



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

Juveniele spondylartropathie/enthesitis gerelateerde artritis (SpA-ERA)

Versie 2016

1. WAT IS JUVENIELE SPONDYLARTROPATHIE/ENTHESITIS GERELATEERDE ARTRITIS (SpA-ERA)

1.1 Wat is het?

Onder juveniele spondylartropathie of ERA (Enthesitis-related Arthritis) wordt een groep geschaard van chronische inflammatoire ziekten van de gewrichten (artritis) en van de aanhechting van de pezen aan de botten (enthesitis) van voornamelijk de onderste ledematen en in sommige gevallen het bekken en de facetgewrichten van de wervelkolom (sacroiliitis - pijn ter hoogte van de billen en spondylitis - lage rugpijn). Juveniele spondylartropathie-ERA komt meer voor bij personen waarbij in het bloed de genetische factor HLA-B27 is aangetoond. HLA-B27 is een eiwit dat zich op het oppervlak van immuuncellen bevindt. Slechts een fractie van de mensen met HLA-B27 ontwikkelt echter artritis. Dus de aanwezigheid van enkel HLA-B27 is niet voldoende om de ontwikkeling van de ziekte te verklaren. Op dit moment is de exacte rol van HLA-B27 bij het ontstaan van deze aandoening nog onbekend. In enkele gevallen wordt het ontstaan van de artritis voorafgegaan wordt door een infectie van maag-darm of de urinewegen (bekend als reactieve artritis). Juveniele spondylartropathie-ERA is nauw verbonden aan de spondylartritis bij volwassenen en de meeste onderzoekers geloven dat deze aandoeningen dezelfde oorsprong en kenmerken hebben. De meeste kinderen en tieners met spondylartropathis kunnen gediagnosticeerd worden als juveniele spondylartropathie-ERA of psoriatische artritis. Het is belangrijk te weten dat de namen juveniele spondylartropathie, enthesitis

gerelateerde artritis en in sommige gevallen ook psoriatische artritis vanuit een medisch en therapeutisch oogpunt hetzelfde zijn, en door elkaar heen gebruikt worden.

1.2 Welke aandoeningen worden juveniele SpA-ERA genoemd?

Zoals hierboven al werd aangegeven is juveniele spondylartropathie een verzamelnaam voor een groep aandoeningen waarvan de klinische symptomen met elkaar overlappen, waaronder axiale en perifere spondylartritis, ankyloserende spondylitis, ongedifferentieerde spondylartritis, psoriatische artritis, reactieve artritis en artritis gerelateerd aan de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Enthesitis gerelateerde artritis en psoriatische artritis zijn twee verschillende aandoeningen in de JIA classificatie en zijn gerelateerd aan juveniele SpA.

1.3 Hoe vaak komt het voor?

Juveniele SpA-ERA is een van de meest voorkomende vormen van chronische artritis bij kinderen en wordt vaker bij jongens gezien dan bij meisjes. Afhankelijk van de regio in de wereld kan het gaan om 30% van alle kinderen met chronische artritis. In de meeste gevallen treden de eerste symptomen op rond het zesde levensjaar. Aangezien een groot deel van de patiënten (circa 85%) met juveniele SpA-ERA dragers zijn van het HLA-B27 gen, hangt de frequentie van volwassen SpA en juveniele SpA-ERA in de bevolking en zelfs in bepaalde families af van de frequentie van deze marker in de gehele bevolking. .

1.4 Wat zijn de oorzaken van de ziekte?

De oorzaak van juveniele SpA-ERA is onbekend. Er bestaat echter een genetische aanleg, die bij de meeste patiënten gerelateerd is aan de aanwezigheid van het HLA-B27 gen en enkele andere genen. Er wordt vandaag de dag gedacht dat HLA-B27 eiwit in kinderen met deze aandoening (wat niet het geval is voor 99% van de mensen met HLA-B27) niet goed gevormd is en dat het de ziekte uitlokt als het bindt aan cellen en hun producten (meestal ontstekings-eiwitten). Het is echter belangrijk om te benadrukken dat HLA-B27 niet de oorzaak van de ziekte is, maar eerder een factor waardoor mensen gevoeliger zijn om

SpA te ontwikkelen.

