

# Psoriasis

Fastställd augusti 2025 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. augusti 2027.

## 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 till måttlig psoriasis.
- Vid medelsvår och svår psoriasis ska behandling med UVB och/eller systemisk behandling övervägas. Det är viktigt att låta behovet och symtomen avgöra behandlingsvalet och tidigt följa upp effekten så behandlingen kan justeras.
- Patienter med svår psoriasis har en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom varför en kardiovaskulär riskbedömning bör genomföras.

## Bakgrund

Psoriasis är en kronisk, inflammatorisk systemsjukdom där hudsymtomen 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 ärftliga anlag och omgivningsfaktorer (t.ex. infektioner, svår stress, hudtrauma, läkemedel, rökning, fetma). Vissa läkemedel, t.ex. litium, interferon och klorokin kan utlösa/försämra psoriasis, i sällsynta fall även betablockerare.

## Diagnos

Diagnosen baseras på utseende och lokalisation 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, ryggslut och i hårbotten.
- Andra varianter är guttat (droppformade lesioner), invers (i hudveck), pustulär (varblåsor) och erythroderm (hela huden engagerad) psoriasis.
- Pustulosis palmoplantaris (PPP) är en egen sjukdom som drabbar handflator och fotsulor och kan vara associerad med psoriasis.

**BSA** (Body Surface Area) anger hur många procent av huden som är täckt med psoriasis. Patientens handflata (inklusive fingrar) motsvarar 1 % av huden.

**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).

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

### Svårighetsgrad av psoriasis

Lindrig psoriasis	BSA < 3 %, PASI < 3, DLQI ≤ 5
Medelsvår psoriasis	BSA 3–10 %, PASI 3–9, DLQI > 5–9
Svår psoriasis	BSA > 10 %, PASI ≥ 10, DLQI ≥ 10

Vid lindrig psoriasis behandlas patienten ofta i primärvården.

Vid medelsvår psoriasis remitteras patienten som regel till dermatologisk specialiserad vård. Även psoriasis med begränsad utbredning kan ha hög svårighetsgrad, exempelvis i ansikte, underliv, hand eller fot. Det kan då bli aktuellt med systemisk behandling.

Vid svår psoriasis remitteras patienten alltid till dermatologisk specialiserad vård för ställningstagande till systemisk behandling.

## Behandling

Behandlingen följer ingen trappa utan det är behov och symtom som avgör behandlingsvalet. All farmakologisk behandling ska kompletteras med livsstilsåtgärder.

### Lokalbehandling av psoriasis

Lokalbehandling är initial terapi för alla patienter med mild-måttlig psoriasis och kan med fördel handläggas i primärvården. Se REKlistan för aktuella läkemedel.

### 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. Vid medelsvår och svår psoriasis kan mjukgörande medel förskrivas på recept.

### Avfjällning

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

### Glukokortikoider och kalcipotriol

Behandling kan inledas med steroid grupp III (-IV) eller med fast kombination av grupp III-steroid och kalcipotriol. Kombinationsbehandlingen inleds med 1 applikation dagligen i upp till 4–6 veckor. Därefter nedtrappning med applikation varannan kväll under ca 2–4 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 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
- hårbotten: grupp III-IV-steroid (lösning eller emulsion), vid kraftig fjällning rekommenderas först avfjällande behandling några nätter i rad 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 uppblossning (rebound) minskas. Efter utglesning kan underhållsbehandling 2 gånger/vecka behövas.

### Takrolimus

Takrolimus är ett topikalt immunmodulerande preparat som är registrerat för behandling av atopiskt eksem. Preparatet kan med fördel användas som ett alternativ till steroidbehandling i synnerhet vid engagemang i ansikte och hudveck.

### Ljusbehandling

UVB (ultraviolett ljus) 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. Ljusbehandling används vid måttlig plackpsoriasis som inte svarat tillfredsställande på lokalbehandling och vid guttat psoriasis.

Behandlingen ges 2–3 gånger/vecka i 6–10 veckor (max 30 gånger). I regel ges högst 2 behandlingsomgångar per år.

### Systemisk läkemedelsbehandling

För patienter med medelsvår till svår psoriasis bör systemisk behandling komma ifråga när lokalbehandling och/eller ljusbehandling inte har tillräcklig effekt eller av olika skäl är svår att genomföra. Behandlingen sköts av specialistvården. 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.

#### Metotrexat

Metotrexat är en folsyraantagonist och ett välbeprövat val vid systembehandling av psoriasis. Metotrexat har även effekt på psoriasisartrit. Finns i tablettform och som injektion. Tas en gång i veckan. Dagen efter metotrexat tas folsyra 5 mg.

#### Acitretin

Acitretin är ett peroralt 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.

#### Biologiska läkemedel

Vid medelsvår till svår psoriasis används biologiska läkemedel som TNF- och interleukinhämmare.

## Barn

Barn med misstänkt psoriasis ska remitteras till hudläkare för bedömning och de med psoriasisartrit handläggs i samarbete med barnläkare.

## Graviditet och amning

Generellt föreligger inga hinder för topikal behandling med steroider eller kalcipotriol. UVB-behandling kan ges under graviditet. Metotrexat ska inte ges under graviditet eller om graviditet planeras, ej heller till manlig partner. Efter avslutad behandling med metotrexat bör patient i fertil ålder (både kvinnor och män) använda en effektiv preventivmetod under minst 3 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. 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 alkoholöverkonsumtion, försämrar patientens sjukdom. Patienter med svår psoriasis ska screenas för kardiovaskulära risker.

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

## Vårdnivå

Lindrig psoriasis bör behandlas i primärvården. Detta gäller också medelsvår psoriasis som svarat bra på lokalbehandling. Vid otillräcklig effekt av lokalbehandling skickas bildremiss till hudläkare för bedömning. Barn med misstänkt psoriasis remitteras till hudläkare för bedömning. Vid misstanke om psoriasisartrit remitteras patient till reumatolog.

## FÖR TERAPIGRUPP HUD

Zeynep Tjörnvik, ordförande

Medverkande i framtagandet av denna riktlinje har, förutom terapigruppen, varit: Amra Osmancevic, Universitetssjukhusöverläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

## Referenser

Kliniskt kunskapsstöd Psoriasis

Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp psoriasis – 1177 för vårdpersonal

Patientutbildning: <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-5/hud-och-konssjukvard/information-om-psoriasissskola/snabbutbildning-om-psoriasis/>

## Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Hud  
Shirin Hossen, shirin.hossen@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på  
[www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel).  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.