Medicinrådet

Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til voksne med moderat til svær plaque psoriasis

Medicinrådets behandlingsvejledning



Version 2.3

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 metodeansvarlig, 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.

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

Dokumentoplysninger	
Godkendelsesdato	28. oktober 2026
Dokumentnummer	234785
Versionsnummer	2.3

©Medicinrådet, 2026
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinrådet, 29. oktober 2026

Om opsummeringen

Denne opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til moderat til svær plaque psoriasis belyser følgende:

- Er der klinisk betydende forskelle på de tilgængelige lægemidler til behandling af voksne patienter med moderat til svær plaque psoriasis, som er kandidater til 2. generations immunmodulerende behandling?

Medicinrådet har opdateret sin tidligere evidensgennemgang (version 1.2), da der er offentliggjort nye data for flere af de inkluderede lægemidler. Desuden har Medicinrådet foretaget flere vurderinger af nye lægemidler med efterfølgende direkte indplacering i behandlingsvejledningen.

Opsummeringen er baseret på følgende dokumenter:

- Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til moderat til svær plaque psoriasis – version 2.1
- Protokol for opdatering af Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til moderat til svær plaque psoriasis – version 2.0

Dokumenterne er tilgængelige via Medicinrådets hjemmeside.

Omkostningsanalyse og lægemiddelrekommandation

Der er ikke udarbejdet en omkostningsanalyse, da de ligestillede lægemidler i "Anvend" og "Overvej" er subkutane/perorale lægemidler, der som udgangspunkt administreres af patienten selv. Medicinrådet antager, med bidrag fra fagudvalget og klinisk personale, at der ikke er afgørende forskelle i de behandlingsrelaterede omkostninger for opfølgning, kontrol, patienttid og tid til oplæring. Lægemiddelomkostningerne vil dermed alene danne baggrund for rækkefølgen i lægemiddelrekommandationen.

Medicinrådet kan, hvis økonomiske eller andre hensyn taler herfor, beslutte, at et eller flere biosimilære lægemidler i kategorien ”Overvej” afprøves, inden lægemidler under ”Anvend” tages i anvendelse. Det gælder, hvis lægemidlerne er velafprøvede i dansk klinisk praksis og generelt har god effekt på en stor del af patienterne, og samtidig er forbundet med lave omkostninger. Derfor er det kliniske sammenligningsgrundlag udarbejdet for de lægemidler, der er klinisk ligestillet i både kategorierne ”Anvend” og ”Overvej”. Lægemidler, hvor der aktuelt er et biosimilært alternativ, er markeret i det kliniske sammenligningsgrundlag, se Tabel 3 og Tabel 4.

I lægemiddelrekommandationen vil lægemidlerne blive rangeret på følgende måde:

- For hver virkningsmekanisme prioriteres lægemidler i kategorierne ”Anvend” og ”Overvej”, hvor der findes biosimilære alternativer, og disse skal afprøves først i lægemiddelrekommandationen. Det vil sige, at disse lægemidler rangeres efter deres lægemiddelomkostninger, så det billigste skal anvendes som 1. valg til minimum 80 % af nye patienter.

Ved behandlingssvigt på 1. valget skiftes til det næstbilligste af de prioriterede lægemidler, hvor der er et biosimilært alternativ og med en anden virkningsmekanisme, osv.

- Ved behandlingssvigt efter afprøvning af de prioriterede lægemidler, hvor der er et biosimilært alternativ, skiftes til det billigste af de øvrige lægemidler fra kategorien "Anvend".

Medicinrådets kliniske vurdering af lægemidler

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

Voksne patienter med moderat til svær plaque psoriasis

Patienter med moderat til svær psoriasis behandles typisk med lysbehandling og/eller systemisk behandling i form af methotrexat (førstevalg i Danmark), acitretin eller ciclosporin. Hvis patienterne oplever manglende effekt af disse behandlinger og/eller bivirkninger, kan behandling med 2. generations immunmodulerende behandling igangsættes, jf. nedenstående.

