



Psoriasisartritt og behandling



TEMAHEFTE

Psoriasis- og eksemforbundet

Psoriasis- og eksemforbundet (PEF) er en landsomfattende interesseorganisasjon for personer med psoriasis, atopisk eksem, andre hudsykdommer og psoriasisartritt.

PEFs formål er å gjøre kroniske hudsykdommer og psoriasisartritt kjent, forstått og akseptert i samfunnet. Vårt mål er å sikre et godt behandlingstilbud uansett hvor i Norge du bor. PEF arbeider for å fremme forskning, styrke pasientrettigheter og gi god informasjon til medlemmer, pårørende og den øvrige allmennheten. Vi mener kunnskap om egen sykdom gir makt og økt livskvalitet for den enkelte.

PEF ble stiftet i 1962 og har ca. 5000 medlemmer fordelt på 19 fylkeslag og 45 lokallag. Du kan lese mer om organisasjonen på nettsiden www.hudportalen.no.

PEF-ung er Psoriasis- og eksemforbundets ungdomsorganisasjon. PEF-ung ble stiftet i 1987 og har ca. 300 medlemmer i alderen 0–26 år. Mer informasjon om ungdomsorganisasjonen finner du på www.pef-ung.no.

Medlemsfordeler

- Tilsendt velkomstgave med utvalgte hudpleieprodukter.
- Gratis veiledning, hjelp og informasjonsmaterieill.
- Medlemsbladet Hud & Helse, fire utgaver per år.
- Tilgang til medlemsinnlogging - «Min side» - på hudportalen.no. Der kan du lese Hud & Helse i elektronisk utgave og handle en mengde varer til 15 % medlemsrabatt fra Komplet Apotek. Du kan i tillegg oppdatere medlemsinformasjonen din, lese fagartikler og hente oppdatert kunnskap fra PEFs egen videobank.
- 15 % medlemsrabatt på en mengde varer, fri frakt til post i butikk og dørleveranser til kun 49,- hos Komplet Apotek. Mer informasjon finnes på www.kompletapotek.no/pef.
- 15 % rabatt på lysbehandlingsutstyr fra Scan-Med.
- 15 % rabatt på lysbehandlingsapparatet Philips BlueControl.
- 10 % rabatt på skolepenger til Den norske skolen på Gran Canaria.
- 10 % på fullprisreiser fra Tyrkiareiser.
- Rabatterte opphold på Scandic Hotels, Choice Hotels Scandinavia og Thon Hotels gjennom FFO-avtalen.



Hvordan bli medlem?

Innmeldingsskjema, oversikt over medlemskategorier, priser og generell informasjon om medlemskap finner du ved å gå til www.hudportalen.no/medlemskap.

Psoriasisartritt og behandling

Temaheftet tar for seg psoriasisartritt (PsA), diagnostisering og ulike behandlingsalternativer. Det har som mål å gi en best mulig forståelse av sykdommen psoriasisartritt. Heftet er inndelt i ulike temaer, slik at det er enkelt å finne de opplysningene du til enhver tid er på jakt etter. Du får vite mer om dette:

- Hva er psoriasisartritt?
- Symptomer på psoriasisartritt
- Diagnostisering
- Behandlingstilbud
- Hvor kan du søke hjelp?
- Fysioterapi og ergoterapi
- Trening, kosthold og livsstil
- Nyttige nettsteder
- Ordforklaringer

Innhold

Innledning	Side 5
Sammenheng mellom psoriasis og psoriasisartritt	Side 6
Ulike manifestasjoner av psoriasisartritt	Side 8
Hvordan stilles diagnosen?	Side 10
Behandling av psoriasisartritt	Side 12
Prognose	Side 15
Å leve med psoriasisartritt	Side 18
Begrepsavklaring	Side 19
Nyttige nettsteder	Side 19

Heftet er skrevet med tanke på personer som ikke har store forhåndskunnskaper om psoriasisartritt.

Temaheftet er utarbeidet av Psoriasis- og eksemforbundet under faglig veiledning fra Karen Minde Fagerli, lege i spesialisering ved revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.





Innledning

Psoriasisartritt (PsA) er en revmatisk betennelsessykdom som består av hudsykdommen psoriasis og artritt. Med artritt menes betennelse i ett eller flere ledd som karakteriseres av hevelse, smerte og nedsatt funksjon. For å tilfredsstille diagnosen psoriasisartritt skal man av revmatolog ha fått påvist en betennelse i minst ett ledd, sene(feste) eller ryggstøyle, hvor andre årsaker enn psoriasis til leddbetennelsen er utelukket. For diagnosen psoriasis kreves enten typiske hudforandringer og/eller karakteristiske negleforandringer eller forekomst av dette i nærmeste familie.

Historikk


Tidligere benyttet man ofte betegnelsen *arthropatia psoriatica* om psoriasisartritt, men denne er nå stort sett forlatt. Årsaken er at betegnelsen ikke sier noe om kravet til betennelse. Arthropatia signaliserer egentlig bare en tilstand i et ledd. Pasienter som har smerter eller stivhet i ledd uten at det foreligger hevelse (eventuelt ledsaget av varme, rødme eller nedsatt funksjon), faller ikke inn under begrepet psoriasisartritt.

Sammenhengen mellom psoriasis og revmatiske manifestasjoner ble først beskrevet av Alibert i 1818. I mange år oppfattet man en samtidig opptreden av artritt og psoriasis enten som en tilfeldig hendelse eller som en variant av revmatoid artritt (RA eller leddgikt). Engelskmennene Moll og Wright studerte imidlertid en gruppe pasienter med artritt og psoriasis, og fant ut at disse hadde en rekke særtrekk som skilte dem fra pasienter med revmatoid artritt. De foreslo derfor i 1861 at samtidig opptreden av artritt og psoriasis skulle betraktes som en egen

sykdom. Moll og Wright delte inn psoriasisartritt i seks typer. Disse typene er imidlertid overlappende, og pasienter kan bevege seg fra en gruppe til en annen gjennom sykdomsforløpet. I dag har vi derfor større fokus på forskjellige *manifestasjoner* av sykdommen.

Forekomst

Psoriasisartritt er den nest hyppigste leddgiktsykdommen i befolkningen, etter revmatoid artritt. Vi antar at 0,1–0,2 prosent av befolkningen får sykdommen. Studier viser at om lag 30 prosent av personer med psoriasis utvikler psoriasisartritt. Pasienter i alle aldre kan rammes, men sykdommen forekommer relativt sjeldent blant barn. Hyppigst ser man start av psoriasisartritt i aldersgruppen 20–40 år. Kvinner og menn angripes like ofte, noe som står i motsetning til mange andre revmatiske betennelsesykdommer som domineres av kvinner. Ankyloserende spondylitt (Bechterews sykdom), som er beslektet med psoriasisartritt, rammer imidlertid flere menn enn kvinner.



Sammenheng mellom psoriasis og psoriasisartritt

I likhet med psoriasis kjenner man ikke fullt ut årsaken til psoriasisartritt. Vi vet at visse arvelige disposisjoner eller faktorer kan bidra til å disponere for psoriasisartritt, men forskningen har ikke funnet en enkelt egenskap i genene som fullt ut forklarer dette. Sykdommen kan utløses av faktorer som arv, stress, sykdom, skade og annen miljøpåvirkning. I et ledd med psoriasisartritt er det imidlertid betydelig immunologisk aktivitet, som betyr at kroppens forsvarssystem går til angrep og skader sine egne celler og strukturer og vev i kroppen.

Psoriasisartritt bryter som regel ut etter at symptomene på psoriasis har oppstått (hos cirka 75 prosent). Hos noen vil symptomene komme samtidig (hos cirka 15 prosent), mens andre opplever at leddplagene kommer først (hos cirka 10 prosent). Sistnevnte er mest vanlig blant barn. Det kan føre til at for eksempel en JRA (barneleddgikt)-diagnose senere kan bli omgjort til en psoriasisartritt-diagnose.

Negleforandringer er vanlig hos mennesker med psoriasis. Hos personer med psoriasisartritt ser vi som oftest *pitting* (små gropser eller «knappenålshoder» i neglen) eller at den ytterste delen av neglen løsner (*onykylose*).

Hva skjer i leddet?

En betent leddhinne kalles *synovitt*. Leddhinnen (*synovialhinnen*) dekker innsiden av leddhulen. Ved artritt blir hinnen sterkt fortykket på grunn av økt cellevekst og stor innvandring av betennelsesceller. Den kan da ødelegge brusk og benvev. De hvite blodlegemene er «i opprør», og det skilles ut for mye leddvæske. Blodkarene utvider seg, og leddet kan bli rødt, varmt og hovent. Bevegeligheten i leddet innskrenkes. Disse mekanismene kan i verste fall føre til store ødeleggelser av leddet. Smarter og stivhet er vanlig, men graden av smerte i leddet er ingen målestokk for hvor ødelagt leddet er eller vil bli. En annen sentral prosess i sykdomsbildet ved psoriasisartritt er betennelse i senefester og der leddkapselen fester seg til benet, på fagspråket kalt *entesitt*. Noen mener til og med at det er entesitt som utgjør den primære prosessen i sykdomsutviklingen, og at synovitt (*leddhinnebetennelse*) forekommer sammen med, og sekundært til, entesitten.

Smarter uten diagnose

Mange med psoriasis opplever i perioder at de har vondt i og omkring ledd. Smertene kan etter en periode flytte seg fra et ledd til et annet. Mange får aldri stilt en psoriasisartritt-diagnose, fordi symptomene er for vage.

Blodprøvene viser normale verdier, og det vises ofte ingenting på røntgenbilder. Noen får stilt diagnosen først etter mange år fordi utviklingen av sykdommen har gått svært sakte. Det kan være svært plagsomt å ha vondt uten å få knyttet dette til en bestemt sykdom. Ofte kan man oppleve ikke å bli trodd. Det er også vanskeligere å oppnå økonomiske eller praktiske rettigheter så lenge diagnosen uteblir. Vanligvis vil de som har artritt, alt etter graden av funksjonsnedsettelse, ha rettigheter som ved revmatoid artritt.

Det er selvfølgelig positivt hvis man kan konstatere at det ikke foregår en ødeleggende reaksjon i kroppen. Leddene vil da ikke deformeres eller skades på annen måte. Likevel må man forholde seg til smertene. Noen av smertetilstandene kan knyttes til muskelspenninger eller for eksempel fibromyalgi.

En del nyere forskning har dessuten lært oss mer om sammenhengen mellom biologiske prosesser og psykiske opplevelser. Vi snakker om et begrep som kalles *hyperreaktivitet* i bestemte deler av kroppen. Dette kan forklares med at kroppen reagerer fysisk med smerter på psykiske opplevelser eller belastninger. Noen er disponert for å få vondt i magen (hyperreaktivitet i magen), andre får vondt andre steder i kroppen. Dette kan være en av forklaringene på uforklarlige «vondter» i muskler og skjelett.

