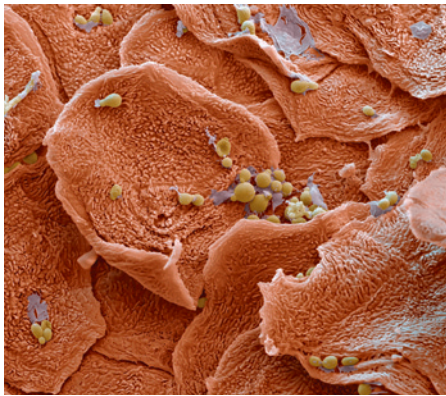


## Nytt biologisk legemiddel mot psoriasis

Ixekizumab, som er et monoklonalt antistoff mot interleukin-17A, har god effekt ved alvorlig psoriasis. Det viser en ny studie.



Farget elektronmikrografisk skanning (SEM) av psoriasis hudceller. Foto: Science Photo Library

Interleukin-17A er et av mange cytokiner som er aktivert ved psoriasis. Dette er angrepspunktet til ixekizumab, et monoklonalt antistoff mot interleukin-17A som er under utprøving mot moderat til alvorlig psoriasis. Ixekizumab administreres som subkutane injeksjoner.

En randomisert, dobbelblindet, kontrollert studie ble forskjellige doseringsregimer av ixekizumab sammenliknet med placebo i en induksjonsperiode på 12 uker og deretter i en vedlikeholdsperiode på 60 uker (1). Etter 60 uker var over halvparten av pasientene som fikk ixekizumab dosert hver 4. uke helt symptomfrie, mens over 80 % opplevde minst 75 % bedring av sin psoriasis, målt etter PASI-indeksen (Psoriasis Area and Severity Index). Rapporterte bivirkninger var bl.a. nøytropeni, soppiinfeksjoner og inflammatorisk tarmsykdom.

– Behandlings tilbudet til pasienter med moderat til alvorlig psoriasis er dramatisk endret de siste årene, sier Joar Austad, som

er overlege og seksjonsleder for hudpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. – Det utvikles stadig nye legemidler som hemmer proinflammatoriske cytokiner som er aktivert ved psoriasis, og interleukin-17 er et av disse. Denne studien kan tyde på at ixekizumab er meget effektivt mot alvorlig plak psoriasis, og at effekten er stabil også etter 60 uker. Sikkerhetsprofilen ved langtidsbruk er naturlig nok ikke klar ennå. I Norge er det registrert et annet antiinterleukin-17-preparat, sekukinumab, ved psoriasis. En sammenlignende studie mellom disse to legemidlene imøteses med stor interesse, sier Austad.

**Martine Rostadmo**  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Gordon KB, Blauvelt A, Papp KA et al; UNCOVER-3 Study Group. Phase 3 trials of ixekizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis. *N Engl J Med* 2016; 375: 345–56.

## Hvor godt behandles svært for tidlig fødte?

Bruk av flere tiltak kan redusere sykelighet og dødelighet hos svært for tidlig fødte, viser en stor kohortstudie fra flere europeiske land.

I en ny studie publisert i *BMJ* ble data fra en stor europeisk kohort med svært for tidlig fødte barn analysert (1). Studien omfattet rundt 7 300 barn født etter 24.–31. svangerskapsuke. Fire tiltak som reduserte sykelighet og dødelighet med høy grad av sikkerhet ble identifisert: fødsel i avdeling med tilgang til spesialisert tilbud for premature, kortikosteroidbehandling før fødselen, hypotermiforebyggende tiltak og respirasjonsstøttende tiltak, dvs. surfaktant eller tidlig bruk av positivt nasalt luftveistrykk.

Barnas gjennomsnittsalder var 28,7 uker, og de veide i gjennomsnitt 1 224 g. Knappt 10 % fikk kun ett av de anbefalte tiltakene, og bare drøyt 58 % fikk alle fire. De aller tidligst fødte hadde høyest sannsynlighet for ikke å få alle tiltakene. Det var store regionale og nasjonale forskjeller. Ved en såkalt tilbøyelighetsanalyse (propensity score) hadde barn som fikk alle fire tiltak lavere mortalitet (RR 0,72; 95 % KI 0,60–0,87) og en 18 % risikoreduksjon (RR 0,82; 95 % KI 0,73–0,92). Langtidsresultatene ble ikke undersøkt.

– Dette er en stor studie gjennomført i flere land med til dels svært ulikt helsevesen, noe som gjør resultatene overførbare til mange land, sier Ragnhild Støen, som er avdelingsjef og overlege ved Nyfødt Intensiv ved St. Olavs hospital. – Studien belyser gapet mellom forskningsbasert kunnskap og klinisk

praksis, men sier ikke noe om hvor ofte behandlerne hadde intensjoner om å gi tiltakene, eller hvorfor alle tiltakene ikke var mulige å gjennomføre, sier hun.

– Med unntak av sentralisering av premature fødsler er det mye oppmerksomhet rundt disse tiltakene også på norske føde- og nyfødt-avdelinger, sier Støen. – Fra vårt nasjonale kvalitetsregister vet vi at det likevel er forskjell mellom sykehus, også i Norge. Dette gjelder bl.a. hvor mange barn født før uke 32 som får kortikosteroider før fødselen, sier hun.

– Sentrale helsemyndigheter har av politiske grunner valgt å la være å forholde seg til sentralisering av premature fødsler, et tiltak vi vet har effekt, mener Støen. – Når det gjelder de andre tre effektive tiltakene, vet man lite om hvorfor de ikke gjennomføres enda mer konsekvent. Hun etterlyser mer kunnskap om hvilke barrierer som hindrer fagfolk i å igangsette kunnskapsbaserte tiltak for premature barn.

**Ketil Slagstad**  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Zeitlin J, Manktelow BN, Piedvache A et al. Use of evidence based practices to improve survival without severe morbidity for very preterm infants: results from the EPICE population based cohort. *BMJ* 2016; 354: i2976.



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library