

KRISTIINA AIROLA

LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri
Ylilääkäri, Fimea

TARJA MÄLKÖNEN

LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri
Erikoislääkäri, HUS, Iho- ja allergiasairaala

Parempaa hoitoa PSORIAASIIN

Psoriaasia sairastaa yli 2 % suomalaisista. Läpimurto psoriaasin lääkehoidossa koettiin 2000-luvun alussa biologisten lääkkeiden myötä. Näillä hoidoilla valtaosa keskivaikeaa tai vaikeaa psoriaasia sairastavista potilaista saa hyvän hoitovasteen. Lääketutkimus- ja kehitystyö jatkuu edelleen, ja uusia hoitoja on tulossa aiempien rinnalle.

Psoriaasi on krooninen ihosairaus, jota sairastaa yli 2 % suomalaisista (psoriaasin Käypä hoito -suositus 2012, Mälkönen ja Suomela 2011). Nykykäsityksen mukaan se on monitekijäinen tulehduksellinen sairaus, jossa perintötekijöillä on merkittävä osuus. Yleisin tautimuoto on läiskä- eli plakkipsoriaasi, joka esiintyy tarkkarajaisina, paksuina, hilsepintaisina läiskinä vartalolla, raajoissa sekä hiuspohjassa.

Valtaosalla tauti on lievä eikä vaikuta merkittävästi päivittäiseen elämään. Noin joka viidennen tauti on kuitenkin asteeltaan keskivaikea tai vaikea, jolloin paksut, punoittavat ja hilseilevät psoriaasiläiskät peittävät suuren osan (väh. 10 %) kehon pinta-alasta. Tämän kaltainen tauti heikentää merkittävästi fyysistä ja psyykkistä elämänlaatua ja rajoittaa toimintakykyä.

Noin viidesosalla potilaista on ihosairauden lisäksi nivelpsoriaasi. Psoriaasipotilailla on myös suurentunut riski sairastua liitännäissairauksiin, kuten sydän- ja verisuonitauteihin sekä diabetekseen. Erityisesti vaikeaa psoriaasia sairastavien riski saada sydäninfarkti on merkittävästi lisääntynyt.

Biologiset lääkkeet mullistivat hoidon

Ennen nykyaikaisen lääkehoidon aikaa psoriaasin hoitoon käytettiin erilaisia paikallishoitoja tervasta arseeniyhdisteisiin. Paikallis- ja valohoidot tehostuivat 1900-luvun lopulla, ja muutaman viime vuosikymmenen aikana on opittu käyttämään sisäisiä lääkkeitä, kuten A-vitamiinijohdoksia eli retinoideja sekä reumasairauksien hoidosta tuttuja immunosuppressiivisia lääkkeitä. Systemilääkkeistä käytetään eniten metotreksaattia, jolla on vaikutusta myös nivelpsoriaasiin.

Läpimurto psoriaasin lääkehoidossa koettiin 2000-luvun alussa biologisten lääkkeiden myötä (Sandoval ym. 2014). Tuolloin Euroopan markkinoille tulivat ensimmäiset tuumorinekroositekijä- α :a (TNF- α) estävät biologiset lääkkeet infliksimabi ja etanersepti. Niiden käyttöaihe oli aluksi nivelreuma, muutamaa vuotta myöhemmin myös psoriaasi. Sen jälkeen niin ikään TNF- α -estäjä adalimumabi sekä viimeksi interleukiini-12:een ja -23:een vaikuttava ustekinumabi on hyväksytty keski- ja vaikean psoriaasin hoitoon. Näistä biologisista lääkkeistä infliksimabi annostellaan suonensisäisenä

infusiona sairaalassa ja muut pistetään omatoimisesti ihon alle määrätyn väliajoin.

Uusien biologisten lääkkeiden ohella on kehitteillä suun kautta otettavia kemiallisia lääkkeitä, kuten niin sanottuja pienimolekyylisiä täsmälääkkeitä. Niiden haittavaikutusprofiili eroaa jonkin verran biologisten lääkkeiden haitoista, ja ne voivat tarjota sopivan vaihtoehdon osalle potilaista.

Biologisia lääkkeitä harkitaan keskivaikeaa ja vaikeaa psoriaasia sairastaville

Psoriaasin lääkehoidon tavoitteet ovat oireiden minimointi, elämänlaadun parantaminen sekä työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen (psoriaasin Käypä hoito -suositus 2012). Jos ultraviolettivalohoidot ja tavanomaiset sisäiset lääkehoidot eivät ole riittävästi tehonneet tai eivät muuten sovi, keskivaikeaa tai vaikeaa psoriaasia sairastaville käytetään biologisia lääkkeitä.

Suomessa on tällä hetkellä 600–700 ja maailmanlaajuisesti useita satoja tuhansia biologisella lääkkeellä hoidettavia psoriaasipotilaita. Näillä hoidoilla parhaimmillaan 70–80 % potilaista saa hyvän hoitovasteen. Myös elämänlaatua kuvaavat mittaukset paranevat merkittävästi.

Psoriaasin parantavaa hoitoa ei ole, vaan kyseessä on pitkäkestoinen ja kallis lääkehoito, joka kuitenkin hyväksytyssä käyttöaiheessaan on terveystaloudellisesti kannattavaa. Tehokkaan lääkehoidon seurannaisvaikutuksia ovat oireiden lieventymisen ohella sairaalahoitojen väheneminen sekä potilaiden lisääntynyt työ- ja toimintakyky.

Hoidon vaikutuksia liitännäissairauksiin ei vielä täysin tunneta. Ainakin biologisten reumalääkkeiden osalta on kuitenkin näyttöä siitä, että sydän- ja verisuonitautien riski laskee onnistuneen lääkehoidon myötä. Psoriaasista tutkimuksia on toistaiseksi tehty vähemmän, mutta metotreksaattihoito ja mahdollisesti myös TNF- α -estäjähoito näyttävät vähentävän sydäntautiriskiä myös psoriaatikoilla (Ahlehoff ym. 2013, Wu ym. 2012).

Tulehdusten ja syöpäsairauksien riski voi suurentua

Uusien lääkkeiden paremman tehon kääntöpuolena on haittavaikutusten riski. Kaikki biologiset psoriaasiläkkeet vaikuttavat elimistön puolustusjärjestelmään, ja yleisimpiä haittavaikutuksia ovatkin erilaiset tulehdukset. Näistä suurin osa on lieviä ja keskivaikeita, kuten ylähen-

gitystieinfektioita, mutta myös tuberkuloosin kaltaisten vakavien sekä piilevien tulehdusten riski voi kasvaa.

Biologiset hoidot voivat myös vaikuttaa elimistön korjausmekanismeihin pahanlaatuisia kasvaimia vastaan. Ne saattavat jonkin verran lisätä lymfoomien ja tiettyjen ihosyöprien riskiä, mutta varmaa näyttöä asiasta ei ole.

Biologiset lääkkeet ovat valkuaisaineita, ja osalle potilaista kehittyä immunologinen vaste eli vasta-ainetta lääkettä kohtaan. Tämä saattaa heikentää hoidon tehoa ja aiheuttaa haittavaikutuksia, mikä voi edellyttää lääkityksen vaihtoa. Erilaisia vaihtoehtoja psoriaasin lääkehoitoon on siis hyvä olla käytettävissä, ja hoito on räätälöitävä yksilöllisesti kunkin potilaan terveydentila ja riskitekijät huomioiden.

Tautimekanismien selvittäminen avaa mahdollisuudet uusille hoidoille

Nykyiset biologiset psoriaasiläkkeet ovat hyvät esimerkiksi siitä, miten molekyylibiologinen perustutkimus on avannut tien tiettyihin tautimekanismeihin kohdistettujen lääkehoitojen kehitykselle. Tutkimus- ja kehitystyö jatkuu edelleen, ja uusia lääkkeitä on tulossa aiempien rinnalle. Niitä odotetaan entistä täsmällisempiä vaikutusmekanismeja ja sen myötä parempaa tehoa ja turvallisuutta.

Lisääntyvä lääkevalikoima voi tarjota mahdollisuuden myös niille potilaille, jotka eivät ole hyötäneet aiemmista hoidoista tai joilla hoidon teho on hiipunut ajan kuluessa. Nyt ollaan jo tilanteessa, jossa suuressa osassa tapauksista saavutetaan lääkehoidolle asetetut tavoitteet, ja tulevaisuus lupaa vielä parempaa. ■

Kirjallisuutta

Ahlehoff O, ym. *Cardiovascular disease event rates in patients with severe psoriasis treated with systemic anti-inflammatory drugs: a Danish real-world cohort study. J Intern Med* 2013; 273(2): 197–204.

Mälkönen R, Suomela S. *Mitä tiedämme psoriaasin tautimekanismeista? Duodecim* 2011; 127(15):1579–89.

Psoriaasi (iho ja nivelet). *Käypä hoito -suositus* (päivitetty 26.6.2012). www.kaypahoito.fi.

Sandoval LF, ym. *Systemic Therapies for Psoriasis: An Evidence-Based Update. Am J Clin Dermatol* 2014; [Epub ahead of print].

Wu JJ, ym. *Association between tumor necrosis factor inhibitor therapy and myocardial infarction risk in patients with psoriasis. Arch Dermatol* 2012; 148(11): 1244–50.