



https://printo.it/pediatric-rheumatology/BE_FM/intro

Juvenile Spondylartropathie/Enthesitis Gerelateerde Artritis (SPA-ERA)

Versie 2016

2. DIAGNOSE EN THERAPIE

2.1 Hoe wordt het gediagnosticeerd?

Artsen stellen de diagnose juvenile SpA-ERA als de ziekte vóór het zestiende levensjaar optreedt, de artritis meer dan 6 weken aanhoudt en de kenmerken passen bij het hierboven beschreven klinische patroon (zie definitie en symptomen). De diagnose van een specifieke SpA-ERA (bijv. ankyloserende spondylitis, reactieve artritis, enz.) wordt gebaseerd op specifieke klinische en radiografische kenmerken. Het is duidelijk dat deze patiënten behandeld moeten worden en onder controle moeten staan van een kinderreumatoloog of een reumatoloog met ervaring in reumatische aandoeningen bij kinderen.

2.2 Hoe belangrijk zijn de tests?

Een positieve HLA-B27-test is nuttig bij de diagnose van juvenile SpA-ERA, vooral bij mono-symptomatische kinderen. Het is erg belangrijk om te weten dat slechts 1% van de mensen met deze marker spondyloartritis ontwikkelen en dat het HLA-B27-gen in de algemene populatie, afhankelijk van de regio ter wereld bij 12% van de mensen voorkomt. Het is ook belangrijk om te onthouden dat de meeste kinderen en tieners sporten en dat deze activiteiten tot blessures kunnen leiden, die lijken op de initiële symptomen van juvenile SpA-ERA. Daarom is niet de aanwezigheid van het HLA-B27-gen, maar de associatie ervan met de karakteristieke kenmerken en symptomen van SpA-ERA relevant.

Onderzoeken zoals de bezinkingsnelheid (ESR) of C-reactieve proteïne (CRP) geven informatie over algemene aanwezige ontsteking en daardoor indirect over de activiteit van de ziekte; ze zijn nuttig bij het controleren van de ziekte, al zou dit meer gebaseerd moeten zijn op de klinische aspecten dan op de laboratoriumonderzoeken.

Laboratoriumonderzoeken worden ook gebruikt om mogelijke bijwerkingen van de behandeling in de gaten te houden (bloedbeeld, lever- en nierfunctie).

Röntgenfoto's kunnen nuttig zijn om de evolutie van de ziekte te volgen en eventuele, door de ziekte veroorzaakte gewrichtsbeschadigingen te beoordelen. De waarde van röntgenonderzoeken is bij kinderen met SpA-ERA echter beperkt. Aangezien de resultaten van röntgenonderzoeken vaak niet afwijkend zijn, zijn echo's of MRI-scans van de gewrichten en entheses nodig om vroege tekenen van ontstekingen op te sporen. Met een MRI kan een ontsteking aan de sacro-iliacale gewrichten en/of wervels gezien worden, zonder dat er straling aan te pas komt. Echo's van de gewrichten, inclusief power Doppler-techniek, kunnen een beter beeld geven van de aanwezigheid en ernst van perifere artritis en enthesitis (ledematen).

2.3 Kan het behandeld/genezen worden?

Helaas is er nog geen behandeling die SpA-ERA kan genezen, omdat we de oorzaak nog niet kennen. De huidige behandeling werkt echter goed om de ziekteactiviteit onder controle te houden en structurele schade te voorkomen.

2.4 Wat zijn de belangrijkste behandelingen?

De behandeling is voornamelijk gebaseerd op het gebruik van geneesmiddelen en toepassing van kinesitherapie/revalidatie voor het behoud van de gewrichtsfunctie en ter voorkoming van eventuele misvormingen. Het is belangrijk te weten dat het gebruik van medicatie afhankelijk is van goedkeuring door plaatselijke regelgevende instanties.

Niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's)

Deze geneesmiddelen zijn symptomatische koorts- en ontstekingsremmende middelen. Symptomatisch betekent dat ze de

symptomen die veroorzaakt worden door de ontsteking verminderen. De meest gebruikte NSAID's bij kinderen zijn naproxen, diclofenac en ibuprofen. Ze worden over het algemeen goed verdragen en de meest voorkomende bijwerking, de maag-darmklachten, komt zelden voor bij kinderen. Een combinatie van NSAID's wordt niet aangeraden, al kan het nodig zijn om van een NSAID over te stappen op een ander type in geval het middel geen effect heeft of er bijwerkingen optreden.

Corticosteroiden

Deze geneesmiddelen spelen een rol bij patiënten met ernstigere symptomen, om de symptomen op korte termijn onder controle te krijgen. Lokale corticosteroiden (oogdruppels) worden gebruikt voor de behandeling van acute anterieure uveïtis. In ernstigere gevallen kunnen peribulbaire injecties (injecties in het oog) met corticosteroiden of toediening van systemische corticosteroiden (via de mond of via een infuus) nodig zijn. Bij het voorschrijven van corticosteroiden voor artritis en enthesitis is het goed om weten dat er geen goede studies zijn over de werkzaamheid en veiligheid bij kinderen met SpA-ERA; in sommige gevallen ondersteunen experts het gebruik ervan.

Andere behandelingen (Ziekteveranderende geneesmiddelen) **Sulfasalazine**

Dit middel is aangewezen voor kinderen met symptomen van perifere aandoening, die ondanks adequate therapie met NSAID's en/of corticosteroidinjecties niet overgaan. Sulfasalazine wordt aan de bestaande behandeling met NSAID's (deze moet doorgaan) toegevoegd en het effect kan pas na weken of maanden zichtbaar zijn. Er is maar beperkt bewijs dat sulfasalazine doeltreffend is bij deze kinderen. Ondanks hun wijdverbreide gebruik is ook van methotrexaat, leflunomide of antimalaria middelen niet bewezen dat ze doeltreffend zijn bij juveniele SpA-ERA.

Biologische geneesmiddelen

Anti-tumor necrosefactor (TNF) stoffen worden in de vroege fase van de ziekte aangeraden, omdat ze erg doeltreffend zijn bij het behandelen van de ontstekingsymptomen. Er zijn studies over de werkzaamheid en veiligheid van deze geneesmiddelen, die het gebruik bij patiënten met ernstige juveniele SpA-ERA ondersteunen. Deze studies zijn overhandigd aan de gezondheidsinstanties en wachten op goedkeuring

voor het gebruik bij SpA-ERA. In sommige Europese landen zijn anti-TNF-middelen al goedgekeurd voor kinderen.

Gewrichtsinjecties

Gewrichtsinjecties worden gebruikt wanneer er slechts één of enkele gewrichten aangetast zijn en de blijvende aanwezigheid van een contractuur tot misvormingen kan leiden. Over het algemeen worden langwerkende preparaten met corticosteroiden geïnjecteerd. Er wordt aangeraden om deze procedure onder verdoving op de afdeling uit te voeren bij kinderen.

Orthopedische chirurgie

De belangrijkste indicatie voor chirurgie is het vervangen van een gewricht bij ernstige gewrichtsbeschadiging, in het bijzonder van de heup. Dankzij de betere behandeling met geneesmiddelen, is orthopedische chirurgie minder vaak nodig.

Kinesitherapie

Kinesitherapie is een essentieel onderdeel van de behandeling. Er moet vroeg mee gestart worden en het moet op regelmatige basis gedaan worden om de beweegbaarheid goed te houden, de spieren te blijven ontwikkelen en de spierkracht te behouden om zo misvormingen van de gewrichten te voorkomen of te beperken. Als de rugaandoening ernstig is, dan moet de wervelkolom gemobiliseerd worden en moeten er ademhalingsoefeningen gedaan worden.

2.5 Wat zijn de belangrijkste bijwerkingen van de behandeling met geneesmiddelen?

De geneesmiddelen die gebruikt worden voor de behandeling van juveniele SpA-ERA worden over het algemeen goed verdragen. Maagklachten, de vaakst voorkomende bijwerking van NSAID's (die daarom met wat voedsel ingenomen moeten worden), komen minder vaak voor bij kinderen dan bij volwassenen. NSAID's kunnen zorgen voor een stijging van sommige leverenzymen in het bloed, maar dit komt vooral voor bij gebruik van aspirine.

