

Gelenkrheuma im Kindesalter

Beschwerden am Bewegungsapparat treten bei Kindern und Jugendlichen häufig auf. Etwa 10–20% aller Kinder berichten hierüber. Oft handelt es sich um harmlose Beschwerden, wie z. B. die sogenannten „Wachstumsschmerzen“. Manchmal können die Beschwerden aber auch Hinweis auf das Vorliegen einer rheumatischen Erkrankung sein, insbesondere wenn Schwellungen und Schonhaltungen der Gelenke beobachtet werden (Kasten). Dass rheumatische Erkrankungen bereits im Kindesalter beginnen können, ist in der allgemeinen Öffentlichkeit wenig bekannt.

Dabei erkrankt pro Jahr etwa 1 von 10.000 Kindern unter 16 Jahren an Gelenkrheuma (juvenile idiopathische Arthritis = JIA). Insgesamt ist etwa 0,1% der Kinder und Jugendlichen betroffen. In Berlin können wir somit von etwa 600 allein an JIA erkrankten Kindern ausgehen. Hinzu kommen Kinder und Jugendliche mit anderen rheumatischen Erkrankungen (reaktive Gelenkentzündungen, Kollagenosen, Vaskulitiden oder nicht entzündliche rheumatische Erkrankungen, wie z. B. Schmerzverstärkungssyndrome), die ebenfalls einer spezialisierten Versorgung bedürfen.

Für die Erkennung und Behandlung dieser Erkrankungen bei Kindern stehen in Berlin mittlerweile 10 auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendrheumatologie ausgebildete Kinderärzte an 5 meist sta-

tionären Einrichtungen zur Verfügung (s. auch Versorgungslandkarte unter www.gkjr.de). An diesen Einrichtungen können Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf rheumatische Erkrankungen zur Abklärung vorgestellt und langfristig im Rahmen von Spezialsprechstunden ambulant mitbetreut werden.

Besonderheiten von Gelenkrheuma im Kindesalter

Die JIA als häufigste rheumatische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen weist Gemeinsamkeiten mit den im Erwachsenenalter beginnenden Arthritiden auf. Die Gelenkpathologie ist ähnlich, beide können langfristig zu einem Funktionsverlust sowie einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führen. Andererseits grenzen sich die juvenilen Arthritiden deutlich von denen im Erwachsenenalter ab: Sie sind ca. 10-mal seltener, erfordern die differenzialdiagnostische Berücksichtigung anderer Erkrankungen, zeigen andere klinische Präsentationen sowie Komplikationen (z. B. Störungen von Wachstum und Entwicklung) und weisen oft einen günstigeren Verlauf auf. Rheumafaktoren (RF) finden sich nur in einer kleinen Subgruppe von Patienten (< 5%), die HLA-Assoziationen bei den juvenilen Arthritiden sind mit Ausnahme des HLA-B27 andere als bei den Arthritiden mit Beginn im Erwachsenenalter. Insgesamt ist die Gruppe der Arthritiden des Kindesalters hete-

rogener als jene des Erwachsenenalters und lässt phänotypisch sowie genetisch voneinander differierende Subgruppen erkennen.

Sieben verschiedene Formen der JIA werden heute unterschieden (Tabelle). Die häufigste Form der JIA ist in unseren Breiten eine Oligoarthritis, die fast die Hälfte aller JIA-Fälle ausmacht. Ihr Erkrankungsgipfel liegt im 2./3. Lebensjahr, Mädchen sind häufiger betroffen. Typischerweise zeigt sich hier eine asymmetrische Gelenkentzündung mit bevorzugtem Befall von Knie- und Sprunggelenken. In fast 80% beginnt die Oligoarthritis monartikulär und meist am Kniegelenk, insofern sollte auch bei einer über Wochen bestehenden und ohne adäquates Trauma aufgetretenen Gonarthrit an eine JIA gedacht werden. Neben der Arthritis können bei der JIA verschiedene extra-artikuläre Manifestationen, wie z. B. eine Uveitis, auftreten.