Voksne patienter med moderat til svær plaque psoriasis uden ledgener
Medicinrådet vurderer, at der for bimekizumab, brodalumab, guselkumab, ixekizumab, risankizumab og secukinumab ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle på deres effekt og sikkerhed, og de er derfor betragtet som ligestillede i kategorien "Anvend" til behandling af moderat til svær psoriasis uden ledgener, jf. Tabel 1.

Medicinrådet har indplaceret de øvrige lægemidler i kategorierne "Overvej", "Anvend ikke rutinemæssigt" og "Anvend ikke", da disse er forbundet med lavere klinisk effekt, dårligere livskvalitet, specifikke bivirkninger og/eller større usikkerheder i datagrundlaget.

Medicinrådet vurderer, at lægemidlerne angivet i kategorien "Anvend ikke rutinemæssigt" er forbundet med flere ulemper og færre positive effekter end lægemidlerne under "Anvend" og "Overvej". Derfor anbefaler Medicinrådet, at lægemidlerne kun anvendes i særlige tilfælde.

Medicinrådet vurderer, at dimethylfumerat angivet i kategorien "Anvend ikke" er forbundet med væsentlige ulemper. Derfor anbefaler Medicinrådet, at lægemidlet ikke anvendes.

Efterlevelsesprocenten er sat til 80 % og beskriver den andel af patientpopulationen, der som minimum bør opstarte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i lægemiddelrekommandationen.

Tabel 1. Medicinrådets indplacering af lægemidler til moderat til svær plaque psoriasis uden ledgener

	Lægemiddel	Administration og dosis
Anvend	Bimekizumab	320 mg (givet som 2 subkutane injektioner af 160 mg eller 1 subkutan injektion af 320 mg) i uge 0, 4, 8, 12 og 16 og herefter hver 8. uge.

	Lægemiddel	Administration og dosis
	Brodalumab	210 mg i uge 0, 1, 2 og herefter hver 2. uge. Subkutan injektion.
	Guselkumab	100 mg i uge 0, 4 og herefter hver 8. uge. Subkutan injektion.
	Ixekizumab	160 mg i uge 0, 80 mg i uge 2, 4, 6, 8, 10 og 12. Herefter 80 mg hver 4. uge. Subkutan injektion.
	Risankizumab	150 mg i uge 0, 4 og herefter hver 12. uge. Subkutan injektion.
	Secukinumab	300 mg i uge 0, 1, 2, 3 og 4. Herefter 300 mg 1 gang om måneden. Subkutan injektion.
Overvej*	Adalimumab	80 mg i uge 0, 40 mg i uge 1 og herefter 40 mg hver 2. uge. Subkutan injektion.
	Certolizumab pegol	400 mg subkutan injektion i uge 0, 2, 4 og herefter 200 mg hver 2. uge.
	Certolizumab pegol	400 mg subkutan injektion i uge 0, 2, 4 og herefter 400 mg hver 2. uge.
	Deucravacitinib	6 mg oralt én gang dagligt.
	Tildrakizumab	100 mg i uge 0, 4 og herefter hver 12. uge. Hos patienter med visse karakteristika (eksempelvis relateret til sygdomsgrad eller legemsvægt ≥ 90 kg) kan 200 mg eventuelt give større effekt. Subkutan injektion.
	Ustekinumab	Voksne (< 100 kg): 45 mg i uge 0, 4 og herefter hver 12. uge. Voksne (> 100 kg): 90 mg i uge 0, 4 og herefter hver 12. uge. Subkutan injektion.
Anvend ikke rutinemæssigt	Apremilast	Titreringsforløb til maksimalt 30 mg 2 gange dagligt. Peroralt.

