

Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft

Medicinrådets behandlingsvejledning

Beh



Om Medicinrådet

Medicinrådet er et uafhængigt råd etableret af Danske Regioner. Når behandlingsvejledningerne bliver udarbejdet, er rollefordelingen mellem de tre enheder følgende:

- *Rådet* beslutter, hvilke behandlingsvejledninger der skal udarbejdes eller opdateres, og godkender de endelige dokumenter.
- *Sekretariatet* er overordnet projekt- og metodeansvarlige, faciliterer fagudvalgets arbejde og udarbejder udkast til dokumenterne.
- *Fagudvalgene* bidrager med specifik viden om sygdom og behandling inden for deres fagområde og samarbejder med sekretariatet om udkast til behandlingsvejledninger inden for et sygdomsområde.

Om behandlingsvejledninger

Formålet med Medicinrådets behandlingsvejledninger er at vurdere, hvilke lægemidler der ud fra en samlet klinisk og økonomisk betragtning er mest hensigtsmæssige at behandle patienter med inden for et sygdomsområde.

Behandlingsvejledningen indeholder Medicinrådets kliniske vurdering af de lægemidler, der kan sammenlignes, inden for et sygdomsområde. Relevante overvejelser er typisk:

- Hvilke lægemidler udgør den bedste behandling, og betragtes nogle af dem som ligeværdige alternativer til den relevante patientgruppe?
- Hvilke patienter kan behandles med lægemidlerne?

Desuden adresserer behandlingsvejledningen, hvilke kriterier der er for anvendelse af lægemidlerne:

- Kriterier for opstart af behandling.
- Kriterier for skift af behandling.
- Kriterier for stop eller dosisjustering af behandling.

Medicinrådets behandlingsvejledning inkluderer følgende dokumenter: protokol, evidensgennemgang og opsummering. På baggrund af behandlingsvejledningen kan Medicinrådet eventuelt udarbejde en omkostningsanalyse og en lægemiddelrekommandation.

Medicinrådets opsummering (dette dokument) baseres på den senest opdaterede evidensgennemgang. Heri indgår den samlede kliniske vurdering af lægemidlerne samt 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.

I opsummeringen indplaceres lægemidlerne i en eller flere af følgende kategorier:



Anvend

Lægemidler, der på baggrund af effekt, sikkerhed og andre overvejelser vurderes at være de bedste behandlinger til patientpopulationen i det kliniske spørgsmål.

Lægemidler i denne kategori er alle ligestillede som mulige førstevalg til størstedelen af patientpopulationen i lægemiddelrekommandationen ud fra en samlet klinisk vurdering.

Overvej

Lægemidler, der ikke kan ligestilles med de bedste behandlingsalternativer, baseret på en samlet vurdering af effekt, sikkerhed og andre overvejelser ved behandlingen.

Lægemidlerne kan dog være relevante behandlingsalternativer for patienter, som ikke har gavn af lægemidlerne angivet under "Anvend".

Lægemidler i denne kategori er ikke velegnede som mulige førstevalg til størstedelen af patientpopulationen i lægemiddelrekommandationen, medmindre særlige forhold taler herfor.

Anvend ikke rutinemæssigt

Lægemidler, der ud fra en samlet vurdering af effekt, sikkerhed og andre overvejelser viser væsentligt dårligere resultater end lægemidlerne i kategorien "Anvend".

Lægemidler i denne kategori vil aldrig være velegnede som mulige førstevalg til størstedelen af patientpopulationen i lægemiddelrekommandationen.

Anvend ikke

Lægemidler kan placeres i kategorien "Anvend ikke", når evidensen viser, at de samlede ulemper ved behandling med lægemidlet er klart større end fordelene sammenlignet med de øvrige behandlingsalternativer. Lægemidler i denne kategori indgår ikke i lægemiddelrekommandationen.

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

Dokumentoplysninger

Godkendelsesdato	29. oktober 2025
------------------	------------------

Dokumentnummer	230934
----------------	--------

Versionsnummer	1.2
----------------	-----

© Medicinrådet, 2025
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinrådet, 30. oktober 2025



Om opsummeringen

Denne opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft belyser følgende kliniske spørgsmål:

1. Er der klinisk betydende forskelle på dosering og/eller doseringsinterval af pembrolizumab til behandling af patienter med metastatisk nyrecellekarcinom (mRCC)
2. Er der klinisk betydende forskelle på dosering og/eller doseringsinterval af nivolumab til behandling af patienter med mRCC?
3. Er der klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 1. linjebehandling af patienter med clearcelle mRCC i god prognosegruppe?
4. Er der klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 1. linjebehandling af patienter med clearcelle mRCC i intermediær og dårlig prognosegruppe?
5. Er der klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 2. linjebehandling af patienter med clearcelle mRCC?
6. Er der klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 1. linjebehandling af patienter med non-clearcelle mRCC?

