-סאונד ו/או MRI של המפרקים וחיבורי הגידים לעצמות כדי

לגלות את הסימנים הדלקתיים המוקדמים של המחלה. בעזרת MRI, ניתן להבחין בדלקת של מפרקי העצה הכסל ו/או עמוד השדרה ללא שימוש בקרינה. אולטרה סאונד של המפרקים, כולל דופלר, יכול לתת מידע נוסף לגבי חומרת דלקת המפרקים הפריפרית והאנטזיטיס.

2.3 האם המחלה ניתנת לטיפול/ריפוי?

למרבה הצער, עדיין לא קיים טיפול שמרפא את המחלה משום שהסיבה אליה אינה ידועה. עם זאת, הטיפול הנוכחי במחלה יכול להיות יעיל מאוד בשליטה על המחלה וכנראה במניעת נזקים מבניים.

2.4 מהם הטיפולים במחלה?

הטיפול מבוסס בעיקרו על שימוש בתרופות ובפיזיותרפיה / הליכים שיקומיים, כדי לשמור על תפקוד המפרק ולמנוע התפתחות עיוותים. השימוש בתרופות השונות תלוי באישור של רשויות הרגולציה המקומיות.

תרופות נוגדות דלקת שאינן סטרואידים (NSAIDs)

אלו תרופות נוגדות דלקת וחום, הפועלות באופן סימפטומטי. משמעות המילה "סימפטומטי" היא שהן פועלות נגד התסמינים שנובעים מהדלקת. התרופות מסוג זה שנמצאות בשימוש תדיר בילדים הן נפרוקסן, דיקלופנאק ואיבופרופן. הן נסבלות היטב בדרך כלל, ותופעת הלוואי השכיחה ביותר שלהן - חוסר נוחות בקיבה - נדירה בילדים. לא מומלץ לשלב תרופות ממשפחה זו, למרות שלעיתים יש צורך בהחלפת תרופה אחת באחרת במקרים של חוסר יעילות או תופעות לוואי.

קורטיקוסטרואידים

לתרופות אלו יש תפקיד בטיפול קצר טווח בחולים עם תסמינים קשים יותר. טיפות עיניים סטרואידליות משמשות לטיפול בדלקת ענבייה קדמית חריפה. במקרים חמורים יותר, יתכן צורך בזריקות לעין (זריקות פרי-בולבריות) או במתן קורטיקוסטרואידים באופן סיסטמי. כאשר נותנים קורטיקוסטרואידים לטיפול בדלקת מפרקים או אנטזיטיס, חשוב לזכור שאין מחקרים מספקים לגבי היעילות והבטיחות בילדים עם ספונדילוארתריטיס. במקרים מסוימים, מומחים נוטים לתמוך בשימוש בהם.

טיפולים אחרים (תרופות המשפיעות על מהלך המחלה) סולפאסליזין

קיימת התוויה לתרופה זו בילדים עם ביטויים של מחלה פריפרית מתמשכת למרות טיפול מתאים ב-NSAIDs ו/או הזרקות של קורטיקוסטרואידים לאזורי הפגיעה. סולפאסליזין ניתנת בנוסף לטיפול הקודם ב-NSAIDs (שחייב להמשך) ולעיתים ניתן לראות את השפעותיה רק לאחר מספר שבועות או חודשים של טיפול. עם זאת, ההוכחות ליעילות

תרופה זו בילדים מוגבלות. כמו כן, למרות השימוש הנרחב בתרופות אלה, אין הוכחות ברורות שמטוטרקסט, לפלונומיד או תרופות נגד מלריה יעילות בספונדילוארתריטיס של הילדות.

תרופות ביולוגיות

תרופות נגד TNF מומלצות לשימוש בשלבים המוקדמים של המחלה, בשל היעילות המשמעותית שלהם בטיפול בתסמיני דלקת. קיימים מחקרים לגבי היעילות והבטיחות של תרופות אלו, שתומכים בשימוש בהן בחולים קשים עם ספונדילוארתריטיס של הילדות. מחקרים אלו נשלחו לרשויות הבריאות, ומחכים לאישורם כדי להתחיל את השימוש בתרופות בספונדילוארתריטיס של הילדות. בחלק ממדינות אירופה, תרופות נגד בילדים לטיפול אושרו כבר TNF.

הזרקות למפרק

נעשה בהן שימוש כאשר יש מעורבות של מפרק אחד או מפרקים בודדים, וכאשר כיווץ מתמשך של המפרק עשוי לגרום לעיוות. באופן כללי, מזריקים קורטיקוסטרואידים עם פעילות לטווח ארוך. מומלץ לאשפז ילדים במחלקה ולהשתמש בחומר סדטיבי-הרגעה, על מנת לבצע את הפעולה בתנאים הטובים ביותר.

ניתוח אורתופדי

ההתוויה העיקרית לניתוח היא החלפה למפרק תותב במקרה של נזק חמור למפרק, במיוחד בירך. הצורך בניתוחים אורתופדיים נמצא בירידה, תודות לשיפור בטיפול התרופתי.

