

# Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til knoglemarvskræft (myelomatose)

## Om Medicinrådet

Medicinrådet er et uafhængigt råd, som udarbejder anbefalinger og vejledninger om lægemidler til de fem regioner.

Medicinrådet vurderer, om nye lægemidler og nye indikationer kan anbefales som mulig standardbehandling og udarbejder fælles regionale behandlingsvejledninger.

Nye lægemidler vurderes i forhold til effekt, eksisterende behandling og pris. Det skal give lavere priser og lægemidler, der er til størst mulig gavn for patienterne.

De fælles regionale behandlingsvejledninger er vurderinger af, hvilke lægemidler der er mest hensigtsmæssige til behandling af patienter inden for et terapiområde og dermed grundlag for ensartet høj kvalitet for patienterne på tværs af sygehuse og regioner.

## Om behandlingsvejledningen

Behandlingsvejledningen er Medicinrådets vurdering af flere lægemidler til samme sygdom. I behandlingsvejledninger tager Medicinrådet typisk stilling til, om der er klinisk betydende forskelle mellem lægemidlerne, eller om to eller flere af disse kan ligestilles.

Se Medicinrådets [metodehåndbog](#) for yderligere information.

## Dokumentoplysninger

Godkendelsesdato	15. maj 2019
Offentliggørelsesdato	15. maj 2019
Dokumentnummer	48257
Versionsnummer	1.0
Protokolgodkendelse	9. november 2017

© Medicinrådet, 2019. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Medicinrådet, Dampfærgevej 27-29, 3. th., 2100 København Ø

[www.medicinraadet.dk](http://www.medicinraadet.dk)

Sprog: dansk

Format: pdf

Udgivet af Medicinrådet, 15. maj 2019

## Formål med gennemgang og vurdering af evidens for knoglemarvskræft

I de senere år er en række nye lægemidler i forskellige kombinationer blevet godkendt til behandling af knoglemarvskræft. Derfor har Medicinrådet fundet det relevant at undersøge, hvorledes både nye og ældre behandlingsalternativer bør anvendes i aktuel dansk klinisk praksis. Formålet med Medicinrådets behandlingsvejledning for knoglemarvskræft er på baggrund af en systematisk litteraturgennemgang at vurdere, hvilke lægemidler der er mest hensigtsmæssige til behandling af patienter med knoglemarvskræft. Medicinrådet undersøger, om to eller flere lægemidler vil kunne ligestilles til en given patientpopulation indenfor de definerede kliniske spørgsmål. Desuden skal behandlingsvejledningen angive fælles regionale retningslinjer for lægemiddelvalg til behandling af knoglemarvskræft med henblik på at øge ensartetheden i anvendelsen af lægemidlerne og dermed sikre ens behandlingstilbud for patienter.

## Medicinrådets anbefalinger vedrørende lægemidler til knoglemarvskræft

Medicinrådets anbefalinger vedrørende lægemidler til knoglemarvskræft er overordnet inddelt i behandlingstrin, afhængig af om de vedrører primærbehandling, første relapsbehandling eller anden relapsbehandling.

**Primærbehandling** er den behandling, der tilbydes til nydiagnosticerede behandlingskrævende patienter. Primærbehandling opdeles i behandling til patienter, der er kandidater til højdosis kemoterapi med stamcellestøtte (HDT/STS), og medicinsk behandling til patienter der *ikke* er kandidater til HDT/STS. Behandlingen til patienter, der er kandidater til HDT/STS, omfatter induktionsbehandling, mobiliserende kemoterapi og perifer stamcellehøst, HDT/STS, konsoliderende behandling og vedligeholdelsesbehandling.

**Første relapsbehandling** er behandlingsmuligheder til patienter, der tidligere har modtaget mindst én behandling. Første relapsbehandling omfatter to undergrupper: patienter der ikke er lenalidomidrefraktære, og patienter der er lenalidomidrefraktære.

**Anden relapsbehandling** omfatter behandlingsmuligheder til patienter, der tidligere har modtaget mindst to behandlinger.

Følgende generelle forhold gør sig gældende i forbindelse med valg af behandling:

- Behandlingsvalget foretages i samråd med patienten under hensyntagen til effekt af tidligere behandlinger, bivirkninger til tidligere behandlinger, performancestatus, komorbiditet og patientpræferencer, herunder antallet af behandlingsfremmøder.
- Behandlingerne kan gives sekventielt, og behandlingsmulighederne bør være udtømte, før behandlinger på næste trin overvejes.
- Bliver en patient behandlingsrefraktær over for et lægemiddel givet i fuld dosering i en behandlingskombination, bør dette lægemiddel ikke bruges ved fremtidige behandlinger. Behandlingsrefraktæritet er defineret ved sygdomsprogression under behandling med fuld dosering eller inden for 60 dage efter behandlingsophør.

### Betydning af kategorierne for anbefalinger

<b>Anvend til xx % af populationen</b>	Anbefalingen bruges, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne for en vis andel af den givne population. Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, som, fagudvalget vurderer, vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som bliver førstevalg i en lægemiddelrekommandation.
<b>Overvej</b>	Anbefalingen bruges, når fordelene ved lægemidlet er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved lægemidlet. Samtidig vurderes, om skadevirkningerne er få eller fraværende. Bruges også når det vurderes, at patienterne har forskellige præferencer.

<b>Anvend ikke rutinemæssigt</b>	Anbefalingen bruges, når ulemperne ved lægemidlet vurderes at være større end fordelene, men hvor det ikke er underbygget af stærk evidens. Anbefaling bruges også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Bruges også, når det vurderes, at patienterne har forskellige præferencer.
<b>Anvend ikke</b>	Anbefalingen bruges, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved behandling med lægemidlet er klart større end fordelene. Bruges også når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nytteløs.

Baseret på den gennemgåede evidens samt fagudvalgets kliniske vurdering anbefaler Medicinrådet følgende behandlinger:

### Anbefalinger – primærbehandling

<b>Patienter der er kandidater til højdosis kemoterapi med stamcellestøtte</b>	
<b>Anbefaling</b>	<b>Behandling*</b>
Anvend	Induktionsbehandling (bortezomib + lenalidomid + dexamethason eller bortezomib + cyklofosamid + dexamethason)~ + Mobiliserende kemoterapi (cyklofosamid) og perifer stamcellehøst + Højdosis kemoterapi (melphalan) med stamcellestøtte
Overvej	Konsoliderende behandling (gentagelse af HDT/STS, bortezomib + lenalidomid + dexamethason eller lenalidomid + dexamethason)~
Anvend ikke rutinemæssigt	Induktionsbehandling (bortezomib + thalidomid + dexamethason) Konsoliderende behandling (bortezomib + thalidomid + dexamethason, bortezomib + thalidomid, bortezomib) Vedligeholdelsesbehandling efter HDT/STS (lenalidomid)^
Anvend ikke	

\*Skema over dosering og administration af behandlinger findes i bilag 1.

~Kombinationerne er ikke godkendt af EMA til indikationen.

^Fagudvalget har vurderet, at vedligeholdelsesbehandling med lenalidomid har en vigtig klinisk merværdi sammenlignet med ingen behandling. Den nuværende pris er imidlertid meget høj og ude af proportion med den kliniske merværdi. Medicinrådet har derfor ikke anbefalet lægemidlet til standardbehandling.

<b>Patienter der ikke er kandidater til højdosis kemoterapi</b>	
<b>Anbefaling</b>	<b>Behandling*</b>
Anvend til 60 % af populationen^	Bortezomib + lenalidomid + dexamethason**
Overvej	Lenalidomid + dexamethason Bortezomib + melphalan + prednison
Anvend ikke rutinemæssigt	Bortezomib + dexamethason Lenalidomid + dexamethason kontinuerligt Melphalan + prednison + lenalidomid Melphalan + prednison + lenalidomid kontinuerligt Melphalan + prednison
Anvend ikke	Melphalan + vincristin + doxorubicin + dexamethason Bortezomib + melphalan + prednison + thalidomid kontinuerligt Melphalan + prednison + thalidomid Melphalan + prednison + thalidomid kontinuerligt

\*Skema over dosering og administration af behandlinger findes i bilag 1.

\*\*Anbefalingen gælder, såfremt behandlingskombinationen anbefales af Medicinrådet til standardbehandling.

^Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, som, fagudvalget vurderer, vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som bliver førstevalg i en lægemiddelrekommandation.

### Anbefalinger – første relapsbehandling

De medicinske behandlinger kan anvendes sekventielt, og alle behandlingsmuligheder bør være udtømt, før man overvejer behandlinger under 'anden relapsbehandling'. Dette under hensyntagen til det generelle princip, at bliver en patient behandlingsrefraktær over for et lægemiddel givet i fuld dosering i en behandlingskombination, bør dette lægemiddel ikke bruges ved fremtidige behandlinger.

