

Psoriasis

Fastställd februari 2023 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till februari 2025.

Huvudbudskap

- Psoriasis är en kronisk, immunmedierad, inflammatorisk systemsjukdom som huvudsakligen drabbar hud och leder.
- Psoriasis ger ofta en betydande nedsättning av livskvaliteten.
- Lokal behandling är den initiala terapin för majoriteten av patienter med mild till måttlig psoriasis.
- Vid medelsvår och svår psoriasis skall behandling med UVB och/eller systemisk behandling övervägas. Det är viktigt att låta behovet och symptomen avgöra behandlingsvalet och tidigt följa upp effekten så behandlingen kan justeras.
- Det är viktigt att användningen av biologiska läkemedel fortsätter att öka. Fortfarande föreligger en underbehandling, och dessutom varierar förskrivningen mellan olika delar av landet.
- Patienter med svår psoriasis har en ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och en högre förekomst av kardiovaskulära riskfaktorer än övriga befolkningen. Screening ska göras avseende blodtryck, blodfetter, blodsocker, BMI och midjeomfång.

Bakgrund

Psoriasis är en kronisk, inflammatorisk hudsjukdom som ofta debuterar före 30-årsåldern. Prevalensen är 2–4% och psoriasis är lika vanlig hos kvinnor som hos män. Ca 20–30% av patienterna har perifer artrit, spondylit/sakroiliit eller entesiter. Orsaken till sjukdomen är en kombination av ärftliga anlag och omgivningsfaktorer (t.ex. infektioner, svår stress, hudtrauma, läkemedel, rökning, fetma). Vissa läkemedel, t.ex. litium, interferon och klorokin kan utlösa/försämra psoriasis, i sällsynta fall även betablockerare.

Diagnos

Diagnosen baseras på utseende och lokalisering av lesionerna. Kom ihåg att inspektera naglar, hårbotten och hudveck. Fråga om ledbesvär föreligger. Histopatologi har begränsat värde vid kliniskt oklara hudförändringar. Det finns inget diagnostiskt blodprov.

- Plackpsoriasis är vanligast förekommande med välavgränsade röda, infiltrerade, vitfjällande lesioner på framför allt armbågar, knän, ryggslut och i hårbotten.

- Andra varianter är guttat (droppförmade lesioner), invers (i hudveck), pustulös (varblåsor) och erytroderm (hela hudytan engagerad) psoriasis.
- Pustulosis palmoplantaris (PPP) är en egen sjukdom som kan vara associerad med psoriasis.

PASI (Psoriasis Area and Severity Index) är en bedömning av utbredning och svårighetsgrad inom olika kroppsdelar där lesionernas rodnad, fjällning och infiltration bedöms (skala 1-72).

DLQI (Dermatology Life Quality Index) är det mest använda hudspecifika livskvalitetsinstrumentet (skala 0-30).

Svårighetsgrad av psoriasis

Lindrig psoriasis	PASI<3, DLQI≤5
Medelsvår psoriasis	PASI 3-9, DLQI>5-9
Svår psoriasis:	PASI≥10, DLQI≥10

Behandling

Behandlingen följer ingen trappa utan det är behov och symtom som avgör behandlingsvalet. All farmakologisk behandling skall kompletteras med livsstilsåtgärder.

Lokalbehandling av psoriasis

Lokalbehandling är initial terapi för alla patienter med mild-måttlig psoriasis och kan med fördel handläggas i primärvården. Lokala medel har avfjällande, antiinflammatorisk och antiproliferativ effekt. Följande lokalbehandling rekommenderas:

Egenvård med mjukgörande medel

Mjukgörande medel är en del av behandlingen vid psoriasis. KARBAMID eller PROPYLENGLYKOL som tillsats ökar hydreringen i hornlagret, har avfjällande effekt och kan minska klåda och stramhetskänsla i huden. Vid medelsvår och svår psoriasis subventioneras dessa preparat i VGR.

Avfjällning

Krävs kraftigare avfjällning kan recept utfärdas på salicylsyra 2–5% i olja, kräm eller salva beroende på lokalisering. Efter avfjällning ökar penetrationen av UV-ljus och absorptionen av topikal behandling.

