

Informatie voor de huisarts over

Juvenile idiopathische artritis



Kernboodschappen en inhoud



VSOP

 **jeugdreuma**
vereniging nederland

 **nhg**
Nederlands
Huisartsen
Genootschap

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Kernboodschappen

- Verwijs bij een vermoeden van juvenile idiopathische artritis op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek zo spoedig mogelijk naar een specialist.^{11,16}
- Verwijs voor diagnostiek met aanvullend laboratoriumonderzoek en/of beeldvormend onderzoek naar de specialist.¹⁶
- Heb aandacht voor het risico op slechtiendheid of blindheid door uveïtis als complicatie. Uveïtis ontstaat vaak symptomeloos. Elke patiënt moet daarom binnen vier weken na het vaststellen van de artritis door de oogarts gescreend worden.¹² Verwijs een patiënt met juvenile idiopathische artritis bij oogklachten, van welke aard ook, laagdrempelig door naar de oogarts.¹²
- Wees bewust van het feit dat de gevolgen en complicaties per soort juvenile idiopathische artritis kunnen verschillen. (Zo kan er bij patiënten met systemische juvenile idiopathische artritis die koorts ontwikkelen, sprake zijn van het levensbedreigende macrofagenactivatiesyndroom).¹⁸
- Wees alert op veranderingen in het klinisch beeld of bijkomende klachten en op mogelijke complicaties en overleg laagdrempelig met de specialist.¹¹
- Houd bij gebruik van medicijnen (met name csDMARD's, biologicals en systemische steroïden) rekening met bijwerkingen én wees op de hoogte van speciaal beleid rondom operaties, anticonceptie, zwangerschap en vaccinaties.^{11,16}
- Beoordeel patiënten die koorts ontwikkelen én csDMARD's, biologicals en systemische steroïden gebruiken laagdrempelig en wees zeer alert. Het gebruiken van deze medicatie geeft een vergrote kans op infecties in het algemeen door immunosuppressie. Ook kunnen de symptomen worden gemaskeerd. Een infectie kan zeer heftig verlopen. Latente tuberculose kan actief worden.^{11,16}
- Laat het voorschrijven van medicatie (behalve NSAID's) over aan de specialist.¹¹
- Schrijf geen cotrimoxazol en trimethoprim voor aan patiënten die MTX gebruiken, want gelijktijdig gebruik geeft een sterk verhoogde kans op leukopenie.¹¹

Zie voor toelichting op deze kernboodschappen en andere aandachtspunten: *Aandachtspunten voor de huisarts*.

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Juvenile idiopathische artritis

Juvenile idiopathische artritis (JIA), ook wel jeugdreuma genoemd, is de meest voorkomende oorzaak van gewrichtsontsteking bij kinderen. JIA is een andere ziekte dan reumatoïde artritis (RA) bij volwassenen.⁸

JIA ontstaat voor het 16^e levensjaar door onbekende oorzaak. Het geeft ontstekingen aan gewrichten die langer dan 6 weken duren en heeft vaak pijn, stijfheid en vermoeidheid tot gevolg. Er zijn episodes met exacerbaties en periodes dat de ziekte inactief is. De kans op geheel herstel of gewrichtsschade is afhankelijk van de soort JIA. Wanneer de ziekte nog steeds actief blijft op volwassen leeftijd, blijft het ook JIA heten.

JIA is een verzamelnaam voor verschillende vormen van gewrichtsontstekingen bij kinderen. De specialist stelt de uiteindelijke diagnose (soort JIA) een half jaar na het ontstaan van de klachten, omdat daarbij van belang is hoeveel gewrichten ontstoken zijn geweest in de eerste 6 maanden van de ziekte. Zijn dat 4 gewrichten of minder, dan spreekt men van oligoarticulaire JIA. Indien 5 of meer gewrichten ontstoken zijn geweest, dan spreekt men van polyarticulaire JIA.

Er zijn in totaal 7 soorten JIA met verschillende kenmerken en prognoses:

- oligo-artculaire JIA
- poly-artculaire JIA met positieve reumafactor
- poly-artculaire JIA met negatieve reumafactor
- enthesitis gerelateerde JIA
- systemische JIA
- artritis psoriatica
- ongedifferentieerde artritis

(Lees voor informatie over de kenmerken per soort de **Noot**)

Het is van belang dat de huisarts op de hoogte is van de mogelijke complicaties van juvenile idiopathische artritis, van de gevolgen van medicamenteuze behandeling en van de invloed van de ziekte en medicatie op het dagelijks leven van de patiënt. De hierna volgende informatie is bedoeld voor huisartsen die in hun praktijk patiënten hebben (kinderen én volwassenen) met de diagnose juvenile idiopathische artritis.

Etiologie

De oorzaak van JIA is onbekend. Wel is bekend dat genetische aanleg, immuunmechanismen en waarschijnlijk ook omgevingsfactoren, zoals infecties, een rol spelen bij het ontstaan van JIA.⁸

Prevalentie

In Nederland komt JIA voor bij 0,8 - 1 op de 1.000 kinderen. In totaal komt het voor bij 2.000 tot 3.000 kinderen in Nederland.¹⁶ Meisjes krijgen iets vaker JIA dan jongens.

Beloop en prognose

Beloop JIA

JIA kent episodes met exacerbaties en periodes van inactieve ziekte. Er kunnen complicaties, bijwerkingen van medicatie en blijvende schade optreden (lees ook **Complicaties bij JIA**).

Prognose JIA

De duur van de ziekte is onvoorspelbaar. De kans op geheel herstel is afhankelijk van de soort JIA. Bij een deel van de patiënten blijft JIA ook op volwassen leeftijd nog in wisselende mate actief. De prognose van JIA is verbeterd, onder meer door het starten met biologicals in een vroeg stadium.⁸

(vervolg >>)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Juvenile idiopathische artritis

De prognose hangt onder meer af van:

- De soort JIA (zie voor de prognose per soort JIA de *Noot*).
- De termijn waarop remissie bereikt wordt. Een remissieperiode binnen de eerste 5 jaar van de behandeling blijkt gunstig te zijn voor de langetermijnprognose. Met de huidige behandeling komt bijna 80% van de kinderen binnen 10 maanden in remissie en is na 2 jaar bij slechts ongeveer 10% van de kinderen radiologisch gewrichtsschade aantoonbaar. Alleen bij reumafactorpositieve JIA blijven de resultaten nog achter.¹⁶
- Betrokkenheid en educatie van kind, ouders en overige gezinsleden. De prognose blijkt te verbeteren door goede educatie aan kind en ouders en door de mate waarin het hele gezin bij het revalidatieprogramma is betrokken.¹⁶

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Diagnostiek

Wanneer op kinderleeftijd een chronische gewrichtsontsteking optreedt, is JIA de meest voorkomende oorzaak.⁸

Het is belangrijk voor de prognose om JIA zo vroeg mogelijk te herkennen en tijdig te verwijzen.

