

# Psoriasisartrit – en utmaning för patient och läkare

## TIDIG DIAGNOSTIK VIKTIG FÖR RÄTT OMHÄNDERTAGANDE

**Ulla Lindqvist**, docent, institutionen för medicinska vetenskaper, reumatologi, Uppsala universitet  
 ● Ulla.Lindqvist@medsci.uu.se

Ett på 1980-talet **trevande** och icke-vetenskapligt förhållningssätt till psoriasisartrit har i dag förbytts till ett omhändertagande utifrån en gedigen plattform av vetenskap och samlad erfarenhet. Med mer än 8 000 vetenskapliga publikationer, rekommendationer för vård och behandling i samråd med Socialstyrelsen, specialistföreningen för reumatologi, EULAR (European League against Rheumatism) och GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) och nya behandlingsalternativ ser möjligheterna för omhändertagande av patientgruppen helt annorlunda ut i dag.

### En potentiellt destruktiv ledsjukdom

Dessvärre är inte bilden helt enkel, trots allt. Genom svenska studier av nydebuterad psoriasisartrit har Arbetsgruppen för psoriasisartrit inom Svensk reumatologisk förening haft möjlighet att följa en patientkohort på ca 350 patienter i upp till 10 år via Svenska psoriasisartritregistret (SwePsa) [1-4]. I dag möter behandlande läkare framför allt patienter med mono-/oligoartrit- och polyartritformer av psoriasisartrit samt patienter med axial sjukdom (spondylartrit). Däremot är enbart distal artrit och arthrit mutilans ovanliga.

Erfarenhet av 5 års uppföljning av nydebuterad psoriasisartrit visar att det är lika vanligt att patienter debuterar med mono-/oligoartrit som med polyartrit. Psoriasisartrit kan vara en destruktiv och progressiv sjukdom där tidiga förändringar som ses vid röntgen, daktylit, polyartritform samt manligt kön ökar risken. Patienter med fördröjd diagnostik har ett sämre långsiktigt förlopp, och därför är tidig diagnostik målsättningen för rätt omhändertagande och behandling [5]. Med 6-12 månaders väntetid på diagnos och behandling kan funktionen under tiden avsevärt försämrats, och det finns risk för uppkomst av förändringar synliga vid röntgen.

Men patienterna får vänta länge på att få bekräftelse i form av diagnostik och behandling. I en svensk retrospektiv studie för perioden 2008-2013, med analys av registerdata från primär- och specialistvård om patienter som under tidsperioden diagnostiserats med psoriasisartrit, var första symtomet ledsmärta hos 66 procent av patienterna. Tiden mellan första symtom och diagnos var i medeltal 6,3 år. Hudpsoriasis som första symtom förekom hos 34 procent, och tiden mellan debut av ledsymtom och diagnos av psoriasisartrit var då ca 4 år.

### Hur diagnostiseras psoriasisartrit?

Det första symtomet som patienten söker för, vanligtvis i primärvården, är ofta ledsmärta. Om smärtbilden kvarstår efter 3 månader med entesit eller ar-

trit, men också i form av inflammatorisk ryggsmärta, med eller utan psoriasis, bör diagnosen övervägas. Det finns i dag ett bra rekommenderat frågeformulär, det så kallade PEST-formuläret [6], som kan vara till hjälp vid screening för psoriasisartrit i primärvård eller hos dermatolog för att bedöma om smärta föreligger på basis av artros/mekaniska ledproblem eller om det rör sig om inflammatorisk ledsmärta som vid psoriasisartrit. För att därefter kunna fastställa diagnos krävs en god anamnes för att bland annat bedöma helheten, huruvida psoriasis eller nagelsjukdom föreligger och om ledsmärta eller entesit är baserad på inflammation. Differentialdiagnoser är huvudsakligen smärtbild som vid artros, reumatoid artrit, kristallartrit och andra artritsjukdomar. Vid misstanke om psoriasisartrit med inflammatoriska tecken bör patienten remitteras till specialist för diagnostik.

Då psoriasisartrit är ett heterogent tillstånd med artrit, entesit, axial inflammation, daktylit samt hud- och nagelsjukdom utarbetades de så kallade Caspar-kriterierna för att klassificera patienter med misstänkt psoriasisartrit (Fakta 1).

### Vilken utredning krävs vid psoriasisartrit?

Eftersom psoriasisartrit uppvisar en multipel, delvis heterogen bild bör den primära utredningen vara omfattande. Det är viktigt att fastställa sjukdomstyp, karaktäristika och prognostiska faktorer att beakta vid kommande terapi och för vårdnivå.

En omfattande anamnes bör omfatta hereditet för såväl psoriasis som psoriasisartrit men även för övriga inflammatoriska led- och systemsjukdomar inklusive övriga spondylartriter. Samsjuklighet efterfrågas, speciellt för kardiovaskulära sjukdomar liksom lungsjukdom och inflammatoriska tarmsjukdomar.

Den kliniska undersökningen omfattar ett basalt invärtesmedicinskt status och komplett hudstatus inklusive naglar, hårbotten samt intertriginösa områden. Procentuell utbredning av psoriasis uppskattas enligt BSA (body surface area) och inflammations-

### HUVUDBUDSKAP

- Goda möjligheter föreligger i dag för optimalt omhändertagande av psoriasisartrit.
- Tidig diagnostik med fokus på inflammatoriskt aktiva patienter är basen för rätt vård och behandling vid psoriasisartrit.
- Individuell behandling utifrån aktivitet och kända riskfaktorer kan i dag rekommenderas.

## FAKTA 1. Caspar-kriterierna för psoriasisartrit

Patient med led-/rygginflammation eller entesit med  $\geq 3$  poäng från de följande fem kategorierna.

PSORIASIS (pågående, tidigare eller i släkten):

- Tecken på pågående psoriasis i hud eller hårbotten verifierad av hudläkare eller reumatolog, **2 poäng**, alternativt
- läkarverifierad sjukdomshistoria innefattande psoriasis, **1 poäng**, alternativt
- familjehistoria med psoriasis hos första- eller andra-gradssläkting, **1 poäng**.

NAGELDYSTROFI som onykolys, »pitting« (små gropar i naglarna) eller hyperkeratos påvisad vid läkarundersökning, **1 poäng**.

NEGATIVT PROVRESULTAT för reumatoid faktor (inte med latexmetod), **1 poäng**.

DAKTYLIT, pågående eller av reumatolog tidigare beskriven svullnad av ett helt finger eller en hel tå, **1 poäng**.

VID RÖNTGEN VERIFIERAD juxtaartikulär bennybildning i anslutning till led (inte nybildning av osteofyt) på hand eller fot, **1 poäng**.

Sensitivitet 91,4 procent, specificitet 98,7 procent; validerat för nydebuterad och manifest psoriasisartrit. Översättning från [Taylor W, et al. Arthritis Rheum. 2006;54:2665-73].

grad med PASI (psoriasis area severity index). Det senare kan göras i samarbete med hudläkare. Ledundersökningen bör omfatta 66/68 leders status (involverar även distalleder) för ömma och svullna leder samt akuta eller kroniska daktyliter. Entesit vid akillesensans fäste, laterala epikodylerna och mediala knäledsfästen (med Leeds index) kan efterforskas. Entesit kan beskrivas med direkt smärta, indirekt smärta, svullnad eller tecken på genomgången entesit synliga vid röntgen.

Ryggstatus omfattar smärta över ryggkotpelaren och sakroiliakaleder liksom reducerad ryggrörlighet.

I laboratorieutredning ingår SR, CRP samt reumatoid faktor. Vid axial sjukdom rekommenderas analys av HLA-B27.

Bilddiagnostik bör innefatta slätröntgen av händer och fötter och vid axial sjukdom slätröntgen eller magnetisk resonanstomografi av sakroiliakaleder och rygg.

## Omhändertagande och behandling

Patienter med psoriasisartrit har behov av ett mul-

tidisciplinärt omhändertagande där primärvårdsläkare, reumatolog, hudläkare och fysioterapeut bör ingå. Behandlingsrekommendationer finns att tillgå via Svensk reumatologisk förening [7], EULAR [8] eller GRAPPA [9]. Alla patienter med psoriasisartrit erbjuds om möjligt en primär bedömning av fysioterapeut med rekommendationer, träning och uppföljning inklusive livsstilsförslag.