פיזיותרפיה

פיזיותרפיה היא מרכיב חיוני בטיפול. חייבים להתחיל אותה מוקדם, ויש לבצע אותה באופן סדיר כדי לשמור על טווחי התנועה, התפתחות השריר והכוח, וכן למנוע, להגביל או לתקן עיוותים במפרק. נוסף על כך, אם קיימת מעורבות אקסיאלית בולטת, חייבים לנייד את עמוד השדרה ולבצע תרגילי נשימה.

2.5 מהן תופעות הלוואי של הטיפול התרופתי?

התרופות שנמצאות בשימוש בטיפול בספונדילוארתריטיס של הילדות הן בדרך כלל בעלות סבילות טובה. חוסר נוחות בקיבה, תופעת הלוואי השכיחה ביותר של NSAIDs (ולכן יש לקחת תרופות אלה עם האוכל), פחות שכיחה בילדים מאשר במבוגרים. תרופות אלה עלולות לגרום לעליה בחלק מאנזימי הכבד, אך זו תופעה נדירה (למעט בשימוש באספירין). סולפאסלאזין נסבלת היטב. תופעות הלוואי השכיחות יותר שלה הן בעיות בקיבה, עליה באנזימי כבד, ירידה בספירת הדם הלבנה ותגובות עוריות. יש לבצע בדיקות דם חוזרות לגילוי תופעות אלו.

השימוש לטווח ארוך בקורטיקוסטרואידים במינון גבוה כרוך בתופעות לוואי בינוניות עד קשות, כולל האטת גדילה ודלדול עצם (אוסטאופורוזיס). כמו כן, קורטיקוסטרואידים במינון גבוה גורמים לעליה בתאבון שיכולה לגרום להשמנה ניכרת. לכן, חשוב להדריך את הילדים לאכול מזונות משביעים מבלי להעלות את צריכת הקלוריות. השימוש בתרופות ביולוגיות (תרופות חוסמות TNF) עשוי להיות כרוך בשכיחות גבוהה יותר של זיהומים. חובה לבצע בדיקת סקר לשחפת (רדומה). נכון להיום, אין הוכחה לשכיחות גבוהה יותר של ממאירויות (מלבד סוגים מסוימים של סרטן עור במבוגרים).

2.6 מהו משך הטיפול?

יש להמשיך את הטיפול כל עוד התסמינים נמשיכים והמחלה פעילה. משך המחלה אינו צפוי. בחלק מהחולים, דלקת המפרקים מגיבה היטב לטיפול בתרופות נוגדות דלקת שאינן סטרואידים (NSAIDs). בחולים אלה ניתן להפסיק את הטיפול מוקדם יחסית, לאחר מספר חודשים. בחולים אחרים בהם מהלך המחלה ארוך או קשה יותר, יש צורך בשימוש בסולפאסלאזין או תרופות אחרות במשך שנים. ניתן לשקול הפסקה מוחלטת של הטיפול רק לאחר תקופה ארוכה בה המחלה אינה פעילה.

2.7 מה לגבי טיפולים משלימים / לא קונבנציונליים?

קיימים טיפולים משלימים ולא-קונבנציונליים רבים, והדבר עשוי להיות מבלבל עבור החולים ומשפחותיהם. חשובו בזהירות על הסיכונים והתועלת של ניסיון הטיפולים הללו, שכן יעילותם אינה מוכחת והם עשויים לעלות הן בזמן, הן בעול עבור הילד, והן בכסף. אם ברצונכם לנסות טיפול לא-קונבנציונלי, התייעצו קודם לכן עם ראומטולוג הילדים שלכם. חלק מהטיפולים עשויים להשפיע על התרופות הקונבנציונליות. רוב הרופאים לא יתנגדו לניסיון של אמצעי טיפול בלתי מזיק, בתנאי שאתם ממשיכים בו בזמן לנהוג בהתאם להמלצות הרפואיות. חשוב מאוד שלא להפסיק לקחת את התרופות שנרשמו על-ידי הרופא. כאשר התרופות נחוצות על מנת לשמור את המחלה בשליטה, זה עשוי להיות מסוכן מאוד להפסיקן אם המחלה עדיין פעילה. אנא היוועצו ברופא של ילדכם לגבי כל דאגה שיש לכם בנושא התרופות.

2.8 מה משך המחלה? ומהי התחזית ארוכת הטווח (הפרוגנוזה) של המחלה?

מהלך המחלה שונה בקרב החולים. בחלקם, דלקת המפרקים נעלמת במהרה בתגובה לטיפול. באחרים, המחלה מאופיינת בנסיגות וחזרות של המחלה. בחלק נוסף של החולים, דלקת המפרקים עשויה להיות קבועה. ברוב הגדול של החולים, בתחילת המחלה התסמינים מתרכזים במפרקי הגפיים ובחיבורי הגידים לעצם. בהמשך, בחלק מהילדים והנערים תופיע מעורבות של מפרקי העצה והכסל ומפרקי עמוד השדרה. חולים אלה וחולים הסובלים ממחלה ממושכת במפרקי הגפיים, נמצאים בסיכון גבוה לפתח נזקים מפרקיים בבגרותם. בתחילת המחלה בלתי אפשרי לחזות כיצד תתפתח

המחלה בטווח הרחוק, אך טיפול מתאים יכול להשפיע על מהלך המחלה ועל הפרוגנוזה שלה.