

I USA har läkarna ett "behandlingsträd"

Dags att skriva om befintliga behandlingsmetoder för alopecia areata (AA) – samt nya och spännande behandlingslösningar för framtiden – något som ligger mig varmt om hjärtat.

I Sverige erbjuds AA-patienter i princip ingenting då inga behandlingar bevisats vara effektiva, och definitivt inte i förhållande till sina sidoeffekter. I USA har läkarna ett "behandlingsträd" och sjukdomen anses därför vara relativt välkontrollerad – åtminstone för de som har fläckar.

För barn under tio år gäller topikala behandlingar (krämer till exempel) med kortikosteroider, immunsuppression, minoxidil eller laser. För större barn och vuxna erbjuds även lokala injektioner med kortikosteroider (oftast bra effekt på fläckvis AA men innebär bland annat pigmentering och förtunning av huden).

Även lokalt inducerad irritation med till exempel anthralin kan fungera bra då "det läkande" immunförsvaret stimuleras, men innebär ofta missfärgningar och sårig hud. I tablettform används i princip bara kortikosteroider som har tråkiga biverkningar (till exempel depression) och tar lång tid att ställa ut.

Kraftigt immunsuppresserande mediciner (Ciclosporin, Tacrolimus) är också möjliga, men ger ökad cancerrisk. Det finns ett par studier där AA-patienter injicerats lokalt med trombocytrik plasma (platelet-rich plasma, PRP) framställt från eget blod, som varit mer effektivt än anthralin, men långsiktiga effekter av behandlingen behöver dokumenteras.

På senare tid har det rapporterats om riktigt fina effekter med JAK hämmare (Tofacitinib och Ruxolitinib) i tablettform. Dessa skrivs ut mot reumatisk värk (ej godkänt i Sverige) och blodcancer (myelofibros) till ett relativt högt pris och med smalt terapeutiskt fönster (kan påverka bildningen av immunceller, dock ej noterat i AA studierna).

Båda utvecklas i dag som kräm mot psoriasis och det är möjligt att dessa kan komma att fungera även för AA med mycket mindre risk för biverkningar. Det pågår dessutom studier med selektiva JAK-hämmare som är på väg att lanseras för autoimmuna sjukdomar såsom bland annat psoriasis och AA. Dessa tror jag på för framtiden.

I våras kom det också ut en rapport där ett 50-tal patienter fått en kolesterolsänkande behandling

(Simvastatin/Ezetimibe) med riktigt bra effekter. Det är känt att lipidsänkare har en generell anti-inflammatorisk effekt, men ingen vet hur. Den här medicinen är billig och relativt säker. Det finns också signaler på att PDE4-hämmare (Apremilast, Roflumilast) skulle kunna fungera. De hämmar de celler som bildar signalämnena som är mest förekommande i AA. Dessa kan ha lite svårare biverkningar (illamående till exempel) och är idag lanserade för allvarlig kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) i Sverige, men det pågår studier med topikala PDE4-hämmare som skulle kunna vara något i framtiden.

I nästa nummer tänkte jag beskriva hur jag ser att vi själva kan förändra vårt immunförsvaret genom några ganska enkla förändringar i vardagslivet – allt för att återfå balansen och en starkare motståndskraft.



Annika Åstrand