

Psoriasis-Arthritis

Eine Informationsbroschüre für Patienten
und deren Angehörige

Die Inhalte, Angaben und Informationen dieser Broschüre sind nur für die Nutzer innerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland bestimmt. Sofern sie Informationen zu oder im Zusammenhang mit Gesundheitszuständen, Krankheitsbildern, medizinischen Fragen oder Therapiemöglichkeiten enthalten, ersetzen sie nicht die Empfehlungen oder Anweisungen eines Arztes oder anderer Angehöriger der Heilberufe. Die Inhalte dieser Broschüre sind nicht zur Diagnose oder Behandlung eines gesundheitlichen oder medizinischen Problems oder einer Erkrankung bestimmt. Darüber hinaus erheben sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Mit Aushändigung und/oder Benutzung dieser Broschüre kommt keinerlei Vertragsverhältnis zustande, insbesondere kein Rats- und Auskunftsvertrag zwischen Ihnen, den Autoren der Broschüre und/oder der Celgene GmbH. Insofern bestehen auch keinerlei vertragliche oder vertragsähnliche Ansprüche.

Illustrationen: Domna Delliou



Celgene GmbH
Joseph-Wild-Straße 20
81829 München

www.celgene.de
info@celgene.de

Telefon: 089/45 15 19-010
Telefax: 089/45 15 19-019

CEL7760

Inhalt

Vorwort	3
Was ist Psoriasis-Arthritis?	4
Wer kann von Psoriasis-Arthritis betroffen sein?	6
Was sind die Symptome einer Psoriasis-Arthritis?	8
Wie wird eine Psoriasis-Arthritis diagnostiziert?	10
Wie teilt man Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in Schweregrade ein?	11
Schweregrad der Symptome bei Psoriasis-Arthritis und Psoriasis	11
Schweregrad bei Nagelpsoriasis	11
Wie wird eine Psoriasis-Arthritis behandelt?	13
Medikamentöse (systemische) Therapien	13
Topische (äußerliche) Therapie der Hautsymptome	16
Ergänzende Therapien der Psoriasis-Arthritis	16
Operation bei Gelenkfehlstellung	16
Übersicht wichtiger Begriffe zum Verständnis der Erkrankung	18





Dr. Stefanie Hornung

Diplom-Biologin
München



Dr. med. Xenofon Baraliakos

Rheumatologe
Herne

Vorwort

**Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe Leserin, lieber Leser,**

in der vorliegenden Informationsschrift erklären wir das Krankheitsbild Psoriasis-Arthritis (Gelenkentzündung aufgrund von Schuppenflechte), wobei wir das Hauptaugenmerk auf die gelenkbezogenen (arthritischen) Aspekte der Krankheit richten. Die Schuppenflechte (Psoriasis), also die Erkrankung, die die Haut befällt, besprechen wir nur im Zusammenhang mit dem entsprechenden Befall der Gelenke. Falls Sie ins Detail gehende Informationen zur Schuppenflechte wünschen, verweisen wir auf die Publikation „Schuppenflechte – Eine Informationsbroschüre für Patienten und deren Angehörige“. Diese können Sie kostenlos u. a. über den Bestell- und Downloadservice unter www.celgene.de beziehen.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen als Patient* oder als Angehöriger einen Überblick über die Psoriasis-Arthritis verschaffen und Ihnen eine Orientierung und Grundlage für das Patienten-Arztgespräch an die Hand geben. Es ist uns ein besonderes Anliegen, einer von chronischen Erkrankungen immer wieder ausgelösten Hilf- und Mutlosigkeit entgegenzuwirken. Wer mehr weiß, fühlt sich weniger hilflos.

Alles Gute für Sie!

Stefanie Hornung
Xenofon Baraliakos

*Um den Text kompakt zu halten, sprechen wir hier und im Folgenden von *dem Patienten, dem Arzt* usw. Gemeint sind hier selbstverständlich immer auch *die Patientin, die Ärztin* usw.

Was ist Psoriasis-Arthritis?

Bei der Psoriasis-Arthritis handelt es sich um die Kombination zweier Krankheitsbilder,

- > der Schuppenflechte (Psoriasis) und
- > der Entzündung der Gelenke (Arthritis).

Die Symptome beider Krankheiten sind sehr unterschiedlich, aber beide entstehen aufgrund einer Fehlsteuerung des Immunsystems.

01. Abwehrzellen des Immunsystems, die im gesunden Organismus eindringende Krankheitserreger und körperfremde Substanzen unschädlich machen, richten sich bei dieser Erkrankung gegen eigene Körperzellen. Bei der Schuppenflechte sind vor allem die Hautzellen (Keratinocyten) betroffen, bei der Psoriasis-Arthritis die Zellen der Gelenke, Bänder und Sehnen. Der Angriff der Immunzellen löst Prozesse aus, die mithilfe entzündungsfördernder Botenstoffe, der Zytokine (beispielsweise des Tumornekrosefaktors alpha – TNF-alpha) weitere Abwehrzellen anlocken, so dass die Entzündung chronisch wird und ein immer größeres Ausmaß annehmen kann.

