



Rheuma bei Kindern

Juvenile idiopathische Arthritis

4. Auflage

Rheuma beginnt manchmal ganz harmlos: Das Knie schwillt an, plötzliches Fieber, schmerzende Gelenke. Weitere Anzeichen, die Eltern aufmerksam werden lassen sollten, sind:

- Gelenkschmerzen
- Schonhinken/Auffälligkeiten im Bewegungsablauf
- Gelenkschwellungen
- Steifigkeit der Gelenke nach dem Aufstehen (Morgensteife)

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen bei Kindern unterscheiden sich deutlich von denen im Erwachsenenalter. Am häufigsten sind Gelenkentzündungen nach Infektionen. Sie sind in der Regel gut therapierbar und klingen meist folgenlos nach Tagen oder Wochen wieder ab. Aber es gibt auch schwere Erkrankungen, die nicht immer leicht davon abzugrenzen sind. Hierzu gehören die chronische Gelenkentzündung (juvenile idiopathische Arthritis, früher: juvenile chronische Arthritis), Bindegewebserkrankungen (Kollagenosen) und Gefäßentzündungen (Vaskulitiden).

Juvenile idiopathische Arthritis (JIA)

Die juvenile idiopathische Arthritis ist die häufigste rheumatische Erkrankung im Kindesalter und gliedert sich in folgende Untergruppen:

Systemische JIA

Die Systemische JIA beginnt meist schon beim Kleinkind und kündigt sich neben schmerzhaften Gelenkschwellungen durch hohes Fieber an. Sie ist oft mit Leber- und Milzschwellung sowie Hautausschlägen verbunden. Auch der Herzbeutel oder gar der Herzmuskel selbst können mit erkranken.

Rheumafaktor-negative Polyarthritits

Die Rheumafaktor-negative Polyarthritits-Form beginnt oft schleichend und kann in jedem Alter auftreten. Dabei sind mindestens fünf, meist zehn oder mehr, kleine und große Gelenke symmetrisch betroffen.

Rheumafaktor-positive Polyarthritits

Die Rheumafaktor-positive Polyarthritits entspricht am ehesten dem Verlauf beim Erwachsenen. Sie beginnt meist erst nach dem zehnten Lebensjahr, wobei Mädchen häufiger erkranken als Jungen. Es sind große und kleine Gelenke symmetrisch betroffen. Der Verlauf ist oft schwe-

rer als bei der Rheumafaktor-negativen Form. Wie der Name schon sagt, findet man im Blut den Rheumafaktor.

Oligoarthritits

Sie tritt meist beim Kleinkind auf. Mädchen erkranken häufiger als Jungen. Es sind nur wenige Gelenke, meist das Knie oder Sprunggelenk, betroffen. 30 bis 40 Prozent dieser Kinder entwickeln eine rheumatische Augenentzündung (Iridozyklitis), die unbemerkt abläuft und nur durch regelmäßige augenärztliche Untersuchungen rechtzeitig erkannt werden kann (siehe auch Merkblatt 2.2).

Enthesitis-assoziierte Arthritis

Die Enthesitis-assoziierte Arthritis beginnt meist im Schulalter, bevorzugt bei Jungen. Neben der Oligoarthritits besteht häufig eine Sehnenansatzentzündung (Enthesitis); auch Becken- und Wirbelsäulengelenke können erkranken.

Psoriasis-Arthritis

Wenn ein Kind mit Arthritis oder ein Familienangehöriger 1. Grades eine Schuppenflechte (Psoriasis) hat und zusätzlich eine Nagelpsoriasis oder eine Daktylitis (Wursthfinger, -zeh) vorliegen, diagnostiziert man eine Psoriasis-Arthritis. Sie verläuft überwiegend als Oligoarthritits.

Diagnose und Behandlung

Gelenksbeschwerden von Kindern sollten immer ernst genommen und durch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte abgeklärt werden. Die Diagnose kann schwierig sein. Ähnliche Erkrankungen müssen bedacht und so weit wie möglich ausgeschlossen werden, bevor die Diagnose Rheuma gestellt werden kann. Laborwerte können wichtige Hinweise sein. Veränderungen im Röntgenbild treten oft erst nach Monaten oder gar Jahren auf. Die Ärztin oder der Arzt muss zu Beginn alle Befunde wie ein Puzzlespiel zusammensetzen und versuchen, ein möglichst klares Bild zu gewinnen. Die rechtzeitige Therapie mit Medikamenten und Physiotherapie kann in vielen Fällen zum vollständigen Rückgang der Gelenkentzündung und der Bewegungseinschränkungen führen. Betroffene Kinder sollten so schnell wie möglich eine spezialisierte Behandlung erhalten. Adressen von Kinder-Rheumaambulanzen oder Kinderrheumatologischen Zentren erfahren Sie bei der Deutschen Rheuma-Liga.

www.versorgungslandkarte.de

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung der Arthritis beginnt mit der Verabreichung von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Diese Medikamente wirken schmerzlindernd, entzündungshemmend und auch fiebersenkend. Bei Kindern mit Oligoarthritis reichen diese Medikamente oft aus, um die Krankheit zur Ruhe zu bringen. Bei schweren Verlaufsformen wird der Einsatz von Basismedikamenten, die auch als langsam wirkende Substanzen bezeichnet werden, erforderlich. Diese Medikamente greifen regulierend ins Immunsystem ein. Das bekannteste Basismedikament ist das Methotrexat. Schwer erkrankten Kindern kann man mit Biologika helfen. Diese Medikamente sind gegen körpereigene Botenstoffe gerichtet, die bei der Entstehung von Rheuma eine wichtige Rolle spielen. Die ersten Biologika kamen um die Jahrtausendwende auf den Markt und es werden laufend neue Substanzen entwickelt. Mit der Kortisontherapie ist Zurückhaltung geboten. Die Verabreichung hoher Dosen sollte sich auf schwer kranke Kinder begrenzen. Die örtliche Behandlung am Auge (bei Iridozyklitis) und durch Injektion in einzelne Gelenke steht im Vordergrund.

Physiotherapie

Bei der JIA müssen Bewegungseinschränkungen und Schonhaltungen so früh wie möglich behandelt werden. Der Erhalt der vollen Gelenkbeweglichkeit und das Verhindern von drohenden Gelenkfehlstellungen stehen im Vordergrund.

Physikalische Maßnahmen

Ein schmerzhaft geschwollenes Gelenk kann durch lokale Kälteanwendung gebessert werden. Geeignet dafür sind Eispackungen, die über zehn bis 15 Minuten angelegt werden. Schmerzhaftige Muskelverspannungen reagieren auf Wärme- oder Elektrotherapie.

Ergotherapie

Im Rahmen des funktionellen Trainings werden durch spielerische und handwerkliche Aktivitäten die Gelenkfunktionen trainiert. Zur Stabilisierung betroffener Handgelenke werden Schienen angepasst.

Hilfsmittel

Hilfsmittel zur Entlastung der tragenden Gelenke werden abhängig vom Alter des Kindes eingesetzt. Beim Kleinkind eignen sich das Münsterpferdchen, Laufrad oder Dreirad. Für die größeren Kinder bietet sich der Gehroller mit aufgeschweißtem Sitz an. Auch das Fahrrad ist geeignet. Wenn bevorzugt Beingelenke betroffen sind, können größere Kinder auch mit Gehstützen entlasten.

Bewegung

Sport und Bewegung ist auch für rheumakranke Kinder immens wichtig. Bewegung kann als wertvolle Begleittherapie dienen und das Immunsystem positiv beeinflussen. Weitere Informationen zum Thema Sportunterricht finden Sie in unserem Faltblatt „Schulzeit mit Rheuma“.

Hilfen für Eltern

Wenn die Krankheit des Kindes chronisch verläuft, brauchen Eltern, Geschwister und Betroffene ganz besonderen Beistand. Psychologische Hilfe und Beratung in sozialen Fragen wird nötig.

Wir sind für Sie da!

Beratung und Informationen bieten die Ansprechpartner am Rheumafoon, die Elternkreise und die Ratgeber der Deutschen Rheuma-Liga.

www.rheuma-liga.de/eltern
www.rheuma-liga.de/rheumafoon

Fachliche Beratung: Dr. med. Renate Häfner, Rheuma-Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen, Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie

Mit freundlicher Unterstützung von



Die Rheuma-Liga ist die größte Gemeinschaft und Interessenvertretung rheumakranker Menschen in Deutschland. Wir informieren und beraten fachkompetent und frei von kommerziellen Interessen. Weitere Informationen:

Info-Hotline 0800 6002525

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
www.bechterew.de • Telefon 09721 22033

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
www.lupus.rheumanet.org • Telefon 0202 4968797

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.
www.sklerodermie-sh.de • Telefon 07131 3902425

Herausgeber:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Welschnonnenstraße 7 • 53111 Bonn

www.rheuma-liga.de • E-Mail: bv@rheuma-liga.de

4. Auflage 2022
Drucknummer: MB 2.1/BV/04/2022

