

Råd angående handläggning av patienter med PSORIASIS - Hudkliniken

Information och klinik:

Psoriasis är en inflammatorisk hud- och systemsjukdom med fjällning i huden pga kraftigt ökad cellnybildning. En kombination av ärftlig benägenhet samt yttre faktorer utlöser sjukdomen. Prevalensen är i norra Europa 2-3 %. Det är lika vanligt hos män som kvinnor. Ledbesvär kan förekomma med eller utan hudsymtom. Svår psoriasis är associerad med ökad risk för att utveckla hjärt-kärlsjukdom.

Kliniskt ses vanligtvis symmetriskt spridda, skarpt avgränsade plack med tjock, silvrig fjällning. När fjällen avlägsnas ses rodnad, lättblödande hudyta. Vanliga lokaler är armbågar och knän men utbredningen och plackens storlek kan variera kraftigt. Klåda är inte lika vanligt som vid t ex eksem.

Beroende på den varierande kliniska bilden kan psoriasis delas upp i olika former:

- **Nummulär – diskoid psoriasis:** Vanligaste lokaliseringen på knän/armbågar, men utbredningen kan variera kraftigt.
- **Guttat psoriasis:** Spridda, små droppstora förändringar. Framförallt hos unga och vanligen efter en infektion (främst halsinfektion med streptokocker). Bättre prognos än övriga psoriasisformer.
- **Invers psoriasis:** Välvgränsade, rodnade hudområden utan fjällbildning ses i hudveck (t ex ljumskar, vulva, navel, axiller, submammart).
- **Hand-/fotpsoriasis:** Psoriasisförändringar kan förekomma på handfotryggar och särskilt knogar eller som tjock sprickande hud i handflatan/fotsulan.
- **Hårbottenpsoriasis:** Tjocka fjäll i hela eller delar av hårbotten. Går ofta några mm utanför hårfästet. Externa otiter förekommer ibland vid detta tillstånd.
- **Nagelpsoriasis:** Nagelförändringar förekommer bland cirka 25 % hos psoriatiker. Dessa innefattar små gropar i naglarna (onychia punctata), förtjockade, hyperkeratotiska naglar, gulröda fläckar i nagelplattan (oljedroppar) eller upplyfta naglar (onykolys). Svårbehandlad.
- **Generell pustulös psoriasis:** Svår, akut form, men mycket ovanlig. Rodnad hud med talrika sterila pustler. Ofta feber och allmänpåverkan.
- **Erythrodermisk psoriasis:** Utbredd, fjällande psoriasis med starkt rodnad hud. Allvarligt men ovanligt tillstånd. Ofta svårigheter att reglera kroppstemperaturen.

Psoriasis kan ha ett mycket variabelt förlopp med försämring och spontana förbättrings-perioder. Yttre och inre faktorer kan trigga utbrott och/eller skov av psoriasis. Vanliga triggerfaktorer är:

- Trauma (Koebners fenomen)
- Infektioner (t ex streptokocker kan utlösa guttat psoriasis)
- Sol (cirka 5-10 % försämras)
- Psykogena faktorer
- Läkemedel (ex litium, betablockerare, klorokin, abrupt utsättande av systemiska eller lokala steroider, ACE-hämmare)
- Rökning

Behandling:

- **Mjukgörande** krämer/salvor, ev i kombination med **avfjällande** salicylsyra: Mjukgörande stärker hudens barriärfunktion och avfjällning underlättar penetration av läkemedel och UV-ljus. Om salicylsyra används just före ljusbehandling försämras dock effekten av UV-ljuset. Mjukgörande behandling ska alltid rekommenderas. I lindriga fall är denna behandling tillräcklig.
- Lokalbehandling med **glukokortikoider**, ev kombinationspreparat **glukokortikoider + D-vitaminpreparat (kalcipotriol)**. 1-2 ggr dagligen tills förbättring, därefter utglesande behandling under flera veckor. Undvik starkare steroid än gr II samt kombinationspreparat med D-vitamin vid förändringar i ansikte och invers psoriasis. I övrigt behövs oftast gr III-(IV) hos vuxna. Långtidsbehandling med starka steroider bör undvikas, men kan ordineras som intervall-behandling i kombination med andra preparat och ev som underhållsbehandling ett par gånger i veckan. För att utöka penetrationen av lokala steroider kan ocklusion användas.

Inom specialistvården:

- **Ljusbehandling** (smalbands-UvB eller hemlånslampa): Lokalt eller helkropp samt som monoterapi eller komplement till annan behandling.
- **PUVA**: Systemisk eller lokalt tillfört psoralen + UvA-ljus.
- **Buckybehandling** ("mjukröntgen"): Används framförallt i hårbotten och på terapi-resistenta områden.

- **Intern behandling:** Bör skötas av dermatolog:
 - *Metotrexat* – Folsyraantagonist. Immunosuppressiv och antiinflammatorisk effekt.
 - *Acitretin* – Retinoid, dvs A-vitaminderivat.
 - *Ciklosporin* – Immunosuppressiv och antiinflammatorisk effekt.
 - *Apremilast* – Fosfodiesterashämmare
 - *Biologiska läkemedel* – Vid måttlig till svår plack psoriasis som inte svarat på annan systemisk behandling eller när biverkningar eller kontraindikationer föreligger.

Behandlingsalternativ för några av de vanligare psoriasisformerna:

- **Guttat psoriasis:** Uteslut eller behandla ev underliggande streptokockinfektion. Ofta är mjukgörande behandling tillräcklig. Initialt gr III-steroid om klåda. Ljusbehandling om terapivikt.
- **Plack psoriasis:** Vid begränsad utbredning rekommenderas gr III-(IV)-steroid, ev kombinationspreparat med kalcipotriol. Ocklusion eller ev Bucky om begränsade områden.
- **Hårbottenpsoriasis:** Ofta krävs initialt avfjällande behandling med salicylsyra i krämbas. Därefter stark kortisonlösning/emulsion dagligen i ett par veckor innan utglesning. Kombinationspreparat lokal steroid + kalcipotriol är också ett alternativ. Buckybehandling kan provas vid terapivikt.
- **Invers psoriasis:** Lokal steroid gr I-II + ev antimykotika dagligen i ett par veckor och sedan utglesning. Intermittent behandling för att undvika atrofi.
- **Hand- och fotpsoriasis:** Lokalbehandling med gr III-IV-steroider ev i kombination med kalcipotriol. Alternativt gr III-IV-steroid under ocklusion. Bucky- eller ljusbehandling vid terapivikt.

Remisspolicy:

- Osäkerhet om diagnos
- Psoriasis som inte svarar tillfredsställande på lokalbehandling. Ställningstagande till ljus-behandling, PUVA, Buckybehandling eller intern behandling.

Referenser:

- "Behandling av psoriasis" – Information från Läkemedelsverket 4:2011
- "Dermatologi Venereologi" – av Rorsman, Björnberg, Vahlquist. Studentlitteratur 2010.
- www.internetmedicin.se

Patientinformation:

- Hårbottenbehandling – Patientinformation (Filträdet)
- www.huden.nu

Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:

Elisabeth Höchtl

Anette Edlund

Börje Svensson, chefsläkare, Division Primärvård

Tommy Lundmark, chefsläkare, Division Primärvård

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet