

Opsummering af Medicinrådets evidens- gennemgang vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til Crohns sygdom

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	3. september 2025
-------------------------	-------------------

Dokumentnummer	221452
-----------------------	--------

Versionsnummer	2.0
-----------------------	-----



Om opsummeringen

Denne opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til Crohns sygdom belyser følgende:

- Er der klinisk betydelende forskelle mellem biologiske og målrettede syntetiske lægemidler (BMSL) til behandling af voksne BMSL-naive patienter med moderat til svær aktiv Crohns sygdom? (*Klinisk spørgsmål 1*)
- Er der klinisk betydelende forskelle mellem biologiske og målrettede syntetiske lægemidler (BMSL) til behandling af voksne BMSL-erfarne patienter med moderat til svær aktiv Crohns sygdom? (*Klinisk spørgsmål 2*)

Følgende effektmål blev vurderet:

- Klinisk remission efter induktionsbehandling (uge 6-8)
- Systemisk steroidfri remission ved vedligeholdelsesbehandling (uge 52)
- Bivirkninger (længst mulig opfølgningstid)
- Endoskopisk/billeddiagnostisk remission ved vedligeholdelsesbehandling (uge 52)
- Livskvalitet ved IBDQ (længst mulig opfølgningstid).

Opsummeringen er baseret på følgende dokumenter:

- Tillæg til Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til behandling af Crohns sygdom - Direkte indplacering af guselkumab til patienter med Crohns sygdom – version 1.0
- Tillæg til Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til behandling af Crohns sygdom - Direkte indplacering af mirikizumab til patienter med Crohns sygdom – version 1.0
- Medicinrådets vurdering af subkutan formulering af infliximab
- Tillæg til Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til behandling af Crohns sygdom - Direkte indplacering af risankizumab til patienter med Crohns sygdom – version 1.0
- Tillæg til Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til behandling af Crohns sygdom -Direkte indplacering af upadacitinib til patienter med Crohns sygdom – version 1.0
- Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende biologiske og målrettede syntetiske lægemidler til behandling af Crohns sygdom – version 1.0

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



Om Crohns sygdom

Crohns sygdom debuterer hyppigst hos unge voksne mellem 20-30 år. Antallet af patienter med Crohns sygdom i Danmark blev i år 2013 anslået til 17.530, mens antallet af nye patienter per år er ca. 9 pr. 100.000¹. Hos børn under 16 år er incidensen 3,7 pr. 100.000¹. En stigende andel af patienterne forventes at være i behandling med BMSL.

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

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinrådet, 4. september 2025

¹ Lophaven SN, Lynge E, Burisch J. The incidence of inflammatory bowel disease in Denmark 1980–2013: a nationwide cohort study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;45(7):961–72.



Medicinrådets kliniske vurdering af lægemidler

Patienter med Crohns sygdom, der ikke tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-naive patienter)

Medicinrådet vurderer, at der for adalimumab, guselkumab, infliximab, mirikizumab, risankizumab, ustekinumab og vedolizumab ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle på deres effekt og sikkerhed, og de er derfor betragtet som ligestillede i kategorien "anvend", jf. Tabel 1. Efterlevelseshesprocenten er sat til 70 %.

Medicinrådet har indplaceret upadacitinib i kategorien "anvend ikke rutinemæssigt". Medicinrådet vurderer, at upadacitinib er forbundet med en øget risiko for alvorlige bivirkninger i form af malignitet, alvorlige kardiovaskulære hændelser, alvorlige infektioner, venøs tromboemboli og herpes zoster.

Tabel 1. Medicinrådets indplacering af lægemidler til voksne patienter med Crohns sygdom, som ikke tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-naive patienter).

	Lægemiddel (administration)	Dosis
Anvend til 70 % af populationen*	Adalimumab (s.c.)	Induktionsdosis: 160 mg uge 0, 80 mg uge 2. Vedligeholdelsesdosis: 40 mg hver 2. uge.
	Guselkumab (i.v. + s.c. <i>eller</i> s.c.)	Induktionsbehandling (i.v.): 200 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 100 mg hver 8. uge <i>eller</i> 200 mg hver 4. uge
		Induktionsdosis (s.c.): 400 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 100 mg hver 8. uge <i>eller</i> 200 mg hver 4. uge
	Infliximab (i.v. <i>eller</i> i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis (i.v.): 5 mg/kg hver 8. uge.
		Induktionsdosis (i.v.): 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 120 mg hver 2. uge fra uge 10
	Mirikizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsbehandling (i.v.): 900 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 300 mg hver 4. uge.
	Risankizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 600 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 360 mg hver 8. uge fra uge 12.



	Lægemiddel (administration)	Dosis
	Ustekinumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 260 mg (≤ 55 kg); 390 mg ($> 55 - \leq 85$ kg); 520 mg (> 85 kg) uge 0. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 90 mg uge 8 og herefter hver 12. uge.
	Vedolizumab (i.v. <i>eller</i> i.v. + s.c)	Induktionsdosis (i.v.): 300 mg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis (i.v.): 300 mg hver 8. uge. Induktionsbehandling (i.v.): 300 mg uge 0 og 2. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 108 mg uge 6, og herefter 108 mg hver 2. uge.
Overvej	-	-
Anvend ikke rutinemæssigt	Upadacitinib (p.o.)	Induktionsdosis: 45 mg dagligt i 12 uger. Vedligeholdelsesbehandling: 15 <i>eller</i> 30 mg dagligt.

Note: Lægemidlene er listet i alfabetisk rækkefølge indenfor hver kategori.

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

Patienter med Crohns sygdom, der tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-erfarne patienter)

Medicinrådet vurderer, at der for adalimumab, guselkumab, infliximab, mirikizumab, risankizumab, ustekinumab og vedolizumab ikke er dokumenteret klinisk betydende forskelle på deres effekt og sikkerhed, og de er derfor betragtet som ligestillede i kategorien "anvend", jf. Tabel 2. Efterlevelseshesprocenten er sat til 70 %.

Medicinrådet har indplaceret upadacitinib i kategorien "overvej". Medicinrådet vurderer, at upadacitinib er forbundet med en øget risiko for alvorlige bivirkninger. Der ses en tilsvarende effekt, men som beskrevet ovenfor til BMSL-naive patienter vægtes de betydelige bivirkninger højest.



Tabel 2. Medicinrådets indplacering af lægemidler til voksne patienter med Crohns sygdom, som tidligere har modtaget behandling med BMSL (BMSL-erfarne patienter).

	Lægemiddel (administration)	Dosis
Anvend til 70 % af populationen*	Adalimumab (s.c.)	Induktionsdosis: 160 mg uge 0, 80 mg uge 2. Vedligeholdelsesdosis: 40 mg hver 2. uge.
	Guselkumab (i.v. + s.c. eller s.c.)	Induktionsbehandling (i.v.): 200 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 100 mg hver 8. uge eller 200 mg hver 4. uge
		Induktionsdosis (s.c.): 400 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 100 mg hver 8. uge eller 200 mg hver 4. uge
	Infliximab (i.v. eller i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis (i.v.): 5 mg/kg hver 8. uge.
		Induktionsdosis (i.v.): 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 120 mg hver 2. uge fra uge 10
	Mirikizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsbehandling (i.v.): 900 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 300 mg hver 4. uge.
	Risankizumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 600 mg uge 0, 4 og 8. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 360 mg hver 8. uge fra uge 12.
	Ustekinumab (i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 260 mg (≤ 55 kg); 390 mg ($> 55 -$ ≤ 85 kg); 520 mg (> 85 kg) uge 0. Vedligeholdelsesdosis (s.c.): 90 mg uge 8 og herefter hver 12. uge.
	Vedolizumab (i.v. eller i.v. + s.c.)	Induktionsdosis (i.v.): 300 mg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelsesdosis (i.v.): 300 mg hver 8. uge.
		Induktionsbehandling (i.v.): 300 mg uge 0 og 2. Vedligeholdelsesbehandling (s.c.): 108 mg uge 6, og herefter 108 mg hver 2. uge.
Overvej	Upadacitinib (p.o.)	Induktionsdosis: 45 mg dagligt i 12 uger. Vedligeholdelsesbehandling: 15 eller 30 mg dagligt.

