

Klínískar leiðbeiningar fyrir notkun á líftæknilyfjum við sóra

Inngangur

Sóri er algengur langvarandi bólgusjúkdómur í húð. Gangur sjúkdómsins getur verið breytilegur og er samfara einkennum frá liðum í u.þ.b. 25% tilfella.¹ Slæmur sjúkdómur hefur mikil áhrif á gæði lífs hjá sjúklingum og hefur það verið staðfest með rannsóknum á „health related quality of life“. Í framhaldi af því hefur verið gerður og sannreindur (validated) sams konar stuðull fyrir húðsjúklinga svokallaður „dermatologically related quality of life“ (DRQL) stuðull sem og psoriasis disability index.^{2, 3} DRQL mun vera til og sannreynt á íslensku. Sá mælikvarði sem yfirleitt er notaður til að bera saman rannsóknir er PASI kvarðinn. Algengt er að miða við 75% eða 90% bötnun á PASI.

Meðferð við sóra er margvísleg og beinist ýmist að bólguminnkun beint á húð með útfjólubláum geislum og kremum, eða með lyfjum. Fyrir tilkomu líftæknilyfja var aðallega um að ræða lyfin acitretin, ciclosporin og methotrexat, þar sem methotrexat skipar stærstan sess. Ciclosporin getur haft varanleg neikvæð áhrif á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum á methotrexati þarf að fylgjast vel með ástandi lifrar. Acitretin getur haft verkan á blóðfitur og lifur. Öll eru þessi lyf mikilvæg í meðferð á sóra. Methotrexat og acitretin eru notuð í langtímameðferð en ciclosporin frekar í meðferðum sem taka minna en ár. PASI 75 fyrir methotrexat er talið 45,2.⁴

Tilkoma líftæknilyfja hefur gerbreytt meðferð á sóra. Öll líftæknilyf eru leyfisskyld. Fimm líftæknilyf eru nú skráð til notkunar við sóra á Íslandi, tveim er beint gegn TNF sameindinni, adalimumab (Humira®) og infliximab (Remicade® og Inflectra®). Etanercept er beint gegn viðtaka TNF sameindarinnar (Enbrel®). Hinu fjórða, ustekinumab (Stelara®) er beint gegn p40 sameindinni sem fullkomnar virkni og áhrif IL-12 og IL-23. Einn af þessum bólguvökum sem koma í kjölfar TNF og IL-23 er IL-17 og er líftæknilyfjafin secukinumab (Cosentyx) beint gegn IL-17.^{4, 7} Ixekizumab, sem ekki er enn notað á Íslandi er einnig beint gegn IL-17.

Ástæða þess að þau lyf sem talin eru hér eru leyfisskyld er kostnaður og nýnæmi lyfjanna. Það sem hefur einkennt líftæknilyf er flókin próteinbygging og tilurð lyfjanna með erfðatækni þar sem erfðabreyttar örverur framleiða lykilpróteinin í lífhverflum (bioreactors).

Líftæknilyfjin virka yfirleitt á grundvelli þess að líftæknilyfjið, oftast í formi mótefnis þekkir ákveðið prótein og binst því og engu öðru og hamlar þannig virkni próteinsins sem felst í að miðla bólgusvari. Nýlega hafa tvö lyf sem eru bólgueyðandi og sem kosta mikið, komið fram og verið sett í flokk leyfisskyldra lyfja. Þessi tvö lyf eru að öðru leyti svipuð hvaða lyfjum sem er, þ.e. þau eru frekar litlar sameindir á stærð við stóra amínósýru og eru tekin í töflumformi á meðan líftæknilyfjin eru samsett úr milljónum amínósýra og gefin í sprautuformi.

