



Psoriasis-Arthritis

Aktiv im Leben stehen.





Liebe Patientin, lieber Patient,

der erste Schritt zur Besserung beginnt für den Betroffenen mit der umfassenden Information über seine Erkrankung. Dies gilt vor allem für eine chronische Erkrankung wie die Psoriasis-Arthritis. Diese chronische Entzündung der Gelenke geht in den meisten Fällen mit Entzündungssymptomen an der Haut (Schuppenflechte) einher. Bei etwa einem Drittel der Patienten mit diagnostizierter Schuppenflechte kommen im Laufe der Zeit zu den Hauterscheinungen auch noch typische Gelenksbeschwerden hinzu. Die Ausprägung kann ganz unterschiedlich sein – von leichten Gelenkschwellungen und mäßigen Beschwerden bis hin zu starken Schmerzen und erheblicher Beeinträchtigung der Beweglichkeit.

Lange wurden die körperlichen und seelischen Belastungen einer Psoriasis-Arthritis für die Betroffenen, aber auch die sozialen und volkswirtschaftlichen Aus-



wirkungen dieser Erkrankung – auch von vielen Ärzten – unterschätzt. Lange Zeit war auch die Behandlung oft unbefriedigend, da nur wenige Medikamente für die Therapie der Psoriasis-Arthritis zugelassen waren und insbesondere zur Langzeittherapie nur wenige verlässliche Daten vorlagen. Diese Zeiten sind glücklicherweise vorbei: Durch die medizinische Forschung hat die Therapie der Schuppenflechte und der Psoriasis-Arthritis in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Dank moderner Behandlungsmöglichkeiten, wie z. B. Biologika, gelingt es heute immer besser, das Fortschreiten von zerstörerischen Krankheitsprozessen aufzuhalten und einen Zustand der weitgehenden oder sogar vollständigen Beschwerdefreiheit zu erreichen.

Der erste Schritt zur Besserung ist immer das Wissen um die Vorgänge im Körper und eine aktive Mitarbeit.

Wer an einer Psoriasis-Arthritis leidet, benötigt eine Menge an Informationen. Dieser Patientenratgeber soll für Sie einen Beitrag dazu leisten, weil er viele wichtige und aktuelle Fakten rund um das Thema Psoriasis-Arthritis enthält. Aktiv und gezielt kann man einer Krankheit immer am besten begegnen, wenn man über ein Maximum an Informationen verfügt.

Eine informative und interessante Lektüre wünscht Ihnen

Ihr Pfizer Inflammation Team





„Dermatologen und Rheumatologen sollen bei dieser Erkrankung, die Haut und Gelenke betrifft, ganz eng zusammenarbeiten.“*

Informationen zur Erkrankung

Die wichtigsten Informationen rund um Psoriasis-Arthritis übersichtlich zusammengefasst

Was ist Psoriasis-Arthritis (PsA)?

Die Psoriasis-Arthritis (andere Bezeichnungen: Psoriasis arthropathica, Arthritis oder Arthropathia psoriatica) ist eine chronische Gelenkentzündung (Arthritis), die sehr häufig im Zusammenhang mit der Schuppenflechte (Psoriasis) vorkommt und an der Haut mit den typischen Hautschuppungen sichtbar wird. Viele Patienten (ca. 60–90 %) weisen zusätzlich charakteristische Nagelveränderungen auf.



Die Psoriasis-Arthritis zählt zusammen mit anderen chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankungen zur Gruppe der sogenannten Spondyloarthropathien oder Spondyloarthritiden (SpA).

Spondyloarthritis bedeutet Entzündung der kleinen Gelenke der Wirbelsäule, eventuell auch des Iliosakralgelenks (zwischen Becken und Wirbelsäule).

Wie häufig ist die Psoriasis-Arthritis?

Eine Psoriasis tritt in Deutschland bei etwa 2 % der Bevölkerung auf, und etwa ein Drittel dieser Patienten leidet zusätzlich an einer Psoriasis-Arthritis. Dies bedeutet, dass etwa drei von 1000 Menschen (0,3 % der Bevölkerung) an einer Psoriasis-Arthritis erkrankt sind.



Wer ist betroffen?

Die Psoriasis-Arthritis tritt hauptsächlich im Erwachsenenalter zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr erstmalig auf. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Da eine Veranlagung zur Entwicklung einer Schuppenflechte und Psoriasis-Arthritis weitervererbt werden kann, haben Verwandte von Patienten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Bis zu 75 % der Patienten bekommen die charakteristischen Hautveränderungen vor der Gelenkentzündung; die Psoriasis kann der Gelenkbeteiligung dabei um Monate bis Jahre vorausgehen. Bei jeweils etwa 10 % entwickelt sich die Arthritis vor den Hauterscheinungen oder es tritt beides gleichzeitig auf.



Wie entsteht die Psoriasis-Arthritis?

Über Ursachen und Entstehung der Psoriasis-Arthritis sowie Zusammenhänge mit der Psoriasis ist vieles noch unbekannt.

Wahrscheinlich spielt bei der Entstehung eine Kombination aus genetischen (Vererbung), immunologischen und umweltbedingten Faktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht) eine Rolle.

Bestimmte Gene, die man im Einzelnen aber noch nicht kennt, scheinen für die erbliche Veranlagung zur Entwicklung einer Gelenkbeteiligung verantwortlich zu sein. Zudem gilt als gesichert, dass der Erkrankung eine Störung des Immunsystems

zugrunde liegt. Diese bewirkt eine Kettenreaktion von verschiedenen Prozessen, an denen zahlreiche Zellen und entzündungsfördernde Botenstoffe beteiligt sind.

Zu den Entzündungszellen zählen z. B. T-Zellen, Killerzellen und Makrophagen. Über verschiedene Botenstoffe (z. B. TNF- α , Interleukin 12, 17 und 23) kommunizieren die Entzündungszellen untereinander.

Das Zusammenwirken der Entzündungszellen und Botenstoffe führt letztlich zur chronischen Entzündung.



Welche Botenstoffe spielen bei der Psoriasis-Arthritis eine Rolle?

Eine zentrale Rolle im Entzündungsprozess einer Psoriasis-Arthritis spielen entzündungsfördernde Botenstoffe, sogenannte Zytokine. Speziell für die PsA sind TNF- α , Interleukin 12, 17 und 23.

Welche Rolle spielen die Botenstoffe?

Diese entzündungsfördernden Botenstoffe z. B. der Tumornekrosefaktor alpha (TNF- α) werden in Entzündungszellen gebildet. Tumornekrosefaktor alpha

(TNF- α) ist ein natürlich vorkommender Botenstoff (Zytokin) des Immunsystems, der bei entzündlichen und immunologischen Prozessen verschiedener chronisch-entzündlicher Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielt und vermehrt gebildet und ausgeschüttet wird. Damit aktiviert er das Immunsystem weiter und sorgt dafür, dass weitere proinflammatorische (entzündungsfördernde) Prozesse angestoßen werden. Auch die Interleukine verstärken auf diese Weise die Entzündung.