Spondyloartritter

Psoriasisartritt klassifiseres som en inflammatorisk revmatisk sykdom, og hører til sykdomsgruppen *spondyloartritter*. I denne gruppen finner man ankyloserende spondylitt (Bechterews sykdom), artritt som etterfølger infeksjoner (reaktiv artritt) og artritt ved tarmsykdommene ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Disse sykdommene er plassert i samme gruppe på grunn av mange likhetstrekk. At sykdommene er beslektet, ser man i noen familier, der man finner medlemmer med forskjellige sykdommer fra denne gruppen. Sykdommene forekommer også oftere hos pasienter som har en genetisk vevstype som heter HLA B27.

Karakteristiske trekk for gruppen spondyloartritter er manglende utslag på leddgiktprøver, revmatoid faktor og anti-CCP og andre autoantistoffer i blodet. Artritten er ofte asymmetrisk, og man har ofte betennelse i ryggraden og iliosakralleddene – de leddene som er mellom nederste delen av ryggstølen og bekkenet. Her har psoriasisartritt dermed fellestrekk med ankyloserende spondylitt (Bechterews sykdom).

Noen av typene eller *manifestasjonene* av psoriasisartritt har imidlertid få av disse typiske kjennetegnene og har en type leddbetennelse som ligner mer på revmatoid artritt.

Psoriasisartritt og revmatoid artritt (RA) – likheter og ulikheter

Ved revmatoid artritt (RA) finner man i om lag 70 prosent av tilfellene «positiv leddgiktprøve» i blodet som kan måles og påvises. Noen slik prøve til bruk i diagnostikken finnes ikke ved psoriasisartritt. Ved revmatoid artritt vil ofte de midtre og innerste leddene på fingre og tær angripes, mens betennelsen ved psoriasisartritt oftere setter seg i de ypperste leddene.

Personer med revmatoid artritt vil ofte ha symmetriske leddaffeksjoner, som vil si at de som regel blir angrepet i begge knær, begge håndledd og så videre. En pasient med psoriasisartritt har oftere asymmetrisk leddaffeksjon, hvor bare ett kne eller ett håndledd angripes, spesielt tidlig i sykdomsforløpet.

Symptomer

Symptomene hos mennesker med psoriasisartritt kan variere og avhenger av hvor langt sykdommen har utviklet seg, og hvilke ledd som er angrepet. Det finnes likevel en del likhetstrekk som de fleste med artrittplager vil oppleve:

- Morgenstivhet i leddene som ofte blir vesentlig bedre i løpet av dagen.
- Generelle smerter og stivhet i ledd ved bevegelse.
- Varmeøkning i ledd.
- Hevelse i ledd.
- Trykkmøhet over ledd, muskler og senefester.
- Generell tretthet i form av utmattelse (fatigue).



Ulike manifestasjoner av psoriasisartritt

Tidligere var det vanlig å klassifisere psoriasisartritt i ulike typer: oligoartikulær type (i få ledd), monoartikulær type (i ett ledd), DIP-leddstype (i fingrenes ytterledd), polyartikulær type (i mer enn fem ledd), arthrititis mutilans (som ga deformerte ledd) og spondyloartopati type (typisk med symptomer i ryggen). Nå mener man det er mer hensiktsmessig å snakke om ulike *manifestasjoner* av psoriasisartritt – ulike måter sykdommen arter seg på. Mange som har psoriasisartritt, har flere av manifestasjonene, og de kan variere gjennom sykdomsforløpet.

En nyere klassifikasjonsmetode kalt Caspar inkluderer flere av kriteriene som manglet i den tidligere inndelingen i typer, som senefestebetennelse (entesitt), hevelse i en hel finger eller tå (daktylitt), hud- og negleforandringer. Fordelen med Caspar fremfor mange av de andre metodene, er at tidlige tegn på psoriasisartritt fanges opp bedre.¹

Artritt

Dette er den mest typiske manifestasjonen av psoriasisartritt. Den kan likne revmatoid

artritt (leddgikt) med affeksjon av mange ledd, ofte i hender, men mange blir angrepet i ett eller få ledd, og da ofte store ledd som ankel, knær, hofter og albuer. Ødeleggelsene i leddene som følge av betennelsene varierer mye.

Det kan være vanskelig å skille artritt fra artrose. Artrose har vært kjent som «slitasjegikt» og er noe de fleste utvikler til en viss grad med stigende alder. Noen utvikler dette i mye større grad enn andre og kan få betente ledd, men dette er ikke en inflammatorisk revmatisk sykdom på samme måte som psoriasisartritt. Psoriasisartritt og artrose kan starte rundt samme alder, komme i samme ledd, spesielt ytterledd på fingre, og gi liknende symptomer. Leddskaden ved psoriasisartritt kan også likne på artrose, men i en del tilfeller kan røntgen vise forandringer som er typiske for psoriasisartritt.

Daktylitt

Daktylitt arter seg som en hevelse i en hel finger eller tå. Dette er en svært typisk manifestasjon av psoriasisartritt og er vanligvis lett å diagnostisere. Ofte har en litt artritt og i

¹Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Maese P, Mielants H, and the Caspar Study Group. Classification Criteria for Psoriatic Arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006 Aug;54(8):2665-2673.