	Lægemiddel	Administration og dosis
	Etanercept	25 mg subkutan injektion 2 gange om ugen eller 50 mg 1 gang om ugen. Subkutan injektion.
	Etanercept	50 mg subkutan injektion 2 gange ugentligt i 12 uger, om nødvendigt efterfulgt af 25 mg 2 gange ugentligt eller 50 mg 1 gang ugentligt. Subkutan injektion.
	Infliximab	Intravenøs infusion. 5 mg pr. kg legemsvægt i uge 0, 2 og 6 og herefter hver 8. uge. Subkutan injektion§. Vedligeholdelsesbehandling 4 uger efter den sidste administration af i.v. infliximab. 120 mg én gang hver 2. uge.
Anvend ikke**	Dimethylfumarat	Titreringsforløb til maksimalt 720 mg/dag. Peroralt.

*Lægemidler, hvor der er et biosimilært alternativ, fra kategorien "Overvej" kan blive 1. valg til minimum 80 % af nye patienter i lægemiddelrekommandationen. **Lægemidler placeret under "Anvend ikke" vil ikke indgå i lægemiddelrekommandation. § Vil ikke fremgå af lægemiddelrekommandationen, da infliximab s.c. ikke er anbefalet af Medicinrådet.

Voksne patienter med moderat til svær plaque psoriasis og ledgener

I dansk klinisk praksis behandles patienter med psoriasis og ledgener med lægemidler, der er godkendt til både psoriasis *og* psoriasisartrit.

Medicinrådets indplacering af lægemidler til moderat til svær psoriasis og ledgener fremgår af Tabel 2.

Vurderingen følger indplaceringen for patienter uden ledgener, jf. Tabel 1, med undtagelse af certolizumab pegol, guselkumab, risankizumab og ustekinumab, som her indplaceres i kategorien "Anvend ikke rutinemæssigt". Dette er på baggrund af Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til behandling af patienter med psoriasisartrit.

Efterlevelsesprocenten er sat til 80 % og beskriver den andel af patientpopulationen, der som minimum bør opstarte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i lægemiddelrekommandationen.

Tabel 2. Medicinrådets indplacering af lægemidler til moderat til svær plaque psoriasis og ledgener

	Lægemiddel	Administration og dosis
Anvend	Bimekizumab	320 mg (givet som 2 subkutane injektioner af 160 mg eller 1 subkutan injektion af 320 mg) i uge 0, 4, 8, 12 og 16 og herefter hver 8. uge.
	Ixekizumab	160 mg i uge 0, 80 mg i uge 2, 4, 6, 8, 10 og 12. Herefter 80 mg hver 4. uge. Subkutan injektion.
	Secukinumab	300 mg i uge 0, 1, 2, 3 og 4. Herefter 300 mg 1 gang om måneden. Subkutan injektion.
Overvej*	Adalimumab	80 mg i uge 0, 40 mg i uge 1 og herefter 40 mg hver 2. uge. Subkutan injektion.
Anvend ikke rutinemæssigt	Apremilast	Titreringsforløb til maksimalt 30 mg 2 gange dagligt. Peroralt.
	Certolizumab pegol	400 mg subkutan injektion i uge 0, 2, 4 og herefter 200 mg hver 2. uge.
	Certolizumab pegol	400 mg subkutan injektion i uge 0, 2, 4 og herefter 400 mg hver 2. uge.
	Etanercept	25 mg subkutan injektion 2 gange om ugen eller 50 mg 1 gang om ugen. Subkutan injektion.
	Etanercept	50 mg subkutan injektion 2 gange ugentligt i 12 uger, om nødvendigt efterfulgt af 25 mg 2 gange ugentligt eller 50 mg 1 gang ugentligt. Subkutan injektion.
	Guselkumab	100 mg i uge 0, 4 og herefter hver 8. uge. Subkutan injektion.

