



Psoriasisarthritis bei Kindern

Schuppenflechte und Arthritis kommen häufiger gemeinsam vor, als es nach dem zufälligen Zusammentreffen beider Erkrankungen zu erwarten wäre. Dies gilt nicht nur fürs Erwachsenenalter. Auch beim Kind wird die Psoriasisarthritis als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Sie gehört zu den Erkrankungen, die unter dem Begriff der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) zusammengefasst werden und betrifft etwa 5 - 10 % dieser Patienten. Die Psoriasisarthritis beim Kind weist einige Besonderheiten auf, so dass die Diagnose oft auch ohne Nachweis einer Hautpsoriasis gestellt oder zumindest vermutet werden kann. Dies ist diagnostisch bedeutsam, da im Kindesalter die Arthritis meist als erstes Krankheitszeichen in Erscheinung tritt.

Definition und Klassifikation

Ursprünglich wurde die Diagnose einer juvenilen Psoriasisarthritis nur Patienten zuerkannt, bei denen sowohl eine Hautpsoriasis als auch eine Arthritis vorlag. Da die Arthritis der Psoriasis beim Kind und Jugendlichen oft um viele Jahre vorausgeht, wurden Kriterien gesucht, die eine Diagnose schon vor Beginn der Hautveränderungen erlaubt. In der internationalen Nomenklatur und Klassifikation nach ILAR (International League Against Rheumatism) für die JIA wurde die juvenile Psoriasisarthritis deshalb folgendermaßen definiert:

1. Arthritis und Psoriasis
oder
2. Arthritis und mindestens 2 der folgenden Kriterien:
 - a) Daktylitis
 - b) Tüpfelnägel oder andere psoriasistypische Nagelveränderungen
 - c) Psoriasis bei einem Verwandten ersten Grades

Danach wird beim Kind eine Psoriasisarthritis diagnostiziert, wenn entweder Arthritis und Psoriasis gemeinsam bestehen, oder wenn eine Arthritis vor dem 16. Geburtstag beginnt und mit mindestens zwei von drei definierten Kriterien einhergeht. Ausgeschlossen werden bei dieser Definition Patienten mit einem positiven Rheumafaktor oder mit systemischen Zeichen wie Fieber und Organbeteiligung, aber auch Jungen, die bei Beginn der Arthritis älter als 6 Jahre sind und den genetischen Marker HLA B 27 besitzen sowie Patienten bei denen ein Verwandter ersten Grades an einer Spondylitis ankylosans (M. Bechterew), an einer JIA mit Subgruppe Enthesitis assoziierte Arthritis, an einer Entzündung der Kreuzdarmbeingelenke (Sacroiliitis), an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa) oder an einer akuten Regenbogenhautentzündung (Iridozyklitis) leidet. All diese Erkrankungen kann man unter dem Begriff HLA B 27 assoziierte Erkrankungen zusammenfassen, da dieser genetische Marker bei 50-80% der Patienten nachweisbar ist.

Mit den vielen Ausschlusskriterien wollte man erreichen, dass die Subgruppen der JIA streng getrennt werden und insbesondere bei Studien die Patientengruppen klar definiert und gut voneinander abgrenzbar sind. Das hat aber auch den Nachteil, dass bei der jugendlichen Form der Psoriasisarthritis fast alle Patienten ausgeschlossen

werden, die an einer HLA B 27 assoziierten Erkrankung leiden. In der Erwachsenenrheumatologie werden jedoch genau diese Patienten als eine für die Psoriasisarthritis typische Krankheitsform mit z.B. Sakroiliitis und / oder Enthesitis eingeordnet.

Anamnese, Alters- und Geschlechtsverteilung

Wichtig ist die genaue Befragung zur Familienanamnese. Diskrete Formen der Psoriasis werden als solche oft nicht erkannt. Manchmal lohnt es sich, nicht nur das Kind sondern auch die Eltern zu untersuchen, um kleinere bzw. versteckte Psoriasisherde oder typische psoriasiforme Nagelveränderungen zu entdecken. Bei etwa der Hälfte der Patienten findet man in der engeren Verwandtschaft eine Psoriasis. Aber auch rheumatische Erkrankungen kommen gehäuft vor.

Die Psoriasisarthritis kann in jedem Lebensalter beginnen. Bei der Hälfte der Kinder beginnt die Arthritis vor den Hautveränderungen mit einem Abstand von Monaten bis zu mehreren Jahren. Bei 10 – 15 % treten Arthritis und Schuppenflechte gleichzeitig auf. Bei den übrigen geht die Psoriasis der Arthritis voraus.