Í dag tilheyr þessum flokki lyfin apremilast og tofacitinib. Bæði verka innan frumna á meðan líftæknilyfjin virka utan frumna. Apremilast hefur fengið skráningu sem meðferð við sóra undir sérlyfjaheitinu Otezla. Apremilast eykur cAMP innan frumna með því að hamla virkni fosfodiesterasa af gerð 4 innan frumunnar. Apremilast er leyfisskylt þar sem það er kostnaðarsamt og vandmeðfarið. Allmargar rannsóknir hafa verið gerðar á apremilast og sýna eftirfarandi 75 PASI bötnun: Eftir 16 vikna meðferð, 39,8%, eftir ár 47,2%.⁵

Aukaverkanir líftæknilyfja geta verið biokemiskar á lifrarstarfsemi eða blóðmynd. Einnig þverstæðar verkanir svo sem graftarbólusóri í lófum og á iljum (palmopantar pustulosis) og jafnvel þverstæður sóri. Mótefnabundnar aukaverkanir eru einnig til, oft flokkaðar sem lyfjalupus. Hér er vísað í samantekt British Association of Dermatologists (BAD) á því.⁶ Heilt yfir, eru líftæknilyfjin aukaverkanalítill, hættulaus og gríðarlega áhrifarík á sóra sjúkdóminn.

Sum lyfin eru skammtaháð m.t.t. þyngdar sjúklings, þ.e. infliximab og ustekinumab, önnur eru gefin í föstum skömmtum.

Verð á lyfjunum er talið í hundruðum þúsunda króna á mánuði, kaup á þeim er háð útboðum og verðið því breytilegt eftir niðurstöðu útboða.

Rökin fyrir notkun svo dýrra lyfja við sjúkdómi sem er ekki lífshættulegur liggja í að skilningur á skertum lífsgæðum sjúklinga með slæman sóra hefur aukist á undanföllum áratug, ekki síst í ljósi þeirrar gerbreytingar á lífsgæðum sem sjúklingarnir upplifa þegar húðbreytingarnar hverfa.

Hvaða sjúklinga á að meðhöndla með leyfisskyldum lyfjum?

Í leiðbeiningum Breska húðlæknafélagsins er minnsta sjúkdómsstig til að koma til greina fyrir meðferð með líftæknilyfjum, PASI yfir 10.⁷ Í bresku NICE leiðbeiningunum frá 2006 er talað um sama PASI en einnig að Dermatological Life Quality Index (DLQI) sé 10 eða meira. Ný útgáfa af NICE leiðbeiningum hefur ekki breyst m.t.t. þessa, þar gildir að PASI >10, DLQI >10 og að meðferð með methotrexat, ciclosporin eða öðrum inntökulyfjum hefur ekki borið árangur. Leiðbeiningar hjá nágrannalöndunum, eru nánast samhljóða. Eina viðbótin er að sumstaðar er því skilyrði bætt við að líkamsyfirborðsmæling (BSA) á einnig að vera meira en 10%. Aðrar leiðbeiningar eru byggðar á hinum ensku, t.d. sænskar leiðbeiningar og norskar.^{8,9} Flestar leiðbeiningar innihalda sérákvæði um útlitslýtandi sóra á höndum og í andliti. Ekki þykir ástæða til annars en byggja á þessum leiðbeiningum nágrannaþjóðanna.

Skilyrði fyrir meðferð með leyfisskyldum lyfjum:

Sjúklingur er með blettasóra með PASI meira eða sama og 10

DLQI > 10

Meðferð með hefðbundnum aðferðum þ.m.t. ljósmeðferð, meðferð með kremum/smyrslum o.s.frv. ber ekki tilætlaðan árangur. Skilyrði fyrir því að meðferð með líftæknilýfi komi til greina er að einstaklingurinn sé með sjúkdóm sem uppfylli skilyrði þrátt fyrir fulla meðferð með þeim úrræðum sem kostur er á. Þannig þarf sjúklingur a.m.k. að nota sterakrem og rakakrem þegar hann er metinn m.t.t. líftæknilýfja.

