

De juveniele reumatoïde artritis – Dr. J.R. Tischer, reumatoloog

De juveniele reumatoïde artritis

Dit ziektebeeld is geclassificeerd in drie subtypen. De systemische, polyarticulaire en oligo-articulaire/pauciarticulaire artritis. De benaming valt samen met de eerste tekenen van de artritis en verandert niet ofschoon het beeld op de andere subtypes kan gaan lijken.

Systemische juveniele chronische artritis

Dit ziektebeeld werd in het verleden wel Still's disease genoemd. Meestal betreft het kinderen jonger dan vijf jaar, maar de ziekte kan ook op oudere leeftijd en zelfs op volwassen leeftijd voorkomen. De ziekte begint met hoge intermitterende koorts, vergezeld door een zalmkleurige maculopapuleuze rash. Deze rash is het meest uitgesproken wanneer er koorts is, maar kan ook opgewekt worden door een warm bad. Deze rash is zo kenmerkend dat bij afwezigheid van deze rash getwijfeld moet worden aan de diagnose. Andere systemische kenmerken omvatten lymfadenopathie, heptosplenomegalie en pericarditis. De meeste kinderen krijgen een artritis van vingergewrichten, polsen, knieën, enkels en metatarsofalangeale gewrichten.

Bij laboratoriumonderzoek is er een leukocytose en trombocytose, verhoogde bezinkingssnelheid en verhoogd C-reactieve proteïnegehalte, de reumafactortest is negatief. Naarmate de ziekte op jongere leeftijd optreedt, wordt de prognose slechter. Ongeveer de helft van de kinderen heeft een op- en neergaand ziektebeloop dat jaren kan aanhouden. Op den duur is de prognose goed. Zeker 70% van de kinderen kan een normaal leven leiden, ondanks eventueel aanwezige functiebeperkingen. De meest ernstige complicatie is amyloidose van de nieren, welke kan debuten met een proteinurie.

Oligo-articulaire juveniele chronische artritis

Dit komt het meest frequent voor en is meestel het moeilijkst te diagnostiseren.

GEWRICHTSPIJN BIJ KINDEREN: WAAROP MOET U LETTEN?

Bij kinderen komen regelmatig pijnen in gewrichten of extremiteiten voor. Dit wordt meestal veroorzaakt door een trauma. Zelden ligt er een ernstige reumatische ziekte aan ten grondslag. Wanneer dat het geval is, is echter een snelle juiste diagnose van groot belang. In dit artikel worden de verschillende vormen van juveniele reuma en de ziektebeelden die hierop kunnen lijken besproken. Verder wordt de nieuwe terminologie zoals geadviseerd door de International League against Rheumatism (ILAR) besproken, daar de chronische artritis op kinderleeftijd een hetoregene groep is.

Juveniele chronische artritis

Juveniele chronische artritis is een ongewone ziekte bij kinderen. Men spreekt van deze aandoening wanneer er een chronische artritis is die gedurende tenminste drie maanden in één of meer gewrichten aanwezig is bij een kind jonger dan 16 jaar. De prevalentie is minder dan 1:1000 kinderen, maar de ziekte kan ernstige medische en sociale problemen oproepen. Bij kinderen die klagen over pijn in en rond de gewrichten, staat de huisarts vaak voor de vraag of dit kind een ernstige ziekte heeft. Dit artikel beschrijft de kenmerken van de meest voorkomende vormen van juveniele chronische artritis, mogelijke valkuilen bij het stellen van de diagnose en de wijze waarop de huisarts betrokken is bij de behandeling van het kind en diens familie.

Klinische kenmerken

De ziekte is onderverdeeld in drie klinische verschillende groepen: een groep met voornamelijk systemische ziektekenmerken, een groep met betrokkenheid van een beperkt aantal gewrichten en een groep met betrokkenheid van vele verschillende gewrichten. Iedere subgroep is anders wat betreft complicaties, prognose en tot op zekere hoogte wat betreft de behandelibegint meestal bij kinderen tussen de een en vijf jaar, zowel bij jongens als bij meisjes. Gedurende de eerste drie maanden zijn vier of minder gewrichten aangedaan.

Er is een voorkeurslokalisatie voor de grote gewrichten: knieën, enkels en ellebogen. De reumafactor is bij deze kinderen meestal negatief, maar vaak hebben zij een positieve test voor antinucleaire antistoffen. Er is een associatie tussen de aanwezigheid van deze antistoffen in het serum en een chronische iridocyclitis. Om deze reden dienen dergelijke patiënten regelmatig een spleetlamponderzoek te ondergaan om een iridocyclitis die in het begin symptoomloos kan verlopen, bijtijds te herkennen en zo beschadiging van het oog te voorkomen. Ongeveer 25% van de kinderen krijgt tenslotte een polyarticulaire vorm van de ziekte. Over het algemeen is de prognose goed en zelden zijn er complicatie op lange termijn of treedt er functieverlies op.

