

Instruktion

Fastställt av: Bo Sundqvist

Upprättat av: Oliver Mattsson

Organisation gäller inom: Närsjukvårdsområde Skellefteå, Närsjukvårdsområde Södra Lappland, Närsjukvårdsområde Umeå, Primärvård Länsuppsdrag, Primärvård Mitt Södra Lappland, Primärvård Nord Skellefteå, Primärvård Nord Södra Lappland, Primärvård Nord Umeå, Primärvård Syd Skellefteå, Primärvård Syd Södra Lappland, Primärvård Syd Umeå, Primärvård Väst Skellefteå, Primärvård Väst Umeå, Primärvård Öst Umeå, Primärvårdsjour Umeå, Privat primärvård

Psoriasis - Vårdpraxis

Förändringar från föregående utgåva

Nytt ledningssystemdokument.

Arbetsgrupp

Richard Lindström överläkare Hud- och STD-kliniken NUS, Anna-Lotta Stjernbrandt ST-läkare Hud- och STD-kliniken NUS, Bo Sundqvist distriktsläkare allmänläkarkonsult

Giltighetsområde

Region Västerbotten

Psoriasis**Målgrupp**

Primärvård och andra specialiteter som handlägger psoriasispatienter

Medicinsk bakgrund

Psoriasis är en vanlig sjukdom som förekommer hos cirka 3 % av den svenska befolkningen. Ungefär var fjärde person med psoriasis har en sådan svårighetsgrad att specialistvård kan behövas. Hos var tredje patient som kommer i kontakt med sjukvården förekommer tecken till ledengagemang. Entesiter och tendiniter är också vanliga besvär vid psoriasis liksom värk utan artrittecken. Det finns flera studier som visar ett samband mellan psoriasis och metabola syndromet. Psoriasis är en sjukdom där man ser ökad förekomst av övervikt, hypertoni, förhöjda blodfetter, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Vårdnivå

Patienter med mildare former av psoriasis kan ofta diagnostiseras och behandlas i primärvård. Svårbehandlade patienter och speciella grupper bör få stöd av hudspecialist i sin behandling (se Remiss nedan).

Diagnostik

Det finns inga etablerade diagnostiska kriterier för psoriasis. Diagnosen baseras på typiska lesioner i huden, typiska nagelförändringar och ev. tecken på psoriasisartrit.

Behandling

Guttat psoriasis

Ta svalgodling och behandla eventuell streptokockinfektion. Ofta är mjukgörande behandling tillräcklig. Vid utbredda utslag eller klåda kan topikal steroid grupp III förskrivas, ibland behövs tillägg av UVB.

Plaquesoriasis

Avfjällande behandling: Om det föreligger vita fjäll över utslagen krävs först *avfjällande* behandling för att den aktiva behandlingen med steroid ska kunna ha effekt. Använd till exempel 2 eller 5 % salicylsyra i kräm- eller salvbaser under några timmar eller över natten. Även medel mot torr hud kan användas för avfjällning. Avtvättas i dusch eller bad. Bastu underlättar avfjällning.

Lokala steroider Grupp I–II-preparat används vid förändringar i ansiktet och intertriginöst. I övrigt används steroid tillhörande grupp III (–IV) hos vuxna. Lokala steroider är kosmetiskt tilltalande, men en nackdel är att abrupt utsättning ofta leder till en snabb uppblossning med en situation som är sämre än utgångsläget (rebound-effekt). Därför bör behandling med lokala steroider trappas ut mot slutet av behandlingen.

Betametason-kalcipotriol (Daivobet®) är en fast kombination av steroid grupp III och kalcipotriol. Den ger en snabbt insättande effekt. Appliceras en gång dagligen i upp till fyra veckor och därefter kan behandlingen fortsätta under successiv nedtrappning till två gånger per vecka. Vid snabb utsättning finns risk för reboundeffekt. Total veckodos bör inte överskrida 100 g/vecka hos vuxna och användningen ska om möjligt begränsas till maximalt 30 % av kroppsytan. Studier av effekt och biverkningar på barn och ungdomar under 18 års ålder saknas. Kombinationen används dock på äldre barn och tonåringar, men över begränsade hudytor och med samma restriktioner som för potenta glukokortikoider.