Erkennung von Gelenkrheuma bei Kindern und Jugendlichen

Wegweisende Laborbefunde für die JIA gibt es nicht. Fast die Hälfte der Patienten (die systemische Form der JIA ausgenommen) lässt in den ersten 3 Erkrankungsmonaten keine Erhöhungen der laborchemischen Entzündungsparameter erkennen. Rheumafaktoren und Antikörper gegen zyklische zitruillierte Peptide (anti-CCP-Ak) werden lediglich bei bis zu 5% der Patienten nachgewiesen und sind somit diagnostisch nicht hilfreich. Antinukleäre Antikörper (ANA) werden häufiger und zwar bei bis zur Hälfte der Patienten beobachtet. Aber gerade im niedrigen Titerbereich werden ANAs auch bei bis zu 33% gesunder Kinder gefunden, sodass ihre diagnostische Spezifität sehr gering ist. Sie sind weder geeignet, Kinder mit JIA von anderen mit Gelenksbeschwerden abzugrenzen, noch Kinder mit verschiedenen JIA-Subgruppen sicher voneinander zu diskriminieren. Eine Bestimmung des „Rheumastatus“ (mit CrP, ANA und RF)

Hinweise auf Gelenkrheuma im Kindesalter

- Unklare Schwellung eines oder mehrerer Gelenke
- Humpeln oder Gangauffälligkeiten
- Schonhaltungen der Gelenke (z. B. Beugeschonhaltung der Kniegelenke)
- Anlaufschmerzen morgens oder nach dem Mittagsschlaf („Morgensteifigkeit“)
- Fersenschmerzen (insbesondere bei älteren Schulkindern)
- Tiefsitzende Rückenschmerzen, die sich bei Bewegung bessern
- Über Tage wiederkehrendes Fieber mit täglichen Fieberspitzen bis über 39 °C, das nicht auf Antibiotika anspricht und oft von einem flüchtigen Exanthem begleitet wird
- Entzündung der vorderen Augenabschnitte (Uveitis) mit oder (häufiger noch) ohne Symptome

ist als Screeninguntersuchung bei Kindern mit Gelenksbeschwerden entbehrlich.

Die Diagnose der JIA ist eine klinische. Sie fußt auf der Erkennung der Gelenkentzündung und dem Ausschluss bekannter, mit ähnlicher klinischer Symptomatik einhergehender Erkrankungen. Allerdings sind die typischen Arthritiszeichen mit Schwellung oder Überwärmung und schmerzhafter Bewegungseinschränkung des Gelenkes gerade bei Kleinkindern nicht immer offenbar. Von einem jüngeren Kind werden oft keine Schmerzen angegeben. Vielmehr nehmen Kinder mit Arthritis eine schmerzertastende Schonhaltung ein, das betroffene Gelenk wird meist in einer Beugeschonhaltung gehalten.

Typisch für die JIA sind morgendliche Gelenkschmerzen („Morgensteife“), die oft nicht verbalisiert und manchmal überspielt werden.

Erfreulicherweise wird heute bei Kindern früher an Gelenkrheuma gedacht als vor 10 Jahren. Im Durchschnitt vergehen nur noch 3 Monate vom Symptombeginn bis zur Erstvorstellung beim Kinderrheumatologen. Damit ist das angestrebte Soll von 6 Wochen zwar noch nicht erreicht, aber bereits wertvolle Behandlungszeit gewonnen worden. Das ist relevant, denn rheumatische Erkrankungen bei Kindern bergen erhebliche Risiken für die Entwicklung von Gelenk- und Organschäden sowie einer dauerhaften körperlichen Behinderung.

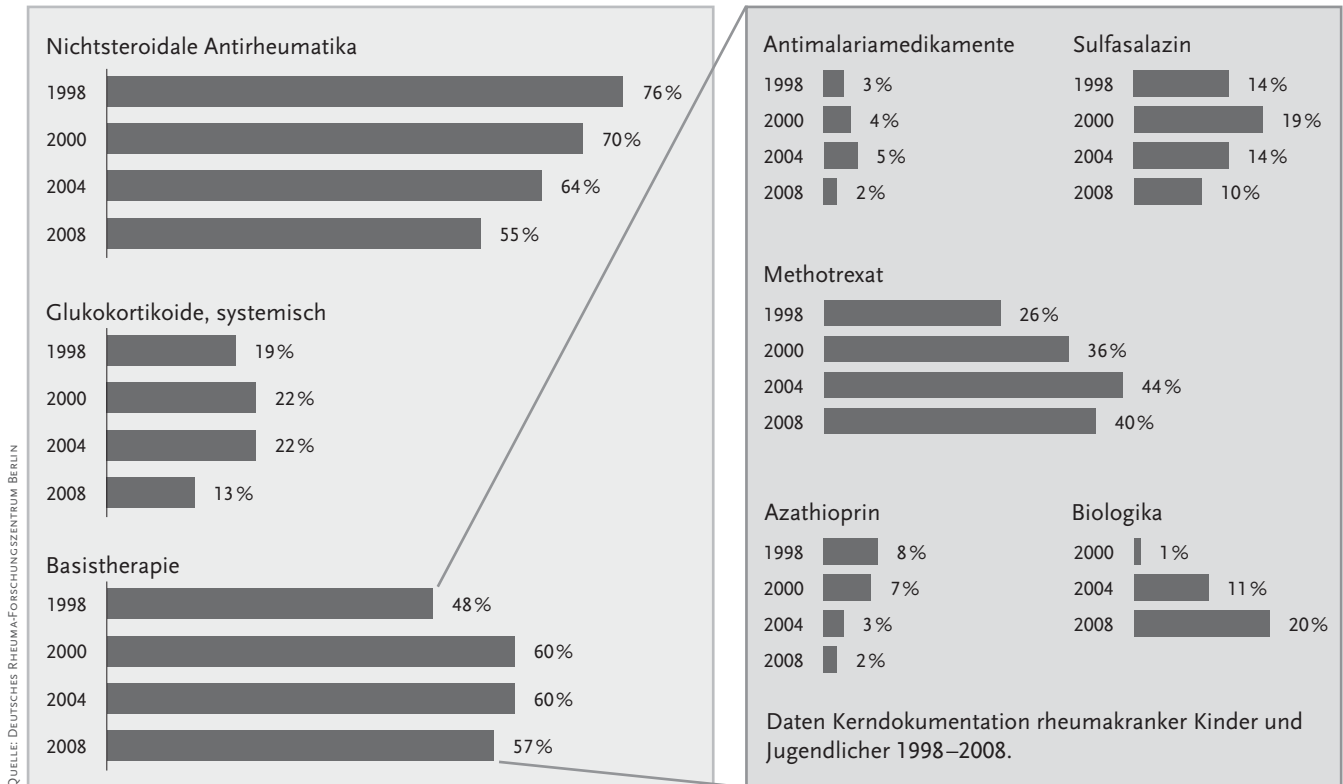
Behandlung von Kindern mit Gelenkrheuma

Die Therapie der JIA ist komplex und umfasst medikamentöse, krankengymnastische, ergotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen. Vor allem die medikamentöse Behandlung hat sich durch die Entwicklung innovativer medikamentöser Therapien in den letzten Jahren erheblich geändert. Nichtsteroidale Antirheumatika (z. B. Naproxen, Ibuprofen) bilden zwar nach wie vor die First-line-Therapie der Erkrankung, werden aber ebenso wie Glukokortikoide systemisch tendenziell weniger häufig eingesetzt. Krankheitsmodifizierende Medikamente (Basismedikamente) haben demgegenüber einen höheren Stellenwert erlangt. Mittlerweile wird



Tabelle: Definition, Häufigkeit und ausgewählte Charakteristika der einzelnen Formen der JIA (nach Daten der bundesweiten Kerndokumentation).

Subgruppen der JIA und klinische Merkmale		Relativer Anteil in %	Mädchen-Anteil in %	Uveitis-Anteil in %
Systemische Arthritis (M. Still)	Krankheitsbild, das neben einer Arthritis durch Fieber, Exanthem, Lymphknotenvergrößerungen, Hepato-/Splénomegalie und/oder Serositis gekennzeichnet ist	6	48	1
Oligoarthritis	Entzündung von maximal 4 Gelenken während der ersten 6 Erkrankungsmonate. 2 Untergruppen werden unterschieden			
– Persistierende Form	nach den ersten 6 Erkrankungsmonaten werden nicht mehr als 4 Gelenke in den Entzündungsprozess einbezogen	45	71	16
– Erweiterte Form	nach den ersten 6 Erkrankungsmonaten werden 5 und mehr Gelenke in den Entzündungsprozess einbezogen	7	79	23
Seronegative Polyarthritis	Entzündung von 5 oder mehr Gelenken während der ersten 6 Erkrankungsmonate, kein Nachweis von Rheumafaktoren	13	76	7
Seropositive Polyarthritis	Entzündung von 5 oder mehr Gelenken während der ersten 6 Erkrankungsmonate, Nachweis von Rheumafaktoren	2	79	1
Psoriasis-Arthritis	Arthritis und Schuppenflechte oder Arthritis und Wurstfinger/-zehe, Nagelveränderungen und/oder ärztlicherseits bestätigte Schuppenflechte bei einem Verwandten 1. Grades	8	67	10
Arthritis mit Enthesitisneigung	Krankheitsbild mit Arthritis und Enthesitis, das zu den Spondylarthritiden gehört und in eine ankylosierende Spondylitis münden kann	15	37	8
Andere Arthritis	Arthritiden, die nicht eindeutig den definierten Subgruppen 1–6 zugeordnet werden können	3	62	8



Fortsetzung von Seite 37

jedes zweite Kind mit JIA hiermit behandelt. Methotrexat ist die am häufigsten angewendete Substanz. Sie wird heute früher im Krankheitsverlauf, in einer Standarddosis von ca. 15 mg/m²/Woche und nicht selten parenteral eingesetzt. Biologische Medikamente, die gezielt in den rheumatischen Entzündungsprozess eingreifen, sind die zweithäufigsten bei der JIA angewendeten Basismedikamente. Drei Substanzen (die TNF-blockierenden Substanzen Etanercept und Adalimumab sowie das die T-Zell-Kostimulation modulierende Abatacept) sind bereits für die Behandlung der JIA zugelassen und werden inzwischen bei jedem vierten Kind mit polyartikulärer JIA eingesetzt. Insgesamt stehen heute mehr als doppelt so viele Basismedikamente für die Behandlung von Rheumakindern als vor 10 Jahren zur Verfügung. Die Biologika haben nicht nur das Spektrum der zur Verfügung stehenden Rheumamedikamente erweitert, sie haben auch dazu beigetragen, dass es immer besser gelingt, die rheumatische Entzündungsaktivität zu kontrollieren und die Krankheitslast bei den Betroffenen zu mildern.

Trotz dieser Fortschritte in der Behandlung ist der Einfluss rheumatischer Erkrankungen und ihrer Therapie auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen nach wie vor beträchtlich. Bei

etwa jedem zweiten Patienten bleibt die Krankheit bis ins Erwachsenenalter aktiv. Für diese Patienten sind also eine spezialisierte Weiterversorgung und damit der Wechsel in die internistische Rheumatologie geboten. Allerdings gelingt es etwa einem Drittel der Betroffenen nicht, diesen Übergang in die Erwachsenenmedizin zu organisieren. Der Kontakt zur notwendigen Spezialbetreuung bricht ab und wird oft erst dann wieder hergestellt, wenn – möglicherweise vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind. Unzureichende spezielle Betreuungsangebote für dieses besondere Patientenkollektiv spielen hier eine Rolle. Es fehlt an Zeit und Personal, um den höheren Betreuungsaufwand für einen chronisch kranken Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen zu gewährleisten. Die hier bestehenden Defizite in der Versorgung spiegeln sich in einer großen Unzufriedenheit mit der Betreuung in der Erwachsenenmedizin wider, die jeder vierte 20-jährige Rheumapatient angibt. Von Rheumatologen- und internistischen Seiten ist dieses Problem seit längerem erkannt. So werden seit mehreren Jahren an Berliner Einrichtungen sogenannte kooperativ durch pädiatrische und internistische Rheumatologen geführte Übergangssprechstunden für rheumakranke Jugendliche angeboten, um die jungen Rheumatiker besser auf den Übergang in die Erwachsenenme-

dizin vorzubereiten. Dies allein ist aber nicht ausreichend. Gelöst werden kann das Schnittstellenproblem nur, werden die besonderen Betreuungsbedürfnisse chronisch kranker Jugendlicher offiziell anerkannt und die notwendige multidisziplinäre Betreuung kostendeckend vergütet.

Fazit für die Praxis

Gelenkrheuma gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern. Um Folgeschäden und einen dauerhaften Funktionsverlust zu vermeiden, sind ein frühzeitiges Erkennen und konsequentes Behandeln der Erkrankung erforderlich. Insofern sollte bei jeder Arthritis mit einer Dauer von mindestens 6 Wochen bei einem Kind an Gelenkrheuma gedacht und eine kinder- und jugendrheumatologische Mitbeurteilung angestrebt werden. Mit den heute zur Verfügung stehenden Therapieoptionen gelingt es in der Mehrzahl der Fälle, die Erkrankung zu kontrollieren und den Kindern ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen.

Dr. Kirsten Minden
Universitätskinderklinik Charité,
Campus Virchow
13353 Berlin