

# Opsummering af Medicinrådets evidens- gennemgang vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til Crohns sygdom

# Beh



## Om Medicinrådet

Medicinrådet er et uafhængigt råd etableret af Danske Regioner. Medicinrådet udarbejder blandt andet fælles regionale behandlingsvejledninger, som giver en sundhedsfaglig vurdering af de lægemidler, der er sammenlignet inden for et sygdomsområde. Medicinrådet består af tre enheder, som i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsvejledninger har følgende opgaver:

- Rådet indstiller udarbejdelse af og godkender behandlingsvejledninger.
- Sekretariatet er overordnet metodeansvarlig og betjener de forskellige fagudvalg og Rådet.
- Fagudvalgene består blandt andet af læger, farmakologer og patienter, som bidrager til vurderingen af sygdomsområdet.

## Om behandlingsvejledninger

Behandlingsvejledningerne indeholder vurderinger af, hvilke lægemidler der er mest hensigtsmæssige at behandle patienter med inden for et sygdomsområde. Det vil almindeligvis inkludere en vurdering af:

- hvilke patienter der kan behandles med lægemidlerne
- hvilke kriterier der er for start af behandling
- hvilke kriterier der er for skift af behandling, herunder skift af lægemiddel hos patienter, der allerede er i behandling
- hvilke kriterier der er for stop af behandling
- hvilke lægemidler der kan anses for at være ligestillede, dvs. lige gode til den relevante patientgruppe

Behandlingsvejledningerne danner dermed grundlag for ensartet høj kvalitet for behandling af patienter på tværs af sygehuse og regioner. Behandlingsvejledningerne angiver en klinisk rækkefølge til valg af de inkluderede lægemidler på baggrund af en redegørelse for evidensen for klinisk effekt og sikkerhed.

Medicinrådets behandlingsvejledning omfatter følgende dokumenter:

Evidensgennemgang, opsummering, lægemiddelrekommandation og eventuelt en omkostningsanalyse.

I *Medicinrådets opsummering* (dette dokument) præsenteres hovedresultatet af den senest opdaterede evidensgennemgang. Desuden indgår det kliniske sammenligningsgrundlag, der viser dosis og behandlingsperiode for de ligestillede lægemidler. Dette danner sammen med en eventuel *omkostningsanalyse* baggrund for Medicinrådets *lægemiddelrekommandation* til regionerne.



Medicinrådets evidensgennemgang består af en behandlingsvejledning, direkte indplaceringer etc. I disse dokumenter er datagrundlaget og analyserne nærmere beskrevet. Medicinrådet tager i analyserne udgangspunkt i en protokol, der er godkendt af Rådet tidligere. I evidensgennemgangen tager Medicinrådet blandt andet stilling til, om der er klinisk betydende forskelle mellem lægemidlerne, eller om to eller flere af disse kan ligestilles.

For yderligere information se *Metodehåndbog for Medicinrådets vurdering af flere lægemidler inden for samme terapiområde*. Du finder denne på Medicinrådets hjemmeside.

Dokumentoplysninger	
Godkendelsesdato	22. februar 2024
Dokumentnummer	188757
Versionsnummer	1.0

©Medicinrådet, 2024  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk  
Format: pdf  
Udgivet af Medicinrådet, 23. februar 2024



# Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang

## Vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til behandling af Crohns sygdom

Medicinrådet har udarbejdet behandlingsvejledningen vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler (BMSL) til behandling af Crohns sygdom på baggrund af en systematisk litteraturgennemgang. Formålet er at redegøre for, om der er klinisk betydende forskelle på lægemidlerne, eller om to eller flere af disse lægemidler kan ligestilles. Derudover er der lavet to tillæg til behandlingsvejledningen vedr. direkte indplaceringer af hhv. upadacitinib og risankizumab. Alle dokumenter kan findes på Medicinrådets hjemmeside under dette link [Inflammatoriske tarmsygdomme \(Crohns sygdom\) \(medicinraadet.dk\)](https://www.medicinraadet.dk/Inflammatoriske_tarmsygdomme_(Crohns_sygdom)).

Crohns sygdom debuterer hyppigst hos unge voksne mellem 20-30 år. Antallet af patienter med Crohns sygdom i Danmark blev i år 2013 anslået til 17.530, mens antallet af nye patienter per år er ca. 9 pr. 100.000<sup>1</sup>. Hos børn under 16 år er incidensen 3,7 pr. 100.000<sup>1</sup>. En stigende andel af patienterne forventes at være i behandling med BMSL.

## Metode

Medicinrådet har vurderet, om der er klinisk betydende forskelle mellem lægemidlerne for hhv. BMSL-naive patienter (klinisk spørgsmål 1 i behandlingsvejledningen) og -erfarne patienter (klinisk spørgsmål 2 i behandlingsvejledningen) med Crohns sygdom. Følgende effektmål er blevet vurderet:

- Klinisk remission efter induktionsbehandling (uge 6-8)
- Systemisk steroidfri remission ved vedligeholdelsesbehandling (uge 52)
- Bivirkninger (længst mulig opfølgningstid)
- Endoskopisk/billeddiagnostisk remission ved vedligeholdelsesbehandling (uge 52)
- Livskvalitet ved IBDQ (længst mulig opfølgningstid).

Medicinrådet har inddelt lægemidlerne i tre kategorier: "Anvend", "Overvej" og "Anvend ikke rutinemæssigt". Medicinrådet vurderer, at lægemidler angivet under "Anvend" betragtes som klinisk ligestillede, og de er dermed mulige førstevalgspræparater. Lægemidler angivet under "Overvej" er ikke at betragte som klinisk ligestillede med de lægemidler, som er angivet under "Anvend". Medicinrådet anbefaler derfor kun at anvende lægemidler angivet under "Overvej", hvis det ikke er muligt at anvende mindst ét af de ligestillede præparater under "Anvend". Lægemidler angivet under "Anvend ikke rutinemæssigt" er forbundet med flere ulemper eller færre positive effekter end

---

<sup>1</sup> Lophaven SN, Lyng E, Burisch J. The incidence of inflammatory bowel disease in Denmark 1980–2013: a nationwide cohort study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;45(7):961–72.



lægemidlerne under "Anvend" og "Overvej". Derfor anbefaler Medicinrådet, at disse lægemidler kun anvendes i særlige tilfælde.

Procentsatsen i "Anvend" beskriver den andel af patientpopulationen i de kliniske spørgsmål, der som minimum bør starte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i rekommandationen. For både BMSL-naive og -erfarne er procentsatsen på 70 %. Medicinrådet vurderer, at der kan være patienter, for hvem et eller flere af lægemidlerne ikke er et muligt valg på grund af kontraindikationer, bivirkninger eller andre faktorer. Medicinrådet vurderer, at denne gruppe højst udgør 30 %.

Medicinrådet har i deres vurdering af lægemidlerne lagt stor vægt på vedvarende effektiv behandling og få bivirkninger. Patienters præferencer vedrørende administrationsmåde, interval og behandlingssted indgår ikke i sammenligningen af lægemidlerne, men kan indgå i overvejelserne vedrørende valg af præparat.

Den kliniske rækkefølge er lavet på baggrund af effektsammenligninger (relative og absolutte effektforskelle samt p-scorer) fra netværksmetaanalyser for klinisk remission efter induktionsbehandling og steroidfri remission ved vedligeholdelsesbehandling. For endoskopisk remission, bivirkninger og livskvalitet er data gennemgået vha. en naiv sammenligning. For hvert af de vurderede effektmål er lægemidlerne inddelt i to grupper. For effektmålet livskvalitet og endoskopisk remission kan lægemidlerne ikke rangeres indbyrdes, da datagrundlaget er for uensartet i opgørelsesmetode. Formålet med grupperingerne af lægemidlerne indenfor hvert enkelt effektmål er at øge transparensen vedrørende de samlede anbefalinger. De er således ikke tænkt som vejledning til klinisk beslutningstagning.

## Medicinrådets kliniske rækkefølge af lægemidler

### **Patienter med Crohns sygdom, der ikke tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-naive patienter)**

På baggrund af effekt- og sikkerhedssammenligninger vurderer Medicinrådet, at lægemidlerne adalimumab, infliximab, risankizumab, ustekinumab, vedolizumab (i.v.) og vedolizumab (i.v. + s.c.) angivet i kategorien "Anvend" i



Tabel 1-1 er klinisk ligestillede.

Ingen lægemidler er placeret i kategorien "Overvej".

Medicinrådet vurderer, at lægemidlet upadacitinib angivet i kategorien "Anvend ikke rutinemæssigt" er forbundet med en øget risiko for alvorlige bivirkninger i form af malignitet, alvorlige kardiovaskulære hændelser, alvorlige infektioner, venøs tromboemboli og herpes zoster.



**Tabel 1-1. Medicinrådets kliniske rækkefølge af lægemidler til voksne patienter med Crohns sygdom, som ikke tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-naive patienter).**

BMSL-naive patienter	Lægemiddel	Administration og dosis
Anvend til 70 % af populationen*	Adalimumab (s.c.)	Induktionsdosis: 160 mg uge 0, 80 mg uge 2. Vedligeholdelsesdosis: 40 mg hver 2. uge.
	Infliximab (i.v.)	Induktionsdosis: 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis: 5 mg/kg hver 8. uge.
	Risankizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 600 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 360 mg hver 8. uge fra uge 12.
	Ustekinumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 260 mg ( $\leq$ 55 kg); 390 mg ( $>$ 55 - $\leq$ 85 kg); 520 mg ( $>$ 85 kg) uge 0. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 90 mg uge 8 og herefter hver 12. uge.
	Vedolizumab (i.v.)	Induktionsdosis: 300 mg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis: 300 mg hver 8. uge.
	Vedolizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsbehandling (i.v.): 300 mg uge 0 og 2. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 108 mg uge 6, og herefter 108 mg hver 2. uge.
Overvej	-	-
Anvend ikke rutinemæssigt	Upadacitinib (p.o.)	Induktionsdosis: 45 mg dagligt i 12 uger. Vedligeholdelsesbehandling: 15 eller 30 mg dagligt.

Note: Lægemidlerne er listet i alfabetisk rækkefølge indenfor hver kategori.

\* Procentsatsen beskriver den andel af patientpopulationen, der som minimum bør starte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i rekommandationen.

Ovenstående tabel er baseret på nedenstående vurderinger (Tabel 1-2) af lægemidlernes effekter på hver enkelt effektmål samt kvalitative vurderinger af livskvalitet og endoskopisk remission.



**Tabel 1-2. Gruppering af lægemidlerne for hvert af de tre effektmål vurderet hos patienter, der ikke tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-naive patienter).**

Gruppe	Effektmål		
	Klinisk remission (uge 6-8)	Steroidfri remission (uge 52)*	Bivirkninger
1	Adalimumab	Risankizumab	Adalimumab
	Infliximab	Upadacitinib	Infliximab
	Risankizumab	Ustekinumab	Risankizumab
	Ustekinumab	Vedolizumab	Ustekinumab
	Vedolizumab		Vedolizumab
2	Upadacitinib		Upadacitinib

Note: Lægemidlerne er listet i alfabetisk rækkefølge indenfor hver kategori.

\* For dette effektmål kunne adalimumab og infliximab ikke vurderes, idet der ikke foreligger data for systemisk steroidfri remission.

Data for infliximab og adalimumab er mere sparsomt for de ønskede effektmål end for de øvrige nyere lægemidler. I fagudvalgets samlede vurdering lægger de vægt på, at der er meget klinisk erfaring med anvendelse af adalimumab og infliximab, som viser, at den kliniske effekt af disse lægemidler er sammenlignelig med den kliniske effekt af de øvrige lægemidler.

#### **Patienter med Crohns sygdom, der tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-erfarne patienter)**

På baggrund af effekt- og sikkerhedssammenligninger vurderer Medicinrådet, at lægemidlerne adalimumab, infliximab, risankizumab, ustekinumab, vedolizumab (i.v.) og vedolizumab (i.v. og s.c.) angivet i kategorien "Anvend" i Tabel 1-3 er klinisk ligestillede.

Upadacitinib er placeret i kategorien "Overvej", fordi det er forbundet med en øget risiko for alvorlige bivirkninger. Der ses en tilsvarende effekt, men som beskrevet ovenfor til BMSL-naive patienter vægtes de betydelige bivirkninger højest.





**Tabel 1-3. Medicinrådets kliniske rækkefølge af lægemidler til lægemidler til voksne patienter med Crohns sygdom, som tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-erfarne patienter).**

BMSL-erfarne patienter	Lægemiddel	Administration og dosis
Anvend til 70 % af populationen*	Adalimumab (s.c.)	Induktionsdosis: 160 mg uge 0, 80 mg uge 2. Vedligeholdelsesdosis: 40 mg hver 2. uge.
	Infliximab (i.v.)	Induktionsdosis: 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis: 5 mg/kg hver 8. uge.
	Risankizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 600 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 360 mg hver 8. uge fra uge 12.
	Ustekinumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 260 mg ( $\leq 55$ kg); 390 mg ( $> 55 - \leq 85$ kg); 520 mg ( $> 85$ kg) uge 0. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 90 mg uge 8 og herefter hver 12. uge.
	Vedolizumab (i.v.)	Induktionsdosis: 300 mg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis: 300 mg hver 8. uge.
	Vedolizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsbehandling (i.v.): 300 mg uge 0 og 2. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 108 mg uge 6, og herefter 108 mg hver 2. uge.
Overvej	Upadacitinib (p.o.)	Induktionsdosis: 45 mg dagligt i 12 uger. Vedligeholdelsesbehandling: 15 eller 30 mg dagligt.

Note: Lægemidlene er listet i alfabetisk rækkefølge indenfor hver kategori.

\* Procentsatsen beskriver den andel af patientpopulationen, der som minimum bør starte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i rekommandationen.

Ovenstående tabel er baseret på nedenstående vurderinger (Tabel 1-4) af lægemidlernes effekter på hvert enkelt effektmål samt kvalitative vurderinger af livskvalitet og endoskopisk remission.



**Tabel 1-4. Gruppering af lægemidlerne for hvert af de tre effektmål vurderet hos patienter, der tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-erfarne patienter).**

Gruppe	Effektmål		
	Klinisk remission (uge 6-8)*	Systemisk steroidfri (uge 52)‡	Bivirkninger
1	Adalimumab	Risankizumab	Adalimumab
	Risankizumab	Upadacitinib	Infliximab
	Upadacitinib	Ustekinumab	Risankizumab
	Ustekinumab	Vedolizumab	Ustekinumab
			Vedolizumab
2	Vedolizumab		Upadacitinib

Note: Lægemidlene er listet i alfabetisk rækkefølge indenfor hver kategori. Lægemidlerne i gruppe 1 er vurderet at være mere effektive og have en mildere bivirkningsprofil end lægemidler i kategori 2.

\* For dette effektmål kan infliximab ikke vurderes

‡ For dette effektmål kan infliximab og adalimumab ikke vurderes

Data for infliximab og adalimumab er mere sparsomt for de ønskede effektmål end for de øvrige nyere lægemidler. I fagudvalgets samlede vurdering lægger de vægt på, at der er meget klinisk erfaring med anvendelse af adalimumab og infliximab, som viser, at den kliniske effekt af disse lægemidler er sammenlignelig med den kliniske effekt af de øvrige lægemidler.

## Øvrige forhold

### Initiering af behandling

BMSL-behandling kan initieres ved moderat til svær aktiv Crohns sygdom, som ikke kan bringes i remission, eller som enten recidiverer under aftrapning af steroidbehandling eller ikke kan holdes i remission med immunosuppressiv behandling, og hvor kirurgi ikke foretrækkes.

