

## INTERVIEW

# De behandeling & diagnose van artritis psoriatica: een samenwerking tussen de reumatoloog en de dermatoloog

N.F.L. Conijn

*Geneeskundestudent en onderzoeker, Erasmus MC en Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam*

*Correspondentieadres:*

*Nienke Conijn*

*E-mail: n.conijn@erasmusmc.nl*

In september 2016 maakte prof. dr. Philip Helliwell, hoofddocent in de reumatologie in het Chapel Allerton Hospital in Leeds, reumatoloog in het St. Luke's Hospital in Bradford en president van de GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis), een 'meet-the-expert tour' door Nederland. Als onderdeel daarvan maakt hij samen met dr. Bing Thio, dermatoloog in het Erasmus MC in Rotterdam, ook een online geaccrediteerde nascholing in Hilversum. Een uitgelezen kans om deze beide heren te spreken over artritis psoriatica en psoriasis, en hoe beide behandeld en gediagnosticeerd dienen te worden in de klinische praktijk. Want dat blijkt nog niet zo eenvoudig.

"Psoriasis heeft een heterogeen uiterlijk, van nagellaesies tot de typische plaques. De prevalentie van

psoriasis in Nederland is 2% van de totale bevolking, dus 340.000 mensen in Nederland kampen met psoriasis. Psoriasis is een immuungemedieerde huidziekte, maar het is meer dan alleen een huidziekte, het meest bekende voorbeeld daarvan is de betrokkenheid van de gewrichten, artritis psoriatica genaamd. Andere comorbiditeiten van psoriasis die vaak vergeten worden, zijn: hart- en vaatziekte, obesitas, het metabool syndroom, ontstekingen van de darm, angst en depressie", aldus Thio. In dit artikel zal echter worden gefocust op de betrokkenheid van de gewrichten.

## DE EPIDEMIOLOGIE VAN ARTRITIS BIJ PSORIASIS

De prevalentie van artritis psoriatica in de psoriasispopulatie in de tweede lijn is 30% en bij ruim 50% van deze patiënten wordt de artritis psoriatica niet herkend. Het is dus belangrijk als dermatoloog om artritis psoriatica te kunnen herkennen, omdat toch 30% van hun psoriasispopulatie artritis psoriatica ontwikkelt. Het belang van het herkennen wordt ook benadrukt door een studie van Haroon et al.<sup>2</sup> Die studie laat zien dat een vertraagde diagnose van artritis psoriatica is geassocieerd met een slechtere uitkomst op de lange termijn. Hierbij is een vertraagde diagnose gedefinieerd als 6 maanden vertraging of langer. Dit zorgt voor 4x meer kans op erosies en 2x meer kans op functionele beperkingen (HAQ) na 20 tot 30 jaar. Helliwell benadrukt dan ook dat het belangrijk is patiënten snel te diagnostiseren en vanzelfsprekend daarna ook snel te behandelen.

"De huidcomponent van artritis psoriatica wordt door reumatologen nogal eens onderschat, terwijl onderzoek laat zien dat hoe heftiger de psoriasis is, hoe hoger de HAQ-score en hoe lager de kwaliteit

### PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) VRAGENLIJST<sup>1</sup>

- Heeft u ooit een gezwollen gewricht(en) gehad? Ja/Nee
- Heeft een arts u ooit gezegd dat u artritis (gewrichtsontsteking) heeft? Ja/Nee
- Hebben uw vingernagels en teennagels putjes of kuiltjes? Ja/Nee
- Heeft u pijn in uw hiel gehad? Ja/Nee
- Heeft u een vinger of teen gehad die helemaal gezwollen en pijnlijk was zonder aanwijsbare reden? Ja/Nee

Bij een totale score van drie of meer zou een verwijzing naar een reumatoloog overwogen moeten worden.



*Dr. Thio en prof. dr. Helliwell bij de opname van de online geaccrediteerde nascholing.*

van leven. De psoriasis draagt dus wel degelijk bij aan de impact van de ziekte op de patiënt”, aldus Helliwell. Thio zegt dat “de reumatoloog meer bewust moet zijn van de huid en ook moet weten hoe crèmes toegepast kunnen worden, wat hem betreft schenkt de reumatoloog nog te weinig aandacht aan de huid. Lang niet alle patiënten hoeven naar een dermatoloog gestuurd te worden, het voorschrijven van een crème kan voldoende zijn”.

