



Psoriasis-Arthritis

Eine rechtzeitige Diagnose und Therapie kann das Risiko einer dauerhaften Gelenkschädigung verringern

20% der Patienten mit Psoriasis leiden gleichzeitig unter einer Gelenkbeteiligung, der sogenannten Psoriasis-Arthritis. Unbehandelt führt Psoriasis-Arthritis zu irreversiblen Gelenkschäden und bleibenden Funktionseinschränkungen. Durch eine rechtzeitige Diagnose und Therapie kann das Risiko einer dauerhaften Gelenkschädigung verringert oder sogar verhindert werden. Dies bedingt eine optimale Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Dermatologe und Rheumatologe.

Psoriasis der Haut («Schuppenflechte») ist eine häufige Erkrankung, ca. 2% der Bevölkerung sind betroffen, davon leidet etwa ein Fünftel unter gleichzeitiger Gelenkbeteiligung, der Psoriasis-Arthritis (PsA). PsA ist eine progressive chronische Gelenkentzündung, die zu irreversiblen Gelenkschädigungen führen kann, insbesondere, wenn die Diagnose verspätet gestellt wird.¹ Es konnte gezeigt werden, dass bereits eine Verzögerung von sechs Monaten von Symptombeginn bis zur ersten Konsultation beim Rheumatologen die Entwicklung von Gelenkerosionen begünstigt und in schlechteren Langzeitergebnissen bezüglich Beweglichkeit resultiert.² Diese strukturellen Schäden treten schon früh im Krankheitsverlauf auf. So ergab eine Studie, dass bei 47% der Patienten mit PsA nach durchschnittlich zwei Krankheitsjahren radiologisch Gelenkschäden nachgewiesen werden konnten.³ Eine rechtzeitige Diagnose und Therapie der PsA kann das Risiko einer dauerhaften Gelenkschädigung verringern oder sogar verhindern.^{3,4} Deshalb ist es von grosser Wichtigkeit, dass die Diagnose «PsA» so früh als möglich gestellt und eine adäquate Behandlung eingeleitet wird. Zur Unterstützung der Diagnosefindung kann zum Beispiel der Voruntersuchungs-Fragebogen PEST⁵ hinzugezogen werden (www.doppeltespech.ch).

Wie eine PsA diagnostiziert und behandelt werden kann und was es braucht, damit dies möglichst früh gelingt, erläutern Dr. Nathalie Irla-Vuille und Dr. Thomas Langenegger im Interview.

Interview mit der Dermatologin Dr. Nathalie Irla-Vuille, Zug, und dem Rheumatologen Dr. Thomas Langenegger, Zuger Kantonsspital, Baar

Dr. Irla-Vuille, wie entstehen Psoriasis und PsA?

Dr. Irla-Vuille: Beides sind sogenannte Autoimmunerkrankungen. Psoriasis der Haut entsteht dadurch, dass Entzün-

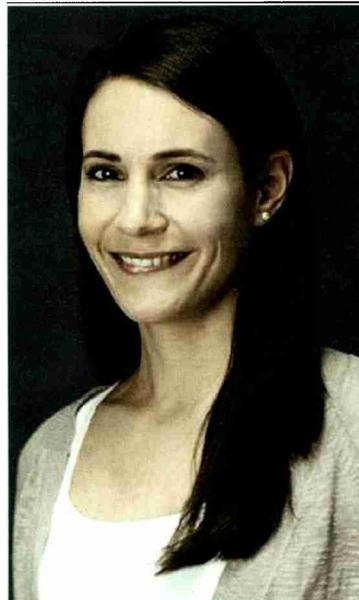


dungszellen in die Haut einwandern und dort Zytokine freisetzen. Dadurch kommt es zur Entzündung. Bei der PsA finden ähnliche Prozesse in den Gelenken statt. Bei Psoriasis liegt eine genetische Prädisposition vor, sie kann jedoch mehrere Generationen überspringen. Auch äussere Faktoren spielen eine Rolle und können einen Schub auslösen, wie zum Beispiel Stress, eine Krankheit oder Operation.

Wie manifestiert sich Psoriasis resp. PsA?

Wie manifestiert sich Psoriasis resp. PsA?

Dr. Irla-Vuille: Die Haut ist meist der erste Manifestationsort der Erkrankung, die Gelenke folgen oft erst Jahre später. Es gibt aber auch Patienten, bei denen zuerst die Gelenke betroffen sind und dann die Haut, und Patienten, die nur eine Gelenkmanifestation zeigen.



Dr. Nathalie Irla-Vuille

Kann man feststellen, welche Patienten eine Gelenkbeteiligung entwickeln könnten?

Dr. Irla-Vuille: Es gibt Zeichen, die darauf hindeuten, dass eine Gelenkproblematik auftreten könnte. Dies sind vor allem eine Beteiligung der Kopfhaut und Nägel oder Hautläsionen entlang der Analfalte. Aber ich frage meine Patienten bei jeder Konsultation direkt, ob Gelenkprobleme bekannt oder neu aufgetreten sind. Wenn dies bejaht wird, arbeite ich immer mit Rheumatologen zusammen. Die Diagnose einer PsA ist sehr schwierig zu stellen, bei Gelenkbeteiligung gehören die Patienten zu einem Rheumatologen.

Was raten Sie Patienten, die an Psoriasis erkrankt sind?

Dr. Irla-Vuille: Sie sollten angehalten werden, ihrem Hausarzt oder Dermatologen bei Schmerzen der Gelenke sofort darüber zu berichten.

Dr. Langenegger, gibt es einen typischen Verlauf der PsA?

Dr. Langenegger: Die PsA ist eine der Arthritis-Formen, die



sich am vielfältigsten präsentiert. Es kann ein einzelnes Gelenk betroffen sein, zum Beispiel das Knie, mehrere Gelenke, beispielsweise die Finger – was man dann «Wurstfinger» nennt –, oder die Wirbelsäule. Typische Symptome sind

Schmerzen, Morgensteifigkeit und Anlaufschwierigkeiten. Das klinische Spektrum ist sehr gross, was die Diagnosestellung schwierig macht.

Wie erfolgt die Diagnosestellung der PsA?

Dr. Langenegger: Die Diagnosestellung basiert einerseits auf den Hautmanifestationen, andererseits auf der Gelenkbeteiligung. Daneben helfen Laborresultate wie eine erhöhte Blutsenkung oder andere erhöhte Entzündungswerte. Auch ein konventionelles Röntgenbild oder eine MRT können für die Diagnosestellung herangezogen werden. Schwierig wird es vor allem dann, wenn die Patienten *keine* Hautbeteiligung aufweisen, was bei einem kleinen Prozentsatz der Fall ist.

Weshalb stellt sich die Diagnosestellung oft schwierig dar?

Dr. Langenegger: Das Problem liegt erstens beim Patienten, der wissen muss, dass Gelenkbeschwerden mit Psoriasis der Haut in Zusammenhang stehen können. Er muss also gut und richtig informiert sein. Zweitens in der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Dermatologe und Rheumatologe. In den letzten, sagen wir zehn Jahren hat sich die Zusammenarbeit stark verbessert. Das zeigt sich auch in meinem Alltag, denn Patienten werden heute viel früher an mich überwiesen, was eine frühe Diagnosestellung erlaubt. Es ist wirklich wichtig, dass die Zusammenarbeit gut funktioniert.

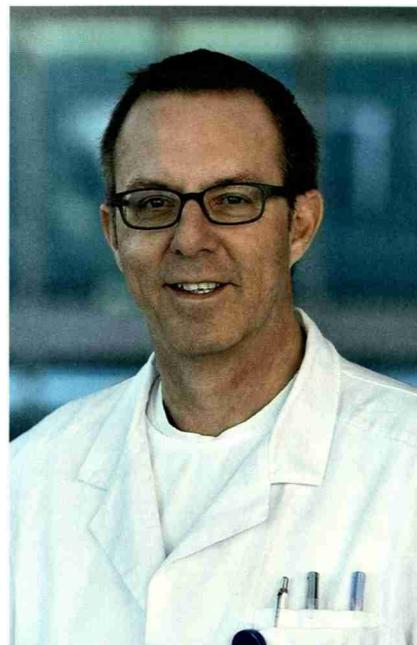
Weshalb ist eine frühe Diagnose wichtig?

Dr. Langenegger: Die frühe Diagnose ist sehr wichtig für die Therapie, denn ist die Diagnose «PsA» erst mal gestellt, kann man sie gut behandeln. Dadurch kann verhindert werden, dass die Gelenke durch die Entzündung bleibende Schäden erfahren und irreversibel zerstört werden.



Wie sieht Ihre Zusammenarbeit mit den Dermatologen aus?

Dr. Langenegger: Wichtig ist, dass die Zusammenarbeit gut funktioniert. In der Regel stellt der Rheumatologe die Diagnose «PsA». In Absprache mit dem Dermatologen wird dementsprechend ein Therapieplan festgelegt. Denn nicht alle Me-



Dr. Thomas Langenegger

dikamente, die auf die Entzündung der Gelenke wirken, haben auch eine Wirkung auf die Haut. Man muss Medikamente einsetzen, die sowohl auf die Haut als auch auf die Gelenke gut wirken. Dabei kommt es darauf an, welche Symptome im Vordergrund stehen, die Haut oder die Gelenke.

Wie sieht die Behandlung einer PsA aus?

Dr. Langenegger: Man muss wissen, die Behandlung der Psoriasis ist eine lebenslange

Therapie, denn die Krankheit ist nicht heilbar. Es gibt verschiedene Medikamentengruppen, die bei PsA eingesetzt werden können. Einerseits die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), die zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden, die jedoch die Krankheit nicht beeinflussen. Die erste Gruppe in der Therapie der PsA sind oft die Basismedikamente wie Methotrexat, Sulfasalazin und Leflunomid, die die Entzündungsaktivität mittel- und langfristig unterdrücken. Dann gibt es noch die Biologika, die potentesten Medikamente, welche die gesamten Entzündungsvorgänge nicht nur in den Gelenken, sondern auch in der Haut unterdrücken können und die dann



eingesetzt werden, wenn die Basistherapeutika nur ungenügend wirken. Im Idealfall können sie die Erkrankung absolut ruhigstellen. Das Ziel ist immer die Remission, die man trotz der guten Behandlungsmöglichkeiten nicht immer bei allen Patienten erreicht. Bei den EULAR-Therapieempfehlungen gibt es einen Behandlungsalgorithmus. Man muss immer mit einem Basistherapeutikum beginnen. Wenn dies ungenügend wirkt, wird in der Regel nach drei Monaten zusätzlich eine Biologika-Therapie verabreicht. Im Verlauf, wenn die Krankheit in Remission ist, kann versucht werden, die Medikamentendosis zu reduzieren oder sogar ein Medikament abzusetzen.

Was kann der Patient tun?

Dr. Langenegger: Der Patient soll sich gut informieren, aber an den richtigen Orten. Im Internet stösst man oft auf negative Erfahrungen und Therapieformen, die nicht Evidenz-basiert sind. Ich gebe meinen Patienten die Adressen von Patientenorganisationen wie der Polyarthritits-Vereinigung oder der Rheumaliga. Diese haben sehr gutes Informationsmaterial. Entscheidend für den Erfolg der Therapie ist die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Dermatologe und Rheumatologe – und natürlich dem gut informierten Patienten.

Dr. Irla-Vuille, Dr. Langenegger, vielen Dank für dieses Gespräch!

- 1 Gladman DD, et al. Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? *Ann Rheum Dis.* 2011 Dec;70(12):2152–4.
- 2 Haroon M, et al. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015 Jun;74(6):1045–50.
- 3 Kane D, et al. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxford).* 2003 Dec;42(12):1460–8.
- 4 Schett G, et al. Structural damage in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: traditional views, novel insights gained from TNF blockade, and concepts for the future. *Arthritis Res Ther.* 2011 May 25;13 Suppl 1:S4.
- 5 Helliwell PS. Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): a report from the GRAPPA 2009 annual meeting. *J Rheumatol.* 2011 Mar;38(3):551–2.

CHHUR160393 / 07.2016

Verantwortlich für den Inhalt dieses Beitrags

 AbbVie AG
 Neuhofstrasse 23
 6341 Baar
 www.abbvie.ch