

Psoriaasipotilas tarvitsee kokonaisvaltaista hoitoa

Ihopsoriaasin hoito

Psoriaasi voi heikentää fyysistä ja psyykkistä elämänlaatua yhtä paljon kuin muut pitkäaikaissairaudet. Myös masennus on psoriaasin liitännäissairaus. Psoriaasin ja sen liitännäissairauksien tautiprosessissa toimivat osin samat tulehdusenvälittäjäaineet. On todennäköistä että, jos potilaan terveys kohentuu kokonaisvaltaisesti, saadaan osatekijätkin paremmin hallintaan. Nivelpsoriaasia tulee epäillä, jos niveltulehdus ja psoriaasi-ihottuma esiintyvät samanaikaisesti. Ihottuma saadaan vain harvoin täysin oireettomaksi. Lieväoireista ihopsoriaasia ei tarvitse hoitaa, ellei se haittaa potilasta. Valtaosa potilaista tulee kohtalaisesti toimeen paikallishoidolla. Erityisesti paikallishoidossa potilaan omahoidon tukeminen on tärkeää. Paljon UV-valohoitoja saaneiden koko ihon tutkiminen ainakin kerran vuodessa on tarpeen, sillä lisääntynyt ihosyöpäriski on UV-valohoitosten mahdollinen pitkäaikaishaitta. Ihopsoriaasin sisäisen hoidon aloittaa ja sitä seuraa ihotautien erikoislääkäri.

Psoriaasi on pitkäaikainen immunologinen tulehdustauti. Osalla (10–30 %:lla) ihopsoriaasipotilaista on myös nivelpsoriaasi. Keski-ikäisiä ja vaikeaa ihopsoriaasia sairastavilla esiintyy muuhun väestöön verrattuna useammin metabolisen oireyhtymän tunnusmerkkejä: keskivartalolihavuutta, kohonnutta verenpainetta, suurentuneita rasva-arvoja ja tyyppin 2 diabetesta. Sydän- ja verisuonitautien riski on lisääntynyt (Gottlieb ym. 2008). Jopa lievä psoriaasi voi heikentää fyysistä ja psyykkistä elämänlaatua yhtä paljon kuin muut pitkä-

aikaissairaudet (Rapp ym. 1999). Myös masennus on psoriaasin liitännäissairaus (Gottlieb ym. 2008). Masentuneena voimavarat ja kiinnostus asioihin vähenevät ja toimintakyky huononee. Potilas ei jaksaa toteuttaa paikallishoitoja, liikunta voi vähentyä, ja alkoholi, tupakka sekä ruoka saattavat tulla korvaaviksi elämän täytteiksi. Toisaalta runsas alkoholin käyttö, tupakointi ja stressi voivat laukaista psoriaasin tai pahentaa sitä.

Keskivaikea tai vaikea ihopsoriaasi liitännäissairauksineen ja elämäntapatekijöineen muodostuu herkästi alaspäin johtavaksi spiraaliksi. Hoitavan lääkärin iso haaste – kuten muissakin pitkäaikaissairauksissa – on kääntää spiraali ylöspäin ja saada potilas sitoutumaan hoitoon. Psoriaasin ja sen liitännäissairauksien tautiprosessissa toimivat osin samat tulehdusenvälittäjäaineet, kuten tuumorinekroositekijä alfa (Gottlieb ym. 2008). On todennäköistä että, jos potilaan terveys kohentuu kokonaisvaltaisesti, saadaan osatekijätkin paremmin hallintaan.

Liike-elämässä käytettävän prosessikonsultaation periaatteet soveltuvat lääkärin työhön hänen hoitaessaan pitkäaikaisia sairauksia ja pyrkiessään tukemaan potilaiden omahoittoa. Potilas on ja pysyy kroonisen sairautensa ”omistajana”. Lääkäri tuo vuorovaikutukseen oman tietonsa ja taitonsa sekä antaa toimintaohjeet ja lääkkeet. Potilas on oman arkensa ja elämänsä asiantuntija. Tarvitaan yhteisymmärrystä, jotta potilas jaksaa sitoutua vuosikausiksi hoitoon ja mahdollisesti myös elämäntapamuutoksiin. Mahdollisimman pitkäkestoinen hoitosuhde helpottaa tehtävää. On myös hyväksyttävä lähtökohdaksi se, että

kaikki potilaat eivät pysty olemaan hoitonsa vastuunkantajia.

