

## Faglige anbefalinger ved:

# UVEITT VED BARNELEDDGIKT- NORSKE ANBEFALINGER (Juvenil Idiopatisk Artritt - JIA)

## SCREENING AV PASIENTER UTEN KJENT UVEITT

### 1. Generelt

- a) Alle barn med artritt av varighet i 6 uker eller mer skal undersøkes av øyelege
- b) Barn som har øyesymptomer eller mistenkte synekier/katarakt skal undersøkes av øyelege umiddelbart

### 2. Første gangs undersøkelse

For alle kategorier JIA snarest mulig etter mistanke om JIA er reist og senest 1 måned etter stilt JIA diagnose

### 3. Senere rutinekontroller

- a. Systemisk JIA og polyartikulær, sikker RF+ JIA med symmetrisk debut av artritt i småledd i hender (MCP og PIP ledd) og forfötter (MTP ledd):
  - 2 ganger årlig til fylte 18 år
- b. Øvrige kategorier JIA (oligoartikulær, utvidet oligoartikulær, polyartikulær revmatoid faktor negativ (RF-), entesitt-relatert artritt, psoriasis artritt, uklassifiserbar artritt):
  - 4 ganger årlig i 4 år, deretter
  - 2 ganger årlig frem til fylte 18 år
- c. Ved seponering av metotreksat og/eller biologiske legemidler hos pasienter uten kjent uveitt, bør man ha ny øyekontroll innen 3 mnd. og vurdere å fortsette med øyekontroller hver 3. mnd. i minimum 1 år hvis pasienten ansees å ha høy risiko for å utvikle uveitt.
- d. Ved avsluttet screeningprogram, bør alle informeres om at det fortsatt er en viss risiko for å utvikle uveitt og derfor ta raskt kontakt med øyelege ved uklare øyesymptomer.

## OPPFØLGING OG BEHANDLING AV ETABLERT KRONISK UVEITT

1. Kontrollhyppighet avgjøres individuelt av øyelege
2. Veiledende forslag er øyekontroll innen 1 måned etter endring i behandling med steroiddråper og maksimalt 3 måneders intervaller for de med etablert uveitt på stabil behandling
3. Behandling av kompliserte, behandlingsrefraktære uveitter krever nært samarbeid mellom barnereumatolog og behandlende øyelege med fortløpende vurdering av behov for systemisk medikamentell behandling.
4. Veiledende forslag er oppstart systemisk behandling med metotreksat og/eller anti-TNF hvis vedvarende behov > 3 måneder for □ 2 steroiddråper daglig eller hvis > 1-2 mnd. på systemiske steroider.
5. Pasienter med kompliserte uveitter, bør hovedsakelig følges opp og behandles på sykehusavdeling.

## BAKGRUNN:

Hensikten med screening er å oppdage uveitt (regnbuehinnebetennelse/iridosyklitt) før irreversible komplikasjoner oppstår.

- Uveitt er den vanligste ekstra-artikulære manifestasjon ved JIA
- Vanligvis asymptomatisk og kronisk – derfor viktig med screening
- Uveitt oppstår oftest 0-4 år etter sykdomsdebut (median tid fra artritt til uveitt ca. 1 ½ år). Barn som får uveitt før artritt har høyest risiko for komplikasjoner.
- Hep-2 ANA (IF) positivitet er en viktig disponerende faktor, men ANA negative kan få alvorlig uveitt
- Størst risiko for uveitt hos barn som får JIA < 6 års alder
- Det kan oppstå komplikasjoner inkludert katarakt, glaukom og makulaødem, som kan gi varig skade på synet.
- Tidlig detektering og behandling av uveitt kan sannsynligvis minske risiko for komplikasjoner og påfølgende synstap
- Jevnlig screening hos øyelege (ikke optiker) med bruk av spaltelampe er nødvendig

- Eksisterende internasjonale retningslinjer for uveittscreening er kompliserte og ikke samstemte mhp. screeningsintervall og varighet av screening
- Alle skal informeres om å oppsøke fastlege ved øyesymptomer, inkludert røde øyne, smerter, lysskyhet, unormale pupiller og nedsatt syn. Obs blinking, mysing og nedsatt oppmerksomhet!
- Forekomst av uveitt blant JIA pasienter er ca. 8-30 %; risikoen er ulik avhengig av JIA subgruppe

Utarbeidet for NAKBUR av:

Helga Sanner, overlege og medisinsk faglig rådgiver i NAKBUR, seksjon for revmatologi, OUS og professor ved Bjørknes høyskole

Ellen Nordal, overlege ved barneavdelingen UNN og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske Universitet

Terje Christoffersen, avdelingsoverlege ved øyeavdelingen på UNN

November 2020

## REFERANSER (1-7)

1. Clarke SL, Sen ES, Ramanan AV. Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2016;14(1):27.
2. Papadopoulou M, Zetterberg M, Oskarsdottir S, Andersson Gronlund M. Assessment of the outcome of ophthalmological screening for uveitis in a cohort of Swedish children with juvenile idiopathic arthritis. *Acta Ophthalmol.* 2017;95(7):741-7.
3. Heiligenhaus A, Niewerth M, Ganser G, Heinz C, Minden K. Prevalence and complications of uveitis in juvenile idiopathic arthritis in a population-based nation-wide study in Germany: suggested modification of the current screening guidelines. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46(6):1015-9.
4. Heiligenhaus A, Minden K, Foll D, Pleyer U. Uveitis in juvenile idiopathic arthritis. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(6):92-100, i.
5. Nordal E, Rypdal V, Christoffersen T, Aalto K, Berntson L, Fasth A, et al. Incidence and predictors of Uveitis in juvenile idiopathic arthritis in a Nordic long-term cohort study. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2017;15(1):66.
6. Rypdal V, Glerup M, Songstad NT, Bertelsen G, Christoffersen T, Arnstad ED, et al. Uveitis in Juvenile Idiopathic Arthritis: 18-year Outcome in the Population-based Nordic Cohort Study. *Ophthalmology.* 2020.
7. Angeles-Han ST, Ringold S, Beukelman T, Lovell D, Cuello CA, Becker ML, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Screening, Monitoring, and Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2019;71(6):703-16.