

● Psoriasis

Ikke bare en hudsygdom

Af Carsten Sauer Mikkelsen, Katarina Zak Stangeland og Susanne Kroon



Biografi

Carsten Sauer Mikkelsen er speciallæge i dermatovenerologi i Brønderslev og tidligere ansat på Stavanger Universitetshospital i Norge, hvor også de to øvrige forfattere er ansat.

Katarina Zak Stangeland er i uddannelsesstilling i dermatovenerologi. Susanne Kroon er overlæge på Dermatologisk Afdeling.

Carsten Sauer

Mikkelsens adresse

Bredgade 13, 2.,
9700 Brønderslev.
c.s.mikkelsen@
hotmail.com

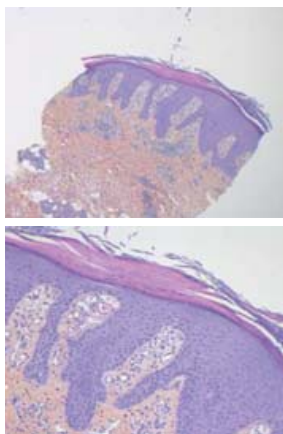
Der foreligger en betydelig mængde nyere litteratur om psoriasis, psoriasisarthritis, og associeret komorbiditet inklusive kardiovaskulær sygdom og metabolisk syndrom. I denne artikel gennemgås sygdommens epidemiologi, patogenese, diagnostik og komorbiditet samt livskvalitet og behandlingsforslag. Artiklen er baseret på udvalgte dermatologiske lærebøger, en ikkesystematisk litteraturgennemgang og forfatternes egne erfaringer.

MÅNEDSSKRIFT
For almen praksis

Psoriasis er en kronisk, autoimmun, inflammatorisk og hyperproliferativ hudsygdom, som afficerer ca. 2% af verdens kaukaside befolkning. I Europa findes der omkring fem millioner, i USA ca. syv millioner og på verdensplan 125 millioner personer med psoriasis. Højeste prævalens ses i de skandinaviske lande og i det nordlige Europa. I Danmark alene er der ca. 165.000 personer med psoriasis, hvilket svarer til 2,8% (prævalens) af den danske befolkning. Hos et barn, hvor en af forældrene har sygdommen, er risikoen for udvikling af psoriasis omkring 25%, og den er helt op til 65%, hvis begge forældre er angrebet. Ca. 35% af psoriasispatienter i Danmark har mindst en første- eller andengrads-slægtning med psoriasis.

Psoriasis kan debutere i alle aldersgrupper, men det er mest almindeligt, at det sker i 10-40-års-alderen, og halvdelen får sygdommen inden 30-års-alderen. Det er imidlertid ikke sjældent, at psoriasis først debuterer i 50-60-års-alderen. Gennemsnitsalderen for debut er 23 år i Danmark.

Lidelsen debuterer ofte tidligere hos kvinder end hos mænd, hvilket kan have relation til hormonændringer under puberteten. Der er i øvrigt ingen signifikant kønsforskel ud over en dominans af mænd med svær psoriasis, hvilket muligvis er betinget af livsstil.



Figur 1 / Patologi fra hudstansbiopsi fra psoriasispatient viser en typisk psoriasis med forlængede retetapper, hyper- og parakeratose, tab af stratum granulosum, neutrofile granulocytter i stratum corneum og dilaterede kapillærer i de dermale papiller. Lidt dybere i dermis ses et sparsomt perivaskulært betændelsesinfiltrat domineret af lymfocytter. Patologibillederne inklusive tekst: Overlæge, *Christian Lycke Ellingsen*, Patologisk Afdeling, Stavanger.

Genetiske faktorer

Psoriasis er en multifaktoriel, polygen, arvelig hudlidelse, der er betinget af en genetisk prædisposition og en eller flere udløsende faktorer såsom miljø/superantigener eller autoantigener, der aktiverer T-celler og cytokiner.

Forskellige gener menes at have betydning for udviklingen af psoriasis (*psoriasis susceptibility region*, PSOR's 1-10). Psoriasis synes blandt andet at være knyttet til vævstyperegner på kromosom 6. Psoriasispatienter med humant leukocytantigen-vævstypeforstyrrelser på kromosom 6 har ofte en familiær disposition til psoriasis og udvikler sygdommen på et tidligt tidspunkt med et alvorligt sygdomsforløb og en risiko for udvikling af oligoarthritis.

Et dansk tvillingestudie viste, at der blandt monozygote tvillinger forekom psoriasis hos begge i ca. 63% af tilfældene, mens det kun var tilfældet hos 14% af de dizygot tvillinger (1), hvilket understreger, at der er tale om en multifaktoriel tilstand med stor arvelig komponent.

Histopatologiske kendetegn

Overhuden (epidermis) er hos raske et karløst yderste hudlag bestående af forhornet flerlaget pladeepitel. Hos psoriasispatienter er epidermis fortykket (epidermal akantose), og cellekernerne er fortsat til stede i stratum corneum (parakeratose), hvorfor der ses skælsætning. Desuden ses abnorme dilaterede kapillærer højt i epidermis, hvilket kan påvises ved punktblødning (Auspitz' tegn), når skællaget afskrabes. Udtalt T-lymfocyt-infiltration i dermis og epidermis kan ses.

Psoriasis – fra epidermal proliferationsforstyrrelse til en autoimmun, inflammatorisk sygdom

Før 1980 var psoriasisforskningen primært fokuseret på keratinocytbiologi, og psoriasis blev betragtet som en sygdom forårsaget af defekte keratinocytter. Man var bekendt med de inflammatoriske celleinfiltrater, men det blev opfattet som en sekundær reaktion i forbindelse med den epidermale patologi.

I 1979 opdagede to reumatologer, at patienter, som blev behandlet med oral ciclosporin for ledinflammation, udviklede markant bedring af deres kutane psoriasisforandringer. I efterfølgende større dobbeltblindede, placebokontrollerede studier kunne man bekræfte ovenstående fund, og der opstod et paradigmeskift og forståelse for, at psoriasis kunne hæmmes via inhibition af cytokinfrigørelse og via hæmning af T-celle-proliferation. Antigenpræsenterende celler, som præsenterer antigener for T-celler, har også betydning for udviklingen af psoriasis.

Udløsende årsager

Forskellige tilstande menes at kunne igangsætte eller forværre en bestående psoriasis, herunder infektioner, der er specielt relateret til de

Figur 2 / Psoriasis på prædilektionsstederne: ekstensorsiderne på albuer, knæ, nates og hovedbund samt umbilikalt.



øvre luftveje, muligvis via en polyklonal aktivering af T-celler via superantigener (2). Der har tidligere været stor fokus på betydningen af halsinfektioner forårsaget af β -hæmolytiske streptokokker, men det faktum, at antibiotika og tonsillektomi ikke har effekt på varigheden af psoriasisudbruddet taler for, at streptokokinfektion kun kan trigge psoriasis de novo.

Hvis huden bliver beskadiget, for eksempel ved en hudafskrabning eller forbrænding, kan der typisk efter 1-4 uger udvikles en psoriasisreaktion i det traumatiserede område (Köbners fænomen). Köbners fænomen ses hos ca. 25% af psoriasispatienterne. Der er tale om et alt eller intet-fænomen, hvor der i ikkepsoriasisinvolveret hud i det beskadigede hudområde hos psoriasispatienten vil udvikles psoriasisforandringer, mens alle beskadigede psoriasislæsioner heler og efterlader klinisk normal hud. Solskoldning kan medføre forværring af psoriasis, hvilket også er en form for Köbners reaktion.

Köbners reaktion kan også ses ved andre hudlidelser. Øvrige faktorer af betydning for udvikling eller forværring af psoriasis er excessivt alkoholindtag (3), psykisk stress og måske tobaksrygning.

Ved opblussen af psoriasis skal man overveje, om der kan være en association mellem opstart eller dosisøgning af medicinbehandling (4), herunder blodtryksænkende medicin (angiotensinkonverterende enzym-hæmmere og betablokkere), antimalariapiller (hydroxyklorokin), progesteron, litium og pludseligt ophør af peroral eller højpotent topikal prednisolonbehandling.

