

Immunterapi kan blive en mulighed for fremtidens patienter med Alzheimers sygdom

LEDER

Annette Lolk

Ugeskr Læger
2016;178:V68110

WEB-TV

UGESKRIFTET.DK/
SE OG LYT



Det estimeres, at der i Danmark er mere end 80.000 personer, der har en demenssygdom. Dette tal forventes at stige igennem de næste mange år, således at der om ti år vil være mere end 100.000, og om 25 år vil være mere end 150.000 personer med en demenssygdom [1]. Demenssygdomme rammer primært ældre mennesker, men mindst 1.500 personer under 65 år har i dag en demenssygdom. Op mod 400.000 personer er nære pårørende til en person, der har en demenssygdom. De samfundsmæssige omkostninger ved demens menes at andrage omkring 24 mia. kr. om året [1]. Sundhedsstyrelsen har i 2013 udgivet »National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens«, der på tværs af faggrupper, sektorer og regioner understøtter en ensartet kvalitet i udredning, diagnostik, behandling og opfølgning af patienter med en demenssygdom [2].

Langt den hyppigste demenssygdom er Alzheimers sygdom (AD), som mindst 60% af personerne med demens har. I 1906 beskrev *Alois Alzheimer* som den første sygdommen hos en 51-årig kvinde og påviste amyloide plaques og neurofibrillære *tangles* ved en efterfølgende farvning og mikroskopi af hjernen. De amyloide plaques består primært af amyloid-beta, hvor en ubalance mellem produktion og fjernelse får fibrillerne til at akkumulere og aggregere i plaques. Akkumuleringen af amyloid-beta antages at øge aggregering af hyperfosforileret tau, der via en kaskade fører til synapse- og neurotransmitterdysfunktion samt neurontab. Den medicinske behandling af AD med kolinesterasehæmmere og memantin er symptomatisk og hindrer således ikke progressionen af AD. Der har derfor været fokus på fjernelse af de amyloide plaques via immunterapi. Den første aktive immunterapi mod amyloid-beta blev testet i 2001, men blev stoppet på grund af svære bivirkninger (meningoencefalitis). *Falkentoft & Hasselbalch* [3] gennemgår undersøgelserne af passiv immunterapi med infusion af antistoffer mod amyloid-beta. Fase 3-forsøg med patienter med let til moderat AD har været skuffende. Da amyloid-beta ophobes 20-25 år før de kliniske symptomer på AD ses, er fokus nu på undersøgelser af personer med prodromal AD, hvilket er kendetegnet ved let kognitiv svækkelse og positive biomarkører (påvist ved lumbalpunktur og/eller PET for amyloid-beta), asymptomatiske personer med øget risiko for AD på grund af positive biomarkører og personer med kendt nedarvet mutation for AD. Ifølge

Falkentoft & Hasselbalch [3] er et studie allerede stoppet på grund af manglende effekt, mens fire andre passive immuniseringer testes. Forsøgsperioderne strækker sig helt frem til 2020, og hvis der findes en klinisk relevant effekt, kan det få betydning for fremtidens patienter.

Det ser således ud til, at behandling med immunterapi i bedste fald har lange udsigter. Der er derfor vigtigt, at nutidens patienter med demens ikke glemmes. I Sundhedsstyrelsens »National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens« [2] er der såvel konkrete anvisninger på medicinsk behandling som anbefalinger af, at patienterne skal tilbydes vedligeholdende træning af praktiske funktionsevner, fysisk aktivitet og træning, men ingen ved, om anbefalingerne bliver fulgt, og der har ikke været afsat midler til implementering af anbefalingerne. Regeringen har nu lovet en handlingsplan, og der er afsat satspuljemidler til udarbejdelsen af »Den nationale handlingsplan for demens 2025«, der skal understøtte den langsigtede udvikling af demensområdet. Handlingsplanen skal udarbejdes med bred inddragelse af alle relevante parter. Jeg håber, at Lægeforeningens medlemmer vil bakke op om denne indsats både i form af deltagelse i arbejds- eller referencegrupper og efterfølgende ved at være med til at implementere handlingsplanen i det daglige kliniske arbejde. Patienterne og deres pårørende fortjener, at vi gør, hvad vi kan, for at de får et værdigt liv.

Samtidig er det utroligt væsentligt, at der er raske personer med en øget risiko for at få AD, som vil deltage i videnskabelige forsøg for at være med til at forbedre den medicinske behandling af AD, selvom der kan være uventede og potentielt farlige bivirkninger ved behandlingen.

LITTERATUR

1. www.videnscenterfordemens.dk (10. feb 2016).
2. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
3. Falkentoft AC, Hasselbalch SG. Immunterapi mod Alzheimers sygdom. Ugeskr Læger 2016;178:V07150588.

KORRESPONDANCE:

Annette Lolk,
Demensklinikken,
Odense Universitets-
hospital.
E-mail:
annette.lolk@rsyd.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk