



Psoriasisarthritis

Gelenkentzündung bei Schuppenflechte

5. 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.

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 Zehngelenken bemerkbar machen.

Zu Anfang sind Gelenke nur einer Körperseite betroffen. Mit fortschreitender Krankheit können sich immer mehr Gelenke entzünden. 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 sowie die Sehnen 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, so spricht man von einem »Etagenbefall«. Dies kann 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. Eine Wirbelsäulenezündung 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 knöcherner 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 auf der Haut, manchmal 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 Arzt versteckte Stellen gründlicher untersuchen und dabei besonderes Augenmerk auf Nabelbereich, Kopf oder Gehörgang richten. Zwischen dem Ausmaß von Arthritis und Schuppenflechte besteht meist 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 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.

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** und **CCP-Antikörpern**. Kann dagegen der Blutfaktor HLA-B 27 nachgewiesen werden, deutet dies eventuell auf eine Wirbelsäulenentzündung hin. Eine Schuppenflechte kann im Zweifelsfall auch durch Gewebeuntersuchungen bestätigt werden.

Gelenkerstörungen vorbeugen, so früh wie möglich

Durch die Entzündungen können Gelenke geschädigt und unwiederbringlich 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, hemmen die Entzündung und lindern Schmerzen, können jedoch nicht in das Krankheitsgeschehen eingreifen. Daher muss, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, 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 Nebenwirkungen. Sie müssen auch 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 (Biologika). 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 Wahl 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 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,
Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle

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

Info-Hotline 01804 – 60 00 00
(20 ct. pro Anruf aus dem deutschen Festnetz,
max. 42 ct. pro Anruf aus den Mobilfunknetzen)

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

Herausgeber:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

5. Auflage 2010 – 20.000 Exemplare
Drucknummer: MB 1.8/BV/10/2010

Mit finanzieller Unterstützung der
Deutschen Rentenversicherung Bund

