NYTT OM BEHANDLING AV ROSACEA

Eva Angesjö
Distriktsläkare Brämhults vårdcentral
Ordf regional terapigrupp hud

31 januari 2018

Rosacea

- Oftast kronisk, inflammatorisk hudsjukdom
- Folksjukdom, 2-3 %
- Debut i 20-50 åldern, vanligast hos kvinnor
- Erytem och papulopustler centralt i ansiktet

Subtyper

- Typ I; erytematös rosacea med telangiektasier
- Typ II; papulopustulös rosacea
- Typ III; rosacea med rinofyma
- Typ IV; ögonrosacea

Diagnostik

- Klinisk diagnos baserad på anamnes och status
- Diff diagnoser är akne, seborroiskt eksem, perioral dermatit, kronisk solskada mm.

Patogenes

- Multifaktoriell patogenes
- Genetisk predisposition
- Förändringar i immunsystemet
- Störd neurovaskulär reglering
- Demodex-kvalster vanligare vid rosacea.

Komorbiditet

- Depression, psykosocial belastning
- Migrän (störd vasoreglering?)
- Mb Parkinsson, MS, celiaki, Mb Crohn mm
- Alkoholmissbruk inte överrepresenterat!

Lokalbehandling

- Alltid förstahandsbehandling!
- Rosaceahud är känslig och blir lätt irriterad.
- Starta försiktigt, gärna varannan dag.
- Förbättring inom 3-4 veckor, max effekt 3-4 månader
- Vid framgångsrik behandling, gärna underhållsbehandling några gånger per vecka

Metronidazol

- Antimikrobiell och antiinflammatorisk
- Receptfri (Rozex®, Rosazol®)
- Signifikant minskning av inflammatoriska lesioner har visats i flera studier

Azelainsyra (Finacea®)

- Antiinflammatoriskt
- Effekten jämförbar med eller bättre än metronidazol men mer irriterande.

Ivermektin (Soolantra®)

- Reducerar mängd Demodexkvalster i talgfolliklar.
- Ungefär samma minskning av inflammatoriska lesioner som metronidazol. Längre tid till recidiv jämfört med metronidazol.
- Lägre frekvens irritation än azelainsyra.
- Dyrare

Brimonidin (Mirvaso®)

- Selektiv alfa 2-adreno-receptoragonist som ger vasokonstriktion i ytliga småkärl.
- Effekt efter ca 30 min, kvarstår 9-12 timmar.
- Starta försiktigt på litet område, öka successivt
- Ej för telangiektasier (laser, IPL)
- Ej subventionerat. Dyrt.

Systembehandling

- Vid otillräcklig effekt av lokalbehandling eller vid svår rosacea med kraftiga inflammatoriska lesioner kombineras lokal och systemisk behandling.
- Tetracyklin är drug of choise sedan 50-talet
- Lymecyklin rekommenderas. Minimal risk för solreaktion och kan intas med måltid. Starta med 300 mg x 2, reduceras vid förbättring.

Lymecyklin

- Rekommenderas i vår REK-lista
- Starta med 300 mg x 2 och reducera dos vid förbättring.
- Behandla 2-3 månader. Kombinera alltid med lokalterapi som skall fortsätta efter avslutad systembehandling.
- Kontraindicerat under 2:a och 3:e trimestern och under amning.

Lågdos doxycyklin (Oracea®)

- 40 mg dgl (jfr 100 mg dgl),
- Samma effekt som 100 mg men färre biverkningar
- Resistens kan ej uteslutas vid långtidsanvändning
- Skall ej tas ihop med mjölkprodukter
- Ej subventionerat

Isotretinoin

- Naturlig metabolit till vitamin A.
- Inducerar långvarig remission eller läkning vid svår akne
- Kraftig antiinflammatorisk effekt ---> effekt vid svår terapiresistens papulopustulös rosacea
- Lägre dos än vid akne
- Vanligare med recidiv än vid akne
- Lågdos-långtidsbehandling prövas

Huvudbudskap

- Utvärtes behandling är alltid förstahandsterapi. Om ej effekt inom 2 månader ---> byt preparat.
- Underhållsbehandling efter förbättring
- I svåra fall kombineras lokalbehandling med lymecyklin under 2-3 månader.
- Vid terapisvikt---> remiss till hudläkare för ev isotretinoinbehandling
- Minska antibiotikaförskrivning!

PSORIASIS OCH SAMSJUKLIGHET

Psoriasis

- Kronisk, immunmedierad, inflammatorisk systemsjukdom som huvudsakligen drabbar huden
- Prevalens 3-4 %
- WHO har uppgraderat psoriasis till allvarlig, kronisk sjukdom

Psoriasis

Förr

- hudsjukdom

Idag

- kronisk inflammatorisk systemsjukdom

Samsjuklighet

- Psoriasisartrit ca 30 %
- IBD (ulcerös colit, Mb Crohn)
- Depression
- Hjärt-kärlsjukdom

Samsjuklighet vid svår psoriasis

- Kraftigt förhöjd risk att utveckla kardiovaskulär morbiditet
- Högre förekomst av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom

Måttlig-svår psoriasis

- Högre förekomst av kardiovaskulära riskfaktorer än övriga befolkningen
  - bl a hypertoni, diabetes, hyperlipidemi, depression, rökning, övervikt

2013 års Nobelpris i fysiologi eller medicin
»Ökad säkerhet behövs inom psykiatrin«
Misstänk PANDAS hos barn med akuta neuropsykiatriska symtom
Läkartidningen
ÖVERSIKT
Psoriasis mer än en hudsjukdom
Viktigt med tidig diagnos av samsjuklighet

DEBATT
Tonvis med diklofenak i sjöar och vattendrag
KULTUR
Hans Roslings memoarer i utdrag
Läkartidningen
Tema Eksem och psoriasis
Hudsjukdomar med komplex diagnostik

Orsak till denna komorbiditet

- Genetiska faktorer
- Ökad inflammatorisk aktivitet
- Ogynnsam livsstil

Kardiovaskulära riskfaktorer

- är överrepresenterade
- är underdiagnostiserade
- är underbehandlade

hos patienter med måttlig-svår psoriasis

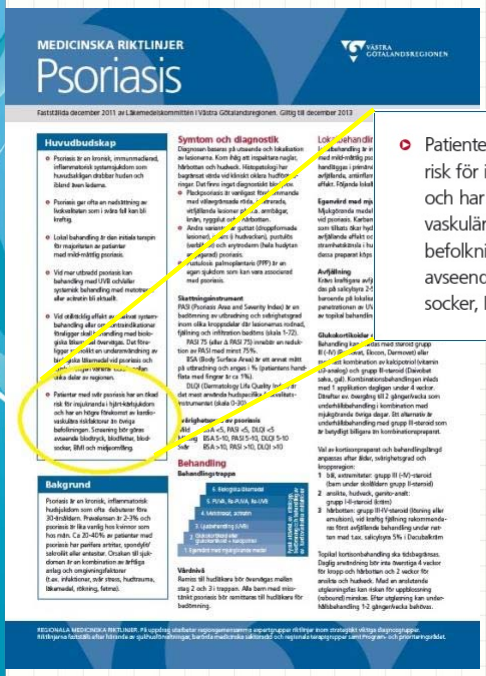
Screening

Patienter med måttlig-svår psoriasis skall kontrolleras regelbundet;

- bltr
- lipider
- P-glukos
- BMI, rökning, alkohol

Livsstilsåtgärder

- rökstopp
- viktminskning om övervikt
- fysisk aktivitet
- stresshantering
- minskat alkoholintag om överkonsumtion


MEDICINSKA RIKTLINJER
Psoriasis

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Fastställda december 2011 av Läkemedelskommitten i Västra Götalandsregionen. Giltig till december 2013

Huvudbudskap

- Psoriasis är en kronisk, immunmedierad, inflammatorisk systemsjukdom som huvudsakligen drabbar hudan 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 ochvaller systemisk behandling med metotrexat eller acitretin bli aktuellt.
- Vid otillräcklig effekt av lokalt system-behandling eller om kontraindikationer föreligger skall behandling med biologiska läkemedel övervägas. Det föreligger för närvarande inte ett underlag för att rekommendera en av de biologiska läkemedlen vid psoriasis och det finns inga varianter som är bättre än de andra det är registrerade.
- 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 midjeomfång.

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 parallera artrit, spondylit/sacroiliit 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 nagler, hårbotten och hudveck. Histopatologi har begränsat värde vid klinisk okleara hudförändringar. Det finns inget diagnostiskt laboratorium.

- Plackpsoriasis är vanligast. Rödfärgade med vitaktiga fjällande lesioner på t.ex. armbågar, knän, ryggslut och hårbotten.
- Andra varianter är guttat (droppformade lesioner), pustulös (vesiklar och erytrodem (hela hudytan är angripen) psoriasis.
- Artrit, entesit palmoplantaris (PPP) är en egen sjukdom som kan vara associerad med psoriasis.

Sjukdomsinstrument

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 ä 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

6. Biologiska läkemedel
5. PUVA, Re-PUVA, Re-UVB
4. Metotrexat, acitretin
3. Lokalbehandling (LKB)
2. Glukokorticoid eller glukokorticoid + fukgivare
1. Egenvård med mjukgörande medel

Pröva lokal vs. utökning av lokalbehandling innan du ordinerar systemisk behandling

Lokalbehandling

Lokalbehandling är en initial behandling vid mild-måttlig psoriasis i primärvården. Behandlingen i primärvården bör i de flesta fall vara tillräcklig om den är effektiv. Följande lokalbehandlingsalternativ finns att tillgå:

Egenvård med mjukgörande medel

Mjukgörande medel ingår i behandlingen av psoriasis. Karbamid som tillsats ökar hydreringen av de fjällande affekterna och ger en ökad strandhetskänsla i huden. Det finns flera preparat köpt i handel.

Avfjällning

Finns kraftigare avfjällande medel som salicylsyra 2-5% i vaselin, beroende på lokalisation av psoriasisutslaget. Vid ytterligare penetrationsmen av UV-ljus kan det vara lämpligt med en kombination av topikal behandling och UV-ljus.

Glukokorticoider i lokalbehandling

Behandling kan ske med steroid grupp II (-IV) (Betnovat, Elocon, Dermovat) eller en kombination av kalcipotriol (vitamin D3-analog) och grupp II-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 II-steroid som är betydligt billigare än kombinationspreparat.

Val av kortisonpreparat och behandlingsfrekvens anpassas efter ålder, svårighetsgrad och kroppsregion:

1. hår, extremiteter: grupp III (-IV)-steroid (barn under skolåldern grupp II-steroid)
2. anoliks, hudveck, genito-analt: grupp I-II-steroid (krämer)
3. hårbotten: grupp II-IV-steroid (lösning eller emulsion), vid kraftig fjällning rekommenderas först avfjällande behandling under natten med t.ex. salicylsyra 5% i Decubalkrämen

Topikal kortisonbehandling ska tidsbegränsas. Daglig användning bör inte överstiga 4 veckor för kroppen och hårbotten och 2 veckor för anoliks och hudveck. Med en anoliskrämen utgörande grundsalva kan risken för uppblossning (rebound) minskas. Efter utgörning kan underhållsbehandling 1-2 gånger/vecka behövas.

Vårdnivå

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

REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER. På uppdrag utarbetar regiongemensamma expertgrupper riktlinjer inom utvalda viktiga diagnosgrupper. Riktlinjerna fastställs efter hörande av sjukvårdsledningar, berörda medicinska sektionerna och regionala terapigrupper samt Program- och prioriteringsrådet.

Patienter med svår psoriasis har en ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och har en högre förekomst av kardio-vaskulära riskfaktorer än övriga befolkningen. Screening bör göras avseende blodtryck, blodfetter, blod-socker, BMI och midjeomfång.

Tack!