

Differentialdiagnose von Arthritiden

	Psoriasis Arthritis (PsA)	Osteoarthritis (OA)	Gicht	Rheumatoide Arthritis (RA)	Spondylitis ankylosans (SA)	Reaktive Arthritis (ReA)
Geschlecht	M = F	M = F	M:F 2:1	M:F 1:3	M:F 4-10:1	Postenteritisch: M=F. Posturethritisch: M:F 9:1
Alter bei Erkrankungsbeginn	35-45. 70% Pso. ca. 10 Jahre vor PsA, 10-15% gleichzeitig, 15% (Kinder 50%) PsA ca. 10 Jahr vor Pso.	30% 45-65 Lj, 80% >80 Lj, <45 Jahre: Prädisposition Trauma, Adipositas	M 30-50, F 50-70 Lj (Östrogene)	30-50 Lj	20-40 Lj	20-40 Lj
Beginn	schleichend	schleichend, Fortgeschritten: nächtliche Exazerbationen	akut, ca. 10 Tage anhaltende Schmerzen, Remission.	schleichend mit rascher Progredienz	kontinuierlich	akute Arthritis/ Enthesitis, neue Gelenke innerhalb von Tagen
Qualität der Gelenkbeschwerden	Unbehaglichkeit, Schmerzen, insg. weniger als bei RA	tiefer, dumpfer Schmerz im Gelenk (bei Hüfte Ausstrahlung)	massive Schmerzen, "Bettdecke" kann nicht toleriert werden	intensive Schmerzen in Ruhe, die unter Bewegung rückläufig sind	schmerzhafter und raschere Progression als PsA	stärkere Schmerzen und Bewegungseinschränkungen als PsA
Morgensteifigkeit	>60 Min., nach Bewegung besser, nach Ruhe Verschlechterung	< 30 Min., bes. bei älteren Pat., insg. 50% der Pat., unter Bewegung schlechter	fehlend	>60 Min., nach Bewegung besser, schwerer und länger als bei PsA	>60 Min., nach Bewegung besser, schwerer/ länger als PsA	>60 Min., nach Bewegung besser
Extraartikuläre Symptome	Konjunktivitis, Uveitis [7-33%] => Schmerz, Photophobie, Lakrimation, Augenbeteiligung: chronisch und bilateral. Aorteninsuffizienz selten.	fehlend	fehlend	Episkleritis, Skleritis. Rheumaknoten (20%), Vaskulitis, Perikarditis, Pleuritis, Pneumonitis, interstitielle Lungenfibrose	Iritis, Urethritis, CED, Psoriasis ohne Gelekbeteiligung, Aortitis mit Dilatation der A. ascendens	charakteristisch: bilaterale Konjunktivitis/ Uveitis, Urethritis, Zervizitis, GIT-Symptomatik
Form der Gelenkbeteiligung	Zu Beginn oder nach Konversion unter Therapie Oligoarthritis (30% asymmetrisch und große Gelenke oder Hand/Fuß in Komb. mit Daktylitis). Polyarthritis (30%, bes. Frauen) - DIP und asymmetrischer Befall, alle Gelenke eines Fingers - DD RA: ein Gelenk, aber alle Finger betroffen. Axial (40%, zu Beginn/ später/ gar nicht. I.d.R. cervikale Beteiligung, diskontinuierlicher Befall der Wirbel). Meist asymmetrische Sakroileitis. 5% der PsA-Fälle: alleinige Spondilitis, Sakroileitis, meist Männer.	ähnlich PsA, DIP und PIP , Daumengrundgelenk, Gewichtstragend: Knie, Hüften, Achsenskelett	anfänglich Monoarthritis, mit Fortschreiten polyarthrikulär (Frauen postmenopausal mit Niereninsuffizienz, Männer aHT, C2-Abusus)	Polyarthritis: Hände, Gelenke, Knie, MCP-Gelenke, PIP der Hände und MTP-Gelenke. DIP an Händen und Füßen ausgespart. I.d.R ein Gelenk bei allen Fingern betroffen. Axial: i.d.R. cervical.	bilaterale Sakroileitis mit aufsteigender Spondylitis, selten peripher, dann eher untere Extremität -> Knie	Oligoarthritis, Polyarthritis, axial - siehe PsA

	Psoriasis Arthritis (PsA)	Osteoarthritis (OA)	Gicht	Rheumatoide Arthritis (RA)	Spondylitis ankylosans (SA)	Reaktive Arthritis (ReA)
Verteilung	peripher, bes. obere Extremität, seltene Form mit haupts. DIP [5-10%, Männer]. Axial.	peripher (inkl. DIP) und axial	metatarsophalangeal i.d.R. über dem 1. Zeh, Knöchel, Knie, keine axiale Beteiligung	peripher (inkl. MCP)	axial >> peripher	peripher (untere Extremität und DIP) und axial
Symmetrie	asymmetrisch	asymmetrisch	asymmetrisch	symmetrisch	symmetrisch	asymmetrisch
Schwellung, Erythem	Vorhanden, bei verstümmelnden Verläufen durch progressive Osteolyse -> Kontrakturen, Ankylose, Fusion	fehlend	Schwellung eines Fingers/ Zehs möglich	Schwellung stärker als bei PsA, Erythem i.d.R. nicht	fehlend	vorhanden, ähnlich PsA
Enthesitits	42%. Kombination mit Synoviitis charakteristisch für PsA, bevorzugte Lokalisationen: Achillessehne, Plantarfaszie; Ligamente des Brustkorbes, Becken, Wirbelkörper, post. Tibiasehne, Quadrizeps, Patellarsehne, Ellenbogen	fehlend	fehlend	fehlend	kontinuierlich ascendierend vom sacroiliacalen Gelenk ausgehend	häufig, ähnlich PsA
Daktylitis	49%. Zehen > Finger. Fingerdaktylitis und Nagelveränderungen in >80% d. Fälle, <50% Nagelveränderungen bei Psoriatikern ohne PsA. Simultane Entzündung aller 3 Gelenke und Tenosynovitis des beteiligten Fingers.	fehlend	fehlend	fehlend	fehlend	Zehen und Finger gleich häufig befallen. Achillestendonitis, plantare Fasziitis
Synoviitis	Kombination mit Enthesitis charakteristisch für PsA. Schwellung der superfiziellen Sehnen, z.B. Achillessehne (kontralateraler Vergleich)	fehlend	fehlend	vorhanden	selten vorhanden	Primärläsion
Typische Deformitäten	Teleskop-Finger	Heberden (DIP) und Bouchard (PIP) Knoten	Tophi (Ohren, Olekranon, Extensoren, Gelenke)	Schwanenhals, Knopfloch, 90°/90° Daumen	spinale Ankylose	spinale Ankylose
Labor						
BSG	+ / -	normal	normal (erhöht im Anfall)	erhöht	+ / -	+ / -
CRP	+ / -	normal	normal	erhöht	50% d. Fälle Erhöhung	+ / -
RF	5-10% [5% bei gesunden Erwachsenen, >20% der über 65-Jährigen]	meist fehlend	fehlend	vorhanden	i.d.R. fehlend	i.d.R. fehlend

	Psoriasis Arthritis (PsA)	Osteoarthritis (OA)	Gicht	Rheumatoide Arthritis (RA)	Spondylitis ankylosans (SA)	Reaktive Arthritis (ReA)
CCP-Ak	<7% der Pat.	fehlend	fehlend	vorhanden (erhöhte Sensitivität und Spezifität gegenüber RF)	i.d.R. fehlend	i.d.R. fehlend
HLA-B*27	50-70% axialer Befall, <15% peripherer Befall, prognostisch ohne Bedeutung, HLA-DR*07 prognostisch bedeutsam.	4-8% positiv	4-8% positiv	4-8% positiv	90% positiv	50-85% positiv
Gelenkpunktat	entzündlich	nicht-entzündlich	entzündlich sowie Na-Urat-Kristalle	entzündlich	entzündlich	entzündlich
Bildgebung	<u>T1-gewichtete MRT</u> , (T2 für Gewebs-Ödeme besser)Ultraschall, Röntgen	Röntgen	Röntgen	Röntgen	Röntgen	Röntgen
Periostitis	im Bereich von Sehnenansatzpunkten, bsp. Achillessehne am Calcaneus	fehlend	fehlend	fehlend	fehlend	fehlend, siehe PsA
Osteopenie	fehlend	fehlend	fehlend	vorhanden	fehlend	fehlend
Gelenkspalt-ver-schmälerung	späte Manifestation	vorhanden sowie Osteophyten	fehlend	vorhanden	späte Manifestation	späte Manifestation
Erosionen	marginal (Beginn) nach zentral fortschreitend -> Pencil-in-cup- und Teleskopfinger-Deformität, Subluxationen möglich.	fehlend	Kristalltophi	marginal	marginal bilateral symmetrisch	marginal, siehe PsA
Sacroilitis	asymmetrisch, unilateral -> Sklerose des Gelenkspaltes	fehlend	fehlend	fehlend	bilaterale Sakroileitis mit aszen.-kontin. Spondylitis	< 10% akutes Stadium. 50% bei chron. Verläufen.
Sonstiges	Neue Knochenproliferationen nahe Erosionen und Sehnenansatzpunkten wegweisend bei PsA. Massive Syndesmophyten asymmetrisch, diskontinuierlicher Befall der Wirbelsäule. Paravertebrale Ossifikation. Bei fortgeschrittener Erkrankung Calcifizierung der Bandscheiben mit Ankylose der Wirbelsäule.			Atlanto-axiale Subluxation, Schwanenhals-/ Knopfloch-Deformität, 90°/90°-Deformierung des Daumens	Syndesmophyten dünn, symmetrisch, kontinuierlich aufsteigender Befall	5% Ankylose der Wirbelsäule

Abkürzungen: Lj = Lebensjahr, PIP = proximales Interphalangealgelenk, DIP = distales Interphalangealgelenk, M = Mann, F = Frau, MCP = Metacarpophalangealgelenk, MTP = Metatarsophalangealgelenk, CED = chron. entzündliche Darmerkrankung, DD = Differentialdiagnose

Literatur: Recognizing psoriatic arthritis in the dermatology clinic. Garg A, Gladman D. J Am Acad Dermatol. 2010 Nov;63(5):733-48; quiz 749-50. PMID: 20950737