

---

## MS-behandlingen blir stadig bedre

---

### KOMMENTAR

TRYGVE HOLMØY

trygve.holmoy@medisin.uio.no

Trygve Holmøy er seksjonsoverlege ved Akershus universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

LARS BØ

Forfatterne oppgir følgende interessekonflikter:

Trygve Holmøy har mottatt honorar for foredrag/forskningsstøtte fra Biogen, Roche, Novartis, Merck og Sanofi, og sitter i fagrådet for MS-forbundet.

Lars Bø har mottatt honorar fra foredrag fra Merck, og honorar for arbeid som sakkyndig fra Synthon.

---

Bedre legemidler og mer aktiv bruk av disse har bedret prognosen ved MS betydelig. Tidlig behandlingsstart mer enn halverer risikoen for å utvikle progressiv sykdom. Med de mest effektive preparater halveres den ytterligere. Men vi er ikke i mål. Vi er enige i at cellegiftbehandling med stamcellestøtte (HSCT) kan ha større effekt enn bremsemedisiner. Norske nevrologer og immunologer forsøkte å innføre HSCT ved MS i Oslo på 1990-tallet. For 9 år siden tok Haukeland universitetssykehus opp behandlingen, for 5 år siden som en nasjonal pilotstudie (1). Det gjennomføres nå en randomisert studie for å avklare om effekten er bedre enn av bremsemedisiner.

Norske MS-nevrologer har, nest etter de svenske, vært blant de mest aktive til å ta i bruk rituksimab. Ved Haukeland og Akershus universitetssykehus behandles drøyt 600 pasienter med rituksimab. Rogne har rett i at rituksimab ligner okrelizumab. Det er imidlertid viktige forskjeller. En del av rituksimab er fra mus, og pasienter danner oftere antistoffer mot medikamentet. Enkelte blir syke av dette, og noen mister behandlingseffekten. Vi har søkt Nye Metoder om å få bruke okrelizumab hos disse pasientene, så langt uten resultat.

En annen forskjell er at okrelizumab har vist effekt i fase III-studier og er godkjent av de europeiske legemiddelmyndighetene (EMA).

Folkehelseinstituttet har foretatt metodevurdering av rituksimab basert på fase

II-studier og registerstudier. Vårt inntrykk er at metodevurderingen på langt nær kan erstatte vurderingene i EMA. Dette reiser spørsmålet om hvilke krav norsk helsevesen skal stille til dokumentasjon og godkjenning, og hvilken kompetanse aktørene har til å vurdere dette.

Farmasøytisk industri spiller fortsatt en nøkkelrolle i utviklingen av MS-behandling. Vi samarbeider med dem om forskning og formidling fordi dette bidrar til bedre behandling. Vi er selvsagt klar over at farmasia vil tjene penger, og derfor ikke støtter forskning på HSCT eller rituksimab. Vi er ikke nikkedukker for farmasia og forsker på dette likevel. Vi og våre kolleger har tatt initiativ til sammenlignende studier av både rituksimab og HSCT ved MS, og starter snart en studie av mesenkymale stamceller. Vi kartlegger alvorlige bivirkninger av MS-preparater (2), noe som bidro til at EMA nylig skjerpet indiksjonen for et av disse.

Ildsjeler som Sigbjørn Rogne skal ha honnør for å ha satt HSCT ved MS på kartet. Vi er enige i at det eksisterer misoppfatninger om MS-behandlingen. Kanskje har nevrologer bidratt til dette, kanskje også farmasia, og kanskje finnes enkelte utilbørlige interessekonflikter. Det store bildet er imidlertid ikke slik. Tvert om jobber norske MS-nevrologer hardt for å gi pasientene best mulig behandling nå og i fremtiden. Det er faglighet, og ikke farmasia, som styrer oss.

---

## LITTERATUR

1. Kvistad SAS, Lehmann AK, Trovik LH et al. Safety and efficacy of autologous hematopoietic stem cell transplantation for multiple sclerosis in Norway. *Mult Scler* 2019 doi: 10.1177/1352458519893926. [PubMed] [CrossRef]
2. Holmøy T, Fevang B, Olsen DB et al. Adverse events with fatal outcome associated with alemtuzumab treatment in multiple sclerosis. *BMC Res Notes* 2019; 12: 497. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 30. mars 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0198

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.