



Psoriaasi (iho ja nivelet)

Mitä uutta päivityksessä?

- Etenkin vaikeaan psoriaasiin liittyy itsenäinen kohonnut riski sairastua valtimotauteihin ja diabetekseen. Riskitekijöitä pitää seuloa, ja niiden hoitoon on ryhdyttävä riittävän varhain.
- Biologisten lääkkeiden tehosta ja turvallisuudesta pitkäaikaiskäytössä on kertynyt uutta tietoa (TAULUKKO). Ihopsoriaasin hoidon toteutukseen esitetään tavoiteohjattu algoritmi.
- Vaikeusastelaskimesta on uusi versio.

Keskeinen sisältö

Psoriaasi on ihon ja nivelten krooninen immunologinen systeeminen tulehdustauti, johon ei tunneta pysyvästi parantavaa hoitoa. Psoriaatikoita pitää kannustaa terveisiin elintapoihin, koska he ovat muuhun väestöön verrattuna useammin ylipainoisia ja tupakoivia ja heillä esiintyy enemmän metabolista oireyhtymää. Vaikeaan iho- tai nivelpsoriaasiin pitää ajoissa käynnistää yleistulehdusta vaimentava pitkäaikainen systeeminen lääkitys.

Esiintyvyys

Ihopsoriaasia esiintyy Suomessa noin 2 %:lla ja nivelpsoriaasia noin 0,16–0,25 %:lla väestöstä.

Diagnoosi

Iho- ja nivelpsoriaasi diagnosoidaan kliinisen kuvan perusteella. Taudinkuva on monimuotoinen ja kulultaan krooninen ja vaihteleva. Valtaosalla (80 %) oireet ovat lieviä.

Hoidon tavoitteet

Ihopsoriaasin hoito tähtää oireiden häivyttämiseen ja työkyvyn ylläpitämiseen. Oireet palaavat hoitojen jälkeen keskimäärin kolmessa kuukaudessa. Nivelpsoriaasissa hoidon tavoite on oireettomuus sekä työ- ja toimintakyvyn

säilyttäminen. Psoriaasiin voi liittyä ahdistusta ja masennusta, mikä on huomioitava hoitopäätöksissä. Koska erityisesti vaikeaan psoriaasiin liittyy suurentunut yleissairauksien (mm. valtimotaudit^A ja diabetes) riski, niitä pitää seuloa ja hoitaa ajoissa ja potilaita tulee kannustaa terveisiin elämäntapoihin.

Ihopsoriaasin hoito

Ihopsoriaasia hoidetaan silloin, kun sen oireista on potilaalle haittaa. Suppea-alaista ja lievää tautia hoidetaan vahvoilla glukokortikoidi- tai D-vitamiini-johdosvoiteilla^{A, C}. Kasvoilla ja taiteissa käytetään miedompia glukokortikoidoja tai kalsineuriinin estäjiä^B. Paikallishoidolla voidaan täydentää muita hoitoja. Laajalajaisen tai hoitoresistentin taudin hoidossa käytetään UVB- tai PUVA-valohoitoja^B tai sisäisiä lääkkeitä (asitretiini^C, metotreksaatti^A, siklosporiini^A). Näistä metotreksaatti sopii parhaiten pitkäaikaishoitoon. Se vaimentaa immunologista tulehdusta ja pienentää valtimotauririskiä. Biologisia lääkkeitä käytetään vaikeassa ihopsoriaasissa potilailla, joille ei ole saatu vastetta UV-valohoitoon tai tavanomaisiin sisäisiin lääkkeisiin tai joille niitä ei voida käyttää (TAULUKKO).

Nivelpsoriaasin hoito

Lievää nivelpsoriaasia hoidetaan tulehduskipulääkkeillä ja nivelten paikallisilla glukokortikoidiruiskeilla. Jos paikalliset glukokortikoidiruiskeet eivät rauhoita niveltulehdusta, ensisijainen lääke on metotreksaatti^C. Jos oireilevia niveliä on useita tai tauti on etenevä, lääkkeenä käytetään jo alkuvaiheessa metotreksaattia tai vasta-aihetapauksissa sulfasalasiinia^C. Jos metotreksaatilla ei saada riittävää vastetta tai niveloireiluun liittyy vaikea ihopsoriaasi, valitaan biologinen lääke^{C, B, B}.