Polyarticulaire juveniele chronische artritis

Hiervan spreken wij wanneer vijf of meerdere gewrichten zijn aangedaan. De ziekte kan op iedere leeftijd beginnen. Bij jonge kinderen is de reumafactor meestal negatief. Vaak is de cervicale wervelkolom bij het ziekteproces betrokken waarbij fusies van de wervels kunnen optreden, alsmede ten gevolge van de aantasting van de kaakgewrichten hypognathie. Door vroege sluiting van de epifysaire schijven kunnen deformaties optreden. Er zijn meestal geen systemische kenmerken en de prognose is over het algemeen goed. Een kleine groep oudere kinderen is reumafactor positief en krijgt erosieve gewrichtsafwijkingen met een op den duur slechts prognose.

Voor de nieuwe benamingen zie bijlage II.

Juveniele spondylartritis

Dit komt voor bij 10% van de kinderen die debuten met een oligoarticulaire juveniele chronische artritis. Het betreft meestal jongens boven de tien jaar bij wie er vaak een voor spondylartritis positieve familieanamnese is. Meestal zijn asymmetrische heupen, knieën en enkels aangedaan. Zelden hebben deze patiënten last van rugpijn of stijfheid, het merendeel is echter HLA-B27-positief. Ongeveer een kwart van hen krijgt een acute iritis en ruim 30% krijgt ernstige problemen met de heupen, waarvoor vaak chirurgisch ingrijpen noodzakelijk is. Na vijf jaar blijken vele röntgenologische afwijkingen te hebben in de sacro-iliacale gewrichten.

Juveniele artritis psoriatica

Psoriasis begint meestal al op de kinderleeftijd en soms kan daar ook een artritis bij ontstaan. Deze artritis kan aan de huidafwijkingen voorafgaan en is meestal asymmetrisch, waarbij vaak slechts een enkel gewricht is betrokken. Zelden zijn er systemische verschijnselen en het beloop is meestal mild, hoewel, evenals bij volwassenen, een ernstige destructieve vorm voorkomt.

Artritis samen met een darmziekte

Bij ongeveer een op de vijf kinderen met een colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn treedt een artritis op. De ernst van de gewrichtsproblemen is niet gerelateerd aan de ernst van de darmproblemen.

Overige bindweefselziekten

Gewrichtsklachten kunnen het eerste symptoom zijn van de zeldzame bindweefselziekten, zoals SLE, dermatomyositis en periartritis nodosa. In het begin kunnen deze alle op juveniele chronische artritis lijken, maar progressieve betrokkenheid van ook andere systemen, samen met specifieke immunologische afwijkingen, wijzen op de juiste diagnose.

Valkuilen bij de diagnose

Eén van de belangrijkste functies van de huisarts is om bijtijds een ernstige ziekte te onderkennen. Dit geldt zeker ook voor reumatische ziekten bij kinderen. Er zijn talloze valkuilen en men zou deze kunnen verdelen in: niet herkend, verkeerd beoordeeld en te gemakkelijk gediagnosticeerd.

Niet herkend komt waarschijnlijk ten gevolge van het onvoldoende doorvragen van anamnese of het niet in staat zijn om tijdens een druk spreekuur een goed gewrichtsonderzoek uit te voeren. Vraag bij de anamnese naar blootstelling aan een infectieziekte, rubellavaccinatie en andere klachten. De familieanamnese is zeker bij kinderen met gewrichtsproblemen van belang. Lichamelijk onderzoek van een klein kind dat niet meewerkt, is altijd moeilijk en kan leiden tot miskenning van relevante symptomen. Dit is heel moeilijk wat betreft het houdings- en bewegingsapparaat, waar onderscheid tussen een artritis, pijnlijke spieren en weke-delenzwelling bijzonder moeilijk kan zijn. Het loont altijd aan het kind te vragen wanneer het rustig is, om aan te wijzen waar het nu precies pijn doet. Een enkele gezwollen groot gewricht is bij een wat ouder kind gemakkelijk te herkennen; veel moeilijker is het herkennen van een symmetrische artritis van de kleine vingergewrichten van een stevige peuter. Let ook altijd op aanwezigheid van een rash, eventueel tekenen van psoriasis, lymfadenopathie, pericarditis of hepatosplenomegalie. Verkeerde diagnose: in feite is juveniele chronische artritis een diagnose bij uitsluiting. Er zijn een aantal aandoeningen bij kinderen genoemd die zich kunnen presenteren met een artritis. De polyartritis die geassocieerd is met virale infecties, zoals rode hond en mononucleosis infectiosa, duurt meestal kort, maar een artritis bij Lyme's disease, Shigella- of Salmonella-infectie kan maanden aanhouden en soms leiden tot een erosieve destructieve artritis. Acut reuma komt nog maar zelden voor, maar men moet er wel op bedacht blijven. Frequenter komen orthopedische aandoeningen voor, zoals de ziekte van Perthes of epifysiolyse, waarbij verschijnselen van artritis op de voorgrond kunnen staan. Bij niet onderkennen van deze aandoening ontstaat een nodeloos oponthoud in de behandeling. Tenslotte moet men in het achterhoofd houden dat gewrichtspijn in zeldzame gevallen het eerste teken van maligniteit kan zijn, zoals leukemie of neuroblastoom. Te gemakkelijk gediagnostiseerd: veel kinderen klagen over pijnlijke ledematen, slechts weinigen hebben echter artritis. Ongeveer 5% van alle kinderen klaagt over recidiverende pijn in de benen, waardoor zij regelmatig 's nachts wakker worden. Ook tijdens een acute pijnaanval hebben zij geen verschijnselen van artritis en bloedonderzoek toont nooit afwijkingen. Hun klachten gaan tenslotte vanzelf over. Ouders moeten gerustgesteld worden dat dit een benigne aandoening is en men moet zich realiseren dat emotionele belasting hierbij zeker een rol kan spelen. Er is wel gesteld: "fysieke groei doet geen pijn, maar emotionele groei kan afschuwelijk pijn doen". Ten onrechte wordt bij kinderen met het hypermobilitéitsyndroom de diagnose artritis gesteld. Dit gebeurt vooral bij oudere kinderen die goed zijn in sport. Ze hebben pijnklachten na oefeningen en deze pijn is vooral aanwezig tijdens de snelle fase van de groei. De diagnose hypermobilitéit kan gesteld worden op basis van een aantal vaste criteria.

Behandeling

De behandeling van een kind met juveniele chronische artritis vereist een teambehandeling. De huisarts speelt hierbij altijd een belangrijke rol: zijn of haar kennis van het kind en diens familie en diens mogelijkheden om de zorg voor het kind lokaal te organiseren zijn van onschatbare waarde. Specialistisch advies is vrijwel altijd noodzakelijk. Verwijzing naar een hiertoe deskundig team, bestaande uit kinderartsen en reumatologen, is van groot belang. In de meeste universitaire ziekenhuizen in Nederland is een dergelijke consultatie mogelijk. Wanneer de diagnose juveniele chronische artritis wordt gesteld, moet men zich bij de behandeling realiseren dat bij het merendeel van de kinderen er spontaan een remissie zal optreden. Het doel van de behandeling is daarom om gewrichtsbeschadiging te voorkomen en een goede functie van gewricht en spieren te behouden. In de periode dat de ziekte actief is, dient men ervoor te zorgen dat het kind sociaal en emotioneel wordt opgevangen en eventueel begeleid bij het optreden van functieverlies. Bovendien moet men trachten specifieke problemen, zoals iritis of het ontstaan van amyloidose, voor te blijven.

Fysiotherapie: tijdens een acute fase van de ziekte is rust van het aangedane gewricht van groot belang; daarbuiten is langdurige bedrust zelden nodig. Het kan nodig zijn om gewrichten te spalken om standsveranderingen tegen te gaan, vooral voor polsen en knieën. Soms zijn periodes met buikligging van belang om een flexiecontractuur van de heup tegen te gaan. De fysiotherapeut is een van de meest belangrijke leden van het behandelingsteam en kan preventief veel betekenen.

Vaak vindt fysiotherapeutische behandeling plaats in een verwarmd zwembad. Wanneer het kind weer thuis is, dient een dagelijks programma van oefeningen te worden onderhouden onder toezicht van de ouders. Hierbij is de hulp van de huisarts essentieel om de ouders te steunen en te motiveren. Als sport voor kinderen met juveniele chronische artritis komen zwemmen en fietsen in aanmerking.

Medicamenteuze behandeling: speelt maar een beperkte rol bij de behandeling. Niet-steroidale anti-inflammatoire geneesmiddelen zijn vaak voldoende. In bijlage III worden hiervan een aantal genoemd.

Bij sommige kinderen, vooral bij wat oudere meisjes, is tweedelijns therapie noodzakelijk, zoals goud en penicillamine, (Cuprimine, Distamine, Gerodyl, Kelatin), Arava, Azathioprine, Plaquenil en Methotrexaat. Net als bij volwassenen vereist deze behandeling nauwgezette controles.

