

Videnskabelig Leder

Har azathioprin stadig en plads i behandlingen af colitis ulcerosa?

Johan Burisch

Gastroenheden, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger 2025;187:V03250228. doi: 10.61409/V03250228

Behandlingsmulighederne for colitis ulcerosa (UC) har ændret sig markant det seneste årti. Nye biologiske og målrettede syntetiske lægemidler (BMSL) har givet klinikere flere valgmuligheder end nogensinde før. I takt med denne udvikling er de klassiske thiopuriner – azathioprin (AZA) og 6-mercaptopurin (6-MP) – trængt mere og mere i baggrunden. Spørgsmålet er, om de stadig har en plads i behandlingen.

I modsætning til Crohns sygdom er UC ikke progressiv i samme grad, og der er ikke dokumentation for, at tidlig »top-down«-behandling med BMSL forbedrer prognosen [1]. Det giver rum for en mere konservativ tilgang, hvor AZA og 6-MP traditionelt har været anvendt til vedligeholdelsesbehandling af patienter med steroiddependens eller svigt af mesalazin. Thiopuriner er billige, velkendte og tilgængelige – også i sundhedssystemer med begrænsede ressourcer.

I et opdateret Cochrane-review fra 2025 fandt man fortsat, at AZA og 6-MP er mere effektive end placebo til at fastholde remission ved UC (relativ risiko = 0,66; 95% konfidensinterval: 0,54-0,82) [2]. Dog er evidensen af lav kvalitet og baseret på små, ofte ældre studier (fire ud af fem studier er publiceret før 2003). Der mangler desuden direkte sammenligninger med BMSL, hvilket er et væsentligt forbehold. Samtidig må det anerkendes, at store observationelle studier og årtiers klinisk erfaring underbygger thiopurinernes effekt. Især i en stabil sygdomsfase kan behandlingen fungere som et enkelt omkostningseffektivt alternativ til biologiske lægemidler.

Bivirkninger er dog et væsentligt hensyn. Knoglemarvssuppression, hepatotoksicitet og pankreatitis er velkendte risici. Ca. en ud af seks patienter må ophøre med behandlingen på grund af bivirkninger. Farmakogenetisk testning og monitorering af metabolitter kan øge sikkerheden, og hos udvalgte patienter kan kombination med allopurinol forbedre både effekt og tolerabilitet. Langtidsbehandling er forbundet med øget risiko for lymfomer og nonmelanom hudkræft [3] – særligt hos ældre patienter > 55 år, som det generelt anbefales at ophøre behandlingen hos.

Parallelt er prisen på biologiske lægemidler faldet markant, ikke mindst på grund af biosimilære

lægemidler. Dette ændrer det sundhedsøkonomiske billede og rejser spørgsmålet: Hvorfor vælge en ældre immunmodulator, når nyere præparater er tilgængelige og potentielt mere effektive, og patienterne på sigt må ophøre med thiopurinerne på grund af langtidsrisici?

Svaret er ikke entydigt. Valget af vedligeholdelsesbehandling bør bero på en individuel vurdering af sygdomsforløb, tidligere respons, bivirkningsprofil, patientens præferencer – og også lokale behandlingsmuligheder. For visse patienter vil thiopuriner stadig være et rationelt valg. For andre vil en tidligere overgang til biologisk behandling være mere oplagt, f.eks. hos patienter med tidligere episoder af svær akut UC [4].

Men tiden, hvor thiopuriner var en hjørnesten i behandlingen af UC, synes at gå på hæld. I dag bør de betragtes som en mulig – men ikke længere naturlig – førstelinjebehandling. Det er en udvikling, vi må anerkende, også selv om thiopuriner i særlige tilfælde fortsat kan være det rigtige valg.

Korrespondance Johan Burisch. E-mail: johan.burisch@regionh.dk

Publiceret på Ugeskriftet.dk 26. maj 2025

Interessekonflikter JB oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i AbbVie, Janssen-Cilag, MSD, Takeda, Tillots Pharma, Bristol Myers Squibb, Novo Nordisk Fonden, Celgene, Pfizer, Samsung Bioepis, Pharmacosmos, Ferring, Galapagos, Eli Lilly, Dr Falk Pharma, Celltrion og Orion Pharma. Forfatter har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V03250228

doi 10.61409/V03250228

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

REFERENCER

1. Burisch J, Safroneeva E, Laoun R, Ma C. Lack of benefit for early escalation to advanced therapies in ulcerative colitis: critical appraisal of current evidence. *J Crohns Colitis*. 2023;17(12):2002-2011. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad106>
2. Hasskamp J, Meinhardt C, Patton PH, Timmer A. Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;2(2):CD000478. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000478.pub5>
3. Wewer MD, Letnar G, Andersen KK et al. Thiopurines and the risk of cancer in patients with inflammatory bowel disease and reference individuals without inflammatory bowel disease: a Danish nationwide cohort study (1996-2018). *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2025;23(6):1030-1038. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2024.08.006>
4. Amiot A, Seksik P, Meyer A et al. Top-down infliximab plus azathioprine versus azathioprine alone in patients with acute severe ulcerative colitis responsive to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial, the ACTIVE trial. *Gut*. 2025;74(2):197-205. <https://doi.org/10.1136/gutjnl->

[2024-333281](#)