Patienten bör initialt behandlas med COX-hämmare (om inte kontraindikation föreligger). Patienten kan därvid erhålla smärtlindring, och vid axial sjukdom kan en sjukdomsmodifierande effekt uppnås. Dessutom kan god effekt av COX-hämmare tala för inflammation i läkning. Behandlingen bör pågå i minst 14 dagar. Lokala steroider kan med fördel provas. Uppföljning inom SwePsA har visat att patienter med psoriasisartrit av typen mono-/oligoartrit vid sjukdomsdebut i 35 procent av fallen inte hade någon behandling eller behandlades med enbart COX-hämmare vid uppföljning 5 år senare. Dessa patienter med låg aktivitet och utan riskfaktorer bör följas upp i primärvården.

Vid kvarvarande inflammatorisk aktivitet vid såväl mono-/oligoartrit som polyartrit bör DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug) förskrivas av reumatolog. Om hög aktivitet kvarstår trots behandling med DMARD ska biologiska läkemedel övervägas, och patienter med riskfaktorer och/eller hög inflammatorisk aktivitet ska behandlas tidigt och intensivt med biologiska läkemedel. I dag finns det möjlighet till individuellt utformad terapi, initialt med en TNF-alfa-hämmare och vid till exempel utebliven effekt med anti-interleukin-12/23 eller anti-interleukin 17 som alternativ. Patienter som behandlas med DMARD eller biologiska läkemedel bör följas upp med täta kontroller med sammansatta instrument för sjukdomsaktivitet för att kunna påvisa icke fullgod effekt eller eventuell remission [9]. Här finns i dagsläget inga övergripande rekommendationer för bedömning av sjukdomsaktivitet vid psoriasisartrit, men MDA (minimum disease activity) är under utprovning. MDA tar flertalet uttryck av sjukdomen under beaktande, inklusive patientens egen bedömning av sjukdomsaktiviteten. Uppföljning bör även inkludera slätröntgen, och det är särskilt viktigt att händer och fötter inkluderas. En specifik fråga till radiologen bör omfatta mutilerande förändringar för att arthritismutilans tidigt ska kunna påvisas. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2017;114:EU3E

## REFERENSER

- Lindqvist U, Alenius GM, Husmark T, et al. Psoriatic Arthritis Group of the Society for Rheumatology. The Swedish early psoriatic arthritis register - two-year follow up: a comparison with early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2008;35:668-73.
- Theander E, Husmark T, Alenius GM, et al. Early psoriatic arthritis: short symptom duration, male gender and preserved physical functioning at presentation predict favourable outcome at 5-year follow-up. Results from the Swedish early psoriatic arthritis register (SwePsA). *Ann Rheum Dis*. 2014;73:407-13.
- Geijer M, Lindqvist U, Husmark T, et al. The Swedish early psoriatic arthritis registry 5-year follow-up: substantial radiographic progression mainly in men with high disease activity and development of dactylitis. *J Rheumatol*. 2015;42:2110-7.
- Lindqvist U, Wernroth ML, Husmark T, et al. DAPSA, DAS28 and MDA predict long-term treatment regime in psoriatic arthritis. The Swedish early psoriatic arthritis cohort. *Clin Exp Rheumatol*. Epub 16 Jun 2017. PMID: 28628468
- Gladman DD. Recent advances in understanding and managing psoriatic arthritis. *F1000Res*. 2016;5:2670.
- Ibrahim GH, Buch MH, Lawson C. Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and the development of a new instrument: the Psoriasis epidemiology screening tool (PEST) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27:469-74.
- Svensk reumatologisk förening. Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit och psoriasisartrit 2017. [http://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2017/03/rikt\\_as\\_psa\\_2017.pdf](http://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2017/03/rikt_as_psa_2017.pdf)
- Ramiro S, Smolen JS, Landewé R, et al. Pharmacological treatment of psoriatic arthritis: a systematic literature review for the 2015 update of the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:490-8.
- Coates L, Kavanaugh A, Mease PH, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(5):1060-71.