	Lægemiddel	Administration og dosis
	Infliximab	Intravenøs infusion. 5 mg pr. kg legemsvægt i uge 0, 2 og 6 og herefter hver 8. uge. Subkutan injektion§. Vedligeholdelsesbehandling 4 uger efter den sidste administration af i.v. infliximab. 120 mg én gang hver 2. uge.
	Risankizumab	150 mg i uge 0, 4 og herefter hver 12. uge. Subkutan injektion.
	Ustekinumab	Voksne (< 100 kg): 45 mg i uge 0, 4 og herefter hver 12. uge. Voksne (> 100 kg): 90 mg i uge 0, 4 og herefter hver 12. uge. Subkutan injektion.

* Lægemidler, hvor der er et biosimilært alternativ, fra kategorien "Overvej" kan blive 1. valg til minimum 80 % af nye patienter i lægemiddelrekommandationen.§ Vil ikke fremgå af lægemiddelrekommandationen, da infliximab s.c. ikke er anbefalet af Medicinrådet.

Baggrund for den samlede vurdering af lægemidler

Evidensgrundlaget
Evidensgennemgangen inkluderer 90 randomiserede kliniske studier, hvoraf 26 studier blev identificeret i den opdaterede litteratursøgning. Resultaterne vedrørende lægemidlernes effekt og sikkerhed baseres på netværksmetaanalyser.

Kvaliteten af de randomiserede studier varierer fra lav til høj risiko for bias. I netværksmetaanalyserne har mange af estimaterne brede konfidensintervaller, hvilket giver usikkerhed om konklusionerne. Dette gælder særligt for studier med infliximab, hvor resultaterne primært baseres på ældre studier, hvor patientpopulationerne ikke nødvendigvis afspejler nuværende dansk klinisk praksis.

Vægtning af effekt og sikkerhed mellem lægemidlerne
De effektmål, som har været afgørende for vurdering af lægemidlerne, er PASI90 og alvorlige uønskede hændelser. De øvrige effektmål, som også har været inddraget i vurderingen af lægemidlerne, er PASI75, livskvalitet målt ved DLQI og behandlingsophør pga. manglende effekt og uønskede hændelser.

Desuden er lægemidlernes bivirkningsprofiler inddraget i vurderingen hvor relevant.

Andre overvejelser
Patientpræferencer er inddraget i vurderingen af ligestillingen af lægemidlerne, hvor der blandt andet er lagt vægt på vedvarende effektiv behandling og begrænsning af bivirkninger, hvilket også belyses i resultaterne om lægemidlernes effekt og sikkerhed, samt længden af behandlingsintervaller og administrationsform.

Øvrige forhold vedrørende behandlingen

Kriterier for opstart af behandling
Jf. retningslinjer fra Dansk Dermatologisk Selskab (DDS) kan patienter tages i betragtning til behandling med 2. generations immunmodulerende behandling, hvis følgende kriterier er opfyldt:

- Voksne patienter (alder > 18 år) diagnosticeret med moderat til svær plaque psoriasis, defineret ved 10-reglen (PASI > 10 *(psoriasis area and severity index)*, DLQI > 10 *(dermatology Life Quality Index)* eller BSA *(body surface area)* > 10 %).
- Patienter, som ikke responderer på eller har kontraindikationer over for eller er intolerante (uacceptable bivirkninger) over for lokalbehandling eller methotrexat.

Alle patienter med psoriasis, som sættes i 2. generations immunmodulerende behandling, skal registreres i den landsdækkende behandlingsdatabase Dermbio (www.dermbio.dk).

Hvis der er kontraindikationer for methotrexat, bør man, før biologisk behandling påbegyndes, overveje, om patienten kan være kandidat til UVB-behandling eller behandling med acitretin.

Manglende respons på methotrexat defineres som ikke tilfredsstillende effekt hos patienter, der er behandlet i minimum 3 måneder med højest tolererede dosis (typisk 15-25 mg ugentligt peroralt). Ved utilstrækkelig effekt eller subjektive gener (gastrointestinale eller cerebrale) af oral methotrexat bør subkutan administration forsøges.

Manglende respons på smalspektret UVB-behandling defineres som ikke tilfredsstillende effekt hos patienter, som er behandlet i 8-10 uger, 3 gange ugentligt. Patienter, som har hurtigt recidiv efter endt lysbehandling og har behov for mere end to behandlingsperioder pr. år, opfattes ligeledes som non-respondere. Manglende respons på acitretin defineres som ikke tilfredsstillende effekt hos patienter, som er behandlet minimum 3 måneder med acitretin i en dosis på 25-50 mg dagligt.

For ganske få patienter med ustabil, svær psoriasis defineret ved PASI > 10 og manglende forventning om, at sygdommen kan bringes i ro med methotrexat, kan biologisk behandling påbegyndes direkte (i den rækkefølge, der er angivet i Medicinrådets gældende lægemiddelrekommandation).

Før opstart af biologisk behandling anbefaler DSS, at der foretages en screening for risikofaktorer.

Skift mellem præparater

Ved manglende effekt

Ved manglende effekt, jf. retningslinjer fra Dansk Dermatologisk Selskab, bør en patient skifte til behandling med et andet præparat, hvis patienten ikke har opnået 50 %'s bedring af sygdommen (målt ved PASI).

For patienter, som opnår en effekt mellem 50 og 75 %'s bedring, vil videre behandling tilrettelægges på basis af en individuel vurdering. Eksempelvis vil en udtalt bedring af de mest generende læsioner opfattes som tilfredsstillende.

Grundet bivirkninger

Ved intolerable bivirkninger bør patienten skifte til en anden behandling. Behandlingsvalget foretages af behandlende læge og patient ud fra en helhedsvurdering.

Økonomiske hensyn

Medicinrådet er opmærksom på, at det kan medføre et initialt ressourcetræk at skifte præparat grundet økonomiske hensyn. Et skift til et nyt præparat kræver, at patienten møder til monitorering af effekt og sikkerhed hyppigere det første år efter skiftet. Dette er uhensigtsmæssigt for patienten. Dertil ønsker patienterne at forblive på en effektiv behandling fremfor at skifte til et præparat, som måske ikke vil være lige så effektivt eller veltolereret for patienten.

Monitorering af behandling

Målet med behandling af svær til moderat psoriasis er minimum at opnå en 90 %'s bedring i udbredelsen af sværhedsgraden af psoriasis, sædvanligvis vurderet ud fra PASI-score (≥ PASI90). PASI er dog ikke det bedste mål i daglig klinisk praksis, da patienter ikke som i kliniske afprøvninger holder pause inden opstart af ny behandling. Effekten af behandling med 2. generations immunmodulerende lægemidler bør ved start og skift af behandling vurderes efter 12-16 uger.

For langtidsbehandling bør effekten ikke vurderes på en procentvis PASI-reduktion, men som et krav til et bestemt niveau for absolut PASI, og her kræves en absolut PASI på 3. Derudover bør effekt og tolerabilitet kontrolleres hver 3.-6. måned.

For at kunne kvalitetssikre 2. generations immunmodulerende behandling af danske psoriasispatienter er det vigtigt, at patienter i behandling hermed registreres i den landsdækkende behandlingsdatabase Dermbio (www.dermbio.dk). Patienterne bør registreres i Dermbio ved start af behandling, efter 3-4 måneder og derefter 1 x årligt samt ved ændring i behandling og ved eventuelle bivirkninger. Mistænkte bivirkninger skal som i alle andre tilfælde indrapporteres til Lægemiddelstyrelsen, fx gennem www.meldenbivirkning.dk .

Kriterier for seponering eller dosisjustering

Behandling af moderat til svær plaque psoriasis er langvarig og fortsættes, hvis behandlingen tolereres, og effekten vurderes at være tilfredsstillende.

Behandling bør seponeres, hvis sygdomsaktiviteten over en længere periode (sværhedsgraden overstiger det prædefinerede niveau ved to konsekutive kontroller over mindst 3 måneder) er utilfredsstillende:

- Ved utilstrækkelig effekt, defineret som absolut PASI > 3-5.
- Ved intolerable bivirkninger.

