

Diagnostik und Therapie der Psoriasisarthritis

Gemeinsame Aufgabe für Dermatologen und Rheumatologen

Eine Expertengruppe, bestehend aus je acht bekannten Schweizer Dermatologen und Rheumatologen, hat in einem nationalen, interdisziplinären Konsensuspapier für die Praxis nützliche Empfehlungen zur Rolle der Dermatologen bei der Betreuung von Patienten mit Psoriasisarthritis erarbeitet (1).

Bei der Psoriasisarthritis handelt es sich um eine Spondylarthropathie (Spondyloarthritis) mit Entzündung peripherer Gelenke und der Wirbelsäule sowie von Sehnenansätzen (Enthesiopathie, Enthesitis), Sehnenscheiden und Schleimbeuteln. Eine Psoriasisarthritis entwickelt sich meistens erst etliche Jahre nach Beginn der Dermatose. Die Diagnose einer Psoriasisarthritis beeinflusst die Behandlungsstrategie bei Patienten mit Psoriasis stark. In der Regel benötigen Patienten mit Gelenkbeteiligung eine systemische Therapie, auch wenn die Dermatose eher wenig ausgeprägt ist und topische Behandlungen für die Hautsymptome ausreichen könnten. Gestützt auf eine systematische Auswertung der neueren Literatur (zwischen Januar 2000 und März 2013 erschienene Artikel) waren sich die Experten über folgende die Psoriasisarthritis betreffende Aussagen einig (1):

▲ In der Vergangenheit wurde die Prävalenz der Psoriasisarthritis unterschätzt. *Kommentar:* Im Vergleich zu älteren Publikationen fanden neuere Untersuchungen eine wesentlich höhere Prävalenz und in dermatologischen Kliniken einen Trend zur Unterdiagnose.

▲ Die Psoriasisarthritis trägt signifikant zur Morbidität von Patienten mit Psoriasis bei. *Kommentar:* Patienten mit Psoriasisarthritis weisen eine signifikant geringere Lebensqualität und mehr Fatigue auf im Vergleich zu Psoriasispatienten ohne Gelenkbeteiligung.

▲ Eine Psoriasisarthritis muss möglichst frühzeitig diagnostiziert werden. *Kommentar:* Bei etwa der Hälfte der Patienten verläuft die Psoriasisarthritis chronisch progressiv. Neuere Daten sprechen dafür, dass die Resultate bei früher Behandlung besser sind.

▲ Dermatologen haben es in der Hand, die Psoriasisarthritis früh zu erkennen. *Kommentar:* In der Regel erscheint zuerst die Psoriasis auf der Haut und erst nach etlichen Jahren die Psoriasisarthritis.

▲ Ob eine Psoriasisarthritis vorhanden ist oder nicht, beeinflusst die Wahl der Therapie substantiell. *Kommentar:* Gemäss den vorhandenen Guidelines macht eine Psoriasisarthritis fast in allen Fällen eine systemische Therapie erforderlich, unabhängig vom Ausmass der Psoriasis. TNF-alpha-Blocker werden zur Behandlung von Enthesitis, Daktylitis und axialer Erkrankung recht früh benötigt.

Nagelbeteiligung deutet auf Psoriasisarthritis hin

Wahrscheinlich wirkt es sich auf die klinische und radiologische Progression bei Psoriasisarthritis günstig aus, wenn die Gelenkbeteiligung frühzeitig entdeckt und behandelt wird. Dass die Nagelbeteiligung bei Psoriasis einen starken Hinweis auf eine möglicherweise bestehende Psoriasisarthritis darstellt, wurde kürzlich bei der retrospektiven Analyse von Studiendaten (fast 6000 Psoriasispatienten) bestätigt. Hamburger Dermatologen konnten die Beteiligung der Nägel als signifikanten Prädiktor für eine gleichzeitige Psoriasisarthritis etablieren. Eine Nagelpsoriasis wiesen 72,5 Prozent der Patienten mit Psoriasisarthritis auf, während dies nur bei 41,5 Prozent der Patienten ohne Psoriasisarthritis der Fall war. In der Regressionsanalyse (4146 Patienten) betrug die Odds Ratio für gleichzeitige Psoriasisarthritis bei Nagelbefall 2,93. Dagegen erwies sich die Kopfhautpsoriasis, entgegen bisherigen Vermutungen, nicht als signifikanter Prädiktor von Psoriasisarthritis. (nach Referenz [2])



