
Psoriasisartrit

I Finland har omkring två procent av befolkningen insjuknat i kronisk psoriasis. Av dessa har 15–30 procent även en ledinflammation. Ju allvarigare hudpsoriasis är, desto oftare förekommer också ledinflammation. Såväl hudpsoriasis som psoriasisartrit är lika vanliga hos kvinnor som hos män. En sjukdomsbild som är snarlik den vid psoriasisartrit påträffas ibland hos patienter som inte har utslag. I sådana fall påträffas psoriasis ofta hos en nära släkting.

Personer insjuknade i psoriasisartrit har konstaterats ha en ökad risk att insjukna i metabolt syndrom och hjärt- och kärlsjukdomar.

Sjukdomsorsak

Den bakomliggande orsaken är okänd. Det är också oklart varför hudsjukdomen ofta förorsakar ledsymtom. Förmodligen är regleringen av den immunologiska försvarsmekanismen rubbad hos personer som insjuknat i psoriasis, precis som vid många andra reumatiska sjukdomar. Denna tillåter ibland uppkomst av utslag som följd av till exempel infektioner, rispor i huden eller brännskador.

Sjukdomen är klart ärftlig. Om bägge föräldrarna har psoriasis, är risken att barnet insjuknar omkring 50 %. Om bara ena föräldern har psoriasis är risken omkring 20 %. Klart färre personer utvecklar sjukdomen psoriasisartrit. Ledsymtomen debuterar vanligen vid 30–50 års ålder, och då har patienten redan haft utslag under flera års tid. Psoriasisartrit förekommer ytterst sällan hos barn.

Symtom

Psoriasisartrit drabbar ofta patienter som under flera års tid haft hudpsoriasis. Ömhet i leder, morgonstelhet och svullnad är symtom på ledinflammation. Det är däremot rätt vanligt att utslagen inte konstateras och diagnosen fastställs förrän patienten uppsöker läkare på grund av ledsymtom. Utslagen och nagelförändringarna i sig har inte besvärat patienten i större utsträckning. Hos en liten del av de insjuknade personerna debuterar ledsymtomen före hudsymtomen.

Psoriasisartrit indelas i minst fyra olika sjukdomsformer. Den mest typiska sjukdomen drabbar extremiteternas ytterleder. En mera allmän form av psoriasisartrit är en inflammation i flera leder, men som avviker från ledgångsreumatism såtillvida att symtomen nästan alltid angriper de yttersta lederna. Den tredje sjukdomsformen är inflammation i några få, ofta stora leder, till exempel endast i ena knäet. Den fjärde sjukdomsformen påminner om ankyloserande spondylit och förekommer främst hos personer med den nedärvda riskfaktorn HLA-B27.

Psoriasisartrit kan medföra inflammationer i muskel- eller ledfästen (entesit). Av dessa är svullnad i akillessenan, inflammation i senfästet och plantar fasciit på undersidan av foten som medför smärta i hälen typiska. Ibland konstateras svullnad i ett enskilt finger eller i en tå (daktylit, korvtå). Inflammation i fingrarnas och tårnas ytterleder ses ofta hos patienter som drabbats av nagelförändringar till följd av psoriasis.

Diagnostik

Diagnosen psoriasisartrit kan ställas då patienten drabbats av hudsjukdomen psoriasis och då en eller flera leder angripits av inflammation. Det är inte alltid lätt att diagnostisera utslagen eftersom symtomen kan vara mycket lindriga eller begränsas endast till naglarna. Ibland är det bara fråga om en fläckvis fjällande hårbotten.

Förhöjd sänka och CRP är ofta tecken på inflammation, men ibland kan dessa värden vara helt normala vid psoriasisartrit. För att åtskilja sjukdomen från ledgångsreumatism utgår man vanligen från att reumatoid faktor eller antikroppar mot citrullinerade peptider inte påträffas i blodet. Visserligen är det möjligt att samtidigt ha såväl ledgångsreumatism som psoriasisartrit.

På röntgenbilder kan man oftast se skillnad mellan förändringar orsakade av psoriasisartrit och förändringar orsakade av ledgångsreumatism. Psoriasisartrit kännetecknas av skadade ytterleder på fingrar och tår. Dessutom ses bennybildning och benhinneinflammation. Uttalade ledsador (mutilerande ledförändringar) på fingrar och tår, som gör fingrarna helt oanvändbara, är sällsynta.