Die Geschlechtsverteilung hängt ab vom Alter bei Beginn der Arthritis. So überwiegen bei frühem Beginn der Arthritis vor dem 6. Geburtstag die Mädchen, bei Beginn im Schulalter sind Mädchen und Jungen etwa gleich häufig betroffen.

Klinische Befunde

Haut und Nagelpsoriasis

Bei den meisten Kindern findet man an der Haut eine sogenannte Psoriasis vulgaris. Die typischen Veränderungen mit Rötung und Schuppung befinden sich häufig im Bereich des behaarten Kopfes oder im Gesicht. Bevorzugte Stellen sind der Haaransatz, die Augenlider oder der Bereich hinter den Ohren. Psoriasisherde findet man aber auch am übrigen Körper in unterschiedlicher Ausdehnung. Nach versteckten Stellen, der sogenannten Psoriasis inversa, muss gezielt gesucht werden. Sie befinden sich im Nabel, im Genitalbereich oder in der Analfalte.

Selten tritt die Psoriasis als sogenannte Psoriasis pustulosa auf. Dabei handelt es sich um bläschenartige Hauterscheinungen, die vor allem an den Handflächen und Fußsohlen erscheinen. Die psoriatische Erythrodermie ist eine besonders schwere Form der Psoriasis, bei der die gesamte Haut eine Verdickung, Rötung und Schuppung aufweist.

Bei den Nagelveränderungen überwiegen die Tüpfelnägel, die in unterschiedlicher Ausprägung bei etwa 40 % der Patienten vorkommen. Daneben findet man auch Längs- oder Querrillen. Seltener sind ausgeprägte Verhornungsstörungen mit Verdickung, Verfärbung oder Absplitterung der Nägel.

Gelenkbeteiligung

Bei etwa zwei Drittel der Patienten beginnt die Gelenkerkrankung als Oligoarthritis mit Befall von ein bis vier Gelenken. Bei den übrigen sind in den ersten 6 Monaten fünf und mehr Gelenke erkrankt. Es besteht also definitionsgemäß eine Polyarthritis. Dabei weisen gut die Hälfte dieser Kinder ein asymmetrisches Gelenkmuster auf. Nur bei 10 –

20 % der Patienten beginnt die Erkrankung als symmetrische Polyarthrit mit Befall zahlreicher großer und kleiner Gelenke. Im Verlauf erkranken bei Kindern mit Oligoarthrit meist noch weitere Gelenke. Andererseits kommt die Arthritis an einzelnen oder allen Gelenken oft wieder zur Ruhe. Insgesamt überwiegt auch in der Langzeitbeobachtung der oligoartikuläre Befall.

Betrachtet man die einzelnen Gelenke, steht die Arthritis des Kniegelenkes ganz im Vordergrund. Sie betrifft zu Krankheitsbeginn etwa zwei Drittel der Kinder, im Verlauf bis zu 90%. An zweiter Stelle folgt das Sprunggelenk, das bei etwa der Hälfte befallen ist. Hand-, Ellbogen- und Hüftgelenke erkranken bei 30 – 40 % der Patienten. Bedeutsam ist die Arthritis der kleinen Finger- und Zehengelenke. In asymmetrischer Anordnung ist sie typisch für die Psoriasisarthritis, insbesondere wenn gleichzeitig eine Rötung des Gelenkes besteht. Als charakteristisch gilt auch die sogenannte Daktylitis, die als Kriterium für die Definition herangezogen wird. Dabei handelt es sich um eine entzündliche Verdickung einzelner Finger oder Zehen, hervorgerufen durch eine Arthritis der Fingermittel- und -endgelenke bei gleichzeitiger Entzündung der Beugesehnscheiden. Eine Daktylitis wird bei bis zu 50 % der Kinder mit Psoriasisarthritis beobachtet. Beginnt die Arthritis erst im Schulalter, erkranken bei jedem 3. bis 4. Kind auch die Kreuzdarmbeingelenke (Iliosakralgelenke). Die Sakroiliitis betrifft Mädchen und Jungen in gleicher Häufigkeit. Etwa die Hälfte dieser Patienten weisen den genetischen Marker HLA B 27 auf.

Wie oben dargestellt, werden dann allerdings die Jungen mit positivem HLA B 27 von der Diagnose juvenile Psoriasisarthritis innerhalb der JIA ausgeschlossen und als undifferenzierte Arthritis klassifiziert.

Enthesopathien

Sehnenansatzentzündungen, sogenannte Enthesopathien oder Enthesitiden, entwickeln sich ebenfalls vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen mit Krankheitsbeginn ab dem Schulalter. Besonders betroffen sind die Fersen, zum einen im Ansatzbereich der Achillessehne, aber auch an der Fußsohle am Ansatz der Fußsohlensehnenplatte. Auch die Sehnenansätze unterhalb des Kniegelenks, an Schulterblatt oder Beckenkamm können betroffen sein.