Sulfasalazine wordt vrij goed verdragen; de meest voorkomende bijwerkingen zijn maagproblemen, verhoogde leverenzymen, weinig witte bloedcellen en huidreacties. Herhaaldelijke

laboratoriumonderzoeken zijn nodig om eventuele toxiciteit in de gaten te houden.

Het gebruik op lange termijn van hoge doseringen corticosteroïden wordt in verband gebracht met ernstige bijwerkingen, waaronder vertraagde groei en osteoporose. Corticosteroïden in hoge doseringen veroorzaken toegenomen eetlust, wat tot overgewicht kan leiden. Het is daarom belangrijk om kinderen aan te moedigen om eten te kiezen dat de honger stilt, zonder dat ze daarbij veel calorieën innemen.

De behandeling met biologische stoffen (TNF blokkerende middelen) kan gerelateerd zijn aan het vaker voorkomen van infecties.

Preventieve screening op (latente) tuberculose is verplicht. Op dit moment is niet bewezen dat er vaker kwaadaardige tumoren voorkomen (met uitzondering van sommige vormen van huidkanker bij volwassenen).

2.6 Hoelang moet de therapie duren?

De symptomatische behandeling moet net zo lang duren als de symptomen en de ziekte aanhouden. De duur van de ziekte is onvoorspelbaar. Bij sommige patiënten reageert de artritis goed op NSAID's. Bij deze patiënten kan de behandeling vroeg, binnen enkele maanden, gestopt worden. Bij andere patiënten met een langer en agressiever verloop van de ziekte kunnen sulfasalazine en andere soorten medicatie jaren nodig zijn. Het volledig stoppen met de medicatie kan worden overwogen na een langere en volledige remissie van de ziekte.

2.7 Hoe zit het met onconventionele/aanvullende therapieën?

Er zijn vele aanvullende en alternatieve therapieën beschikbaar en dit kan verwarrend zijn voor de patiënten en hun families. Denk goed na over de voordelen en risico's die verbonden zijn aan het uitproberen van deze therapieën, aangezien er weinig voordeel is aangetoond en ze kostbaar kunnen zijn wat betreft tijd, belasting van het kind en geld. Mocht u aanvullende en alternatieve therapieën willen uitproberen, overleg deze mogelijkheden dan met de kinderreumatoloog. Sommige therapieën kunnen een wisselwerking hebben op de gebruikelijke medicatie. De meeste artsen zullen er niets op tegen hebben, zolang u ook het medisch advies blijft opvolgen. Het is van groot belang dat er

niet gestopt wordt met het nemen van de voorgeschreven medicatie. Als medicatie nodig is om de ziekte onder controle te houden, dan kan het zeer gevaarlijk zijn om hiermee te stoppen als de ziekte nog actief is. Overleg in het geval u zich zorgen maakt over de medicatie altijd met de arts van uw kind.

2.8 Hoelang duurt de ziekte? Hoe is het verloop op lange termijn (prognose) van de ziekte?

Het verloop van de ziekte kan per patiënt verschillen. Bij sommige patiënten verdwijnt door de behandeling de artritis snel. Bij andere wordt het verloop gekenmerkt door het vaak in remissie gaan en terugkeren van de symptomen. Bij weer andere patiënten kan de artritis steeds aanwezig blijven. Bij de meerderheid van de patiënten blijven de symptomen aan het begin van de ziekte beperkt tot de perifere gewrichten en enthesen. Als de ziekte zich progressief ontwikkelt, kunnen bij sommige kinderen en tieners de sacro-iliacale gewrichten en wervels worden aangetast. Patiënten met persisterende perifere artritis en axiale symptomen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van gewrichtsbeschadigingen op volwassen leeftijd. In het beginstadium van de ziekte is het echter onmogelijk om een prognose op lange termijn te geven. Een goede behandeling kan daarentegen het verloop en de prognose van de ziekte beïnvloeden.