Nivelpsoriaasia tulee epäillä aina, jos niveltulehdus ja psoriaasi-ihottuma esiintyvät samanaikaisesti. Nivelpsoriaasin hoidon tavoitteina ovat oireettomuus sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen (Iho- ja nivelpsoriaasin diagnostiikka ja hoito: Käypä hoito -suositus 2008) (KUVA). Ihottumaa saadaan harvoin täysin oireettomaksi. Niveloireiden hoito on ollut ihon hoitoa voimaperäisempää, koska on ilmeistä, että hoidon tehokkaalla aloituksella voidaan hidastaa tulehduksen aiheuttamaa kudosaauriota ja vaikuttaa työkyvyn säilymiseen. Ihottuman suhteen ollaan nyt herättämässä keskustelua siitä, mikä on riittävän hyvä hoito keskivaikeassa ja vaikeassa psoriaasi-ihottumassa. Lieväoireista ihopsoriaasia ei tarvitse hoitaa, ellei se haittaa potilasta.

Hoitaessaan psoriaasipotilaita ihotautilääkäri tarvitsee usein yhteistyökumppanikseen reumatologin, sisätautilääkärin, ravitsemusterapeutin ja hammaslääkärin. Krooniset infektiot saattavat ylläpitää psoriaasia, ja sen hoitoon käytettäviin lääkkeisiin, erityisesti biologisiin lääkkeisiin, liittyy lisääntynyt in-

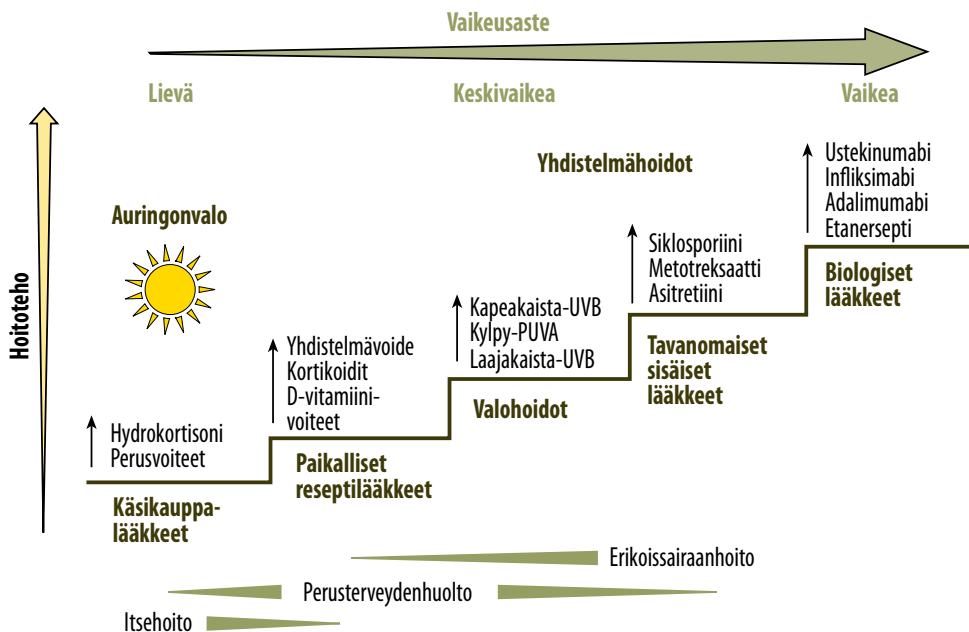
fektioriski. Tämän vuoksi kaikki mahdolliset infektiopesäkkeet, muun muassa hampaistossa, on tarkoin kartoitettava ja saneerattava.

Valtaosa psoriaasipotilaista tulee kohtalaisesti toimeen pelkällä paikallishoidolla

Erityisesti paikallishoidossa omahoidon tukeminen on tarpeen. Potilas tarvitsee arjen tasolle räätälöidyn hoitosuunnitelman. On turhaa määrätä työstä paikallishoitoa rekka-autonkuljettajalle, joka tekee viikon mittaisia työvuoroja ja asuu autossa.

Tarvitaanko perusvoidetta? Perusvoiteen käyttö on henkilökohtainen asia. Suurin osa potilaista kokee, että perusvoiteen käyttö vähentää ihottuman kutinaa ja hilseilyä. Ihon hyvään perushoitoon kuuluu myös ihon säännöllinen pesu.

Paikallisglukokortikoidien ja yhdistelmävalmisteiden (kalsipotrioli + beetametasonidipropionaatti) käytössä pätevät samat, jo pitkään käytössä olleet ohjeet. Psoriaasia hoidetaan III tai IV luokan glukokortikoidivalmisteilla taivealueita ja kasvoja lukuun ottamatta. Näil-



646 KUVA. Ihopsoriaasin hoidon porrastus Käypä hoito -suosituksen mukaan. PUVA = psoraleni + UVA.

lä alueilla käytetään I tai II luokan valmisteita haittavaikutusten välttämiseksi. Kasvojen ja taiteiden hoitoaika on 1–2 viikkoa, paksuman ihon 3–4 viikkoa. Hoito kerran vuorokaudessa on potilaalle helpointa ja ihottumalle riittävää. Vahvoja paikallisglukokortikoideja käytettäessä hoito olisi hyvä lopettaa asteittain (esimerkiksi käyttö joka toisena päivänä tai viikonloppuisin), jotta vältetään lisämunaislama. Kehotan potilasta pitämään hoitojakson jälkeen taukoa paikallisglukokortikoidien käytössä vähintään sen ajan, jonka hän on lääkettä käyttänyt. Jatko- ja ylläpitohoitona D-vitamiinijohdokset kalsipotrioli ja kalsitrioli ovat käyttökelpoisia. D-vitamiinijohdosten ohjeenmukaisia enimmäisannoksia (kalsipotrioli 100 g viikossa ja kalsitrioli 30 g vuorokaudessa) ei pidä ylittää, jotta ei aiheuteta kalsiumaineenvaihdunnan häiriöitä.

Paikalliset kalsineuriininsalpaajat takrolimuusi ja pimekrolimuusi ovat kokeilemisen arvoinen vaihtoehto kasvojen alueen psoriaasiin, vaikka psoriaasi ei olekaan niiden virallinen käyttöaihe. Sairausrisku korvattavuutta ei näille kalliille lääkkeille psoriaasiindikaatiolla saa.

UV-valohoidot

UV-valohoidot ovat edelleen käypää hoitoa psoriaasiin (Schneider ym. 2008). Kapeakaismainen UVB on niistä ensisijainen. Keskivaikea ihottuma näyttää paranevan oireettomaksi noin 70 %:lla potilaista, ja eri tutkimusten mukaan kuuden kuukauden kuluttua hoidon loppumisesta 12–35 % potilaista on remissiossa (Iho- ja nivelpsoriaasin diagnostiikka ja hoito: Käypä hoito -suositus). Valohoidossa käydessään potilas saa hoitohenkilökunnalta ohjausta ja tukea omahoitoon. Potilaat arvostavat tätä.

Kaikki psoriaasin tavanomaiset paikallishoidot soveltuvat käytettäväksi UV-valohoitosten rinnalla, kunhan otetaan huomioon, että teravalmisteet herkistävät ihoa UV-säteille, että valotus D-vitamiinijohdoksilla juuri voidellulle iholle vie tehon näistä lääkkeistä ja että paksuman ihon psoriaasi-ihottuman kuorimiseen käytettävä salisyylilihappovoide on UV-suojaine. Takrolimuusi- ja pimekrolimuusivoiteita

YDINASIAT

- ▶ Psoriaasipotilas tarvitsee arjen tasolle räätälöidyn hoitosuunnitelman.
- ▶ Psoriaasia hoidetaan III tai IV luokan glukokortikoidivalmisteilla taivealueita ja kasvoja lukuun ottamatta.
- ▶ Keskivaikeaa tai vaikeaa ihopsoriaasia sairastavilla esiintyy muuta väestöä useammin metabolisen yhtymän tunnusmerkkejä.
- ▶ Biologiset lääkkeet on tarkoitettu aikuisille, jotka eivät ole saaneet vastetta vaikean läiskäpsoriaasin muihin systeemisiin hoitoihin, sietäneet niitä tai joille nämä hoidot ovat vasta-aiheisia.

ei suositella käytettäväksi valohoitajakson aikana. Systeemisistä lääkkeitä asitretiini sopii erinomaisesti yhdistettäväksi UV-valohoitoihin. Metotreksaatin yhdistäminen UV-valohoitoon tulee kyseeseen vain erityistilanteissa. Siklosporiinia ei yhdistetä UV-valohoitoihin lisääntyneen fotokarsinogeenisriskin vuoksi, eikä paljon UV-valohoitoja saaneille suositella siklosporiinilääkitystä. Yhdistelmähoidoista biologisia lääkkeitä käytettäessä ei ole vielä kunnollista tutkimusnäyttöä.

Lisääntynyt ihosyöpäriski on UV-valohoitosten mahdollinen pitkäaikaishaitta. Riskin hallitsemiseksi suositeltava vuosittainen enimmäisraja on kolme 15–20 hoitokerran jaksoa. Määrä sisältää mahdollisen ilmastohoidon ja Suomen aurinkoisen kesän, jos potilas on voinut kesällä hoitaa ihottumaansa auringonvalolla. Psoriaasipotilaan koko ihon tutkiminen ainakin kerran vuodessa on tarpeen, vaikka joskus tutut potilaat yrittävät vain vilauttaa kyynärpäitä ja polvia sanoen, että tiedäthän sinä, millainen ihottumani on – aivan samanlainen kuin jo vuosia.

UV-valohoitosten käyttöä rajoittavat käytännön seikat: potilaalla pitää olla mahdollisuus käydä hoidossa säännöllisesti hoitojakson ajan. Osalla potilaista matka valohoitoon on kohtuuttoman pitkä ja hankala. Psoriasisiiton

paikallisyhdistykset vuokraavat potilaille koko maassa pienikokoisia laajakaistaisia UVB-hoitolaitteita hoidon saatavuuden parantamiseksi. Laajakaistainen UVB on kuitenkin kapeakaistaista tehottomampi (Schneider ym. 2008). Liitto edellyttää, että ensimmäisellä hoitokerralla potilaalla on ihotautien erikoislääkärin lähete.

Psoriasisliitto järjestää kolmen viikon pituisia hoitomatkkoja Kanariansaarille. Potilaan itsensä tekemän hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärin laatima B-lausunto. Todistuksen voi kirjoittaa myös yleislääkäri. On tärkeää, että lääkäri tuntee potilaan ja pystyy siten arvioimaan hänen kykynsä sopeutua ryhmään ja hoitomatkan sääntöihin. Yleensä potilaat arvostavat hoitomatkkoilla saatavaa vertaistukea. ”Ilmastohoitomatkalla on ihanaa, kun ei ole yksin ihottumansa kanssa ja on toisiakin, jotka rapsuttavat itseään.” Lisätietoa löytyy osoitteesta www.psoiasisliitto.fi.

Tavanomaiset sisäiset lääkkeet

Ihopsoriaasin sisäisen hoidon aloittaa ja sitä seuraa ihotautien erikoislääkäri. Karkeasti yleistäen voidaan metotreksaattia pitää solunsalpaajana, asitretiiniä solun kypsymiseen vaikuttavana aineena ja syklosporiinia immunomodulaattorina. Asitretiini ei tehoa niveloireisiin. Ihopsoriaasi uusi kaikien sisäisten lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen yleensä parin kuukauden kuluessa. Hoitojen vuorottelulla (paikallishoidot, UV-valohoidot, tavanomaiset sisäiset lääkkeet) on pyritty tasaamaan eri elimiin kohdistuvaa rasiitetta ja pienentämään lääkitysten pitkäaikaisriskejä. Viime aikoina on kuitenkin herätetty keskustelua siitä, olisiko oikeampaa käyttää ihopsoriaasiin yhtä sisäistä lääkettä ylläpitohoitona, kunnes sen teho hiipuu tai haittavaikutukset edellyttävät lopettamista (Reich ja Mrowietz 2007). Perusteita voi esittää sekä patofysiologisin (tulehduksen pysyvä hallinta) että elämänlaatuun liittyvin perustein. Siklosporiinin pitkäaikaista käyttöä (yli kaksi vuotta) ihopsoriaasin hoidossa pitää edelleenkin välttää munuaishaittojen ja ihosyöpärisiä lisäävän vaikutuksen vuoksi. Potilaan ikä, elämäntilanne ja mahdol-

liset niveloireet vaikuttavat lääkkeen valintaan. Raskaus tai sen mahdollisuus on huomioitava, kun hoitoa suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa. Metotreksaatin käyttö on kielletty paitsi raskauden ja imetyksen aikana myös kolmen kuukauden ajan ennen raskautta, ja tämä koskee sekä nais- että miespotilaita. Asitretiini on voimakkaasti teratogeeninen ja sen puoliintumisaika on pitkä, joten varoaika raskautta suunniteltaessa on naisella peräti kaksi vuotta, mutta miehellä lapsen siirtämiseen liittyviä käyttörajoituksia ei ole (Heikkilä 2009).

Jos tavanomaiset hoidot eivät riitä

Eurooppalaiset potilasjärjestöihin kuuluvat psoriaasipotilaat ovat varsin tyytymättömiä lääketieteellisiin hoitoihin: eräässä kyselytutkimuksessa vain vajaat 30 % vastanneista ilmoitti olevansa erittäin tyytyväinen psoriaasilääkitykseensä ja 37 % käytti vaihtoehtoisia hoitoja (Dubertret ym. 2006). Potilaiden netikeskusteluissa biologisilta lääkkeitä odotetaan paljon. Kelan määrittämiä käyttöaiheita on syytä noudattaa: biologiset lääkkeet on tarkoitettu kohtalaisen vaikean tai vaikean laiskapsoriaasin hoitoon aikuisille, jotka eivät ole saaneet vastetta muihin systeemisiin hoitoihin tai joille nämä hoidot ovat vasta-aiheisia tai jotka eivät ole sietäneet tällaisia hoitoja (Pharmaca Fennica). Erityinen käyttöaihe on kasvojen, kämmenien tai jalkapohjien psoriaasi, joka uhkaa johtaa tai on johtanut työkyvyttömyyteen tai elämänlaadun huomattavaan heikkenemiseen. Hoidon aloittaa ja sitä valvoo erikoislääkäri.

Biologiset lääkkeet lisäävät infektorisriskiä (Repo ym. 2009). Vakavankin infektion kuten sepsiksen oireet ja löydökset voivat olla vähäiset biologista lääkitystä käyttävillä. Siksi kynnys lähettää tällainen potilas päivystyspoliklinikkaan kannattaa pitää tavallista matalampana. Hoitojen todellisista pitkäaikaishaitoista ihopsoriaasipotilailla ei ole vielä riittävästi tietoa. Uusiin lääkkeisiin saattaa liittyä myös arvaamattomia riskejä – vastikään peruutettiin efalitsumabin myyntilupa ainakin väliaikaisesti hioty-haittasuhteen muututtua epäsuotui-

saksi. Valtakunnallinen rekisteri kokemusten keräämiseksi on tekeillä.

Tietomme psoriaasin taustatekijöistä ja mekanismeista lisääntyvät jatkuvasti. Vaikka parantavaa hoitoa ei ole käytettävissä, ovat uudet lääkähoidot tuoneet lisää vaihtoehtoja vaikeaan psoriaasiin ja parantaneet elämänlaatua. Psoriaasin hoito on parhaimmillaan potilaan ja lääkäreiden tiimityötä. ■

* * *

Kiitän Käypä hoito -työryhmää yhteisestä oppimisprosessista.

LEENA KOULU, dosentti, hallinnollinen osastonylilääkäri
TYKS, ihotautilin tulosyksikkö
20520 Turku

KIRJALLISUUTTA

- Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, ym. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol* 2006;155:729–36.
- Gottlieb AB, Chao C, Dann F. Psoriasis comorbidities. *J Dermatolog Treat* 2008; 19:5–21.
- Heikkilä E. Psoriaasi ja raskaus. Abstrakti. Kirjassa: Lääkäripäivät 2009, s. 45.
- Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer Jr AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:401–7.
- Reich K, Mrowietz U. Treatment goals in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007;5:566–74.
- Repo H, Salonen JH, Leirisalo-Repo M. Nivelreuman biologisten lääkkeiden varjopuolena infektiot lisääntyvät. *Suom Lääkäril* 2009;64:697–705.
- Schneider LA, Hinrichs R, Scharffetter-Kochanek K. Phototherapy and photochemotherapy. *Clin Dermatol* 2008; 26:464–7.
- Iho- ja nivelpsoriaasin diagnostiikka ja hoito [verkkoversio]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008 [päivitetty 4.8.2008]. www.kaypahoito.fi.

Summary

Treatment of skin psoriasis

Partly similar inflammatory mediators are functioning in the disease process of psoriasis and its associated diseases. An overall improvement in patient's health status is likely to result in a better control of the comorbidities as well. Arthropathic psoriasis should be suspected, if arthritis and psoriasis occur simultaneously. Dermatitis can be only rarely rendered symptomless. Skin psoriasis with mild symptoms requires no treatment, provided that it doesn't disturb the patient. Most patients will manage moderately with topical therapy. Internal treatment of skin psoriasis will be initiated and monitored by a specialized dermatologist.

SIDONNAISUUDET

Kirjoittaja on osallistunut lääkealan yrityksen järjestämän koulutuksen suunnitteluun tai antanut asiantuntija-apua lääkealan yritykselle (Abbott, Astellas Pharma, Janssen-Cilag, Novartis, Pfizer (Wyeth), Schering-Plough). Kirjoittaja on Psoriasisliiton asiantuntijalääkäri.