

Frågor och svar från digital föreläsning 7/5-26: Behandling av Alzheimers sjukdom – aktuell och i framtiden

Sibylle Mayer Standar, geriatriker, minnesmottagningen i Hudiksvall och Gävle, Region Gävleborg

I Fass står det att man ska ha snabb tillgång till MR när Leqembi administreras. Varför?

- Det är pga ARIA biverkningar. Snabb tillgång till MR behövs när ARIA ger symtom för eventuell åtgärd vid större blödning/ödem och ställningstagande om man ska fortsätta med behandlingen (i de flesta fall avslutas behandlingen).

Tack för tydlig presentation! Hur står sig lecanemab jämfört med de nuvarande symtomlindrande behandlingar vi redan använder?

- Största skillnad är nog att effekten med sjukdomsmodifierande behandling ökar över tiden i större omfattning jämfört med de läkemedel vi har nu. Det finns tecken till att rensningen gör att processerna i hjärnan stannar upp, vilket inte sker med de nuvarande behandlingar.

Men det är viktigt att se att de läkemedel vi har idag har faktiskt effekt på både kognition, funktion, mortalitet och livskvalitet.

Med tanke på att det kommer bli en stor andel av patienter som inte uppfyller kriterier för behandling med till exempel lecanemab så är det viktigt att använda de läkemedel som finns på bästa sättet (upptrappning till personens max dos, monitorera biverkningar, eventuellt byte inom gruppen acetylkolinesterashämmare...)

När i tiden kommer nästa generation av medicinsk behandling för Alzheimer och när under sjukdomsprogressionen ska dessa in för att få bäst verkan?

- Behandlingen ska sättas in så tidig som möjligt, i framtiden kanske t.o.m. innan symtomen har uppstått. Vi behöver nog mer resultat från längre behandlingsstudier för att veta mer precist.

PCA, logoped afasi mm nämns. Vad får det för betydelse när det gäller behandlingen. Skiljer den beroende på diagnos i detta fall?

- Samma symtomlindrande behandling som vid klassiska bilden av AD. Vid logopen afasi ser man i förloppet en mer frontal betonad symtombild i form av BPSD som ska då behandlas/bemötas på rätt sätt, men basbehandlingen är samma.

Har Galantamin någon större fördel? Ger rivastigmins dubbelhämning bättre effekt?

- Evidens i forskningen är samma.

Gällande de nya antikroppsbehandlingarna: Jag vet att de inte är subventionerade i Sverige. Om patienten vill betala själv, finns det minnesmottagning i Sverige som förskriver och behandlar då?

- Jag vet inte.

Ska man använda profylaxbehandling med acetylkinolin?

- Nej.

Efter testutsättning skulle man gå tillbaka till samma dos. Med upptrappning om sådant läkemedel? Eller rakt på?

- Efter 4–6 veckor behöver man nog trappa upp om man vill komma till samma dos. Men i många fall så trappar vi ner doseringen när personer kommer längre in i sjukdomen och framför allt när de visar symtom som motorisk oro, rastlöshet, plockighet som kan tyda på en central överstimulering och på det sättet kan man ofta gå direkt till den doseringen som fanns innan utsättningen. Men hade man till exempel 16 mg galantamin då ska man trappa upp om man hade 4–6 veckors paus. Annars är det risk för biverkningar.

Resultatet på 2 poängs skillnad vid lecanemabbehandling över tid, vad innebär det i praktiken? Pratar vi en förlängsammad progression av symtombörda, förlängd överlevnad från diagnos eller både ock?

- Vi har idag inga data kring överlevnad. Kliniska skalor som CDR-SB, vilken används i studier, är svårtolkade både för patienter och kliniker, men de kan översättas till mer lättbegripliga uppskattningar av fördröjning i tid av symtom. Dessa så kallade "time saved" i litteraturen har uppskattats till mellan 4–8 månader över 18 månaders behandling för sjukdomsmodifierande behandlingar. Detta innebär alltså att patienter på behandling har motsvarande symtom efter 18 månader som patienter utan behandling hade redan efter mellan 10–14 månader. Patienten uttrycker ofta att en sådan effekt vore värdefullt. Man måste väl också väga in att en sådan behandling ger hopp till patienten och har en positiv effekt även på det sättet för både patienten och närstående. Men man måste betänka att man i studier har behandlat framför allt personer i tidigt skede av sjukdomen där man uppvisar relativt lindriga symtom. Som kliniker ser jag även patienter på min mottagning som inte bli sämre över tiden, vissa även utan symtomlindrande behandling (biverkningar/kontraindikationer), för vi kan diagnostisera sjukdomen tidig i förloppet.