

Behandling af Alzheimers sygdom

Kolinesterasehæmmere er godkendt til behandling af Alzheimers sygdom i let til moderat grad, mens memantin er godkendt til behandling af Alzheimers sygdom i moderat til svær grad.

Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje for demens fra 2013 indeholder fire anbefalinger vedrørende medicinsk behandling af Alzheimers sygdom:

1. Det anbefales, at patienter med Alzheimers sygdom i let til moderat grad tilbydes behandling med en kolinesterasehæmmer (donepezil, rivastigmin, galantamin).
2. Det kan overvejes at tilbyde behandling med donepezil ved Alzheimers sygdom i svær grad.
3. Det kan overvejes at tilbyde patienter med Alzheimers sygdom i moderat til svær grad behandling med memantin.
4. Det kan ikke anbefales rutinemæssigt at anvende kombinationsbehandling med en kolinesterasehæmmer og memantin til personer med demens for at svække sygdommens udvikling med hensyn til kognitive funktioner, praktisk funktionsevne eller global funktion.

Med hensyn til behandling af Alzheimers sygdom i svær grad viser randomiserede placebokontrollerede forsøg (RCT), at donepezil har signifikant effekt på kognition, globalt funktionsniveau og praktisk funktionsevne, men ikke på adfærd. Rivastigmin har muligvis samme effekt, mens der er ikke dokumentation for effekten af galantamin ved svær Alzheimer. I USA er donepezil godkendt til behandling af Alzheimers sygdom i svær grad.

Behandlingseffekt af kolinesterasehæmmere

Effekten af de tre kolinesterasehæmmere er undersøgt i 17 randomiserede forsøg (RCT) af mindst 20 ugers varighed publiceret i perioden 1998-2009. Resultaterne er sammenfattet og analyseret i fire Cochrane-reviews fra perioden 2006 til 2009 samt i adskillige systematiske reviews og meta-analyser.

Kolinesterasehæmmere har en stabiliserende, om end kun midlertidig, virkning på det kognitive funktionsniveau, den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL) og patientens generelle tilstand/det globale funktionsniveau. Hos nogle patienter har kolinesterasehæmmere desuden en mulig stabiliserende effekt på psykiske symptomer og adfærdsforstyrrelser (BPSD).

Effekten på den kognitive funktion svarer omtrent til en opbremsning i den naturligt forløbende kognitive forringelse ved Alzheimers sygdom på 6 til 12 måneder. Forringelsen af ADL forsinkes typisk i 5-6 måneder. Dødeligheden påvirkes tilsyneladende ikke af behandlingen.

Behandlingseffekt af memantin

Effekten af memantin er undersøgt i mindst seks randomiserede forsøg (RCT) af god kvalitet og publiceret i perioden 2003-2013. Memantin har en signifikant, om end beskedent, effekt på det kognitive funktionsniveau og den praktiske funktionsevne i hverdagen.

Der kan ikke påvises nogen effekt af memantin på patienternes generelle tilstand/det globale funktionsniveau eller på psykiske symptomer og adfærdsforstyrrelser. Resultaterne er sammenfattet og analyseret i et Cochranereview fra



2006 samt i adskillige systematiske reviews og meta-analyser.

Både studierne vedrørende kolinesterasehæmmere og memantin er finansieret af medicinalfirmaer.

Kombinationsbehandling

Ifølge Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje for demens fra 2013 er der ikke overbevisende evidens for, at kombinationsbehandling med kolinesterasehæmmere og memantin har større effekt på udviklingen af Alzheimers sygdom end behandling med de pågældende lægemidler hver for sig (monoterapi). Man antager derfor, at kombinationsbehandling ikke medfører nogen ekstra beskyttende effekt mod hverken tab af kognitive funktioner, praktisk funktionsevne eller global funktion.

Kombinationsbehandling bør ikke anvendes rutinemæssigt. Hvis der alligevel findes indikation for kombinationsbehandling, vil det være en specialstopgave.

Lægemidler på vej

Der forskes intensivt i udvikling af nye behandlingsmetoder mod Alzheimers sygdom, især indenfor immunterapi ('vacciner'). Via hjemmesiden Alzforum.org kan man holde sig orienteret om udvikling og fremtidsperspektiver inden for behandling af Alzheimers sygdom.

Læs mere om behandling af Alzheimers sygdom:

[Effekt af kolinesterasehæmmere på Alzheimers sygdom](#)

[Effekt af memantin på Alzheimers sygdom](#)

Kilder

National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. København: Sundhedsstyrelsen; 2013. Anbefalingerne er ikke længere gældende.

[Sundhedsstyrelsen](#)

Birks J, Grimley EJ, Iakovidou V, Tsolaki M, Holt FE. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD001191.

[PubMed](#)

Birks J, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD001190.

[PubMed](#)

Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD005593.

[PubMed](#)

Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD001747.

[PubMed](#)

McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD003154.

[PubMed](#)

Herrmann N, Li A, Lanctot K. Memantine in dementia: a review of the current evidence. Expert Opin Pharmacother. 2011;12(5):787-800.

[PubMed](#)

Patel L, Grossberg GT. Combination therapy for Alzheimer's disease. Drugs Aging. 2011;28(7):539-46.

[PubMed](#)

Farrimond LE, Roberts E, McShane R. Memantine and cholinesterase inhibitor combination therapy for Alzheimer's disease: a systematic review. BMJ Open. 2012;2(3).

[PubMed](#)

Alzheimer Research Forum

[Alzforum.org](#)

Senest opdateret: 29. september 2020