Hemmt man diese entzündungsfördernden Botenstoffe durch Medikamente, die der Bildung oder der Wirkung dieser Botenstoffe entgegenwirken, kann

man die Entzündung reduzieren oder ganz unterdrücken.

Welche Kennzeichen sind typisch?

+ Veränderungen der Gelenke

Charakteristische Beschwerden für die Psoriasis-Arthritis sind (druck-)schmerzhafte oder geschwollene Gelenke sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit, die zumeist morgens nach dem Aufstehen am stärksten ausgeprägt ist. Man spricht dann von Morgensteifigkeit. Es sind jedoch nicht immer nur die Gelenke befallen: Auch eine Entzündung der den Gelenken benachbarten Weichteile, beispielsweise der Sehnenansätze (Enthesitis), Muskelansätze, Schleimbeutel oder Bänder sind typisch für eine PsA.

+ Häufig betroffen sind die Achillessehne oder Sehnenansätze an Fußsohle, Knie, Beckenknochen und Rippen.

Welche Gelenke sind betroffen?

Von einer Psoriasis-Arthritis am häufigsten betroffen sind Knie-, Sprung-, Zehen- und Fingergelenke. Bei diesem Befallsmuster spricht man auch vom peripheren Typ. Charakteristischerweise sind nur wenige Gelenke gleichzeitig entzündet, die Erkrankung verläuft häufig asymmetrisch, d.h. nicht seitengleich. Typisch ist auch eine sogenannte Daktylitis, bei der die Entzündung einen ganzen Finger oder eine ganze Zehe befällt (sogenannter „Wurstfinger“ oder „Wurstzeh“).





+ **Zusätzlich können auch Gelenke der Wirbelsäule und die Verbindung zwischen Darm- und Kreuzbein (Iliosakralgelenk) beteiligt sein. Diese Form wird auch als zentraler oder axialer Typ bezeichnet.**

Die Beteiligung bzw. Entzündung der kleinen Gelenke der Wirbelsäule und des Iliosakralgelenks geht mit chronischen Rückenschmerzen einher, welche in den Nacht- und Morgenstunden auftreten und in Ruhe eine Verschlechterung aufweisen. Diese Symptomatik wird auch als entzündlicher Rückenschmerz bezeichnet.





„Die Psoriasis-Arthritis darf in Bezug auf ihr mögliches Fortschreiten nicht länger unterschätzt werden. Andererseits ist der Verlauf sehr variabel. Daher bedeutet die Diagnose

Psoriasis-Arthritis noch lange nicht, dass die Erkrankung rasch fortschreiten muss und zur Behinderung führen wird.“*

Veränderungen der Haut

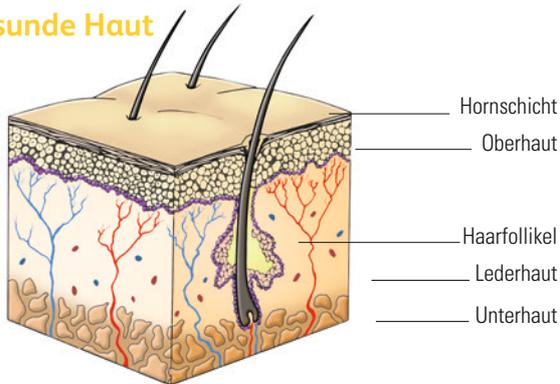
+ Die Schuppenflechte

Die Schuppenflechte ist eine Erkrankung mit einem sehr vielgestaltigen Erscheinungsbild. Die Psoriasis vulgaris („vulgaris“ = „gewöhnlich“) ist mit über 90% die häufigste Form.

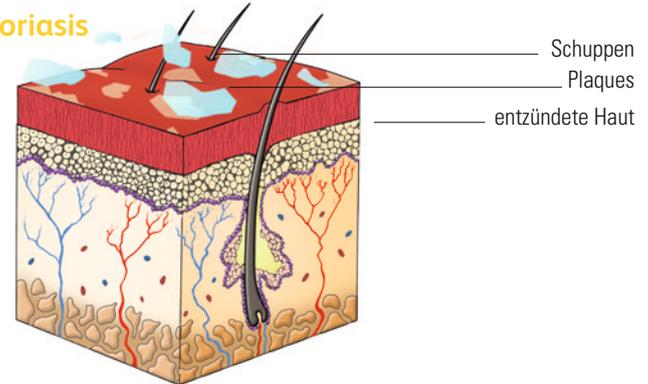
Das Krankheitsbild kann von minimalen Symptomen bis zu ausgeprägten Veränderungen mit

Beteiligung großer Hautflächen reichen. Die typischen Hautveränderungen sind dabei sogenannte Plaques: scharf begrenzte, über das Hautniveau erhabene rötliche Herde, die mit silbrig-glänzenden Schuppen bedeckt sind.

Gesunde Haut



Psoriasis



Größe, Form, Ausdehnung und Sitz dieser Plaques sind von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich und weisen häufig verschiedene Entwicklungsstufen auf.

Die Herde können prinzipiell überall auftreten, bestimmte Körperstellen sind jedoch bevorzugt. Dazu zählen die Streckseiten der Knie und Ellbogen, der Kreuzbeinbereich (oberhalb des Gesäßes), die Pofalte, die Nabelregion sowie der behaarte Kopf (Capillitium) und die Ohren. An der behaarten Kopfhaut finden sich häufig scharf begrenzte, stark schuppige und entzündlich gerötete Herde.

- + **Manchmal ist die Schuppenbildung am Kopf nur schwach ausgeprägt und deutet als einziges Anzeichen auf die Erkrankung hin, ohne dass weitere Veränderungen an der Haut sichtbar sind.**





Welche Begleiterscheinungen können auftreten?

+ Nagelveränderungen

Bei bis zu 90% aller Patienten mit Psoriasis-Arthritis sind die Nägel mehr oder weniger auffällig verändert. In der Regel sind mehrere Nägel an Händen und Füßen beidseits gleichzeitig betroffen, manchmal auch die umgebende Haut. Am häufigsten finden sich sogenannte Tüpfelnägel mit kleinen (bis etwa stecknadelkopfgroßen) grubchenförmigen Einsenkungen in der Nagelplatte, die durch Störungen des Nagelwachstums entstehen.

Seltener kommt es zu ausgeprägten Veränderungen der Oberflächenstruktur des Nagels. Auch das Nagelbett, die Unterlage der Nagelplatte, kann beteiligt sein: Häufig bilden sich gelb-bräunliche Verfärbungen, die durch die Nagelplatte hindurchscheinen und an durch ölige Lösung verursachte Flecken erinnern. Deshalb werden sie als (psoriatische) Ölflecke bezeichnet. Bei ausgeprägten Veränderungen verliert der Nagel seinen Halt im Nagelbett und kann sich ablösen.

+ metabolisches Syndrom

Bei Patienten mit einer Psoriasis-Arthritis wird sehr häufig ein metabolisches Syndrom diagnostiziert. Das metabolische Syndrom wird heute als der entscheidende Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen angesehen und durch vier Faktoren charakterisiert: abdominelle Fettleibigkeit (Adipositas), Bluthochdruck (Hypertonie), zu hoher Cholesterinspiegel im Blut (Hypercholesterinämie) und Insulinresistenz (Diabetes mellitus).

