

Medicinrådets  
lægemiddelrekommandation  
og behandlingsvejledning  
vedrørende lægemidler til  
metastatisk nyrekræft

# Rek



## Om Medicinrådet

Medicinrådet er et uafhængigt råd etableret af Danske Regioner.

Medicinrådet udarbejder fælles regionale behandlingsvejledninger. Behandlingsvejledningerne indeholder vurderinger af, hvilke lægemidler der er mest hensigtsmæssige at behandle patienter med inden for et terapiområde. De danner dermed grundlag for ensartet høj kvalitet for behandling af patienter på tværs af sygehuse og regioner. Medicinrådet angiver kliniske rækkefølger af de inkluderede lægemidler på baggrund af en redegørelse for evidensen for klinisk effekt og sikkerhed.

## Om Medicinrådets lægemiddelrekommandation

Lægemiddelrekommandationen er Medicinrådets prioriterede liste for brugen af lægemidler, når både de kliniske og økonomiske aspekter er sammenvejet. Medicinrådets lægemiddelrekommandation er udgivet sammen med Medicinrådets behandlingsvejledning.

Se *Metodehåndbog for Medicinrådets vurdering af flere lægemidler inden for samme terapiområde* for yderligere information. Du finder denne på Medicinrådets hjemmeside under siden Metoder.

*Fremkommer der nye og væsentlige oplysninger af betydning for behandlingsvejledningens indhold, kan Medicinrådet tage den op til fornyet behandling. Det samme gælder, hvis der er begået væsentlige fejl i forbindelse med sagsbehandlingen.*

### Dokumentoplysninger

**Godkendelsesdato** 15. juni 2022

**Ikrafttrædelsesdato** 1. september 2022

**Dokumentnummer** 144784

**Versionsnummer** 1.1

©Medicinrådet, 2022  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk  
Format: pdf  
Udgivet af Medicinrådet, 16. juni 2022



# 1. Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft

## Formål

Medicinrådets lægemiddelrekommandation angiver på baggrund af Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende metastatisk nyrekræft hvilke specifikke lægemidler, det er mest hensigtsmæssigt at anvende. Klinisk ligestillede lægemidler er prioriteret ud fra deres totalomkostninger ved behandling i 40 eller 20 uger for henholdsvis første- og andenlinjebehandling. Der gælder særlige forhold vedr. rekommandationerne for hhv. førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe og andenlinjebehandling af patienter med clearcelle mRCC, som har modtaget checkpoint immunterapi i første linje. Jf. behandlingsvejledningen har Medicinrådet for disse populationer afvejet forholdet mellem pris og effekt for både præparaterne angivet under 'anvend' og 'overvej' (se baggrund for behandlingsvejledning side 5 og 6).

## 1.1 Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne

Medicinrådet har vurderet, at kombinationspræparaterne pembrolizumab/axitinib og avelumab/axitinib er klinisk ligeværdige som mulige førstevalgspræparater til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe. Lægemidlerne er derfor angivet under 'anvend' i behandlingsvejledningen (Tabel 6). Pembrolizumab/axitinib og avelumab/axitinib er ikke anbefalet af Medicinrådet som standardbehandling, da der ikke er et rimeligt forhold mellem effekt og pris. Efterlevelsescravet på anvendelse til minimum 80 % af populationen tilfalder derfor sunitinib, som er det lægemiddel angivet under 'overvej' i behandlingsvejledningen, der er forbundet med de laveste totalomkostninger.

Medicinrådet har vurderet, at præparaterne sunitinib, pazopanib og tivozanib er klinisk ligeværdige, men da disse har en ringere effekt på samlet overlevelse end pembrolizumab/axitinib og avelumab/axitinib, er de angivet som mulige 2. valgpræparater under 'overvej' i behandlingsvejledningen (Tabel 6). Som angivet i Baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning (Tabel 1, side 5) har Medicinrådet foretaget en samlet vurdering af forholdet mellem pris og effekt for både præparaterne under 'anvend' og 'overvej'. På den baggrund er lægemidlerne angivet i prioriteret rækkefølge i Tabel 1 nedenfor. Medicinrådet anbefaler sunitinib som 1. valg til førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe.



**Tabel 1. Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne**

Prioriteret anvendelse	Præparatnavn (lægemiddelnavn)	Opstartsdosis og dispenseringsform #
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Sunitinib Teva	50 mg x 1 dagligt i 4 uger efterfulgt af pause i 2 uger, p.o.
2. valg	Fotivda (tivozanib)	1340 µg x 1 dagligt i 21 dage efterfulgt af en pause på 7 dage, p.o.
3. valg	Votrient (pazopanib)	800 mg x 1 dagligt, p.o.
	Keytruda (pembrolizumab) / Inlyta (axitinib) §	Pembrolizumab: hver 3. eller hver 6. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering. Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.
	Bavencio (avelumab) / Inlyta (axitinib) §	Avelumab: hver 2. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering. Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med tivozanib.

#Lægemidlerne gives til progression eller uacceptabel toksicitet, dog maksimalt 2 år for checkpoint immunterapi.

§Pembrolizumab/axitinib og avelumab/axitinib indgår i behandlingsvejledningen men anbefales ikke til denne patientpopulation, da Medicinrådet vurderer, at der ikke er et rimeligt forhold mellem pris og effekt.

## 1.2 Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne

Medicinrådet anbefaler nivolumab/ipilimumab i 1. linje til minimum 80 % af patienterne i intermediær/dårlig prognosegruppe. Selvom der er sammenlignelige effekt- og sikkerhedsdata mellem nivolumab/ipilimumab, pembrolizumab/axitinib og avelumab/axitinib, vægtes det, at der aktuelt er store forskelle i opfølgningstid (hhv. 32,4 mdr., 12 mdr. og 19 mdr.). Indtil der foreligger data med længere opfølgningstid, som be- eller afkræfter den forventede effekt af avelumab/axitinib og pembrolizumab/axitinib, anbefaler Medicinrådet, at præparaterne ikke bør anvendes rutinemæssigt til patienter i intermediær/dårlig prognosegruppe. I april 2022 er anbefalingen af avelumab/axitinib til patientpopulationen blevet revurderet som følge af data med længere opfølgningstid. De nye data ændrer ikke ved den sundhedsfaglige vurdering af, at avelumab i kombination med axitinib ikke kan ligestilles med nivolumab i kombination med ipilimumab.

Medicinrådet vurderer, at tivozanib, pazopanib, sunitinib og cabozantinib kan ligestilles og tilbydes til patienter, der ikke tåler checkpoint immunterapi.



**Tabel 2. Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne**

Prioriteret anvendelse	Præparatnavn (lægemiddelnavn)	Opstartsdosis og dispenseringsform #
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Opdivo (nivolumab) / Yervoy (ipilimumab)	De første 4 doser er en kombination af nivolumab og ipilimumab hver 3 uge, i.v. Herefter nivolumab hver 2. uge eller hver 4. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering.
2. valg	Sunitinib Teva	50 mg x 1 dagligt i 4 uger efterfulgt af pause i 2 uger, p.o.
3. valg	Fotivda (tivozanib)	1340 µg x 1 dagligt i 21 dage efterfulgt af en pause på 7 dage, p.o.
4. valg	Votrient (pazopanib)	800 mg x 1 dagligt, p.o.
	Cabometyx (cabozantinib) §	60 mg x 1 dagligt, p.o.
	Keytruda (pembrolizumab) / Inlyta (axitinib) §	Pembrolizumab: hver 3. eller hver 6. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering. Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.
	Bavencio (avelumab) / Inlyta (axitinib) §	Avelumab: hver 2. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering. Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med nivolumab/ipilimumab.

#Lægemidlerne gives til progression eller uacceptabel toksicitet, dog maksimalt 2 år for checkpoint immunterapi.

§Pembrolizumab/axitinib, avelumab/axitinib og cabozantinib indgår i behandlingsvejledningen men anbefales ikke til denne patientpopulation, da Medicinrådet vurderer, at der ikke er et rimeligt forhold mellem pris og effekt.

### 1.3 Andenlinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne

Medicinrådets anbefalinger vedr. andenlinjebehandling er opdelt på hhv. patienter, som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje (Tabel 3), og patienter, som har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje (Tabel 4).

