

Von NSAR bis Biologika

Das löscht den Gelenkbrand bei Kindern

Rheuma bei einem Kind? Die meisten Eltern wissen gar nicht, dass es das gibt, und selbst Ärzte ziehen diese häufig durch Autoimmunprozesse hervorgerufene Erkrankung oft erst spät in Betracht. Insbesondere beim Befall mehrerer Gelenke soll die Therapie aber so früh wie möglich beginnen, damit Langzeitkomplikationen vermieden werden.

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist mit einer Prävalenz von 20–150 pro 100 000 die häufigste rheumatische Erkrankung im Kindesalter. Es handelt sich um eine primäre Gelenkentzündung, die mindestens sechs Wochen anhält und bis zum vollendeten 16. Lebensjahr in Erscheinung tritt.

Von Schmerz wird selten berichtet

Über Schmerzen wird von den erkrankten Kindern – außer bei einer systemischen Arthritis – überraschend selten geklagt, berichtet Prof. Dr. Gerd Horneff von der Asklepios Klinik Sankt Augustin in der „Zeitschrift für Rheumatologie“. Deshalb ist es wichtig, auf Bewegungseinschränkungen, Schonhaltungen, Muskelatrophie und Fehlstellungen zu achten. Bei der klinischen Untersuchung muss nach objektiven Arthritiszeichen bzw. Gelenkdeformierungen gesucht werden. Betroffen sein können alle Gelenke vom Kiefergelenk über die Halswirbelsäule bis zu den Zehengelenken.

Die Diagnose JIA kann erst dann gestellt werden, wenn Gelenkentzündungen mit anderer Ursache, insbesondere post- und parainfektiose Arthritiden,

ausgeschlossen sind. Eine Laboruntersuchung, die die JIA beweist oder ausschließt, gibt es nicht. Laboruntersuchungen sind aber nützlich, um andere Erkrankungen auszuschließen, den JIA-Subtyp zu bestimmen (z. B. Rheumafaktor, RF) und den Krankheitsverlauf zu beurteilen (z. B. CRP). Horneff empfiehlt ein vollständiges Blutbild inklusive Blutausschrieb und die Bestimmung von Serumelektrolyten, Phosphat, alkalischer Phosphatase, ASAT, ALAT, LDH, Kreatinkinase, Harnsäure und Kreatinin. Wichtigste Bildgebung zum Nachweis der

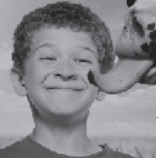
Synovitis ist laut Horneff die Sonografie. Röntgenuntersuchungen sollen nur zum Ausschluss anderer Erkrankungen und zur Befunddokumentation bei schweren Verläufen veranlasst werden.

Bei der JIA werden sechs Subgruppen unterschieden:

- Systemische Arthritis (Still-Syndrom)
- Rheumafaktor-negative Polyarthritiden
- Rheumafaktor-positive Polyarthritiden
- Oligoarthritis

➤ **Tab. 1 Zulassungssituation von klassischen Basistherapeutika und Biologika bei der juvenilen idiopathischen Arthritis**

	Zulassung
Methotrexat	refraktäre schwere polyartikuläre JIA ab einem Alter von zwei Jahren
Sulfasalazin	refraktäre JIA ab einem Alter von sechs Jahren
Leflunomid	keine Zulassung im Kindes- und Jugendalter
Ciclosporin A	keine Zulassung für JIA
Azathioprin	keine Zulassung für JIA
Etanercept	refraktäre schwere polyartikuläre JIA bei Intoleranz oder Unwirksamkeit von Methotrexat ab einem Alter von vier Jahren
Adalimumab	in Kombination mit Methotrexat bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren, die nur unzureichend auf krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) angesprochen haben, bei Unverträglichkeit gegenüber Methotrexat auch als Monotherapie
Abatacept	in Kombination mit Methotrexat bei mäßigen bis schweren aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritiden (JIA) bei Kindern ab sechs Jahren, wenn andere Therapien nicht ausreichen
Infliximab	keine Zulassung für JIA
Tocilizumab	keine Zulassung im Kindes- und Jugendalter
Anakinra	keine Zulassung im Kindes- und Jugendalter
Canakinumab	keine Zulassung für JIA
Rilonacept	keine Zulassung für JIA



- Enthesitis-assoziierte Arthritis
- Psoriasis-Arthritis

Wodurch die einzelnen Subtypen entstehen, ist unterschiedlich. Die Oligoarthritis des jungen Kindes mit Autoantikörpern und begleitender Uveitis zeigt z. B. Eigenschaften einer Autoimmunerkrankung, die systemische Arthritis Zeichen einer Autoinflammation.

Die medikamentöse Therapie richtet sich zunächst nach dem Beschwerdebild und der Aktivität sowie dem Subtyp der JIA. Insbesondere bei einer Oligoarthritis ist nach Horneffs Erfahrung die Kombination von NSAR und intraartikulären Steroiden (Triamcinolonhexacetonid) häufig ausreichend. Etwa 80% der Patienten mit einer persistierenden Oligoarthritis erreichen langfristig eine klinische Remission. Wenn dies nicht der Fall ist, muss eine Basistherapie in Erwägung gezogen werden.

