

### Daten und Fakten

Kinder-Rheumastiftung  
Pitzaustrasse 12  
D-82467 Garmisch-Partenkirchen  
Telefon: +49 (0) 88 21/90 97 51  
Telefax: +49 (0) 88 21/90 97 52

Mail:  
[info@kinder-rheumastiftung.de](mailto:info@kinder-rheumastiftung.de)  
Homepage:  
[www.kinder-rheumastiftung.de](http://www.kinder-rheumastiftung.de)  
[www.rheumakids.de](http://www.rheumakids.de)

## Rheumatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Rheuma wird oft als Volkskrankheit bezeichnet oder immer auch noch als Zipperlein der älteren Generation verharmlost. „Rheuma“ ist jedoch eine schwerwiegende Krankheit - das gilt insbesondere für Kinder, die sich noch mitten in ihrer geistigen, körperlichen und psycho-sozialen Entwicklung befinden.

Dass es so etwas wie "Kinder-Rheuma" gibt, ist in der Öffentlichkeit leider noch weitgehend unbekannt. Die Krankheitsformen verlaufen bei Kindern und Jugendlichen häufig anders als bei Erwachsenen. Daher können sich Krankheitsbild, Diagnose und Therapie deutlich von diesen unterscheiden.

Was ist eigentlich Rheuma? Unter Rheuma versteht man im engeren Sinn „entzündliches Rheuma“, eine Gruppe von Erkrankungen, die meist in der ersten Lebenshälfte, also auch bei Kindern und Jugendlichen, beginnt. In Deutschland leiden etwa 40.000 Kinder und Jugendliche an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

Dabei handelt es sich um chronische Entzündungsprozesse unbekannter Ursache, bei denen sich das eigene Immunsystem gegen körpereigene Strukturen richtet („*Autoimmunerkrankung*“). Die Entzündungen können sich fast überall im Körper abspielen. Entsprechend viele Krankheitsbilder kennen wir.

So sind beim „*Gelenkrheuma*“ hauptsächlich die Gelenke entzündet. Beispiel – die sogenannte „*juvenile (jugendliche) idiopathische (unbekannte Ursache) Arthritis*“ (Gelenkentzündung), kurz *JIA* genannt, die häufigste chronische entzündlich-rheumatische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen. Je nachdem, welche Gelenke befallen sind, fällt auf, dass die Kinder z.B. hinken oder Schwierigkeiten beim Greifen bzw. Schreiben entwickeln. Vor allem wenn mehrere Gelenke erkranken, werden die Kinder in ihrem natürlichen Bewegungsdrang eingeschränkt.

Die „juvenile idiopathische Arthritis“ wird in verschiedene Untergruppen eingeteilt, je nachdem, wie sich der Erkrankungsverlauf während der ersten sechs Monate gestaltet. Sind in dieser Zeit weniger als fünf Gelenke betroffen, so nennt man diese Subgruppe „Oligoarthritis“ (oligos – griechisch für wenig). Sind mindestens fünf Gelenke entzündet, so spricht man von „Polyarthritis“ (poly – griechisch für viel), wobei eine Rheumafaktor-positive von einer Rheumafaktor-negativen Polyarthritis abzugrenzen ist.

Findet sich beim betroffenen Kind oder bei Verwandten 1. Grades eine Schuppenflechte (Psoriasis), so nennt man eine vierte Unterform der JIA „juvenile Psoriasisarthritis“. Wenn neben den Gelenken auch die Sehnenansätze entzündet sind (lateinisch Enthesitis) und die Kinder das genetische Merkmal HLA-B27 tragen, so handelt es sich um die fünfte Unterform, die sogenannte „Enthesitis-assoziierte Arthritis“. Eine sechste Form ist die nicht nur mit Arthritis sondern auch mit Fieberschüben und Hautausschlägen einhergehende „systemische juvenile idiopathische Arthritis“ („Still-Syndrom“).

Die JIA macht dabei 90-95% der chronischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters aus. In Deutschland leben etwa 15.000 Kinder und Jugendliche mit JIA, und pro Jahr kommen etwa 1.500 Neuerkrankungen hinzu. Am häufigsten ist die Unterform „Oligoarthritis“ (40-50% der Fälle), am seltensten die Rheumafaktor-positive Polyarthritis (2-5%). Für die Langzeitprognose der JIA ist besonders wichtig, dass sie rasch erkannt wird und die Kinder entsprechend schnell einer kompetenten Behandlung zugeführt werden.

Aber auch andere Formen der rheumatischen Erkrankungen sind uns heute bekannt: Ist beispielsweise die Regenbogenhaut des Auges betroffen, so handelt es sich um „Augenrheuma“ („rheumatische Iridozyklitis“ bzw. „rheumatische Uveitis“). Häufig geht eine Uveitis auch mit einem Gelenkrheuma einher.

Stehen Entzündungen im Bereich der inneren Organe im Vordergrund der rheumatischen Erkrankung, so kann ein systemischer „Lupus erythematoses“ vorliegen („Schmetterlingskrankheit“ wegen des typischen Hautausschlags auf den Wangen), eine Erkrankung, die zu den sogenannten *Bindegewebserkrankungen* (Kollagenosen) zählt.

Bei chronischer Entzündung der Muskulatur, meist begleitet von Hautentzündungen, spricht man von „Dermatomyositis“, eine ebenfalls zu den Kollagenosen zählende Erkrankung (derma – lateinisch für Haut, myos – griechisch für Muskel).

Zur gleichen Erkrankungsgruppe gehört auch die zu Hautverhärtung führende chronische Entzündung von Haut und Unterhaut sowie von inneren Organen, die sogenannte „Sklerodermie“ (skleros – griechisch für hart). Heutzutage wird hier häufig auch von einer „systemischen Sklerodermie“ gesprochen. Ist die Erkrankung ausschließlich an der Haut zu finden, handelt es sich um die „zirkumskripte Sklerodermie“.

Die chronischen Entzündungen können sich auch vorwiegend in der Wand von Blutgefäßen abspielen, dann liegt eine „Vaskulitis“ vor (Vas – lateinisch für Gefäß).

Alle diese hier genannten Erkrankungsformen im Kindes- und Jugendalter werden durch den Namenszusatz „juvenil“ gekennzeichnet, z.B. *juvenile idiopathische Arthritis* oder *juvenile Dermatomyositis*.

Es ist nicht immer einfach, Rheuma bei Kindern festzustellen. Bei unklaren und länger als 6 Wochen dauernden Gelenksbeschwerden sollte man zur Abklärung einen erfahrenen Kinderrheumatologen hinzuziehen.

Die JIA ist in der Regel nicht lebensbedrohlich. Nach wie vor sehr gefürchtet ist allerdings das lebensbedrohende „MAS (Makrophagen-Aktivierungssyndrom)“, das bei der JIA fast ausschließlich die systemische JIA (Still-Syndrom) betrifft, aber auch z.B. bei dem systemischen „*Lupus erythematoses (SLE)*“ gesehen wird.

Die Diagnose JIA bedeutet einen erheblichen Einschnitt in das Leben der Kinder und Jugendlichen. Abgesehen von Schmerzen und langwierigen Therapien – zu schaffen macht den Betroffenen auch die Ausgrenzung, da sie oft nicht mehr in gewohntem Umfang am Alltag teilhaben können. Hinzu kommt überdies oftmals das Unverständnis der Umwelt.

Bei den meisten Kindern kann die Erkrankung bei konsequenter Therapie innerhalb von 5–10 Jahren zur Ruhe gebracht werden. Allerdings kann der Krankheitsverlauf über Jahre gehen und während dieser Zeit zu bleibenden Schäden an Gelenken, Augen oder auch inneren Organen führen.

Grundsätzlich hat sich die Langzeitprognose der JIA in den letzten Jahrzehnten aufgrund weiterentwickelter Behandlungsmöglichkeiten gebessert. Trotzdem bedürfen auch im Erwachsenenalter junge Menschen kontinuierliche und spezialisierte Behandlungen. Ca. 5% der Patienten mit kindlichem Rheuma sind im Alter zwischen 25–30 Jahren bereits berentet.\*

Die Therapie der JIA ist im Bestfall ganzheitlich und interdisziplinär ausgerichtet. Dazu gehören die ärztliche, medikamentöse Behandlung, die Physio- und Ergotherapie und die psychosoziale Betreuung zur Bewältigung des Alltages sowie der familiären, schulischen oder beruflichen Folge-Probleme.

Ein stationärer Aufenthalt in der Klinik ist für viele chronisch rheumakranke Kinder und Jugendliche oft eine sich wiederholende Notwendigkeit. Kompetente Behandlung finden die Kinder in den Zentren und Ambulanzen für Kinder- und Jugendrheumatologie sowie bei einigen niedergelassenen Kinderrheumatologen.

Häufiger als die chronischen rheumatischen Erkrankungen sind die akuten Gelenkentzündungen. Bedrohlich ist die akute bakterielle Gelenkinfektion („septische Arthritis“), die unmittelbarer Behandlung bedarf. Akute Gelenkinfektionen durch Viren heilen dagegen auch ohne Behandlung meist folgenlos ab. Häufig entstehen akute Gelenkentzündungen aber nicht durch eine direkte Infektion des Gelenkes, sondern durch eine Reaktion darauf („reaktive“ oder „*postinfektiöse Arthritis*“). Oftmals handelt es sich um Infektionen des Magen-Darm-Kanals oder der Luftwege. Als Krankheitserreger kommen sowohl Viren als auch Bakterien in Frage. Arthritiden, die nach Darminfektionen, z.B. mit Salmonellen, entstehen, werden im engeren Sinne als „reaktive Arthritiden“ bezeichnet.

\* Quelle: GKJR, 2011, <http://www.agkjr.de/jiaa.html>

Meist tritt die Gelenkentzündung erst ein bis drei Wochen nach Beginn der Erkrankung auf. Sie klingt im Verlauf von Tagen, Wochen, selten auch Monaten ab. Der entscheidende Unterschied liegt darin, dass bei den akuten Formen die Gelenkstrukturen in der Regel erhalten bleiben, während bei der chronischen Entzündung die Gefahr bleibender Gelenkschäden droht.

Eine besondere Stellung nehmen die durch Borrelien, eine bestimmte Bakterienart, ausgelösten Arthritiden ein. Die Infektion mit Borrelien erfolgt über einen Zeckenstich („gemeiner Holzbock“, überträgt auch die FSME, Frühsommermeningoenzephalitis, eine Viruserkrankung). Bei einem prozentual kleinen Anteil der so infizierten Menschen kann sich nach Monaten bis Jahren als Folge dieser Borrelien-Infektion eine Gelenkentzündung entwickeln. Dies läßt sich von vornherein verhindern, wenn frühzeitig nach der erfolgten Infektion, erkennbar durch die sogenannte „Wanderröte“ (Fachausdruck: Erythema migrans) oder auch durch eine umschriebene rötliche Schwellung am Ohrläppchen (oder an anderen Körperstellen, Fachausdruck: Lymphozytom), gezielt antibiotisch behandelt wird. Ist diese frühzeitige antibiotische Therapie nicht erfolgt, entwickelt sich in einem kleineren Prozentsatz der Borrelien-Infizierten eine Arthritis. Dabei sind in der Regel entweder nur das Kniegelenk oder maximal vier Gelenke betroffen („Oligoarthritis“). Auch in diesem Stadium sprechen die meisten Patienten noch auf die gezielte antibiotische Therapie an, sodass der überwiegende Teil dieser Arthritiden nach Wochen bis Monaten zur Ausheilung gebracht werden kann. Ein kleiner Teil der Betroffenen entwickelt jedoch eine chronische Gelenkerkrankung. Eine Impfung gegen Borrelien steht bislang nicht zur Verfügung.

Nimmt man die Gruppen der chronischen und akuten rheumatischen Entzündungen zusammen, so sind in Deutschland über 40.000 Kinder betroffen.

(Stand: 03/11, Redaktionelle Unterstützung durch Dr. med. Hartmut Michels)

**Kontakt:**

Kinder-Rheumastiftung  
Birgit Lievenbrück  
Geschäftsführerin  
Pitzastrasse 12  
82467 Garmisch-Partenkirchen  
Tel. +49 (0) 88 21-90 97 51 / Fax +49 (0) 88 21-90 97 52  
[info@kinder-rheumastiftung.de](mailto:info@kinder-rheumastiftung.de)  
[www.kinder-rheumastiftung.de](http://www.kinder-rheumastiftung.de)  
[www.rheumakids.de](http://www.rheumakids.de)