

Opsummering
af Medicinrådets
evidensgennemgang
vedrørende lægemidler
til paroksyntisk natlig
hæmoglobinuri (PNH)

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 udarbejde en evt. omkostningsanalyse og 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

Medicinerådet vurderer, at disse lægemidler/behandlingsregimer er klinisk ligestillede og dermed mulige førstevalgspræparater som standardbehandling til patientpopulationen i det kliniske spørgsmål.

Procentsatsen beskriver den andel af patientpopulationen i det kliniske spørgsmål, der som minimum bør starte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i lægemiddelrekommandationen.

Overvej

Medicinerådet vurderer, at disse lægemidler/behandlingsregimer *ikke* er at betragte som klinisk ligestillede med de lægemidler/behandlingsregimer, som er angivet under "anvend". Medicinerådet anbefaler derfor kun at anvende lægemidler/behandlingsregimer angivet under "overvej", hvis det ikke er muligt at anvende mindst ét af de ligestillede lægemidler under "anvend".

Anvend ikke rutinemæssigt

Medicinerådet vurderer, at disse lægemidler/behandlingsregimer angivet er forbundet med flere ulemper og færre positive effekter end lægemidlerne under "anvend" (og "overvej"). Derfor anbefaler Medicinerådet, at lægemidlerne angivet under "anvend ikke rutinemæssigt" kun anvendes i særlige tilfælde.

Anvend ikke

Medicinerådet vurderer, at disse lægemidler/behandlingsregimer er forbundet med væsentlige ulemper. Derfor anbefaler Medicinerådet, at lægemidlerne angivet under "anvend ikke" ikke anvendes.

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

Dokumentoplysninger

Godkendelsesdato	17. december 2025
-------------------------	-------------------

Dokumentnummer	233146
-----------------------	--------

Versionsnummer	1.3
-----------------------	-----

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

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinerådet, 18. december 2025



Om opsummeringen

Denne opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til paroksyttisk natlig hæmoglobinuri (PNH), belyser følgende:

Klinisk spørgsmål 1: *Er der klinisk betydende forskelle på lægemidlerne til førstelinjebehandling af paroksyttisk natlig hæmoglobinuri?*

Opsummeringen er baseret på følgende dokumenter:

- Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til paroksyttisk natlig hæmoglobinuri (PNH)
- Tillæg til Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til paroksyttisk natlig hæmoglobinuri. Direkte indplacering af iptacopan

Dokumenterne er tilgængelige via [Medicinrådets hjemmeside](#).

Om paroksyttisk natlig hæmoglobinuri

Paroksyttisk natlig hæmoglobinuri (PNH) er en sjælden blodsygdom, som skyldes en erhvervet mutation i de bloddannende stamceller. Mutationen gør, at blodcellerne ikke kan beskytte sig mod kroppens komplementsystem, som er en del af det medfødte immunforsvar. Komplementsystemet opfatter blodcellerne som fremmede organismer og nedbryder dem derfor. Nedbrydning af blodceller (hæmolyse) medfører en række følgesygdomme og symptomer såsom anæmi (blodmangel), blod i urinen, træthed, smerter, synkebesvær og impotens. I nogle tilfælde udvikler patienterne potentielt dødelige blodpropper. Der er desuden risiko for knoglemarvssvigt. Sygdommen kan optræde i alle aldre, men debuterer hyppigst i voksenalderen. PNH findes i forskellige sværhedsgrader, og behandlingen kan derfor variere. En velbehandlet patient kan efter introduktion af behandling med komplementhæmning leve et næsten symptomfrit liv uden forkortet levetid. I Danmark estimeres det, at der findes ca. 60 patienter med PNH, heraf er ca. halvdelen i behandling med en komplementhæmmer. Patienter, der ikke er kandidater til behandling med komplementhæmmer, behandles typisk med antikoagulans og folinsyre. Der diagnosticeres ca. 3-4 nye patienter pr. år, og heraf vil ca. 2 kandidere til behandling med komplementhæmmere.

