

Fastställda december 2011 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till december 2013

## Huvudbudskap

- Psoriasis är en kronisk, immunmedierad, inflammatorisk systemsjukdom som huvudsakligen drabbar huden och ibland även lederna.
- Psoriasis ger ofta en nedsättning av livskvaliteten som i svåra fall kan bli kraftig.
- Lokal behandling är den initiala terapin för majoriteten av patienter med mild-måttlig psoriasis.
- Vid mer utbredd psoriasis kan behandling med UVB och/eller systemisk behandling med metotrexat eller acitretin bli aktuellt.
- Vid otillräcklig effekt av adekvat systembehandling eller om kontraindikationer föreligger skall behandling med biologiska läkemedel övervägas. Det föreligger sannolikt en underanvändning av biologiska läkemedel vid psoriasis och förskrivningen varierar också mellan olika delar av regionen.
- Patienter med svår psoriasis har en ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och har en högre förekomst av kardiovaskulära riskfaktorer än övriga befolkningen. Screening bör göras avseende blodtryck, blodfetter, blodsocker, BMI och midjemått.

## Bakgrund

Psoriasis är en kronisk, inflammatorisk hudsjukdom som ofta debuterar före 30-årsåldern. Prevalensen är 2-3% och psoriasis är lika vanlig hos kvinnor som hos män. Ca 20-40% av patienter med psoriasis 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).

## Symtom och diagnostik

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

- Plackpsoriasis är vanligast förekommande med välavgränsade röda, infiltrerade, vitfjällande lesioner på fr.a. armbågar, knän, rygglut och i hårbotten.
- Andra varianter är guttat (droppformade lesioner), invers (i hudveck), pustulös (varblåsor) och erythroderm (hela hudytan engagerad) psoriasis.
- Pustulosis palmoplantaris (PPP) är en egen sjukdom som kan vara associerad med psoriasis.

## Skattningsinstrument

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).

PASI 75 (eller  $\Delta$  PASI 75) innebär en reduktion av PASI med minst 75%.

BSA (Body Surface Area) är ett annat mått på utbredning och anges i % (patientens handflata med fingrar är ca 1%).

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

## Svårighetsgrad av psoriasis

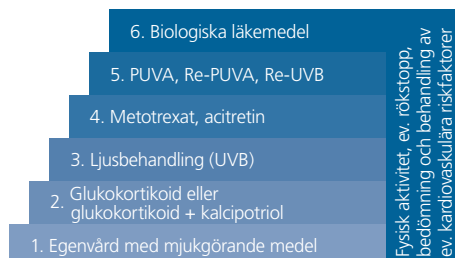
Mild BSA <5, PASI <5, DLQI <5

Måttlig BSA 5-10, PASI 5-10, DLQI 5-10

Svår BSA >10, PASI >10, DLQI >10

## Behandling

### Behandlingstrappa



### Vårdnivå

Remiss till hudläkare bör övervägas mellan steg 2 och 3 i trappan. Alla barn med misstänkt psoriasis bör remitteras till hudläkare för bedömning.

## 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. Principen i VGR är att dessa preparat köps receptfritt av patienten.

### Avfjällning

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

### Glukokortikoider och vitamin D3-analog

Behandling kan inledas med steroid grupp III (-IV) (Betnovat, Elocon, Dermovat) eller med fast kombination av kalcipotriol (vitamin D3-analog) och grupp III-steroid (Daivobet salva, gel). Kombinationsbehandlingen inleds med 1 applikation dagligen under 4 veckor. Därefter ev. övergång till 2 gånger/vecka som underhållsbehandling i kombination med mjukgörande övriga dagar. Ett alternativ är underhållsbehandling med grupp III-steroid som är betydligt billigare än kombinationspreparat.

Val av kortisonpreparat och behandlingstid 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 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 1-2 gånger/vecka behövas.

## Tacrolimus

Tacrolimus (Protopic) är ett topiskt immunmodulerande preparat som är registrerat enbart för behandling av atopiskt eksem. Preparatet har ofta god effekt på tunna psoriasisplack och kan användas som ett alternativ till grupp II-steroid i ansikte, hudveck och genito-analt.

## Ljusbehandling

UV (ultraviolett ljus) B 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/lokalt

Används vid måttlig plackpsoriasis som inte svarar tillfredsställande på lokalbehandling och vid guttat psoriasis.

Behandlingen med smalbands-UVB (TL01) ges i suberytem dos 2-3 gånger/vecka i 6-10 veckor (max 30 gånger). I regel ges högst 2 behandlingsomgångar per år.

## Bad-PUVA, tablett-PUVA

Används vid svår psoriasis. Psoralen (P) fungerar som ljussensibiliserare i kombination med UVA-ljus. Peroral medicinerings med 8-MOP (psoralen) doseras efter kroppsvikt.

## Klimatvård

För patienter med måttlig till svår psoriasis som inte får tillräcklig effekt av ljusbehandling kan klimatvård övervägas.

Behandlingen består av solning, undervisning om egenvård, livsstil och sjukdomskunskap samt fysisk träning under 3 veckor. Västra Götaland skickar ett 20-tal patienter per år för klimatvård till Gran Canaria.

## Systemisk läkemedelsbehandling

För patienter med måttlig till svår psoriasis kan systemisk behandling komma ifråga när lokalbehandling eller ljusbehandling inte har tillräcklig effekt eller av olika skäl är svårt att genomföra. Har patienten även psoriasisartrit vägs detta in i bedömningen.

Indikation för systemisk behandling kan finnas om sjukdomen är utbredd och vid psoriasis på särskilt besvärliga lokaler som händer/fötter, ansikte eller genitalt.

Patienter som ställs på systemisk behandling bör fortlöpande följas med PASI och DLQI och en slutlig utvärdering av behandlingsresultatet bör ske med dessa skattningsinstrument.

Följande preparat kan användas:

### Metotrexat

Metotrexat är en folsyraantagonist som ger apoptos av fr.a. aktiverade T-lymfocyter. Metotrexat är välbeprövat och förstahandsval vid systembehandling av psoriasis. Preparatet doseras en gång i veckan i doser om 7,5-20 mg,

oftast peroralt. Dagen efter intag av metotrexat ges folsyra 10 mg, dvs. 10 mg/vecka. Vid gastro-intestinala biverkningar eller tveksam absorption kan medlet ges som subcutan injektion en gång/vecka. Metotrexat har även effekt på psoriasisartrit. Medlet bör ej förskrivas till patienter med känd leversjukdom eller alkoholmissbruk. En tydlig förbättring (PASI 75) kan förväntas hos knappt hälften av patienterna inom 3 månader efter behandlingsstart.

Före behandling skall lungröntgen och hepatitserologi utföras samt levervärden, njurfunktion och blodvärden kontrolleras. De senare skall följas under behandlingen.

### Acitretin (Neotigason)

Acitretin är ett A-vitaminderivat som via retinoidreceptorer normaliserar keratinisering samt hämmar celltillväxt. Medlet lämpar sig särskilt väl för behandling av pustulösa former och hyperkeratotisk psoriasis på händer och fötter. Acitretin har ingen effekt på ledpsoriasis. 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.

### Biologiska läkemedel

Biologiska läkemedel rekommenderas för långtidsbehandling av vuxna patienter med måttlig till svår psoriasis och som inte svarar på annan prövad systemisk behandling eller är intoleranta mot den. Läkemedlen ges i infusion eller injektion. Etanercept (Enbrel), adalimumab (Humira) och infliximab (Remicade) blockerar samtliga TNF-alfa och har indikationerna psoriasis och psoriasisartrit. Golimumab (Simponi) har indikation psoriasisartrit men ej psoriasis. Etanercept är godkänt för barn över 8 år.

Ustekinumab (Stelara) har en annan verkningmekanism med blockering av IL-12/IL-23 men saknar indikation för behandling av psoriasisartrit.

TNF-hämmarna får idag ses som förstahandsalternativ när man överväger insättande av biologisk behandling vid psoriasis.

### PsoReg

PsoReg är ett nationellt kvalitetsregister för systembehandling av psoriasis som initierades 2007. Syftet är att kontinuerligt förbättra psoriasisvården i Sverige med fokus på patientsäkerhet, jämlik vård, hälsoekonomi och indikationsmonitorering. Det sker genom att utvärdera de systemiska läkemedlens effekt och säkerhet vid olika typer av psoriasis.

Alla patienter med systemisk läkemedelsbehandling bör registreras.

## 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

## Graviditet och amning

*Generellt föreligger inga hinder för topikal behandling med steroider eller D-vitaminanaloger. Läkemedelsapplikation på bröstet bör undvikas under amning. UVB-behandling kan ges under graviditet. Metotrexat skall 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 skall inte ges till gravida kvinnor då det är teratogent. Det är nödvändigt med effektivt antikonceptionsmedel från 4 veckor före behandlingsstart t.o.m. 2 år efter behandlingens slut.*

*Användning av biologiska läkemedel rekommenderas ej till gravida. Lämpligt preventivmedel skall användas under behandling och minst 6 månader efter sista behandling.*

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, kan även försämra patientens psoriasis.

Patienter med svår psoriasis bör screenas med kontroll av blodtryck, blodfetter, blodsocker, BMI och midjeomfång. Dessutom bör patientens psoriasislesioner 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 om övervikt
- fysisk aktivitet
- stresshantering
- minskat alkoholintag vid överkonsumtion

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

## FÖR TERAPIGRUPP HUD

### DECEMBER 2011

**Eva Angesjö** – distriktsläkare, Borås

**Magnus Axelsson** – läkare, SU

**Anne Lene Krogstad** – docent, Sahlgrenska akademien

**Kirsten Küssner** – överläkare, Uddevalla sjukhus

**Anna Lindhé** – apotekare, Läkemiddelsenheten

**Lena Mattsson-Tollbom** – sjuksköterska, SU

**Håkan Mobacken** – docent, Sahlgrenska akademien

**Tore Särnhult** – överläkare, Frölunda Specialistsjukhus

## Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Hud  
Anna Lindhé, anna.lindhe@vgregion.se