

Opsummering af
Medicinrådets
evidensgennemgang
vedrørende lægemidler til
kronisk migræne

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	24. september 2025
------------------	--------------------

Dokumentnummer	226622
----------------	--------

Versionsnummer	1.0
----------------	-----

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

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinrådet, 25. september 2025



Om opsummeringen

Denne opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende kronisk migræne belyser følgende kliniske spørgsmål:

Er der klinisk betydende forskelle på lægemidler til behandling af patienter med kronisk migræne, der har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger indenfor to lægemiddelgrupper (antihypertensiva og antiepileptika)?

Opsummeringen er baseret på følgende dokumenter:

- Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til kronisk migræne, version 2.0

Dokumentet er tilgængeligt på Medicinrådets [hjemmeside](#).

Om kronisk migræne

Migræne er en udbredt lidelse med hovedpine, der medfører nedsat funktionsevne og tab af livskvalitet, og er en af de sygdomme, der forårsager mest arbejdsfravær. Lidelsen er sandsynligvis genetisk disponeret, og signalstoffet *Calcitonin Gene-Related Peptide* (calcitonin genrelateret protein - CGRP) menes at være en væsentlig faktor i sygdomsmekanismen. Migræne inddeles ofte i episodisk og kronisk migræne. Episodisk migræne er defineret ved < 15 hovedpinedage/måned. Kronisk migræne er defineret ved hovedpine $\geq$ 15 dage om måneden i mindst 3 måneder, hvoraf der vil være mindst 8 dage med migrænehovedpine og resten med anden hovedpine. Migræne er udbredt i alle aldersgrupper. Den debuterer hyppigst inden 40-årsalderen og ofte allerede i barndom eller ungdom. Det estimeres, at ca. 60.000 personer i Danmark lider af kronisk migræne, men antallet af patienter, der henvender sig til sundhedsvæsenet med symptomer på kronisk migræne har været og er fortsat stigende.

Medicinsk behandling af migræne inddeles i anfaldsbehandling og forebyggende behandling. En række lægemidler anvendes til forebyggende behandling af migræne i Danmark, herunder antihypertensiva og antiepileptika, som er effektive for størstedelen af patienterne. De nyere CGRP-lægemidler er udviklet specifikt som forebyggende behandling af migræne og er godkendt af Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) som forebyggende behandling hos voksne, der har mindst 4 migrænedage pr. måned. Kriterierne for forebyggende behandling med CGRP-lægemidler i Danmark er kronisk migræne (dvs. mindst 15 hovedpinedage pr. måned, heraf mindst 8 migrænedage) og behandlingssvigt på mindst ét antihypertensivum og mindst ét antiepileptikum. Det anslås, at ca. 3.000 patienter i Danmark aktuelt er i behandling med CGRP-lægemidler, og at dette antal vil stige til et niveau på 5.000-5.500 patienter årligt fremadrettet. Fagudvalget forventer dog, at antallet vil stige til ca. 10.000 patienter om året.



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 kronisk migræne, der har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger

Medicinrådet vurderer, at der for atogepant, eptinezumab, erenumab, fremanezumab og galcanezumab ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle i forhold til effekt og sikkerhed, og de er derfor betragtet som ligestillede i kategorien "Anvend", jf. Tabel 1.

Rangeringen af lægemidlerne er foretaget på tværs af forskellige anbefalede doseringer.

Efterlevelseshesprocenten er sat til 80 % for at give mulighed for at tage individuelle patienthensyn såsom sygdommens individuelle præsentation, alder, komorbiditet, kontraindikationer og patientpræferencer. Dog er der indført en differentieret efterlevelseshesprocent afhængigt af administrationsformen, jf. Tabel 1.

Tabel 1. Medicinrådets indplacering af lægemidler til patienter med kronisk migræne, der har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger

Lægemiddel (administrationsform)		
Anvend til 80 % af populationen*	Atogepant (p.o.) Eptinezumab (i.v.) Erenumab (s.c.) Fremanezumab (s.c.) Galcanezumab (s.c.)	
	Ved p.o- eller s.c.-behandling som 1. valg på baggrund af de samlede omkostninger:	Ved i.v.-behandling som 1.valg på baggrund af de samlede omkostninger:
	Anvend til 80 % af populationen	Anvend til 50 % af populationen
Overvej	-	
Anvend ikke rutinemæssigt	-	
Anvend ikke	-	

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



Baggrund for den samlede vurdering af lægemidler

Evidensgrundlaget

Evidensgennemgangen for CGRP-lægemidler til behandling af kronisk migræne inkluderer en netværksmetaanalyse med data fra 6 randomiserede kliniske studier. Alle studierne er dobbeltblindede og placebokontrollerede og vurderes hver især at være af høj kvalitet. Overordnet er studierne sammenlignelige, men der er mindre forskelle studierne imellem, bl.a. ift. hvor dårligt patienterne havde det ved baseline og graden af placeboeffekt. Dette kan have betydning for sammenligningen af effekt. Desuden er der forhold ved de kliniske studier, der adskiller sig fra dansk klinisk praksis. Eksempelvis er studiepopulationerne generelt selekterede og udelukker patienter med øvrige sygdomme. I nogle af de kliniske studier var der ikke krav om medicinsanering inden opstart af forebyggende behandling, hvilket adskiller sig fra dansk praksis. Desuden er andelen af patienter med medicinoverforbrug højt i de kliniske studier. Dansk klinisk praksis er, at patienterne først udtrapper smertestillende medicin før de kan tages i betragtning til forebyggende behandling. Disse forskelle bidrager til usikkerhed og medfører, at studieresultaterne ikke er fuldt overførbare til patienter i dansk praksis.

Resultaterne vedrørende lægemidlernes effekt og sikkerhed er baseret på netværksmetaanalyser og kvalitative sammenligninger. Evidensen af netværksmetaanalyserne vurderes at være af lav til moderat kvalitet.

Vægtning af effekt og sikkerhed mellem lægemidlerne

I vurderingen er der lagt størst vægt på resultaterne for de to kritiske effektmål *frekvens af migrænedage* og *livskvalitet*, mens resultaterne for effektmålet *migræne sværhedsgrad* og gennemgangen af sikkerhed har understøttet vurderingen men vægtet mindre.

Ud fra de foreliggende data ses en lidt dårligere effekt af atogepant end de øvrige lægemidler, hvor resultaterne for flere effektmål viser en klinisk relevant forskel. Medicinrådet har lagt vægt på, at atogepant ikke er dårligere end de øvrige lægemidler på tværs af effektmål, men at der er forskel fra effektmål til effektmål ift. hvilke lægemidler atogepant er klinisk forskellig fra. Desuden er der en række usikkerheder, der skal tages højde for, da disse påvirker tiltroen til resultaterne. Eksempelvis er der forskelle studierne imellem, som kan have betydning for sammenligningen af lægemidlernes effekt. Disse forskelle omfatter bl.a. patienternes sygdomsstatus ved baseline og graden af placeboeffekt.

På den baggrund vurderer Medicinrådet samlet set, at der ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle mellem CGRP-lægemidler til forebyggende behandling af patienter med kronisk migræne i forhold til effekt og sikkerhed, og at de kan betragtes som ligestillede i kategorien "Anvend".

Andre overvejelser

Valget af behandling beror på en individuel vurdering og foretages af patient og kliniker i fællesskab. Faktorer som sygdommens individuelle præsentation (fx sværhedsgrad og hyppighed af anfald), alder, komorbiditet, kontraindikationer og patientpræferencer



tages i betragtning ved valget af behandling. Den primære forskel mellem lægemidlerne er administrationsvejen (i.v., s.c. eller peroral), hvor de lægemidler som administreres subkutan og peroralt kan administreres af patienten selv i eget hjem. Det er Medicinrådets vurdering, at de fleste vil betragte dette som en fordel, mens et fåtal af patienterne enten vil foretrække, at medicinen administreres af en sundhedsprofessionel eller ikke er i stand til selv at administrere medicinen. Efterlevelseshøjden i den kliniske rækkefølge af lægemidler giver derfor mulighed for, at der kan tages individuelle patienthensyn.

Kriterier for anvendelse

Kriterier for anvendelse af CGRP-lægemidler beskriver fagudvalgets vurdering af hensigtsmæssig klinisk praksis og skal sikre en kontrolleret og ensartet national anvendelse. Kriterierne har ikke påvirket den kliniske ligestilling af lægemidlerne.

Tabel 2 viser en oversigt over procedurer og vurderinger i et behandlingsforløb med CGRP-lægemidler.