Arthritis mutilans.

tillegg senebetennelse i den fingeren eller tåen som er betent.

Senefestebetennelser (entesitt)

Denne manifestasjonen er vanskeligere å diagnostisere både fordi den ikke gir så mye hevelse og nedsatt funksjon, og fordi mange uten psoriasisartritt også har sene- og senefestebetennelser. Graden av betennelse, som kan fastslås ved ultralyd eller MR, kan være viktig for å stille diagnosen.

Senebetennelse (tenosynovitt)

Mange med psoriasisartritt får senebetennelse, men det er ikke en del av Caspar-kriteriene. Fordi senebetennelse er svært vanlig også hos mennesker uten psoriasisartritt, er det vanskelig å basere en diagnose på denne manifestasjonen. Hvis personen også har andre manifestasjoner som taler for diagnosen psoriasisartritt, eller hvis senebetennelsen er veldig utbredt – det vil si at man har det mange steder i kroppen – kan dette tale for en psoriasisartrittdiagnose.



Entesitt undersøkelse.

Spondylitt og sakroilitt

Disse manifestasjonene forårsakes av betennelse i ryggspylen eller leddene hvor ryggspylen er festet til bekkenet. Betennelse i ryggen likner på ankyloserende spondylitt (Bechterews sykdom). Det viktigste symptomet er ryggplager, som oftest starter gradvis og er lokalisert til de nedre delene av ryggen (korsryggen). Stivhet er ofte mer uttalt enn smerter. Betennelser i disse leddene ses best på MR, men etter flere års sykdom kan en også se forandringer på røntgen.

Arthritis mutilans

Denne svært alvorlige sykdommen, hvor leddene oftest blir betydelig ødelagt, er heldigvis svært sjelden. Som regel angripes mange ledd, slik man ser ved polyartrikulær psoriasisartritt, men ødeleggelsene i leddene er mer uttalt. Den er sterkt invalidiserende hvis den ikke behandles aggressivt og tidlig. Ved røntgenundersøkelse ses det betydelige deformiteter med ødeleggelse av både nærliggende ben, sener og senebånd. Mindre enn 5 prosent av pasientene får denne formen for psoriasisartritt.



Hvordan stilles diagnosen?

Det finnes ikke en enkelt test som kan si om du har psoriasisartritt eller ikke. Ofte må man gjennom mange prøver og undersøkelser for å komme fram til en diagnose.

Artritt skal påvises av revmatolog, og det kreves ikke påvisning av forandringer på røntgen. Artritt forveksles imidlertid ofte med *artralgi*. Ved artritt foreligger det hevelse, mens ved artralgi har pasienten smerter uten at det finnes leddbetennelse verken ved legeundersøkelse eller ved ultralyd. Denne begrepsforskjellen kan være en av flere forklaringer på at forekomsten av psoriasisartritt ved psoriasisdiagnose ofte angis høyere ved undersøkelser foretatt av hudlege, enn når denne utarbeides av revmatolog.

For diagnosen psoriasisartritt kreves at man ikke skal ha revmatoide faktorer i blodet, da disse faktorene først og fremst opptrer ved revmatoid artritt og ikke ved psoriasisartritt.

Blodprøver

Ved psoriasisartritt er senkningsreaksjonen (SR) og den såkalte «hurtigsenkningen» (CRP) ofte forhøyet, men de kan begge være innen normalområdet. Likeså kan man ha lav blodprosent (hemoglobin, Hb), men dette

kan også ha andre årsaker. Konsentrasjonen av urinsyre i blodet kan også være forhøyet ved psoriasisartritt, særlig hos personer med aktiv og utbredt psoriasis. Forhøyet konsentrasjon av urinsyre i blodet skal derfor ikke uten videre tolkes som urinsyregikt (*arthritis urica* eller *podagra*) hos personer som har psoriasisartritt.

Røntgenundersøkelser, MR og ultralyd

De aller fleste med vonde ledd blir sendt til røntgenundersøkelse. Mange tror at en slik undersøkelse vil gi et entydig svar, men røntgenundersøkelser av ledd er til liten hjelp for å stille diagnosen psoriasisartritt tidlig i sykdomsforløpet. De pasientene som utvikler slike forandringer, gjør det oftest etter lengre tids sykdom. Når psoriasisartritten først har forårsaket forandringer som kan sees på røntgen, kan disse imidlertid være ganske typiske for denne sykdommen, og da kan de være til hjelp med å skille psoriasisartritt fra revmatoid artritt.



Ved bruk av MR eller ultralyd kan betennelsesforandringer i ledd oppdages tidligere, men slike tidlige forandringer er de samme uansett hvilken revmatisk sykdom pasienten har. MR og ultralyd kan derfor ikke brukes tidlig i sykdomsforløpet for å skille psoriasisartritt fra beslektede leddsykdommer, men kun til å fastslå at det foreligger betennelse i leddene.

Klinisk undersøkelse

Den undersøkelsen legen gjør av leddene, er svært viktig. For en revmatolog kan det være lett å kjenne om det foregår en betennelsesreaksjon i leddet eller ikke. Leddet blir ofte hovent og får vanligvis også nedsatt bevegelighet. Ved psoriasisartritt sitter betennelsen ofte rundt leddet i tillegg, og seneskjeder og senefester kan være angrepet.