Hoidon porrastus

Potilaita, joiden ihosairaus on hallittavissa paikallishoidolla ja joiden nivelsairaus on vakaa, seurataan yleensä perusterveydenhuollossa.

TAULUKKO. Ihopsoriaasin biologisten lääkkeiden vertailu.

Lääke	Adalimumabi	Etanersepti	Infliximabi	Ustekinumabi
Tyyppi	humaani monoklonaalinen vasta-aine	fuusioproteiini, liukoinen reseptori	kimeerinen monoklonaalinen vasta-aine	humaani monoklonaalinen vasta-aine
Vaikutuskohde	TNF- α	TNF- α LT (TNF- β)	TNF- α	p ⁴⁰ (IL-12/IL-23)
Puoliintumisaika (mediaani, vrk)	14	3	9	21
Annos	alkuannos 80 mg, seuraavalta viikolta alkaen 40 mg joka toinen vko	50 mg viikossa tai alkuun ensimmäiset 12 viikkoa 50 mg kahdesti viikossa	5 mg/kg i.v. viikoilla 0, 2 ja 6, sen jälkeen 8 viikon välein	45 mg (yli 100 kg painaville 90 mg) viikoilla 0 ja 4, sitten 12 viikon välein
Hoitovasteen alku (vk)	1–2	4	1–2	4
PASI-75-vaste vk 10–16 (%)	53–80 ^A	30–57 ^A	76–88 ^A	66–80 ^A
PASI-75-vaste vk 24–28 (%)	64–70 ^B	44–71 ^A	76–82 ^A	70–79 ^A
PASI-75-vaste vk 48–60 (%)	56–64 ^B	41–63 ^B	54–61 ^A	61–72* ^A
Hoidosta poistuvuus/v (%)	10–20	12–25	22–27	4–7
Vasta-aineet lääkettä kohtaan	Neutraloivia; heikentävät tehoa; eivät lisää riskejä	Neutraloimattomia; eivät vaikuta tehoon eivätkä turvallisuuteen	Neutraloivia; heikentävät tehoa ja lisäävät riskejä	Neutraloivia; heikentävät tehoa; eivät lisää riskejä

Vastetulokset eivät perustu keskinäisiin vertailututkimuksiin. Infliximabitutkimusten tulokset on analysoitu tiukasti ITT-periaatteella, samoin ustekinumabin 12 ja 24 viikon tulokset. Muissa on puuttuvien arvojen osalta käytetty LOCF-periaatetta tai muita modifikaatioita. * 76 viikon tulos

Myös liitännäissairauksien seulonta ja hoito kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Ihotautien erikoislääkärille taas lähetetään potilaat, joiden diagnoosi on epävarma, joilla on nopeasti laajeneva tai vaikea ihopsoriaasi tai joilla ihottuma aiheuttaa työkyvyttömyyttä (esim. kämmenpsoriaasi). Reumatologian erikoislääkärille kuuluvat potilaat, joilla on tuore moniniveltulehdus (yli 4 nivelen tulehdus), selkärankareumaa muistuttava tautimuoto tai pitkittynyt muutaman (alle 4:n) nivelen tulehdus, johon tulehduskipulääkkeet ja paikalliset

glukokortikoidiruiskeet tehoavat huonosti tai jonka röntgenkuviissa havaitaan eteneviä muutoksia. Iho- ja nivelpsoriaasia sairastavat lapsipotilaat ja raskaana olevat äidit kuuluvat erikoissairaanhoidon. ■

TAPIO RANTANEN (PJ), SUVI CAJANUS, ANNA HANNUKSELA-SVAHN, JOHANNA HÖÖK-NIKANNE, LEENA KOULU, RIITTA LUOSUJÄRVI, TARJA MÄLKÖNEN, LEENA PAIMELA, RAIJA SIPILÄ, ERNA SNELLMAN

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä

Summary

Update on Current Care guidelines: Psoriasis and Psoriatic Arthritis

Psoriasis is a chronic, immune-mediated, inflammatory disorder of the skin and joints. Moderate-to-severe cases are associated with an independent risk of comorbidity (cardiovascular diseases and diabetes) even after adjusting for risk factors, known to be more prevalent in psoriatics compared to normal population. The underlying systemic inflammation, analogous to that observed in rheumatoid arthritis, calls for a long-term effective treatment. Screening and treatment of cardiovascular risk factors is highly recommended. The biologic drug arsenal has new additions. Long term treatment data from clinical study extensions and independent registries are reviewed.