

Uveitis bei juveniler idiopathischer Arthritis: eine bundesweite pädiatrische und ophthalmologische Datenerhebung (Uveitis-Modul der Kerndokumentation)

Heiligenhaus A<sup>1</sup>, Minden K<sup>2</sup>, Deutsche Uveitis im Kindesalter Studiengruppe§§

<sup>1</sup> Augenabteilung am St. Franziskus Hospital, Münster

<sup>2</sup> Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin

§ Korrespondierende Autoren

Prof. Dr. med. A. Heiligenhaus, Augenabteilung am St. Franziskus Hospital  
Hohenzollernring 74, 48145 Münster, Telefon: 0251-933080, Fax: 0251-9330830, e-mail: [arnd.heiligenhaus@uveitis-zentrum.de](mailto:arnd.heiligenhaus@uveitis-zentrum.de)

Dr. med. K. Minden, deutsches Rheuma-Forschungszentrum,

Eine Uveitis ist im Kindesalter seltener als im Erwachsenenalter. Entsprechend früheren Studien beträgt der Anteil der Kinder (Erkrankungsbeginn vor dem 16. Lebensjahr) unter den Uveitis-Patienten 2 bis 9 %. Die Inzidenz der Uveitis wird generell mit 4,3 bis 4,9 und deren Prävalenz mit 27,9 / 100.000 Einwohner angegeben.

Uveitis im Kindesalter kann, wie auch im Erwachsenenalter, isoliert oder mit assoziierten Augen- und systemischen Entitäten auftreten. Neben unterschiedlichen Infektionen, wie z.B. Tuberkulose, Toxocariasis und Toxoplasmose, müssen entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen in die Differenzialdiagnose einbezogen werden. Die häufigste dieser Erkrankungen ist die juvenile idiopathische Arthritis (JIA).

Auf Grund der Seltenheit chronisch verlaufender entzündlich-rheumatischer Erkrankungen im Kindesalter war bislang wenig über deren klinische Besonderheiten, Folgen und Versorgung bekannt. Es liegen wenige populationsbezogene Daten zu deren Häufigkeit und Schwere vor. Deshalb wurde 1997 ein bundesweites Register für rheumakranke Kinder und Jugendliche, die sogenannte Kerndokumentation, etabliert. Mit ihm werden prospektiv an kinderrheumatologischen Einrichtungen betreute Kinder mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen einmal pro Jahr erfasst. Im Jahr 2002 wurde die

Dokumentation um ein Modul zur Erfassung des augenärztlichen Befundes bei JIA-Patienten mit Uveitis (Uveitis-Modul) erweitert. Die Daten aus dem Jahr 2002 wurden herangezogen, um die Epidemiologie der Uveitis bei der JIA zu beschreiben.

In die Auswertungen gingen 3.271 der im Jahr 2002 über die Kerndokumentation erfassten JIA Patienten aus 35 Einrichtungen ein. Eine Augenbeteiligung wurde für 406 (12 %) angegeben, Folgeschäden am Auge bei 124 (4 %) Patienten.

Uveitisbögen lagen aus 17 Einrichtungen vor. Eine Augenbeteiligung ist bei den einzelnen JIA-Subgruppen sehr unterschiedlich häufig. Sie ist besonders häufig bei Patienten mit Oligoarthritis und extrem selten bei Patienten mit systemischer Arthritis und seropositiver Polyarthritis: Oligoarthritis extended (25 %), Oligoarthritis persistent (16 %), seronegative Polyarthritis (4 %), seropositive Polyarthritis (2 %), Psoriasisarthritis (10 %), Enthesitis-assoziierte Arthritis (EAA) (7 %), systemische Arthritis (1 %), andere JIA (11 %).

Für 115 Patienten mit Uveitis (28%) lag ein augenärztlicher Befundbericht vor. Das mittlere Uveitismanifestationsalter betrug 5,2 (SD 3,2) Jahre. JIA-Patienten mit Uveitis waren signifikant jünger bei Erkrankungsbeginn (3,8 vs. 7,0 Jahre), häufiger Mädchen (74 vs. 63%) und ANA positiv (86 vs. 42%) als jene ohne Augenbeteiligung.