Hårbottenpsoriasis

Avfjällande behandling Ofta krävs intermittent terapi under långa tider. För inledande *avfjällande*

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

behandling används ofta preparat med 2–5 % salicylsyra i krämbas eller olja. Låt krämen sitta i minst 30 minuter, gärna över natten. Ocklusion med plastmössa ger ökad effekt. Vid avtvättning masseras hårschampo in utan att blöta håret. Därefter sköljer man med vatten.

Lokala steroider För enklare administration i håret används topikala steroider grupp III-IV beredda som lösning eller emulsion en gång dagligen i tre till fyra veckor. Därefter kan behandlingen glesas ut. Erfarenhetsmässigt ser man sällan biverkningar av långvarig behandling med potenta steroider i hårbotten. Kalcipotriol-betametasongel (Daivobet gel/Xamiol gel) är ett alternativ.

Buckybehandling kan ges vid terapivikt. Användande av *mjällsschampo* (Ketoconazol® /Fungoral® eller Selukos®/Selsun®) kan minska behovet av aktiv terapi enligt ovan.

Andra psoriasisformer

Invers psoriasis Oftast räcker det med svag eller medelstark (grupp I-II) lokal steroidkräm vid intertriginös lokalisation. Behandla 1–2 gånger/dag i cirka en vecka, därefter trappas behandlingen ner till 1–2 gånger/vecka på grund av atrofiriskan.

Ansiktsporiasis Vid ansiktsporiasis kan samma principer för steroidbehandling tillämpas som vid invers psoriasis. Tänk på risken för försämring av perioral dermatit och rosacea vid steroidbehandling i ansikte.

Hand- och fotpsoriasis Starta med *avfjällande behandling* vid kraftig fjällning, se ovan. Lokalbehandling med steroider grupp III–IV kan försökas initialt. Ett alternativ är betametason-kalcipotriol. Goda resultat på kort sikt kan nås med steroidlösning grupp III–IV under hydrokolloidalt förband (t.ex. DuoDerm Extra Thin®).

Remiss

Vid remiss ta bilder och spara dessa i mediaarkivet.

Remiss till hudspecialist rekommenderas i följande situationer:

- Psoriasis som ej svarar på lokalbehandling
- Mycket utbredd psoriasis
- Psoriasis hos barn
- Pustulär psoriasis framför allt med pustler på bål. Även pustulosis palmoplantaris (en sjukdom med association till psoriasis) kräver ofta specialistvård.
- Psoriasis med misstänkt ledengagemang bör på ett tidigt stadium remitteras till reumatolog.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Övrigt

Patienter med utbredd psoriasis och med riskfaktorer såsom övervikt, rökning, kronisk stress bör uppmärksammas på vikten av livsstilsförändringar eftersom dessa riskfaktorer både kan inverka försämrande på psoriasis och öka på den risk för hjärtkärlsjukdom som kan vara associerad till svår psoriasis.

Område

Vårdpraxis\Ämnesområde\Hud och STD

Utarbetat av

Innehållet utarbetat av arbetsgruppen och granskat av AKO-gruppen.

Referenser

Information från Läkemedelsverket 2019:2

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis 2019-03-28

Sökord

Vårdpraxis, Primärvård, Hemsjukvård, Hud och STD

Dokumentinformation

Här anges information om vad som finns i grå ruta, sidhuvud, sidfot och om information angetts om kontrollerade kopior.

Det anges här för att kunna läsas av hjälpmedel för synnedsatta. **Denna information får inte tas bort!**

Information i sidhuvud

Bild på region Västerbottens logga.

Versionsnummer: 95300

Giltigt från och med: 2021-04-06

Giltigt till och med: 2025-09-01

Information i grå ruta på första sidan

Dokumenttyp: Instruktion

Fastställt av: Bo Sundqvist

Upprättat av: Oliver Mattsson

Organisation gäller inom: Närsjukvårdsområde Skellefteå, Närsjukvårdsområde Södra Lappland, Närsjukvårdsområde Umeå, Primärvård Länsuppdrag, Primärvård Mitt Södra Lappland, Primärvård Nord Skellefteå, Primärvård Nord Södra Lappland, Primärvård Nord Umeå, Primärvård Syd Skellefteå, Primärvård Syd Södra Lappland, Primärvård Syd Umeå, Primärvård Väst Skellefteå, Primärvård Väst Umeå, Primärvård Öst Umeå, Primärvårdsjour Umeå, Privat primärvård

Information i Sidfot

Dokumentnummer: 95300

Kontrollerade kopior

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.