Billediagnostisk vurdering (endoskopisk/radiologisk) anbefales mhp. at fastlægge sværhedsgrad af inflammation samt mulige komplikationer hos patienterne, som har svigt af konventionel behandling.

For patienter med andre autoimmune lidelser bør prioritering af lægemiddelvalg tage udgangspunkt i patientens samlede sygdomsbillede.



### Skift af behandling

Generelle forhold vedrørende skift af BMSL-behandling:

- Hvis et BMSL ikke har effekt (primært svigt), bør skift til et BMSL med anden virkningsmekanisme overvejes, eller patienten vurderes mhp. kirurgisk intervention.
- Ved sekundært svigt (dvs. tab af effekt efter initialt behandlingsrespons) kan intensivering med samme lægemiddel (dvs. afkortning af interval mellem infusioner/injektioner, øgning af dosis) forsøges. Der kan forsøges skift til BMSL med tilsvarende virkningsmekanisme, inden der overgås til BMSL med anden virkningsmekanisme.

For Crohns sygdom gælder desuden følgende forhold:

- Ved remission efter induktionsbehandling fortsættes behandlingen som vedligeholdelsesbehandling.
- Ved partiel respons af induktionsbehandling kan det overvejes at intensivere behandlingen (afkortning af interval mellem infusioner/injektioner, øgning af dosis).

### Fortsat behandling eller seponering af behandling

Under vedligeholdelsesbehandling af kronisk aktiv Crohns sygdom bør vurdering af behandlingseffekt foretages minimum hver 26./52. uge. Ved sygdomsaktivitet bør den aktuelle BMSL-behandling optimeres (afkortning af interval mellem infusioner/injektioner, øgning af dosis), eller skift til anden BMSL-behandling overvejes.

Hvis sygdommen er i længerevarende remission, kan behandlingsintensiteten af BMSL forsøges nedskaleret, eller behandlingen kan helt ophøre under fortsat monitorering af sygdomsaktiviteten. Langvarig klinisk/biomarkørmæssig remission samt eventuelt endoskopisk/billeddiagnostisk fravær af inflammation synes at være en forudsætning for, at patienten kan forblive i remission uden behandling.

Ved fortsat inaktiv sygdom fortsætter patienten uden BMSL-behandling. Ved recidiv efter ophør af vedligeholdelsesbehandling kan behandlingen genoptages, eller kirurgi kan tilbydes.

Patient-specifikke forhold kan indicere behandling i en længerevarende periode. Genoptagelse af anti-TNF-behandling efter en længere pause er ikke ledsaget af tab af effekt eller øget hyppighed af bivirkninger.

### Interval- og dosisjustering

Inden for det første år aftager effekten af BMSL hos ca. hver 3. patient, og det gælder især for BMSL-erfarne patienter. Systematiske litteraturreview af real-life data tyder på, at øgning af dosis eller nedsættelse af intervallet mellem doser har klinisk effekt.

### Monitorering af effekt og bivirkninger for de udvalgte lægemidler

Effekt af behandling og bivirkninger vurderes som minimum hver 3. måned på baggrund af symptomer, kliniske markører og biokemi.



Ved hver infusion, udlevering eller injektion af et BMSL bør eventuelle bivirkninger registreres.

Det overordnede klinisk- og patientrapporterede behandlingsmål er:

- Ophør af mavesmerter, normalisering af afføringsmønster, normalisering af inflammationsmarkører - samt endoskopisk remission (ingen ulcerationer ved ileokoloskopi) eller ingen tegn på inflammation ved billeddiagnostik. Dette er foreneligt med anbefalingerne fra the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases (IOIBD) angivet i både STRIDE I og STRIDE II.

#### Terapeutisk drug monitorering (TDM)

I den daglige klinik justeres dosis eller dosisinterval af BMSL ud fra effekt, dvs. klinisk, paraklinisk og billeddiagnostik inklusive endoskopi. I flere artikler er foreslået et "terapeutisk niveau" for flere af lægemidlerne, men hvorvidt dalværdien blot er en prognostisk parameter, eller om behandlingseffekten faktisk vil kunne forbedres ved en optimering af koncentrationen, er ikke afklaret. Proaktiv TDM kan derfor ikke anbefales uden for kliniske forsøg.