Uveitiskomplikationen fanden sich bei Diagnosestellung bereits bei 45 % und nach einer mittleren Uveitisdauer von 5,6 Jahren bei 56 % der Patienten. Zu den wichtigsten Komplikationen zählten Bandkeratopathie (29 %), posteriore Synechien (27 %), Katarakt (26 %), Glaukom (8 %) und Makulaödem (6 %) zum Dokumentationszeitpunkt. Visusminderungen von = 0,4 bzw. = 0,1 wurden aktuell für 31 % bzw. 12 % aller Augen angegeben.

Eine immunmodulierende / -immunsuppressive Therapie erfolgte bei Patienten mit Uveitis signifikant häufiger als bei Patienten ohne Augenbeteiligung (75 % vs. 43 %). Am häufigsten wurde Methotrexat eingesetzt. Verglichen mit den Patienten ohne Augenbeteiligung erhielten Uveitispatienten signifikant häufiger Cyclosporin A und Azathioprin. In dem analysierten Jahrgang wurden nur einzelne Patienten mit TNF-Inhibitoren behandelt. Zudem wurden Patienten mit Augenkomplikationen häufiger mit Basistherapie (Methotrexat, Cyclosporin A) behandelt als jene ohne. Die aufgezeigten Praxisvariationen in der systemischen antientzündlichen Therapie

spiegeln die vielen offenen Fragen bei der Behandlung der JIA-assoziierten Uveitis, insbesondere hinsichtlich der Immunsuppression wider.

Bei 32 Patienten (32%) wurden aufgrund von Komplikationen operative Therapien erforderlich. Am häufigsten musste eine Kataraktoperation durchgeführt werden. Zu den häufiger angewendeten Operationen zählten weiterhin die Pars plana Vitrektomie und Glaukomoperationen.

Die Daten dokumentieren das Spektrum von Uveitispatienten mit JIA in Deutschland sowie deren Komplikationen und Therapie. Die hohe Rate von Uveitiskomplikationen schon bei Diagnosestellung unterstreicht die Notwendigkeit von frühzeitigem ophthalmologischen Screening und Therapie und einer engen Kooperation von Augenarzt und Kinderrheumatologen. Diese Beobachtungen verdeutlichen, dass mit der Diagnosestellung einer JIA unverzüglich ein augenärztliches Screening eingeleitet werden sollte. Die mit früheren Publikationen übereinstimmende Beobachtung, dass die Uveitis gelegentlich auch mehr als 10 Jahre nach der Arthritis erst auftreten kann verdeutlicht, dass die Untersuchungen über viele Jahre fortgesetzt werden müssen. Die Symptomfreiheit der JIA assoziierten Uveitis verdeutlicht, dass kurze Screeningintervalle erforderlich sind.

Die Kerndokumentation ist ein wichtiges Instrument, mit dem die Akzeptanz der aktuellen Empfehlungen zu Screening und Therapie überprüft werden kann. Es gilt zu überprüfen, ob eine Optimierung der derzeitigen Screening-Intervalle zu einer geringeren Zahl schwerer Uveitisebefunde bereits bei Diagnosestellung führen kann. Anwendung, Monitoring sowie Nebenwirkungen der lokalen und systemischen Therapie müssen analysiert werden. Damit können versorgungsepidemiologische Aspekte und Praxisbesonderheiten evaluiert, Kooperationen und Vernetzungen von Versorgungszentren gefördert und die Behandlungskosten kalkuliert und reduziert werden.

Im Jahr 2002 konnten mit dem Uveitis-Modul bereits knapp 30 % der JIA Patienten mit einer im Arztbogen dokumentierten Uveitis erfasst werden. Mit der nunmehr stetig wachsenden Akzeptanz dieser freiwilligen Dokumentation ist davon auszugehen, dass in den Folgejahren ein weltweit einmaliger Kenntnisgewinn über Uveitis bei JIA erzielt werden kann, der zur besseren Versorgung unserer Patienten beizutragen in der Lage ist.