En undersøkelse av hud og negler er også viktig, spesielt hvis man ikke har fått hudutslettet før leddplagene, eller når utslettet er så lite uttalt at det blir oversett (i øregang, navlen og så videre). Hudforandringer hos pasienten nå eller tidligere, eller hos første- eller andregrads slektninger, kan være særlig avgjørende for å stille diagnosen psoriasisartritt.

Noen revmatiske sykdommer forårsaker betennelse i regnbuehinnen i øyet

(iridocyklitt), men dette skjer sjelden ved psoriasisartritt. Ved iridocyklitt må du raskt til øyelege for behandling.

Tapping og undersøkelse av leddvæske

Hvis leddet er svært hovent, kan legen foreta en tapping av leddvæsken. Det settes inn en sprøyte i leddet, og væske trekkes ut. Dersom legen er sikker på at det er en betennelse i leddet, kan det samtidig settes inn et betennelsesdempende medikament (kortison). Denne behandlingen har ofte rask og langvarig virkning.

Sammenfatning/diagnose

Alle undersøkelser og tester blir til slutt sammenfattet slik at legen forhåpentligvis kan stille den riktige diagnosen. Dette er imidlertid et puslespill. I enkelte tilfeller kan det ikke påvises noe, men ved en undersøkelse ett eller to år senere kan diagnosen kanskje være sikker. Noen ganger kan det påvises at man har en leddbetennelse, men den eksakte diagnosen kan være vanskelig å stille. Er det ankyloserende spondylitt (Bechterews sykdom), revmatoid artritt eller psoriasisartritt? Har man hudsykdommen fra før, er det som regel enklere å stille diagnosen.

Behandling av psoriasis- artritt



Valg av behandlingsmetode ved psoriasisartritt avhenger av sykdommens forløp og alvorlighetsgrad. Mange kan ha periodevis revmatiske betennelser som kan lindres ved bruk av betennelsesdempende medisiner, kortisonsprøyte i ledd eller ulike former for fysioterapi. Andre har vedvarende sykdom som kan skade leddene over tid, og de bør ha immundempende medikamentell behandling både for å lindre plagene og forhindre at det oppstår leddskade.

Ved behandling av psoriasisartritt må det tas hensyn til at det er to sykdommer som behandles. Mange av medikamentene som brukes kan ha gunstig effekt på begge diagnosene. Sykdommene krever ofte kontakt med to forskjellige spesialister, hvor *dermatologen* (hudlegen) tar seg av hudsykdommen, mens *revmatologen* tar seg av leddsykdommen. Riktig oppfølging krever et godt samarbeid på tvers av spesialitetene.

Det er likevel ikke alle som er så heldige å bo i nærheten av en spesialist. Mange går derfor til sin fastlege, som tar seg av alle sider av behandlingen. Det anbefales likevel at alle bør komme i kontakt med en revmatolog. Daglig oppfølging kan gjøres av fastlegen, men tilsyn og korrigering fra en spesialist er svært nyttig.

Hvis ikke legen din på eget initiativ henviser deg til spesialist, bør du selv ta opp dette med ham eller henne. Pasientutdanning, tverrfaglig utredning og behandling med bruk av ergoterapi og fysioterapi hører også med. Det tverrfaglige samarbeidet kan også inkludere sykepleier, sosionom, ortopediingeniør og/eller revmakirurg.

Behandlingsmål

Det er viktig at behandlingen ved psoriasisartritt er individuelt tilpasset, og at den ses i et helhetsperspektiv der både psoriasis og leddsykdommen blir ivarettatt. Det bør lages individuelle mål for behandlingen i samarbeid med behandlende lege eller spesialist. At lege og pasient sammen utarbeider individuelle behandlingsmål, er spesielt viktig



i de tilfellene hvor hovedplagene ikke er hovne ledd. Det er i dag vanlig å sette *fravær av symptomer* som behandlingsmål ved psoriasisartritt. Behandlingen av psoriasisartritt har dermed som siktemål å redusere symptomer og ledd smerter, dempe leddinflammasjonen og bedre funksjonen, slik at pasientens arbeidsevne og livskvalitet i størst mulig grad opprettholdes.

Ikke-steroide betennelsesdempende legemidler (NSAIDs)

Ikke-steroide betennelsesdempende legemidler kalles NSAIDs, fra det engelske uttrykket Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. I milde tilfeller kan disse være tilstrekkelig behandling, og de kan også være et nyttig tilskudd til behandlingen ved mer alvorlig sykdom. De har en spesielt viktig rolle hos pasienter som har betennelse i ryggsoylen.

Ikke-steroide betennelsesdempende legemidler er ikke vanedannende, men kan gi bivirkninger blant annet fra fordøyelsessystemet. Det er særlig viktig å være oppmerksom på at de kan gi skader på mageslimhinnen som fører til blødninger. Risikoen for dette er størst hos eldre, og hos noen vil det være nødvendig å kombinere NSAIDs med syrenøytraliserende medisiner.

Sykdomsdempende medikamenter (DMARDs)

Hos pasienter med vedvarende sykdomsaktivitet i ledd og sener er det grunn til å prøve såkalte sykdomsdempende medikamenter (DMARDs, fra det engelske uttrykket Disease-Modifying Anti-rheumatic Drugs). Dette er for å hindre plagene ved stadige oppbluss på kort sikt, og for å hindre skade på ledd og sener på lang sikt. Sykdomsdempende medikamenter har effekt både mot smerter og mot stivhet, men de virker langsomt. Det kan ta fra seks uker til tre måneder før man opplever bedring.

