



Arthritis psoriatica

Entzündliche Gelenkerkrankung bei Schuppenflechte

2. Auflage

Von einer Arthritis psoriatica spricht man dann, wenn eine **Psoriasis vulgaris** (Schuppenflechte der Haut) mit einer **rheumatoiden Arthritis** (Synonym: chronische Polyarthritis) verknüpft ist. Das heisst, hier treffen nicht zwei Krankheiten zufällig zusammen, sondern bei der Arthritis psoriatica handelt es sich um eine eigenständige Erkrankung. Das ist auch für die Therapie wichtig. Wahrscheinlich ist dabei die Schuppenflechte der entscheidende Faktor und die Knochen- und Gelenkbeteiligung wird durch sie ausgelöst. Allerdings ist nicht jeder Gelenkschmerz bei Psoriasis mit einer Arthritis psoriatica gleichzusetzen. Viel häufiger werden durch die Psoriasis »lediglich« so genannte **Arthralgien** ausgelöst. Das sind Gelenkschmerzen, denen keine Gelenkentzündung zu Grunde liegt und bei denen folglich auch nicht die Gelenke zerstört werden.

Gut zu wissen ist auch, dass die Arthritis psoriatica eine hohe Remissionsbereitschaft aufweist. **Das heisst, zwischen den einzelnen »Gelenkschüben« können immer wieder längere Phasen auftreten, in denen die Krankheit nicht aktiv ist.** Zudem sind die Gelenke bei einigen Verlaufsformen der Arthritis psoriatica häufig weniger schlimm betroffen als bei einer rheumatoiden Arthritis.

Wer erkrankt?

An einer Schuppenflechte leiden etwa ein bis zwei Prozent der Bevölkerung. Von diesen Betroffenen erkrankt schätzungsweise jeder zehnte auch an einer Arthritis. Insgesamt leiden in Deutschland also 160.000 Menschen an einer Arthritis psoriatica.

Meist besteht zunächst die Schuppenflechte, bevor die Arthritis dazu kommt (in 65 bis 80 % der Fälle). Selten treten Psoriasis und Gelenkentzündung gleichzeitig auf und noch seltener beginnt die Arthritis vor der Psoriasis. **Im Durchschnitt beginnt die Arthritis zehn Jahre nach der Psoriasis.** In der Regel tritt die Erkrankung zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr auf. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen.

Die Ursache für die Arthritis psoriatica ist noch unbekannt – genauso wie die der Psoriasis und die der rheumatoiden Arthritis. Sicher scheint, dass die Gene eine Rolle spielen. Das heisst nicht, dass die Erkrankung selbst vererbt wird, wohl aber die **Veranlagung** dazu.

Unter dem Einfluss weiterer – ebenfalls noch unbekannter – Faktoren und Umwelteinflüsse kann sich dann bei der entsprechenden erblichen Veranlagung dann eine Arthritis psoriatica entwickeln. Die Schwere der Psoriasis scheint dabei übrigens keine Bedeutung zu haben: Sowohl eine ausgedehnte wie eine leichte Psoriasis kann eine entzündliche Gelenkbeteiligung mit sich bringen. Allerdings tritt die Arthritis deutlich häufiger bei den Psoriasis-Patienten auf, bei denen auch die Nägel befallen sind.

Welche Symptome treten auf?

In den meisten Fällen beginnen die Gelenksbeschwerden bei der Arthritis psoriatica akut. Meist sind nur ein oder wenige Gelenke schmerzhaft geschwollen. Die Haut über dem Gelenk spannt und ist rötlich oder bläulich verfärbt. Am häufigsten ist das Kniegelenk betroffen, gefolgt von den Finger-, Sprung- und Zehengelenken. Typisch für die Arthritis psoriasis ist, dass an den Fingern und Zehen neben dem Grundgelenk auch Mittel- und Endgelenk betroffen sind. Dadurch schwillt der gesamte **Finger oder Zeh** gleichmäßig an. Man spricht dann vom »Strahlbefall« (auch »Wurstfinger« bzw. »Wurstzehe« genannt). Häufig kommt es aber auch zum »Transversalbefall«, d. h. alle Fingerendgelenke einer Hand sind entzündet.

Außerdem findet man bei der Arthritis psoriatica meist einen **asymmetrischen Gelenkbefall**, während bei der rheumatoiden Arthritis die Gelenke beider Körperseiten symmetrisch betroffen sind. Auch die für die rheumatoide Arthritis klassische Morgensteife ist bei der Arthritis psoriatica am Anfang selten. Später tritt sie dann aber bei rund 60 Prozent der Betroffenen doch auf. Nicht selten befällt die Arthritis psoriatica auch die **Wirbelsäule**. So erkranken bei rund 40 Prozent der Betroffenen die Kreuz-Darmbein-Gelenke, was im Röntgenbild nicht von den entzündlichen Veränderungen bei Morbus Bechterew (einer anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankung) zu unterscheiden ist. Schmerzen der Kreuz-Darmbein-Entzündung sind jedoch meist mild, vor allem bei Frauen. Oft werden sie als **tiefe Rückenschmerzen** oder als Steife empfunden.