Förändringar i ryggraden är snarlika som de förändringar som orsakas av ankyloserande spondylit. Sakroiliitförändringarna är emellertid ofta ensidiga vid psoriasisartrit.

Entesitförändringar kan avslöjas både i röntgenbilder och vid ultraljudsundersökning. Ultraljudsundersökning lämpar sig också för att upptäcka ledinflammation, tendinit och daktylit.

Magnetundersökning visar inflammationsförändringar i leder tidigare än vanlig röntgenundersökning. Magnetundersökning rekommenderas i första hand för att undersöka sakroilikaleden och ryggraden.

Behandling

I och med att hudutslagen läker ut lugnar också ledbesvären i allmänhet ner sig och därför är det viktigt att behandlingen är ändamålsenlig. Solljus är effektivt mot utslag och lindrar även ledbesvären i någon mån. Dock är det inte alltid givet att ledbesvären lindras i takt med hudbesvären. Det viktiga är att behandlingen upprätthåller ledernas och musklernas kondition. Målet är att minimera mängden symtom, förbättra livskvaliteten och bevara arbets- och funktionsförmågan.

Mot lindriga smärtsymtom räcker det med paracetamol eller antiinflammatoriska läkemedel. Vid långvarigare ledinflammation eller om man upptäcker ledförändringar på röntgenbilder insätts behandling med likadana antireumatiska läkemedel som vid behandling av ledgångsreumatism.

Metotrexat hjälper mot hudutslag och har till och med bättre effekt på psoriasisartrit än på ledgångsreumatism. Med metotrexat tas 5–10 mg folsyra i veckan. Om metotrexat inte passar, kan man använda leflunomid eller, om det är en lindrig form av psoriasisartrit, sulfasalazin. Sulfasalazin hjälper dock inte i högre grad mot utslagen. Cyklosporin ger lindring såväl vid svårartade hudutslag som vid ledinflammation, men används rätt sällan. Man undviker helst kortisonpreparat, dock passar kortisoninjektioner som behandling av svullna leder. Ibland blir man tvungen att behandla ledsador med kirurgiska ingrepp, vanligen med stel- eller protesoperationer.

Biologiska antireumatiska läkemedel är den mest effektiva behandlingsformen för såväl hudpsoriasis som psoriasisartrit. Populärast är TNF-hämmare (infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab och certolizumab pegol), men även interleukin 12/23-hämmaren ustekinumab och interleukin 17A-antikroppen sekukinumab används. De biologiska läkemedlen lugnar ner inflammationen snabbt. De

används för att behandla svårkontrollerade inflammationer i extremiteternas leder och tidigt vid inflammationer kring ryggraden. Läkemedlen administreras som injektioner. Oftast kan patienten ändå lära sig att använda injektionerna själv.

Apremilast, som tas via munnen dagligen, är ett nytt effektivt läkemedel för att behandla psoriasisartrit (även hudutslag). Det är än så länge oklart hur apremilast placerar sig i förhållande till övriga läkemedel.

Vid behandling av patienter som insjuknat i psoriasis och psoriasisartrit är det viktigt att uppmärksamma den ökade risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Rökning, att undvika övervikt och att ta hänsyn till övriga riskfaktorer är därför en viktig del av behandlingen.

Prognos

Generellt anses psoriasisartrit vara en mildare sjukdom än ledgångsreumatism. Långtidsprognosen är för de flesta rätt god. Om sjukdomen verkar vara allvarlig och förorsakar ledförändringar bör man utan att tveka sätta in en av de tillgängliga moderna effektiva behandlingarna. Läkemedlen ger bäst effekt i en tidig sjukdomsfas. Det är ovanligt att patienten förlorar sig arbetsförmåga. En obehandlad psoriasisartrit kan leda till bestående funktionsnedsättning, leddskador eller stelhet i ryggraden.



Observera

- Du kan läsa Psoriasisartrit-guiden [elektroniskt här](#) eller beställa guiden [från TuleShop](#).

Uppdaterad 2022