## SCREENING

“Artritis psoriatica is een heterogene ziekte die veel voorkomt, maar toch vaak niet herkend wordt. In combinatie met het belang van vroege behandeling vraagt dit om een betere aanpak om deze patiënten toch vroegtijdig te herkennen”, vertelt Helliwell. Er zijn hier een aantal screeningstools voor ontwikkeld, met verschillende voor- en nadelen, maar zijn voorkeur gaat uit naar de PEST, ontworpen in Leeds, “omdat deze screeningstool eenvoudig te gebruiken is; de invultijd is 1 minuut, er zijn slechts 5 ja-/nee-vragen en een gedetailleerde gewrichtspop die ingevuld dienen te worden. Als de patiënt 3 of meer vragen met ‘ja’ beantwoordt, wordt dit gezien als een positieve respons; deze patiënt zou dus artritis psoriatica kunnen hebben”, legt Helliwell uit. Op de vraag hoe vaak de patiënten in de dermatologiepraktijk een dergelijke screeningstool moeten invullen, antwoordt Helliwell kort en duidelijk ‘jaarlijks’.

Naar aanleiding hiervan vertelt Thio dat hij nooit patiënten ‘blind’ doorverwijst. Hij bedoelt hiermee dat hij de patiënt altijd zelf nog nakijkt alvorens hem/haar naar de reumatoloog door te verwijzen. Hiervoor is het echter wel cruciaal dat een dermato-

loog inflammatoire gewrichtsklachten kan herkennen, iets wat in de praktijk best lastig kan zijn.

Van de artritis psoriaticapatiënten heeft 85% al psoriasis, er is dus een belangrijke rol weggelegd voor de dermatoloog in het screenen van deze patiënten op artritis psoriatica. Maar deze rol is niet alleen voor de dermatoloog maar ook voor de huisarts, omdat lang niet alle psoriasispatiënten in de tweede lijn behandeld hoeven te worden.

Op de vraag of Helliwell beseft dat er in de dagelijkse praktijk weerstand kan zijn voor het toepassen van een dergelijke screeningstool antwoordt hij bevestigend. De meest genoemde bezwaren zijn volgens hem: “tijd en veel positieve lijsten terwijl de patiënt uiteindelijk geen artritis psoriatica heeft.” Deze bezwaren wil hij ook meteen weer wegnemen door te zeggen dat “de lijsten gewoon in de wachtkamer ingevuld kunnen worden en juist niet tijdrovend zijn, en dat de voordelen van screenen zeker opwegen tegen de nadelen.”

## HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE ARTRITIS PSORIATICA

Een lastig punt bij artritis psoriatica is de heterogeniteit van de ziekte waardoor de ziektepresentatie bij iedereen weer anders is; dit maakt het maken van goede screeningstools ook lastiger. De meest bekende subgroepen van artritis psoriatica zijn oligo-artritis, dactylitis en enthesitis, maar patiënten kunnen zich ook presenteren met voornamelijk betrokkenheid van de DIP-gewrichten, of alleen de rug, of deformerende artritis of zelfs symmetrische poly-artritis die op reumatoïde artritis lijkt. Voor het

stellen van de diagnose artritis psoriatica kunnen de CASPAR-criteria worden gebruikt, deze criteria worden verder toegelicht in de online geaccrediteerde nascholing

“Het lastige van het stellen van de diagnose is voornamelijk het classificeren van gewrichtspijn, of dit inflammatoir is of niet”, vertelt Helliwell. Hij wil dermatologen graag tips meegeven wanneer ze over het algemeen gezien een patiënt naar de reumatoloog zouden moeten doorverwijzen: “artralgie die niet afneemt en inflammatoire kenmerken zoals ochtendstijfheid langer dan 30 minuten, klachten die verbeteren met beweging, gezwollen gewrichten (wekedelenzwellen, roodheid en pijn), enthesitis (ontsteking van de aanhechting van de pees) en lage rug- of bilpijn. Lage rugpijn is echter nog erg specifiek, dus hoe kan inflammatoire rugpijn van de rest worden onderscheiden? Door te letten op de volgende criteria: chronische rugpijn langer dan 3 maanden en begonnen voor het 40e levensjaar, de pijn verbetert met bewegen en wordt erger bij rust, vroege ochtendstijfheid en wakker worden van de pijn in het tweede deel van de nacht. Wanneer drie van bovenstaande criteria aanwezig zijn, is dit een aanwijzing voor inflammatoire rugklachten. Ook het aanwezig zijn van een dactylitis is een reden om de patiënt naar de reumatoloog te verwijzen.

### STRATEGIE VAN SAMEN BEHANDELEN & DIAGNOSTICEREN

Het bepalen van de rol van de dermatoloog en de rol van de reumatoloog in de behandeling van een patiënt met artritis psoriatica/psoriasis kan soms lastig zijn, omdat het onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor wat. Daarom stelt Helliwell de volgende tweedeling voor: de dermatoloog is verantwoordelijk voor de bevestiging van de diagnose psoriasis bij patiënten met inflammatoire artritis, het optimaliseren van de behandeling van de huidziekte + het monitoren van gewrichtssymptomen en tot slot het screenen op artritis psoriatica in zijn psoriasispopulatie. Daartegenover staat dat de reumatoloog verantwoordelijk is voor het bevestigen van inflammatoire artritis bij patiënten met psoriasis, het optimaliseren van de behandeling van de gewrichtsziekte + het monitoren van de huidsymptomen en tot slot het optimaal gebruik maken van beeldvormende technieken. Samen zijn de dermatoloog en reumatoloog verantwoordelijk voor het monitoren van de compliance van de patiënt, het monitoren van bijwerkingen en het screenen op comorbiditeiten. Waarbij

de dermatoloog ook nog een rol zou kunnen spelen bij het screenen op huidkanker, omdat dit vaker voorkomt bij patiënten die afweeronderdrukkende medicatie gebruiken.

### TOEKOMST

Helliwell zou graag zien dat er in de toekomst protocollen ontwikkeld worden voor de behandeling van psoriasis- en artritis psoriaticapatiënten. Daarnaast wil hij zowel de dermatologen als de reumatologen meegeven dat het belangrijk is te erkennen dat artritis psoriatica een heterogene ziekte is waardoor het vaak niet herkend wordt. Hiervoor zou het helpen om een screeningstool te gebruiken, maar het zou mooi zijn als deze nog specifiek werd. Ook zou er comanagement tussen de reumatoloog en dermatoloog moeten zijn. Dit kan door tegelijkertijd dezelfde patiënt te zien. Een andere optie is dat de artsen nauw samenwerken bijvoorbeeld door in dezelfde gang hun eigen patiënten te zien, maar wel beschikbaar zijn voor overleg of mee kijken naar een ander zijn/haar patiënt. Mocht dit om demografische redenen niet mogelijk zijn, kan er altijd nog met een virtuele kliniek worden gewerkt waar de reumatoloog en dermatoloog moeilijke patiënten samen kunnen bespreken.

Helliwell benoemt dat het belangrijk is om de patiënten zelf ook te trainen en inzicht te geven in hun ziekte en alle componenten die deze met zich meebrengt. Patiënten met psoriasis moeten zich bewust worden van de comorbiditeiten die met psoriasis gepaard kunnen gaan.

Tot slot wil ik u meegeven dat het mogelijk is om de online geaccrediteerde nascholing, waarnaar eerder in het artikel al werd verwezen, online te volgen op [mednet.nl/helliwell](http://mednet.nl/helliwell). Het is dus zeker de moeite van het kijken waard als aanvulling op dit artikel.

*Dit interview is mogelijk gemaakt door AbbVie en valt buiten de verantwoordelijkheid van de redactie.*

### LITERATUUR

1. Helliwell PS. Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): a report from the GRAPPA 2009 annual meeting. *J Rheumatol* 2011;38(3):551-2.
2. Haroon M, et al. *Ann Rheum Dis* 2014;74:1045-50.