Kvinder kan i forbindelse med hormonændringer under pubertet, graviditet og menopause opleve psoriasisforværring.



Figur 3 / Psoriasis med moderat rødme, induration og skælsætning retroaurikulært og i panderegionen.



Figur 4 / Guttate psoriasis.

Komorbiditet

Nyere forskning har vist, at der er en association mellem psoriasis og risiko for udvikling af diabetes mellitus, hyperlipidæmi og metabolisk syndrom (5, 6). Relationen synes at være knyttet til sværhedsgraden af psoriasis. Forhøjet serum-urat er målt hos 30-50% af patienterne med psoriasis. Der er ligeledes målt forhøjet C-reaktivt protein og hyperhomocysteinæmi hos specielt patienter med svær psoriasis, dette er alle kendte risikofaktorer for udvikling af kardiovaskulær sygdom. Specielt blandt unge med svær psoriasis er der beskrevet øget risiko for udvikling af hjertekredsløbsforstyrrelser og akut myokardieinfarkt (7, 8).

Screening for diabetes mellitus, hypertension, hyperlipidæmi, mikroalbuminuri og metabolisk syndrom bør overvejes hos alle psoriasispatienter, men specielt hos dem med svær psoriasis.

Psoriasispatienter bør derfor opfordres til sund livsstil, herunder motion og ingen rygning.

Der kommer måske senere nationale *guidelines* om, hvordan disse patienter skal følges.

Der er en øget forekomst af psoriasis hos patienter med inflammatoriske tarmlidelser (mb crohn og colitis ulcerosa). Endelig er der beskrevet en øget forekomst af angst, depression (9) og neurodermatitis



Figur 5 / Pustuløs psoriasis.



Figur 6 / Stor psoriasisplaque på højre side af låret.

Boks 1. Forslag til screening for komorbiditet af psoriasispatienter.

Blodtryksmåling
Måling af lipidstatus
Måling af HbA _{1c} og f-glukose
Hoftemål (til bestemmelse af metabolisk syndrom)
Undersøgelse for mikroalbuminuri



Figur 7 / Plaquespsoriasis med moderat rødme, induration og skælsætning. Ekstensorsiden af venstre albue.

(lichen simplex chronicus). Derimod ses en lavere forekomst af atopisk dermatitis, allergisk astma, kontaktdermatitis og urticaria hos psoriasispatienter end hos baggrundsbefolkningen (10).

Psoriasisarthritis

Der er usikkerhed om definitionen af psoriasisarthritis og de diagnostiske udredningsmetoder. Hyppigheden af psoriasisarthritis blandt psoriasispatienter varierer meget ifølge litteraturen. 3-30% af psoriasispatienterne har eller vil senere få psoriasisarthritis. Det tager ofte lang tid, inden personer med psoriasisarthritis får stillet en korrekt diagnose.

De fleste patienter vil få psoriasisarthritis efter tidspunktet for debut af psoriasis. Psoriasisarthritis vil typisk debutere i 30-40-årsalderen. Patienter med psoriasisarthritis har en tendens til at få inflammation i senernes knogletilhæftning. Muligvis udvikles knogleforandringerne som et kontinuum fra denne inflammation (entesopati). Neglepsoriasisforandringer ses hos størstedelen af de patienter, der har psoriasisarthritis (ca. 85%). Hos de fleste af patienterne med psoriasisarthritis vil der udvikles en asymmetrisk mono- eller oligoarthritis med ledaffektion i fingre og/eller tæer og sommetider i hånd- og knæled. Fortykkede fingre og tæer kan hyppigt forekomme på grund af inflam-



Figur 8 / Plaquespsoriasis på truncus bagflade.



Figur 9 / Plaquespsoriasis symmetrisk fordelt på lårenes forside.

mation af fleksorsenerne. Tilstanden er modsat for eksempel podagra sjældent udtalt smertefuld. Der findes andre undertyper af psoriasisarthritis (ankyloserende spondylitis, symmetrisk polyarthritis, distal interfalangeal ledaffektion og arthritis mutilans).

Malignitet

Der kan ses øget forekomst af basocellulært karcinom hos psoriasispatienter, der er blevet behandlet med langvarig ciclosporin og høj dosis PUVA (der tilstræbes derfor maksimalt 200 PUVA-behandlinger på livstid modsvarende ca. 1.200 J/cm²). En kendt langtidsbivirkning ved UVB-behandling er risikoen for udvikling af nonmelanom hudkræft, hvis patienten har fået behandlingen periodevist i mange år.

I et større studie fra Sverige påviste man, at patienter, der var indlagt med moderat til svær psoriasis, sammenlignet med baggrundsbefolkningen havde større risiko for udvikling af specielt lymfoproliferative sygdomme og andre cancertyper såsom oral/nasopharynx cancer, lungecancer, levercancer, pancreascancer og nyrecancer (11).

Livskvalitet

Psoriasis er ofte en frustrerende tilstand for de sygdomsramte. Psoriasis kan ødelægge ens selvbillede, samliv og sociale udfoldelse. Psoriasispatienten er yderligere handikappet, hvis sygdommen er ledsaget af arthritis. Mange føler sig stigmatiseret og har oplevet, at andre personer bevidst har forsøgt at undgå berøring på grund af deres hudlidelse. Det er vigtigt at have kendskab til psoriasispatienternes psykiske reaktion på deres sygdom og være opmærksom på tegn på depression og i værste fald suicidal tanker. Kognitiv terapi og antidepressiv behandling kan være nødvendig.

Hudforandringer

Psoriasis kan være lokaliseret overalt på huden, men ses fortrinsvist på ekstensorsiderne på albuer og knæ, i sakralregionen, i navleområdet, på ørerne og i hårbunden. De enkelte elementer varierer i størrelse og form. Psoriasis er ofte symmetrisk fordelt og fremtræder skarpt afgrænset med afrundede konturer, rødme, infiltration og en tyk, flerlaget skældannelse. Ved kradsning af skællaget får overfladen et hvidt

Figur 10 / Annulære psoriasislæsioner med postinflammatorisk depigmenteringsreaktionstegn på opheling kan ses efter opheling af psoriasis her med hypopigmentering.





Figur 11 / Kun dermatologer kan henvise psoriasispatienter til klimaterapiophold.

stearinagtigt udseende, og punktblødning kan ses (Auspitz tegn). Uanset hvilken psoriasistype eller lokalisation er det vigtigt, at alle anvender fede fugtighedscremer for at begrænse mængden af aktive medikamenter og for at mindske skælsætningen og eventuel kløe. Generelt er steroidsalver mere effektive end cremer til at løsne skæl og skorper. Der bør altid smøres med fugtighedscreme efter smøring med steroidcreme.

Psoriasis i hårbunden

Hårbunden er det område, der hyppigst er angrebet af psoriasis, og det er ofte et af de første steder, hvor sygdommen ses. Omtrent 25% af alle med psoriasis har udelukkende forandringer her, og op til 80% af psoriasispatienter har oplevet hårbundsforandringer. Den hyppigste lokalisation af psoriasis er bag ørerne, men den kan være lokaliseret neden for hårgænsen.

Den kliniske præsentation kan variere meget – fra fin, diffus afskalning til massiv skælsætning (12). Psoriasis i hårbunden giver kun sjældent anledning til permanent hårtab. Det er for mange en stor psykosocial belastning at have psoriasis netop i hårbunden, og mange klager over generende kløe. Hårbundsporiasis er ofte en større udfordring for klinikerne end behandling af psoriasis andre steder på kroppen.



Figur 12 / Invers psoriasis i aksil, perineum og under mammae.

Seborisk dermatitis kan forekomme samtidig med psoriasis (sebopsoriasis), hvilket kan vanskeliggøre diagnosen. Betydningen af tilstedeværelsen af *Malassezia furfur* er fortsat uafklaret. Det kan være nødvendigt at tage en biopsi fra hovedbunden for at stille den korrekte diagnose. Inden opstart af behandling ved uklar klinik bør en allergisk kontaktdermatitis eller en svampeinfektion udelukkes.

Forslag til behandling i forhold til sværhedsgrad af hårbundssporiasis
Mild

Lokal behandling med D-vitamin-analoger og/eller kortikosteroider anbefales. En kortvarig kontaktformulering såsom shampoo anbefales, men andre vehikler, f.eks. skum, kan også anvendes.

Moderat

Afskalning med salicylsyre eller propylenholdige cremer/salver kan være nødvendig, inden aktiv behandling påbegyndes (se inddeling ovenfor). En kortvarig kontaktformulering med kortikosteroider og/eller D-vitamin anbefales. Lokal kortikosteroidbehandling i form af lotion, skum, gel eller mere okkluderende formuleringer bør overvejes ligesom behandling med Buckystråler.

● Tabel 1. Behandlingen af hårbundssporiasis kan inddeles i tre trin: skælfjernelse, aktiv behandling og vedligeholdelsesbehandling.

Forslag til behandling i forhold til sværhedsgrad af hårbundssporiasis		
Mild	< 50% af hovedbunden	Mild rødme, skælsætning, kløe og tykkelse af læsionerne
Moderat	< 50% af hovedbunden	Moderate rødme, skælsætning og kløe. Palpabel infiltration
Alvorlig	>50% af hovedbunden hvor pande og hårfollikler kan være involveret	Kraftig rødme, skælsætning og kløe. Påfaldende infiltration og hårtab kan forekomme
Baseret på den nuværende evidens er førstevalgsbehandling af mild, moderat og svær hovedbundssporiasis lokal kortikosteroid med eller uden D-vitamin. Valg af formulering bør afhænge af sværhedsgraden, ligesom patientens foretrukne behandlingsmiddel bør medinddrages i valget af behandling så adhærence sikres.		



Figur 13 / Psoriasisforandringer i håndflader og på fodsåler.

Alvorlig

Afskalning med salicylsyre eller propylenholdige cremer/salver er initialt nødvendig. Højpotent kortikosteroid, gerne kombineret med D-vitamin-analoger, bør være førstevalgsbehandling. Længerevarende okkluderende kontaktformuleringer er nødvendige hos disse patienter. Systemisk behandling (f.eks. methotrexat) kan være nødvendig hos patienter med svær hårbundsinvolvering og samtidig udbredte psoriasisforandringer andre steder på hudorganet.

Tjærebehandlinger kan anvendes til psoriasisforandringer i hovedbunden. Den præcise virkningsmekanisme er ikke helt afklaret. På grund af kløe, udtørring og ubehagelige lugtgener er det ikke alle patienter, der kan acceptere denne behandlingsform. Der findes dog tjæreshampoer med *rinse off*-karakter, som kan forsøges anvendt.

Guttat psoriasis (dråbepsoriasis)

Der ses typisk 2-5 mm store velafgrænsede røde papuløse forandringer på til truncus og de proksimale dele af ekstremiteterne og sommetider i hårbunden. Da der typisk udvikles et stort udbrud med mange små dråbeformede pletter på kroppen, kaldes psoriasistypen også dråbepsoriasis. Der er sjældent affektion af håndflader og fodsåler, som ses typisk ved første psoriasisudbrud og kan være udviklet i forbindelse med en infektion af de øvre luftveje (eventuelt provokeret af en svælgstreptokokinfektion). De guttate læsioner kan blive større og overgå til nummulat psoriasis eller plaquepsoriasis.

Behandling af guttat psoriasis

Ved hals- og synkesmerter bør der foretages halspodning og eventuelt opstart af relevant antibiotisk behandling. Steroidcreme gruppe III, eventuelt kombineret med calcipotriol, kan opstartes på truncus og ekstremiteterne under gradvis udtrapning. Steroidbehandlingen kan eventuelt kombineres med UVB-smalspektret lysbehandling (typisk tre gange ugentligt og 15-30 behandlinger).



Figur 14 / Invers psoriasis på vulva.



Figur 15 / Invers psoriasis på penis.

Nummulat psoriasis (møntpsoriasis)

Morfologisk beskrivelse af en psoriasistype, hvor elementerne er lidt større end ved den guttate type – ellers er klinik og behandling stort set den samme.