Patienter der ikke er lenalidomidrefraktære	
Anbefaling	Behandling*
Anvend til 80 % af populationen <sup>^</sup>	Daratumumab + lenalidomid + dexamethason
Anvend hvor daratumumab er kontraindiceret <i>Her er behandlingerne ligestillede</i>	Elotuzumab + lenalidomid + dexamethason Carfilzomib + lenalidomid + dexamethason
Overvej	Ixazomib + lenalidomid + dexamethason Daratumumab + bortezomib + dexamethason Carfilzomib + dexamethason
Anvend ikke rutinemæssigt	Lenalidomid + dexamethason
Anvend ikke	

\*Skema over dosering og administration af behandlinger findes i bilag 1.

<sup>^</sup>Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, som, fagudvalget vurderer, vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som bliver førstevalg i en lægemiddelrekommandation.

Patienter der er lenalidomidrefraktære	
Anbefaling	Behandling*
Anvend til 70 % af populationen <sup>^</sup>	Daratumumab + bortezomib + dexamethason
Overvej	Carfilzomib + dexamethason
Anvend ikke rutinemæssigt	Bortezomib + dexamethason
Anvend ikke	

\*Skema over dosering og administration af behandlinger findes i bilag 1.

<sup>^</sup>Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, som, fagudvalget vurderer, vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som bliver førstevalg i en lægemiddelrekommandation.

### Anbefalinger – anden relapsbehandling

Behandlingsmulighederne i første relapsbehandling bør være udtømt, før man overvejer behandlinger under 'anden relapsbehandling'. Behandlingerne kan anvendes sekventielt. Dette under hensyntagen til det generelle princip, at bliver en patient behandlingsrefraktær over for et lægemiddel givet i fuld dosering i en behandlingskombination, bør dette lægemiddel ikke bruges ved fremtidige behandlinger.

Anbefaling	Behandling*
Anvend	
Overvej <i>Ingen af behandlingerne er ligestillede, men behandlingerne kan overvejes under hensyn til toksicitet, komorbiditet, tidligere behandlinger og patientpræferencer, herunder påvirkning af livskvalitet</i>	Pomalidomid + dexamethason Daratumumab Pomalidomid + cyklofosamid + dexamethason
Anvend ikke rutinemæssigt	Thalidomid + dexamethason
Anvend ikke	Panobinostat + bortezomib + dexamethason~ Bortezomib + pegyleret liposomal doxorubicin Bortezomib + dexamethason + pegyleret liposomal doxorubicin

\*Skema over dosering og administration af behandlinger findes i bilag 1.

~Kombinationen er ikke godkendt af KRIS til indikationen.

## Øvrige forhold vedrørende behandlingen

Fagudvalget fremhæver vigtigheden af, at valg af behandling foregår i dialog mellem patient og læge. Behandlingsvalg foretages på baggrund af overvejelser omkring balancen mellem effekt og bivirkninger, komorbiditet, hensynet til senere behandlingsmuligheder og den behandlingsbyrde, som den enkelte patient oplever. Her spiller dosis og administration af lægemidlerne ind, idet det ofte er et ønske fra patienterne at reducere deres medicinindtag, hvis det er muligt. Samtidig er der forskel på administration (herunder antal infusioner og varighed af infusion) af de enkelte lægemidler, som det fremgår af bilag 3 og 4, hvilket også kan have betydning for patientens præferencer og muligheder for behandling. Eksempelvis vil patienter ofte acceptere flere bivirkninger, hvis behandlingen strækker sig over en kortere periode, end hvis det er behandling over længere tid eller frem til sygdomsprogression.

Som beskrevet under afsnit 5, indirekte evidens, gør fagudvalget opmærksom på, at de patienter, der indgår i studierne, ofte er yngre, i en bedre almen tilstand og med mindre komorbiditet end de patienter, man møder i klinisk praksis [42]. Der kan derfor være behov for dosisreduktion. Fagudvalget henviser til en rapport fra the European Myeloma Network, som angiver en behandlingsalgoritme med reducerede doser afhængigt af alder, funktionsniveau og komorbiditet [43].

Fagudvalget forventer, at cytogenetik med tiden vil få en større rolle ved behandlingsvalg, når der genereres mere evidens om cytogenetik i forhold til effekt af behandlingerne. Det samme gør sig gældende i forhold til monitorering af minimal residual disease (MRD).

## Sammensætning af fagudvalg og kontaktinformation til Medicinrådet

Se baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedr. knoglemarvskræft (myelomatose).

## Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.0	15. maj 2019	Godkendt af Medicinrådet.