Behandeling met corticosteroiden wordt alleen toegepast bij zeer ernstige systemische betrokkenheid. Zo mogelijk wordt de behandeling om de dag gegeven om de groei zo min mogelijk te remmen. Intra-articulaire toediening van corticosteroiden kan van waarde zijn, maar bij een kind onder de twaalf jaar is algemene anesthesie hiervoor meestal noodzakelijk.

De nieuwste therapievormen zijn de zogenaamde biologicals, anti TNF alpha therapie en de anti IL1 therapie.

Soms is chirurgisch ingrijpen nodig. Synovectomieën worden minder vaak toegepast dan in het verleden. Operaties waarbij de weke delen worden losgemaakt om flexiecontracturen te herstellen, kunnen een goed resultaat opleveren. Bij oudere kinderen wordt sporadisch een gewrichtsvervangende operatie verricht.

Scholing: is voor kinderen met juveniele chronische artritis van groot belang. Sommige kinderen zullen later niet in staat zijn om een lichamelijk belastend beroep uit te oefenen. De meeste kinderen kunnen hun eigen school blijven bezoeken; soms dienen specifieke maatregelen te worden getroffen. Op school kunnen zij niet meedoen aan sporten, zoals voetballen; in overleg met de leerkrachten kunnen hiervoor andere activiteiten worden gepland.

Sociale aspecten: het leiden van een zo normaal mogelijk leven thuis is van groot belang. Dit speelt vooral rond de adolescentie wanneer het kind er voor het eerst mee wordt geconfronteerd om emotionele en financiële zelfstandigheid te bereiken. De huisarts is vaak in staat om problemen op dit gebied bijtijds te onderkennen en zonodig hulp in te schakelen.

Prognose

Over het algemeen is de prognose van juveniele chronische artritis beter dan die van de volwassenen: 40% van de kinderen heeft geen restverschijnselen, 30% heeft slechts kleine problemen. Het is daarom van groot belang op optimisme te tonen tegenover het kind en diens gezin. De rol van de huisarts bij patiënten met juveniele chronische artritis is van groot belang. Hij moet de diagnose kunnen vermoeden en het kind verwijzen naar een kinderarts met speciale belangstelling voor reumatische ziekten of naar een reumatoloog met speciale belangstelling voor kinderen. In Nederland zijn hiervoor specifieke centra. Tijdens het beloop van de ziekte blijft zijn rol in de begeleiding van het kind en het gezin van essentieel belang.

De alternatieve benadering

Deze benadering is gericht op de oorzaak en niet zozeer op de naam van het artritisbeeld. De reden hiervan is dat dezelfde oorzaken door de polymorfie van de enzymen een ander gezicht als eindresultaat geven. Wat aangepakt moet worden zijn de wijzen van reageren van de mens in zijn totaliteit waarbij rekening gehouden moet worden met de psycho-neuro-endocrino immunologische reacties. (Zie de bijlagen IV, V en VI)

BIJLAGE I

CLASSIFICATIE VAN CHRONISCHE ARTRITIS BIJ KINDEREN:

Juvenile chronische artritis in engere zin:

Systematische vorm

Oligoarticulaire vorm

Polyarticulaire vorm

Juvenile spondylartritis

Artritis psoriatica

Artritis geassocieerd met darmziekten

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE VAN JUVENIELE CHRONISCHE ARTRITIS:

INFECTIEUZE OORZAKEN:

Septische artritis

Osteomyelitis

Reactieve artritis

Acuut reuma

HEMATOLOGISCHE ZIEKTEN:

Sikkelcelziekte

Thalassemie

NEOPLASMATA:

Leukemie

Neuroblastoom

ORTHOPEDISCHE AANDOENINGEN:

Ziekte van Perthes

Chondromalacie

Epifysiolyse

HYPERMOBILITEIT:

De diagnose hypermobiliteit wordt gesteld wanneer een kind 5 of meer punten heeft.

Passieve oppositie van de duim tegen de onderarm (2 punten)

Passieve dorsale flexie van het vijfde MCP-gewricht tot 90gr. (2 punten)

Hyperextensie van de elleboog van 10gr. of meer (2 punten)

Mogelijkheid om de handen plat op de vloer te leggen, terwijl de knieën gestrekt blijven (1 punt)

ENKELE NSAID's DIE GEBRUIKT WORDEN BIJ KINDEREN MET JUVENIELE CHRONISCHE ARTRITIS:

GENEESMIDDEL

DAGELIJKSE DOSIS (mg/kg)

Ibuprofen (Advil, Antifuggine, Brufen, Femapirin, Ibosure, Ibumetin, Nerofen)	20 tot 40
Naproxen (Femex, Naprosyne, Naproxidem, Naxenil)	10 tot 15
Diclofenac (Voltaren)	1 tot 3
Indometacine (Dolazol, Dometin, Indocid, Indomexum)	2,5
Tolmetine (Tolectin)	10 tot 20