1.5 Is het erfelijk?

HLA-B27 en andere genen zorgen ervoor dat bepaalde mensen aanleg hebben om juveniele SpA-ERA te krijgen. Verder weten we dat circa 20% van de patiënten met een dergelijke ziekte eerste- of tweedegraads familieleden hebben met de aandoening. Juveniele SpA-ERA kan dus in bepaalde families vaker voorkomen. We kunnen echter niet zeggen dat SpA-ERA direct erfelijk is. De aandoening treft slechts 1% van de mensen met het HLA-B27 gen. In andere woorden: 99% van de mensen met het HLA-B27 gen zal nooit SpA-ERA ontwikkelen. Verder verschilt de erfelijke aanleg per etnische groep.

1.6 Kan het voorkomen worden?

Aangezien de oorzaak van de ziekte nog onbekend is, is het voorkomen ervan niet mogelijk. Het is niet zinvol om broertjes/zusjes of familieleden te testen op HLA-B27, als ze geen symptomen hebben van juveniele SpA-ERA.

1.7 Is het besmettelijk?

Juveniele SpA-ERA is in het geheel geen besmettelijke ziekte, ook niet als het is uitgelokt door een infectie. Verder ontwikkelen niet alle mensen die op hetzelfde moment besmet worden met dezelfde bacterie, juveniele SpA-ERA.

1.8 Wat zijn de belangrijkste symptomen?

Juveniele SpA-ERA heeft kenmerkende klinische symptomen.

Artritis

De meest voorkomende symptomen zijn pijnlijke en gezwollen gewrichten en beperkte beweeglijkheid van de gewrichten. Veel kinderen hebben oligoartritis in de onderste ledematen. Oligoartritis betekent dat 4 of minder gewrichten ontstoken zijn. Patiënten die een chronische vorm ontwikkelen kunnen polyartritis hebben. Polyartritis betekent dat er meer dan 5 of meer gewrichten

ontstoken zijn. De gewrichten die het vaakst getroffen worden zijn de knie, de enkel, de middenvoet en de heupen; minder vaak zijn de kleine gewrichten van de voet ontstoken.

Sommige kinderen kunnen artritis hebben in de bovenste ledematen, vooral in de schouders.

Enthesitis

Enthesitis, de ontsteking van de enthesis (de aanhechtingsplek van pezen of gewrichtsbanden aan het bot), is het op één na meest voorkomende symptoom bij kinderen met SpA-ERA. Vaak zijn de enthesis op de hiel, middenvoet en rond de knie aangedaan. De meest voorkomende symptomen hiervan zijn hielpijn, een pijnlijke en gezwollen middenvoet en pijn rond de knie. De chronische ontsteking van de enthesis kan leiden tot hielspoor (botovergroei), dat vaak hielpijn veroorzaakt.

Sacroiliitis

Sacroiliitis is ontsteking van de sacro-iliacale gewrichten, tussen het bekken en het heiligbeen van de wervelkolom. Het is zeldzaam bij kinderen en treedt vaak 5 tot 10 jaar na het ontstaan van de artritis op. Het meest voorkomende symptoom hiervan is wisselende pijn ter hoogte van de billen.

Rugpijn; spondylitis

Het komt maar zeer zelden voor dat gewrichten van de wervelkolom bij het begin van de ziekte ontstoken zijn, maar het kan later bij sommige kinderen ontstaan. De meest voorkomende symptomen zijn nachtelijke rugpijn, ochtendstijfheid en verminderde beweeglijkheid van rug en nek. De rugpijn gaat vaak gepaard met nekpijn, soms met pijn rond het borstbeen. De ziekte kan vele jaren na aanvang bij enkele patiënten overgroei van de botten veroorzaken waardoor de rugwervels met elkaar vergroeien. Bij kinderen wordt dit vrijwel nooit gezien.

