



Arthritis psoriatica

Entzündliche Gelenkerkrankung bei Schuppenflechte

3. Auflage

Die Schuppenflechten-Arthritis (Arthritis psoriatica) ist eine chronisch entzündliche, in Schüben verlaufende Gelenkerkrankung, die zusammen mit einer Schuppenflechte (Psoriasis) auftritt. Auch Wirbelsäule und Sehnenansätze können von der entzündlichen Reaktion betroffen sein. Zumeist geht die Schuppenflechte der Gelenkentzündung voraus, seltener treten beide gleichzeitig auf und nur vereinzelt erscheint die Psoriasis erst nach der Arthritis.

Falls im weiteren Verlauf nur wenig Gelenke (ein bis drei, max. fünf) erkranken, kann es sich beispielsweise um Knie, Hüfte, Knöchel oder Handgelenke handeln.

Entzündungen in den Gelenken

Die Arthritis psoriatica zeigt sich häufig an Fingern und Zehen. Sind gleichzeitig Grund-, Mittel- und Endgelenk eines Fingers oder Zehs befallen, schwellen diese als Ganzes an und es kommt zu typischen Wurstfingern oder -zehen. Sind nur die Endgelenke aller oder mehrerer Finger und Zehen betroffen, kann dies leicht mit einer Arthrose verwechselt werden. Darüber hinaus können auch Wirbelsäule und die Gelenke zwischen Kreuzbein und Becken, die Kreuz-Darmbeingelenke sowie die Schlüsselbein-Brustbeingelenke erkranken. Zu Beginn ist dies selten, im späteren Verlauf kommt es in bis zu 15 Prozent der Fälle vor. Nur selten ist die Wirbelsäule entzündet, ohne dass auch die Kreuz-Darmbeingelenke betroffen sind. Eine Wirbelsäulenentzündung kann auch vorliegen, ohne dass äußere Gelenke erkrankt sind. Dies kommt jedoch nur selten vor und ist bei Männern häufiger als bei Frauen. Sind die Sehnenansätze betroffen, bilden sich vor allem an Ferse, Kniescheibe, Becken, Schlüsselbein und Fingern schmerzhaft knöcherne Vorsprünge.

Auch Augenentzündungen kommen vor. Sie können zu Erblindung führen, wenn sie nicht behandelt werden.

Bei Schuppenflechten-Arthritis sind die Gelenke geschwollen. Die Haut darüber ist gespannt und rötlich bis leicht bläulich verfärbt. Der Druckschmerz ist geringer als bei der rheumatoiden Arthritis und die Gelenke sind meist nicht überwärmt. Auch die typische Morgensteife ist anfangs selten, im späteren Stadium jedoch bei über der Hälfte der Patienten vorhanden. Rheumaknoten kommen – im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis – nicht vor. Auch können Gelenkschmerzen auftreten, ohne dass dem eine entzündliche Reaktion zu Grunde liegt.

Veränderungen an den Nägeln

Die Schuppenflechte zeigt sich auch auf der Haut, oftmals sind jedoch nur die Nägel betroffen. Sie weisen dann stecknadelkopfgroße Vertiefungen (Tüpfelung) oder gelbliche Verfärbungen (Ölflecken) auf. Falls an der Haut keine Schuppenflechte erkennbar ist, sollte der

Noch ungeklärte Ursachen

Schuppenflechte und Gelenkentzündung treten häufig zusammen auf. Die Ursachen der Schuppenflechten-Arthritis sind noch nicht geklärt. Jedoch könnten Bakterien oder Viren eine fehlerhafte Abwehrreaktion auslösen, die bewirkt, dass sich der Körper selbst angreift. Auch Vererbung spielt eine gewisse Rolle.

In Deutschland leiden etwa ein bis zwei Prozent der Bevölkerung unter Schuppenflechte. Meist besteht zunächst die Schuppenflechte, bevor die Arthritis dazu kommt. Tritt Schuppenflechten-Arthritis im engen Familienkreis auf, erhöht sich das Risiko zu erkranken um ein Vielfaches.

Die Arthritis psoriatica kann in jedem Alter auftreten, wobei Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind.

Die ersten Anzeichen

Im Frühstadium ist die Schuppenflechten-Arthritis nicht leicht zu erkennen, da die Krankheitszeichen vielfältig und die Verläufe sehr unterschiedlich sind. Überwiegend beginnt es mit der Entzündung eines einzelnen oder einiger weniger (bis zu drei) Gelenke, wobei häufig zuerst das Knie betroffen ist. In der Folge erkranken oft Finger-, Zehen- oder Sprunggelenke. Erste Symptome können sich jedoch auch an Finger- oder Zehgelenken bemerkbar machen.

Zu Anfang ist das Befallsmuster asymmetrisch, d. h. es sind nicht die sich entsprechenden Gelenke beider Körperseiten betroffen. Mit fortschreitender Krankheit können sich immer mehr Gelenke entzünden. Dies führt zu einem zunehmend symmetrischen Befallsmuster, wobei immer mehr sich entsprechende Gelenke beider Körperhälften beteiligt sind.

Arzt versteckte Stellen gründlicher untersuchen und dabei besonderes Augenmerk auf Nabelbereich, Kopf oder Gehörgang richten. Zwischen dem Ausmaß von Arthritis und Schuppenflechte besteht kein Zusammenhang.

Eine klare Diagnose ist wichtig

Im Frühstadium sind Gelenkveränderungen schwer auszumachen, da sie noch nicht sichtbar und vom Arzt kaum zu ertasten sind. Auch im Röntgenbild sind die knorpeligen Veränderungen noch nicht unbedingt zu erkennen. Um Gelenkveränderungen möglichst früh festzustellen, bieten sich Ultraschall und Magnetresonanztomographie an. Auch Entzündungen der Sehnenansätze werden am besten durch Magnetresonanztomographie sichtbar. Mit der Szintigraphie sind Entzündungen sogar, noch bevor Schmerzen auftreten, erkennbar.

Echte Gelenkentzündungen sollten keinesfalls mit Gelenkschmerzen verwechselt werden, da dies zu falschen Behandlungsmaßnahmen führen würde. Eine allumfassende Diagnose kann bei der Schuppenflechten-Arthritis dadurch erschwert werden, dass hier Haut- und Gelenkerkrankung zusammentreffen. Im Zweifelsfall ist es ratsam Fachärzte beider Richtungen aufzusuchen, damit auch die Anzeichen der jeweils »anderen Krankheit« schnellstmöglich erkannt werden können. Bei Psoriasis-Erkrankten wird eine hohe Dunkelziffer nicht erkannter Fälle von Schuppenflechten-Arthritis vermutet.

Mehr Aufschluss im Labor

Ein besonderes Merkmal der Schuppenflechten-Arthritis ist das Fehlen von Rheumafaktoren. Kann dagegen der Blutfaktor HLA-B 27 nachgewiesen werden, deutet dies eventuell auf eine Wirbelsäulenerkrankung hin. Eine Schuppenflechte kann im Zweifelsfall auch durch Gewebeuntersuchungen im Labor bestätigt werden.

Gelenkerstörungen vorbeugen, so früh wie möglich

Durch die Entzündungen können Gelenke angegriffen und unwiderbringlich zerstört werden. Deswegen sollte die Therapie so rasch wie möglich beginnen. Anfangs und bei leichten Verläufen werden kortisonfreie Entzündungshemmer, so genannte nicht-steroidale Antiphlogistika (NSA), eingenommen. Dazu gehören beispielsweise Ibuprofen oder Diclofenac. Sie wirken schnell, können die Entzündung jedoch nur hemmen und Schmerzen lindern, nicht aber ins Krankheitsgeschehen eingreifen. Daher muss bei Fortschreiten der Erkrankung auf stärkere Mittel zurückgegriffen werden.

Bei mittelschweren Verläufen werden so genannte Basistherapeutika, meist Methotrexat oder Sulfasalazin, angewendet. Beide gehören zur Gruppe der langfristig wirkenden Antirheumatika. Sie nehmen, zumindest teilweise, auf den Krankheitsverlauf Einfluss, haben aber stärkere Nebenwirkungen. Auch müssen sie über längere Zeiträume eingenommen werden, bevor sie wirken. Kortison wird wegen seiner Nebenwirkungen nur bei rasch fortschreitenden Verläufen angewendet.

TNF-alpha-Blocker

Eine neue Gruppe gut wirksamer Mittel, die TNF-alpha-Blocker, gehören zur Gruppe der gentechnisch hergestellten Medikamente (Biologics). Sie wirken gegen Gelenkentzündung, Schuppenflechte und Sehnenansatzentzündung, haben aber auch Nebenwirkungen und sind sehr teuer, so dass sie nur bei schweren Verläufen oder wenn Basistherapeutika versagen, eingesetzt werden.

Die Einnahme der Medikamente ist immer von der Schwere des Verlaufs abhängig zu machen und der Arzt muss das Risiko-Nutzen-Verhältnis für den Betroffenen individuell abschätzen. Hierbei kommt der Verlaufsprognose eine wichtige Rolle zu. Das Problem ist jedoch, dass eine wirksame Therapie möglichst vor dem Auftreten der ersten im Röntgenbild sichtbaren Schäden einsetzen sollte, dieser Zeitpunkt aber meist noch zu früh ist, um eine zuverlässige Prognose erstellen zu können.

Weitere Hilfen

Eine Reihe unterstützender Maßnahmen kann die medikamentöse Behandlung begleiten. Hierzu gehören physiotherapeutische Anwendungen wie Fango, Moorbäder, Elektro- oder Kryotherapie. Auch eine Ernährungsumstellung ist zu empfehlen denn erwiesenermaßen sind Kaffee, Alkohol, Nikotin und tierische Fette bei rheumatischen Erkrankungen besonders schädlich.

Letztlich sollten auch psychische Faktoren berücksichtigt werden, so kann gegen chronischen Stress autogenes Training hilfreich sein. Nicht zuletzt ist es wichtig die Beweglichkeit der Gelenke bestmöglich zu erhalten. Hierbei helfen Krankengymnastik oder Funktionstraining, das von der Rheuma-Liga angeboten wird und speziell auf Menschen mit rheumatischen Erkrankungen ausgerichtet ist.

Autorin: Ulrike Isserstedt

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.

3. Auflage 2006 - 10.000 Exemplare
Drucknummer: MB 1.8/BV/06/2006

Mit finanzieller Förderung der
BARMER Ersatzkassen