Der chronische Entzündungsprozess der PsA an Haut und Gelenken führt hier zu einem deutlich verstärkten Risiko, insbesondere wenn zusätzliche Faktoren, wie beispielsweise das Rauchen, hinzukommen. Rauchen ist damit nicht nur ein Risikofaktor bei der Entstehung der Psoriasis-Arthritis, es wirkt sich auch auf den Krankheitsverlauf und die Begleiterkrankungen negativ aus.

Wie verläuft die Psoriasis-Arthritis?

Eine Psoriasis-Arthritis kann individuell ganz unterschiedlich verlaufen. Im Allgemeinen neigt die Erkrankung zum Fortschreiten, sodass im Laufe der Zeit zunehmend mehr Gelenke befallen werden.

Man unterscheidet traditionell verschiedene Verlaufsformen. Diese lassen sich durch das Krankheitsbild (v. a. das Befallsmuster der Gelenke) und durch Befunde aus bildgebenden Verfahren unterscheiden. Allerdings gibt es auch Übergangs- und Mischformen.

Typen der PsA

1 Symmetrische Polyarthrit



2 Asymmetrische oligoartikuläre Arthritis



3 Distal interphalangeal dominante Arthritis



4 Spondyloarthritis



5 Arthritis mutilans



„Der Verlauf der Psoriasis-Arthritis ist nur sehr schwer vorherzusagen. Es gibt nur wenige Kriterien, die darauf hinweisen, dass die Erkrankung bei einem Patienten rascher weitergehen wird. Jedoch stehen uns heute sehr wirkungs-

volle Medikamente zur Verfügung, die den rasch fortschreitenden, die Gelenke zerstörenden Verlauf deutlich besser beeinflussen können als noch vor Jahren.“*

Verlaufsform	Häufigkeit (bezogen auf alle Fälle)	Bevorzugte Gelenke	Typische Kennzeichen bzw. Besonderheiten
Asymmetrische Form (Oligoarthritis)	über 50 %	Finger- oder Zehnmittel-, -end- und -grundgelenke, Knie- und Hüftgelenke	Milder Verlauf, nur wenige Gelenke sind entzündet, Gelenke sind meist geschwollen und schmerzhaft
Symmetrische Polyarthritis	20–40 %	Handgelenke, Zwischen- und Endgelenke der Finger und Zehen	Zumeist symmetrische Verteilung, eher schwerer Verlauf
Distale interphalangeale (DIP) Arthritis	ca. 5 %	Finger- oder Zehenendgelenke	Mehrere Gelenke sind entzündet, asymmetrisch als auch symmetrisch; ähnliche Beschwerden wie bei asymmetrischer Form; Nagelver- änderungen häufig
Wirbelkörperentzündung (Spondyloarthritis)	Alleine selten, häufiger gemeinsam mit anderen Verlaufsformen (bis zu 15 %)	Kreuz-Darmbein-Verbindungen (Iliosakralgelenke) und/oder Wirbelgelenke	Schmerzhafte Bewegungseinschrän- kungen im Bereich der Wirbelsäule, manchmal auch ohne Beschwerden
Mutilierende Arthritis	ca. 5 %	Meist viele Gelenke an Händen und Füßen, aber auch Wirbel- gelenke und die Verbindung zwischen Kreuz- und Darmbein (Iliosakralgelenk)	Relativ schwerer Verlauf mit Verän- derungen in den Knochen (Knochen- abbau) und Gelenken, die zu schweren Deformitäten und Bewegungsein- schränkungen führen, häufig begleitet von Allgemeinsymptomen (z. B. Fieber, Gewichtsverlust) und ausgeprägten Hauterscheinungen



Wie wird Psoriasis-Arthritis diagnostiziert?

Insbesondere wenn eine Psoriasis bereits bekannt ist, sollten neu auftretende Gelenkbeschwerden immer möglichst frühzeitig und gründlich abgeklärt werden, um die Erkrankung rechtzeitig und gezielt erkennen und behandeln zu können.

Zur Unterscheidung der Psoriasis-Arthritis von anderen ähnlichen (Gelenk-)Erkrankungen dient neben den typischen Beschwerden und dem Befallsmuster der Gelenke die Beurteilung von Röntgenaufnahmen, denn die betroffenen Knochen und Gelenke zeigen oft charakteristische Veränderungen.

Ein wesentlicher Hinweis ist das aktuelle oder frühere Vorhandensein einer Psoriasis beim Patienten selbst oder bei nahen Verwandten. Bei manchen Patienten verläuft die Psoriasis-Arthritis schmerzarm, daher suchen sie meist nicht sofort einen Arzt auf.



Dadurch verstreicht oft wertvolle Zeit, denn trotz fehlender oder nur leichter Beschwerden kann es zu einem Umbau des Knochens mit Bewegungseinschränkungen kommen.

Die nachfolgend aufgeführten Untersuchungsmöglichkeiten sind nicht nur wichtig zur Diagnosestellung, sondern auch zur Verlaufskontrolle und Überwachung des Therapieerfolgs.

+ Bildgebende Verfahren

Röntgenbilder und die Sonografie (Ultraschall) von befallenen Gelenken weisen oft charakteristische Veränderungen auf. Bei bestimmten Fragestellungen liefert die Magnetresonanztomografie (MRT, Kernspintomografie) wichtige zusätzliche Hinweise. Dies trifft vor allem bei Befall der Kreuz-Darmbein-Gelenke und der Wirbelsäule zu.

Mit der MRT, die mit oder ohne Kontrastmittel durchgeführt werden kann, lassen sich akute Entzündungen schon frühzeitig nachweisen. Zur Beurteilung von Entzündungsprozessen an Sehnen (-ansätzen) kann besonders die Gelenksonografie (Arthrosonografie) hilfreich sein, die auf Ultraschalltechnik beruht.

+ Laboruntersuchungen

Es gibt keine spezifischen Laboruntersuchungen, mit denen sich eine Psoriasis-Arthritis eindeutig feststellen lässt. In Abhängigkeit von der Entzündungsaktivität sind einige Laborwerte mehr oder weniger stark erhöht, die allgemein auf eine Entzündung im Körper hinweisen. Dazu zählen vor allem die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und die Konzentration des C-reaktiven Proteins (CRP).

Diese Werte sind jedoch auch bei anderen entzündlichen Erkrankungen erhöht und sagen daher für sich alleine nur wenig aus. Der sogenannte Rheumafaktor, Antikörper gegen cyclisches citrulliniertes Peptid (CCP), der bei der rheumatoiden Arthritis zumeist positiv (d.h. nachweisbar) ist, lässt sich bei Psoriasis-Arthritis nur in wenigen Fällen nachweisen und dient daher auch als Hinweis zur Abgrenzung gegenüber der rheumatoiden Arthritis.





Welche anderen Erkrankungen können ähnlich sein?

Als Ursachen für ganz ähnliche Symptome und Beschwerden können auch andere rheumatische Erkrankungen infrage kommen. Zu den wichtigsten Krankheiten, die von einer Psoriasis-Arthritis abgegrenzt werden müssen, zählen die rheumatoide Arthritis, Bindegewebserkrankungen und Spondyloarthritiden.

Fortschreiten der PsA

Folgende Anzeichen weisen darauf hin, dass die Erkrankung fortschreitet:

- + **An mehreren Gelenken treten eindeutig sichtbare Schwellungen auf.**
- + **Die Entzündungsschübe an Gelenken, Sehnenansätzen oder der Haut sind ausgeprägter und halten länger an.**

- + Der Arzt stellt dauerhaft Entzündungszeichen im Blut fest.
- + Röntgenbilder oder andere bildgebende Verfahren zeigen Veränderungen, die sich als beginnende oder neue Zerstörung der Gelenke deuten lassen.



„Das Fortschreiten der Erkrankung kann besonders deutlich an charakteristischen Veränderungen in den Röntgenbildern (evtl. auch in der Kernspintomografie oder anderen bildgebenden Verfahren) festgestellt werden.

Deshalb ist eine Kontrolle der betroffenen Gelenke besonders an Händen und Füßen durch regelmäßige Röntgenaufnahmen ca. einmal pro Jahr notwendig.“*



Informationen zur Behandlung

Erfahren Sie, was heute alles möglich ist

Wie kann die Psoriasis-Arthritis (PsA) behandelt werden?

Die Therapie der Psoriasis-Arthritis verlangt Sachverstand und gehört in die Hand eines Facharztes, d. h. eines Rheumatologen und/oder Dermatologen.

Ziel jeder Behandlung ist es, den Entzündungsprozess zu kontrollieren, Schmerzen und andere Beschwerden zu lindern, die Gelenkfunktion und Beweglichkeit zu erhalten und das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Dafür ist die Einnahme oder Anwendung von Medikamenten notwendig. Unterstützend wirken in jedem Fall physiotherapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik.

TIPP

Regelmäßige Kontrollen durch einen geeigneten Arzt (ca. alle 3 Monate) sind die beste Voraussetzung, die Entwicklung der Erkrankung festzustellen und darauf mit geeigneten Therapiemaßnahmen reagieren zu können.



Medikamentöse Therapie

Je nach Beschwerdebild und Stadium der Erkrankung stehen verschiedene Wirkstoffgruppen zur Verfügung. Bei gleichzeitig bestehender Psoriasis ist es günstig, wenn das angewendete Medikament auch die Hautveränderungen bessert.

+ Kortisonfreie Entzündungshemmer

Zu Beginn einer Therapie werden im Allgemeinen sogenannte nichtsteroidale (= kortisonfreie) Antirheumatika (NSAR) oder Antiphlogistika eingesetzt. Sie wirken in erster Linie entzündungshemmend und schmerzstillend.

Allerdings können einige dieser Substanzen die Hautveränderungen auch verschlechtern oder zu Magen-Darm-Beschwerden führen. Letzteres gilt vor allem für ältere Vertreter dieser Wirkstoffgruppe (z. B. Acetylsalicylsäure, Ibuprofen, Diclofenac). Neuere Substanzen sind die sogenannten COX-2-Hemmer (Coxibe). Diese sind aufgrund einer spezifischeren Wirkungsweise besser magenverträglich.

+ Glukokortikoide (Kortison)

Kortisonpräparate werden im medizinischen Sprachgebrauch auch als Glukokortikoide, Kortikoide oder Steroide bezeichnet. Glukokortikoide sind Abkömmlinge des Kortisols, eines natürlichen Hormons der Nebennierenrinde. Dieses hat vielfältige Wirkungen im menschlichen Körper. Sie besitzen eine stark entzündungshemmende Wirkung, können aber die Psoriasis verstärken. Sie können als Tablette genommen werden, aber bei akuter und starker Entzündung einzelner Gelenke besteht die Möglichkeit, Glukokortikoide (Kortison) direkt ins Gelenk (intraartikulär) zu spritzen, um eine rasche Linderung von Schmerzen und Schwellung zu erreichen.



+ Basistherapeutika

Bei nicht ausreichendem Ansprechen auf die Therapie mit nichtsteroidalen Antiphlogistika oder schwerem, fortschreitendem Verlauf werden in der Regel sogenannte Basistherapeutika eingesetzt. Das sind Medikamente, die im Allgemeinen zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis und anderer chronisch-entzündlicher Erkrankungen angewendet werden. Nur einige wenige Basistherapeutika sind auch für die Behandlung der Psoriasis-Arthritis zugelassen. Dazu zählen Methotrexat (MTX), Leflunomid und Goldverbindungen.

Einige weitere Wirkstoffe scheinen ebenfalls bei Psoriasis-Arthritis wirksam zu sein. Beispielsweise werden bei Patienten, die wegen einer schweren Psoriasis mit Ciclosporin behandelt werden, häufig auch Besserungen einer gleichzeitig bestehenden Gelenkentzündung beobachtet.

+ Methotrexat

Methotrexat (MTX) ist ein Medikament mit vielfältigen Wirkungen. Bei der Psoriasis-Arthritis wirkt es im

Wesentlichen, indem es in den Entzündungsablauf eingreift und überschießende Reaktionen des Immunsystems hemmt. MTX ist gegen Gelenkentzündungen und Hautveränderungen wirksam und auch für beide Anwendungsgebiete zugelassen.

Die Substanz steht als Injektionslösung und in Form von Tabletten zur Verfügung und wird einmal pro Woche verabreicht. Es ist u. a. auch eine subkutane Injektion (unter die Haut) möglich, die vom Patienten selbst mittels einer Fertigspritze durchgeführt werden kann. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind Leber- und Blutbildveränderungen.

Um die Leber zu schonen, sollten Patienten während der MTX-Behandlung keinen Alkohol trinken. Außerdem sollte intensive Sonnenbestrahlung vermieden werden. Zudem kann die zusätzliche (versetzte) Einnahme von Folsäure die Nebenwirkungen beträchtlich senken. Häufige Nebenwirkungen sind u. a. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Durchfall. Eine vollständige Liste der Nebenwirkungen finden Sie in der entsprechenden Packungsbeilage.





„Patienten mit Psoriasis-Arthritis müssen darüber informiert werden, dass sie eine ernst zu nehmende Erkrankung haben, die auch an den Gelenken zerstörerisch wirken kann. Deshalb sollten sie sich regelmäßig von einem Facharzt untersuchen lassen, um den Verlauf beurteilen zu lassen. Sie sollen aber auch wissen, dass wir heute effektive Therapien zur Verfügung haben, die bei einem rasch fortschreitenden Verlauf einzusetzen sind.“*





+ Leflunomid

Leflunomid wirkt bei Psoriasis-Arthritis, indem es die Entzündung, gestörte Reaktionen des Immunsystems und die gesteigerte Gewebsvermehrung hemmt. Es wird in Tablettenform in der Regel einmal täglich eingenommen.

Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählen u. a. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Haarausfall oder Hautausschläge. Bei manchen Patienten kommt es zu einem leichten Blutdruckanstieg oder einem vorübergehenden geringen Gewichtsverlust.

TIPP

Im Verlauf der Therapie (unabhängig von dem Medikament) sind in den ersten 6 Monaten alle 2 Wochen und danach alle 2–4 Wochen Kontrolluntersuchungen erforderlich. Dabei werden der Blutdruck gemessen und anhand von Blut- und Urinproben die Leber- und Nierenfunktion sowie das Blutbild überprüft.



Biologische Substanzen

Wenn kortisonfreie Entzündungshemmer und Basistherapeutika nicht ausreichend wirksam sind, besteht die Möglichkeit einer Therapie mit Biologika, einer modernen Generation von Medikamenten. Zu ihnen zählen TNF- α -Antagonisten, Interleukin 12/23 und Interleukin 17 Hemmer.

Es handelt sich um verschiedenartige gentechnisch hergestellte Eiweißstoffe (Proteine), die therapeutisch wirksam sind, indem sie die Aktivität natürlich vorkommender Substanzen fördern oder hemmen. Sie werden von lebenden Zellen mithilfe biotechnologischer Verfahren hergestellt.

Die meisten Präparate werden unter die Haut (subkutan) gespritzt und können nach entsprechender Anleitung auch vom Patienten selbst verabreicht werden. Da Biologika sehr zielgerichtet wirken, scheinen sie normale (physiologische) Vorgänge im Körper weniger zu beeinträchtigen und nebenwirkungsärmer zu sein als herkömmliche Medikamente.

„Unter dem Begriff Biologika fasst man Medikamente zusammen, welche einen direkten Einfluss auf natürlich vorkommende Botenstoffe im Körper ausüben, die beim Entzündungsprozess

im Gelenk oder Sehnenansatz von Bedeutung sind. Mit diesen Medikamenten kann der Entzündungsprozess deutlich unterdrückt und manchmal sogar ganz gestoppt werden.“*

Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählen Reaktionen an der Einstichstelle nach der Injektion wie Rötung, Schwellung, Schmerzen oder Juckreiz. Weitere häufige Nebenwirkungen sind Infektionen, allergische Reaktionen und Fieber.

Die Entwicklung und Herstellung der Biologika ist sehr aufwendig. Die Substanzen sind daher in erster Linie eine Option zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiven und fortschreitenden Verlaufsformen der Psoriasis-Arthritis, die auf Basis-

therapeutika nicht ausreichend ansprechen. Selbst in sehr schweren Fällen können damit bedeutsame Besserungen erzielt werden. Dabei wirken die Biologika im Allgemeinen sowohl auf die Gelenkentzündungen als auch auf Hautveränderungen der Psoriasis.

Biologika

+ TNF- α -Hemmer

TNF- α -Hemmer wirken, indem sie den entzündungsfördernden Botenstoff Tumornekrosefaktor alpha unterdrücken, der bei der Entstehung der Psoriasis-Arthritis und der Psoriasis eine entscheidende Rolle spielt. TNF- α wirkt auf bestimmte Zellen, indem er an Eiweißstrukturen an der Zelloberfläche andockt, die man als Rezeptoren bezeichnet.

Durch diese Rezeptoren werden entscheidende Signale an die Zelle übertragen. Einige TNF- α -Hemmer wirken, indem sie den Botenstoff selbst blockieren, während andere den Rezeptor besetzen und dadurch ebenfalls verhindern, dass der Botenstoff seine Wirkung entfaltet.

+ Interleukin-12/23-Hemmer

Hier gibt es einen Antikörper, welcher Interleukin-12 und Interleukin-23 hemmt. Somit werden spezifische Entzündungszellen wie T-Zellen als auch Botenstoffe, welche zur Kommunikation der Entzündungszellen

notwendig sind, gehemmt. Des Weiteren werden Zellen, die zur Bildung von Schuppenplaques bei einer PsA notwendig sind, unterdrückt. Er wird alle 3 Monate subkutan verabreicht. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Infektionen.

+ Interleukin-17-Hemmer

Hier gibt es Antikörper gegen Interleukin-17, einen zentralen Botenstoff, der im Rahmen von Entzündungen durch CD4+ T-Zellen erzeugt wird. Des Weiteren kann Interleukin-17 auch von weiteren Entzündungszellen wie natürlichen Killerzellen und Makrophagen gebildet werden und stimuliert Fibroblasten (Bindegewebezellen) sowie Keratinozyten (hornbildende Zellen) im Entzündungsprozess. Infektionen sind die häufigsten Nebenwirkungen einer Therapie mit Interleukin-17-Hemmern.

Small Molecules

+ Phosphodiesterase-Hemmer

Hier gibt es ein Präparat, das die Phosphodiesterase 4 in Entzündungszellen unterdrückt. In der Folge kommt es zu einer verminderten Bildung von entzündlichen Botenstoffen (TNF- α , Interleukin 13 und Interleukin 17). Der Phosphodiesterase-Hemmer wird in Tablettenform zweimal täglich eingenommen. Es ist am Anfang eine Dosissteigerung notwendig. Als häufige Nebenwirkung sind Durchfall und Übelkeit bekannt.

+ Januskinase-Hemmer

Neuerdings gibt es ein Präparat, welches die sogenannten Januskinasen hemmt. Januskinasen sind Enzyme, die für die Bildung von proinflammatorischen Zytokinen (Interleukine, z. B. Interleukin 2, 4, 6, 10, 21, Wachstumsfaktoren und Granulozyten-Makrophagen-Kolonie-stimulierender Faktor) verantwortlich sind. Auch der Januskinasehemmer ist eine Tablette und wird zweimal täglich eingenommen. Häufige Nebenwirkung sind ebenfalls Infektionen.





Physikalische Behandlungsmaßnahmen

Für den Erhalt der Gelenkfunktionen sind neben der medikamentösen Therapie verschiedene physikalische Behandlungsmaßnahmen bedeutsam. Deshalb ist es wichtig, dass die Übungen unter fachkundiger Anleitung durch einen Physiotherapeuten erlernt werden. Danach ist auch eine selbstständige und regelmäßige Durchführung zu Hause möglich. Bei

TIPP

In bestimmten Fällen können auch Kälte- oder Wärmerapie, Massagen, Elektrotherapie oder andere physikalische Verfahren hilfreich sein.

INFO

Aktive krankengymnastische Übungen sind ein grundlegender Bestandteil der Behandlung der Psoriasis-Arthritis. Unter fachlicher Anleitung werden dabei spezielle Bewegungsübungen durchgeführt, die dazu dienen, die bestmögliche Beweglichkeit wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Sie sollten für jeden Patienten maßgeschneidert und an das jeweilige Stadium der Erkrankung angepasst sein.

besonders ausgeprägter Krankheitsaktivität bzw. akuten Schüben sind oft nur passive Übungen möglich, aber ebenfalls wichtig.

Bäderbehandlungen (Balneotherapie) bieten eine Möglichkeit, gleichzeitig Haut- und Gelenksymptome günstig zu beeinflussen. Dazu zählen neben Thermal- oder Schwefelbädern insbesondere auch die Kombinationen von Bädern in konzentrierter Salzlösung (Sole) mit anschließender UV-Bestrahlung (Balneo-Phototherapie, Photo-Soletherapie). Eine Sonderform ist die Klimatherapie am Toten Meer.



Chirurgische Verfahren

Manchmal sind bei der Psoriasis-Arthritis auch chirurgische Eingriffe erforderlich. Einige Maßnahmen dienen dazu, eine (weitere) Gelenkzerstörung zu vermeiden.

Ähnliches kann man mit der sogenannten Radio-synoviorthese erreichen. Dabei wird eine radioaktive Substanz ins Gelenk gespritzt, die zur Zerstörung des entzündlich veränderten Gewebes führt.

Wenn bereits ein Schaden am Gelenk oder an den Sehnen eingetreten ist, kann die Funktion durch einen rekonstruktiven, d. h. wiederherstellenden Eingriff verbessert werden.

Manchmal ist auch eine Gelenkversteifung (Arthro-dese) oder der Einbau eines Gelenkersatzes (Endo-prothese) notwendig. Ob und wann eine derartige Operation sinnvoll ist, hängt von vielen Umständen ab, wie der Art und Funktion des Gelenks, dem Stadium der Erkrankung und dem Ausmaß der Zerstörung.

TIPP

Bei einzelnen bzw. wenigen Gelenken kann das krankhaft veränderte Gewebe der Gelenkinnenhaut (Synovialmembran) durch einen endoskopischen Eingriff (d. h. mittels Spiegelung) entfernt werden.





Sonstige begleitende Maßnahmen

Da die Psoriasis-Arthritis bei den Betroffenen nicht nur körperlich ihre Spuren hinterlässt, sondern auch eine große psychische Belastung bedeutet, können begleitende psychotherapeutische Verfahren und/oder eine psychosoziale Betreuung oft eine große Hilfe darstellen, um die vielen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Krankheit besser bewältigen zu können.

Durch gezielte Strategien lassen sich auch Schmerzreaktionen günstig beeinflussen. Dabei können ganz verschiedenartige Methoden hilfreich sein, wie z. B. Verhaltenstherapie, Entspannungsübungen, Meditation, Yoga oder Tai-Chi.

Sie ermöglichen eine bessere Stress- und Schmerzbewältigung, führen zu einer Steigerung der Lebensqualität und langfristig zu einem besseren Krankheitsverlauf.

Nicht zuletzt können diese Methoden auch dazu beitragen, psychische Probleme wie Depressionen oder Ermüdungserscheinungen, die in Zusammenhang mit der Erkrankung auftreten, besser zu bewältigen.

Welche Methode für Sie richtig ist und Ihnen am ehesten zusagt, müssen Sie mit der Zeit selbst herausfinden. Denn nicht jedes Verfahren ist für alle Patienten geeignet. Natürlich können Sie sich auch mit Ihrem Arzt oder Therapeuten beraten.

„Eine fortschreitende Psoriasis-Arthritis kann durch Methoden der Alternativmedizin nicht beeinflusst werden, deshalb sind auch unab-

hängig von der Therapie die Verlaufskontrollen durch einen kundigen Arzt in jedem Fall notwendig.“*



Leben mit Psoriasis-Arthritis

Tipps zur Selbsthilfe und
Lebensführung im Alltag

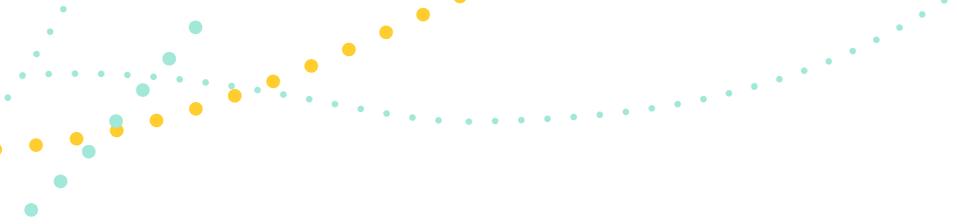


Das Leben mit einer chronischen Krankheit stellt immer auch eine Belastung dar. Zudem erfordern Behandlung und unterstützende Maßnahmen oft viel Mühe und zusätzlichen Zeitaufwand. Die folgenden Tipps können Ihnen dabei helfen, besser mit der Krankheit zu leben und umzugehen, und Ihnen zeigen, wie Sie selbst zum Erfolg der Behandlung beitragen können.

- + Denken Sie positiv. Mit einer positiven und zuversichtlichen Grundeinstellung können Sie viele Belastungen und Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit der Krankheit und der Therapie besser bewältigen.
- + Lassen Sie sich im Alltag nicht zu sehr von der Krankheit beeinträchtigen, sondern versuchen Sie auch weiterhin, Ihr Leben so zu gestalten, dass Sie Freude daran haben und Freizeitaktivitäten, Reisen etc. mit Ihrer Familie oder mit Freunden gemeinsam unternehmen können.

- + Machen Sie sich klar, dass die Behandlung sehr viel Mitarbeit von Ihnen selbst erfordert. Der Erfolg aller verordneten Behandlungsmaßnahmen, einschließlich Krankengymnastik und anderer unterstützender Maßnahmen, hängt ganz entscheidend auch von Ihnen selbst ab. Tragen Sie aktiv dazu bei. Es ist wichtig, dass Sie mit Ihrem Arzt und anderem medizinischen Personal gut zusammenarbeiten.
- + Informieren Sie sich über Ihre Krankheit, und holen Sie sich Hilfe und Rat von Fachleuten und anderen Betroffenen, z. B. in Patientenorganisationen. Geteiltes Leid ist halbes Leid – deshalb sind solche Selbsthilfegruppen eine große Hilfe. Man ist mit seinen Problemen nicht allein und bekommt vielfache Unterstützung.
- + Selbsthilfegruppen können einen Beitrag zur Optimierung der Diagnostik und Therapie bei der Psoriasis-Arthritis leisten.





Körperliche Bewegung und Sport

„Wer rastet, der rostet“ – dieser Spruch gilt auch für Patienten mit Psoriasis-Arthritis. Regelmäßige Bewegung ist notwendig und sinnvoll, um ein Einsteifen der Gelenke zu verhindern, Muskeln und Sehnen (zur Entlastung der Gelenke) zu stärken und Fehlstellungen zu vermeiden. Durch gezieltes Training werden die Anteile des Bewegungsapparats (Knochen, Knorpel, Muskeln) besser durchblutet und ernährt und somit Muskelkraft und Ausdauer verbessert. Dies trägt zur Erhaltung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens bei. Nicht zuletzt hat körperliche Bewegung auch sehr positive psychische Auswirkungen.

Wie auch die Krankengymnastik muss jedes Training an den jeweiligen Gesundheits- und Trainings-

zustand des einzelnen Patienten angepasst sein. Bei geringer Krankheitsaktivität und gutem Gesundheitszustand ist ein gezieltes Ausdauer- und /oder Krafttraining durchführbar. Allerdings sollten solche Aktivitäten vorher mit dem Arzt oder Physiotherapeuten abgesprochen werden.

Empfehlenswert sind Sportarten, bei denen die Gelenke wenig belastet werden, wie Schwimmen (besonders Rückenschwimmen), Radfahren, (Nordic-) Walking oder Skilanglauf. Hingegen sollten Sie Aktivitäten vermeiden, die zu einer Überlastung, Fehlbelastung oder Schädigung der Gelenke führen können. Dazu gehören vor allem Sportarten mit abrupten Bewegungen und plötzlichem Abbremsen, wie Tennis, Squash, Fußball oder andere Ballsportarten.

Lassen Sie sich diesbezüglich von einem Physiotherapeuten beraten. Am besten ist es, wenn Sie sich von ihm ein für Sie maßgeschneidertes, individuelles Trainingsprogramm zusammenstellen lassen, das Sie regelmäßig selbst durchführen können.

TIPP

Grundsätzlich gilt für die Psoriasis-Arthritis, was auch für andere entzündliche Gelenkerkrankungen gilt: Bewegung der betroffenen Gelenke so gut wie möglich ist besser als das Ruhighalten.



Ernährung und Genussmittel

Bis heute gibt es keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse darüber, dass die Ernährung einen entscheidenden Einfluss auf Entstehung oder Verlauf der Psoriasis-Arthritis hat.

Grundsätzlich empfehlenswert ist eine ausgewogene, vollwertige Ernährung und Übergewicht und Alkohol sowie Rauchen zu vermeiden (alles Risikofaktoren für eine Verschlechterung der Erkrankung). Dazu gehören reichlich frisches Obst und Gemüse, Salate, Getreide (Vollkornprodukte), Hülsenfrüchte und (fettarme) Milchprodukte. Darüber hinaus können folgende Tipps hilfreich sein:

+ Bevorzugen Sie pflanzliche Lebensmittel.

Reduzieren Sie den Verzehr von Fleisch und Wurstwaren auf maximal zwei Mahlzeiten pro Woche. Ersetzen Sie tierische Fette weitgehend durch pflanzliche Öle.

+ Essen Sie mehr Fisch. Von den in Fischölen enthaltenen ungesättigten Omega-3-Fettsäuren ist bekannt, dass sie entzündungshemmend wirken.

Sie sind vor allem in fettreichen Seefischen wie Lachs oder Makrele zu finden. Empfehlenswert sind ein bis zwei Mahlzeiten mit Seefisch pro Woche.

+ Vermeiden Sie in jedem Fall Übergewicht, da dies die Gelenke zusätzlich belastet.

+ Vermeiden Sie übermäßigen Alkoholkonsum, weil Alkohol entzündungsfördernd wirkt.



Glossar

A

- + **Antigen**
körperfremde (oder auch -eigene) Substanz, die eine Immunreaktion auslösen kann
- + **antiinflammatorisch**
entzündungshemmend
- + **Antikörper (= Immunglobulin)**
Protein (Eiweißmolekül), das als Reaktion des Immunsystems gebildet wird und spezifisch gegen eine bestimmte Substanz oder Struktur (Antigen) gerichtet ist
- + **antiphlogistisch**
entzündungshemmend
- + **Antirheumatikum (Mehrzahl: Antirheumatika)**
Arzneimittel zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit unterschiedlichen Wirkungsweisen
- + **Arthritis**
Entzündung eines Gelenks
- + **Arthrose**
Gelenkversteifung
- + **Arthropathie**
(entzündliche oder degenerative) Erkrankung eines Gelenks

B

- + **Balneotherapie**
Behandlung mit Bädern
- + **Basistherapeutikum (DMARD = Disease Modifying Antirheumatic Drug)**
langwirksames krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum
- + **Biologikum (Mehrzahl: Biologika; engl. Biologics, Biologicals)**
mittels biotechnologischer Verfahren hergestellte Wirkstoffe, „biologische Substanzen“
- + **Blutbild**
Sammelbezeichnung für Laboruntersuchungen, bei denen die Menge der Zellbestandteile des Blutes (Blutzellen, Blutfarbstoff) bestimmt wird
- + **Blut(körperchen)senkungsgeschwindigkeit (BSG, BKS)**
Geschwindigkeit, mit der die Blutzellen (Blutkörperchen) sich aufgrund der Schwerkraft nach unten absetzen, wenn man eine (mit einer gerinnungshemmenden Substanz versetzte) Blutprobe für 1 bzw. 2 Stunden stehen lässt. Eine erhöhte BSG kann auf eine akute oder chronische Entzündung im Körper hinweisen.

C

- + **C-reaktives Protein (CRP)**
Protein (Eiweißstoff), dessen Konzentration im Blut bei bestimmten entzündlichen Prozessen innerhalb von wenigen Stunden bis zum 1000-Fachen ansteigen kann

+ **Cyclooxygenase (COX)**

Enzymkomplex, der bei der Prostaglandin-Produktion eine Schlüsselrolle spielt

D

+ **Dermatologie**

Fachgebiet der Medizin, das sich mit Erkrankungen der Haut, der Hautanhangsgebilde und der Schleimhäute beschäftigt

+ **Daktylitis**

Entzündung und Schwellung eines ganzen Fingers oder Zehs

+ **DMARD**

siehe Basistherapeutikum

E

+ **Endoprothese**

aus körperfremdem Material hergestelltes Teil als Ersatz für ein Körperteil, z. B. Gelenkersatz

+ **Enthesitis**

Entzündung eines Sehnenansatzes

G

+ **Glukokortikoide (Kortikoide, Kortikosteroide)**

Gruppe von Medikamenten, die sich vom Kortison ableiten und vorwiegend entzündungshemmend wirken, darüber hinaus aber noch vielfältige weitere Wirkungen haben

I

+ **Immunologie**

Lehre vom Aufbau und der Funktion des Immunsystems

+ **Immunsystem**

Abwehrsystem; Gesamtheit aller Strukturen (Zellen, Antikörper, Botenstoffe usw.) im Körper, die für die Abwehr gegen körperfremde Stoffe (Antigene) oder entartete körpereigene Zellen (Krebs) verantwortlich sind

+ **Interleukine (IL)**

von Leukozyten (weißen Blutzellen) produzierte Botenstoffe, die die Informationsübertragung innerhalb des Immunsystems vermitteln, andere Zellen aktivieren und zusätzlich hormonähnliche Wirkungen haben; je nach Typ (IL-1, IL-1+) entfalten die Interleukine vielfältige Wirkungen

+ **intraartikulär**

in das bzw. im Gelenk

J

+ **Januskinase-Hemmer**

Sogenannte „kleine Moleküle = small molecules“, synthetisch hergestellte Stoffe, die wesentlich kleiner sind als monoklonale Antikörper. Sie unterbinden durch Hemmung verschiedener Januskinasen die Bildung von entzündungsfördernden Botenstoffen.

K

+ Kortison

künstlich hergestellter Abkömmling des Kortisols, eines Hormons, das in der Nebenniere produziert wird; gehört zu den Glukokortikoiden

M

+ Makrophage

Unterart der weißen Blutzellen (Leukozyten), die zum Immunsystem gehört; Makrophagen können Fremdstoffen „verdauen“ und werden daher auch als Fresszellen bezeichnet

+ monoklonal

von einer Zelle abstammend bzw. gebildet

N

+ nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR bzw. engl. NSAID)

nicht vom Kortison (Steroid) abgeleiteter Wirkstoff mit schmerz- und entzündungshemmender Wirkung, die auf einer Hemmung der Prostaglandin-Produktion beruht

O

+ Oligoarthritis

Entzündung weniger Gelenke (meist 1–3 Gelenke)

+ oligoartikulär

wenige Gelenke betreffend

+ oral

am, im, durch den Mund

P

+ Phototherapie

Behandlung durch natürliche oder künstliche Lichtstrahlen

+ Plaque

auf der Haut: flach erhabene, plattenartige Hautveränderung, typisch für die Psoriasis

+ polyartikulär

viele Gelenke betreffend

+ Polyarthritis

Entzündung mehrerer bzw. vieler Gelenke

+ proinflammatorisch

entzündungsfördernd

+ Protein

Eiweißstoff

+ Prothese

künstlicher Ersatz von Körperteilen

+ Psoriasis

Die Schuppenflechte ist eine ist eine Erkrankung mit einem sehr vielgestaltigen Erscheinungsbild. Das Krankheitsbild kann von minimalen Symptomen bis zu ausgeprägten Veränderungen mit Beteiligung großer Hautflächen reichen. Die typischen Hautveränderungen sind dabei sogenannte Plaques: scharf begrenzte, über das Hautniveau erhabene rötliche Herde, die mit silbrig-glänzenden Schuppen bedeckt sind.

+ Psoriasis-Arthritis

chronisch-entzündliche Gelenkerkrankung, die zumeist mit einer Psoriasis (Schuppenflechte) der Haut und/oder der Nägel einhergeht.

+ **PUVA (= Psoralen + UV-A)**

UV-A-Bestrahlung mit Zusatz von Psoralen zur Steigerung der Lichtempfindlichkeit (Photochemotherapie); Psoralen kann sowohl in Tablettenform verabreicht als auch äußerlich aufgetragen werden. Eine Sonderform ist die PUVA-Badetherapie, bei der die Substanz dem Badewasser zugefügt wird.

R

+ **Rezeptor**

meistens an der Zelloberfläche gelegene Struktur einer Zelle, die von Botenstoffen übermittelte Signale aufnehmen und zum Zellkern weiterleiten kann; Rezeptoren sind auf bestimmte Botenstoffe spezialisiert und befähigen die Zelle, auf diesen Botenstoff zu reagieren

+ **Rheumafaktor (RF)**

Antikörper gegen körpereigene Proteine; er ist bei einigen chronisch-rheumatischen Erkrankungen, vor allem bei der rheumatoiden Arthritis im Blutserum nachweisbar („positiv“), selten auch bei Gesunden

+ **Rheumatoide Arthritis (RA), chronische Polyarthritits**

chronisch-entzündliche Erkrankung der Gelenke; umgangssprachlich auch Rheuma genannt

S

+ **Spondyloarthropathie (Spondyloarthritis)**

entzündlich-rheumatische Erkrankung vorwiegend mit Veränderung der Wirbelsäule

+ **Steroid**

siehe Kortikosteroide

+ **subkutan (s. c.)**

unter die Haut

+ **Synovialmembran (= Synovialis)**

aus Bindegewebe bestehende Innenhaut der Gelenkkapsel, die die Gelenkhöhle auskleidet und Synovialflüssigkeit produziert

T

+ **Tüpfelnägel**

für Psoriasis und Psoriasis-Arthritis typische Nagelveränderungen mit kleinen (bis etwa stecknadelkopfgroßen) grubchenförmigen Einsenkungen in der Nagelplatte, die durch eine Störung des Nagelwachstums entstehen

+ **Tumornekrosefaktor-alpha**

(TNF- α) natürlich vorkommender Botenstoff (Zytokin) des Immunsystems mit vielfältigen Einflüssen, der u. a. eine zentrale Rolle bei vielen Entzündungsprozessen spielt

Z

+ **Zytokin**

Oberbegriff für zahlreiche körpereigene Botenstoffe, die Signale zwischen Zellen des Immunsystems und anderen Zellen übermitteln und damit eine wichtige Rolle bei Immunreaktionen spielen. Zytokine haben u. a. vielfältige entzündungsfördernde (proinflammatorische), immunregulatorische und die Blutbildung steuernde Funktionen. Zu den Zytokinen gehören z. B. die Interleukine oder TNF- α .

* Prof. Dr. med. Stefan Schewe

Weiterführende Informationen

Wissen ist Macht.

Stehen Sie Ihrer Krankheit klug
und stark gegenüber.

Selbsthilfegruppen

+ Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Maximilianstr. 14 | 53111 Bonn

Tel.: 0228 76606-0 | Fax: 0228 76606-20

www.rheuma-liga.de

Die Deutsche Rheuma-Liga ist die größte Selbsthilfeorganisation im Gesundheitsbereich mit ca. 300 000 Mitgliedern. Das Angebot umfasst u. a. Hilfe und Selbsthilfe für Betroffene, Bewegungsangebote, die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Vertretung der Interessen Rheumakranker.



+ Deutscher Psoriasis Bund (DPB) e.V.

Seewartenstr. 10 | 20459 Hamburg

Tel.: 040 223399-0 | Fax: 040 223399-22

www.psoriasis-bund.de

Der DPB ist die stärkste deutsche Patientenorganisation und vertritt die Interessen aller an Schuppenflechte erkrankten Menschen in Deutschland.



Beratungsangebote im Internet

- + www.rheumanet.org
Das Deutsche Rheumahaus bietet verschiedene Informationen und Links zu rheumatischen Erkrankungen.
- + www.rheuma-online.de
Informationen zu Rheuma von A bis Z; aktuelle Nachrichten zu Erkrankung und Therapiemöglichkeiten, Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch von Betroffenen
- + www.rhzm.de
Rheumazentrum München e.V.: Rheuma von A bis Z, mit zahlreichen Fotos zur Psoriasis-Arthritis und Möglichkeit zur Arztsuche
- + www.psoaktuell.com
Ratgeber bei Schuppenflechte, Tipps zum Umgang mit der Erkrankung
- + www.wegweiser-psoriasis.de
Ein Informationsangebot zur Psoriasis (Schuppenflechte)
- + www.wegweiser-rheuma.de
Ein Informationsangebot zu rheumatischen Themenkreisen



Herausgeber:
Pfizer Pharma GmbH
Linkstraße 10
10785 Berlin

Wissenschaftliche Beratung:
PD Dr. med. Alexander Pfeil

Bilder: © FOTOLIA.COM