Det finnes forskjellige typer sykdomsdempende medikamenter. Det vanligste legemidlet er Methotrexate®. Methotrexate® bremser dannelsen av nye av betennesceller og er regnet som en cellegift, men dosene er svært små sammenliknet med de som brukes i kreftbehandling. Andre sykdomsdempende medikamenter er Salazopyrin® og Arava®.

Behandling med sykdomsdempende medikamenter bør skje i samråd med revmatolog. Alle de sykdomsdempende medikamentene må følges nøye med kliniske kontroller og regelmessige blod- og urinprøver for å unngå bivirkninger.



Biologiske legemidler

Såkalt biologisk behandling er en gruppe legemidler som manipulerer deler av immunforsvaret. Den typen biologiske legemidler som er mest brukt ved psoriasisartritt, er TNF-hemmere, som har vært i bruk siden begynnelsen av 2000-tallet. Biologiske legemidler har gitt nye behandlingsmuligheter, som har ført til en kraftig forbedring hos de pasientene som ikke har tilstrekkelig effekt av andre sykdomsdempende medikamenter (DMARDs). Et biologisk legemiddel gis enten som injeksjon i form av en sprøyte eller penn som en lærer å sette selv, eller som infusjon på sykehus.

Biologiske betennelsesdempende medikamenter har vist seg svært effektive både mot leddbetennelser, symptomer fra rygg, entesitt (betennelse i senefester), daktylitt (betennelse i fingre eller tær), negleforandringer og psoriasis hos pasienter med psoriasisartritt. De anbefales også ved betennelse i ryggstøylene, dersom ikke-steroid betennelsesdempende medisiner (NSAIDs) og trening eller fysioterapi ikke har gitt tilstrekkelig effekt.

Helsedirektoratet har utarbeidet egne retningslinjer for behandling med biologiske legemidler ved revmatiske sykdommer. Biologiske legemidler kan kun foreskrives av revmatolog, og annen mildere behandling må være utprøvd først.

Behandling med biologiske legemidler må også følges nøye med kliniske kontroller og regelmessige blod- og urinprøver. Ved bruk av biologiske legemidler er en mer utsatt for infeksjoner. For at disse ikke skal bli alvorlige, er det svært viktig å være oppmerksom på infeksjoner og ha lav terskel for å bli vurdert av lege hvis en infeksjon skulle oppstå.

Den siste tiden har nye biologiske legemidler med effekt på psoriasisartritt kommet på markedet, og disse brukes i de tilfellene hvor en ikke har oppnådd ønsket effekt med TNF-hemmer, eller hvor pasienten ikke kan bruke TNF-hemmer på grunn av annen sykdom.

Se felleskatalogen for produktinformasjon om biologiske legemidler.

Biotilsvarende legemidler

Nye medikamenter kalt *biotilsvarende* legemidler (biosimilars) har blitt utviklet de senere årene, i kjølvannet av de originale biologiske legemidlene. Disse virker tilsvarende sitt biologiske referanselegemiddel, men regnes ikke som et kopipreparat. Dette skyldes at legemidlet er utviklet i levende organismer (ulike celletyper), det vil si at det ikke er kjemisk fremstilt. I denne prosessen kan det oppstå små forskjeller på molekylene, som ikke påvirker effekt.

Biotilsvarende legemidler brukes på samme måte og i samme dose som referanseproduktet (det originale biologiske preparatet). Forskjellen er at biosimilars er billigere, da patentet på de originale biologiske preparatene er gått ut, noe som har medført at flere pasienter kan behandles.

Se felleskatalogen for produktinformasjon om biotilsvarende legemidler.

Generelt om bivirkninger

Alle legemidler har bivirkninger i liten eller alvorlig grad, og det er alltid viktig å gjøre seg kjent med bivirkningene. Les derfor

pakningsvedlegget. Snakk med legen din hvis medisinen gir symptomer som tidligere ikke har vært kjent. Bruk gjerne samme apotek til alle medisiner, slik at de har oversikten. Følg legens anbefalinger.

Planlegger du å bli gravid, eller er du gravid, må du konferere med legen din. Noen av medisinerne er det ikke tilrådelig å bruke ved graviditet og amming. Apoteket kan også gi gode råd i disse tilfellene, men det er legen som bestemmer om medisineringen skal avbrytes.

Kirurgi/revmakirurgisk behandling

Vanligvis er det ikke nødvendig å operere pasienter med psoriasisartritt. I enkelte tilfeller vil likevel personer med psoriasisartritt kunne ha behov for kirurgi. Av og til kan et ledd bli så skadet at det er nødvendig å operere inn et kunstig ledd eller stive opp det skadede leddet. Hudsåret etter en operasjon gror som et vanlig sår, selv om en har psoriasis.

Pasienter kan videre ha behov for revmakirurgi i form av skraping eller fjerning av betennelse i ledd eller langs sener (*synovektomi*).

Prognose

Både psoriasis og psoriasisartritt er kroniske sykdommer som man kan måtte leve med over mange år. Stort sett er prognosen ved psoriasisartritt, altså sykdommens forventede utvikling, bedre enn ved revmatoid artritt. Psoriasisartritt utvikler seg vanligvis langsommere og anses å gi mindre smerter, feilstillinger og funksjonsnedsettelser enn revmatoid artritt. Psoriasisartritt rammer heller ikke andre organer, slik andre revmatiske sykdommer kan gjøre. Prognosen er slik sett relativt god, og i de fleste tilfeller unngår man at psoriasisartritten utvikler seg til å bli en invalidiserende sykdom. Veksling mellom gode og dårlige perioder er imidlertid svært vanlig.