Ved en bedring og PASI > 5 foretages en individuel vurdering.

Der foreligger meget få studier om dosisreduktion, men flere studier er undervejs. Som udgangspunkt følges de vejledende doseringer for de enkelte lægemidler som beskrevet i produktresuméerne.

Det er sjældent, at behandlingen seponeres, da moderat til svær plaque psoriasis er en kronisk sygdom, og behandlingerne ikke er kurative. Sygdommen vil derfor vende tilbage inden for uger til måneder efter seponering af et givent lægemiddel, og skift mellem lægemidler er derfor langt mere hyppigt end seponering.

Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

Medicinrådet har i det kliniske sammenligningsgrundlag beskrevet de ligestillede lægemidler med dosis og antal doseringer over den relevante tidsperiode for behandling af voksne med moderat til svær psoriasis. Sammenligningsgrundlaget inkluderer både lægemidler i kategorien "Anvend" og "Overvej".

Sammenligningsgrundlaget er baseret på:

- en behandlingsperiode på 18 måneder (78 uger)
- at en gennemsnitlig patient vejer 90 kg.

Sammenligningsgrundlaget er det samme for patienter med moderat til svær psoriasis uden ledgener og patienter med moderat til svær psoriasis med ledgener.

Patienter med moderat til svær plaque psoriasis uden ledgener
Det kliniske sammenligningsgrundlag for lægemidler kategoriseret under "Anvend" og "Overvej" fremgår af Tabel 3.

Tabel 3. Klinisk sammenligningsgrundlag ved 18-måneders behandling med lægemidler for en gennemsnitlig patient med moderat til svær plaque psoriasis uden ledgener

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde	Antal sprøjter/ hætteglas
Lægemidler i kategorien "Anvend"			
Bimekizumab (s.c.)	Induktion: 320 mg uge 0, 4, 8, 12 og 16 Vedligeholdelse: 320 mg hver 8. uge	3.760 mg	23,5 penne/sprøjter af 160 mg eller 11,75 penne/sprøjter af 320 mg
Brodalumab (s.c.)	Induktion: 210 mg uge 0, 1 og 2 Vedligeholdelse: 210 mg hver 2. uge	8.400 mg	40 sprøjter af 210 mg
Guselkumab (s.c.)	Induktion: 100 mg i uge 0 og 4 Vedligeholdelse: 100 mg hver 8. uge	1.025 mg	10,25 penne/sprøjter af 100 mg
Ixekizumab (s.c.)	Induktion: 160 mg i uge 0, 80 mg i uge 2, 4, 6, 8, 10 og 12 Vedligeholdelse: 80 mg hver 4. uge	1.880 mg	23,5 penne/sprøjter af 80 mg
Risankizumab (s.c.)	Induktion: 150 mg i uge 0 og 4 Vedligeholdelse: 150 mg hver 12. uge	1.075 mg	7,2 penne/sprøjter af 150 mg
Secukinumab (s.c.)	Induktion: 300 mg i uge 0, 1, 2, 3 og 4 Vedligeholdelse: 300 mg 1 gang om måneden	6.324 mg	21,1 penne/sprøjter af 300 mg