#### **Patienter med clearcelle mRCC, som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje**

For patienter, som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje, vurderer Medicinrådet, at nivolumab monoterapi har den bedste effekt- og sikkerhedsprofil og



derfor bør anvendes som 1. valgsbehandling i 2. linje til minimum 80 % af patienterne. Der foreligger ikke evidens herfor, men da nivolumab/ipilimumab, avelumab/axitinib og pembrolizumab/axitinib har tilsvarende virkningsmekanisme, forventer Medicinrådet, at effekt- og bivirkningsprofiler også vil være sammenlignelige, når de anvendes i 2. linje. Derfor kan behandlingerne ligestilles og overvejes i 2. linje til patienter, som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje.

**Table 3. Andenlinjebehandling af patienter med clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne og som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i første linje**

Prioriteret anvendelse	Præparatnavn (Lægemiddelnavn)	Opstartsdosis og dispenseringsform #
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Opdivo (nivolumab)	Hver 2. uge eller hver 4. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering.
2. valg	Bavencio (avelumab) / Inlyta (axitinib)	Avelumab: hver 2. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering. Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.
3. valg	Keytruda (pembrolizumab) / Inlyta (axitinib)	Pembrolizumab: hver 3. eller hver 6. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering. Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.
4. valg	Opdivo (nivolumab) / Yervoy (ipilimumab)	De første 4 doser er en kombination af nivolumab og ipilimumab hver tredje uge, i.v. Herefter nivolumab hver 2. uge eller hver 4. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering.

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med nivolumab monoterapi. #Lægemidlerne gives til progression eller uacceptabel toksicitet, dog maksimalt 2 år for checkpoint immunterapi.

#### **Patienter med clearcelle mRCC, som har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje**

For patienter, som har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje, vurderer Medicinrådet, at cabozantinib har højere toksicitet men også en bedre effekt på samlet overlevelse, responsrate og progressionsfri overlevelse. Derfor anbefales cabozantinib som 1. valg i 2. linje til minimum 80 % af de patienter, som har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje.

Medicinrådet vurderer, at sorafenib, axitinib, pazopanib, sunitinib og tivozanib kan ligestilles og overvejes i 2. linje til patienter, som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje. Medicinrådet vurderer, at everolimus ikke bør anvendes rutinemæssigt, da effekten på samlet overlevelse og responsrate er dårligere end de øvrige alternativer.



**Tabel 4. Andenlinjebehandling af patienter med clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne, og som har modtaget checkpoint immunterapi i første linje**

Prioriteret anvendelse	Præparatnavn (lægemiddelnavn)	Opstartsdosis og dispenseringsform #
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Cabometyx (cabozantinib)	60 mg x 1 dagligt, p.o.
2. valg	Sunitinib Teva	50 mg x 1 dagligt i 4 uger efterfulgt af pause i 2 uger, p.o.
3. valg	Sorafenib Mylan	400 mg x 2 dagligt, p.o.
4. valg	Fotivda (tivozanib)	1340 µg x 1 dagligt i 21 dage efterfulgt af en pause på 7 dage, p.o.
5. valg	Votrient (pazopanib)	800 mg x 1 dagligt, p.o.
6. valg	Inlyta (axitinib)	5 mg x 2 dagligt, p.o.
7. valg	Everolimus Sandoz	10 mg x 1 dagligt, p.o.

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med cabozantinib.

#Lægemidlerne gives til progression eller uacceptabel toksicitet, dog maksimalt 2 år for checkpoint immunterapi.

## 1.4 Behandling til patienter med non-clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne

Evidensen vedr. behandling af non-clearcelle RCC er generelt sparsom. Medicinrådet vurderer, at TKI/VEGF-hæmmerne cabozantinib, pazopanib, sunitinib, tivozanib, axitinib og everolimus generelt er effektive og med sammenlignelig effekt til behandling af non-clearcelle mRCC. Lægemidlerne kan ligestilles til behandling af 80 % af patienterne med non-clearcelle-mRCC. Ved inddragelse af totalomkostninger for behandling anbefales det, at lægemidlet sunitinib anvendes som 1. valg til minimum 80 % af patientpopulationen.

Fagudvalget vurderer, at der er undtagelser vedrørende behandlingsvalg, når man ser på specifikke histologiske undertyper. Således bør man til mRCC med sarkomatoid komponent overveje checkpoint immunterapi, da både evidensen og fagudvalgets erfaring tyder på, at nivolumab har bedre effekt sammenlignet med TKI/VEGF-hæmmerne. Til patienter med samlerørs mRCC bør man overveje platinbaseret kemoterapi, da der er bedre evidens for effekt end ved behandling med targetterede lægemidler.