Komplementhæmmere

Komplementhæmmere er en behandlingsmulighed for patienter med symptomer, som kan tilskrives PNH, dvs. til patienter med væsentlig nedsat livskvalitet som følge af anæmi, regelmæssige transfusionsbehov, hyppige hæmolyseanfald ledsaget af eventuelle smerter og til patienter med trombosetendens og påvirkede organsystemer. Der findes på nuværende tidspunkt fire komplementhæmmere, der er vurderet af Medicinrådet – eculizumab, ravulizumab, crovalimab og pegcetacoplan – som kan opdeles i to grupper på baggrund af, hvor i komplementkaskaden de hæmmer komplementproteinerne. Eculizumab, ravulizumab og crovalimab er såkaldte C5-hæmmere (distale hæmmere), mens pegcetacoplan er en såkaldt C3-hæmmer (proksimal hæmmer). Dertil kommer iptacopan, som også er en proksimal hæmmer.



Pegcetacoplan og iptacopan spiller en rolle i et tidligere trin i komplementkaskaden og hæmmer derfor både intra- og ekstravaskulær hæmolyse, mens eculizumab, ravulizumab og crovalimab ved deres hæmning af C5, kun hæmmer den intravaskulære hæmolyse.

Behandling med komplementhæmmere er i princippet livslang, medmindre andet er indiceret.

I behandlingsvejledningen indgår de tre distale C5-hæmmere, eculizumab, ravulizumab og crovalimab, og de proksimale komplementhæmmere pegcetacoplan og iptacopan. De fem lægemidler er sammenlignet indbyrdes med henblik på, om de kan ligestilles.

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.

Medicinrådet vurderer, at der for alle fem lægemidler eculizumab, ravulizumab, crovalimab, pegcetacoplan og iptacopan ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle på deres effekt og sikkerhed, og de kan derfor betragtes som ligestillede.

På den baggrund placeres alle lægemidlerne i kategorien "anvend", jf. Tabel 1.

Efterlevelseshøjden er sat til 80 %, da Medicinrådet vurderer, at størstedelen af komplementhæmmer-naive patienter med PNH vil kunne blive behandlet med 1. valget i lægemiddelrekommandationen, men giver samtidig mulighed for at tage individuelle patientensyn.



Tabel 1. Medicinrådets indplacering af lægemidler til behandling af komplementhæmmer-naive patienter med paroksyttisk natlig hæmoglobinuri

Kategori	Lægemiddel og dosis
Anvend til 80 % af populationen*	Crovalimab Patienter med legemsvægt ≥ 40 kg til < 100 kg: <i>Opstartsdosis:</i> Dag 1: 1.000 mg i.v. Dag 2, 8, 15, 22: 340 mg s.c. <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> Dag 29 og derefter hver 4. uge: 680 mg s.c. Patienter med legemsvægt ≥ 100 kg: <i>Opstartsdosis:</i> Dag 1: 1.500 mg i.v. Dag 2, 8, 15, 22: 340 mg s.c. <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> Dag 29 og derefter hver 4. uge: 1.020 mg s.c.
	Ecilizumab** Voksne ≥ 18 år: <i>Opstartsdosis:</i> 600 mg i.v. 1 gang ugentligt i 4 uger <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> 900 mg i.v. hver 14. dag +/- 2 dage, startende fra uge 5 Hvis patienten ikke responderer tilstrækkeligt, kan infusionsintervallet nedsættes til 13 eller 12 dage. Alternativt øges dosis til 1200 mg hver 14. dag***
	Iptacopan Voksne ≥ 18 år: 200 mg p.o. to gange dagligt
	Pegcetacoplan <i>Opstartsdosis:</i> 1.080 mg s.c. to gange/uge på 1. og 4. dag (+ nuværende dosis af enten ecilizumab eller ravulizumab i 4 uger) <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> 1.080 mg s.c. to gange/uge på 1. og 4. dag (pegcetacoplan alene). Responderer patienten ikke tilstrækkeligt, kan dosis eskaleres til 1.080 mg tre gange/uge****



Kategori	Lægemiddel og dosis
	Ravulizumab Patienter med legemsvægt ≥ 40 kg: <i>Opstartsdosis eller ved skifte fra eculizumab (2 uger efter sidste dosis af eculizumab):</i> - 2.400 mg i.v. for ≥ 40 til < 60 kg - 2.700 mg i.v. for ≥ 60 til < 100 kg - 3.000 mg i.v. for ≥ 100 kg <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> Hver 8. uge, startende 2 uger efter opstartsdosis: - 3.000 mg i.v. for ≥ 40 til < 60 kg - 3.300 mg i.v. for ≥ 60 til < 100 kg - 3.600 mg i.v. for ≥ 100 kg
Overvej	-
Anvend ikke rutinemæssigt	-
Anvend ikke	-

Forkortelser: i.v. intravenøs infusion; p.o. peroralt; s.c. subkutan injektion.