Abbildung: Distale Onycholyse und Ölfleck: Nagelbeteiligung bei Psoriasis. (Foto: Archiv)

- ▲ Nicht-Rheumatologen sollten Psoriasispatienten nach Gelenk- und Rückenschmerzen fragen. *Kommentar:* Klinische Zeichen entzündlicher Gelenkerkrankungen sind geschwollene oder druckschmerzhaft Gelenke. Das relativ unspezifische Symptom «Rückenschmerzen» kann Ausdruck einer axialen Beteiligung bei Psoriasisarthritis sein.
- ▲ Nicht-Rheumatologen müssen die klinischen Manifestationsformen der Psoriasisarthritis kennen. *Kommentar:* Die Psoriasisarthritis kann periphere Gelenke und das axiale Skelett betreffen und sich in Form von Enthesitis, Daktylitis und Uveitis äussern.
- ▲ Nicht-Rheumatologen sollten keine bildgebende Diagnostik vornehmen (z.B. Röntgenbilder, Magnetresonanztomographien, Ultraschalluntersuchungen).
- ▲ Wenn von Nicht-Rheumatologen eine Psoriasisarthritis vermutet wird, sollte ein Rheumatologe die Diagnose bestätigen. *Kommentar:* Die Diagnose muss fundiert sein, denn bei der Psoriasisarthritis handelt es sich um eine nicht heilbare, oft schwere Erkrankung, die in der Hälfte der Fälle chronisch progressiv verläuft.
- ▲ Bevor Dermatologen eine Behandlung mit DMARD (disease-modifying antirheumatic drugs) einleiten, sollte die Therapie mit Rheumatologen diskutiert werden. *Kommentar:* Bei DMARD ist die Effektivität gegenüber Haut- beziehungsweise Gelenksymptomen unterschiedlich. Der Behandlungsalgorithmus der Rheumatologen ist komplex. Die Therapie wird unter Berücksichtigung der Hauptsymptome individuell ausgewählt. Bei einigen klinischen Manifestationsformen der Psoriasisarthritis (z.B. axiale Beteiligung, Daktylitis, Enthesitis) sind DMARD ungenügend wirksam.
- ▲ Dermatologen und Rheumatologen sollten Patienten mit Psoriasisarthritis – entsprechend dem klinischen Verlauf in flexibler Kooperation – gemeinsam betreuen. *Kommentar:* Dieses Konzept bildete die Grundlage der Konsensusinitiative.
- ▲ Für die Therapie sind Medikamente, deren Wirksamkeit sowohl bei Psoriasis als auch bei Psoriasisarthritis dokumentiert ist, vorteilhaft. *Kommentar:* Durch Verwendung von Medikamenten, die sich zur Behandlung mehrerer verschiedener Krankheitsmanifestationen eignen, kann die Anzahl benötigter Medikamente reduziert werden (Vereinfachung des Behandlungsschemas, Verbesserung der Adhärenz, Reduktion möglicher Arzneimittelinteraktionen).
- ▲ Minimale Krankheitsaktivität (minimal residual disease activity) bildet das Behandlungsziel bei der Psoriasisarthritis. *Kommentar:* Wenn die Behandlung auf dieses Ziel ausgerichtet ist, muss in der Regel mit weniger strukturellen Gelenkschäden gerechnet werden als bei Standardbehandlungen.
- ▲ Das Ansprechen auf die Behandlung sollte regelmässig (ca. alle 3 Monate) beurteilt werden, wobei die Therapie entsprechend anzupassen ist. *Kommentar:* Nicht nur bei Patienten mit Psoriasisarthritis, sondern auch bei Psoriasispatienten sollte in strukturierter Weise regelmässig kontrolliert werden, wie gut die gesteckten Therapieziele erreicht wurden. ▲

Alfred Lienhard

Referenzen:

1. Boehncke WH et al. The dermatologists' role in managing psoriatic arthritis: Results of a Swiss Delphi exercise intended to improve collaboration with rheumatologists. *Dermatology* 2015 (published online). (Initiative supported by an unrestricted educational grant from Merck & Co Inc. Switzerland.)
2. Langenbruch A et al.: Nail involvement as a predictor of concomitant psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2014; 171: 1123–1128. (Die Studie wurde von MSD Sharp & Dohme GmbH, Deutschland, unterstützt.)