I denne opsummering fremgår Medicinrådets kliniske vurdering og indplacering af lægemidler for klinisk spørgsmål 3 og 4.

Opsummeringen er primært baseret på følgende dokumenter:

- Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft - version 1.0
- Baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft - version 1.2

Dokumenterne er tilgængelige på Medicinrådets hjemmeside om terapiområdet [Nyrekræft](#).

Om lægemidler til behandling af metastatisk nyrekræft

Valg af medicinsk behandling for patienter med nyrecellekarcinom sker i henhold til patientens prognose ved hjælp af det prognostiske stratificeringsredskab *International Metastatic RCC Database Consortium* (IMDC) samt patientens almentilstand og evt. komorbiditet. IMDC inddeler patienterne i tre prognosegrupper: god, intermediær og dårlig, på baggrund af risikofaktorer. Målet med behandlingen er for alle prognosegrupper levetidsforlængelse.

Patienter med mRCC behandles primært med targetterede lægemidler, hvor man overordnet skelner mellem følgende virkningsmekanismer: proteinkinasehæmmere, angiogenesehæmmere, proliferative signalhæmmere (mTOR-hæmmere) eller checkpoint inhibitor-immunterapi. Ved valg af behandling skelnes mellem behandlingsnaive og



tidligere behandlede patienter. Derudover har patientens placering i prognosegruppe betydning for, hvilke lægemidler som er tilgængelige. Patienter i dårlig og intermedieær prognosegruppe modtager samme behandling, mens patienter i god prognosegruppe ofte modtager en anden behandling.

Medicinrådets kliniske vurdering af lægemidler

Medicinrådets kliniske vurdering af lægemidler er baseret på en samlet gennemgang af lægemidternes effekt og sikkerhed og andre overvejelser om valg mellem lægemidlerne.

Patienter med mRCC i IMDC-god prognosegruppe (klinisk spørgsmål 3)

Medicinrådet vurderer, at der for lægemidler angivet under "Anvend" ikke er klinisk betydende forskelle. Medicinrådet betragter derfor de angivne lægemidler som klinisk ligestillede, og de er dermed mulige førstevalgspræparater til behandling af metastatisk nyrekræft, jf. Tabel 1.

Pembrolizumab/axitinib, avelumab/axitinib, pembrolizumab/lenvatinib og nivolumab/cabozantinib er indplaceret i kategorien "Anvend", men ikke anbefalet af Medicinrådet som mulig standardbehandling på grund af pris.

Tabel 1. Medicinrådets indplacering af lægemidler til 1. linjebehandling af patienter med mRCC i IMDC-god prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne

	Lægemiddel og dosis	Behandlingsvarighed
Anvend til 80 % af populationen*	Sunitinib	Maks. 2 år for checkpoint immunterapi
	Pazopanib	
	Tivozanib	Axitinib, lenvatinib og cabozantinib: ingen tidsgrænse for øvrige lægemidler (gns. behandlingstid = PFS)
	Pembrolizumab/axitinib	
	Avelumab/axitinib	
	Pembrolizumab/lenvatinib	
	Nivolumab/cabozantinib	

* Procentsatsen beskriver den andel af patientpopulationen, der som minimum bør opstarte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i rekommandationen. Lægemidler, som står med gråt, er ikke anbefalet af Medicinrådet pga. pris, men indgår her i indplaceringen af lægemidler til metastatisk nyrekræft.



Patienter med mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe (klinisk spørgsmål 4)

Medicinrådet vurderer, at der for lægemidler angivet under "Anvend" ikke er klinisk betydende forskelle. Medicinrådet betragter derfor de angivne lægemidler som klinisk ligestillede, og de er dermed mulige førstevalgspræparater til behandling af metastatisk nyrekræft, jf. Tabel 2.

Nivolumab/cabozantinib og pembrolizumab/lenvatinib er indplaceret i kategorien "Anvend", men ikke anbefalet af Medicinrådet som mulig standardbehandling på grund af pris.

Pembrolizumab/lenvatinib og pembrolizumab/axitinib har tidligere kun været anbefalet til en subgruppe af patienter med svær og aggressiv sygdom, da Medicinrådet vurderede, at behandlingerne var for omkostningstunge til at kunne tilbydes den samlede gruppe af patienter i intermediær/dårlig prognosegruppe. En ændret pris på axitinib betyder nu, at kombinationen pembrolizumab/axitinib kan anbefales til alle patienter i denne gruppe, fordi forholdet mellem effekt og pris anses som rimeligt. Det medfører, at der ikke længere er grund til at anbefale pembrolizumab/lenvatinib, da de to immunterapier kombineret med tyrosinkinasehæmmere vurderes klinisk ligestillede, og prisen på pembrolizumab/lenvatinib stadig er for høj sammenlignet med nivolumab/ipilimumab og pembrolizumab/axitinib. Derfor vurderer Medicinrådet, at anbefalingen af pembrolizumab/lenvatinib til en subgruppe af patienter ikke længere er aktuel.

Medicinrådet har indplaceret de øvrige lægemidler i kategorierne "Overvej" og "Anvend ikke rutinemæssigt". Medicinrådet anbefaler kun at anvende lægemidler angivet under "Overvej", hvis det ikke er muligt at anvende mindst ét af de ligestillede førstevalgspræparater, og at lægemidlerne angivet under "Anvend ikke rutinemæssigt" kun anvendes i særlige tilfælde.

Tabel 2. Medicinrådets indplacering af lægemidler til 1. linjebehandling til patienter med mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne

	Lægemiddel	Behandlingsvarighed
Anvend til 95 % af populationen*	Nivolumab/ipilimumab	Maks. 2 år for checkpoint immunterapi
	Pembrolizumab/axitinib	
	Pembrolizumab/lenvatinib	Axitinib, lenvatinib og cabozantinib: Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
	Nivolumab/cabozantinib	
Overvej	Tivozanib	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
	Sunitinib	
	Pazopanib	
	Cabozantinib	
Anvend ikke rutinemæssigt	Avelumab/axitinib	



* Procentsatsen beskriver den andel af populationen, der som minimum bør begynde behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i rekommandationen. Lægemidler, som står med gråt, er ikke anbefalet af Medicinrådet pga. pris, men indgår her i indplaceringen af lægemidler til metastatisk nyrekræft.

Medicinrådets vurdering vedr. vægtbaseret versus fast dosering af checkpoint immunterapi (klinisk spørgsmål 1 og 2)

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).

Medicinrådet konkluderer, på baggrund af tidligere godkendte behandlingsvejledninger fra Medicinrådet vedr. henholdsvis [Ikke-småcellet lungekræft - 1. linje](#) og [Adjuverende behandling af modermærkekræft](#), at der ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle mellem vægtbaseret og fast dosering af pembrolizumab eller nivolumab, administreret hhv. hver 3. eller 6. uge og hver 2. eller 4. uge. 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).

Medicinrådets vurdering vedr. 2. linjebehandling til patienter clearcelle mRCC og 1. linjebehandling til patienter med non-clearcelle mRCC (klinisk spørgsmål 5 og 6)

2. linjebehandling af patienter med clearcelle mRCC vil afhænge af den 1. linjebehandling, patienterne har modtaget, hvor der potentielt kan ske ændringer i forhold til nuværende klinisk praksis. Medicinrådet inkluderer derfor ikke 2. linjebehandling i opsummeringen og lægemiddelrekommandation, da det er for usikkert på nuværende tidspunkt at tage stilling til, hvilke behandlinger der skal tilbydes og evt. ligestilles efter progression på 1. linjebehandling. Dette vil blive baseret på en konkret klinisk vurdering.

Medicinrådet inkluderer ligeledes ikke 1. linjebehandling af non-clearcelle mRCC i opdateringen. Der er sparsomt med evidens for denne subpopulation af mRCC med få prospektive studier og en meget heterogen gruppe af patienter. Derfor er der ikke lavet en særskilt anbefaling til denne subpopulation. Behandlingsvalg vil basere sig på en konkret klinisk vurdering, og patienterne vil blive behandlet iht. anbefalingerne for clearcelle mRCC (se Tabel 1 og Tabel 2).