Måling af antidrug-antibody (ADA) kan for nærværende ikke anbefales anvendt til klinisk beslutningstagen.

## Medinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

I det kliniske sammenligningsgrundlag (Tabel 1-5) har Medicinrådet beskrevet de ligestillede lægemidler med dosis og antal doseringer over den relevante tidsperiode for hver population i de kliniske spørgsmål. Tidsperiode og de angivne lægemidler inkluderes i omkostningsanalysen. En opdateret version af omkostningsanalysen, der inkluderer alle lægemidler, vil blive publiceret her: [Inflammatoriske tarmsygdomme \(Crohns sygdom\) \(medicinraadet.dk\)](https://www.medicinraadet.dk/inflammatoriske-tarmsygdomme-crohns-sygdom). De valgte doseringer er baseret på anbefalede startdoser i produktresuméet. For alle lægemidler kan dosis tilpasses hos den enkelte patient. Dette er ikke medregnet.

Perioden for sammenligningen er fastlagt til 78-ugers (18 måneder) behandling inkl. induktionsperiode. Tidsperioden er valgt, da den omfatter omkostninger forbundet med både induktionsbehandling og vedligeholdelsesbehandling. Behandlingen forventes at være livslang. Gennemsnitsvægt for en patient er sat til 75 kg.

For begge kliniske spørgsmål gælder det, at der ikke er klinisk relevant forskel i effekt og bivirkninger mellem lægemidlerne adalimumab, infliximab, risankizumab, ustekinumab, vedolizumab (i.v.) og vedolizumab (i.v. + s.c.). Det kliniske sammenligningsgrundlag nedenfor er derfor gældende for begge kliniske spørgsmål.



**Tabel 1-5. Klinisk sammenligningsgrundlag med en sammenligningsperiode på 78 uger (18 måneder) for patienter med Crohns sygdom, BMSL-naive patienter og BMSL-erfarne patienter.**

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde
Adalimumab (s.c.)	Induktionsdosis: 160 mg uge 0, 80 mg uge 2. Vedligeholdelsesdosis: 40 mg hver 2. uge.	43 stk. 40 mg penne/ sprøjter I alt 1720 mg
Infliximab (i.v.)	Induktionsdosis: 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis: 5 mg/kg hver 8. uge.	41,25 stk. 100 mg hætteglas I alt 4125 mg
Risankizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 600 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 360 mg hver 8. uge fra uge 12.	3 stk. 600 mg hætteglas 8,17 stk. 360 mg penne I alt 4740 mg
Ustekinumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 260 mg ( $\leq$ 55 kg); 390 mg (55-85 kg); 520 mg ( $>$ 85 kg) uge 0. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 90 mg uge 8 og herefter hver 12. uge.	3 stk. 130 mg hætteglas 5,83 stk. 90 mg sprøjter I alt 915 mg
Vedolizumab (i.v.)	Induktionsdosis: 300 mg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis: 300 mg hver 8. uge.	11 stk. 300 mg hætteglas I alt 3300 mg
Vedolizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsbehandling (i.v.): 300 mg uge 0 og 2. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 108 mg uge 6, og herefter 108 mg hver 2. uge.	2 stk. 300 mg hætteglas 36 stk. 108 mg penne I alt 4488 mg

Note: Gennemsnitsvægt for en patient er 75 kg.



# Versionslog

## Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.0	22. februar 2024	Godkendt af Medicinrådet.

**Medicinrådets sekretariat**

Medicinrådet Dampfærgevej 21-23, 3. sal  
2100 København Ø

+ 45 70 10 36 00

[medicinraadet@medicinraadet.dk](mailto:medicinraadet@medicinraadet.dk)

[www.medicinraadet.dk](http://www.medicinraadet.dk)