Plaque psoriasis/psoriasis vulgaris

Dette er den hyppigst forekommende psoriasistype (ca. 90%) blandt voksne. Der ses velafgrænsede rødlige, hævede og skællende elementer, ofte flere cm store i diameter med lokalisation som beskrevet i afsnittet »Psoriasis og hudforandringer«. Der er ofte tale om langvarige udbrud, der sommetider varer årevis. Hårbunden er oftest involveret. Når plaquepsoriasis er under opheling, sker det ofte først med en central opheling. Når kun periferien af plaques er tilbage, ses der annulære elementer, hvilket er et godt prognostisk tegn. Efter opheling af plaquepsoriasis kan der ses postinflammatorisk depigmenteringsreaktion.

Behandling af plaquepsoriasis med let udbredelse

Potente kortikosteroider og calcipotriol har additiv effekt og dermed hurtigere indsættende virkning. I et nyligt publiceret Cochrane-review (13) blev det påvist, at kombinationsbehandling med D-vitamin/kortikosteroider havde en signifikant bedre effekt end D-vitamin eller kortikosteroider alene til behandling af plaquepsoriasis. Samme Cochrane review viste lidt overraskende, at *head to head*-undersøgelser af D-vitamin og højpotent kortikosterid ikke viste signifikant forskellig behandlingseffekt.

Behandlingsforslag til udbredt psoriasis med let til moderat infiltrerede plaques

Opstart af lysbehandling med UVB-smalspektret lysbehandling tre gange ugentligt kan overvejes, typisk 20-25 behandlinger (efter individuel vurdering). Behandlingen vil således ofte strække sig over 6-8 uger.



Figur 16 / Psoriasis med pitting og let grad af distal onykolyse.



Figur 17 / Gule, fortykkede negle uden svamp kan ses hos psoriasispatienter.

Lysbehandlingen gives i løbet af få minutter. Lysbehandlingen kan kombineres med lokalsteroid og calcipotriol. Calcipotriol skal først påsmøres efter UVB-lysbehandling eller senest to timer før.

Lysbehandlingen kan eventuelt kombineres med acitretin 25-50 mg dagligt, specielt hvis elementerne er hyperkeratotiske og ved samtidig negleaffektion. Acitretin må kun udleveres af dermatologer. Efter afglatning kan der fortsættes med calcipotriol eller acitretin. Hvis steroidbehandling er påbegyndt, kan der gradvis skiftes til calcipotriol.

Behandlingsforslag til udbredt psoriasis med moderat til stærkt infiltrerede plaques

PUVA er en kombination af UVA-lys og psoralen, et stof i tabletform, der øger hudens følsomhed over for de ultraviolette stråler. Psoralen indtages to timer forud for den planlagte UVA-lysbehandling. PUVA lysbehandling gives typisk tre gange ugentligt (efter individuel vurdering). Afglatning af psoriasis-elementerne kan forventes efter 25-30 behandlinger. Behandlinger kan foregå hos nogle af de privatpraktiserende dermatologer og på de dermatologiske hospitalsafdelinger. Lysbehandlingen kan kombineres med lokal steroid eller calcipotriol. PUVA-behandling kan også gives samtidig med acitretin 25-50 mg dagligt (Re-PUVA). Efter afglatning kan der fortsættes med calcipotriol eller retinoid. Hvis steroidbehandling er påbegyndt, kan der gradvist skiftes til calcipotriol. Ved svær psoriasis kan man forsøge gradvis udtrapning af PUVA (for eksempel en gang ugentligt i fire uger).

Goeckermans behandling er en anden form for lysbehandling. Det er en længerevarende (mindst to uger) indlæggelseskrævende behandling, hvor stenkulstjære, der gør huden mere lysfølsom, kombineres med UVB-lys.

Klimaterapiophold (typisk fire uger) ved Det Døde Hav i Israel, hvor solbadning kombineres med badning i det mineralholdige vand og supplerende lokalbehandling, er også et muligt behandlingstilbud til

udvalgte patienter med svær psoriasis. Det er kun dermatologer, der kan henvise hertil.