Die Beschwerden einer Arthritis psoriatica sind aber nicht immer nur auf die Gelenke begrenzt. So können bereits früh **Fersenschmerzen** auftreten, die durch Sehnenansatzentzündungen verursacht werden. Gelegentlich

kommt es zu entzündlichen Veränderungen der Verbindung der **Brustbeinanteile**. Gefürchtet sind zudem Regenbogenentzündungen im Auge, da sie unbehandelt zur Erblindung führen können.

Wie lässt sich die Erkrankung nachweisen?

Anfangs lassen sich nur selten Veränderungen an Knorpel und Knochen nachweisen. Erst später sind hier die charakteristischen Veränderungen im Röntgenbild erkennbar. Eine Magnetresonanztomografie kann manchmal eher Aufschluss geben. In der Frühphase helfen deshalb vor allem die typischen Symptome (wie asymmetrischer Gelenkbefall, wurstfingerähnlicher Weichteilschatten im Röntgenbild, Befall der Finger-, Zehennittel- oder -endgelenke, Fersenschmerzen u.a.), eine Arthritis psoriatica zu diagnostizieren.

Spezifische Laborparameter, wie sie bei anderen Erkrankungen typisch sind, gibt es bei der Arthritis psoriatica nicht. Ein Hinweis auf die Erkrankung ist **das Fehlen von Rheumafaktoren**. Sie lassen sich bei den Betroffenen seltener als bei Gesunden (!) nachweisen. Außerdem sind die für die rheumatoide Arthritis typischen Entzündungszeichen (C-reaktives Protein u. A.) weniger stark ausgeprägt.

Welche Therapien gibt es?

Leider wirkt sich eine Therapie, die die Hauterscheinungen bei einer Arthritis psoriatica positiv beeinflusst, nicht unbedingt auch auf die Gelenkbeteiligung aus. Deshalb muss die Arthritis meist gesondert behandelt werden. In erster Linie kommt es darauf an, den entzündlichen Krankheitsprozess zu unterdrücken. Das ist nur mit Medikamenten effektiv möglich.

Medikamente

Am stärksten entzündungshemmend wirken **Kortisonpräparate**. Sie werden dann eingesetzt, wenn die herkömmlichen nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSA) und die so genannten Basistherapeutika nicht ausreichend wirken – also bei akuten Gelenkschüben oder einer chronisch hohen Entzündungsaktivität. **NSA** sind kortisonfreie Entzündungshemmer. Zu diesen Medikamenten gehören z.B. Ibuprofen, Diclofenac und Celebrex. Sie wirken rasch, hemmen kurzfristig die Entzündung und lindern den Schmerz. Allerdings verhindern sie nicht, dass die Erkrankung und die Gelenkzerstörung fortschreiten.

Das können so genannte **Basistherapeutika** wie Methotrexat (MTX), Ciclosporin, Leflunomid oder Sulfasalazin, die so in den Entzündungsprozess eingreifen, dass sie ihn

verlangsamen und im Idealfall sogar aufhalten. Allerdings müssen sie über längere Zeiträume eingenommen werden, ehe sie wirken und die Entzündungsvorgänge grundlegend »bremsen«. Zudem können sie bei manchen Patienten schwer wiegende Nebenwirkungen auslösen. Deshalb muss die Therapie regelmäßig durch den behandelnden Arzt überwacht werden. Vor allem mit MTX lässt sich die Arthritis psoriatica meist erfolgreich behandeln.

Auch die neuen gentechnisch hergestellten **Biologicals** haben sich in Studien als wirksam erwiesen. Biologicals blockieren gezielt die Botenstoffe des Immunsystems (TNF-alpha, Interleukin-1), die bei der Gelenkzerstörung die entscheidende Rolle spielen. So können sie die Erkrankung in vielen Fällen aufhalten, aber ebenfalls nicht heilen. Der TNF-alpha-Blocker Etanercept wurde bereits zur Therapie der Arthritis psoriatica zugelassen, weitere Biologicals werden erwartet.

Aufenthalt am Toten Meer

Obwohl bei einer Besserung der Hautpsoriasis selten gleichzeitig ein Einfluss auf das Gelenkgeschehen zu erwarten ist, bessern sich bei einem Aufenthalt am Toten Meer oft beide Erscheinungen. Das wird auf die nur dort vorhandene Kombination von Klima und Sonnenbestrahlung zurück geführt.

Ergänzende Therapien

Wie bei allen chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankungen ist ein wichtiges Therapieziel, die Beweglichkeit und die Gelenkfunktion so gut wie möglich zu erhalten. Das kann nur über **Krankengymnastik** und eine konsequente Bewegungstherapie erreicht werden. Die Deutsche Rheuma-Liga bietet hier über ihre Arbeitsgemeinschaften Funktionstrainings-Gruppen an, die von qualifizierten Fachkräften geleitet werden.

Daneben helfen vor allem **Schmerzbewältigungsprogramme** und **Entspannungstraining**, mit den Schmerzen im Alltag besser umzugehen.

Autorin: Dagmar Wolf

Fachliche Beratung: Dr. Wolfgang Miehle

Wenn Sie weitere Informationen benötigen oder Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe suchen, wenden Sie sich an:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Telefon 0228 – 7 66 06 0
Fax 0228 – 7 66 06 20

Internet www.rheuma-liga.de
eMail bv@rheuma-liga.de

Herausgeber:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

2. Auflage 2003 – 10.000 Exemplare
Drucknummer: MB 1.8/BV/07/2003