02. Während sich bei der Schuppenflechte der Entzündungsvorgang auf der Haut zeigt (gerötete, verdickte, schuppige und meist juckende Hautareale, die sog. Plaques), beginnt die Psoriasis-Arthritis v. a. in der Gelenkinnenhaut (Synovialis).

Wegen der Entzündung verdickt sich diese, produziert dabei viel Gelenkflüssigkeit und löst schließlich einen sog. Erguss aus.

03. In der Folge bildet die Schleimhaut der Synovialis immer mehr entzündliches Gewebe, das in Gelenkknorpel und Knochen einwächst und deren Substanz zerstört. Auch Sehnen, Bänder und die Gelenkkapseln sind von der Entzündung betroffen und dadurch in ihrer Funktion eingeschränkt. Eine Verformung bzw. Versteifung dieser Gelenke kann die Folge sein.

04. Im Vorfeld einer Psoriasis-Arthritis sind sehr häufig auch die Finger- und Zehennägel betroffen (Nagelpsoriasis), an denen sich verschiedene Veränderungen zeigen (s. S. 8). Es ist anzunehmen, dass die Psoriasis auch andere Körperstrukturen (Organe, Nerven, Blutgefäße, Augen) befällt.

Da die Ursachen der Fehlsteuerung des Immunsystems derzeit noch unbekannt und daher schwer beeinflussbar sind, zählt man die Psoriasis-Arthritis zu den nicht heilbaren chronischen Erkrankungen. Doch hat man einige therapeutische Möglichkeiten entwickelt, mit deren Hilfe man in den Entzündungsvorgang eingreifen, die Symptome mildern bzw. ganz eliminieren kann und so die Gelenkstrukturen zu schützen in der Lage ist.



Abb. 1 Vereinfachte schematische Darstellung entzündeter Gelenke der Hand bei Psoriasis-Arthritis

Wer kann von Psoriasis-Arthritis betroffen sein?

Grundsätzlich kann jeder Mensch an einer Psoriasis-Arthritis erkranken. Die meisten Krankheitsfälle werden zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr registriert. Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen. Etwa drei Viertel der Psoriasis-Arthritis-Patienten leiden vorher (oft schon über einen Zeitraum von zehn Jahren) an der Schuppenflechte. Es ist aber auch dokumentiert, dass beide Erkrankungen, Schuppenflechte und Psoriasis-Arthritis, gleichzeitig auftreten oder die Psoriasis-Arthritis sich vor der Schuppenflechte bemerkbar macht.

Wie bereits erwähnt ist die Ursache der Fehlsteuerung des Immunsystems noch nicht bekannt. Man geht davon aus, dass das Zusammentreffen von genetischer Veranlagung mit einem Auslösereiz, dem sog. Trigger, den Entzündungsprozess in Gang setzt und man nimmt weiter an, dass die Trigger auch erneute Krankheitsschübe verursachen.

Wenn Sie, liebe Patientinnen und Patienten, Veränderungen an Ihren Gelenken wahrnehmen und diese möglicherweise sogar Beschwerden verursachen, dann teilen Sie Ihrem Arzt diese Beobachtungen so schnell wie möglich mit.

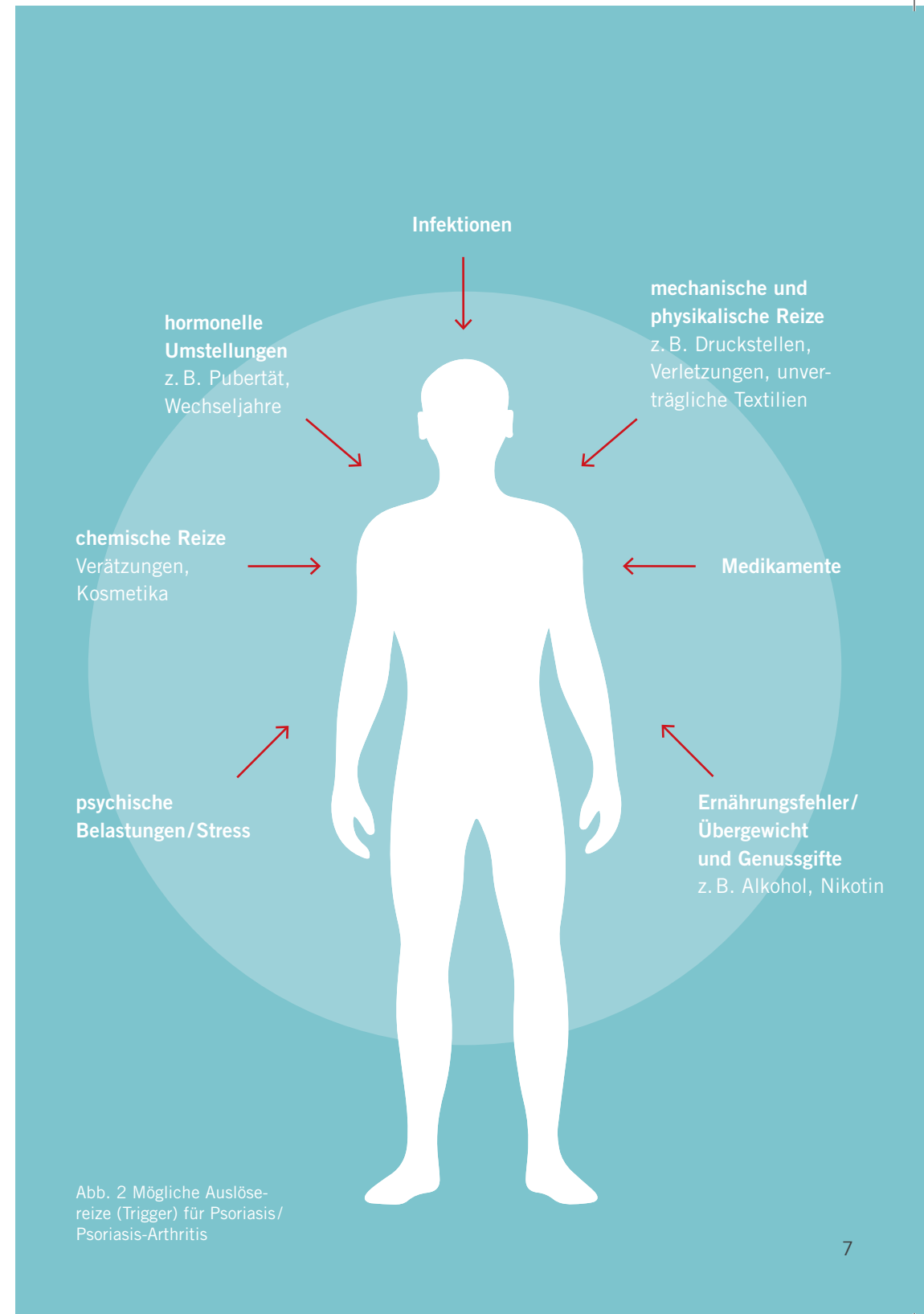


Abb. 2 Mögliche Auslöser (Trigger) für Psoriasis/ Psoriasis-Arthritis

Was sind die Symptome einer Psoriasis-Arthritis?

Als Hauptsymptome der Psoriasis-Arthritis gelten:

- > schmerzende Gelenke
- > psoriatische Hautveränderungen (s. Tab. 1)
- > Veränderungen an den Nägeln (s. Tab. 1)

Unter Umständen treten diese zusammen mit allgemeinen Symptomen wie Abgeschlagenheit, Appetit- und Gewichtsverlust und/oder Verschlechterungen der emotionalen Befindlichkeit auf.

Die Gelenke können – müssen aber nicht – gerötet bzw. geschwollen sein. Besonders auffällig sind die Schwellungen nach längerem Ruhezustand (sog. Morgensteifigkeit). Im Tagesverlauf gehen sie meist zurück.

Die Entzündung kann z. B.

- > Fingergelenke,
- > Zehngelenke,
- > Kniegelenke,
- > Sprunggelenke,
- > das Kreuz-Darmbein-Gelenk,
- > die Wirbelsäule und
- > Bänder, Sehnen und Sehnenansätze der jeweiligen Gelenke

betreffen. Mit Daktylitis (umgangssprachlich „Wurstfinger“) bezeichnet man das Krankheitsbild, bei dem der gesamte Finger- bzw. die Zehe entzündet und geschwollen und die Beweglichkeit deshalb stark eingeschränkt ist. Wichtig zu wissen ist ebenfalls, dass die Entzündungsprozesse auch andere Körperbereiche oder -organe (z. B. Blutgefäße, Nerven und Augen) betreffen können.

Sollten Sie also, liebe Patientin, lieber Patient, Beschwerden dieser Art und in diesen Bereichen verspüren, teilen Sie das bitte Ihrem behandelnden Arzt mit. Er wird abklären, ob ein möglicher Zusammenhang mit einer Psoriasis-Arthritis besteht. Entzündungshemmende, systemische Therapien wirken überall im Körper und können Entlastung bringen.

Tab. 1: Symptome der Psoriasis und Nagelpsoriasis

Hautveränderungen bei Psoriasis (Schuppenflechte)

verdickte, schuppige, gerötete, manchmal juckende Hautareale (Plaques), v. a. an den Ellenbogen, den Knien, im Bereich der Lendenwirbelsäule, in der Gesäßfalte, auf der Kopfhaut

Mögliche Nagelveränderungen	Erscheinungsbild
Hyperkeratose	vermehrte Verhornung der Nägel
Krümelnagel	Zerfall der Nagelsubstanz
Leukonychie	Weißer Punkte und Flecken scheinen durch die Nagelplatte.
Ölflecken	gelbliche Verfärbungen der Nägel, die Ölflecken ähneln
Onychodystrophie	vollständige Fehlbildung und Verformung der Nagelplatte, so dass eine Ablösung vom Nagelbett erfolgt
Onycholyse	Ablösung der Nagelplatte vom Nagelbett
Paronychie	Entzündung des Nagelwalls
Splitterhämmorrhagien	kleinste Einblutungen unterhalb der Nagelplatte
Tüpfelnagel	kleine Einkerbungen/Grübchen in der Nagelplatte

Wie wird eine Psoriasis-Arthritis diagnostiziert?

