

Minna Salmela, Julia Pölönen, Kaisa Tasanen ja Laura Huilaja

Ihopsoriaasia sairastavien potilaiden biologinen lääkehoito Oulun yliopistollisen sairaalan ihotautiklinikassa: potilaiden kliininen kuva ja aiemmat hoidot

JOHDANTO. Psoriaasi on krooninen tulehduksellinen ihotauti, johon liittyy myös liitännäissairastavuutta. Osa potilaista tarvitsee vaikeisiin tautimuotoihinsa biologisia lääkehoitoja. Biologisilla lääkkeillä hoidettavien ihopsoriaasipotilaiden rekisteri ei ole vielä laajassa käytössä Suomessa, joten kokonaiskuva tästä vaativasta potilasryhmästä on jäänyt vajaaksi.

MENETELMÄT. Tutkimusaineiston muodostivat 95 potilasta, joille on Oulun yliopistollisessa sairaalassa aloitettu ihopsoriaasin hoitoon biologinen lääke. Sairauskertomusmerkinnöistä kerättiin tietoja potilaiden kliinisestä tilanteesta, liitännäissairauksista sekä aikaisemmin käytetyistä hoidoista.

TULOKSET JA PÄÄTELMÄT. Potilaista 86 % oli käyttänyt tavanomaisia systeemisiä psoriaasilääkkeitä. Neljäsosalla potilaista oli ollut käytössä kaksi biologista lääkettä. Potilaista 80 %:lla oli vähintään yksi ja yli puolella vähintään kaksi liitännäissairautta, minkä vuoksi potilasryhmä hyötyisi erityisen paljon kokonaisvaltaisesta terveydentilan tarkastelusta.

Psoriaasi on krooninen immunologinen tulehdustauti, jonka yleisimmät ilmenemismuodot ovat iho- ja nivelpsoriaasi. Pohjoissuomalaisessa kohorttitutkimuksessa psoriaasin esiintyvyys aikuisväestössä oli 2,1 % (1). Euroopan maiden aikuisväestöissä psoriaasin esiintyvyys on ollut 1,3–11 % (2–4). Valtaosa potilaista sairastaa taudin lievää muotoa (5,6). Psoriaasiin liittyy huomattava liitännäissairastavuuden riski esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien sekä psykiatristen tilojen osalta (7,8). Erityisesti vaikeaa psoriaasia sairastavilla esiintyy verrokki- ja -yrityksiä (9).

Ihopsoriaasi ei ole pysyvästi parannettavissa, mutta sen oireiden hoitoon on lukuisia vaihtoehtoja. Hoitomuodon valinnassa otetaan huomioon muun muassa taudin vaikeus, mahdollinen nivelpsoriaasi, hoidon vasta-aiheet ja potilaan edellytykset sitoutua hoitomuotoon

(10). Vaikeuden arvioinnissa huomioidaan iho-oireiden laajuus ja voimakkuus, sairauden vaikutus elämänlaatuun, aikaisemmin käytettyjen hoitojen teho sekä mahdolliset nivelelireet (10).

Psoriaasin vaikeuden arviointiin on käytössä erilaisia työkaluja. PASI-indeksi (Psoriasis Area and Severity Index) huomioi ihomuutosten laajuuden lisäksi psoriaasiläiskien paksuuden, punoituksen ja hilseilyn (10). Keskiarvoisen tai vaikean ihopsoriaasin määritelmänä pidetään PASI-arvoa yli 10. PASI-indeksiä käytetään myös hoitovastetta arvioitaessa. Psoriaasin vaikutusta elämänlaatuun voidaan kartoittaa kyselymuotoisen DLQI-mittarin (Dermatology Life Quality Index) avulla (10). Yli 10 pistettä DLQI-kyselystä viittaa oireiden suureen elämänlaatuvaikutukseen.

Lievässä psoriaasissa iho-oireet ovat suppealaisia ja hallittavissa valohoidolla tai paikal-

Ydinasiat

- ▶ Erikoislääkärin aloittamat biologiset lääkkeet ovat osa vaikean psoriaasin hoitoa.
- ▶ Valohoidot ja tavanomaiset systeemilääkitykset tyypillisesti edeltävät biologisen lääkkeen aloittamista.
- ▶ Ihopsoriaasia sairastavien potilaiden liitännäissairaudet ovat yleisiä.
- ▶ Kansallinen biologista lääkettä saavien psoriaasia sairastavien potilaiden rekisteri mahdollistaa tulevaisuudessa tutkimustiedon tuottamisen esimerkiksi alueellista eroista ja hoidon vaikuttavuudesta.

lishoidoilla, kuten perus- ja glukokortikoidivoiteilla sekä D-vitamiinijohdoksia sisältävillä valmisteilla (10). Keskivaikea ja vaikea psoriaasi edellyttävät systeemistä lääkettä, ja käytettyin lääke on metotreksaatti (11).

Uusimpia systeemisiä lääkkeitä ovat viimeksi kuluneen reilun vuosikymmenen aikana käyttöön tulleet biologiset lääkkeet, jotka jaetaan vaikutusmekanisminsa mukaan tuumorinekroositekijä alfan (TNF-alfan) estäjiin (infliksi-mabi, etanersepti ja adalimumabi), interleukiini (IL) 12:n ja 23:n (ustekinumabi) ja IL-23:n estäjiin (guselkumabi) sekä IL-17:n estäjiin (sekukinumabi, iksekitsumabi ja brodalumabi).

Lääkkeiden hintalautakunnan ja Kelan määrittämien kriteerien mukaisesti biologiset lääkkeet ovat peruskorvattavia, kun vaikeaan tai vaikeahoitoiseen psoriaasiin on jo kokeiltu tavanomaiset systeemiset hoitovaihtoehdot tai niitä ei voida käyttää (12). Suomessa psoriaasin biologisia lääkkeitä käyttää noin 1 300 potilasta (laskennallisesti alle 1 % kaikista psoriaasia sairastavista), mikä on selvästi vähemmän kuin biologisia hoitoja saavien potilaiden osuus esimerkiksi nivelreumaa sairastavista.

Laajan verkostometa-analyysin mukaan biologiset lääkeryhmät ovat merkittävästi tavanomaisia systeemisiä psoriaasilääkkeitä tehokkaampia ainakin lääkityksen alkuvaiheessa, ja uudet tehokkaat lääkkeet ovatkin viime vuosina muuttaneet psoriaasin hoitotavoitteita (10,13).

Biologisten lääkkeiden käyttöä kuitenkin rajoittavat kalliin hinnan lisäksi muun muassa niihin liittyvät infektiio- ja mahdolliset syöpäriskit, joita on tutkimuksissa liitetty TNF-alfan estäjien käyttöön (11,14–16).

Euroopan maista esimerkiksi Ruotsissa, Tanskassa, Isossa-Britanniassa ja Irlannissa biologisia lääkkeitä käyttävistä psoriaasia sairastavista potilaista on koottu tietoja kansallisiin rekistereihin jo vuosien ajan, mikä on mahdollistanut potilasaineistoa koskevan monipuolisen tutkimustiedon tuottamisen (17–20). Vastaava suomalainen FinnPso-rekisteri on vasta alkutekijöissään, eikä Suomessa ole aikaisemmin systemaattisesti selvitetty biologisia lääkkeitä käyttävien ihopsoriaasipotilaiden ja heidän hoitonsa kokonaiskuvaa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimustavoitteenamme oli selvittää, millaisia Oulun yliopistollisen sairaalan (Oys) ihotautien klinikassa biologista hoitoa saavat ihopsoriaasia sairastavat potilaat ovat ja millaista hoitoa he ovat sairauteensa aikaisemmin saaneet.

Poikittaistutkimuksemme perusjoukko sisältää biologista lääkettä saavien psoriaasia sairastavien potilaiden, joiden lääkitys on aloitettu Oysin ihotautien klinikassa. Perusjoukon muodostamista varten Oysin potilastietojärjestelmästä poimittiin marraskuussa 2017 ihopsoriaasia sairastavien potilaiden diagnoosipohjaisesti. Tästä joukosta valittiin vielä erikseen sairauskertomusmerkintöjen perusteella biologisia lääkkeitä käyttävät 95 potilasta. Potilaita koskevat tiedot kerättiin Oysin potilastietojärjestelmään tehdyistä kirjauksista eikä potilaisiin oltu yhteydessä. Indeksipäivämääräksi määriteltiin viimeisimmän biologisen lääkkeen aloituspäivämäärä.

Osana perustietoja kerättiin tiedot potilaiden keskeisimmistä psoriaasin liitännäissairauksista (kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sairastettu sydän- tai aivoinfarkti, hyperkolesterolemia, tyypin 2 diabetes, ylipaino ja masennus). Liitännäissairauksien osalta positiiviseksi tulokseksi riitti ajallisesti lähellä indeksipäivämäärää joko sanallisesti tai diagnoosikoodina kirjattu diagnoosi. Kohonneen

verenpaineen osalta hyväksyttiin myös tieto käytössä olevasta verenpainelääkityksestä tai kehotus hakeutua korkean verenpaineen vuoksi avoterveydenhuollon vastaanotolle. Samoin hyperkolesterolemian osalta riitti tieto käytössä olevasta lääkityksestä tai kehotus hakeutua asian vuoksi hoitoon, mutta lisäksi hyväksyttiin verikokeissa havaittu LDL-kolesterolipitoisuus yli 3,0 mmol/l. Potilas määritettiin ylipainoiseksi, jos potilastietojärjestelmästä löydettiin tai potilaalle laskettiin suurempi painoindeksi kuin 25 kg/m².

Tulokset

Aineistomme 95 potilaasta valtaosa oli miehiä (TAULUKKO 1). Potilaat olivat tarkasteluvuonna iältään keskimäärin 50-vuotiaita ja sairastaneet diagnosoitua psoriaasia 20 vuotta ennen ensimmäisen biologisen lääkkeen aloitusta. Kaksi potilaista oli menehtynyt. Neljäsosalla potilaista oli tiedossa psoriaasia sairastava ensimmäisen asteen sukulainen, mutta yli puolelta potilaista tätä tietoa ei ollut saatavilla.

Psoriaasin vaikeus. Ensimmäisen biologisen lääkkeen aloitusta edeltävällä lääkärin vastaanottokäynnillä potilaiden keskimääräinen PASI-arvo oli 15,4 (± 7,2), mikä viittasi keskivaikkeaan tai vaikeaan psoriaasiin. Kolmasosalta tutkittavista (31 %) PASI-arvoa ei ollut käytettävissä numeerisessa muodossa. Ennen viimeisimmän biologisen lääkkeen aloitusta potilaiden keskimääräinen DLQI-pistemäärä oli 13,6, mikä viittaa iho-oireiden suureen elämänlaatuvaikutukseen. Pistemäärä oli käytettävissä 63 %:lta potilaista.

Liitännäissairaudet. Aineistomme potilaista 76:lla (80 %) oli vähintään yksi liitännäissairaus ja 51:llä (54 %) vähintään kaksi, kun huomioitiin muut tutkitut liitännäissairaudet paitsi nivelpsoriaasi (TAULUKKO 1). Yleisimmät liitännäissairaudet tai vastaavat tilat olivat ylipaino, hyperkolesterolemia ja kohonnut verenpaine (KUVA 1). Ylipainoisia oli yli puolet potilaista ja kohonnutta verenpainetta tai hyperkolesterolemiaa sairasti hieman alle puolet. Alle kuudesosalla oli diagnosoitu tyypin 2 diabetes. Lisäksi 40:llä potilaalla (42 %) oli myös nivelpsoriaasi-diagnosi.

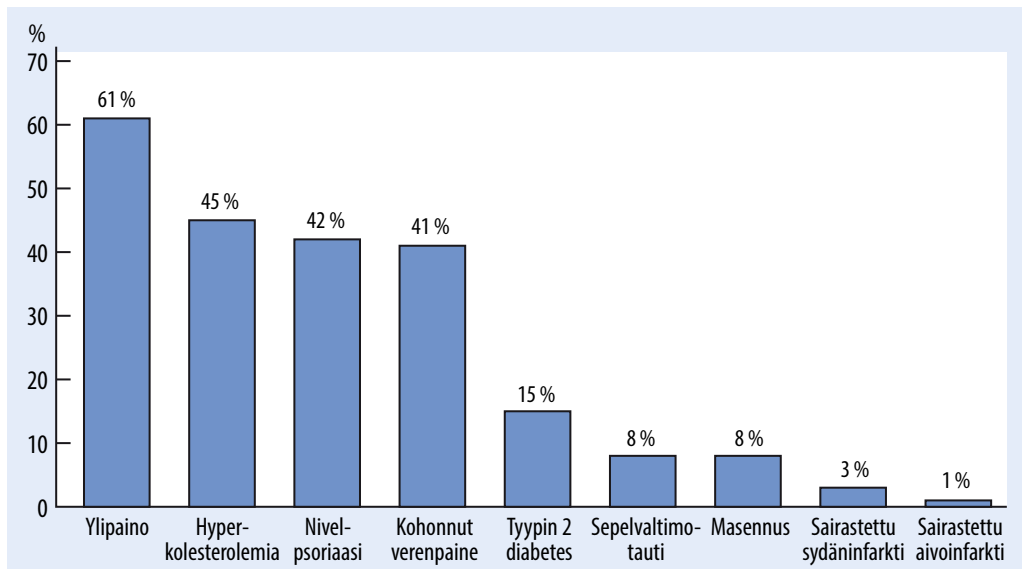
TAULUKKO 1. Biologista lääkettä saaneiden Oysin ihopsoriaasia sairastavien potilaiden taustatiedot.

| Sukupuoli | n | (%) |
|----------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Mies | 62 | (65) |
| Nainen | 33 | (35) |
| Psoriaasi ensimmäisen asteen sukulaisella | | |
| Kyllä | 23 | (24) |
| Ei | 19 | (20) |
| Ei tietoa | 53 | (56) |
| Liitännäissairaudet ¹ | 76 | (80) |
| Yksi liitännäissairaus | 25 | (26) |
| Kaksi liitännäissairautta | 17 | (18) |
| Kolme liitännäissairautta | 26 | (27) |
| Vähintään neljä liitännäissairautta | 8 | (8,4) |
| Tupakointi | | |
| Kyllä | 13 | (14) |
| Ei | 37 | (39) |
| Ei tietoa | 45 | (47) |
| | Keski-arvo | Keskihajonta |
| Ikä tarkasteluvuonna, kuolleet eivät mukana (v) | 49,9 | (12,8) |
| Ikä diagnoosivuonna (v) | 25,7 | (14,5) |
| Sairausvuosien määrä ennen ensimmäisen biologisen lääkkeen aloitusta | 19,8 | (12,1) |
| DLQI-pistemäärä biologisen lääkkeen aloituksen yhteydessä | 13,6 | (7,1) |

¹Ei sisällä nivelpsoriaasin osuutta
DLQI = Dermatology Life Quality Index

Aikaisemmat psoriaasihoidot. Suurin osa aineistomme potilaista (91 %) oli saanut sairautensa hoitoon yhden tai useamman valohoitajakson (kapeakaistainen UVB-, kylpy-PUVA- tai tabletti-PUVA-hoito) ennen biologista lääkettä. Kapeakaistainen UVB-valohoito oli näistä selvästi yleisin hoitomuoto. Valtaosalla potilaista (87 %) oli ollut käytössä myös vähintään yksi tavanomaisista psoriaasiin käytetyistä systeemistä lääkkeistä ennen biologisen lääkkeen aloitusta. Yleisin käytössä ollut systeemin lääke tutkimusaineistossamme oli metotreksaatti (TAULUKKO 2).

Psoriaasin biologisten lääkkeiden käyttöä tarkasteltiin viimeisimmän aloitetun lääkkeen sekä käytettyjen lääkkeiden lukumäärän mu-



KUVA 1. Oysin biologista lääkettä saavien ihopsoriaasia sairastavien potilaiden liittännäissairaudet.

kaan. Viimeisimmän aloitetun biologisen lääkkeen mukaan tarkasteltuna yleisimmät lääkkeet olivat IL-12:n ja IL-23:n estäjä ustekinumabi sekä IL-17A:n estäjä sekukinumabi (KUVA 2). Kahta biologista lääkettä oli annettu 24 %:lle potilaista ja kolmea tai useampaa biologista lääkettä 20 %:lle potilaista.

Pohdinta

Hoidot ennen biologisen lääkkeen aloitusta.

Tanskalaisväestössä tavanomaista systeemistä lääkettä oli saanut 15 % psoriaasia sairastavista potilaista (3). Englantilaisstudion mukaan psoriaasipotilaat olivat ennen biologista lääkettä saaneet keskimäärin kaksi hoitajaksoa tavanomaisilla systeemillä lääkkeillä, joista käytettiin oli metotreksaatti (21). Tutkimuksessamme metotreksaatti osoittautui kyseisistä lääkkeistä käytetyimmäksi hoitajaksojen lukumäärästä riippumatta.

Alankomaalaisessa rekisteriaineistossa metotreksaatti oli niin ikään käytetty tavanomainen systeeminen lääke ennen biologisen lääkkeen aloitusta, mutta siklosporiinin käyttö (65 % potilaista) oli huomattavasti yleisempää kuin omassa aineistossamme (27 % potilaista) (22). Valtaosalla aineistomme potilaista oli ol-

lut käytössä vähintään yksi tavanomaisista systeemistä lääkkeistä, mutta jopa 13 % ei ollut saanut näistä mitään ennen biologisen lääkityksen aloitusta (TAULUKKO 2).

Pidättäytyminen näiden potilaiden tavanomaisesta systeemisestä lääkityksestä selittyi sairauskertomusmerkintöjen mukaan pääosin hoitojen vasta-aiheilla, kuten suurentuneilla maksa-arvoilla tai raskaustoiveilla. Yllättävä havainto oli, että lähes kymmenesosa potilaista ei ollut saanut lainkaan valohoitoa. Syytä valohoidon käyttämättömyydelle voidaan etsiä sen suhteellisista vasta-aiheista, joista yksi on ihon valoherkkyys. Todennäköisin syy näinkin suurelle valohoitoon saamattomien potilaiden osuudelle lienee kuitenkin maantieteellinen: sairaanhoitopiiri on laaja ja etäisyydet valohoittoa tarjoaviin yksiköihin paikoitellen satoja kilometrejä.

Biologiset hoidot. Yleisimmät lääkkeet tutkimusaineistossamme viimeisimmän aloitetun biologisen lääkkeen mukaan tarkasteltuna olivat ustekinumabi sekä sekukinumabi (KUVA 2). Neljäsosa potilaista oli saanut kahta biologista lääkettä ja viidesosa kolmea tai useampaa. Tutkimuksessamme ei analysoitu lääkkeiden teho- tai turvallisuuseroja eikä lääkevaihtoon johtaneita syitä.

Tanskalaisrekisteriin (DERMBIO) pohjautuvassa tutkimuksessa vuosina 2007–2017 biologisista lääkehoitojaksoista eniten käytettiin adalimumabi- ja toiseksi eniten ustekinumabijaksoja (20). Ustekinumabihoito keskeytettiin harvemmin kuin muut biologiset lääkitykset (23). Kaksi tai useampia aiempia biologisia lääkehoitojaksoja oli prosentuaalisesti eniten sekukinumabin käyttäjillä verrattuna muiden biologisten lääkkeiden käyttäjiin (20). Eri biologisten lääkkeiden käyttömääriä tarkasteltaessa on tärkeää huomata, että toisin kuin esimerkiksi Tanskassa, Suomessa viranomainen ei määrittele biologisten lääkkeiden käyttöjärjestystä, vaan valinta jää lääkärin ja potilaan yhdessä tehtäväksi.

Ison-Britannian ja Irlannin biologista hoitoa saavista psoriaasipotilaista koostuvaan BADBIR-rekisteriin perustuvasta tutkimuksesta saatiin vuonna 2015 samansuuntaisia tuloksia: ustekinumabihoidon keskeyttäminen seurannan aikana oli vähäisintä (24). Adalimumabin käyttö ensilinjan biologisena hoitona korostui englantilaisväestössä (21). Sekä tanskalais- että englantilaistutkimuksen tuloksia biologisista lääkehoidoista perusteltiin osittain hoidon tehokkuudella sekä eri lääkkeiden haittavaikutuksilla (20,24).

Ustekinumabihoidon pysyvyyttä edellä mainituissa tutkimuksissa selittävät lisäksi tutkimusten ajankohdat. Kyseinen IL-12:n ja IL-23:n estäjä oli uusien markkinoille tullut biologinen psoriaasilääke, eikä IL-17:n estäjiä vielä ollut saatavilla (23,24). Vertailutietoa viimeksi aloitetuista biologisista lääkkeistä ei näissä tutkimuksissa ollut. Julkaistuissa rekisteritutkimuksissa lääkkeiden vaihdon syynä on useimmiten ollut tehon puute, tyypillisimmin alkuperäisen hyvän vasteen menettäminen, eivät lääkityksen haitat (17–20).

Ruotsalaisrekisteriä (PsoReg) koskevassa tutkimuksessa vuodelta 2018 ensimmäisenä aloitetun biologisen lääkkeen mukaan tarkasteltuna yleisin lääke oli etanersepti ja toiseksi yleisin adalimumabi (18). Neljäsosa potilaista oli saanut kahta ja noin 10 % useampaa kuin kahta eri biologista lääkettä (18). Kuten omassa aineistossamme, myös tässä tutkimuksessa miesten osuus systeemistä lääkehoitoa saavista

TAULUKKO 2. Oysin 95 ihopsoriaasipotilaan tavanomaisen systeemisten psoriaasilääkkeiden ja valohoitojen käyttö ennen biologisen lääkkeen aloitusta.

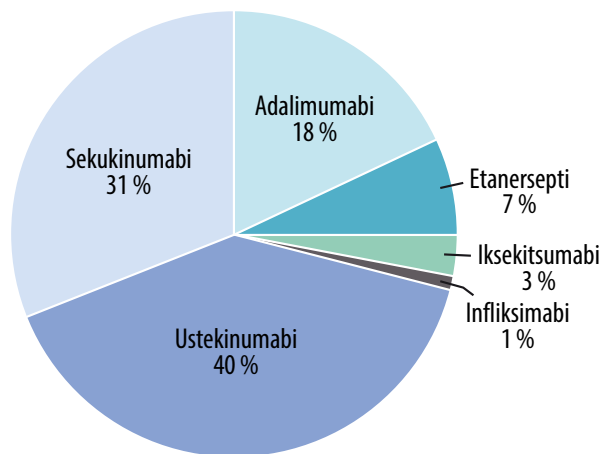
| Tavanomaiset systeemiset lääkkeet | Potilaat, joilla vähintään yksi hoitojakso, n | (%) |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|------|
| Metotreksaatti | 85 | (90) |
| Asitretiini | 70 | (74) |
| Siklosporiini | 26 | (27) |
| Valohoidot | | |
| Kapeakaistainen UVB-hoito | 82 | (86) |
| Kylpy-PUVA-hoito | 43 | (45) |
| Tabletti-PUVA-hoito | 2 | (2) |

oli suurempi kuin naisten (18). Eroa on selitetty naisten lievemmällä taudinkuvalla (25).

Biologisten lääkkeiden käytön yleisyys vaihtelee kansainvälisesti. Eroja selittänevät osittain kansalliset hoitokäytännöt, kokemukset, taloudelliset tekijät sekä lääkkeiden ja hoitojen saatavuus (26). Biologisten lääkkeiden markkinoilletulon ajankohdatkin ovat vaihdelleet (20). Yksittäisten potilaiden hoidon valintaa ohjaavat myös heidän taudinkuvansa, hoitohistoriansa, muu sairastavuutensa ja elintapansa (21). Ruotsissa on kansallisen psoriaasirekisterin perusteella selvitetty myös biologisen lääkehoidon käyttöön liittyvää alueellista vaihtelua, ja erot biologisen hoidon aloittamisen todennäköisyydessä olivat vertailtujen alueiden välillä jopa 2,5-kertaiset (27).

Liitännäissairaudet. Omassa tutkimusaineistossamme yleisimmiksi liitännäissairauksiksi osoittautuivat ylipaino, hyperkolesterolemia, nivelpsoriaasi ja kohonnut verenpaine (**KUVA 1**). Yli puolella potilaista oli vähintään kaksi liitännäissairautta, kun nivelpsoriaasia ei huomioitu (**TAULUKKO 1**). Englantilaistutkimuksessa jopa 61 %:lla potilaista oli yksi tai useampi liitännäissairaus, ja näistä yleisimmät olivat kohonnut verenpaine, masennus ja nivelpsoriaasi (24).

Vaikka esimerkiksi ylipainoisten osuus tutkimuksessamme (61 %) on samansuuntainen kuin aiemmassa suomalaisessa väestötutkimuksessa (miehistä 65 % ja naisista 46 %), on todennäköistä, että etsittyjen liitännäissai-



KUVA 2. Oysin ihopsoriaasia sairastavien potilaiden viimeksi aloitettu biologinen lääke.

rauksien määrä saattoi omassa tutkimuksemme jäädä todellista lukua pienemmäksi, sillä kaikkien potilaiden perussairauksista ei ollut käytettävissä kattavaa tietoa tai sairautta ei vielä ollut diagnosoitu (28). Tutkimuksemme tarkasteltiin ainoastaan Oysin potilastietojärjestelmään kirjattuja tietoja, joten esimerkiksi perusterveydenhuollossa asetetut diagnoosit eivät välttämättä olleet erikoissairaanhoidon tiedossa.

Tutkimuksemme rajoitteeksi voidaan katsoa potilasaineistomme yhtenäisen tiedon puute. Liitännäissairauksien lisäksi yhtenäinen ja kattava tieto puuttui useimmiten myös tupakoinnin, painoindeksin sekä DLQI- ja PASI-arvojen osalta. Psoriaasipotilaiden tupakoinnin tai tupakoimattomuuden toteaminen on merkittävää, kun huomioidaan heidän suurentunut riskinsä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, joiden riskitekijä tupakointikin on (29). Tupakoinnin katsotaan lisäksi pahentavan iho-oireita ja lisäävän niiden ilmaantumista (10).

On mahdollista, että sairauskertomusmerkinnöistä puuttuvat PASI-arvot olisi kirjattu ensimmäisen biologisen lääkkeen aloitusta edeltävällä lääkärin vastaanotokäynnillä vain lääkekorvausta varten tehtyihin B-lausuntoihin, joiden sisältöä ei tutkimuksessa analysoitu. DLQI-arvojen osalta poliklinikan hoitajien kirjaukset vaihtelivat potilaskohtaisesti: osalle oli kirjattu merkintä vain täytetystä DLQI-lo-

makeesta, mutta itse pistemäärä jäi sairauskertomusmerkinnöistä puuttumaan.

Koska DLQI- ja PASI-arvoja tarkasteltiin indeksipäivämääränä eli viimeisimmän biologisen lääkkeen aloituksen yhteydessä, on myös mahdollista, että pistemäärien puuttuminen liittyy osaltaan tilanteisiin, joissa biologinen lääke on vaihdettu toiseen eikä DLQI- ja PASI-arvoja ole enää erikseen laskettu tai kirjattu. Psoriaasipotilaan elämänlaatuun tulee taudin vaikeuden ohella kiinnittää erityistä huomiota, ja olisi tärkeää, että vaikeus- ja elämänlaatumittareita käytettäisiin ja niiden tulokset myös kirjattaisiin säännöllisesti.

Lopuksi

Uusien tehokkaiden biologisten hoitojen myötä psoriaasin hoitotavoitteet ovat muuttuneet, koska yhä useamman potilaan on mahdollista saavuttaa näillä hoidoilla lähes terve iho. Psoriaasin hoidossa on kuitenkin olennaista muistaa myös liitännäissairauksien, elintapojen ja elämänlaadun merkitys osana potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa. Yhteiskunnan taloudellinen panostus biologisia lääkehoitoja saaviin psoriaasia sairastaviin potilaisiin on mittava, kun esimerkiksi vuosiannos potilasaineistomme eniten käytettyä biologista lääkettä ustekinumabia maksaa lähes 14 000 euroa (30).

Liitännäissairauksien huomioimiseen ja sujuvaan hoitoon voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa panostamalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön. Usein liitännäissairauksien diagnostiikka ja hoito keskittyvät perusterveydenhuoltoon, mutta erityisesti taudinkuvaltaan vaikeiden potilaiden psoriaasin hoito keskittyy pääosin erikoissairaanhoitoon. Nämä potilaat voisivatkin hyötyä erikoissairaanhoidon puolella tehtävistä, esimerkiksi kansanterveyshoitajälhtöisestä liitännäissairauksien ja elintapojen kartoituksesta, jotta kokonaisvaltainen hoito toteutuu.

Kansallisiin rekistereihin pohjautuvia tutkimuksia psoriaasia sairastavista, biologisia

lääkkeitä käyttävistä potilaista sekä heidän hoitojensa tehosta ja hoidossa pysymisestä on julkaistu useita. PsoReg Ruotsissa, DERMBIO Tanskassa ja BADBIR Isossa-Britanniassa ja Irlannissa ovat kansallisia rekistereitä, joiden pohjalta on tuotettu kattavia rekisteritutkimuksia psoriaasia sairastavista potilaista ja heidän hoidoistaan (18,20,24). Suomessa vastaavia julkaisuja ei ole vielä tehty. Koko Suomen kattava rekisteritutkimus todennäköisesti mahdollistuu FinnPso-rekisterin käyttöönoton myötä. Valtakunnallinen rekisteri mahdollistaisi myös psoriaasipotilaiden hoitoihin liittyvien alueellisten erojen kansallisen kartoittamisen. ■

MINNA SALMELA*, LL, KTM

JULIA PÖLÖNEN*, LL

Oulun yliopisto

KAISA TASANEN, professori, iho- ja sukupuolitautien erikoislääkäri

LAURA HUILAJA, dosentti, kliininen opettaja, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri

Oulun yliopistollinen sairaala, ihotautien klinikka ja Medical Research Center Oulu

Oulun yliopisto, PEDEGO-tutkimusyksikkö

*Samanarvoinen osuus

SIDONNAISUUDET

Minna Salmela: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Orion Pharma)

Julia Pölonen: Ei sidonnaisuuksia

Kaisa Tasanen-Määttä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Abbvie, Janssen-Cilag, Novartis, Sanofi), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Boehringer-Ingelheim, Novartis)

Laura Huilaja: Apuraha (Abbvie), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Novartis, SanofiGenzyme, Abbvie), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Abbvie, JanssenCilag, Shire, CLSBehring)

VASTUUTOIMITTAJA

Annikka Kalliokoski

SUMMARY

Patients receiving biologic therapy for psoriasis in Oulu University Hospital: clinical picture and prior treatments

BACKGROUND. Some European countries collect data in national registers of patients receiving expensive biologic therapy for psoriasis vulgaris. In Finland, a similar register is not yet in active use and the overall picture of this group of patients is therefore lacking.

PATIENTS AND METHODS. Our research material consisted of patients who had received biologic therapy for psoriasis vulgaris in Oulu University Hospital (n = 95).

RESULTS AND CONCLUSIONS. Ustekinumab was the most common biologic agent when only the most recently started agents were considered. One fourth of the patients had tried two different biological agents. It is of note that 80% of the patients had at least one comorbid disease associated with psoriasis. When treating patients with psoriasis, the increased risk for comorbidities should also be taken care of along with the skin disease.

KIRJALLISUUTTA

1. Sinikumpu S, Huilaja L, Jokelainen J, ym. High prevalence of skin diseases and need for treatment in a middle-aged population. A Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *PLoS One* 2014;9:e99533.
2. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:205–12.
3. Egeberg A, Skov L, Gislasen GH, ym. Incidence and prevalence of psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol* 2017; 97:808–12.
4. Springate DA, Parisi R, Kontopantelis E, ym. Incidence, prevalence and mortality of patients with psoriasis: a UK population-based cohort study. *Br J Dermatol* 2017;176:650–8.
5. Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, ym. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol* 2013;149:1173–9.
6. Mallbris L, Larsson P, Bergqvist S, ym. Psoriasis phenotype at disease onset: clinical characterization of 400 adult cases. *J Invest Dermatol* 2005;124:499–504.
7. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, ym. The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol* 2010;146:891–5.
8. Ahlehoff O, Gislasen GH, Charlott M, ym. Psoriasis is associated with clinically significant cardiovascular risk: a Danish nationwide cohort study. *J Intern Med* 2011;270:147–57.
9. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, ym. Psoriasis and suicidality: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2017;77:425–40.
10. Psoriaasi (iho ja nivelet). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 26.04.2017]. www.kaypahoito.fi.
11. Mälkönen T. Psoriaasin patogeneesi ja systeeminen hoito. *Suom Lääkäril* 2016; 71:3150–6.
12. Lääkkeet ja lääkekorvaukset: 319 Adalimumabi, brodalumabi, etanersepti, guselkumabi, iksekitsumabi, infliksimabi, sekukinumabi ja ustekinumabi (psoriaasi). Helsinki: Kansaneläkelaitos 2019. www.kela.fi/laake319.
13. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, ym. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011535.pub2.
14. Mustonen A. Ihopsoriaasin taloudellinen taakka. *Suom Lääkäril* 2016;71:3170–3.
15. Peleva E, Exton LS, Kelley K, ym. Risk of cancer in patients with psoriasis on biological therapies: a systematic review. *Br J Dermatol* 2018;178:103–13.
16. Garcia-Doval I, Descalzo MA, Mason KJ, ym. Cumulative exposure to biological therapy and risk of cancer in patients with psoriasis: a meta-analysis of Psonet studies from Israel, Italy, Spain, the UK and Republic of Ireland. *Br J Dermatol* 2018;179:863–71.
17. Eissing L, Rustenbach SJ, Krensell M, ym. Psoriasis registries worldwide: systematic overview on registry publications. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:1100–6.
18. Hjalte F, Carlsson KS, Schmitt-Egenolf M. Sustained psoriasis area and severity index, dermatology life quality index and EuroQol-5D response of biological treatment in psoriasis: 10 years of real-world data in the Swedish national psoriasis register. *Br J Dermatol* 2018;178:245–52.
19. Iskandar I, Ashcroft DM, Warren RB, ym. Patterns of biologic therapy use in the management of psoriasis: cohort study from the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register (BADBIR). *Br J Dermatol* 2017;176:1297–307.
20. Egeberg A, Ottosen MB, Gniadecki R, ym. Safety, efficacy and drug survival of biologics and biosimilars for moderate-to-severe plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 2018;178:509–19.
21. Davison NJ, Warren RB, Mason KJ, ym. Identification of factors that may influence the selection of first-line biological therapy for people with psoriasis: a prospective, multicentre cohort study. *Br J Dermatol* 2017;177:828–36.
22. van den Reek J, Seyger M, van Lümig P, ym. The journey of adult psoriasis patients towards biologics: past and present – results from the BioCAPTURE registry. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:615–23.
23. Gniadecki R, Bang B, Bryld LE, ym. Comparison of long-term drug survival and safety of biologic agents in patients with psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol* 2015; 172:244–52.
24. Warren RB, Smith CH, Yiu ZZ, ym. Differential drug survival of biologic therapies for the treatment of psoriasis: a prospective observational cohort study from the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register (BADBIR). *J Invest Dermatol* 2015;135:2632–40.
25. Hägg D, Sundström A, Eriksson M, ym. Severity of psoriasis differs between men and women: a study of the clinical outcome measure psoriasis area and severity index (PASI) in 5438 Swedish register patients. *Am J Clin Dermatol* 2017; 18:583–90.
26. Tennvall GR, Hjortsberg C, Bjarnason A, ym. Treatment patterns, treatment satisfaction, severity of disease problems, and quality of life in patients with psoriasis in three Nordic countries. *Acta Derm Venereol* 2013;93:442–5.
27. Calara PS, Althin R, Carlsson KS, ym. Regional differences in the prescription of biologics for psoriasis in Sweden: a register-based study of 4168 patients. *BioDrugs* 2017;31:75–82.
28. Männistö S, Laatikainen T, Harald K, ym. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen: kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. *Suom Lääkäril* 2015;70:969–75.
29. Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, ym. National psoriasis foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:1031–42.
30. Pharmacia Fennica. STELARA injektioeste. Helsinki: Lääketietokeskus 2018. www.pharmacafennica.fi/spc/3041718.