Meðferð með methotrexat ber ekki tilætlaðan árangur eða kemur ekki til greina vegna sjúkleika sjúklings, óþols gagnvart methotrexati, hættu á lifrarskaða eða þess háttar. Andstaða við lyfjagjöf með methotrexati telst ekki til slíkra aðstæðna. Sjúklingur skal hafa verið á a.m.k. 15mg af methotrexati í a.m.k. 6 mánuði áður en sú meðferð telst fullreynd. Þetta með fyrirvara um að sjúklingur þoli meðferðina.

Meðferð með acitretin hjá þeim sem mega fá slíka meðferð hafi ekki borið árangur.

Bláalónsmeðferð var áður í þessum leiðbeiningum. Vegna landfræðilegra takmarkana hefur hún verið fjarlægð.

Sérstakar aðstæður

Það hefur þótt ástæða til að gera undantekningar á kröfum um PASI þegar sjúklingar eru með slæman sóra í andliti sem er verulegt útlitslýti eða sóra á höndum sem gerir þá ófæra til vinnu.

Árangur meðferðar með líftæknilýfjum við graftarbólusóra í lófum og iljum er alls ekki sambærilegur við árangurinn við sóra, samt er hún reynd þegar aðrar meðferðir ná ekki að lina sjúkdóminn hjá illa höldnum einstaklingum. Á svipaðan hátt er meðferð með líftæknilýfjum stundum reynd við öðrum húðsjúkdómum. Ferli umsókna vegna óskráðra ábendinga (off-label use) er háð leyfi Lyfjanefndar Landspítalans. Nefndin hefur aðgang að sérfræðiþekkingu í húðsjúkdómum gegnum yfirlækni á húðsjúkdómadeild.

Ferli umsókna um meðferð með leyfisskyldum lyfjum

Þegar húðlæknir sjúklings telur að meðferð með leyfisskyldu lyfi komi til greina skal hún/hann senda umsókn um meðferð með slíku lyfi til Lyfjanefndar LSH. Stöðluð umsókn er í Heilsugátt.

Í umsókninni þarf eftirfarandi að koma fram:

- Hvaða lyf er sótt um.
- Magn sjúkdóms eða staðsetning sbr. ákvæði um andlit/hendur.
- Að magn sjúkdómsins sé metið á meðan virk meðferð á sér stað.
- Að aðrir meðferðarkostir hafi verið tæmdir þ.m.t. methotrexat sbr. að ofan.
- PASI og eða DLQI

Læknir með viðeigandi sérfræðiþekkingu afgreiðir fyrir hönd Lyfjanefndar umsóknina m.t.t. ofangreindra skilyrða.

Lyfjanefnd áskilur sér rétt til að veita leyfi einungis fyrir ódýrasta mögulegu lyfi.

Hafa ber í huga að til að sjúklingur geti hafið meðferð með líftæknilyfji þarf hann/hún að hafa útilokun á berklum með Mantoux og lungnaröntgen. Einnig að vera bólusettt/ur gegn pneumokokkum og jafnvel influensu. Þetta getur verið hluti af forvinnu eða gert þegar leyfi hefur fengist. Jákvætt Mantoux þýðir yfirleitt að sjúklingur þarf að fá meðferð með isoniazidi í 6 mánuði. Í samráði við berklalækni gæti líftæknimeðferð hafist um miðbik þess tíma þ.e. eftir 3 mánuði. Snemmgreining á jákvæðu Mantoux getur því sparað töluverðan tíma. Hægt er að gera Gold test við jákvætt Mantoux.

Forvinna fyrir sjúklinga sem meðhöndla á með líftæknilyfjum (á ekki við um apremilast)

Þegar samþykki hefur borist er hentugast að viðkomandi sérfræðingur boði sjúklinginn í viðtal og fari yfir eftirfarandi atriði.

Undirbúningur meðferðar

Kynna ítarlega meðferðina fyrir sjúklingi – bæði munnlega og skriflega

Útiloka frábendingar fyrir meðferðinni

Berklar

Meðal – alvarleg hjartabilun (NYHA flokkur III/IV)

Þekkt ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefni lyfjanna

Meðganga og brjóstagjöf er frábending við líftæknilyfjum

Almennur undirbúningur:

Tekin berklasaga

Mantoux próf staðfest neikvætt

Röntgenmynd af lungum – skal vera eðlileg

Ef grunur er um fyrra smit eða virka berkla skal leita sérfræðiráðgjafar hjá lungnalæknum með sérþekkingu á berklasmiti.

Panta tíma á dagdeild B7 til lyfjagjafar fyrir infliximab, eða sprautukennslu hjá hjúkrunarfræðingi á dagdeild B7. Í síðarnefnda tilfellinu kemur sjúklingur með sína fyrstu sprautu þangað. Hjúkrunarfræðingar dagdeildar B7 hafa einnig verið hjálplegar varðandi Mantoux próf.

Tryggja bólusetningar: Bólusetningum er vísað til heilsugæslu. Það er líklega þægilegast fyrir sjúkling að lækni hans ávísi bólusetningarlyfinu og hann taki það til hjúkrunarfræðings á heilsugæslu til að fá hana. Bóluefnið sem notað er nú er

Pneumovax eða Pneumo23. Gallinn við að bólusetja eftir að leyfi fæst er að helst á að bíða í 2 vikur eftir mótefnasvarinu.

Inflúensubólusetning er ekki skilyrði fyrir meðferð með líftæknilyfjum.

Sérfræðingar sem hyggja á meðferð með líftæknilyfjum er bent á að kynna sér tilvitnun í Smith og félag, í þessum leiðbeiningum, og þá sérstaklega kaflann um aukaverkanir og sýkingar. Þessi atriði eru ekki áberandi í þeim gögnum sem vísað er til af seljendum lyfjanna. Greinin er í opnum aðgangi á netinu.

Val á leyfisskyldu lyfi

Ákvörðun um hvaða leyfisskylda lyf er valið er undir verði lyfsins komið en aðrir þættir koma einnig inn í valið til dæmis þar sem taka getur þurft tillit til búsetu, m.t.t. að algengasta lyfið er gefið í æð á meðferðarstofnun. Í umsóknum um breytingar á lyfjagjöf þarf að gæta að hvaða lyf hafa áður verið gefin. Tilkoma lyfsins apremilast flækir þetta aðeins þar sem sérstaða þess lyfs er að það er gefið um munn og hefur ekki aukaverkanir á lifur, en er hvað áhrif varðar svipað og methotrexat.¹⁰

Líftæknilyfin sem talin eru upp hér að ofan eru lögð að jöfnu og hefst meðferð að öllu jöfnu með því lyfi sem hefur hagstæðasta verðið. Tíðni sýkinga, ákveðin heilsufarsatriði (t.d. saga um berkla) og búseta geta ráðið því hvort valið er lyf sem gefið er í æð eða undir húð. Vilji læknir gjarna ákveðið lyf getur hann óskað eftir því og fært rök fyrir því. Sterk rök þarf til að breyta röðinni sem Lyfjanefnd LSH hefur ákveðið.

Endurnýjun á meðferð

Leyfi er veitt til meðferðar með leyfisskyldum lyfjum fyrst í 7 mánuði og eftir það á árs fresti. Sérfræðingur ætti þess vegna að boða sjúkling í eftirlit í síðasta lagi 5-6 mánuðum eftir að hann/hún byrjar meðferð. Meðferð með infliximab á að endurmeta við hverja gjöf og halda skammtastærð í lágmarki sem þarf til að halda einkennum sjúklings í skefjum.

Meðhöndlandi lækna ættu að sjá til þess að Lyfjanefnd LSH hafi tölvupóstfang þeirra eða beint símanúmer þannig að hægt sé að vara við að leyfi sé að renna út. Netfang Lyfjanefndar er lyfjanefnd@lsh.is.

Aukaverkanir, skammtastærðir og eftirlit

Varðandi aukaverkanir, skammtastærðir og eftirlit er vísað á sérlyfjaskrá. Bent er sérstaklega á fyrirkomu innleiðingar lyfsins apremilast.

Hvenær skal hætta meðferð

Meðferð skal hætt þegar sýnt er að hún ber ekki tilætlaðan árangur. Oft er miðað við að ef ekki næst minnkun á PASI sem nemur 75% á að hætta meðferð ellegar 50% minnkun á PASI og veruleg minnkun á DLQI.

Meðferð samhliða líftæknilyfjum

Flest allar almennar húðmeðferðir hafa verið notaðar samhliða meðferð með líftæknilyfjum. Mælt er með meðferð með lágskammta methotrexati samhliða infliximab til að minnka líkur á mótefnamyndun.

Methotrexate áhrif virðast bætast við áhrif etanercept og er í praxis oftast gefið með. Um adalimumab virðast gegna sama en gögnin sem að baki liggja eru veikari. Gögn varðandi ustekinumab og secukinumab liggja ekki fyrir. Meðferð með líftæknilyfjum er því ekki frábending fyrir meðferð með „system“ lyfjum en krefst aukinnar varðúðar og þéttara eftirlits.

Skipt um meðferð

Ef áhrif meðferðar eru ófullnægjandi og húðlæknir sjúklings óskar eftir að skipta um meðferð er það gert bréflega til Lyfjanefndar LSH og tilgreind ástæða breytingarinnar og hvaða lyf á að koma í staðinn. Þarna eins og annarsstaðar er ódýrasta lyfið valið ef hægt er.

Höfundur og ábyrgðarmaður

Baldur Tumi Baldursson, yfirlæknir

Leiðbeiningarnar voru samdar í febrúar 2015, endurskoðaðar í september 2015 og nóvember 2017 og verða endurskoðaðar eigi síðar en að þremur árum liðnum, en fyrir ef ástæða þykir til.

Heimildir

¹ Zachariae H. Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 441-7

² Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19:210–16.

³ Schmitt J, Wozel G. The Psoriasis Area and Severity Index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology* 2005; 210:194–9.

⁴ West J, Ogston S, Foerster J (2016) Safety and Efficacy of Methotrexate in Psoriasis: A MetaAnalysis of Published Trials. *PLoS ONE* 11(5): e0153740.

⁵ Reich K, Gooderham M, Green L, Bewley A, Zhang Z, Khanskaya I, Day RM, Goncalves J, Shah K, Piguet V, Soung J. The efficacy and safety of apremilast, etanercept and placebo in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: 52-week results from a phase IIIb, randomized, placebo-controlled trial (LIBERATE). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Mar;31(3):507-517.

⁶ Smith CH *et al*. British Association of Dermatologists' guidelines for biologic interventions for psoriasis 2009. *Brit J Dermatol* 2009; 161: 987-1019.

⁷ <https://www.nice.org.uk/guidance/ta350>

⁸ <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/rekommendationer-och-riktlinjer/lakemedelsriktlinjer---fillistning/plackpsoriasisbehandling-regionala-riktlinjer.pdf>

⁹ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-biologiske-betennelsesdempende-legemidler-innen-revmatologi-gastroenterologi-og-dermatologi/Publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-revmatologi-gastroenterologi-og-dermatologi.pdf> (erfitt að nálgast hjá helsedirektoratet í nóv 2017)

¹⁰ Armstrong AW, Betts KA, Sundaram M, Thomason D, Signorovitch JE. Comparative efficacy and incremental cost per responder of methotrexate versus apremilast for methotrexate-naïve patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Oct;75(4):740-746.