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

**Gravide patienter med PNH kan alene behandles med eculizumab.

***Afspejler dansk klinisk praksis, men er ikke i overensstemmelse med produktresuméet.

****I tilfælde af doseskalering skal LDH monitoreres to gange/uge i min. 4 uger.

Baggrund for den samlede vurdering af lægemidler

Evidensgrundlaget

Evidensgennemgangen inkluderer tre randomiserede studier, *et single-arm* studie og to *matching-adjusted indirect comparison* (MAIC)-analyser som det primære evidensgrundlag for vurderingen af lægemidler til komplementhæmmer-naive PNH-patienter. De tre randomiserede studier omfatter direkte sammenligninger for hhv. eculizumab vs. ravulizumab, pegcetacoplan vs. kontrol (*supportive care*) og crovalimab vs. eculizumab. I single-arm-studiet undersøges effekt og sikkerhed af iptacopan uden komparator. I den ene MAIC-analyse sammenlignes pegcetacoplan indirekte med eculizumab og ravulizumab, mens den anden MAIC-analyse sammenligner effekten af iptacopan vs. ravulizumab eller eculizumab. Dertil kommer fire randomiserede studier og en forankret indirekte sammenligning af iptacopan vs. pegcetacoplan, der beskriver skift mellem lægemidlerne. Resultaterne vedrørende lægemidternes effekt og sikkerhed er baseret på naive sammenligninger mellem studierne, da der ikke direkte sammenlignelige data for alle lægemidler.



Der er lavet en vurdering af risiko for bias i de randomiserede studier, der indgår i behandlingsvejledningen. Samlet set vurderes de randomiserede studier at være af moderat kvalitet.

Vægtning af effekt og sikkerhed mellem lægemidlerne

I fravær af data for det kritiske effektmål samlet overlevelse er det ikke muligt at vise, om der er forskel mellem de enkelte lægemidler hvad angår overlevelse. De øvrige, vigtige effektmål har vægtet ligeligt i sammenligningen af lægemidlerne.

På baggrund af resultaterne for effektmålene transfusionsuafhængighed, træthed, hæmoglobinstabilisering, LDH-normalisering og livskvalitet vurderer Medicinrådet, at lægemidlerne ravulizumab, eculizumab, crovalimab, pegcetacoplan og iptacopan er sammenlignelige og kan betragtes som klinisk ligeværdige.

Medicinrådet vurderer, at sikkerhedsprofilerne for lægemidlerne er sammenlignelige og håndterbare, og at behandlingerne generelt er veltolererede med en lav forekomst af alvorlige hændelser.

Andre overvejelser

Valget af behandling beror på en individuel vurdering og foretages af patient og kliniker i fællesskab. Faktorer som sygdommens individuelle præsentation, alder, komorbiditet, kontraindikationer og patientpræferencer, fx i forhold til risiko for specifikke bivirkninger eller præferencer for administrationsvejen, bør tages i betragtning ved valget af behandling. Efterlevelsescprocenten i den kliniske rækkefølge af lægemidler giver mulighed for, at der kan tages individuelle patienthensyn til dette.

De primære forskelle mellem komplementhæmmerne er administrationsvejen (p.o., s.c. eller i.v.) og administrationsfrekvensen. Desuden kan nogle af lægemidlerne administreres af patienten selv i eget hjem. Det er Medicinrådets vurdering, at de fleste vil betragte dette som en fordel, men der vil også være patienter, som enten ikke er i stand til selv at administrere lægemidlerne eller som vil foretrække, at lægemidlerne administreres af en sundhedsprofessionel. Forskelle i virkningsmekanismerne for proksimale og distale komplementhæmmere kan have en betydning for, hvilken behandling det er mest ideelt at opstarte med blandt komplementhæmmer-naive patienter, og hvad der fungerer bedst for den enkelte patient.

Resultater fra studierne vedr. skift af behandling tyder på, at patienter med PNH sikkert og effektivt kan skiftes fra eculizumab til hhv. ravulizumab, crovalimab eller pegcetacoplan og fra en distal C5-hæmmer til iptacopan. Foreløbige data indikerer, at skift fra proksimale til distale komplementhæmmere muligvis kan medføre en risiko for gennembrudshæmolyse og ekstravaskulær hæmolyse, og derfor bør patienterne monitoreres ekstra tæt i en sådan periode. Medicinrådet opfordrer til, at der følges op på denne risiko ved systematisk dataopsamling.

