
Ny tidsalder for behandling og diagnostikk av Alzheimers sykdom

FRA FAGMILJØENE

ARVID RONGVE

arvid.rongve@helse-fonna.no

Arvid Rongve er spesialist i psykiatri med fordypningsområde i alderspsykiatri. Han leder Eldremedisinsk poliklinikk og Eldremedisinsk forskningsgruppe i Helse Fonna og er professor ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAG ÅRSLAND

Dag Årsland er spesialist i psykiatri, forskningsleder ved Senter for eldremedisin og samhandling, Stavanger universitetssjukehus og professor i alderspsykiatri ved Kings' College London, Storbritannia. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt tilskudd fra Roche Diagnostics, konsulenthonorar fra Roche Diagnostics, Eli Lilly, Eisai og GSK og deltatt i rådgivende komité for Eli Lilly UK, Roche UK, Novo Nordisk, BioArctic og Eisai.

TORMOD FLADBY

Tormod Fladby er spesialist i nevrologi, avdelingsleder ved Nevrologisk avdeling, Akershus universitetssykehus og professor i nevrologi ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt økonomisk støtte fra EU/JPND, Baldere, lisensavgift fra Pre Diagnostic AS, forskerhonorar for EVOKE, Novo Nordisk, forelesningshonorar fra BioArctic og Roche. Han har patentsøknader (i EU og USA) innenfor metoder for diagnostikk av

Alzheimers sykdom og Parkinsons sykdom og gitt rådgivning i møter med Eisai, BioArctic og Novo Nordisk om sykdomsmodifiserende legemidler ved Alzheimers sykdom.

ANNE RITA ØKSENGÅRD

Anne Rita Øksengård er spesialist i geriatri og forskningssjef i Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR SELBÆK

Geir Selbæk er spesialist i psykiatri, forskningssjef ved Nasjonalt senter for aldring og helse og professor ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Eisai og Eli Lilly og gitt rådgivning i møter med Roche og Eisai om sykdomsmodifiserende legemidler ved Alzheimers sykdom.

Det første sykdomsmodifiserende legemiddelet for behandling av Alzheimers sykdom vil kreve mye av en allerede presset spesialisthelsetjeneste.

Det europeiske legemiddelverket (EMA) anbefalte 14.11.2024 at lecanemab blir godkjent for behandling av Alzheimers sykdom (1). Legemiddelet er et monoklonalt antistoff i form av humanisert immunglobulin G1, rettet mot aggregerte løselige og uløselige former av amyloid betaprotein. Lecanemab fikk ordinær godkjenning i USA i juli 2023. Den estimerte årlige totalkostnaden for behandlingen var da 109 000 dollar, inkludert MR-diagnostikk og infusjoner. Lecanemab er siden blitt godkjent i Kina, Israel, Sør-Korea, Hongkong og Japan. Nye analyser har vist gunstigere effekt og risikoprofil hos pasienter med én eller ingen kopier av *APOE E4*-allelet, og i EU og Storbritannia er bruken godkjent kun hos denne undergruppen.

Basert på resultater fra fase III-studier, kan man forvente 25–35 % reduksjon i progresjon av kognitive og funksjonelle utfallsmål sammenlignet med placebo når behandlingen gis som intravenøs infusjon to ganger per måned i 18 måneder (2).

Hovedutfordringen med lecanemab har vært en ny type bivirkninger kalt *amyloid-related imaging abnormalities* (ARIA). ARIA-forandringer skyldes amyloid betaproteinrelatert vaskulær inflammasjon. Selv om de fleste ARIA-forandringene er asymptomatiske, kan de i sjeldne tilfeller gi alvorlige bivirkninger. Samtidig antikoagulasjonsbehandling har ført til fatale utfall. Spesiell forsiktighet må utvises ved to *APOE E4*-alleler, da dette kan gi økt risiko for blødning og dårligere behandlingseffekt. Den europeiske godkjenningen krever derfor at det tas MR av hjernen før oppstart og før 5., 7. og 14. dosering, samt ved klinisk mistanke om ARIA-tilstand.

Studier på lecanemab har vist best effekt i aldersgruppen over 75 år og hos pasienter med mild sykdomsgrad. Det europeiske legemiddelverket oppretter nå et register for å overvåke bivirkninger og klinisk effekt. Det er flere uavklarte spørsmål rundt hvilke undergrupper som skal prioriteres i klinisk praksis, og hvilke avdelinger som vil tilby den nye behandlingen. Er det MR-kapasitet, og hva vil prisen bli i Norge? Innføring av behandlingen vil kreve samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten, samt betydelige ressurser fra en allerede presset spesialisthelsetjeneste, herunder tilgang til legespesialister.

Behandling med lecanemab krever at amyloid i hjernen er påvist, enten i form av biologiske markører i spinalvæske eller med positiv amyloid-PET. Også disse undersøkelsene har begrenset tilgjengelighet. Biomarkører i blod, som fosfo-tau 217, vil lette diagnostikken av Alzheimers sykdom og dermed forenkle tilgangen til lecanemab. Vi antar at tilbud om denne analysen vil bli klinisk rutine også i Norge.

Hvorvidt lecanemab vil komme norske pasienter til gode, gjenstår å se. Nye legemidler og mer presise diagnostiske verktøy for Alzheimers sykdom gir håp for en pasientgruppe som hittil kun har hatt tilbud om symptomatisk og ikke-medikamentell behandling (3).

REFERENCES

1. DMP. EMA anbefaler godkjenning av lecanemab (Leqembi) for behandling av tidlig Alzheimers sykdom. <https://www.dmp.no/nyheter/ema-anbefaler-godkjenning-av-lecanemab-leqembi-for-behandling-av-tidlig-alzheimers-sykdom> Lest 14.11.2024.
2. van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P et al. Lecanemab in early Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2023; 388: 9–21. [PubMed][CrossRef]
3. Knapskog A-B, Engedal K, Selbæk G et al. Alzheimers sykdom – diagnostikk og behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0919. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 27. desember 2024. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0604

Mottatt 15.11.2024, første revisjon innsendt 26.11.2024, godkjent 28.11.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2026.