Baggrunden for Medicinrådets indplacering af lægemidler

Baggrunden for Medicinrådets indplacering af lægemidler til metastatisk nyrekræft er den tidligere behandlingsvejledning samt en række vurderinger og revurderinger, der kort opsummeres her for patienter med clearcelle mRCC i enten IMDC-god eller IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe. For yderligere detaljer refereres der til dokumentet



”Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft - version 1.0” på Medicinrådets hjemmeside om terapiområdet [Nyrekræft](#).

Baggrund for Medicinrådets indplacering af lægemidler vedrørende 1. linjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne (klinisk spørgsmål 3)

På baggrund af [behandlingsvejledningen](#) fra marts 2020, vurderingen af [pembrolizumab/lenvatinib](#) i november 2022 og [nivolumab/cabozantinib](#) i maj 2023 samt revurderingen af [avelumab/axitinib](#) i april 2022 og [pembrolizumab/axitinib](#) i juni 2023 konkluderer Medicinrådet, at der ikke er klinisk betydende forskel mellem pembrolizumab/lenvatinib, nivolumab/cabozantinib, pembrolizumab/axitinib, avelumab/axitinib, tivozanib, pazopanib og sunitinib. Alle lægemidler betragtes for klinisk ligeværdige som mulige førstevalgspræparater til behandling af 80 % af patienterne.

Pembrolizumab/axitinib, avelumab/axitinib, pembrolizumab/lenvatinib og nivolumab/cabozantinib er for nuværende ikke anbefalet af Medicinrådet som mulig standardbehandling, da der ikke er et rimeligt forhold mellem effekt og omkostninger.

Baggrund for Medicinrådets indplacering af lægemidler vedrørende 1. linjebehandling til patienter med clearcelle mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe, som opfylder opstartskriterierne (klinisk spørgsmål 4)

På baggrund af [behandlingsvejledningen](#) fra marts 2020, vurderingen af [pembrolizumab/lenvatinib](#) i november 2022 og [nivolumab/cabozantinib](#) i maj 2023 samt revurderingen af [avelumab/axitinib](#) i april 2022 og [pembrolizumab/axitinib](#) i juni 2023 konkluderer Medicinrådet, at nivolumab/ipilimumab, pembrolizumab/lenvatinib, pembrolizumab/axitinib og nivolumab/cabozantinib er klinisk bedre (mere effektive) end tivozanib, pazopanib, sunitinib og cabozantinib. Behandlingsregimerne vurderes klinisk ligeværdige som mulige førstevalgspræparater til behandling af 80 % af patienterne mens tivozanib, pazopanib, sunitinib og cabozantinib vurderes klinisk ligeværdige til de øvrige 20 % af patienterne, der ikke kan tåle nogle af førstevalgspræparaterne. I revurdering af avelumab/axitinib fastholdt Medicinrådet den sundhedsfaglige vurdering af, at avelumab i kombination med axitinib ikke kan ligestilles med nivolumab i kombination med ipilimumab. Medicinrådet anbefaler derfor fortsat, at avelumab/axitinib ikke bør anvendes rutinemæssigt til patienter i intermediær/dårlig prognosegruppe.

Øvrige forhold vedrørende behandlingen

Kriterier for opstart af behandling

Alle patienter bør som hovedregel tilbydes anbefalet standardbehandling eller deltagelse i et klinisk forsøg. Medicinrådet 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.



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 i "Baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft - version 1.2").
- 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.

Skift mellem præparater

Patienter i god almen helbredstilstand (PS 0-2), som oplever svigt af 1. linjebehandling, kan skifte til efterfølgende behandling. Skift til en ny behandling vil kun finde sted ved progression og basere sig på en konkret klinisk vurdering. Ved toksicitet vil behandlingen pauseres, og patienten monitoreres for sygdomsprogression.

Kriterier for dosisjustering eller seponering

Medicinrådet har taget stilling til dosisreduktion, behandlingsophør og behandlingsslængde af de vurderede lægemidler. Det bemærkes, 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 dosiseskalering eller reduktion ikke. Medicinrådet vurderer, at ca. 33 % af patienterne, der behandles med checkpoint immunterapi pauseres pga. bivirkninger.

For behandling med TKI/VEGF-hæmmere vurderer Medicinrådet, 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. Medicinrådet skønner, at den gennemsnitlige dosis ved behandling med TKI/VEGF-hæmmere vil tage udgangspunkt i de enkelte behandlinger og basere sig på en konkret klinisk vurdering. De fleste patienter dosisreduceres inden for de første 3 måneder. Patienten medinddrages med henblik på dosisjustering til individuel tolerabilitet for det givne lægemiddel.

Behandling med checkpoint immunterapi og TKI/VEGF-hæmmere ophører ved progression, toksicitet eller patientønske. Retningslinjer for permanent seponering eller pausering samt håndtering af immunrelaterede bivirkninger er beskrevet i



produktresuméet for de enkelte lægemidler. For checkpoint immunterapi er det oftest grad 3-4 immunrelaterede bivirkninger, som medfører seponering.

Monitorering af behandling

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

Patienter behandlet med checkpoint immunterapi og TKI/VEGF-hæmmere bliver kontrolleret med blodprøver og klinisk vurdering i forbindelse med ordination af behandling, som beskrevet i produktresuméet for de enkelte behandlinger. For alle behandlinger er der ikke nogen fast præmedicinering, og der er ingen forskel i bivirkningshåndtering mellem behandlinger med sammenlignelig virkningsmekanisme (checkpoint immunterapi eller TKI/VEGF hæmmere). Antallet af kontrolscanninger vil som udgangspunkt være det samme for alle behandlinger med en scanning ved baseline og scanninger hver 12. uge i det efterfølgende behandlingsforløb.



Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

I det kliniske sammenligningsgrundlag har Medicinrådet beskrevet de ligestillede lægemidler i kategorierne "Anvend" og "Overvej" med dosis og antal doseringer over den relevante tidsperiode for hver af populationerne i klinisk spørgsmål 3 og 4.

Perioden for sammenligningen er fastlagt til 12 måneders behandling (52 uger) for begge kliniske spørgsmål.

Det kliniske sammenligningsgrundlag for klinisk spørgsmål 3 fremgår af Tabel 3:

Tabel 3. Klinisk sammenligningsgrundlag for patienter med clearcelle mRCC i IMDC-god prognosegruppe i 1. linjebehandling i 52 uger (klinisk spørgsmål 3)

Lægemiddel	Sammenligningsdosis*	Mængde
<i>Lægemidler i kategorien "Anvend"</i>		
Sunitinib	37,5 mg én gang dagligt oralt i 4 uger efterfulgt af pause i 2 uger	9.450 mg
Pazopanib	600 mg én gang dagligt oralt	218.400 mg
Tivozanib	890** µg én gang dagligt oralt i 21 dage efterfulgt af en pause på 7 dage	243 mg
Pembrolizumab/axitinib	Pembrolizumab 4 mg/kg (maks. 400 mg) som intravenøs infusion over 30 minutter hver 6. uge i kombination med axitinib 5 mg x 2 dagligt peroralt.	2.773 mg pembrolizumab 3.640 mg axitinib
Avelumab/axitinib	Avelumab 10 mg/kg som intravenøs infusion hver 2. uge i kombination med axitinib 5 mg x 2 dagligt peroralt.	20.800 mg avelumab 3.640 mg axitinib
Pembrolizumab/lenvatinib	Pembrolizumab 4 mg/kg (maks. 400 mg) som intravenøs infusion over 30 minutter hver 6. uge i kombination med lenvatinib 14 mg dagligt peroralt.	2.773 mg pembrolizumab 5.096 mg lenvatinib
Nivolumab/cabozantinib	Nivolumab 6 mg/kg (maks. 480 mg) som intravenøs infusion over 30 minutter hver 4. uge i kombination med cabozantinib 30 mg dagligt peroralt.	6.240 mg nivolumab 10.920 mg cabozantinib

* For lenvatinib, cabozantinib, sunitinib, pazopanib og tivozanib tager sammenligningsdosis udgangspunkt i klinisk erfaring samt den rapporterede dosisreduktion i de relevante studier. For axitinib tages der afsæt i opstartsdosis (5 mg x 2 dagligt) **Mindste tilgængelige dosis. ⁵Patienterne får enten 20 mg eller 40 mg.



Det kliniske sammenligningsgrundlag for klinisk spørgsmål 4 fremgår af Tabel 4.