Skift mellem distale C5-komplementhæmmere kan medføre immunkompleksreaktioner pga. to cirkulerende antistoffer. Nuværende erfaringer internationalt og fra dansk klinisk praksis tyder på, at det direkte skifte mellem ravulizumab og crovalimab er forbundet med den største risiko og bør så vidt muligt undgås.



Indtil videre forelægger der ingen data vedr. potentielt skift mellem de to proksimale komplementhæmmere iptacopan og pegcetacoplan.

Øvrige forhold vedrørende behandlingen

Kriterier for opstart af behandling

Behandling med komplementhæmmere bør være forbeholdt patienter med alvorlig sygdom, dvs. med daglige betydelige gener, alvorlige komplikationer og/eller organmanifestationer. Dette omfatter:

- Patienter med et konstant regelmæssigt transfusionsbehov, som ikke skyldes knoglemarvsdefekt
- Patienter med hyppige svære hæmolyseanfald
- Patienter med hyppige anfald af abdominalsmerter, som kan tilskrives PNH
- Patienter med dokumenteret eller forværret trombosedens, som ikke kan forklares på anden vis efter udredning
- Patienter med påvirkede organsystemer

Det forudsættes, at patienten mindst to uger inden opstart af behandling med en komplementhæmmer er blevet vaccineret mod *Neisseria meningitidis*, og at vaccinationsstatus regelmæssigt vedligeholdes. Inden opstart af behandling bør det desuden sikres, at patienten er vaccineret mod *Haemophilus influenzae* og *Streptococcus pneumoniae*.

Monitorering af effekt og bivirkninger

Behandlingseffekten monitoreres løbende med standardblodprøver 6 – 12 gange årligt og klinisk kontrol minimum en gang om året, herunder flowcytometrisk kontrol af størrelsen af PNH-klonen vha. en blodprøve. Ved opstart af behandling udføres hyppigere kontrol efter individuel vurdering af behov. Ved skift mellem lægemidler udføres også en tættere monitorering med blodprøvetagning ca. en gang om måneden indtil tilstrækkelig effekt er opnået. Omfanget af yderligere monitorering afhænger af, hvilke lægemidler, der skiftes imellem, jf. afsnittet om kriterier for skift mellem lægemidler nedenfor. I hele kontrolforløbet er der særligt fokus på risikoen for gennembrudshæmolyse.

Kriterier for skift mellem lægemidler

Ved manglende effekt af behandlingen eller hvis patienten oplever uacceptable bivirkninger, men har effekt af behandlingen, kan skift til et andet lægemiddel overvejes. I begge tilfælde bør rækkefølgen i rekommandationen så vidt muligt følges. Dog bør skiftet altid foretages ud fra en vurdering af, hvad der findes klinisk og sikkerhedsmæssigt forsvarligt samt om fordelene ved et skift overstiger ulemperne.

Resultaterne fra skiftestudierne og erfaringerne fra dansk klinisk praksis viser, at PNH-patienter sikkert og effektivt kan skiftes fra eculizumab til hhv. ravulizumab, crovalimab eller pegcetacoplan og fra en distal C5-hæmmer til iptacopan. Foreløbige data peger på,



at skift fra proksimale til distale komplementhæmmere kan medføre en risiko for gennembrudshæmolyse og ekstravaskulær hæmolyse, hvilket bør tages med i overvejelserne på trods af, at datagrundlaget er spinkelt. Ved skift fra proksimal til distal hæmmer bør patienterne monitoreres ekstra tæt, og supplement med blodfortyndende medicin bør overvejes. Skift mellem distale C5-komplementhæmmere kan medføre immunkompleksreaktioner pga. to cirkulerende antistoffer. Nuværende erfaringer internationalt og fra dansk klinisk praksis tyder på, at det direkte skifte mellem ravulizumab og crovalimab er forbundet med den største risiko og bør så vidt muligt undgås. Der foreligger indtil videre ingen data vedr. skift mellem proksimale komplementhæmmere.

I tilfælde af ændrede lægemiddelpriser og nyt rekommanderet førstevalg anbefaler Medicinrådet at skifte så mange patienter som muligt efter hver udbudsrunde til det billigste lægemiddel i kategorien "anvend", hvis skiftet vurderes at være uden risiko for patienten og samtidig er forbundet med væsentlige besparelser. Ved skift alene på baggrund af lægemiddelpris bør besparelsen ved lægemiddeludgifterne som minimum opveje ulemperne for patient og klinik samt de administrative omkostninger, der er forbundet med skiftet. Desuden bør det ved planlægning af udbud tilstræbes, at der foretages skift så sjældent som muligt.

Kriterier for seponering

Behandling med komplementhæmmere forventes at være livslang, og i tilfælde af manglende effekt eller toksicitet bør et skift til en anden komplementhæmmer overvejes.

Kriterier for dosisjustering

Dosiseskalering af eculizumab er muligt, hvis patienten ikke responderer tilstrækkeligt på behandlingen, men i praksis vil man sandsynligvis overveje et behandlingsskifte. Dosiseskalering af pegcetacoplan fra to til tre gange ugentligt er også muligt, hvis patienten ikke responderer tilstrækkeligt på behandlingen.

Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

I det kliniske sammenligningsgrundlag har Medicinrådet beskrevet de inkluderede lægemidler i kategorien "anvend" med dosis og antal doseringer over den relevante tidsperiode.

Perioden for sammenligningen er fastlagt til 78 ugers (18 måneder) behandling inkl. opstartsperiode. Tidsperioden er valgt, da behandlingen forventes at være livslang, og da perioden omfatter omkostninger forbundet med både opstartsbehandling og vedligeholdelsesbehandling. Gennemsnitvægt for en patient er sat til 75 kg.

Det kliniske sammenligningsgrundlag fremgår af Tabel 2 nedenfor.



Tabel 2. Klinisk sammenligningsgrundlag for lægemidler kategoriseret under "anvend" til behandling af patienter med paroksyttisk natlig hæmoglobinuri

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Sammenligningsperiode	Samlet mængde
Crovalimab	<i>Opstartsdosis:</i> Dag 1: 1.000 mg i.v. Dag 2, 8, 15, 22: 340 mg s.c. <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> Dag 29 og derefter hver 4. uge: 680 mg s.c.	78 uger	1.000 mg i.v. 13.940 mg s.c
Eculizumab	<i>Opstartsdosis:</i> 600 mg i.v. 1 gang ugentligt i 4 uger <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> 900 mg i.v. hver 14. dag +/- 2 dage, startende fra uge 5	78 uger	35.700 mg i.v.
Iptacopan	200 mg p.o. to gange dagligt	78 uger	218.400 mg p.o.
Pegcetacoplan	<i>Opstartsdosis:</i> 1.080 mg s.c. to gange/uge på 1. og 4. dag (+ nuværende dosis af enten eculizumab eller ravulizumab i 4 uger) <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> 1.080 mg s.c. to gange/uge på 1. og 4. dag (pegcetacoplan alene).	78 uger	168.480 mg s.c.
Ravulizumab	<i>Opstartsdosis:</i> 2.700 mg i.v. <i>Vedligeholdelsesdosis:</i> 3.300 mg i.v. hver 8. uge, startende 2 uger efter opstartsdosis	78 uger	34.050 mg i.v.

Forkortelser: i.v. intravenøs infusion; p.o. peroralt; s.c. subkutan injektion.



Omkostningsanalyse og lægemiddelrekommandation

På baggrund af det kliniske sammenligningsgrundlag har Medicinrådet udarbejdet en omkostningsanalyse, der belyser de behandlingsrelaterede omkostninger mellem lægemidlerne ved opstart af behandling af nye patienter samt omkostninger forbundet med skift. Omkostningsanalysen udgør grundlaget for lægemiddelrekommandationen, hvor de ligestillede lægemidler rangeres efter totalomkostninger (behandlingsrelaterede omkostninger + lægemiddelomkostninger).

Forventet opdatering af behandlingsvejledningen

Behandlingsvejledningen forventes at blive opdateret, når der kommer nye lægemidler på området.



Versionslog

Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.3	17. december 2025	Direkte indplacering af iptacopan. I afsnittet vedr. kriterier for skift er der lavet en præcisering af, hvad man som kliniker skal være opmærksom på ved skift mellem de forskellige komplementhæmmere.
1.2	21. maj 2025	Præcisering af vaccination forud for opstart af behandling, s. 8.
1.1	21. marts 2025	Regnefejl af samlet mængde ved eculizumab i det kliniske sammenligningsgrundlag rettet, samt 'startende fra uge 5', tilføjet i Tabel 1 og 2 ved samme lægemiddel.
1.0	26. februar 2025	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