

Psoriasis

Fastställd dec 2019 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltigt till dec 2021.

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-måttlig psoriasis.
- Vid medelsvår och svår psoriasis skall behandling med UVB och/eller systemisk behandling med metotrexat, acitretin eller biologiska läkemedel övervägas. Det är viktigt att låta behovet och symptomen avgöra behandlingsvalet och tidigt följa upp effekten så behandlingen kan justeras.
- Användningen av biologiska läkemedel vid psoriasis bör öka! Det föreligger en underbehandling och dessutom varierar förskrivningen mellan olika delar av regionen.
- 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 perifera artrit, spondylit/sakroiliit eller entesiter. Orsaken till sjukdomen är en kombination av arftliga anlag och omgivningsfaktorer (t.ex. infektioner, svår stress, hudtrauma, läkemedel, rökning, fetma). Vissa läkemedel, t.ex. litium, interferon och klorokin kan utlösa/försämrade 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, rygglut och i hårbotten.
- Andra varianter är guttat (droppformade lesioner), invers (i hudveck), pustulös (varblåsor) och erythroderm (hela hudytan engagerad) psoriasis.
- Pustulos 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).

PASI 75 innebär en reduktion av PASI med minst 75%.

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

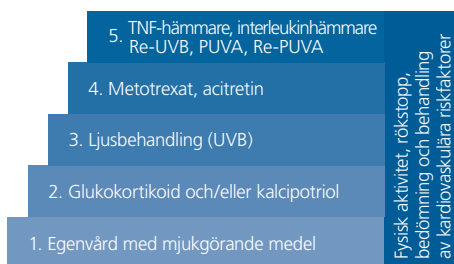
Svårighetsgrad av psoriasis

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

Behandling

Vid medelsvår och svår psoriasis skall behandling med UVB och/eller systemisk behandling med metotrexat, acitretin eller biologiska läkemedel övervägas.

Behandlingstrappa



Remiss till hudläkare bör övervägas vid otillräcklig effekt av lokalbehandling (steg 2).

OBS! Steg i trappan kan hoppas över då det är behov och symptom som avgör behandlingsvalet.

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 stramhets känsla 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 kalcipotriol (vitamin D3-analog) eller med fast kombination av grupp III-steroid och kalcipotriol. Kombinationsbehandlingen inleds med 1 applikation dagligen i upp till 4-6 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 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 uppblåsning (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 grupp II-steroid i ansikte, hudveck och genitoanalt.

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 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 behandlingsgångar 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 bör 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 måttlig till svår psoriasis kan 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 besvärliga 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. Behandlingstrappan behöver inte följas strikt då det kan ta lång tid att nå en effektiv behandling med sådan strategi.

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. Ca 50% uppnår PASI 75 vid vecka 16.

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 immunosupprimerande 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. Ca 80% uppnår PASI 75 vid vecka 16.

Apremilast

Apremilast är en peroral fosfodiesterashämmare för behandling av psoriasis och psoriasisartrit. Kräver inga labprover men är dyrt. Ca 30% uppnår PASI 75 vid vecka 16.

Biologiska läkemedel

Biologiska läkemedel rekommenderas för behandling vid måttlig till svår psoriasis som inte svarat på konventionell systembehandling eller där sådan behandling är olämplig. Läkemedlen ges i infusion eller injektion. TNF-hämmare är förstahandsmedel vid biologisk behandling av psoriasis. I VGR rekommenderas biosimular av adalimumab eller etanercept som förstahandspreparat vid nysättning av TNF-hämmare. Interleukinhämmare utgör effektiva alternativ när behandling med TNF-hämmare ej fungerar eller är olämplig.

Se "Utvidgade terapiråd för behandling med 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.

Av biologiska läkemedel har adalimumab (från 6 år), etanercept (från 6 år) och ustekinumab (från 12 år) godkänd indikation för barn.

Graviditet och amning

Generellt föreligger inga hinder för topikal behandling med steroider eller kalcipotriol. Läkemedelapplikation på bröstet bör undvikas under amning. 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 6 månader.

Acitretin ska inte ges till gravida kvinnor då det är teratogent. Det är nödvändigt med effektivt antikonnptionsmedel 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 psoriatiker 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 Angesjö, ordförande

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Hud
Ellen Isaksson, ellen.i.isaksson@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från
Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se