Tabel 2. Procedurer og vurderinger i et behandlingsforløb med CGRP-lægemidler

	Før behandling	Opfølgingsbesøg					
Besøgsnummer	0	1	2	3	4	5	6+
Procedurer og vurderinger	Måned -1	Opstart ~	Måned 3	Måned 6	Måned 12	Måned 18	Hver 6. måned efter måned 18
Kontrol af behandlingsindikation*	X	X				X	
Registrering af tidligere behandlinger	X						
Samtykke til kvalitetssikringsdatabase	X						
Registrering af data fra hovedpinekalender	X	X#	X	X	X	X	X
Udlevering af medicin		X	X	X	X	X†	X
Kontrol af effekt		X	X	X	X	X	X

*Patienter med kronisk migræne, som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum.

~ For patienter i behandling med Botox skal der gå mindst 4 måneder efter sidste behandling med Botox inden behandling med CGRP-lægemiddel. Dette gælder dog ikke, hvis der ikke har været effekt af Botox.

#Hovedpinekalender fra den sidste måned før mødedagen for opstart fungerer som baseline.

†Behandlingen pauseres efter 17 eller 18 måneder. Dette for at undersøge, om patienten fortsat har behov for behandling. Behandlingen kan genoptages, hvis patienten har oplevet klar forværring under pausen.



Kriterier for opstart af behandling

Patienter med kronisk migræne (mindst 15 hovedpinedage pr. måned, heraf mindst 8 migrænedage), som har oplevet behandlingssvigt på mindst to tidligere forebyggende behandlinger kan opstartes. Behandlingssvigt defineres som ikke tilstrækkelig effekt eller væsentlig toksicitet. Det er fortsat et krav, at forebyggende behandling med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum er afprøvet, dog med mulighed for at klinikerens kan foretage en individuel vurdering med hensyntagen til mulige kontraindikationer, bivirkninger, ønske om graviditet, m.m.

Ved hovedpine forårsaget af medicinoverforbrug (MOH) skal medicinen være saneret før opstart af behandling. Eventuel behandling med Botox skal seponeres. For patienter i behandling med Botox skal der gå mindst fire måneder efter sidste behandling med Botox inden behandling med CGRP-lægemiddel. Dette gælder dog ikke, hvis der ikke har været effekt af Botox.

Screening (måned -1)

Tidligere forebyggende behandling af migræne, der har været afprøvet uden tilfredsstillende resultat, skal dokumenteres. Patienten orienteres om, at vedkommende fremover skal føre hovedpinekalender fast med angivelse af antal dage med migræne, spændingshovedpine og kraftig migræne/hovedpine og dage med indtag af anfaldsmedicin. Dette er en betingelse for, at medicinen kan udleveres.

Opstart af behandling (besøg 1)

Hovedpinekalender skal foreligge fra den seneste måned før mødedagen for opstart af behandling. Dette fungerer som baseline. Kriteriet for behandlingsindikation bekræftes. Første behandling gives i klinikken. Patienten oplæres i selvadministration, hvis dette er relevant, og får medicin til yderligere to behandlinger med hjem.

Monitorering af effekt og sikkerhed

Ved hvert kontrolbesøg registreres antal dage med migræne, spændingshovedpine og kraftig migræne/hovedpine og dage med indtag af anfaldsmedicin for perioden siden sidste besøg. Alle eventuelle bivirkninger skal indberettes til Lægemiddelstyrelsen.

Vurdering af effekt (måned 3 og måned 6, besøg 2 og 3)

Effekt af behandlingen er defineret som mindst 30 %'s reduktion i antallet af dage med migræne af moderat til svær intensitet eller hovedpine af svær intensitet. Hvis en patient ikke opnår mindst 30 %'s reduktion i antallet af dage med migræne af moderat til svær intensitet eller hovedpine af svær intensitet til trods for optimal dosering, skal behandlingen seponeres. Patienten skal komme til besøg efter 3 og 6 måneders behandling. I denne periode skal der føres hovedpinekalender dagligt. Ved besøg måned 6 medgives medicin til 6 behandlinger, hvis patienten foretager selvadministration.

Vurdering af effekt (måned 12, besøg 4)

Efter de første 6 måneders behandling fortsættes opfølgningen hver 6. måned. Fra måned 6 noterer patienten kun data vedrørende hovedpine (jf. kravene til hovedpinekalender) og medicinindtag for sidste måned før næste besøg (ca. måned 6



efter seneste besøg). Patienten skal dog i perioder, hvor der pauseres med behandlingen (f.eks. efter måned 17), notere data for sidste måned med behandling (starter, når patienten tager den sidste medicin dvs. måned 5 efter sidste besøg) og den efterfølgende måned (hvor der er behandlingspause, dvs. måned 6 efter sidste besøg). Ved besøg 4, som foregår efter 12 måneder, medgives medicin til 5 behandlinger, hvis patienten foretager selvadministration. Det vil sige, at der lægges op til, at patienten skal holde 1 måneds pause efter 17 måneders behandling for at undersøge, om patienten fortsat har behov for forebyggende behandling. Patienten instrueres i, hvornår vedkommende skal føre hovedpinekalender (se vedr. pausering af behandling ovenfor). Medicinpausen kan medføre, at patienter der har haft god effekt af behandlingen ikke opnår samme effekt efter en medicinpause, eller at effekten forsinkes med op til adskillige måneder efter pausen. Desuden kan medicinpausen medføre, at velbehandlede patienter oplever en kraftig forværring af deres migræne med deraf følgende sygemelding og kraftig forringelse af deres livskvalitet. Et alternativ til medicinpausen er, at hvis patienten efter 12-18 måneders behandling er blevet helt eller næsten helt fri for hovedpine ændres behandlingsfrekvensen, fx fra én gang månedligt til 1,5 måneds interval, derefter til 2 måneders interval, hvorefter lægemidlet kan forsøges seponeret. Denne model anvendes i Sverige. Fagudvalgets klinikere ønsker dog at fastholde medicinpausen men foreslår, at der ved pausering af behandlingen så vidt muligt tages individuelle patienthensyn, ligesom der skal være mulighed for, at pausen forkortes til mindre end 1 måned, fx en halvering af pausens længde, ved klar forværring i migrænefrekvens- og/eller intensitet. Desuden opfordres til en systematisk dataindsamling vedr. omfanget af patienter, der får seponeret behandlingen efter medicinpausen.

Vurdering af fortsat behandlingsindikation (måned 18, besøg 5)

Ved besøg 5 kan behandlingen genoptages, hvis patienten har oplevet klar forværring under pausen. I praksis vurderes det, om der er sket en klar forværring i migrænefrekvens- og intensitet sammenlignet med behandlingsperioden op til pausen. Dette vurderes af speciallæge. Hvis behandling med CGRP-lægemiddel genoptages, medgives medicin til 6 behandlinger, hvis patienten foretager selvadministration.

Opfølgning efter måned 18 (besøg 6+)

Ved besøg 6, som foregår efter 24 måneder, medgives medicin til 6 behandlinger, hvis patienten foretager selvadministration. Ved besøg 7, som foregår efter 30 måneder, medgives medicin til 5 behandlinger, hvis patienten foretager selvadministration. Det vil sige, at der lægges op til, at patienten holder 1 måneds pause igen efter 35 måneders behandling. Patienten instrueres i, hvornår vedkommende skal føre hovedpinekalender (se vedrørende pausering af behandling ovenfor). Kriteriet for at fortsætte behandling er en klar forværring sammenlignet med perioden op til pausen. Herefter skal patienten ses hver 6. måned. Patienten skal fortsat føre en måneds hovedpinekalender hver 6. måned for at tjekke, om der fortsat er effekt af behandlingen. Der holdes så vidt muligt pause hver 17. måned (hvert 1,5 år).

Kriterier for skift

Det er Medicinrådets anbefaling, at regionerne ved opstart af nye patienter vælger det lægemiddel, der er forbundet med de laveste omkostninger.



Skift ved manglende effekt

Ved manglende effekt af et CGRP-lægemiddel efter 3 måneders behandling kan skift til et andet CGRP-lægemiddel overvejes, idet lægemidlerne har lidt forskellige virkningsmekanismer. Desuden viser et studie blandt patienter med manglende effekt på ét CGRP-lægemiddel, at skift til et andet CGRP-lægemiddel gav et tilfredsstillende resultat med forbedret livskvalitet samt fald i migrænenes hyppighed og sværhedsgrad. Der kan således både foretages skift mellem CGRP-antistoffer indbyrdes og mellem CGRP-antistoffer og CGRP-antagonist.

Skift ved bivirkninger

Hvis en patient oplever uønsket bivirkninger, på trods af god effekt, eller hvis man ønsker at undersøge, om der er bedre effekt af et andet CGRP-lægemiddel, kan der skiftes behandling. Det er ikke nødvendigt at holde pause ved behandlingsskift.