Glukokortikoider och kalcipotriol

Behandling kan inledas med steroid grupp III (-IV) eller med fast kombination av grupp III-steroid och kalcipotriol. Kombinationsbehandlingen inleds med 1 applikation dagligen i upp till 4–6 veckor. Därefter nedtrappning med applikation varannan kväll under ca 2-4 veckor. Därefter ev. övergång till 2 gånger/vecka som underhållsbe-

handling i kombination med mjukgörande övriga dagar. Ett alternativ är underhållsbehandling med grupp III-steroid som är betydligt billigare än kombinationspreparat. Val av kortisonpreparat och behandlingslängd anpassas efter ålder, svårighetsgrad och kroppsregion:

- bål, extremiteter: grupp III(-IV)-steroid (barn under skolåldern grupp II-steroid)
- ansikte, hudveck, genito-analt: grupp I-II-steroid (kräm)
- hårbotten: grupp III-IV-steroid (lösning eller emulsion), vid kraftig fjällning rekommenderas först avfjällande behandling under natten med t.ex. salicylsyra 5% i Decubalkräm

Topikal kortisonbehandling ska tidsbegränsas.

Daglig användning bör inte överstiga 4–6 veckor för kropp och hårbotten och 2 veckor för ansikte och hudveck. Med en anslutande utglesningsfas kan risken för uppblossning (rebound) minskas. Efter utglesning kan underhållsbehandling 2 gånger/vecka behövas.

Tacrolimus

Tacrolimus (Protopic) är ett topikalt immunmodulerande preparat som är registrerat för behandling av atopiskt eksem. Preparatet kan med fördel användas som ett alternativ till steroidbehandling.

Ljusbehandling

UVB (ultraviolett ljus) dämpar inflammationen i huden. UV-strålning används separat eller i kombination med annan behandling och ljusdoserna anpassas efter hudtyp. UVA som ges i kommersiella solarier har ingen påvisad effekt vid psoriasis. Remiss till hudläkare krävs i regel för ljusbehandling.

UVB helkropp/lokal

Används vid måttlig plackpsoriasis som inte svarat tillfredsställande på lokalbehandling och vid guttat psoriasis. Behandlingen med smalbands-UVB (TL01) ges 2–3 gånger/vecka i 6–10 veckor (max 30 gånger). I regel ges högst 2 behandlingsomgångar per år.

Bad-PUVA, tablett-PUVA

Psoralen används vid svår psoriasis och fungerar som ljussensibiliserare i kombination med UVA-ljus.

Klimatvård

För patienter med svår psoriasis som inte får tillräcklig effekt av andra behandlingsalternativ och som har särskilt behov av utbildning, förändrade levnadsvanor och fysisk aktivitet kan klimatvård

övervägas. Behandlingen består av individualiserad och schemalagd solning, undervisning om egenvård, livsstil och sjukdomskunskap samt fysisk träning under 3 veckor.

Systemisk läkemedelsbehandling

För patienter med medelsvår till svår psoriasis bör systemisk behandling komma ifråga när lokalbehandling och/eller ljusbehandling inte har tillräcklig effekt eller av olika skäl är svår att genomföra. Har patienten även psoriasisartrit vägs detta in i bedömningen. Indikation för systemisk behandling kan finnas om sjukdomen är utbredd eller vid psoriasis på särskilt besvärsliga lokaler som händer/fötter, ansikte eller genitalt. Patienter som ställs på systemisk behandling bör fortlöpande följas med PASI och DLQI och det är viktigt att behandlingseffekten följs upp tidigt så att behandlingen kan justeras snabbt om det behövs.

Metotrexat

Metotrexat är en folsyraantagonist och är ett välbeprövat val vid systembehandling av psoriasis. Metotrexat har även effekt på psoriasisartrit. Dosen är 7,5–20 mg 1 gång i veckan, oftast peroralt. Vid gastrointestinala biverkningar eller tveksam absorption kan medlet ges som subkutan injektion 1 gång/vecka. Dagen efter intag av metotrexat ges folsyra 5 mg.

Acitretin (Neotigason)

Acitretin är ett A-vitaminderivat som lämpar sig särskilt väl för behandling av pustulösa former och hyperkeratotisk psoriasis på händer och fötter. Acitretin har ingen effekt på psoriasisartrit. Acitretin kan ges i kombination med UVB (Re-UVB) eller PUVA (Re-PUVA), då dosen av såväl läkemedel som ljus kan sänkas och en bättre och snabbare effekt kan uppnås.

Ciklosporin

Ciklosporin är ett kraftigt immunsupprimerande medel med snabb och kraftfull insättande effekt vid svår psoriasis och har även viss effekt på psoriasisartrit. Ej lämpligt för långtidsbehandling men kan användas under kort tid vid uppblossande av psoriasis för att överbrygga tiden till annan behandling.

Apremilast

Apremilast är en peroral fosfodiesterashämmare för behandling av psoriasis och psoriasisartrit. Kräver inga labprover men är dyrt.

Biologiska läkemedel

Biologiska läkemedel används vid medelsvår till svår psoriasis. TNF-hämmare är förstahandsmedel vid biologisk behandling. I VGR rekommenderas biosimular av adalimumab som förstahand-preparat vid nysättning av TNF-hämmare. Interleukinhämmare utgör effektiva alternativ när behandling med TNF-hämmare ej fungerar eller är olämplig. Läkemedlen ges som injektion.

Se terapiråd "TNF-hämmare vid psoriasis".

PsoReg

PsoReg är ett nationellt kvalitetsregister för systembehandling av psoriasis och alla patienter med systemisk läkemedelsbehandling bör registreras och följas.

Barn

Barn med misstänkt psoriasis ska remitteras till hudläkare för bedömning och de med psoriasisartrit handläggs i samarbete med barnläkare.

Graviditet och amning

Generellt föreligger inga hinder för topikal behandling med steroider eller kalcipotriol. UVB-behandling kan ges under graviditet. Metotrexat ska inte ges under graviditet eller om graviditet planeras, ej heller till mannen. Efter avslutad behandling med metotrexat bör patient i fertil ålder (både kvinnor och män) använda en effektiv preventivmetod under minst 3 månader.

Acitretin ska inte ges till gravida kvinnor då det är teratogent. Det är nödvändigt med effektivt antikonceptionsmedel från 4 veckor före behandlingsstart t.o.m. 3 år efter behandlingens slut. Vad gäller användning av biologiska läkemedel under graviditet hänvisas till aktuella rekommendationer.

Samsjuklighet och riskfaktorer

Patienter med svår psoriasis har ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och högre förekomst av kardiovaskulära riskfaktorer än övriga befolkningen, bl.a. rökning, hyperlipidemi, hypertoni, diabetes, övervikt, depression och alkoholmissbruk. Orsaken till detta samband är sannolikt en kombination av faktorer som ärftlighet, ökad inflammatorisk aktivitet och ogynnsam livsstil. Vissa riskfaktorer, t.ex. övervikt, rökning och alkoholmissbruk, försämrar patientens sjukdom. Patienter med svår psoriasis ska screenas med kontroll av blodtryck, blodfetter, blodsocker, BMI och midjeomfång. Dessutom bör psoriasislesionerna behandlas aktivt för att eliminera den kroniska inflammationen i huden. En hög sjukdomsaktivitet är sannolikt en bidragande faktor till risken att utveckla hjärt-kärlsjukdom.

Följande livsstilsåtgärder kan förbättra den kardiovaskulära riskprofilen:

- rökstopp
- viktminskning vid övervikt
- fysisk aktivitet
- stresshantering
- minskat alkoholintag vid överkonsumtion
- god sömnhygien

Screening och behandling av riskfaktorerna sköts oftast i primärvården. Det är viktigt att kunskapen om den ökade risken för kardiovaskulär sjukdom hos psoriater sprids till både specialist- och primärvård samt, inte minst, till patienterna.

Vårdnivå

Lindrig psoriasis bör behandlas i primärvården. Detta gäller också medelsvår psoriasis som svarat bra på lokalbehandling. Vid otillräcklig effekt av lokalbehandling skrivs remiss till hudläkare för bedömning. Barn med misstänkt psoriasis ska remitteras till hudläkare för bedömning.

FÖR TERAPIGRUPP HUD

Eva Angelesjö, ordförande