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde	Antal sprøjter/ hætteglas
Lægemidler i kategorien "Overvej"			
Adalimumab (s.c.)*	Induktion: 80 mg i uge 0, 40 mg i uge 1. Vedligeholdelse: 40 mg hver 2. uge	1.620 mg	40,5 penne/sprøjter af 40 mg
Certolizumab pegol (s.c.)	Induktion: 400 mg i uge 0, 2 og 4 Vedligeholdelse: 200 mg hver 2. uge	8.400 mg	42 penne/sprøjter af 200 mg
Certolizumab pegol (s.c.)	Induktion: 400 mg i uge 0, 2 og 4 Vedligeholdelse: 400 mg hver 2. uge	15.600 mg	78 penne/sprøjter af 200 mg
Deucravacitinib (p.o.)	Induktion og vedligeholdelse: 6 mg én gang dagligt	3.276 mg	546 tabletter af 6 mg
Tildrakizumab (s.c.)	Induktion: 100 mg i uge 0 og 4 Vedligeholdelse: 100 mg hver 12. uge	716,7 mg	7,2 sprøjter af 100 mg
Ustekinumab (s.c.)*	Voksne (< 100 kg) Induktion: 45 mg i uge 0 og 4 Vedligeholdelse: 45 mg hver 12. uge Voksne (> 100 kg) Induktion: 90 mg i uge 0 og 4 Vedligeholdelse: 90 mg hver 12. uge	Voksne (< 100 kg): 322,5 mg Voksne (> 100 kg): 645 mg.	7,2 sprøjter af 45 mg 7,2 sprøjter af 90 mg

*Lægemiddel med et biosimilært alternativ: Kan blive 1.-valg til minimum 80 % af nye patienter med moderat til svær psoriasis uden ledgener i lægemiddelrekommandationen.

Patienter med moderat til svær plaque psoriasis og ledgener

Det kliniske sammenligningsgrundlag for lægemidler kategoriseret under "Anvend" og "Overvej" fremgår af Tabel 4.

Tabel 4. Klinisk sammenligningsgrundlag ved 18-måneders behandling med lægemidler for en gennemsnitlig patient med moderat til svær plaque psoriasis og ledgener

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde	Antal sprøjter/ hætteglas
Lægemidler i kategorien "Anvend"			
Bimekizumab (s.c.)	Induktion: 320 mg uge 0, 4, 8, 12 og 16 Vedligeholdelse: 320 mg hver 8. uge	3.760 mg	23,5 penne/sprøjter af 160 mg eller 11,75 penne/sprøjter af 320 mg

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde	Antal sprøjter/ hætteglas
Ixekizumab (s.c.)	Induktion: 160 mg i uge 0, 80 mg i uge 2, 4, 6, 8, 10 og 12 Vedligeholdelse: 80 mg hver 4. uge	1.880 mg	23,5 penne/sprøjter af 80 mg
Secukinumab (s.c.)	Induktion: 300 mg i uge 0, 1, 2, 3 og 4 Vedligeholdelse: 300 mg 1 gang om måneden	6.324 mg	21,1 penne/sprøjter af 300 mg
Lægemidler i kategorien "Overvej"			
Adalimumab (s.c.)*	Induktion: 80 mg i uge 0, 40 mg i uge 1. Vedligeholdelse: 40 mg hver 2. uge	1.620 mg	40,5 penne/sprøjter af 40 mg

*Lægemiddel med et biosimilært alternativ: Kan blive 1.-valg til minimum 80 % af nye patienter med moderat til svær psoriasis med ledgener i lægemiddelrekommandationen.

Versionslog

Versionslog		
Version	**Dato**	**Ændring**
2.3	28. oktober 2026	Tabel 2 og Tabel 4 er opdateret pba. ny indplacering af certolizumab pegol 200 mg og 400 mg, guselkumab, risankizumab og ustekinumab i "Anvend ikke rutinemæssigt" for patienter med ledgener.
2.2	2. februar 2026	Certolizumab pegol 400 mg er tilføjet til det kliniske sammenligningsgrundlag i Tabel 3 og Tabel 4.
2.1	4. juli 2025	Dosisbeskrivelsen for bimekizumab er opdateret i Tabel 1 og Tabel 2.
2.0	21. maj 2025	Den kliniske vurdering og indplacering af lægemidlerne er revideret på baggrund af en opdateret evidensgennemgang, herunder nye netværksmetaanalyser. Princip for lægemiddelrekommandationen er tilføjet.
1.0	28. juni 2024	Godkendt af Medicinrådet.

Medicinrådet

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

+ 45 70 10 36 00
medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk