



DOSSIER

kinderreumatologie

KINDERREUMATOLOGEN DANIËLLE BRINKMAN EN PETRA HISSINK MULLER “HET LIEFST WILLEN WE VOOR IEDER KIND EEN VEILIGE INDIVIDUELE BEHANDELING OP MAAT”

Hoe kun je de medicijnen die beschikbaar zijn om jeugdreuma te behandelen, op de beste manier inzetten? Met deze vraag houden kinderreumatologen in het hele land zich elke dag bezig. Ook de CHAMP studie in Leiden gaat hierover. CHAMP staat voor Children with Arthritis, Monotherapy or Polytherapy. Monotherapie staat voor behandeling met één medicijn, polytherapie voor een combinatie daarvan.

“Onze grootste uitdaging is om kinderen met jeugdreuma op het juiste moment met het juiste medicijn te behandelen.”

Daniëlle Brinkman en Petra Hissink Muller werken als kinderreumatoloog in het Willem-Alexander Kinderziekenhuis in het Leids Universitair Medisch Centrum. “Het liefst willen we voor ieder kind met jeugdreuma een veilige individuele behandeling op maat.” Een individuele behandeling op maat wordt ook wel personalised medicine genoemd.

CHAMP studie

In 2018 werd de CHAMP studie gestart bij kinderen tussen twee en zestien jaar met een actieve vorm van jeugdreuma. Doel is dat de klachten geheel of gedeeltelijk verdwijnen (remissie) zodat kinderen met jeugdreuma kunnen opgroeien zonder beperkingen en zich zoveel mogelijk normaal kunnen ontwikkelen. “Helaas is het nog niet zover voor alle patiënten”, zegt Brinkman. “Het streven is om bij kinderen met juveniele idiopathische artritis (JIA, jeugdreuma) binnen de eerste zes maanden te bereiken dat de klachten verminderen of verdwijnen. De behandeling richt zich tegenwoordig op vroegtijdige onderdrukking van de ontstekingsactiviteit om zo snel mogelijk volledige ziekteremissie te verkrijgen en gewrichtsschade te

voorkomen. We weten al vanuit de BeStforKids (Behandeling Strategie) studie bij jeugdreumapatiënten en vanuit de vergelijkbare studie BeSt bij volwassenen met reumatoïde artritis (RA) dat, als je de ziekteactiviteit in een vroeg stadium van de ziekte kunt onderdrukken, de schade aan gewrichten minder is. We weten ook dat je na het bereiken van remissie soms de medicatie kunt afbouwen en stoppen. Bij kinderen met JIA is het nu gebruikelijk ze volgens een vast stappenplan aan medicatie te behandelen en stap voor stap te bekijken of en hoe de behandeling aanslaat.”

De CHAMP studie is erop gericht om uit te zoeken of door het gecombineerde gebruik van methotrexaat (MTX), sulfasalazine (SSZ) en plaquenil vanaf het begin van de behandeling, minder kinderen hoeven overstappen naar een biological. “Het zou fijn zijn als we kinderen de injecties of infusen die meestal horen bij het behandelen met een biological kunnen besparen”, zegt Hissink Muller.

“Kinderen met JIA worden veelal eerst behandeld met alleen methotrexaat. Als dit te weinig resultaat oplevert, voegen we daarna een biological toe”, vertelt Brinkman. “Maar een nadeel van deze therapie is dat een biological meestal met



Petra Hissink Muller (l) en Daniëlle Brinkman: "Het zou fijn zijn als we kinderen de injecties of infusen die meestal horen bij het behandelen met een biological kunnen besparen."

een injectie of infuus wordt gegeven en daarnaast kostbaar is. Bij volwassenen met reumatoïde artritis werkt polytherapie goed en daarom willen we weten of dat bij kinderen met JIA ook het geval is."

In de CHAMP studie wordt daarom onderzocht of en hoe kinderen met niet-systemische JIA reageren op polytherapie met methotrexaat, sulfasalazine en hydroxychloroquine. De therapie met alleen methotrexaat wordt dus uitgebreid bij de start van de JIA-behandeling. Methotrexaat is een klassieke DMARD. DMARDs (Disease-Modifying Anti Rheumatic Drugs) zijn medicijnen die de afweer remmen. "We wilden weten of deze behandeling met polytherapie leidt tot meer kinderen met inactieve ziekte en dus ook minder patiënten die behandeling met bijvoorbeeld een TNF-remmer nodig hebben. We vergelijken deze groep kinderen met een groep kinderen die alleen MTX kregen. Het ging in alle gevallen om kinderen waarbij de diagnose JIA net gesteld was."

De CHAMP studie beperkt zich niet tot het onderzoeken van het verschil in effectiviteit tussen monotherapie en polytherapie. Ook zal worden gekeken naar bijwerkingen en

hoe het is gesteld met het algeheel functioneren van het kind en de kwaliteit van leven in beide behandelgroepen.

Treat-to-Target

Uiteraard wordt in deze studie de medicatie zo nodig aangepast volgens het treat-to-target principe. 'Treat to Target' (T2T) is een behandelstrategie waarbij de arts die de behandeling voorschrijft samen met de patiënt duidelijke en specifieke doelen stelt en bewaakt. Het belangrijkste doel is om remissie te bereiken (waarbij symptomen minimaal of afwezig zijn) of op zijn minst de ziekteactiviteit laag te houden.

De studie is gestart in Leiden en wordt uitgevoerd samen met de kindziekenhuizen in Rotterdam, Amsterdam en Nijmegen. Na jaren onderzoek en data verzamelen wordt nu alle informatie geanalyseerd. Met hulp van studenten, reuma-onderzoekers en een promovendus hopen de kinderreumatologen over een half jaar de eerste uitkomsten te kunnen delen.

NOORTJE KRIKHAAR

