

Früh erkennen

Früh und effizient behandeln – so lautet die **Strategie** bei rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter. Die optimale medizinische Betreuung erfolgt am besten in speziellen Einrichtungen.



© Petro Feketa / 123rf.com

Chronische Rheumaformen wie die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) bedeuten für die Kinder eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und für die Familien eine große therapeutische Herausforderung. Die JIA beginnt meist schleichend. Die Kinder bemerken Einschränkungen in den Bewegungsabläufen, nehmen eine Schonhaltung ein, am Morgen bestehen Anlaufschwierigkeiten, die Gelenke zeigen leichte

Schwellung oder Überwärmung, auch Augenentzündungen (Uveitis) treten häufig begleitend auf. Für die Diagnosestellung der JIA sollte die Gelenkentzündung mindestens sechs Wochen bestehen. Kinderreumatologen unterscheiden mehrere Unterformen, abhängig von der Anzahl der betroffenen Gelenke, sowie der Beteiligung von Organen. Am häufigsten ist die oligoarthritische JIA. Dabei sind maximal vier Gelenke befallen, oftmals die Knie- und Sprunggelenke.

Die Erkrankung verläuft in Schüben. In einigen Fällen treten Entzündungen der mittleren Augenhaut auf, die bleibende Schäden hervorrufen können, bis hin zur Erblindung, sodass regelmäßige augenärztliche Untersuchungen angeraten werden.

Ursachen Bei der rheumatoiden Arthritis richten sich Antikörper gegen die Gelenkinnenhaut. In einem Autoimmunprozess werden weitere Antikörper und Botenstoffe ge-

bildet, die die angestoßene Entzündungsreaktion ankurbeln. Im fortschreitenden Krankheitsverlauf werden dann auch Knorpel- und Knochengewebe angegriffen und zerstört. Die Ursache ist nicht vollständig geklärt. Einig sind sich die Experten, dass eine frühzeitige und effektive Therapie den Krankheitsverlauf am besten günstig beeinflussen kann. Um im Kindesalter keine Zeit zu versäumen, sollten die Kleinen zu spezialisierten Fachärzten überwiesen werden.

Multimodal Leitliniengemäß sind die Ziele der Therapie unter anderem die rasche und effektive antientzündliche und analgetische Behandlung, die Kontrolle der Grunderkrankung, die Vermeidung von körperlicher Behinderung sowie von Wachstumsstörungen in den betroffenen Gelenken. Das therapeutische Konzept soll eine weitgehend störungsfreie somatische und psychosoziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gewährleisten. Die drei wichtigsten Säulen der Therapie der JIA sind dementsprechend die medikamentöse Therapie, Physiotherapie und die psychosoziale Betreuung von Kind und Familie.

Gegen Schmerz und Entzündung Viele Antirheumatika werden im frühen Kindesalter „off-label“ eingesetzt. Je jünger, desto häufiger. Auch wenn einige Arzneimittel für Kinder zugelassen sind, gilt die Zulassung häufig nur für sehr eng definierte Krankheitsbilder. So müssen Eltern von PTA und Apotheker bestärkt und über den Sinn einer „off-label-Verordnung“ informiert werden. Die S2-Leitlinie der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie beschreibt den Einsatz von nichtsteroidalen

Antirheumatika (NSAR) und die intraartikuläre Injektion von Depotglukokortikoiden wie zum Beispiel Triamcinolonhexacetonid als initiale Therapie gegen die lokale Entzündung und zur Verbesserung der Beweglichkeit. Systemische Glukokortikoide bergen bei Kindern insbesondere das Risiko für Nebenwirkungen bei der Langzeitanwendung. Sie sind bei schwerer Organbeteiligung angezeigt. Ein langfristiger Einsatz in der Dosis $\geq 0,2$ mg Prednisolon-Äquivalent/kg/d ist ansonsten wegen der Nebenwirkungen und aufgrund der Verfügbarkeit anderer Therapieformen nicht zu empfehlen. Führt die Initialtherapie nicht zum Erfolg, können Basistherapeutika wie Methotrexat (MTX) und Biologicals zum

HINTERGRUND

Bei Rheuma denken viele direkt an eine Alterskrankheit. Doch auch Kinder können bereits in jungen Jahren an Beschwerden des rheumatischen Formenkreises erkranken. Etwa 0,1 Prozent der Kinder unter 16 Jahren in Deutschland sind davon betroffen. Unterschieden werden akute Gelenkentzündungen, zum Beispiel als Folge einer Infektion und chronische Verläufe. Akute Entzündungen hinterlassen nach Abklingen nur sehr selten bleibende Defekte im Gelenk.

Einsatz kommen. MTX ist bei der JIA ein erfolgreicher Arzneistoff, der bei möglichen Unverträglichkeitsreaktionen mit Folsäure in Dosierungen von ein Milligramm pro Tag oder fünf Milligramm pro Woche 24 bis 48 Stunden nach der MTX-Gabe kombiniert werden sollte. Empfohlene Dosierungen von MTX liegen bei 10 bis 15 Milligramm pro Woche

als Einzeldosis. Bestehen Unverträglichkeiten, Kontraindikationen oder mangelnde Wirksamkeit, können andere Substanzen eingesetzt werden. Mehr und mehr Bedeutung erfahren die Arzneistoffe aus der Gruppe der Biologicals auch zur Behandlung der JIA. Biologicals wie Etanercept und Adalimumab, greifen in Autoimmunprozesse ein, werden aber erst

nach Therapieversagen der Basistherapeutika und NSAR empfohlen. Grundlage für die Auswahl einer Substanz sollten Komorbidität, Begleitmedikation und Nebenwirkungen sein. Immunsuppressiva wie Leflunomid oder Sulfasalazin als Basistherapeutika der zweiten Wahl werden eingesetzt, wenn MTX oder Etanercept nicht erfolgreich sind. ■

Dr. Katja Renner, Apothekerin

➤ Weitere Informationen finden Sie, wenn Sie diesen Artikel online unter www.pta-aktuell.de lesen!



WEBCODE: EB033

Anzeige

Neu in der Apotheke: Bifidobakterien BB-12®

Bakterien leisten im Darm einen wichtigen Beitrag für unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Eine der wichtigsten Bakteriengruppen in der natürlichen Darmflora sind Bifidobakterien – diese werden Säuglingen unter anderem bereits mit der Muttermilch übertragen. Bifidobakterien produzieren Milch- und Essigsäure und tragen im Darm zur Regulation des pH-Wertes und zur Abwehr pathogener Keime bei. Die Anzahl dieser Bakterien wird mit dem Alter jedoch immer geringer. Während sie bis zu 95% der im Darm lebenden Bakterien bei Kindern ausmachen, sind dies bei Erwachsenen in der Regel nur noch ca. 25%. Es kann sinnvoll sein, die Verdauung mit einem Probiotikum zu unterstützen – mit lebenden Mikroorganismen, die z.B. als Nahrungsergänzungsmittel erhältlich sind.

Besonders positive Eigenschaften – wissenschaftlich belegt

Das am besten untersuchte Bifidobakterium der Welt ist das *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* BB-12®. Es gehört mit über 300 Publikationen zu den am meisten erforschten Bakterien weltweit. Verschiedene Eigenschaften zeichnen BB-12® aus (siehe auch Infokasten). Es weist eine hohe Resistenz gegen Magensäure und Gallenflüssigkeit auf, weshalb bis zu 90% der Bakterien die Magen-Darm-Passage überleben.¹ BB-12® zeichnet sich ebenfalls durch eine starke Anhaftung an die Darmwand aus², hemmt das Wachstum pathogener Keime,

indem es unter anderem Milchsäure produziert und so ein überlebensfeindliches Umfeld für die unerwünschten Keime schafft^{3,4}. So wird das natürliche Gleichgewicht der Darmflora unterstützt. BB-12® ist von der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) als sicher für die tägliche Anwendung eingestuft worden.⁵

Johnson & Johnson

GMBH

Auszeichnende Merkmale von BB-12®

- ✓ Natürliches Vorkommen im menschlichen Darm
- ✓ Am stärksten erforschter Bifidobakterienstamm
- ✓ Exzellente Resistenz gegen Magensäure und Galle: Bakterien erreichen in hoher Anzahl den Darm
- ✓ Gute Anhaftung an Darmwand²
- ✓ Hemmt das Wachstum pathogener Keime^{3,4}

*BB-12® wird hergestellt und ist eine eingetragene Marke von Chr. Hansen

Literatur: 1 Palaria A et al. Effect of a Synbiotic Yogurt on Levels of Fecal Bifidobacteria, Clostridia, and Enterobacteria. Applied and Environmental Microbiology (2011) 78(4), p. 933–940. 2 Laparra JM, Sanz Y. Comparison of in vitro models to study bacterial adhesion to the intestinal epithelium. Lett Appl Microbiol. (2009) Dec;49(6):695-701. 3 Collado MC et al. Role of commercial probiotic strains against human pathogen adhesion to intestinal mucus. Lett Appl Microbiol. 2007 Oct;45(4):454-60. 4 Collado MC et al. Probiotic strains and their combination inhibit in vitro adhesion of pathogens to pig intestinal mucosa. Curr Microbiol. 2007 Sep;55(3):260-5. 5 European Food Safety Authority, Introduction of a Qualified Presumption of Safety (QPS) approach for assessment of selected microorganisms referred to EFSA, Question No EFSA-Q-2005-293, The EFSA Journal (2007) 587, 1-16.