Iridozyklitis

Die entzündliche Augenbeteiligung kann sich auf zweierlei Art manifestieren. Als chronische, meist doppelseitige Iridozyklitis betrifft sie überwiegend Kinder mit Krankheitsbeginn im Kleinkindalter. Bei dieser Form weisen weder Schmerzen noch Rötung auf die Augenentzündung hin, weshalb sie nur durch routinemäßige Augenarztuntersuchungen entdeckt werden kann. Wird die chronische Iridozyklitis nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, können sich bleibende Augenschäden wie Verklebungen (Synechien), Hornhauttrübung und grauer Star (Katarakt) entwickeln.

Demgegenüber geht die akute Form der Iridozyklitis mit Schmerzen, Rötung und Lichtscheu einher. Sie wird entsprechend frühzeitig diagnostiziert und behandelt. Nur ausnahmsweise entstehen bleibende Veränderungen am Auge. Die akute Iridozyklitis

manifestiert sich jeweils nur an einem Auge und kommt bevorzugt bei größeren Kindern und Jugendlichen vor.

Therapie

Die Behandlung folgt grundsätzlich den Therapieprinzipien der JIA. Die medikamentöse Therapie beginnt mit der Verabreichung von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Bei Oligoarthritis kann durch intraartikuläre Steroidinjektion in einzelne Gelenke eine Besserung erzielt werden. Hartnäckige Oligoarthritis, die auf diese Therapie nicht ansprechen sowie polyartikuläre Verläufe erfordern meist die Einleitung einer antirheumatischen Langzeitmedikation mit einem sogenannten Basismedikament. Die Auswahl des Medikamentes bleibt dem erfahrenen Kinderrheumatologen vorbehalten. Sie richtet sich nach dem jeweiligen Krankheitsbild und Verlauf. In Frage kommen alle Medikamente, die auch für die anderen Formen der JIA zur Verfügung stehen. Bei Sulfasalazin und Antimalariamitteln müssen vor allem Nebenwirkungen an der Haut berücksichtigt werden. Insbesondere bei den Antimalariamitteln Chloroquin (Resochin[®]) und Hydroxychloroquin (Quensyl[®]) fürchtet man negative Auswirkungen auf die Psoriasis. Die Therapie mit Immunsuppressiva wirkt sich günstig sowohl auf die Haut- als auch die Gelenkveränderungen aus und wird deshalb bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen bevorzugt. Die chronische Iridozyklitis erfordert bei schwerem Verlauf ebenfalls die Einleitung einer immunsuppressiven Therapie.

Bei sehr schwerem Verlauf einer Psoriasisarthritis kann auch der Einsatz von Biologika, insbesondere Anti-TNF α -Therapien wie Etanercept (Enbrel[®]) oder Adalimumab (Humira[®]) angezeigt sein. Auch hierbei zeigt sich meist ein gleichzeitig günstiger Effekt auf Arthritis und Psoriasis. Wir beobachten jedoch paradoxerweise auch gelegentlich, dass die Biologika eine Psoriasis verschlechtern oder dass es unter dieser Therapie sogar erstmals zum Auftreten einer Psoriasis kommt.

Die medikamentöse Behandlung muss von Anfang an von einer gezielten, intensiven Physiotherapie begleitet werden. Je nach Stadium der Arthritis sind Methoden zur Schmerzlinderung, Funktionserweiterung oder Bewegungsschulung angezeigt. Bei Kindern mit Arthritis im Bereich der Hand- und Fingergelenke ist auch regelmäßige Ergotherapie sinnvoll. Sie befaßt sich mit funktioneller Therapie, Gelenkschutztraining und Schienenversorgung. Bei Arthritis im Bereich der Beine sind entlastende Hilfsmittel erforderlich wie Gehstützen oder Therapieroller. Zur Teilentlastung eignen sich auch Laufrad, Dreirad oder Fahrrad. Weiche, individuell angefertigte Einlagen schützen betroffene Fußgelenke und wirken sich durch ihre dämpfenden Eigenschaften auch günstig bei Arthritis im Bereich der Knie- oder Hüftgelenke aus.

Wie bei allen chronischen Erkrankungen nimmt auch die psychosoziale Betreuung eine wichtige Rolle ein. Die Mitarbeiter im Sozialdienst geben Hilfestellung bei Problemen im Alltag, insbesondere in Schule und Ausbildung, und beraten hinsichtlich finanzieller Nachteilsausgleiche. Bei belastenden Situationen kann auch eine Gesprächstherapie für chronisch kranke Kinder und ihre Familien sinnvoll sein.