Ist ein Mensch bereits an der Psoriasis und/oder der Nagelpsoriasis erkrankt und kommen Gelenkbeschwerden hinzu, handelt es sich, wie bereits dargelegt, mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine Psoriasis-Arthritis. Der Arzt, i. d. R. ein Rheumatologe, wird daher zuerst nach der Krankengeschichte des Patienten fragen. Auch wird ihn interessieren, ob in der Familie rheumatische Erkrankungen oder Fälle von Psoriasis vorkommen. Eine eingehende körperliche Untersuchung (z. B. auf etwaige Bewegungseinschränkungen und die Druck-/Schmerzempfindlichkeit von Gelenken) schließt sich an. Besteht im Vorfeld noch keine Psoriasis bzw. Nagelpsoriasis, gestaltet sich die Diagnose etwas schwieriger. Bei der körperlichen Untersuchung wird der Arzt deshalb eingehend auf diesbezügliche Hinweise achten.

Eine Blutentnahme kann zusätzlich Aufschluss geben, um welche Gelenkerkrankung es sich handelt. Laborwerte wie C-reaktives Protein, Harnsäure, Rheumafaktor und Blutsenkung können – müssen jedoch nicht immer zwingend – einen möglichen Entzündungsvorgang anzeigen. Die Blutwerte bei der Psoriasis-Arthritis sind jedoch i. d. R. nicht aussagekräftig,

weil sie keine oder nur geringfügige Auffälligkeiten dokumentieren. So kann es für die Sicherung der Diagnose erforderlich sein, dass der Arzt auch Hautproben und Gelenkflüssigkeit entnimmt. Bildgebende Verfahren (Röntgen, Röntgen-CT, MRT, Gelenk-Ultraschall, Skelettszintigrafie) können bereits bestehende Veränderungen an den Gelenken bzw. auch die Entzündungen selbst sichtbar machen.



Wie teilt man Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in Schweregrade ein?

Schweregrad der Symptome bei Psoriasis-Arthritis und Psoriasis

Der Verlauf der Psoriasis-Arthritis und der Schweregrad der Symptome können sich von Patient zu Patient erheblich unterscheiden. Die Krankheit tritt schubweise auf. Zwischen den Schüben können lange symptomfreie Phasen liegen. Psoriasis-Arthritis und Schuppenflechte manifestieren sich unabhängig voneinander, sowohl in der Schwere ihrer Ausprägung als auch in ihrem zeitlichen Erscheinen. Tabelle 2 zeigt die Einstufung des Schweregrades bei beiden Krankheitsbildern.

Kriterien für die Einstufung der Psoriasis-Arthritis:

- > Anzahl der betroffenen Gelenke
- > radiologische Veränderungen
- > Funktionseinschränkungen
- > Bewertung durch den Patienten (Einfluss auf die Lebensqualität, gemessen beispielsweise anhand des DLQI-Fragebogens)

Kriterien für die Beurteilung des Schweregrades der Psoriasis:

- > Ausbreitung der Erkrankung auf der Körperoberfläche
- > Rötung, Schuppung und Dicke der Plaques

Grundlage für die Erfassung sind v. a. der PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) mit einem Maximalwert von 72 und der BSA (*Body Surface Area*), der den prozentualen Anteil der von Psoriasis betroffenen Körperoberfläche angibt.

Schweregrad bei Nagelpsoriasis

Weil der PASI Merkmale der Nagelpsoriasis nicht erfasst, wurde speziell zur Einschätzung von deren Schweregrad die Messmethode NAPS (*Nail Psoriasis Severity Index*) entwickelt. Hierbei teilt der Arzt jeden Nagel in vier Quadranten ein, erfasst anschließend etwaige Veränderungen der Nagelmatrix oder des Nagelbetts und verteilt pro Quadrant und Nagelmatrix bzw. Nagelbett jeweils maximal einen Punkt. Für zehn Finger ist bei der Bewertung nach dem NAPS so eine Punktezahl zwischen 0 und 80 Punkten möglich.

Tab.2: Einteilung der Schweregrade der psoriatischen Hautmanifestationen laut deutscher S3-Leitlinie (Nast et al., 2011) und der Psoriasis-Arthritis laut GRAPPA (Ritchlin CT et al., 2009)

Schweregrad	leicht	moderat – schwer	
Hautmanifestationen	<ul style="list-style-type: none"> • PASI-Wert ≤ 10 • BSA $\leq 10\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • PASI-Wert > 10 • BSA $> 10\%$ 	
Schweregrad	leicht	moderat	schwer
periphere Arthritis	<ul style="list-style-type: none"> • weniger als fünf Gelenke betroffen • keine radiologischen Veränderungen feststellbar • keine Funktionsstörung feststellbar • geringer negativer Einfluss auf die Lebensqualität • Bewertung durch den Patienten: leicht 	<ul style="list-style-type: none"> • fünf oder mehr Gelenke betroffen • radiologische Veränderungen • moderate Funktionseinschränkungen • moderater Einfluss auf die Lebensqualität • Bewertung durch den Patienten: mittel-schwer 	<ul style="list-style-type: none"> • fünf oder mehr Gelenke betroffen • ausgeprägte radiologische Veränderungen • schwere Funktionseinschränkungen • deutlicher negativer Einfluss auf die Lebensqualität • Bewertung durch den Patienten: schwer

Wie wird eine Psoriasis-Arthritis behandelt?

Für die Behandlung der Psoriasis-Arthritis stehen

- > systemische (medikamentöse) Therapiemaßnahmen,
- > topische (äußerliche) Therapiemaßnahmen und
- > ergänzende Therapiemaßnahmen

zur Verfügung. Systemische Therapien wirken von innen und greifen in den Entzündungsprozess ein. Topische Anwendungen dienen der Linderung der Hautsymptome der Psoriasis. Bei den ergänzenden Therapiemaßnahmen kommen konservative, äußerliche Anwendungen von Heilmitteln zum Einsatz.

Für eine optimale Behandlung der Psoriasis-Arthritis ist wichtig, dass sich Rheumatologe und Dermatologe gut miteinander abstimmen. Folgende individuelle Faktoren sind abzuklären:

- > Sind Gelenke betroffen?
- > Wie weit ist die Psoriasis-Arthritis vorgeschritten?
- > Welchen Schweregrad hat sie?
- > Sind Begleiterkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen usw.) aufgetreten?
- > Wie alt ist der Patient?

Medikamentöse (systemische) Therapien

Medikamentöse Therapien wirken systemisch, sie betreffen also den gesamten Organismus. Je nach Präparat werden sie als Infusion, Injektion oder in Tablettenform verabreicht. Die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Medikamente werden vom Arzt bei der Behandlungs-Auswahl und der Verlaufskontrolle sehr gewissenhaft beachtet.

Folgende Auflistung zeigt die gängigen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten. Tabelle 3 teilt die Therapeutika in unterschiedliche Gruppen ein und nennt die entsprechende Darreichungsform der Präparate.

Akutbehandlung

Bei akuten, starken Schmerzen einzelner Gelenke besteht die Möglichkeit, Kortison in das Gelenk zu spritzen. Eine schnelle Linderung kann sich somit einstellen.

NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika)

Im Anfangsstadium der Psoriasis-Arthritis stellen zum Zwecke der Schmerzlinde- rung und Entzündungshemmung die sog. nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) eine Behandlungsoption dar. Dabei wird eine rasche Entlastung von den Beschwer- den erreicht; der weitere Verlauf des Erkrankungsprozesses kann dadurch aber nicht beeinflusst werden.

Basistherapeutika

Basistherapeutika, auch DMARDs (*disease modifying anti-rheumatic drugs*) genannt, zielen darauf ab, die Überaktivität des Immunsystems zu unterdrücken und den Entzündungsvorgängen langfristig entgegenzuwirken. Auf diese Weise kann die Zerstörung von Gelenkstrukturen verringert und sogar verhindert werden, die Hautsymptome verbessern sich, die Schmerzbelastung der Patienten sinkt. Allerdings müssen die Basistherapeutika dauerhaft eingenommen werden. Da sich ihre Wirkung erst über einen längeren Zeitraum (mehrere Wochen) aufbaut, ist es angezeigt, anfänglich evtl. zusätzlich schneller wirkende Medikamente (siehe oben) zu verabreichen.

Biologika

Biologika sind biotechnologisch hergestellte Medikamente, die ebenfalls gezielt in die Abläufe des Immunsystems eingreifen. Die Medikation ist, wie bei den DMARDs auch, langfristig angelegt. In der Behandlung der Psoriasis-Arthritis setzt man Substanzen ein, die einerseits die entzündungsfördernden Botenstoffe (z. B. TNF-alpha) und andererseits die am Entzündungsprozess maßgeblich beteiligten Interleukine blockieren. Dadurch werden die Symptome der Schuppenflechte und der Psoriasis-Arthritis bekämpft. Biologika kommen zur Anwendung, wenn Basistherapeutika keine ausreichende Wirkung zeigen oder der Patient diese aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen nicht verträgt.

PDE4-Inhibitoren

Bei den PDE4-Hemmern (PDE4-Inhibi- toren) handelt es sich um eine neuere Wirkstoffgruppe. Auch hier erfolgt durch die Blockade des Enzyms PDE4 (Phospho- diesterase-4) ein direkter Eingriff in den Entzündungsvorgang. PDE4 spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung entzün- dungsfördernder Botenstoffe (Zytokine). PDE4-Inhibitoren werden eingesetzt, wenn Basistherapeutika keine ausreichende Wirkung zeigen oder der Patient diese aufgrund unerwünschter Arzneimittel- wirkungen nicht verträgt.

Tab. 3: Übersicht über medikamentöse Therapien und häufig verwendete Wirkstoffe

Bezeichnung	NSAR	Basistherapeutika/ DMARDs	Biologika	PDE4-Inhibitoren
Wirkstoffe	<ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofen • Diclofenac • Etoricoxib • Celecoxib 	<ul style="list-style-type: none"> • Methotrexat (MTX) • Leflunomid • Sulfasalazin 	<ul style="list-style-type: none"> • Adalimumab • Certolizumab • Etanercept • Golimumab • Infliximab • Ustekinumab 	<ul style="list-style-type: none"> • Apremilast
Darreichungsform	<ul style="list-style-type: none"> • Tabletten 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabletten; MTX auch als Injektion möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Infusion oder Injektion 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabletten

Tab. 4: Übersicht über topische Therapien bei Psoriasis

Topische Therapien (äußerlich) bei Psoriasis
Balneotherapie (Bäder mit Salz und/oder anderen Wirkstoffen) üblicherweise in Kombination mit Licht-/Fototherapie (UV-B-Licht, Laser, PUVA)
Calcineurin-Inhibitoren
Dithranol
Glukokortikoide (Kortison)
hornlösende Substanzen (Harnstoff, Salicylsäure)
Retinoid Tazaroten
Steinkohlenteer
Vitamin D3 und Vitamin-D3-Abkömmlinge

Topische (äußerliche) Therapie der Hautsymptome

Topische Therapien (Salben, Cremes, Shampoos, Nagellacke u. Ä.) beschränken sich weitgehend auf die betroffenen, sichtbaren Hautbereiche. Eine weitere Behandlungsform in diesem Rahmen ist die Lichttherapie. Hier werden, manchmal auch in Kombination mit Salzbadern (Balneotherapie), die betroffenen Körperstellen mit UV-Licht einer bestimmten Wellenlänge bestrahlt. Tabelle 4 gibt einen Überblick der topischen Behandlungsmethoden.

Ergänzende Therapien der Psoriasis-Arthritis

Ergänzend zur systemischen und topischen Medikation werden zur Schmerzlinderung und zur Verbesserung der Gelenkfunktionen auch konservative physiotherapeutische, äußerliche Anwendungen von Heilmitteln verordnet, z. B.:

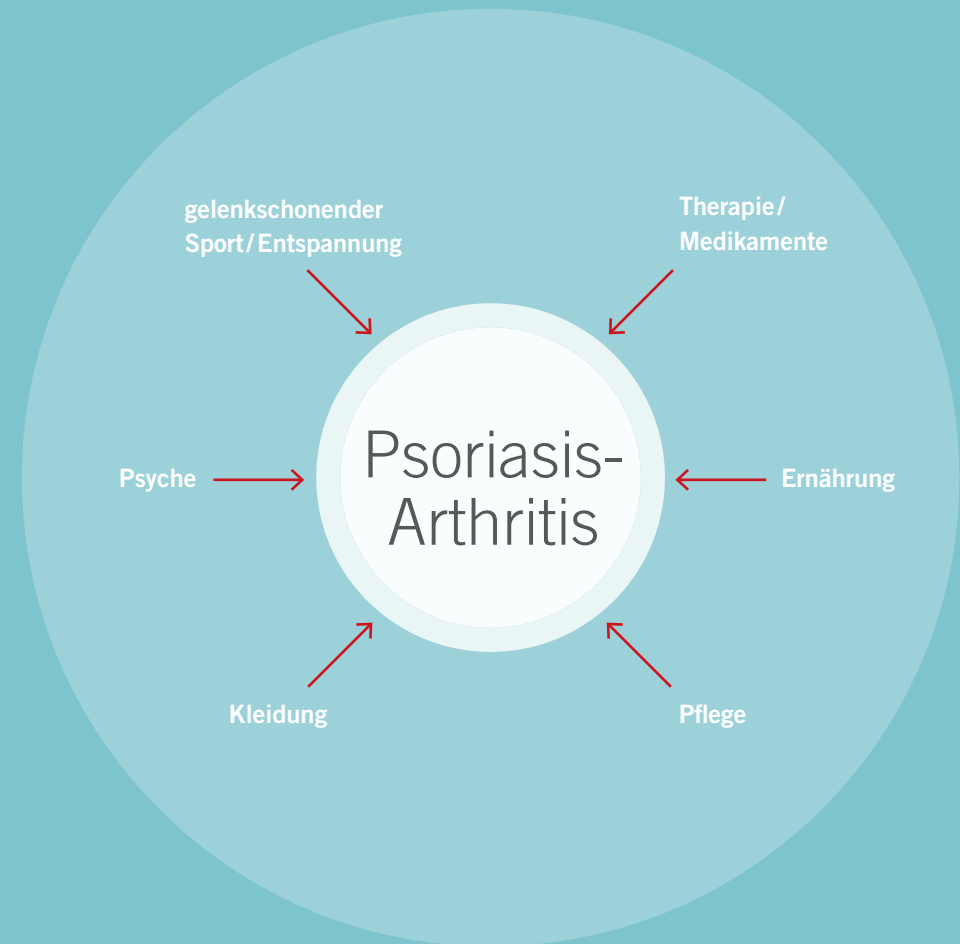
- > Massagen
- > Wärme-/Kältebehandlungen
- > Elektrotherapie
- > Licht- und Bäderbehandlungen
- > Ergotherapie zur besseren Bewältigung alltäglicher Verrichtungen

Operation bei Gelenkfehlstellung

In manchen Fällen ist zur Behebung der Fehlstellung oder auch zum Ersatz eines Gelenkes ein operativer Eingriff erforderlich.

Liebe Patientin, lieber Patient, wie Sie nun erfahren haben, gibt es durchaus therapeutische Möglichkeiten, mit denen Ihre Krankheit günstig beeinflusst werden kann. Abgesehen von der ärztlichen Behandlung können Sie selbst durch eine bewusste und gesunde Lebensführung Ihre Lebensqualität entscheidend verbessern. Wichtige Ratschläge und Tipps erhalten Sie von den medizinischen, physiotherapeutischen, ernährungswissenschaftlichen, ergotherapeutischen und psychologischen Fachkräften. Wenn Sie aufmerksam beobachten, welche Faktoren negativ auf Ihr seelisches und körperliches Befinden einwirken, werden Sie erkennen, wo Ihr Potenzial zur Selbsthilfe liegt. Ihre Angehörigen werden Ihnen sicherlich begleitend und unterstützend zur Seite stehen.

Abb. 3 Einflussfaktoren auf Psoriasis-Arthritis



Übersicht wichtiger Begriffe zum Verständnis der Erkrankung

A Anamnese
Befragung des Patienten durch den Arzt (aktuelle Beschwerden und Vorgeschichte einer Erkrankung)

antiproliferativ
die Zellteilung hemmend

B Balneotherapie
therapeutische Anwendung von Bädern, die Wirkstoffe enthalten

Biologikum (Mehrzahl: Biologika)
biotechnologisch hergestelltes Medikament, das tief in das Immunsystem einwirkt und Entzündungen hemmt; häufig Antikörper, die per Injektion bzw. Infusion verabreicht werden; Biologika, die bei Psoriasis bzw. Psoriasis-Arthritis zum Einsatz kommen, richten sich gegen die entzündungsfördernden Botenstoffe → TNF-alpha oder gegen bestimmte Interleukine.

Blutsenkungsgeschwindigkeit
Diagnosemerkmal bei Blutwerten; Hinweis auf eine Entzündung

Botenstoff (Zytokin)
körpereigener Signalstoff zur Regulation der Immunantwort, z. B. → Interleukine, TNF, Interferone

C Calcineurin-Inhibitoren
Wirkstoffe, die das Enzym Calcineurin hemmen, das an der Entstehung von Entzündungen beteiligt ist

COX-2-Hemmer
Untergruppe der → NSAR-Arzneimittel; Wirkstoff, der das Enzym Cyclooxygenase-2 hemmt, das an Entzündungsprozessen beteiligt ist

C-reaktives Protein (CRP)
Laborwert; weist auf entzündliche Vorgänge hin

CT (Computertomografie)
diagnostisches computergestütztes bildgebendes Verfahren

D Daktylitis („Wurstfinger“)
Entzündung des gesamten Fingers oder der gesamten Zehe

Dermatologe/Dermatologin
Facharzt für Hauterkrankungen; Hautarzt

Diabetes
Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“)

Dithranol
teerähnlicher Arzneistoff zur äußerlichen Behandlung der Psoriasis; wirkt entzündungshemmend und → antiproliferativ

DLQI (Dermatology Life Quality Index)
Fragebogen zur Messung der Lebensqualität bei Patienten mit Hauterkrankungen

DMARDs (Disease modifying antirheumatic drugs)
Arzneistoffe zur Behandlung chronisch-entzündlicher Erkrankungen; wirken entzündungshemmend und schmerzstillend durch Unterdrückung des → Immunsystems

E Elektrotherapie
Therapie zur Schmerzlinderung und zur Kräftigung von Muskeln durch Einsatz von elektrischem Strom bzw. Stromimpulsen

Entzündung
Abwehrreaktion des Körpers auf einen ungewollten Reiz (z. B. Erwärmung, Rötung, Schwellung und Schmerz); eine Entzündung kann im Körper fast überall auftreten und einen leichten oder schweren Verlauf haben.

Ergotherapie
therapeutische Maßnahmen zur Unterstützung bei alltäglichen sowie für den Patienten bedeutungsvollen Aktivitäten; Förderung der Selbstversorgung

Erguss
Flüssigkeitsansammlung in einer Körperhöhle oder im Gewebe

G genetisch
erblich

Glukokortikoide
Steroidhormone (z. B. Kortison), die in der Nebennierenrinde gebildet werden; sie haben verschiedene Aufgaben im Stoffwechsel und wirken immunsuppressiv und entzündungshemmend.

H Harnsäure
chemische Substanz, die beim Abbau von Erbsubstanz im Körper entsteht

hormonell
durch Hormone bedingt

Hormon
Botenstoff des Körpers

Immunsystem
Abwehrsystem des Körpers, das der Beseitigung von Krankheitserregern und weiteren körperfremden Substanzen dient

Immunzellen
Zellen des Immunsystems, die bei Entzündungen vermehrt auftreten

Infektion
durch kleinste Organismen wie Bakterien, Viren usw. hervorgerufene Krankheit mit unterschiedlich gefährlichem Verlauf

Infusion
Einführung von Flüssigkeit in den Körper, über die Blutbahn mittels einer Nadel

Injektion

Verabreichung einer Substanz mittels einer Spritze

injiziert

per → Injektion verabreicht

Interleukin

entzündungsvermittelnder Botenstoff;
→ Botenstoff (Zytokin)

K Keratinozyt

Keratin (Fasereiweiß) produzierende Hautzelle, die über 90 Prozent der Oberhaut ausmacht; bei Psoriasis kommt es zu beschleunigtem Wachstum und einem gestörten Verhornungsvorgang der Keratinozyten.

Kortison

in der Nebenniere produziertes Hormon aus der Gruppe der → Glukokortikoide; Arzneistoff zur Behandlung der Psoriasis und rheumatischer Erkrankungen

Kreuz-Darmbein-Gelenk (Iliosakralgelenk)

Gelenkverbindung zwischen Becken und Wirbelsäule

L Licht-/Fototherapie

Therapie durch Bestrahlung mit UV-Licht

M MRT (Magnetresonanztomografie)

bildgebendes Verfahren unter Verwendung eines Magnetfeldes

N Nagelmatrix

Nagelwurzel; hier werden die Zellen des Nagels gebildet.

NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika)

Gruppe von Arzneistoffen zur Behandlung von Entzündungen und Schmerzen

P PDE4-Inhibitor (Phosphodiesterase-4-Hemmer)

Substanz, die das Enzym Phosphodiesterase-4 blockiert, das an der Entstehung von Entzündungen beteiligt ist

Plaque (Mehrzahl: Plaques)

deutlich abgegrenzter, über das Hautniveau erhabener Fleck auf der Haut

PUVA

Kombinationstherapie aus dem Wirkstoff Psoralen und UVA-Bestrahlung

Q Quadrant

ein Viertel eines Kreises oder eines Vierecks

R Radiosynoviorthese

Verfahren zur Wiederherstellung der Gelenkinnenhaut (Synovialis) durch Injektion radioaktiver Substanzen in das betroffene Gelenk

Retinoide

Substanzen, die in ihrer chemischen Zusammensetzung dem Vitamin A ähneln und in Arzneimitteln zur Behandlung der Psoriasis eingesetzt werden

Rheumafaktor

Laborwert, der auf das Vorhandensein einer rheumatischen Erkrankung hinweisen kann

Rheumatologe/Rheumatologin

Facharzt für rheumatische Erkrankungen

Röntgen

Verfahren zur Durchleuchtung des Körpers mittels elektromagnetischer Wellen (Röntgenstrahlen)

S Schleimhaut

bestimmter Hauttyp (Mucosa), der das Innere von Organen auskleidet

Schub

das sich in unregelmäßigen Zeitabständen wiederholende Auftreten von Krankheitssymptomen bzw. die zeitweise Verschlechterung der Krankheit

Skelettszintigrafie

nuklearmedizinisches bildgebendes Verfahren, das den Knochenstoffwechsel abbildet; ein erhöhter Stoffwechsel kann auf eine Entzündung hinweisen.

Steinkohlenteer

Inhaltsstoff mancher Arzneimittel zur Behandlung der Psoriasis mit juckreizvermindernder und → antiproliferativer Wirkung

Symptom

Krankheitsanzeichen

systemisch

den ganzen Organismus betreffend

T Tazaroten

Arzneistoff aus der Gruppe der → Retinoide zur äußeren Behandlung der Psoriasis

Therapeutikum (Mehrzahl: Therapeutika)

medizinisches Heilmittel

TNF-alpha

Tumornekrosefaktor alpha;
ein → Botenstoff des Immunsystems

topisch

örtlich, äußerlich

V Vitamin D3

→ Hormon, das eine wichtige Rolle bei der Regeneration (Erneuerung) der Haut spielt

Vitamin-D3-Abkömmlinge

Substanzen, die in ihrer chemischen Zusammensetzung dem Vitamin D3 ähneln und in Arzneimitteln zur Behandlung der Psoriasis eingesetzt werden

Liebe Leserin, lieber Leser, weitere Begriffe zur Psoriasis und Psoriasis-Arthritis und deren Erklärungen finden Sie im Wegweiser durch die medizinische Fachsprache bei Psoriasis und Psoriasis-Arthritis (kostenlos zu beziehen über den Bestell- und Downloadservice von Celgene unter www.celgene.de).