Skift i tilfælde af ændringer i priserne og nyt rekommanderet førstevalg

Patienter, der allerede er i behandling med et CGRP-lægemiddel, kan som udgangspunkt fortsætte denne behandling. Dog opfordres den behandlende læge til at overveje et skift, hvis skiftet vurderes at være uden risiko for patienten, kan håndteres af behandlingsstedet og samtidig er forbundet med væsentlige besparelser.

Kriterier for seponering

Seponering af lægemiddel skal ske ved manglende effekt (dvs. under 30 % reduktion i antal hovedpinedage), ikke acceptable bivirkninger eller hvis pause i behandlingen afslører manglende behov for fortsat medicinering.

Medicinrådet anbefaler ikke opstart af forebyggende CGRP-dobbeltbloade (CGRP-antistoffer i kombination med CGRP-antagonister) ved manglende effekt, da der ikke er tilstrækkeligt datagrundlag til at understøtte en klinisk merværdi og ikke er data for langtidssikkerhed.



Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

I det kliniske sammenligningsgrundlag beskriver Medicinrådet de ligestillede lægemidler i kategorien "Anvend" med dosis og antal doseringer over den relevante tidsperiode for populationen.

Det kliniske sammenligningsgrundlag offentliggøres sammen med en eventuel omkostningsanalyse inden Amgros' udbud på området. Det anvendes efterfølgende sammen med resultatet af omkostningsanalysen til at beregne de samlede omkostninger ved behandlingen og dermed afgøre hvilken behandling, der er billigst.

I det kliniske sammenligningsgrundlag er der fastlagt en sammenligningsperiode på 40 måneder. Pausen for hhv. perorale og subkutane (17, 35, osv. mdr.) og intravenøse behandlingsforløb (18, 37, osv. mdr.) ligger ikke samtidig, og ved at vælge en sammenligningsperiode på 40 måneder bliver der inkluderet to pauser for begge behandlingsforløb (jf. Bilag 1).

Det kliniske sammenligningsgrundlag for de ligestillede lægemidler under "Anvend" fremgår af Tabel 3 nedenfor:

Tabel 3. Klinisk sammenligningsgrundlag for CGRP-lægemidler kategoriseret under "Anvend" til behandling af patienter med kronisk migræne, der har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Samlet mængde
Atogepant*	60 mg én gang dagligt	71.224 mg
Eptinezumab**	100 mg én gang hver 3. måned	1.300 mg
	300 mg én gang hver 3. måned	3.900 mg
Erenumab***	70 mg én gang pr. måned	2.730 mg
	140 mg én gang pr. måned	5.460 mg
Fremanezumab****	225 mg én gang pr. måned	8.775 mg
	675 mg én gang hver 3. måned	8.775 mg
Galcanezumab	Støddosis på 240 mg efterfulgt af 120 mg én gang pr. måned	4.800 mg

* Standardbehandling er 60 mg én gang dagligt. Til patienter med nyresygdom anvendes 10 mg dagligt.

** Anbefalet dosis er 100 mg, men nogle patienter kan have gavn af 300 mg. 300 mg er ikke markedsført i Danmark, men dosis kan gives som 3 x 100 mg. Forventes kun anvendt til få patienter (< 5 %).

*** 140 mg er det, der oftest anvendes i dansk klinisk praksis.

**** 225 mg én gang om måneden er det, der oftest anvendes i dansk klinisk praksis.



Omkostningsanalyse og lægemiddelrekommandation

På baggrund af det kliniske sammenligningsgrundlag udarbejder Medicinrådet en opdatering af omkostningsanalysen, der belyser de behandlingsrelaterede omkostninger for de ligestillede lægemidler. Omkostningsanalysen udgør grundlaget for lægemiddelrekommandationen, hvor de ligestillede lægemidler rangeres efter totalomkostninger (behandlingsrelaterede omkostninger + lægemiddelomkostninger).



Bilag

Bilag 1. Behandlingsforløb for CGRP-lægemidler til kronisk migræne

Måned	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Atogepant (p.o.), erenumab, fremanezumab og galcanezumab (s.c.)																																									
Opstart	1																	2																	3						
Behandling	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	P	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	P	35	36	37	38	39
Eptinezumab (i.v.)																																									
Opstart																																									
Behandling	1	2		3		4		5		6		P		7	8		9		10		11		12		P		13														

P: Pause i behandlingen



Versionslog

Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.0	24. september 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