Sommetider kan det blive nødvendigt med opstart af systemisk terapi med methotrexat, neotigason eller ciclosporin. Ved manglende behandlingseffekt eller manglende tolerabilitet af ovennævnte behandlinger kan biologisk behandling komme på tale (etanercept, adalimumab, infliximab eller ustekinumab). Biologisk behandling gives som injektioner og er forbeholdt de sværeste behandlingsrefraktære tilfælde af psoriasis. Kun speciallæger i dermatologi kan opstarte denne behandling. Head to head-studier har vist, at biologisk behandling (infliximab og adalimumab) af moderat til svær psoriasis er mere effektivt end perorale systemiske behandlinger (14).

Invers psoriasis

Betegnelsen invers psoriasis anvendes om udslæt, der er lokaliseret til hudfolder, hvor to hudområder ligger tæt ved hinanden, specielt i armhulerne, i navlen, i skridtet, under brysterne, i abdominalfolderne og mellem/under ballerne. Det er specielt et problem hos adipøse og seborroikere. Huden har et rødt og skinnende skær med ringe eller ingen skælsætning på grund af sved, der fugter keratinocytterne og mindsker afskalningen.

Behandlingsforslag til invers psoriasis

Invers psoriasis behandles med gruppe II-steroider under gradvis udtrækning. Candidiasis er sjældent til stede, men bør udelukkes ved klinisk mistanke. Tacrolimus, pimecrolimus og calcipotriol kan også forsøges.

Ved udbredte forandringer kan UVB-lysbehandling og methotrexat blive nødvendig.

Psoriasis i håndflader og på fodsåler

Der kan typisk ses symmetriske rødlige, skællende forandringer i håndfladerne, på flere af fingrene og på fodsåler. Når psoriasis kun er lokaliseret til håndfladerne, bliver det ofte mistolket som kronisk eksem. Psoriasis er oftest skarpt afgrænset i forhold til den omgivende normale hud, og kløe vil være et mindre fremtrædende problem. Ved mulig forværring i forbindelse med arbejde bør tilstanden anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen på grund af muligt arbejdsbetinget Köbners fænomen.

Behandling af psoriasis i håndflader og på fodsåler

Ved lette tilfælde er lokalbehandling ofte tilstrækkelig. Ved samtidig udtalt psoriasisarthritis og negleforandringer kan methotrexat overvejes, alternativt acitretin i dosering som tidligere anført.

Psoriasis på penis og i vulva

Hos børn kan psoriasis begynde på genitalierne (napkin psoriasis). Hos mænd ses psoriasis på penis ofte lokaliseret i den proksimale del af

Figur 18 / Generaliseret pustuløs psoriasis.



glans med minimal skælsætning. Psoriasis kan også ses på scrotum som konfluerende plaques. 2,5-5% af mænd med psoriasis har haft psoriasisforandringer på penis. Hos kvinderne kan psoriasis ses på den perivulvale hud som velafgrænsede læsioner med skælsætning.

Behandling af psoriasis på penis og i vulva

Gruppe II-kortikosteroid er førstevalg. Alternativt kan tacrolimus, pimecrolimus eller tjærebehandling overvejes, men patienterne bør da henvises til en dermatolog.

Sebopsoriasis

På de seboroiske områder kan der ses velafgrænsede elementer med fedtet skælsætning. Lidelsen kan behandles med gruppe II-steroid. Tacrolimus og pimecrolimus kan også forsøges. Ketoconazol kan tillægges. Endelig kan man prøve lysbehandling. Egentlig psoriasis ses kun sjældent i ansigtet.

Psoriasis i øregangene

Hvis der ikke er skælsætning og kun rødme, bør gruppe II-steroidbehandling forsøges. Ved samtidig skælsætning kan et middelstærktvirkende (gruppe II) glukokortikoidholdigt hudmiddel tilsat salicylsyre 2-4 dråber forsøges to gange dagligt.

Impetiginiseret psoriasis

Ved mistanke om sekundær impetiginisering (*Staphylococcus aureus*) bør der foretages hudpodning. Ved udbredte læsioner kan der opstartes kaliumpermanganatbade (røde bade).

Psoriasis og negleforandringer

Der kan ses punktformede depressioner (fingerbølsprikker), sivmarvsfortykkelse af neglesubstansen, perifer negleløsning og gulligbrun ofte



Figur 19 / Pustuløs psoriasis med rødme og pustler.

øm misfarvning under neglepladen (oliepletter), hvilket skyldes akkumulering af serøs eksudat. Endelig kan der ses splinterblødning, da kapillærerne ligger højt i epidermis. 10-55% af psoriasispatienterne har negleforandringer. Over halvdelen af psoriasispatienter med negleforandringer har smerter i neglene.

Behandling af neglepsoriasis

Behandling af psoriasis i neglene kan være besværlig, og kun få af behandlingsmulighederne er blevet evalueret med hensyn til effektivitet og sikkerhed i større kontrollerede, kliniske studier (15).

Steroidinjektion i neglevoldene hver 4.-6. uge kan forsøges ved en lokal dermatolog.

Indlæggelseskrævende psoriasis

Universel pustuløs psoriasis

Ved denne tilstand ses ofte påvirket almentilstand med febrilia og ledgener samt diffus konfluerende rødme med udbredte pustler. Der kan ses udtalte forandringer på tungen (lingua geographica) og eventuel subungval pusdannelse. Tilstanden behandles altid systemisk.

Erythrodermisk psoriasis

Erythrodermisk psoriasis er en inflammatorisk, aggressiv psoriasis med universel mørkrød misfarvning af huden og ofte uden betydelig skældannelse. Den er ofte ledsaget af udtalt sygdomsfølelse, feber og kompromitteret temperaturregulering af huden. Ubehandlet kan der være tale om en livstruende tilstand med risiko for proteintab fra hud og tarm, elektrolytforstyrrelse, hjerteinsufficiens og sepsis.

Konklusion

Psoriasis betragtes i dag som en inflammatorisk, autoimmun, hyperproliferativ systemisk sygdom, der ikke kun afficerer hudorganet.

Denne artikel er skrevet specielt med henblik på at give et overblik over de mange følgetilstande, der kan ses ved psoriasis, og overvejelser i forbindelse med valg af behandling. Det er vigtigt, at de praktiserende læger er bekendte med kompleksiteten ved psoriasis, så patienterne kan få den mest optimale behandling.

Økonomiske interessekonflikter: Carsten Sauer Mikkelsen har afholdt foredrag og deltaget i diverse kongresser med Schering Plough og Wyeth.

LITTERATUR

1. Brandrup F, Hauge M, Henningsen K et al. Psoriasis in an unselected series of twins. *Arch Dermatol* 1978;114:874-8.
2. Printz JC. Psoriasis vulgaris - a sterile antibacterial skin reaction mediated by cross-reactive T cells? An immunological view of the pathophysiology of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:326-32.
3. Behnam SM, Behnam SE, Koo JY. Alcohol as a risk factor for plaque-type psoriasis. *Cutis* 2005;76:181-5.
4. Dika E, Varotti C, Bardazzi F et al. Drug-

- induced psoriasis: an evidence-based overview and the introduction of psoriatic drug eruption probability score. *Cutan Ocul Toxicol* 2006;25:1-11.
5. Prodanovich S, Kirsner RS, Kravetz JD et al. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. *Arch Dermatol* 2009;145:700-3.
 6. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2008;159(suppl 2):2-9.
 7. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB et al. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA* 2006;296:1735-41.
 8. Neimann AL, Shin DB, Wang X. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:829-35.
 9. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S et al. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005;6:383-92.
 10. Christophers E. Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:314-20.
 11. Bofetta P, Gridley G, Lindelof B. Cancer risk in a population-based cohort of patients hospitalized for psoriasis in Sweden. *J Invest Dermatol* 2001;117:1531-7.
 12. Ortonne J, Chimenti S, Luger T et al. Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:1435-44.
 13. Mason AR, Mason J, Cork M et al. Topical treatment for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2): CD005028.
 14. Bansback N, Sizto S, Sun H. Efficacy of systemic treatments for moderate to severe plaque psoriasis: systematic review and meta-analysis. *Dermatology* 2009;219:209-18.
 15. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB et al. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:1-27.