Betrokkenheid van de ogen

Acute anterieure uveïtis is een ontsteking van de iris van het oog. Dit is een niet vaak voorkomende complicatie, maar circa een derde van de patiënten krijgt hier op enig tijdstip na het begin van de ziekte één of meerdere keren mee te maken. Acute anterieure uveïtis treedt vaak op zonder pijn aan het oog, zonder roodheid en zonder troebel

gezichtsveld en kan enkele weken aanhouden. Het treft meestal een oog per keer, maar het kan wel een terugkerend patroon hebben. Directe controle door een oogarts is noodzakelijk. Dit type uveïtis verschilt van het type dat gezien wordt bij meisjes met oligoarthritis en anti-nucleaire antistoffen.

Betrokkenheid van de huid

Een klein deel van de kinderen met juveniele SpA-ERA heeft psoriasis of krijgt dit later. Bij deze patiënten wordt de ziekte niet meer SpA-ERA genoemd maar psoriatische artritis. Psoriasis is een chronische huidontsteking, waarbij vaak stukken huid van de ellebogen en knieën schilferig zijn. De huidziekte kan jaren eerder optreden dan de artritis. Bij andere patiënten kan de artritis al meerdere jaren aanwezig zijn, voordat de eerste psoriasisverschijnselen optreden.

Betrokkenheid van de darmen

Sommige kinderen met ontsteking van het maag-darmstelsel, zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, kunnen spondyloarthritis ontwikkelen. Deze inflammatoire darmziekten zijn geen onderdeel van ERA. Bij sommige kinderen is de darmontsteking subklinisch (zonder darmsymptomen) en zijn de symptomen van de gewrichten ernstiger, waarvoor een specifieke behandeling nodig is.

1.9 Verloopt de ziekte bij ieder kind hetzelfde?

Het spectrum is breed. Terwijl sommige kinderen een milde en kort durende ziekte kunnen hebben, hebben andere een ernstigere en langer durende vorm. Het is dus mogelijk dat het bij veel kinderen gedurende enkele weken maar om een gewricht gaat (bijv. een knie) waarna het ziektebeeld niet terugkeert en die de rest van hun leven verder geen symptomen meer hebben, terwijl anderen blijvende symptomen in meerdere gewrichten, entheses, de wervelkolom en sacro-iliacale gewrichten hebben.

1.10 Is de ziekte bij kinderen anders dan bij volwassenen?

De eerste symptomen van juveniele SpA-ERA zijn anders dan die bij SpA bij volwassenen, maar de meeste medische gegevens duiden erop dat ze tot eenzelfde spectrum aandoeningen behoren. Perifere gewrichten

(ledematen) worden vaker in het begin van de ziekte aangetast bij kinderen, in tegenstelling tot de frequentere aantasting van de axiale gewrichten (gewrichten van de wervelkolom en de SI gewrichten) bij volwassenen. Bij kinderen is de aandoening ernstiger dan bij volwassenen.

2. DIAGNOSE EN THERAPIE

2.1 Hoe wordt het gediagnosticeerd?

Artsen stellen de diagnose juveniele SpA-ERA als de ziekte voor het zestiende levensjaar optreedt, de artritis meer dan 6 weken aanhoudt en de kenmerken passen bij het hierboven beschreven patroon (zie definitie en symptomen). De diagnose van een specifieke SpA-ERA (bijv. ankyloserende spondylitis, reactieve artritis, etc) wordt gebaseerd op specifieke klinische en radiografische kenmerken. Het is duidelijk dat deze patiënten behandeld moeten worden en onder controle moeten staan van een kinderreumatoloog, of een reumatoloog met ervaring in reumatische aandoeningen bij kinderen.

2.2 Hoe belangrijk zijn de tests?

Een positieve HLA-B27 test is nuttig bij de diagnose van juveniele SpA-ERA, vooral bij kinderen met maar één symptoom. Het is erg belangrijk om te weten dat slechts 1% van de mensen met deze marker spondyloarthritis ontwikkelen en dat het HLA-B27 gen in de hele bevolking, afhankelijk van de regio in de wereld bij 12% van de mensen voorkomt. Het is ook belangrijk zich te realiseren dat de meeste kinderen en tieners sporten en dat deze activiteiten tot blessures kunnen leiden die lijken op de eerste symptomen van juveniele SpA-ERA. Daarom is niet de aanwezigheid van het HLA-B27 gen, maar de associatie ervan met de karakteristieke kenmerken en symptomen van SpA-ERA relevant.

Onderzoeken zoals de bezinkingsnelheid (BSE) of C-reactieve proteïne (CRP) geven informatie over ontstekingsactiviteit in het bloed en daardoor indirect over de activiteit van de ziekte; ze zijn nuttig bij het controleren van de ziekte, al zou dit meer gebaseerd moeten zijn op de bevindingen bij lichamelijk onderzoek dan op de laboratoriumonderzoeken. Laboratoriumonderzoeken worden ook

gebruikt om mogelijke bijwerkingen van de behandeling in de gaten te houden (bloedbeeld, lever- en nierfunctie).

Röntgenfoto's kunnen nuttig zijn om het beloop van de ziekte te volgen en eventuele door de ziekte veroorzaakte gewrichtsbeschadigingen te beoordelen. De waarde van röntgenonderzoeken is bij kinderen met SpA-ERA echter beperkt. Aangezien de resultaten van röntgenonderzoeken vaak niet afwijkend zijn, zijn echo's of MRI-scans van de gewrichten en aanhechtingen nodig om vroege tekenen van ontstekingen op te sporen. Met een MRI kan een ontsteking aan de sacro-iliacale gewrichten en/of wervels gezien worden, zonder dat er röntgenstraling aan te pas komt. Echo's van de gewrichten, inclusief power Doppler-techniek, kunnen een beter beeld geven van de aanwezigheid en ernst van artritis in de andere gewrichten en enthesitis (ledematen).

2.3 Kan het behandeld/genezen worden?

Helaas is er nog geen behandeling die SpA-ERA kan genezen, omdat we de oorzaak nog niet kennen. De huidige behandeling werkt echter goed om de ziekte-activiteit onder controle te houden en blijvende schade te voorkomen.

2.4 Wat zijn de belangrijkste behandelingen?

De behandeling is voornamelijk gebaseerd op het gebruik van geneesmiddelen en toepassing van fysiotherapie/revalidatie voor het behoud van de gewrichtsfunctie en ter voorkoming van eventuele vervormingen. Het is belangrijk te weten dat het gebruik van medicatie afhankelijk is van goedkeuring door plaatselijke regelgevende instanties.

Niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's)

Deze geneesmiddelen zijn symptomatische koorts- en ontstekingsremmende middelen. Symptomatisch betekent dat ze de symptomen die veroorzaakt worden door de ontsteking verminderen. De meest gebruikte NSAID's bij kinderen zijn naproxen, diclofenac en ibuprofen. Ze worden over het algemeen goed verdragen en de meest voorkomende bijwerking, de maagdarmklachten, komt zelden voor bij kinderen. Een combinatie NSAID's wordt niet aangeraden, al kan het

nodig zijn om van het ene NSAID over te stappen op een ander type in het geval dat het middel geen effect heeft of er bijwerkingen optreden.

Corticosteroïden

Deze geneesmiddelen worden soms gegeven aan patiënten met ernstigere symptomen, om deze op korte termijn onder controle te krijgen. Lokale corticosteroïden (oogdruppels) worden gebruikt voor de behandeling van acute anterieure uveïtis. In ernstigere gevallen van uveïtis kunnen injecties rondom de ogen met corticosteroïden of toediening van orale corticosteroïden nodig zijn. Bij het voorschrijven van corticosteroïden voor artritis en enthesitis is het goed om te weten dat er geen goede studies zijn over de effectiviteit en veiligheid bij kinderen met SpA-ERA; in sommige gevallen ondersteunen experts het gebruik hiervan echter wel.

Andere behandelingen (Ziekte Veranderende Geneesmiddelen) Sulfasalazine

Dit middel is geschikt voor kinderen met perifere artritis of enthesitis (dus niet rondom de wervelkolom/SI), die ondanks adequate therapie met NSAID's en/of corticosteroïdinjecties niet overgaan. Sulfasalazine wordt aan de bestaande behandeling met NSAID's (deze moet doorgaan) toegevoegd. Het effect kan pas na weken of maanden zichtbaar zijn. Er is maar beperkt bewijs dat sulfasalazine effectief is bij deze kinderen. Ondanks hun wijdverbreide gebruik is ook van methotrexaat, leflunumide of hydroxychloroquine niet bewezen dat ze effectief zijn bij juveniele SpA-ERA.

Biologische geneesmiddelen

Anti-tumor necrosefactor (TNF) stoffen worden in de vroege fase van de ziekte aangeraden, omdat ze significant effectief zijn bij het behandelen van de ontstekingsymptomen. Er zijn studies over de effectiviteit en veiligheid van deze geneesmiddelen, die het gebruik bij patiënten met ernstige juveniele SpA-ERA ondersteunen. Deze studies zijn overhandigd aan de gezondheidsinstanties en wachten op goedkeuring voor het gebruik bij SpA-ERA. In sommige Europese landen zijn anti-TNF middelen al goedgekeurd voor kinderen.

Gewrichtsinjecties

Gewrichtsinjecties worden gebruikt wanneer er slechts één of enkele

gewrichten aangedaan zijn en de aanwezigheid van een contractuur tot deformaties kan leiden. Over het algemeen worden langwerkende corticosteroïden geïnjecteerd. Er wordt aangeraden om deze procedure onder narcose op de afdeling uit te voeren bij kinderen.

Orthopedische chirurgie

De belangrijkste indicatie voor chirurgisch ingrijpen is het vervangen van een gewricht bij ernstige gewrichtsbeschadiging, in het specifiek van de heup. Dankzij de betere behandeling met geneesmiddelen, is orthopedische chirurgie bijna nooit nodig.

Fysiotherapie

Fysiotherapie is een essentieel onderdeel van de behandeling. Er moet vroeg mee gestart worden en het moet op regelmatige basis gedaan worden om de beweeglijkheid goed te houden, de spieren te blijven ontwikkelen en de spierkracht te behouden om zo vervormingen van de gewrichten te voorkomen of te beperken. Als de axiale aandoening ernstig is moet de wervelkolom gemobiliseerd worden en moeten er ademhalingsoefeningen gedaan worden.

2.5 Wat zijn de belangrijkste bijwerkingen van de behandeling met geneesmiddelen?

De geneesmiddelen die gebruikt worden voor de behandeling van juveniele SpA-ERA worden over het algemeen goed verdragen.

Maagklachten, de meest voorkomende bijwerking van NSAID's (die daarom met wat eten ingenomen moeten worden), komen minder vaak voor bij kinderen dan bij volwassenen. NSAID's kunnen zorgen voor een stijging van sommige leverenzymen in het bloed, maar dit komt vooral voor bij gebruik van aspirine.

Sulfasalazine wordt vrij goed verdragen; de meest voorkomende bijwerkingen zijn maagproblemen, verhoogde leverenzymen, weinig witte bloedcellen en huidreacties. Herhaaldelijke laboratoriumonderzoeken zijn nodig om eventuele bijwerkingen in de gaten te houden.

Bij langdurig gebruik van hoge doseringen corticosteroïden kunnen ernstige bijwerkingen optreden, waaronder vertraagde groei en botontkalking. Corticosteroïden in een hoge doseringen veroorzaken toegenomen eetlust, wat tot overgewicht kan leiden. Het is daarom

belangrijk om kinderen aan te moedigen om eten te kiezen dat de honger stilt, zonder dat ze daarbij veel calorieën innemen. De behandeling met biologische stoffen (TNF blokkerende middelen) kan gerelateerd zijn aan het vaker voorkomen van infecties. Screening op (latente) tuberculose is verplicht voordat de behandeling gestart kan worden. Er is tot op heden geen bewijs dat deze middelen een verhoogde kans op kanker geven (met uitzondering van sommige vormen van huidkanker bij volwassenen).

2.6 Hoe lang zou de therapie moeten duren?

De symptomatische behandeling moet net zo lang duren als de symptomen en de ziekte aanhouden. De duur van de ziekte is onvoorspelbaar. Bij sommige patiënten reageert de artritis goed op NSAID's. Bij deze patiënten kan de behandeling vroeg, binnen enkele maanden, gestopt worden. Bij andere patiënten met een langer en agressiever verloop van de ziekte kunnen sulfasalazine en andere soorten medicatie jaren nodig zijn. Het volledig stoppen met de medicatie kan worden overwogen na een langere en volledige remissie van de ziekte.

2.7 Hoe zit het met onconventionele/complementaire therapieën?

Er zijn vele complementaire en alternatieve therapieën beschikbaar en dit kan verwarrend zijn voor de patiënten en hun families. Denk goed na over de voordelen en risico's die kleven aan het uitproberen van deze therapieën, aangezien er weinig voordeel is aangetoond en ze kostbaar kunnen zijn in termen van tijd, belasting van het kind en geld. Mocht u complementaire en alternatieve therapieën willen uitproberen, overleg deze mogelijkheden dan met de kinderreumatoloog. Sommige therapieën kunnen een wisselwerking hebben op de gebruikelijke medicatie. De meeste artsen zullen er niets op tegen hebben, zolang u ook het medisch advies op blijft volgen. Het is van groot belang dat er niet gestopt wordt met het nemen van de voorgeschreven medicatie. Als medicatie nodig is om de ziekte onder controle te houden, dan kan het gevaarlijk zijn om hiermee te stoppen als de ziekte nog actief is. Overleg in het geval u zich zorgen maakt over de medicatie altijd met de arts van uw kind.

2.8 Hoe lang duurt de ziekte? Hoe is het verloop op lange termijn (prognose) van de ziekte?

Het verloop van de ziekte kan per patiënt verschillen. Bij sommige patiënten verdwijnt door de behandeling de artritis snel. Bij andere wordt het verloop gekenmerkt door het vaak in remissie gaan en terugkeren van de symptomen. Bij weer andere patiënten kan de artritis steeds aanwezig blijven. Bij de meerderheid van de patiënten blijven de symptomen aan het begin van de ziekte beperkt tot de perifere gewrichten en enthesis. Als de ziekte voortschreidt kunnen bij sommige kinderen en tieners de sacro-iliacale gewrichten en wervels worden aangetast. Patiënten met aanhoudende perifere artritis en axiale symptomen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van gewrichtsbeschadigingen op volwassen leeftijd. In het beginstadium van de ziekte is het echter onmogelijk om een prognose op lange termijn te geven. Een goede behandeling kan daarentegen het beloop en de prognose van de ziekte gunstig beïnvloeden.

3. DAGELIJKS LEVEN

3.1 Wat voor invloed heeft de ziekte op het dagelijkse leven van het kind en van het gezin?

Tijdens periodes van actieve artritis zal bijna ieder kind beperkingen ervaren tijdens het dagelijkse leven. Aangezien vaak de gewrichten van de onderste ledematen worden aangetast, zijn lopen en sporten de activiteiten die het meest belemmerd worden door de ziekte. Een positieve houding van de ouders die het kind steunen en aanmoedigen om onafhankelijk en fysiek actief te blijven is van zeer grote waarde bij het overwinnen van de aan de ziekte gerelateerde problemen. Zo kunnen ze succesvol omgaan met hun leeftijdgenootjes en een onafhankelijk persoon worden, die in balans is. Als het gezin de last niet aan kan of het lastig vindt om met de ziekte om te gaan, dan is psychologische hulp nodig. Ouders moeten hun kind steunen bij de lichamelijke oefeningen en ze stimuleren om de voorgeschreven medicatie te nemen.

3.2 Hoe zit het met school?

Er zijn een aantal factoren die voor problemen kunnen zorgen bij het naar school gaan: problemen bij het lopen, verminderde bestendigheid tegen inspanning, pijn of stijfheid. Het is daarom ook belangrijk om de mogelijke behoeften van het kind uit te leggen aan de docenten, zoals goede tafels en regelmatige beweging tijdens schooluren om stijfheid te voorkomen. Indien mogelijk moeten de kinderen gewoon deelnemen aan de gymlessen; hiervoor gelden dezelfde aanbevelingen als de hieronder gegeven adviezen met betrekking tot het sporten. Als de ziekte eenmaal goed onder controle is kan het kind zonder problemen aan dezelfde activiteiten deelnemen als zijn gezonde leeftijdsgenootjes. School is voor een kind wat werk is voor een volwassene; een plaats waar hij/zij leert om een zelfstandig en productief persoon te worden. Ouders en docenten zouden er alles aan moeten doen om het kind op een normale manier deel te laten nemen aan de schoolactiviteiten, zodat hij/zij succesvol zijn schoolcarrière af kan ronden en door zowel leeftijdsgenootjes als volwassenen geaccepteerd kan worden.

3.3 Hoe zit het met sport?

Het beoefenen van een sport is een essentieel onderdeel van het dagelijkse leven van ieder normaal kind. Sporten waarbij de mechanische belasting van de gewrichten afwezig of minimaal is, zoals fietsen of zwemmen, worden aangeraden.

3.4 Hoe zit het met het dieet?

Er is geen bewijs dat het dieet invloed heeft op het beloop van de ziekte. In het algemeen moet het kind een gebalanceerd, normaal dieet volgen, dat geschikt is voor zijn/haar leeftijd. Teveel eten zou voorkomen moeten worden bij patiënten die corticosteroïden slikken, omdat deze geneesmiddelen voor een verhoogde eetlust zorgen.

3.5 Kan het klimaat het verloop van de ziekte beïnvloeden?

Er is geen bewijs dat het klimaat invloed heeft op het beloop van de ziekte.

3.6 Kan het kind gevaccineerd worden?

Aangezien de meeste patiënten behandeld worden met NSAID's of sulfasalazine, kan het normale vaccinatieprogramma gevolgd worden. Een patiënt die behandeld wordt met hoge doseringen corticosteroiden of biologische stoffen moet vaccinaties met levend verzwakte virussen vermijden of uitstellen (zoals bijv. rode hond, mazelen, bof, anti-polio Sabin, gele koorts, vanwege het risico op besmettingsgevaar als gevolg van de verlaagde afweer. Vaccins die geen levende virussen, maar alleen infectueuze proteïnen bevatten (anti-tetanus, anti-difterie, anti-polio Salk, anti-hepatitis B, anti-kinkhoest, pneumokokken, haemophilus, meningokokken) kunnen worden toegediend. In theorie kan door onderdrukking van het afweersysteem het effect van de vaccinatie verminderd of zelfs afwezig zijn.

3.7 Hoe zit het met het seksleven, zwangerschap en anticonceptie?

Er zijn vanwege de ziekte geen beperkingen met betrekking tot seksuele activiteit of een eventuele zwangerschap. Patiënten die medicatie gebruiken moeten echter altijd voorzichtig zijn vanwege de mogelijke schadelijke effecten van deze geneesmiddelen op het ongeboren kind. Er is geen reden om ondanks de erfelijke aspecten van de ziekte op volwassen leeftijd af te zien van het krijgen van kinderen. De ziekte is niet levensbedreigend en zelfs als de ziekte bevorderende erfelijke factor doorgegeven zou worden aan het nageslacht, dan is er een grote kans dat deze kinderen geen enkele vorm van juveniele SpA-ERA artritis zullen ontwikkelen.

3.8 Zal het kind een normaal volwassen leven kunnen leiden?

Dit is een van de belangrijkste doelen van de therapie en wordt in de meeste gevallen ook behaald. De behandeling voor dit soort aandoeningen bij kinderen is in de afgelopen jaren enorm verbeterd. De combinatie van behandeling met medicijnen en revalidatie kan nu bij het grootste deel van de patiënten gewrichtsbeschadiging voorkomen.