Fysioterapi og varmtvannstrening

Psoriasisartritt kan begrense både arbeids-
evnen og evnen til daglige aktiviteter. Mange
har derfor nytte av individuell veiledning
fra fysioterapeut.

Målet med fysikalsk behandling er å redusere
smerten, styrke muskulaturen, vedlikeholde
bevegelsen og hindre feilstillinger i leddene.
Fysioterapeuten kan gi individuell behandling,
eller lære deg et eget øvelsesprogram som
du kan gjennomføre hjemme. Trening i
oppvarmet basseng er også utmerket, hvis
man tåler klorvann.

Det er viktig å holde bevegeligheten i leddene
ved like, og det er ikke farlig for leddene om
du trener eller belaster noe. Kjenner du
smerter, kan det være et varsel om at du bør
ta det litt roligere.

Selv om du skal trene, må du samtidig sørge
for at du får nok hvile. Fysioterapeuten kan
også lære deg avslapningsøvelser. Det er
viktig, helst flere ganger om dagen, å slappe
virkelig av i alle ledd og muskler. Ta pauser
og gjør oppmykende øvelser.

Det er aldri noen form for fysisk aktivitet
som er «for lite», hvis alternativet er ingenting.
Finn den aktiviteten som passer deg.

Ergoterapi – leddvern og hjelpemidler

En ergoterapeut kan gi råd om hjelpemidler
og tilrettelegging på arbeidsplassen.
Tilpassede arbeidsstillinger som gir
avlastning for leddene som er rammet, kan
redusere negative effekter av sykdommen.

Overbelastning kan skade leddene, men
ingen belastning er også skadelig. Å lære
deg hva du skal gjøre og hva du ikke bør
gjøre, er en viktig del av behandlingen.
Ergoterapeuten kan gi råd om hvordan man
best kan hindre feilstillinger. Har du ledd-
forandringer i føttene, kan det være nødvendig
å få tilpasset ortopediske såler eller sko. Har
du smerter i håndleddene, kan du få tilpasset
håndleddsstøtter (*ortoser*).

Ergoterapeuten kan hjelpe deg med å søke
om hjelpemidler og kan også komme hjem til
deg for å vurdere for eksempel utskifting av
kraner og lignende. Det skal ofte ikke store
justeringene til for at forholdene både hjemme
og på arbeid kan bli best mulig.

Heldigvis har behandlingen av psoriasis-artritt blitt betydelig bedre de siste årene, og det er dermed langt mindre vanlig at folk får ødelagte ledd som en følge av sykdommen. De aller fleste kan fortsette i arbeid og fungerer godt. Sykdommen går i bølger med gode og dårlige perioder, og de fleste vil oppleve perioder da sykdommen ikke er særlig aktiv.

Kosthold og fysisk aktivitet

Mange med revmatiske sykdommer er opptatt av om kosthold har innvirkning på sykdommen. Dessverre finnes det ingen diett som har vist seg å være spesielt effektiv på psoriasisartritt. De fleste mener imidlertid at den beste dietten er vanlig sunn mat som inneholder de viktigste næringsstoffene. Et godt kosthold er viktig for å forebygge feilernæring, inkludert overvekt og undervekt, og livsstilssykdommer, spesielt hjerte- og karsykdom.

Regelmessig aktivitet er viktig for å vedlikeholde bevegeligheten i de leddene som er rammet. For eksempel kan en trene hendene i varmt vann hver dag. Dersom knærne er affiserte, anbefales dessuten daglig trening av lårmuskulaturen (quadricepsøvelser). På samme måte kan det være behov for øvelser for rygg, nakke og hofter. Mange steder i landet tilbys dessuten gruppetrening på land eller i basseng, som har god lindrende effekt for pasienter med psoriasisartritt og andre revmatiske plager.

Tilstivelse av leddene er ikke et så stort problem nå som tidligere, ettersom de nye medisinene reduserer dette. Nå anbefales personer med psoriasisartritt særlig å trene kondisjon og styrke. Forskning viser at den som har psoriasisartritt, har forhøyet risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, og dette er en god grunn til å trene kondisjon for denne pasientgruppen. God muskulatur bidrar også til å beskytte leddene og bedre leddfunksjonen.

Det er ikke farlig for leddene å trene eller belaste leddene i arbeid, men smerter kan være et varsel om at en bør ta det litt roligere. Å ta det helt med ro anbefales likevel ikke, fordi det da er fare for at leddet kan bli stivt og muskulaturen svak.



Behandling i inn- og utland

Mange med leddsykdommer har stor glede av opphold på en opptreningsinstitusjon eller et helsesportssenter. Du må som oftest betale en egenandel ved disse oppholdene, men i spesielle tilfeller kan det gis støtte fra NAV. Det er legen som søker om opphold.

Personer med psoriasis og psoriasisartritt kan også søke om plass på statlige behandlingsreiser til utlandet. Disse behandlingsreisene dekkes over statsbudsjettet, med unntak av en liten egenandel. Det arrangeres egne behandlingsreiser for personer med psoriasis og psoriasisartritt i regi av Rikshospitalet/ Seksjon for Behandlingsreiser. Deltakelse på disse krever søknad fra legen, sammen med din egen søknad.

Det er også under visse forutsetninger mulig å få offentlig støtte til fysikalsk behandling på private helsereiser til Syden. NAV-kontoret kan opplyse om hvilke institusjoner i Syden som omfattes av denne ordningen.

Alternativ medisin

Det finnes mange alternative behandlingsformer. Svært mange kronikere som lever med en sykdom over mange år, har en eller annen gang vært i kontakt med alternative behandlere. Det finnes homøopati, akupunktur, soneterapi, kinesiologi og flere andre typer alternativ behandling. Mange av disse behandlingsformene bygger på folkemedisinske tradisjoner, men mangler dessverre vitenskapelig dokumentasjon knyttet til virkning. Utprøving av alternative behandlingsformer foregår på eget ansvar.



Å leve med psoriasis-artritt

Å få en kronisk sykdom som psoriasisartritt, med smerter som varer over mange år, kan være en stor belastning, spesielt hvis sykdommen stadig forverrer seg. Legen skal være den gode støttespilleren, den som har ansvaret for den medisinske behandlingen, og er en nøkkelperson når det gjelder samhandling med andre behandlere. Det er ofte flere institusjoner og etater det kan være aktuelt å kontakte.

Når man har fått diagnose for en kronisk sykdom, kan man ha krav på en del økonomiske og praktiske stønadsordninger. Det er blant annet gratis å få behandling og trening hos en fysioterapeut, og stadig flere sykehus har egne Lærings- og mestrings-sentre (LMS). Kontakt ditt lokale NAV-kontor for informasjon. Råd og veiledning fra en sosionom er også nyttig for mange. Sosionomen kan hjelpe til med å finne fram til de økonomiske og praktiske stønadsordningene som finnes. I tillegg kan det være godt å ha en å snakke med, både fordi det å leve med en kronisk hud- og leddsykdom kan innvirke på både familielivet og arbeidssituasjonen, og fordi det ikke er uvanlig å gå gjennom en sorgprosess ved tap av helse.

De aller fleste med psoriasisartritt klarer å fungere i en jobbsituasjon hvis forholdene blir lagt til rette for det. Tilrettelegging er arbeidsgivers ansvar, og i samråd med ergoterapeut skal din arbeidsplass tilpasses best mulig din funksjonsevne. Noen blir

helt eller delvis arbeidsuføre, mens andre kan gå veien om attføring og omskolering (NAV).

Valg av yrke er viktig. Arbeidet bør være ett, men ikke for stillesittende. Tunge løft anbefales ikke, og det samme gjelder arbeid med mye statisk belastning.

Du kan også besøke www.hudportalen.no for mer informasjon om psoriasisartritt.

Avslutning

Ny kunnskap og nye behandlingsmetoder i de senere årene har gjort at livet med psoriasisartritt er lettere for mange. De fleste finner gode måter å leve med sykdommen sin på. Det er viktig ikke å la sykdommen styre livet ditt, men å forsøke å ta styringen selv.

Ønsker du ytterligere informasjon, kan du kontakte Psoriasis- og eksemforbundet sentralt eller lokalt. Du kan også kontakte Funksjonshemmedes Fellesorganisasjons (FFO) rettighetssenter på tlf. 22 79 90 60 eller på www.ffa.no/rettighetssenteret.

Begrepsavklaring

Ankyloserende spondylitt (Bechterews sykdom)

En type betennelse som særlig angriper ledd i ryggen. De fleste pasientene har en spesiell vevstype (HLA-B27), men det forekommer også pasienter med vevstypen uten diagnosen.

Barneleddgikt (JIA)

Juvenil idiopatisk artritt (juvenilis = ung) eller barneleddgikt omfatter ulike kroniske leddsykdommer hos barn. For at det skal kunne kalles barneleddgikt må sykdommen ha startet før fylte 16 år.

Daktylitt

Betennelse i fingre eller tær (pøsefinger/-tå).

Entesitt

Betennelse i senefester og der leddkapselen fester seg til benet.

Fibromyalgi

Fibromyalgi betyr smerter i fibrøst og muskulært vev. Fibromyalgi omtales som et syndrom, det vil si en samling av symptomer og kliniske funn eller sykdomstegn.

Leddgikt

Uppresis, men folkelig betegnelse på sykdommen revmatoid artritt.

Psoriasisartritt (PsA)

Betyr psoriasis leddbetennelse (arthro = ledd, itis = betennelse).

Nyttige nettsteder

www.hudportalen.no
www.psoriasis.no/www.psoriasisartritt.no
www.pef-ung.no
www.levmedpsoriasis.no
www.underthespotlight.no
www.ffe.no/rettighetssenteret
www.nav.no
www.helfo.no



Revmatiske sykdommer

Samlebegrep som omfatter mange ulike betennelsessykdommer, og som ofte kjennetegnes ved at de gir smerter i skjelett-muskelsystemet eller bevegelsesapparatet (muskler, ledd, sener og bånd). Andre organer kan også bli angrepet (øyne, nyrer, lunger, hjerte osv.)

Revmatoid artritt (RA)

Den vanligste formen for revmatisk sykdom. Ofte kalt leddgikt. Revmatoid artritt er en kronisk sykdom som fortrinnsvis angriper leddene. Sykdommen kan imidlertid også angripe indre organer. Revmatoid artritt er vanligere hos kvinner enn hos menn.



Psoriasis- og eksemforbundet
Pb. 6547 Etterstad, 0606 OSLO
Tlf. 23 37 62 40 / Faks: 22 72 16 59
www.hudportalen.no / post@pefnorge.no