**Table 5. Behandling af patienter med non-clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne**

Prioriteret anvendelse	Præparatnavn (lægemiddelnavn)	Opstartsdosis og dispenseringsform #
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Sunitinib Teva	50 mg x 1 dagligt i 4 uger efterfulgt af pause i 2 uger, p.o.
2. valg	Everolimus Sandoz	10 mg x 1 dagligt, p.o.
3. valg	Fotivda (tivozanib)	1340 µg x 1 dagligt i 21 dage efterfulgt af en pause på 7 dage, p.o.
4. valg	Votrient (pazopanib)	800 mg x 1 dagligt, p.o.
5. valg	Inlyta (axitinib)	5 mg x 2 dagligt, p.o.
6. valg	Cabometyx (cabozantinib)	60 mg x 1 dagligt, p.o.
7. valg	Opdivo (nivolumab)	Hver 2. uge eller hver 4. uge, iv. Se afsnit 5 for dosering.
8. valg	Opdivo (nivolumab) / Yervoy (ipilimumab)	De første 4 doser er en kombination af nivolumab og ipilimumab hver 3 uge, i.v. Herefter nivolumab hver 2. uge eller hver 4. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering
9. valg	Bavencio (avelumab) / Inlyta (axitinib)	Avelumab: hver 2. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering.  Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.
10. valg	Keytruda (pembrolizumab) / Inlyta (axitinib)	Pembrolizumab: hver 3. eller hver 6. uge, i.v. Se afsnit 5 vedr. dosering.  Axitinib: 5 mg x 2 dagligt, p.o.

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles tivozanib.  
#Lægemidlerne gives til progression eller uacceptabel toksicitet, dog maksimalt 2 år for checkpoint immunterapi.





## 1.5 Medicinrådets vurdering vedr. vægtbaseret versus fast dosering af checkpoint immunterapi

Potentielle forskelle, som følge af forskellige doser (fast versus vægtbaseret) og/eller doseringsinterval, er undersøgt for pembrolizumab og nivolumab i behandlingsvejledningen (hhv. spørgsmål 1 og 2).

To tidligere godkendte behandlingsvejledninger fra Medicinrådet vedr. henholdsvis ikke-småcellet lungekræft [25] og adjuverende behandling af modermærkekræft [26] konkluderer, at der ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle mellem vægtbaseret og fast dosering af pembrolizumab samt mellem dosering hver 3. eller 6. uge. Medicinrådets fagudvalg vedrørende nyrekræft vurderer, at denne konklusion kan overføres til de kliniske spørgsmål i denne behandlingsvejledning, der omhandler pembrolizumab i kombination med andre lægemidler.

Jf. Medicinrådets behandlingsvejledning vedr. modermærkekræft og fagudvalgets vurdering af det foreliggende datagrundlag ses der ikke klinisk betydende forskelle mellem fast og vægtbaseret dosering af nivolumab eller dosering hver 2. eller 4. uge. Fagudvalget gør opmærksom på, at vurderingen i behandlingsvejledning vedr. adjuverende modermærkekræft omfatter nivolumab som monoterapi men vurderer, at der ikke er noget, som tyder på, at kombinationsbehandling med ipilimumab vil ændre konklusionen.

Medicinrådet vurderer, at de ovenstående betragtninger gælder for de øvrige kliniske spørgsmål i den del af behandlingsvejledningen, der omhandler nivolumab eller pembrolizumab. Medicinrådet er opmærksom på, at EMAs indikationer alene gælder fast dosis hver 3. eller 6. uge (pembrolizumab) samt hver 2. eller 4. uge (nivolumab), og at anbefaling af vægtbaseret dosering derfor er uden for godkendt indikation (off-label). Medicinrådet er ydermere bekendt med, at dosis for avelumab i produktresuméet, på linje med ovenstående, er ændret fra 10 mg/kg til en fast dosis på 800 mg<sup>1</sup>. Det pivotale kliniske studie (JAVELIN Renal 101) er foretaget med vægtbaseret dosis (10 mg/kg, hver 2. uge).

---

<sup>1</sup> Der henvises til EPAR variation 'EMA/H/C/004338/II/0009/G'. Det fremgår på side 103 afsnit 3.7.3, at EMA betragter forholdet mellem effekt og risici som værende uændret ved sammenligning af fast og vægtbaseret dosis.



## 2. Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft

### Formål

Medicinrådet udarbejder behandlingsvejledninger for terapiområder til regionerne, som skal danne grundlag for ensartet lægemiddelbehandling af høj kvalitet for patienterne på tværs af sygehuse og regioner.

Medicinrådet ønsker med behandlingsvejledningen vedr. metastatisk nyrekræft at:

- vurdere, om der er klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 1. linjebehandling af patienter med clearcelle mRCC
- vurdere, om der er klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 2. linjebehandling af patienter med clearcelle mRCC
- vurdere, om der er klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 1. linjebehandling af patienter med non-clearcelle mRCC
- vurdere, hvorvidt der er klinisk betydende forskelle mellem fast dosering og vægtbaseret dosering af pembrolizumab
- vurdere, hvorvidt der er klinisk betydende forskelle mellem fast dosering og vægtbaseret dosering af nivolumab.

I dokumentet "Baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft" er evidensen for de væsentligste effekter gennemgået systematisk og sammenholdt med en klinisk vurdering. Dokumentet findes på Medicinrådets hjemmeside. På baggrund af behandlingsvejledningen har Medicinrådet efterfølgende udarbejdet en lægemiddelrekommandation til regionerne, hvor klinisk ligestillede lægemidler er prioriteret ud fra deres totalomkostninger.

### Medicinrådets anbefaling vedrørende lægemidler til behandling af metastatisk nyrekræft

Fagudvalget vurderer, at der for lægemidler/behandlingsregimer angivet under 'anvend' ikke er klinisk betydende forskelle. De angivne lægemidler/behandlingsregimer kan derfor betragtes som ligestillede og dermed mulige førstevalgspræparater til behandling af metastatisk nyrekræft.

Fagudvalget vurderer derimod, at lægemidler/behandlingsregimer angivet under 'overvej' ikke kan betragtes som klinisk ligestillede sammenlignet med



lægemidler/behandlingsregimer angivet under 'anvend', da det er vurderet, at der er klinisk betydende forskelle mellem lægemidlerne/behandlingsregimerne. Det anbefales derfor kun at anvende lægemidler/behandlingsregimer angivet under 'overvej', hvis det ikke er muligt at anvende mindst ét af de ligestillede førstevalgspræparater.

## 2.1 Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne

Pembrolizumab/axitinib og avelumab/axitinib (Tabel 6) er *ikke* anbefalet af Medicinrådet som standardbehandling, da der ikke er et rimeligt forhold mellem effekt og pris. Efterlevelseskrevet på anvendelse til 80 % af populationen tilfalder derfor det lægemiddel angivet under 'overvej', der er forbundet med de laveste totalomkostninger. Se Medicinrådets anbefaling vedr. præparatvalg i Tabel 1 i lægemiddelrekommandationen.

**Tabel 6. Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne**

Anbefaling	Lægemiddel <sup>#</sup>	Behandlingslængde
Anvend til 80 % af populationen*	Pembrolizumab/axitinib** Avelumab/axitinib**	Max 2 år for checkpoint immunterapi  Axitinib: Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Overvej	Sunitinib Pazopanib Tivozanib	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Anvend ikke rutinemæssigt		

Anvend ikke

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som er førstevalg i lægemiddelrekommandationen.

\*\*Lægemidlerne er ikke anbefalet af Medicinrådet som mulig standardbehandling til denne patientpopulation.

#Doser fremgår af Tabel 1 i lægemiddelrekommandationen. Se afsnit 5 vedr. dosering af checkpoint immunterapi.



## 2.2 Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne

**Tabel 7. Førstelinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne**

Anbefaling	Lægemiddel#	Behandlingslængde
Anvend til 80 % af populationen*	Nivolumab/ipilimumab	Max 2 år
Overvej	Tivozanib	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
	Sunitinib	
	Pazopanib	
	Cabozantinib**	
Anvend ikke rutinemæssigt	Pembrolizumab/axitinib**	Max 2 år for checkpoint immunterapi
	Avelumab/axitinib**	Axitinib: Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Anvend ikke		

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som er førstevalg i lægemiddelrekommandation.

\*\*Lægemidlerne er ikke anbefalet af Medicinrådet som mulig standardbehandling til denne patientpopulation.

#Doser fremgår af Tabel 2 i lægemiddelrekommandationen. Se afsnit 5 vedr. dosering af checkpoint immunterapi.

## 2.3 Andenlinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne

Hvad angår patienter, som har modtaget checkpoint immunterapi i første linje, har Medicinrådet vurderet, at forholdet mellem pris og effekt er rimeligt for cabozantinib (angivet under 'anvend' i nedenstående tabel).

**Tabel 8. Andenlinjebehandling til patienter med clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne**

Anbefaling	Patienter, som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje		Patienter, som har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje	
	Lægemiddel#	Behandlingslængde	Lægemiddel#	Behandlingslængde



	Patienter, som ikke har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje		Patienter, som har modtaget checkpoint immunterapi i 1. linje	
Anvend til 80% af populationen*	Nivolumab	Max 2 år	Cabozantinib	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Overvej	Nivolumab / ipilimumab <sup>§</sup>	Max 2 år for checkpoint-immunterapi	Axitinib	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
		Axitinib: Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)	Sorafenib	
	Pembrolizumab / axitinib		Pazopanib	
			Sunitinib	
			Tivozanib	
	Avelumab / axitinib			
Anvend ikke rutinemæssigt			Everolimus	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Anvend ikke				

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som er førstevalg i lægemiddelrekommandation.

<sup>§</sup>Der foreligger endnu ikke evidens for anvendelse af nivolumab/ipilimumab i 2. linje.

<sup>#</sup>Doser fremgår af Tabel 3 og 4 i lægemiddelrekommandationen. Se afsnit 5 i lægemiddelrekommandationen vedr. dosering af checkpoint immunterapi.

## 2.4 Behandling til patienter med non-clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne

**Tabel 9. Behandling til patienter med non-clearcelle mRCC, som opfylder opstartskriterierne**

Anbefaling	Lægemiddel <sup>#</sup>	Behandlingslængde
Anvend til 80 % af populationen*	Cabozantinib	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
	Pazopanib	
	Sunitinib	



Anbefaling	Lægemiddel <sup>#</sup>	Behandlingslængde
	Tivozanib	
	Axitinib	
	Everolimus	
Overvej	Nivolumab	Max 2 år for checkpoint immunterapi
	Nivolumab/ipilimumab	Axitinib: Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
	Pembrolizumab/axitinib	
	Avelumab/axitinib	
Anvend ikke rutinemæssigt		

Anvend ikke

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der som minimum vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som er førstevalg i lægemiddelrekommandation.

<sup>#</sup>Doser fremgår af Tabel 5 i lægemiddelrekommandationen. Se afsnit 5 vedr. dosering af checkpoint immunterapi.

Det anbefales, at patienter med non-clearcelle-mRCC i videst muligt omfang bør tilbydes protokolleret behandling.



## Øvrige forhold

Alle patienter bør som hovedregel tilbydes deltagelse i et klinisk forsøg eller anbefalet standardbehandling. Fagudvalget har i gennemgangen af terapiområdet taget højde for forskelle i kriterier for igangsættelse af behandling, dispenseringsform, administration og dosering, bl.a. fordi det er en velkendt klinisk erfaring, at dosis af targeteret behandling justeres i henhold til den tolerable dosis for patienten.

Kriterier for igangsættelse af behandling

Patienter med mRCC tilbydes medicinsk behandling, når følgende kriterier er opfyldt:

- Kirurgisk behandling er ikke mulig
- Voksne patienter > 18 år
- IMDC-prognosegruppe god eller intermediær/dårlig (jf. afsnit 4.2)
- God almentilstand (PS 0-2), nær normal hjertelungefunktion og tilfredsstillende nyrefunktion
- Det bør overvejes, at patienter med begrænset tumorbelastning og få symptomer observeres i en periode inden påbegyndelse af systemisk terapi, da disse patienter ofte har et indolent forløb.

*Monitorering af effekt og bivirkninger*

Scanning for sygdomsprogression foretages hver 12. uge under behandling med checkpoint immunterapi eller VEGF/TKI-hæmmer i både 1. og 2. linjebehandling. Blodprøver tages individuelt og oftest hyppigere de første 3 måneder (hver 4. uge) uanset behandlingsvalg.

*Dosisreduktion, behandlingsophør og behandlingsslængde*

Fagudvalget har taget stilling til dosisreduktion, behandlingsophør og behandlingsslængde af de vurderede lægemidler. Fagudvalget bemærker, at der altid dosisjusteres eller pauseres i forsøg på at få bivirkninger under kontrol. Kun hvis dette ikke kan lade sig gøre, overvejes et skift til behandling med et andet lægemiddel.

For checkpoint immunterapi anbefales doseskalering eller reduktion ikke. Fagudvalget vurderer, at 33 % af patienterne, der behandles med checkpoint immunterapi pauseres pga. bivirkninger.

For behandling med TKI/VEGF-hæmmere vurderer fagudvalget, baseret på klinisk erfaring, at dosisreduktion eller ophør opleves hyppigere i dansk klinisk praksis, end det forekommer i de kliniske studier. Dette skyldes, at patienterne i de kliniske studier er en mere homogen gruppe af patienter, som er yngre og i bedre performance status end patienterne i dansk klinisk praksis.

Antallet af dosisreduktioner i dansk klinisk praksis vurderes ved TKI/VEGF-behandling at være nødvendig for ca. 75 % af patienterne. De fleste patienter dosisreduceres inden for de første 3 måneder. Patienten medinddrages med henblik på dosisjustering til



individuel tolerabilitet for det givne lægemiddel. Der henvises til det kliniske sammenligningsgrundlag i baggrund for Medicinrådet behandlingsvejledning.

Fagudvalget har ikke fundet litteratur, der belyser, hvordan reduktioner i dosis påvirker effekten af behandlingen, samt om de reducerede doser er sammenlignelige i effekt. Fagudvalget bemærker dog, at patienterne blev dosisreduceret i de kliniske studier af TKI/VEGF/mTOR-hæmmere, og at sammenligning af lægemidler derfor er lavet på baggrund af en patientpopulation, hvor en stor andel var dosisjusterede. Ligestillinger kan derfor betragtes som gældende på alle dosisniveauer.

#### *Kriterier for skift af behandling*

Patienter i god almen helbredstilstand (PS 0-2), som oplever svigt af 1. eller 2. linjebehandling, kan skifte til efterfølgende behandling.

#### *Kriterier for seponering af behandling*

Behandling med checkpoint immunterapi og TKI/VEGF/mTOR-hæmmere ophører ved tilbagefald, toksicitet eller patientønske. Retningslinjer for permanent seponering eller tilbageholdelse af samt håndtering af immunrelaterede bivirkninger er beskrevet i produktresuméet for de enkelte lægemidler. For checkpoint immunterapi er det oftest grad 4 eller derover immunrelaterede bivirkninger, som medfører seponering, bortset fra endokrinopatienter, der kontrolleres med erstatningshormoner.

#### *PD-L1-ekspression hos patienter med mRCC*

Fagudvalget vurderer på tværs af de tre checkpoint immunterapibehandlinger, at forskellene i PD-L1-ekspression hos patienter med mRCC alene bør betragtes som en prognostisk markør. Data understøtter ikke, at PD-L1 kan anvendes som en prædiktiv markør til behandlingsvalg, og PD-L1 bør derfor ikke testes rutinemæssigt hos patienter med mRCC.





# Sammensætning af fagudvalg og kontaktinformation til Medicinrådet

Se Baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedr. metastatisk nyrekræft.



# Versionslog

## Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.1	15. juni 2022	<p>Opdateret på baggrund af Amgros' udbud.</p> <p>Sutent erstattes alle steder af Sunitinib Teva</p> <p>Afinitor erstattes alle steder af Everolimus Sandoz.</p> <p>Sunitinib Teva erstatter Fotivda (tivozanib) som førstevalg for ligestillede tyrosinkinase-hæmmere (TKI).</p> <p>I tekstafsnit vedr. procentsatser er tilføjet "minimum" i sætningerne "anvendelse til minimum 80 % af populationen".</p> <p>For patientpopulationen mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe er tilføjet på side 3: <i>I april 2022 er anbefalingen af avelumab/axitinib til patientpopulationen blevet revurderet som følge af data med længere opfølgningstid. De nye data ændrer ikke ved den sundhedsfaglige vurdering af, at avelumab i kombination med axitinib ikke kan ligestilles med nivolumab i kombination med ipilimumab.</i></p>
1.0	21. oktober 2020	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)