



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/NO/intro>

Juvenil Spondylartritt/Entesitt Relatert Artritt (SpA-ERA)

Versjon av 2016

2. DIAGNOSE OG BEHANDLING

2.1 Hvordan stilles diagnosen?

Legene kan stille diagnosen juvenil SpA-ERA hvis symptomene begynner før fylte 16 år, leddbetennelsen varer i mer enn 6 uker og symptomene passer inn i det kliniske mønsteret beskrevet ovenfor (se definisjon og symptomer). For å bestemme undergruppen av SpA-ERA (dvs. ankyloserende spondylitt, reaktiv artritt, etc.), ser man på kjennetegn som f.eks. spesifikke symptomer og funn samt svar på røngtenundersøkelser. Pasientene bør behandles og følges av en barnerevmatolog med erfaring i å behandle barn og ungdom med revmatisk sykdom.

2.2 Hva betyr testene?

En positiv HLA-B27 test er nyttig for å stille diagnosen juvenil SpA-ERA, men det er veldig viktig å vite at mindre enn 1 % av personer med denne markøren utvikler sykdommen, og at utbredelsen av HLA-B27 i den generelle befolkningen kan være så høy som 12 %, avhengig av hvilket område av verden det dreier seg om. Det er også viktig å merke seg at de fleste barn og unge er fysisk aktive og driver en eller annen form for idrett som kan føre til skader. Disse kan gi plager som ligner på de første symptomene på diagnosen juvenil SpA-ERA. Det er derfor ikke nok med positiv HLA-B27, barnet må også ha typiske symptomer og tegn som passer med juvenil SpA-ERA.

Blodprøver som senkning (SR) eller "hurtigsenkning" (CRP) gir

informasjon om generell betennelse i kroppen, og er dermed indirekte mål på sykdoms- aktivitet. Likevel er symptomer viktigere enn svar på blodprøver. Blodprøver brukes også til å overvåke mulige bivirkninger knyttet til medikamentell behandling (blodceller, lever- og nyrefunksjon).

Røntgenundersøkelser kan være nyttig for å følge sykdomsutviklingen og vurdere eventuelle leddskader forårsaket av sykdommen. Imidlertid er verdien av røntgenundersøkelser begrenset hos barn med SpA-ERA. Siden røntgenfunn kan være normale hos de fleste barn med sykdommen, er ultralyd og / eller magnetisk resonans (MR) av ledd og enteser nødvendig for å avdekke tidlige tegn på sykdommen. Ved MR kan man påvise betennelse i bekkenledd (iliosacralledd) og/eller ryggsøylen uten bruk av stråling. Ultralyd av ledd er viktig for å kartlegge forekomsten og alvorlighetsgraden av en leddbetennelse og entesitt i armer eller bein.

2.3 Kan sykdommen behandles/kureres?

Siden vi ikke vet årsaken til sykdommen, er det dessverre fortsatt ingen behandling som kan helbrede SpA-ERA. Imidlertid er behandlingen som brukes i dag svært nyttig for både å få kontroll på sykdomsaktiviteten og sannsynligvis også for å unngå varige skader i ledd, enteser og rygg.

2.4 Hva er behandlingen?

Behandlingen er i hovedsak basert på bruk av medisiner og trening/ fysioterapi, der målet er å bevare leddfunksjon og bidra til å forebygge feilstillinger og varige skader på ledd.

Betennelsesdempende midler som ikke inneholder kortison (NSAIDs)

Disse stoffene virker symptomatisk betennelsesdempende og febernedssettende. Symptomatisk betyr at de kan ta kontroll på symptomer som kommer p.g.a. betennelse, som hevelse, smerter og stivhet. De mest brukte NSAIDs hos barn er naproksen, diklofenak og ibuprofen. De tolereres vanligvis godt, men kan gi mageubehag (likevel sjeldnere hos barn enn hos voksne). En kombinasjon av ulike NSAIDs anbefales ikke, men det kan bli nødvendig å skifte fra ett NSAID til et annet, hvis effekten er dårlig eller bivirkninger oppstår.

Kortikosteroider

Disse medisinene brukes for kortvarig behandling av pasienter med mer alvorlige symptomer. Ved akutt regnbuehinnebetennelse, brukes de som øyedråper. I mer alvorlige tilfeller kan det være nødvendig med innsprøytning av kortikosteroider i øyehulen, brukt som tabletter eller intravenøst. Selv om kortikosteroider kan brukes mot leddbetennelse og entesitt, er det begrenset med studier om effekt og sikkerhet hos barn med SpA-ERA.

Andre behandlinger (sykdomsmodifiserende legemidler)

Sulfasalazin

Medisinen brukes hos barn med leddbetennelse og/eller entesitt som vedvarer til tross for adekvat behandling med NSAIDs og/eller leddinjeksjoner. Sulfasalazin kan gis sammen med NSAIDs-behandling, og virkning sees først etter flere uker eller måneder med behandling. Likevel er det begrenset dokumentasjon vedrørende effekt av sulfasalazin ved juvenil SpA-ERA. Selv om andre medikamenter, som metotreksat, leflunomid eller antimalaria-medikamenter, også brukes mye ved juvenil SpA-ERA, er det foreløpig ingen klare bevis for at medisinene er effektive for behandling av sykdommen.