Tabel 4. Klinisk sammenligningsgrundlag for patienter med clearcelle mRCC i IMDC-dårlig/intermediær prognosegruppe i 1. linjebehandling i 52 uger (klinisk spørgsmål 4)

Lægemiddel	Sammenligningsdosis*	Sammenligningsperiode	Mængde
<i>Lægemidler i kategorien "Anvend"</i>			
Nivolumab/ipilimumab	De første 4 doser er en kombination af nivolumab (3 mg/kg) og ipilimumab (1 mg/kg), der gives som intravenøs infusion hver 3. uge Herefter gives nivolumab som enkeltstof 6 mg/kg som intravenøs infusion over 60 min. hver 4. uge (maks. 480 mg).	52 uger	5.640 mg nivolumab 320 mg ipilimumab
Pembrolizumab/axitinib	Pembrolizumab 4 mg/kg (maks. 400 mg) som intravenøs infusion over 30 minutter hver 6. uge i kombination med axitinib 5 mg x 2 dagligt peroralt.	52 uger	2.773 mg pembrolizumab 3.640 mg axitinib
Pembrolizumab/lenvatinib	Pembrolizumab 4 mg/kg (maks. 400 mg) som intravenøs infusion over 30 minutter hver 6. uge i kombination med lenvatinib 14 mg dagligt peroralt.	52 uger	2.773 mg pembrolizumab 5.096 mg lenvatinib
Nivolumab/cabozantinib	Nivolumab 6 mg/kg (maks. 480 mg) som intravenøs infusion over 30 minutter hver 4. uge i kombination med cabozantinib 30 mg dagligt peroralt.	52 uger	6.240 mg nivolumab 10.920 mg cabozantinib
<i>Lægemidler i kategorien "Overvej"</i>			
Tivozanib	890** µg én gang dagligt oralt i 21 dage efterfulgt af en pause på 7 dage	52 uger	243 mg



Lægemiddel	Sammenligningsdosis*	Sammenligningsperiode	Mængde
Sunitinib	37,5 mg én gang dagligt oralt i 4 uger efterfulgt af pause i 2 uger	52 uger	9.450 mg
Pazopanib	600 mg én gang dagligt oralt	52 uger	218.400 mg
Cabozantinib	30 [§] mg én gang dagligt oralt.	52 uger	10.920 mg

* For lenvatinib, cabozantinib, sunitinib, pazopanib og tivozanib tager sammenligningsdosis udgangspunkt i klinisk erfaring samt den rapporterede dosisreduktion i de relevante studier. For axitinib tages der afsæt i opstartsdosis (5 mg x 2 dagligt) **Mindste tilgængelige dosis. [§]Patienterne får enten 20 mg eller 40 mg.

Lægemiddelrekommandation

I det kliniske sammenligningsgrundlag vedrørende lægemidler til metastatisk nyrekræft indgår der ligestillede behandlinger, som ikke er blevet anbefalet af Medicinrådet. Det skyldes, at Medicinrådet har vurderet, at forholdet mellem effekt og omkostninger ikke er rimeligt.

Medicinrådet vil tage stilling til forholdet mellem effekt og omkostninger for hver enkelt behandling på ny i forbindelse med udarbejdelsen af lægemiddelrekommandationen.

Medicinrådet kan beslutte, at et lægemiddel/behandlingsregime, som fremgår af det kliniske sammenligningsgrundlag, ikke skal indgå i rekommandationen, hvis det vurderes, at der ikke er et rimeligt forhold mellem effekt og omkostninger. Ligeledes kan Medicinrådet beslutte, at et ikke-anbefalet lægemiddel/behandlingsregime kan indgå i rekommandationen, hvis Medicinrådet vurderer, at der er et rimeligt forhold mellem effekt og omkostninger.



Versionslog

Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.2	29. oktober 2025	Under klinisk spørgsmål 4 fremgår det nu, at pembrolizumab/axitinib er anbefalet som 1. linjebehandling til den samlede gruppe af patienter i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe. Det skyldes, at prisen på axitinib er faldet pga. patentudbud, hvorfor Medicinrådet nu vurderer, at der er et rimeligt forhold mellem effekt og omkostninger. Derudover sættes procentsatsen til 95 % i Tabel 2. Anbefaling af pembrolizumab/axitinib til den samlede gruppe medfører, at Medicinrådets anbefaling af pembrolizumab/lenvatinib til en subgruppe af patienter ikke længere er aktuel.
1.1	29. august 2025	Under klinisk spørgsmål 4 fremgår nu, at både pembrolizumab/axitinib og pembrolizumab/lenvatinib er delvist anbefalet til 1. linjebehandling til patienter med mRCC i IMDC-intermediær/dårlig prognosegruppe.
1.0	21. juni 2023	Godkendt af Medicinrådet.

Medicinrådets sekretariat

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

+ 45 70 10 36 00

medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk