



National klinisk retningslinje for psoriasis

Quick guide

Topikal behandling

Det er god praksis enten at skifte til anden relevant evidensbaseret topikal behandling eller henvise patienten til dermatologisk speciallæge, såfremt der ikke ses effekt efter 28 dages relevant evidensbaseret topikal behandling.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Utilstrækkelig effekt er, hvis behandlingen ikke har halveret arealet med psoriasis, eller hvis der samlet set er psoriasis svarende til et areal på over tre håndflader (patientens), svarende til Body Surface Area (BSA) reduktion på clear-almost clear og BSA>3.

Relevant evidensbaseret topikal behandling (salve, creme eller gel) bør til krop og ekstremiteter være enten gruppe 3 steroid (1-2 gange dagligt), en kombination af vitamin D analog og gruppe 3 steroid (1 gang dagligt) eller eventuel gruppe 4 steroider.

Gruppe 4 steroider bør ikke være førstevalg og kræver særlig opmærksomhed i forhold til bivirkninger. Denne behandling er som udgangspunkt ikke egnet som vedligeholdelsesbehandling.

Ved god effekt tilrådes vedligeholdelsesbehandling 2 gange ugentligt.

Relevant evidensbaseret topikal behandling bør til skalp være samme behandling som til krop og ekstremiteter, blot i andre formuleringer såsom gel, shampoo, hårmousse, eller kutane opløsninger.

Til **krop, ekstremiteter og skalp** tilrådes desuden supplerende behandling med fugtgivende creme, salve, olie, skælshampoo og creme eller salve med salicylsyre.

Relevant evidensbaseret topikal behandling bør til **ansigt, hudfolder og anogenitalområder** være gruppe 2 steroider (1-2 gange dagligt i 2-3 uger) eller calcinurinhæmmere (2 gange dagligt i 4 uger).

Ved god effekt tilrådes vedligeholdelsesbehandling 2 gange ugentligt.

Manglende compliance kan være et problem ved topikal behandling(3) . Derfor er grundig instruktion og information om bivirkninger vigtig. Da psoriasis er en kronisk sygdom, er vedvarende opfølgning af behandlingsbehovet nødvendigt.



Lys- og systemisk behandling

Overvej at tilbyde enten methotrexat eller smalspektret UVB til patienter med psoriasis vulgaris, ved svigt af sufficient topikal behandling.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Da de to behandlinger på grundlag af den fundne evidens må anses for ligeværdige, bør valg af behandling ske med udgangspunkt i den enkelte patients præferencer, jævnfør nedestående.

En behandlingskur med smalspektret UVB består typisk af 2-3 behandlinger per uge og i alt 15-30 behandlinger per serie. Patienten bør behandles 3 gange ugentligt, da det fører til hurtigere opheling. Generelt tilrådes max 1-2 smalspektrede UVB behandlingsserier per år og vedligeholdelsesbehandling tilrådes ikke.

Ved manglende effekt efter 6-12 ugers behandling med smalspektret UVB eller mere end 50 % recidiv indenfor 3 måneder, bør patienterne skifte til systemisk behandling, oftest methotrexat.

Patienter med hyppigt recidiv ved smalspektret UVB behandling bør således tilbydes methotrexatbehandling, da methotrexat i modsætning til UVB er en kontinuerlig behandling, hvilket kan sikre patienterne længerevarende sygdomsfrihed.

For behandling med methotrexat gælder, at patienten ved utilstrækkelig effekt eller uacceptable bivirkninger bør tilbydes behandlingen med methotrexat som subkutane injektioner, som kan øge effekten og tolerancen af behandlingen. Effekten af methotrexat bør vurderes efter 12 ugers behandling med den højest tolererede dosis (15-25mg) og ved manglende effekt efter 12 uger bør behandlingsskift overvejes.

Methotrexatbehandling bør suppleres med folinsyre-tilskud for at mindske risikoen for bivirkninger (6) . Desuden bør methotrexat behandlingen monitoreres biokemisk for at imødegå alvorlige bivirkninger.

Generelt tåler yngre patienter methotrexat bedre end ældre. Derimod bør der være mere fokus på den kumulative UVB dosis hos yngre patienter.

Grundet den mulige risiko for leverpåvirkninger ved behandling med methotrexat, tilrådes mådehold med alkohol. Der er ingen evidens for hvilken mængde alkohol, som er skadelig, men arbejdsgruppen foreslår maksimalt 3-7 genstande ugentligt, under hensynstagen til individuelle risikofaktorer for leversygdom.

Methotrexat er kontraindiceret ved graviditet.



Overvej at anvende methotrexat frem for acitretin som førstevalg til patienter med psoriasis vulgaris, når der er indikation for systemisk behandling.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

For behandling med methotrexat gælder, at patienten ved utilstrækkelig effekt eller uacceptable bivirkninger bør tilbydes behandlingen med methotrexat som subkutane injektioner, som kan øge effekten og tolerancen af behandlingen. Effekten af methotrexat bør vurderes efter 12 ugers behandling med den højest tolererede dosis (15-25mg) og ved manglende effekt efter 12 uger bør behandlingsskift overvejes.

Behandling med methotrexat bør suppleres med folinsyre-tilskud for at mindske risikoen for bivirkninger. Desuden bør methotrexat behandlingen monitoreres biokemisk for at imødegå alvorlige bivirkninger. Ligeledes tilrådes biokemisk monitorering af acitretin behandlingen.

Både methotrexat og acitretin er kontraindicerede før og under graviditet, dog er seponeringsperioden kortere for methotrexat sammenlignet med acitretin.

Grundet den mulige risiko for leverpåvirkninger ved behandling med methotrexat, tilrådes mådehold med alkohol. Der er ingen evidens for hvilken mængde alkohol, som er skadelig, men arbejdsgruppen foreslår maksimalt 3-7 genstande ugentligt under hensynstagen til individuelle risikofaktorer for leversygdom.

Opstart af systemisk behandling bør altid suppleres med grundig patientinformation.

Klimaterapi

Overvej at tilbyde patienter med psoriasis smalspektret UVB fremfor klimaterapi med saltvandsbade og smalspektret UVB, da den gavnlige additive effekt af saltvandsbade ikke kan dokumenteres.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Klimaterapi kan være relevant for særligt udvalgte patienter, f.eks. til patienter med graviditetsønske, hvor andre behandlinger er kontraindicerede eller ved manglende effekt og/eller intolerance overfor flere systemiske behandlinger.

Smalspektret UVB bør tilbydes som en behandlingskur med typisk 2-3 behandlinger per uge og i alt 15-30 behandlinger. Patienten bør behandles 3 gange ugentligt, da det fører til hurtigere ophealing. Generelt tilrådes max 1-



2 smalspektret UVB behandlingsserier pr. år og vedligeholdelsesbehandling tilrådes ikke. Ved manglende effekt efter 6-12 ugers behandling med smalspektret UVB eller mere end 50 % recidiv indenfor 3 måneder bør patienterne skifte til systemisk behandling oftest methotrexat.

Det er god praksis at tilbyde patienter med psoriasis smalspektret UVB fremfor klimaterapi med saltvandsbade og sollys.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Klimaterapi kan være relevant for særligt udvalgte patienter, f.eks. til patienter med graviditetsønske, hvor andre behandlinger er kontraindicerede eller ved manglende effekt og/eller intolerance overfor flere systemiske behandlinger.

Smalspektret UVB bør tilbydes som en behandlingskur med typisk 2-3 behandlinger per uge og i alt 15-30 behandlinger. Patienten bør behandles 3 gange ugentligt, da det fører til hurtigere opløseling. Generelt tilrådes max 1-2 smalspektret UVB behandlingsserier pr. år og vedligeholdelsesbehandling tilrådes ikke. Ved manglende effekt efter 6-12 ugers behandling med smalspektret UVB eller mere end 50 % recidiv indenfor 3 måneder bør patienterne skifte til systemisk behandling oftest methotrexat.

Det er god praksis at tilbyde behandling med methotrexat til patienter med psoriasis fremfor klimaterapi (saltvandsbade og smalspektret UVB).

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Klimaterapi kan være relevant for særligt udvalgte patienter, f.eks. til patienter med graviditetsønske, hvor andre behandlinger er kontraindicerede eller ved manglende effekt og/eller intolerance overfor flere systemiske behandlinger.

Psoriasis er en kronisk sygdom, hvorfor det for mange patienter vil være hensigtsmæssig med en kontinuerlig behandling som methotrexat fremfor en behandlingskur, hvor symptomerne vil vende tilbage efter endt behandling.

For behandling med methotrexat gælder, at patienten ved utilstrækkelig effekt eller uacceptable bivirkninger bør tilbydes behandlingen med methotrexat som subkutane injektioner, som kan øge effekten og tolerancen af behandlingen. Effekten af methotrexat bør vurderes efter 12 ugers behandling med den højest tolererede dosis (15-25mg) og ved manglende effekt efter 12 uger bør behandlingsskift overvejes.



Methotrexat behandlingen bør suppleres med folinsyre-tilskud for at mindske risikoen for bivirkninger. Desuden bør methotrexat behandlingen monitoreres biokemisk for at imødegå alvorlige bivirkninger. Opstart af systemisk behandling bør altid suppleres med grundig patientinformation.

Grundet den mulige risiko for leverpåvirkninger ved behandling med methotrexat, tilrådes mådehold med alkohol. Der er ingen evidens for hvilken mængde alkohol, som er skadelig, men arbejdsgruppen foreslår 3-7 genstande ugentligt, dog under hensynstagen til eventuelle andre individuelle risikofaktorer for leversygdom.

