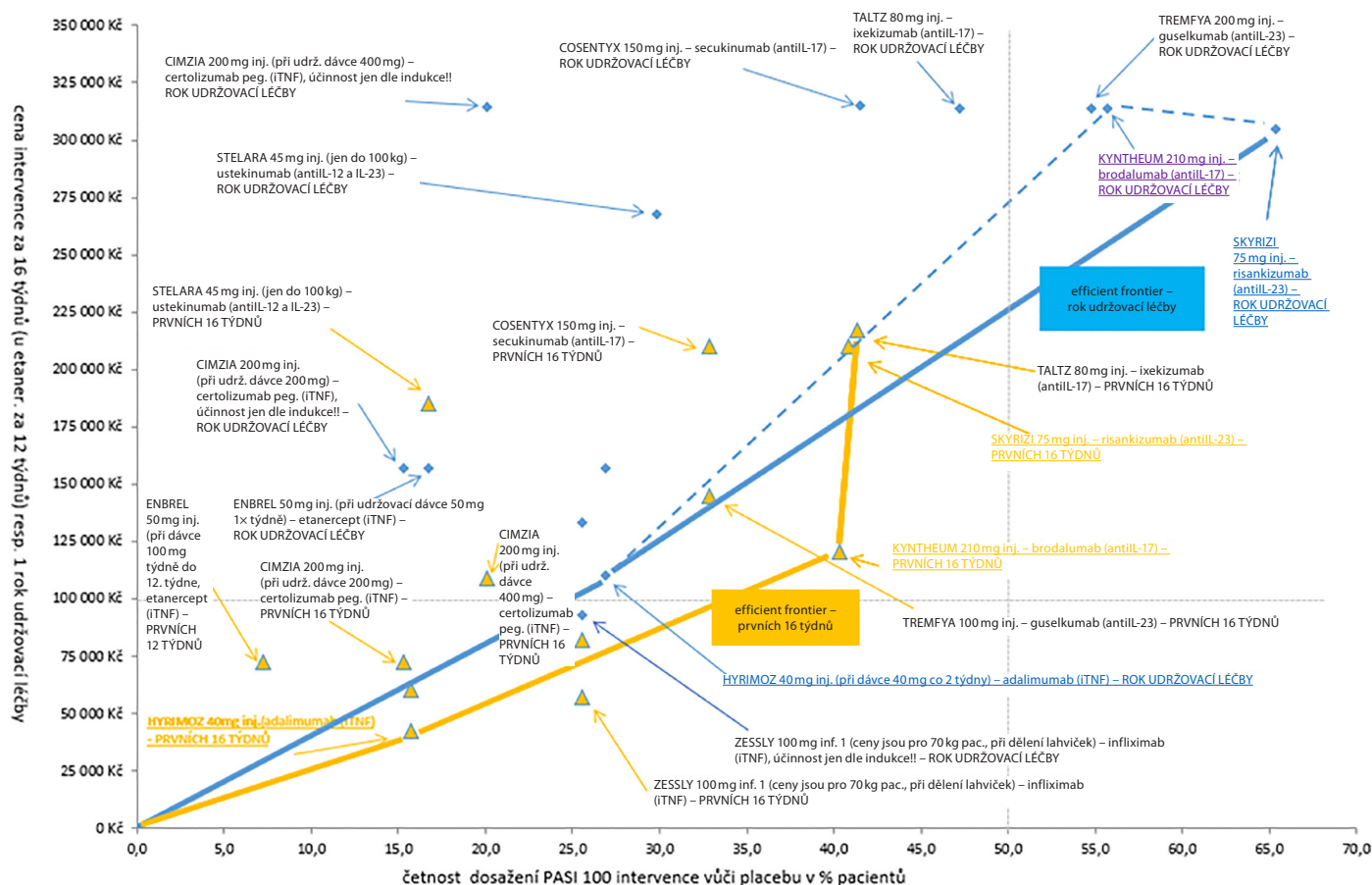


Graf 7. Nákladová efektivita biologik ve dvourozměrném grafu (náklady vs. účinnost) s vyznačením linií nákladové efektivnosti (žlutá barva a značky trojúhelníků značí indukční fázi léčby, modrá barva a značky kosočtverců značí udržovací léčbu, modře čárkovaně vyznačená linie ukazuje zahrnutí Kynthea jako 2. liniového léku po Hyrimozu kvůli výsledku linie efektivnosti po indukční fázi léčby, podtržené přípravky značí přípravky patřící mezi nákladově nejefektivnější – s výjimkou přípravků obsahujících infliximab pro jeho specifické postavení mezi biologiky (důvody viz text v části Výsledky))

Četnost dosažení PASI 100 intervence vůči placebo v % pacientů oproti ceně intervence za prvních 16 týdnů (u etaner. za 12 týdnů), resp. 1 rok udržovací léčby



(rozdíl od secukinumabu a guselkumabu je ovšem jen na hranici statistické významnosti), jako nejméně účinný je s velkou pravděpodobností etanercept (viz graf č. 1).

V parametru PASI 100 po dlouhodobém používání je velmi pravděpodobně neúčinnějším přípravkem risankizumab – bodová hodnota NNT činí 1,5 (rozdíl od brodalumabu a guselkumabu je také ale jen na hranici statistické významnosti) – viz graf č. 2. Dle bodových hodnot jen tyto tři výše uvedené přípravky dosahují NNT pod 2. Jako nejméně účinný je s největší pravděpodobností, stejně jako po indukční době, etanercept (viz graf č. 2). Certolizumab má sice hodnoty NNT podobné etanerceptu, ale u něj je vypovídací hodnota výsledku limitována převzetím hodnot dlouhodobé účinnosti hodnotou po indukční době terapie.

Risankizumab (Skyrizi) a brodalumab (Kyntheum) jsou tedy pravděpodobně přípravky s nejvyšší účinností v parametru PASI 100 jak po indukční době, tak i po dlouho-

dobém užívání. Z obou grafů je vidět, že přípravky anti-IL 17 a anti-IL 23 jsou statisticky významně účinnější než anti-TNFa přípravky (kromě infliximabu) a také než anti-IL 12/23 přípravky. Z anti-TNFa přípravků je pravděpodobně nejméně účinný etanercept.

Z přehledu počtu pacientů převáděných ve FN Olomouc na jiný biologický přípravek (mimo případů převodu na biosimilární přípravek a při hodnocení jen originálních přípravků u těch látek, které už mají biosimilární alternativy) či z četnosti ukončení léčby (mimo případy odcestování z ČR) podávaných jako 1.–3. volba biologika (viz tabulka č. 1) plyne následující pořadí setrvání pacienta na léčbě (seřazeno v sestupném pořadí – u přípravků s malým počtem pacientů je nutno předpokládat velkou pravděpodobnost zkreslení výsledku): 1. anti-IL 23 přípravky (zatím je ale na nich málo pacientů, zejména na risankizumabu), 2. anti-IL 17 ixekizumab a brodalumab (u něj také zatím málo pacientů), 3. anti-IL 17

secukinumab, anti-IL 12/23 ustekinumab a anti-TNFa infliximab, 4. anti-TNFa adalimumab a 5. anti-TNFa etanercept. Certolizumab nebyl do pořadí zařazen pro nízký počet pacientů.

Dle celkové ceny terapie přípravkem za indukční dobu léčby (tj. prvních 16 týdnů léčby (u etanerceptu za prvních 12 týdnů)) je nejlevnějším přípravkem Hyrimoz (adalimumab) ve výši 42 318 Kč (viz tabulka č. 2), nejlevnějším přípravkem mimo anti-TNFa přípravky je Kyntheum (brodalumab) ve výši 120 721 Kč (tj. téměř 3× dražší než Hyrimoz), nejdražšími přípravky jsou pak Taltz (ixekizumab), Cosentyx (secukinumab) a Skyrizi (risankizumab) ve výši cca 210 000 Kč za prvních 16 týdnů léčby. Dle celkové ceny terapie přípravkem po dlouhodobém užívání (tj. za rok léčby (52 týdnů) při dávkování v udržovacím režimu zachovaném po celou tuto dobu) je nejlevnějším přípravkem Zessly (infliximab), ale pro specifické postavení infliximabu mezi biologiky (tj. podávání formou i.v. infuze