Biologiske medisiner

Anti-TNF medikamenter anbefales i tidlige stadier av sykdommen, da de har betydelig effekt på betennelsessymptomene. Det finnes studier på effekt og sikkerhet av disse stoffene som støtter bruken hos pasienter med alvorlig juvenil SpA-ERA. I Norge er adalimumab godkjent ved ERA hos barn etter fylte 6 år og etanercept godkjent ved ERA og psoriasisartritt etter fylte 12 år.

Leddinjeksjoner

Leddinjeksjoner brukes når ett eller svært få ledd er involvert, og når det er fare for utvikling av feilstillinger i leddet. Generelt injiseres langtidsvirkende kortikosteroider. Hos de minste barna brukes bedøvelse når man utfører denne prosedyren.

Ortopedisk kirurgi

Ved alvorlige leddskader, særlig i hoften, kan det være aktuelt å sette inn protese. Takket være bedre medisiner, er behovet for ortopedisk

kirurgi avtagende.

Fysioterapi

Fysioterapi er en viktig del av behandlingen. Det må startes tidlig, og bør utføres rutinemessig for å opprettholde god bevegelse, vedlikeholde/utvikle muskulatur, og for å forhindre, begrense eller korrigere feilstillinger i ledd. Hvis rygg og brystkasse er tydelig rammet, bør det gis øvelser for å vedlikeholde bevegelse av rygg- og pustemuskulatur.

2.5 Hva er bivirkningene av medikamentell behandling?

Legemidler som brukes i behandlingen av juvenil SpA-ERA tolereres vanligvis godt.

Mageubehag er den vanligste bivirkningen av NSAIDs, men er mindre vanlig hos barn enn hos voksne. Plagen bedres ofte hvis NSAIDs tas sammen med mat. NSAIDs kan føre til en økning i blodnivået av enkelte leverenzymmer, (spesielt hvis aspirin brukes).

Sulfasalazin er rimelig godt tolerert; de hyppigste bivirkningene er mageproblemer, forhøyede leverenzymmer, lavt antall hvite blodceller og hudreaksjoner. Gjentatte blodprøver er nødvendig for å overvåke mulige bivirkninger.

Langvarig bruk av høye doser kortikosteroider er forbundet med moderat til alvorlige bivirkninger, inkludert veksthemming og beinskjørhet (osteoporose). Kortikosteroider i høye doser kan føre til en markant økning av appetitten, noe som igjen kan føre til overvekt. Det er derfor viktig med veiledning om mat som gir metthetsfølelse uten å øke kaloriinntaket.

Behandling med biologiske midler (TNF-hemmere) kan være forbundet med en høyere frekvens av infeksjoner. Forebyggende screening for (latent) tuberkulose er nødvendig før oppstart. Per idag er det ingen sikre holdepunkter for en høyere frekvens av kreftsykdom ved bruk av legemidlene (med unntak av noen former for hudkreft hos voksne).

2.6 Hvor lenge bør behandlingen vare?

Symptomatisk behandling skal vare så lenge som symptomer og sykdomsaktivitet vedvarer. Det er vanskelig å forutsi varighet av sykdommen. Hos noen pasienter virker NSAIDs veldig godt på

symptomene. Hos disse pasientene behøver ikke behandlingen vare lenge, hos noen kanskje ikke mer enn i noen måneder. Hos andre pasienter med et mer langvarig eller aggressivt sykdomsforløp, kan det være nødvendig med bruk av sulfasalazin og andre typer medikamenter i noen år. Man kan vurdere å slutte helt med medisiner, hvis sykdommen har vært helt i ro i lang tid samtidig med behandling.

2.7 Hva med ukonvensjonell/komplementær behandling?

Det er mye å velge mellom når det gjelder alternativ eller komplementær behandling (alternativ behandling som gis i tillegg til "skolemedisin"), og dette kan skape forvirring for pasienter og deres familier. Det er viktig å vurdere nøye mulige fordeler og ulemper ved å prøve disse ulike behandlingsformene. Det er lite bevis for at de virker, og behandlingene kan være tidkrevende, dyre og en belastning for barnet. Noen behandlingsformer kan i tillegg påvirke effekten av legemidler. Vurderer man å prøve komplementære eller alternative behandlingsformer, anbefales det 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 foreskrevne medisiner. Har man behov for medisiner for å holde sykdommen under kontroll, kan det være farlig å slutte med dem. Vi anbefaler at man diskuterer tanker om den medisinske behandlingen med barnets lege.

2.8 Hvor lenge vil sykdommen vare? Hva er forventet prognose?

Sykdomsforløpet kan være forskjellig fra en pasient til pasient. Hos noen pasienter forsvinner leddbetennelsen raskt med behandling. Andre veksler mellom perioder der sykdommen ikke er aktiv og tilbakefall, mens atter andre har et kronisk forløp, dvs. aktiv sykdom i lang tid. Hos de aller fleste pasientene er symptomene begrenset til artritt og entesitt i armer eller bein i begynnelsen av sykdommen. Etter hvert, hvis sykdommen utvikler seg, kan noen barn og unge bli rammet i iliosacralledd (bekkenledd) og ledd i ryggspylen. Pasienter som både har vedvarende artritt/entesitt og symptomer fra bekken og rygg, har en høyere risiko for å utvikle leddskader i voksen alder. Likevel er det ved begynnelsen av sykdommen umulig å forutsi hvordan det kommer

til å gå på lang sikt. Riktig behandling kan påvirke forløpet og utviklingen av sykdommen.