Note: Lægemidlene er listet i alfabetisk rækkefølge indenfor hver kategori.



* 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

Medicinrådets kliniske vurdering af lægemidler er baseret på effektsammenligninger (relative og absolutte effektforskelle samt p-scorer) fra netværksmetaanalyser for klinisk remission efter induktionsbehandling og steroidfri remission ved vedligeholdelsesbehandling. For endoskopisk remission, bivirkninger og livskvalitet er data gennemgået vha. en naiv sammenligning.

Data for infliximab og adalimumab er mere sparsomt for de ønskede effektmål end for de øvrige nyere lægemidler. I fagudvalgets samlede vurdering lægger de vægt på, at der er meget klinisk erfaring med anvendelse af adalimumab og infliximab, som viser, at den kliniske effekt af disse lægemidler er sammenlignelig med den kliniske effekt af de øvrige lægemidler.

Andre overvejelser

Medicinrådet har i deres vurdering af lægemidlerne lagt stor vægt på vedvarende effektiv behandling og få bivirkninger. Patienters præferencer vedrørende administrationsmåde, interval og behandlingssted indgår ikke i sammenligningen af lægemidlerne, men kan indgå i overvejelserne vedrørende valg af præparat.

Øvrige forhold vedrørende behandlingen

Kriterier for opstart af behandling

BMSL-behandling kan initieres ved moderat til svær aktiv Crohns sygdom, som ikke kan bringes i remission, eller som enten recidiverer under aftrapning af steroidbehandling eller ikke kan holdes i remission med immunsuppressiv behandling, og hvor kirurgi ikke foretrækkes.

Billeddiagnostisk vurdering (endoskopisk/radiologisk) anbefales mhp. at fastlægge sværhedsgrad af inflammation samt mulige komplikationer hos patienterne, som har svigt af konventionel behandling.

For patienter med andre autoimmune lidelser bør prioritering af lægemiddelvalg tage udgangspunkt i patientens samlede sygdomsbillede.

Skift mellem præparater

Generelle forhold vedrørende skift af BMSL-behandling:

- Hvis et BMSL ikke har effekt (primært svigt), bør skift til et BMSL med anden virkningsmekanisme overvejes, eller patienten vurderes mhp. kirurgisk intervention.
- Ved sekundært svigt (dvs. tab af effekt efter initialt behandlingsrespons) kan intensivering med samme lægemiddel (dvs. afkortning af interval mellem



infusioner/injektioner, øgning af dosis) forsøges. Der kan forsøges skift til BMSL med tilsvarende virkningsmekanisme, inden der overgås til BMSL med anden virkningsmekanisme.

For Crohns sygdom gælder desuden følgende forhold:

- Ved remission efter induktionsbehandling fortsættes behandlingen som vedligeholdelsesbehandling.
- Ved partiel respons af induktionsbehandling kan det overvejes at intensivere behandlingen (afkorting af interval mellem infusioner/injektioner, øgning af dosis).

Kriterier for seponering

Under vedligeholdelsesbehandling af kronisk aktiv Crohns sygdom bør vurdering af behandlingseffekt foretages minimum hver 26./52. uge. Ved sygdomsaktivitet bør den aktuelle BMSL-behandling optimeres (afkorting af interval mellem infusioner/injektioner, øgning af dosis), eller skift til anden BMSL-behandling overvejes.

Hvis sygdommen er i længerevarende remission, kan behandlingsintensiteten af BMSL forsøges nedskaleret, eller behandlingen kan helt ophøre under fortsat monitorering af sygdomsaktiviteten. Langvarig klinisk/biomarkørmæssig remission samt eventuelt endoskopisk/billeddiagnostisk fravær af inflammation synes at være en forudsætning for, at patienten kan forblive i remission uden behandling.

Ved fortsat inaktiv sygdom fortsætter patienten uden BMSL-behandling. Ved recidiv efter ophør af vedligeholdelsesbehandling kan behandlingen genoptages, eller kirurgi kan tilbydes.

Patientspecifikke forhold kan indicere behandling i en længerevarende periode. Genoptagelse af anti-TNF-behandling efter en længere pause er ikke ledsaget af tab af effekt eller øget hyppighed af bivirkninger.

Dosisjustering

Inden for det første år aftager effekten af BMSL hos ca. hver 3. patient, og det gælder især for BMSL-erfarne patienter. Systematiske litteraturreview af real-life data tyder på, at øgning af dosis eller nedsættelse af intervallet mellem doser har klinisk effekt.

Monitorering af behandling

Effekt af behandling og bivirkninger vurderes som minimum hver 3. måned på baggrund af symptomer, kliniske markører og biokemi.

Ved hver infusion, udlevering eller injektion af et BMSL bør eventuelle bivirkninger registreres.

Det overordnede klinisk- og patientrapporterede behandlingsmål er:

- Ophør af mavesmerter, normalisering af afføringsmønster, normalisering af inflammationsmarkører - samt endoskopisk remission (ingen ulcerationer ved ileokoloskopi) eller ingen tegn på inflammation ved billeddiagnostik. Dette er



foreneligt med anbefalingerne fra the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases (IOIBD) angivet i både STRIDE I og STRIDE II.

Terapeutisk drug monitorering (TDM)

I den daglige klinik justeres dosis eller dosisinterval af BMSL ud fra effekt, dvs. klinisk, paraklinisk og billediagnostik inklusive endoskopi. I flere artikler er foreslået et "terapeutisk niveau" for flere af lægemidlerne, men hvorvidt dalværdien blot er en prognostisk parameter, eller om behandlingseffekten faktisk vil kunne forbedres ved en optimering af koncentrationen, er ikke afklaret. Proaktiv TDM kan derfor ikke anbefales uden for kliniske forsøg.

Måling af antidrug-antibody (ADA) kan for nærværende ikke anbefales anvendt til klinisk beslutningstagen.

Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

I det kliniske sammenligningsgrundlag har Medicinrådet beskrevet de ligestillede lægemidler i kategorien "anvend" med dosis og antal doseringer over den relevante tidsperiode for hver population. Det kliniske sammenligningsgrundlag skal anvendes i en eventuel omkostningsanalyse samt i forbindelse med Amgros' udbud.

Perioden for sammenligningen er fastlagt til 18 måneders behandling (78 uger) inkl. induktionsperiode. Tidsperioden er valgt, da den omfatter omkostninger forbundet med både induktionsbehandling og vedligeholdelsesbehandling. Behandlingen forventes at være livslang. Gennemsnitsvægten er sat til 75 kg.

Det kliniske sammenligningsgrundlag for de klinisk ligestillede lægemidler under "anvend" fremgår af Tabel 3.

Tabel 3. Klinisk sammenligningsgrundlag med en sammenligningsperiode på 78 uger (18 måneder) for patienter med Crohns sygdom, BMSL-naïve patienter og BMSL-erfarne patienter

Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde
Adalimumab (s.c.)	Induktion: 160 mg uge 0, 80 mg uge 2. Vedligehold: 40 mg hver 2. uge.	43 stk. 40 mg sprøjter <i>I alt 1720 mg</i>
Guselkumab (s.c.)	Induktion: 400 mg uge 0, 4 og 8. Vedligehold: 100 mg hver 8. uge.	6 stk. 200 mg sprøjter <i>I alt 1200 mg</i> 7,75 stk. 100 mg sprøjter <i>I alt 775 mg</i>
Guselkumab (s.c.)	Induktion: 400 mg uge 0, 4 og 8. Vedligehold: 200 mg hver 4. uge.	22,5 stk. 200 mg sprøjter <i>I alt 4500 mg</i>



Lægemiddel	Sammenligningsdosis	Mængde
Guselkumab (i.v. + s.c.)	Induktion (i.v.): 200 mg uge 0, 4 og 8. Vedligehold (s.c.): 100 mg hver 8. uge.	3 stk. 200 mg hætteglas <i>I alt 600 mg</i> 7,75 stk. 100 mg sprøjter <i>I alt 775 mg</i>
Guselkumab (i.v. + s.c.)	Induktion (i.v.): 200 mg uge 0, 4 og 8. Vedligehold (s.c.): 200 mg hver 4. uge.	3 stk. 200 mg hætteglas <i>I alt 600 mg</i> 16,5 stk. 200 mg sprøjter <i>I alt 3300 mg</i>
Infliximab (i.v.)	Induktion: 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligehold: 5 mg/kg hver 8. uge.	41,25 stk. 100 mg hætteglas <i>I alt 4125 mg</i>
Infliximab (i.v. + s.c.)	Induktion (i.v.): 5 mg/kg uge 0, 2 og 6. Vedligeholdelse (s.c.): 120 mg hver 2. uge fra uge 10	11,25 stk. 100 mg hætteglas <i>I alt 1125 mg</i> 34 stk. 120 mg sprøjter <i>I alt 4080 mg</i>
Mirikizumab (i.v. + s.c.)	Induktion (i.v.): 900 mg uge 0, 4 og 8. Vedligehold (s.c.): 300 mg hver 4. uge.	9 stk. 300 mg hætteglas <i>I alt 2700 mg</i> 16,5 stk. 300 mg pakning (200+100 mg sprøjter) <i>I alt 4950 mg</i>
Risankizumab (i.v. + s.c.)	Induktion (i.v.): 600 mg uge 0, 4 og 8. Vedligehold (s.c.): 360 mg hver 8. uge fra uge 12.	3 stk. 600 mg hætteglas <i>I alt 1800 mg</i> 8,25 stk. 360 mg penne <i>I alt 2970 mg</i>
Ustekinumab (i.v. + s.c.)	Induktion (i.v.): 260 mg (≤ 55 kg); 390 mg (55-85 kg); 520 mg (> 85 kg) uge 0. Vedligehold (s.c.): 90 mg uge 8 og herefter hver 12. uge.	3 stk. 130 mg hætteglas <i>I alt 390 mg</i> 5,83 stk. 90 mg sprøjter <i>I alt 525 mg</i>
Vedolizumab (i.v.)	Induktion: 300 mg uge 0, 2 og 6. Vedligehold: 300 mg hver 8. uge.	11 stk. 300 mg hætteglas <i>I alt 3300 mg</i>
Vedolizumab (i.v. + s.c.)	Induktion (i.v.): 300 mg uge 0 og 2. Vedligehold (s.c.): 108 mg uge 6, og herefter 108 mg hver 2. uge.	2 stk. 300 mg hætteglas <i>I alt 600 mg</i> 36 stk. 108 mg sprøjter <i>I alt 3888 mg</i>

Note: Gennemsnitsvægt for en patient er estimeret til 75 kg.



Omkostningsanalyse og lægemiddelrekommandation

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



Versionslog

Versionslog

Version	Dato	Ændring
2.0	3. september 2025	Guselkumab og mirikizumab er indplaceret i den kliniske rækkefølge. Dokumentet er opdateret til nyt format.
1.0	22. februar 2024	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