

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

اسپوندیلو آرتریت جوانان / آرتریت مرتبط با انتزیت

نسخه 2016

1- اسپوندیلو آرتریت جوانان / آرتریت مرتبط با انتزیت چیست؟

اسپوندیلو آرتریت جوانان / آرتریت مرتبط با انتزیت گروهی از بیماریهای التهابی مزمن مفاصل (لارتریت) و همچنین تاندون ها و لیگامانهای متصل به استخوان های خاص (انتزیت) را شامل می شود که بطور عمده اندام های تحتانی و در بعضی موارد لگن و مفاصل ستون فقرات (ساکروایلئیت-درد باسن و اسپوندیلیت -درد پشت یا کمر) را گرفتار می کند. این بیماری به طرز قابل توجهی در کسانی که فاکتور ژنتیکی B27-HLA در آزمایش خونشان مثبت است شایعتر می باشد. HLA-B27 پروتئینی است که در سطح سلولهای ایمنی قرار دارد. به طور قابل توجه تنها تعدادی از کسانی که اچ-ا-لا- بی 27 ایمنی قرار دارد مثبت دارند آرتریت دارند بنابراین وجود B27-HLA مثبت دارند آرتریت دارند. به این ترتیب وجود آن برای ایجاد بیماری کافی نیست. تا به امروز نقش بهر حال در تعداد خیلی کمی از بیماران روشن شده است که شروع آرتریت با عفونت معده ای روده ای یا ادراری تناسلی (آرتریت واکنشی) در ارتباط است. اسپوندیلو آرتریت جوانان با اسپوندیلو آرتریت که در بزرگسالی شروع می شود ارتباط نزدیکی دارد و بسیاری از محققین معتقدند که این بیماری ها مبدا و مشخصات مشترکی دارند. بیشتر بچه ها و بالغین با " اسپوندیلو آرتریت جوانان " بعنوان آرتریت مرتبط با انتزیت و آرتریت پسوریاتیک تشخیص داده می شوند. مهم آن است که اسپوندیلو آرتریت جوانان و " آرتریت مرتبط با انتزیت " و در بعضی موارد " آرتریت پسوریاتیک " از نظر کلینیکی و درمانی شبیه هستند.

2.1 چه بیماریهایی اسپوندیلو آرتریت جوانان / آرتریت مرتبط با انتزیت

نامیده می شود؟

همانطور که اشاره شد اسپوندیلو آرتریت جوانان نامی برای یک گروه از بیماری ها است که نمای بالینی هر یک از آنها با دیگری همپوشانی دارد و شامل اسپوندیلو آرتریت محوری و محیطی، اسپوندیلیت انکلیوزان، اسپوندیلو آرتریت تمایز نیافته، آرتریت پسوریاتیک، آرتریت واکنشی و آرتریت مرتبط با بیماری کرون و کولیت اولسراتیو می باشد. آرتریت مرتبط با انتزیت و آرتریت پسوریاتیک که در دسته بندی آرتریت ایدیوپاتیک جوانان هستند دو شرایط

مختلف می باشند و در رابطه با اسپوندیلوارتریت جوانان هستند.

3.1 شیوع آن چقدر است؟

اسپوندیلوارتریت جوانان یکی از شایعترین اشکال ارتروز مزمن دوران کودکی است و در پسران شایعتر از دختران می باشد. بسته به منطقه جهانی مسئول حدود 30% ارتروز مزمن کودکی می باشد. در بیشتر موارد اولین نشانه ها در حدود 6 سالگی ظاهر می شود. از آنجایی که گروه عمده ای از بیماران مبتلا به اسپوندیلیت آنگیلوزانوا بسته به انتزیت (85%) حامل HLA-B27 هستند در جمعیت عمومی و حتی در فامیل شیوع اسپوندیلوارتریت جوانان و بزرگسالان بستگی به شیوع این مارکر در جمعیت طبیعی دارد.

4.1 علت ایجاد بیماری چیست؟

علت بیماری نامشخص است. بهر حال، زمینه ژنتیکی مساعد، که در بیشتر بیماران متکی بر حضور HLA-B27 و بعضی ژن های دیگر است وجود دارد. امروزه تصور بر آن است که مولکول HLA-B27 مرتبط با بیماری، وقتی با سلولها و تولیداتش (عمدتا مواد پیش التهابی) تداخل پیدا میکند شروع کننده بیماری است. با این وجود مهم است که تاکید کنیم که HLA-B27 علت بیماری نیست بلکه یک عامل مساعد کننده است.

5.1 آیا بیماری ارثی است؟

دائیم می ما ان بر علاوه. کنند می مساعد بیماری به را فرد دیگر ژنهای و بعضی HLA-B27 که حدود 20% بیماران با این تشخیص، منسوب درجه اول یا دوم مبتلا دارند. بنا بر این بیماری ممکن است تجمع فامیلی داشته باشد. بهر حال ما نمی توانیم بگوئیم بیماری ارثی است. بیماری تنها در 1% افراد با HLA-B27 دیده می شود. به عبارت دیگر 99% افرادی که در ژنتیکی استعداد این بر علاوه. شوند نمی مبتلا بیماری به هرگز هستند مثبت HLA-B27 بین اقوام متفاوت است.

6.1 آیا می توان از ایجاد بیماری جلوگیری کرد؟

بعلت اینکه علت بیماری نا مشخص است جلوگیری از آن ممکن نیست. اگر خواهران و برادران و منسوبین بیمار علایم بیماری را ندارند انجام آزمایش HLA-B27 سودمند نیست.

7.1 آیا بیماری منشأ عفونی دارد؟

این بیماری یک بیماری عفونی نیست، حتی در مواردی که با عفونت شروع شده باشد. علاوه بر آن تمام کسانی که با یک باکتری الوده شده اند بیماری را نشان نمیدهند.

8.1 نشانه های اصلی بیماری کدامند؟

اسپوندیلو آرتريت جوانان / آرتريت مرتبط با آنتزيت مشخصات كلينيكي شايعي دارد.

آرتريت

رایجترین نشانه ها شامل درد و تورم مفصل و همچنین محدودیت حرکت مفاصل می باشد. بسیاری از بیماران الیگوارتريت در اندام تحتانی دارند. الیگوارتريت یعنی بیماری 4 مفصل یا کمتر را درگیر می کند. بیماری که بیماری شان مزمن می شود ممکن است پلی آرتريت داشته باشند. یعنی تعداد مفاصل درگیر 5 عدد یا بیشتر باشد. مفاصلی که بیشتر درگیر می شوند زانو، مچ پا، قسمت میانی پا و لگن میباشد، با شیوع کمتری مفاصل کوچک پا درگیر میشوند.

بعضی بچه ها ممکن است آرتريت در هر مفصلی از اندام فوقانی به ویژه شانه ها داشته باشند.

آنتزيت

آنتزيت یا التهاب آنتزها (محل اتصال یک تاندون یا لیگامان به استخوان)، دومین تظاهر شایع بیماری میباشد. رایج ترین محل آنتزيت در پاشنه پا، قسمت میانی پا و زانو میباشد. شایع ترین علائم درد پاشنه، تورم و درد قسمت میانی پا و درد زانو میباشد. التهاب مزمن آنتزها ممکن است منجر به اسپور استخوانی (افزایش رشد استخوان) شود که باعث درد پاشنه در بسیاری موارد میشود.

ساکروایلئیت

ساکروایلئیت به درد مفصل ساکروایلئیک اطلاق میشود که در پشت لگن قرار گرفته است. این درگیری در طی دوران کودکی نادر است و در طی 5 تا 10 سال بعد از شروع آرتريت شایع میباشد. رایج ترین علامت درد متناوب باسن میباشد.

درد پشت؛ اسپوندیلیت

درگیری ستون فقرات، در شروع خیلی نادر است، اما ممکن است در طی دوره بیماری در بعضی بچه ها اتفاق بیفتد. شایع ترین نشانه ها شامل درد پشت هنگام شب، خشکی صبحگاهی و کاهش حرکت میباشد. درد پشت به طور شایع ممکن است با درد گردن و در موارد نادرتری با درد قفسه سینه همراه باشد. بیماری ممکن است باعث افزایش رشد استخوانی و اتصال پل مانند بین مهره ها در طی چند سال بعد از شروع بیماری در تعداد کمی از بیماران شود. بنابراین، یافته تقریباً در کودکان مشاهده نمیشود.

درگیری چشم

یوئیت حاد قدامی التهاب عنبیه چشم است. اگرچه یک عارضه ناشایع است اما یک سوم بیماران ممکن است در شروع بیماری یا چند سال بعد از آن به آن مبتلا شوند. علائم یوئیت حاد قدامی درد چشم، قرمزی و تاری دید برای چند هفته میباشد. یوئیت معمولاً یک چشم را طی یک نوبت درگیر میکند اما ممکن است الگوی راجعه داشته باشد. کنترل فوری به

وسیله یک افتالمولوژیست(چشم پزشک) ضروری است. این نوع یوئیت از نوعی که در دختران با الیگوارتریت و انتی بادی ضد هسته یافت میشود متفاوت است.

درگیری پوست

گروه کوچکی از این بیماران ممکن است در ابتدا یا در طی دوره بیماری به پسوریازیس مبتلا شود. در این بیماران، به این بیماری ارتتریت پسوریاتیک اطلاق میشود. پسوریازیس یک بیماری مزمن پوستی است با لکه های پوسته ریزی دهنده که عمدتاً در آرنج و زانوها میباشد. بیماری پوستی ممکن است سالها قبل از شروع ارتتریت وجود داشته باشد. در برخی بیماران، ارتتریت ممکن است سالها قبل از شروع اولین لکه های پسوریازیس اتفاق بیفتد.

درگیری روده

بعضی کودکان با بیماری های التهابی روده، از قبیل کرون و کولیت اولسرایتو، ممکن است اسپوندیلوارتریت پیدا کنند. در بعضی از بچه ها، التهاب روده ممکن است سبب کلینیکال باشد (بدون نشانه های روده ای) و شدت علائم مفصلی بیشتر است که نیاز به درمان خاص دارد.

9.1 آیا بیماری در همه ی کودکان مشابه است؟

طیف بیماری وسیع است. در حالیکه بعضی کودکان یک بیماری خفیف و کوتاه مدت دارند، بعضی دیگر یک بیماری طولانی مدته، شدید و ناتوان کننده دارند. بنابراین ممکن است خیلی از کودکان فقط درگیری یک مفصل (به عنوان مثال یک زانو) برای چند سال داشته باشند و تظاهرات دیگری در طی بقیه ی سالهای عمر خود پیدا نکنند، در حالیکه در تعداد دیگری از کودکان ممکن است بیماری به سمت درگیری چند مفصل، لانتزیت و درگیری مفاصل ساکروایلیاک و ستون فقرات گسترش یابد.

10.1 آیا شکل بیماری در کودکان با بزرگسالان متفاوت است؟

نشانه های ابتدایی در اسپوندیلوارتریت جوانان با بزرگسالان متفاوت است، اما بیشتر اطلاعات نشان میدهد که آنها به طیف علائمی از یک بیماری متعلق میباشند. در شروع بیماری کودکان، درگیری مفاصل محیطی (اندامها) شایع تر است، در مقابل در بزرگسالان درگیری مفاصل محوری (ستون فقرات و ساکروایلیاک) شایع تر است. شدت بیماری در کودکان بیشتر از بزرگسالان است.

2 تشخیص و درمان

1.2 بیماری چگونه تشخیص داده میشود؟

پزشکان تشخیص اسپوندیلوارتریت جوانان را میگذارند اگر، شروع بیماری قبل از 16 سالگی باشد، ارتتریت حداقل برای 6 هفته طول کشیده باشد و مشخصات بیماری شبیه

الگوی بالینی که در بالا توضیح داده شد، باشد. تشخیص یک نوع اسپوندیلوارتریت خاص (مانند اسپوندیلیت انکیلوزان، ارتروز واکنشی و...) بر پایه نماهای بالینی و رادیوگرافیک خاص می باشد. بدیهی است که این بیماران باید توسط یک روماتولوژیست کودکان درمان و پیگیری شوند، یا به وسیله یک روماتولوژیست بزرگسالان که بر بیماریهای روماتولوژیک کودکان تسلط داشته باشد.

2.2 اهمیت تست های آزمایشگاهی چیست؟

یک آزمایش B27-HLA مثبت برای تشخیص بیماری مفید است، به ویژه در کودکانی که نشانه واحد دارند. خیلی مهم است که بدانیم کمتر از یک درصد افراد با این شاخص ژنتیکی اسپوندیلوارتریت را نشان می دهند و شیوع B27-HLA در جمعیت عمومی، بسته به منطقه جهانی حدود 12% می باشد، همچنین مهم است که توجه داشته باشیم بیشتر کودکان و بزرگسالان ورزشهایی را انجام می دهند که آسیب ناشی از این فعالیت ها ممکن است علائمی شبیه علائم اولیه اسپوندیلوارتریت را ایجاد کند. بنابراین B27-HLA بخودی خود بیماری را موجب نمیشود، ولی با ایجاد علائم و نشانه های بیماری در ارتباط می باشد. آزمایش هایی مثل سرعت رسوب گلبول قرمز ESR یا پروتئین واکنشی CRP بازتاب التهاب عمومی هستند و بطور غیرمستقیم فعال بودن بیماری را نشان می دهند. این آزمایشات در اداره بیماری و درمان کمک کننده هستند، اگرچه درمان و اداره بیماری بیشتر بر اساس تظاهرات بالینی می باشد تا از موم های آزمایشگاهی. تست های آزمایشگاهی (شمارش سلول های خونی و تست های عملکرد کبد و کلیه) در ارزیابی عوارض جانبی ناشی از درمان مفید هستند.

عکسبرداری با اشعه X جهت پیگیری پیشرفت بیماری و ارزیابی هرگونه آسیب مفصلی ناشی از بیماری مفید است. به هر حال ارزش عکسبرداری با اشعه X در کودکان محدود است. از آنجایی که نتایج عکسبرداری با اشعه X در بیشتر کودکان ممکن است طبیعی باشد، اولترا سونوگرافی و با تصویربرداری رزونانس مغناطیسی MRI مفاصل و انتزها جهت آشکار ساختن نشانه های اولیه التهاب در بیماری لازم است. با انجام MRI، التهاب مفاصل ساکرو ایلیاک و یا ستون فقرات میتواند نمایان شود بدون اینکه از اشعه استفاده کنیم. اولترا سونوگرافی مفاصل میتواند یک تصویر بهتری از وقوع و شدت ارتروز محیطی و انتزیت ارائه دهد.

3.2 آیا میتوان بیماری را درمان کرد یا به طور قطعی معالجه نمود؟

متأسفانه تاکنون هیچ درمان قطعی برای اسپوندیلوارتریت وجود ندارد، زیرا که ما هنوز علت بیماری را نمیدانیم. به هر حال درمانهای رایج میتواند در کنترل فعالیت بیماری و احتمالاً جلوگیری از آسیب ساختمانی مفید باشد.

4.2 درمان های بیماری کدامند؟

درمان ها عمدتاً بر پایه ی استفاده از داروها و فیزیوتراپی و توانبخشی جهت حفظ عملکرد

مفصل و جلوگیری از تغییر شکل اندام استوار می‌باشد. این مهم است که استفاده از داروها بستگی به تأیید توسط سازمانهای نظارتی محلی دارد.

داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی (NSAIDs)

این داروها برای درمان علامتی التهاب و تب به کار می‌روند. منظور از علامتی این است که این داروها علائم التهاب را کنترل می‌کنند. داروهایی که بطور رایجی در کودکان استفاده میشوند ناپروکسن، دیکلوفناک و ایبوپروفن هستند. این داروها معمولاً به خوبی تحمل میشوند و شایعترین عارضه جانبی آنها ناراحتی گوارشی در تعداد کمی از کودکان می‌باشد. ترکیب این داروها باهم توصیه نمیشود، اگرچه بعلت عدم تاثیر یا عوارض جانبی ممکن است لازم شود از نوعی به نوع دیگر تغییر یابند.

کورتیکواستروئیدها

این داروها در درمان کوتاه مدت بیماری‌هایی که علائم شدیدتری دارند بکار می‌روند. کورتیکواستروئیدهای توپیکال (قطره چشمی) در درمان یوئیت حاد قدامی استفاده میشوند. در موارد شدیدتر، تزریق داخلی چشم یا کورتیکواستروئید سیستمیک ممکن است نیاز شود. در تجویز این داروها برای آرتریت و انتزیت، مهم است به یاد داشته باشید مطالعات کافی در مورد اثر بخشی و سلامت آنها در کودکان وجود ندارد، در بعضی موارد، کارشناسان از استفاده آنها حمایت میکنند.

درمانهای دیگر (داروهای تعدیل کننده بیماری)

سولفاسالازین

این دارو، موقعی که علیرغم درمان مناسب با داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی و یا تزریق کورتیکواستروئید داخل ضایعه، کودک علائم پیشرونده در مفاصل محیطی دارد، به کار می‌رود. این دارو به درمان NSAID قبلی اضافه میشود (که باید درمان قبلی ادامه یابد) و تاثیر آن ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها بعد ظاهر شود. با این وجود تنها شواهد محدودی از تاثیر سولفاسالازین در این کودکان وجود دارد. هم‌زمان، علیرغم استفاده گسترده، شواهد روشنی از تاثیر متوتروکسات، لفلو نامید یا داروهای ضد مالاریا در بیماری وجود ندارد.

داروهای بیولوژیک

داروهای ضد فاکتور نکروزدهنده تومور (TNF) بخاطر اثرات اختصاصی که دارند در مراحل اولیه بیماری پیشنهاد میشود. مطالعاتی در مورد تاثیر و سلامت این داروها وجود دارد که از استفاده این داروها در بیماری شدید حمایت میکند. این مطالعات به وزارت بهداشت ارسال شده و در حال انتظار تصویب برای شروع استفاده از آنها می‌باشد. استفاده از این داروها قبلاً برای کودکان تأیید شده است.

تزریقات داخل مفصل

تزریقات مفصلی زمانی بکار می‌رود که یک یا تعداد کمی مفصل درگیر است و یا موقعی که انقباضات مفصلی ممکن است سبب تغییر شکل آن شود. عموماً کورتیکواستروئیدهای طولانی اثر تزریق میشود. توصیه میشود که کودکان در بخش بیمارستانی بستری شوند و

تسکین داده شوند تا این روش در بهترین شرایط انجام شود.

جراحی ارتوپدی

اندیکاسیون اصلی برای عمل جراحی تعویض مفصل مصنوعی در مورد آسیب شدید مفصل است. بویژه در مفصل لگن، نیاز به عمل جراحی ارتوپدی با درمان دارویی بهتر، در حال کاهش است.

فیزیوتراپی

فیزیوتراپی یک جزء اساسی از درمان است. فیزیوتراپی باید از ابتدا شروع شود و بطور منظم جهت حفظ دامنه حرکتی مفصل، رشد و قدرت عضلانی و برای جلوگیری از تغییر شکل مفصل ادامه یابد. علاوه بر این اگر درگیری مفاصل محوری قابل توجه است، باید ستون فقرات حرکت داده شود و فعالیت های تنفسی انجام پذیرد.

5.2 عوارض جانبی داروها چیست؟

داروهای استفاده شده در درمان اسپوندیلوآرتروپاتی مرتبط با آنزیتها معمولا خوب تحمل میشوند.

عدم تحمل گوارشی که شایع ترین عارضه جانبی NSAIDsها میباشد (که باید همراه غذا داده شوند) در کودکان کمتر از بزرگسالان دیده میشود. داروهای NSAIDs ممکن است باعث افزایش سطح خونی انزیم های کبدی شود اما این عارضه نادرینشتر در مورد اسپرین دیده میشود.

سولفاسالازین به خوبی تحمل میشود، شایع ترین عوارض جانبی آن ناراحتی معده، افزایش انزیم های کبدی، کاهش گلبول های سفید و عوارض پوستی میباشد. برای ارزیابی مسمومیت ناشی از آن تکرار تست های آزمایشگاهی لازم است.

استفاده طولانی مدت و با دوزهای بالای کورتیکواستروئیدها همراه با عوارض جانبی متوسط تا شدیدی شامل توقف رشد و پوکی استخوان میباشد. دوز بالای

کورتیکواستروئیدها باعث افزایش اشتها میشود که سبب چاقی میگردد. بنابراین کودک باید تا حدی غذا بخورد که او را سیر کند اما کالری اضافی دریافت نکند.

درمان با عوامل بیولوژیک (عوامل بلوک کننده TNF) ممکن است با افزایش شیوع عفونت ها همراه باشد. غربالگری پیشگیری برای بیماری سل پنهان ضروری است. تا به امروز شواهدی مبنی بر افزایش شیوع سرطان (بجز برخی از انواع سرطان پوست در بزرگسالان) وجود ندارد.

6.2 درمان بیماری تا چه مدتی باید ادامه یابد؟

درمان علامتی باید تا زمانی که علائم و فعالیت بیماری پابرجاست ادامه یابد. طول مدت درمان قابل پیش بینی نیست، در بعضی بیماران، ارتزیت بخوبی به NSAIDs پاسخ میدهد. در این بیماران درمان باید سریعا و بعد از چند ماه متوقف شود. در دیگر بیماران با بیماری طول کشنده و پیشرونده، سولفاسالازین و دیگر داروها برای سالها مورد نیاز است. قطع درمان

موقعی در نظر گرفته میشود که بیماری بطور کامل و برای مدت طولانی فروکش کرده باشد.

7.2 آیا درمانهای غیرمتعارف و مکمل ها کاربرد دارد؟

بسیاری از داروهای مکمل و درمانهای جایگزین قابل دسترس برای بیمار و خانواده های آنها گنج کننده است در مورد معایب و مزایای این درمانها باید به دقت فکر کنیم زیرا فواید ثابت شده ی کمی دارند و هزینه ی زیادی را تحمیل میکنند. اگر شما میخواهید از آنها استفاده کنید باید موضوع را با روماتولوژیست کودکان در میان بگذارید. بعضی از این درمانها میتواند با درمانهای متعارف بیماری تداخل ایجاد کند. مهم است که استفاده از داروهای اصلی تجویز شده را متوقف نکنید. تا زمانی که دارو برای جلوگیری از بیماری تحت کنترل لازم است، اگر بیماری هنوز فعال است، قطع آنها خیلی پرمخاطره میباشد. در مورد نگرانی از داروها با پزشک کودکان صحبت کنید.

8.2 طول مدت بیماری چقدر است؟ پیش آگهی دراز مدت (پروگنوز) بیماری چگونه است؟

در بیماران مختلف، سیر بیماری متفاوت است. در بعضی بیماران ارتريت سریع با درمان از بین میرود. اما در برخی دیگر، دوره های فعالیت و خاموشی بیماری وجود دارد. سرانجام در گروه دیگر، ارتريت ممکن است سیر بهبود نیابنده ای داشته باشد. در تعداد زیادی از بیماران، علایم اولیه بیماری درگیری مفاصل محیطی و انتزیت میباشد. با پیشرفت بیماری بعضی کودکان بزرگسالان ممکن است درگیری مفصل ساکروایلپاک و ستون فقرات پیدا کنند. بیماران با ارتريت محیطی پایدار و درگیری محوری در معرض خطر بیشتر برای آسیب مفصلی پیشرونده در بزرگسالی میباشند. پیش بینی پیش آگهی دراز مدت بیماری در مراحل اولیه غیرممکن است. در مقابل درمان مناسب میتواند سیر و پیش آگهی بیماری را تحت تاثیر قرار دهد.

3. زندگی روزمره

1.3. بیماری بر زندگی روزمره کودک و خانواده اش چه تأثیری دارد؟

در زمانی که ارتريت فعال است، تقریباً تمام کودکان در زندگی روزمره ی خود، محدودیت فعالیت را تجربه میکنند. از انجایی که اغلب اندام تحتانی درگیر هستند، ورزش و راه رفتن، فعالیت هایی هستند که بیشتر مختل میشوند. دیدگاه مثبت والدین برای حمایت از کودک و تشویق او در جهت زندگی فعال و مستقل علیرغم بیماری، یک گام ارزشمند در غلبه ی کودک بر مشکلات ناشی از بیماری و داشتن یک شخصیت مستقل و متعادل میباشد. اگر والدین نتوانند بر مشکلات روانی ناشی از بیماری فائق آیند، حمایت روانی از آنها مورد نیاز است. والدین باید کودکشان را در انجام درمانهای فیزیکی کمک کنند و او را به استفاده از داروها تشویق نمایند.

2.3 حضور کودک در مدرسه باید چگونه باشد؟

عواملی وجود دارد که ممکن است برای حضور در مدرسه مشکلاتی ایجاد کند: اختلال در راه رفتن، مقاومت اندک در برابر خستگی، درد یا خشکی مفاصل. بنابراین یادآوری نیازهای ضروری کودک برای معلم الزامی می باشد: میز تحریر مناسب و حرکات مناسب در طی ساعات مدرسه بمنظور جلوگیری از خشکی مفاصل. بهنگامی که امکان پذیر است بیمار باید در دروس ورزشی شرکت کند، در این مورد باید همان ملاحظاتی که در زمینه ورزش بحث شد در نظر گرفته شود. از زمانی که بیماری بخوبی کنترل شد کودک باید بدون هر گونه مشکلی در تمام فعالیتهای همانند همسالان سالم شرکت کند.

رفتن به مدرسه برای کودکان همانند کار برای بزرگسالان است: مکانی که کودک چگونه مستقل بودن و اتکاء به نفس را می آموزد. والدین و معلمان باید هر آنچه که میتوانند به کودک اجازه ی شرکت در فعالیت های مدرسه را بدهند، به این منظور که نه تنها در امور تحصیلی موفق باشد بلکه توسط همسالان و بزرگسالان تشویق و پذیرفته شود.

3.3 فعالیت های ورزشی کودک چگونه باشد؟

بازی های ورزشی یک جنبه ی ضروری از زندگی روزمره ی هر کودک سالمی است. ورزشی که در آن فشار مکانیکی بر مفاصل کم است یا وجود ندارد، از قبیل شنا کردن یا دوچرخه سواری توصیه میشود.

4.3 رژیم غذایی کودک چگونه باشد؟

هیچگونه مدرکی دال بر تاثیر رژیم غذایی بر روی بیماری وجود ندارد. به طور کلی، کودک باید یک رژیم متعادل و متناسب با سن خود داشته باشد. در بیمارانی که کورتیکواستروئید می گیرند باید از پرخوری پرهیز شود زیرا این داروها ممکن است اشتها را زیاد کند.

5.3 آیا اب و هوا بر روی بیماری تاثیر دارد؟

هیچ شاهدهی مبنی بر تاثیر اب و هوا بر روی تظاهرات بیماری وجود ندارد.

6.3 یا انجام واکسیناسیون بر روی کودک ممکن است؟

تا زمانی که بیماران تحت درمان با داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی یا سولفاسالازین میباشند، میتوانند یک برنامه ی عادی واکسیناسیون را انجام دهند. بیماری که دوز بالای کورتیکواستروئید یا داروهای بیولوژیک می گیرد باید از واکسن های حاوی ویروس زنده ی ضعیف شده (ضد سرخک، ضد سرخجه، ضد التهاب غده ی بناگوشی و ضد فلج اطفال خوراکی)، به علت احتمال گسترش بیماری در نتیجه ی کاهش دفاع ایمنی بدن پرهیز کند. واکسنهایی که حاوی ویروس زنده نیستند ولی از بخش های پروتئینی عوامل عفونی

تهیه شده اند) مانند ضد کزاز، ضد دیفتری، ضد فلج اطفال سالک، ضد هیپاتیت B، ضد سیاه سرفه، پنوموکوک، هموفیلوس، مننگوکوک) قابل تزریق هستند. از لحاظ تئوری سرکوب ایمنی ممکن است تاثیر واکسیناسیون را کاهش داده یا از بین ببرد.

7.3 در این بیماری فعالیتهای جنسی، حاملگی و روش های جلوگیری از بارداری باید چگونه باشد؟

هیچگونه محدودیتی در فعالیت جنسی یا بارداری برای بیمار وجود ندارد. با این حال، در افرادی که تحت درمان دارویی میباشند باید احتمال اثرات نامطلوب داروها بر جنین در نظر گرفته شود. دلیلی برای جلوگیری از بچه دار شدن با وجود جنبه های ژنتیک بیماری وجود ندارد. بیماری کشنده نیست و حتی اگر فاکتورهای مساعد کننده ی ژنتیکی به ارث برسند، شانس اینکه فرزندان بیماری را نشان ندهند، زیاد است.

8.3 آیا کودک میتواند در بزرگسالی زندگی طبیعی داشته باشد؟

این مسئله یکی از اهداف اصلی درمان است و در بیشتر موارد میتوان به آن دست یافت. در طی ده سال اخیر، درمان این بیماری پیشرفت شگفت انگیزی داشته است. در تعداد زیادی از بیماران درمان دارویی توام با فعالیت های بازتوانی قادر است از آسیب مفصلی جلوگیری کند.