Methotrexat er kontraindiceret ved graviditet.

Det er god praksis, at patienter med psoriasis tilbydes methotrexat fremfor klimaterapi (saltvandsbade og sollys).

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Klimaterapi kan være relevant for særligt udvalgte patienter, f.eks. til patienter med graviditetsønske, hvor andre behandlinger er kontraindicerede eller ved manglende effekt og/eller intolerance overfor flere systemiske behandlinger.

Psoriasis er en kronisk sygdom, hvorfor det for mange patienter vil være hensigtsmæssigt med en kontinuerlig behandling (methotrexat) fremfor en behandlingskur, hvor symptomerne med stor risiko vil vende tilbage efter endt behandling. En dansk undersøgelse har vist, at der i gennemsnit var 2,7 måned fra endt klimabehandling til recidiv af psoriasis.

For behandling med methotrexat gælder, at patienten ved utilstrækkelig effekt eller uacceptable bivirkninger bør tilbydes behandlingen med methotrexat som subkutane injektioner, som kan øge effekten og tolerancen af behandlingen. Effekten af methotrexat bør vurderes efter 12 ugers behandling med den højest tolererede dosis (15-25mg) og ved manglende effekt efter 12 uger bør behandlingsskift overvejes.

Methotrexat behandlingen bør suppleres med folinsyre-tilskud for at mindske risikoen for bivirkninger. Desuden bør methotrexat behandlingen monitoreres biokemisk for at imødegå alvorlige bivirkninger. Opstart af systemisk behandling bør altid suppleres med grundig patientinformation.

Grundet den mulige risiko for leverpåvirkninger ved behandling med methotrexat, tilrådes mådehold med alkohol. Der er ingen evidens for hvilken mængde alkohol, som er skadelig, men arbejdsgruppen foreslår 3-7 genstande ugentligt, dog under hensynstagen til eventuelle andre individuelle risikofaktorer for leversygdom.

Methotrexat er kontraindiceret ved graviditet.



Opsporing af psoriasisgigt

Det er god praksis at tilbyde regelmæssig opsporing af psoriasisartrit til patienter med psoriasis vulgaris.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Psoriasisartrit rammer patienter med såvel mild, som moderat og svær psoriasis og kan opstå både før og efter hudmanifestationerne. Det betyder, at alle patienter med psoriasis vulgaris uafhængigt af sværhedsgrad og varighed af hudsygdom, bør undersøges regelmæssigt, f.eks. en gang årligt.

Opsporing bør bestå i, at den behandlende læge, som minimum spørger ind til inflammatorisk rygsmerte¹ og til hævede og ømme perifer led². Sundhedsstyrelsen har i denne retningslinje ikke undersøgt specifikke opsporingsredskaber.

- 1) Den inflammatoriske rygsmerte karakteriseres ved snigende debut ofte før 40 års alderen, bedring ved bevægelse, ingen bedring ved hvile, at patienten ofte vågner i de tidligere morgentimer og må stå op og gå omkring, hvorved smerten igen aftager, morgenstivhed ofte af mere end 30 minutters varighed og ofte markant lindring af NSAID.
- 2) Psoriasisgigt er kendetegnet ved perifer arthritis i form af ledhævelse, som oftest vil være asymmetrisk og påvirke 1-4 led, men sjældnere også ramme mere symmetrisk med påvirkning af flere led.

Opsporing af risikofaktorer for udvikling af hjerte-kar-sygdomme

Det er god praksis at tilbyde årlig systematisk opsporing af risikofaktorer for udvikling af hjerte-kar-sygdomme til patienter med svær psoriasis vulgaris.

Det er god praksis, at den behandlende læge er opmærksom på den let til moderat øgede risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdomme hos patienter med mild psoriasis og i den sammenhæng foretager en vurdering af relevante risikofaktorer.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Patienter med svær psoriasis har forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdom (sammenlignelig med risikoen for hjerte-kar-sygdom ved diabetes mellitus) og bør behandles derefter i henhold til Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Dansk Cardiologisk Selskabs anbefalinger for personer med høj/>5% risiko for hjerte-kar-sygdom. Behandlingsresponset af/på risikofaktorerne for hjerte-kar sygdom bør evalueres løbende, fx hvert halve år.



Patienter med mild psoriasis har let til moderat øget risiko for hjerte-kar-sygdom og bør tilbydes kardiell risikovurdering som del af deres dermatologiske behandling. Anbefalingerne for forebyggelse af hjerte-kar-sygdom i baggrundsbefolkningen bør som minimum følges, f.eks. i henhold til DSAMs anbefalinger og heart score.

IKKYE GÆLDENDE



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for psoriasis

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er behandling af voksne (≥ 16 år) patienter med psoriasis vulgaris (plaque type)

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk