

## **Vorschläge zum Management der Psoriasisarthritis (PsA) im Hautnetz Leipzig/Westsachsen in Absprache mit den Leipziger Fachärzten für Rheumatologie**

Psoriasispatienten sollten bei der Erstvorstellung auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht werden, dass sich eine Gelenkbeteiligung bei 30- 40 % der Psoriatiker einstellen kann. Bei bestehendem PsA-Verdacht kann der im Link ausgewiesene Fragebogen zur Festigung der Diagnose genutzt werden (<https://www.psoriasis-bund.de/fileadmin/images/download/formulare/GEPARD-Fragebogen.pdf>).

Der Verdacht erhärtet sich, wenn auch ein Befall der Nägel, der Kopfhaut und wenn Analrhagaden vorliegen.

Klinisch werden fünf Subtypen unterschieden. Die häufigsten sind die asymmetrische Oligoarthritis (bis zu vier Gelenke) und die in der Regel symmetrische Polyarthritis (fünf oder mehr betroffene Gelenke). Im Unterschied zur rheumatoiden Arthritis können bei PsA auch Spondylarthritiden, Enthesitiden und Daktylitiden auftreten. Als relativ pathognomonisch gelten die „Wurstfinger“. Eine Morgensteifigkeit mit Verbesserung der Symptomatik durch Bewegung wird häufig beobachtet.

Seitens der Dermatologen wäre in unklaren Fällen eine weiterführende laborchemische Ausschlussdiagnostik (Rheumafaktor, CCP-AK, CRP, Harnsäurebestimmung) sinnvoll. Diese könnte ergänzt werden durch bildgebende Verfahren wie Röntgenaufnahmen, Ultraschall, MRT oder Skelettszintigraphie.

Für kurzfristige Arthralgien ohne klinisch objektivierbaren Nachweis einer Gelenkschwellung wird gemäss S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis der Einsatz von NSAIDs oder COXiben empfohlen. Bei persistierenden entzündlichen Beschwerden am Bewegungsapparat sollte auf jeden Fall die Einbeziehung des Facharztes für Rheumatologie erfolgen. Weitere therapeutische Optionen sind dann DMARDs ( insbesondere MTX ) sowie Biologika, Small Molecules (Apremilast ) oder Januskinase-Inhibitoren. In die fachübergreifende Folgebehandlung sollten die Aspekte beider Fachdisziplinen einfließen.