Door snel met passende behandeling te starten, kunnen problemen op korte en lange termijn verminderen en kan blijvende gewrichtsschade mogelijk voorkómen worden.

Het vermoeden van JIA en het stellen van de diagnose

Typische bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek, zoals aanhoudende gewrichtsklachten en vermoeden van een inflammatoire gewrichtsaandoening (langer dan 6 weken aanwezig), geven vaak al een waarschijnlijkheidsdiagnose (lees voor meer informatie over anamnese en lichamelijk onderzoek [Werkboek Kinderreumatologie NVK 2014](#), pagina 17-19).¹⁶

Laat aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek en beeldvormend onderzoek, achterwege omdat het vaak overbodig en tijdrovend is en de uitslagen soms zelfs misleidend kunnen zijn.¹⁶ Het heeft dan ook de voorkeur, dat de huisarts bij een sterk vermoeden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, verwijst naar kinderreumatologen of kinderartsen met aandachtsgebied kinderreumatologie (lees ook [Consultatie en verwijzing](#)).

Diagnostiek tweede lijn

De specialist stelt de diagnose JIA op basis van klinische kenmerken, na uitsluiting van andere oorzaken van artritis (lees voor de differentiële diagnose [Werkboek Kinderreumatologie NVK 2014](#), pagina 44-45).¹⁶

Een gouden standaard voor de diagnose van JIA is er niet. De specialist gebruikt aanvullend bloedonderzoek voor diagnostiek, röntgenfoto's bij verdenking op skeletafwijkingen, en echografie bij afwijkingen van de weke delen.⁸ Eventueel vervolgonderzoek zoals MRI, CT en skeletscintigrafie hangt af van het klinische beeld en de resultaten van de andere onderzoeken.⁸

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Symptomen

Naast vaste symptomen waar elke patiënt met JIA last van heeft, kunnen er ook symptomen en complicaties optreden die afhankelijk zijn van de soort JIA.

Symptomen bij alle vormen van JIA

Symptomen bij alle vormen van JIA zijn:

- gewrichtsontstekingen (zoals knieën, polsen, vingergewrichtjes, kaakgewricht)
- vermoeidheid
- groeiachterstand (soms)

De symptomen van een gewrichtsontsteking zijn:

- zwelling
- bewegingsbeperking (vooral stijfheid 's ochtends en na rust)
- warm aanvoelen van de huid
- pijn

De ernst van de symptomen van ontsteking kan erg wisselen. Ook bij milde klachten kan er sprake zijn van JIA.

Symptomen afhankelijk van de soort JIA

Afhankelijk van de soort JIA kunnen er de volgende symptomen zijn:

- koorts (bij systemische JIA)
- rugklachten (bij enthesitis gerelateerde JIA)
- peesontstekingen (bij enthesitis gerelateerde JIA)
- psoriasis (bij artritis psoriatica)
- osteopenie (bij polyarticulaire JIA)

Complicaties bij JIA

Complicaties bij JIA kunnen zijn:

- groeiafwijkingen van gewrichten
- uveïtis
- macrofagenactivatiesyndroom (dit is een complicatie die bij systemische JIA voor kan komen)

Groeiafwijkingen van gewrichten

Groeiafwijkingen door ontstekingen van een gewricht kunnen beenlengteverschil, afwijkende gewrichtsstand en micrognatie (kleine onderkaak) tot gevolg hebben.⁸

Uveïtis

Uveïtis is een complicatie bij JIA, die symptomeloos (zonder pijn of zichtbare verandering aan het oog) kan ontstaan, chronisch kan worden en kan leiden tot ernstige gevolgen zoals blindheid. Pas als de ontsteking langdurig aanwezig is, kunnen veranderingen aan het oog gaan opvallen, zoals een onregelmatige pupil die niet normaal op invallend licht reageert of verkalkingen (witgrijze vertroebeling, vaak aan de randen van het hoornvlies). De oogarts stelt bij controles eventuele uveïtis vast met speetlamponderzoek.

De kans op het ontwikkelen van uveïtis is afhankelijk van de soort JIA. De kans is het grootst bij oligo-artculaire JIA (20 - 25%). Uveïtis kan vele jaren na de aanvang van de artritis alsnog ontstaan, al is de kans daarop kleiner naarmate de tijd verstrijkt. Bij enthesitis gerelateerde JIA treedt soms een acute vorm van uveïtis op. Het oog is dan wel vaak pijnlijk, rood en lichtschuw.^{12,13}

(vervolg >>)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Symptomen

Door verbeterde medicatie en screening is de kans op slechtziendheid of blind worden door uveïtis bij kinderen met JIA gedaald van 30 - 40% in de periode van 1970 tot 1990 naar 5% op dit moment.¹³

Macrofagenactivatiesyndroom

De klinische kenmerken van het potentieel levensbedreigende macrofagenactivatiesyndroom (MAS) zijn niet meteen duidelijk aanwezig. Wel is vrijwel altijd koorts aanwezig, die meestal continu hoog van aard is. MAS kan leiden tot hepatosplenomegalie, pancytopenie, encefalopathie, hemorragische verschijnselen en orgaanfalen.^{8,16}

De incidentie van MAS zou 7 - 15% van de patiënten met systemische JIA bedragen.^{14,19}

De mortaliteit bedraagt 10 - 20%.¹⁹ De gevolgen van MAS en het risico op overlijden door MAS verminderen, door zo vroeg mogelijk de diagnose te stellen en adequate behandeling te starten (zoals bijvoorbeeld corticosteroiden).

Het is lastig om een infectie, de ziekte zelf of de complicatie MAS van elkaar te onderscheiden. De specialist doet herhaaldelijk bloedonderzoek en lichamelijk onderzoek om de diagnose MAS te kunnen stellen of uitsluiten en interpreteert de waarden van ferritine, transaminasen en triglyceriden, trombocyten, leukocyten en fibrinogeen.¹⁸

Psychosociale gevolgen

De invloed van JIA op de kwaliteit van leven is groot, ondanks de verbeterde prognose. Tijdens periodes dat de ziekte actief is, maar ook in de periode daarna, kunnen klachten aanwezig zijn zoals:^{11,15,16}

- slecht slapen
- schoolverzuim
- minder of niet actief mee kunnen doen met activiteiten
- afhankelijk zijn
- gevoel anders te zijn
- gevoel geen controle te hebben over het lichaam
- gevoel verkeerd begrepen te worden en veroordeeld te worden door leeftijdsgenoten en ouders (bijvoorbeeld omdat de pijn en vermoeidheid onzichtbaar is en de klachten wisselen)
- wisselende stemming

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > **Beleid**
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Beleid

> Specialistisch beleid

Bij de behandeling van JIA zijn naast de specialist en huisarts, meestal diverse zorgverleners betrokken. Communicatie over de taakverdeling en inhoud van de behandeling, waaronder de voorgeschreven medicatie, is van belang.

Doel van de behandeling

Het doel van de behandeling is:

- zo spoedig mogelijk klachten verminderen
- binnen 1 jaar ontstekingsvrij zijn
- schade aan gewrichten voorkómen

Aandachtspunten bij de controles zijn:

- follow-up van het ziekteproces
- controleren op complicaties (zoals uveïtis)
- monitoren van de bijwerkingen van medicatie
- begeleiden bij het leren omgaan met de gevolgen van JIA

Betrokken zorgverleners

Na verwijzing door de huisarts zal een specialist het kind zien voor diagnostiek of het bevestigen van de diagnose JIA en voor de behandeling. Bij de behandeling van JIA zijn meerdere disciplines betrokken.

In het behandelteam voor patiënten met JIA zitten naast de kinderarts-reumatoloog veelal een kinderfysiotherapeut, een revalidatiearts, een ergotherapeut en psychosociale hulpverleners. Daarnaast doet de oogarts controles. Het team wordt zo nodig aangevuld met andere medische en paramedische specialisten, zoals een reumaconsulent, diëtist, orthopedisch chirurg,

plastisch chirurg, podotherapeut, orthodontist, kaakchirurg en dermatoloog.¹⁶

Transitie van kindergeneeskunde naar geneeskunde voor volwassenen kan het beste plaatsvinden op een tijdstip dat de ziekte rustig is en de patiënt stabiel is ingesteld op medicatie. De patiënt, ouders en behandelaren moeten allen klaar zijn voor de transitie.¹⁶

Wie de hoofdbehandelaar is moet duidelijk zijn voor de betrokken artsen, overige betrokken hulpverleners en voor de patiënt en zijn ouders.

De rol van de huisarts

De behandeling van JIA ligt primair bij de hoofdbehandelaar. Voor de continuïteit van zorg is het essentieel om als huisarts op de hoogte zijn van de mogelijke gevolgen van JIA en van de gebruikte medicatie.¹¹ Overweeg als huisarts bij nieuwe klachten een eventuele relatie met JIA of met de gebruikte medicatie en overleg laagdrempelig met de specialist (lees ook *Aandachtspunten voor de huisarts*).

Medicamenteuze behandeling

De behandeling is gericht op de onderdrukking van alle ziekteactiviteit.¹¹

Kinderen met JIA krijgen vaak dezelfde soort medicijnen als volwassenen met reumatoïde artritis, alleen de dosering is anders. De medicamenteuze behandeling van patiënten met JIA is de laatste jaren sterk verbeterd door nieuwe inzichten en de opkomst van biologicals.

(vervolg >>)

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > **Beleid**
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Beleid

> Specialistisch beleid

Vroeger koos men voor een zeer geleidelijke step-up-benadering, waarbij de behandeling stapsgewijs werd geïntensiveerd. Een snellere agressieve behandeling lijkt de langetermijnprognose van patiënten met JIA te verbeteren en bovendien minder bijwerkingen te veroorzaken.¹⁶ Daarnaast is aangetoond dat véél langer doorbehandelen met DMARD's bij klinische remissie van JIA de kans op een nieuwe ziekte-episode niet verkleint.⁸

Medicijnen die worden gebruikt bij JIA zijn:^{3,6,11}

- ontstekingsremmende pijnstillers (NSAID's)
- klassieke (conventionele) reumaremmers (csDMARD's)
- biologische medicijnen (biologicals, bDMARD's)
- corticosteroiden via tabletten of als intra-articulaire injectie

Lees voor de meest voorkomende bijwerkingen van veel gebruikte DMARD's de [NHG-Standaard Artritis](#), noot 29.

Behandeling algemeen

Naast medicatie kunnen begeleiding en educatie door onder meer een fysiotherapeut en ergotherapeut en psychosociale ondersteuning nodig zijn binnen de behandeling van JIA.⁸ Het stimuleren van deelname aan activiteiten, zoals sport en naar school gaan, is belangrijk. Voorlichting kan hierbij nodig zijn.

Fysiotherapie en ergotherapie

Het is van belang om, indien nodig, de kinderfysiotherapeut in een vroeg stadium te betrekken. Deze kan functiebeperkingen en hun oorzaak inventariseren.

De pijn, vermoeidheid, verlies van spierkracht en beperkte lenigheid hebben gevolgen voor het activiteitsniveau,

uithoudingsvermogen en de motorische en psychosociale ontwikkeling van het kind.¹⁶ Een fysiotherapeut en ergotherapeut met JIA-expertise kunnen helpen de gewrichten van het kind soepel te houden en adviseren over bewegen. Het kind en de ouders leren de beperkingen en grenzen te herkennen en leren welke bewegingen en oefeningen veilig en noodzakelijk zijn.¹⁶

De ergotherapeut kan andere manieren van handelen aanleren, adviseren over hulpmiddelen (zoals brace, spalkjes, orthesen, zooltjes), informatie geven over het aanvragen van voorzieningen en ondersteuning bieden bij de aanvraag. Ook een revalidatiearts kan hierbij een rol spelen.

Bewegen

Beweging is goed voor een betere gewrichtsmobiliteit, spierflexibiliteit, spiersterkte, coördinatie en conditie.¹⁶ Niet alle sporten zijn echter goed voor de gewrichten van een patiënt met JIA, zeker niet wanneer een gewricht ontstoken is. Zwemmen of fietsen zijn weinig belastend voor de gewrichten. Het kunnen sporten met vrienden en een sport leuk vinden is echter ook belangrijk.⁹

School

Het is wenselijk dat het kind gewoon naar school blijft gaan. Kinderen doen soms alsof ze nergens last van hebben, maar zijn vaak moe en kunnen moeite hebben met concentreren in de klas. Het is van belang dat het schoolteam en de docenten informatie krijgen over het verloop van de ziekte, onverwachte terugvallen, de behoefte om regelmatig te bewegen om stijfheid te voorkomen, problemen bij het schrijven en schoolverzuim door bezoek aan het ziekenhuis. Als klasgenoten begrijpen wat de gevolgen van JIA zijn,

(vervolg >>)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Beleid

> Specialistisch beleid

kan hiermee mogelijk pestgedrag worden voorkómen. Naast de mogelijkheid om een ergotherapeut te betrekken bij eventuele problemen op school, bestaan er websites met informatie voor docenten (lees ook [Consultatie en verwijzing](#)).

Voeding

Er is geen bewijs dat een dieet invloed heeft op het verloop van de ziekte. Het advies is om een normaal dieet te volgen dat geschikt is voor de leeftijd. Een diëtist kan begeleiden bij te veel afvallen of bij overgewicht (bijvoorbeeld door toegenomen eetlust bij gebruik van corticosteróïden).¹⁶

Psychosociale ondersteuning

Bij elk consult hoort aandacht te zijn voor aspecten die belangrijk zijn voor het functioneren van de patiënt.

Om het kind zo normaal mogelijk te laten leven en zich niet anders te laten voelen dan zijn leeftijdgenoten, geldt een aantal adviezen.^{9,15,16}

Het kan kinderen met JIA helpen om hun vertrouwen te vergroten, beter om te gaan met pijn en hun zelfstandigheid te vergroten door:^{15,16}

- Informatie over de ziekte en behandeling te krijgen (wat is het voor ziekte, wat zijn de gevolgen ervan, wat is het doel van de behandeling, wat zijn de bijwerkingen, hoe ermee om te gaan) (Zie ook de [Brochure Medicamenteuze behandeling van kinderen met jeugdreuma](#)).
- Een goede communicatie met het behandelteam te hebben. (Zie ook de [Brochure Medicamenteuze behandeling van kinderen met jeugdreuma](#)).
- Een actieve rol te hebben bij het beslissen over hun gezondheid, hun dagelijkse leven en hun behandeling. Betrek het kind al

vanaf het begin bij de ziekte en de behandeling. Dit is vooral relevant voor adolescenten die op het punt staan om de transitie naar volwassenheid te maken. (Zie ook de [Brochure Medicamenteuze behandeling van kinderen met jeugdreuma](#)).

- Steun uit hun sociale omgeving te krijgen, zoals van hun ouders, familie, en leeftijdsgenoten. Kinderen hebben behoefte aan tips hoe hun omgeving in te lichten over hun ziekte.
- Contact met lotgenoten te hebben. (Zie [Consultatie en verwijzing](#) voor de patiëntenorganisatie).
- Zoveel mogelijk deel te nemen aan bijvoorbeeld sportactiviteiten en andere vrijetijdsbesteding.

Of de hulp van een psycholoog of maatschappelijk werker nodig is, is afhankelijk van de individuele problematiek.

Follow-up

De specialist beoordeelt bij controles de mate van de ziekteactiviteit en eventuele complicaties, bijwerkingen van medicatie, en de invloed op het dagelijks leven. Deze gebruikt hiervoor anamnese, heteroanamnese, lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek en beeldvormend onderzoek.

Bij de follow-up is er toenemend aandacht voor aspecten zoals beperkingen in het dagelijks leven, pijn en vermoeidheid. Er zijn vragenlijsten ontwikkeld om hiernaar te vragen bij een polikliniekbezoek. De resultaten kan men gebruiken voor het bijsturen van de behandeling.

Specialisten houden kinderen met JIA meestal onder controle totdat ze volwassen zijn, ook al is de artritis rustig.

De oogarts controleert patiënten met JIA volgens een vaststaand schema omdat uveïtis onopgemerkt aanwezig kan zijn.

De eerste screening door de oogarts vindt zo snel mogelijk plaats,

(vervolg >>)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > **Beleid**
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Beleid

> Specialistisch beleid

maar uiterlijk vier weken na het vaststellen van de artritis.^{12,13}

De frequentie van vervolgccontroles door de oogarts is onder meer afhankelijk van de leeftijd van ontstaan van de JIA, aanwezigheid van ANA-waardes in het bloed en aantal aangedane gewrichten.

De frequentie varieert van 1 tot 4 keer per jaar.

De oogarts controleert tot de leeftijd van minimaal 18 jaar, ook als de JIA in remissie is, en bij een laat debuut in ieder geval tot 7 jaar na het ontstaan ervan.

In de toekomst kan het huidige beleid mogelijk worden aangepast naar het selecteren van de risicopatiënten. Het hebben van een specifiek DNA-kenmerk (het YST-motief) zou een sterk voorspellende waarde hebben voor het ontwikkelen van uveïtis.

Ook zou een verhoogde bezinkingswaarde op het moment van het ontstaan van JIA, het ontwikkelen van uveïtis in de toekomst kunnen voorspellen.⁴

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > **Beleid**
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Beleid

> Preconceptieadvies en zwangerschap

JIA-patiënten maar ook hun ouders kunnen vragen hebben omtrent erfelijkheid van de aandoening. JIA-patiënten hebben ook belang bij informatie over de invloed van JIA en de gebruikte medicatie op fertiliteit, zwangerschap en bevalling.

Erfelijkheid

De oorzaak van JIA is onbekend. Wel is bekend dat naast genetische aanleg, immuunmechanismen en waarschijnlijk ook omgevingsfactoren een rol spelen bij het ontstaan van JIA.⁸ Sommige vormen van JIA (enthesitis gerelateerde JIA en artritis psoriatica) kunnen vaker binnen één familie vóórkomen. In sommige families komen behalve reuma ook andere auto-immuunziekten voor.

Fertiliteit

Bij de meeste reumatische aandoeningen is de fertiliteit normaal. Bepaalde medicijnen kunnen de vruchtbaarheid echter beïnvloeden. Zo kan bijvoorbeeld methotrexaat fertiliteitsstoornissen geven.³

Anticonceptie/preconceptieadvies

Vanwege het teratogene effect van methotrexaat (MTX), leflunomide en mogelijk ook biologicals, is anticonceptie noodzakelijk bij JIA-patiënten die deze medicijnen gebruiken én seksueel actief zijn. Ook van andere soorten medicatie (bijvoorbeeld NSAID's, prednison) is het van belang de mogelijke invloed bij een eventuele zwangerschap van tevoren te bespreken tijdens een preconceptieconsult met de behandelend specialist. Dit advies geldt voor vrouwen en bij een aantal DMARD's ook voor mannen.^{3,6,11}

Bij de verschillende medicijnen gelden verschillende stoptermijnen voor er veilig met anticonceptie kan worden gestopt. Deze termijnen variëren van drie weken tot zelfs 2 jaar (bij leflunomide) nadat het gebruik is gestopt. Overige adviezen bij een kinderwens kan de huisarts geven tijdens een preconceptieconsult (zie ook de [NHG-Standaard Preconceptiezorg](#)).

Zwangerschap en bevalling

Tijdens een zwangerschap kunnen de klachten van artritis wat afnemen.

Omdat JIA van invloed lijkt op de kans op complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling (bijvoorbeeld vroeggeboorte, groeiachterstand en pre-eclampsie), is verwijzing naar een gynaecoloog voor begeleiding tijdens de zwangerschap en bevalling wenselijk.¹⁰



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Aandachtspunten voor de huisarts

Diagnostiek

- Verwijs bij een vermoeden van JIA op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, zo vroeg mogelijk naar kinderreumatologen of kinderartsen met aandachtsgebied kinderreumatologie, vanwege de effectiviteit van vroegtijdige behandeling (met csDMARD's en biologicals).^{11,16}
- Verricht bij een vermoeden van JIA geen laboratoriumonderzoek en/of beeldvormend onderzoek, maar laat aanvullend onderzoek over aan de specialist.¹⁶

Rol van de huisarts

- De behandeling van JIA ligt primair bij de hoofdbehandelaar.
- Wees als huisarts op de hoogte van de gevolgen en mogelijke complicaties die kunnen optreden bij de soort JIA, die als diagnose is gesteld.
- Blijf op de hoogte van de medicatie die de patiënt gebruikt en de mogelijke bijwerkingen, interacties, gevolgen bij zwangerschap en aangepast beleid (omtrent operaties, vaccinaties, koorts).¹¹
- Overweeg bij nieuwe klachten een eventuele relatie met JIA of met de gebruikte medicatie en overleg laagdrempelig met de specialist.¹¹
- Neem ook in een stabiele fase geen herhaalreceptuur van de specialist over, omdat daarmee de verantwoordelijkheid voor de behandeling en de daarbij behorende controles bij de huisarts komt te liggen.¹¹
- Overleg laagdrempelig met de behandelende zorgverleners.¹¹

Verwijzen

- Wees bewust van het risico op uveïtis en van de noodzaak van controles door de oogarts, ook als er geen klachten zijn.¹²
- Verwijs een patiënt met JIA bij oogklachten, van welke aard ook, laagdrempelig door naar de oogarts.¹²

- Verwijs bij een zwangerschapswens naar de hoofdbehandelaar voor een preconceptieconsult en bij zwangerschap naar een gynaecoloog voor begeleiding tijdens de zwangerschap en bevalling (lees ook *Preconceptieadvies en zwangerschap*).¹⁰
- Verwijs naar de behandelend specialist als de patiënt:⁶
 - bijwerkingen of exacerbaties krijgt tijdens de instelling op medicatie
 - heftige pijn en blijvende ontstekingsverschijnselen heeft, ondanks medicatie
 - (extra-)articulaire complicaties ontwikkelt, zoals deformaties van een gewricht of peesluxaties

Medicamenteuze behandeling

- Laat het voorschrijven van medicatie over aan de specialist.¹¹
- Voeg aan een NSAID (met name indien langdurig gebruikt, dat wil zeggen 4 of meer weken) laagdrempelig een protonpompremmer toe bij het optreden van gastro-intestinale klachten. Het preventief voorschrijven van protonpompremmers is niet noodzakelijk.¹¹
- De meest voorkomende bijwerkingen van DMARD's zijn maag-darmklachten, leukopenie, leverenzymstoornissen en trombocytopenie.³
- Bij 44% van de JIA-patiënten die MTX gebruikt, ontstaat MTX-intolerantie tussen 3 maanden en een jaar na de start met MTX. De belangrijkste symptomen daarbij zijn buikpijn, misselijkheid en overgeven na inname van MTX. Deze klachten kunnen zich ontwikkelen tot klachten voorafgaand aan de inname van MTX. Dit heeft een sterk negatieve invloed op de ervaren kwaliteit van leven.¹¹
- Schrijf geen cotrimoxazol en trimethoprim voor aan patiënten die MTX gebruiken, vanwege de sterk verhoogde kans op leukopenie. Neem contact op met de specialist voor overleg, indien deze middelen niet te vermijden zijn.¹¹

(vervolg >>)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Aandachtspunten voor de huisarts

Algemene adviezen voor de patiënt

- Dring er bij de patiënt en ouders op aan om direct contact op te nemen bij koorts en algemene malaise bij patiënten met systemische JIA en bij alle JIA-patiënten die csDMARD's, biologicals en/of systemische steroïden gebruiken.^{11,18}
- Besteed aandacht aan de therapietrouw. Besteed aandacht aan de therapietrouw en vraag expliciet naar bijwerkingen.
- Instrueer altijd eerst met een arts te overleggen alvorens met een alternatieve behandeling te beginnen, omdat die bijwerkingen kan geven of een wisselwerking kan hebben met medicijnen die de patiënt gebruikt.
- Adviseer ontstoken gewrichten te koelen om zwelling en pijn van de gewrichten te verminderen.
- Adviseer bij (verre) reizen een medicijnpaspoort aan te vragen bij de apotheek en medicijnen in de handbagage mee te nemen.

Koorts

- Beoordeel patiënten die csDMARD's, biologicals en/of systemische steroïden gebruiken én koorts ontwikkelen laagdrempelig en wees zeer alert. Het gebruiken van deze medicatie geeft een vergrote kans op infecties in het algemeen door immunosuppressie. Ook kunnen de symptomen worden gemaskeerd. Een infectie kan zeer heftig verlopen. Latente tuberculose kan actief worden.¹¹
- Overweeg laagdrempelig antibiotica en overleg met de behandelend specialist over mogelijke consequenties voor het csDMARD-/biologicalgebruik. Trimethoprim bevattende antibiotica (cotrimoxazol) mogen echter niet gecombineerd worden met MTX.
- Denk bij een patiënt met systemische JIA die koorts heeft aan de levensbedreigende complicatie macrofagenactivatiesyndroom (MAS) en overleg met de specialist bij koorts die onverklaard is én bij twijfel hierover.¹⁸

- Overleg bij verdenking op een virale infectie (herpes, varicella, varicella zoster) laagdrempelig met de behandelend specialist over de behandeling en mogelijke consequenties voor het csDMARD-/biologicalgebruik.¹¹

Operaties

- Overleg bij een electieve operatieve ingreep door een arts met de specialist over het al dan niet staken van medicatie.
- Reden om tijdelijk met medicatie te stoppen kunnen bijvoorbeeld het risico zijn op:
 - bloedingen
 - geneesmiddeleninteractie met anesthesie
 - infecties
 - slechte wondgenezing¹¹

Anticonceptie/kinderwens

- Wees alert op het relevant zijn van anticonceptie (lees ook *Preconceptieadvies en zwangerschap*).
- Schrijf indien nodig anticonceptie voor en besteed aandacht aan therapietrouw.

Griepvaccinaties

Kinderen en volwassenen met JIA die immuunsuppressieve medicatie gebruiken hebben een indicatie voor griepvaccinatie.⁷ Het geïnactiveerde griepvaccin is veilig bij alle patiënten met een verminderde afweer.^{7,11}

(vervolg >>)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Aandachtspunten voor de huisarts

Overige vaccinaties

- Overleg bij vragen over vaccinaties met de behandelend specialist. Dit geldt ook voor het reguliere Rijksvaccinatieprogramma en reisvaccinaties. Of kinderen met JIA die immunosuppressieve middelen gebruiken gevaccineerd mogen worden, hangt af van de soort medicatie, dosering en van het soort vaccin.¹¹
- Bij gebruik van middelen met immunosuppressieve werking kunnen vaccinaties met gedode verwekker of afgeleid antigeen minder effectief zijn door een verminderde immuunrespons.^{7,16}

Psychosociale ondersteuning

- Besteed bij consulten aandacht aan aspecten die belangrijk zijn voor het functioneren van de patiënt.
- Draag bij aan de educatie van de patiënt en gezin, leeftijdsgenoten en leerkrachten over de ziekte, de gevolgen, de mogelijkheden van behandeling, de bijwerkingen en hoe er mee om te gaan (lees ook *Bewegen, School en Psychosociale ondersteuning*).
- Informeer over lotgenotencontacten en stimuleer dit (lees ook *Consultatie en verwijzing*).
- Stimuleer een kind met JIA om van jongs af aan een actieve rol te nemen bij het meebeslissen over de behandeling.^{15,16}
- Stimuleer binnen de mogelijkheden het meedoen aan sport en andere vrijetijdsbesteding.

In de *Bijlage* staan aanvullend nog algemene aandachtspunten die van belang zijn bij de huisartsenzorg voor mensen met een zeldzame aandoening.

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Consultatie en verwijzing

Expertisecentra

Bij de totstandkoming van deze huisartseninformatie (2019) zijn de volgende centra erkend door het ministerie van VWS als expertisecentra voor JIA:

- Amsterdam UMC: Kinderreumatologie/-immunologie, Emma Kinderziekenhuis
- Erasmus MC: Kinderimmunologie en reumatologie, Sophia Kinderziekenhuis
- LUMC: Kinderreumatologie, Willem-Alexander Kinderziekenhuis
- UMCG: Kinderreumatologie, Beatrix Kinderziekenhuis
- UMC Utrecht: Kinderreumacentrum, Wilhelmina Kinderziekenhuis

Zie voor een recent overzicht van landelijke expertisecentra voor uveïtis in Nederland: www.orpha.net.

Patiëntenorganisatie

Jeugdreuma Vereniging Nederland is de landelijke vereniging voor ouders van en kinderen met jeugdreuma. De vereniging ondersteunt, informeert en verbindt en heeft als visie: Een leuk leven. Ook voor kinderen met Jeugdreuma! (www.jeugdreumavereniging.nl).

Relevante websites

- Website van de Jeugdreuma Vereniging Nederland met onder andere informatie over soorten JIA en behandeling, school, spreekbeurt, rijbewijs, studeren, wet- en regelgeving en WMO-loket. De Brochure 'Medicamenteuze behandeling van kinderen met jeugdreuma, praktische handvaten voor kinderen en ouders' staat sinds maart 2019 op de website: www.jeugdreumavereniging.nl

- Website voor en door jongeren met JIA: www.jong-en-reuma.nl
- Cyberpoli is een multidisciplinaire internetpolikliniek voor kinderen en jongeren met een chronische ziekte, waaronder JIA: www.cyberpoli.nl
- Website voor jongeren met reuma tussen 16-30 jaar: www.youth-r-well.com
- Reuma Nederland (vroeger bekend als het Reumafonds) is er voor mensen met reuma van alle leeftijden: www.reumanederland.nl
- Website voor ouders die vanwege de zorg voor hun kind regelmatig in het ziekenhuis komen: www.hetouderkompas.nl
- Kinderwebsite van het Erfocentrum: www.ikhebdat.nl
- KAISZ: Vereniging voor Kinderen met een Auto Immun of een Auto Inflammatoire Systeem Ziekte: www.kaisz.nl
- Patiëntenwebsite van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) met onafhankelijke informatie, ook over jeugdreuma: www.thuisarts.nl
- MEE voor ondersteuning van mensen met een beperking: www.mee.nl
- Website over zeldzame aandoeningen onder regie van de VSOP: www.zichtopzeldzaam.nl
- Website van de Stichting Kind en Ziekenhuis voor kinderen (en hun ouders) over rechten in de medische zorg: www.jadokterneedokter.nl

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Literatuurlijst

1. Buiting C, Njoo K. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017 Nederlands Huisartsen Genootschap.
2. Eijssens E. Rapport 'Spierziekten als zeldzame ziekten in de huisartsenpraktijk'. 2006.
3. Farmaco Therapeutisch Kompas van Zorginstituut Nederland.
4. Haasnoot A. The enigma of uveitis in juvenile idiopathic arthritis - Genetic, immunologic and clinical aspects, Proefschrift van Anne-Mieke Haasnoot, 2018. ISBN: 978-94-6295-817-3
5. Hendriks S. Generieke zorgthema Huisartsgeneeskundige zorg. 2014.
6. NHG-Standaard Artritis (eerste herziening 2017).
7. NHG-/SNPG-Handleiding Griepvaccinatie (herziening 2018).
8. Nusman C, van den Berg J, Schonenberg-Meinema D, Maas M, ten Cate R & Kuijpers T. Stand van zaken Juvenile idiopathische artritis. Een beweging van biomarker naar behandeling. Ned Tijdschrift Geneeskd 2013;157:A6391.
9. www.ortha.net.
10. Remaeus K, Johansson K, Askling J & Stephansson O. Juvenile onset arthritis and pregnancy outcome: a populationbased cohort study. Annals of Rheumatic Diseases 2017;76 (11):1809-1814.
11. Richtlijn Medicamenteuze behandeling van kinderen met juvenile idiopathische artritis. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Versie december 2017.
12. Richtlijn Uveïtis 2015 van Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.
13. Schalijs-Delfos, N, Uveïtis en jeugdreeuma, folder ontwikkeld voor de afdeling oogheelkunde van het LUMC, versie 2014.
14. Swart J. Tailoring Treatment in Juvenile Idiopathic Arthritis, Proefschrift van Joost Frans Swart, 2018. ISBN: 978-90-393-6989-0.
15. Tong A, Jones J, Craig J & Singh-Grewal D. Children's Experiences of Living With Juvenile Idiopathic Arthritis: A Thematic Synthesis of Qualitative Studies. Arthritis Care & Research Vol 64, No. 9, September 2012, 1392-1404.
16. Werkboek Kinderreumatologie. Onder redactie van W. Armbrust, M.J.A.M. Franssen en N.M. Wulffraat. Derde druk 2014. Sectie Kinderreumatologie-immunologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. VU University Press, Amsterdam.
17. Vajda I. Visiedocument Concentratie en organisatie van zorg bij zeldzame aandoeningen. VSOP. 2015.
18. Vilaiyuk S. Division of Rheumatology, Mahidol University, Bangkok, Thailand 2018. Macrophage activation syndrome: early diagnosis is key. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2018; Vol 10: Pages 117-128.
19. Wallemacq P. CAT Critically Appraised Topic Titel : Het hemophagocytair syndroom (HLH) 2009.

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Bijlage

Algemene aandachtspunten

Uit een enquête onder huisartsen van mensen met zeldzame spierziekten komen aandachtspunten naar voren die ook gelden voor de huisartsenzorg bij mensen met een zeldzame aandoening als JIA.²

Na het stellen van de diagnose

- Benader de patiënt/ouders van de patiënt actief, op korte termijn nadat de diagnose bekend is.
- Vraag hoe de patiënt de aanpak van de huisarts in de fase voorafgaand aan de diagnosestelling ervaren heeft.
- Vraag na in hoeverre de patiënt en zijn naasten de diagnose verwerkt en geaccepteerd hebben. Herhaal deze vraag gedurende de ziekte om na te gaan hoe het lukt om te gaan met veranderingen, vooral wanneer er sprake is van achteruitgang.

Zorgcoördinatie

- Vraag na welke afspraken met de patiënt gemaakt zijn over een taakverdeling tussen de behandelaars en over de zorgcoördinatie.
- Bespreek de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van u als huisarts. Hoe loopt de communicatie en wat kan u de patiënt bieden? Stel zo nodig verwachtingen bij.
- Vraag actief aan de patiënt wie de hoofdbehandelaar is in het ziekenhuis.⁵
- Pas bij overdracht van het hoofdbehandelaarschap de contactgegevens aan. Vraag naar eventuele veranderingen in de afspraken met betrekking tot de taakverdeling.

- Vraag of een regievoerend arts is aangesteld. Bij sommige zeldzame aandoeningen heeft de patiënt een regievoerend arts, die de coördinatie en het inhoudelijk overzicht heeft en proactief optreedt. Voor volwassenen kan het één van de verschillende specialisten zijn. Soms is de hoofdbehandelaar tevens regievoerend arts, maar niet altijd.⁵
- Spreek het beleid af (en blijf dit afstemmen) met de hoofdbehandelaar/regievoerend arts (en overige behandelend artsen). Maak bij voorkeur gebruik van de [HASP-richtlijn](#).¹
- Geef aan dat u het eerste aanspreekpunt bent voor de patiënt, tenzij anders afgesproken met de hoofdbehandelaar/regievoerend arts.
- Zorg ervoor dat de dienstdoende huisartsen (o.a. de huisartsenpost) zich kunnen informeren over de patiënt via het beschikbare dossier, vooral ook over de specifieke kenmerken (lees ook [Aandachtspunten voor de huisarts](#)).

Medische begeleiding

- De behandeling van JIA ligt primair bij de hoofdbehandelaar.
- Zorg dat u op de hoogte bent van het behandelplan van de patiënt.
- Zorg dat u kennis heeft van de effecten van de aandoening op andere klachten of behandelingen (zie [Aandachtspunten voor de huisarts](#)). Overleg bij twijfel met de behandelend arts.
- Let op de extra ziektegebonden risico's en attendeer de patiënt daarop (zie [Aandachtspunten voor de huisarts](#)).

Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Noot

Kenmerken per soort JIA^{8,11,16}

Oligo-articulaire JIA

Bij oligo-articulaire JIA zijn maximaal 4 gewrichten ontstoken gedurende de eerste 6 maanden van de aandoening en zijn geen organen betrokken. Meestal gaat het om grote gewrichten die ontstoken zijn, zoals knieën, enkels en polsen. Soms blijft het bij 1 ontstoken gewricht, soms raken er meer gewrichten ontstoken na de eerste 6 maanden.

Dit is de meest voorkomende vorm van JIA (27 - 60%) en begint rond het 2^e tot 4^e jaar.

Deze vorm komt 5 maal vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Ongeveer 30% komt na behandeling in blijvende remissie.⁸

Artritis van de heup of cervicale wervelkolom, enkel of pols in combinatie met langdurige verhoging van CRP of BSE en artritis met radiologisch aantoonbare schade hebben een ongunstige prognose.¹⁶

Poly-articulaire JIA met positieve reumafactor

Bij poly-articulaire JIA zijn 5 of meer gewrichten ontstoken zónder dat er organen bij betrokken zijn. In het bloed is de reumafactor te vinden. De variant met een positieve reumafactor in het bloed lijkt het meest op reumatoïde artritis met een positieve reumafactor bij volwassenen.

In het begin zijn vaak de kleine gewrichten van handen en voeten ontstoken. Daarna volgen andere gewrichten, vaak symmetrisch. Deze vorm komt bij 2 - 7% van de JIA-patiënten voor en begint meestal na het 10^e jaar.

De ziekte blijft meestal ook op volwassen leeftijd actief. Complete remissie zonder medicatie valt niet te verwachten. Met medicatie kan bij 65% een remissie worden bereikt. Vroeger werden alle patiënten rolstoelafhankelijk. Met de huidige medicatie krijgt nog maar 10% van de patiënten ernstige functiebeperkingen door aantasting van vooral de kleine hand- en voetgewrichten.¹⁶

Juvenile idiopathische artritis > Noot

Poly-articulaire JIA met negatieve reumafactor

Bij deze vorm van JIA zijn 5 of meer gewrichten ontstoken zónder dat er organen bij betrokken zijn en zónder reumafactoren in het bloed. Deze vorm komt voor bij 11 - 30% van de JIA-patiënten en begint vooral rond het 2^e tot 4^e jaar of 6^e tot 12^e jaar.

Van kinderen die al rond het 2^e tot 4^e jaar ziek werden, komt ongeveer 70% met medicatie in remissie. Uiteindelijk komt ongeveer 25% in volledige, medicatievrije remissie.¹⁶

Enthesitis gerelateerde JIA

Bij enthesitis gerelateerde JIA zijn vaak enkele grote gewrichten van de onderste extremiteiten ontstoken (oligo-artritis) in combinatie met ontstekingen van het aanhechtingspunt van een pees aan het bot (entesitis), bijvoorbeeld de aanhechting van de achillespees. Daarnaast kan sacro-illitis vóórkomen, soms zelfs al enig ontstoken gewricht. Ongeveer een derde van de patiënten komt in complete remissie. Meestal is het beloop chronisch recidiverend. Op volwassen leeftijd kan het overgaan in spondylitis ankylopoetica.¹⁶

Systemische JIA

Bij systemische JIA is sprake van:

- ontstoken gewrichten (minimaal 1 maar vaak meer dan 5)
- minimaal twee weken koorts (piekend van aard) waarbij spierpijn

Andere symptomen die regelmatig voorkomen zijn:

- erythemateuze rash
- hepatomegalie en/of splenomegalie
- gegeneraliseerde lymfekliervergroting
- serositis (zoals pericarditis, peritonitis)

(vervolg >>)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Noot

De gewrichtsontstekingen kunnen gelijk vanaf het begin aanwezig zijn, maar kunnen ook later ontstaan.

Deze vorm komt voor bij 4 - 17% van de JIA-patiënten en in een brede leeftijdsrange (0 tot 16 jaar).¹¹

Tegenwoordig komt meer dan 50% van de patiënten in complete remissie. Wanneer na een half jaar nog koorts en trombocytose aanwezig zijn en corticosteroïden nodig zijn, is de prognose minder goed. Vaak verdwijnen de systemische klachten maar blijft chronische artritis aanwezig. Ook na jarenlang ziektevrij zijn, kunnen systemische en articulaire recidieven optreden. De mortaliteit is tegenwoordig minder dan 1%.¹⁶

Artritis psoriatica

Bij artritis psoriatica gaan de gewrichtsontstekingen gepaard met de huidziekte psoriasis, of met 2 van de volgende 3 kenmerken:

- dactylitis (worstvormige gezwollen vingers/tenen)
- onychia punctata (putjes in de nagels) of onycholyse (loslaten van de nagel)
- een eerstegraads familielid met psoriasis

Deze vorm komt voor bij 10% van de JIA-patiënten en begint meestal na het 10^e jaar.

20% van de patiënten raakt klachtenvrij zonder medicatie, terwijl ruim 50% nog medicatie nodig heeft om in remissie te blijven. Bij 10 tot 20% van de patiënten ontstaan contracturen en erosies.¹⁶

Ongedifferentieerde artritis

Ongedifferentieerde artritis is artritis die niet voldoet aan de criteria van één van de specifieke JIA-categorieën, of die voldoet aan de criteria van meerdere JIA-categorieën.

< *Terug naar Juvenile idiopathische artritis.*



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Colofon

Deze digitale brochure kwam tot stand door een samenwerkingsverband tussen de Jeugdreuma Vereniging Nederland (JVN), de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Deze informatie is onderdeel van een informatiereeks die te raadplegen is via www.nhg.org/thema/zeldzame-ziekten en de VSOP-websites: www.vsop.nl en www.zichtopzeldzaam.nl/documenten.

De tekst is met zorg samengesteld op basis van de actuele informatie vanuit medisch-wetenschappelijke literatuur en expert opinion. Ten behoeve van deze brochure is veel gebruik gemaakt van het Werkboek Kinderreumatologie uit 2016¹⁶ en de Richtlijn medicamenteuze behandeling van kinderen met juvenile idiopathische artritis (versie 2017)¹¹, beide van de NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde). Bij twijfel of patiënt-gerelateerde vragen: neem contact op met de behandelaar of met de regievoerend arts.

Jeugdreuma Vereniging Nederland (JVN)

E-mail: secretaris@jeugdremavereniging.nl
www.jeugdremavereniging.nl

Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)

Telefoon: 035-603 40 40
E-mail: vsop@vsop.nl
www.vsop.nl

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Telefoon: 088-506 55 00
E-mail: info@nhg.org
www.nhg.org

Redactie

Drs. O.W. Easton, arts/auteur VSOP
Drs. I. Roelofs, projectmedewerker VSOP
Dr. H. Woutersen-Koch, arts/wetenschappelijk medewerker Cluster Praktijk, Kwaliteit & Innovatie NHG
Drs. N. Huijser van Reenen, medisch schrijver NHG (freelance)

(vervolg >>)

[Juvenile idiopathische artritis](#) > [Colofon](#)



Inhoudsopgave

- > Kernboodschappen
- > Juvenile idiopathische artritis
- > Diagnostiek
- > Symptomen
- > Beleid
 - > Specialistisch beleid
 - > Preconceptieadvies en zwangerschap
- > Aandachtspunten voor de huisarts
- > Consultatie en verwijzing
- > Literatuurlijst
- > Bijlage
- > Noot
- > Colofon

Colofon

Deze uitgave is tot stand gekomen met bijdragen en adviezen van:
Dr. J.F. Swart, kinderreumatoloog/immunoloog WKZ/UMC Utrecht

Namens de Jeugdreuma Vereniging Nederland gaven M. van der Deijl en P. Overduin feedback op de tekst vanuit patiëntenperspectief.

Ontwerp en opmaak

LMcc, Lucienne Meijer, Leusden

Deze brochure kwam mede tot stand dankzij de financiële bijdrage van Stichting Loterijacties Volksgezondheid.

Soest, juni 2019