Gleich aggressiv gegen Polyarthrit

Eine Polyarthrit soll wegen der ungünstigeren Prognose von Anfang an aggressiv behandelt werden (■ **Abb. 1**). Das Therapieziel ist hier die vollständige Kontrolle der Entzündungsaktivität, so Horneff. Deshalb wird empfohlen, gleich nach Diagnosestellung eine Behandlung mit einem NSAR und einem Basistherapeutikum einzuleiten. „Goldstandard“ für die Basistherapie ist Methotrexat (MTX). Allerdings können Übelkeit und Erbrechen den Einsatz limitieren. Sulfasalazin wird wegen seiner schwachen Wirksamkeit und seines Nebenwirkungspotenzials kaum angewendet. Leflunomid ist bei Kindern und Jugendlichen nicht zugelassen. Kortikosteroide in niedriger Dosierung können bei starken Einschränkungen durch Schmerzen und/oder Steifigkeit vorübergehend auch oral verabreicht werden.

Biologika auch für Kinder

Wenn die konventionelle Basistherapie nicht ausreicht, können auch im Kin-

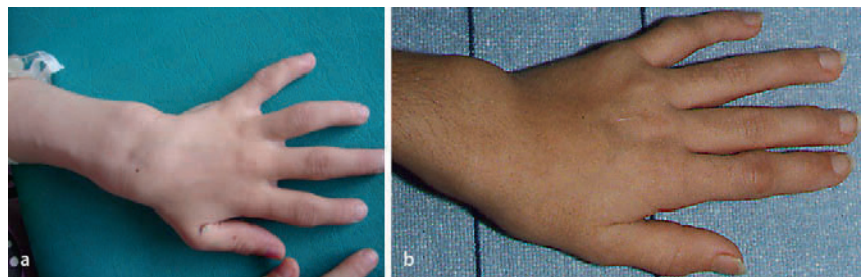
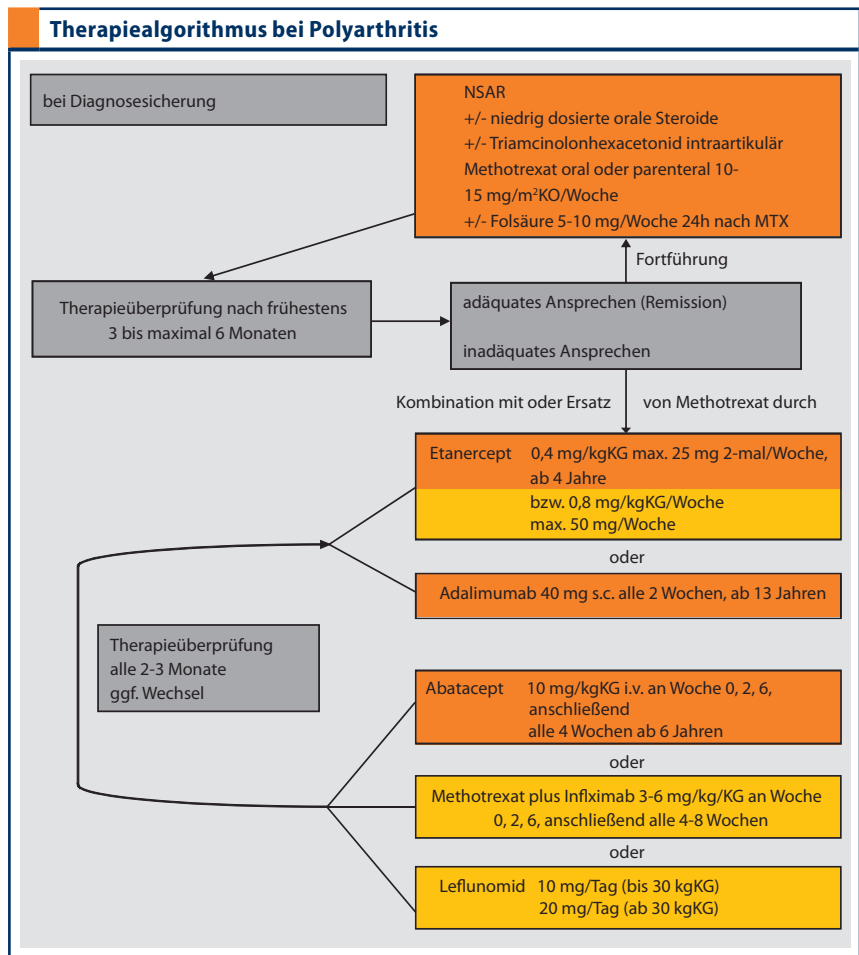


Abb. 1 Typische Veränderungen der Hand und des Handgelenkes bei einem Kleinkind (a) und bei einer 16-jährigen Patientin (b) mit polyartikulärer JIA.

desalter Biologika eingesetzt werden (■ **Tab. 1**). Die Tumor-Nekrose-Faktor-(TNF-)Antagonisten Etanercept und Adalimumab bewirken eine prompte Besserung von Morgensteifigkeit und Gelenkschmerzen sowie ein Aufholwachstum „bei überraschend guter Verträglichkeit“, so Horneff. Nach Versagen von TNF-Hemmern bei polyartikulärer JIA ist der Kostimulations-

antagonist Abatacept eine weitere Option. Insbesondere bei der schwierig zu behandelnden systemischen Arthritis wurden auch erfolgreiche Therapieversuche mit Tocilizumab und den IL-1-Hemmern Anakinra und Canakinumab unternommen, dabei handelt es sich allerdings um „Off-label“-Anwendungen. (Beate Schumacher) Z Rheumatol 2010, 69:719